

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 7

praca zbiorowa pod red.
Krystyny Klimaszewskiej,
Elżbiety Krajewskiej-Kułak



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom VII

**Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak**

Białystok 2022

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. Andrei Shpakou

Uniwersytet im. Janka Kupały w Grodnie

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

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

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul. Kilińskiego1

Białystok

ISBN komplet

978-83-951075-6-6

ISBN VII tom

978-83-67454-02-5

Wydanie I

Białystok 2022

Wszelkie prawa zastrzeżone

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

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

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

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

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom VII



*„Ze wszystkich nauk medycyna jest
najszlachetniejsza”*

Hipokrates

Szanowni Państwo

*Bez ciągłego wzrostu i postępu, słowa takie jak poprawa,
osiągnięcia i sukces nie mają znaczenia*

Benjamin Franklin

Oddajemy do Państwa ręk VII tom monografii przybliżającej w naszym odczuciu główne problemy z jakimi musi borykać się współczesna medycyna.

W Polsce, jak wiadomo, dostęp do opieki zdrowotnej jest powszechny, ponieważ uprawnia do tego obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, którym objęci są niemal wszyscy mieszkańcy. Zakres usług w ramach powszechnej opieki zdrowotnej jest szeroki, ale problemem są z jednej strony geograficzne różnice w dostępie do świadczeń, a z drugiej wydłużony czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne. Niezadowolająca jest także skuteczność systemu opieki zdrowotnej.

W Raporcie podsumowującym I edycję badań realizowanych w latach 2020–2021 (Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego) wykazano, że na poziomie placówek medycznych aż 91% pracodawców dostrzegało jej negatywne skutki. Miało to odzwierciedlenie przede wszystkim w postaci konieczności dostosowania pracy jednostek do nowego reżimu sanitarnego, zwiększonych kosztów funkcjonowania oraz konsekwencji kadrowych (nieobecności w pracy oraz zagrożenia zdrowotnego dla pracowników, w tym poprzez narażenie na długotrwały stres). W dalszej kolejności były zgłaszane negatywne skutki dla zdrowia pacjentów. Według pracodawców w najbliższych latach wzrośnie zapotrzebowanie na zwiększone umiejętności cyfrowe i wzrośnie znaczenie wybranych kompetencji związanych z aktualizacją wiedzy medycznej oraz kompetencje z wymiaru dobrych relacji z pacjentem.

Wyniki wyżej wspomnianego badania ilościowego pokazały także, że niestety potencjał do zmian na poziomie placówek jest stosunkowo niewielki. Jedynie około 20% pracodawców widziało konieczność wprowadzania na poziomie swoich placówek takich zmian jak: pomiar wyników leczenia, opieka koordynowana, opieka zdalna, przygotowanie placówki na zwiększone zapotrzebowanie na usługi po stronie starszych pacjentów. Jeszcze mniej sądziło, że konieczne jest wdrożenie rozwiązań z zakresu analizy danych (13%) oraz

profilaktyki (12%). Także mała część pracodawców przewidywała wzrost zatrudnienia (12% placówek w ciągu roku, 15% w ciągu pięciu lat), a przecież istotnym problemem obniżającym skuteczność systemu ochrony zdrowia, jest niedobór kadr medycznych. W Polsce na jeden tysiąc mieszkańców przypada tylko 2,4 lekarzy oraz 5,1 pielęgniarek. W przypadku lekarzy jest to najniższa wartość wśród krajów Unii Europejskiej, a w przypadku pielęgniarek – jedna z najniższych. Niestety struktura wieku lekarzy sugeruje, że w przyszłości ten problem może się zaostrzyć, bowiem około jedna czwarta praktykujących lekarzy już przekroczyła wiek emerytalny i są też specjalności, np. chirurgia ogólna, w których udział ten sięga już prawie 40%. Kolejne problemy to niedostateczne ukierunkowanie na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów, czy też bardzo duże koszty zaniechań w obszarze profilaktyki, zarówno społeczne (krótsza przeciętna długość życia Polaków w stosunku do obywateli innych krajów europejskich), jak i związane na leczenie chorych w cięższym stanie, o gorszych rokowaniach. Niską skuteczność systemu opieki zdrowotnej potwierdził także okres pandemii.

Powyższe dane sugerują, że niestety istotna poprawa sytuacji kadrowej w sektorze jest raczej mało prawdopodobna, a polski sektor opieki zdrowotnej będzie podążać za kierunkami rozwoju raczej w sposób powolny i ewolucyjny.

Redaktorzy podręcznika

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Wykaz autorów

Baranowska Anna

Dr n. med.

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

Berecka Barbara

Mgr piel.

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin, II oddział radioterapii

Chorąży Monika

Dr hab. n. med.

Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ciągwa Karolina

Mgr

Absolwentka kierunku Fizjoterapia, studia II stopnia, Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Polska

Czepiel Krystyna

Mgr fizjoterapii

Absolwentka kierunku Fizjoterapia, studia II stopnia, Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

Czuper Magdalena

Mgr piel.

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

Dembko Natalia

Lic. piel

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dolińska Cecylia

Dr n. med.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Dzietczyk Aleksandra

Mgr piel.

Absolwentka, Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Granek Patrycja

Lic piel.

Absolwent: Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Janczaruk Marzena

Mgr

*II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Jankowiak Barbara

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

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

Jaszczyk Daniel

Lic. piel.

*Szpitalny Oddział Ratunkowy, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w
Białymstoku*

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

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

Kobus Grażyna

Dr hab. n. o. zdr.

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

Kowal Daria

Mgr położnictwa

Poradnia Kardiologiczna Echokardio Białystok

Kowalczyk Bożena

Dr n.k.f.

Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kraśnicka Jolanta

Dr n. o. zdr.

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Krzykowska Magdalena

Mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kuczyc Justyna

Mgr piel.

*Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku;
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Kulbaka Ewa

Dr n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radońska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

Lubińska-Żądło Bogumiła

Dr n. med.

Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

Łagoda Katarzyna

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Maksimczuk Marta

Mgr

Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, Katedra Finansów Publicznych i Prawa Finansowego

Miedźwiecka Magdalena

Lic. piel.

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mróz Magdalena

Mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Nowak Estera Fabiola

Mgr

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

Olejniki Beata Janina

Dr n. med.

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Owerczuk Zenaida

Lic. piel.

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Perkowska Ewa

Dr n. o zdr.

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Piekut Weronika

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Plata Edyta

Mgr

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Ponczek Danuta

Dr n. med.

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

Rutkowska Helena

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Sadowska Kamila

Lic. piel.

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Selewonko Magdalena

Mgr piel.

*Klinika Nefrologii z Oddziałem Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

SieńkoPaulina

Mgr położnictwa

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek położnictwo.

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Stachyra Jolanta

Mgr

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Sutuła Edyta

Mgr piel.

*Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w
Białymstoku*

Taszarek Katarzyna

Mgr piel.

*Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku;
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku*

Więslaw Aleksandra

Mgr piel.

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wiśniewska Katarzyna

Lic. piel., mgr pedagogiki

Absolwent: Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwent: Akademia Humanistyczno – Ekonomiczna w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii

Wnorowska Katarzyna

Mgr piel.

*Oddział Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku.
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Żądło Dominika

Mgr psych.

Absolwentka Akademii Ignatianum w Krakowie, kierunek psychologia.

Spis treści

ZABURZENIA SNU WŚRÓD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO <i>Magdalena Czupe, Anna Baranowska, Beata Olejnik</i>	21
OPINIA ORAZ ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI ORGANÓW <i>Aleksandra Więśław, Krystyna Klimaszewska</i>	31
ZACHOWANIA ZDROWOTNE A AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA KOBIET W CIAŻY <i>Bożena Kowalczyk, Czepiel Krystyna, Bogumiła Lubińska-Żądło</i>	56
CLOSTRIDIUM DIFFICILE- NIEOKIEŁZNANA INFЕКCJA? <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Kamila Sadowska, Monika Chorąży</i>	74
ŚWIADOMOŚĆ KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM NA TEMAT ZAKAŻENIA WIRUSEM HPV <i>Daria Kowal, Ewa Perkowska, Jolanta Kraśnicka</i>	89
STRES I STYLE RADZENIA SOBIE WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK <i>Aleksandra Dzieczyk, Jolanta Kraśnicka, Ewa Perkowska</i>	102
ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z GRUŻLICĄ <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Zenaida Owerczuk, Monika Chorąży</i>	128
CUKRZYCA – ISTOTA CHOROBY, LECZENIE, POWIKŁANIA <i>Magdalena Krzykowska, Barbara Jankowiak</i>	145
WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO- PRAWNE I MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH <i>Magdalena Selewonko, Marta Maksimczuk, Grażyna Kobus</i>	167
KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU- WYBRANE ASPEKTY MEDYCZNE <i>Magdalena Mróz, Barbara Jankowiak</i>	181
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEDOCZYNNOSCIĄ TARCZYCY <i>Natalia Dembko, Anna Baranowska</i>	190

OPIEKA MEDYCZNA PO TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW <i>Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Barbara Berecka</i>	203
POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY I JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW LARYNGEKTOMOWANYCH <i>Danuta Ponczek, Edyta Plata</i>	211
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW <i>Magdalena Miedźwiecka, Krystyna Klimaszewska</i>	224
OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z CHOROBAŁĄ LEŚNIEWSKIEGO- CROHNA <i>Katarzyna Taszarek, Krystyna Klimaszewska</i>	242
NASTAWIENIE DO TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW WŚRÓD STUDENTÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO <i>Grażyna Kobus, Eстера Fabiola Nowak</i>	292
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ <i>Paulina Sieńko, Ewa Perkowska, Jolanta Kraśnicka</i>	309
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ <i>Justyna Kuczyc, Krystyna Klimaszewska</i>	327
POSTAWY PIEŁĘGNIAREK WOBEC PACJENTA UMIERAJĄCEGO W HOSPICJUM <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Edyta Sutula, Cecylia Dolińska, Monika Chorąży</i>	356
OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C <i>Katarzyna Wnorowska, Krystyna Klimaszewska</i>	380
PROBLEMY W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM <i>Marzena Janczaruk, Patrycja Granek, Ewa Kulbaka, Joanna Stachyra</i>	408
WPLYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA <i>Dominika Żądło, Karolina Ciągwa, Bożena Kowalczyk</i>	435

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW – STUDIUM PRZYPADKU	450
<i>Weronika Piekut, Katarzyna Łagoda</i>	
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZEBYTYM CIĘŻKIM ZAPALENIU PŁUC W PRZEBIEGU ZAKAŻENIA SARS – COV-2 – STUDIUM PRZYPADKU	479
<i>Katarzyna Łagoda, Daniel Jaszczuk</i>	
ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE I EDUKACJI PACJENTA Z CUKRZYCĄ TYPU 2 – STUDIUM PRZYPADKU	501
<i>Helena Rutkowska, Katarzyna Łagoda</i>	

ZABURZENIA SNU WŚRÓD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO

Magdalena Czuper¹, Anna Baranowska², Beata Olejnik³

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

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

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

WSTĘP

Duża część społeczeństwa, nadal nie zdaje sobie sprawy z tego, jaką ważną rolę odgrywa sen. Zbadano, że dieta, ćwiczenia fizyczne oraz prawidłowy sen są kluczowe w utrzymaniu prawidłowego stanu zdrowia. Średnio, człowiek śpi około 7 godzin i 22 minut. Pomimo tego, duża część populacji cierpi z powodu zbyt małej ilości snu. Już po jednej nieprzespanej nocy, człowiek w godzinach popołudniowych zaczyna odczuwać obniżenie nastroju, w tym agresywne zachowania; trudności z koncentracją oraz problemy z pamięcią. Niedobór snu prowadzi również do braku motywacji oraz problemów z wykonywaniem zadań, które wymagają przewidywania i planowania. Dochodzi też do pogorszenia widzenia, nadwrażliwości na ból, a także do utrudnienia oddychania. Aktualnie, człowiek skracając czas snu próbuje wydłużyć codzienną aktywność. Jest to spowodowane pracą do późnych godzin, pracą zmianową, ale również korzystaniem z telewizji oraz internetu. Zaburzenia snu dotyczą nie tylko bezsenności, ale także trudności z zasypianiem, z utrzymaniem snu, czy nadmierną sennością [1, 2].

Zaburzenia snu i czuwania są klasyfikowane są przez psychiatrów według klasyfikacji DSM- 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Obejmuje ona dziesięć chorób:

- zaburzenia z bezsennością,
- zaburzenia z nadmierną sennością,
- narkolepsja,
- zaburzenia snu związane z zaburzeniami oddychania podczas snu,
- zaburzenia okołodobowego rytmu snu i czuwania,
- zaburzone zachowania w czasie snu REM,

- zespół niespokojnych nóg,
- zaburzenia snu wywołane sytuacją lub lękiem [3].

Bardzo ważnym aspektem, w rozpoznaniu bezsenności jest dyskomfort z powodu zbyt małej ilości i jakości snu, trudności z zaśnięciem lub z utrzymaniem snu. Te zaburzenia w negatywny sposób wpływają na aktywność zawodową, społeczną oraz na wiele innych obszarów życia człowieka. W każdej fazie snu mogą pojawić się objawy jego zaburzeń. Na przykład, zaburzenia w pierwszej fazie to problemy z zasypianiem a zaburzenia w trzeciej fazie snu to trudności w utrzymaniu ciągłego snu. Zaburzenia trzeciej fazy snu są najczęściej występującym objawem bezsenności. Natomiast, cierpiący na bezsenność mogą mieć różne objawy w różnym czasie. Sen, który nie przynosi wypoczynku nosi nazwę nieregenerującego. Do jego rozpoznania dochodzi, kiedy pacjent skarży się na niewyspanie, mimo odpowiedniej ilości czasu przeznaczonego na sen. Ten rodzaj bezsenności, zwykle występuje z zaburzeniami snu innego typu (np. zaburzenia snu związane z zaburzeniami oddychania podczas snu). Do rozpoznania bezsenności, istotna jest również ocena stopnia ciężkości tego zaburzenia. Ocenia się czy czas zasypiania oraz czas przebudzenia w nocy jest dłuższy niż 20- 30 minut. Objawy bezsenności występują również w ciągu dnia i zaburzają codzienne funkcjonowanie. Są to zmęczenie, senność w ciągu dnia, problemy z utrzymaniem uwagi, koncentracją, pamięcią, a także trudności w wykonywaniu prostych prac manualnych. Dodatkowo występuje rozdrażnienie oraz objawy lęku i depresji [3].

CEL PRACY

Ocena występowania objawów świadczących o zaburzeniach snu wśród personelu pielęgniarskiego SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Artykuł stanowi kontynuację wcześniej podjętego tematu, gdzie omówiono czynniki sprzyjające wystąpieniu zaburzeń snu u badanych pielęgniarek/rzy SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Badanie zostało przeprowadzone wśród personelu pielęgniarskiego, pracującego w trybie dziennym oraz zmianowym w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J.

Śniadeckiego w Białymstoku. Badaniem objęte zostało 152 osoby wykonujące zawód pielęgniarki/rza. Badania były przeprowadzane od 15.02.2022 r. do 15.04.2022 r.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Pierwsza część ankiety zawierała dane personalne (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania itp.). W dalszej części ankiety, znalazły się pytania dotyczące charakteru pracy, satysfakcji z wykonywanego zawodu, odczuwanego stresu, form wypoczynku oraz higieny snu. Na koniec ankiety dołączono Ateńską Skalę Bezsenności. Respondenci odpowiadając na pytania, zaznaczali odpowiedzi z objawem, który występował u nich przynajmniej 3 razy w tygodniu. Ankietowani, którzy w skali uzyskali poniżej 5 lub 5 punktów - nie cierpią na bezsenność; ankietowani mieszczący się w przedziale od 6 do 10 punktów - znajdują się na pograniczu normy i powinni zwrócić uwagę na zasady higieny snu; ankietowani, którzy w ankiecie uzyskali powyżej 10 punktów - prawdopodobnie cierpią na bezsenność i powinni skonsultować się z lekarzem.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu programu Microsoft Excel oraz Statistica 13. Zmienne ilościowe opisano przy pomocy średniej arytmetycznej, wartości minimalnych oraz maksymalnych i odchylenia standardowego. Zmienne zostały także opisane za pomocą liczności oraz wartości procentowych. Na realizację badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

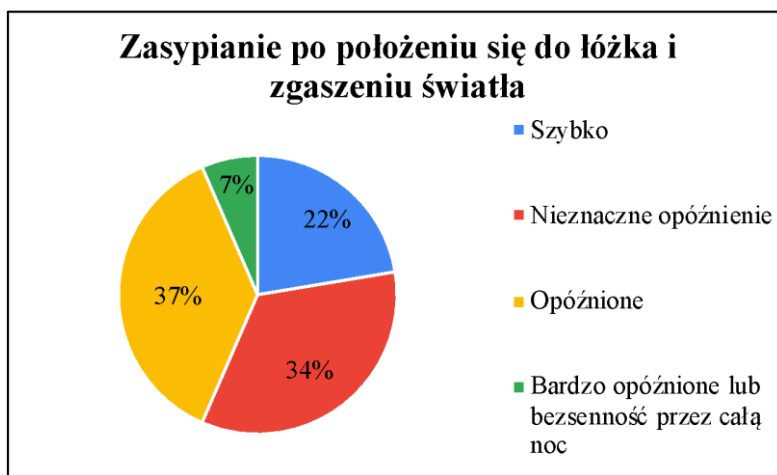
WYNIKI

Poszukując objawów świadczących o zaburzeniach snu na początku zapytano badanych na ile oceniają jakość swego snu zadając im pytanie o to czy ich zdaniem zaburzenia snu ich dotyczą. 100% ankietowanych, którzy nie pracują w systemie zmianowym oraz 52,86% badanych pracujących w takim systemie uważało, że nie cierpi na zaburzenia snu. Jednak 47,14% respondentów pracujących w niestałych godzinach pracy uważało, że cierpi na zaburzenia snu.

Zapytano wobec tego ankietowanych pracujących w systemie zmianowym czy w związku z odczuwanymi zaburzeniami snu przyjmują leki nasenne. 84,29% badanych o zmiennych godzinach pracy nie przyjmowało leków nasennych, aby zasnąć. Jedynie 15,71% ankietowanych pracujących w trybie zmianowym wspomagało się takimi lekami.

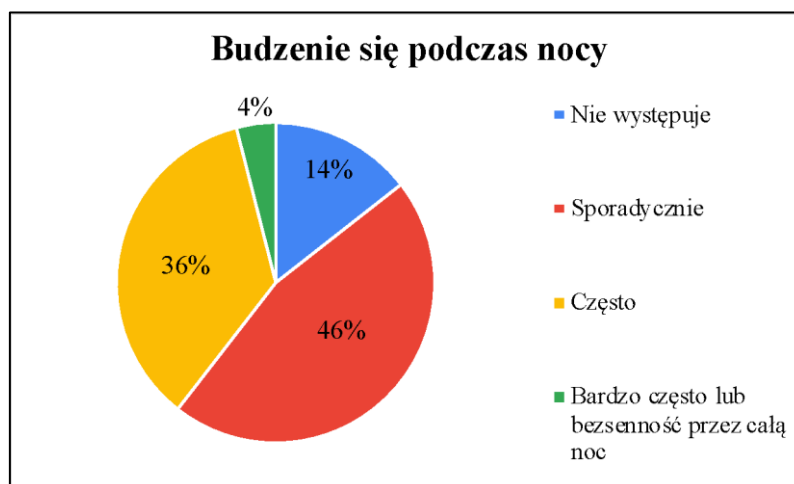
Kolejno zadano pytania respondentom z zakresu Ateńskiej Skali Bezsenności. Ankietowani zostali poproszeni o uzupełnienie - testu na bezsenność. Było to 9 pytań

jednokrotnego wyboru gdzie odpowiedzi powinno się wybierać na podstawie objawów, które wystąpiły przynajmniej 3 razy w tygodniu. Pierwsze z pytań dotyczyło zasypiania po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła. U 37% respondentów jest ono opóźnione a u 34% ankietowanych nieznacznie opóźnione. Szybko zasypia 22% badanych. Szczegóły przedstawia (Rycina 1).



Rycina 1. Zasypianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła

Kolejne pytanie Ateńskiej Skali Bezsenności dotyczyło budzenia się w trakcie nocy. Sporadycznie podczas nocy budzi się 46% badanych. Często sen przerwany ma 36% ankietowanych, a 14% nie budzi się w nocy. Dane widnieją poniżej (Rycina 2).



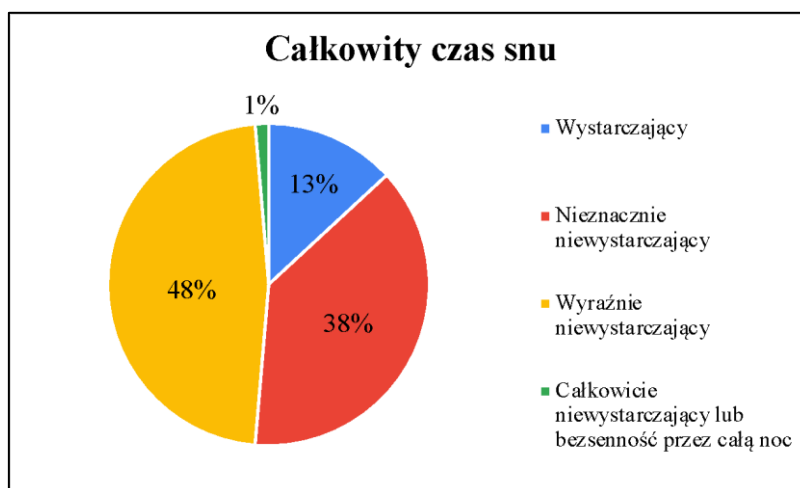
Rycina 2. Budzenie się podczas nocy

Nieco ponad połowa (53%) respondentów budziła się nieznacznie wcześniej niż zaplanowała. O zamierzonej porze budzi się 24% badanych, a 13% budzi się znacznie wcześniej. (Rycina 3).



Rycina 3. Budzenie się wcześniej niż planowano

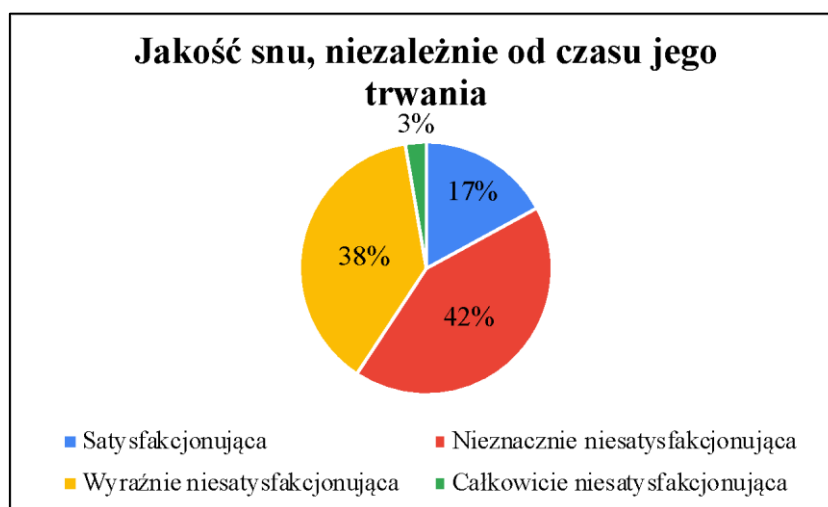
Kolejne pytanie Ateńskiej Skali Bezsenności dotyczy całkowitego czasu snu. 48% ankietowanych wskazało, iż ich całkowity czas snu jest wyraźnie niewystarczający, a 38% uznało go za nieznacznie niewystarczający. Z kolei 13% twierdzi, iż śpią wystarczającą ilość godzin a 1% uważa, iż jest on całkowicie niewystarczający lub bezsenność przez całą noc (Rycina 4).



Rycina 4. Całkowity czas snu

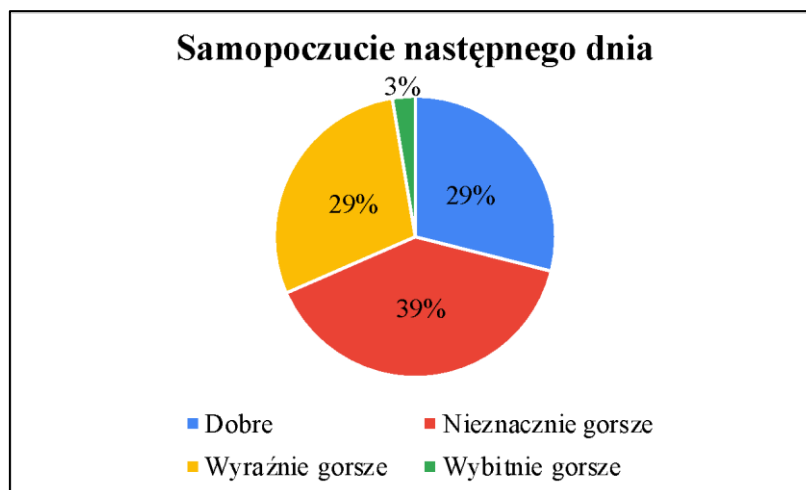
Następnie poproszono badanych o ocenę jakości snu, niezależnie od czasu jego trwania. 42% uznało, iż jest on nieznacznie niesatysfakcjonujący a 38% uważa, że ich sen jest

wyraźnie niesatysfakcjonujący. 17% ankietowanych jakość snu ocenia na satysfakcjonującą, a 3% na całkowicie niesatysfakcjonującą. Dane widnieją poniżej (Rycina 5).



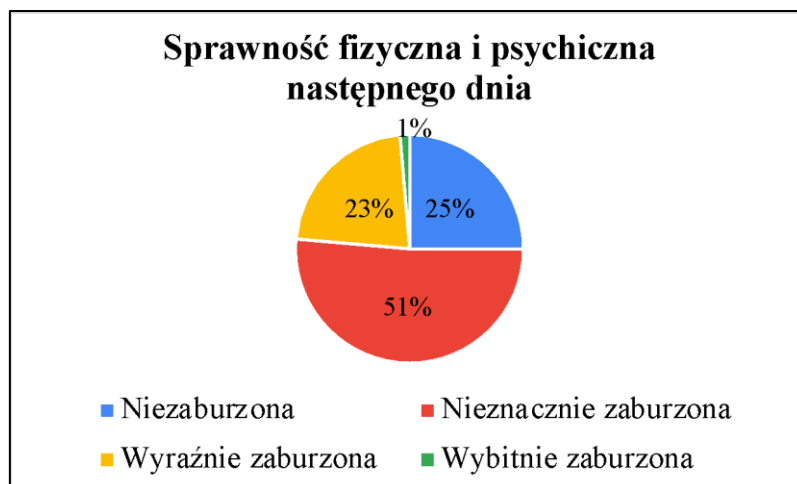
Rycina 5. Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania

Kolejnym pytaniem było wskazanie samopoczucia następnego dnia. 39% respondentów oceniło je jako nieznacznie gorsze. Po 29% ankietowanych uznało je za dobre i wyraźnie gorsze. Pozostałe 3% uważa, że jest ono wybitnie gorsze (Rycina 6).



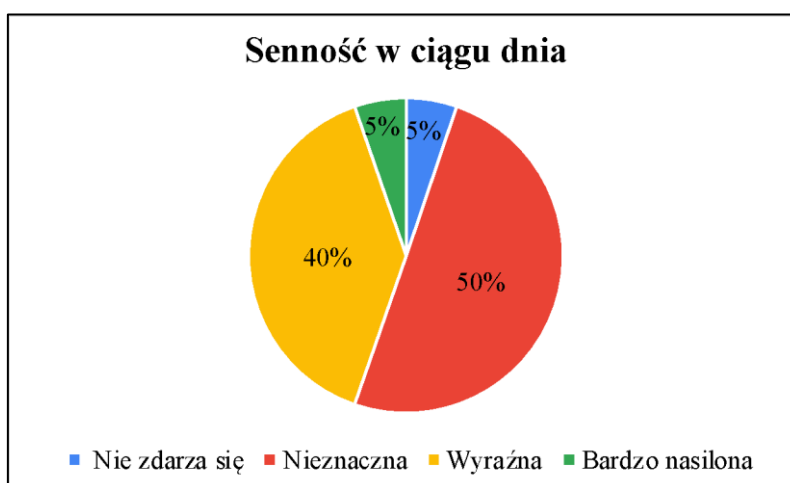
Rycina 6. Samopoczucie następnego dnia

51% respondentów oceniło swoją sprawność fizyczną i psychiczną następnego dnia jako nieznacznie zaburzoną. Jest ona niezaburzona zdaniem ¼ badanych. Na wyraźnie zaburzoną sprawność wskazało 23% badanych a 1% ankietowanych uważa, iż jest wybitnie zaburzona (Rycina 7).



Rycina 7. Sprawność fizyczna i psychiczna następnego dnia

Połowa ankietowanych uważa, że ich senność w ciągu dnia jest nieznaczna. Z kolei u 2/5 respondentów jest wyraźna. Po 5% badanych nie doświadcza jej i jest bardzo nasilona. Dane zostały umieszczone na poniższej rycinie (Rycina 8).



Rycina 8. Senność w ciągu dnia

DYSKUSJA

Ludzki organizm od wieków ma wypracowany swój stały rytm dobowy. Z biegiem czasu pojawiło się coraz więcej zakłóceń, które go zaburzają. Aktualnie, tempo życia jest znacznie szybsze, co sprzyja funkcjonowaniu w ciągłym stresie. Pojawienie się urządzeń elektronicznych, które pochłaniają coraz więcej uwagi również negatywnie wpływają na rytm dobowy. Kolejnym, równie istotnym aspektem jest praca zmianowa, która wymusza sen o

nieregularnych porach. Sen wchodzi w skład potrzeb fizjologicznych, które są priorytetem w prawidłowym funkcjonowaniu ludzkiego organizmu. Autorzy literatury medycznej, donoszą iż, aktualnie rośnie liczba osób mająca problemy ze snem. Są to trudności w zasypianiu, w utrzymywaniu ciągłości snu, zbyt wczesne budzenie się, a co za tym idzie, sen nie jest wystarczająco efektywny. Przekłada się to na codzienne funkcjonowanie [4, 5, 6].

Wyniki własne pokazują, iż prawie 16 procent z pracowników wykonujących pracę również w godzinach nocnych, zażywa leki nasenne aby zasnąć. Respondenci pracujący tylko w regularnym trybie pracy ich nie przyjmują. 47% badanych pracowników zmianowych uważa, że cierpi na zaburzenia snu. Z kolei żaden z pracowników dziennych, nie uważa aby cierpiał na takowe zaburzenia. Do przeprowadzenia analizy, posłużono się również Ateńską Skalą Bezsenności, która potwierdziła iż, pracownicy zmianowi cierpią na zaburzenia snu. Między innymi, ankietowanych pytano o czas zaśnięcia po położeniu się do łóżka. Tylko około co 5 osoba zasypia szybko, 34% wskazało nieznacznie opóźniony proces zaśnięcia, 37% opóźniony a 7% bardzo opóźniony lub bezsenność przez całą noc. U większości respondentów pojawia się problem z utrzymaniem snu, ponieważ 46% odpowiedziało iż, sporadycznie budzą się w nocy; 36%, że zdarza się to często, a 4% zadeklarowało bardzo częste wybudzanie się ze snu bądź bezsenność przez całą noc. Nieco ponad połowa ankietowanych budzi się wcześniej niż zaplanowała. Następne pytanie Ateńskiej Skali Bezsenności dotyczyło całkowitego czasu snu. 48% ankietowanych wskazało, iż ich całkowity czas snu jest wyraźnie niewystarczający, a 38% uznało go za nieznacznie niewystarczający. Z kolei 13% twierdzi, iż śpią wystarczającą ilość godzin a 1% uważa, iż jest on całkowicie niewystarczający lub cierpią na bezsenność przez całą noc. Kolejne pytanie, odnosiło się do jakości snu. Tylko 17% ankietowanych uznało go, za satysfakcjonujący. Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące samopoczucia kolejnego dnia, 3% respondentów uznało iż, czuje się wybitnie źle, 29% wyraźnie gorzej, 39% nieznacznie gorzej i 29%, że czuje się dobrze. Kolejną kwestią jest senność następnego dnia. Połowa ankietowanych uważa, że ich senność w ciągu dnia jest nieznaczna. Z kolei u 2/5 respondentów jest wyraźna. Po 5% badanych nie doświadcza jej i jest bardzo nasiloną. Jeżeli chodzi o sprawność następnego dnia, to zanotowano, iż 51% respondentów oceniło swoją sprawność fizyczną i psychiczną następnego dnia jako nieznacznie zaburzoną. Jest ona niezaburzona zdaniem ¼ badanych. Na wyraźnie zaburzoną sprawność wskazało 23% badanych a 1% ankietowanych uważa, iż jest wybitnie zaburzona. Wyniki wskazują, iż największa ilość ankietowanych znajduje się na pograniczu normy – sytuacja taka dotyczyła 41% badanych. Powyżej normy zakwalifikowało się 39% ankietowanych, oznacza to, że taki

odsetek respondentów najprawdopodobniej cierpi na zaburzenia snu. Dane wyniki są spójne z wynikami Andrzejewskiej i wsp. [7] oraz Babiarczyk i wsp. [8]. Średnia suma punktów skali bezsenności wyniosła 9,49 punktów z odchyleniem standardowym wynoszącym 3,95. Najniższy wynik wyniósł 2, najwyższy zaś 17. Zdecydowana większość badanych pracujących zmianowo, wskazała iż posiada problemy ze snem.

WNIOSKI

1. Praca zmianowa miała istotny wpływ na styl życia badanej populacji. Badania potwierdziły iż, praca w godzinach nocnych zaburzała higienę snu powodując zaburzenia snu.
2. Większość badanej populacji miała problem z utrzymaniem ciągłości snu, jakością snu, długością snu, kondycją psychiczną oraz fizyczną następnego dnia.
3. Pracownicy zmianowi mający zaburzenia snu sięgali po leki nasenne.

PIŚMIENNICTWO

1. Strand L., Laugsand L., Wisloff U., Nes B., Vatten L., Janszky Y.: Insomnia symptoms and cardiorespiratory fitness in healthy individuals. The Nord Trondelag Health Study (HUNT) Sleep 2013; 36: 99–108.
2. Sykut A., Ślusarska B., Jędrzejkiwicz B., Nowicki G.: Zaburzenia snu jako powszechny problem społeczny – wybrane uwarunkowania i konsekwencje zdrowotne. Pielęgniarstwo XXI wieku 2017; 16(2): 53- 57
3. Skalski M.: Zaburzenia snu i czuwania. American Psychiatric Association, Wrocław 2015: 1-104
4. Wichniak A., Jankowski K. S., Skalski M., Skwarło-Sońta K., Zawilska J. B., Żarowski M., Jernajczyk W.: Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem i Sekcji Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część I. Fizjologia, metody oceny i oddziaływania terapeutyczne. Psychiatria Polska 2017; 61:1- 22.
5. Gajda E., Wanot B., Biskupek - Wanot A.: Zaburzenia snu. Problemy Zdrowia Psychicznego 2020;1: 36- 45
6. Kawalec A., Pawlas K.: Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94(1): 1-5

7. Andrzejewska K., Snarska K. K., Chorąży M., Broła W., Szwedziński P., Nadolny K., Ładny J. R., Kulikowski G.: Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(2): 1- 7
8. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2019, 100, 2: 89-94

OPINIA ORAZ ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI ORGANÓW

Aleksandra Wiśław¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ - Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Termin „transplantacja” oznacza przenosić, szczepić, przesadzać, przenosić. Jest to zabieg, polegający na przeszczepieniu osobie chorej, w tym wypadku posiadającej dysfunkcje określonego narządu, zdrowego narządu/ów, tkanek lub komórek [1].

Początki transplantacji sięgają starej medycyny hinduskiej, jednak największy rozwój tej dziedziny zaobserwowano w drugiej połowie XX wieku. Dzięki badaniom, jak również eksperymentom, przeszczepianie narządów, tkanek, komórek stało się standardem leczenia, które jest w stanie zapewnić chorym dłuższe przeżycie, połączone z lepszą jego jakością [2].

Transplantacja stanowi obecnie jedną ze standardowych metod leczenia schyłkowej niewydolności narządów i jest często jedyną opcją na uratowanie życia pacjentowi. Wielkim problemem, z którym zmagają się współczesna transplantologia to wciąż nieadekwatna liczba biorców do dawców, gdzie dawców narządów jest zdecydowanie mniej, co skutkuje tym, że często pacjenci nie mają możliwości otrzymania szansy na poddanie się zabiegowi ratującemu życie. Dlatego tak ważne jest uświadamianie społeczeństwa, ponieważ wiedza łączy się niewątpliwie ze zrozumieniem „problemu” [3].

Przeszczep, który dotyczy tylko jednego organizmu nazywamy autogenicznym, natomiast allogeniczny to taki, gdzie dawca i biorca to dwie inne osoby. Co do pochodzenia transplantantu, może on pochodzić od osoby żywej (ex vivo), która kieruje się względami osobistymi oraz otrzymała zgodę sądu rejonowego, który wyraża ją po zapoznaniu się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej, jak również dawcy zmarłego (ex mortuo).

Kluczową rolę w procesie przeszczepiania stanowi świadoma zgoda dawcy podana za życia, jak również decyzja lekarza i/lub organu władzy w zależności od obywatelstwa. Problem dawstwa narządów skłonił państwa i odpowiednie organizacje do opracowania regulacji etycznych, jak i prawnych. W Polsce uregulowanie zapewnia Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku dotycząca pobierania, przechowywania oraz przeszczepiania tkanek, narządów i komórek [4].

Na medycynę transplantacyjną niewątpliwie ma wpływ również religia, która determinuje odbiór, postawę oraz postępowanie społeczeństwa, a ściślej ujmując postępowanie dawców i biorców.

ZAŁOŻENIE I CEL PRACY

Transplantacja inaczej nazywana donacją lub przeszczepem. Jest to zabieg, który polega na pobraniu narządu, tkanki bądź komórek od dawcy a następnie wszczepieniu go do organizmu biorcy. Transplantacja to coraz szerzej stosowana, bezpieczna i skuteczna metoda pozwalająca na leczenie schyłkowej, nieodwracalnej niewydolności najistotniejszych dla życia organów, takich jak: nerki, serce, wątroba i płuca. Przeszczep jest więc jedną z metod ratowania życia osób ciężko chorych, potrzebujących zdrowego narządu. Jest zabiegiem istotnym, a biorąc pod uwagę, że do jego wykonania niezbędne są narządy, tkanki bądź komórki, których nie da się wyprodukować tak istotne staje się znalezienie odpowiedniego dawcy. Z tego względu ważna jest edukacja i budowanie świadomości społeczeństwa na temat przeszczepów, które mogą przyczynić się do chęci złożenia deklaracji o oddaniu narządu do przeszczepu, których jednak brakuje na całym świecie.

Cele pracy były następujące:

1. Określenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji organów.
2. Poznanie opinii społeczeństwa na temat transplantacji organów.
3. Analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji organów.
4. Określenie czynników mających wpływ na opinie i poziom wiedzy na temat transplantacji organów.

MATERIAŁY I METODYKA

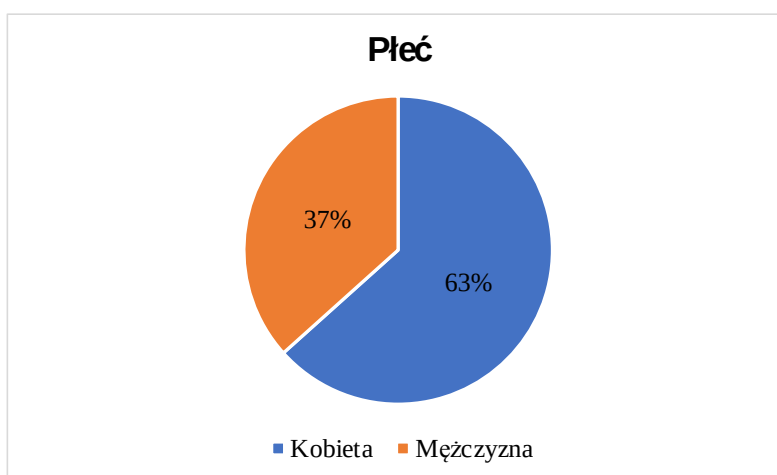
Badania zostały przeprowadzone wśród min. 100 osób w różnym wieku w celu poznania ich opinii a następnie przeprowadzeniu analizy poziomu wiedzy na temat transplantacji organów. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Etyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.85.2022.

Materiał do badań został zebrany metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej, który składał się z 29 pytań odnoszących się do danych osobowych ankietowanych oraz zagadnień dotyczących transplantacji organów. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety udostępniony drogą internetową. W ankiecie zawarto pytania zamknięte, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 101 ankietowanych, z czego 63% stanowiły kobiety a 37% mężczyźni (Rycina 1).



Rycina 1. Płeć ankietowanych

Średni wiek respondentów wynosił 29,08 lat z odchyleniem standardowym wynoszącym 8,20 lat. Najmłodsza ankietowana osoba miała 19 lat, najstarsza zaś 58 lat. Połowa badanych miała 26 lat, zaś połowa miała nie więcej niż 26 lat. Dane dotyczące podstawowych statystyk wieku badanych zestawione w poniższej tabeli (

Tabela 1).

Tabela 1. Wiek ankietowanych

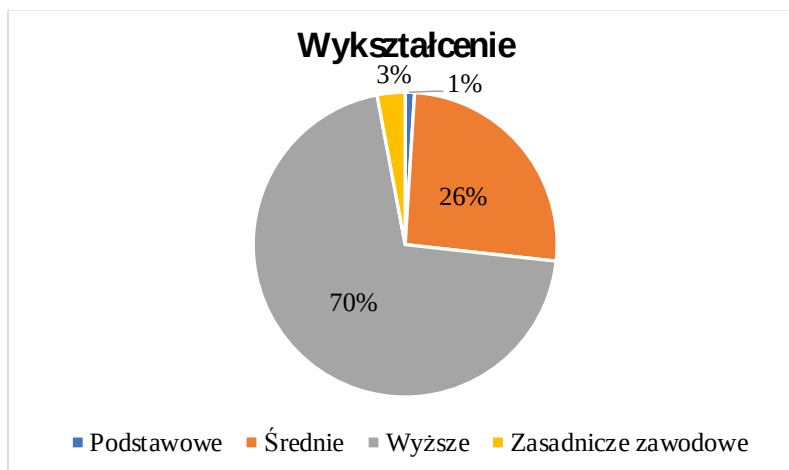
Parametr	średnia	sd	mediana	min	max
Wiek	29,08	8,20	26	19	58

Zdecydowana większość respondentów (77%) to mieszkańcy miast. Jedynie 23% ankietowanych mieszka na wsi. Dane zostały przedstawione poniżej (Rycina 2).



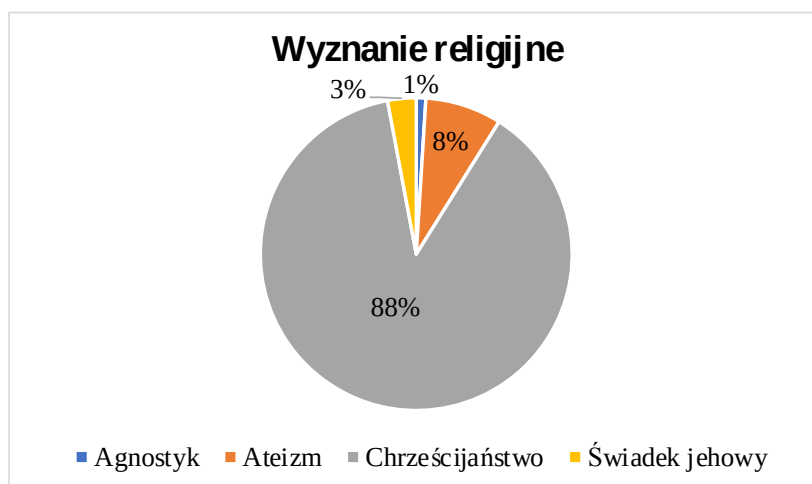
Rycina 2. Miejsce zamieszkania

Dominująca grupa respondentów (70%) to absolwenci szkół wyższych. Szkołę średnią ukończyło 26% badanych. Wykształcenie zasadnicze zawodowe zdobyło 3% respondentów a edukację na szkole podstawowej zakończyło 1% ankietowanych (Rycina 3).



Rycina 3. Wykształcenie

Chrześcijaństwo wyznaje 89 ankietowanych. Z kolei 8 badanych to ateści. 3 osoby są świadkami jehowy a 1 respondent jest agnastykiem (Rycina 4).



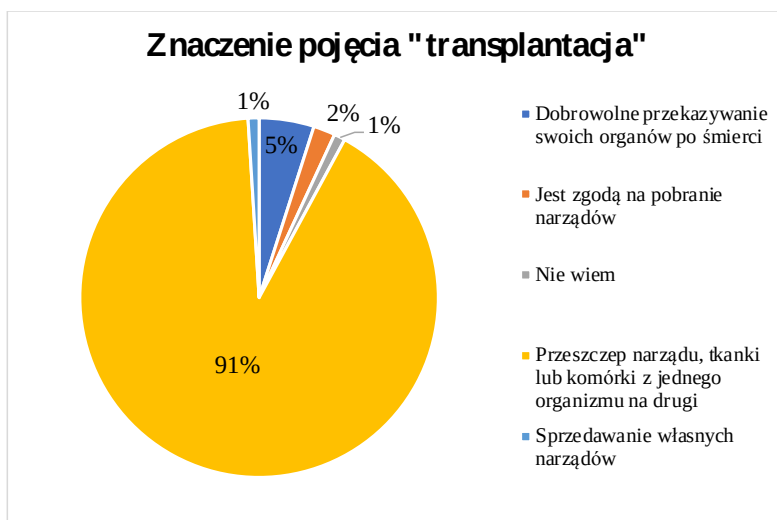
Rycina 4. Wyznanie religijne

Część zasadnicza badań

Opinia oraz analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji organów

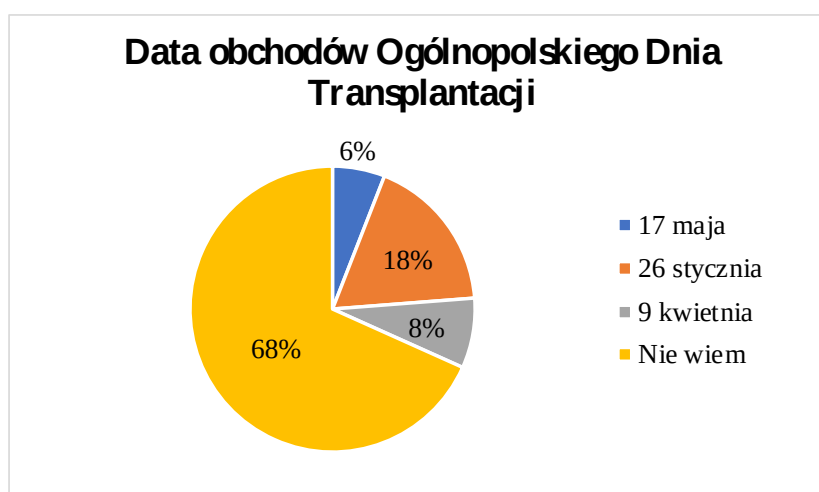
Aż 91% badanych poprawnie wskazało, iż pojęcie transplantacja oznacza przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi. Zdaniem 5% ankietowanych termin ten oznacza, dobrowolne przekazywanie swoich organów po śmierci. Według 2%

respondentów transplantacja oznacza zgodę na pobranie narządów. Po 1% badanych wskazało na znaczenie tego terminu jako sprzedawanie własnych narządów oraz nie znało odpowiedzi na to pytanie (Rycina 5).



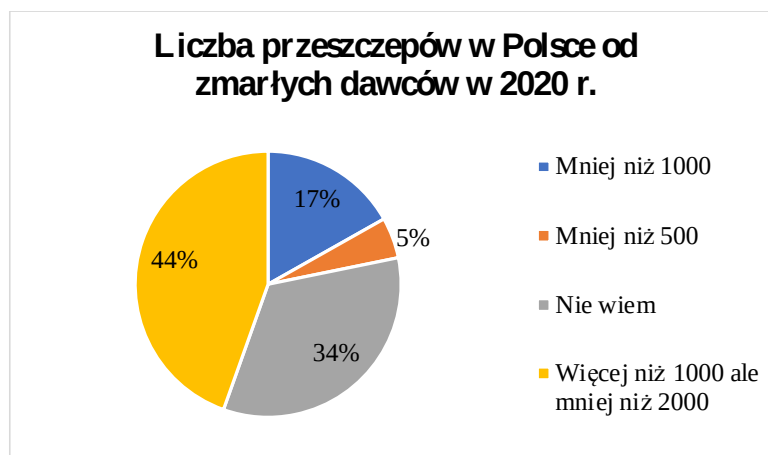
Rycina 5. Znaczenie pojęcia "transplantacja"

Ogólnopolski Dzień transplantacji przypada w rocznicę pierwszego w Polsce w dniu udanego przeszczepu nerki, który w 1966 roku miał miejsce w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie. Respondenci zostali poproszeni o wskazanie tej daty. Zdecydowana większość badanych (68%) nie potrafiła wskazać odpowiedzi. Poprawnie na datę 26 stycznia wskazało 18% badanych. Zdaniem 8% respondentów rocznica wypada 9 kwietnia a 6% ankietowanych twierdzi, iż święto to jest obchodzone 17 maja. Dane zostały przedstawione na rycinie (Rycina 6).



Rycina 6. Data obchodów Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji

W Polsce w 2020 roku wykonano więcej niż 1000, ale mniej niż 2000 przeszczepień narządów od zmarłych dawców. Tę odpowiedź wskazało 44% badanych. Z kolei odpowiedzi nie umiało wybrać 34% badanych. Zdaniem 17% ankietowanych wykonuje się mniej niż 1000 tego typu przeszczepów. Pozostałe 5% uważa, że w 2020 roku w Polsce doszło do mniej niż 500 przeszczepów od zmarłych dawców (Rycina 7).



Rycina 7. Liczba przeszczepów w Polsce od zmarłych dawców w 2020 r.

Aż 91 respondentów uważa za słuszne przeszczepianie narządów, aby ratować życie innym osobom. 6 osób twierdzi, iż trudno powiedzieć. Pozostałe 4% badanych przeczy stwierdzeniu słuszności tego przedsięwzięcia. Dane zestawiono na poniższej rycinie (Rycina 8).



Rycina 8. Słuszność przeszczepów dla ratowania życia

Zdaniem 90% ankietowanych przeszczep wykonuje się pomiędzy żywym bądź martwym dawcą a żywym biorcą i jest to prawidłowa odpowiedź. Według 4% respondentów zabieg ten wykonuje się między tylko żywym dawcą a żywym biorcą. Po 2% badanych

twierdzi, że przeszczep ma miejsce między tylko martwym biorcą a żywym dawcą, nie ma znaczenia oraz nie potrafiło wskazać odpowiedzi. Dane widnieją na rycinie (Rycina 9).



Rycina 9. Pomiędzy jakimi jednostkami wykonuje się przeszczep narządów

Respondenci zostali zapytani o to czy ich zdaniem transplantacja narządu od zmarłej osoby może przyczynić się do uratowania osoby żywej. Właściwy wariant wskazało 89% ankietowanych, którym była odpowiedź twierdząca. Odmiennego zdania było 6% badanych. Zdania w tej kwestii nie miało 5% badanych. Według 79 ankietowanych słuszne jest pobieranie narządów od żywego dawcy. Stanowiska nie zajęło 16% respondentów. Pozostałe 6% badanych przeczy słuszności takich działań. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka i tę odpowiedź wskazało 71% badanych. Zdania w tym temacie nie miało 15% respondentów, zaś 14% przeczy temu stwierdzeniu. Respondentów zapytano również o to czy ich zdaniem potrzebna jest edukacja na temat transplantacji. Dominująca grupa wśród badanych, która zawierała 89 osób popierała tę inicjatywę. Zdania nie miało 8 badanych a pozostałe 4 nie popierała takich działań (Tabela 2).

Tabela 2. Odpowiedzi na pytania na temat transplantacji

Pytanie		Tak	Nie	Nie mam zdania	Razem
Czy transplantacja od osoby zmarłej może uratować życie?	N	90	6	5	101
	%	89%	6%	5%	100%
Czy słuszne jest pobieranie narządów od żywego dawcy?	N	79	6	16	101
	%	78%	6%	16%	100%

OPINIA ORAZ ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI
ORGANÓW

Czy śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka?	N	72	14	15	101
	%	71%	14%	15%	100%
Czy potrzebna jest edukacja na temat transplantacji?	N	89	4	8	101
	%	88%	4%	8%	100%

Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie, które narządy można pobrać do przeszczepu od żywego dawcy. Na szpik kostny wskazało 44 badanych. Zdaniem 43 osób są to wszystkie wymienione w ankiecie narządy i jest to prawidłowa odpowiedź. Zdaniem 42 ankietowanych od żywego dawcy można pobrać nerki. Kolejno 33 i 29 respondentów wskazało na skórę i fragment wątroby. 11 respondentów, uważa, że to takiego zabiegu kwalifikują się płuca a zdaniem 9 badanych są to jelita. Po 7 respondentów wskazało na trzustkę i serce. Żaden ankietowany nie stwierdził, iż żadnego z wymienionych narządów nie można przeszczepić od żywego dawcy. Dane zostały zestawione na poniższej rycinie (Rycina 10).



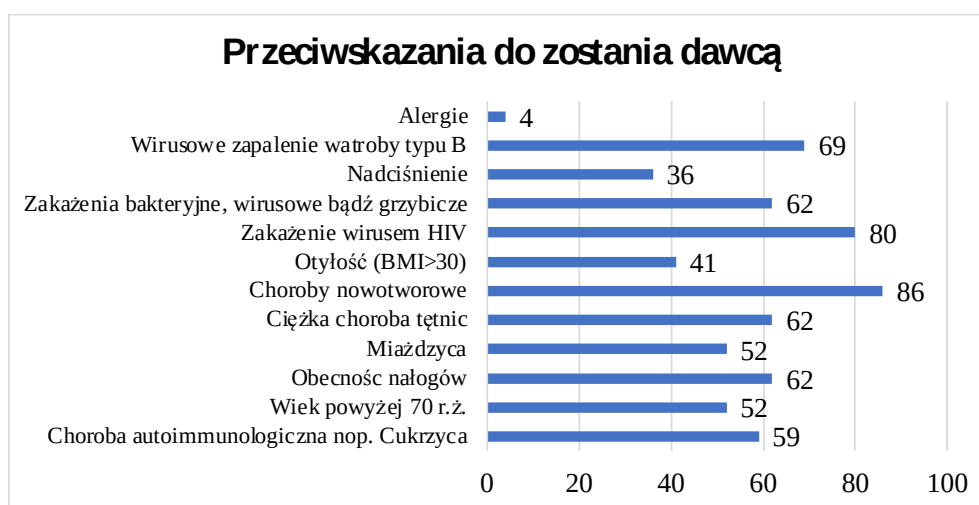
Rycina 10. Narządy, które można pobrać do przeszczepu od żywego dawcy

Zdecydowana większość ankietowanych (74%) uważa, że narządem, który najczęściej się przeszczepia są nerki i jest to właściwa odpowiedź. Zdaniem 12% respondentów najczęściej przeszczepiana jest wątroba a 8% wskazało na serce. Pozostałe 6% nie potrafiło wskazać odpowiedzi (Rycina 11).



Rycina 11. Jaki narząd jest najczęściej przeszczepiany?

Następnie poproszono respondentów o wskazanie przeciwwskazań do zastania dawcą. Na choroby nowotworowe wskazało 86 badanych. Zdaniem 80 respondentów do tej grupy można zaliczyć zakażenie wirusem HIV a 69 ankietowanych twierdzi, iż jest to wirusowe zapalenie wątroby typu B. Po 62 osoby na choroby wykluczające do zostania dawcą wskazały obecność nałogów prowadzących do utraty zdrowia takich jak nadużywanie alkoholu lub narkotyków oraz palenie papierosów, ogólnoustrojowe zakażenia bakteryjne, wirusowe bądź grzybicze i ciężka choroba tętnic obwodowych lub choroba naczyniowo-mózgowa. Wszystkie dotychczas wymienione odpowiedzi były prawidłowe. Po 52 badanych wskazało na wiek powyżej 70 roku życia (odpowiedź prawidłowa) oraz miażdżycę. Właściwym zdaniem 41 respondentów otyłość (BMI >30) jest czynnikiem wykluczającym do zastania dawcą. 36 respondentów, uważa, że wieloletnie nadciśnienie tętnicze uniemożliwia zostanie dawcą a 4 badanych wskazało alergię. Dane zestawiono na poniższej rycinie (Rycina 12).



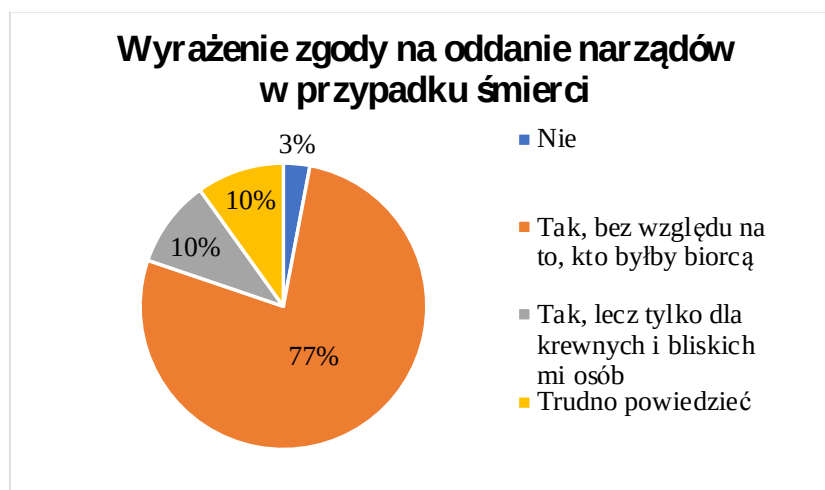
Rycina 12. Przeciwwskazania do zastania dawcą

Nieco mniej niż połowa respondentów (48%) wyraziłaby zgodę na zostanie dawcą za życia, ale tylko dla bliskiej osoby. Z kolei 37% ankietowanych wyraziłaby zgodę bez znaczenia kto miałby być biorcą. 14% nie potrafiło się wypowiedzieć w temacie a 1% badanych nie wyraziłoby zgody na zostanie dawcą (Rycina 13).



Rycina 13. Wyrażenie zgody na zostanie dawcą za życia

Aż 77% badanych w przypadku śmierci jest w stanie wyrazić zgodę na oddanie własnych narządów osobie oczekującej na przeszczep bez względu na to kto miałby być biorcą. Po 10% respondentów byłaby w stanie wyrazić zgodę, ale tylko, w przypadku, gdy biorcą byłaby osoba bliska oraz nie umiała odpowiedzieć na to pytanie. Jedynie 3% nie byłaby w stanie wyrazić zgody (Rycina 14).



Rycina 14. Wyrażenie zgody na oddanie narządów w przypadku śmierci

Aby zostać dawcą nie trzeba być osobą spokrewnioną z biorcą i taką odpowiedź wskazało 88 badanych. Odpowiedzi nie umiało wskazać 7 respondentów a 6 ankietowanych,

twierdzi, iż, tylko osoba spokrewniona może być dawcą. Więcej niż połowa (62%) badanych nie byłaby przeciwna pobraniu narządów od zmarłego z rodziny. Zdania nie umiało wykazać 30% badanych a 8% ankietowanych byłoby przeciwnych takiemu zabiegowi. Nieco mniej niż połowa (46%) respondentów nie byłaby przeciwna przeszczepieniu narządu wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych. Stanowiska w tym temacie nie potrafiło zająć 39% badanych a 16% byłaby przeciwna takiemu przeszczepowi. W Polsce nie jest wymagana zgoda na pobranie narządów od zmarłego i taką odpowiedź wskazało 37 respondentów. Dokładnie tyle samo ankietowanych twierdzi, że zgoda jest wymagana. Pozostałe 27% ankietowanych nie miało wiedzy w tym temacie (Tabela 3).

Tabela 3. Odpowiedzi na pytania na temat przeszczepów

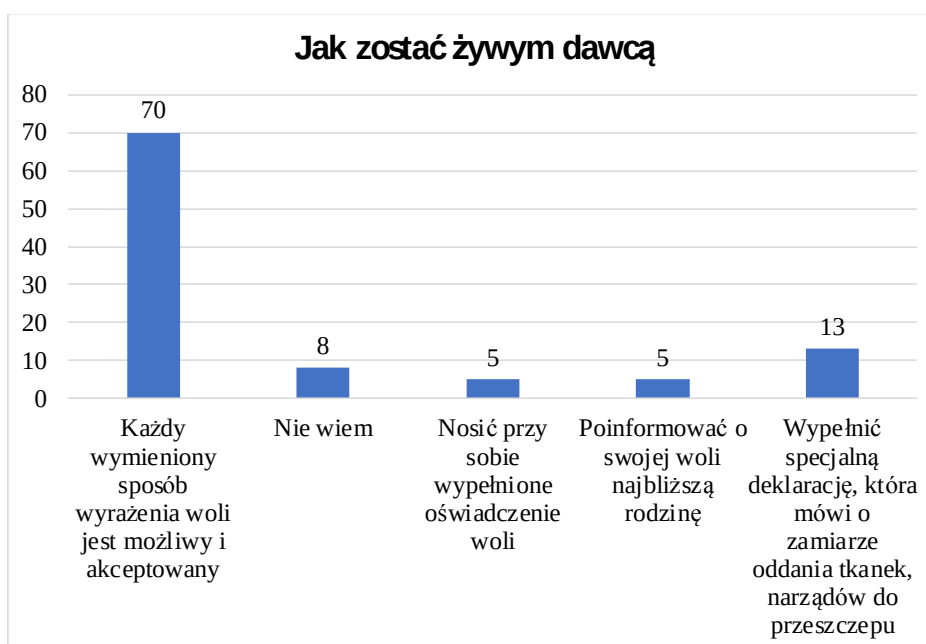
Pytanie		Tak	Nie	Nie wiem	Razem
Czy tylko osoba spokrewniona może być dawcą?	N	6	88	7	101
	%	6%	87%	7%	100%
Czy byłby/byłaby Pan/i przeciwny/a pobraniu narządów od zmarłego z rodziny?	N	8	63	30	101
	%	8%	62%	30%	100%
Czy byłby/ byłaby Pan/i przeciwny/a przeszczepieniu Panu/i wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych?	N	16	46	39	101
	%	16%	46%	39%	100%
Czy w Polsce wymagana jest zgoda rodziny na pobranie narządów od zmarłego?	N	37	37	27	101
	%	37%	37%	27%	100%

Zdaniem 75 ankietowanych najczęstszą przyczyną odmowy przekazania narządów do przeszczepu osoby zmarłej są względy emocjonalne. Przekonania religijnie przeważają w podejmowaniu tej decyzji według 62 osób. Brak wiedzy na temat transplantacji może budzić obiekcje ku temu przedsięwzięciu według 49 badanych. 26 respondentów wskazało na obawę o oszczędzenie ciała zmarłego a zdaniem 21 osób przyczyną jest egoizm. Według 18 respondentów do tej decyzji skłania obawa o niewłaściwe wykorzystanie narządów (Rycina 15).



Rycina 15. Przyczyny odmowy przekazania narządów osoby zmarłej

Aby zostać żywym dawcą należy wypełnić specjalną deklarację, która mówi o zamiarze oddania tkanek, narządów do przeszczepu. Zdaniem 70 badanych każdy z wymienionych sposobów jest akceptowalny, aby zostać dawcą. Prawidłową odpowiedź wskazało jedynie 13 badanych. Wiedzy w tym temacie nie miało 8 badanych a po 5 ankietowanych uważa, że należy nosić przy sobie wypełnione oświadczenie woli oraz poinformować o swej woli najbliższą rodzinę. Dane widnieją poniżej (Rycina 16).



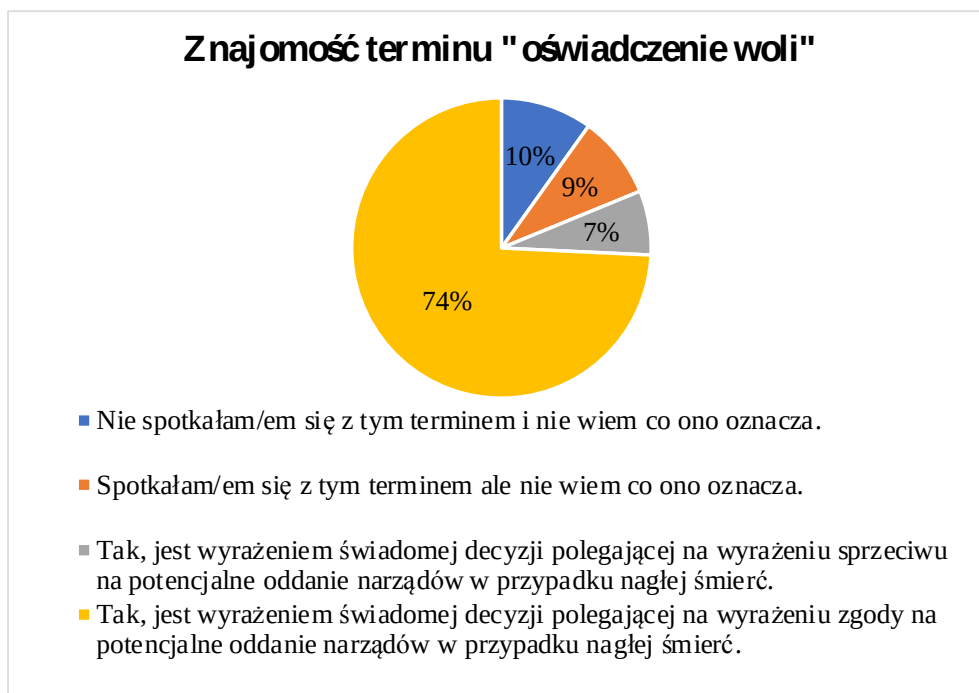
Rycina 16. Jak zostać żywym dawcą?

Dominująca grupa respondentów (67%) prawidłowo wskazała, iż termin „zgoda domniemana” oznacza brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepu po śmierci. Zdaniem 15% badanych pojęcie to oznacza zgodę rodziny na pobranie narządów do przeszczepu po śmierci osoby bliskiej, 14% nie potrafiło wskazać odpowiedzi a 4% uważa, że termin ten oznacza zgodę na pobranie organów po naszej śmierci. Dane przedstawia poniższa rycina (Rycina 17).



Rycina 17. Znaczenie terminu zgoda domniemana

Termin „oświadczenie woli” oznacza wyrażenie świadomej decyzji polegającej na wyrażeniu zgody na potencjalne oddanie narządów w przypadku nagłej śmierci. Z tym terminem spotkało się 74% ankietowanych i wskazało prawidłową odpowiedź. 10% badanych nie spotkało się z tym terminem i nie wie co on oznacza. Z pojęciem spotkało się 9% respondentów, którzy nie znali jego znaczenia oraz 7% ankietowanych spotkało się z terminem i mylnie wskazało, iż oznacza on wyrażenie świadomej decyzji polegającej na wyrażeniu sprzeciwu na potencjalne oddanie narządów w przypadku nagłej śmierci (Rycina 18).



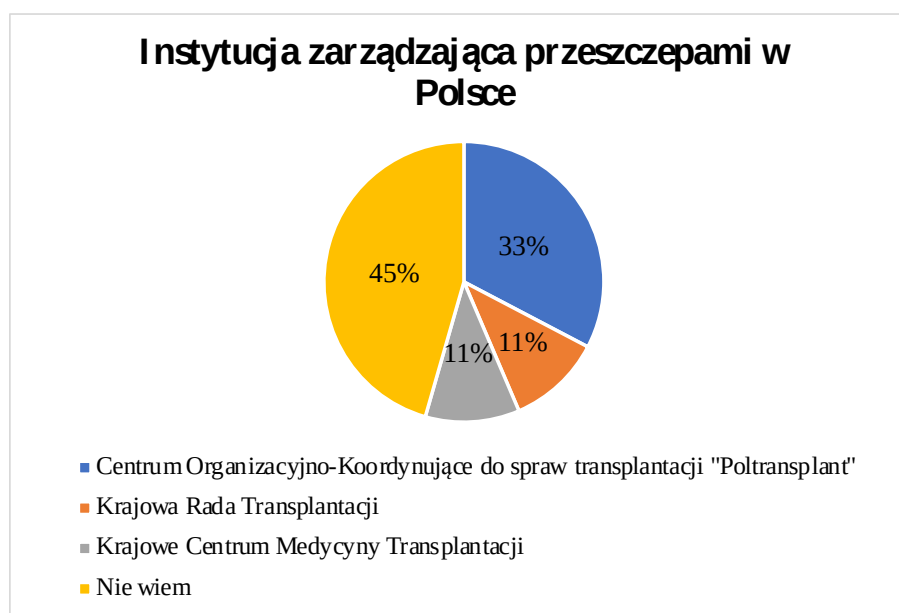
Rycina 18. Znajomość terminu "oświadczenie woli"

U 85% badanych nie ma w rodzinie osoby, która przeszła transplantację, jedynie 15% ma taką bliską osobę. Zdecydowana większość (80%) badanych nie słyszała o Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, tylko 20% zetknęło się wcześniej z tą nazwą. Dane przedstawia poniższa tabela (Tabela 4).

Tabela 4. Odpowiedzi na pytania o transplantację w rodzinie i CRS

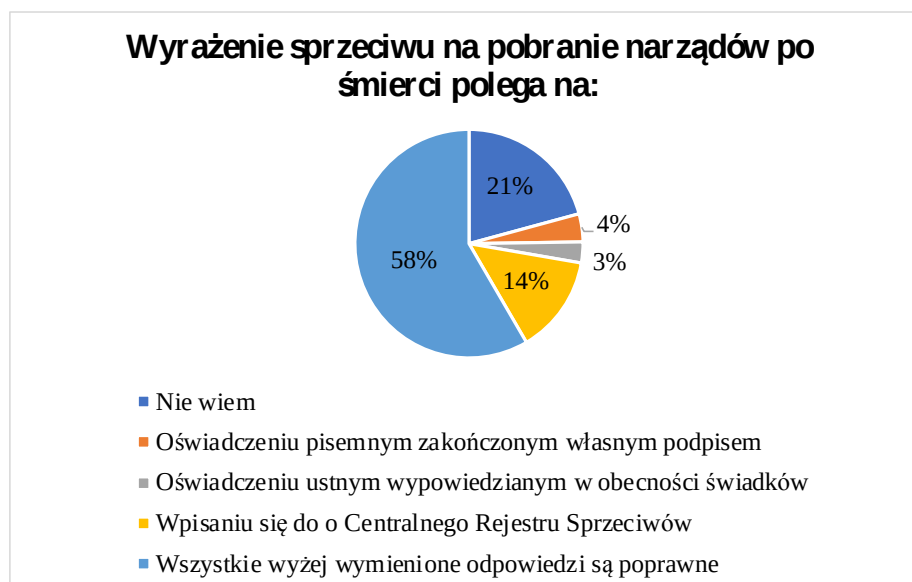
Pytanie		Tak	Nie	Razem
Czy w rodzinie jest osoba, która przeszła transplantację?	N	15	86	101
	%	15%	85%	100%
Czy słyszał/a Pan/i o Centralnym Rejestrze Sprzeciwów?	N	20	81	101
	%	20%	80%	100%

Najliczniejsza grupa respondentów (45%) nie była w stanie wskazać odpowiedzi na pytanie o instytucję w Polsce zajmującą się zarządzaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i organów. Na Centrum Organizacyjno-Koordynujące do spraw transplantacji „Poltransplant” poprawnie wskazało 33% ankietowanych. Po 11% uznało, iż odpowiednią instytucją jest Krajowa Rada Transplantacji oraz Krajowe Centrum medycyny Transplantacji (Rycina 19).



Rycina 19. Instytucja zajmująca się przeszczepami w Polsce

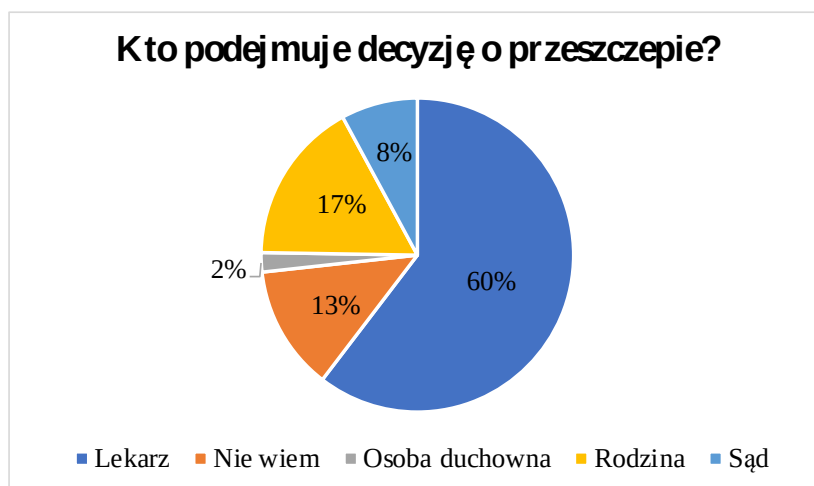
Wszystkie z wymienionych odpowiedzi na pytanie o formę wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci są prawidłowe i taką odpowiedź wskazała nieco ponad połowa (58%) badanych. Z kolei 21% nie umiało odpowiedzieć na to pytanie, a 14% uważa, że należy wpisać się do Centralnego Rejestru Sprzeciwów. Kolejno 4% i 3% uważa, że sprzeciw można wyrazić poprzez oświadczenie pisemne zakończonym własnym podpisem oraz oświadczenie ustne wypowiedziane w obecności świadków (Rycina 20).



Rycina 20. Wyrażenie sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci

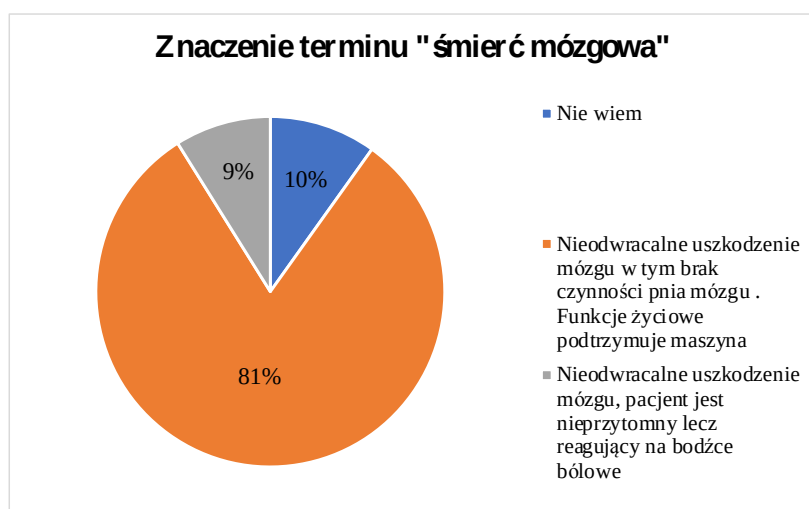
Ostateczną decyzję o pobraniu narządów do przeszczepu podejmuje lekarz i taką odpowiedź wskazało 60% badanych. Zdaniem 17% ostatecznie zdanie należy do rodziny.

Odpowiedzi nie było w stanie wskazać 13% ankietowanych a 8% respondentów uważa, iż taka decyzja powinna zostać podjęta sędownie. Zdaniem 2% badanych decyzję, w kwestii wykonania przeszczepu dokonuje osoba duchowna. Dane umieszczono na rycinie (Rycina 21).



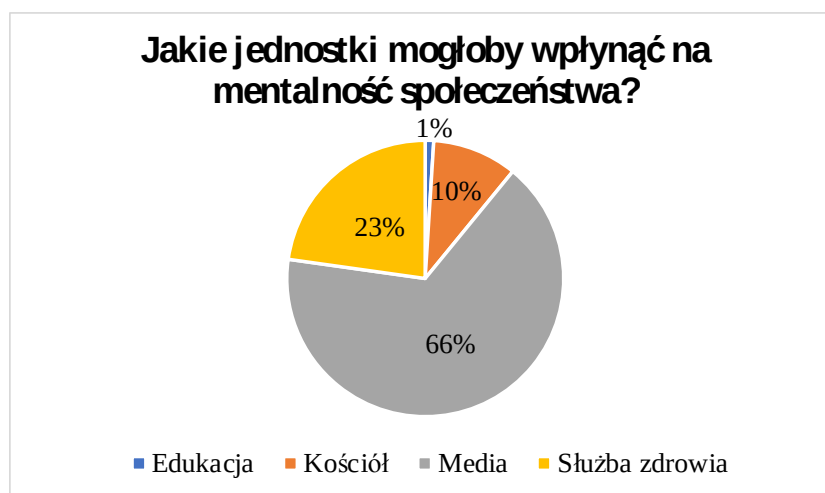
Rycina 21. Kto podejmuje decyzję o przeszczepie?

Aż 81% ankietowanych właściwie wskazało, że termin „śmierć mózgowa” oznacza nieodwracalne uszkodzenie mózgu w tym brak czynności pnia mózgu odpowiedzialnego za pracę układu oddechowego, krwionośnego. Funkcje życiowe są podtrzymywane przez maszyny. Definicji tej nie znało 10% respondentów a 9% badanych uważa, że pojęcie to oznacza nieodwracalne uszkodzenie mózgu, pacjent jest nieprzytomny, lecz reagujący na bodźce bólowe. Żaden z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi jaką była utrata świadomości bez znaczących uszkodzeń mózgu (Rycina 22).



Rycina 22. Znaczenie terminu "śmierć mózgowa"

Zdaniem 66% badanych istotny wpływ na mentalność społeczeństwa na temat transplantacji miały media. Na służbę zdrowia wskazało 23% ankietowanych a 10% uważa, że Kościół mógłby się przyczynić do zmiany mentalności. Jedynie 1% respondentów uważa, że edukacja miałaby istotny wpływ. Dane umieszczono na poniższej rycinie (Rycina 23).



Rycina 23. Jakie jednostki mogłyby wpłynąć na mentalność społeczeństwa?

DYSKUSJA

Rozwój medycyny, w tym medycyny transplantacyjnej umożliwił przedłużenie, a co więcej ratowanie życia wielu pacjentom. To wszystko umożliwia zabieg przeszczepienia istotnych tkanek, komórek bądź narządów osobie chorej. W niektórych trudnych przypadkach jest to jedyna metoda leczenia.

Grupę respondentów poproszono o wskazanie poprawnej definicji terminu, jakim jest transplantacja. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż 91% badanych poprawnie wskazało, że pojęcie transplantacja oznacza przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi. Podobny wynik w swoich badaniach uzyskał **Wojczyk A.** [5], u którego 92% ankietowanych poprawnie wskazało definicję pojęcia.

Przeprowadzone badania własne pokazują, że zdecydowana większość badanych (68%) nie potrafiła wskazać daty obchodu Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji, który wypada 26 stycznia.

Ankietowanych w badaniach własnych zapytano o liczbę przeszczepów wykonanych w roku 2020. Prawidłową odpowiedź zaznaczyło jedynie 44% osób, które orientowały się, że wykonano więcej niż 1000, ale mniej niż 2000. Takie dane można uzyskać ze statystyk umieszczanych co roku przez **Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"**[6]. Jak podaje, w roku 2020 wykonano ich 1180 od dawców zmarłych oraz 59 od dawców żywych.

Analiza badań własnych pokazuje, że zdecydowana większość (91%) respondentów uważa za słuszne przeszczepianie narządów, aby ratować życie innym osobom. 6% osób twierdzi, iż trudno powiedzieć. Pozostałe 4% badanych przeczy stwierdzeniu słuszności tego przedsięwzięcia. Co więcej respondenci zostali zapytani o to czy ich zdaniem transplantacja narządu od zmarłej osoby może przyczynić się do uratowania osoby żywej, właściwy wariant, którym była odpowiedź twierdząca wskazało 89% ankietowanych. Odmiennego zdania było 6% badanych, którzy uważają, że ten zabieg jest zabiegiem ratującym życie. Z badań **Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M., Dębska-Ślizień A.** [7] wynika, że wśród osób biorących udział w ankiecie idea transplantacji w celu ratowania życia bądź przywracania zdrowia cieszyła się aprobatą. 89,3% popiera pobieranie narządów od osób zmarłych a 85,8% od osób żywych.

Wielkim problemem, z którym zmaga się współczesna transplantologia to wciąż nieadekwatna liczba biorców do dawców, gdzie dawców narządów jest zdecydowanie mniej, co skutkuje tym, że często pacjenci nie mają możliwości otrzymania szansy na poddanie się zabiegowi ratującemu życie. Dlatego tak ważne jest uświadamianie społeczeństwa, ponieważ wiedza łączy się niewątpliwie ze zrozumieniem „problemu”.

Grupie badanych osób zadano pytanie czy byliby skłonni zostać dawcami za życia. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że aż 77% badanych w przypadku śmierci jest w

stanie wyrazić zgodę na oddanie własnych narządów osobie oczekującej na przeszczep bez względu na to, kto miałby być biorcą, a jedynie 3% nie byłoby w stanie wyrazić zgody. Z danych **Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji** [6] wynika, iż w roku 2021 wykonano 44 transplantacji nerek, 20 części wątroby co daje liczbę 64 organów od żywych dawców. W tym też roku wykonano 1321 przeszczepień tkanek oka.

Według badań przeprowadzonych przez **Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M., Dębska-Ślizień A.** [7] ankietowani zdecydowanie rzadziej deklarowali, że są chętni aby oddać własny narząd za życia. 81,6% respondentów zadeklarowało chęć zostania dawcą po śmierci, a tylko nieco ponad połowa (65,2%) dawcą za życia. Dodatkowo temat przeszczepów od dawców żywych został poruszony w badaniach **Lisowska D., Budzińska K., Ścieranka M., Mazur A., Smoleń E.** [8] gdzie 56,3% ankietowanych studentów akceptuje transplantację, która dotyczy się dawstwa od osób żywych.

Grupie badanych zadano również pytanie o przyczynę odmowy na przekazanie narządów do celów transplantacyjnych od osoby zmarłej. Zdaniem 75 ankietowanych najczęstszą przyczyną odmowy przekazania narządów do przeszczepu osoby zmarłej są względy emocjonalne zaś przekonania religijne przeważają w podejmowaniu tej decyzji według 62 osób. W swojej publikacji nieco wyższe wyniki uzyskała **Rydziewska M., Małyszko M. E., Drobek N. A., Zajkowska A., Małyszko J.** [9] w których 90% ankietowanych wskazało względy emocjonalne, a niewiele ponad połowa, bo 57% poglądy religijne.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że jedynie 13 badanych wie, że aby zostać żywym dawcą należy wypełnić specjalną deklarację, która mówi o zamiarze oddania tkanek, narządów do przeszczepu.

Przeprowadzone badania własne pokazują, że aż 77% badanych w przypadku śmierci jest w stanie wyrazić zgodę na oddanie własnych narządów osobie oczekującej na przeszczep bez względu na to kto miałby być biorcą. W badaniach z roku 2016, które zostały przeprowadzone przez **Centralne biuro Opinii Społecznej** [10] aż 80% osób biorących udział w ankiecie zaznaczyło, że wyraziłoby zgodę na postanie dawcą po śmierci.

Z przeprowadzanych badań własnych wynika, że zdaniem 90% ankietowanych przeszczep wykonuje się pomiędzy żywym bądź martwym dawcą a żywym biorcą i jest to prawidłowa odpowiedź.

Sprawdzona została również wiedza respondentów. Zapytano w ankiecie własnej o znaczenie pojęcia „oświadczenie woli”. Z tym stwierdzeniem spotkało się 74% ankietowanych i wskazało prawidłową odpowiedź. Również **Bonikowska I.** [11] w swoich badaniach sprawdziła, czy osoby uczestniczące w badaniu miały kontakt z tym pojęciem. Odpowiedzi pozytywne zaznaczyło 35% osób.

Kolejnym terminem, o który zapytano w pracy własnej było pytanie o znaczenie terminu „zgoda domniemania”. Dominująca grupa respondentów (67%) prawidłowo wskazała, iż termin „zgoda domniemana” oznacza brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepu po śmierci. Z tych wyników **Makara- Studzińska M., Kowalska A. J., Jakubowska K** [12] można odczytać, że lekko ponad połowa respondentów a dokładniej 68% wie co oznacza wyżej przytoczony termin.

Ankieta własna miała również na celu sprawdzenie czy respondenci mają wiedze na temat śmierci mózgowej oraz zapytano ich, czy śmierć mózgu równoznaczna jest ze śmiercią człowieka. Ponad połowa, bo aż 71% badanych odpowiedziało poprawnie, iż śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka oraz poprawnie zdefiniowało pojęcie „śmierć mózgowa” (81% ankietowanych) odpowiadając, że oznacza to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, w tym brak czynności pnia mózgu odpowiedzialnego za pracę układu oddechowego, krwionośnego a funkcje życiowe są podtrzymywane przez maszyny. Podobny wynik, bo 84,5% w swoich badaniach uzyskała **Ścieranka M., Mazur A., Budzińska K., Lisowska D., Smoleń E.** [13], gdzie ankietowani jako definicję wybrali nieodwracalne ustanie pracy mózgu.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że większość ankietowanych (74%) uważa, że narządem, który najczęściej się przeszczepia są nerki i jest to właściwa odpowiedź. Zdaniem 12% respondentów najczęściej przeszczepiana jest wątroba a 8% wskazało na serce. Pozostałe 6% nie potrafiło wskazać odpowiedzi. Taka statystyka prowadzona jest przez **Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"**. Z jej analizy wynika, że to właśnie nerki są organem najczęściej przeszczepianym [6].

Respondenci w badaniach własnych zostali również zapytani o to, czy zgodziliby się aby zmarły z ich rodziny był dawcą. Więcej niż połowa (62%) badanych nie byłaby przeciwna pobraniu narządów od zmarłego z rodziny. Zostało im również postawione pytanie dotyczące pokrewieństwa dawca- biorca. Aby zostać dawcą nie trzeba być osobą spokrewnioną z biorcą i taką odpowiedź wskazało 88 badanych. Odpowiedzi nie umiało

wskazać jedynie 7 respondentów a 6 ankietowanych, twierdzi, iż, tylko osoba spokrewniona może być dawcą. W badaniach przeprowadzonych przez **Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M., Dębska-Ślizień A.** [7] 78,8% ankietowanych nie sprzeciwiłaby się na pobranie narządów wiedząc, że osoba zmarła nie miała nic przeciwko zastaniu dawcą. W sytuacji gdy opinia zmarłego nie była znana 51,4% osób zgodziłoby się na pobranie narządów od zmarłego z rodziny.

Badanych w ankiecie własnej zapytano również o słuszność akcji uświadamiających. Wynik jaki uzyskano wskazuje, że dominująca grupa wśród badanych, która zawierała 89 osób popierała tę inicjatywę. Również w badaniach **Leckiej M., Gotlib J.** [14] zdaniem 85 % respondentów akcje promujące transplantacje sprawdzają się i mają pozytywny wpływ na społeczeństwo.

Ankietowane osoby zapytano także o to, jakie są przeciwwskazania do zostania dawcą. Zdecydowana większość wskazała na choroby nowotworowe, a było to 86 badanych. Zdaniem 80 respondentów do grupy osób, które nie mogą zostać dawcą należy zaliczyć osoby zakażone wirusem HIV. 69 ankietowanych twierdzi, iż jest przeciwwskazaniem jest wirusowe zapalenie wątroby typu. 62 osoby na choroby wykluczające do zostania dawcą wskazały obecność nałogów prowadzących do utraty zdrowia, takich jak nadużywanie alkoholu lub narkotyków oraz palenie papierosów, ogólnoustrojowe zakażenia bakteryjne, wirusowe bądź grzybicze i ciężka choroba tętnic obwodowych lub choroba naczyniowo-mózgowa. Z opracowanych badań **Wojczyk A.** [5] wynika, że respondenci jako przeciwwskazanie uważają zakażenie wirusem HIV (28%) oraz ciążę i laktację (22%).

W ankiecie własnej sprawdzono nastawienie osób do przeszczepu narządu wychodowanego w warunkach laboratoryjnych. 46% respondentów nie byłaby przeciwna przeszczepieniu narządu wychodowanego w warunkach laboratoryjnych. Stanowiska w tym temacie nie potrafiło jednak

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 60 procent badanych wskazuje lekarza, jako osobę, która ostatecznie podejmuje decyzję o pobraniu narządów do przeszczepu. Zdaniem 17% ostatecznie zdanie należy do rodziny. W publikacji **Kobus G., Małyszko J., Buzun- Milewska M., Bachórzewska- Gajewska H.** [15] również poruszono ten aspekt i prawie 44% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że decyzja ta podejmowana jest na mocy prawa, a tylko 25,19 procent wybrało rodzinę jako osoby decydujące.

Ankietowanym zadano również pytanie, czy aby pobrać narządy od zmarłego potrzebna jest zgoda rodziny. 37 respondentów odpowiedziało, że zgoda jest wymagana oraz taka sama ich liczba czyt. 37 odpowiedziało, że taka zgoda nie jest wymagana. W Polskim prawie nie potrzebna jest zgoda rodziny a zgoda dawcy za życia co uwzględnione zostało w polskiej ustawie dotyczącej transplantacji. Z analizy przeprowadzonych badań przez **Wojciechowski P. Szpringer M.** [16] można uzyskać informacje, że 92% osób ankietowane uważa, że lekarze powinni rozmawiać z rodziną na temat pobrania narządów do celów transplantacyjnych od zmarłego.

Analiza wyników własnych ukazuje, iż zdecydowana większość (80%) badanych nie słyszała o Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, a tylko 20% zetknęło się wcześniej z tą nazwą. Dodatkowo z badań własnych wynika, że według ponad połowy (58%) wyrażenie sprzeciwu może opierać się na: wpisaniu się do o Centralnego Rejestru Sprzeciwów, oświadczeniu ustnym wypowiedzianym w obecności świadków oraz oświadczeniu pisemnym zakończonym własnym podpisem. Z kolei 21% nie umiało odpowiedzieć na to pytanie.

Przeprowadzonych badania własne pokazują, że najliczniejsza grupa respondentów (45%) nie była w stanie wskazać odpowiedzi na pytanie o instytucję w Polsce zajmującą się zarządzaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i organów. Na Centrum Organizacyjno-Koordynujące do spraw transplantacji „Poltransplant” poprawnie wskazało jedynie 33% ankietowanych.

WNIOSKI

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość ankietowanych poprawnie podaje definicje pojęcia takie jak „transplantacja”, „zgoda domniemania” oraz „śmierć mózgu”.
2. Wykazano, że aż 91 respondentów uważa za słuszne przeszczepianie narządów, aby ratować życie innym osobom.
3. Większość badanych osób uważa, że transplantacja narządu od zmarłej osoby może przyczynić się do uratowania osoby żywej.
4. Nieco mniej niż połowa respondentów (48%) wyraziłaby zgodę na zostanie dawcą za życia, ale tylko dla bliskiej osoby. Z kolei 37% ankietowanych wyraziłaby zgodę bez znaczenia kto miałby być biorcą.

5. 77% badanych w przypadku śmierci jest w stanie wyrazić zgodę na oddanie własnych narządów osobie oczekującej na przeszczep bez względu na to kto miałby być biorcą.
6. Więcej niż połowa badanych nie byłaby przeciwna pobraniu narządów od zmarłego z rodziny.
7. Zdecydowana większość (80%) badanych nie słyszała o Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, tylko 20% zetknęło się wcześniej z tą nazwą.
8. Najliczniejsza grupa respondentów niestety nie była w stanie wskazać odpowiedzi na pytanie o instytucję w Polsce zajmującą się zarządzaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i organów.
9. Zdaniem ponad połowy badanych istotny wpływ na mentalność społeczeństwa na temat transplantacji miały media.

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016;1, 46: 113-118.
2. Makara-Studzińska M., Kowalska A.J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012; 18, 1: 31.
3. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa 2015: 454
4. Baum E. Andczak S.: Wybrane aspekty społeczne prawne i etyczne pozyskiwania narządów do transplantacji nerek. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018; 2: 225-231.
5. Wojczyk A.: Stan wiedzy studentów polskich uczelni wyższych na temat transplantacji narządów. *Puls Uczelni* 2013; 4: 34-38.
6. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2021.htmlv dostęp 07.05.2022
7. Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M., Dębska-Ślizień A.: Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród gdańszczan— przekrojowe badanie kwestionariuszowe; *Forum Nefrologiczne* 2020; 13: 184–191.
8. Lisowska D., Budzińska K., Ścieranka M., Mazur A., Smoleń E.: Postawy studentów państwowej wyższej szkoły zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku wobec dawstwa narządów. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7 :1684-1699.

9. Rydzewska M., Małyszko M. E., Drobek N. A., Zajkowska A., Małyszko J.: Studenci ratownictwa medycznego promują idee transplantacji narządów. *Nefrologia i dializoterapia Polska* 2017; 21: 157-159.
10. Centralne biuro Opinii Społecznej: postawy wobec transplantacji narządów, Warszawa, 2016 https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF dostęp 17.05.2022
11. Bonikowska I.: Opinia Lubszan na temat transplantacji. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2017; 6; 3-8.
12. Makara- Studzińska M., Kowalska A. J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinia pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2012; 18, 1: 31-36.
13. 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: 44-50.
14. Łeckiej M., Gotlib J.: Analiza wiedzy i postaw pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych wobec dawstwa szpiku kostnego. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2013, 19: 425-430.
15. Kobus G., Małyszko J., Buzun- Milewska M., Bachórzewska- Gajewska H.: Transplantacja narządów w opinii pracowników systemu ochrony zdrowia. *Borgis- Postępy Nauk Medycznych* 2015; 10: 696-703.
16. Wojciechowski P. Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. *Studia Medyczne* 2012; 27:45-52.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA KOBIEŃ W CIĄŻY

Bożena Kowalczyk¹, Czepiel Krystyna², Bogumiła Lubińska-Żądło¹

1/ - Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Polska

2/ - Absolwentka kierunku Fizjoterapia, studia II stopnia, Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Polska

WSTĘP

Pojęcie zachowań zdrowotnych związane jest z całokształtem zachowań człowieka podejmowanych na przestrzeni życia, które wpływają pozytywnie lub negatywnie na utrzymanie, czy poprawę zdrowia człowieka. Te wspomagające zdrowie określa się jako prozdrowotne, natomiast wywierające niekorzystny wpływ jako antyzdrowotne. Do aktywności wspierających zdrowie zalicza się: prawidłowo zbilansowaną dietę, podejmowanie aktywności fizycznej, dbanie o prawidłową ilość snu, unikanie stresu i zachowań ryzykownych, jak również wystrzeganie się stosowania używek oraz wykonywanie regularnych badań przesiewowych [1, 2]. Do grupy o szczególnym potrzebach zdrowotnych zaliczyć należy kobiety ciężarne, ze względu na potrzebę zapewnienia najbardziej optymalnego potencjału zdrowotnego zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Styl życia kobiet ciężarnych ma wpływ nie tylko na matkę i jej dziecko, ale również na przebieg porodu oraz połogu [3].

Istotne znaczenie w prozdrowotnym zachowaniu ma regularna aktywność fizyczna, która stanowi jej zasadniczy filar. Jest to główny czynnik wpływający na poprawę jakości życia kobiet ciężarnych. Określenie optymalnego poziomu aktywności fizycznej jest wciąż kwestią poddawaną szerokiej dyskusji. Pogląd związany ze ścisłym ograniczeniem codziennej aktywności i podejmowaniem biernych form wypoczynku został zastąpiony przez idee zażywania codziennej i umiarkowanej aktywności fizycznej dostosowanej do potrzeb oraz stanu zdrowia ciężarnej [4].

Aktywność fizyczna aby przynosiła pozytywne skutki musi być odpowiednio zaplanowana oraz indywidualnie dobrana do preferencji i potrzeb kobiety ciężarnej [5]. Obecnie istnieje wiele form aktywności zalecanych dla ciężarnych.

Pozytywny wydzźwięk zapewnia także aprobata społeczeństwa, która popularyzuje

uprawianie zdrowego stylu życia. Dodatkową kwestią jest również szeroka dostępność różnorodnych form aktywności ruchowej dla kobiet w ciąży, które nie koniecznie łączą się z intensywnym wysiłkiem i następującym po nim uczuciem zmęczenia. Zwiększona świadomość przyszłych matek realizuje się w znacznie lepszym przygotowaniu do ciąży oraz porodu. Kobiety na co dzień aktywne znacznie lepiej adaptują się do zmian jakie zachodzą w ich organizmie, lepiej znoszą pojawiające się dolegliwości ciążowe, co pozwala im na zachowanie dobrostanu psychicznego jak i fizycznego [6].

Ciąża jest okresem, w którym dochodzi do wielu znaczących zmian w organizmie kobiety. Obejmują one niemal wszystkie układy i narządy, w tym głównie: narząd rodny, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układ mięśniowo-szkieletowy oraz endokrynną [7].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena związku zachowań zdrowotnych z aktywnością fizyczną kobiet w ciąży.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto grupę 201 kobiet w ciąży, w okresie od listopada 2021 roku do lutego 2022 roku. Metodą był sondaż diagnostyczny techniką stanowiła ankieta, wykorzystano narzędzia: autorski kwestionariusz ankiety, kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w adaptacji Juczyńskiego Z., standaryzowany Kwestionariusz Aktywności Fizycznej Kobiet w Ciąży w wersji polskiej (PPAQ-PL) w polskiej adaptacji Krzepoty J.

Analizę wpływu wybranych czynników na poziom aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych badano Testem t-Studenta, jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA i korelacją liniową Pearsona. Duża liczba badanych pozwoliła interpretację współczynników korelacji r oceniających siłę związku pomiędzy badanymi parametrami. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,050$. Obliczenia wykonano pakietem STATISTICA 13.3 PL.

WYNIKI

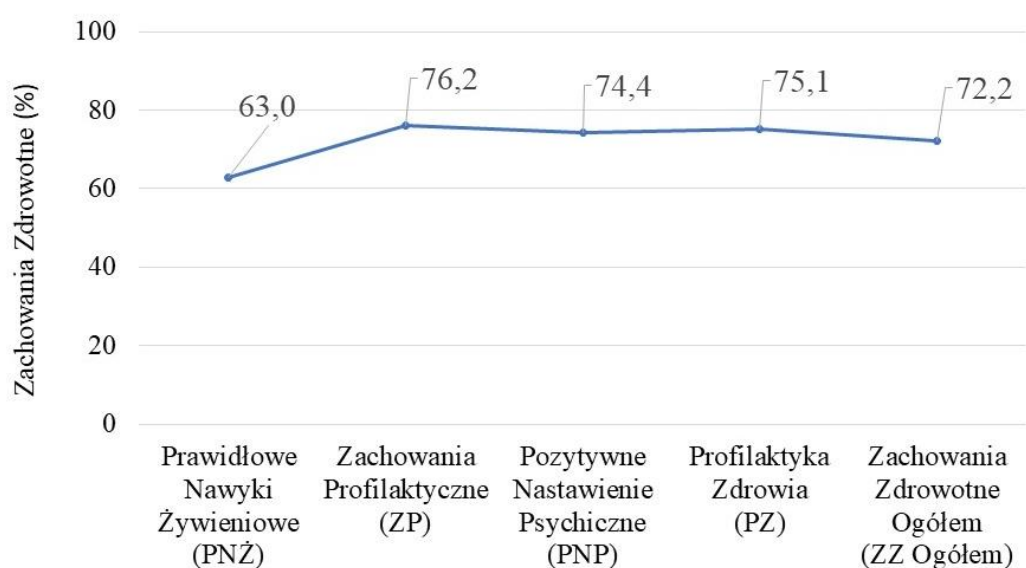
W badanej grupie kobiet w ciąży średni wiek wynosił 29 lat. Najwięcej kobiet było w wieku od 26 lat do 30 lat (33,8%), a najmniej w wieku do 20 lat (3,5%). Większość badanych 66,7% kobiet w ciąży mieszkała w mieście. Najwięcej kobiet było zamężnych

69,2%. Ponad połowa 53,2% badanych kobiet w ciąży posiadała wykształcenie wyższe. Warunki życiowe większość badanych określiło jako dobre 50,7% i bardzo dobre 38,8%. Tylko 10,4% badanych określiło swoje warunki życiowe jako przeciętne (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka socjogeograficzna badanej grupy kobiet w ciąży

Parametr	Liczba	Procent
	Średnia ± Odch.std (min-max)	
Wiek (lata)	29 ± 5,4 (18-42)	
do 20 lat	7	3,5%
21-25 lat	54	26,9%
26-30 lat	68	33,8%
31-35 lat	43	21,4%
>35 lat	29	14,4%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	67	33,3%
Miasto	134	66,7%
Stan cywilny		
Panna	15	7,5%
Rozwiedziona	7	3,5%
Związek partnerski	40	19,9%
Zamężna	139	69,2%
Wykształcenie		
Gimnazjalne	3	1,5%
Zawodowe	20	10,0%
Średnie	71	35,3%
Wyższe zawodowe	35	17,4%
Wyższe magisterskie	72	35,8%
Warunki życiowe		
Bardzo dobre	78	38,8%
Dobre	102	50,7%
Przeciętne	21	10,4%

Poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet w ciąży był wysoki i zawierał się w przedziale od 63,8% do 76,2% w zależności od obszaru (Rycina 1).



Rycina 24. Średni profil zachowań zdrowotnych badanych kobiet w ciąży [źródło własne]

Analizie poddano zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w zależności od danych socjodemograficznych.

Korelacja pomiędzy wiekiem badanych kobiet a ich zachowaniami zdrowotnymi była bardzo słaba lub w ogóle nie występowała. Wiek badanych kobiet w ciąży nie miał wpływu na ich zachowania zdrowotne. Również poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet nie zależał od miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz od wykształcenia.

Natomiast poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet w ciąży zależał istotnie statystycznie od ich warunków życiowych w obszarach: PNP ($p < 0,001$), PZ ($p = 0,048$) i ZZ Ogółem ($p = 0,003$). Z kolei zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży w obszarze PNŻ i w obszarze ZP nie zależały od ich warunków życiowych (Tabela 2).

Tabela 2. Wpływ warunków życiowych badanych kobiet w ciąży na ich zachowania zdrowotne [źródło własne].

Kategorie skali IZZ	Warunki życiowe	n	Zachowania zdrowotne (%)					ANOVA
			Średnia	Odch. std	Me	min	max	
PNŻ	Bardzo dobre	78	65,9	15,4	66,7	25,0	100	$p = 0,089$
	Dobre	102	61,7	18,1	62,5	12,5	100	
	Przeciętne	21	57,9	14,3	58,3	20,8	75,0	
ZP	Bardzo dobre	78	78,9	13,8	79,2	45,8	100	$p = 0,114$
	Dobre	102	74,8	15,6	79,2	33,3	100	
	Przeciętne	21	73,4	13,1	75,0	54,2	95,8	

PNP	Bardzo dobre	78	78,6	14,3	79,2	41,7	100	p<0,001
	Dobre	102	73,1	14,9	70,8	29,2	100	
	Przeciętne	21	64,7	16,8	66,7	29,2	91,7	
PZ	Bardzo dobre	78	78,0	18,2	79,2	29,2	100	p=0,048
	Dobre	102	74,3	16,3	75,0	29,2	100	
	Przeciętne	21	68,1	14,8	70,8	41,7	91,7	
ZZ ogółem	Bardzo dobre	78	75,4	11,1	76,6	44,8	99,0	p=0,003
	Dobre	102	71,0	13,1	72,9	33,3	99,0	
	Przeciętne	21	66,0	10,6	65,6	41,7	82,3	

Warunki życiowe badanych kobiet w ciąży znamienne wpływały na ich zachowania zdrowotne w obszarze Pozytywnego Nastawienia Psychicznego, Profilaktyki Zdrowia oraz Zachowań Zdrowotnych Ogółem. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet w tym obszarze występował w grupie kobiet oceniających swoje warunki życiowe jako bardzo dobre a najniższy w grupie kobiet oceniających swoje warunki życiowe jako przeciętne.

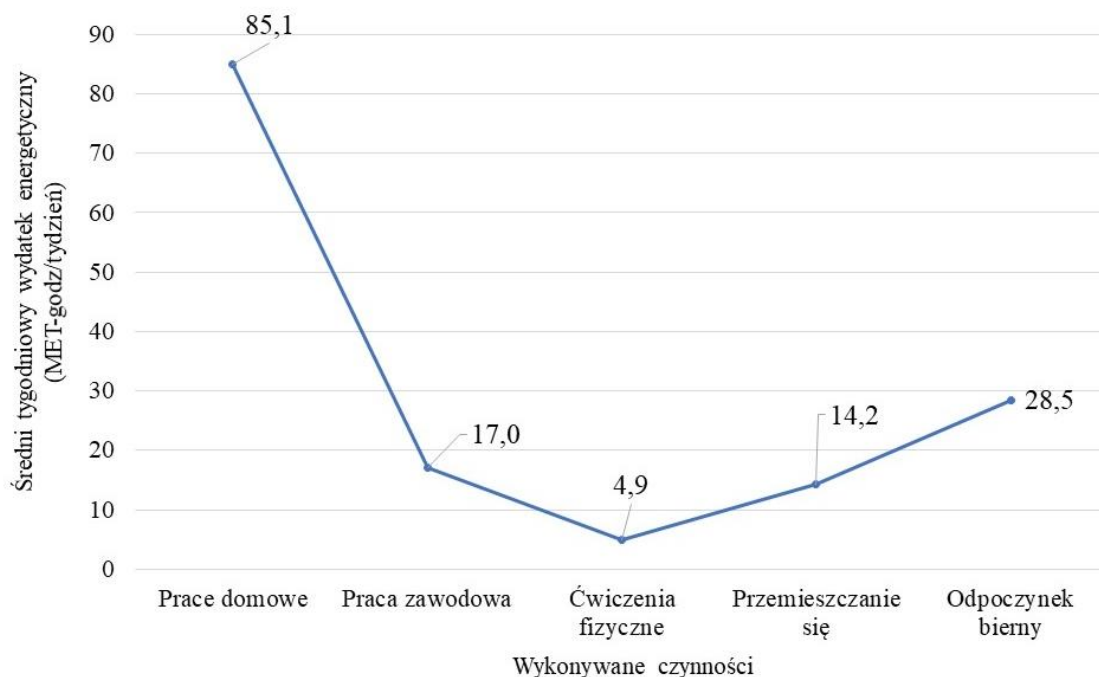
Całkowity tygodniowy wydatek energetyczny badanych wynosił 130,3 MET-godz/tydzień. Najniższy wydatek energetyczny badanych dotyczył aktywności o wysokiej intensywności i wynosił 0,5 MET-godz/tydzień, a najwyższy 65 MET-godz/tydzień dotyczył aktywności o niskiej intensywności (Tabela 3).

Tabela 3. Tygodniowy wydatek energetyczny badanych kobiet w ciąży w zależności od intensywności aktywności [źródło własne].

Wydatek energetyczny związany z aktywnością	Średni tygodniowy wydatek energetyczny (MET-godz/tydzień)				
	Średnia	Odch. Std	Me	min	Max
Aktywność niskiej intensywności	65,0	46,3	50,6	5	275,3
Aktywność umiarkowanej intensywności	35,1	37,0	23,7	0	249,7
Aktywność wysokiej intensywności	0,5	1,5	0,0	0	13,0
Całkowita aktywność	130,3	87,7	104,7	6,7	488,1

Kwestionariusz PPAQ pozwala również na określenie tygodniowego wydatku energetycznego kobiet w ciąży wg. wykonywanych przez kobiety w ciąży czynności (Rycina 2). Największy wydatek energetyczny w badanej grupie obserwowano podczas prac domowych (81,5 MET-godz/tydzień), a najmniejszy podczas ćwiczeń fizycznych (4,9 MET-godz/tydzień). Praca zawodowa absorbowала wydatek energetyczny na poziomie 17 MET-

godz/tydzień, a odpoczynek bierny na poziomie 28,5 MET-godz/tydzień.



Rycina 2. Tygodniowy wydatek energetyczny badanych w zależności od wykonywanych czynności [źródło własne].

Zaawansowanie ciąży w badanej grupie nie wpływało na ich tygodniowy wydatek energetyczny wg. wykonywanych czynności oraz wg. intensywności aktywności. Aktywność fizyczna badanych kobiet w ciąży nie zależała od zaawansowania ich ciąży.

Wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie badanych kobiet w ciąży nie korelował z tygodniowym wydatkiem energetycznym obliczonym zarówno według wykonywanych czynności jak i intensywności aktywności. Aktywność fizyczna badanych kobiet w ciąży nie zależała od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i wykształcenia.

Średni tygodniowy wydatek energetyczny badanych kobiet w ciąży związany z pracą zawodową zależał istotnie statystycznie ($p=0,015$) od warunków życiowych (Tabela 4). Aktywność fizyczna badanych związana z pracą zawodową była najwyższa w grupie kobiet żyjących w bardzo dobrych warunkach, a najniższa w grupie kobiet określających swoje warunki życiowe jako przeciętne.

Średni tygodniowy wydatek energetyczny badanych kobiet w ciąży związany z pozostałymi czynnościami żywymi nie zależał o ich warunków życiowych (Tabela 4).

Tabela 4. Analiza wpływu warunków życiowych badanych kobiet w ciąży na wydatek energetyczny wg wykonywanych czynności [źródło własne].

Wykonywane czynności	Warunki życiowe	n	Średni tygodniowy wydatek energetyczny (MET-godz/tydzień)					ANOVA
			Średnia	Odch. Std	Me	min	Max	
Prace domowe	Bardzo dobre	78	83,6	70,1	66,8	2,7	411,9	p=0,954
	Dobre	102	86,5	63,8	70,6	0,0	362,6	
	Przeciętne	21	83,8	55,5	64,4	24,4	241,9	
Praca zawodowa	Bardzo dobre	78	8,1	22,6	0,0	0,0	113,4	p=0,015
	Dobre	102	20,0	45,8	0,0	0,0	231,0	
	Przeciętne	21	36,0	65,8	0,0	0,0	221,2	
Ćwiczenia fizyczne	Bardzo dobre	78	5,5	7,1	2,7	0,0	31,3	p=0,638
	Dobre	102	4,7	6,4	2,0	0,0	30,3	
	Przeciętne	21	4,3	3,8	3,7	0,0	11,0	
Przemieszczanie się	Bardzo dobre	78	11,8	13,4	7,4	0,0	96,6	p=0,172
	Dobre	102	15,9	15,4	12,4	0,0	94,5	
	Przeciętne	21	15,1	15,6	13,4	0,0	71,8	
Odpoczynek bierny	Bardzo dobre	78	30,0	22,3	24,2	1,8	100,8	p=0,574
	Dobre	102	28,2	23,7	20,8	0,0	126,0	
	Przeciętne	21	24,1	20,9	17,8	1,8	83,7	

Warunki życiowe badanych nie wpływały na ich tygodniowy wydatek energetyczny wg intensywności aktywności. Zatem również aktywność fizyczna badanych kobiet w ciąży nie zależała od ich warunków życiowych.

Analizowano także aktywność fizyczną przed ciążą, którą uprawiało 52,7% kobiet. Nie uprawiało aktywności fizycznej przed ciążą, ale obecnie w ciąży podejmuje dodatkową aktywność fizyczną 7,5% kobiet w ciąży, natomiast 39,8% badanych nie uprawiało aktywności fizycznej przed i w czasie ciąży.

Badano związek między zachowaniami zdrowotnymi a aktywnością fizyczną kobiet w ciąży. Korelacja pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w ciąży, a ich tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z wykonywaniem czynności życiowych była bardzo słaba lub w ogóle nie występowała. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży nie miały wpływu na ich aktywność fizyczną (Tabela 5).

Tabela 5. Analiza związku pomiędzy tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z wykonywanymi czynnościami żywymi a zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w ciąży [źródło własne].

Wydatek energetyczny	Zachowania zdrowotne wg kwestionariusza IZZ (%)				
	PNŻ	ZP	PNP	PZ	ZZ Ogółem
Prace domowe	r= -0,0253	r= -0,0920	r= -0,1713	r= -0,1227	r= -0,1311
	p=0,722	p=0,194	p=0,015	p=0,083	p=0,064
	brak korelacji	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja
Praca zawodowa	r= -0,0325	r= -0,0553	r= 0,0010	r= -0,0450	r= -0,0426
	p=0,647	p=0,435	p=0,989	p=0,525	p=0,548
	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji
Ćwiczenia fizyczne	r= 0,0173	r= -0,1256	r= -0,1247	r= -0,0613	r= -0,0911
	p=0,807	p=0,076	p=0,078	p=0,387	p=0,198
	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	brak korelacji	brak korelacji
Poruszanie się	r= -0,0904	r= -0,1786	r= -0,0784	r= -0,1545	r= -0,1610
	p=0,202	p=0,011	p=0,268	p=0,029	p=0,022
	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja
Wypoczynek bierny	r= -0,0786	r= -0,0259	r= 0,0270	r= -0,0050	r= -0,0277
	p=0,267	p=0,715	p=0,703	p=0,944	p=0,696
	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji

r - współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p - poziom istotności

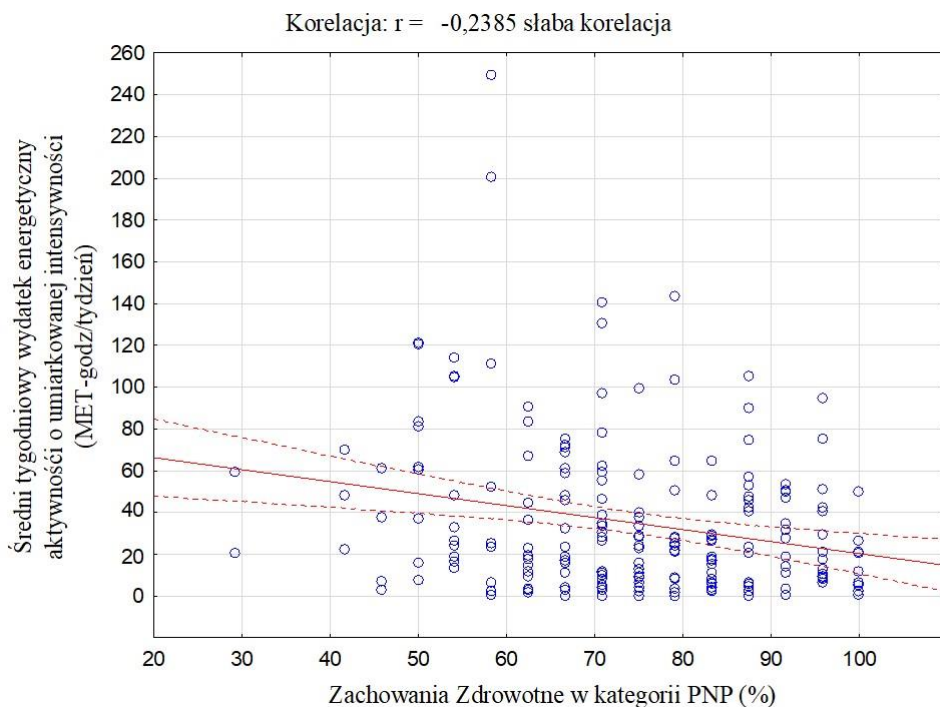
Poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet w ciąży w obszarze PNP słabo, odwrotnie proporcjonalnie korelował z tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z aktywnością o umiarkowanej intensywności. Korelacja pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi w pozostałych obszarach a tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z różnymi intensywnościami aktywności była bardzo słaba lub występował brak korelacji (Tabela 6).

Tabela 6. Analiza związku pomiędzy tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z wykonywanymi czynnościami o różnej intensywności aktywności a zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w ciąży [źródło własne].

Wydatek energetyczny	Zachowania zdrowotne wg kwestionariusza IZZ (%)				
	PNŻ	ZP	PNP	PZ	ZZ Ogółem
Aktywność o niskiej intensywności	r= -0,0473	r= -0,1012	r= -0,0469	r= -0,0474	r= -0,0769
	p=0,504	p=0,153	p=0,508	p=0,504	p=0,278
	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji
Aktywność o umiarkowanej intensywności	r= -0,0375	r= -0,1169	r= -0,2385	r= -0,0774	r= -0,1479
	p=0,597	p=0,098	p=0,001	p=0,275	p=0,036
	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	korelacja słaba	brak korelacji	bardzo słaba korelacja
Aktywność o wysokiej intensywności	r= -0,0055	r= -0,0942	r= -0,0215	r= 0,0010	r= -0,0362
	p=0,938	p=0,183	p=0,762	p=0,989	p=0,610
	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji	brak korelacji
Całkowita aktywność	r= -0,0569	r= -0,1376	r= -0,1446	r= -0,1416	r= -0,1536
	p=0,422	p=0,051	p=0,041	p=0,045	p=0,029
	brak korelacji	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja

r - współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p - poziom istotności

Wyższym poziomom zachowań zdrowotnych w obszarze PNP odpowiadały niższe wartości średniego tygodniowego wydatku energetycznego badanych kobiet (Rycina 8).



Rycina 25. Analiza związku pomiędzy aktywnością fizyczną badanych kobiet w ciąży a zachowaniami zdrowotnymi [źródło własne].

Analizowano związek między zachowaniami zdrowotnymi kobiet w ciąży, a liczbą przebytych ciąż i porodów

Liczba przebytych ciąż badanych kobiet miała statystycznie istotny wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych w obszarach PZ ($p < 0,001$) i ZZ ogółem ($p = 0,030$). Zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży zależały od liczby przebytych ciąż w obszarach Profilaktyka Zdrowia i Zachowania Zdrowotne Ogółem. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w pozostałych obszarach (PNŻ, ZP i PNP) nie zależały od liczby przebytych ciąż (Tabela 7).

Tabela 7. Wpływ liczby przebytych ciąż na zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży [źródło własne].

Obszar skali IZZ	Liczba ciąż	n	Zachowania zdrowotne (%)					ANOVA
			Średnia	Odch. Std	Me	min	max	
PNŻ	Nie były w ciąży	82	63,9	16,8	66,7	16,7	100	$p = 0,618$
	1 ciąża	61	63,6	15,1	66,7	20,8	100	
	2 ciąża	35	59,8	18,9	62,5	12,5	87,5	
	3 ciąża	17	60,5	16,5	58,3	20,8	87,5	

	Więcej niż 3 ciąży	6	68,8	24,8	77,1	25,0	87,5	
ZP	Nie były w ciąży	82	77,6	12,7	79,2	45,8	100	p=0,695
	1 ciąża	61	75,1	14,8	79,2	41,7	100	
	2 ciąży	35	75,5	18,2	79,2	33,3	100	
	3 ciąży	17	77,0	14,1	75,0	50,0	95,8	
	Więcej niż 3 ciąży	6	70,1	22,0	68,8	41,7	95,8	
PNP	Nie były w ciąży	82	77,2	15,6	77,1	29,2	100	p=0,086
	1 ciąża	61	74,2	13,9	75,0	45,8	100	
	2 ciąży	35	69,8	14,3	70,8	41,7	100	
	3 ciąży	17	73,8	16,5	70,8	41,7	100	
	Więcej niż 3 ciąży	6	65,3	24,0	66,7	29,2	91,7	
PZ	Nie były w ciąży	82	81,5	15,6	83,3	33,3	100	p<0,001
	1 ciąża	61	74,5	15,2	75,0	29,2	100	
	2 ciąży	35	65,8	17,9	66,7	37,5	91,7	
	3 ciąży	17	69,9	16,8	66,7	45,8	100	
	Więcej niż 3 ciąży	6	62,5	18,3	70,8	29,2	79,2	
ZZ ogółem	Nie były w ciąży	82	75,1	11,6	75,0	46,9	99,0	p=0,030
	1 ciąża	61	71,9	11,3	72,9	44,8	99,0	
	2 ciąży	35	67,7	13,0	66,7	33,3	86,5	
	3 ciąży	17	70,3	13,9	70,8	41,7	93,8	
	Więcej niż 3 ciąży	6	66,7	19,4	70,3	36,5	85,4	

Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych badanych kobiet w ciąży w obszarze Profilaktyki Zdrowia oraz w obszarze ZZ Ogółem obserwowano u kobiet, które wcześniej nie były w ciąży a najniższy u kobiet, które wcześniej były w ciąży więcej niż 3 razy.

Liczba przeżytych porodów miała statystycznie istotny wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych w obszarach PNP ($P=0,001$), PZ ($p<0,001$) i ZZ ogółem ($p=0,001$). Zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży zależały od liczby przeżytych porodów w obszarach Pozytywne Nastawienie Psychiczne, Profilaktyka Zdrowia i Zachowania Zdrowotne Ogółem. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w pozostałych obszarach (ZP i PNŻ) nie zależały od liczby przeżytych porodów (Tabela 8).

Tabela 8. Wpływ liczby przebytych porodów na zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży [źródło własne].

Obszar skali IZZ	Liczba porodów	n	Zachowania zdrowotne (%)					ANOVA
			Średnia	Odch. Std	Me	min	max	
PNŻ	Nie rodziły	114	63,9	16,5	66,7	16,7	100	p=0,805
	1 poród	56	61,8	16,1	62,5	20,8	87,5	
	2 porody	23	62,3	20,5	62,5	12,5	87,5	
	3 i więcej porodów	8	59,4	18,7	58,3	25,0	83,3	
ZP	Nie rodziły	114	77,7	12,9	79,2	41,7	100	p=0,261
	1 poród	56	73,5	16,5	75,0	37,5	100	
	2 porody	23	74,1	17,5	75,0	33,3	100	
	3 i więcej porodów	8	79,7	17,6	81,3	41,7	95,8	
PNP	Nie rodziły	114	77,8	14,8	79,2	29,2	100	p=0,001
	1 poród	56	70,7	14,6	70,8	29,2	100	
	2 porody	23	65,6	15,1	62,5	41,7	95,8	
	3 i więcej porodów	8	77,1	16,4	77,1	50,0	100	
PZ	Nie rodziły	114	81,0	15,1	83,3	33,3	100	p<0,001
	1 poród	56	67,3	16,3	70,8	29,2	95,8	
	2 porody	23	65,6	14,9	66,7	37,5	91,7	
	3 i więcej porodów	8	72,9	22,8	77,1	29,2	100	
ZZ ogółem	Nie rodziły	114	75,1	11,2	75,0	46,9	99,0	p=0,001
	1 poród	56	68,3	12,0	68,8	40,6	88,5	
	2 porody	23	66,9	13,9	66,7	33,3	87,5	
	3 i więcej porodów	8	72,3	17,5	74,0	36,5	93,8	

Zachowania zdrowotne w obszarze Pozytywnego Nastawienia Psychicznego, Profilaktyki Zdrowia oraz w ZZ ogółem w badanej grupie kobiet w ciąży osiągały najwyższy poziom u kobiet, które nie rodziły i kobiet, które rodziły 3 i więcej razy. Najniższy poziom zachowań zdrowotnych w obszarze PNP obserwowano u kobiet, które rodziły 2 razy.

Wpływ liczby przebytych ciąży i porodów na aktywność fizyczną kobiet w ciąży. Liczba przebytych ciąży korelowała słabo, wprost proporcjonalnie z tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z pracami domowymi badanych kobiet w ciąży. Liczba przebytych ciąży nie korelowała lub korelowała bardzo słabo z tygodniowym wydatkiem energetycznym pozostałych wykonywanych czynności (Tabela 9).

Liczba przebytych porodów korelowała wyraźnie, wprost proporcjonalnie z tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z pracami domowymi badanych kobiet w ciąży. Liczba przebytych porodów korelowała słabo, wprost proporcjonalnie z tygodniowym wydatkiem energetycznym związanym z poruszaniem się badanych kobiet w ciąży (Tabela 9).

Tabela 5. Korelacja pomiędzy ilością ciąż i porodów a wydatkiem energetycznym badanych kobiet w ciąży związanym z wykonywanymi czynnościami [źródło własne]

Wydatek energetyczny	Liczba ciąż	Liczba porodów
Prace domowe	$r = 0,2982$	$r = 0,4257$
	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	słaba korelacja	korelacja wyraźna
Praca zawodowa	$r = 0,1214$	$r = 0,0705$
	$p = 0,086$	$p = 0,320$
	bardzo słaba korelacja	brak korelacji
Ćwiczenia fizyczne	$r = 0,1283$	$r = 0,1408$
	$p = 0,069$	$p = 0,046$
	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja
Poruszanie się	$r = 0,1954$	$r = 0,2395$
	$p = 0,005$	$p = 0,001$
	bardzo słaba korelacja	słaba korelacja
Wypoczynek bierny	$r = 0,0313$	$r = 0,034$
	$p = 0,659$	$p = 0,632$
	brak korelacji	brak korelacji

Wzrost liczby przebytych ciąż i porodów miał słaby wpływ na wzrost aktywności badanych kobiet związanej z pracami domowymi. Wzrost liczby przebytych porodów miała słaby wpływ na wzrost aktywności badanych kobiet związany z poruszaniem się.

Liczba przebytych ciąż i porodów słabo korelowała z tygodniowym wydatkiem energetycznym badanych kobiet w ciąży związanym z aktywnością o niskiej intensywności, aktywnością o wysokiej intensywności i całkowitą aktywnością. Korelacja ta jest dodatnia (Tabela 10).

Tabela 10. Korelacja pomiędzy ilością ciąż i porodów a wydatkiem energetycznym badanych kobiet w ciąży związanym z aktywnością o różnej intensywności [źródło własne].

Wydatek energetyczny	Liczba ciąż	Liczba porodów
Aktywność o niskiej intensywności	$r = 0,2065$	$r = 0,2708$
	$p = 0,003$	$p < 0,001$
	słaba korelacja	słaba korelacja
Aktywność o umiarkowanej intensywności	$r = 0,2225$	$r = 0,3336$
	$p = 0,002$	$p < 0,001$
	słaba korelacja	słaba korelacja
Aktywność o wysokiej intensywności	$r = 0,1148$	$r = 0,091$
	$p = 0,105$	$p = 0,199$
	bardzo słaba korelacja	brak korelacji
Całkowita aktywność	$r = 0,3154$	$r = 0,3891$
	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	słaba korelacja	słaba korelacja

r - współczynnik korelacji liniowej Pearsona, p - poziom istotności

Wzrost liczby ciąż powodował niewielki wzrost tygodniowego wydatku energetycznego związanego z aktywnością o niewielkiej intensywności, również powodował niewielki wzrost tygodniowego wydatku energetycznego związanego z aktywnością o umiarkowanej intensywności, a także niewielki wzrost całkowitego tygodniowego wydatku energetycznego.

Również wzrost liczby porodów powodował niewielki wzrost tygodniowego wydatku energetycznego związanego z aktywnością o niewielkiej intensywności oraz umiarkowanej intensywności. Powodował także niewielki wzrost całkowitego tygodniowego wydatku energetycznego.

DYSKUSJA

Zachowania zdrowotne oraz aktywność fizyczna kobiet ciężarnych mają istotny wpływ na rozwój i przebieg ciąży. Zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych wiążą się z dbałością o utrzymanie optymalnego zdrowia psychicznego jak i fizycznego. Dbałość o formę fizyczną związana jest z codzienną aktywnością oraz z inicjowaniem dodatkowych form wysiłku. Częstotliwość i forma takiej aktywności uzależniona jest od wielu zmiennych związanych z samopoczuciem, zaawansowaniem ciąży, aktywnością sprzed ciąży oraz z poziomem edukacji i świadomości przyszłych matek.

Kwestionariusz IZZ umożliwia zbadanie oraz porównanie stopnia zachowań

zdrowotnych poszczególnych grup społecznych. Do takiej grupy zaliczyć można kobiety ciężarne, które w sposób szczególny powinny zadbać o właściwe zdrowie w aspekcie fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Badania przeprowadzone przez Kiersnowką I. i wsp. na grupie 177 kobiet po 35 roku życia wykazały wysoki wskaźnik zachowań zdrowotnych. Najwyższy wynik w badaniu IZZ uzyskano w obszarze nawyków żywieniowych, co wiązało się z zwiększoną świadomością kobiet dotyczącą suplementacji oraz stosowania używek [8]. Badania własne również wykazały zwiększony poziom zachowań zdrowotnych kobiet o przebiegu powikłanym w obszarze Prawidłowych Nawyków Żywieniowych. Badania na temat zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, a danymi społeczno-demograficznymi przeprowadzone przez Bień A. i wsp. wykazały, że wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny czy warunki życiowe mają wpływ na formowanie się zachowań zdrowotnych kobiet w okresie ciąży. Z analizy wynika, że wraz z wiekiem oraz wyższym wykształceniem kobiety w większym stopniu dbają o własne zdrowie w zakresie odżywiania, dbałości o ciało, bezpieczeństwo, zdrowie psychiczne, jak i aktywność fizyczną [9]. Badania własne w niewielkim stopniu potwierdziły tę zależność, głównie związaną z warunkami żywimiowymi badanych kobiet.

Styl życia przyszłych matek uzależniony jest od wielu zmiennych, jednak według badań przeprowadzonych przez Banyś M. i wsp. na grupie 201 kobiet wykazano, iż nie istnieje związek pomiędzy wiekiem, wykształceniem oraz miejscem zamieszkania, a zmianą podejmowanej aktywności fizycznej przez badane kobiety. Zgromadzone dane wykazały, iż dane socjodemograficzne nie miały istotnego wpływu na aktywność zdrowotną kobiet ciężarnych [10]. Z kolei badania przeprowadzone przez Fuerst N. oraz Adamczewską K., dotyczyły czynników determinujących aktywność fizyczną pomijając zmienne socjodemograficzne na rzecz takich czynników jak: zdrowie dziecka, opinia lekarza prowadzącego, obecność dolegliwości ciążyowych, utrzymanie dobrej kondycji czy zjawisko nawyku [11]. Analiza przeprowadzona przez Mosiejczuk H. i wsp. ukazują, że wiek, wykształcenie, jak i liczba przebytych ciąż nie oddziałują na poziom aktywności fizycznej. Jedyną istotną zmienną jest miejsce zamieszkania, gdzie istnieje niewielka różnica w aktywności fizycznej wśród mieszkanek dużych miast i wsi. Odsetek kobiet podejmujących aktywność fizyczną w ciąży w grupie zamieszkującej miasto osiągnęła wartość wyższą o 12,7% w porównaniu z grupą kobiet mieszkających na wsi [12]. Wyniki badań własnych były zbieżne z wyżej przedstawioną argumentacją. Innym autorem, którego badania wykazały odmienną zależność pomiędzy danymi społeczno-demograficznymi, a aktywnym trybem życia jest Stadnicka G. i wsp. Według analizy wykonanej wśród 150 kobiet, wykazano iż „kobiety

młodsze, zamieszkujące miasto z wykształceniem wyższym i aktywne zawodowo/uczące się dominowały wśród ciężarnych aktywnych ruchowo w okresie ciąży”. Dodatkowo analiza umożliwiła określenie zależności, iż kobiety, które wykazują wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych częściej aktywnie spędzają czas [13].

Według badań Kryskiej S. i Podyma K. przeprowadzonych na grupie 150 kobiet ciężarnych wynika, iż nieaktywnych w czasie ciąży było, aż 75,3% ankietowanych. Najczęstszym powodem takiej decyzji była obawa o zdrowie dziecka 70,5%, złe samopoczucie 55,1% czy brak energii 48,7%. Dodatkowo badania wykazały bardzo niski poziom zainteresowania tematem aktywności fizycznej w czasie ciąży i brak chęci zgłębiania tego tematu przez kobiety ciężarne [14]. Badania Parkitnej O. i wsp., którymi objęto grupę 54 kobiet w okresie do 6 miesięcy od daty porodu wykazały, że 32 kobiety były aktywne fizycznie w czasie ciąży. Do najczęstszych form aktywności należały spacer, pływanie oraz ćwiczenia gimnastyczne w domu. Do głównych przyczyn braku uprawiania sportu zaliczono obawę przed poronieniem, brak chęci i motywacji oraz brak czasu. Badania określiły także najczęściej pojawiające się dolegliwości ciążowe takie jak: zmęczenie, senność, skurcze i obrzęki nóg, jak również bóle pleców [15]. Badania własne potwierdzają zależność braku uprawiania aktywności fizycznej przez ponad połowę kobiet w ciąży oraz występowanie dolegliwości kręgosłupa jako najczęściej pojawiającego się symptomu w czasie ciąży. Odmienne stanowisko przedstawione zostały w badaniach przeprowadzonych przez Zdrede-Pikes A. i wsp. na grupie 75 kobiet gdzie zdecydowana większość 97% badanych posiadała pozytywne nastawienie do aktywności fizycznej w czasie ciąży. Do najczęściej wybieranych form ruchu zaliczono spacer, gimnastykę/jogę oraz pływanie. Wyniki potwierdziły także stopniowe ograniczanie aktywności wraz z rozwojem ciąży [16].

Aktywność kobiet ciężarnych jest kwestią indywidualną, obejmującą nie tylko ćwiczenia i sport, ale także czynności dotyczące gospodarstwa domowego, życia zawodowego oraz transportu. W badaniach przeprowadzonych przez Antosiak-Cyrak K. i wsp., w których wzięło udział 267 kobiet ciężarnych wykazały, że badane miały najwyższy poziom aktywności w kategorii gospodarstw domowych, a najniższy w kategorii transport. Średnia aktywność sportowa badanych kobiet wynosiła 6% ogólnej aktywności fizycznej. Dodatkowo wykazano, że intensywność podejmowanych działań w każdym trymestrze ciąży sukcesywnie się zmniejszała. Na spadek podejmowanych działań wpływał także wiek badanych kobiet [17]. Badania własne nie potwierdziły korelacji wieku badanych kobiet na ich wydatek energetyczny wg. wykonywanych czynności.

WNIOSKI

1. Stwierdzono, że zachowania zdrowotne zależały istotnie statystycznie od warunków życiowych, natomiast dane socjodemograficzne tj. wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wykształcenie nie miały wpływu.
2. Aktywność fizyczna badanych kobiet w ciąży nie zależała od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i wykształcenia. Jednak aktywność fizyczna związana z pracą zawodową zależała od warunków życiowych.
3. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w ciąży nie miały wpływu na ich aktywność fizyczną.
4. Stwierdzono, że liczba przebytych ciąż i porodów w badanej grupie miały istotny statystycznie wpływ na zachowania zdrowotne ogółem. Szczególnie wpływ ten dotyczy zachowań zdrowotnych w kategorii Profilaktyka Zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. 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(4):558-565.
2. Studnicka A., Bączek G., Dmoch-Gajzlerska E.: Zachowania zdrowotne podejmowane przez kobiety i ich wpływ na płodność w świetle badań, Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio, 2017;29: 57- 66.
3. Olejniczak D., Krakowiak K.: Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią, Nowa Pediatria, 2013; 3: 97-105.
4. Gałązka I., Kotlarz B., Płóciennik A., Czajkowska M., Stawicka K., Jenczura A., Mazurek M., Naworska B.: Aktywność fizyczna kobiet w ciąży- czynniki wpływające na podejmowanie lub ograniczanie wysiłku fizycznego, Zdrowie i dobrostan, 2013; 2: 27-42.
5. Worksa A., Szumilewicz A.: Przeciwwskazania do prenatalnej aktywności fizycznej a poziom wiedzy przyszłych instruktorów rekreacji ruchowej, Ogrody Nauk i Sztuk, 2015;5: 317-323.
6. Urtnowska K., Bułatowicz I., Ludwikowski G., Zukow W.: Bezpieczne formy aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 5: 291-297.
7. Iwanowicz-Palus G., Bień A.: Edukacja przedporodowa, W: Lekarskie PZWL, 2020.

8. Kiernowska I., Walewska D., Bączek G., Węgrzyn P.: Zachowania zdrowotne pierwszorzec po 35 roku życia, *Życie i płodność. Ujęcie interdyscyplinarne*, 2020; 3(43):165-176.
9. Bień A., Rzońca A., Krysa J., Iwanowicz-Palus G., Turkosz A.: Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016; 22(3): 210–215.
10. Banyś M. J., Bukowska B., Dziwulska M., Gojny Ł., Grzęda M., Florjańska J.: Aktywność fizyczna kobiet w ciąży o przebiegu fizjologicznym, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016; 6(2): 143–147.
11. Fuerst N., Adamczewska K.: Znaczenie aktywności fizycznej i zalecane formy ćwiczeń ruchowych u kobiet w ciąży, *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Kultura Fizyczna*, 2017; 16 (3): 139-151.
12. Mosiejczuk H., Szreta G., Ptak M., Tomska N., Szylińska A., Turoń A., Rotter E.: Aktywność fizyczna kobiet w I, II i III trymestrze ciąży, *MedHealth Sci* 2015; 2(1):45–51.
13. Stadnicka G., Łepecka-Klusek C., Pawłowska-Muc A., Pilewska-Kozak A.: Wpływ aktywności fizycznej w okresie ciąży na przebieg porodu, *Health and Sport*. 2015; 5(9): 505-514.
14. Krysa A., Podyma K.: Czynniki warunkujące aktywność fizyczna kobiet w ciąży, *Aktywność fizyczna ludzi w różnym wieku*, 2019; 42: 33-39.
15. Parkitna O., Witkoś J., Onik G., Budziosz J., Sieroń K.: Aktywność fizyczna w ciąży i jej wpływ na przebieg ciąży i porodu, *Ostry duzur*, 2017; 10(1):16-22.
16. Zreda-Pikies A., Pryłowska M., Smyk P., Wróbel-Bania A.: Aktywność fizyczna kobiet w ciąży, *Przegl. Nauk. - Metod. : Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 2018;1191): 395-413.
17. Antosiak-Cyrak K.Z., Demuth A.: A study of physical activity levels of pregnant women using the Polish version of Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ-PL), *Ginekologia Polska*, 2019; 90(5): 250–255.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE- NIEOKIEŁZNANA INFEKCJA?

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Kamila Sadowska², Monika Chorąży³

1/ - Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

3/ - Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Clostridium difficile to gram-dodatnia, tworząca przetrwalniki, beztlenowa pałeczka, która jest szeroko rozpowszechniona w ludzkim przewodzie pokarmowym jak i zwierząt oraz w środowisku. W ciągu ostatniej dekady częstotliwość i nasilenie infekcji *C. difficile* na całym świecie rosły, stając się jedną z najczęstszych infekcji szpitalnych [1].

Przenoszenie tego patogenu następuje drogą fekalno-oralną, a do najważniejszych czynników ryzyka należą: antybiotykoterapia, podeszły wiek oraz pobyt w szpitalu lub domu opieki. Obraz kliniczny jest zróżnicowany i waha się od bezobjawowego nosicielstwa, poprzez biegunkę o różnym nasileniu, aż do najcięższego, zagrażającego życiu rzekomobłoniastego zapalenia jelita grubego, które może zakończyć się zgonem [2].

Podstawą do rozpoznania jest bezpośrednie wykrywanie toksyn *C. difficile* w kale. Szybka, prawidłowa diagnoza jest niezbędna do wprowadzenia odpowiedniego leczenia i zapobiegania przenoszeniu. Wykazano, że szybka diagnoza wpływa pozytywnie na opiekę nad pacjentem, zmniejszając opóźnienia w rozpoczęciu izolacji i leczeniu potwierdzonych przypadków zakażenia. Antybiotyki używane w leczeniu zakażeń *Clostridium difficile* to wankomycyna, metronidazol oraz fidaksonmycyna [3].

Alternatywną metodą leczenia *Clostridium difficile* jest przeszczep mikrobiomu jelitowego. Wykazano, że taki przeszczep jest skuteczny w nawracających zakażeniach, z ustąpieniem u 80% do 90% pacjentów [4].

ROZWINIĘCIE

Charakterystyka mikrobiologiczna *Clostridium difficile*

Clostridium difficile jest gram – dodatnią laseczką beztlenową z rodzaju *Clostridium*. Naturalnie występuje ona w wodzie, glebie oraz dolnym odcinku przewodu pokarmowego ludzi i zwierząt [5].

Pierwszy raz została opisana w 1935 roku, ale związek z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego odkryto dopiero w latach 70. ubiegłego stulecia [Szewczyk i in. 2019]. Pierwotnie bakterię opisano jako *Bacillus difficilis* (z łac. *difficilis* – trudny; nazwa związana z trudnościami w hodowli bakterii) [6].

Ocenia się, że bakteria ta jest obecna u 50-60% noworodków i niemowląt, u których nie powoduje objawów choroby. Po pierwszym roku życia odsetek ten wyraźnie spada, a u osób dorosłych kształtuje się na poziomie 3-5%. Bezobjawowe nosicielstwo *Clostridium difficile* stwierdza się u 10-30% pacjentów hospitalizowanych, a także u dużej części personelu medycznego [7].

W XXI wieku bakteria ta została uznana za główną przyczynę biegunk szpitalnych. 70 – 80 % pacjentów u których rozpoznano zakażenie *Clostridium difficile* stanowią pacjenci powyżej 65. roku życia. Według GUS w 2050 roku w Polsce odsetek osób po 60. roku życia będzie wynosił ponad 40%, a największy przyrost będzie dotyczył populacji osób w wieku 80 lat [8].

W europejskim badaniu EUCLID (ang. European, multicentre, prospective, biannual, point – prevalence study of *Clostridium difficile* infection in hospitalised patients with diarrhoea) w którym wzięły udział 482 szpitale z 20 krajów europejskich, w tym 27 szpitali z Polski. Wykazano, że średnio wskaźnik zapadalności na CDI w Europie wynosi 6,6/10 000 osobodni w pierwszym okresie badawczym (od 30 września 2011 roku do 31 sierpnia 2012 roku) oraz 7,0/10 000 osobodni w drugim okresie (od 30 września 2012 roku do 31 sierpnia 2013 roku). Wskaźnik Polski był wyższy od średniej europejskiej i wyniósł w latach 2012 – 2013 średnio 8,2/10 000 osobodni [9].

Rezydenci domów opieki długoterminowej są 10-krotnie częściej narażeni na rozwój objawowego zakażenia niż osoby zamieszkujące domy prywatne. Porównano częstość nawrotów u rezydentów domów opieki długoterminowej i osób starszych zamieszkujących domy prywatne. Wykazano wyższy odsetek nawrotów u rezydentów, odpowiednio 28,1% vs. 24,1% [10].

Bardzo ważnym czynnikiem odpowiadającym za szybkie rozprzestrzenianie się *c.difficile* uznano zdolność drobnoustroju do produkcji form przetrwalnikowych – spor. Sporulacja jest ważnym czynnikiem odpowiadającym za nawroty biegunk poantybiotykowych. Spory są odporne na różne czynniki, takie jak warunki środowiskowe (środki chemiczne, skrajne temperatury, wysuszenie itp.) a także na stres tlenowy. W warunkach szpitalnych spory odporne są na środki alkoholowe stosowane do dezynfekcji rąk [11].

Sporulacja rozpoczyna się wytworzeniem charakterystycznej przegrody, zwanej *septum*, dzielącej komórkę bakteryjną na dwie asymetryczne części, posiadające po jednej kopii chromosomu. W macierzystej części tworzy się spora, która zaczyna stopniowo dojrzewać, nawarstwiając peptydoglikan. Dodanie warstw peptydoglikanu oraz licznych warstw płaszcza białkowego powoduje początek lizy komórki i wyjścia spory na zewnątrz. Przy odpowiednich warunkach następuje germinacja spory i przekształcenie jej w formę wegetatywną [12].

Rozpoznanie zakażenia *Clostridium difficile*

Nieodzownym elementem postępowania z pacjentem z CDI jest właściwe rozpoznanie oraz podjęcie diagnostyki mikrobiologicznej. Zgodnie z definicją zakażenia *Clostridium difficile* przypadek rozpoznaje się na podstawie jednego z kryteriów:

- stwierdzenie biegunki lub toksycznego rozszerzenia okrężnicy, potwierdzenie rozpoznania dodatnim wynikiem testu laboratoryjnego na obecność markerów zakażenia (obecność toksyn A i/lub B w próbce kału);
- stwierdzenie błon rzekomych – PMC (ang. Pseudomembranous colitis) w trakcie badania endoskopowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego;
- stwierdzenie cech zakażenia *C. difficile* (z biegunką lub bez) w trakcie badania histopatologicznego próbki uzyskanej w trakcie endoskopii, kolektomii lub autopsji [13].

Nawrót epizodu zakażenia jest rozpoznawany, gdy stwierdzi się ponowne wystąpienie CDI potwierdzone badaniem mikrobiologicznym, które wystąpiło po wyleczeniu pierwotnego zakażenia powyżej drugiego tygodnia i poniżej ósmego tygodnia od pierwszego epizodu [14].

Rezerwuarem zarazka oraz źródłem zakażenia jest człowiek chory lub nosiciel. Do zakażenia najczęściej dochodzi w zakładach opieki medycznej wskutek bezpośredniego kontaktu z chorym, lub sporami znajdującymi się w środowisku szpitalnym. Zakażenia mają charakter feralno – oralny, są niegroźne dla osób zdrowych. Skuteczna odpowiedź immunologiczna oraz ochronna rola prawidłowej biocenozy jelit powoduje odporność na zakażenie. Zakażenia bezobjawowe u dorosłych szacowane są na 1-2%, zaś wśród pacjentów szpitalnych wynoszą od 7-26% u osób hospitalizowanych z przyczyn nagłych oraz u 5-7% pacjentów w oddziałach opieki długoterminowej [15].

Czynniki ryzyka zakażeń *Clostridium difficile*

Główne czynniki ryzyka rozwoju zakażenia to:

- antybiotykoterapia,

- podeszły wiek pacjenta,
- długa hospitalizacja.

Do pozostałych, innych czynników ryzyka zaliczamy: ciężką chorobę podstawową (w tym niewydolność nerek oraz nowotwory), transplantację, obniżoną odporność oraz stosowanie inhibitorów pompy protonowej [16].

Zakażenie *Clostridium difficile* jest powiązane z osłabieniem funkcji mikrobiomu jelitowego, co zazwyczaj jest zjawiskiem wtórnym po podaniu środków przeciwdrobnoustrojowych, takich jak kortykosteroidy lub inhibitory pompy protonowej [17].

Źródłem zakażenia mogą być również zanieczyszczone przedmioty w otoczeniu pacjentów niezakażonych i personelu medycznego. Kontaminacja środowiska szpitalnego sporami *Clostridium difficile* sięga około 40%.

Czynnikiem, który może powodować ciężki przebieg choroby jest leczenie antybiotykami o szerokim spektrum działania. Antybiotyki te niszczą fizjologiczną biotę jelitową. *Clostridium difficile* potrafi wytworzyć formy przetrwalnikowe (spory), co zwiększa ryzyko szerzenia się zakażenia wewnątrzszpitalnego [18].

Antybiotyki znajdujące się w grupie wysokiego ryzyka CDI to: cyprofloksacyna, lewofloksacyna, moksyflokscyna, klindamycyna, ceftriakson, cefotaksym, ceftazydym oraz cefiksym [6].

Obraz kliniczny zakażenia *Clostridium difficile*

Nosicielstwo *Clostridium*, szczepami toksynotwórczymi jak i nietoksynotwórczymi jest wysokie. Stwierdzono je u 3 % osób zdrowych i u 20 – 40 % osób hospitalizowanych. Kolonizacja nie oznacza rozwoju zakażenia [5].

Obraz kliniczny zakażenia jest zróżnicowany i przebiega najczęściej pod postacią biegunki w ilości od kilku do kilkudziesięciu wypróżnień na dobę. Biegunce towarzyszą skurczowe bóle brzucha, stany podgorączkowe, złe samopoczucie oraz leukocytoza. Biegunka może być lekka, średnia lub ciężka, może rozwinąć się także w zagrażające życiu rzekomo błoniaste zapalenie jelita grubego lub ostre rozdęcie okrężnicy [8].

Do postaci zakażenia *Clostridium difficile* zaliczamy:

- biegunkę związaną z zakażeniem *C. difficile*;
- poantybiotykowe zapalenie okrężnicy;
- rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego [2, 14].

Obraz kliniczny tych schorzeń zależy od wielu czynników, takich jak ogólny stan pacjenta, wiek (>65 r.ż.), rodzaju choroby podstawowej czy zjadliwości szczepu *C.difficile* związanego z zestawem wytwarzanych toksyn [9]. Cięższy przebieg może również przebiegać u osób po przebytych zabiegach w obrębie jamy brzusznej, w trakcie chemioterapii, chorzy na nieswoiste zapalenia jelit czy osoby zakażone HIV [14].

W przypadku biegunki poantybiotykowej występują wodniste stolce, czasem z domieszką krwi oraz śluzu. W badaniu kolonoskopii nie są obserwowane zmiany zapalne w błonie śluzowej jelita. Niekiedy może pojawić się leukocytoza i gorączka. Rzekomobłoniaste poantybiotyczne zapalenie okrężnicy ma znacznie cięższy przebieg. Stolce, bardzo liczne, zawierające krew i śluz, a na śluzówce jelita występują nacieki zapalne – błony rzekome oraz szarożółte tarczki zawierające włóknik, leukocyty i bakterie. Bakterie mogą zostać wykryte w badaniu histopatologicznych. Rzekomobłoniaste poantybiotyczne zapalenie okrężnicy może często nawracać, nawet w odstępie kilku miesięcy od pierwszego zachorowania [9].

Biegunka związana z zakażeniem *C. difficile* to najłagodniejsza postać kliniczna choroby, objawami jakie mogą tutaj wystąpić to: luźne stolce, bóle brzucha, stan podgorączkowy. Objawy najczęściej pojawiają się w okresie do 12 tygodni po leczeniu antybiotykiem oraz mają tendencję do samoograniczenia [12].

Około 65-70% przypadków poantybiotycznego zapalenia okrężnicy spowodowana jest przez *C. difficile*. Głównym objawem w tej postaci klinicznej jest cuchnąca, wodnista lub śluzowa biegunka, bóle brzucha oraz gorączka. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się leukocytozę, cechy odwodnienia, wzrost stężenia kreatyniny oraz obniżenie stężenia albumin [2].

Najcięższą postacią kliniczną zakażenia toksynotwórczymi szczepami *Clostridium difficile* jest rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego. Choroba ta została po raz pierwszy opisana pod koniec XIX wieku, a czynnik etiologiczny został zidentyfikowany w 1978 roku. Postać ta przebiega z wodnisto – śluzową biegunką, której towarzyszą kurczowe bóle brzucha oraz gorączka. Przebieg najczęściej jest gwałtowny z szybko narastającymi objawami odwodnienia, zaburzeniami jelitowymi, hipoalbuminemią, kwasicą metaboliczną oraz toksemią. W badaniach laboratoryjnych zazwyczaj stwierdza się wysoką leukocytozę lub leukopenię z przesunięciem w lewo, podwyższone stężenie kreatyniny. Najcięższe przypadki charakteryzuje gorączka, ból, wzdęcie brzucha i ogólny, ciężki stan pacjenta. Podstawa rozpoznania to obecność charakterystycznych zmian w obrazie endoskopowym: szaro – żółtych tarczek o średnicy do kilku centymetrów zlokalizowanych w różnych miejscach błony śluzowej okrężnicy. Najcięższe, zagrażające życiu powikłania mogą być pierwszą

manifestacją choroby i mogą obejmować: porażenną niedrożność jelit, toksyczne rozdęcie okrężnicy, posocznice, wstrząs czy toksemię. Wskazaniem do interwencji chirurgicznej są: perforacja jelit, zapalenie otrzewnej oraz wstrząs septyczny [10].

Powikłania wywołane przez *Clostridium difficile*

Powikłaniami w przebiegu ciężkich przypadków są:

- niedrożność porażenna,
- perforacja i zapalenie otrzewnej,
- obrzęki z hipoalbuminemią,
- piorunujące zapalenie jelita z ostrym rozdęciem okrężnicy (*megacolon toxicum*),
- zgon [6].

Niedrożność porażenna powstaje przez pobudzenie układu współczulnego lub zaburzenia w błonie mięśniowej jelita. W przypadku niedrożności porażennej kolejno pojawiają się następujące zmiany:

- osłabienie lub zanik perystaltyki,
- zaburzenia pasażu,
- rozdęcie pętli jelitowej przez treść płynną i gazy,
- w przypadku długotrwałej niedrożności – ucisk naczyń krwionośnych w ścianie jelita i dalsze zmiany [10].

Najczęstszą przyczyną perforacji, a w efekcie zapalenia otrzewnej jest przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego i wylanie się zakażonej treści do otrzewnej. Źródłami zakażenia jamy otrzewnej mogą być:

- przedziurawienie narządu,
- zakażenie zewnątrzpoходne,
- przemieszczenie się bakterii,
- zakażenie krwiopochodne [13].

Zapalenie otrzewnej jest bardzo poważną chorobą, która jest obarczona wysoką śmiertelnością [11].

Hipoalbuminemia jest to obniżony poziom stężenia albuminy w osoczu [14].

Diagnostyka *Clostridium difficile*

Biegunka u pacjentów przebywających w szpitalu komplikuje przebieg leczenia w zakresie choroby podstawowej i wydłuża czas hospitalizacji. Diagnostyka w kierunku CDI to

ważny element rozpoznania i zastosowania holistycznej opieki nad pacjentem. Do osób, u których powinna być badana obecność bakterii zaliczamy pacjentów z biegunką o nieustalonym pochodzeniu, u których liczba nieuformowanych stolców zwiększyła się do trzech lub więcej w ciągu 24 godzin. Czynnikiem, który może opóźnić diagnozę jest brak podejrzenia rozwoju CDI, co skutkuje niepodjęciem diagnostyki laboratoryjnej lub jej opóźnienie. W badaniu EUCLID wykazano, że w polskich szpitalach 19,1% pacjentów z CDI nie zostało zdiagnozowanych z powodu braku podejrzenia oraz braku badania mikrobiologicznego [18].

Specjaliści z Europejskiego Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych ESCMID (ang. European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases) zalecają w diagnostyce co najmniej dwustopniowych algorytmów diagnostycznych. Pierwszym etapem powinno być zastosowanie testów przesiewowych o wysokiej ujemnej wartości predykcyjnej – NPV (ang. negative predictive value), np. test do wykrywania dehydrogenazy glutaminianowej (GDH) lub testy amplifikacji kwasów nukleinowych – NAAT (ang. nucleic acid amplification test). Drugim etapem powinno być wykonanie testu potwierdzającego, o wysokiej wartości predykcyjnej dodatniej – PPV (ang. positive predictive value), w celu wykrycia toksyn A i B lub/i wykrycia markerów genetycznych obecności toksynotwórczego szczepu [8].

Każdy pacjent z utrzymującą się biegunką, niereagujący na typowe leczenie lub w stanie ciężkim, z typowym wywiadem chorobowym, z czynnikami ryzyka, powinien mieć wykonane badanie kału w kierunku *Clostridium difficile* [6].

Postępowanie w przypadku wykrycia *Clostridium difficile*

W przypadku rozpoznania w kale łaseczki *Clostridium difficile* pierwszym krokiem powinno być zaprzestanie antybiotykoterapii, w trakcie której wystąpiły objawy zakażenia. Najczęściej biegunka ustępuje samoistnie po kilku, kilkunastu dniach od odstawienia leków. Jeżeli nie ma możliwości zaprzestania podawania antybiotyku, należy zastąpić go innym, związanym z mniejszym ryzykiem wywołania zakażenia *Clostridium difficile*. Gdy objawy się nadal utrzymują lekami pierwszego rzutu jest metronidazol lub wankomycyna podawane doustnie przez 10-14 dni. Kolejnym lekiem podawanym w przypadku braku poprawy jest fidaksomycyna, makrolid o wąskim zakresie działania terapeutycznego, który nie wchłania się z przewodu pokarmowego i nie wpływa na fizjologiczną florę jelitową. Jest on jednak

praktycznie niedostępny w ramach polskiego publicznego systemu ochrony zdrowia ze względu na wysoką cenę [14].

W terapii zaleca się również stosowanie probiotyków, a także odpowiedniego postępowania żywieniowego oraz leczenia objawowego, do którego zaliczamy: uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych oraz podawanie leków rozkurczowych. Dużym problem stanowią nawroty, które dotyczą głównie osób w wieku podeszłym oraz pacjentów z obniżoną odpornością [4].

W przypadku nawrotu choroby zaleca się ten lek, który był stosowany w leczeniu pierwszego epizodu choroby. Nawracające, ciężkie zakażenia są leczone transferem flory jelitowej wyizolowanej z próbki kału zdrowego dawcy osobie chorej [3].

Osoby z podejrzeniem zakażenia *Clostridium difficile* wymagają umieszczenia w izolatce w przypadku pojawienia się u nich dwukrotnie epizodu biegunki w trakcie terapii antybiotykowej. W niektórych przypadkach może być dodatkowo konieczne wykonanie dodatkowych badań, aby ocenić stopień zaawansowania choroby. Są to m.in. kolonoskopia lub sigmoidoskopia, podczas których do jelita grubego wkłada się przewód z torem wizyjnym oraz w razie potrzeby wykonuje się biopsję tkanek [12].

Leczenie *Clostridium difficile*

A. Standardowe metody leczenia *Clostridium difficile*

Lekiem pierwszego rzutu w leczeniu umiarkowanej postaci CDI jest metronidazol, zaś w ciężkiej postaci wankomycyna [4]. Niestety, kuracja metronidazolem, który jest najczęściej stosowaną kuracją jest nieskuteczna w przypadku 16 – 38% przypadków [5]. Metronidazol dawkuje się 3 x 500 mg, zaś wankomycynę 4 x 125 mg, oba leki są podawane przez 10-14 dni [8].

Fidaksomycynę zarezerwowano dla pacjentów z nawrotami lub ciężkim zakażeniem, zgodnie z zaleceniami ESCMID [Pituch i Wultańska 2018]. U 70% pacjentów leczonych fidaksomycyną uzyskano trwałe, kliniczne wyleczenie. Przy wankomycynie odsetek wyleczonych wyniósł 59%. Nowe wytyczne ESCMID z 2018 roku wymieniają metronidazol jako lek pierwszego rzutu, ale zaproponowano, aby wankomycyna w formie doustnej mogła być lekiem z wyboru w przypadku leczenia chorego CDI z zastosowaniem antybiotyku, gdy ciężkość choroby jest trudna do oceny [9].

Inne leki, które można podawać przy zakażeniu *C. difficile* to teikoplanina oraz ryfaksymina. Skuteczność teikoplaniny jest oceniana jako porównywalna z wankomycyną,

stosowana dawka doustna to 100-400 mg dwa razy na dobę. Skuteczność ryfaksyminy określają nieliczne badania, dawka dobową wynosi 400-800 mg. Zauważalne było narastanie oporności szczepów na ryfaksyminę w trakcie leczenia, szczególnie u pacjentów z marskością wątroby [8].

W najcięższych przypadkach niezbędne jest chirurgiczne usuwanie powikłań (kolektomia). Metoda ta obejmuje pacjentów z *megacolon toxicum*, perforacją jelita lub ostrą niedrożnością i objawami toksemii, które nie odpowiadają na leczenie zachowawcze. Takie leczenie powinno być rozważane u pacjentów powyżej 70 roku życia z leukocytozą >35 tysięcy/mm³ lub leukopenią <4 tysięcy, z zaburzeniami sercowo – naczyniowymi oraz oddechowymi oraz podwyższonym stężeniem mleczanów, z ciężkim zakażeniem, wymagających pobytu na oddziale intensywnej terapii. Obecność wszystkich wymienionych czynników zwiększa śmiertelność do 57,1% [4].

W przypadku chorych, u których można zachować okrężnicę można wykonać śródoperacyjne płukanie ciepłym glikolem polietylenowym w ilości 8 litrów, po czym pooperacyjne przez stomię wykonuje się wlew wankomycyny w ilości 500 mg w 500 ml mleczanowego roztworu Ringera co osiem godzin przez 10 dni. Pacjenci dostawali także dożylnie metronidazol w ilości 500 mg co osiem godzin. Taka procedura obniżyła śmiertelność w porównaniu z próbą kontrolną z 50% do 19%. W przypadku 93% pacjentów udało się uniknąć kolektomii [9].

Chorzy, u których występują wielokrotne nawroty biegunk, jest metoda polegająca na przeszczepie bakterii jelitowych. Wankomycyna wraz z transferem bakterii jelitowych jest główną terapią w przypadku wielokrotnego nawrotu CDI [8]. Metoda ta została opisana w kolejnym podrozdziale.

Dodatkowo, podstawową metodą leczenia objawowego biegunki, niezależnie czy jest to biegunka wywołana przez *C.difficile* czy inny patogen jest nawadnianie. Międzynarodowe towarzystwa naukowe oraz WHO zalecają stosowanie doustnej terapii nawadniającej jako terapii pierwszego wyboru, z wyjątkiem chorych mocno odwodnionych, gdzie płyny podaje się drogą dożylną.

B. Alternatywne metody leczenia *Clostridium difficile*

Standardowe leczenie antybiotykami jest efektywne w większości przypadków. Skuteczność terapii metronidazolem ocenia się na około 66%, a wankomycyną na około 75%. Jednakże w wielu przypadkach dochodzi do przewlekłego nosicielstwa bakterii oraz nawrotów mimo leczenia nawet najnowszymi antybiotykami. Szacuje się, że 25-30%

pacjentów ma burzliwie przebiegające, nawracające, uporczywe biegunki, związane z przewlekłym zakażeniem tą bakterią. Dla takich pacjentów obecnie jedyną alternatywną formą terapii dla wielotygodniowej antybiotykoterapii, jest przeszczep mikrobiomu jelitowego. Długotrwałe, kosztowne pobyty w szpitalu (według wytycznych leczenie Wankomycyną trwa 5 tygodni) i nietrwałe efekty leczenia antybiotykami, są wskazaniem do wykorzystania nieinwazyjnej procedury przeszczepienia mikrobiomu jelitowego [7].

Aktualna wiedza medyczna stanowi, iż procedura przeszczepienia mikrobiomu jelitowego od zdrowego dawcy jest bardzo skutecznym sposobem terapii nawracających lub opornych na klasyczne leczenie antybiotykami, zakażeń *Clostridium difficile* stosowanym z powodzeniem w lecznictwie od około 60 lat. Pierwszy opis terapii bakteriami kałowymi (ang. fecal microbiota transplantation – FMT) nastąpił w 1958 roku. Do czasów obecnych metoda ta się rozwija [4].

Skuteczność transferu bakterii kałowych przy braku działań niepożądanych oceniany jest na około 90%. Pierwsze informacje na temat wykorzystania ludzkiego stolca do celów leczniczych datuje się na okres medycyny chińskiej, czyli około IV wieku n.e. Dziś jest to metoda uznana, rekomendowana, oznaczona mocą A-1 (tj. efektywność potwierdzona badaniami klinicznymi) w leczeniu ciężkich, nawracających przypadków zapalenia jelit w przebiegu zakażenia *Clostridium difficile*. Zabieg ten jest metodą terapii o ugruntowanej skuteczności i bezpieczeństwie [13].

W Polsce inicjatorami wprowadzenia do leczenia zakażeń *Clostridium difficile* są dwaj specjaliści ze Szpitala Specjalistycznego im. W. Ceynowy w Wejherowie: Paweł Grzesiowski i Adam Hermann. Lekarze ci, pod patronatem Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa i Fundacji Instytutu Profilaktyki Zakażeń w połowie 2012 r. opracowali procedurę przeszczepienia flory jelitowej od zdrowego dawcy [17].

Pierwszy zaś udany zabieg transferu mikrobiomu jelitowego od spokrewnionego dawcy przeprowadzili gastroenterolodzy: prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik oraz prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski ze Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie. Pacjentka miała 83 lata, była hospitalizowana w Oddziale Chorób Wewnętrznych z powodu ciężkiego, obustronnego zapalenia płuc i migotania przedsionkowe, leczonej ceftriaksonem, u której w drugim tygodniu pobytu wystąpiła biegunka wywołana przez *Clostridium difficile*. U chorej nie uzyskano poprawy po leczeniu Metronidazolem, a później Wankomycyną. Po 6 tygodniach biegunki wykonano przeszczep flory jelitowej pobranej od córki przez sondę żołądkową. Objawy biegunki ustąpiły w ciągu 7 dni od wykonania transferu. Zabieg ten wykonano 24 września 2012 roku. Kolejne zabiegi przeszczepienia mikrobiomu jelitowego

wykonano w Wołominie, Makowie Mazowieckim, Warszawie, Płocku oraz Warszawie. Łącznie do grudnia 2015 roku procedura została wykonana u około 150 pacjentów w Polsce [7].

W 2012 roku przeprowadzono pierwsze, randomizowane badanie skuteczności terapii FMT w leczeniu nawracającego CDI. Porównano trzy grupy pacjentów: osoby leczone podawaną doustnie wankomycyną, a następnie przechodzący płukanie jelit i FMT, osoby leczone tylko doustnie wankomycyną oraz trzecia grupa: osoby leczone doustnie wankomycyną, a następnie poddawane zabiegowi płukania jelit. W grupie pierwszej 93% pacjentów zostało wyleczonych, w grupie drugiej 30,7%, a w trzeciej jedynie 23% [13].

Zabieg przeprowadzany jest następująco: od zdrowego dawcy, przebadanego według międzynarodowych wytycznych, pobierana jest próbka kału, z której w laboratorium izoluje się florę jelitową. Pacjentowi podaje się roztwór „zdrowych” bakterii w soli fizjologicznej, podczas gastroskopii lub kolonoskopii albo za pomocą sondy żołądkowej. Transfer zdrowej flory jelitowej może być wykonywany w warunkach ambulatoryjnych jak i w ramach pobytu w szpitalu. Preferowanym sposobem jest podanie w warunkach ambulatoryjnych, ze względu na minimalizację możliwości nabycia zakażenia szpitalnego, redukcję stresu i zapewnienie biorcy szybki powrót do domu. Zabieg budzi niemiłe skojarzenia i często nie jest uznawany za metodę medyczną, z racji tego, że wymaga pobrania stolca od dawcy, a potem izolacji flory jelitowej uzyskanej z tego materiału. To podejście powoli zmienia się w Polsce i na świecie, ponieważ najważniejsze jest wyleczenie chorego, a nie skojarzenia z odchodami oraz wrażenia estetyczne [3].

W 2012 roku przez zespół koordynowany przez dr Pawła Grzesiowskiego oraz dr Adama Hermanna został zapoczątkowany Program Przeszczepienia Mikrobiomu (Flory) Jelitowej. W 2014 roku przy Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie powstał Ośrodek Badań i Przeszczepiania Mikrobiomu jelitowego. Skuteczność leczenia do 31 grudnia 2015 roku wyniosła około 90%. Większość przypadków charakteryzowało pobranie materiału od dawców niespokrewnionych z chorymi [17].

Szpitałem, który aktywnie uczestniczy w programie mikrobiomu jelitowego jest Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, który w okresie od 3 czerwca 2015 do 2016 roku przeprowadził 24 transfery mikrobiomu w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym. Pacjenci zostali wypisani do domu w drugiej dobie po wykonaniu zabiegu, bez objawów biegunki, w dobrym stanie. Wyniki kontrolne na obecność *Clostridium difficile* wykonano w 7 i 28 dobie od wykonania transferu. Nie stwierdzono obecności laseczki *Clostridium difficile*. Wśród

wszystkich, 24 chorych odnotowano 1 powtórnią hospitalizację, która była związana z chorobą współistniejącą bez objawów biegunki [7].

C. Żywienie w czasie choroby wywołanej przez *Clostridium difficile*

Przy biegunkach zalecana jest dieta, która powinna zawierać gotowaną skrobię – ryż, makaron, produkty mączne, solone krakersy, ziemniaki, drobne kasze, banany, zupy, gotowane mięso i warzywa. Należy unikać ostrych przypraw, potraw ciężkostrawnych, smażonych, kawy, herbaty oraz słodkiego mleka [8].

Dieta przy przewlekłych biegunkach powinna być bogato białkowa, z odpowiednią ilością witamin, energii oraz składników mineralnych. Należy ograniczyć tłuszcze, które ułatwiają przesuwanie mas kałowych i produkty zawierające węglowodany rafinowane, do których zaliczamy: cukier, słodycze, dżemy wysokosłodzone, syropy, soki owocowe słodzone. Produkty te nasilają procesy fermentacyjne w jelitach, wzmagając biegunkę [1].

Należy ograniczyć produkty wysokoresztkowe (pieczywo razowe, surówki, grube kasze), które zawierają błonnik pokarmowy nierozpuszczalny w wodzie [11].

Dieta osób chorych na *clostridium difficile* powinna zawierać produkty o działaniu zapierającym – wcześniej wspomniany ryż, a także: mąkę ziemniaczaną, galaretkę, warzywa, owoce bogate w pektyny i garbniki (jabłka, suszone czarne jagody, banany, marchew, dynia). Potrawy powinny być rozdrobnione, przygotowane metodą gotowania [12].

Ustalając dietę należy wziąć dodatkowo pod uwagę:

- stopień niedożywienia chorego,
- stopień wydolności wątroby i trzustki – ilość enzymów trawiennych oraz ilość wytwarzanej żółci,
- możliwość wtórnej alergizacji [13].

D. Profilaktyka zakażeń

W warunkach szpitalnych, niezależnie od tego, czy u pacjenta stwierdzono chorobę zakaźną, czy nie, należy przestrzegać standardowych środków bezpieczeństwa. Dodatkowo, należy pamiętać, iż nie u wszystkich pacjentów z chorobami zakaźnymi występują objawy. Personel medyczny musi pamiętać o czynnikach składających się na bezpieczeństwo, do których zaliczamy:

- higienę rąk,
- ostrożność w postępowaniu z krwią i płynami ustrojowymi,

- właściwe użycie środków dezynfekcyjnych,
- usuwanie ostrych przedmiotów, odpadów oraz pościeli,
- prawidłowe stosowanie rękawic oraz fartuchów ochronnych,
- stosowanie techniki aseptycznej przy pacjencie [12].

W środowisku szpitalnym bardzo ważne jest stosowanie środków ochrony bezpośredniej (rękawiczki jednorazowe, fartuchy ochronne itd.). Środki te niestety nie gwarantują pełnej ochrony przed zakażeniem. Dłonie 24% personelu pozostają zanieczyszczone sporami *Clostridium difficile*. W połowie przypadków do kontaminacji dochodzi w momencie zdejmowania rękawiczek ochronnych [16].

Aby ograniczyć szerzenie się zakażenia należy izolować pacjentów z CDI w jednoosobowych salach z własną toaletą oraz łazienką. Jeśli liczba takich sal jest ograniczona priorytetem są pacjenci z nietrzymaniem stolca. Jeżeli jest to możliwe, do pacjentów z CDI należy używać jednorazowego sprzętu. Należy monitorować jakość sprzątania w salach [18].

W celach prewencyjnych zakażeń można użyć probiotyków, przy jednoczesnym stosowaniu antybiotyku. Najlepiej przebadany pod względem możliwości stosowania jest *Saccharomyces boulardii*. Jest to mikroorganizm, który przywiera do ścian jelit, kolonizuje je natychmiast po podaniu, a po 5 dniach od zaprzestania podania znika z układu pokarmowego. Zapobiega działaniu toksyny A bakterii *Clostridium difficile* poprzez wydzielanie proteaza, która trawi toksynę A i ogranicza wiązanie się jej do receptorów znajdujących się na powierzchni jelita cienkiego [15].

Probiotyki są polecane jako środek prewencyjny jedynie u osób zdrowych oraz u osób z podwyższonym ryzykiem zachorowania na CDI. Ograniczenia te wynikają z pojedynczych przypadków grzybic u pacjentów spowodowanych nadmierną kolonizacją *S. boulardii*. Probiotyki nie są rekomendowane jako rutynowe stosowanie w leczeniu zakażenia [5].

Działaniem profilaktycznym w celu zapobiegnięcia rozwojowi CDI może być odstawienie IPP w grupie ryzyka. Wykazano, że osoby leczone loperamidem dłużej cierpią z powodu biegunki. Można założyć, że stosowanie tej grupy leków utrudnia ocenę ustępowania objawów oraz utrudnia docieranie leków doustnych do jelita grubego. ESCMID w rekomendacjach leczenia CDI nie zaleca stosowania środków hamujących perystaltykę jelit [18].

PIŚMIENNICTWO

1. Alberda C., Marcushamer S., Hewer T., Journault N., Kutsogiannis D.: Feasibility of *Lactobacillus casei* Drink in the Intensive Care Unit for Prevention of Antibiotic Associated Diarrhea and *Clostridium difficile*. *Nutrients* 2018; 10: 1-13.
2. Cao F., Chen C.X., Wang M., Liao H.R., Wang M.X., Hua S.Z., Huang B., Xiong Y., Zhang J.Y., Xu Y.L.: Updated meta-analysis of controlled observational studies: proton-pump inhibitors and risk of *Clostridium difficile* infection. *Journal of Hospital Infection* 2018; 98(1): 4-13.
3. Ciborowska H., Ciborowski A.: *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.
4. Gateau C., Couturier J., Coia J., Barbut F.: How to: diagnose infection caused by *Clostridium difficile*. *Clinical Microbiology and Infection* 2018; 24(5): 463-468.
5. Joško – Ochojska J., Spandel L.: Zakażenia *Clostridium difficile* jako problem zdrowia publicznego. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(3): 568-573.
6. Martirosian G., Hryniewicz W., Ozorowski T., Pawlik K., Deptuła A.: Zakażenia *Clostridioides (Clostridium) difficile*: epidemiologia, diagnostyka, terapia, profilaktyka. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2018.
7. Crobach M.J.T., Planche T., Eckert C., Barbut F., Terveer E.M., Dekkers O.M., Wilcox M.H., Kuijper E.J.: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostics guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clinical Microbiology and Infection* 2016; 4: 63-81.
8. Mehlich A., Górska S., Gamian A., Myc A.: Wybrane aspekty zakażeń *Clostridium difficile*. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2015; 69: 598-611.
9. Zackular J.P., Skaar E.P.: The role of zinc and nutritional immunity in *Clostridium difficile* infection. *Gut Microbes* 2018; 9(5): 469-476.
10. Czepiel J., Drózd M., Pituch H., Kuijper Ed. J., Perucki W., Mielimonka A., Goldman S., Wultańska D., Garlicki A., Biesiada G.: *Clostridium difficile* infection: review. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 2019; 38: 1211-1221.
11. Riddle M.S., DuPont H.L., Connor B.A.: ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *American Journal of Gastroenterology* 2016; 111(5): 602-622.
12. Pituch H., Obuch – Woszczatyński P., Lachowicz D., Kuthan R., Dzierżanowska – Fangrat K., Mikucka A., Jermakow K., Pituch – Zdanowska A., Davies K.: Prevalence of *Clostridium difficile* infection in hospitalized patients with diarrhoea: Results of a Polish

- multicenter, prospective, biannual point-prevalence study. *Advances in Medical Sciences* 2018; 63(2): 290-295.
13. Shogbesan O., Poudel R.D., Victor S., Jehangir A., Fadahunsi O., Shogbesan G., Donato A.: A Systematic Review of the Efficacy and Safety of Fecal Microbiota Transplant for *Clostridium difficile* Infection in Immunocompromised Patients. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2018; 1-10.
 14. Burkiewicz A., Samardakiewicz M., Karczmarczyk T.: Poziom depresji i postrzeganego wsparcia społecznego u rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2017; 21(1): 17-21.
 15. Pituch H., Wultańska D.: Zakażenia *Clostridium difficile* – rozpoznanie i postępowanie u osób w starszym wieku. *Zakażenia XXI wieku* 2018; 1(4): 161-168.
 16. Stompór T., Suwała M.: Czy i jak dializować otrzewnowo chorego z hipoalbuminemią? *Forum Nefrologiczne* 2020; 13(4): 177-183.
 17. Aggarwal K., Lamba K. A., Faraz F., Tandon S., Makker K.: Comparison of anxiety and pain perceived with conventional and computerized local anesthesia delivery systems for different stages of anesthesia delivery in maxillary and mandibular nerve blocks. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine* 2018; 18(6): 267-273.
 18. Surawicz Ch.M., Brandt L.J., Binion D.G., Ananthakrishnan A.N., Curry S.R., Gilligan P.H., Mcfarland L., Mellow M., Zuckerbraun B.S.: Guidelines for Diagnosis, Treatment and Prevention of *Clostridium difficile* Infections. *The American Journal of Gastroenterology* 2013; 108(4): 478-498.

ŚWIADOMOŚĆ KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM NA TEMAT ZAKAŻENIA WIRUSEM HPV

Daria Kowal¹, Ewa Perkowska², Jolanta Kraśnicka²

1/ – Poradnia Kardiologiczna Echokardio Białystok

2/ – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Wirus brodawczaka ludzkiego należy do rodziny *Papillomaviridae*. Charakteryzuje się niezwykle silnym powinowactwem do komórek nabłonka. Dany patogen jest szeroko rozpowszechniony wśród społeczeństwa. Badania pokazują, że około 80% społeczeństwa miało z nim kontakt w ciągu całego życia. Wirus brodawczaka ludzkiego jest niezwykle zakaźny, a czas inkubacji zakażenia oscyluje w przedziale od trzech do czterech tygodni. Istnieją przypadki, w których ten czas wydłuża się do kilku miesięcy, a nawet lat. Przypuszcza się, że okres rozwoju wirusa w organizmie człowieka zależy od otrzymanej dawki wirusa. HPV jest jedną z najczęściej przenoszonych infekcji drogą płciową. Szacuje się, że aż 12% populacji kobiet na świecie jest nosicielkami HPV. Najwyższy odsetek zakażonych kobiet odnotowano w Afryce subsaharyjskiej – 24%, Europie Wschodniej – 21% oraz Ameryce Łacińskiej – 16%. Szczyt zachorowania obserwuje się u osób młodych - do 25 roku życia, następnie liczba zakażeń stosunkowo spada. Obserwuje się ponowny wzrost w wieku okołomenopauzalnym. Mężczyźni również mogą być nosicielami wirusa brodawczaka ludzkiego [1, 2, 3, 4, 5, 6].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena świadomości kobiet w wieku rozrodczym na temat zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. ocena jaki wpływ na świadomość kobiet mają: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie,

2. ocena wiedzy ankietowanych na temat chorób wywoływanych przez wirusa brodawczaka ludzkiego,
3. ocena wiedzy respondentek dotyczącej szczepień przeciw HPV.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu przeprowadzonym na potrzeby pracy wzięło udział 100 kobiet w wieku rozrodczym.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz został udostępniony respondentkom za pomocą formularza Google. Ankieta zawierała 20 pytań i miała za zadanie sprawdzić świadomość kobiet w wieku rozrodczym na temat wirusa brodawczaka ludzkiego. Wzór ankiety został zamieszczony w Aneksie.

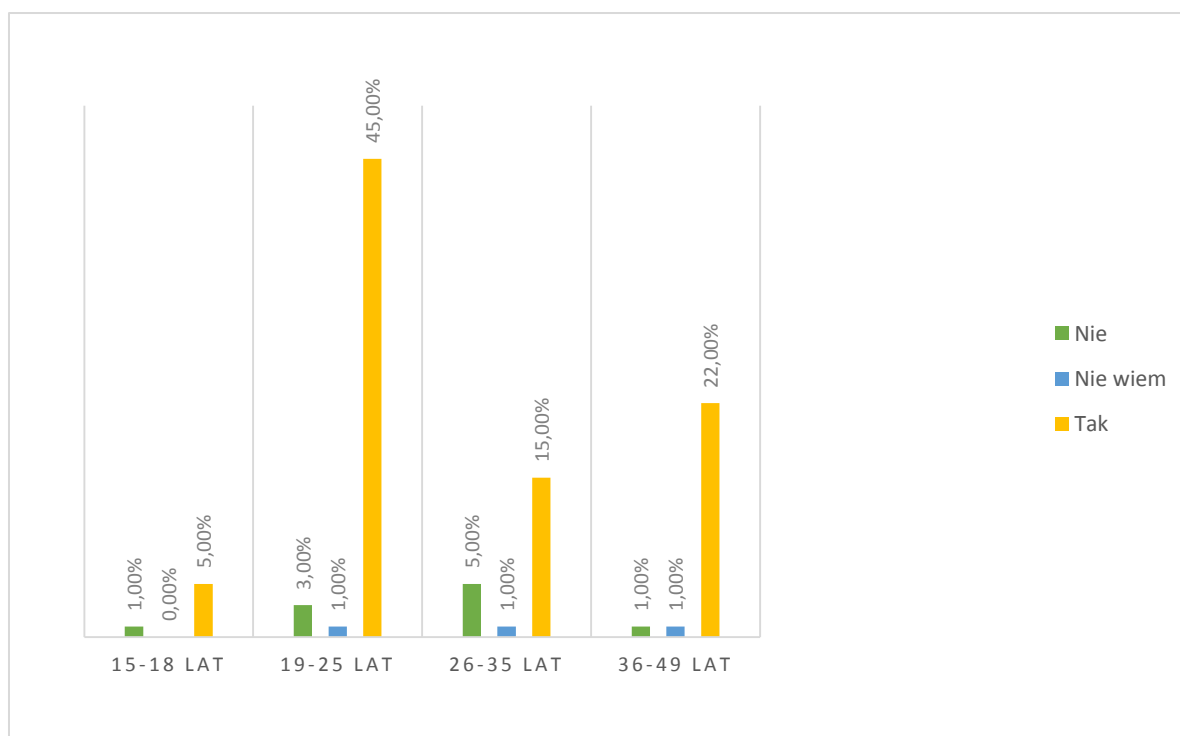
Zebrane informacje poddano analizie za pomocą programu Excel.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Uchwała nr: APK.002.335.2021 z dn. 24.06.2021.

WYNIKI

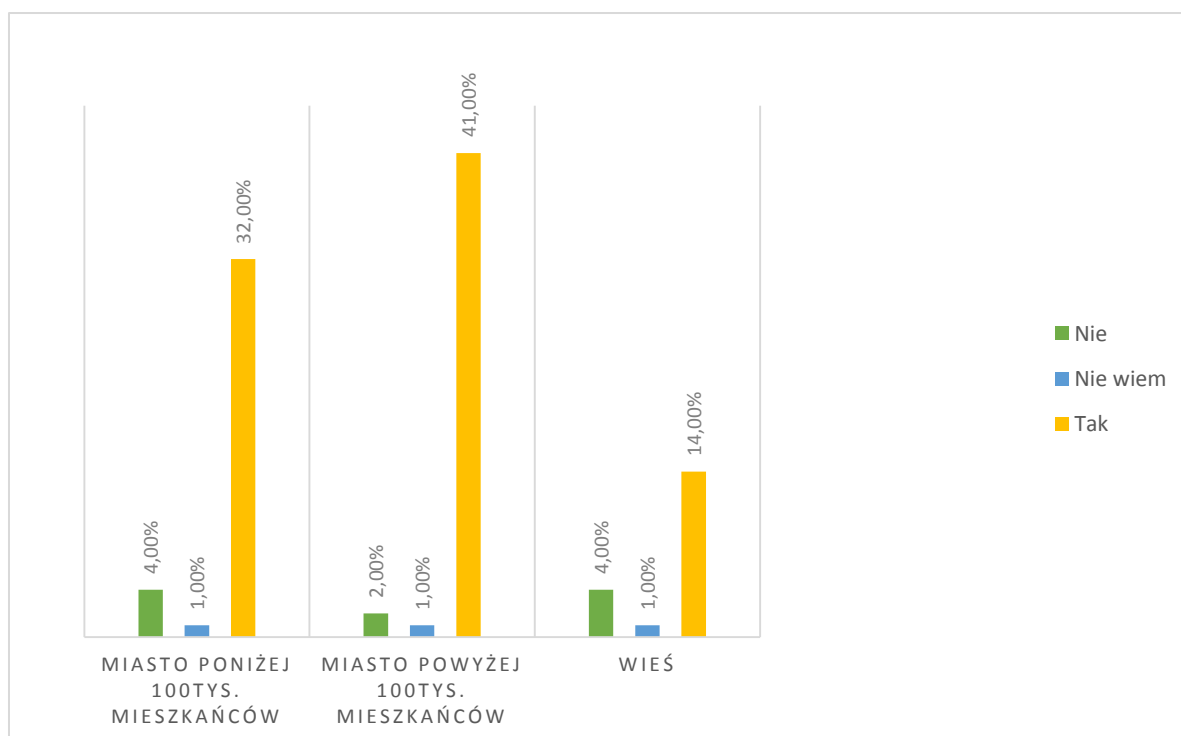
Pytanie dotyczące świadomości kobiet w wieku rozrodczym na temat wirusa HPV” uznano za jedno z najważniejszych, dlatego zostało ono przeanalizowane pod kątem wieku ankietowanych, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia.

Analiza pytania pod kątem wieku miała za zadanie sprawdzić świadomość ankietowanych na temat istnienia wirusa HPV w danych grupach wiekowych: 15-18 lat, 19-25 lat, 26-35lat oraz 36-49lat. Największą wiedzę zaobserwowano w przedziale wiekowym 19-25lat, najmniejszą świadomość wykazuje grupa 15-18 lat. Wyniki przedstawia rycina 1.



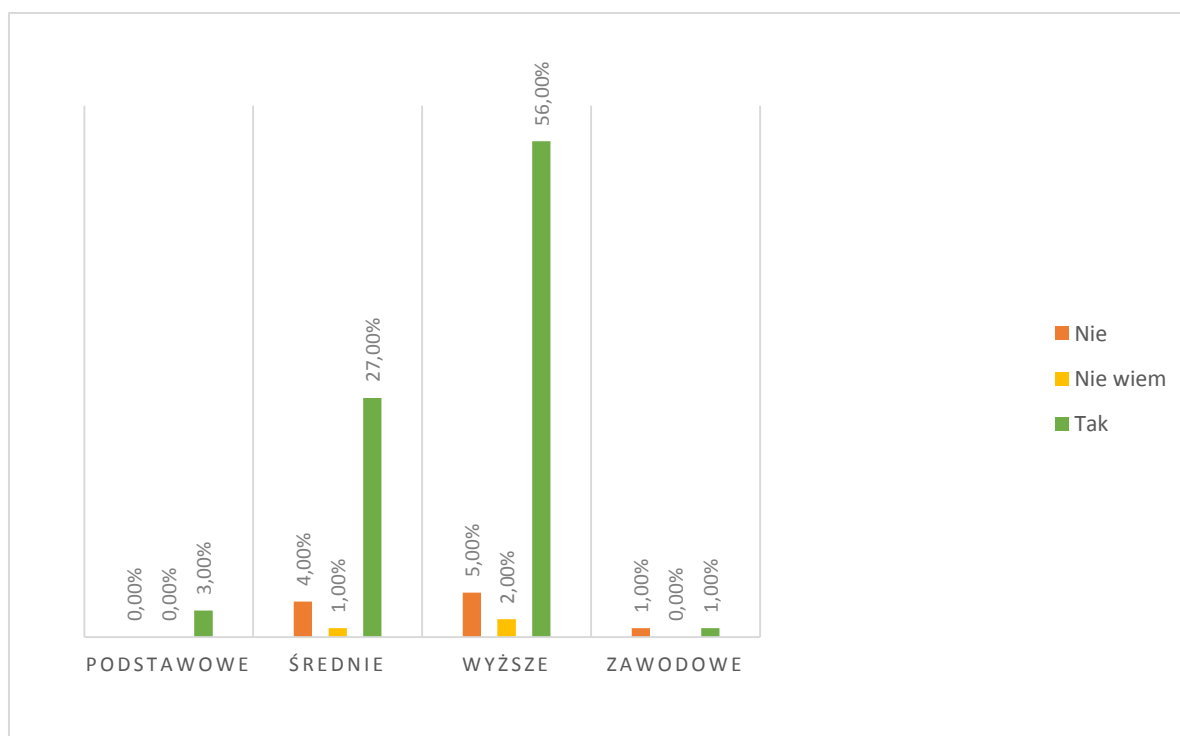
Rycina 1. Wiek badanych a świadomość na temat istnienia wirusa HPV.

W mieście poniżej 100tys. mieszkańców 32% badanych słyszało o wirusie HPV, natomiast 4% nie miało pojęcia o występowaniu drobnoustroju. Największy procent świadomości na temat istnienia wirusa brodawczaka ludzkiego można zauważyć w grupie ankietowanych z miasta powyżej 100tys. mieszkańców (41%). Również w tej grupie najmniej osób nigdy nie słyszało o wirusie (2%). 14% głosów pochodzących od respondentek zamieszkujących obszar wiejski deklaruje, że słyszało o wirusie natomiast 4% nie wiedziało o jego istnieniu (Ryc.2).



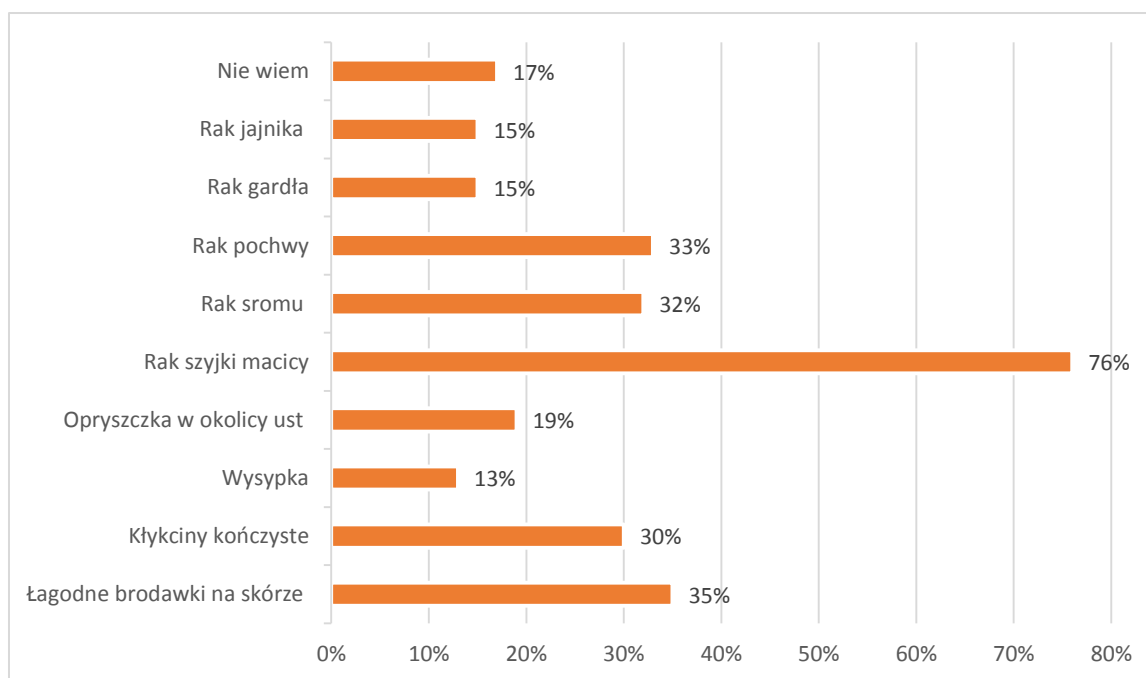
Rycina 2. Miejsce zamieszkania ankietowanych a ich świadomość na temat istnienia wirusa HPV.

Grupy z wykształceniem podstawowym i zawodowym okazały się najmniej istotne w badaniu. Największy procent kobiet, który ma świadomość na temat HPV znajdował się w grupie z wykształceniem wyższym (56%). Zaledwie 5% respondentek znajdujących się w tej grupie zadeklarowała, że nie wiedziała o wirusie. Dokładne wyniki przedstawiono na rycinie 3.



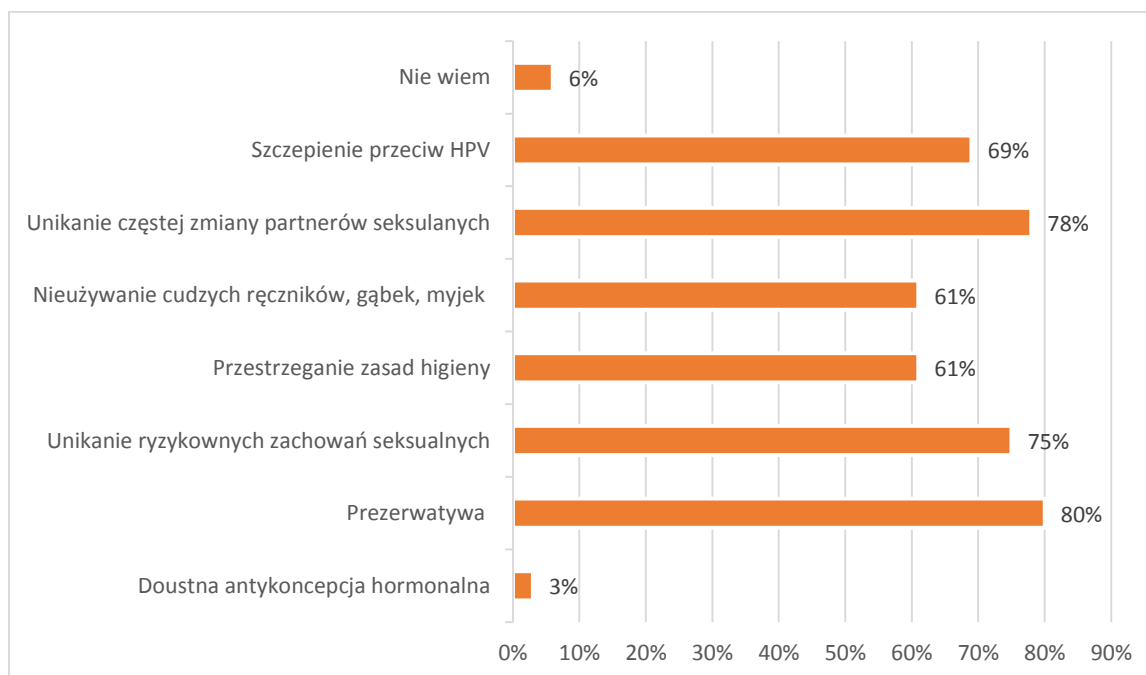
Rycina 3. Wykształcenie badanych a ich świadomość na temat istnienia wirusa HPV.

Aż 76% ankietowanych jest przekonana, że wirus brodawczaka ludzkiego może przyczynić się do powstawania raka szyjki macicy. 17% badanych nie posiada wiedzy na temat tego, co może wywoływać wirus brodawczaka ludzkiego. Wyniki obrazuje rycina 4.



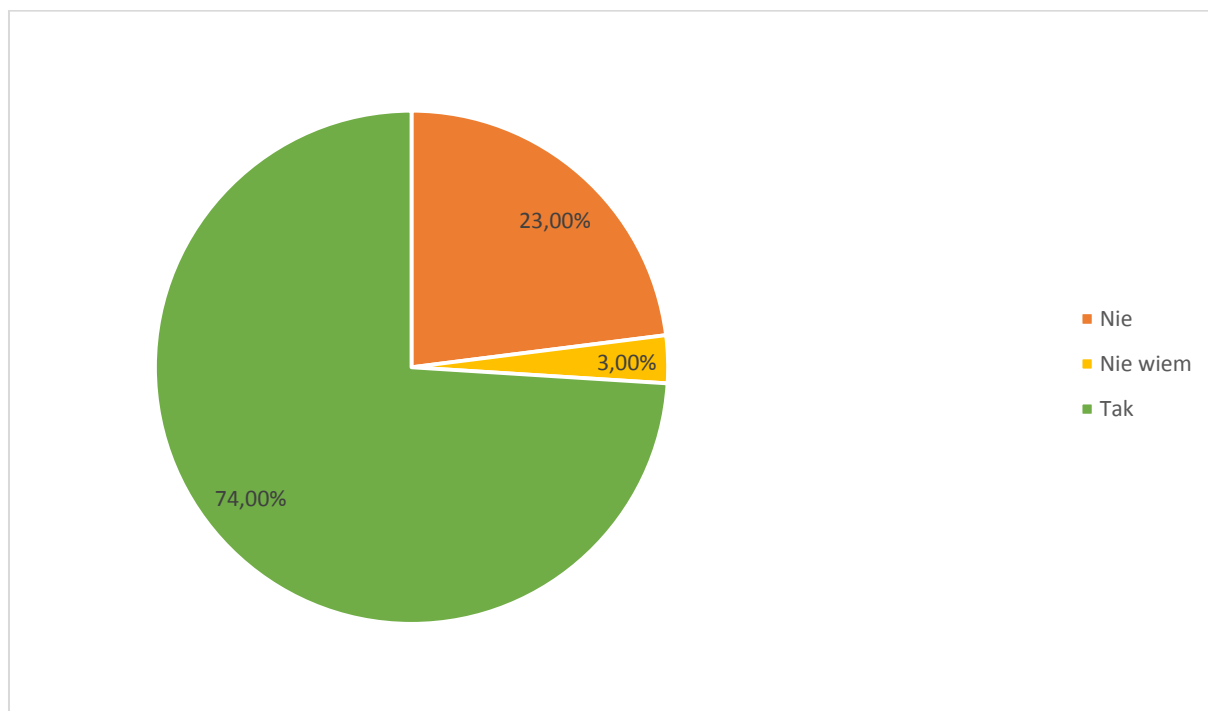
Rycina 4. Co zdaniem respondentek może wywołać wirus HPV?

Zdaniem badanych to prezerwatywa jest najlepszym sposobem (80%). Jedynie 3% respondentek sądzi, że najlepszym sposobem jest doustna antykoncepcja hormonalna. Wyniki zostały przedstawione na rycinie 5.



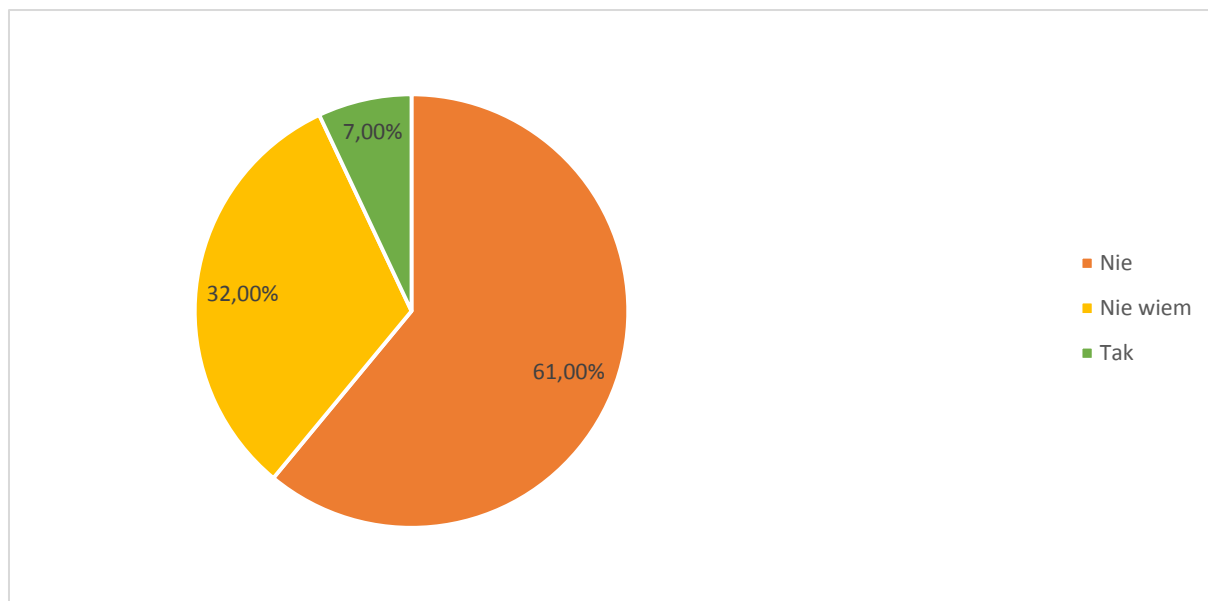
Rycina 5. Jak zdaniem respondentek można chronić się przed zakażeniem wirusem HPV?

Zadane pytanie miało za zadanie pokazać ile procent ankietowanych wie o istnieniu szczepienia przeciwko HPV. 74% badanych odpowiedziało twierdząco. Wyniki przedstawiono na rycinie 6.



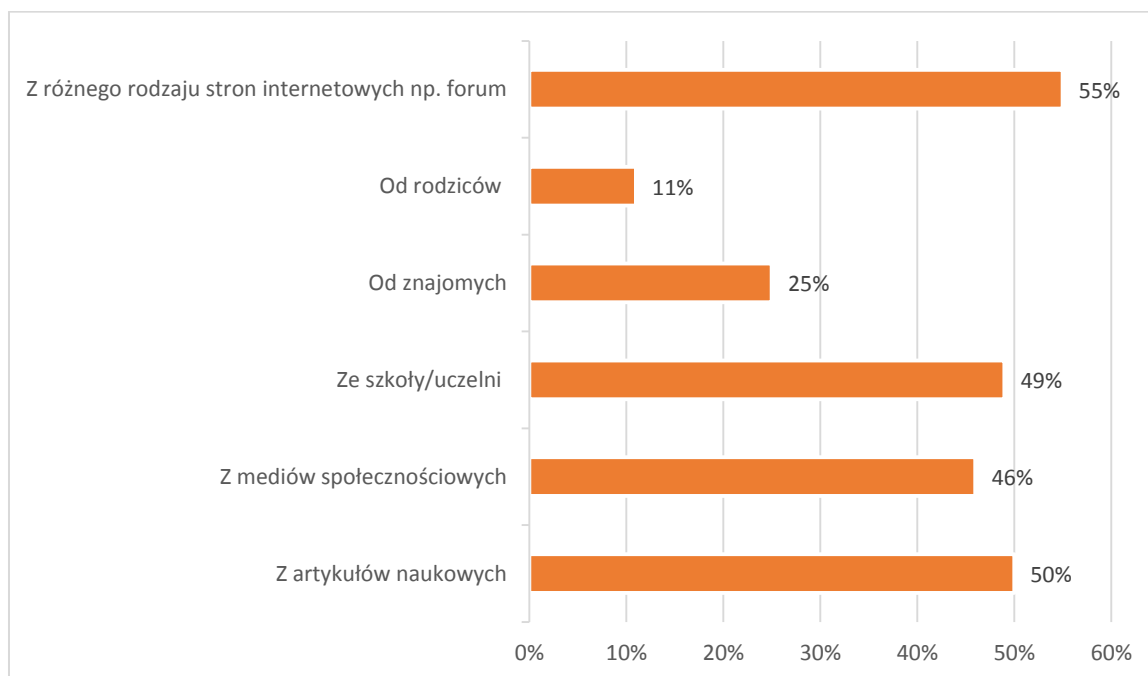
Rycina 6. Świadomość respondentek na temat istnienia szczepionki przeciwko HPV.

61% respondentek deklaruje, że szczepienie nie chroni całkowicie przed zakażeniem HPV. Wyniki przedstawiono na rycinie 7.



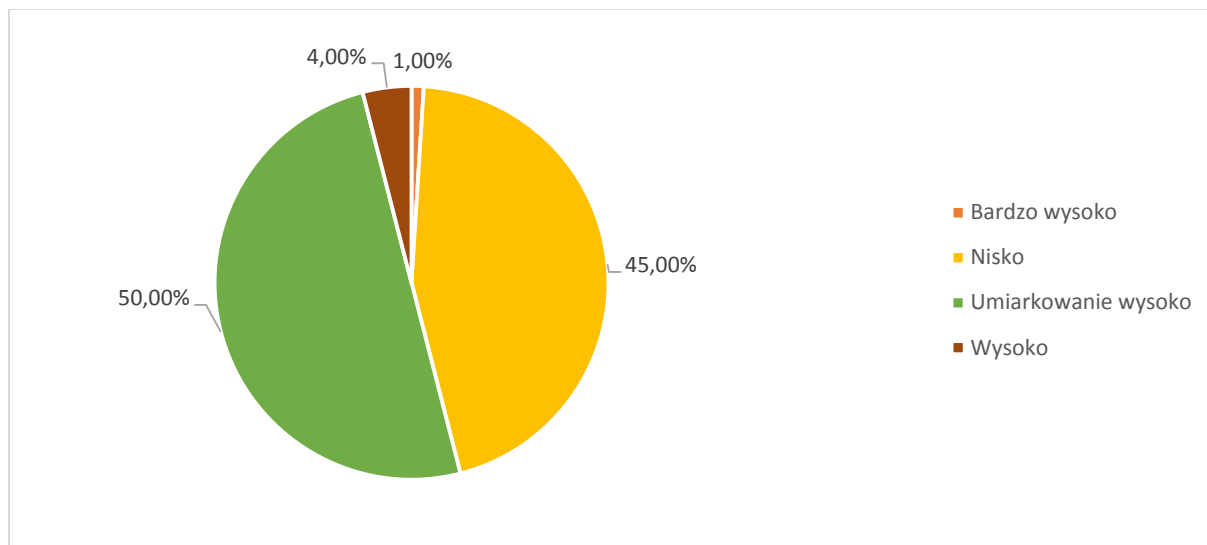
Rycina 7. Wiedza ankietowanych na temat czy szczepienie przeciw HPV chroni całkowicie przed zakażeniem.

Najwięcej głosów wskazuje na to, że respondentki zdobywają informacje poprzez różnego rodzaju strony internetowych (55%) (Rycina 8).



Rycina 8. Źródła wiedzy respondentek

Aż 50% ankietowanych ocenia swoją wiedzę umiarkowanie wysoko. Tylko 1% kobiet ocenia swoją wiedzę bardzo wysoko. Wyniki przedstawia rycina 9.



Rycina 9. Ocena wiedzy respondentek na temat zakażenia wirusem HPV.

DYSKUSJA

Badania pokazują, że około 12% populacji kobiet na świecie jest nosicielkami wirusa brodawczaka ludzkiego. Patogen może powodować raka szyjki macicy oraz inne schorzenia, dlatego niezwykle ważne jest, by badać się regularnie i w przypadku wystąpienia zakażenia dobrać odpowiednią metodę leczenia. Istnieją metody, dzięki którym można uchronić się przed zakażeniem wirusem. Jedną z metod profilaktyki jest szczepienie przeciw HPV. Mimo tego, że szczepienie dostępne jest na rynku od wielu lat, nie wszystkie kobiety wiedzą o jego istnieniu.

Analiza wyników własnych badań, przeprowadzonych w grupie kobiet w wieku rozrodczym (15-49) pokazała, że tylko niewielki procent badanych nie wiedział o istnieniu wirusa HPV (10%). Można uznać, że świadomość kobiet na temat istnienia patogenu jest wysoka. Badanie przeprowadzone przez Barbarę Sokołowską i innych badaczy pokazało, że mniej niż połowa ankietowanych posiadała wiedzę dotyczącą HPV, ale w badaniu brano pod uwagę płeć męską i żeńską. Grupa badanych ograniczała się tylko do dwóch powiatów. Łatwo zauważyć, że zestawione badania mimo tego samego problemu docierały do innych grup badawczych, zatem mogą być potrzebne dalsze, dokładniejsze analizy [7].

Analiza wyników badań własnych pokazała, że 80% badanych wie, że prezerwatywa jest jednym ze sposobów profilaktyki zakażeń HPV. Wyniki pokazały również, że duży procent ankietowanych wie, że szczepienie przeciw HPV jest jednym ze sposobów profilaktyki. Reasumując, wiedza na temat profilaktyki wydaje się być zadowalająca. Warto przeanalizować inne badania. Anna Jurczak wraz z innymi badaczami przedstawia wyniki podobnego tematu. W badaniu brali udział uczniowie szkół ponadgimnazjalnych – chłopcy i dziewczynki. 72,63% uczennic wiedziało, że istnieją metody profilaktyki. Znacznie mniej chłopców posiada wiedzę dotyczącą profilaktyki - 48.8%. Połowa z ankietowanych dziewczynek wskazała szczepienia przeciw HPV jako kluczowe działanie profilaktyczne. Należy zwrócić uwagę, że badanie dotyczyło ograniczonej grupy wiekowej, dodatkowo pytania dotyczące metod profilaktyki były ogólne, dlatego należałoby przeprowadzić dokładniejsze badania [8].

Po przeanalizowaniu badań własnych można dowiedzieć się, że 74% respondentek wie o istnieniu szczepienia przeciw HPV. Można by powiedzieć, że jest to całkiem duża liczba, jednak aż 23% nie wie, że na rynku dostępne są szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Koncentrując się na tym, że liczba zakażonych osób na świecie wciąż jest wysoka, można stwierdzić, że procent kobiet, który nie zna tej metody profilaktyki jest dość znaczący. Warto by porównać wyniki z badaniami zagranicznymi. Ljiljana Markovic-Denic wraz z grupą badaczy wykazała, że około 80% ciężarnych kobiet w Serbii jest świadomych istnienia wirusa HPV, ale prawie dwie trzecie z nich nie wie o szczepieniu przeciwko HPV. Biorąc pod uwagę ilość zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego na świecie ponownie można uznać, że procent osób, które nie mają wiedzy na temat szczepień jest duży. Badania na temat świadomości istnienia HPV oraz szczepienia przeciwko niemu przeprowadzono również w Afryce Subsaharyjskiej. Analizy przedstawione w artykule są niezwykle ważne, ponieważ to właśnie na terenie Afryki Subsaharyjskiej odnotowano najwyższy procent zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego – 24%. W piętnastu badaniach oceniano świadomość na temat istnienia HPV, raka szyjki macicy oraz szczepionki HPV wśród określonych grup demograficznych. Poziomy świadomości połączono z 11 badaniami wykazującymi wysoką świadomość, dziewięcioma badaniami wykazującymi niską świadomość i dwoma badaniami wykazującymi umiarkowaną świadomość. Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i HPV był stale niski. Spośród 16 badań oceniających wiedzę na temat raka szyjki macicy, szczepionki HPV i HPV, wszystkie odnotowały niski poziom wiedzy, trzy wykazały brak wiedzy, a dwa wykazały umiarkowaną wiedzę. Tylko w jednym badaniu stwierdzono umiarkowanie wysoki poziom wiedzy na temat szczepionki HPV. Łatwo

zauważyć, że problem dotyczący niskiej wiedzy na temat profilaktyki jest powszechny nie tylko w Polsce. Reasumując, wiedza na temat profilaktyki HPV w postaci szczepień jest niska co może być powodem dużej ilości zakażeń. By ocenić rzeczywistą skalę problemu można by przeprowadzić badania na terenie innych krajów [9, 10].

Analiza wyników własnych badań dała odpowiedź na pytanie, skąd respondentki zdobywają wiedzę na temat wirusa brodawczaka ludzkiego. 50% badanych kobiet zadeklarowało, że wiedzę czerpie z artykułów naukowych. Koncentrując się na wcześniejszych analizach, wynik wydaje się być zaskakujący, ponieważ ogólna świadomość na temat wirusa brodawczaka ludzkiego jest niska. Nasuwa się pytanie, co w takim razie jest przyczyną niskiej wiedzy respondentek. Trudno jednoznacznie powiedzieć, ale można przypuścić, że respondentki myliły artykuły naukowe z pracami popularnonaukowymi. Dodatkowo aż 55% ankietowanych osób zadeklarowało, że wiedzę pozyskuje z różnego rodzaju stron internetowych. 46% czerpie wiedzę z mediów społecznościowych, co również może wpływać na poziom wiedzy respondentek. W mediach społecznościowych często można spotkać osoby, które przekazują nieprawdziwe informacje. Duży procent ankietowanych pozyskuje swoją wiedzę ze szkoły lub uczelni (49%). Warto zwrócić uwagę, że niewiele osób zadeklarowało, że źródłem wiedzy są rodzice (11%) lub znajomi (25%). Podobne pytanie zostało postawione w pracy pod przewodnictwem Małgorzaty Nagórskiej. Największa liczba ankietowanych pozyskuje taką wiedzę z książek i czasopism (47.6% Turcja, 80.0% Polska,). Duży procent badanych wskazał, że wiedzę czerpie z Internetu (25.0% Turcja, 48.3% Polska). Ze szkoły lub uczelni wiedzę pozyskuje 25,8% mieszkańców Turcji i 26.7% mieszkańców Polski. Badaniu pojawiła się również odpowiedź, że to rówieśnicy są źródłem wiedzy (Turcja –25.0%, Polska – 27.5%). Z analiz wynika, że od rodzin w Polsce wiedzę czerpie tylko 7.5%, a w Turcji 9.7%. Zestawiając ze sobą oba badania można zauważyć, że najwięcej osób czerpie wiedzę z artykułów lub książek oraz z Internetu. Można przypuszczać, że korzystanie z niesprawdzonych źródeł internetowych takich jak np. forum, może być przyczyną niskiej wiedzy w temacie zakażenia HPV. By poznać dokładniejsze wyniki należałoby przeprowadzić badania ukierunkowane na wpływ Internetu na wiedzę w danym zakresie [11].

Porównanie badań własnych z innymi badaniami pokazało, że pojawiają się różnice w wynikach, wynikające głównie z różnic grup badanych. Warto rozważyć poszerzenie liczby ankietowanych podczas kolejnych prób podjęcia tematyki. Pozwoli to na lepsze zobrazowanie problemu oraz dokładniejsze porównanie wyników.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. ogólna świadomość kobiet w wieku rozrodczym na temat zakażenia wirusem HPV jest na poziomie średnim, a swoją wiedzę respondentki czerpią głównie z artykułów naukowych oraz z Internetu,
2. najniższy poziom wiedzy można zauważyć u najmłodszych ankietowanych, z kolei największą wiedzę prezentują kobiety z wyższym wykształceniem zamieszkujące duże miasta,
3. ankietowane wiedzą, że wirus może powodować raka szyjki macicy, ale mają niski poziom wiedzy na temat innych schorzeń wywołanych przez wirusa brodawczaka ludzkiego,
4. większość kobiet wie jakie są metody profilaktyki zakażenia HPV, jaką drogą przenosi się wirus oraz, że na rynku dostępne są szczepienia przeciw HPV.

PIŚMIENNICTWO

1. Szafarowska M.: Zakażenia HPV. Ginekologia po Dyplomie 2018 <https://podyplomie.pl/ginekologia/29931,zakazenia-hpv>
2. Kaczmarczyk G., Machnik G., Piotrowska-Mietelska A., i wsp.: Wirus HPV. Czy warto się szczepić, [w:] Troska o zdrowie w aspekcie społecznym część 2. Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.) Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2015: 111-118.
3. Bartosiewicz-Wąsik J., Mikalińska-Majdanik M., Wąsik T.: Zakażenia wywołane przez ludzkie papillomawirusy. Zakażenia XXI wieku 2019; 2(6): 263- 271
4. Brianti P, De Flammineis E: Mercuri SR Review of HPV-related diseases and cancers. New Microbiol 2017;40(2):80–85.
5. Paślawska A., Mrożek-Budzyn D., Majewska R.: Wiedza młodych kobiet na temat znaczenia badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95(1): 170-174.
6. Drabina J., Huras H., Basta T. i wsp.: Występowanie HPV DNA u partnerów seksualnych kobiet ze śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy- CIN wczesnoinwazyjnym rakiem szyjki macicy. Przegląd Lekarski 2015; 72(11): 611-615.

7. Sokołowska B., Zasadzka M., Kulik A. i wsp.: Ocena stanu wiedzy na temat zakażeń HPV wśród mieszkańców powiatu bialskiego i parczewskiego. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015; 9(3): 200-202.
8. Jurczak A., Rosińska J., Karakiewicz B. i wsp.: Analiza wiedzy młodzieży dotyczącej profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14(2):160–162.
9. Markovic-Denic L., Milicevic S., Todorovic J. et al.: Uptake of Human Papillomavirus Vaccine and Intention to Vaccinate among Healthy Pregnant Women in Serbia: A Cross-Sectional Study on Awareness, Knowledge, and Attitudes. *Viruses* 2021; 13: 727 - 731.
10. Perlman S., Wamai R., Bain P. et al.: Knowledge and Awareness of HPV Vaccine and Acceptability to Vaccinate in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Plos One* 2014; 9(3). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090912>
11. Nagórska M., Karabulutlu Ö., Wardak K. i wsp.: Infekcje HPV – wiedza studentów pielęgniarstwa na przykładzie Polski i Turcji. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2013; 1: 86–94.

STRES I STYLE RADZENIA SOBIE WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK

Aleksandra Dzieczyk¹, Jolanta Kraśnicka², Ewa Perkowska²

1/ - Absolwentka, Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

2/ - Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Stres towarzyszy człowiekowi w ciągu całego życia, w podobny sposób w wymiarze osobistym, jak i zawodowym. Pracownicy medyczni, a w szczególności pielęgniarki, z uwagi na duże wymagania wynikające ze specyfiki pracy z chorym człowiekiem są wystawieni na liczne sytuacje stresowe. Radzenie sobie ze stresem to proces zależny od wielu czynników, a wybór odpowiedniego stylu postępowania ma istotny wpływ na jakość pracy pielęgniarki, jej relacje interpersonalne i samopoczucie [1].

Stres jest jedną z głównych przyczyn chorób somatycznych i psychicznych. Skutki wpływu stresu na układ odpornościowy zależą od ilości, czasu trwania i nasilenia [2].

Stres to również „zespół reakcji fizjologicznych i psychologicznych, w odpowiedzi na bodźce (stresory), które zakłócają naszą równowagę. Inna definicja przedstawia stres jako „niespecyficzną reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu wymagania”. Stres jako reakcję obronną organizmu należy opisać w ten sposób, że odczuwamy bardzo silny bodziec stresowy i w ramach obrony przed nim decydujemy o wycofaniu się, co pozwala zmniejszyć jego dokuczliwość. Stres możemy przedstawić też jako reakcję adaptacyjną – znajdujemy się w nowej dla nas sytuacji, pojawia się bodziec stresowy, ale ma on charakter mobilizujący, dodaje siły do wykonania zadania, pomaga przystosować się do nowej sytuacji [3].

Osoba, która jest narażona na ciągły niepokój i zmartwienie, traci pewność siebie i popada w depresję, czując się upokorzona, a to z kolei zwiększa stres w miejscu pracy i zmniejsza wydajność. Ta ostatnia sama w sobie nasila lęk, a kontynuacja tego cyklu może ostatecznie osłabić zdolności umysłowe i fizyczne człowieka, a po pewnym czasie doprowadzić do niestabilnych zaburzeń neuropsychiatrycznych [4].

CEL PRACY

Profesjonalizm zawodowy wymaga od pielęgniarek pełnienia wielu funkcji i ról zawodowych, uzupełniających i przenikających się wzajemnie. Intensywne obciążenie psychiczne pielęgniarek obniża jakość świadczonej opieki medycznej, wpływając równocześnie na rozwój stresu zawodowego. Sposoby radzenia sobie z sytuacjami stresowymi zależą od wielu aspektów. Znaczenie mają takie czynniki, jak: osobowość, inteligencja i doświadczenie zdobyte w trudnych sytuacjach. Pokonanie stresu rozpoczyna się od dobrego nastawienia do samego siebie oraz od pozytywnego myślenia. Negatywne emocje można rozładować poprzez różne formy aktywności fizycznej, takie jak: jazda na rowerze, bieganie. W walce ze stresem warto również zrewidować własny styl życia oraz zadbać o odpowiednie nawyki życiowe a także odpoczynek [5].

Celem pracy było poznanie oddziaływania stresu i sposobów radzenia sobie z nim wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto w grupę 100 losowo wybranych respondentów, pielęgniarek/pielęgniarzy oddziałów: Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Pracownią Hemodynamiki/ Oddział intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób wewnętrznych z Ośrodkiem Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego, Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

W pracy wykorzystano metodą sondażu diagnostycznego z użyciem:

- autorskiego kwestionariusza ankiety,
- kwestionariusza Charles Carver Mini-COPE Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej- Bulik.

Autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby badania składa się z II części:

- **I część** – metryczka – zawiera pytania o płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny.

- **II część** obejmuje 11 pytań badających wpływ pracy na odczuwanie stresu.

Kwestionariusz Charles Carver Mini-COPE Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej – Bulik zawiera 28 pytań badających postępowanie respondenta po sytuacji stresowej.

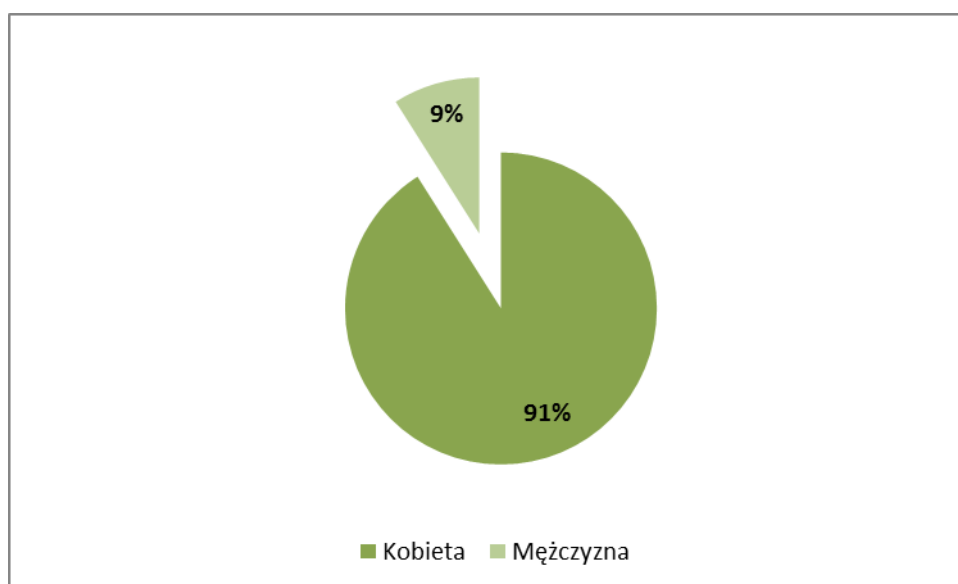
Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Przed rozpoczęciem badania każdy z respondentów otrzymał informację o przeprowadzonym badaniu i został poinformowany o zapewnieniu całkowitej anonimowości zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz możliwości rezygnacji z kontynuacji wypełniania ankiety na każdym jej etapie. Zebrane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

WYNIKI

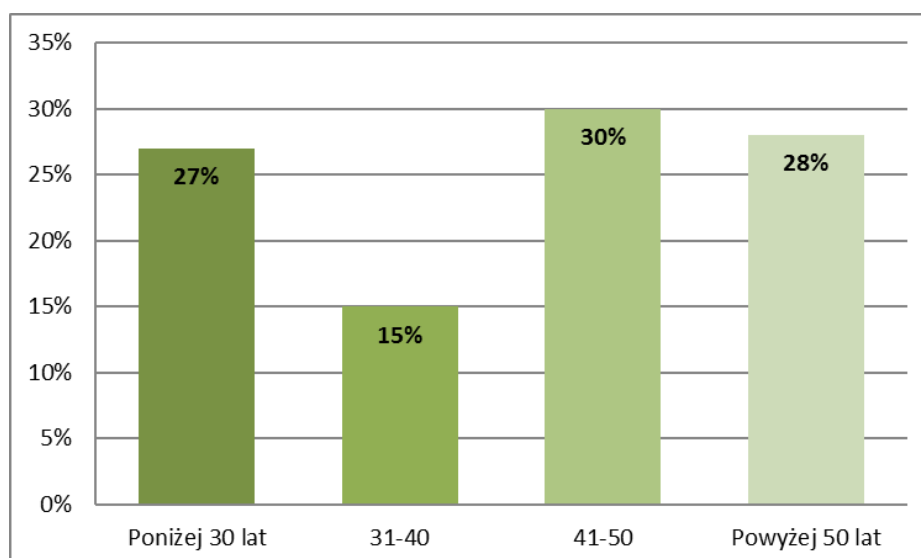
Charakterystyka badanej grupy

Do badania przystąpiło 100 ankietowanych (n=100). Mężczyźni stanowili zdecydowanie mniejszość (n=9; 9%). Dokładne dane zobrazowano na rycinie 1.



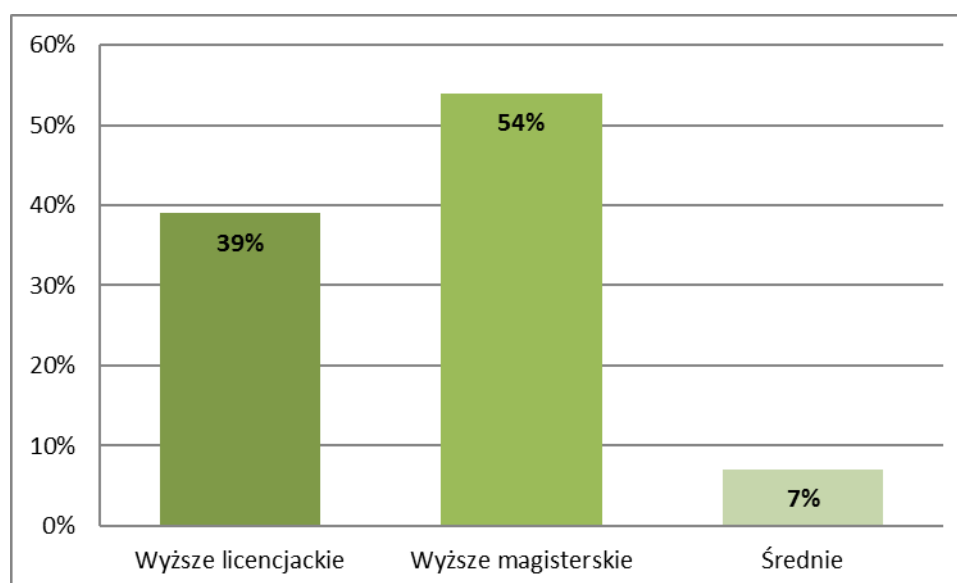
Rycina 1. Płeć ankietowanych

Dokonano podziału respondentów na cztery grupy wiekowe. Największą grupę stanowiły osoby od 31 do 40 roku życia. Szczegóły dotyczące wieku badanych przedstawiono na rycinie 2.



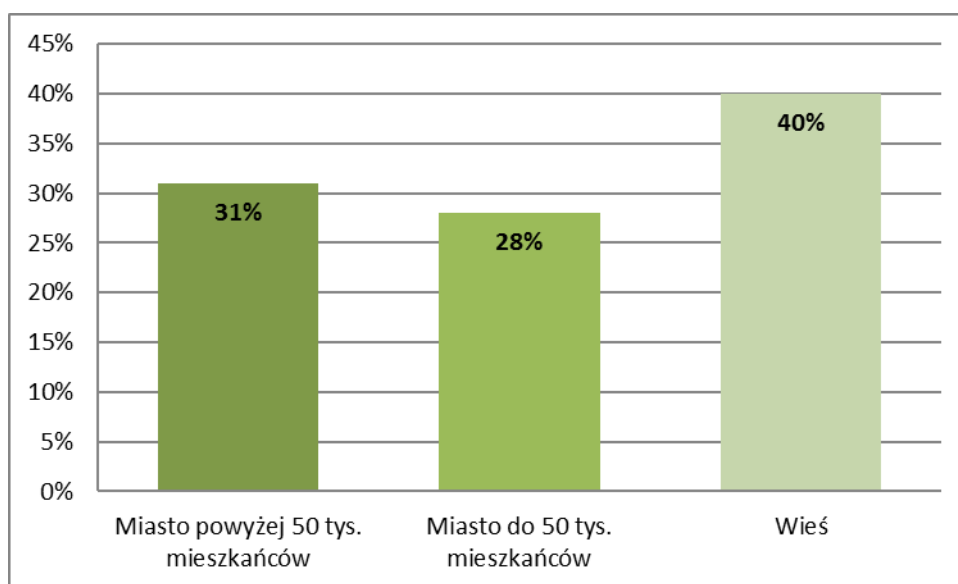
Rycina 2. Wiek ankietowanych

Analizując status społeczno – demograficzny w grupie badanej 93% respondentów poinformowało o posiadaniu wyższego wykształcenia (n=93). Rycina 3 zawiera pozostałe informacje.



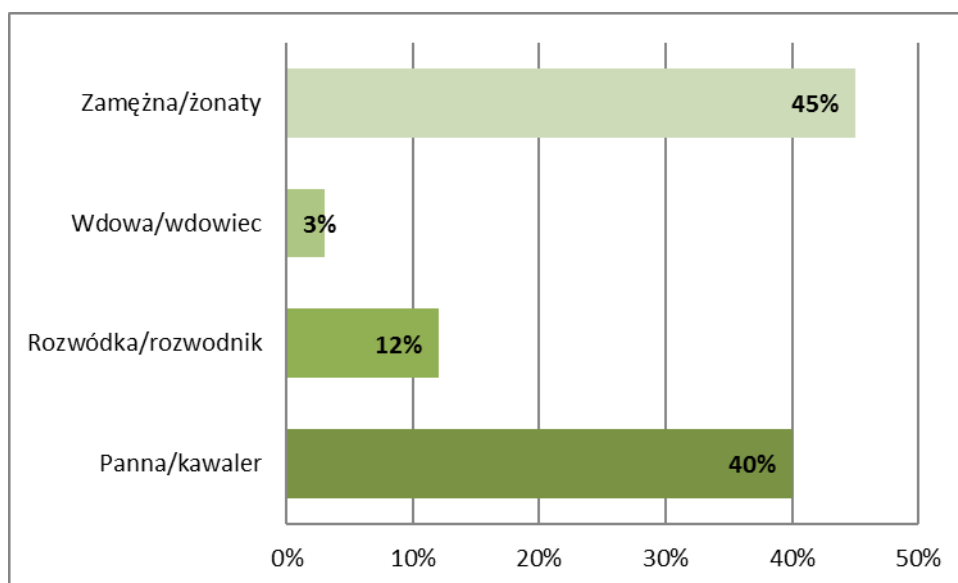
Rycina 3. Wykształcenie ankietowanych

Badani zostali zapytani o miejsce zamieszkania. Uczestnicy mieszkający na wsi stanowili 40% grupy (n=40). Pozostałe dane – rycina 4.



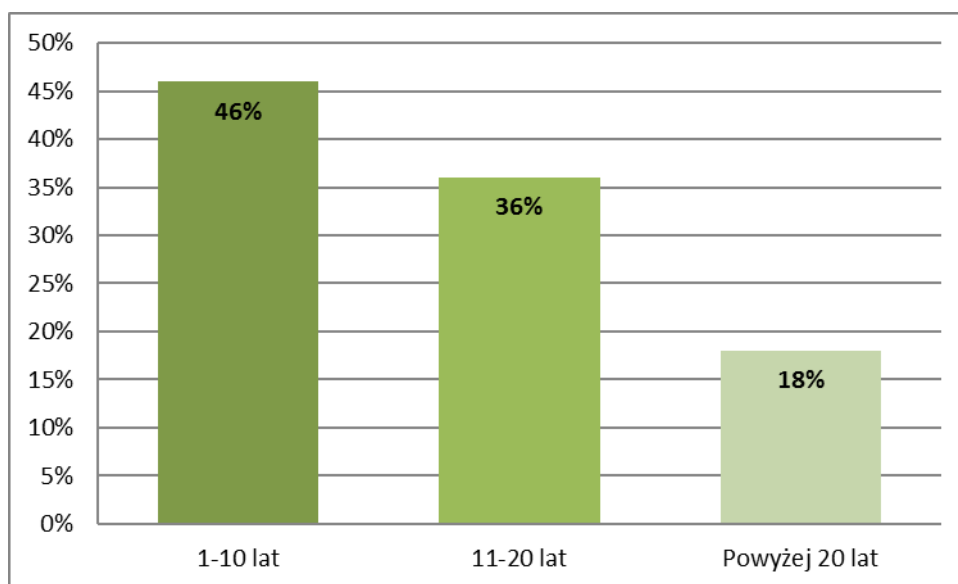
Rycina 4. Miejsce zamieszkania ankietowanych

Dokonując charakterystyki grupy badanej pod względem stanu cywilnego wykazano, że osoby zamężne/zonate stanowią prawie 1/2 (n=45; 40%). Rycina 5 zawiera szczegółowe dane.



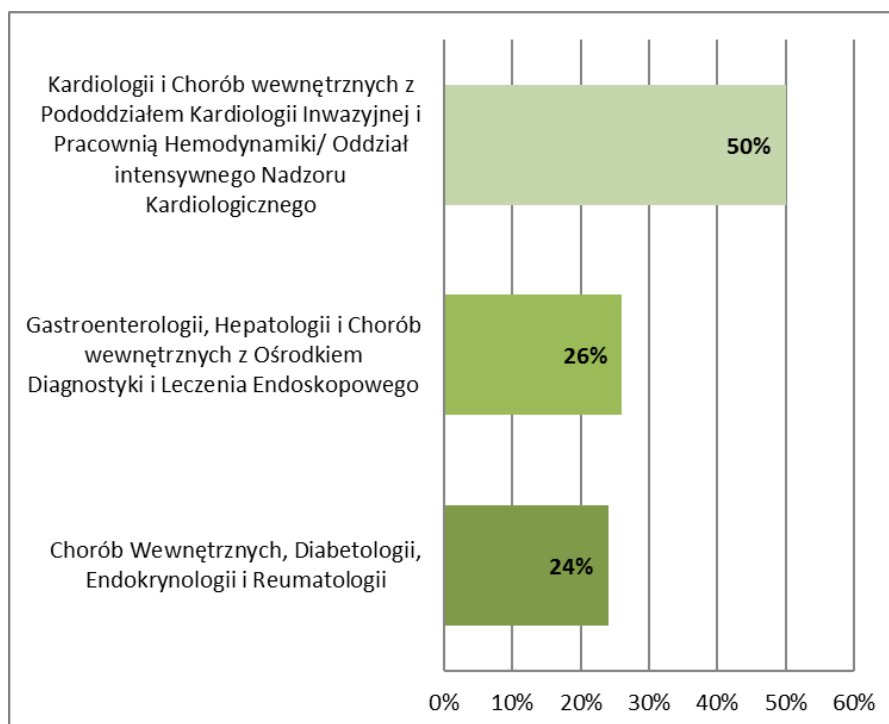
Rycina 5. Stan cywilny ankietowanych

Rozpatrując długość stażu pracy w zawodzie największe grono stanowiły osoby pracujące 10 lat i mniej (n=46; 46%). Niecałe 20% grupy poinformowało o pracy w zawodzie od ponad 20 lat (n=18; 18%) – rycina 6.



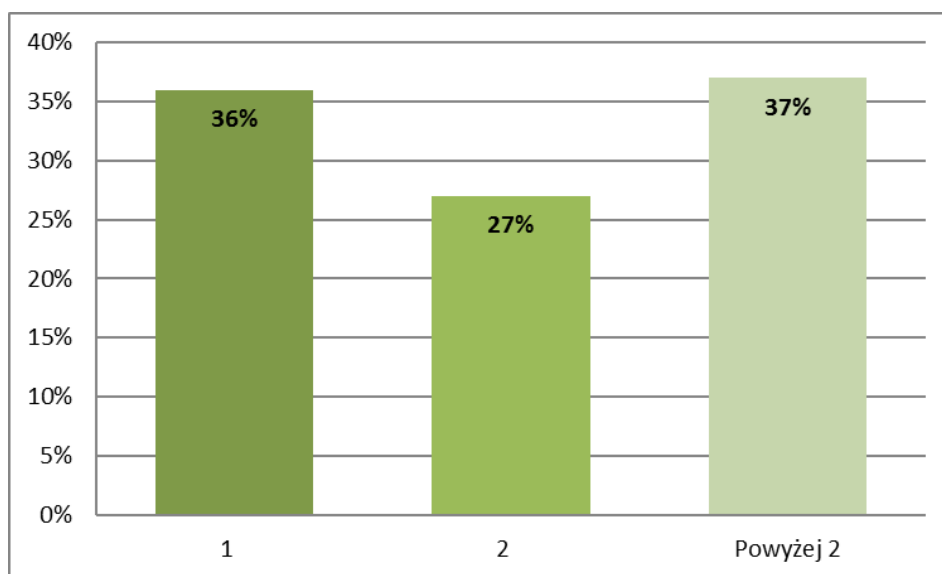
Rycina 6. Staż pracy ankietowanych

Ponadto zaobserwowano, że 50% respondentów w czasie wykonywania badania pracowało na Oddziale Kardiologii i Chorób wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Pracownią Hemodynamiki lub na Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (n=50). Pozostałe miejsca pracy ankietowanych przedstawiono na rycinie 7.



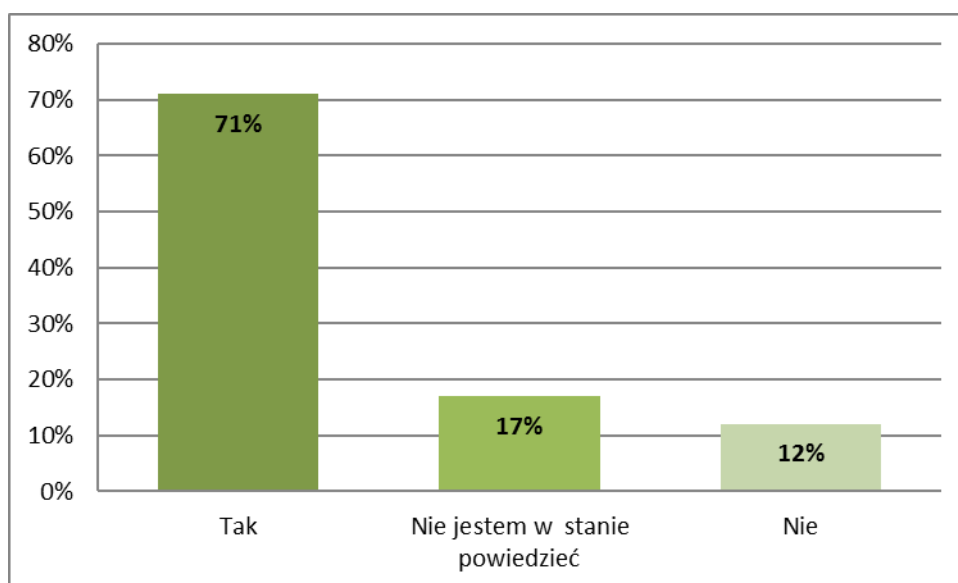
Rycina 7. Miejsce pracy ankietowanych

Co więcej 64 uczestników badania przyznało, że ich miejsce pracy nie ogranicza się do jednej lokalizacji. O pracy w więcej niż 2 placówkach przyznało się 37 respondentów (37%) – rycina 8.



Rycina 8. Liczba miejsc pracy ankietowanych

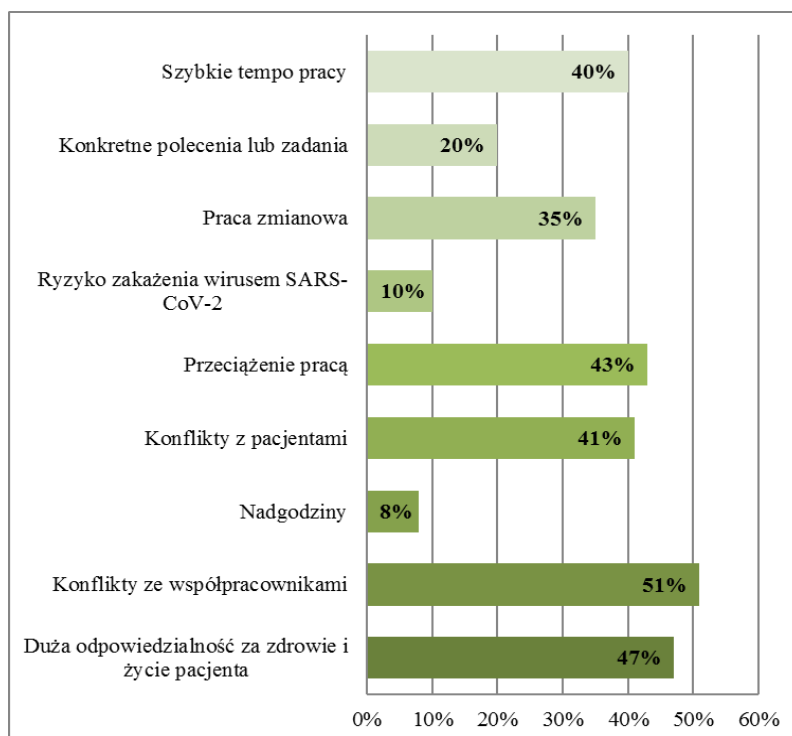
Jedno z pytań jednokrotnego wyboru brzmiało „Czy lubi Pan/i swoją pracę?”. 71% respondentów odpowiedziało twierdząco. Pozostałe informacje przedstawiono na rycinie 9.



Rycina 9. Zadowolenie z pracy według ankietowanych

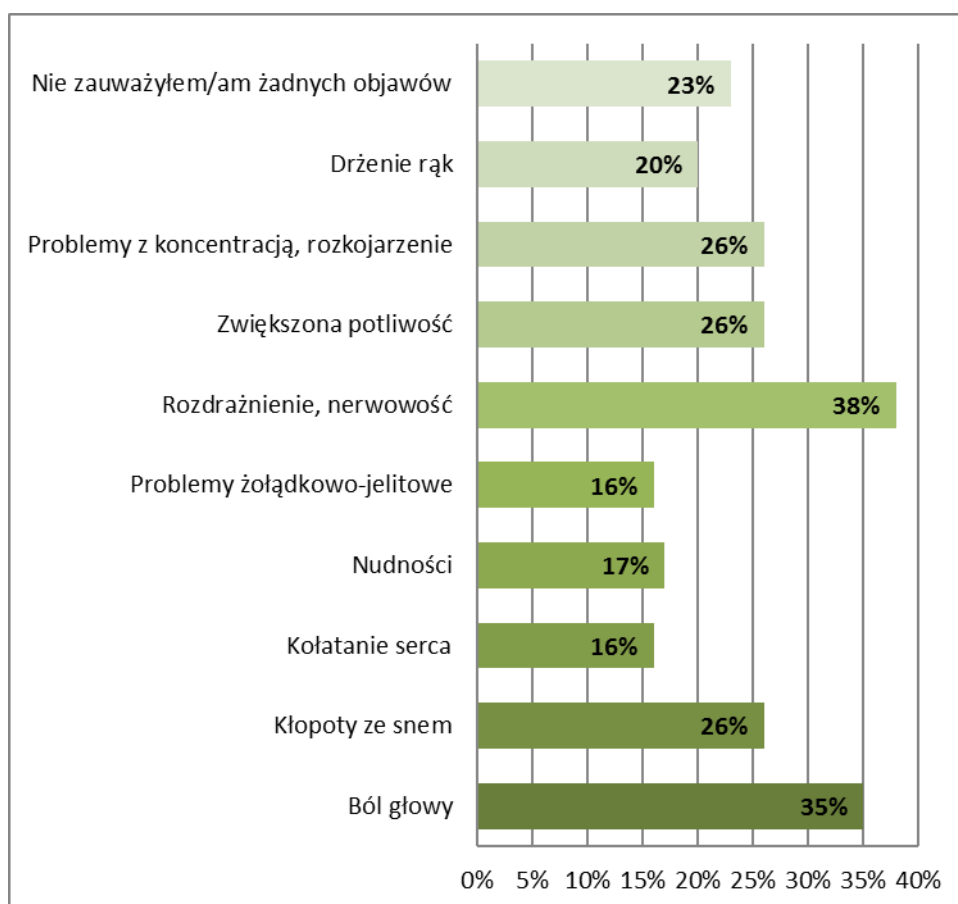
Głównym źródłem stresu w miejscu pracy zdaniem respondentów są konflikty ze współpracownikami (n=51; 51%) oraz ogromna odpowiedzialność za zdrowie i życie

pacjentów (n=47; 47%). Niewiele uczestników badania przyznało, że stresującą sytuacją są nadgodziny (n=8; 8%). Rycina 10 zawiera szczegółowe dane.



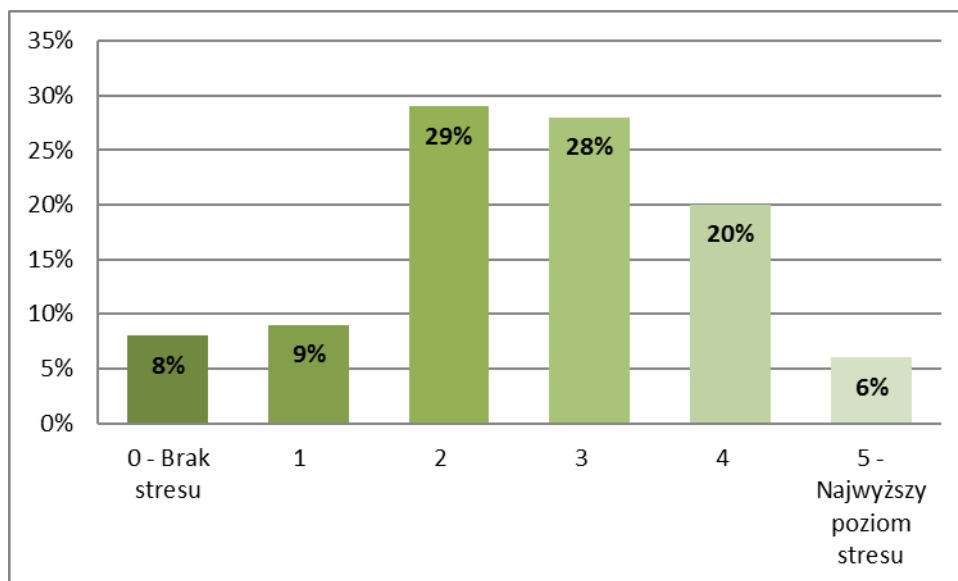
Rycina 10. Źródła stresu w miejscu pracy według ankietowanych

Wśród pytań wielokrotnego wyboru jedno dotyczyło objawów stresu. Suma odpowiedzi nie wynosi 100% ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru. Ankietowani przyznali, że często stawali się rozdrażnieni i nerwowi (n=38; 38%), również niejednokrotnie odczuwali ból głowy (n=35; 35%). Graficzną prezentację opisaną analizy zaprezentowano na Rycinie 11.



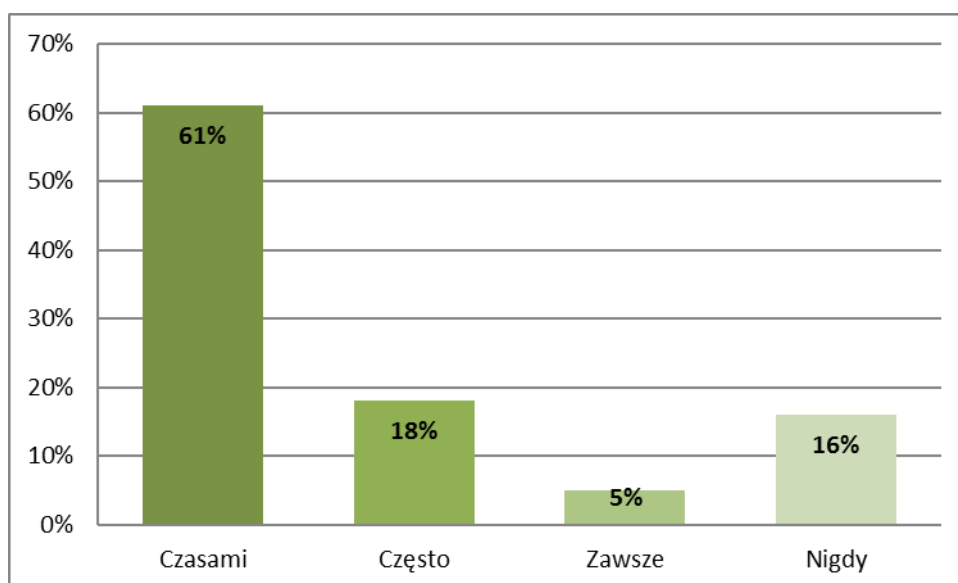
Rycina 11. Występowanie objawów stresu według ankietowanych

Suma odpowiedzi nie wynosi 100% ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru. Zaobserwowano, że ogólny poziom stresu na stanowisku pracy w pięciostopniowej skali wahał się od 2 (n=29; 29%) do 3 (n=28; 28%) punktów. O braku sytuacji w miejscu pracy powodujących stres przyznało jedynie 8 osób (8%). Wyliczono średni poziom stresu w pracy, wynosił on 2,61. Dane przedstawiono na rycinie 12.



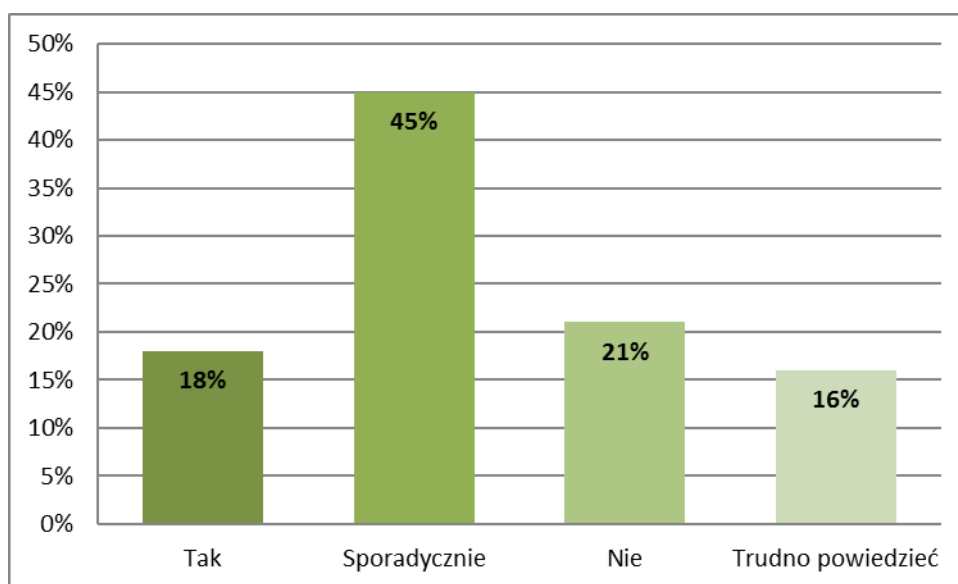
Rycina 12. Poziom stresu na stanowisku pracy według ankietowanych

Wykazano również, że przed rozpoczęciem pracy stresu nigdy nie odczuwało 16 respondentów, stanowiło to 16%. O ciągłym poczuciu stresu wspomniało 5 osób (5%).



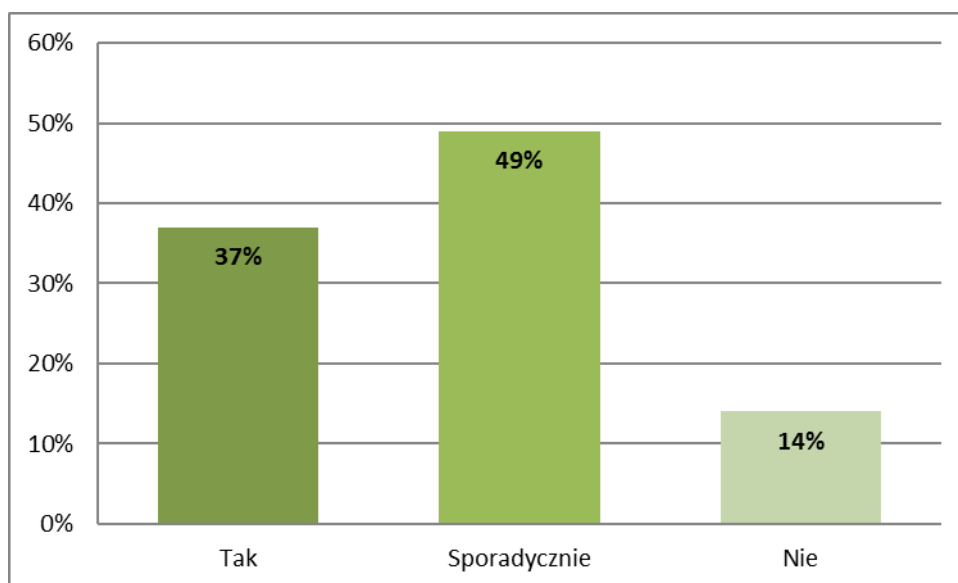
Rycina 13. Stres przed rozpoczęciem pracy według ankietowanych

Wykazano, że doświadczenie stresu w pracy sporadycznie wpływało na życie prywatne opiniodawców (n=45; 45%). Brak zdania wyraziło 16 przepeytywanych (16%). Informacje opisano na rycina14.



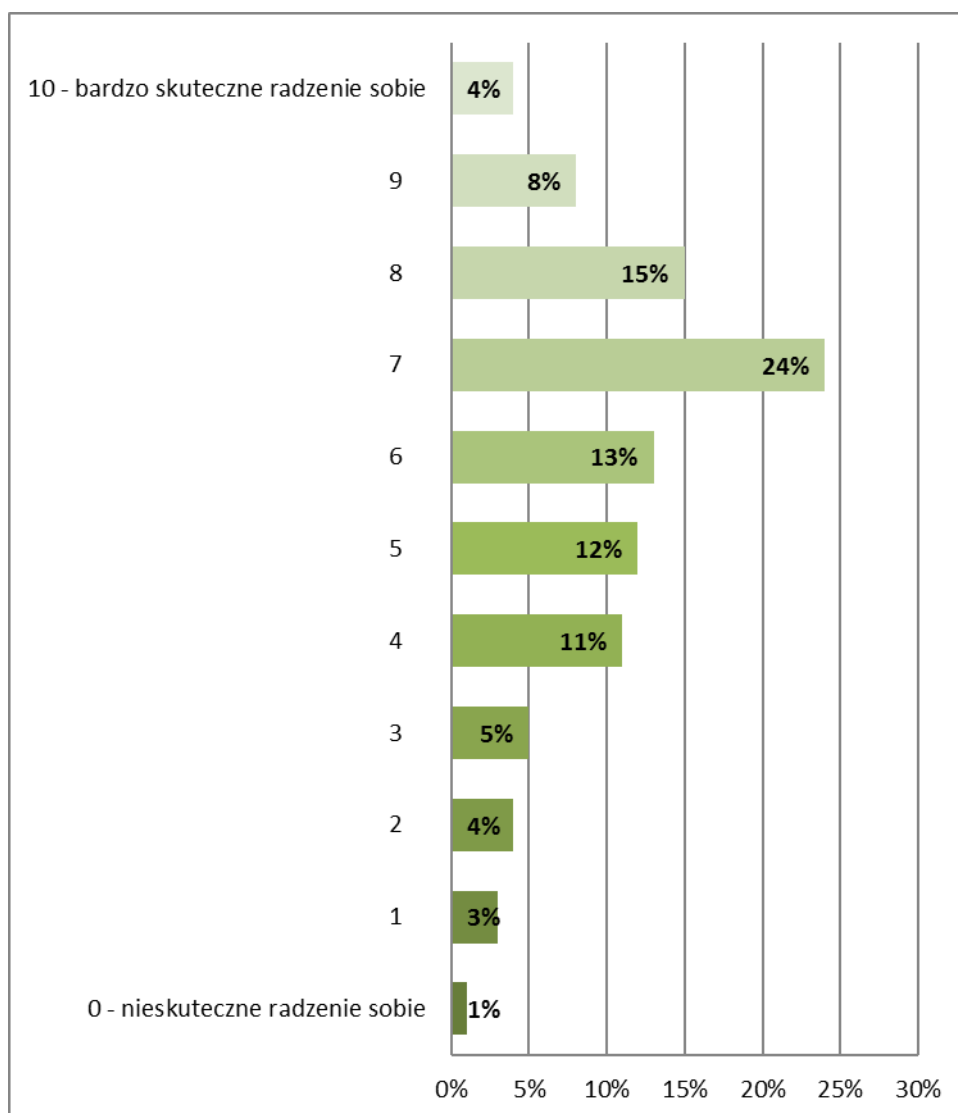
Rycina 14. Stres w pracy, a życie osobiste ankietowanych

Wśród ankietowanych zdarzały się osoby, które po powrocie do domu nie myślały o sytuacjach, które wydarzyły się w miejscu pracy ($n=14$; 14%). Pozostali potwierdzili, że zdarza im się analizować sytuacje z pracy – rycina 15.



Rycina 15. Występowanie myśli o miejscu pracy poza nią według ankietowanych

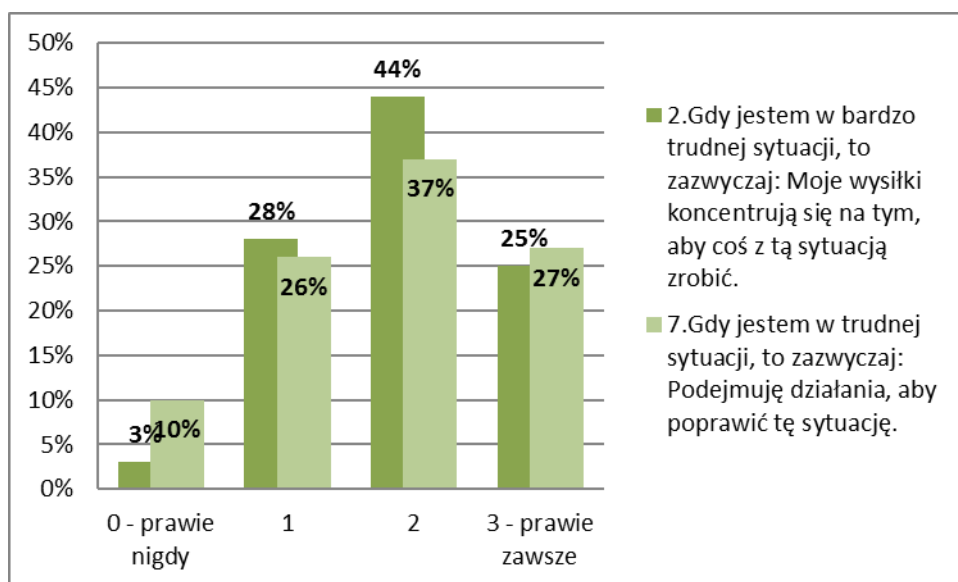
Respondentów poproszono o ocenę umiejętności dotyczących radzenia sobie ze stresem. 0 oznaczało nieskuteczne radzenie sobie ze stresem, natomiast 10 – bardzo skuteczne. Analizując zebrane wyniki przeważały oceny na poziomie 7 (n=24; 24%) i 8 (n=15; 15%). Zaledwie jedna osoba przyznała, że nie radzi sobie ze stresem. Szczegóły zaprezentowano na rycinie 16.



Rycina 16. Skuteczność radzenia sobie ze stresem według ankietowanych

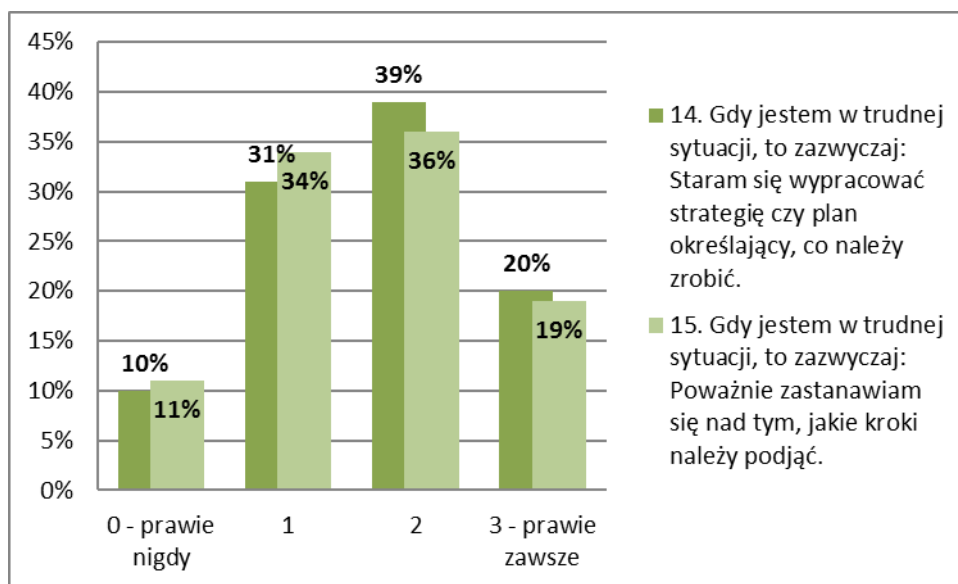
W badaniu dodatkowo posłużono się Inwentarzem do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini – COPE. Kwestionariusz zbudowany jest z 28 twierdzeń, które wchodzi w skład 14 skal (twierdzenia nie są chronologicznie dopasowane do skal – numer twierdzenia znajduje się w legendzie załączonej na wykresie). Ankietowani oceniali każde stwierdzenie względem swojej osoby od 0 (prawie nigdy tak nie postępuję) do 3 (prawie zawsze tak postępuję). „0” należy rozumieć jako brak występowania danego zachowania.

Skala 1 pt: „Aktywne Radzenie Sobie” dotyczyła podejmowania działań, które zmierzają do poprawienia sytuacji. W przypadku obu stwierdzeń najwięcej osób wybrało poziom drugi (stwierdzenie 2: n=44; 44%; stwierdzenie 7: n=37; 37%). Dokładne dane zaprezentowano na rycinie 17.



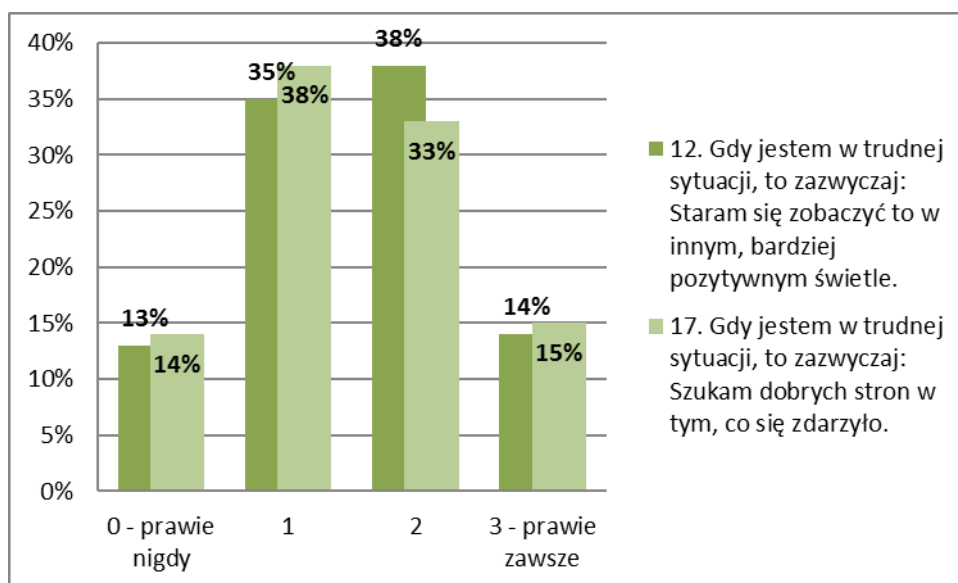
Rycina 17. Mini – COPE: Skala 1 „Aktywne Radzenie Sobie”

Skala 2 pt: „Planowanie” odnosiła się do rozważania na temat radzenia sobie ze stresem. W sytuacjach przedstawionych w twierdzeniu 14 i 15, 20% badanych wybrało ocenę na poziomie 3 – rycina 18.



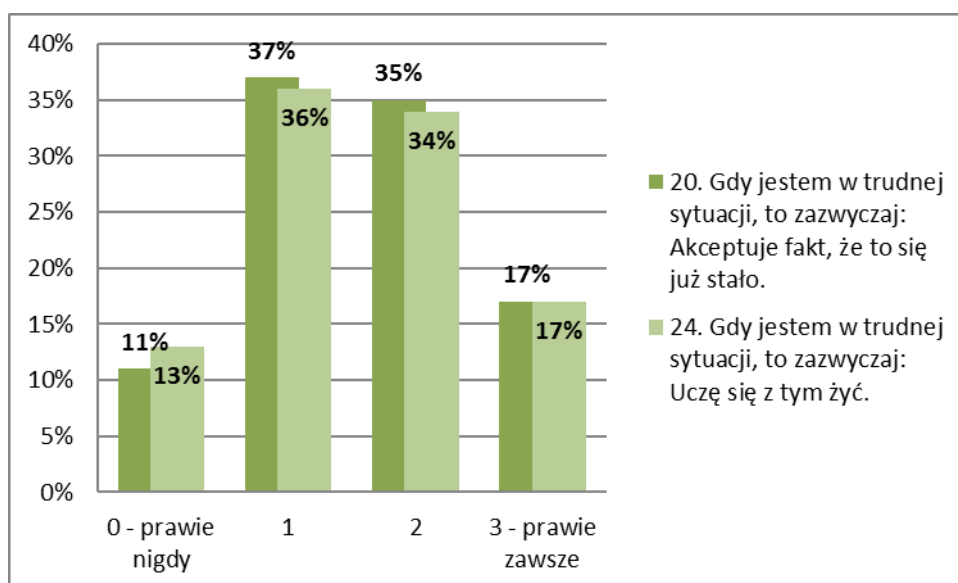
Rycina 18. Mini – COPE: Skala 2 „Planowanie”

Skala 3 odnosiła się do postrzegania sytuacji w bardziej pozytywnym świetle. Twierdzenie 12 najczęściej uczestników oceniło na poziomie 2 ($n=38$; 38%), a twierdzenie 17 poziomem 1 ($n=38$; 38%) – rycina 19.



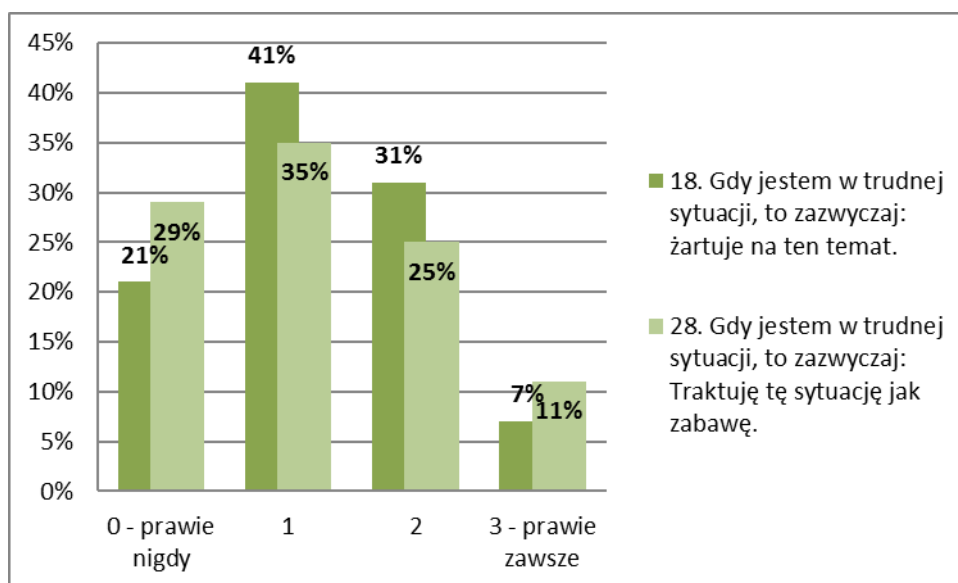
Rycina 19. Mini – COPE: Skala 3” Pozytywne Przewartościowanie”

Skala 4 mówiła o akceptacji zaistniałej sytuacji oraz nauce jak z tym żyć. Respondenci jedynie w 17% wyrazili całkowitą akceptację – dotyczyło to twierdzeń 20 i 24 (jednakowo $n=17$). Dokładne dane zawarto na rycina 20.



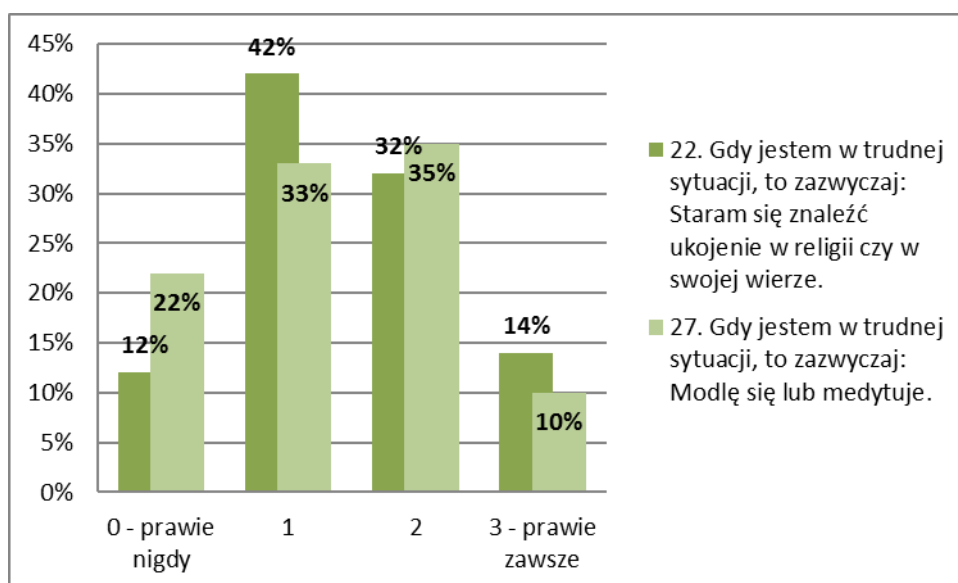
Rycina 20. Mini – COPE: Skala 4 „Akceptacja”

Skala 5 pt: „Poczucie Humoru” odnosiła się do żartowania i traktowania sytuacji jako zabawy. Ponad 20% badanych w sytuacjach trudnych zachowuje powagę (twierdzenie 18: n=21; 21%; twierdzenie 29: n=29; 29%) – rycina 21.



Rycina 21. Mini – COPE: Skala 5 „Poczucie Humoru”

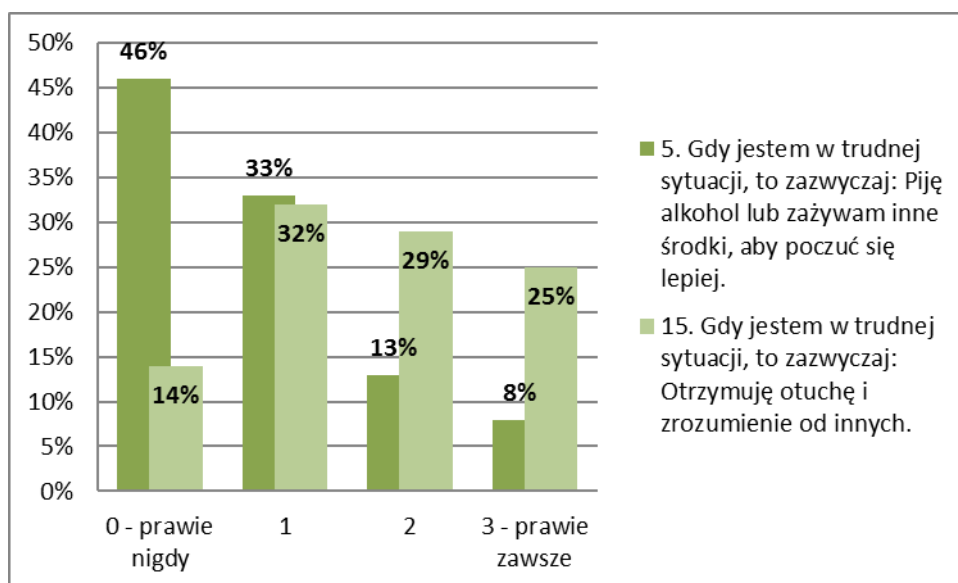
Skala 6 dotyczyła modlitwy i medytacji celem znalezienia ukojenia podczas trudnych i problematycznych sytuacji. Ankietowani oddali najwięcej głosów na oceny na poziomie 1 i 2. Szczegóły zobrazowano na rycina 22.



Rycina 22. Mini – COPE: Skala 6 „Zwrot ku Religii”

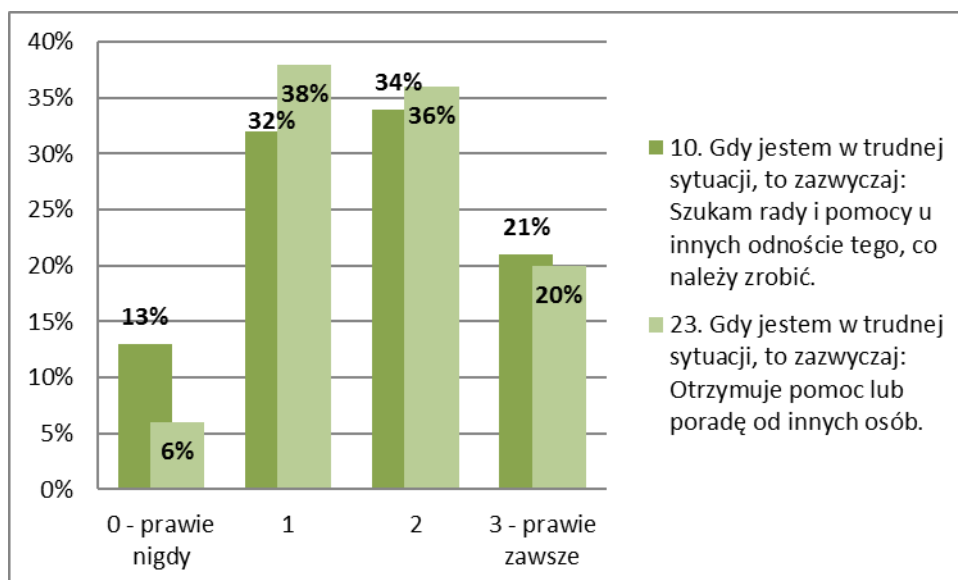
W skali 7 zapytano czy osoby będące w trudnej sytuacji szukają otuchy, wsparcia i zrozumienia od innych. W przypadku twierdzenia 5 mówiącego o środkach uzależniających

prawie ½ grupy badanej zaznaczyła, że nie sięga po tego typu używki (n=46; 46%). Odnosząc się do twierdzenia 15 ¼ respondentów zawsze otrzymuje wsparcie od innych – rycina 23.



Rycina 23. Mini – COPE: Skala 7 „Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego”

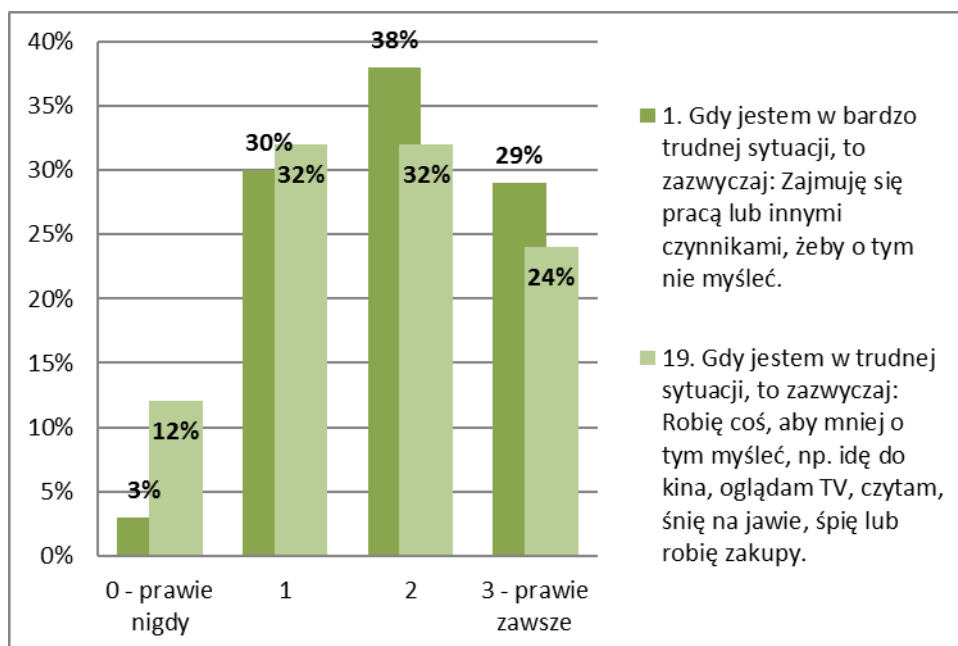
O szukaniu oraz otrzymywaniu porady i pomocy od innych mówi skala 8. Ponad 20% uczestników badania wspomniało, że prawie zawsze otrzymuje pomoc od innych ludzi. Szczegółowe dane przedstawiono w formie graficznej na wykresie 24.



Rycina 24. Mini – COPE: Skala 8 „Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego”

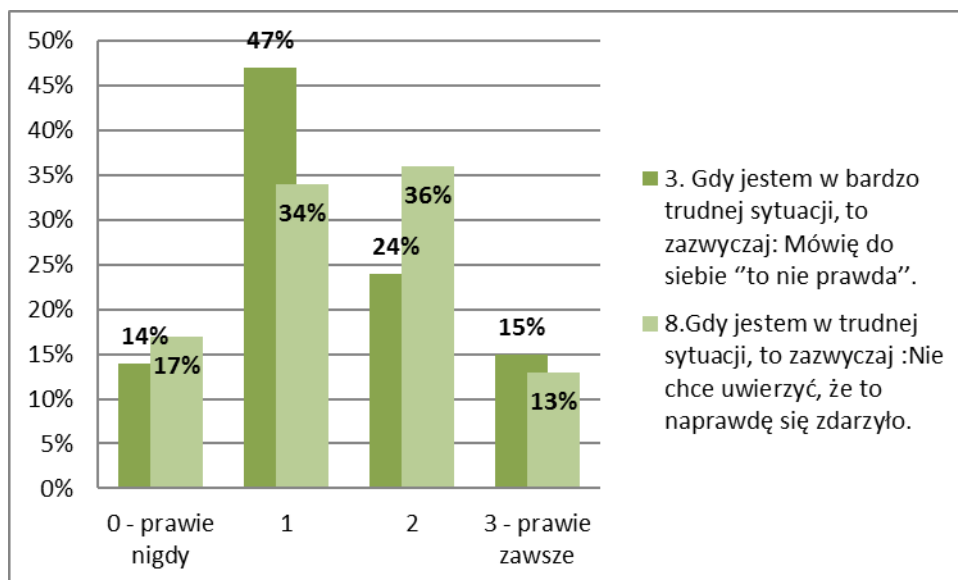
W skali 9 chodzi o to by w trudnych sytuacjach zajmować się innymi czynnościami, żeby nie myśleć o zdarzeniu. Ponad 25% respondentów przyznało, że w ciężkich okolicznościach

zajmują się obowiązkami życia codziennego lub pracą. Szczegółowa analiza zawarta została na wykresie 25.



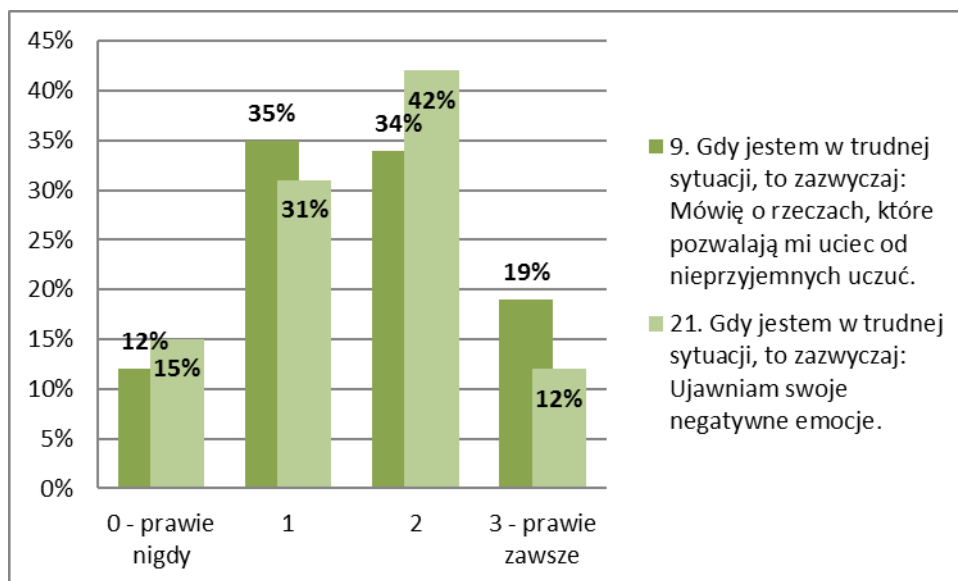
Rycina 25. Mini – COPE: Skala 9 „Zajmowanie się Czymś Innym”

Skala 10 pt: „Zaprzeczenie” zawiera twierdzenia dotyczące odrzucania faktu zaistniałej sytuacji. Prawie ½ grupy badanej w przypadku trudnej sytuacji mówi do siebie „to nie prawda” (n=47; 47%). Wyniki zilustrowano na rycinie 26.



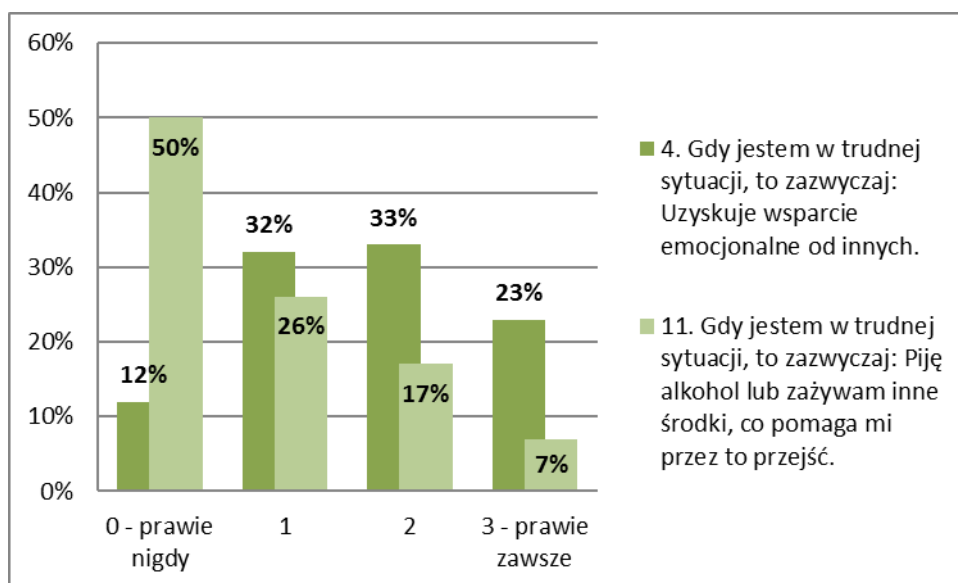
Rycina 26. Mini – COPE: Skala 10 „Zaprzeczenie”

Skala 11 odnosi się do ujawniania negatywnych emocji. Swoje negatywne emocje prawie zawsze ujawnia 12% ankietowanych. Szczegóły zaprezentowano na rycinie 27.



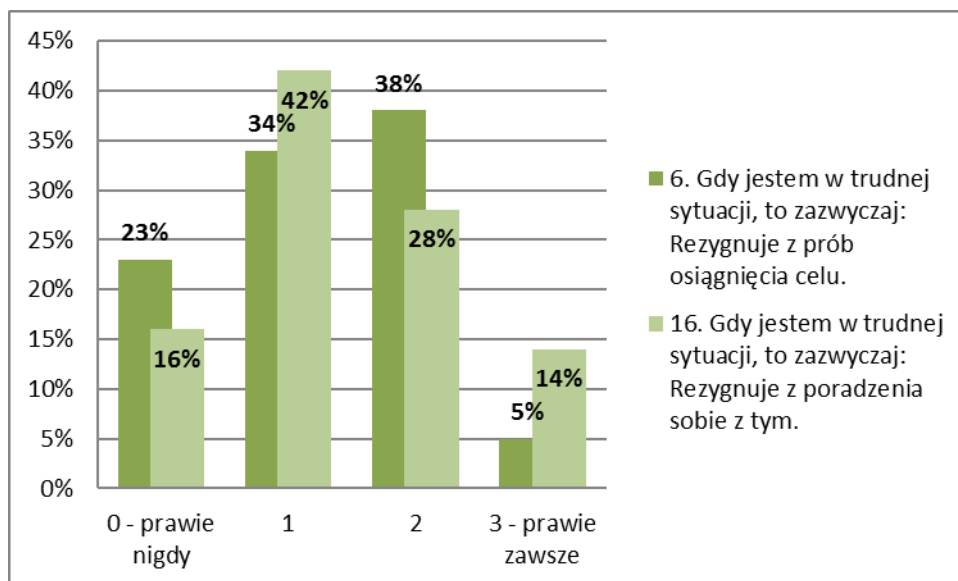
Rycina 27. Mini – COPE: Skala 11 „Wyładowanie”

Skala 12 dotyczy sytuacji, gdzie w celu załagodzenia przykrych emocji stosuje się substancje psychoaktywne. Anketowani zdecydowanie częściej wolą uzyskać wsparcie emocjonalne od innych niż sięgnąć po używki – rycina 28.



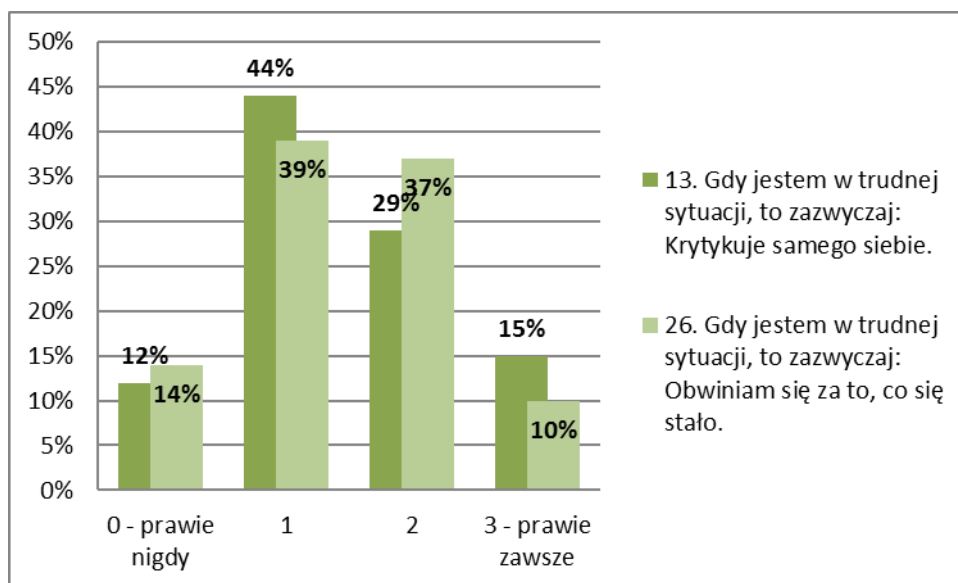
Rycina 28. Mini – COPE: Skala 12 „Zażywanie Substancji Psychoaktywnych”

O rezygnacji z podejmowania wysiłków osiągnięcia celu mówiła skala 13 Szczegółowe wyniki zilustrowano na rycinie 29.



Skala 29. Mini – COPE: „Zaprzestanie Działań”

Skala 14 pt: „Obwinianie Siebie” odnosiła się do samokrytyki i obwiniania swojej osoby za to, co się stało. Ponad 10% grupy notorycznie zrzuca winę na swoją osobę. Rycina 30 zawiera dokładne dane.



Rycina 30. Mini – COPE: Skala 14 „Obwinianie Siebie”

W tabeli 1 umieszczono uśrednione wyniki, medianę i odchylenie standardowe odpowiedzi ankietowanych dotyczące wszystkich skal. Średnia arytmetyczna wszystkich odpowiedzi wynosiła 1,49. Spośród wszystkich skal najniżej oceniana była skala 5 „Poczucie

Humoru” (średnia=1,20). Wywnioskowano, że w grupie badanej w trudnych sytuacjach ankietowani zachowują powagę. Szczegółowe dane ukazano w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie wyniki Mini – COPE

SKALA	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Aktywne Radzenie Sobie	1,86	2,00	0,88
Planowanie	1,65	2,00	0,90
Pozytywne Przewartościowanie	1,51	1,50	0,91
Akceptacja	1,56	2,00	0,92
Poczucie Humoru	1,20	1,00	0,92
Zwrot ku Religii	1,33	1,00	0,91
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	1,22	1,50	0,97
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	1,68	2,00	0,90
Zajmowanie się Czymś Innym	1,79	2,00	0,92
Zaprzeczanie	1,43	1,00	0,92
Wyladowanie	1,56	2,00	0,91
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	1,24	1,25	0,96
Zaprzestanie Działań	1,33	1,00	0,90
Obwinianie Siebie	1,45	1,00	0,87
RAZEM	1,49	1,52	0,91

Udowodniono, że im wyższy staż pracy tym średni wyniki z Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini – COPE ma tendencję spadkową. Wywnioskować można, że wraz ze wzrostem stażu pracy, wzrasta umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Dokładne dane – tabela 2

Tabela 2. Średni wynik Mini – COPE, a staż pracy

Staż pracy	Średni wynik Mini - COPE
1-10 lat	1,52
11-20 lat	1,49
Powyżej 20 lat	1,43

Wykazano, że osoby, które odczuwają stres w pracy myślą o pracy również przebywając poza nią. Nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,21$) – tabela 3.

Tabela 3. Poczucie stresu w pracy, a myśli związane z pracą poza nią

	Poczucie stresu w pracy		Brak poczucia stresu w pracy	
	N		N	
Myśli o pracy przebywając poza nią	N	<u>73</u>		13
Brak myśli o pracy przebywając poza nią	N	10		4
Chi-kwadrat			1.55	
p			0.21	

Osoby zamężne częściej pracują więcej niż w jednym miejscu pracy. Analizie statystycznej poddano zależność między stanem cywilnym respondentów, a liczbą miejsc pracy. Zależność nie jest istotna statystycznie ($p=0,19$).

Tabela 4. Stan cywilny, a ilość miejsc pracy

		Praca w jednym miejscu	Praca w dwóch miejscach	Praca w więcej niż dwóch miejscach
Stan cywilny		N	N	N
	Wolna	N 22	17	16
	Zamężna	N 14	<u>10</u>	<u>21</u>
Chi-kwadrat		3.30		
p		0.19		

Niezależnie od stażu pracy ankietowani odczuwają stres przed rozpoczęciem pracy. Zbadano, czy występuje zależność statystyczna między stażem pracy, a stresem przed rozpoczęciem pracy nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,58$) – tabela 6.

Tabela 6. Staż pracy, a poczucie stresu przed rozpoczęciem pracy

Staż pracy	Poczucie stresu przed rozpoczęciem pracy		Brak poczucia stresu przed rozpoczęciem pracy	
		N		N
1-10 lat	N	37		9
11-20 lat	N	32		4
powyżej 20 lat	N	15		3
Chi-kwadrat		1.08		
p		0.58		

Niezależnie od miejsca pracy znaczna część osób ankietowanych odczuwa stres w pracy. Zależność między stresem w pracy, a miejscem pracy nie jest istotna statystycznie ($p=0,59$) – tabela 7.

Tabela 7. Poczucie stresu w pracy, a miejsce pracy

Miejsce pracy	Poczucie stresu w pracy		Brak poczucia stresu w pracy	
	N		N	
Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii	N	21	3	
Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób wewnętrznych z Ośrodkiem Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego	N	20	6	
Kardiologii i Chorób wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Pracownią Hemodynamiki/ Oddział intensywnego Nadzoru Kardiologicznego	N	42	8	
Chi-kwadrat			1,06	
p			0.59	

DYSKUSJA

Stres związany z pracą wiąże się z negatywnymi skutkami dla zdrowia fizycznego i psychicznego co niewątpliwie ma wpływ na wypalenie zawodowe. Stres generuje też poczucie satysfakcji z pracy [6].

Masalach i Jakson zdefiniowały wypalenie zawodowe jako: psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób. Komponenty, o których mowa dotyczą: wyczerpania emocjonalnego pracownika, którego zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone, depersonalizacji, czyli negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy są odbiorcami usług

danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony oraz spadek poczucia kompetencji i sukcesów związanych z wykonywaną pracą [7].

Podobnie stres związany z pracą wynikający ze stresorów, takich jak większe obciążenie pracą, a także problemy z personelem, w tym brak zasobów, są powiązane ze słabą satysfakcją z pracy. Spector przypisuje to rozbieżności między oczekiwaniami zawodowymi a rzeczywistym środowiskiem pracy, co przyczynia się do wyższego poziomu stresu związanego z pracą i niższego poziomu satysfakcji z pracy. Badania potwierdzają wyższy poziom satysfakcji z pracy w mniej stresujących środowiskach pracy [6].

Biorąc pod uwagę poziom stresu u ankietowanych zaobserwowano, że ogólny poziom stresu na stanowisku pracy w pięciostopniowej skali wahał się od 2 (n=29; 29%) do 3 (n=28; 28%) punktów. Średni poziom stresu w pracy, wynosił – 2,61.

W powyższym badaniu nie wykazano zależności statystycznej między wiekiem i stażem pracy, a stresem przed rozpoczęciem pracy. Z kolei w badaniach przeprowadzonych u Kędry i Sanka wykazano, że zarówno wiek pielęgniarek, ale też staż pracy mają wpływ na poczucie stresu prowadzącego do wypalenia zawodowego [7].

Udowodniono, że im wyższy staż pracy tym średni wynik z Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini – COPE ma tendencję spadkową. Wynioskować można, że wraz ze wzrostem stażu pracy, wzrasta umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Mimo, że trudno się nie zgodzić z faktem, że współczesne pielęgniarstwo nabiera coraz większego znaczenia w systemie opieki zdrowotnej badania autorskie wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia w dalszym ciągu odczuwają stres związany z pracą, który ma przełożenie na ich życie prywatne. Ankietowani przyznają, że zdarza im się myśleć w domu o pracy co odbija się na ich nastroju i zaburza odpoczynek.

Style radzenia sobie to charakterystyczne, typowe dla danej jednostki sposoby radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach. W myśl teorii Endlera i Parkera wyróżnia się: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu [8].

Zażywanie substancji psychoaktywnych, jest wyrazem bezzadności i zaliczamy je do strategii ucieczkowo – unikowych. Respondenci pytani o metody załagodzenia przykrych emocji wskazali na chęć uzyskania wsparcia emocjonalnego od innych. Użytki nie stanowiły ich pierwszego wyboru, co sugeruje, że badana grupa stawia na otwartość na rozmowę i kontakty ze współpracownikami odrzucając sposoby chwilowo zaradcze [8].

Studia pielęgniarskie w swoim programie, powinny zawierać zajęcia, które pomogą przyszłym pielęgniarkom, pracownikom ochrony zdrowia zaznajomić się z technikami

radzenia sobie ze stresem i w sytuacjach trudnych psychicznie, ponieważ zawód pielęgniarki bez względu na miejsce pracy zawsze dotyczy kontaktu z drugim człowiekiem i jego chorobą bądź reprezentowaną dysfunkcją, która w rezultacie stanowi dla niego barierę i sprawia, że przyjmuje on postawę roszczeniową a niekiedy agresywną. W takich sytuacjach pielęgniarka musi wykazać się spokojem i opanowaniem, jednak często powtarzające się, nieprzepracowane sytuacje stresowe są kroplą, która draży skalę prowadzącą do wypalenia zawodowego.

WNIOSKI

1. Wraz ze wzrostem stażu pracy, wzrasta umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach.
2. Stres wpływa negatywnie na każdy sektor życia pielęgniarki / pielęgniarza. Im dłuższy staż pracy i większy poziom wiedzy tym wpływ stresu na poziom pracy jest mniejszy.
3. Konflikty ze współpracownikami oraz ogromna odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów są głównym źródłem stresu w miejscu pracy.
4. 64% uczestników badania przekazało, że ich miejsce pracy nie ogranicza się do jednej lokalizacji.
5. Większość personelu pielęgniarstwa (71%) lubi swoją pracę.
6. Niezależnie od miejsca pracy znaczna część ankietowanych odczuwa stres.

PIŚMIENNICTWO

1. Kwak M., Zaczyk I., Wilczek – Rużyczka E.: Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(2): 120–125.
2. Kaczmarek A., Curyło – Sikora P.: Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health* 2016; 51(4): 317 – 321.
3. Ostrowska M., Michcik A.: Stres w pracy– objawy, konsekwencje, przeciwdziałanie. *Bezpieczeństwo w pracy: nauka i praktyka* 2014; 5: 12 – 15.
4. Salari N., Khazaie H., Hosseini A., et al.: The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID – 19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health* 2020; 18(100): 1-14.

5. Stępień M., Szmigiel M.: Stres personelu pielęgniarskiego związany z pracą na oddziałach pediatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 1 (63): 62 – 68.
6. Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K.: Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2015; 12(1): 652 – 666.
7. Kędra E., Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek, *Pielęgniarstwo polskie* 2015; 57(3):293 – 306.
8. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Mieczkowska E., Dombrowska – Pali A., Kłosowska M.: Stres związany z pracą pielęgniarek i położnych oraz style radzenia sobie ze stresem, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 61(4): 295 – 311.

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z GRUŻLICĄ

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Zenaida Owerczuk², Monika Choraży³

1/ - Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

3/ - Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Gruźlica jest jedną z najstarszych chorób zakaźnych na świecie. Wywoływana jest przez prątki należące do grupy *Mycobacterium tuberculosis complex*. Jej najczęstszą postacią jest gruźlica płuc, lecz zmiany gruźlicze mogą występować w każdym narządzie ciała. Jest to główna przyczyna zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi. Najwięcej zachorowań na gruźlicę zapada w krajach ubogich o dużej gęstości zaludnienia. Główną przyczyną rozprzestrzeniania się choroby jest migracja ludności tych krajów do krajów bogatych [1].

Według szacunków Światowej organizacji zdrowia, na gruźlicę każdego roku zapada około 9 milionów ludzi. Większość chorych stanowią mężczyźni – około 65%. Przeszkodą w walce z gruźlicą jest jej wielolekooporność, ze względu na prątki odporne jednocześnie na izoniazyd i ryfampicynę, czyli dwa główne leki przeciwprątkowe.

Najczęściej źródłem zakażenia jest człowiek chory na gruźlicę płuc, tzw. prątkujący. Zarazić się można jedynie od osoby z czynnym procesem chorobowym. Najczęściej zakażenie zachodzi poprzez drogę kropelkową, natomiast rzadziej drogą pyłową, pokarmową i przezskórną. Sam przebieg choroby może być bardzo różny, w zależności od układu immunologicznego człowieka. Często przebiega bezobjawowo, lecz towarzyszy temu utrata masy ciała i ogólne złe samopoczucie. Częstym objawem choroby jest długotrwały kaszel [2].

Podstawowym badaniem na rozpoznanie jest czynnej gruźlicy jest badanie bakteriologiczne, gdzie najczęściej pobieranym materiałem jest plwocina.

Wcześnie wykryta choroba i prawidłowo leczona jest w pełni i trwale uleczalna. Wystarczą 2-3 tygodnie podawania leków przeciwprątkowych, aby osoba zarażona przestała wydalać groźna dla otoczenia prątki. Podstawą leczenia jest jak najwcześniejsze wykrycie choroby i podjęcie działań profilaktycznych.

Podstawową metodą zapobiegania gruźlicy są szczepienia BCG oraz przestrzeganie zasad higieny. Szczepieniu poddawane są już noworodki w celu zapobiegania rozwojowi gruźlicy oraz ciężkiemu przebiegu choroby. Dbanie o higienę fizyczną oraz psychiczną ma wpływ na mniejsze ryzyko zakażenia i zachorowania na gruźlicę. Szczególnie istotne jest dbanie o higienę osobistą, czystość mieszkania i ubrania oraz czystość podczas przygotowywania posiłków i ich spożywania [3].

Definicja i rys historyczny gruźlicy płuc

Gruźlica (łac. Tuberculosis płuc to przewlekła choroba zakaźna, wywoływana przez prątki kwasoodporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex*, Są to *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum* i *Mycobacterium bovis* [4]. Nazwa choroby wywodzi się od charakterystycznych zmian odczynowych na prątki, tak zwanych gruzełków, które są skupiskiem różnokształtnych komórek nabłonkowatych, olbrzymich i limfocytów [5]. Gruźlica jest chorobą przenoszona drogą kropelkową. Rozwija się przez niewielkie wilgotne cząsteczki tj. kropelki unoszące się w powietrzu, wykrztuszane przez chorego. Zdrowa osoba wdychając powietrze zawierające te kropelki może ulec zarażeniu. Infekcja zaczyna się poprzez namnożenie prątków gruźlicy w makrofagach pęcherzyków płucnych. Stamtąd ich część przenoszona jest drogą krwi do innych narządów. Zwykle układ immunologiczny nie dopuszcza do rozwoju choroby[6]. Gruźlica płuc dotyczy tkanki płucnej, krtani, tchawicy oraz oskrzeli. Jednoczesne wykrycie u chorego gruźlicy płuc oraz gruźlicy pozapłucnej , kwalifikuje się do przypadku gruźlicy płuc [1,7].

Odkrycie metod diagnostycznych i szczepionki

Robert Koch zidentyfikował prątek gruźlicy *Mycobacterium tuberculis* jako przyczynę choroby w 1882 r. W 1895 roku Roentgen odkrył promienie X i skonstruował aparat, który umożliwiał wykrywanie zmian chorobowych w płucach. Przez następne 50 lat jedyną znaną terapią gruźlicy było leczenie klimatyczne i zapadowe, czyli odmy. Twierdzono, że zmiana klimatu i dobre odżywianie sprzyjają zwalczaniu choroby. Leczenie zapadowe

polegało na podawaniu do opłucnej powietrza, co skutkowało tym, że płuco stawało się bezpowietrzne, następnie zapadało się, a prątki ginęły z powodu braku tlenu. W praktyce rzadko udawało się ograniczyć rozwój choroby. Długotrwałe odmy powodowały nieodwracalne uszkodzenia płuca i prowadziły do znacznego inwalidztwa oddechowego [3,8].

Historia nowoczesnego leczenia gruźlicy ma początek wraz z odkryciem streptomycyny (SM) w 1943 roku. Pierwsze trzymiesięczne kuracje powodowały znaczną poprawę kliniczną, radiologiczną i bakteriologiczną. Dobry efekt leczenia był jednak krótkotrwały, ponieważ większość prątków stawała się odporna na SM, a choroba dalej rozwijała się pomimo ponownego stosowania leku. Wynalezienie kwasu para-aminosalicylowego (PAS), izoniazydu (INH), etambutolu (EMB), etionamidu (ETA) i pyrazynamidu (PZA) pozwalało na zastosowanie terapii złożonej z dwóch, a następnie trzech leków przeciwprątkowych. Leczenie było skuteczne u około 70-95 % pacjentów, natomiast trwało od 12 do 18, a nawet 24 miesiące. Kolejnym przełomem w leczeniu gruźlicy było odkrycie rifampicyny (RMP) w 1965 roku, dzięki której leczenie zostało skrócone do 9 miesięcy, a dodanie w początkowym okresie leczenia pyrazynamidu, pozwoliło na dalsze skrócenie leczenia do 6 miesięcy [9].

Wpływ na skuteczność leczenia było odkrycie patomechanizmu rozwoju gruźlicy i specyficznych cech prątków, różniących je od innych bakterii. Obecnie wiadomo, że nie wszystkie osoby zarażone prątkiem gruźlicy chorują i wymagają leczenia [10].

Epidemiologia i etiologia gruźlicy

Zakażenie prątkiem gruźlicy to jedno z najbardziej powszechnych zakażeń na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2018 roku na gruźlicę zachorowało 10 milionów ludzi, w tym milion dzieci do 14 roku życia. Mężczyźni stanowili 65% chorych. Państwami z największą liczbą chorych na gruźlicę w 2018 roku były Indie, Indonezja, Chiny, Filipiny i Pakistan. Są to kraje o dużym zaludnieniu oraz o złych warunkach mieszkaniowych i sanitarnych. Natomiast w większości najbogatszych krajów świata liczba zachorowań na gruźlicę jest niższa niż 10 przypadków na 100000 mieszkańców [11].

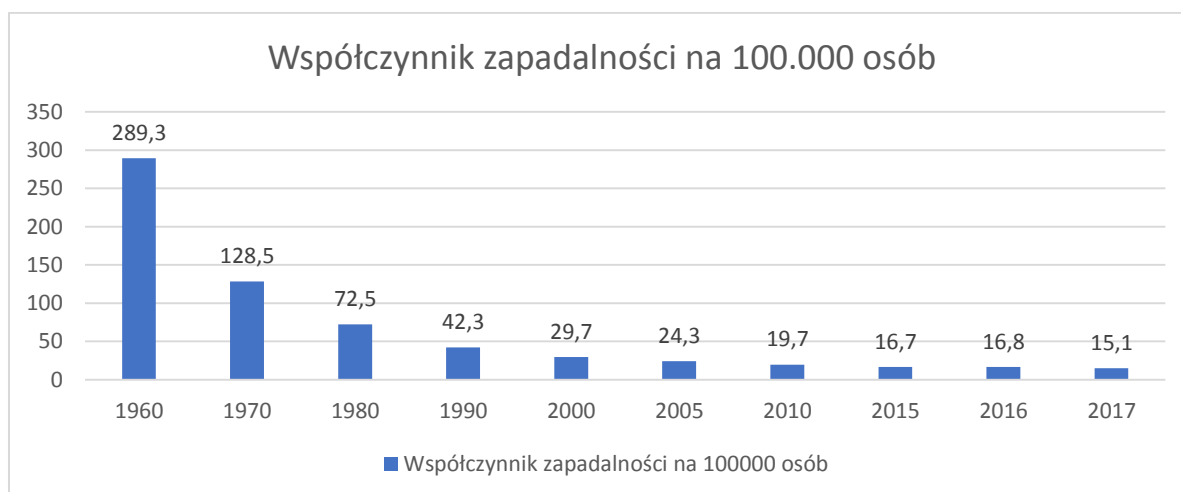
Gruźlica to jedno z częstszych przyczyn zgonów na świecie. W 2016 roku z powodu gruźlicy zmarło 1,3 miliona osób niezakażonych wirusem HIV i 374000 zakażonych tym wirusem.

Główną przyczyną rozprzestrzeniania się gruźlicy jest migracja ludności z krajów ubogich o dużym współczynniku zakażeń do krajów bogatych, gdzie problem zagrzuźliczenia jest niewielki.

Według szacunków prątkiem gruźlicy zakażonych jest 1,3 miliarda osób na świecie. Polska jest krajem, gdzie liczba chorych na gruźlicę jest stosunkowo duża. Około 16000 osób rocznie choruje na gruźlicę [12].

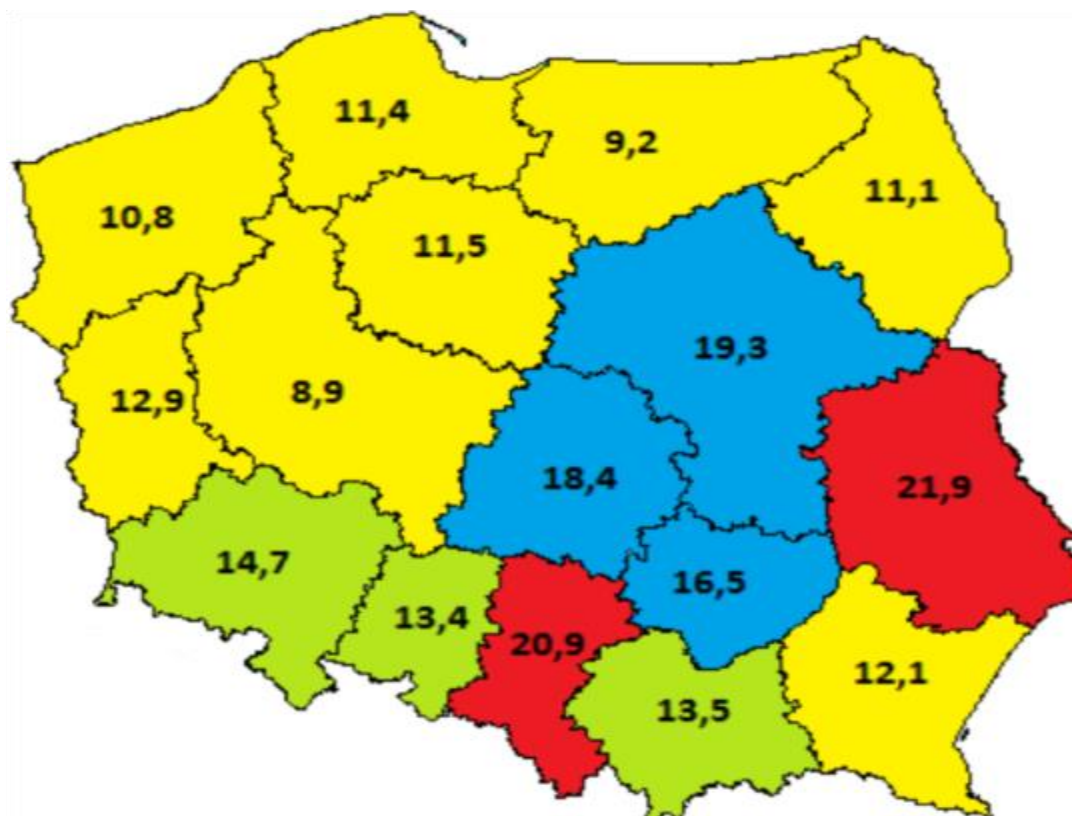
Najbardziej miarodajnym wskaźnikiem zachorowalności na gruźlicę jest wskaźnik liczony na 100000 mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik jest około 6-krotnie wyższy niż w Szwecji i Danii, 3-krotnie wyższy niż w Norwegii i Holandii oraz 2-krotnie wyższy niż w Niemczech i Czechach. Natomiast w Rosji i krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w Rumunii i krajach byłej Jugosławii zachorowalność na gruźlicę jest około 3-krotnie większa niż w Polsce.

W 2017 roku współczynnik zachorowań na gruźlicę wynosił 15,1 na 100000 mieszkańców i był niższy o 10,1 % niż roku ubiegłym. W okresie pomiędzy 1960 a 2017 rokiem nastąpił 19-ktorny spadek zachorowalności na gruźlicę. Szczegółowy wykaz zachorowań na 100.000 osób w poszczególnych latach przedstawia Wykres 1 [13].



Wykres 1. Współczynnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 1960-2017 [13].

W 2017 roku liczba zachorowań na gruźlicę wśród mężczyzn (22,2) była ponad dwukrotnie wyższa niż u kobiet (8,4). Wyższa zapadalność na gruźlicę była wśród mieszkańców miast (15,6) niż wsi (14,2). Zapadalność na gruźlicę w Polsce według województw na 100.000 mieszkańców pokazano na Rysunku 1 [14].



Polska 15.1



Rycina 1. Zapadalność na gruźlicę w 2017 roku w Polsce na 100.000 mieszkańców z podziałem na województwa [14].

W Polsce występują różnice w ilościach zapadalności na gruźlicę pomiędzy regionami kraju. Najwyższy współczynnik zachorowań wystąpił województwie lubelskim (21,9), natomiast najniższy w województwie wielkopolskim (8,9). Średnia zachorowalność na gruźlicę na 100.000 mieszkańców wynosiła 15.1.

W Polsce postać płucna stanowi 80-90% wszystkich zachorowań na gruźlicę. Najczęstsze postacie gruźlicy pozapłucnej to: gruźlica opłucna (26%), węzły chłonne (21%), układ moczowo-płciowy (18%), kości (9%) oraz jama brzuszna (4%). Gruźlicę rozsianą da się rozpoznać w 11% przypadków. Rzadziej spotykaną groźną odmianą postacią gruźlicy pozapłucnej jest gruźlicze zapalenie opon mózgowych i mózgu (5%) [15].

Współczynnik umieralności na gruźlicę w Polsce wynosi 1,4 na 100.000 ludności. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły w 2018 roku 0,14 % wszystkich zgonów i 28,1 zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych [16].

Objawy gruźlicy płuc

Najczęstszym źródłem zakażenia jest człowiek chory na gruźlicę płuc, tzw. prątkujący. Zdecydowanie rzadziej są to zwierzęta domowe, np. krowy, świnie lub owce. Najczęściej zakażenie zachodzi poprzez drogę kropelkową, natomiast rzadziej drogą pyłową, pokarmową i przeznaskórną [17].

Zarażenie może być możliwe jedynie od osób z czynnym procesem chorobowym, natomiast samo nosicielstwo prątków gruźlicy nie pozwala rozprzestrzenia się choroby. Zakażenie nie zawsze oznacza zachorowanie na gruźlicę. Choroba może przebiegać bardzo różnie w zależności od układu immunologicznego, wieku, zjadliwości prątków lub uwarunkowań genetycznych. Średnie ryzyko zachorowania osoby zarażonej prątkiem wynosi od 6 do 10 % w ciągu życia. Niektóre choroby jak np. cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, alkoholizm, palenie tytoniu mogą zwiększać ryzyko zachorowania. Znacznie większe ryzyko zachorowania mają osoby zarażone wirusem HIV [18].

Zakażenie następuje poprzez wniknięcie małej liczby prątków do płuc. Większe ich skupiska osadzają się zwykle na błonie śluzowej górnych i dolnych dróg oddechowych i zostają wydalone. Tak działa jeden z mechanizmów odporności nieswoistej. Prątki, które dostały się do pęcherzyków płucnych, mogą zostać zniszczone przez makrofagi i usunięte. W przypadku, gdy mechanizm reakcji nieswoistej zawiedzie, prątki mogą wywołać reakcję zapalną, która prowadzi do powstania ogniska pierwotnego. Takie ognisko może się powiększać, prątki namnażać i przedostać się drogą naczyń chłonnych do okolicznych węzłów chłonnych. W taki sposób powstaje gruźliczy zespół pierwotny. Przyjmuje się, że gruźlica pierwotna stanowi 20% wszystkich zachorowań na gruźlicę [9].

Gruźlica często przebiega bezobjawowo. Zdarza się, że zakażeni nie odczuwają żadnych dolegliwości, mimo rozległych zmian radiologicznych. Utrata masy ciała, stany podgorączkowe, osłabienie oraz ogólne złe samopoczucie nie należą do objawów swoistych, natomiast powinny skłonić do poddania się badaniu lekarskiemu. Objawami sugerującymi rozpoznanie jest: kaszel utrzymujący się ponad 3 tygodnie, bóle klatki piersiowej oraz krwioplucie. Chorzy z tymi dolegliwościami powinni być kierowani na badania

rentgenowskie, a w przypadku wykrycia zmian – do poradni gruźlicy i chorób płuc. Przyczyną kaszlu i krwiotłucia może być również rak płuc [5,8].

Rozpoznanie gruźlicy odbywa się poprzez wywiad, badanie radiologiczne klatki piersiowej w projekcji tylko-przedniej i bocznej, badań bakteriologicznych i badania wrażliwości na tuberkulinę.

W przypadku badania radiologicznego, pewien odsetek przypadków gruźlicy w początkowym stadium przebiega bezobjawowo. Wówczas chorobę można wykryć tylko w badaniu radiologicznym. Ten rodzaj badań powinien być podstawą wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc. W grupach społecznych, w których ryzyko zarażenia jest większe, RTG powinno się wykonywać przynajmniej raz w roku. Zmiany radiologiczne podczas choroby są zazwyczaj charakterystyczne, natomiast wymagają potwierdzenia bakteriologicznego lub dodatkowych badań wizualizacyjnych, które wykluczą inne przyczyny [10].

Badanie bakteriologiczne jest podstawowym badaniem decydującym o rozpoznaniu czynnej gruźlicy. Najczęściej badanym materiałem jest plwocina lub materiał pobrany podczas brochoskopii: bronchiaspirat, wymaz lub popłuczyny pęcherzykowo-oskrzelowe. Mocz i inne płyny ustrojowe zawierają małą liczbę prątków.

Oprócz potwierdzenia obecności prątków za pomocą posiewów i innych metod laboratoryjnych, można określać ich typy i wrażliwość na leki. Służy do tego m. in. Metoda chromatografii bibułowej [2,6].

Kolejnym badaniem na wykrycie gruźlicy płuc jest próba tuberkulionowa. Polega na wstrzyknięciu 5 jednostek tuberkuliny, która może wywołać miejscową reakcję zapalną w postaci obrzęku, stwardnienia i zaczerwienienia skóry. Wynik badania odczytuje się po 72 godzinach i uważa się go za dodatni w przypadku, gdy stwardnienie w miejscu wstrzyknięcia ma średnicę co najmniej 10 milimetrów. Ujemny wynik próby może znaczyć, że badana osoba nigdy nie zetknęła się z prątkami, o wygaśnięciu odporności poszczepiennej lub związanej z przebiegiem choroby. Wynik dodatni świadczy o przebytym lub aktualnym procesie gruźliczym [8,11].

Diagnostyka choroby i leczenie

Gruźlica płuc wcześnie wykryta i prawidłowo leczona jest całkowicie i trwale uleczalna. Chorzy już po 2-3 tygodniach przyjmowania leków przeciwprątkowych przestają wydalać prątki groźne dla otoczenia. Działania personelu medycznego powinny zmierzać do

jak najwcześniejszego wykrycia choroby i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego oraz profilaktyki. Aby skutecznie leczyć chorobę, należy znać właściwości prątków, ponieważ od tego zależy dalsze postępowanie [3,11].

Prątki gruźlicy są bakteriami tlenowymi, które nie tworzą zarodników. Ich cechami charakterystycznymi są [3,14]:

- Wolne tempo wzrostu – podwojenie liczby ich komórek na klasycznych podłożach wynosi około 18 godzin. Jest to kilkadziesiąt razy dłużej niż w przypadku innych bakterii. Wzrost pierwszych kolonii w hodowli widać dopiero po 4-6 tygodni;
- Zdolność zahamowania metabolizmu;
- Zdolność przeżywania w tkankach w stanie uśpienia przez wiele lat;
- Łatwość powstawania oporności na leki, zwłaszcza stosowane w monoterapii.

Populacje prątków występujące w czynnej gruźlicy to [5]:

- Aktywnie dzielące się wewnątrzkomórkowo;
- Skupione w kwaśnym środowisku wewnątrz makrofagów;
- Nieprzejawiające metabolizmu – rosną zewnątrzkomórkowo, w obojętnym środowisku mas serowatych.
- Nieaktywne metabolicznie – nie działają na nie leki przeciwprątkowe – są one powoli niszczone przez układ odpornościowy.

Leczenie gruźlicy polega na podawaniu podstawowych leków przeciwprątkowych, które stosuje się od dziesięcioleci, oraz leków uzupełniających. Każdy z tych leków powoduje określone działania niepożądane, co jest powodem ich łączenia[15].

Leczenie gruźlicy przebiega w dwóch zasadniczych etapach [2]:

- Leczenie intensywne – bakteriobójcze, polegające na jak najszybszym zahamowaniu mnożenia się prątków i ich zabicie. Leki są podawane 3-4 razy dziennie przez 2-3 miesiące;
- Leczenie podtrzymujące – tak zwane wyjąławiające, którego celem jest utrzymanie wyników leczenia i zapobieganie nawrotom. W tym celu podaje się 3 leki dziennie lub 2-3 razy w tygodniu przez 4-15 miesięcy.

W leczeniu intensywnym podaje się zazwyczaj ryfampicynę, izoniazyd i pyrazynamid (leki bakteriobójcze) oraz etambutol lub streptomycynę. Leczenie podtrzymujące polega na podaniu izoniazydu i ryfampicyny lub innych leków w zależności od stanu chorego i

współistniejących chorób. Czas leczenia trwa zazwyczaj 6-9 miesięcy lecz przedłuża się go w przypadku zapalenia opon mózgowych i mózgu lub w prosówce [18].

W nawracaniu gruźlicy leki dobiera się w zależności od tego, jak wrażliwe są prątki. Skuteczne leczenie jest wtedy, gdy następuje odprątkowanie chorego oraz cofnięcie się zmian radiologicznych. Dużym problemem w leczeniu gruźlicy jest nieprzyjmowanie leków przez część chorych, ze względu na konieczność długotrwałego i systematycznego leczenia, dlatego powinno ono być nadzorowane lub kontrolowane. Chorym nieprątkującym pozwala się przyjmować leki w poradniach rejonowych lub ośrodkach zdrowia pod okiem pielęgniarek. Leczenie pod nadzorem daje zdecydowanie lepsze wyniki [8].

Wyróżnia się cztery kategorie leczenia gruźlicy w zależności od [11]:

- Lokalizacji choroby.
- Ciężkości przebiegu,
- Wyniku badania rozmazu płwociny,
- Stosowanego leczenia w przeszłości.

Dzieci i młodzież na ogół dobrze znoszą leczenie przeciwprątkowe. W leczeniu dzieci bardzo istotne jest dostosowanie leków do możliwości pacjenta. Małemu dziecku, które nie potrafi jeszcze połknąć tabletki lub kapsułki, zawartość kapsułki lub rozdrobnioną tabletkę podaje się zmieszane z pokarmem o miłym zapachu lub z dziecięcym jedzeniem [12].

U dzieci stosuje się te same schematy lecznicze i dawki leków, jak w przypadku dorosłych. Podstawą leczenia jest izoniazyd i ryfanpicyna stosowane przez 6 miesięcy oraz uzupełnione pirazynamidem przez pierwsze dwa miesiące leczenia. Czwarty lek, czyli streptomycyna lub etambutol, podaje się według takich samych wskazań, jak w przypadku dorosłych w początkowej fazie leczenia [11].

Zapobieganie gruźlicy

Metodami zapobiegania gruźlicy są szczepienia BCG oraz przestrzeganie zasad higieny. Do czynnego uodporniania przeciw gruźlicy stosuje się żywe prątki BCG (Bacille Calmette-Guerin). Szczepieniu BCG poddawane są noworodki w celu zapobiegania rozwojowi gruźlicy a szczególnie jej ciężkich odmian jak prosówka czy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Światowa organizacja zdrowia zaleca jedynie jednorazowe szczepienie do 15 dnia życia dziecka. Najlepszym miejscem do podawania szczepionki jest przyczep mięśnia naramiennego, który znajduje się na ramieniu około 5 centymetrów poniżej

barku. Szczepienia BCG wykonuje się zgodnie z kalendarzem szczepień. Nie są one jednak w pełni skuteczne, jeżeli dziecko narażone jest na długotrwały kontakt z osobą prątkującą. Dlatego dzieci należy chronić przed kontaktem z osobą kaszlącą, natomiast od osób opiekujących się małym dzieckiem należy wymagać aktualnego badania radiologicznego klatki piersiowej [1,16].

Przestrzeganie zasad higieny fizycznej oraz psychicznej wpływa na mniejsze ryzyko zakażenia i zachorowania na gruźlicę. Szczególnie istotne jest dbanie o higienę osobistą, czystość mieszkania i ubrania oraz czystość podczas przygotowywania posiłków i ich spożywania.

Poza organizmem prątki gruźlicy mogą przeżyć tygodnie w temperaturze $+4^{\circ}\text{C}$, a wiele lat w temperaturze -70°C . Promienie nadfioletowe szybko zabijają prątki. Są również wrażliwe na promienie X, alkohol etylowy, fenol i aldehyd glutanowy. Zakład Skazań Biologicznych PZH publikuje spisy nowoczesnych najbardziej skutecznych preparatów działających na prątki gruźlicy, którymi można dezynfekować narzędzia medyczne [12].

CEL PRACY

Celem pracy jest:

1. Przedstawienie przypadku klinicznego gruźlicy.
2. Opracowanie indywidualnego procesu pielęgnacyjnego.
3. Określenie działań pielęgniarских.
4. Ustalenie zaleceń dla chorego po wypisaniu do domu.

MATERIAŁY I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto 59-letniego pacjenta A.N. przyjętego do II Kliniki Chorób Płuc w USK w Białymstoku. U chorego rozpoznano gruźlicę płuc w trakcie hospitalizacji w styczniu 2022 roku. W metodach badań zastosowano:

- Wywiad i obserwacja pielęgniarська, celem których było zebranie niezbędnych informacji o pacjencie i jego środowisku;
- Pomiarów parametrów życiowych np. ciśnienia krwi, temperatury, oddechu, tętna, poziomu glukozy we krwi oraz prowadzenia bilansu płynów. Pomiarów te służą do oceny przyjętych norm;

- Analiza dokumentacji medycznej pacjenta tj. karty zleceń lekarskich, karty gorączkowej, badań laboratoryjnych, historii choroby pacjenta.

WYNIKI

Opis przypadku

Mężczyzna lat 59, przyjęty do II Kliniki Chorób Płuc USK w Białymstoku, celem diagnostyki zmian śródmiąższowych, uwidocznionych w badaniach obrazowych klatki piersiowej na SOR szpitala w Łapach.

U chorego od pięciu tygodni występuje kaszel z odksztuszeniem śluzowo-ropnej wydzieliny, utrzymują się stany podgorączkowe, nocne poty, duszność. Od dłuższego czasu szybko się męczy, jest ogólnie osłabiony. Pacjent zauważył u siebie zmniejszenie masy ciała, niechęć do przyjmowania posiłków oraz brak apetytu. Mężczyzna jest zorientowany co do miejsca i czasu, kontakt logiczno-słowny jest zachowany. Jest zaniepokojony swoim stanem zdrowia. Czuje się samotny, nikomu nie potrzebny (żona z dziećmi mieszka osobno). Chory mieszka w drewnianym domu na wsi. Ma brak wiedzy na temat choroby.

Proces pielęgnowania pacjenta z gruźlicą płuc

- **Problem pielęgnacyjny 1. Dyskomfort spowodowany podwyższoną temperaturą ciała.**
 - ✓ **Cel:** Obniżenie temperatury ciała
 - ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza;
 - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu;
 - Wprowadzenie bilansu płynów;
 - Pomoc w wykonaniu toalety ciała;
 - Zapewnienie odpowiedniej ilości płynów do picia;
 - Kontrola temperatury ciała;
 - Obserwacja stanu chorego.
 - ✓ **Ocena działań:** temperatura obniżyła się, problem wymaga dalszej obserwacji i kontroli ciepłoty ciała.
- **Problem pielęgnacyjny 2. Trudności w odksztuszeniu gęstej wydzieliny z dróg oddechowych,**

✓ **Cel:** Ułatwienie odkształszania zalegającej wydzieliny

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Podanie leków wykrztuśnych i rozrzedzających wydzielinę na zlecenie lekarza;
- Wykonanie inhalacji z zastosowaniem odpowiednich leków;
- Oklepywanie klatki piersiowej chorego;
- Mobilizowanie do stosowania gimnastyki oddechowej;
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali;
- Przekazanie zasad higieny podczas odkształszania wydzieliny;
- Obserwacja ilości wydzieliny i jej wyglądu;
- Zapewnienie miski nerkowatej i ligniny;
- Pouczenie chorego o częstym myciu zębów i płukaniu jamy ustnej.

✓ **Ocena działań:** pacjent ładniej odkształsza wydzielinę.

➤ **Problem pielęgnacyjny 3. Dyskomfort spowodowany dusznością wysiłkową.**

✓ **Cel:** Złagodzenie duszności

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Ułożenie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej;
- Kontrola stanu chorego:
 - zabarwienia skóry
 - ocena stanu świadomości
- Podawanie tlenu według zleceń lekarskich;
- Ograniczenie wysiłku;
- Kontrola oddechów;
- Utrzymanie mikroklimatu Sali;
- Ocena nasilenia duszności

✓ **Ocena działań:** duszność zmniejszyła się.

➤ **Problem pielęgnacyjny 4. Spadek masy ciała wynikający z zmniejszonego apetytu.**

- **Cel:** Zapobieganie zmniejszenia pokrycia kalorycznego Poprawa apetytu

✓

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Podawanie płynów dożylnie lub doustnie;
- Spożycie posiłków w mniejszych ilościach ale częściej;
- Ograniczenie posiłków ciężkostrawnych;
- Przekonanie chorego o zmianie nawyków żywieniowych;
- Urozmaicenie posiłków;
- Kontrola masy ciała;
- Obserwacja pacjenta (wilgotność skóry i błon śluzowych, diurezy);
- Konsultacja z dietetykiem

✓ **Ocena działań:** apetyt polepszył się.

➤ **Problem pielęgnacyjny 5. Ograniczenie samo pielęgnacji z powodu osłabienia i złego samopoczucia.**

✓ **Cel:** Zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Pomoc w zaspokajaniu potrzeb biologicznych;
- Omówienie z chorym zakresu potrzebnej pomocy;

✓ **Ocena działań:** choremu zapewniono pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych.

➤ **Problem pielęgnacyjny 6. Niepokój chorego związany z rozpoznaniem choroby.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie niepokoju u pacjenta

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Okazanie życzliwości i wsparcia;
- Umożliwienie rozmowy z psychologiem klinicznym;
- Udzielenie informacji na pytania i wątpliwości pacjenta;
- Stworzenie atmosfery zaufania;
- Umożliwienie kontaktu z najbliższymi

✓ **Ocena działań:** Niepokój pacjenta się zmniejszył

➤ **Problem pielęgnacyjny 7. Brak wiedzy o chorobie u pacjenta.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie deficytu wiedzy o chorobie

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Edukacja chorego i jego najbliższych (ulotki, poradniki);
- Przygotowanie pacjenta do samoopieki w domu;
- Przekazanie najbliższym chorego o sposobach pomocy w chorobie;
- Wyjaśnienie istoty choroby, jej przyczynach i powikłaniach

✓ **Ocena działań:** poziom wiedzy o chorobie zwiększył się.

➤ **Problem pielęgnacyjny 8. Obniżony nastrój z powodu hospitalizacji**

✓ **Cel:** poprawa nastroju

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Zapoznanie z personelem i topografią oddziału;
- Zapoznanie z innymi pacjentami;
- Informowanie na bieżąco o leczeniu, które jest stosowane u chorego;
- Uważne słuchanie pacjenta;
- Wsparcie w razie potrzeby;

✓ **Ocena działań:** Nastrój chorego uległ poprawie.

Zadania pielęgniarки nad pacjentem z gruźlicą płuc

Współczesne pielęgniarstwo wymaga od pielęgniarek znajomości metod i nawiązywania kontaktów z pacjentami oraz dbania o ich komfort psychiczny, a nie tylko umiejętności praktycznych w opiekowaniu się chorymi. Rola pielęgniarки w leczeniu zamkniętym jest nie do przecenienia. To od nich w dużym stopniu zależy stan psychiczny chorych. Umiejętność dostrzegania problemów pacjenta jest ważnym elementem w pracy pielęgniarки. Pielęgniarка zatem pełni rolę diagnostyczną, edukacyjną, opiekuńczą, doradczą i terapeutyczną.

Zadaniami diagnostycznymi pielęgniarки są:

- Rozpoznanie najistotniejszych problemów diagnostycznych;

- Zebranie wywiadu pielęgniarskiego;
- Ocena ogólnego stanu chorego (fizycznego, psychicznego, emocjonalnego);
- Ocena statusu społecznego;
- Określenie wiedzy chorego na temat choroby;
- Monitorowanie adaptacji pacjenta do warunków na oddziale;
- Nastawienie chorego do współpracy z personelem medycznym.

Zadania terapeutyczne:

- Podaż i nadzór przyjmowania leków;
- Wykonania badań (pobieranie materiału diagnostycznego)
- Stosowanie izolacji chorego;
- Nadzór spożywania pokarmów bogatych w warzywa i owoce;
- Obserwacja efektów zastosowanej terapii.

Zadania edukacyjne:

- zwrócenie uwagi na konieczność regularnych wizyt w poradni przeciwgruźliczej;
- motywowanie do kontynuacji przyjmowania leków po upuszczeniu szpitala (uświadomienie konsekwencji przerywania leczenia);
- poinformowanie o unikaniu opalania się podczas przyjmowania leków (istnieje ryzyko występowania przebarwień);
- omówienie metod zapobiegania nawrotom gruźlicy;
- zalecenie prowadzenia oszczędnego trybu życia;

Zadania opiekuńcze:

- wsparcie psychologiczne;
- zagwarantowanie czystości otoczenia i ciała pacjenta;
- zapewnienie najbardziej sprzyjających warunków do snu i odpoczynku.

Zalecenia do Dalszej pielęgnacji chorego z gruźlicą płuc

1. Zgłaszanie się na badania kontrolne.
2. Stosowanie się do zaleceń lekarza.
3. Prowadzenie oszczędnego trybu życia.
4. Stosowanie diety w celu trzymania odpowiedniego ciężaru ciała (regularność i częstota posiłków)

5. Dbanie o higienę własnego ciała.
6. Stosowanie się do zaleceń umieszczonych na karcie informacyjnej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. Gruźlica jest zdrowotnym problemem współczesnego świata. Chory na czynną gruźlicę stanowi poważny problem epidemiologiczny, ponieważ ciągle jest potencjalnym źródłem zarażenia. W środowisku szpitalnym zasady zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych muszą być szczególnie przestrzegane. Ogromną rolę w tym zakresie stanowi personel medyczny, a zwłaszcza pielęgniarski.
2. Działania pielęgniarki muszą dążyć do uzmysłowienia podopiecznemu, że wydzielane przez niego zakaźne prątki gruźlicy osiadają na przedmiotach przez niego używanych, które z kolei stają się pośrednim źródłem zakażenia, osób się z nim stykających. Chory musi wiedzieć, że jego styl życia, brak ciągłości leczenia, uzależnienia, mogą prowadzić do ponownego zachorowania na gruźlicę.
3. W oparciu o zastosowane metody badawcze: wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej i pomiar wyszczególniono następujące problemy pielęgnacyjne pacjenta z gruźlicą. Opracowano wskazówki do dalszej opieki zwracając uwagę na profilaktykę i poprawę jakości życia chorego i jego najbliższych.

PIŚMIENNICTWO

1. Chazan R. (red): Standardy diagnostyczno-terapeutyczne w chorobach układu oddechowego, Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2018:90-96
2. Augustynowicz-Kopeć E.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznania, leczenia i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci. Pulmonologia i Alergologia Polska, 2013: 323-324
3. Franek G.A., Łukasz-Paluch K. Cholewska B.: Koncepcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu. Problemy pielęgniarstwa, 2012: 40-42
4. Gajewski P.: Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2013: 717-718

5. Hahn J-M.: Choroby wewnętrzne, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2015: 348 – 354.
6. <http://www.nzoz-promed.pl/program-profilaktyczny-gruzlicy> 05.02.2022, godz. 18:45
7. <https://www.igichp.edu.pl/2020/03/10/swiatowy-dzien-gruzlicy-2020/>: 07.02.2022, godz. 19:15
8. Jakubowiak W., Korzeniewska Kosęła M., Kuś, D. Michałowska– Mitczuk J., Wesołowski S., Ziegman M., Zwolska Z.: Podręcznik gruźlicy – zalecenia NPZG, Instytut Gruźlicy i chorób płuc, Warszawa 2011: 6-10.
9. Korzeniewska-Kosęła M.: Gruźlica chorób układu oddechowego w Polsce w 2018 r., Instytut Gruźlicy i Chorób płuc, Warszawa 2019.
10. Jurkowska G., Łagoda K.: Pielęgniarstwo internistyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 148-149
11. Lehnen K. (red): Choroby dróg oddechowych. Opieka farmaceutyczna, Wydawnictwo MedPharm Polska, Warszawa 2011:77-80
12. Michałowska-Mitczuk D.: Farmakoterapia gruźlicy, wyd. Academica, 2012.
13. Schmidt B., Strub P., Studer A (red.): Układ oddechowy. Farmakologia dla zawodów pielęgniarских, Wydawnictwo MedPharm Polska, Warszawa 2013.
14. Schito M., Migliori G., Fletcher H.: et all Perspectives on Advances in Tuberculosis Diagnostics, Drugs, and Vaccines. Clinical Infectious Diseases 2015; 61:102-118
15. Pierzchała W.: Choroby płuc, Wydawnictwo Elsevier Urban Partner, Wrocław 2011.
16. Mróz R.M., Kuklińska B.: Gruźlica płuc imitująca guz płuca, czasopismo Medical Tribune, 2017.
17. Margarit A., Simó S.,¹ Rozas L., et all.: Adolescent tuberculosis; a challenge and opportunity to prevent community transmission. Observational Study. 2017; 86:110-114.
18. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 248-254.

CUKRZYCA – ISTOTA CHOROBY, LECZENIE, POWIKŁANIA

Magdalena Krzykowska¹, Barbara Jankowiak²

1/ - Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówią o cukrzycy, jako o chorobie XXI wieku. Nie sposób nie zgodzić się z tym stwierdzeniem, ponieważ tempo w jakim obecnie rośnie liczba osób ze zbyt wysokim poziomem cukru we krwi, jest bardzo duże. Oznacza to, że ryzyko zachorowania na tę poważną chorobę metaboliczną dotyczy większości społeczeństwa.

W Polsce zmaga się z cukrzycą ponad 3 mln osób, z tego około 10% to dzieci i młodzież dotknięte cukrzycą typu 1, które chorują nadal jako osoby dorosłe. Cukrzyca jest groźna dla wszystkich narządów, prowadzi do wielu zaburzeń – głównie układu krążenia, nerek, oczu. Nadmiar cukru we krwi szkodzi także komórkom nerwowym [1].

ROZWINIĘCIE

Istota cukrzycy i jej podział

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Cukrzyca charakteryzuje się hiperglikemią dającą pewne objawy tj. wielomocz, wzmożone pragnienie, utrata masy ciała niewytłumaczona odchudzaniem, osłabienie i senność, zmiany ropne na skórze, stany zapalne narządów moczowo-płciowych.

Rozpoznanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej, a w związku z tym cukrzycy najczęściej odbywa się poprzez zbadanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej. Istnieje możliwość oznaczenia glikemii

* na czczo:

- 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l) - prawidłowa glikemia na czczo (NFG)
- 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) - nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG)
- ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) cukrzyca

* glikemii przygodnej:

- ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) - cukrzyca z występującymi objawami tj. wzmożone pragnienie, osłabienie itp.

* glikemii w 120 min. doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT):

- < 140 mg/dl (7,8 mmol/l) - prawidłowa tolerancja glukozy

- 140–199 mg/dl (7,8–11,1 mmol/l) - nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT)

- ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) - cukrzyca [2, 3].

WHO wprowadziła nazewnictwo stanów hiperglikemicznych tj.:

- prawidłowa glikemia na czczo - 99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l);
- nieprawidłowa glikemia na czczo - 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l);
- nieprawidłowa tolerancja glukozy – w 120 minucie OGTT glikemia nie powinna być wyższa niż 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l);
- stan przedcukrzycowy mogący być wynikiem nieprawidłowej glikemii na czczo lub nieprawidłowej tolerancji glukozy;
- cukrzyca, gdy występuje jedno z następujących kryteriów:
 - objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l);
 - 2-krotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l);
 - glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) [2, 3].

Osoby chore na cukrzycę powinny regularnie się badać. Dzięki temu będzie można kontrolować przebieg choroby i zapobiec jej rozwojowi, a co za tym idzie – groźnym powikłaniom. Podstawą jest oznaczanie poziomu cukru we krwi, ale każdy chory powinien także monitorować:

- poziom hemoglobiny glikowanej (HbA1c), które jest badaniem pokazującym średnią wartość glikemii w okresie ostatnich trzech miesięcy i pozwalającym ocenić czy w ciągu ostatnich 6-10 tygodni chory utrzymywał dobry poziom glukozy we krwi;
- badanie bilansowe, czyli ogólne badanie moczu, które pozwala ocenić stan nerek, przy czym diabetycy powinni je przeprowadzać co najmniej raz w roku;
- kontrola ciśnienia tętniczego, poziom cholesterolu całkowitego i jego frakcji (LDL i HDL) oraz trójglicerydów, pozwalające kontrolować ewentualne zmiany w układzie krążenia;

- oznaczenie poziomu magnezu, które jest ważnym badaniem ze względu na niedobory magnezu w cukrzycy;
- badanie poziomu TSH (hormonu tarczycy), pozwalające ocenić funkcjonowanie tarczycy i powinno być wykonywane raz w roku;
- badanie obrazowe USG np. tarczycy, wątroby, układu moczowego, które zleca lekarz prowadzący wówczas, gdy zaniepokoją go wyniki badań podstawowych;
- doustny test obciążenia glukozą (OGTT) [1, 2, 3].

Etiologiczna klasyfikacja choroby wskazuje na cztery rodzaje cukrzycy:

- cukrzyca typu 1;
- cukrzyca typu 2;
- specyficzne typy cukrzycy;
 - cukrzyca typu LADA;
 - cukrzyca typu MODY;
 - cukrzyca mieszana (podwójna, hybrydowa);
 - cukrzyca brunatna;
 - cukrzyca wtórna.
- cukrzyca rozpoznana w ciąży [1, 2, 4].

Cukrzyca typu 1 jest autoimmunologiczną destrukcją komórek beta trzustki. Jej cechą charakterystyczną jest bezwzględny niedobór insuliny. Cukrzyca typu 2 to postępująca utrata zdolności komórek beta trzustki do prawidłowej sekrecji insuliny. Temu rodzajowi cukrzycy towarzyszy insulinooporność [2, 4].

Do specyficznych typów cukrzycy zalicza się m.in. genetyczne defekty działania insuliny bądź czynności komórek beta; działanie leków; choroba wywołana procesem immunologicznym lub towarzyszące choroby zewnątrzwydzielniczej części trzustki. Jest to m.in. cukrzyca typu LADA, szczególny rodzaj cukrzycy typu 1, który rozwija się u osób dorosłych po 35-tym roku życia i wolno postępuje oraz cukrzyca typu MODY – cukrzyca typu 2, która jest wynikiem mutacji pojedynczych genów kodujących wydzielanie insuliny przez komórki beta trzustki [1, 2, 5].

Wyróżnia się także cukrzycę mieszaną oznaczającą współistnienie cukrzycy typu 1 i 2. Dla cukrzycy typu 1 cechą charakterystyczną jest obecność przeciwciał przeciw komórkom wysp trzustkowych, a dla cukrzycy typu 2 – insulinooporność oraz otyłość [1, 6].

Istnieje również cukrzyca brunatna, zwana inaczej hemochromatozą pierwotną. Jest to poważna choroba metaboliczna uwarunkowana genetycznie charakteryzująca się odkładaniem nadmiaru żelaza w narządach, głównie w wątrobie, trzustce oraz chrząstkach stawowych [2].

Specyficzną odmianą cukrzycy jest również cukrzyca wtórna charakteryzująca się współistniejącymi z nią innymi zaburzeniami lub zespołami chorobowymi m.in. schorzenia trzustki, choroby gruczołów dokrewnych np. nadczynność tarczycy. Jest ona określana mianem cukrzycy typu 3 [1, 7].

W ciąży jest również możliwe rozpoznanie hiperglikemii. W tym przypadku może być to cukrzyca ciążowa lub cukrzyca w ciąży [2].

Podstawowe zasady leczenia cukrzycy

Główną zasadą leczenia cukrzycy jest zapobieganie rozwojowi przewlekłych powikłań. Pacjentowi poprzez stosowane metody leczenia, należy zapewnić odpowiedni środki farmakologiczne, ale także edukację, zaopatrzenie w odpowiednią wiedzę odnośnie powikłań w przypadku zaniechania leczenia cukrzycy.

Podstawowymi zasadami leczenia cukrzycy jest: insulinoterapia oraz środki farmakologiczne. Chorzy na cukrzycę typu 1 od początku muszą przyjmować insulinę, zaś w cukrzycy typu 2, podawanie insuliny następuje, gdy inne leki nie pomagają ustabilizować poziomu glukozy. Tego rodzaju środków farmakologicznych nie jest wiele, ale są skuteczne [1].

Najważniejszymi lekami nieninsulinowymi jest:

- metformina, czyli substancja zmniejszająca oporność na insulinę i hamująca wchłanianie glukozy w jelitach;
- pochodne sulfonilomocznika, będącą grupą leków obniżających poziom glukozy we krwi;
- akarboza, który jest lekiem blokującym enzymu jelitowe, które powodują rozpad węglowodanów złożonych do cukrów prostych;
- pioglitazon, zmniejszający insulinooporność tkanek oraz obniżający poziom kwasów tłuszczowych we krwi [1, 8].

Cukrzyca typu 1 charakteryzuje się deficytem insuliny, dlatego też w leczeniu należy stosować insulinoterapię. Pacjent powinien ponadto mieć wiedzę o modyfikowaniu dawek insuliny w zależności od wartości glikemii, ale też jakości i ilości spożywanych posiłków. Insulinoterapia w tym wypadku polega na wielokrotnych wstrzyknięciach insuliny lub stosowania pompy insulinowej do podskórnego wlewu insuliny [9].

Z kolei leczenie cukrzycy typu 2 powinno rozpocząć się od redukcji nadwagi bądź otyłości pacjenta, ponieważ powikłaniem cukrzycy 2 jest właśnie nadmierna masa ciała chorego.

W przypadku cukrzycy typu 2, leczenie powinno obejmować przede wszystkim edukację pacjenta i zaopatrzenie jego w odpowiednią wiedzę wskazującą m.in.: modyfikację stylu życia, dążenie do wyznaczonego celu terapii, wczesne wykrywanie różnego rodzaju powikłań [2].

Cele leczenia cukrzycy wiążą się z uzyskaniem wartości docelowych w zakresie: glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała. Do oceny metabolicznego wyrównania cukrzycy używa się wskaźnika poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c, czyli informacji jaki procent hemoglobiny jest związany z glukozą [2, 9]. W związku z tym, leczenie cukrzycy powinno opierać się przede wszystkim na wyrównaniu wskaźnika poziomu hemoglobiny glikowanej, gospodarki lipidowej oraz ciśnienia tętniczego, należy wskazać, że podstawowe zasady leczenia cukrzycy zależne są od jej typu.

W przypadku cukrzycy typu 1, stosuje się:

- insulinoterapię obejmującą iniekcje insuliny,
- samokontrolę,
- edukację pacjentów,
- zalecenia dietetyczne [2, 10].

Z kolei leczenie cukrzycy typu 2 rozpoczyna się od wdrożenia elementów modyfikacyjnych w postaci diety, redukcji wagi, a następnie przez proces farmakoterapii (np. leki doustne), aż do insulinoterapii często łączonej z farmakoterapią [2, 11].

Dieta i aktywność fizyczna podczas choroby cukrzycowej

Każda osoba chora na cukrzycę powinna przestrzegać zasad prawidłowego żywienia i być do tego zachęcana. Chorzy ponadto powinni kontrolować ilość spożywanych węglowodanów, do maksimum ograniczać spożycie cukru i prostych węglowodanów. Posiłki

przygotowywane przez chorych powinny być częste i w małych ilościach [12]. Tym samym, osoby chore powinny przestrzegać diety i stosować się do zaleceń lekarzy w kwestii przyjmowania posiłków.

Dieta podczas choroby powinna zawierać najważniejsze składniki odżywcze, wspomagające aktywność osoby chorej i zapotrzebowanie na energię. Możliwe jest to m.in. poprzez przestrzeganie harmonogramu posiłków, włączanie do diety pełnoziarnistych produktów, spożywanie warzyw i owoców oraz dostarczanie organizmowi odpowiednich produktów węglowodanowych o niskim indeksie glikemicznym [12].

Indeks glikemiczny (IG) to sposób szeregowania żywności zawierająca węglowodany według siły, z jaką podnosi się poziom glukozy we krwi. Innymi słowy IG jest klasyfikacją pokarmów dla osób chorych na cukrzycę. Spożycie produktu o wysokim IG powoduje gwałtowny wzrost stężenia glukozy i insuliny w surowicy, po czym dochodzi do reaktywnej hipoglikemii [12, 13].

Wartości IG mieszczą się w przedziale od 0 do 100, przy czym najwyższa wartość jest równoznaczna z najwyższą wartością glukozy. Im wyższy IG dla danego produktu, tym gwałtowniej może wzrosnąć poziom glukozy we krwi, co powoduje zwiększenie wydzielania insuliny, aby móc obniżyć poziom cukru we krwi. Wszystko to sprowadza się do niekorzystnego wpływu na organizm chorego i jest przyczyną napadów głodu. Z kolei produkty, zawierają niski IG wywołują mniejszy, ale utrzymujący się dłużej wzrost glikemii poposiłkowej, powodując zmniejszanie wydzielania insuliny [13].

Indeks glikemiczny produktów jest potrzebny dla osoby chorej na cukrzycę w celu utrzymania prawidłowej diety. Ponadto powinien on być wyliczany dla każdego chorego indywidualnie. W praktyce jednak spotyka się tabele wskazujące średnią wartość IG, wobec których chory dostosowuje ilość spożywanych produktów, aby nie dopuszczać do nadmiernego wydzielania insuliny przez organizm [2, 13].

Produkty o niskim indeksie glikemicznym nie powinny przekraczać wartości 55, zaś produkty o wysokim indeksie glikemicznym przekraczają zazwyczaj wartość 70. Produkty o średnim indeksie glikemicznym, które może spożywać osoba chora, ale powinna starać się je ograniczać, mają zazwyczaj wartość między 56-69 [13].

U osoby zdrowej poziom cukru po wysiłku fizycznym jest proporcjonalny do wzrostu obciążenia organizmu. Umiarkowany, ale długotrwały wysiłek fizyczny, powoduje, że stężenie glukozy we krwi ulega zmniejszeniu a związku z tym następuje spadek stężenia insuliny. Po kilku godzinach wzmożonego wysiłku może dojść do hipoglikemii, czyli niedocukrzenia [14].

Diabetycy również stosując wysiłek fizyczny, borykają się ze zmianą stężenia cukru we krwi. Reakcje organizmu są jednak różne w zależności od tego, czy chorzy stosują insulinoterapię, czy też nie. Pacjenci ze znacznym niedoborem insuliny zazwyczaj mają wysoki poziom cukru we krwi po wysiłku fizycznym, co może prowadzić do hiperglikemii, czyli przecukrzenia. Z kolei diabetycy leczeni insuliną, po wysiłku fizycznym zazwyczaj mają niski poziom cukru co może objawić się hipoglikemią [14].

Osoby chore na cukrzycę powinny jednak stosować wysiłek fizyczny, który systematycznie przyczynia się do obniżania poziomu cukru we krwi oraz wpływa na poprawę działania insuliny. Jest to rehabilitacja w cukrzycy oraz działanie redukujące w znacznym stopniu powikłania cukrzycowe. Trening fizyczny wpływa korzystnie w prewencji i leczeniu cukrzycy. Dołączając do wysiłku fizycznego odpowiednią dietę, poprawia się stan zdrowia osoby chorej oraz jej samopoczucie psychiczne [14, 15].

Diabetycy mogą stosować różne formy aktywności fizycznej - przede wszystkim powinny to być ćwiczenia aerobowe, jazda na rowerze, pływanie, ćwiczenia rozciągające oraz trening siłowy. Wysiłek fizyczny musi być jednak umiarkowany i regularny – początkowo trwający 5-10 minut, a następnie po 30 minut przynajmniej 3 razy w tygodniu. W tym czasie, chory powinien kontrolować poziom glukozy we krwi oraz tętno, które nie powinno być zbyt wysokie. Zakończony wysiłek fizyczny chorego powinien polegać na picie przez niego dużej ilości wody oraz spożycia węglowodanów. W przypadku pojawienia się wysokiej glikemii, chory powinien przyjąć insulinę [14, 15].

Wysiłek fizyczny w cukrzycy typu 1 powinien sprzyjać redukcji masy ciała, co powoduje lepszą kontrolę glikemii i wpływa korzystnie na działanie insuliny. U diabetyków z tą odmianą choroby, zaleca się jednak unikania wysiłku fizycznego w szczytowym okresie działania insuliny oraz podawania zastrzyków w miejscach, które uczestniczą w ruchu fizycznym. Chorzy na cukrzycę typu 1 mogą zatem stosować ćwiczenia rozciągające, uprawiać aerobik, jeździć na łyżwach, ćwiczyć na basenie [14, 15].

Osoby chorujące na cukrzycę typu 2 powinny stosować wysiłek fizyczny mający na celu spalenie tkanki tłuszczowej, zwiększenie siły mięśni i redukcję masy ciała. Dla chorych na ten rodzaj cukrzycy, zaleca się przede wszystkim wysiłek fizyczny, nawet intensywny polegający na bieganiu i uprawianiu sportu o ile nie występują powikłania cukrzycy i chory jest pod stałą kontrolą lekarza diabetologa. Diabetycy z typem 2 cukrzycy powinny włączyć w wysiłek fizyczny przede wszystkim bieganie, jogging, grę w piłkę, jazdę na rolkach, szybki marsz [16].

Samokontrola w cukrzycy i edukacja pacjenta diabetologicznego

Samokontrola w cukrzycy jest czynnością oraz podejmowaną decyzją przez pacjenta czy też osoby z jego najbliższego otoczenia. Dotyczy w szczególności kontroli glikemii [34].

Samokontrola to szereg zachowań umożliwiających pacjentowi kontrolowanie swego stanu zdrowia i odpowiednie reakcje na zaobserwowane zmiany. Jest to m. in.:

- badanie stężenia glukozy we krwi;
- badanie moczu na obecność glukozy i ciał ketonowych;
- badanie ciśnienia tętniczego;
- systematyczne ważenie się;
- obserwacja objawów hipo- i hiperglikemii;
- odpowiedni wysiłek fizyczny;
- samokontrola stóp [17].

Powyższe badania pacjent powinien prowadzić samodzielnie w domu, a wyniki zapisywać w sposób czytelny i systematyczny w dzienniku samokontroli w celu przedstawienia i omówienia w czasie wizyty lekarskiej. Dziennik samokontroli powinien zawierać również informacje dotyczące dodatkowych badań HbA_{1c}, cholesterolu, przyjmowanych leków, błędów dietetycznych, rodzaju i pór wykonywanych ćwiczeń fizycznych. Skrupulatne prowadzenie dzienniczka pozwala lekarzowi ocenić skuteczność leczenia, a choremu, dzięki umiejętności właściwej interpretacji badań, samodzielnie decydować o niewielkiej zmianie w dawkowaniu insuliny oraz ustalić, czy np. nagłe złe samopoczucie jest wywołane nadmiarem czy niedoborem cukru we krwi [17, 18].

W edukacji pacjentów bardzo ważna jest umiejętność samodzielnego pomiaru stężenia glukozy we krwi za pomocą pasków testowych i glukometru. Daje ona odpowiedź na pytania czy należy zmienić dawkę leku, zmodyfikować posiłki, zmniejszyć natężenie pracy fizycznej, aby uniknąć hipoglikemii. Chory dowiaduje się także czy stopień wyrównania cukrzycy jest zadowalający, czy też należy jak najszybciej zgłosić się do lekarza. Oznaczenie glikemii pacjenci powinni przeprowadzać za pomocą glukometru [17].

Samokontrola glikemii powinna odbywać się przede wszystkim:

- rano przed spożyciem jakiegokolwiek posiłku (na czczo);
- przed posiłkiem 60-120 minut oraz w tym samym czasie po posiłku;
- przed snem [2].



Fotografia 1. Glukometr, testy paskowe do glukometru, nakłuwacze (Fotografia własna)

Należy jednak wskazać, że samodzielny pomiar glikemii przy pomocy glukometru, powinien być wykonywany nie tylko na czczo, po posiłku oraz przed snem, ale czasem w środku nocy. Chory sam jednak powinien stosować własne zasady pomiaru, zgodnie z jego samodzielnym wyborem [1, 18].

Powikłania cukrzycy

Zaniedbana lub nieleczona cukrzyca prowadzi do wielu niebezpiecznych dla zdrowia i życia chorego powikłań. W przypadku, gdy pacjent dba o prawidłową masę ciała, w swojej diecie zmniejsza ilość tłuszczów nasyconych oraz cholesterolu, stosuje wysiłek fizyczny, potrafi w sposób odpowiedni kontrolować poziom glukozy we krwi, ryzyko powikłań cukrzycy jest znikome. Powikłania cukrzycy charakteryzują się jednak tym, iż pojawiają się po długim czasie trwania choroby. Diabetycy powinni zatem stale monitorować stan swojego zdrowia w zależności od rodzaju cukrzycy, na którą chorują, ale również dokonywać stałej samokontroli m.in. sprawdzając poziom cukru we krwi oraz zapisywać pomiary w dzienniczku samokontroli.

Ostre powikłania cukrzycy

Hipoglikemia

Hipoglikemia jest stanem, kiedy poziom cukru jest niższy niż 70 mg/dl, niezależnie od występowania objawów klinicznych. Wartość 70 mg/dl jest już poziomem alarmowym

wymagającym spożycia węglowodanów bądź dostosowania dawki leków obniżających glikemię [2].

Hipoglikemia może być spowodowana przyjęciem zbyt dużej dawki insuliny lub leku obniżającego poziom cukru we krwi albo błędami w żywieniu np. pominięciem głównego posiłku. Czasem przyczyną jest zbyt gwałtowne odchudzanie lub zbyt forsowny wysiłek fizyczny [1, 19].

W przypadku, gdy poziom cukru we krwi obniża się powoli, zwykle choremu dokuczają bóle głowy, zmęczenie i rozdrażnienie. Wiele osób ma wówczas zaburzenia koncentracji i równowagi oraz zamazane widzenie. Gdy jednak do hipoglikemii dochodzi szybko, pojawiają się m.in. drżenie mięśni, pobudzenie, zdenerwowanie, obfite poty, zawroty głowy i gwałtowne bicie serca. Bardzo ciężka hipoglikemia, na którą szybko się nie zareaguje, często prowadzi do utraty przytomności, drgawek i śpiączki zagrażającej życiu [2, 19].

Wyróżnić można zatem hipoglikemię:

- łagodną, objawiającą się m.in. narastającym głodem, bólem głowy, kołataniem serca, przy czym chory powinien np. zjeść kostkę cukru bądź wypić słodki napój;
- umiarkowaną, objawiającą się sennością, nudnościami, zaburzeniem widzenia, trudnością w mówieniu, przy czym chory powinien potrzebować pomocy drugiej osoby, która poda mu cukier lub wstrzyknie lek podnoszący stężenie glukozy we krwi;
- ciężką, objawiającą się splątaniem i utratą przytomności, przy czym chory pilnie potrzebuje opieki medycznej i hospitalizacji [1, 2].

Zagrażającym życiu choremu jest stan śpiączki cukrzycowej, będący głęboką i długotrwałą utratą przytomności, w którym chory nie może obudzić się na żaden bodziec dźwiękowy bądź czuciowy. Wówczas najważniejsza jest szybka pomoc i zrobienie zastrzyku z glukagonu – podskórnie bądź domięśniowo. Jeśli po wstrzyknięciu hormonu, chory w ciągu 10 minut nie odzyska przytomności, należy wezwać pogotowie. W hipoglikemii poziom glukozy we krwi jest tak niski, że pozbawia mięśnie, komórki i mózg energii niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania. Śpiączki cukrzycowej można uniknąć, stosując się do zaleceń lekarza i unikając sytuacji, które mogą prowadzić do niedocukrzenia. Nocnej hipoglikemii można zapobiegać, zmniejszając np. dawkę insuliny działającej nocą lub zjadając przed snem dodatkowy posiłek zawierając wolno wchłaniające się białko i węglowodany [1, 20].

Hiperglikemia

Hiperglikemia pojawia się, gdy poziom cukru przekroczy 170 mg/dl, przy czym glukoza może wystąpić również w moczu. Do tak dużego wzrostu cukru dochodzi zwykle na skutek:

- zaniedbania w samokontroli np. zbyt mała dawka insuliny, pominięcie zastrzyku lub tabletki leku doustnego;
- błędów dietetycznych np. zbyt duża ilość węglowodanów w posiłku;
- innej choroby np. infekcji, której towarzyszy wysoka gorączka;
- nadużywania alkoholu [1, 2, 20].

Pierwsza pomoc polega na zażyciu dawki insuliny. W ten sposób stężenie glukozy we krwi zostanie znormalizowane. Chory powinien pić także niesłodzoną, przegotowaną wodę oraz wezwać lekarza, który oceni, czy istnieje zagrożenie śpiączką. Pomoc medyczna powinna być niezwłocznie wezwana również wtedy, gdy chory stracił przytomność lub ma kwaśny oddech [3, 20, 21].

W przypadku hipoglikemii objawami niedocukrzenia jest np. drżenie mięśni, obfite poty (cukrzyca typu 1) oraz zawroty głowy, błądzenie przytomności (głównie w cukrzycy typu 2). Z kolei objawami hiperglikemii jest najczęściej:

- silne pragnienie;
- oddawanie dużej ilości moczu;
- zmęczenie, osłabienie i senność;
- utrata apetytu;
- czasem nudności, wymioty, bóle brzucha i głowy;
- pieczenie w jamie ustnej;
- zaróżowienie skóry;
- przyspieszenie tętna [1, 2, 21].

Chory nie może dopuścić do hiperglikemii, ponieważ jej powikłaniem może być kwasica ketonowa bądź kwasica mleczanowa. By nie dopuścić do hiperglikemii, należy systematycznie kontrolować stężenie cukru we krwi, zażywać leki i stosować się do zaleceń diabetologa, a także leczyć wszystkie dodatkowe choroby [3, 20].

Epizody niedocukrzenia i przecukrzenia mogą się zdarzyć w prawidłowo leczonej cukrzycy. Symptomy podobne do hipo- lub hiperglikemii, pojawiają się w sytuacji

odwodnienia organizmu, nawet u osób zdrowych, gdzie osoba odczuwa senność lub pobudzenie, niepokój. Diabetyk nie może dopuścić do odwodnienia. Musi pić przynajmniej półtora litra wody – najlepiej małymi łykami. Takie postępowanie sprawia, że jest ona lepiej spożytkowana, bo zostaje w większym stopniu wchłonięta do tkanek. Zbyt duże ilości płynów wypite jednorazowo są szybko wydalane przez nerki wraz z elektrolitami [3, 21].

Ze stanem hipo- i hiperglikemii wiąże się także kwasica i śpiączka ketonowa oraz kwasica mleczanowa.

Kwasica ketonowa

Kwasica ketonowa jest niebezpiecznym powikłaniem, o której może świadczyć hiperglikemia, glikozura (glukoza w moczu), ketonuria (ciała ketonowe w moczu), kwasica metaboliczna (pH krwi tętniczej wynosi $\leq 7,25$) oraz spadek stężenia jonów sodu i zwiększenie stężenia jonów potasu w osoczu. Kwasica ketonowa pojawia się najczęściej w cukrzycy typu 1 i może wystąpić na każdym etapie trwania choroby. Powodem jest bardzo wysokie stężenie glukozy we krwi. W zależności od tego, jak szybko wzrasta poziom cukru, objawy kwasicy mogą pojawiać się stopniowo lub nagle, gwałtownie. W przypadku kwasicy ketonowej, brak szybkiej interwencji lekarskiej może doprowadzić do śpiączki ketonowej, a nawet do śmierci, której przyczyną zwykle jest obrzęk mózgu [20, 21, 22].

Przyczyną kwasicy ketonowej często bywa obniżenie dawki insuliny na własną rękę (cukrzyca typu 1) lub jej odstawienie (cukrzyca typu 1 i typu 2). Brak insuliny sprawia, że cukier gromadzi się we krwi, ale nie może zostać przyswojony przez komórki. Wtedy organizm szuka innych źródeł energii i włącza tryb awaryjny – spalanie tłuszczu zamiast glukozy [Szadkowska, 2012]. W czasie tego procesu wydzielają się ciała ketonowe, które mają kwaśny odczyn. Gdy stan ten przedłuża się, maleje ilość rezerwy zasadowej w organizmie, a to prowadzi do zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i ostrego zakwaszenia organizmu [21].

Częste stany kwasicy ketonowej mogą mieć trwały negatywny wpływ na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Niekiedy dochodzi do zaburzeń świadomości, gdyż ciała ketonowe zaczynają działać toksycznie na mózg [1, 21].

Kwasicę może wywołać również okresowe zwiększenie zapotrzebowania organizmu na insulinę np. podczas infekcji bakteryjnych, przy nadużywaniu alkoholu czy w ostrych chorobach tj. zapalenie trzustki. Dotyczy to głównie osób z cukrzycą typu 2 [1].

Kwasica ketonowa objawia się przede wszystkim osłabieniem, niepokojem, nudnościami, zwiększonym pragnieniem, głębokim i bolesnym oddechem, suchością skóry, dreszczami oraz charakterystycznym zapachem acetonu z ust u diabetyka [1, 22].

Kwasica mleczanowa

Kwasica mleczanowa z kolei jest stosunkowo rzadkim powikłaniem cukrzycy, które wynika z nadmiernego gromadzenia się kwasu mlekowego w organizmie. Związek ten jest produktem końcowym beztlenowej glikolizy, czyli procesu spalania glukozy przy niedoborze tlenu w komórkach. Jeśli nie zostanie wydalony, prowadzi do zakwaszenia organizmu [1].

U cukrzyków kwasica mleczanowa może być skutkiem ubocznym działania niektórych leków przeciwcukrzycowych (głównie metforminę i biguanidynę) w stanach, które są przeciwwskazaniem do ich stosowania. Nie mogą zatem przyjmować tych leków osoby chore na niewydolność nerek lub miażdżycę [23].

Kwasica mleczanowa objawia się nudnościami, wymiotami, bólami brzucha, biegunką, przyśpieszonym i bardzo głębokim oddechem, spadkiem temperatury ciała i ciśnienia tętniczego, zaburzeniami świadomości i sennością.

W badaniu krwi stężenie kwasu mlekowego powyżej 5 mmol/l oznacza kwasicę mleczanową i wymaga szybkiej interwencji. Niezbędne jest przede wszystkim nawodnienie organizmu oraz tlenoterapia [1, 23].

Przewlekłe powikłania cukrzycy

Neuropatia cukrzycowa

Neuropatia cukrzycowa jest uszkodzeniem włókien nerwowych. Nie jest to jedna konkretna dolegliwość neurologiczna, ale zespół powikłań związanych z całym układem nerwowym. Są to między innymi zaburzenia czucia, napady bólu bez przyczyny lub – wręcz przeciwnie – zniesione odczuwanie bólu, mrowienie skóry, ale także problemy gastryczne np. nocne biegunki. Na neuropatię cierpi duża liczba chorych na cukrzycę [1].

Kliniczny podział neuropatii przedstawia się następująco:

- neuropatia czuciowa;
- neuropatia autonomiczna;
- neuropatia ogniskowa [2].

Neuropatia czuciowa osłabia nerwy obwodowe. Chorzy odczuwają silne mrowienie w stopach albo w dłoniach. Zdarzają się długotrwałe bóle mięśni nóg i rąk. Czasem napady są

ostre, ale trwają krótko. Jeśli uszkodzeniu ulegają także mięśnie ruchowe, dochodzi do ich zaniku. Z tego samego powodu powstają deformacje stóp [2, 24].



Fotografia 2. Deformacja stopy w neuropatii cukrzycowej (Fotografia własna)

Najbardziej niebezpieczne są zaburzenia odczuwania bólu, bo chory często nie wie, że się skaleczył, ukłuł, czy otarł skórę. Cukrzyca utrudnia gojenie się ran, dlatego też łatwo o zakażenie czy tworzenie się bolesnych modzeli na podszwach stóp [24].

Przy cukrzycy typu 1 objawy neuropatii pojawiają się bardzo szybko, często zaraz po ujawnieniu się choroby i nasilają się w chłodne dni. Niepokojącymi sygnałami jest mrowienie stóp i rąk, zmniejszenie wrażliwości na temperaturę, delikatne klucie, drętwienie kończyn, naprzemienne odczuwanie zimna lub gorąca oraz pieczenie skóry. W cukrzycy typu 2 neuropata rozwija się stopniowo. Utrzymujący się nadmiar cukru w pierwszej kolejności systematycznie osłabia tempo przewodzenia bodźców [1, 24].

Podstawą leczenia neuropatii czuciowej jest unormowanie poziomu glukozy we krwi. Intensywna insulinoterapia u chorych na cukrzycę typu 1 ma ogromny wpływ na zapobieganie degeneracji nerwów obwodowych. W cukrzycy typu 2 podobne efekty można osiągnąć, systematycznie kontrolując poziom cukru we krwi [1, 24].

Neuropatia autonomiczna jest rzadką, ale bardzo niebezpieczną postacią schorzenia, bo może paraliżować działanie niemal każdego układu w organizmie. Najczęściej jednak atakuje nerwy, które regulują ciśnienie tętnicze krwi, pocenie się, czynności pęcherza moczowego i jelit. Może być też przyczyną złego trawienia, biegunk, a nawet omdleń [25].

Jeśli uszkodzone zostały nerwy kontrolujące czynności przewodu pokarmowego, chory ma problemy z trawieniem. Gdy choroba zaatakuje przełyk, manifestuje się zaburzeniami połykania, uczuciem zatrzymywania się każdego kęsa w gardle. Jeśli dominuje

uszkodzenie unerwienia żołądka, mogą występować nudności, wymioty po posiłkach, zbyt szybkie odczuwanie sytości. Uszkodzenie nerwów może też wpływać na pracę pęcherzyka żółciowego. Wówczas choremu dokuczają wzdęcia po posiłkach, bóle nad pępkiem i po prawej stronie pod żebrami, które niekiedy przypominają ostre napady kolki żółciowej [24, 25].

Najbardziej dokuczliwym objawem neuropatii autonomicznej przewodu pokarmowego jest jednak nocna biegunka cukrzycowa. Gdy choroba się rozwinie, chory musi wstawać kilka razy w nocy. Ta postać biegunki nie daje bólu, ale bardzo utrudnia leczenie cukrzycy. Sprzyja bowiem występowaniu niedocukrzeń oraz niedożywieniu. U niektórych osób neuropatia może się objawiać zaparciami, które występując na zmianę z biegunką [1].

Chorym na neuropatię autonomiczną współczesna medycyna niewiele może zaproponować. Zaleca się leki zwalniające ruchy jelit, a także jedzenie często, ale małych ilości i dobrze rozdrobnionych pokarmów. Uszkodzenie nerwów kontrolujących pęcherz moczowy sprawia, że chory nie odczuwa parcia, a więc nie wie, kiedy jego pęcherz jest wypełniony. Nie ma na to medycznej rady. Jedynym zaleceniem jest regularne chodzenie do toalety [1, 24, 25].

Neuropatia ogniskowa atakuje nerwy w jednym lub kilku miejscach ciała. Schorzenie się rozwija, gdy naczynia odżywiające jeden lub grupę nerwów tracą drożność i dochodzi do powstania zakrzepu. Wówczas pojawia się nagły i silny ból, który mija dopiero po długim czasie, gdy sąsiedni nerw przejmie funkcje tego uszkodzonego. Jeśli nadmiar cukru we krwi uszkodzi nerwy w wielu miejscach, mogą się pojawić m.in. podwójne widzenie, opadanie stopy, bóle barków i kręgosłupa [1, 25].

Nefropatia cukrzycowa

Nadmiar cukru jest bardzo niebezpieczny dla nerek. Gdy zostaną uszkodzone kłębuszki nerkowe, nerki nie są w stanie filtrować krwi i może dojść do zatrucia organizmu. Proces chorobowy ten określa się mianem nefropatii cukrzycowej. Powikłanie występuje u około 35-50% chorych na cukrzycę typu 1 i u około 10-15% z cukrzycą typu 2 [1].

Do uszkodzenia nerek dochodzi w dwojaki sposób. U chorych na cukrzycę typu 1 zwiększa się we krwi stężenie hormonu wzrostu. Hormon ten podnosi ciśnienie wewnątrz naczyń krwionośnych znajdujących się w kłębuszkach nerwowych. Przy wysokim stężeniu glukozy powstają kolejne porcje hormonu i jeszcze bardziej podnosi się ciśnienie wewnątrz naczyń. To prowadzi do ich trwałego uszkodzenia. Uszkodzenia to blizny, które uniemożliwiają sprawne funkcjonowanie, czyli dobre filtrowanie krwi. Z kolei przy cukrzycy

typu 2 w kłębuszkach nerwowych wytwarzają się limfokiny, substancje hormonopochodne, które uczestniczą w procesie niszczenia tkanek [1, 26].

Pierwszym objawem powikłań jest niewielka ilość białka w moczu tzw. mikroalbuminuria. Jego obecność świadczy o tym, że nerki przestały sobie radzić z oczyszczaniem krwi z toksycznych produktów przemiany materii. Uchwycenie tego momentu, wpływa na zatrzymanie niekorzystnych procesów, a nawet ich odwrócenie. Problem pojawia się, gdy ilość białka w moczu przekracza 300 mg na dobę co oznacza białkomocz informujący o postępującej niewydolności nerek. Dochodzi do tego na skutek stopniowego niszczenia nefronów odpowiedzialnych za filtrację krwi [26].

Podstawą leczenia nefropatii jest przede wszystkim prawidłowe wyrównanie glikemii, obniżenie ciśnienia tętniczego, a także stężenia cholesterolu we krwi. Postępująca nefropatia cukrzycowa może doprowadzić do konieczności stosowania dializ, a niekiedy jedynym wyjściem jest przeszczep. Całkowite wyleczenie nefropatii na obecnym poziomie rozwoju medycyny nie jest jednak możliwe [1, 26].

Retinopatia cukrzycowa

W przebiegu cukrzycy może dojść do uszkodzenia siatkówki. Dawniej dotyczyło to prawie 80% osób z cukrzycą typu 1. Obecnie, ze względu na skuteczniejsze leczenie choroby, zmiany w siatkówce stwierdza się u 10-14% chorych na cukrzycę [1].

Cukrzycowa choroba oczu zwana inaczej retinopatią cukrzycową to przede wszystkim:

- cukrzycowy obrzęk plamki (DME), określany mianem makulopatii cukrzycowej;
- zwyrodnienie plamki związanej z wiekiem (AMD);
- zespół suchego oka;
- jaskra;
- zaćma [2].

Cukrzycowy obrzęk plamki jest przyczyną trwałego i poważnego upośledzenia wzroku. DME jest spowodowane zgromadzeniem się płynu w centralnej części siatkówki, czyli plamce. Powoduje to zmiany w najważniejszych dla widzenia rejonach oka związane z czytaniem, dostrzeganiem szczegółów i widzeniem kolorów.

Pierwszymi objawami DME jest m.in. pogorszenie ostrości wzroku, falowanie oraz łamanie się linii prostych oraz widzenie przed okiem różnych plam. Na DME są szczególnie narażeni chorzy z:

- długo trwającą lub niewyrównaną cukrzycą;
- wysokim lub skrajnie niskim poziomem cukru we krwi;
- nadciśnieniem tętniczym;
- zaburzeniami gospodarki tłuszczowej [2].

Do czynników ryzyka rozwoju DME należą także niewydolność nerek związana z cukrzycą oraz ciąża [1].

Zwyrodnienie plamki związanej z wiekiem występuje w obu oczach, ale stopień zaawansowania zmian jest zazwyczaj różny. AMD występuje w dwóch postaciach:

- suchej, która jest częstsza, ma łagodniejszy i powolny przebieg oraz w mniejszym stopniu upośledza widzenie;
- wysiękowej – rzadszej, ale charakteryzującej się szybszym postępowaniem [1, 27].

Zarówno w pierwszej, jak i drugiej odmianie retinopatii cukrzycowej, chory powinien kontrolować stężenie glukozy we krwi, ale także poziom cholesterolu i pozostałych lipidów. Powinien również mierzyć ciśnienie tętnicze i leczyć się, o ile wystąpią jakiegokolwiek nieprawidłowości w badaniach [1, 27].

Zespół stopy cukrzycowej

Zespół stopy cukrzycowej jest schorzeniem i powikłaniem cukrzycy, które dotyka 30-40% wszystkich diabetyków. Zespół stopy cukrzycowej powstaje, gdy w wyniku cukrzycy dojdzie do neuropatii i miażdżycy naczyń. Powikłanie to może kończyć się amputacją stopy bądź całej kończyny dolnej. Początek zespołu stopy cukrzycowej jest zarówno postępowaniem miażdżycy u cukrzyków powodującym uszkodzenia naczyń w kończynach dolnych. Dodatkowo początkiem zespołu stopy cukrzycowej jest neuropatia czuciowa, która osłabia przewodzenie bodźców i hamuje odczuwanie bólu w stopach [1, 28].

Kliniczny podział zespołu stopy cukrzycowej obejmuje:

- zespół stopy niedokrwiennej;
- zespół stopy neuropatycznej [2, 28].

Zespół stopy niedokrwiennej powstaje w wyniku pogorszenia ukrwienia w obrębie stopy. Cukrzyca w niezauważalny sposób uszkadza różnej wielkości naczynia tętnicze m.in. nóg.

W wyniku powolnego zarastania naczyń blaszką miażdżycową stają się one mniej elastyczne. U cukrzyka cząsteczki krwi łatwo zlepiają się ze sobą. W takiej sytuacji często dochodzi do powstania skrzeplin blokujących przepływ krwi przez żyły i tętnice. Wskutek tego stopy są źle ukrwione i niedotlenione. Rozwijającą się chorobę mogą zwiastować bolesne skurcze mięśni (najczęściej w nocy), mrowienie skóry oraz klucia. Powstałe rannym źle się goją i często dochodzi do zakażeń [1, 2, 28].

Przyczyną zespołu stopy neuropatycznej jest uszkodzenie obwodowego układu naczyniowego (OUN₁). Chory nie czuje dotyku, różnicy temperatur ani bólu, za to ma uczucie nieprzyjemnego mrowienia i pieczenia skóry. Upośledzenie gruczołów potowych sprzyja wysuszeniu i pękaniu skóry stóp i podudzi, która jest podatna na zakażenia. Niekorzystne zmiany zachodzą też w kościach, które systematycznie się odwapniają. Zanika również chrząstka stawowa. Proces może się toczyć w ukryciu do chwili, aż stopa ulegnie deformacji i pojawią się trudne do zlekceważenia problemy z chodzeniem [1, 2, 28].



Fotografia 3. Zespół stopy niedokrwiennej (Fotografia własna)



Fotografia 4. Zespół stopy neuropatycznej (Fotografia własna)

Chory na cukrzycę, aby nie dopuścić do powikłań związanych z zespołem stopy cukrzycowej powinien:

- codziennie starannie oglądać swoje stopy;
- zwracać uwagę na nagniotki, stwardnienia, stany zapalne, zadrapania oraz pęknięcia skóry na stopach;
- dbać, aby stopy były zawsze suche i czyste;
- zmieniać codzienne skarpety, rajstopy, pończochy;
- nosić miękkie, wygodne i dobrze dopasowane buty;
- zmieniać w domu obuwie na lżejsze;
- nie nosić skarpet z syntetycznych włókien, które utrudniają skórze oddychanie i nasilają pocenie;
- zainwestować w specjalne wkładki do butów;
- stosować pedikiur stóp;
- stosować maski pilingujące w postaci skarpetek nasączonych kwasami, które mocno złuszczały skórę, wygładzają i nawilżają;
- pielęgnować paznokcie u stóp, przycinać je na prosto [1, 29].

Leczenie zespołu stopy cukrzycowej jest trudne, długie i kosztowne. Należy je prowadzić w wyspecjalizowanych ośrodkach, pod opieką zespołu specjalistów tj. diabetologa, chirurga naczyniowego, rehabilitanta oraz dermatologa.

W terapii zaawansowanych przypadków stopy cukrzycowej stosuje się nowoczesne metody leczenia miejscowego owrzodzeń i ran np. pokrywa się skórę preparatami zawierającymi srebro. Skuteczna jest też terapia w tlenowej komorze hiperbarycznej [1, 28].

Niestety, rozwinięty zespół stopy cukrzycowej może prowadzić do amputacji. Polska jest w czołówce krajów Europy pod względem liczby takich zabiegów. Wciąż jest niewystarczająco dużo poradni zajmujących się tym schorzeniem. Często zdarza się więc, że choroba czyni spustoszenie, a diabeetyk już z poważnymi uszkodzeniami stopy, trafia na operację. Aby do tego nie dopuścić, należy odpowiednio pielęgnować stopy oraz utrzymywać prawidłowy poziom cukru we krwi, czyli przyjmować zalecone leki, stosować dietę i pamiętać o aktywności fizycznej [28].

PODSUMOWANIE

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną wywołaną brakiem lub nieprawidłowym wydzielaniem insuliny. Schorzenie to charakteryzuje się podwyższonym stężeniem glukozy we krwi, a także zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek. Powikłania cukrzycy są bardzo groźne i negatywnie wpływają na jakość życia osoby chorej. Dlatego każdy pacjent diabetologiczny powinien edukować się odnośnie stosowania samokontroli w cukrzycy oraz jej powikłań, aby wiedza chorych w tym zakresie była na poziomie bardzo dobrym, co pozwoliłoby na jeszcze większą redukcję powikłań cukrzycy.

PIŚMIENNICTWO

1. Stasiak B., Radecka I.: Cukrzyca. Wszystko co musisz wiedzieć, żeby planować zdrowe życie. Wydawnictwo Harde, Warszawa 2022.
2. Diabetologia Praktyczna. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych z cukrzycą 2021. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2021; 7(1): 7-10.
3. Gutowska I.: Charakterystyka cukrzycy jako jednostki chorobowej. [w:] Współczesne oblicza cukrzycy i jej leczenie. Gutowska I., Gawecki J. (red.). Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Szczecin 2020: 29-41.
4. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M., Kozłowska E.: Cukrzyca – klasyfikacja, patogeneza i obraz kliniczny choroby. [w:] Biomedyczny przegląd naukowy.

- Janiszewska M., Bilka S. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2016: 88-95.
5. Skupień J., Małecki M.: Rozbudowywanie podziału cukrzycy — nowe podtypy i możliwości lecznicze. *Diabetologia Praktyczna* 2007; 8(1): 1-12.
 6. Sieniawska J., Rębowicz K., Owsiak W., Beń-Skowronek I.: Cukrzyca podwójna – współistnienie cukrzycy typu 1 i typu 2. *Endokrynologia Pediatria* 2016; 15(3): 49-54.
 7. Ornat B.: Nowy rodzaj cukrzycy – cukrzyca typu 3. *Diabetologia Praktyczna* 2019; 5(8): 67-81.
 8. Dąbrowska L.: Współczesne leki przeciwcukrzycowe – omówienie z wyłączeniem insuliny, pochodnych sulfonilomocznika, biguanidu i α -glukozydazy. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2019.
 9. Drozd D.: Cukrzyca. Jak z nią żyć? Poradnik pacjenta. Wydawnictwo RM, Warszawa 2018.
 10. Otto-Buczowska E., Jarosz-Chobot P., Tucholski K.: Nowoczesne metody leczenia i monitorowania cukrzycy typu 1. *Endokrynologia Polska* 2008; 59(3): 246-253.
 11. Pasek I., Wiska L., Kopytko P., Banach B.: Leczenie otyłości u pacjentów z cukrzycą typu 2. *Farmakologia Polska* 2021; 77(7): 442-450.
 12. Koblik T.: Zdrowe żywienie w cukrzycy. Wydawnictwo Novo Nordisk, Warszawa 2018.
 13. Cichocka A.: Poradnik żywieniowy dla chorych na cukrzycę typu 2. Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2018.
 14. Medrela-Kuder E., Bis H.: Porównanie aktywności fizycznej i diety u kobiet i mężczyzn chorych na cukrzycę typu 2. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(49): 31-33.
 15. Watoła J., Kossobudzka M.: Jak dobrze żyć z cukrzycą. Siedem naturalnych praw. Wydawnictwo Agora, Warszawa 2018.
 16. Matej-Butrym A., Butrym M., Jaroszyński A.: Samoocena przestrzegania zaleceń lekarskich a gospodarka węglowodanowa u chorych na cukrzycę typu 2. *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17(2): 111-114.
 17. Benbenek-Kłupa T., Targońska-Piekutowska E.: Samokontrola w cukrzycy. [w:] *Pielęgniarstwo diabetologiczne*. Szewczyk A (red.). PZWL, Warszawa 2019: 117-135.
 18. Magiera J.: Samokontrola w cukrzycy. *Diabetyk* 2013; 2: 32-39.

19. Kowalska K.A.: Hipoglikemia. Jak postępować w cukrzycy? *Diabetologia Praktyczna* 2019; 9(5): 55-59.
20. Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B.: Leczenie ostrych stanów hiperglikemicznych — aktualne spojrzenie na stary problem. *Diabetologia Kliniczna* 2013; 2(3): 104-111.
21. Olszak C., Nowicka E., Herbut D.: Stany ostrego niedoboru insuliny – śpiączki hiperglikemiczne. [w:] *Pielęgniarstwo diabetologiczne*. Szewczyk A. (red.). PZWL, Warszawa 2019: 146-160.
22. Trojanowska-Grigoriew M., Majkowska L.: Cukrzycowa kwasica ketonowa bez hiperglikemii jako powikłanie stosowania inhibitorów SGLT2. *Diabetologia Praktyczna* 2016; 2(2): 76-83.
23. Grzelak J., Skwierawska M., Jarosz K.: Kwasica mleczanowa spowodowana metforminą - opis przypadku. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2019; 13(1): 48-51.
24. Szczyrba S., Kozera G., Bieniaszewski L., Nyka W.: Neuropatia cukrzycowa - patogeneza, rozpoznawanie, zapobieganie, leczenie. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2017; 4(5): 339-355.
25. Lipowska M.: Neuropatie w leczeniu cukrzycy. [w:] *Terapia w chorobach układu nerwowego*. Kozubski W. (red.). PZWL, Warszawa 2016: 308-310.
26. Pawlaczyk K., Oko A.: Cukrzycowa choroba nerek. [w:] *Choroby nerek. Kompendium*. Więcek A., Nieszporek T. (red.). PZWL, Warszawa 2019: 367-374.
27. Katra B.: Retinopatia cukrzycowa. *Medycyna Praktyczna* 2017; 1(7): 18-23.
28. Karnafel W.: Etiologia i czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej. [w:] *Zespół stopy cukrzycowej. Patogeneza, diagnostyka, klinika, leczenie*. Karnafel W. (red.). PZWL, Warszawa 2013: 9-15.
29. Kasprowicz M., Młynarczuk M.: Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej [w:] *Zespół stopy cukrzycowej. Patogeneza, diagnostyka, klinika, leczenie*. Karnafel W. (red.). PZWL, Warszawa 2013: 139-147.

**WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK
PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO-PRAWNE I
MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH**

Magdalena Selewonko^{1,2}, Marta Maksimczuk³, Grażyna Kobus²

*1/ - II Klinika Nefrologii z Oddziałem Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

*2/ - Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wydział Nauk o
Zdrowiu*

*3/ - Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, Katedra Finansów Publicznych i Prawa
Finansowego*

WSTĘP

W zawodach polegających na pracy z ludźmi (m.in. pielęgniarka, lekarz, nauczyciel), konsekwencją długotrwałego stresu i nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi jest zespół wypalenia zawodowego. Jest to poważny problem indywidualny i społeczny. Wypalenie zawodowe diagnozujemy wtedy, gdy dana osoba przestaje czerpać satysfakcję oraz odczuwaną niegdyś przyjemność z wykonywanej pracy, czuje się przepracowana i zmęczona. O powszechności tego zjawiska oraz o istotności jego konsekwencji świadczy zainteresowanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) tym zagadnieniem. Pod koniec maja bieżącego roku WHO opublikowało informację, że wypalenie zawodowe zostało umieszczone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11. Syndrom wypalenia zawodowego znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 pod kodem Z73.0 [1, 2].

Wypalenie zawodowe z nierozwiązywalnego, długotrwałego stresu zawodowego zostało po raz pierwszy opisane w 1974 r. przez Freudenbergera, amerykańskiego psychiatrę [3]. Zespół wypalenia jest coraz bardziej rozpoznawalny wśród pracowników służby zdrowia, a Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej szacuje, że wypalenie może dotyczyć 10-70% pielęgniarek i 30-50% lekarzy, pielęgniarek i asystentów lekarzy [4]. Pielęgniarki należały do grupy zawodowej, która od początku znajdowała się w centrum zainteresowania badaczy.

Wykonując czynności zawodowe, pielęgniarki są w stałym kontakcie z oczekującymi pomocy ludźmi. Problemy pacjentów niejednokrotnie powodują u nich obciążenia psychiczne i emocjonalne. Niższy w stosunku do nakładów pracy i wysiłków prestiż społeczny wykonywanej pracy, niskie płace, brak szacunku ze strony pacjentów oraz współpracowników stanowią czynniki przyczyniające się do narastania rozczarowania, frustracji, a także negatywnych emocji w środowisku pielęgniarskim. Do tych obciążeń zawodowych często dołączają się: przewlekły stres, błędy organizacyjne, trudne warunki pracy, które w efekcie mogą z czasem powodować zespół objawów charakterystycznych dla syndromu wypalenia zawodowego. Niesie on ze sobą szereg niebezpieczeństw, wśród których wyróżniono te, związane ze sferą fizyczną, psychiczną, emocjonalną, rodzinną i zawodową. Straty systemu opieki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych związane z wypaleniem zawodowym, pracujących tam lekarzy wynoszą aż 17 miliardów rocznie. [5] Ponadto, wypalenie zawodowe jest jednym z najważniejszych predyktorów zwiększonego ryzyka wypadków przy pracy, jest związane z gorszymi wynikami bezpieczeństwa pacjentów i zwiększonymi błędami medycznymi [6].

Wypalenie zawodowe pielęgniarek w ujęciu prawnym

Normy prawne regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarki określone są między innymi w Ustawie o zawodach pielęgniarek i położnej [7] oraz w innych aktach prawnych różnego szczebla. Jednak Ustawa o zawodzie pielęgniarek i położnych stanowi swoisty fundament prawny, który pozwala na zdefiniowanie statusu i miejsca pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia oraz cech szczególnych zawodu wykonywanego w badanej grupie pielęgniarek dializacyjnych mający pośredni lub bezpośredni wpływ na skalę zjawiska wypalenia zawodowego wśród badanej grupy.

Ustawa o zawodzie pielęgniarek i położnych stanowi zbiór wiążących zasad mających zastosowanie do wszystkich osób wykonujących zawód pielęgniarek, w tym pielęgniarek pracujących w ośrodkach dializ, szpitalnych oddziałach ratunkowych, zespołach ratownictwa medycznego oraz w innych jednostkach. Polski system prawny umożliwia wykonywanie zawodu pielęgniarki w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz w ramach wolontariatu [8]. Umowa o pracę stanowi przeważającą formę zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych, w tym w ośrodkach dializ. Podstawą wykonywania zawodu pielęgniarki może być także umowa cywilnoprawna, zawierana z pielęgniarką jako osobą fizyczną, niebędącą przedsiębiorcą. Pielęgniarki zatrudniane na umowę o pracę (na czas nieokreślony) mogą wykazywać wyższą jakość życia i poczucie

bezpieczeństwa ze względu na stosunkową stałość zatrudnienia. Stabilizacja i warunki pracy oraz płacy, które są regulowane przede wszystkim przepisami „branżowymi” oraz przepisami kodeksu pracy są dziś elementarną podstawą prawną, która ma chronić także przed skutkami wypalenia zawodowego.

Praca pielęgniarki dializacyjnej jest pracą bardzo specyficzną. Pielęgniarka dializacyjna spotyka się średnio 3 razy w tygodniu z tymi samymi pacjentami. Dla porównania, pielęgniarka z innego oddziału, jak Szpitalny Oddział Ratunkowy czy oddział internistyczny, spotyka swojego każdego pacjenta najczęściej raz w życiu- od momentu przyjęcia do momentu wypisu ze szpitala. Pielęgniarka dializacyjna spędza bardzo dużo czasu ze swoimi pacjentami- nie da się ukryć, że sprzyja to tworzeniu się więzi między pielęgniarką, a pacjentami. Praca ta jest wszechstronna, do zadań pielęgniarki należy: przygotowanie stanowiska do zabiegu dializy, sztucznej nerki oraz zestawu do połączenia zabiegu hemodializy, podłączenie pacjenta, stały nadzór nad przebiegiem zabiegu, pielęgnacja dostępu naczyniowego, zapobieganie zakażeniom w ośrodku dializ oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjenta w zakresie jego deficytów. Całkiem odmienne są zadania pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem leczonym za pomocą dializ otrzewnowych. Rola pielęgniarki opiera się wtedy głównie na edukacji w zakresie: zasad profilaktyki powikłań infekcyjnych, objawów zapalenia ujścia lub tunelu cewnika, objawów dializacyjnego zapalenia otrzewnej, procedury postępowania w przypadku wystąpienia objawów zakażenia, zasad samodzielnego wykonywania wymian czy zasad diety chorych w niewydolnościach nerek leczonych otrzewnowo. Pielęgniarka dializacyjna powinna znać techniki dializacyjne i procedury postępowania na tyle dobrze, by nie rzutowało to na bezpieczeństwo pacjentów, mimo pracy w ciągłym pośpiechu [9,10]. Pielęgniarki są jednym z najsłabiej opłacalnych zawodów w Polsce, co może prowadzić do rozwoju wypalenia zawodowego w tej grupie. Najczęściej badanymi pod kątem wypalenia zawodowego grupami środowiska medycznego są: osoby pracujące na szpitalnych Oddziałach Ratownictwa, osoby pracujące w Zespołach Ratownictwa Medycznego oraz osoby pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii. Mało zaś istnieje badań mówiących o specyfice oraz zjawisku wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w ośrodkach dializ. Ostatnio opublikowana w Polsce praca o tej tematyce ukazała się w 2007 roku.

CEL PRACY

W związku z powyższym celem tego badania było określenie rozpowszechnienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w Ośrodkach Dializ.

Sformułowaliśmy następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest rzeczywista częstość występowania wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w Ośrodkach Dializ?
2. Jaka jest satysfakcja życiowa badanych pielęgniarek?
3. Jakie są korelacje między satysfakcją życiową, a występowaniem wypalenia zawodowego w grupie badanych pielęgniarek?
4. Jakie są korelacje między wybranymi cechami społeczno-demograficznymi, a występowaniem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek dializacyjnych?

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 125 pielęgniarek i pielęgniarzy w wieku od 23 do 62 lat, pracujących w ośmiu ośrodkach dializ znajdujących się na terenie północno-wschodniej części Polski.

W trakcie badania rozdano 160 ankiet. Zwrotność wynosiła 78%. Badanie przeprowadzono od marca do maja 2018 r. Badania były zgodne z wytycznymi Dobrej Praktyki Klinicznej, a procedury były zgodne z Deklaracją Helsińską z 1975 r., zrewidowaną w 2000 r. (dotyczącą zasad etycznych badań medycznych z udziałem ludzi i zakazujących podanie nazwiska pacjenta, inicjałów lub numeru dowodu szpitalnego) oraz standardów etycznych instytucjonalnej komisji ds. eksperymentów na ludziach (statut Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr RI-002/191/2018). Członkowie zespołu badawczego przekazali potencjalnym uczestnikom pisemne i ustne informacje o badaniu. Ankietowani 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. W badaniu uczestniczyły pielęgniarki, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie badań.

Badania przeprowadzane były metodą sondażu diagnostycznego za pomocą ankiety, w której umieszczono kilka narzędzi badawczych.

Kwestionariusz MBI (Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach). Kwestionariusz MBI obejmuje 22 pytania, za pomocą których możliwe staje się zmierzenie wypalenia zawodowego w trzech komponentach (wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz poczucia własnych dokonań). Wysoki poziom wypalenia zawodowego stwierdza się wtedy, gdy pracownik uzyskuje wysokie wyniki w skali wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji i niskie w skali obniżenia poczucia własnych dokonań.

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH
DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO-PRAWNE I MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ
EMPIRYCZNYCH

Kwestionariusz SWLS (Skala Satysfakcji z Życia) oraz kwestionariusz konstrukcji własnej do analizy danych socjodemograficznych

Zebrane dane poddano analizie statystycznej celem oceny częstości występowania wypalenia zawodowego oraz oceny satysfakcji z życia pielęgniarek pracujących w ośrodkach dializ na terenie województwa podlaskiego i warmińsko-mazurskiego.

WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 125 osób personelu pielęgniarskiego, pracujących w ośrodkach dializ. Kobiety stanowiły 98.4 % badanych, mężczyźni- 1.6%. Średni wiek osób badanych wynosił 47 ± 10 lat. Najmłodsza osoba miała 23 lata, zaś najstarsza- 62. Warto zwrócić uwagę na fakt, że aż 57.6% ankietowanych przekroczyła 47 rok życia.

W mieście mieszkało 86.4% badanych, na wsi -13.6%. Samotnie mieszkało 16.8% badanych, z rodziną- 83.2%. Osoby w związku małżeńskim stanowiły największy odsetek (76%), stanu wolnego był co piąty badany, a 4% osób to wdowcy/wdowy. Przeważały osoby mające dwojkę dzieci (45.6%), osoby bezdzietne stanowiły 15.2% populacji badanej.

Średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki wśród badanych wynosił 24.8 ± 11.27 lat. Większość respondentów (68%) miała wykształcenie wyższe, co może być podyktowane tym, iż obecnie w Polsce kształceniem pielęgniarek zajmują się tylko szkoły wyższe. 83.2% ankietowanych pracowało w placówce publicznej, zaś 16.8% badanych pracowało w prywatnych placówkach korporacyjnych. Tab.1.

Tabela1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienna	n	%
Sex		
women	123	98.4
men	2	1.6
Age		
Do 30 years	14	11.2
31-50 years	55	44
Powyżej 50 years	56	44.8
Miejsce zamieszkania		
Miasto	108	86.4
Wieś	17	13.6
Sposób zamieszkiwania		
Mieszkanie samotnie	21	16.8
Mieszkanie z bliskimi	104	83.2
Marital status		
Married	95	76
Single	25	20

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH
DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO-PRAWNE I MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ
EMPIRYCZNYCH

Widowed	5	4
Wykształcenie		
Liceum medyczne/studium zawodowe	40	32
Studia wyższe	85	68
Dzieci		
Brak dzieci	19	15.2
Jedno dziecko	28	22.4
Dwójka dzieci	57	45.6
Trójka dzieci i więcej	21	16.8
Rodzaj placówki		
Placówka prywatna	17	13.6
Placówka publiczna	108	86.4

WYPALENIE ZAWODOWE W GRUPIE BADANYCH

Tabela 2 przedstawia średnie wartości dla trzech komponentów wypalenia zawodowego dla całej grupy badanej. Warto zauważyć, że średnia wartość w komponentcie wyczerpania emocjonalnego (17.93 ± 10.66) wskazywała na średni poziom wypalenia zawodowego, w komponentcie depersonalizacji (6.6 ± 5.27) na niski poziom wypalenia zawodowego, zaś w komponentcie poczucia własnych dokonań (30.1 ± 8.35) średni uzyskany wynik wskazywał na wysokie wypalenie zawodowe.

Do analizy wyników posłużono się poziomami referencyjnymi nasilenia wypalenia zawodowego według Kwestionariusza Występowania Wypalenia Zawodowego MBI, dostępnymi w literaturze [20].

Tabela 2. Średnie wartości trzech komponentów wypalenia zawodowego

Komponent MBI	Wartość średnia	min	max
Wyczerpanie emocjonalne	17.93 ± 10.66	2	52
Depersonalizacja	6.6 ± 5.27	0	24
Poczucie dokonań	30.1 ± 8.35	7	46

W tabeli 3 przedstawiono statystyki poziomu wypalenia zawodowego w trzech komponentach (wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, poczucie własnych dokonań).

Większość pielęgniarek charakteryzowała się: niskim poziomem wypalenia zawodowego w skali wyczerpania emocjonalnego (53,6% ankietowanych), niskim poziomem wypalenia zawodowego w skali depersonalizacji (59,2% ankietowanych) oraz wysokim w skali poczucia własnych dokonań (52,80%).

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH
DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO-PRAWNE I MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ
EMPIRYCZNYCH

Tabela 3. Statystyki opisowe poziomu wypalenia zawodowego

Poziom MBI	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Poczucie dokonań
Niski	53.60%	59.20%	15.20%
Średni	24.80%	26.40%	32.00%
Wysoki	21.60%	14.40%	52.80%
Razem	100.00%	100.00%	100.00%

WPLYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA WYPALENIE ZAWODOWE

Jednym z celów badania była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na częstość występowania wypalenia zawodowego.

Tabela 4 przedstawia korelację między wybranymi czynnikami socjodemograficznymi, a wypaleniem zawodowym. W badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między stanem cywilnym, miejsca zamieszkania, liczbą domowników, liczbą dzieci oraz wykształceniem.

Tabela 4. Wybrane czynniki socjodemograficzne, a wypalenie zawodowe

Zmienna	Globalny wskaźnik wypalenia zawodowego			Istotność statystyczna
	Niski	Średni	Wysoki	
Stan Cywilny Panna/Kawaler Zamężna/Żonaty Wdowa/Wdowiec	2.4% 9.6% 0%	12% 42.4% 3.2%	5.6% 24% 0.8%	p=0.8416
Miejsce zamieszkania Wieś Miasto	2.4% 19.6%	7.2% 50.4%	4% 26.4%	p=0.7396
Z kim mieszka Samotnie Z bliskimi	1.6% 10.4%	8.8% 48.8%	6.4% 24%	p=0.6907
Liczba dzieci 0 1 2 3 i więcej	2.4% 3.2% 4.8% 1.6%	8.8% 12.8% 28% 8%	4% 6.4% 12.8% 7.2%	p=0.8821
Wykształcenie Zawodowe Licencjackie	3.2% 4%	16.8% 24%	12% 12%	p=0.6166

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD POLSKICH PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W OŚRODKACH
DIALIZ - ASPEKTY SPOŁECZNO-PRAWNE I MEDYCZNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADAŃ
EMPIRYCZNYCH

Magisterskie	4.8%	16.8%	6.4%	

Tabela 5 przedstawia analizę korelacji między wiekiem respondentów oraz stażem pracy, a poziomem wypalenia zawodowego. W badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic, między osobami w różnym wieku i o różnym stażu pracy.

Tabela 5. Wiek i staż pracy, a wypalenie zawodowe

Zmienna	Globalny wskaźnik wypalenia zawodowego						P
	Niski		Średni		Wysoki		
	%	Średnia	%	Średnia	%	Średnia	
Wiek	12	48.47±10	57.6%	46.58±10.29	30.4%	47.76±9.8	p=0.7049
Staż pracy	12	26.9±10.4	57.6%	23.78±11.76	30.4%	25.89±10.71	p=0.4849

SATYSFAKCJA ŻYCIOWA, A WYPALENIE ZAWODOWE

W trakcie badania poddano także analizie satysfakcję życiową pielęgniarek, zastosowawszy kwestionariusz SWLS oraz zależność między satysfakcją życiową, a występowaniem wypalenia zawodowego w grupie badanych. Średni wynik w skali SWLS badanych pielęgniarek wynosił 20.60± SD 5.69, najniższy- jedynie 5, a najwyższy- 35.

Tabela 6 przedstawia korelację między wynikami SWLS, uzyskanymi przez respondentów i pogrupowanymi w charakterze formalno logicznym, a występowaniem wypalenia zawodowego.

Tabela 6. Satysfakcja życiowa, a wypalenie zawodowe

Satysfakcja życiowa (SWLS)	Globalny wskaźnik wypalenia zawodowego				
	Niski	Średni	Wysoki	Razem	p
-2.5<x≤12.5	1.6%	2.4%	4.8%	8.8%	0.1055
12.5<x≤27.5	8.0%	50.4%	24.0%	82.4%	
27.5<x≤42.5	2.4%	4.8%	1.6%	8.8%	

W badanej grupie nie zaobserwowano związku, między satysfakcją życiową, a poziomem wypalenia zawodowego na poziomie istotności 5%.

DYSKUSJA

Zjawisko określane jako zespół wypalenia zawodowego opisywane jest w literaturze medycznej od ponad dwudziestu lat. Dotyczy ono przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach wymagających emocjonalnego i bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem [4]. Zmiany, jakim podlega społeczeństwo, szybki rozwój techniki i wciąż rosnące wymagania oraz zawrotne tempo pracy sprawiają, że pracownicy bywają coraz bardziej narażeni na stres zawodowy, a co za tym idzie również wypalenie zawodowe.

Uzyskane wyniki dowodzą, że badane pielęgniarki pracujące w ośrodkach dializ używały najwięcej wyników świadczących o niskim poziomie wyczerpania emocjonalnego (53,6% respondentów), niskim poziomie depersonalizacji (59,2% respondentów) oraz wysokim poziomem wypalenia zawodowego w komponencie poczucia własnych dokonań (52,8% badanych). Potwierdzają to także średnie wartości uzyskane w trzech komponentach. Średni wynik 30.1 punktów w skali poczucia własnych dokonań świadczy o wysokim wypaleniu zawodowym.

Badane pielęgniarki pracujące na stacji dializ w skali wyczerpania emocjonalnego osiągnęły wyniki podobne jak pielęgniarki z oddziałów zabiegowych, zachowawczych i przychodni, bowiem średni wynik w skali wyczerpania emocjonalnego w trzech tych grupach wskazywał na średni poziom wypalenia zawodowego [11]. Także średnia wyniku w skali wyczerpania emocjonalnego uzyskana przez pielęgniarki i pielęgniarzy z oddziałów szpitalnych i przychodni, przebadanych w 2012-2013 roku [12] oraz średnia wyników pielęgniarek z interny, intensywnej terapii, chirurgii i POZ, przebadanych w 2013 na terenie Krakowa [13], wskazywały iż najczęściej pielęgniarki uzyskują średni wynik w skali wyczerpania emocjonalnego. Wyniki badań własnych były także zbieżne z wynikami uzyskanymi w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych, okulistyki, interny i intensywnej terapii, jednak najbardziej zbliżony wynik uzyskały pielęgniarki z chirurgii (17.6 ± 8.8) [14]. Zaskakujący jest również fakt, iż otrzymany średni wynik przez badane pielęgniarki był niższy niż wynik uzyskany przez lekarzy, pielęgniarki oraz ratowników medycznych z zespołów ratownictwa medycznego [15].

W skali depersonalizacji uzyskany przez pielęgniarki dializacyjne średni wynik był niemal identyczny, jak średni wynik pielęgniarek z oddziału zabiegowego (odpowiednio 6.6 ± 5.27 oraz 6.62 ± 5.55), co wynika oczywiście z charakteru pracy w Ośrodkach Dializ - najłatwiej tę pracę scharakteryzować jako pracę zabiegową. Uzyskane wyniki świadczą o niskim wypaleniu zawodowym. Zaskakujący jest jednak fakt, że poziom wypalenia zawodowego w komponencie depersonalizacji, można porównać również z poziomem

wypalenia pielęgniarek z oddziału intensywnej terapii. Te uzyskały średnio 6.5 ± 5.9 punktów [12]. Uzyskane wyniki w podskali depersonalizacji znacząco różniły się tylko z wynikami uzyskanymi przez członków zespołu ratownictwa medycznego. Ta grupa otrzymała średnio 12.2 punktów dla depersonalizacji, co jest wynikiem niemalże na pograniczu wyniku średniego i wysokiego [13].

Wyniki aż 52,8% respondentek wskazywały na wysoki wynik poczucia braku osobistych osiągnięć. Średni uzyskany wynik przez badane pielęgniarki również świadczył o wysokim wypaleniu zawodowym w tym komponencie (30.1 ± 8.35). Taki sam wynik uzyskała grupa pielęgniarek z oddziałów zachowawczych w badaniu przeprowadzonym w 2011 roku [12]. Wysokie wypalenie zawodowe w podskali poczucia braku osobistych osiągnięć wykazywały także pielęgniarki z okulistyki, intensywnej terapii, interny, chirurgii oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej [12]. Ponownie, zaskakujący wynik osiągnęli członkowie personelu zespołów ratownictwa medycznego, którzy otrzymali średni wynik 38.9 ± 8.9 w skali poczucia własnych dokonań, który wskazuje na niskie wypalenie zawodowe w tym komponencie i stanowi jednocześnie najwyższy uzyskany w tej podskali analizowany wynik [13]. Można to interpretować jednoznacznie: członkowie zespołów ratownictwa medycznego pracują pod dużą presją czasu i w ciągłym stresie, ale otrzymują informację zwrotną od pacjentów, czego nie doświadczają pielęgniarki z, na przykład, oddziałów intensywnej opieki. Te natomiast przez tygodnie, a nawet miesiące, nie widzą efektów swojej pracy w postaci poprawy zdrowia pacjentów.

Taka analiza dokładnie wskazuje na to, że dla różnych oddziałów o odległej od siebie specyfice, wartości wypalenia zawodowego mogą być podobne. Wynika to z tego, że w każdej placówce mamy do czynienia z innymi, specyficznymi dla niej predyktorami zjawiska wypalenia. Jasne wydają się być obciążenia wynikające z pracy na oddziałach takich jak onkologia, psychiatria, opieka paliatywna czy szpitalne oddziały ratunkowe. Mamy tam do czynienia z ciągłym kontaktem ze śmiercią, brakiem współpracy ze strony pacjenta czy pracą w ciągłym pośpiechu i agresją, jak w przypadku pracy na oddziałach ratunkowych. Jednakże wyniki wykazały, że również pracownicy stacji dializ otrzymują podobne wyniki w podskali wyczerpania emocjonalnego jak pracownicy zespołów ratownictwa medycznego. Mimo iż pielęgniarki dializacyjne nie mają aż tak często do czynienia z agresywnym pacjentem, a na stacji dializ rzadziej przytrafiają się zdarzenia bezpośrednio zagrażające życiu pacjenta, to w pracy pielęgniarki dializacyjnej istnieją inne obciążenia. Są nimi nadmiar dokumentacji, wysokie ryzyko zakażenia wirusami krwiopochodnymi, wymuszona pozycja ciała oraz stały kontakt z tymi samymi pacjentami. Poza tym, na rozwój wypalenia

zawodowego wpływają też te czynniki, które są uniwersalne dla każdego oddziału jak: klimat organizacyjny placówki, braki kadrowe, niskie płace czy praca w zmianach.

Do najczęściej analizowanych czynników niemodyfikowalnych predysponujących do wypalenia zawodowego należy wiek, a co za nim idzie- staż pracy. Analizując piśmiennictwo oraz wynik badań własnych nie można stwierdzić jednoznacznie, że istnieje korelacja między wiekiem i stażem pracy pielęgniarek, ponieważ wyniki są rozbieżne w różnych środowiskach. W badaniach własnych nie było żadnych statystycznie istotnych związków między wiekiem badanych a poziomem wskaźników wypalenia zawodowego ($p > 0,05$). Analizując badania przeprowadzone przez innych badaczy, to z badania Szaton i Harazin przeprowadzonego w grupie ratowników medycznych, wynika, że emocjonalne wyczerpanie dodatnio korelowało z wiekiem oraz stażem pracy [15]. Również w badaniu Marcysiak i współautorów wynika, że osoby z większym stażem pracy uzyskiwały wyższe wyniki w tej samej podskali [12]. W badaniu Cipory i wsp. również zauważono, że poziom wypalenia zawodowego wzrastał wraz ze stażem pracy respondentek, szczególnie w zakresie ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego [16]. Do podobnych wniosków doszły w swojej pracy Ogińska i Żuralska, według których najwięcej badanych charakteryzujących się wysokim wypaleniem zawodowym było w grupie osób ze stażem pracy ponad dwudziestu lat [17]. Haor zauważyła, że gotowość do poświęcenia swoich sił w wykonywanie obowiązków zawodowych maleje wraz z wiekiem badanych. Zadowolenie z życia pielęgniarek, według powyższego badania, istotnie maleje wraz z zaawansowaniem stażu pracy. Najniższym zadowoleniem z życia cechowały się badane przez nią pielęgniarki, które przepracowały w zawodzie więcej niż 30 lat [18]. Wręcz przeciwnie wnioski otrzymała Bielan i wsp.- udowodniła, że im mniejszy staż pracy, tym odczuwane wyczerpanie wzrasta [19].

W badaniu własnym nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między płcią, a występowaniem wypalenia zawodowego. Podobnie, istotnej statystycznie różnicy nie stwierdzili Marcysiak i współautorzy [12]. Dopiero badanie członków zespołów ratownictwa medycznego wykazało, że średnie wartości emocjonalnego wyczerpania były nieznacznie większe dla kobiet niż dla mężczyzn. Warto jednak podkreślić, że w tej grupie badanej większość populacji respondentów stanowili mężczyźni, przy czym w badaniu własnym stanowili oni tylko 1.6% badanej populacji.

W badaniach własnych nie zaobserwowano istotnego statystycznie wpływu posiadanego wykształcenia na występowanie wypalenia zawodowego, podobnie jak w badaniu członków ZRM [15], jednak literatura licznie wskazuje na to, iż wysokie wykształcenie jest czynnikiem protekcyjnym przed wystąpieniem wypalenia zawodowego. W

badaniu Cipory i wsp. wykazano, że najniższy wskaźnik wypalenia zawodowego dotyczył pielęgniarek z wykształceniem wyższym magisterskim, lecz jednocześnie ta sama grupa uzyskała najwyższe wyniki w skali depersonalizacji [16]. Inne badania wskazywały również, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał poziom poczucia osiągnięć [19]. Do wystąpienia wypalenia zawodowego niewątpliwie przyczynia się brak wykształcenia, rezygnacja z dalszych szkoleń i stałego kształcenia się, ponieważ pracownik nieposiadający odpowiedniego stanu wiedzy, jest pracownikiem niekompetentnym, nieradzącym sobie ze swoimi obowiązkami zawodowymi oraz stresem z tego wynikającym. Konieczne wydaje się być prowadzenie dalszych badań nad związkiem wypalenia zawodowego z wykształceniem, uwzględniając szkolenie podyplomowe (to znaczy- kursy kwalifikacyjne oraz kursy specjalizacyjne).

Badania przeprowadzone na grupie pielęgniarek i położnych wykazały, że jakość życia badana za pomocą kwestionariusza SWLS istotnie wpływa na każdą z podskal wypalenia zawodowego. Im większa była jakość życia, tym mniejsze było wypalenie zawodowe. Niestety, nie potwierdziły tego wyniki badań własnych.

Zespół wypalenia zawodowego stanowi współcześnie istotny problem społeczny, który powinien być na bieżąco monitorowany i objęty odpowiednią profilaktyką i leczeniem. Pomimo wagi i znaczenia problemów wypalenia zawodowego w polskim ustawodawstwie, nie istnieje kompleksowa regulacja prawna omawianego zagadnienia. Pomimo umieszczenia problemu wypalenia zawodowego przez WHO w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10/ICD-11 oraz coraz częstszego występowania tego zjawiska, polski ustawodawca nie wskazuje jego jednoznacznej definicji legalnej.

Z uwagi na fakt, że praca pielęgniarki charakteryzuje się wieloma czynnikami szczególnie obciążającymi, takimi jak na przykład, odpowiedzialność za życie ludzkie. Wypalenie zawodowe pielęgniarek jest wynikiem ich długotrwałego i silnego stresu w miejscu pracy, co stanowi poważny problem społeczny jak i prawny. Na świecie i w Polsce opracowywane są programy edukacyjne dotyczące wypalenia oraz warsztaty rozpoznawania jego objawów i radzenia sobie z tym zjawiskiem. Środowisko pielęgniarek dializacyjnych niewątpliwie wymaga szerszych badań w tematyce wypalenia zawodowego, obejmujących nie tylko polskie pielęgniarki, ale też pielęgniarki dializacyjne w innych krajach świata. Zwiększanie kwalifikacji i optymalna organizacja pracy mają pozytywny wpływ na zmniejszenie wypalenia zawodowego w odniesieniu do poczucia własnych dokonań i satysfakcji życiowej.

PODSUMOWANIE

Badanie własne i analiza piśmiennictwa wykazała, że pielęgniarki pracujące w ośrodku dializ, charakteryzują się niskim oraz średnim poziomem wypalenia w podskalach wyczerpania emocjonalnego oraz wysokim poziomem wypalenia w podskali poczucia osobistych osiągnięć. W wielu aspektach wyniki uzyskane przez badane pielęgniarki przypominały wyniki uzyskane przez pielęgniarki z oddziałów zabiegowych (chirurgii). Przyczyny można dopatrywać się w dość podobnej specyfice pracy dla obu grup. Analiza poszczególnych danych socjodemograficznych, nie wykazała żadnych korelacji pomiędzy nimi, a wypaleniem zawodowym na poziomie tendencji statystycznej, co różni się z wynikami uzyskanymi przez innych autorów i jest zależne od charakterystyki grupy badanej.

PIŚMIENNICTWO

1. Profil World Health Organization (WHO) na dominie Twitter, 2019 (online). Dostępne: <https://twitter.com/WHO/status/1133456551275094017>. Pobrane: 30.07.2022r.
2. International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10 Version 2016, WHO (online). Dostępne: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/Z73.0>. Pobrane 30.07.2022r..
3. Freudenberg H. J.: Staff Burn-Out. Journal of Social Issues 1974; 30(1): 1-7
4. Bridgeman Barna P.J Bridgeman M. , Barone J Burnout syndrome among healthcare professionals American Journal of Health-System Pharmacy 2018;75(3):147-152. doi: 10.2146/ajhp170460
5. Kowalczyk M.: Wypalenie zawodowe- mit czy rzeczywistość? Praktyka Lekarska 2019: 48-49.
6. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Annals of Surgery Open 2010; 251:995-1000.
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarek i położnej (Dz. U. t.j. Nr 174 poz. 1039).
8. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek (Dz. U. t.j. Nr 174 poz. 1038).
9. Rodak S.: Nasza codzienność- dializa widziana oczami pielęgniarki dializacyjnej. Forum Nefrologiczne 2013; 6(3): 186-194

10. Stolarczyk A., Białobrzaska B.: Zakażenia w dializie otrzewnowej- rola pielęgniarki w profilaktyce. Forum Nefrologiczne 2009; 2(2): 130-136.
11. Kurowska K., Zuza-Witkowska A.: Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. Nowiny Lekarskie 2011; 80(4): 277–282
12. Marcysiak M., Dąbrowska O., Marcysiak M.: Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22(3): 312-318.
13. Dębska G., Pasek M., Wilczek-Rużyczka E.: Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. Hygeia Public Health 2014; 49(1): 113-119
14. Morawska-Jóźwiak B., Olejniczak P., Rasmus P.: Wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach szpitalnych. Pielęgniarstwo Polskie 2016;61(3): 17-323.
15. Szaton M., Harazin B.: Wypalenie zawodowe w wybranych zespołach ratownictwa medycznego w województwie śląskim. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2013; 67(1): 28–32.
16. Cipora E., Smoleń E., Gazdowicz L., Maliwiecka T., Poźniak E.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej- badania wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2014;22(3): 252-257.
17. Ogińska J., Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18(4): 435-442.
18. Haor B., Głowacka M., Ślusarz R., Piotrkowska A.: Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22(2): 142-146.
19. Bielan O., Kurnatowska O., Kurnatowska A.J.: Wypalenie zawodowe wśród studiujących pielęgniarek. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2011; 11(3): 175-182.

KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU- WYBRANE ASPEKTY MEDYCZNE

Magdalena Mróz¹, Barbara Jankowiak²

1/ - Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) to choroba zakaźna, która jest wywoływana przez wirus kleszczowego zapalenia mózgu z rodziny Flaviviridae. Wirusy KZM należą również do arbowirusów zaliczających się do grupy wirusów przenoszonych przez stawonogi. Charakterystyczną cechą chorób przenoszonych przez kleszcze jest ich naturalna ogniskowość, przez co mówi się o nich jako o „chorobach miejsca”. Typowym dla Polski biotopem, w którym żyją kleszcze są: las liściasty, miejsce, gdzie las przekształca się w wysokie krzewy oraz trawy. W klasyfikacji wyróżnia się trzy podtypy wirusa: europejski przenoszony głównie przez *I. ricinus* oraz dalekowschodni i syberyjski, za których przenoszenie odpowiada *I. persulcatus*. Wszystkie podtypy są podobne pod względem filogenetycznym i antygenowym, natomiast przebieg zakażenia ukazuje zróżnicowanie obrazu klinicznego. Podtyp dalekowschodni zwykle daje postać ostrą choroby i od 5% do 35% przypadków śmiertelnych. Podtyp syberyjski o łagodniejszym przebiegu charakteryzuje mniejsza umieralność (1- 3%), ale również tendencja do powstania zakażenia przewlekłego. Zakażenie podtypem europejskim przebiega głównie bezobjawowo, natomiast w sytuacji wystąpienia postaci objawowej przebieg jest dwufazowy kończący się zgonem u 1-2% pacjentów [1, 2].

Zakażenie KZM najczęściej spowodowane jest przez pokłucie kleszcza *Ixodidae*, na którego gruczołach ślinowych znajduje się wirus lub wtarciem odchodów zakażonego kleszcza. Znacznie rzadziej do zakażenia dochodzi drogą pokarmową- spożycie surowego mleka od zakażonych zwierząt (krowy, kozy, owce), drogą transfuzji zakażonej krwi czy też drogą inhalacyjną, gdy jest wykonywana praca z zakaźnym materiałem. Szacunkowo 3- 15% kleszczy może być zakażona wirusem KZM, natomiast należy zwrócić uwagę na różny odsetek w zależności od terytorium ich bytowania. Do zakażenia kleszcza może dojść w każdym momencie jego stadium rozwojowego oraz jest to rzecz nieodwracalna [1, 3, 4].

Okres wylęgania KZM przeciętnie wynosi 4-28 dni od momentu ukłucia przez kleszcza, natomiast w przypadku drogi pokarmowej 3-4 dni [4].

ROZWINIĘCIE

Epidemiologia

W ciągu ostatnich 20 lat wiele spośród krajów europejskich odnotowało zwiększenie ilości zachorowań na KZM. Wzrosty spowodowane są wzmożoną zachorowalnością na terenach Europy Środkowej i Skandynawii, ale również powiększeniem zasięgu występowania wirusa o kraje takie jak: Austria, Szwajcaria, Rosja, Finlandia, Niemcy, Słowacja. Sprzymierzeńcem rozprzestrzeniania stały się korzystne warunki klimatyczne takie jak łagodna zima oraz wilgotne lato, a także zwiększona liczebność zwierząt będących żywicielami kleszczy.

Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego 2019 był rokiem, gdzie w Polsce odnotowano 265 przypadków zachorowań na KZM, przy czym zachorowalność to 0,65 przypadku/100 000 osób na rok [3]. Są to ostatnie najnowsze miarodajne dane, ponieważ na początku 2020 roku pojawiły się pierwsze zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w następstwie czego zaobserwowano zamianę zapadalności na inne choroby. W związku z tym diagnostyka chorób zakaźnych- w tym również KZM, została ograniczona. Największą ilość potwierdzonych przypadków 2019 roku wykryto na terenie województw: podlaskiego (6,17/ 100 000 os./rok) oraz warmińsko- mazurskiego (1,75/10000os./rok). Dokładna liczba przypadków KZM na terenie Polski jest znacznie niedoszacowana, ponieważ do władz sanitarnych zgłaszane są głównie przypadki pacjentów hospitalizowanych, natomiast występuje pomijanie raportowania przypadków o łagodnym przebiegu. Dodatkowo liczba placówek specjalizujących się w diagnozowaniu i leczeniu zapalnych chorób układu nerwowego jest ograniczona, co sprzyja braku dokładności w statystykach dotyczących zachorowań na KZM [3, 5, 6].

Przebieg kliniczny schorzenia

Osoby dorosłe

U 30% chorych przebieg KZM jest bezobjawowy lub z mało charakterystycznymi objawami przypominającymi grypę. W takiej sytuacji potwierdzeniem przebycia zakażenia są swoiste przeciwciała w badanej surowicy krwi. Od momentu ukłucia kleszcza zaczyna się okres inkubacji, który trwa około 8-17 dni oraz 3-4 dni, gdy doszło do zakażenia drogą pokarmową. Przebieg choroby najczęściej jest dwufazowy [3].

Faza pierwsza

Trwa w zakresie 1-8 dni. Zazwyczaj ma nagły początek oraz charakteryzuje się wystąpieniem objawów grypopodobnych:

- gorączka
- dreszcze
- ból głowy
- bóle mięśniowe
- osłabienie
- brak apetytu
- zapalenie górnych dróg oddechowych
- badania diagnostyczne wykazują leukopenię i małopłytkowość.

13- 26% chorych zdrowieje po przebyciu pierwszej fazy choroby. Temperatura ciała wraca do normy, ustępują pozostałe objawy i chory wraca do zdrowia. Pozostały procent osób po okresie 8-11 dni pozornej poprawy przechodzi w fazę drugą.

Faza druga

Nazywana fazą neurologiczną, ponieważ polega na zajęciu ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Pojawiające się objawy to:

- wysoka gorączka- powyżej 40°C
- ból głowy
- bóle mięśniowo- stawowe
- nudności
- wymioty.

U większości osób w drugiej fazie pojawiają się również objawy neurologiczne takie jak:

- zaburzenia świadomości
- ataksja
- niedowład kończyn
- porażenie nerwów czaszkowych

oraz zaburzenia otolaryngologiczne:

- szumy uszne
- zawroty głowy
- ubytek słuchu po jednej stronie.

Wyróżnia się kilka postaci klinicznych fazy neurologicznej, do których należą:

- postać oponowa- opisywana jako najłagodniejsza, przy której występują bóle głowy, nudności, wymioty, sztywność karku
- postać mózgowa- zaburzenia świadomości, ataksja, splątanie, drgawki, zaburzenia snu
- postać mózgowo- rdzeniowa- o ciężkim przebiegu objawiająca się uszkodzeniem rogów przednich rdzenia kręgowego, a także wiotkim porażeniem kończyn
- postać mózgowo- rdzeniową polegającą na zajęciu korzeni nerwowych o ciężkim przebiegu, ponieważ do objawów oponowych dołącza zajęcie korzeni nerwowych oraz nerwów obwodowych, u pacjentów przechodzących najcięższą postać choroby wymagane jest wspomaganie oddychania spowodowane porażeniem mięśni oddechowych [3, 7, 8].

Ryzyko nasilenia objawów ostrej fazy KZM rośnie wraz z wiekiem oraz u osób z przewlekłymi chorobami współistniejącymi czy przy leczeniu immunosupresją [1, 3].

Dzieci

Ciężka postać KZM u dzieci rozwija się znacznie rzadziej niż u dorosłych (1/3 wszystkich przypadków), a sam przebieg choroby jest łżejszy. W fazie neurologicznej występującej u dzieci najczęściej dochodzi do zapalenia opon mózgowo- rdzeniowych, przy czym niedowłady kończyn, ataksja, drgawki, utrata świadomości czy zajęcie nerwów czaszkowych pojawia się sporadycznie, bo u ok. 5% chorujących dzieci [9, 10].

Powikłania kleszczowego zapalenia mózgu

Powikłania po przejściu KZM występują w zależności od nasilenia i przebiegu ostrej fazy choroby. U osób, które przeszły ciężką postać infekcji ryzyko utraty możliwości całkowitego powrotu do zdrowia jest większe niż u tych, którzy mieli postać łagodną lub średnio- ciężką. Powikłania neurologiczne mogą ujawnić nawet po 4 latach od ostrej fazy KZM [3].

Do znacznej niepełnosprawności czy śmierci u dzieci dochodzi rzadko i z tego powodu uznawano, że nie jest to dla nich niebezpieczna choroba. Natomiast według nowszych badań, które oceniają dodatkowo funkcje poznawcze, większość dzieci nie osiąga pełnego wyzdrowienia. Należy również zwrócić uwagę na inny charakter powikłań występujących po przebyciu KZM u dzieci w stosunku do osób dorosłych. Różnica wynika z tego, że rozwój mózgu człowieka trwa aż do osiągnięcia wieku dorosłego, zatem choroby

OUN przebyte wcześniej wpływają niekorzystnie na ten proces. Zmiany jakie można zaobserwować u dzieci po przebytych KZM to zaburzenia uwagi i pamięci, depresja, nieprawidłowe EEG czy nawet obniżenie inteligencji. Uszkodzenia neuronalne są widoczne w badaniu obrazowym rezonansem magnetycznym [3].

U 20% dorosłych pacjentów chorujących na KZM leczenie wiąże się z długotrwałą nieobecnością w pracy (średnio 100 dni) dodatkowo zaburzenia intelektualne i psychiczne skutecznie utrudniają powrót do normalnego życia. Szacunkowo 1 zachorowanie jest równe utracie 3,1 roku życia przez długo trwające powikłania ze strony układu nerwowego [3, 11].

Diagnostyka kleszczowego zapalenia mózgu

Podstawą diagnostyki w wykrywaniu KZM jest stwierdzenie obecności w surowicy krwi oraz płynie mózgowo- rdzeniowym swoistych przeciwciał klasy IgM i IgG. Przeciwciała IgM są możliwe do wykrycia w surowicy krwi po 10-14 dniach od zakażenia i zanikają z upływem kilku tygodni, natomiast przeciwciała IgG są wykrywalne po upływie 3-4 tygodni od zakażenia, gdzie największa ich ilość obserwowana jest w szóstym tygodniu. Podczas trwania fazy objawowej choroby, zarówno przeciwciała IgM i IgG są wykrywalne w płynie mózgowo- rdzeniowym oraz surowicy krwi. Natomiast podczas fazy wylegania oraz fazy pierwszej choroby przeciwciała te nie są możliwe do wykrycia. W takim wypadku zaleca się powtórzenie badań po 1-2 tygodniach [1, 9, 12].

Leczenie kleszczowego zapalenia mózgu

Leczenie kleszczowego zapalenia mózgu jest jedynie objawowe. Stosuje się leki przeciwobrzękowe, przeciwgorączkowe oraz przeciwzapalne. Ciężkie przypadki przebiegające z porażeniami powinny być leczone w szpitalu pod nadzorem, tak by można było zastosować wentylację mechaniczną w razie nasilenia objawów choroby. W ciężkich przypadkach do leczenia stosuje się również kortykosteroidy, chociaż jest to kontrowersyjna metoda, ponieważ leki te nie zapobiegają pogłębianiu się porażień, natomiast mogą doraźnie pomóc pacjentowi [13, 14].

Profilaktyka preekspozycyjna

Na podstawie kalifornijskich badań profesora Lane z 2002r. określono, które z zachowań ludzi w lesie generuje największe pokłucie przez kleszcze. Wykazano, że najwięcej ukąszeń wynika z siedzenia na kłodach drzew, natomiast samo spacerowanie po ściółce rzadko zagraża pojawieniu się kleszcza na ciele człowieka [15].

Na terenie Europy powyższy eksperyment behawioralny został powtórzony przez Wierzbicką oraz Rączkę z Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu [16]. Główne pytania, na które chciano uzyskać odpowiedź to:

- Jakie dokładnie zachowania ludzi podczas wizyty w lesie niosą największe ryzyko pokłucia przez kleszcze?
- Które części ciała człowieka są najbardziej narażone na pokłucie przez kleszcze?
- Jak duże zagęszczenie kleszczy występuje na badanym terenie?

Miejsce, w jakim prowadzono eksperyment było często odwiedzane przez zbieraczy jagód i grzybów. Zauważono, że grupą, która charakteryzowała się wyższą ekspozycją na kontakt z kleszczami były kobiety. Najniebezpieczniejszymi zachowaniami było częste schylenie się oraz powolne poruszanie się. Zagęszczenie występowania kleszczy było największe w lasach mieszanych, w których rosły bujne krzewy, a częścią ciała, gdzie najczęściej znajdowano kleszcze były łydki oraz uda. Dodatkowo, warto zauważyć, iż docelowym miejscem poszukiwanym przez kleszcze jest obszar ciała człowieka, w którym skóra jest cienka i wilgotna, zatem najczęstsze lokalizacje ukąszeń to:

- doły podkolanowe
- pachwiny
- pępek
- pachy
- ramiona
- okolica u nasady włosów
- okolice za uszami [17].

W celu zminimalizowania ryzyka zakażenia KZM, czy innymi chorobami przenoszonymi przez kleszcze należy pamiętać o odpowiednim ubiorze podczas przebywania na terenach o podwyższonym bytowaniu kleszczy. Zaleca się ubieranie odpowiednio wysokich butów (za kostkę) oraz wpuszczanie w nie nogawek lub zakrywanie ich skarpetkami. Zakładanie jasnych ubrań, ponieważ łatwiej jest na nich dostrzec kleszcza. Unikanie chodzenia w krótkich, luźnych rękawach. Dodatkową ochronę można uzyskać, dzięki spryskaniu ubrań substancjami odstraszającymi kleszcze-tak zwanymi repelentami. W celu wykształcenia ogólnej społecznej świadomości na temat zagrożeń wynikających z pokłucia przez kleszcze ważna jest również edukacja zdrowotna społeczeństwa [16, 17].

W przypadku ukąszenia przez kleszcza, należy jak najszybciej usunąć go z ciała. Najlepiej sprawdzającym się do tego narzędziem jest pęseta. Popularnością cieszą się również kleszczolapki czy specjalne przyrządy do usuwania kleszczy działające na zasadzie lasa.

W profilaktyce przeciw zarażeniu KZM bardzo ważną rolę odgrywa odporność, jaką można uzyskać za pomocą szczepień. Rocznie w Polsce odnotowuje się 40 000 szczepień przeciwko KZM. Są to szczepienia z grupy zalecanych (odpłatnych). Według Programu Szczepień Ochronnych zaleca się szczepienia osobom przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu KZM oraz szczególnie rolnikom, turystom i zatrudnionym przy eksploatacji lasu. Sfinansowanie tego szczepienia jest zalecane przez Ministra Zdrowia pracodawcom, których podwładni pracują w kompleksach leśnych. W skład szczepionki przeciwko KZM wchodzi inaktywowany (zabity) wirus kleszczowego zapalenia mózgu wytwarzany na zarodkach jaja kurzego. Zaleca się podawanie szczepień w taki sposób, aby wiosną mieć już poszczepienną odporność, czyli dwie pierwsze dawki powinny zostać przyjęte w okresie zimowym. Do nabycia pełnej odporności konieczne jest zakończenie szczepienia podstawowego- przyjęcie trzeciej dawki. W celu utrzymania odporności potrzebne jest przyjmowanie pojedynczych dawek przypominających [17, 18, 19].

Profilaktyka postekspozycyjna

Do profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu należy również forma bierna uodpornienia. Stosuje się ją już po ukąszeniu przez kleszcza. Polega ona na podaniu pacjentowi immunoglobuliny przeciwko wirusowi KZM, lecz tylko do 96 godzin po ukłuciu kleszcza. Powyższe działanie ma na celu natychmiastowe uodpornienie osoby, której organizm nie wytwarza przeciwciał w odpowiedzi na zakażenie (seronegatywnej) [17].

PODSUMOWANIE

Kleszczowe zapalenie mózgu wywoływane przez wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBEV) z rodziny *Flaviviridae* to zakażenie ośrodkowego układu nerwowego. Jest to choroba odzwierzęca i za jej rozprzestrzenianie odpowiedzialne są głównie kleszcze.

Wśród profilaktyki KZM mają miejsce zasady, jakich należy przestrzegać, aby zminimalizować ryzyko zakażenia, szczepienia ochronne, czy nawet możliwość biernego uodpornienia na tę chorobę. Natomiast kluczowe jest posiadanie ogólnej wiedzy nie tylko w zakresie profilaktyki, ale również leczenia oraz możliwych powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Pancewicz S., Garlicki A., Moniuszko- Malinowska A. i wsp.: Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Przegląd Epidemiologiczny 2015; 69: 421- 428.
2. Stefanoff P., Rosinska M., Samuels S. i wsp.: A national case- control study identifies human socio- economic status and activities as risk factors for tick0 borne encephalitis in Poland. Plos One 2012; 7 (9): e45511
3. Kuchar E., Zajkowska J., Flisiak R. i wsp.: Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce i wybranych krajach europejskich- stanowisko polskiej grupy ekspertów. Medycyna Pracy 2021; 72 (2): 193- 210.
4. Zajkowska J., Czupryna P.: Kleszczowe zapalenie mózgu- epidemiologia, patogeneza, obraz kliniczny, diagnostyka, profilaktyka i leczenie. Forum Zakażeń 2013; 4 (1): 21- 27.
5. Sulik M., Toczyłowski K., Grygorczuk S.: Epidemiologia kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce w latach 2010-2019 i wpływ pandemii COVID-19 na raportowaną zapadalność na tę chorobę. Przegląd Epidemiologiczny 2021; 75 (1): 76-85.
6. Zajkowska J.: Kleszczowe zapalenie mózgu- aktualne dane epidemiologiczne. Forum Zakażeń 2014; 5 (4): 211-215.
7. Szenborn L., Kuchar E., Wołkowska- Mączka M. i wsp.: Seizure as a predominant symptom of tick- borne encephalitis in 14- years- old boy- case report. Forum Zakażeń 2014; 5 (3): 191-197.
8. Taba P., Schmutzhard E., Forsberg P.: EAN consensus review on prevention, diagnosis and management of tick- borne encephalitis. European Journal of Neurology 2017; 24 (10): 1214- 1261.
9. Steffen R.: Tick Borne Encephalitis in children in Europe: Epidemiology, clinical outcome and comparison of vaccination recommendations. Ticks Tick Borne Disease 2019; 10 (1): 100-110.
10. Fowler A., Forsman L., Eriksson M. i wsp.: Tick Borne Encephalitis carries a high risk of incomplete recovery in children. The Journal of Pediatrics 2013; 163 (2): 555-560
11. Šmit R., Postma M.J.: The burden of tick- borne encephalitis in disability- adjusted life years for Slovenia. PLoS One 2015; 10 (12): e0144988.

12. Riccardi N., Antonello R.M., Luzzati R.: Tick Borne Encephalitis in Europe: a brief update on epidemiology, diagnosis, prevention and treatment. *European Journal of Internal Medicine* 2019; 62: 1-6.
13. Drelich A., Kruszyński P., Wąsik T.: Etiopatogeneza kleszczowego zapalenia mózgu. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2012; 66 (6): 45-56.
14. Kaiser R.: Tick- borne encephalitis: Clinical findings and prognosis in adults. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2012; 162 (11-12): 239-243.
15. Lane R.: Ekosystemy leśne Kalifornii jako obszary podwyższonego ryzyka zakażenia krętkami boreliozy z Lyme. [in:] *Vademecum Wybranych Chorób Odzwierzęcych w Środowisku Leśnym*, Skorupski M., Wierzbicka A. (eds). Katedra Łowiectwa i Ochrony Lasu, Poznań 2012: 9–22.
16. Wierzbicka A., Rączka G.: Zachowania ludzi w lesie, wpływające na infestację kleszczami [w:] *Vademecum Wybranych Chorób Odzwierzęcych w Środowisku Leśnym. Część III*, Skorupski M., Wierzbicka A. (red.). Katedra Łowiectwa i Ochrony Lasu, Poznań, 2014: 28-32.
17. Zajkowska J.: Pokłucie przez kleszcza, a ryzyko wystąpienia kleszczowego zapalenia mózgu. Jak uchronić się przed pokłuciem i zachorowaniem. *Forum Zakażeń* 2015; 6 (2): 127- 133.
18. Juszczak G., Ślusarczyk J.: Realizacja szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach ochrony zdrowia pracowników, w praktyce niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012; 66: 471- 477.
19. Wysocki J., Czajka H.: Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach. *Help-Med*, Kraków 2018.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEDOCZYNNOŚCIĄ TARCZYCY

Natalia Dembko¹, Anna Baranowska²

1/ - Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

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

WSTĘP

Niedoczynność tarczycy jest to schorzenie, w którym dochodzi do obniżonej produkcji hormonów T^3 i T^4 przez gruczoł tarczowy. Prowadzi to do spowolnienia procesów metabolicznych i tworzenia się obrzęków w tkance podskórnej. Z danych epidemiologicznych wynika, iż na dysfunkcję tarczycy cierpi około 7 – 9 % populacji poniżej 60 r.ż oraz około 10 – 12 % powyżej 60 r.ż. [1].

Objawy to przede wszystkim:

- przewlekłe zmęczenie, senność, ograniczona tolerancja wysiłku fizycznego, skłonności do depresji
- szybki przyrost masy ciała, przewlekłe zaparcia
- odczuwanie chłodu, szybsze marznięcie,
- spowolnienie (fizyczne jak i psychiczne), problemy z układem krążeniowym – bradykardia [2, 3].

Leczenie niedoczynności tarczycy opiera się na przyjmowaniu farmakoterapii – lewotyroksyny. Lewotyroksyna (Letrox, Euthyrox, Ehroxin) jest stosowana niezależnie z jakim typem niedoczynności tarczycy mamy do czynienia. Dawkę ustala się na podstawie stężenia TSH we krwi oraz ogólnych objawów z jakimi zmagają się pacjenci. Przy leczeniu L-tyroksyną stosuje się zasadę od najmniejszej do największej, pełnej dawki tzn. terapię rozpoczyna się dawką 12,5-25 µg/ 24h i stopniowo z tygodnia na tydzień zwiększa się podaż leku do 150-200 µg/ 24h (jest to dawka pełna). Ważnym elementem leczenia jest również dieta [4].

Nieleczona niedoczynność tarczycy prowadzi do wielu powikłań do najgroźniejszych z nich zaliczamy śpiączkę hipometaboliczną oraz powstanie woli guzkowych nietoksycznych [5].

Rola pielęgniarki w trakcie opieki nad pacjentem z niedoczynnością tarczycy opiera się na diagnostyce – kontrola poziomu hormonów tarczycy, zadaniach terapeutycznych i rehabilitacyjnych – odpowiednie przyjmowanie leków oraz nauka radzenia sobie z przewlekłym zmęczeniem i trudnymi emocjami, edukacja oraz profilaktyka w kierunku otyłości. Po operacji wycięcia gruczołu tarczowego: pielęgnacja rany pooperacyjnej, uśmierzenie bólu pooperacyjnego, kontrola parametrów życiowych, poinformowanie o możliwości jedzenia i picia po zabiegu, przypomnienie o wizycie, na której odbędzie się zdjęcie szwów, przypomnienie o przyjmowaniu przepisanych leków oraz suplementów oraz zasadach ich przyjmowania [6].

CEL PRACY

Celem pracy było stworzenie planu pielęgnacyjno – edukacyjnego dla pacjentki po zabiegu resekcji tarczycy.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem została objęta kobieta, która od kilku lat cierpi na niedoczynność tarczycy oraz z powodu powikłań została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego usunięcia tarczycy w trybie planowanym. Miejscem realizacji badań była Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku w okresie przedoperacyjnym 01. 10. 2020 – 31. 12. 2020 r. oraz pooperacyjnym 26. 01. 2021 – 27. 01. 2021 r., do zebrania danych o pacjentce wykorzystano:

- wywiad pielęgniarSKI
- dokumentacja medyczna pacjentki,
- skala ryzyka depresji Becka,
- skala numeryczna VAS,
- wyniki pomiarów,
- obserwacja pacjentki.

W pracy zastosowano metodę indywidualnych przypadków w oparciu o proces pielęgnowania.

Na podstawie zebranych danych został stworzony indywidualny opis przypadku oraz dwa plany pielęgnacyjne związane z leczeniem zachowawczym oraz opieką w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym.

WYNIKI

Opis przypadku

Kobieta lat 47 mieszkała wraz z mężem i córką w mieszkaniu trzy pokojowym o dobrych warunkach mieszkaniowych. Kobieta posiadała wykształcenie wyższe ekonomiczne oraz pracowała na stanowisku menadżerskim w hipermarkecie. Pacjentka nie przebyła żadnych chorób oraz w rodzinie nikt nie chorował na choroby współistniejące. Nie miała żadnych alergii ani nałogów. Pacjentka w wyniku choroby posiadała skłonności depresyjne, w skali ryzyka depresji Becka pacjentka otrzymała 33/63 punkty co oznacza ryzyko ciężkiej depresji. Miała wahania nastroju (przewaga ataków wybuchów agresji, szybkiego denerwowania się oraz płaczliwość) przez co relacje rodzinne jak i w pracy były zaburzone. Pacjentka skarżyła się na przewlekłe zmęczenie, potliwość, suche i wypadające włosy oraz problemy z zaparciami. Pacjentka miała nadwagę (94 kg przy wzroście 179 cm BMI – 29,34) lecz nie stosowała żadnej diety dedykowanej w chorobie niedoczynności tarczycy natomiast uprawiała wiele różnych aktywności fizycznych (spacery codzienne, pilates 3 razy w tygodniu). Kobieta skarżyła się na problemy ze wzrokiem – dalekowzroczność, natomiast nie leczyła tej wady u okulisty, nosiła źle dobrane okulary. Pacjentka nie była świadoma swojej choroby oraz konsekwencji jakie niesie nie leczona choroba. Nie posiadała wiedzy na temat przyjmowania farmakoterapii, stosowaniu diety oraz sposobów leczenia uciążliwych objawów choroby tarczycy.

Dnia 26. 01. 2021 przebywała w klinice Endokrynologii i Diabetologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w celu całkowitego usunięcia tarczycy z powodu powstałych guzów, które uciskają na sąsiadujące narządy. Pacjentka przebywała 1 dobę po zabiegu operacyjnym całkowitej resekcji tarczycy. Kobieta została zamonitorowana oraz odprowadzono dreny z rany pooperacyjnej w celu ewakuacji krwi z rany, założono opatrunek na ranę operacyjną oraz wkłucie obwodowe w zgięciu łokciowym ręki prawej. Pacjentka skarżyła się na ból wokół rany pooperacyjnej a także trudności z uniesieniem głowy i towarzyszący temu ból. Opatrunek wokół rany był przesiąknięty krwią i wymagał wymiany. Kilka godzin później kobieta zaczęła się skarżyć na mrowienie wokół ust

i palców u rąk. Pacjentka z tego powodu była zdenerwowana i zaniepokojona możliwymi komplikacjami.

Parametry życiowe:

- RR: 110/90 mmHg,
- HR: 77 ud./min.,
- SpO2: 97%,
- liczba oddechów na minutę: 18 odd./min.,
- temp: 36.7,
- masa ciała: 94 kg,
- wzrost: 179 cm,
- BMI: 29,34

Plan opieki pielęgniarskiej

Sporządzono dwa plany wobec pacjentki zgodnie z przebiegiem choroby najpierw opieka związana z leczeniem zachowawczym- tu przedstawiona skrótowo jedynie przedstawiono diagnozy pielęgniarskie z uwagi na ramy artykułu, kolejno zamieszczono plan opieki związany z leczeniem operacyjnym i opieką w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym.

Diagnozy pielęgniarskie wyłonione w czasie leczenia zachowawczego:

1. Zaparcia spowodowane spowolnieniem przemian metabolicznych.
z eliminacją zaparć.
2. Nadwaga w wyniku zaburzeń hormonalnych.
3. Przewlekłe zmęczenie, skłonności depresyjne oraz napady agresji jako objaw postępującej zdiagnozowanej niedoczynności tarczycy.
4. Suche i wypadające włosy będące skutkiem obniżenia stężenia hormonów tarczycy.
5. Brak wiedzy pacjentki na temat chorób tarczycy.

Plan pielęgnowania dla pacjentki w 1 dobie po zabiegu resekcji tarczycy

- **Diagnoza pielęgniarska 1: Ból szyi wokół rany pooperacyjnej oraz głowy w**

wyniku przebytego zabiegu usunięcia całej tarczycy.

- ✓ **Cel opieki:** Zredukowanie bólu pooperacyjnego.
- ✓ **Planowane działanie:**
 - Ocena poziomu bólu za pomocą skali numerycznej VAS.
 - Poinformowanie pacjentki o przeprowadzanych czynnościach oraz wyjaśnienie przyczyny trudności z uniesieniem głowy.
 - Prawidłowe ułożenie pacjentki po zabiegu.
 - Zapewnienie spokoju i wsparcia pacjentce w trakcie terapii.
 - Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
 - Odpowiednie nawodnienie pacjentki.
 - Obserwacja pacjentki.
 - Udokumentowanie podjętych działań.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Za pomocą skali numerycznej VAS oceniono stopień odczuwalnego bólu. Wyjaśniono, że 0 punktów oznacza brak bólu a 10 punktów to bardzo silny ból. Kobieta określiła ból szyi i głowy na 7 punktów.
 - Wyjaśniono pacjentce, że objaw bólu po operacji to jest standardowe powikłanie i z czasem będzie on coraz mniejszy dzięki podanych leków przeciwbólowych, a trudności z podniesieniem głowy są spowodowane obecnością w ranie pooperacyjnej dwóch drenów, które mają za zadanie usuwać z rany nadmiar krwi co pozwoli uniknąć duszności. Poinformowano również pacjentkę aby nie poruszała nadmiernie głowę i szyję, zwracała szczególną uwagę aby nie uszkodzić drenów oraz, że po zabiegu mogą być trudności z wypowiedzianiem się i może pojawić się chrypka.
 - Pacjentkę ułożono w pozycji półwysokiej na grzbiecie tak aby kark był oparty o poduszkę i ograniczało to napinanie mięśni szyi i zapobiegało jej zginaniu – pozycja Bineta. Taka pozycja ułatwia także swobodny odpływ krwi z rany operacyjnej przez dreny.
 - Pacjentkę na każdym etapie terapii informowano o podejmowanych działaniach. Zapewniono spokój i ciszę oraz udzielono wsparcia psychicznego. Umożliwiono dostęp do telefonu w celu kontaktu z rodziną gdyż z powodu pandemii odwiedziny najbliższych na oddziałach zostały na tą chwilę zawieszone.

- Przygotowano opioidowy lek przeciwbólowy (oksykodon) do podania w pompie infuzyjnej na zlecenie lekarza. Potrzebny zestaw (lek, strzykawka 20 ml, igła 0,8 do nabrania leku, dren do podłączenia do pompy i wkłucia obwodowego, octenisept, gaziki jałowe, rękawiczki niejałowe, pompa do podaży leku). Przed podaniem leku wyliczono odpowiednią dawkę leku – 20 mg, wypełniono dren lekiem, zaprogramowano pompę, zdezynfekowano ujście wkłucia obwodowego i podłączono lek.
- Zadbane o odpowiednie nawodnienie pacjentki. Podłączono na zlecenie lekarza płyn wieloelektrolitowy Optylite 500 ml we wlewie dożylnym. Potrzebny zestaw (Optylite 500 ml, dren do podłączenia wlewu kroplowego, octenisept, gaziki jałowe, rękawiczki niejałowe). Przed podaniem preparatu wypełniono „jeziorko” oraz wypełniono dren płynem, zdezynfekowano ujście wkłucia obwodowego, podłączono płyn wieloelektrolitowy i ustawiono odpowiednią ilość kropli na minutę.
- Pacjentkę cały czas obserwowano w kierunku wystąpienia objawów niepożądanych po lekach przeciwbólowych oraz tych podanych wg. zaleceń lekarskich. Każdą czynność udokumentowano w dokumentacji medycznej.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Kobieta po ponownej ocenie bólu za pomocą skali VAS określiła ból na 3 punkty. Wskazana jest dalsza terapia przeciwbólowa.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 2: Mrowienie wokół ust oraz palców u rąk jako objaw tężyczki w wyniku przejściowej niedoczynności przynależyc po zabiegu operacyjnym.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do pogłębienia powikłań i uregulowania gospodarki wapniowo-fosforowej.
- ✓ **Planowane działanie:**
 - Uspokojenie pacjentki i wyjaśnienie przyczyn następujących objawów.
 - Poinformowanie lekarza prowadzącego o zmianie stanu pacjentki.
 - Wykonanie na zlecenie lekarskie odpowiednich badań laboratoryjnych.
 - Analiza wyników badań pacjentki.
 - Podanie preparatów wapnia na zlecenie lekarskie.

- Poinformowanie pacjentki o dodatkowej suplementacji wapnia i wit. D po powrocie do domu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Wyjaśniono kobiecie, iż mrowienie bądź drętwienie okolicy ust, palców u rąk lub też stóp to objaw przejściowej niedoczynności przytarczyc, która mogła powstać na skutek usunięcia ich wraz z całą tarczycą. Przytarczycy są odpowiedzialne za wydzielanie hormonu zwanego Parathormon, który zwiększa ilość wapnia we krwi poprzez uwalnianie go z kości. Jego niedobór prowadzi do nadmiernej pobudliwości mięśni i stąd pojawiają się mrowienia. Proces ten jest odwracalny poprzez suplementację wapnia oraz wit. D.
- Na bieżąco informowano lekarza o narastających objawach niedoboru wapnia.
- Na zlecenie lekarza pobrano krew do analizy w kierunku zmierzenia poziomu wapnia we krwi i fosforanów. Przygotowano odpowiedni zestaw oraz probówki do pobrania krwi (biała probówka na biochemię, igłę do iniekcji z przełączką, stazę, gaziki nasączone preparatem do dezynfekcji, przyłepiec, gaziki jałowe, rękawice niejałowe). Pobrano krew na badanie, zabezpieczono miejsce wkłucia przyłepcem i gazikiem oraz wysłano probówkę do laboratorium.
- Analiza badań wykazała, że w 1 dobie wapń wynosił 1,93 mmol/l przy normie (2,15-2,57 mmol/l).
- Na zlecenie lekarza przygotowano odpowiednią dawkę preparatów wapnia i podłączono dożylnie we wlewie kroplowym – Calcium Chloratum, Calcium Bicarbonicum.
- Edukowano pacjentkę o regularnym przyjmowaniu przepisanych preparatów wapnia i wit. D według wskazówek lekarza w celu uniknięcia w przyszłości podobnych objawów.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Udało się szybko rozpoznać wczesne powikłania co przyczyniło się do uregulowania stężenia wapnia we krwi w kolejnych dniach (2 doba – 2 mmol/l, 3 doba – 2,1 mmol/l).

➤ **Diagnoza pielęgniariska 3: Przeciekający i zabrudzony opatrunek z powodu rozległej rany pooperacyjnej.**

✓ **Cel opieki:** Zmiana opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.

✓ **Planowane działanie:**

- Ocena wizualna przesiąkniętego opatrunku.
- Poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu procedury.
- Przygotowanie odpowiedniego zestawu.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie zmiany opatrunku.
- Odpowiednie oczyszczenie i zabezpieczenie rany.
- Udokumentowanie wykonanych działań.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Po ocenie wzrokowej starego opatrunku, który był mokry od krwi i na brzegach lekko odklejony i zabrudzony, przystąpiono do zmiany opatrunku.
- Pacjentka została poinformowana, że zabieg jest konieczny aby uniknąć zakażenia rany oraz przyspieszyć proces gojenia się rany. Kobieta została uprzedzona, że procedura może nie być przyjemna, ale zostaną dołożone wszelkie starania aby zmiana opatrunku przebiegła jak najszybciej i delikatnie.
- Przygotowano wózek mayo do zmiany opatrunku, na którym znajdowały się: gaziki jałowe sterylnie zapakowane, preparat do dezynfekcji skóry oraz gazików (octenisept, softasept, braunol), 0,9 % preparat NaCl/aqua pro injetcion 5 ml, pęseta jałowa, nożyczki i kleszcze chirurgiczne jałowe, gazy jałowe, przylepce różnej wielkości, rękawice jałowe i niejłowe.
- Przed zmianą opatrunku umyto i zdezynfekowano ręce higienicznie ręce oraz założono rękawice niejłowe. Wypakowano najpotrzebniejsze rzeczy z sterylnych opakowań. Zmieniono rękawice na jałowe. Delikatnie, zaczynając od góry z zachowaniem ostrożności przy drenach usunięto stary opatrunek. Za pomocą gazików nasączonych aqua pro injection 5 ml oczyszczono całą ranę z zabrudzeń i nadmiaru skrzepu a następnie zdezynfekowano octeniseptem i pozostawiono na 5 minut aby preparat zadziałał. Osuszono ranę z nadmiaru preparatu dezynfekcyjnego. Nałożono sterylną gazę oraz zabezpieczono ją odpowiednim przylepcem w szczególności zwracając uwagę aby zabezpieczyć wystające z rany dreny.
- Działania udokumentowano oraz odnotowano ilość krwi wypływającej z rany do karty bilansu płynów.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Opatrunek został zmieniony na czysty. Należy codziennie sprawdzać stan opatrunku i w razie konieczności ponownie go zmienić.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 4: Brak wiedzy pacjentki na temat dalszej rekonwalescencji.**

✓ **Cel opieki:** Edukacja pacjentki w kierunku szybkiego powrotu do zdrowia.

✓ **Planowane działanie:**

- Zapoznanie kobiety z zasadami zmiany opatrunku.
- Przypomnienie o wizycie kontrolnej w poradni chirurgicznej, na której odbędzie się zdjęcie szwów.
- Edukacja na temat prawidłowego przyjmowania farmakoterapii według zaleceń lekarza prowadzącego.
- Poinformowanie o kontynuacji leczenia i dalszych kontrolach stanu zdrowia w Poradni Endokrynologicznej.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Pacjentka została zapoznana z zasadami zmiany opatrunku oraz jak często należy go zmieniać. Wszystkie wskazówki dotyczące procedury dbania o opatrunek zostały zawarte w *wskazówki do samopielęgnacji dla pacjenta*. Pacjentka również została poinformowana aby unikać moczenia opatrunku i do czasu zdjęcia szwów unikała pryszniców i gorących kąpieli.
- Poinformowano w jakich dniach ma przyjść na zdjęcie szwów i kontrolę gojenia się rany.
- Wyjaśniono specyfikę przepisanych leków oraz zasady ich przyjmowania według zaleceń lekarza: Euthyrox, Nimesil saszetki 50%, Alfadiol 0,25 kaps., Calperos 1000 kaps.
- Pacjentka została poinformowana o regularnych wizytach w Poradni Endokrynologicznej oraz o dalszej samoobserwacji.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Kobieta posiada wiedzę dzięki, której okres rekonwalescencji będzie krótszy.

Wskazówki do samopielęgnacji dla pacjenta:

1. Zmiana opatrunku w domu:

- Opatrunek należy chronić przez zabrudzeniami oraz uszkodzeniami.
- Zmiana opatrunku powinna się odbywać za każdym razem gdy widoczne są zabrudzenia, krew oraz w przypadku jego odklejenia.
- Przy zmianie opatrunku należy poprosić kogoś o pomoc, co pozwoli zachować zasady aseptyki ale także zapewni komfort psychiczny i fizyczny (zniweluje to stres oraz strach spowodowany nie prawidłowo wykonaną czynnością, zmniejszy ból wokół rany pooperacyjnej, ponieważ ograniczy to nadmierne napięcie mięśni szyjnych przy samodzielnej próbie zmiany opatrunku).
- Do oczyszczenia rany należy stosować preparaty do dezynfekcji t.j. octenisept, a samą ranę trzeba zabezpieczyć jałowymi gazikami, przy wykonywaniu zabiegu powinny być założone rękawice jednorazowe niejałowe.
- Zestaw potrzebny do zmiany opatrunku samodzielnie w domu: rękawice niejałowe, mydło szare lub 0,9 % NaCl, preparat do dezynfekcji (octenisept, braunol lub inny preparat do dezynfekcji skóry dostępny w aptece) gaziki jałowe różnego rozmiaru, przylepiec, nożyczki, pęseta.
- Procedura zmiany opatrunku:
 - a. Zdezynfekuj ręce i załóż rękawice ochronne,
 - b. Ostrożnie, zaczynając od górnych krawędzi przylepca usuń stary opatrunek,
 - c. Otwórz jeden pakiet z gazikami jałowymi i oblej je obficie 0,9 % NaCl następnie za pomocą pęsety wyjmij jeden z gazików i dokładnie oczyść ranę ze wszelkich strupów i zabrudzeń zaczynając od jej brzegów, wymień gazik przy każdej zmianie kierunku czyszczenia rany. Możesz również to zrobić za pomocą szarego mydła, pamiętaj aby dokładnie wypłukać resztki środków chemicznych z rany.
 - d. Zdezynfekuj ranę za pomocą wybranego środka do dezynfekcji posługując się tak samo jak powyżej jałowymi gazikami. Pozostaw go na 5 – 10 minut w celu zadziałania preparatu.
 - e. Otwórz kolejny pakiet z jałowymi gazikami i osusz za ich pomocą ranę dokładnie w taki sam sposób jak powyżej – osuszenie rany jest konieczne aby przylepiec prawidłowo się utrzymał.
 - f. Oceń wielkość rany i dopasuj do jej rozmiaru odpowiedni gazik jałowy a następnie przyłóż go do rany tak aby zakrywał swoją powierzchnią całą ranę.

- g. Zabezpiecz całość przylepcem.
2. Przez kilka dni po powrocie do domu może wystąpić obrzęk i bolesność rany pooperacyjnej, jeśli ból będzie nie do zniesienia należy przyjąć leki przeciwbólowe według zaleceń lekarza prowadzącego.
 3. Dnia 03.02.2020 należy stawić się na wizytę w poradni chirurgicznej w celu zdjęcia szwów. Podczas takiej wizyty zostaną zdjęte szwy oraz chirurg, który przeprowadzał zabieg oceni czy rana goi się prawidłowo.
 4. Należy przestrzegać zasad przyjmowania przepisanych leków przez lekarza prowadzącego: Euthyrox N 100 tabl. 1x1 – rano na czczo, Nimesil saszetki 50% 2x1, Alfadiol 0,25 kaps. 1x1 przez 10 dni, Calperos 1000 kaps. 2x1 przez 10 dni.
 5. Wizyty w Poradni Endokrynologicznej powinny odbywać się co pół roku w celu kontroli hormonów.
 6. Za ok. 4 tygodni trzeba się zgłosić do Sekretariatu Chirurgii Ogólnej po odbiór wyniku badania histopatologicznego.
 7. Jeśli wystąpią objawy stanu zapalnego (silny ból, gorączka, krwawienie z rany) lub objawy tężyczki trzeba jak najszybciej zgłosić się na SOR lub do Poradni Chirurgicznej.
 8. Kontrola poziomu wapnia powinna odbywać się u lekarza POZ lub w Poradni Chirurgicznej.

WNIOSKI

Dzięki zebranemu materiałowi stworzono dwa plany opieki, które mogą być pomocne personelowi medycznemu w opiece w trakcie hospitalizacji - w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym oraz podczas leczenia zachowawczego gdzie głównie skupiono się na edukacji pacjentki.

Większość podjętych działań w planie opieki zakończyło się sukcesem, szczególnie: uregulowanie poziomu hormonów tarczycy, opanowanie przez pacjentkę metod radzenia sobie z trudnymi emocjami, szybkie rozpoznanie objawów tężyczki i niedopuszczenie do dalszych powikłań oraz dokładna pielęgnacja rany pooperacyjnej i edukacja pacjentki w zakresie pielęgnacji opatrunku w domu. Działanie te skutkowały poprawą stanu fizycznego i psychicznego chorej natomiast były też takie, które nie przyniosły zamierzonych efektów m.in.: eliminacja zaparć, zmniejszenie masy ciała, które wymagają dłuższej kontynuacji oraz

brak chęci pacjentki do współpracy w celu polepszenia stanu zdrowia, taka sytuacja jest wskazaniem do zmiany planowanego działania, poprzez dodanie do niego takich punktów jak:

- Zapewnienie pacjentce kontaktu z ekspertami w zakresie chorób internistycznych, dietetykiem oraz psychologiem.
- Zachęcenie rodziny pacjentki do udziału w procesie leczniczym.

Poszukując doniesień badawczych na temat niedoczynności tarczycy trudno było znaleźć propozycje całościowo opisujące problem. Rozmawiając z pacjentką sama przyznała, że brakuje jej wiedzy jak sobie radzić z pewnymi dolegliwościami a odpowiedzi na wiele pytań nie są ogólnodostępne. To udowadnia, że należy przeprowadzać więcej badań i tworzyć pozycje o tematyce chorób gruczołu tarczowego dla pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Tomczyńska M., Łuszczyńska M., Salata I., Saluk J.: Zaburzenia procesów homeostazy w autoimmunizacyjnych chorobach tarczycy. *Choroby serca i naczyń* 2016; 13: 214 – 221.
2. Sowiński J., Czupryniak L., Milewicz A., Hubalewska – Dydejczyk A., Szelachowska M., Ruchała M., Lewiński A., Górka M., Siewko K., Wender - Ożegowska E., Zozulińska - Ziółkiewicz D., Junik R., Sawicka N., Gutaj P.: Zalecenie Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia zaburzeń funkcji tarczycy w cukrzycy typu 1 i 2. *Endokrynologia Polska* 2013; 1: 1 – 5.
3. Lewiński A., Płaczekiewicz - Jankowska E. *Choroby tarczycy*. [w:] Interna Szczeklika. Gajewski P. (red.) *Medycyna Praktyczna*. Kraków 2020: 802 - 843.
4. Pastusiak K., Michałowska J., Bogdański P.: Postępowanie dietetyczne w chorobach tarczycy. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017; 8: 155 – 160.
5. Kluj P., Rosińska M.: Postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne w stanach nagłych chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego. Część III: zaburzenia czynności tarczycy. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 68 – 75.

6. Wordliczek J., Zajączkowska R., Woroń J., Misiołek H., Malec-Milewska M.:
Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – state of art. 2020. Anestezjologia i Ratownictwo
2020; 1: 89 – 108.

OPIEKA MEDYCZNA PO TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Wiśniewska², Barbara Berecka³

1/ - Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2/ - Absolwent: Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwent: Akademia Humanistyczno – Ekonomiczna w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii

3/ - Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin, II oddział radioterapii

WSTĘP

Przeszczep narządów jest ratunkiem dla pacjentów, którym nie pomogły standardowe metody leczenia. Za skuteczność w transplantologii odpowiada zarówno postęp techniczny i farmakologiczny, jak i objęcie chorego oraz jego rodziny kompleksową opieką potransplantacyjną [1].

Transplantacja uznawana jest za nowoczesną technikę leczenia umożliwiającą ratowanie życia pacjentów ze skrajną niewydolnością narządów. Dla osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową wysoko skutecznym rozwiązaniem jest przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (*hematopoietic stem cell transplantation*, HSCT) [2].

Transplantacja początku w życiu pacjenta szereg zmian, które należy wdrożyć. Dotyczą one sfery fizycznej, ale także psychiki i funkcjonowania w społeczeństwie. Pacjent jest zobowiązany do ciągłego stosowania leków immunosupresyjnych oraz kontaktowania się z ośrodkiem transplantacyjnym. Osobom po przeszczepie zaleca się także wyjątkowo staranne dbanie o własne zdrowie. Ten nowy styl życia bywa często uciążliwy dla pacjentów, szczególnie dla tych najmłodszych [3].

Standardy postępowania z pacjentem po transplantacji - wczesny okres pooperacyjny

Zespół interdyscyplinarny wykonuje określone zadania w ramach opieki nad pacjentem po transplantacji. Dotyczy to czynności podejmowanych przez lekarzy i pielęgniarki przed wykonaniem przeszczepu oraz już po operacji. Pacjent tuż po wykonanej transplantacji objęty jest intensywną opieką personelu medycznego. Jej celem jest jak najszybsze wychwycenie ewentualnych powikłań po przeszczepie, które mogą wynikać z

nieprawidłowości dotyczących kwalifikacji biorcy, znieczulenia, wybranej techniki wykonania zabiegu, ogólnego stanu biorcy przeszczepu, czy czynności przeszczepianego narządu [4].

Staranna obserwacja stanu pacjenta pozwala postawić ocenę dotyczącą możliwych powikłań po transplantacji narządu. Im szybsze wychwycenie zmian w obrazie klinicznym pacjenta lub zaburzeń stanowiących zagrożenie dla funkcjonowania przeszczepionego narządu, tym większe szanse na podjęcie skutecznej interwencji [5].

Cele szczegółowe standardu opieki medycznej nad pacjentem po transplantacji [1, 5]:

1. Przeciwdziałanie komplikacjom pooperacyjnym powstałym na skutek wykonanej transplantacji.
2. Uwzględnienie indywidualnych predyspozycji pacjenta mogących wpłynąć na prawidłowe funkcjonowanie przeszczepu.
3. Zagwarantowanie rzetelnej i kompleksowej opieki dopasowanej do aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz podejmowanie odpowiednich kroków w przypadku pojawienia się niepożądanych powikłań.
4. Wdrożenie leczenia farmakologicznego (łagodzenie bólu, leczenie immunosupresyjne).
5. Psychiczne i emocjonalne wspieranie pacjenta oraz udzielanie mu niezbędnych informacji dotyczących dalszych etapów leczenia.
6. Prowadzenie dokumentacji w zakresie podstawowych parametrów określających stan zdrowia pacjenta . Notowanie wykresów funkcji przeszczepionego narządu, a także wdrażanie czynności pielęgnacyjnych.

Okres następujący po operacji przeszczepu narządu wymaga starannej obserwacji oraz regularnego dokonywania oceny stanu zdrowia pacjenta, jak również czynności przeszczepionego narządu. Szczególnie istotnymi parametrami są: ciśnienie tętnicze krwi, stan świadomości, temperatura ciała, poziom nawodnienia organizmu, głębokość i regularność oddechu, diureza (ze wskazaniem kontroli co 15-30 minut w przypadku częstomoczu), opatrunek na ranie pooperacyjnej, masa ciała, barwa oraz wilgotność skóry i błon śluzowych, drożność cewnika Foleya, stężenie mocznika i kreatyniny, równowaga kwasowo-zasadowa, morfologia, gazometria, jakość treści i poprawność ssania drenów Redona, poziom Na i K⁺ w surowicy krwi, glikemia (u pacjentów z cukrzycą powinno się utrzymywać glikemię na poziomie 80-200 mg/dl) [3, 4].

Opieka medyczna po transplantacji narządu - kryterium struktury - odpowiednie przygotowanie organizacyjne miejsca oraz personelu medycznego [2, 5]:

1. Centrum transplantacyjne posiada salę pooperacyjną ze służą pozwalającą na specjalny nadzór. W jego wyposażeniu znajduje się także specjalistyczny sprzęt oraz aparatura niezbędna do monitorowania bieżącego stanu zdrowia pacjenta po transplantacji narządu oraz do oceny czynności przeszczepionego narządu.
2. Centrum transplantacyjne posiada określone procedury i normy postępowania z pacjentem po transplantacji oraz oceny funkcjonowania przeszczepionego narządu.
3. Opiekę nad biorcą przeszczepu sprawują wykwalifikowane pielęgniarki posiadające wiedzę oraz umiejętności konieczne do pielęgnacji pacjenta na wczesnym etapie pooperacyjnym.
4. Pielęgniarki posiadają fachową wiedzę dotyczącą monitorowania funkcji układu krążeniowo-oddechowego, poziomu nawodnienia organizmu, nieprawidłowości w gospodarce wodno-elektrolitowej, równowagi kwasowo-zasadowej, symptomów niedokrwistości oraz potrafią rozpoznawać ewentualne powikłania po operacji.
5. Pielęgniarki potrafią ocenić czynność przeszczepionego narządu poprzez obserwację ogólnego stanu biorcy oraz korzystając z analizy przeprowadzonych badań laboratoryjnych.
6. Wszelkie pomiary wykonywane u pacjenta, wyniki badań laboratoryjnych, obserwacja zmieniającego się stanu zdrowia oraz wdrożone czynności terapeutyczno-pielęgnacyjne są systematycznie dokumentowane w ramach indywidualnej karty obserwacyjnej pacjenta.
7. Personel medyczny zajmujący się pacjentem po przeszczepie posiada odpowiednią wiedzę dotyczącą farmakoterapii ze szczególnym uwzględnieniem środków immunosupresyjnych oraz preparatów przeciwbólowych.
8. Jako pomyślnie zakończony etap pooperacyjny uznaje się sytuację, w której pacjent po transplantacji posiada stabilnie działającą funkcję wydalniczą w przeszczepionym narządzie, nie odnotowano symptomów infekcji, rana pooperacyjna goi się prawidłowo, a pacjent jest świadomy o konieczności przyjmowania leków, w tym leków immunosupresyjnych.

Opieka medyczna po transplantacji narządu - kryterium procesu obejmujące newralgiczne zadania i role personelu interdyscyplinarnego [6, 7, 8]:

Personel medyczny zajmujący się pacjentem po przeszczepie narządu zobowiązany jest do przeprowadzenia następujących czynności:

1. Przyjęcie pacjenta w sali pooperacyjnej, jak również skontrolowanie stopnia jego świadomości oraz wybudzenia z narkozy.
2. Ocena funkcji układu oddechowego oraz zastosowanie tlenoterapii w przypadku otrzymania takiego zalecenia od lekarza.
3. Sprawdzenie drożności centralnych i żylnych kaniul tętniczych. Ocena prawidłowości działania drenów, w tym drenu Redona, a także zabezpieczenie ich na wypadek mimowolnego usunięcia. Ilościowa i jakościowa ocena drenowanej wydzieliny oraz regularne sprawdzanie poziomu zużycia opatrunku założonego na ranę pooperacyjną.
4. Wykonywanie obserwacji oraz czynności, których celem jest wczesne zidentyfikowanie powikłań po operacji dotyczących znieczulenia, zabiegu oraz funkcjonowania przeszczepionego narządu.
5. Bieżąca obserwacja stanu zdrowia pacjenta: wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi oraz liczby oddechów z uwzględnieniem głębokości i regularności (zauważenie płytkiego, pogłębionego lub nieregularnego oddechu warunkuje wezwanie lekarza). Obserwacji podlega także tętno – pierwsze 2 godziny po operacji sprawdza się tętno co 15 minut, a przez kolejną dobę co 15-30 minut lub 30-60 minut w zależności od odczytanych wartości.
6. Sprawdzanie drożności cewnika „szynującego” double J oraz cewnika Foleya służącego do opróżniania pęcherza. Regularna, codzinna kontrola diurezy przez pierwszą dobę po operacji, z uwzględnieniem zabarwienia moczu. Przy wielomoczu zaleca się kontrolę co 15-30 minut. W przypadku pojawienia się skrzeplin w moczu lekarz zleca płukanie cewnika Foleya. Wykrywanie anurii, oligurii lub poliurii.
7. Bieżące sprawdzanie i raportowanie lekarzowi prowadzącemu stanu pacjenta, w tym przede wszystkim częstotliwości wydalania moczu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, zabawienia i wilgotności skóry oraz błon śluzowych oraz ilości zaaplikowanych płynów infuzyjnych; notowanie bilansu wodno-elektrolitowego. Dostosowywanie

leków do aktualnego poziomu diurezy: środki wyrównujące ilość przetaczanych płynów infuzyjnych, środki o działaniu intropowym (np. Dopamina) lub środki moczopędne (np. Furosemid).

8. Kontrola masy ciała po upływie jednej doby po przeszczepie i powtarzanie tego pomiaru każdego dnia o stałej porze. Porównywanie pomiarów wagi z wartościami odczytanymi po dializie tzw. „suchą masą” przed transplantacją. Pozwala to dokonać rzetelnej oceny w zakresie gromadzenia i wydalania wody z organizmu pacjenta.

9. Staranna obserwacja pacjenta pozwalająca na szybkie wykrycie ewentualnego odrzutu przeszczepionego narządu. Wiąże się to z bieżącym notowaniem: masy ciała, ciśnienia tętniczego, diurezy, gazometrii, poziomu kreatyniny i mocznika, tkliwości palpacyjnej lub wystąpienia powiększenia w miejscu przeszczepu. Ponadto przeprowadzanie wywiadów z pacjentem w celu wykrycia złego samopoczucia, bólów mięśniowych lub dreszczy.

10. Przygotowanie pacjenta oraz towarzyszenie mu w badaniach służących ocenie funkcjonowania przeszczepu na wczesnym etapie pooperacyjnym.

11. Pobieranie zaleconego materiału od pacjenta, w tym przede wszystkim krwi oraz wydzieliny z drenażu, a następnie przekazywanie ich do badań laboratoryjnych.

12. Podawanie zleconych środków przeciwbólowych (fentanyl, paracetamol, analgetyki opioidowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne) z uwzględnieniem niepożądanego działania tych leków, działania nefrotoksycznego oraz indywidualnych reakcji uczuleniowych u pacjenta. Systematyczna ocena nasilenia poziomu bólu na podstawie ogólnoprzyjętych zakresów (np. skala VAS).

13. Wdrażanie terapii immunosupresyjnej odpowiadającej zleconemu planowi działania. Bieżące sprawdzanie występowania skutków ubocznych z uwzględnieniem wiedzy, że tuż po odbytych zabiegach mogą być one najbardziej odczuwalne. Systematyczne aplikowanie środków immunosupresyjnych oraz sprawdzanie ich oddziaływania na inne, przyjmowane w tym samym czasie leki.

14. Realizowanie kompleksowej opieki oraz pełna personalizacja w zakresie wdrażanych czynności. Pacjenci mogą zmagać się z różnymi chorobami, które będą oddziaływać na przebieg leczenia (dotyczy zwłaszcza cukrzycy, infekcji wirusowych i

grzybiczych oraz nadciśnienia tętniczego krwi).

15. Kontrolowanie poziomu glikemii co 3-4 godziny u diabetyków lub co 1 godzinę w przypadku odnotowania niepoprawnych wartości. Od transplantacji do chwili przejścia na odżywianie doustne pacjent ma podłączoną pompę z insuliną lub otrzymuje wlewy ciągłe z glukozą, insuliną i potasem. Pacjenci bez zdiagnozowanej cukrzycy zostają poddani badaniom wykluczającym ewentualną cukrzycę potransplantacyjną.
16. Przeciwdziałanie powikłaniom w obrębie przewodu pokarmowego poprzez podawanie zalecanych leków osłonowych (inhibitory pompy protonowej, antagoniści receptora histaminowego H₂). Ocena stanu zdrowia pacjenta oraz ocena symptomów przez niego zgłaszanych z uwzględnieniem objawów powiązanych z chorobami współistniejącymi lub efektami leczenia glikokortykosteroidami.
17. Ocena symptomów pod kątem zakażeń. We wczesnym okresie pooperacyjnym u pacjentów najczęściej obserwuje się zakażenia bakteryjne takie jak: zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, infekcja wewnątrzbrzuszną, zakażenie rany pooperacyjnej. W ramach obserwacji wykonuje się ocenę ilościową i jakościową diurezy, pomiar temperatury ciała, ocenę wydzieliny z rany pooperacyjnej oraz analizę symptomów zgłaszanych przez pacjenta.
18. Skrupulatne dbanie o higienę rąk, septykę i antyseptykę podczas zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, używanie sterylnych narzędzi medycznych, zredukowanie odwiedzin bliskich i rodziny, wykrywanie objawów zakażenia w obrębie układu moczowego, jamy ustnej lub rany pooperacyjnej i raportowanie lekarzowi prowadzącemu, podawanie zleconych antybiotyków.
19. Ocena stanu zdrowia pacjenta oraz jego zdolności do samoopieki. Pomoc w wykonywaniu codziennej toalety oraz czynności higienicznych. Obserwacja skóry pacjenta pod kątem występowania świądu. W tej sytuacji wymagane jest nasilone nawilżenie wysuszonej skóry, a nierzadko także wdrożenie zaleconych przez lekarza maści, kremów lub leków.
20. Zapobieganie powikłaniom powstającym na skutek długotrwałego unieruchomienia (zaburzenia w oddychaniu, zaburzenia zakrzepowo-zatorowe). Przekazywanie pacjentowi wiedzy na temat skutecznego kaszlu, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń

izometrycznych kończyn dolnych, a także zachęcanie do częstych zmian pozycji, pomoc w pionizacji (o ile nie ma przeciwwskazań) oraz chodzeniu na coraz dłuższe dystanse.

21. Zagwarantowanie uczucia bezpieczeństwa pacjentowi poprzez: spokojne i opanowane wykonywanie swoich zadań, obecność, sumienne wykonywanie czynności leczniczo-pielęgniacyjnych, cierpliwe odpowiadanie na pytania oraz aplikowanie środków uspokajających na zlecenie lekarza w przypadku nadmiernej aktywności psychoruchowej.
22. Oferowanie wsparcia emocjonalnego oraz służenie fachową wiedzą związaną z aktualnym stanem pacjenta. Dbanie o werbalny, wzrokowy i słuchowy kontakt z pacjentem.
23. Prowadzenie dokumentacji zawierającej wyniki wszelkich dokonywanych pomiarów oraz spis wykonywanych czynności leczniczo-pielęgniacyjnych. Wszystkie dostępne dokumenty powinny być umieszczone w specjalnej karcie obserwacyjnej pacjenta.

Opieka medyczna po transplantacji narządu - wyniki opieki [3, 4. 6. 7]:

1. Odpowiednio wykonywana opieka dopasowana do stanu zdrowia pacjenta, prawidłowa ocena parametrów życiowych oraz krótki czas reakcji na ewentualne ryzyko pomagają ograniczyć lub wyeliminować możliwe powikłania pooperacyjne.
2. Pacjent w okresie pooperacyjnym otrzymał wszechstronną i dopasowaną opiekę pielęgniarską odpowiadającą procedurom i standardom przyjętym w ośrodku transplantacyjnym.
3. Sumienna obserwacja stanu zdrowia pacjenta i ocena czynności przeszczepionego narządu umożliwia szybkie wykrycie nieprawidłowości oraz wdrożenie czynności interwencyjnych mających na celu przeciwdziałanie wczesnym powikłaniom pooperacyjnym.
4. Bieżąca obserwacja funkcjonowania przeszczepionego narządu, reagowanie na symptomy zgłaszane przez pacjenta, a także prawidłowa analiza wyników badań laboratoryjnych umożliwia szybkie wykrycie objawów mogących świadczyć o odrzuceniu przeszczepionego narządu.
5. Systematyczna obserwacja natężenie dolegliwości bólowych oraz reagowanie poprzez

wdrażanie odpowiedniej farmakoterapii.

6. Gromadzenie dokumentacji medycznej uwzględniającej: stan zdrowia pacjenta, podawane leki, stosowane płyny infuzyjne, wyniki zleconych badań laboratoryjnych oraz pozostałe czynności leczniczo-pielęgnacyjne.

PIŚMIENNICTWO:

1. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Rolka H.: Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
2. Cierpka L., Duplik M.: Transplantologia kliniczna – zasady ogólne, przeszczepy narządowe. Termedia, Warszawa 2015.
3. Durlik M., Przybysławski P.: Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, Zalecenia Dotyczące Leczenia Immunosupresyjnego Po Przeszczepieniu Narządów Unaczynionych. Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, Warszawa 2018.
4. Michałowicz B.: Wkład transplantologii w rozwój medycyny. Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej Wątroby Akademii Medycznej, Warszawa 2009.
5. Król B., Zembala- John J.: Transplantacja narządów. Aspekty medyczne, prawne i organizacyjne. Wydawnictwo Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Zabrze 2013.
6. Czerwiński J., Małkowski P.: Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017.
7. Giebel S.: Przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu/article/view/70572 (data pobrania 07.07.2022).
8. Karkoszka H., Więcek A.: Prowadzenie biorcy weczesnym i późnym okresie po transplantacji nerki-monitorowanie czynności przeszczepu [w:] Transplantologia Kliniczna. Przeszczepy narządowe. L. Cierpka, M. Durlik. Wydawnictwo Medyczne Termedia 2, 2015, 74-94.
9. Sitarz-Żelazna Z.: A B C przeszczepiania szpiku - Informacje dla dawców. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach, Kielce 2013.

POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY I JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW LARYNGEKTOMOWANYCH

Danuta Ponczek¹, Edyta Plata²

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

2/ - Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

WSTĘP

Laryngektomia całkowita to zabieg chirurgiczny, który jest wykonywany w zaawansowanych stadiach raka krtani. Operacja obejmuje wycięcie krtani. Narząd ten odgrywa kluczowe role w organizmie człowieka. Znajdują się w niej struny głosowe, które umożliwiają emisję głosu. Oprócz tego krtąń ułatwia proces oddychania i przełykania, wobec czego dochodzi do zmian w oddychaniu, przełykaniu i odczuwaniu zapachów. Zabieg laryngektomii całkowitej prowadzi do nieodwracalnej zmiany, jaką jest konieczność oddychania przez stomię, nie przez nos i usta. Po zabiegu konieczna jest ponowna nauka mówienia [1].

W Polsce w 2019 roku na raka krtani zachorowało 1688 mężczyzn, co stanowiło 2% spośród wszystkich zarejestrowanych nowotworów złośliwych. Kobiety zachorowało 265 i stanowiło to 0,3%. Najwięcej zachorowań dotyczyło zarówno kobiet jak i mężczyzn w wieku 60-69 lat oraz mieszkających w województwie śląskim [2].

Czynnikami mającymi największy wpływ na wystąpienie zmiany przedrakowej i rozwój raka krtani są nałóg palenia tytoniu, spożywanie wysokoprocentowego alkoholu oraz praca w zapyleniu i wysokich temperaturach. Uważa się, że palenie ponad 20 papierosów dziennie i stałe picie tzw. mocnego alkoholu przez ponad 15 lat skutkuje zwiększeniem ryzyka zachorowalności na raka krtani około 330x. Składniki dymu tytoniowego mają działanie mutagenne i karcynogenne, w szczególności policykliczne węglowodory aromatyczne (benzopiren), aminy aromatyczne oraz N-nitrozaminy. Ponad 96% chorych na raka krtani są byłymi lub obecnymi palaczami. Dzielne spalenie 30-60 papierosów i wczesne rozpoczęcie palenia istotnie podnosi ryzyko zachorowalności na raka krtani. Dłuższe przerwy

w paleniu tytoniu obniżają prawdopodobieństwo zachorowania, a zaprzestanie palenia skutkuje systematycznym jego obniżeniem. Około połowa chorujących na raka krtani nadużywa bądź nadużywało alkoholu. Picie wysokoprocentowego alkoholu ma wpływ na karcynogenezę głównie w raku nadgłośni lub raka gardła dolnego. Twierdzi się, że etanol nie jest karcynogenem i nie ma właściwości mutagennych, jednak działa jako kokarcynogen i promotor procesu nowotworzenia. Często spożywany alkohol przyczynia się m.in. do zmniejszenia wchłaniania składników odżywczych, ma działanie hepatotoksyczne, zakłóca równowagę hormonalną, obniża wydolność układu odpornościowego [3]. W etiologii występowania zmian przedrakowych oraz rozwoju raka krtani bierze się pod uwagę także ekspozycję na azbest, sztuczne nawozy, przewlekłe narażenie na metale ciężkie (chrom, nikiel, uran), promieniowanie jonizujące, zakażenie wirusem HPV (*human papilloma virus*) zwłaszcza najbardziej onkogennymi typami: 16 i 18. DNA tych wirusów wykrywa się u 20-60% leczonych z powodu raka krtani [4, 5].

Laryngektomia jest zabiegiem polegającym na częściowym bądź całkowitym usunięciu krtani. W przypadku przeprowadzenia laryngektomii częściowej pacjent zachowuje głos i zdolność prawidłowego oddychania, natomiast w przypadku całkowitej laryngektomii pacjent traci głos i konieczne jest wykonanie tracheostomii, czyli wyprowadzenie ujścia tchawicy na przednią część szyi przy pomocy tzw. rurki tracheotomijnej [6].

Do zadań zespołu terapeutycznego w stosunku do pacjenta po zabiegu laryngektomii należy udzielenie pomocy w zaakceptowaniu i przystosowaniu się do nowej sytuacji, która w sposób istotny będzie miała wpływ na jego jakość życia. Należy przygotować pacjenta oraz jego rodzinę do samoopieki, nauczyć pielęgnacji, oczyszczania, zachowania drożności i wymiany rurki tracheotomijnej oraz zachowania higieny wokół otworu tracheotomijnego. Należy wskazać pacjentowi możliwości rehabilitacji głosu oraz zachęcić do członkostwa w grupach wsparcia czy stowarzyszeniach osób laryngektomowanych [7].

CEL PRACY

Celem badań było zbadanie poziomu akceptacji choroby i jakości życia pacjentów laryngektomowanych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 56 osób leczonych metodą chirurgiczną z powodu raka krtani w Klinice Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej i Chirurgii Szcękowo-Twarzowej oraz będących pod opieką Poradni Logopedycznej podlegającej Klinice Foniatrii i

Audiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, współpracującej z Bydgoskim Stowarzyszeniem Laryngektomowanych. Badania trwały od października 2019 r. do końca czerwca 2020 r.

Zastosowano trzy narzędzia badawcze. Kwestionariusz ankiety własnej dotyczył zmiennych społeczno-demograficznych pacjentów, sytuacji zawodowej, palenia papierosów, nadużywania alkoholu, warunków szkodliwych w pracy, oceny częstości i stopnia występującego bólu oraz oceny życia po zabiegu w skali od 1 do 10.

Skala Akceptacji Choroby Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. w adaptacji Z. Juczyńskiego posłużyła do oceny stopnia zaakceptowania choroby. Suma punktów jaką mógł uzyskać pacjent (8-40) stanowiła ogólną miarę stopnia akceptacji choroby. Niska suma oznaczała brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz poczucie dyskomfortu psychicznego. Wysoka suma świadczyła o akceptacji choroby i braku negatywnych myśli z nią związanych. Stopnie akceptacji choroby określono następująco: brak akceptacji (8-18 pkt), niska akceptacja (19-29 pkt), wysoka akceptacja choroby (30-40 pkt).

Kwestionariusz WHOQOL-BREF wykorzystano do oceny jakości życia badanych pacjentów w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i w środowisku. Zawarte są w nim także pytania o indywidualną, ogólną percepcję jakości życia oraz własnego zdrowia. W każdej z dziedzin można uzyskać maksymalnie 20 pkt. Wyniki mają kierunek pozytywny, to znaczy im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia.

Do analizy wyników zastosowano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano z użyciem pakietu statystycznego STATISTICA 10 i arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu. W analizie opisowej zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. Graficzną interpretację danych zawarto w postaci wykresów.

WYNIKI

W badanej grupie dominowały osoby płci męskiej (75%) w wieku 60-69 lat (60,7%). Średnia wieku badanych wyniosła 64,6 lat. Najmłodszy mężczyzna liczył 49 lat, najmłodsza kobieta 52 lata. Wiek maksymalny dla badanych mężczyzna wyniósł 82 lata, dla kobiet 70 lat. Ankietowani najczęściej zamieszkiwali środowisko miejskie (64,3%). Najwięcej respondentów miało wykształcenie zawodowe (60,7%). Połowa badanych żyła w związkach małżeńskich lub stałych związkach nieformalnych. Większość miała dwójkę lub trójkę dzieci.

Źródłem dochodu najczęściej była emerytura (60,7%). Najwięcej (33,9%) badanych spalało w przeszłości 20-29 sztuk papierosów dziennie, następnie po 25% 10-19 sztuk i powyżej 40 sztuk. Z kolei 89,3% przebywało w przeszłości w otoczeniu palących, tylko 6 osób udzieliło odpowiedzi przeczącej. Na pytanie o nadużywanie alkoholu w przeszłości, odpowiedzi twierdzącej udzieliło 19,6% badanych. Pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia potwierdziło 76,8% osób.

Ocenę respondentów swojego życia po zabiegu w skali od 1 do 10 (im wyższa cyfra, tym wyższa ocena) przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Rozkład oceny swojego życia po zabiegu przez badanych w skali od 1 do 10.

Ocena	Liczba	%
1	1	1,8
2	5	8,9
3	5	8,9
4	5	8,9
5	9	16,1
6	7	12,5
7	7	12,5
8	8	14,3
9	5	8,9
10	4	7,2
Razem	56	100

U większości badanych (53,6%) ból pojawiał się sporadycznie. Najczęściej oceniali go jako słaby/umiarkowany. Średnia występującego bólu w skali VAS wyniosła 3,66 pkt.

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie oceniony za pomocą kwestionariusza AIS przedstawiono na rycinie 1.



Ryc. 1. Rozkład poziomów akceptacji choroby w grupie badanych.

Ponad połowę respondentów cechuje niski poziom zaakceptowania swojej choroby. Spośród wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono poczucie, iż „jest się pełnowartościowym człowiekiem” (3,5 pkt) i „nie jest się ciężarem dla swojej rodziny” (3,48 pkt). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (2,93 pkt) i „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (2,95 pkt). Wartość średnia (AIS) wyniosła dla badanej grupy 25,86 pkt, co świadczyło o niskim poziomie akceptacji choroby. Według analizy skali AIS dla badanych kobiet wynika, że najwyżej oceniono poczucie, iż „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” i „nigdy nie będę samowystarczalną w takim stopniu, w jakim bym chciała” (po 3 pkt). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna” (2,43 pkt). Średnia akceptacji choroby (AIS) wśród kobiet wyniosła 21,57 pkt, co świadczy o niskiej akceptacji choroby, niższej niż w całej grupie badanej. W grupie mężczyzn najwyżej oceniono poczucie, iż „jest się pełnowartościowym człowiekiem” (3,81 pkt). Najniżej: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (3,05 pkt). Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla tej grupy 27,26 pkt, co świadczyło o niskiej akceptacji choroby, jednak wyższej od średniej wszystkich badanych. Osoby mieszkające na wsi przede wszystkim czuły, że nadal są pełnowartościowymi ludźmi (3,7 pkt), jednakże obawiali się, że nigdy nie będą samowystarczalni w takim stopniu, w jakim by chcieli (2,9 pkt). Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla nich 25,9 pkt, czyli była niska, jednak nieco wyższa od średniej wszystkich badanych. Dla osób mieszkających w miastach najwyższe wartości

uzyskano w kwestiach: „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” i „nigdy nie będę wystarczalny w takim stopniu, w jakim bym chciał” (po 3,47 pkt). Najniżej oceniono: „z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (2,86 pkt). Średnia AIS wyniosła 25,81 pkt, co świadczyło o niskiej akceptacji choroby przez badanych, nieco niższej od średniej ogólnej. Spośród wszystkich respondentów, najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (ok. 61%). Zarówno w tej grupie, jak i w przypadku badanych z innym wykształceniem akceptacja choroby znajdowała się na niskim poziomie. Ankietowani z zawodowym wykształceniem najwyżej ocenili poczucie, iż „stan zdrowia sprawia, że nie czują się pełnowartościowym człowiekiem” (3,53 pkt), a najniżej: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” i „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” (po 2,88 pkt).

W dalszym etapie analizy statystycznej zostały ocenione wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF określające ogólną jakość życia. Odpowiedzi na pytanie 1 i 2 zawarto na rycinie 2 i 3 oraz w tabeli 2.



Ryc. 2. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie 1 WHOQOL-BREF dla badanych.



Ryc. 3. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie 2 WHOQOL-BREF dla badanych.

Tab. 2. Statystyki opisowe pytania 1 i 2 WHOQOL-BREF.

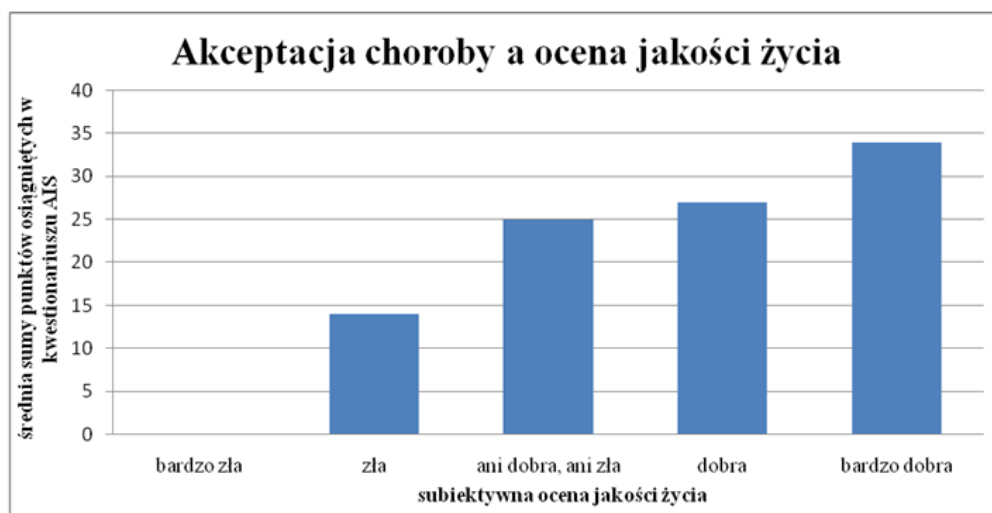
Pytania analizowane oddzielnie (n=56)	Średnia	SD	Min	Max	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Pyt. 1. Ogólna jakość życia	3,64	0,77	2	5	3	4	4
Pyt. 2. Ogólna jakość zdrowia	3,29	1,00	1	5	2,75	3,5	4

Większość badanych (68%) było zadowolonych i bardzo zadowolonych z jakości swojego życia, podczas gdy ze stanu zdrowia już tylko 48% udzieliło podobnych odpowiedzi. Dlatego też średnia ogólnej jakości zdrowia jest niższa niż jakości życia (3,29 pkt vs. 3,64 pkt). Sprawdzone wartości średnie dla poszczególnych dziedzin. Możliwy wynik do uzyskania z każdej dziedziny wahał się w przedziale od 4 do 20 pkt. Najwyższą punktację uzyskano w dziedzinie psychologicznej (15,46 pkt), następnie w społecznej (14,86 pkt) i w środowiskowej (14,73 pkt), najniższą w dziedzinie fizycznej (13,96 pkt). Następnie przystąpiono do szczegółowej analizy pytań z poszczególnych dziedzin. W sferze fizycznej badani uzyskali najniższe wyniki w pytaniu nr 18 dotyczącym zdolności do pracy (3,23 pkt), co mogło być spowodowane okaleczeniem fizycznym, trudnościami w porozumiewaniu się z otoczeniem, a najwyższe w pytaniu nr 15 dotyczącym mobilności. W zakresie dziedziny psychologicznej najniższe wyniki uzyskano w pytaniu nr 5 dotyczącym radości z życia (3,61 pkt), a najwyższe w pytaniach nr 6 i 7 dotyczących kolejno: sensu życia i koncentracji (po 4,04 pkt). W dziedzinie społecznej najniższe wyniki uzyskano w pytaniu nr 21 dotyczącym współżycia, natomiast najwyższe w pytaniu nr 22 dotyczącym wsparcia społecznego. W

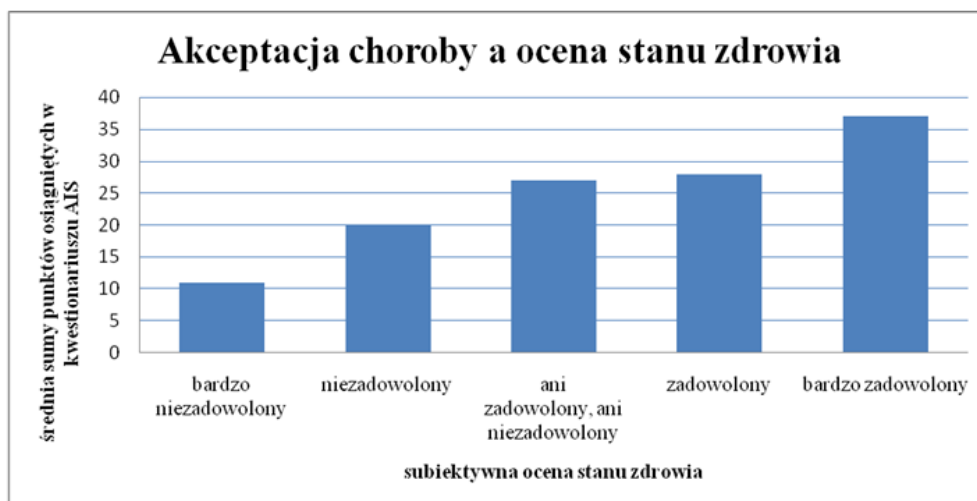
przypadku dziedziny środowiskowej najniższą jakość życia wykazano w pytaniu nr 25 dotyczącym transportu, najwyższą w pytaniu nr 23 dotyczącym warunków mieszkaniowych.

Analizując odpowiedzi na pytania pod kątem płci okazało się, że 43% kobiet i 76% mężczyzn było zadowolonych i bardzo zadowolonych z jakości swojego życia, podczas gdy ze stanu zdrowia mniej, bo 29% i 57%. Wartości średnie świadczące o lepszej ocenie swojego życia (3,81 pkt vs. 3,14 pkt) i zdrowia (3,48 pkt vs. 2,71pkt) były również większe w przypadku mężczyzn. W poszczególnych domenach mężczyźni również charakteryzowali się wyższą jakością życia w porównaniu z kobietami. Tylko 40% badanych mieszkających na wsi było zadowolonych i bardzo zadowolonych zarówno z jakości swojego życia, jak i ze stanu zdrowia, w porównaniu do 83% i 55% badanych mieszkających w mieście. Przełożyło się to również na wyższe wartości średnie w grupie mieszkańców miast, wskazując tym samym na ich lepszą jakość życia i zdrowia. W przypadku wykształcenia najwyższy wynik średni (3,88 pkt) w ocenie swojej jakości życia uzyskały osoby ze średnim wykształceniem, a w ocenie stanu zdrowia z wyższym (3,5 pkt). W poszczególnych domenach osoby z wykształceniem wyższym również uzyskały najwyższe wyniki.

Porównano średnią sumę punktów uzyskaną w kwestionariuszu AIS do określonej oceny jakości życia oraz zdrowia. Wyższym wartościom akceptacji choroby odpowiadała również wyższa subiektywna ocena jakości życia, jak i zdrowia (ryc. 4 i 5).



Ryc. 4. Akceptacja choroby a ocena jakości życia badanych.



Ryc. 5. Akceptacja choroby a ocena stanu zdrowia badanych.

DYSKUSJA

Rozpoznanie poważnej choroby jaką jest rak krtani wywołuje u chorego silną reakcję stresową we wszystkich płaszczyznach jego życia. Pacjent obawia się hospitalizacji, przebiegu leczenia, okaleczenia fizycznego, utrudnionego kontaktu z otoczeniem. Pozbawienie chorego krtani może wywołać poczucie bezradności, krzywdy, towarzyszącego smutku, przygnębienia, niekiedy rozpacz [8].

Postanowiono zbadać stopień akceptacji choroby pacjentów laryngektomowanych wykorzystując do tego celu kwestionariusza AIS. Wykazano, że ponad połowa badanych cechowała się niskim poziomem akceptacji, wartość średnia wyniosła 25,86 pkt. Lepiej przystosowani okazali się mężczyźni. Zapewne wynika to z faktu, że kobiety przykładają większą wagę do swojego wyglądu, trudniej jest im się pogodzić ze zmienionym wyglądem zewnętrznym, koniecznością posiadania rurki tracheotomijnej i z utrudnionym porozumiewaniem się z otoczeniem. Różnice pomiędzy osobami mieszkającymi na wsi i w mieście są nieznaczące, ale porównując akceptację choroby badanych mieszkających w miastach do 100 tys. mieszkańców i w tych powyżej 100 tys. mieszkańców zauważa się, że bardziej pogodzeni z nową sytuacją są chorzy w większych miastach (28,29 pkt), niż w mniejszych (23,63 pkt). Może to być spowodowane lepszą dostępnością mieszkańców dużych miast do grup wsparcia, stowarzyszeń osób laryngektomowanych, na przykład takich jak Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych, dzięki którym osoby po chirurgicznym usunięciu krtani uczestniczą w spotkaniach, wymieniają się informacjami, poradami, dają sobie wsparcie psychiczne. W przypadku wykształcenia najniższą akceptację choroby przejawiali pacjenci z wykształceniem zawodowym, co może być związane z obawą i

mniejszymi możliwościami zatrudnienia. Nie bez znaczenia jest fakt, że osób z tym wykształceniem było najwięcej.

Jakość życia w grupie pacjentów laryngektomowanych została opracowana na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF. Średnia wartość globalna wyniosła 14,75 pkt, czyli była przeciętna. Analiza poszczególnych obszarów badawczych wykazała najwyższy wynik w dziedzinie psychologicznej, a najniższy w fizycznej. Wśród badanych 11% nie było zadowolonych z jakości swojego życia, ale już około ¼ z jakości swojego zdrowia. Zarówno jakość swojego życia, jak i zdrowia niżej oceniali kobiety oraz badani mieszkający na wsi i w mniejszych miastach. Najwyższą jakość życia prezentowały osoby z wykształceniem średnim, a samoocenę stanu zdrowia z wykształceniem wyższym. Stopień akceptacji choroby miał wpływ na jakość życia i samoocenę zdrowia. Dowiedziono, że im wyższa akceptacja choroby, tym wyżej oceniana była jakość życia i stan zdrowia.

Kurowska i wsp. [9] omówiły podobne do opisanych w tej pracy, przeprowadzone przez siebie badania, również oparte o kwestionariusz AIS i WHOQOL-BREF. Pomimo różnicy w czasie, wyniki okazały się zbliżone. Poziom akceptacji choroby (24,7 pkt) oraz jakość życia i zadowolenie ze zdrowia były przeciętne. Lepszą jakość życia deklarowali mężczyźni, mieszkańcy miast, osoby ze średnim lub wyższym wykształceniem, będące w związku małżeńskim, posiadające potomstwo i należące do Klubu Laryngektomowanych. Najwyżej oceniono dziedzinę socjalną, a najniżej dziedzinę psychologiczną. Autorki także wysunęły wniosek, że wraz ze wzrostem akceptacji choroby poprawia się ocena własnego zdrowia i wyniki jakości życia w poszczególnych dziedzinach.

Juzwiszyn i wsp. [10] przeprowadzili badanie wybranych aspektów jakości życia 80 laryngektomowanych osób, między innymi za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Okazało się, że 29% osób było zadowolonych z jakości swojego życia, ale niemal tyle samo (26%) nie było. Podobne wyniki dotyczyły zadowolenia ze swojego zdrowia. Wiek, płeć i miejsce zamieszkania nie miały wpływu na poziom jakości życia. Zwiększał się on natomiast wraz z akceptacją niepełnosprawności.

Rzewnicki i wsp. [11] opisują badania dotyczące jakości życia po operacji nowotworu krtani i gardła dolnego, którymi objęto chorych w wieku 37–77 lat. Grupę stanowiły 92 osoby. Według autorów 59% badanych wymieniało negatywne zachowania, które przyczyniły się do zachorowania na nowotwór: 95% nadużywało alkoholu, 94% paliło papierosy w liczbie ponad 20 sztuk dziennie. W niniejszym badaniu ok. 20% respondentów przyznało się do nadużywania alkoholu, a 66% do palenia powyżej 20 papierosów w ciągu dnia.

Babin i wsp. [12] w swojej pracy analizowali wyniki jakości życia 150 pacjentów, z których 85% paliło papierosy, a 81% piło alkohol. Zauważyli znaczne pogorszenie relacji społecznych badanych przejawiające się ograniczeniem wyjść do znajomych, restauracji czy kawiarni, a zwiększeniem czasu spędzanego przed telewizorem. Wpływało to zapewne na poczucie osamotnienia, które ankietowani próbowali sobie zrekompenzować przy pomocy zwierzęcia.

Olejniczak i wsp. [13] dokonali oceny przystosowania się do ograniczeń spowodowanych laryngektomią. Wysłali wniosek znacznego obniżenia jakości życia wywołanego chorobą i zabiegiem operacyjnym. Jako główną przyczynę podali trudność w porozumiewaniu się z otoczeniem. Autorzy podkreślają ogromne znaczenie grup wsparcia dla wyższej oceny jakości życia w tej grupie chorych. Na wpływ zmian w komunikacji po laryngektomii na jakość życia pacjentów zwrócili również uwagę w swoim przeglądzie Sharpe i wsp. [14].

Problemy z komunikowaniem się stanowią jedną z wielu konsekwencji leczenia. Okaleczenie fizyczne prowadzi także do zmiany wyglądu i toru oddechowego. Powietrze oddechowe nie jest oczyszczane, nawilżane i ogrzewane w górnych drogach oddechowych, co wywołuje podrażnienie błony śluzowej tchawicy, a w konsekwencji odczyny zapalne. Zmienia się sposób odkrztuszania, wydzielina w niekontrolowany sposób wydostaje się na zewnątrz. Chory traci węch i subtelność smaku. Zwiększa się także męczliwość na skutek skrócenia drogi oddechowej. Pacjenci po laryngektomii całkowitej muszą zachowywać szczególną ostrożność w kontakcie z wodą, tak aby nie dostała się ona do tchawicy [za 1]. Stąd najprawdopodobniej wynika najniższa ocena jakości życia badanych respondentów dotycząca dziedziny fizycznej oraz trudności z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Wszystkie problemy, z którymi boryka się pacjent laryngektomowany stanowią wyzwanie dla niego samego, ale też dla personelu medycznego, który powinien wykazać się dużym profesjonalizmem i empatią w przygotowaniu go do zmienionych warunków życia.

WNIOSKI

1. W badanej grupie ponad połowa osób charakteryzowała się niskim poziomem akceptacji choroby. Wartość średnia wyniosła 25,86 pkt. Respondenci mimo choroby mieli poczucie, że nadal są wartościowymi ludźmi, ale najtrudniej jest im przystosować się do ograniczeń spowodowanych chorobą. Lepiej radzili sobie z akceptacją choroby mężczyźni.

2. Ankietowani lepiej oceniali swoją jakość życia niż zdrowia. Najwyżej oceniono dziedzinę psychologiczną, następnie dziedzinę społeczną i środowiskową, najniżej dziedzinę fizyczną. Lepszą jakość życia prezentowali mężczyźni, mieszkańcy miast, osoby z wyższym wykształceniem.
3. Wraz ze wzrostem akceptacji choroby wzrastała także samoocena własnego zdrowia i jakości życia badanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Cieślak K., Golusiński W., Wegner A. i wsp.: Psychospołeczne konsekwencje laryngektomii. *Otorynolaryngologia* 2017; 16 (2): 58-61.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. i wsp.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2021.
3. Pietruszewska W.: Stany przedrakowe i nowotwory krtani [w:] *Otorynolaryngologia. Podręcznik dla studentów i specjalizujących się lekarzy*, Latkowski J. B. (red.). PZWL, Warszawa 2017: 306-328.
4. Józefowicz-Korczyńska M., Mazerant M., Morshed K. i wsp.: Wstępna ocena zależności pomiędzy zakażeniem Human papilloma virus (HPV) a wybranymi cechami nowotworu u chorych na raka krtani. *Otolaryngologia – Przegląd kliniczny* 2014; 13 (3): 155-161.
5. Golusiński P., Lamperska K., Braakhuis B.J.M. i wsp.: Występowanie i rola aktywnej infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w rakach płaskonabłonkowych głowy i szyi. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny* 2012; 1 (3): 244-251.
6. Wolfgang A., Ganzer U.: *Otolaryngologia*. Red. wyd. pol. Kręcicki T. Wyd. MedPh, Wrocław 2014.
7. Wamka M., Mackiewicz-Nartowicz H., Sinkiewicz A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentami po zabiegach chirurgicznych w obrębie krtani. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2018; 12 (4): 136-140.
8. Humeniuk E., Wolańska K., Tarkowski Z.: Czynniki wpływające na przystosowanie psychiczne do choroby pacjentów po laryngektomii. *Otorynolaryngologia* 2016; 15 (3): 117-123.
9. Kurowska K., Jakielewicz S.: Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia osób po całkowitym usunięciu krtani. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 7 (1): 21-27.

10. Juzwiszyn J.M., Haron D., Grzebień A. i wsp.: Wybrane aspekty jakości życia u chorych po zabiegu laryngektomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2016; 6 (2): 127-136.
11. Rzewnicki I., Jackiewicz M.: Jakość życia po operacji nowotworu krtani lub gardła dolnego. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2009; 26 (151): 40-42.
12. Babin E., Beynier D., Le Gall D. i wsp.: Psychospołeczna jakość życia pacjentów po laryngektomii całkowitej. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinol (Bord)* 2009; 130 (1): 29-34.
13. Olejniczak D., Sawicka K.: Ocena jakości życia u chorych po usunięciu krtani w oparciu o badania własne. *Medycyna Rodzina* 2013; 3: 75-78.
14. Sharpe G., Costa VC., Doube W. i wsp.: Communication changes with laryngectomy and impact on quality of life: a review. *Quality of Life Research* 2019; 28 (4): 863-877.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW

Magdalena Miedźwiecka¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Definicja migotania przedsionków

Migotanie przedsionków inaczej AF (*Atrial Fibrillation*) jest tachyarytmią nadkomorową, którą cechuje nieskoordynowana czynność elektryczna przedsionków o częstości $>350/\text{min}$, przewodzona nieregularnie do komór. Migotanie powoduje utratę efektywnej czynności skurczowej przedsionków. W badaniu elektrokardiograficznym AF charakteryzuje się brakiem załamków P, nieregularnym wychyleniem linii izoelektrycznej i nie równymi odstępami między załawkami R [1].

Epidemiologia

AF jest jedną z najczęściej występujących arytmii serca przez to jest jednym z największych problemów obecnego systemu opieki zdrowotnej. Leczenie AF w Stanach Zjednoczonych kosztuje średnio 6 miliardów dolarów rocznie. Według raportów osoby mające migotanie przedsionków wydają dodatkowo 8705 tysięcy dolarów więcej niż osoby zdrowe. Według obliczeń, szacuje się że AF do 2050 r. będzie miało 6- 12 milionów ludzi w USA oraz 17,9 milionów osób w Europie do 2060r. [2].

Występuje u około 3% populacji. Odsetek przypadków rośnie wraz z wiekiem pacjenta i współistniejącymi chorobami układu krążenia. 4,2 % osób w wieku 60- 69 lat choruje na migotanie przedsionków, 9,7 % w wieku 70-79 lat oraz 13,4% w wieku 80- 89 lat. W dużym

stopniu przyczynia się do występowania udarów, nasilenia objawów niewydolności serca która jest jedną z częstszych przyczyn hospitalizacji w trybie nagłym [2].

Migotanie przedsionków częściej występuje u mężczyzn. Ryzyko udaru mózgu przy AF zwiększa się 5- krotnie a 3- krotnie przy zastoinowej niewydolności serca a przez to wiąże się z większą śmiertelnością pacjenta [3].

Do oceny ryzyka wystąpienia powikłań zatorowo- zakrzepowych u chorych z wykrytym migotaniem przedsionków, używa się skali CHA2DS2 -VASc (Ocena ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo- zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków) [4].

Patogeneza

Do tej pory nie poznano szczegółowo patomechanizmów które powodują migotanie przedsionków. Odkładanie się tkanki łącznej, włóknienia i nasilenia polifracji miofibroblastów powodują dezorganizację czynności elektrycznej. Powodować to może zaburzenie struktury połączeń elektrycznych między komórkami, które powoduje zapoczątkowanie i utrzymanie arytmii. Wśród przyczyn należy wiele chorób które są różnicowane na choroby sercowe i pozasercowe [1].

Do sercowych czynników ryzyka rozwoju AF należy:

- Nadciśnienie tętnicze
- Nabyte wady zastawkowe
- Zapalenie mięśnia sercowego
- Kardiomiopatie
- Choroba wieńcowa
- Podeszły wiek
- Cukrzyca
- Zaburzenia metabolizmu lipidów [1].

Pozasercowe czynniki ryzyka rozwoju AF należy:

- Nadużywanie alkoholu

- Otyłość
- Narażenie na stres
- Predyspozycje genetyczne
- Zatorowość płucna
- Nadczynność tarczycy
- Guz chromochłonny
- Przewlekła choroba nerek [1].

Objawy arytmii

Niestandardowymi objawami zgłaszanymi przez seniorów jest :

- Dusznosc
- Kołatanie serca
- Uderzenia gorąca
- Uczucie mocnego bicia serca
- Nieokreślony niepokój w klatce piersiowej
- Bóle wieńcowe
- Zawroty głowy
- Omdlenia
- Zaburzenia poznawcze
- Splątania [5].

Klasyfikacja kliniczna migotania przedsionków

AF rozpoznane po raz pierwszy- nie było wcześniej rozpoznawane, niezależnie od występowania, czasu trwania arytmii i nasilających się objawów związanych z AF

Napadowe AF- ustępuję samoistnie po mniej niż 7 dniach a w większości przypadków po około 48 h

Przetrwale AF- utrzymujący się powyżej 7 dni, występują epizody przerwane przez kardiowersję farmakologiczną lub elektryczną.

Przetrwale długotrwałe AF- trwające ciągle ≥ 1 roku. Podjęto wybór strategii kontroli rodzaju rytmu serca.

Utrwalone AF- trwający powyżej 12 miesięcy. Nie podejmuje się u takich pacjentów interwencji kontrolnej rodzaju rytmu serca. Klasyfikację arytmii należy zmienić na długotrwałe przetrwale AF w momencie ponownego wyboru strategii kontrolnej rodzaju rytmu serca [6].

Diagnostyka

Przy diagnostyce migotania przedsionków w pierwszej kolejności należy zgłosić się do gabinetu lekarza POZ w celu przeprowadzenia z pacjentem wywiadu lekarskiego. Typowymi objawami zgłaszanymi przez pacjenta będzie kołatanie serca, nasilona duszność, zawroty głowy, szybkie i nieregularne bicie serca, duża potliwość i męczliwość. Po zebraniu wywiadu lekarskiego, przeprowadza się badanie przedmiotowe przy którym lekarz posługuje się zmysłami takimi jak: dotyk, wzrok i słuch. Lekarz zleci również badania dodatkowe jak EKG, Echokardiografia, badania krwi z oceną czynności tarczycy i nerek, morfologia krwi obwodowej i stężenie elektrolitów w surowicy [7].

EKG w spoczynku

EKG (Elektrokardiografia) jest to zabieg diagnostyczny, który wykonuje się w celu wykrycia ewentualnych zaburzeń serca. Podczas zagrażającym życiu arytmii można wykryć za pomocą jednoodprowadzeniowego EKG. W standardowo wykonywanym EKG wykorzystuje się dwanaście odprowadzeń:

- 3 odprowadzenia kończynowe- dwubiegunowe
- 3 odprowadzenia kończynowe- jednobiegunowe
- 6 odprowadzeń przedsercowych

Przy ocenie EKG kluczowe jest:

- Istnienie aktywności elektrycznej serca
- Częstotliwość skurczów
- Rytm miarowy czy niemiary
- Szerokie czy wąskie zespoły QRS
- występowanie aktywności przedsionków i ich stosunek do aktywności komór

U pacjenta z migotaniem przedsionków w zapisie EKG zobaczymy brak załamków P i niemiary rytm komór (nierówne odstępy między załamkami R) (rycina 1.) [8].



Rycina 27: Migotanie przedsionków

https://pl.wikipedia.org/wiki/Migotanie_przedsionk%C3%B3w

EKG metodą Holtera

Jest to 24- godzinne badanie metodą Holtera, które można przedłużyć do 48 godzin, a w niektórych przypadkach do tygodnia. Służy do rejestracji pracy serca i dzięki temu pozwala ocenić jego pracę w spoczynku jak i w fazie wysiłku fizycznego. Stosowane jest głównie u pacjentów z migotaniem przedsionków i pozwala na określenie charakteru napadowego bądź przetrwałego oraz obciążenie migotania przedsionków. Dostarcza również informacje o mechanizmie inicjującym napad migotania przedsionków. Występuje pod postacią przedwczesnych pobudzeń nadkomorowych czy komorowych oraz złożonych tachyarytmii nadkomorowych [8].

ECHO serca

Echokardiografia jest najczęściej stosowaną metodą w praktyce klinicznej ze względu na dostępność i niski koszt badania. Jest to nieinwazyjne badanie serca, wykonywane w czasie rzeczywistym.

Wyróżniamy:

- Echokardiografia przezklatkowa

- Echokardiografia przezprzełykowa
- Echokardiografia wewnątrzsercowa
- Echokardiografia 3D [9].

Leczenie

Pacjenci cierpiący na migotanie przedsionków mają podwyższone ryzyko powikłań zakrzepowo- zatorowych dlatego zaleca się im leczenie przeciwzakrzepowe o ile nie ma do tego żadnych przeciwwskazań. U chorych nie stosujących doustnych antykoagulantów ryzyko udaru wzrasta o dodatkowe 5% każdego roku. Doustne antykoagulanty należy stosować indywidualnie i przez ustalenie odpowiedniej dawki. Dawka zbyt mała może powodować wystąpienie powikłań zakrzepowo- zatorowych a zbyt duża ryzyko wystąpienia krwawienia [9].

Leczenie przeciwkrzepliwe wdraża się po wcześniejszej ocenie stanu chorego według skali CHA2DS2 –VASc.

1. Pacjenci którzy uzyskali 0 pkt w skali CHA2DS2 -VASc nie jest zalecana terapia przeciwzakrzepowa
2. Pacjenci którzy uzyskali 1 pkt w skali CHA2DS2 -VASc zważając na ryzyko krwawienia, zalecane jest stosowanie:
 - Antagonisty witaminy K
 - Bezpośredniego inhibitora trombiny
 - Doustnego inhibitora Xa np. rywaroksabanu
3. Pacjenci którzy uzyskali ≥ 2 w skali CHA2DS2 -VASc zalecane jest doustne leczenie:
 - VKA, z zastosowaniem dawki od poziomu INR (*International Normalized Ratio*) wynoszący 2,0- 3,0
 - Bezpośredniego inhibitora trombiny
 - Doustnego inhibitora czynnika Xa np. apiksaban [10].

Tabela 1: Podział leków antyarytmicznych według Vaughan- Williams [11].

Klasa	Mechanizm działania	Przykłady preparatów
Ic	Blokery kanałów sodowych	propafenon, flekainid
II	Blokery receptorów beta-adrenergicznych	propranolol, esmolol, metoprolol
III	Blokery kanałów potasowych	amiodaron, dronedaron, sotalol
V	Inne mechanizmy działania	fenazolina

Podczas leczenia migotania przedsionków najważniejsze jest utrzymywanie w spoczynku częstości rytmu komór poniżej 110/min. Lekami pierwszego rzutu są antagoniści wapnia (diltiazem, werapamil), digoksyna i leki blokujące receptory beta- adrenergiczne. Jeżeli podczas monoterapii nie uzyskamy zadowalającego efektu należy zastosować digoksynę i lek z powyższych grup. Amiodaron stosowany jest jedynie w przypadku nieuzyskania częstości rytmu komór poniżej 110/min i może powodować liczne działania niepożądane. Sotalol i propafenon są stosowane tylko w zapobieganiu migotania przedsionków.

Leki blokujące receptory beta- adrenergiczne

- Niewielka ilość działań niepożądanych
- Mogą być wykorzystywane w leczeniu nadciśnienia tętniczego
- Zalecanymi substancjami w leczeniu są: bisoprolol, nebiwolol, metoprolol, karwedilol

Werapamil i diltiazem- antagoniści wapnia niebędącymi pochodnymi dihydropirydyny

- Nie stosuje się u pacjentów z zastojem w krążeniu płucnym i przy frakcji wyrzutowej lewej komory mniejszej niż 40%
- Stosowanie mniejszych dawek przy zaburzeniach czynności wątroby lub nerek
- Przy niezadowalających efektach leczenia można łączyć z digoksyną

Digoksyna

- Zwiększa frakcję wyrzutową lewej komory
- Ostrożne stosowanie u pacjentów z niewydolnością nerek
- Przeciwwskazana w kardiomiopatii przerostowej i arytmii komorowych [12].

Przezkórne zamknięcie uszka lewego przedsionka

U niektórych pacjentów nie można stosować leczenia przeciwkrzepliowego z powodu dużego ryzyka powikłań krwotocznych, zakrzepowo- zatorowych i nie zastawkowego migotania przedsionków. Jako alternatywne leczenie stosuje się zabieg zamknięcia jamy uszka lewego przedsionka (LAA, *Left Atrium Appendage*) przy zastosowaniu specjalnie w tym celu zbudowanego okludera (zatyczki uszka). Pozwala to zmniejszyć ryzyko udaru i uniknąć z tym związanych ciężkich powikłań [13].

Kardiowersja farmakologiczna

Wykonuje się podczas napadu AF w celu przywrócenia prawidłowego rytmu serca, które polega na podaniu dożylnym leku przeciwarytmicznego bez wcześniejszego znieczulenia pacjenta. Chorzy powinni być monitorowani w trakcie przyjmowania i po podaniu leku przeciwarytmicznego żeby zapobiec proarytmii. Najczęściej stosuje się: amiodaron, propafenon i flekainid. Przed kardiowersją stosuje się przez 3 tygodnie leczenie przeciwzakrzepowe lub echokardiografię przezprzełykową żeby wykluczyć obecność skrzeplin w jamach serca [14].

Kardiowersja elektryczna

Kardiowersję elektryczną stosuje się w leczeniu zaburzeń rytmu serca. W celu przeprowadzenia zabiegu wykorzystywane jest urządzenie nazywane kardiowerterem. Urządzenie to przesyła impuls elektryczny przez serce dzięki elektrodom przyczepionym do klatki piersiowej. Impuls ten wysłany do serca w czasie powoduje chwilowe zatrzymanie aktywności elektrycznej tego organu i dzięki temu serce może zacząć bić w normalnym rytmie. Wykonywana jest w trybie planowym i nagłym oraz pod znieczuleniem ogólnym. Przed kardiowersją elektryczną stosuje się przez kilka tygodni leczenie przeciwzakrzepowe i należy po zabiegu przez co najmniej 4 tygodnie kontynuować leczenie antykoagulacyjne. Najczęstsze wskazania do przeprowadzenia kardiowersji to:

- Migotanie przedsionków
- Trzepotanie przedsionków
- Częstoskurcze komorowe i nadkomorowe [15].

Ablacja przezcewnikowa

Ablacja AF wskazana jest w przypadku nieskuteczności farmakoterapii antyarytmicznej u pacjentów z objawowym, napadowym i przetrwałym migotaniem przedsionków. W celu wykonania ablacji każdy pacjent musi przejść co najmniej 8-tygodniowe leczenie doustnymi antykoagulantami i regularnie kontrolować międzynarodowy współczynnik znormalizowany INR. Przed zabiegiem INR powinno mieścić się w przedziale 2,0- 2,5. Najczęściej stosuje się ablację prądem RF (Radiofrekwencja). W miejsce tkanki która jest przeznaczona do zniszczenia wprowadzany jest cewnik ablacyjny który wprowadza się najczęściej przez żyłę udową. Prąd przepływający elektrodą do tkanki powoduje jej nagrzewanie i koagulację. W wyniku tego tworzy się jednolita blizna przerywająca przewodzenie impulsów albo niszcząca ognisko rytmu patologicznego. Po wykonanym zabiegu ablacji leczenie zakrzepowe powinno być u każdego pacjenta kontynuowane indywidualnie, niezależnie jaki zostanie uzyskany efekt zabiegu [16].

CEL PRACY

Niewielka grupa z migotaniem przedsionków odczuwa objawy choroby, a jeśli są odczuwalne to w minimalnym stopniu. Schorzenie jest bardzo często diagnozowane przypadkowo podczas rutynowych badań. Objawy są zależne od rodzaju migotania przedsionków ale są to między innymi duszności, kołatanie serca, osłabienie, zawroty głowy i omdlenia.

Celem pracy było:

- Rozpoznanie problemów opiekuńczo- pielęgnacyjnych pacjenta z migotaniem przedsionków
- Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto 82- letnią kobietę z rozpoznanym przetrwałym migotaniem przedsionków. Chora znajduje się na oddziale Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Materiał do badań dotyczący pacjenta zebrano za pomocą:

- wywiadu pielęgniarskiego
- obserwacji pielęgniarskiej
- analizy dokumentacji medycznej pacjentki
- dokonania pomiarów parametrów życiowych

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka N.M., lat 82, została przyjęta dnia 21.06.2021r. do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu nasilającego się od kilku dni uczucia kołatania serca, narastającego obrzęku podudzi i bólu kończyn dolnych.

Chora od 19 lat jest samotnie mieszkającą w domu jednorodzinnym wdową a źródłem jej utrzymania jest emerytura. W ostatnim czasie coraz mniej samodzielnie wykonuje rzeczy dnia codziennego, dlatego kilka razy w tygodniu odwiedza ją syn i pomaga przy podstawowych czynnościach jak zakupy czy sprzątanie domu. Warunki mieszkaniowe nie są przystosowane do chorej, ponieważ ma w domu dużo schodów a porusza się za pomocą balkonika.

Przy przyjęciu pacjentka w stanie ogólnym średnim, logiczna - odpowiada na wszystkie zadawane pytania. Stwierdzono obrzęki na obu podudziach i przesuszenie skóry na kończynach górnych i dolnych. Przy przyjęciu RR wynosiło 152/91 mmHg , HR 91. Temperatura ciała 36,5 C, saturacja 96% i oddechy 16/ minutę.

W badaniu EKG stwierdzono migotanie przedsionków z czynnością komór 150/min, ujemne załamki T w odprawieniach II,III, aVF, V3-V4. Pacjentce wykonano gastroscopię z powodu nasilających się od kilku miesięcy bólów brzucha i nudności. Badanie w błonie śluzowej żołądka wykazało obecność owrzodzenia na wielkość 8-10 mm. Ze względu na ból kończyn dolnych wykonano USG Doppler, gdzie nie stwierdzono zakrzepicy w naczyniach żylnych. W badaniu RTG stawów biodrowych uwidoczniło zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe prawego i lewego stawu biodrowego.

Pacjentka od 15 lat choruje na nadciśnienie tętnicze, lecz jak sama przyznaje zapomina o regularnym przyjmowaniu leków i z tego powodu ma częste skoki ciśnienia.

Podczas pobytu na oddziale zastosowano leczenie przeciwkrzepliwe, z uwagi na migotanie przedsionków i wysokie ryzyko incydentów zakrzepowo- zatorowych (5pkt. w skali CHA2DS2-VASc) i zastosowano dabigatran. Zastosowano również Digoxin 1x tabl., Trifas 1x tabl., Tritace 1x tabl., Clexane 0,4 ml. s.c., Pradaxa 2x tabl., MgSO4 20% i.v., paracetamol 1 tabl., 15% KCl i.v., Biotrakson i.v. Chora ma założone wkłucie obwodowe i cewnik Foley'a ponieważ z powodu silnego bólu kończyn dolnych (8 pkt. w skali VAS- *Visual Analogue Scale*) nie jest w stanie samodzielnie poruszać się i korzystać z toalety. Skarży się na wymioty i uciążliwe odbijanie. Jest załamana swoim stanem zdrowia, ponieważ nie może pogodzić się, że nie da rady chodzić. Posiada deficyt wiedzy dotyczący leczenia w przebiegu choroby wrzodowej żołądka.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgnarska 1: Silny ból kończyn dolnych (8 pkt. w skali VAS) spowodowany chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych.**
- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie/ redukcja dolegliwości bólowych kończyn dolnych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Kontrola dolegliwości bólowych przy wykorzystaniu skali VAS.
 - Za zleceniem lekarza podanie leków przeciwbólowych.
 - Zapewnienie odpowiedniej pozycji odciążającej stawy procesem chorobowym.
 - Zachęcenie pacjentki do częstych zmian pozycji.
 - Zalecenie stosowania ciepłych kąpiei i kładzenie ciepłych oraz wilgotnych kompresów na bolące kończyny.
- ✓ **Ocena:** Ból zmniejszył się w skali VAS do 4 pkt.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Podwyższone ciśnienie tętnicze 152/91 mmHg wynikające nieregularnym przyjmowaniem leków.**

✓ **Cel opieki:**

- Zmniejszenie ciśnienia tętniczego.
- Edukacja pacjentki na temat leczenia przy nadciśnieniu tętniczym.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Mierzenie dwa razy dziennie ciśnienia tętniczego i zapisywanie wyników w karcie gorączkowej.
- Za zleceniem lekarza podanie leków hipotensyjnych.
- Obserwacja ciśnienia tętniczego po podaniu leków.
- Obserwacja pacjentki, poinformowanie jej o unikaniu sytuacji stresowych.
- Poinformowanie pacjentki o regularnym przyjmowaniu leków na nadciśnienie tętnicze i skutkach niestosowania się do zaleceń lekarskich.
- W przypadku stosowania leków moczopędnych należy uwzględnić produkty z dużą ilością potasu.

✓ **Ocena:**

- Ciśnienie tętnicze zmniejszyło się do 119/ 72 mmHg.
- Pacjentka została poinformowana o zaleceniach w leczeniu nadciśnienia tętniczego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Dyskomfort z powodu obrzęku podudzi.**

✓ **Cel opieki:**

- Zniwelowanie/ redukcja obrzęku.
- Poprawa jakości życia pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Stosowanie luźnej i czystej bielizny osobistej.
- Obserwacja i pomiar obrzęków.
- Odpowiednia higiena kończyn dolnych.
- Stosowanie udogodnień na kończyny dotknięte obrzękiem, zastosowanie wałków i klinów.
- Wsparcie pacjentki z powodu zmienionego wyglądu ciała.

- Zmniejszenie ilości spożywanej soli.

✓ **Ocena:**

- Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Przesuszone skórę na kończynach górnych i dolnych spowodowana niewłaściwą pielęgnacją.**

✓ **Cel opieki:** Poprawa pielęgnacji skóry

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Stosowanie preparatów nawilżających skórę: olejki, kremy, balsamy.
- Unikanie ekspozycji skóry na zbyt wysoką i niską temperaturę.
- Odpowiednie nawodnienie pacjentki.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorej.

✓ **Ocena:**

- Problem do dalszej oceny i obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5:**

✓ **Cel opieki:**

- Redukcja wymiotów

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Na zlecenie lekarza podanie leków przeciwwymiotnych.
- Kontrola wymiocin: ilość, jakość, kolor.
- Dokumentowanie spożywanych przez pacjentkę płynów przyjętych i wydalonych w karcie bilansu wodnego.
- Zapewnienie chorej ligniny i miski nerkowatej.
- Według potrzeby zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
- Wykonanie toalety jamy ustnej.
- Zadbanie o odpowiednie nawodnienie chorej.
- Zapewnienie ciszy i spokoju w sali chorej.

✓ **Ocena:**

- Wymioty u chorej ustąpiły.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 6: Uciążliwe odbijanie powodujące nieprzyjemny smak i zapach z ust spowodowane chorobą wrzodową żołądka.**

✓ **Cel:**

- Poprawa komfortu pacjentki.
- Redukcja nieprzyjemnego smaku i zapachu z ust.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Poinformowanie pacjentki o spokojnym spożywaniu posiłków.
- Unikanie gazowanych napojów.
- Dokładne przeżuwanie przez pacjentkę pokarmów.
- Dokładna toaleta jamy ustnej po każdym posiłku: mycie zębów i języka.
- Zalecenie picia herbatek na trawienie np. miętowej.
- Jeśli nie ma przeciwwskazań zaleca się spożywanie miętowych cukierków.

✓ **Ocena:**

- Nieprzyjemny smak i zapach z ust został zmniejszony.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 7: Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foley'a.**

✓ **Cel:**

- Redukcja ryzyka zakażenia układu moczowego.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Dokładna toaleta krocza, minimum 2 razy dziennie i po każdej defekacji.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu cewnika i jego wyjmowaniu.
- Zapobieganie cofaniu się moczu.
- Kontrola koloru moczu i zgłaszanie nieprawidłowości dla lekarza prowadzącego.
- Dbanie o drożność cewnika.

✓ **Ocena:**

- Problem do dalszej pielęgnacji i obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko zakażenia spowodowane założonym wkłuciem obwodowym.**

✓ **Cel:**

- Redukcja ryzyka wystąpienia zakażenia.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy procedurze zakładania wkłucia obwodowego.
- Przed każdorazowym podaniem leków dokładna dezynfekcja rąk i użycie jednorazowych rękawiczek oraz dezynfekcja koreczka.
- Zachowanie drożności wkłucia przed podaniem leków dożylnych poprzez przepłukanie ok 5 ml 0,9% NaCl.
- Obserwowanie miejsca wkłucia pod kątem bólu, obrzęku i zaczerwienienia.
- Wymiana wenflonu co 72 godz., jeśli wcześniej nie zauważono niepokojących zmian.
- Jak najmniejsza ingerencja przy dostępie naczyniowym.
- Każdorazowe zamykanie wkłucia jałowym koreczkiem.
- Prowadzenie karty monitorowania wkłucia obwodowego.

✓ **Ocena:**

- Ryzyko zakażenia zostało zminimalizowane.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Złe samopoczucie chorej wynikające ze swojego stanu zdrowia.**

✓ **Cel:**

- Poprawa samopoczucia pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Poinformowanie pacjentki o jak najlepszej opiece.

- Rozmowa z pacjentką a w razie konieczności zaproponowanie rozmowy z psychologiem.
 - Motywowanie chorej o skuteczności leczenia.
 - Zapewnienie w sali chorej ciszy i spokoju.
- ✓ **Ocena:**
- U pacjentki zaobserwowano znaczącą poprawę w samopoczuciu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Deficyt wiedzy pacjentki w leczeniu choroby wrzodowej żołądka**

- ✓ **Cel:**
- Edukacja pacjentki o zaleceniach związanych z leczeniem choroby wrzodowej żołądka.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
- Stosowanie diety lekkostrawnej
 - Regularne spożywanie posiłków co 3-4 godziny aby zminimalizować ryzyko zwiększania wydzielania kwasu żołądkowego drażniącego śluzówkę.
 - Powolne spożywanie posiłków.
 - Unikanie takich produktów jak kawa, herbata, napoje gazowane, alkohol.
 - Rezygnacja ze smażenia produktów na rzecz gotowania na parze.
 - Stosowanie łagodnych przypraw a unikanie ostrych.
 - Spożywanie chudego mięsa i ryb.
- ✓ **Ocena:**
- Wiedza pacjentki związana z leczeniem choroby wrzodowej zwiększyła się.

PODSUMOWANIE

I. Wyselekcjonowano najważniejsze problemy występujące u chorej z migotaniem przedsionków:

- Silny ból kończyn dolnych (8 pkt. w skali VAS) spowodowany chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych.

- Podwyższone ciśnienie tętnicze 152/91 mmHg wynikające nieregularnym przyjmowaniem leków.
- Dyskomfort z powodu obrzęku podudzi.
- Przesuszone skóra na kończynach górnych i dolnych spowodowana niewłaściwą pielęgnacją.
- Wymioty spowodowane chorobą wrzodową żołądka.
- Uciążliwe odbijanie powodujące nieprzyjemny smak i zapach z ust spowodowane chorobą wrzodową żołądka.
- Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foley'a.
- Ryzyko zakażenia spowodowane założonym wkłuciem obwodowym.
- Złe samopoczucie chorej wynikające ze swojego stanu zdrowia.
- Deficyt wiedzy pacjentki w leczeniu choroby wrzodowej żołądka

II. Przygotowano indywidualny proces pielęgnowania, w którym zostały opracowane odpowiednie działania mające na celu pozbycie się występujących dolegliwości.

III. Dokonano oceny podjętych poczynań nad pacjentką.

IV. Została podjęta edukacja chorej odnośnie występującego schorzenia i jego leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Miczke A.: Migotanie przedsionków- wybrane zagadnienia z aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Via Medica* 2012; 3(1): 28-34.
2. Wysokiński A., Sawonik S, Wysokińska K.: Pathophysiology of atrial fibrillation. Systemic review. *Folia Cardiol.* 2020; 15 (5): 349- 354.
3. Camm A. J., Lip G. Y. H., Raffaele De Caterina, Savelieva I., Dan Atar, S. H., Hindricks G., Kirchhof P.: Wytyczne ESC dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków na 2012 rok. *Kardiologia Polska* 2012; 70, supl. IV: 197–234.
4. Welnicki M.: Analiza profilu metabolicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca i współistniejącym migotaniem przedsionków. *Medical Education*. Warszawa 2016

5. Mielczarek W.: Arytmie u osób w podeszłym wieku. Część II; Geriatria 2019; 13 (2): 106-118.
6. Balsam P.: Migotanie przedsionków- definicja, patogeneza, etiologia i klasyfikacja. Repetytorium z Kardiologii. Choroby Serca i Naczyń 2019; 16(1): 63–72.
7. Pęksa J. W.: Stany nagłe w POZ: migotanie przedsionków. Forum Medycyny Rodzinnej 2018; 12(2): 70–78.
8. Głowczyńska R.: Diagnostyka zaburzeń rytmu serca- przydatność metod nieinwazyjnych. Choroby Serca i Naczyń 2017; 14(2): 103-107.
9. Sidor M., Tomaszewski A., Wysokiński A.: Zastosowanie echokardiografii w diagnostyce i leczeniu migotania przedsionków. Postępy Nauk Medycznych 2015; 28(8): 575-579.
10. Wożakowska- Kapłon B., Gorczyca- Michta I., Filipiak K. J., Siebert J.: Prewencja powikłań zakrzepowo- zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków- propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych. Forum medycyny rodzinnej 2013; 7(1): 1-15.
11. Jankiewicz- Błoch A., Zawadzki J., Kustrzycki W., Sławuta A.: Leczenie farmakologiczne migotania przedsionków. Folia Cardiologica 2018; 13(4): 331-337.
12. Sawicka M., Kalarus Z.: Postępowanie w migotaniu przedsionków u pacjentów w podeszłym wieku. Choroby serca i naczyń 2017; 14(5): 248-257.
13. Bień A., Krzciuk M., Bojarska- Junak A.: Przewodnikowe zamknięcie uszka lewego przedsionka jako leczenie z wyboru u pacjentów z migotaniem przedsionków oraz przeciwwskazaniami do leczenia przeciwkrzepliwego- przypadek kliniczny. Folia Cardiologica 2017; 12(5): 484-488.
14. Łodziński P.: Zasady farmakologicznego leczenia chorych ze świeżo wykrytym migotaniem przedsionków. Choroby Serca i Naczyń 2019; 16(1): 65-67.
15. Kamińska A., Zapolski T., Wysokiński T.: Miejsce kardiowersji w terapii migotania przedsionków. Postępy nauk medycznych 2015; 28(8B) : 68-74.
16. Kozieł M., Kalarus Z.: Aktualne wskazania do przewodnikowej ablacji migotania przedsionków. Choroby serca i naczyń 2017; 14(3): 145-149.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z CHOROBAŁĄ LEŚNIEWSKIEGO- CROHNA

Katarzyna Taszarek¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku; Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Choroba Leśniowskiego- Crohna należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit. Najczęściej dotyczy osób w młodym wieku, a z roku na rok obserwowany jest wzrost zapadalności na to schorzenie. Cechą charakterystyczną ChLC jest występowanie okresów remisji i zaostrzeń. Na obraz kliniczny choroby składają się objawy jelitowe, ale także manifestacje pozajelitowe. Preferowanym postępowaniem wobec pacjenta z chorobą Leśniowskiego- Crohna jest wdrożenie farmakoterapii, a coraz powszechniejszą oraz jak wiele badań pokazuje bardzo skuteczną staje się terapia biologiczna, która swoje zastosowanie znajduje również w Polsce. W przypadku gdy leczenie farmakologiczne jest niewystarczające i choroba stale postępuje wdrażane jest leczenie chirurgiczne [1].

Choroba Leśniowskiego- Crohna wpływa na wiele sfer ludzkiego życia. Przewlekły proces chorobowy oddziałuje na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, zawodowe, czy też społeczne. Ocena jakości życia z chorobą jest uzależniona od wielu czynników i polega na indywidualnym spojrzeniu na sytuację życiową warunkowaną m.in. systemem wartości, poglądami, oczekiwaniami i stawianymi celami. Ograniczenia spowodowane chorobą Leśniowskiego -Crohna wynikają przede wszystkim z dokuczliwych, uciążliwych i niekiedy stale trwających dolegliwości. Symptomy tej jednostki chorobowej do której należą m.in. bardzo częste bóle brzucha, biegunki, wymioty, ogólne osłabienie, brak energii oraz wiele manifestacji pozajelitowych sprawiają trudności w codziennym funkcjonowaniu, życiu rodzinnym towarzyskim czy aktywności fizycznej. Osoby chorujące na ChLC czują się poniekąd wykluczone przez swoją chorobę, ponieważ nie zawsze są w stanie robić to czego pragną i korzystać w pełni z życia, w wielu przypadkach w tak młodym wieku [2].

CEL PRACY

Choroba Leśniowskiego- Crohna jest coraz częściej rozpoznawaną jednostką chorobową, zwłaszcza u młodych osób. Z uwagi, iż jest schorzeniem przewlekłym ma ogromny wpływ na każdą sferę ludzkiego życia. Parametr jakości życia traktowany jest jako jeden z wyznaczników determinujących skuteczne i efektywne leczenie pacjenta. Aktualne postępowanie z osobami zmagającymi się z ChLC polega nie tylko na leczeniu choroby podstawowej i łagodzeniu jej objawów, ale także na działaniach mających na celu poprawę jakości ich życia. Najważniejszy jest punkt widzenia pacjenta i jego subiektywna ocena. Chorzy oceniają własną sytuację życiową w obliczu choroby, biorąc pod uwagę zarówno funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, zawodowe, społeczne oraz emocjonalne. Uzyskując powyższe informacje możliwe jest lepsze zrozumienie potrzeb chorego oraz zidentyfikowanie ograniczeń związanych z chorobą, co pozwala na holistyczną opiekę i podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych wobec osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna [2].

Celem pracy było:

1. Analiza subiektywnej oceny jakości życia badanej grupy osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna.
2. Określenie ograniczeń powodowanych przez chorobę Leśniowskiego- Crohna.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB zostały przeprowadzone badania na grupie 100 osób ze społeczeństwa z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna. Byli to chorzy znajdujący się na różnym etapie choroby, zarówno w okresie remisji jak i zaostrzenia ChLC. Udział w badaniu był dobrowolny, świadomy oraz w pełni anonimowy. Na każdym etapie wypełniania kwestionariusza ankiety respondenci mogli zrezygnować z dalszego uczestnictwa w badaniu. Uzupełnienie autorskiej ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu. Kwestionariusz ankiety został udostępniony w formie internetowej za pomocą Formularza Google.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego poprzez zastosowanie autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z 40 pytań. Znalazły się w nim pytania mieszane, zarówno otwarte jak i zamknięte z możliwością jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Wiele z nich dotyczyło obecnej sytuacji życiowej osób z chorobą

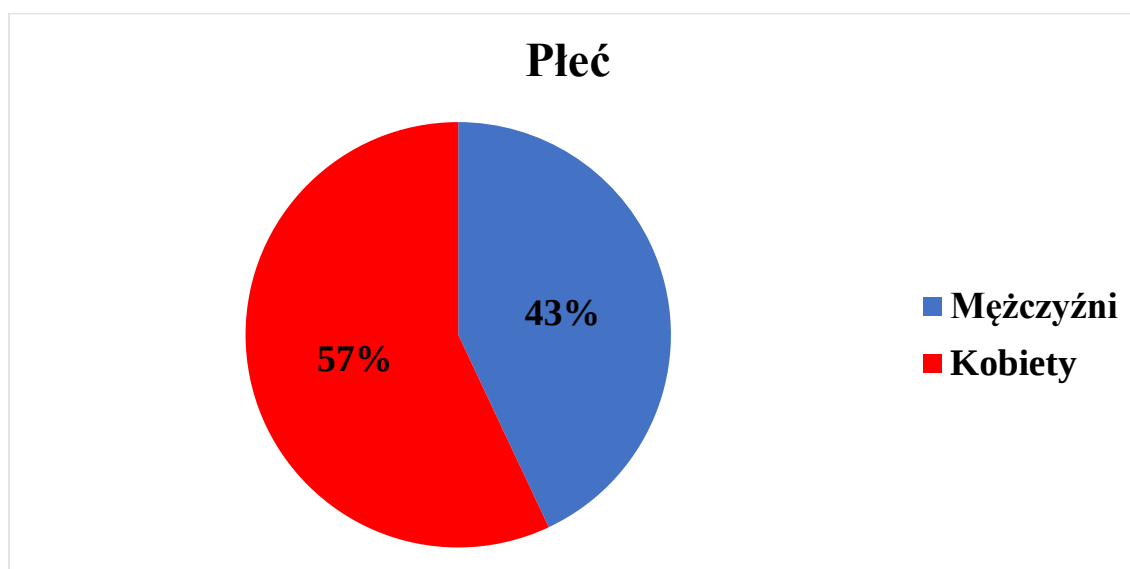
Leśniowskiego- Crohna, a niektóre odnosiły się do okresu przed zdiagnozowaniem choroby. Autorska ankieta, stworzona na potrzeby badania posłużyła do oceny jakości życia osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna. Wszystkie dane uzyskane podczas badania zostały uogólnione, zbiorowo opracowane i przedstawione graficznie za pomocą wykresów.

Badania trwały od 27.05.2021r. do stycznia 2022r. po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.294.2021.

Wyniki zostały opracowane w programie Microsoft Office Excel 2019.

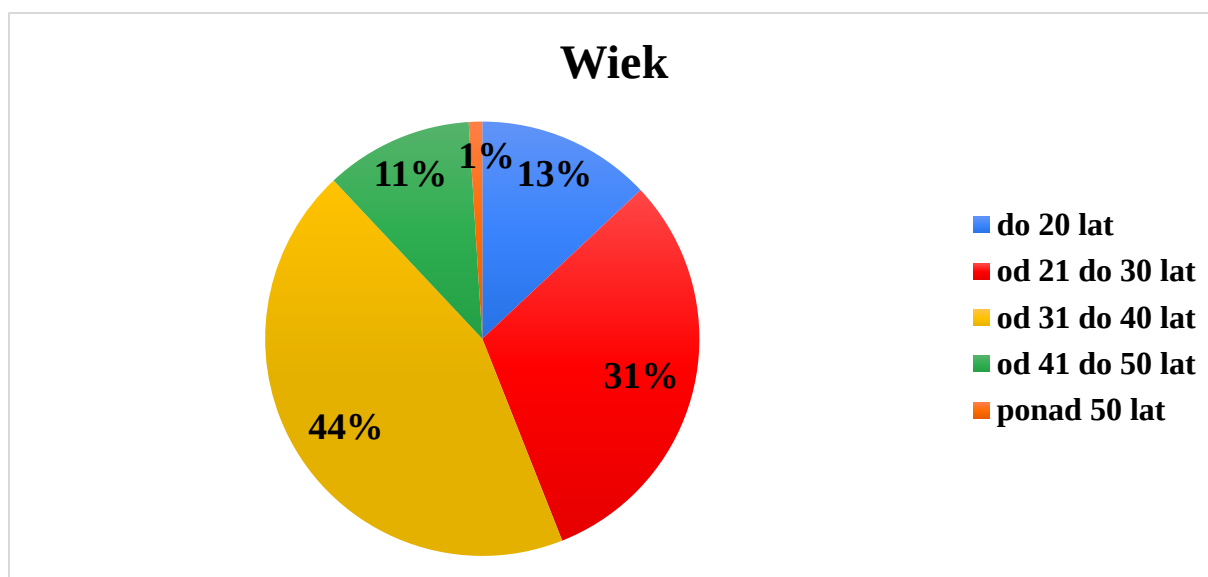
WYNIKI

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 100 respondentów. 57% ankietowanych stanowiły kobiety, natomiast 43% stanowili mężczyźni (ryc.1).



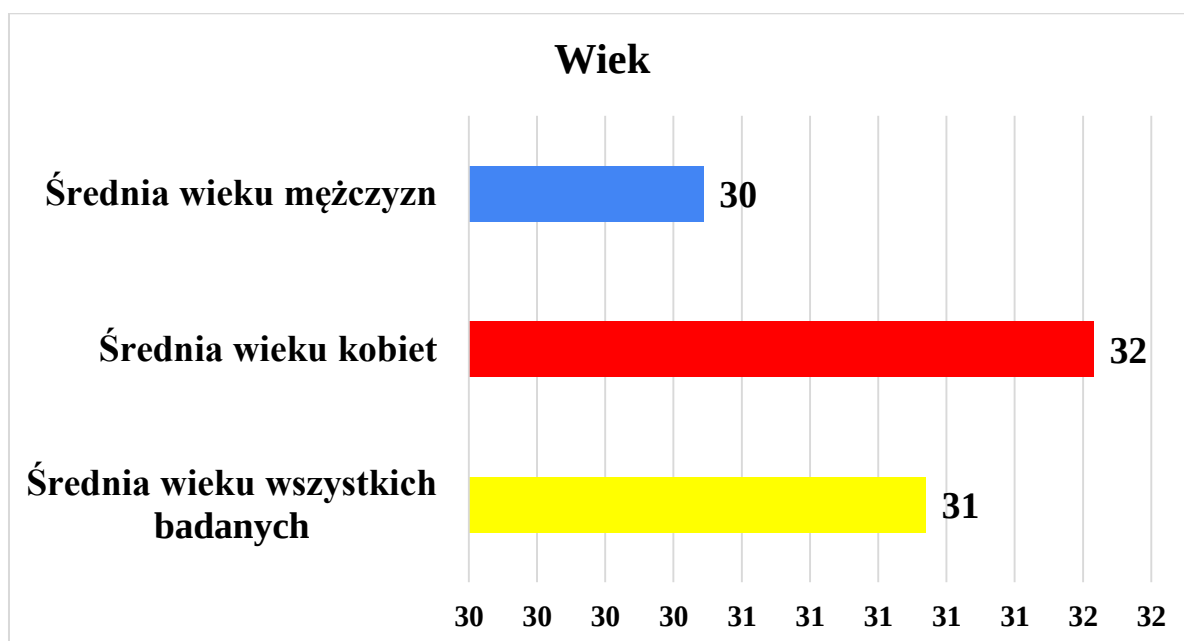
Rycina 1. Struktura płci badanych

Respondenci byli w różnym wieku. Najmłodsza osoba biorąca udział w badaniu miała 13 lat, a najstarsza 53 lata. Najwięcej osób z rozpoznaną Chorobą Leśniowskiego- Crohna znajdowało się w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat, co stanowiło 44% spośród badanych. Najmniejszy procent stanowiły osoby w przedziale wiekowym do 20 roku życia (1%). Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 2.



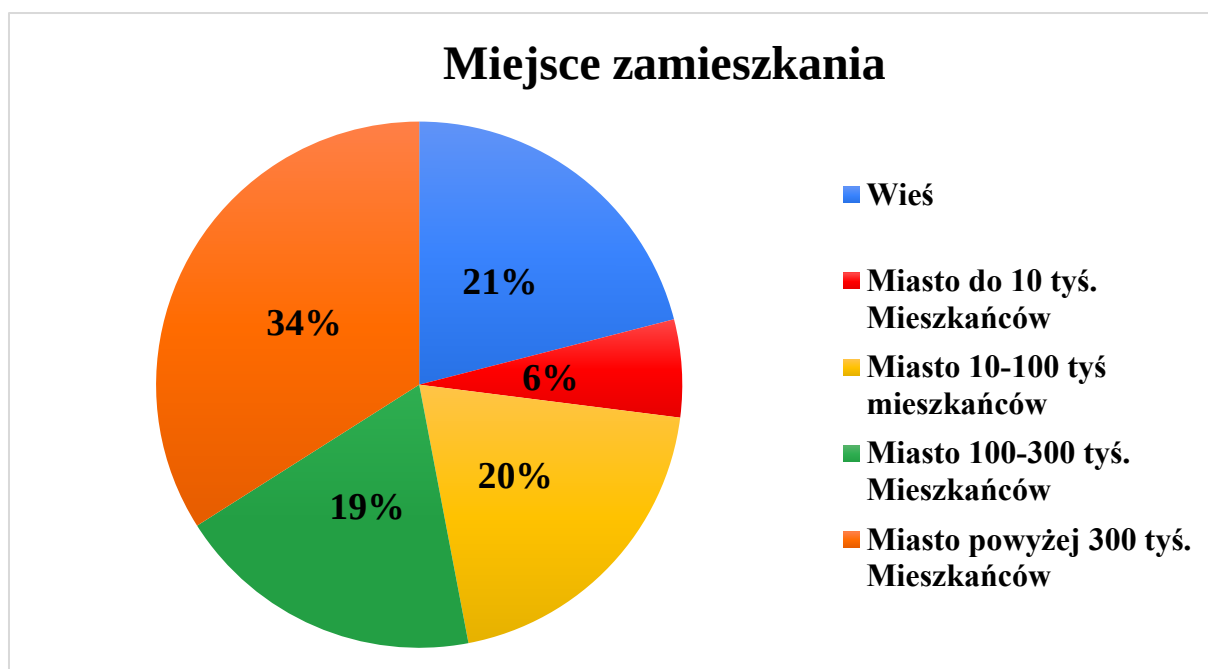
Rycina 2. Struktura wieku respondentów

Średnia wieku mężczyzn biorących udział w badaniu wynosiła 30 lat, kobiet 32 lata, natomiast wszystkich badanych 31 lat (ryc.3).



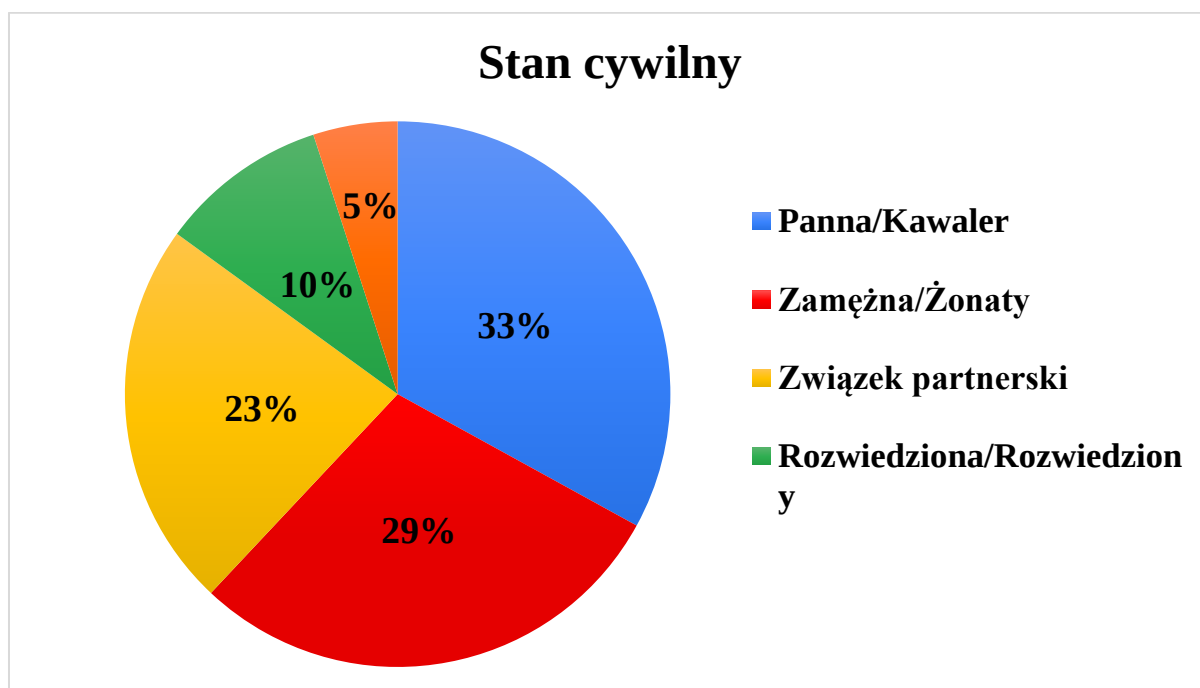
Rycina 3. Średnia wieku badanych

Najwięcej ankietowanych (34%) jako miejsce zamieszkania wskazało miasto powyżej 300 tys. mieszkańców. Natomiast najmniej badanych (6%) zazaczyło odpowiedź „miasto do 10 tys. mieszkańców”. Dokładne dane przedstawiono na rycinie 4.



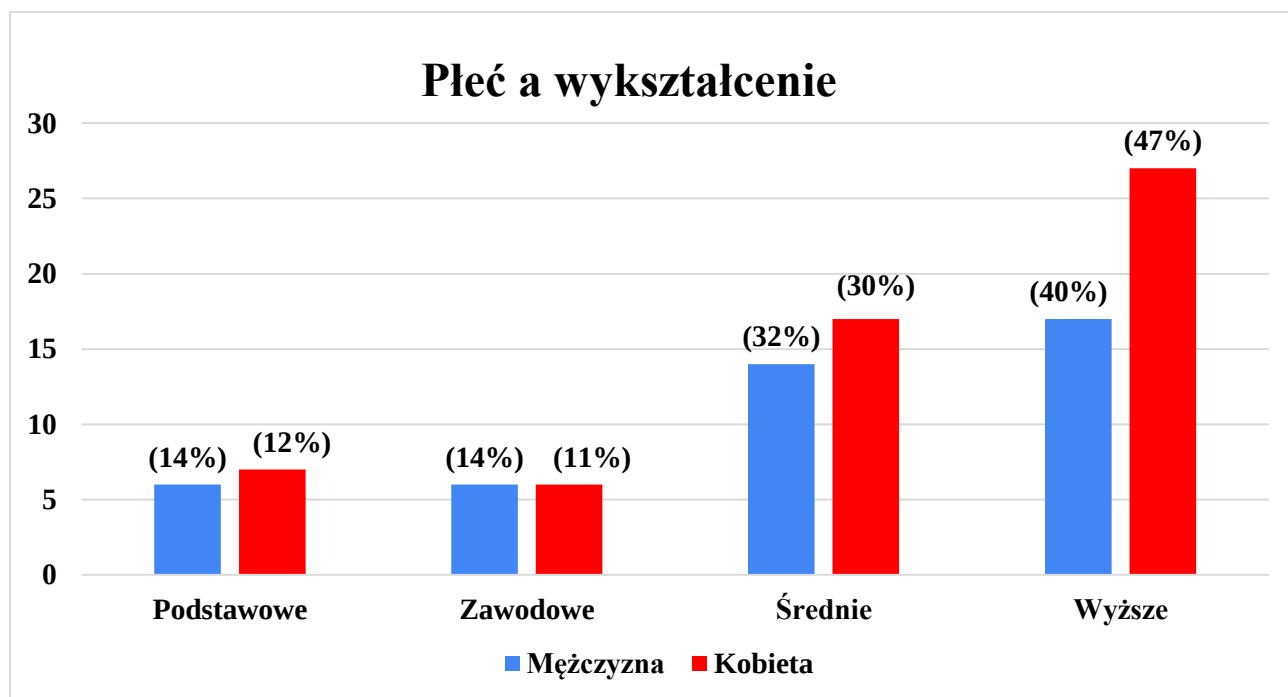
Rycina 4. Miejsce zamieszkania respondentów

Na podstawie wykresu można stwierdzić, iż 33% badanych wybrało wariant odpowiedzi „Panna/kawaler”, 29% spośród ankietowanych było w związku małżeńskim, 23% w związku partnerskim, 10% respondentów po rozwodzie, a pozostałe 5% było wdową/wdowcem (ryc.5).



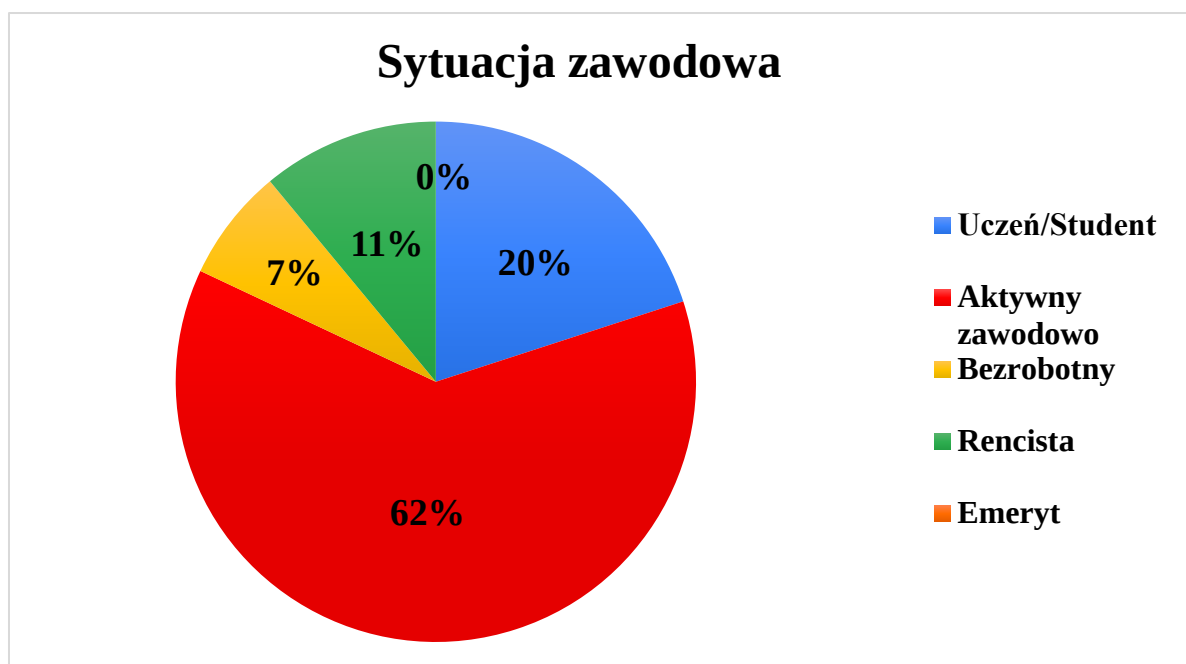
Rycina 5. Stan cywilny respondentów

Wśród ankietowanych kobiet 47% posiadało wykształcenie wyższe, 30% średnie, 12% podstawowe, a 11% wykształcenie zawodowe. Najwięcej mężczyzn, tzn. 40% miało wykształcenie wyższe, 32% średnie, natomiast wykształcenie zawodowe oraz podstawowe po 14% (ryc.6).



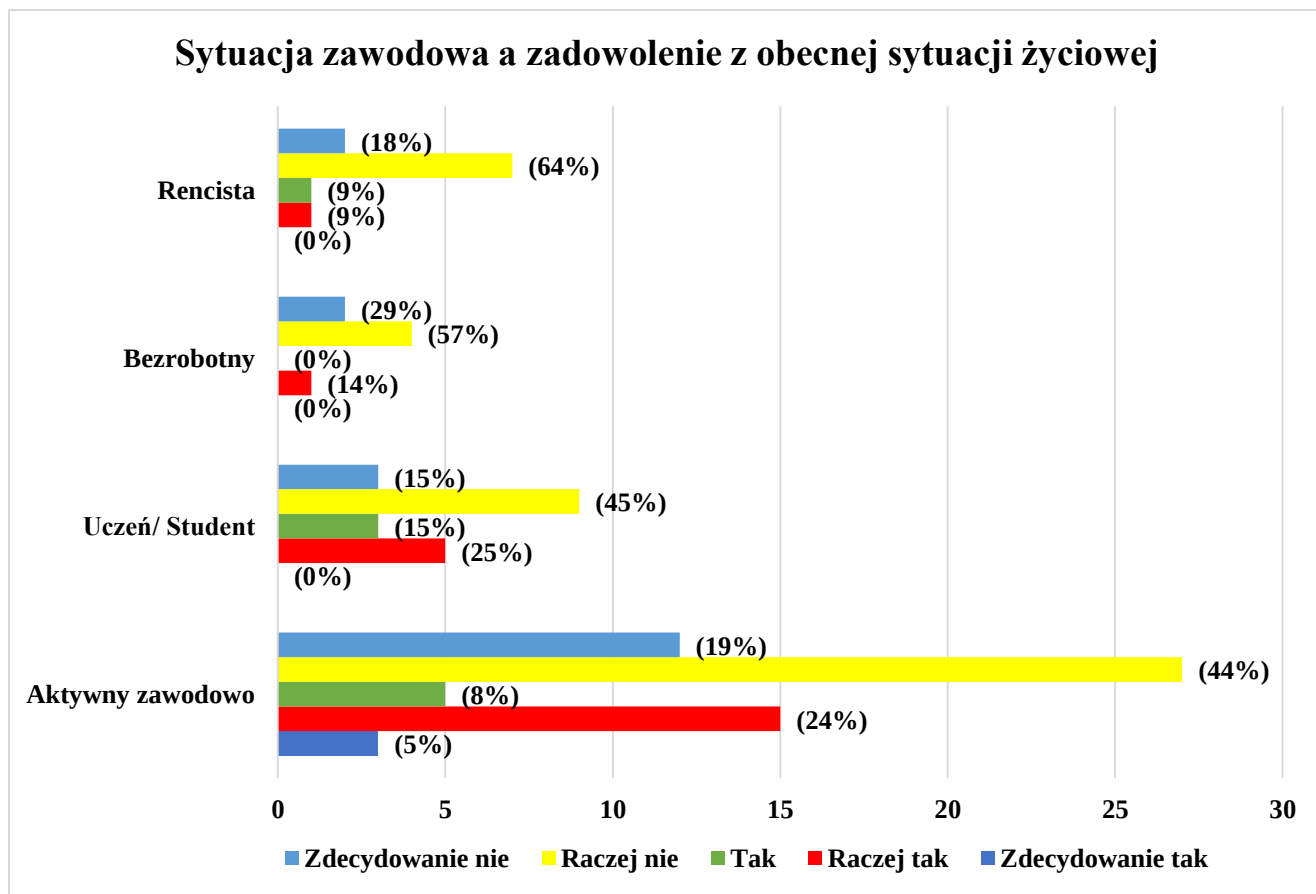
Rycina 6. Struktura wykształcenia ankietowanych kobiet i mężczyzn

Ponad połowa ankietowanych (62%) była aktywnych zawodowo. Wśród badanych 20% stanowiły osoby uczące się/ studiujące, 11% renciści a 7% bezrobotni. Nikt z respondentów (0%) nie był na emeryturze (ryc.7).



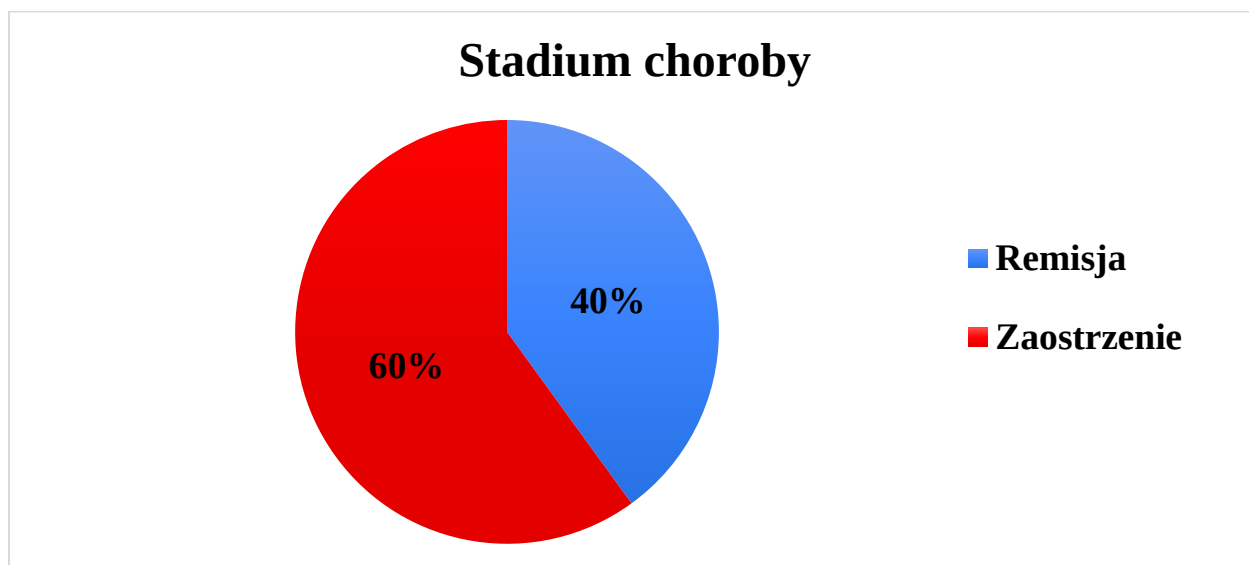
Rycina 7. Sytuacja zawodowa badanych

Z analizy wykresu wynika, że 44% osób aktywnych zawodowo oraz 45% uczących się/studiujących raczej nie było zadowolonych ze swojej sytuacji życiowej. Ponad połowa bezrobotnych (57%) oraz (64%) rencistów także wybrali wariant odpowiedzi „Raczej nie” na pytanie o zadowolenie z obecnej sytuacji życiowej, czyli z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna. Dokładne dane przedstawiono na rycinie 8.



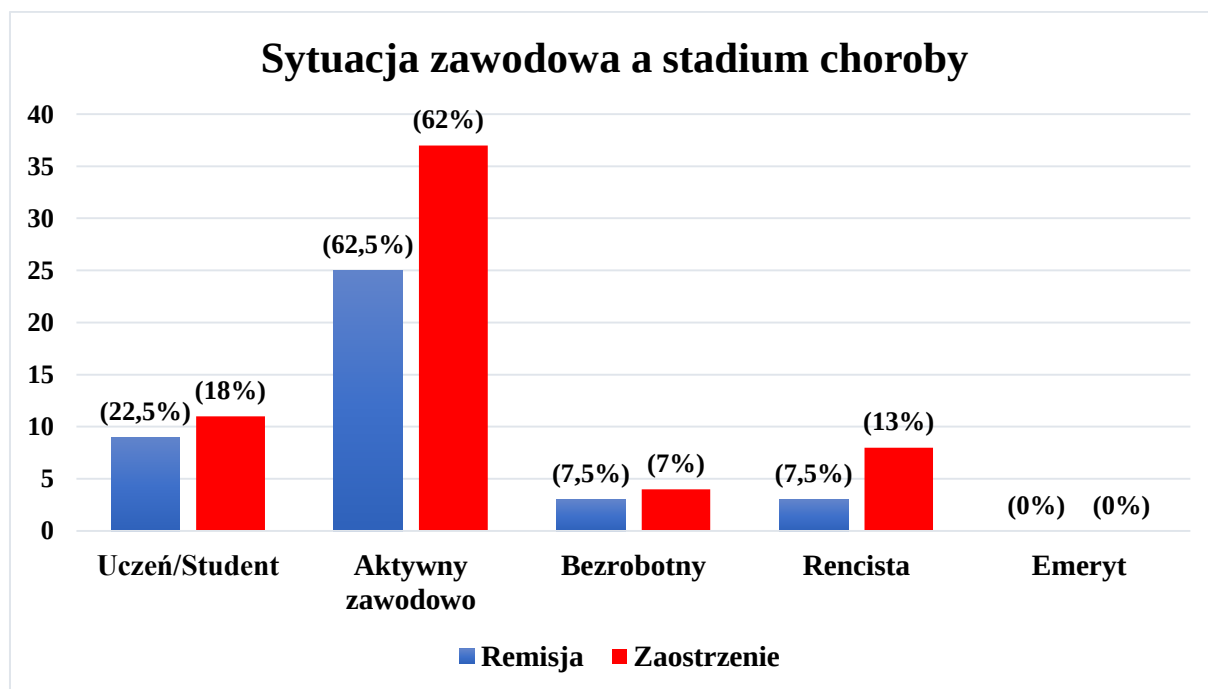
Rycina 8. Sytuacja zawodowa respondentów a zadowolenie z obecnej sytuacji życiowej

W zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna znajdowało się 60% respondentów, pozostałe 40% było w okresie remisji choroby (ryc.9).



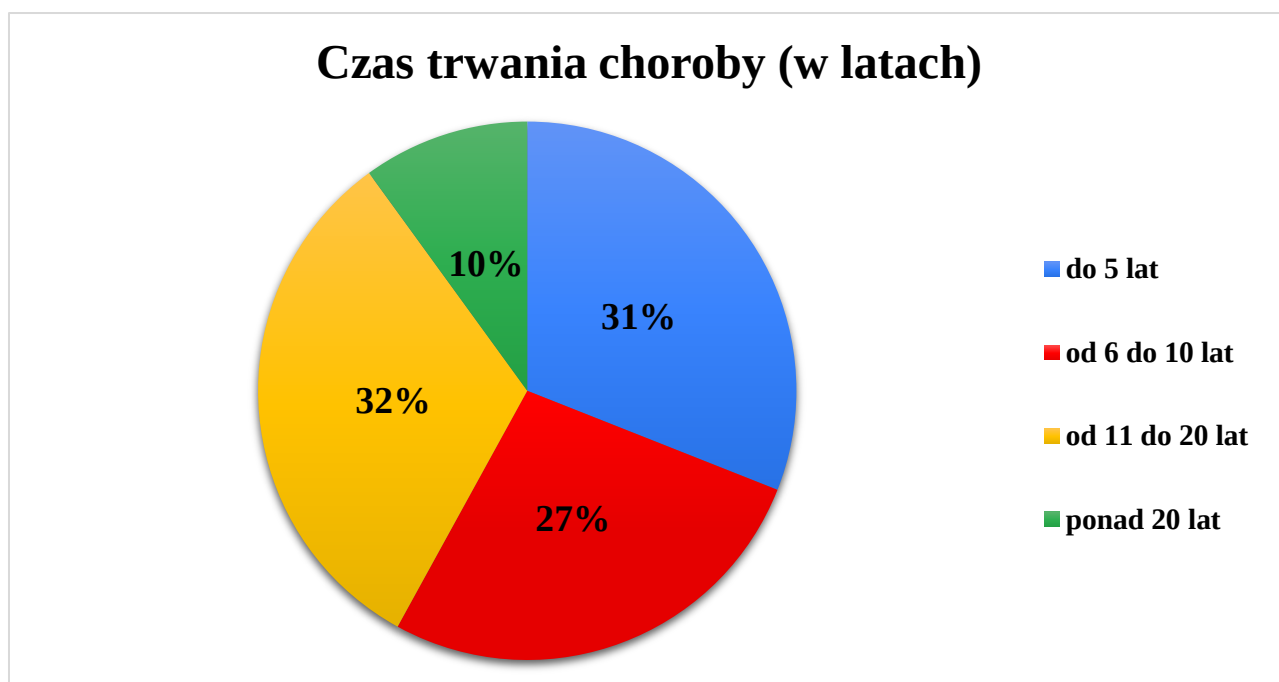
Rycina 9. Stadium choroby badanych

Wśród ankietowanych znajdujących się w remisji choroby Leśniowskiego- Crohna aż 62,5% stanowiły osoby aktywne zawodowo, a 22,5% to uczniowie/studenci. 7,5% badanych w okresie remisji choroby nie pracowało oraz 7,5% pobierało rentę. Ponad połowa badanych (62%) będących w stadium zaostżenia choroby Leśniowskiego- Crohna również była aktywna zawodowo, a 18% respondentów stanowiły osoby uczące się/studiujące. Natomiast 7% ankietowanych w okresie zaostżenia twierdziło, że nie posiada żadnej pracy, a 13% było na rencie. Wśród wszystkich badanych nie ma osób, które są na emeryturze (ryc.10).



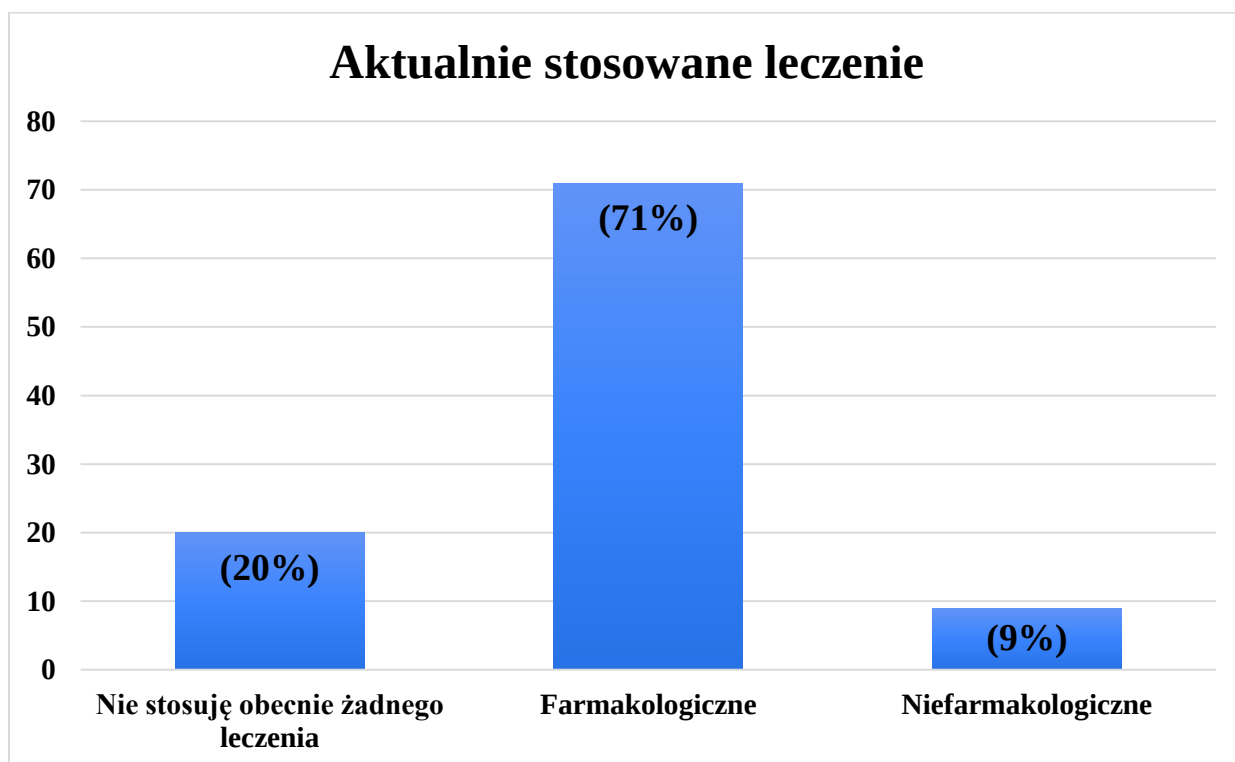
Rycina 10. Sytuacja zawodowa respondentów a stadium choroby

Najwięcej ankietowanych (32%) znalazło się w grupie, w której czas trwania choroby wynosił od 11 do 20 lat. Nieco mniej, bo 31% stanowiły osoby, które zmagają się z ChLC poniżej lub równo 5 lat. 27% spośród badanych to osoby chorujące od 6 do 10 lat, a pozostałe 10% ankietowanych choruje już ponad 20 lat (ryc.11).



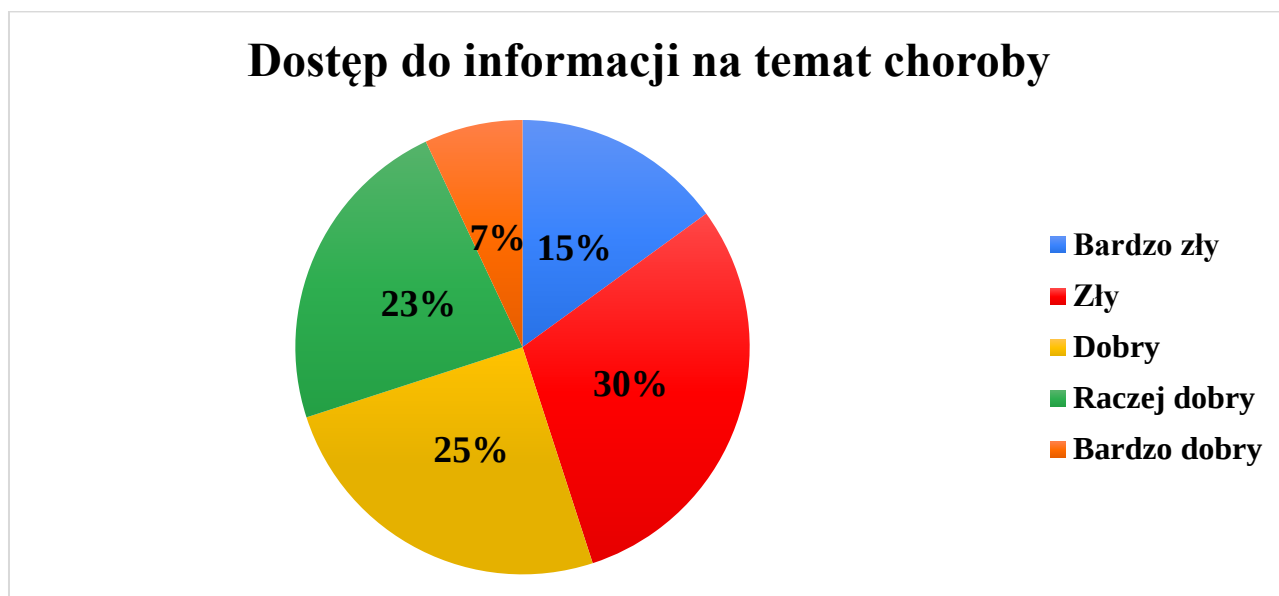
Rycina 11. Czas trwania choroby Leśniowskiego- Crohna

Zdecydowana większość respondentów (71%) zadeklarowała, że aktualnie stosowanym leczeniem jest postępowanie farmakologiczne. 20% badanych nie stosowało żadnego leczenia, a jedynie 9% wskazało na leczenie nefarmakologiczne (ryc.12).



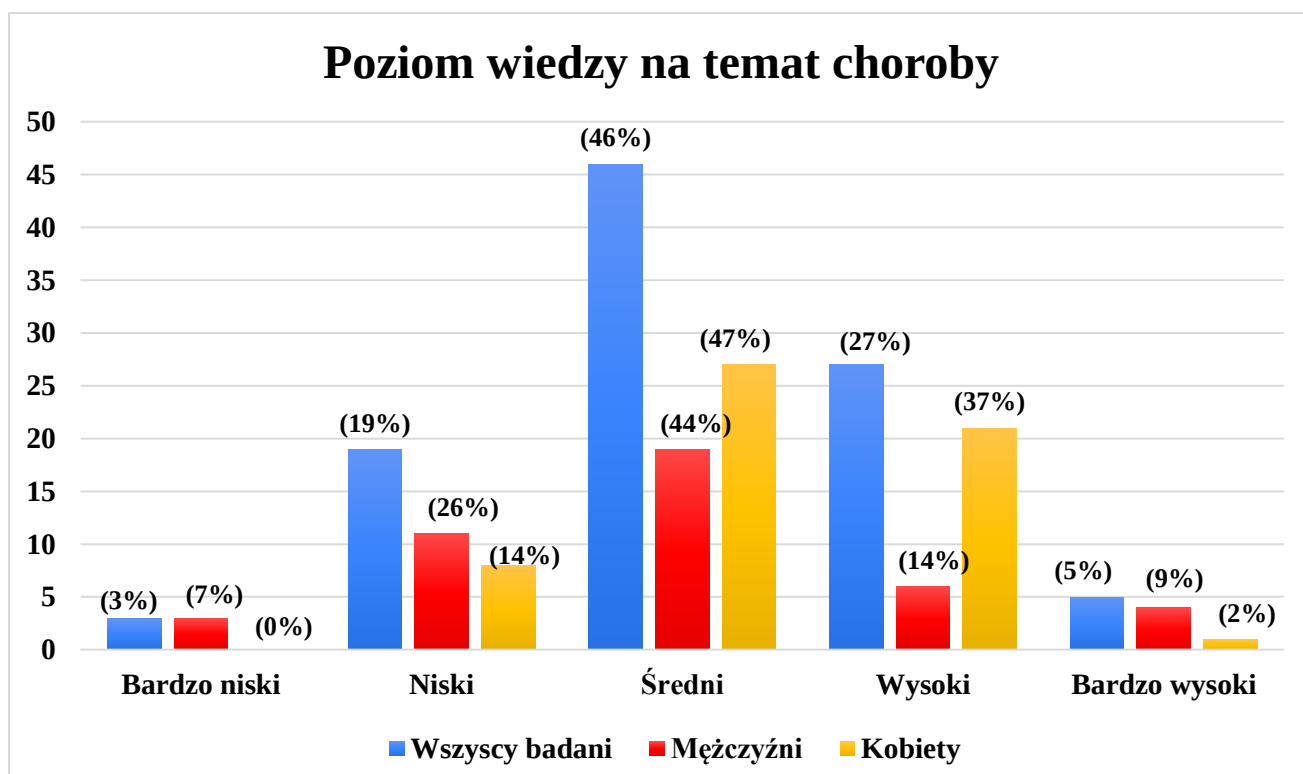
Rycina 12. Aktualnie stosowane leczenie wśród ankietowanych

Zdanie ankietowanych odnośnie dostępu do informacji na temat choroby jest różnorodne i bardzo odmienne. 30% badanych oceniło dostęp do informacji na temat choroby jako „Zły”, 25% wybrało wariant odpowiedzi „Dobry”, a 23% określiło jako „Raczej dobry”. 15% ankietowanych ocenia dostępność informacji na temat choroby bardzo źle, a pozostałe 7% bardzo dobrze (ryc.13).



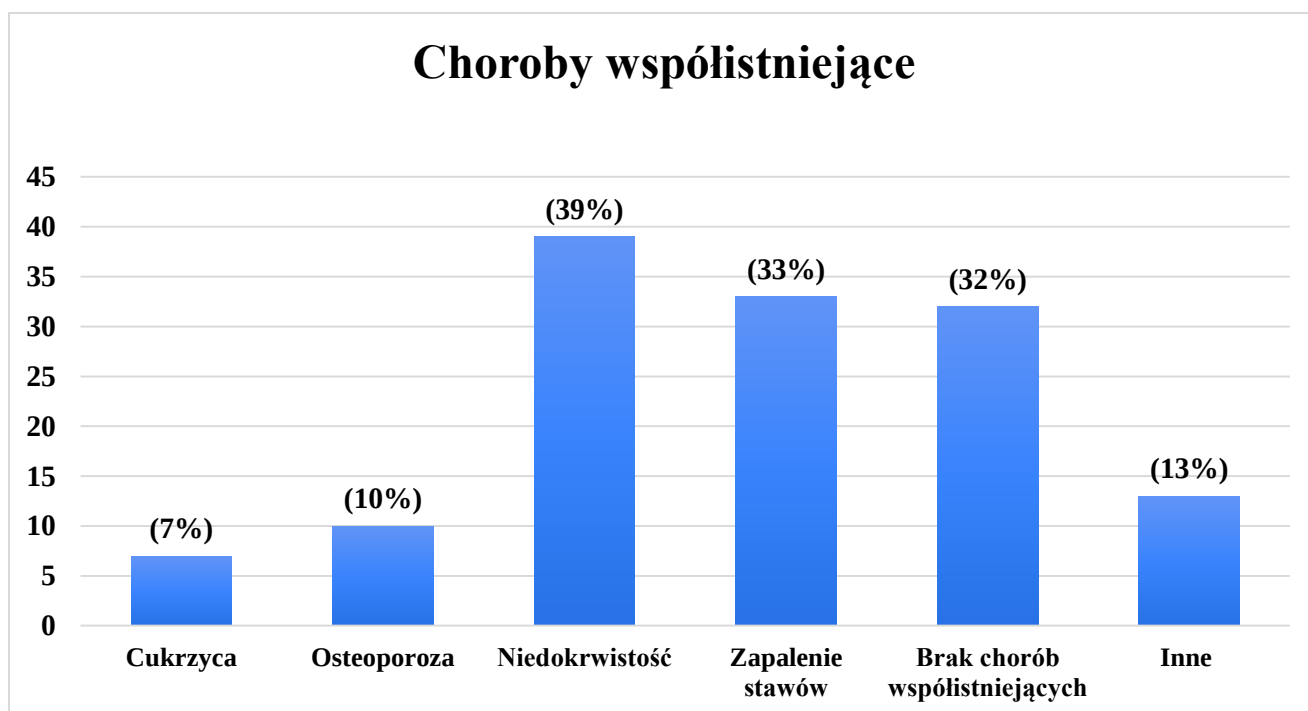
Rycina 13. Opinia respondentów odnośnie dostępu informacji na temat choroby

46% respondentów oceniło swój poziom wiedzy na temat choroby Leśniowskiego-Crohna jako „Średni”. 27% badanych stwierdziło, iż posiada „Wysoki” poziom wiedzy na temat swojego schorzenia, 19% zaznaczyło odpowiedź „Niski”, 5% badanych „Bardzo wysoki”, a tylko 3% ankietowanych „Bardzo niski”. Z analizy danych przedstawionych na wykresie wynika, że najwięcej wśród badanych kobiet (47%) oraz najwięcej spośród mężczyzn (44%) oceniło swój poziom wiedzy na temat choroby jako „Średni”. Najmniejsza ilość, tzn. tylko 7% z ankietowanych mężczyzn stwierdziło, że ich poziom wiedzy o ChLC jest „Bardzo niski”, jednakże żadna z badanych kobiet nie zaznaczyła takiej odpowiedzi. Najmniej badanych kobiet (2%) określiło poziom swojej wiedzy jako „Bardzo wysoki”. Dokładne dane zostały przedstawione na rycinie 14.



Rycina 14. Opinia badanych na temat własnego poziomu wiedzy o chorobie (przyczyny, metody leczenia, dieta)

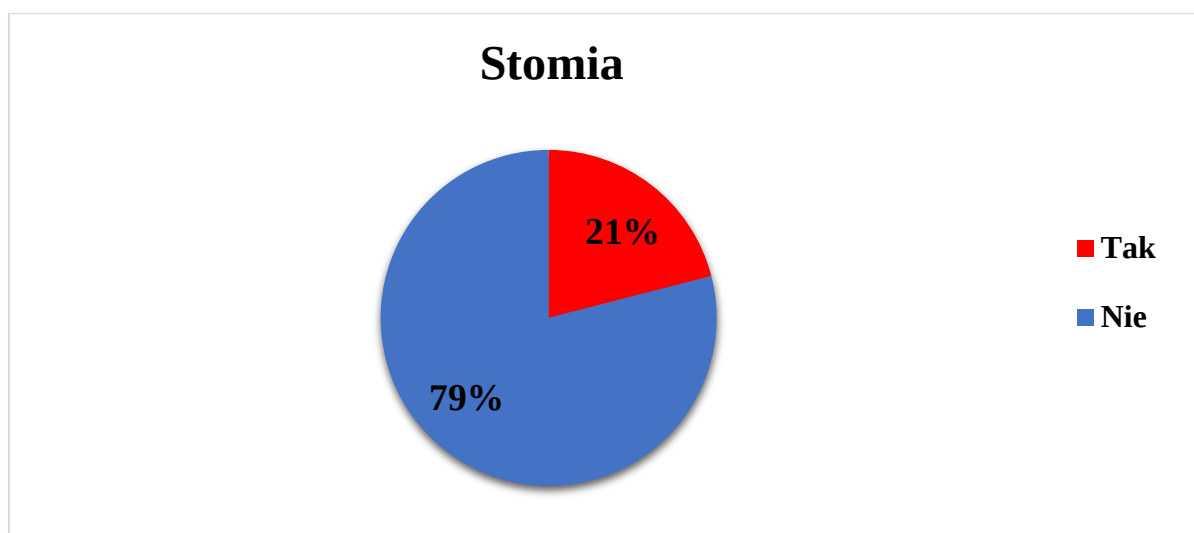
Najczęstszą chorobą współistniejącą występującą u 39 ankietowanych osób z ChLC (co stanowi 39% badanych) była niedokrwistość. Zapalenie stawów dotyczyło 33% osób, osteoporoza 10% a cukrzyca 7%. Brak chorób współistniejących zadeklarowało 32% respondentów. 13% badanych wybrało wariant odpowiedzi „Inne choroby współistniejące” wśród których znalazły się takie jednostki chorobowe jak: nadciśnienie tętnicze, zespół cieśni nadgarstka, rumień guzowaty, MIZS, sarkoidoza, jaskra, kamica nerkowa, celiakia, HIV, CHAD, zaburzenia rytmu serca, nerwica, łuszczyca, guz mózgu, nowotwór trzonów kręgow odcinka piersiowego i endometrioza (ryc.15).



Rycina 15. Choroby współistniejące występujące u respondentów

*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie było z możliwością wielokrotnej odpowiedzi.

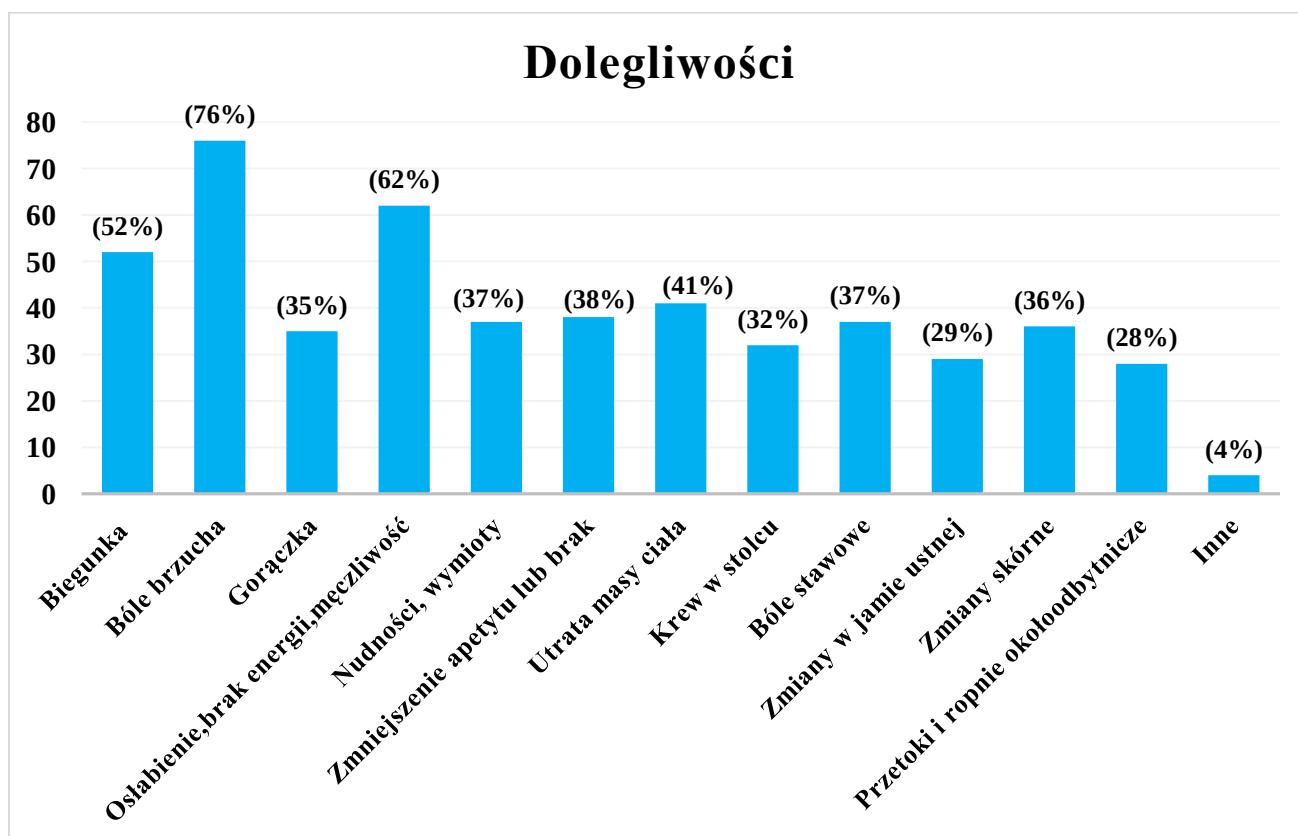
Zdecydowana większość badanych (79%) nie posiada wylonionej stomii. Pozostałe 21% respondentów ma stomię (ryc.16).



Rycina 16. Posiadanie stomii przez ankietowanych

Najczęstszą dolegliwością pojawiającą się w ciągu ostatniego miesiąca aż u 76 osób z ChLC (co stanowi 76%) był ból brzucha. Na kolejnym miejscu znajdowała się odpowiedź

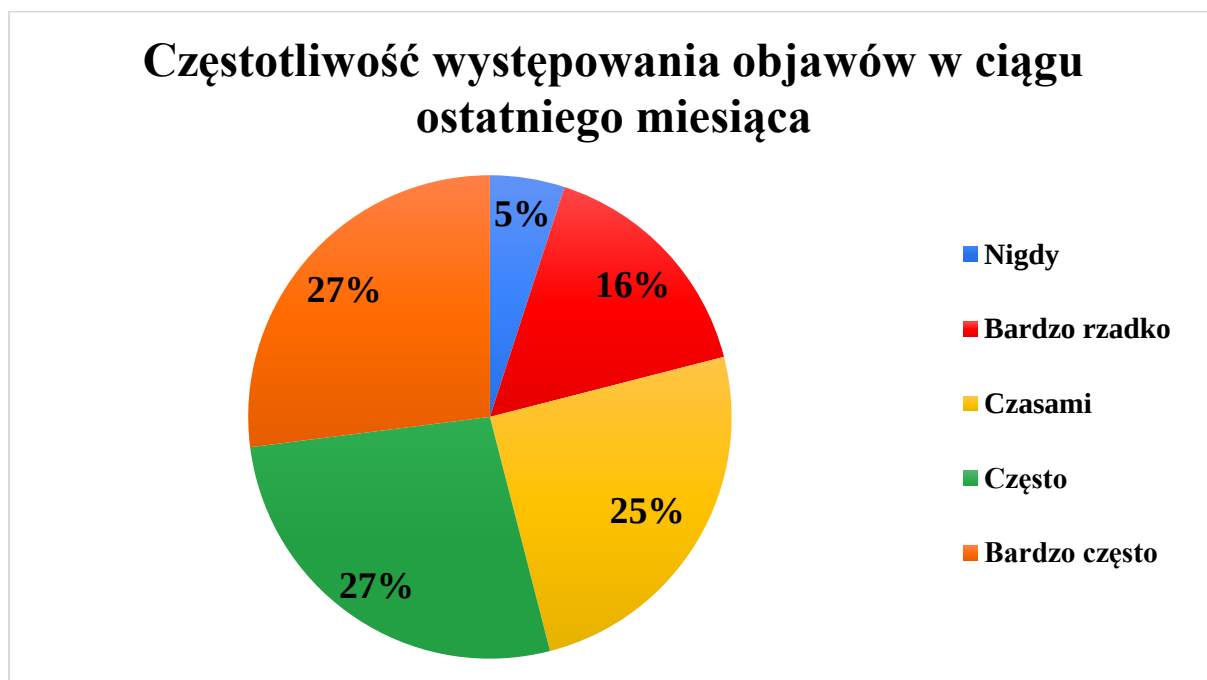
„Osłabienie, brak energii oraz męczliwość”, którą zaznaczyło aż 62% badanych. Do pozostałych symptomów należały: biegunka (52%), utrata masy ciała (41%), zmniejszenie lub brak apetytu (38%), nudności, wymioty (37%), bóle stawowe (37%), zmiany skórne (36%), gorączka (35%), krew w stolcu (32%), zmiany w jamie ustnej (29%), przetoki i ropnie okołodbytnicze (28%). 4 osobom dokuczały „Inne” dolegliwości niż te zawarte w kwestionariuszu ankiety (ryc.17).



Rycina 17. Dolegliwości związane z chorobą Leśniowskiego- Crohna pojawiające się w ciągu ostatniego miesiąca

*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie było z możliwością wielokrotnej odpowiedzi.

Na pytanie „Jak często w ciągu ostatniego miesiąca pojawiały się u Pani/Pana objawy choroby” 27 % badanych wybrało odpowiedź „Bardzo często” i także 27% zaznaczyło wariant odpowiedzi „Często”. Trochę mniej, bo zdaniem 25% ankietowanych dolegliwości występowały „Czasami”. Zaledwie u 16% respondentów objawy choroby występowały bardzo rzadko”, a u 5 % nie zdarzyły się wcale w ciągu ostatniego miesiąca (ryc.18).



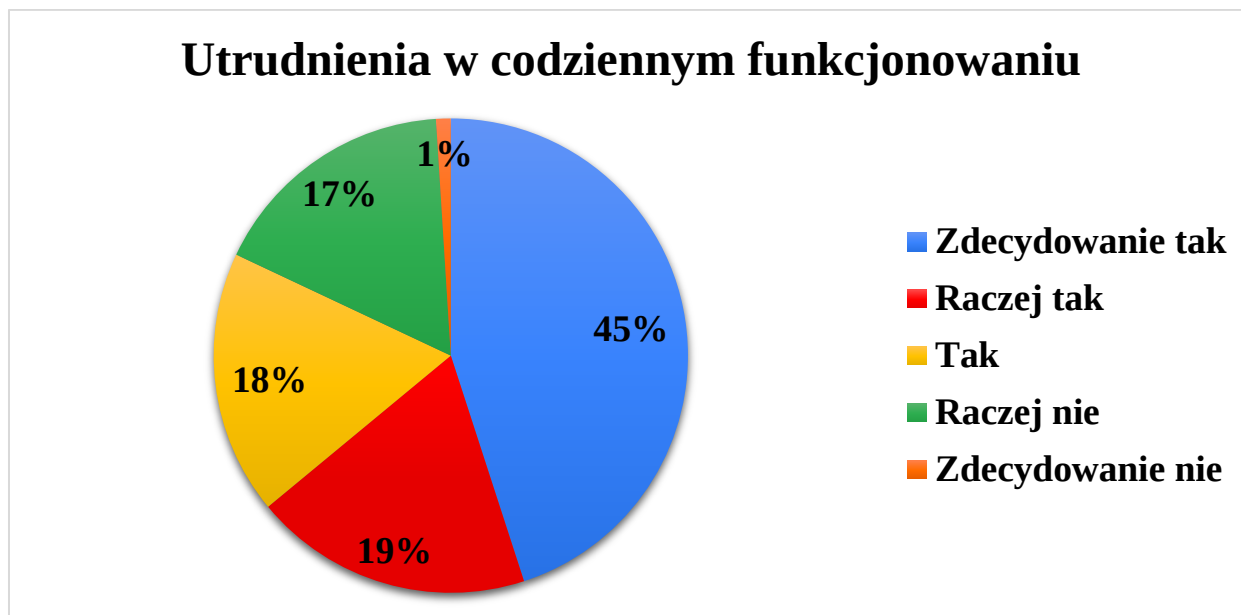
Rycina 18. Częstotliwość występowania objawów w ciągu ostatniego miesiąca

Zdecydowana większość badanych, bo aż 85% obawia się podjęcia leczenia chirurgicznego w związku z rozwojem choroby. Tylko pozostałe 15% respondentów nie posiada żadnych obaw w tej kwestii (ryc.19).



Rycina 19. Obawy ankietowanych związane z koniecznością podjęcia leczenia chirurgicznego w związku z rozwojem choroby

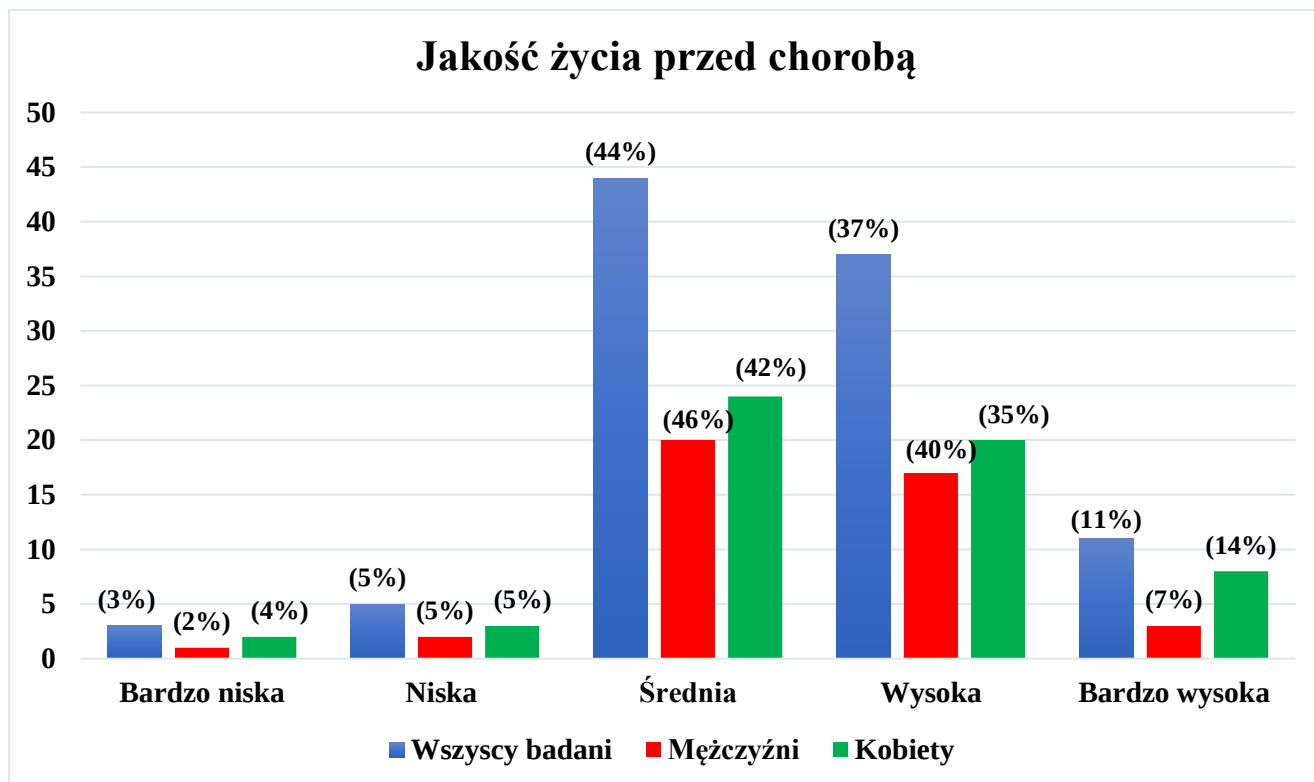
Zdaniem 45% ankietowanych wizyty kontrolne, częste hospitalizacje, konieczność regularnego wykonywania badań diagnostycznych zdecydowanie należą do czynników utrudniających codzienne funkcjonowanie. 19% badanych udzieliło odpowiedzi „Raczej tak”, a 18% ankietowanych wybrało wariant odpowiedzi „Tak” odpowiadając na to pytanie. Tylko 17% badanych uważa, że m.in. wizyty kontrolne i hospitalizacje raczej nie są uciążliwe w codziennym życiu, a jedynie 1% twierdzi, że powyższe czynniki nie stwarzają utrudnienia (ryc.20).



Rycina 20. Opinia badanych o wizytach kontrolnych, częstych hospitalizacjach, konieczności regularnego wykonywania badań diagnostycznych jako czynnikach utrudniających codzienne funkcjonowanie

44% wszystkich badanych oceniło poziom jakości swojego życia przed chorobą jako „Średni”. Zdaniem 37% ankietowanych jakość życia przed zachorowaniem była „Wysoka”, 11% wybrało określenie „Bardzo wysoka”, 5% „Niska”, a tylko 3% badanych zaznaczyło odpowiedź „Bardzo niska”. Podobnie prezentuje się to pod względem płci. Z wykresu wynika, iż 42% kobiet oraz 46% mężczyzn ocenia jakość swojego życia przed zdiagnozowaniem ChLC na średnim poziomie. 35% kobiet oraz 40% mężczyzn twierdzi, że poziom jakości ich życia przed chorobą był wysoki. 14% kobiet oraz 7% mężczyzn jest zdania, iż żyło im się na bardzo wysokim poziomie przed chorobą. Natomiast tylko 5% zarówno kobiet jak i mężczyzn uznało, że jakość życia przed rozpoznaniem schorzenia była „Niska” oraz 4% kobiet i 2% mężczyzn zdecydowało się na odpowiedź „Bardzo niska”. Na podstawie wykresu można wyciągnąć wnioski, iż zarówno w całej grupie badanej, jak i wśród

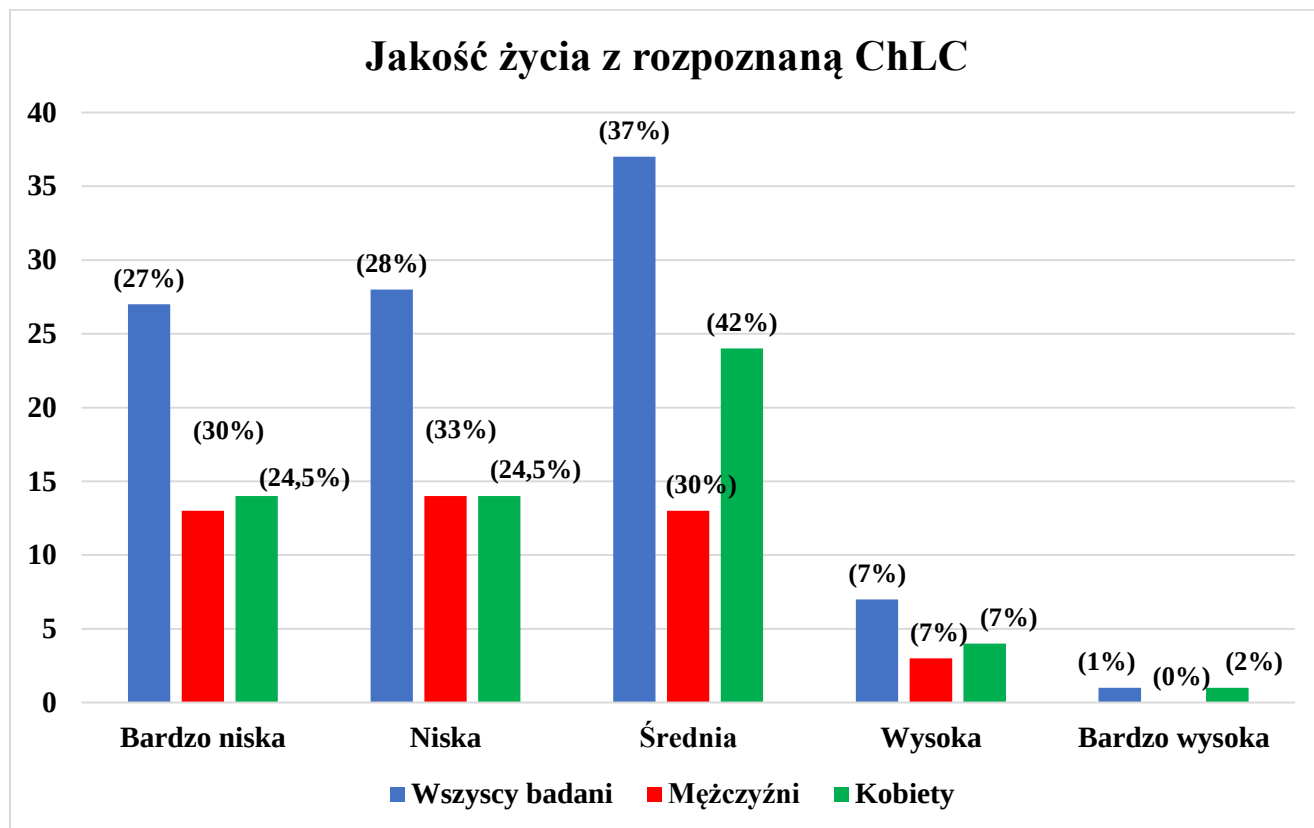
mężczyzn i kobiet poziom jakości życia przed chorobą był przez nich najczęściej określany jako „Średni” lub „Wysoki” (ryc.21).



Rycina 21. Ocena jakości życia według badanych przed zdiagnozowaniem choroby i pojawieniem się objawów choroby Leśniowskiego Crohna

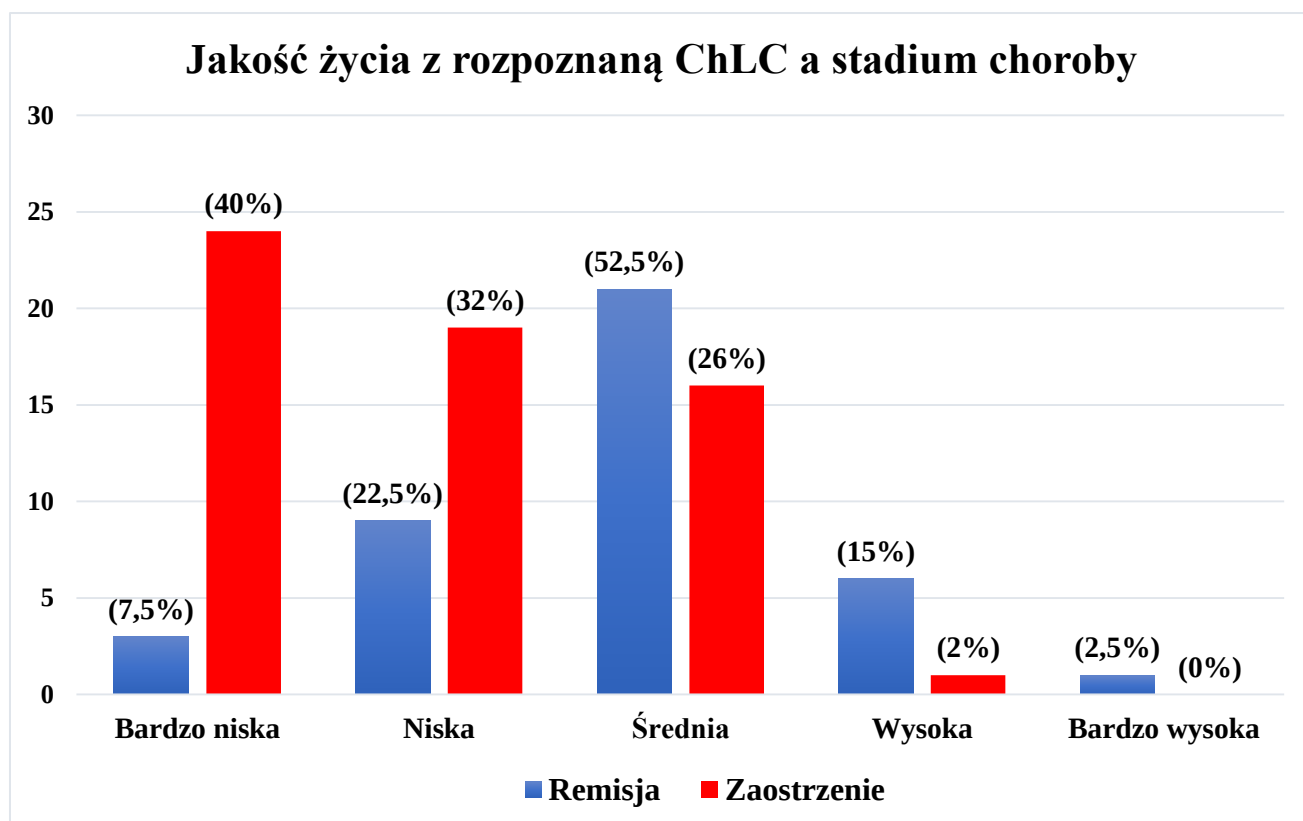
37% wszystkich ankietowanych oceniło poziom jakości swojego życia z rozpoznaną Chorobą Leśniowskiego- Crohna jako „Średni”. Zdaniem 28% badanych życie ze zdiagnozowaną chorobą utrzymuje się na „Niskim” poziomie, a 27% twierdzi, że na „Bardzo niskim”. Jedynie 7% spośród badanych zaznaczyło odpowiedź „Wysoka” a 1% „Bardzo wysoka” określając jakość życia z rozpoznaną ChLC. Z analizy wykresu wynika, że zarówno mężczyźni (30%) jak i kobiety (42%) najczęściej wybierali odpowiedź „Średnia” definiując poziom jakości swojego życia z rozpoznaną Chorobą Leśniowskiego Crohna. 33% mężczyzn oraz 24,5% kobiet było zdania, że jakość ich życia z chorobą jest na „Niskim” poziomie, natomiast 30% mężczyzn oraz 24,5% kobiet uważa, że na „Bardzo niskim”. Tylko 7% zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn deklaruje, że jakość egzystencji z chorobą jest „Wysoka”. 2 % ankietowanych kobiet udzieliło odpowiedzi „Bardzo wysoka”, natomiast spośród mężczyzn nikt nie zaznaczył takiej odpowiedzi. Na podstawie przedstawionego wykresu można wyciągnąć wnioski, że najczęściej zarówno cała grupa badana, jak i kobiety

oraz mężczyźni oceniają poziom jakości swojego życia z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna jako „Średni”, „Niski” bądź „Bardzo niski” (ryc.22).



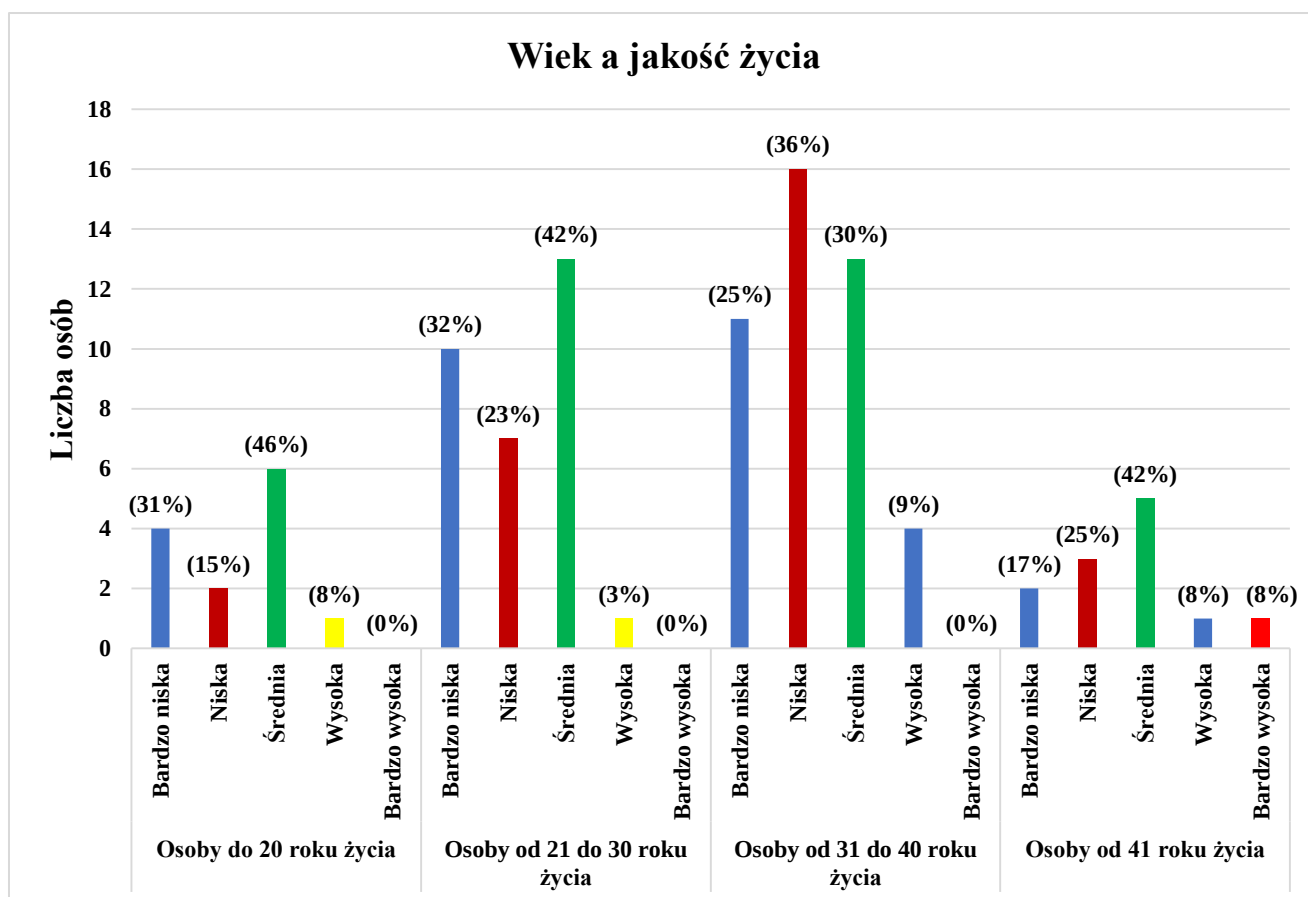
Rycina 22. Ocena jakości życia według badanych z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna

Zbadano jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna w zależności od stadium choroby, w której się znajdują. Ponad połowa chorych będących w stadium remisji (52,5%) określiła swoją jakość życia jako „Średnią”, 22,5% jako „Niską”, a 7,5% „Bardzo niską”. Jedynie 15% wśród osób będących w remisji ChLC twierdzi, że ma wysoką jakość życia a 2,5% jest zdania, że bardzo wysoką. W grupie badanych znajdujących się w zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna aż 40% uważa, że jakość ich życia jest bardzo niska, a 32% badanych używa określenia „Niska”. 26% badanych w okresie zaostrzenia uznaje jakość swojego życia jako średnią, a jedynie 2% wybrało wariant odpowiedzi „Wysoka”. Żadna z osób w stadium zaostrzenia ChLC nie określiła jakości swojego życia na bardzo wysokim poziomie (ryc.23).



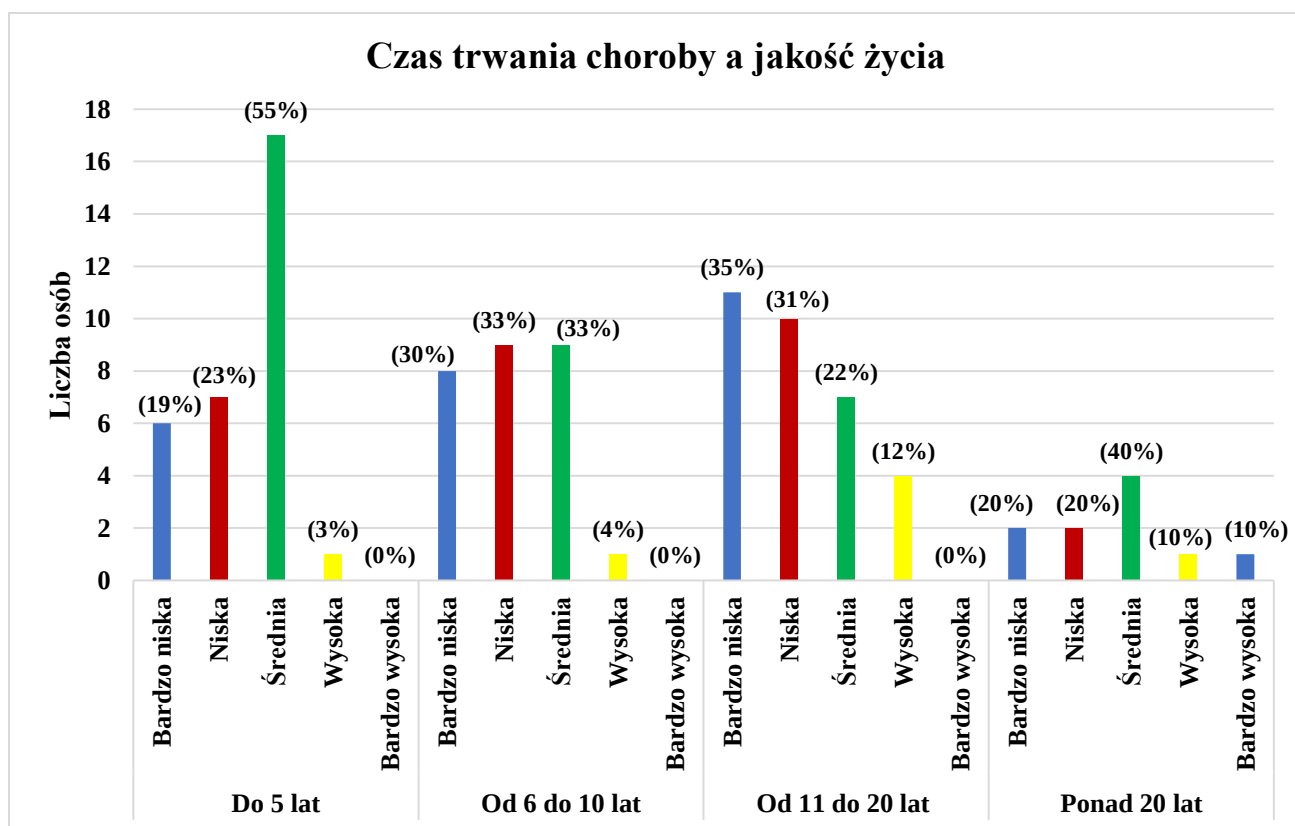
Rycina 23. Jakość życia z rozpoznaną Chorobą Leśniowskiego- Crohna a stadium choroby

Ankietowani w przedziale wiekowym do 20 roku życia oraz od 21-30 roku życia mieli podobne zdanie na temat jakości życia z chorobą Leśniowskiego- Crohna. 46% badanych w przedziale wiekowym do 20 roku życia wybrało wariant odpowiedzi „Średnia”, a 31% „Bardzo niska” definiując swoją jakość życia z chorobą. Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku osób w wieku od 21 do 30 lat, gdzie 42% respondentów uważa, że ich jakość życia jest na średnim poziomie, a 32% twierdzi, że na bardzo niskim. W przedziale wiekowym od 31 do 40 roku życia ankietowani najchętniej wybierali odpowiedź „Niska” (36%) oraz „Średnia” (30%) oceniając jakość swojego życia z chorobą. Wśród badanych mających 41 lat lub powyżej 42% jest zdania, że jakość ich życia jest średnia, a 25% wybrało określenie „Niska”. Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 24.



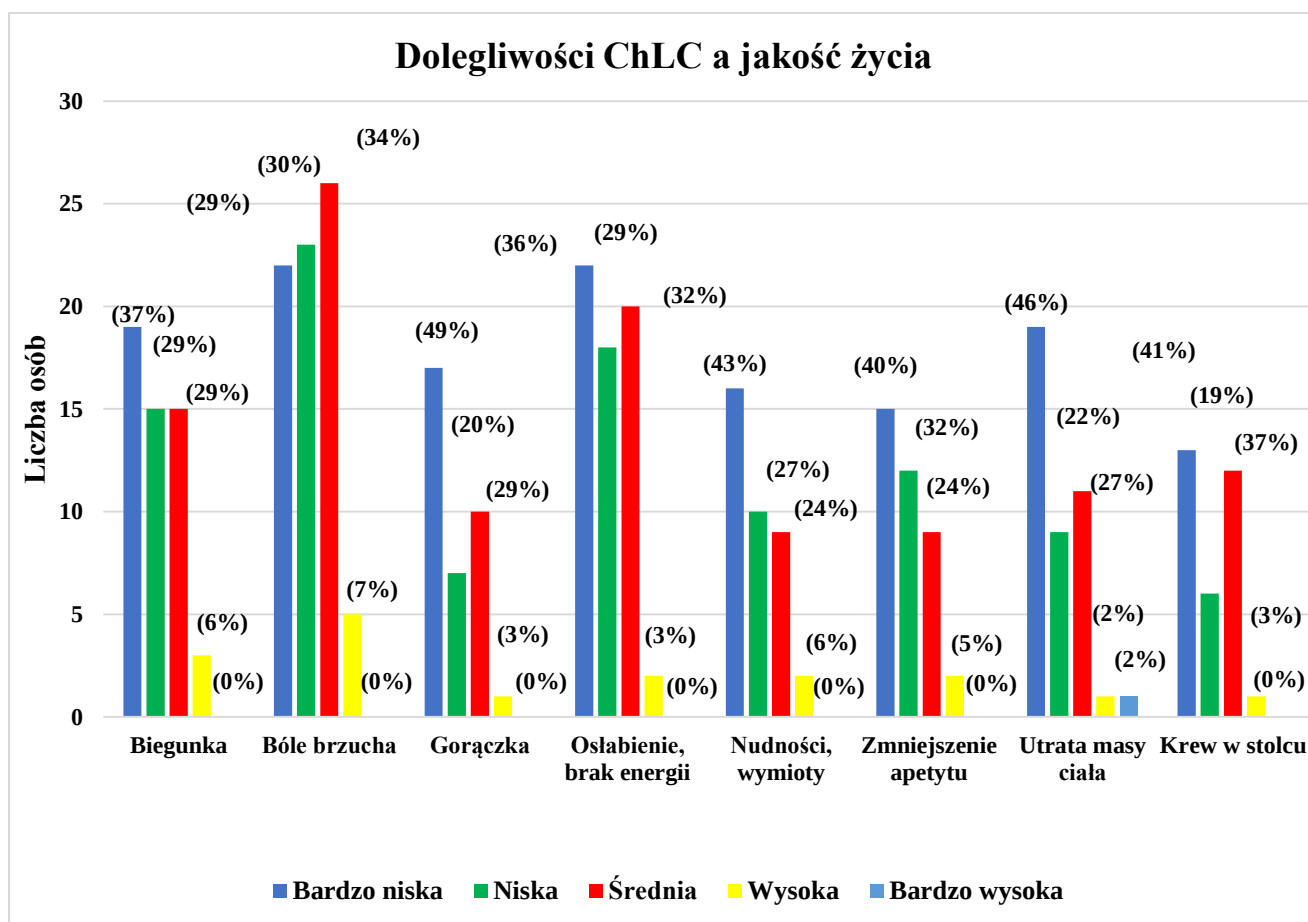
Rycina 24. Wiek a jakość życia respondentów

Z analizy zgromadzonych danych wynika, że ponad połowa osób (55%) chorujących mniej lub równo 5 lat ocenia jakość swojego życia jako „średnią”, natomiast 23% respondentów wybrało odpowiedź „niska”. W grupie chorych zmagających się z chorobą w okresie od 6 do 10 lat 33% uważa, że jakość ich życia jest średnia i taka sama liczba badanych (33%) twierdzi, że niska. Wśród osób cierpiących na to przewlekłe schorzenie od 11-20 lat aż 35% jest zdania, że jakość ich życia jest bardzo niska, a 31% wybrało wariant odpowiedzi „niska”. 40% chorujących na Crohna już ponad 20 lat uważa, że jakość ich życia można określić jako średnią, 20% respondentów wybrało odpowiedź „niska” oraz tyle samo ankietowanych (20%) zdecydowało się na wariant odpowiedzi „bardzo niska”. Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 25.



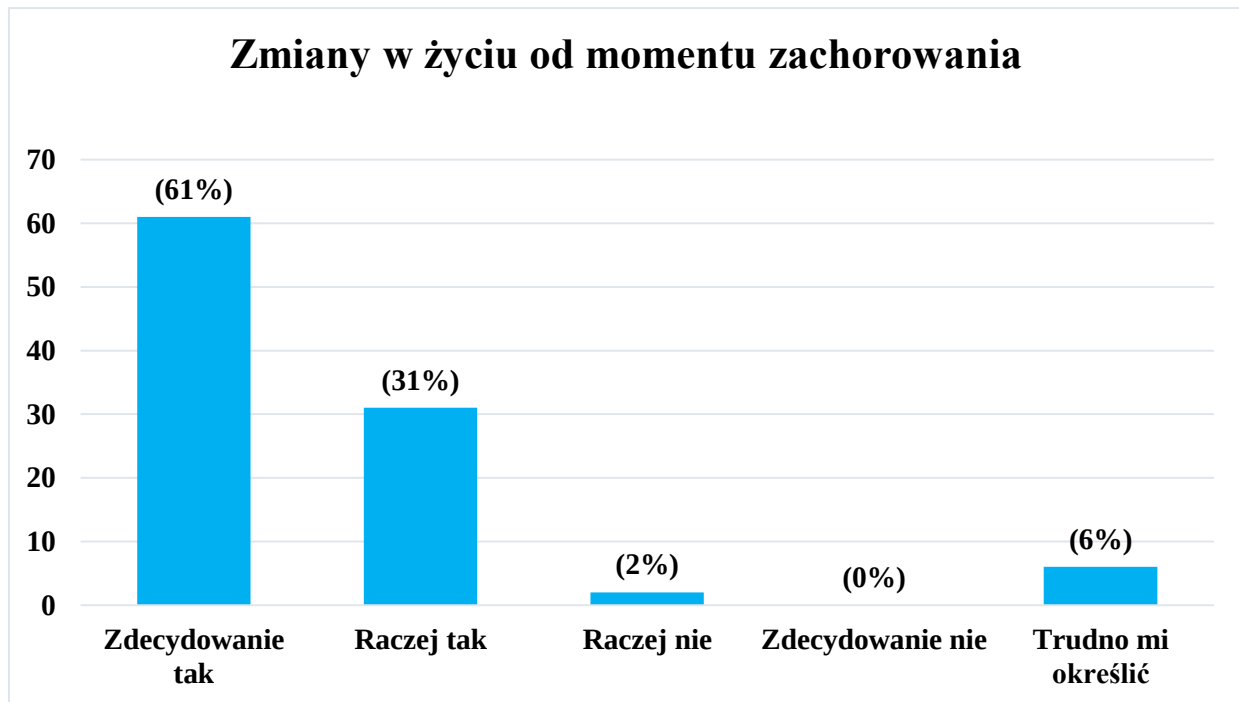
Rycina 25. Czas trwania choroby Leśniowskiego- Crohna a jakość życia

Z analizy wykresu wynika, że najczęściej dolegliwości choroby Leśniowskiego- Crohna były zgłaszane przez osoby, które oceniły jakość swojego życia jako bardzo niską. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 26.



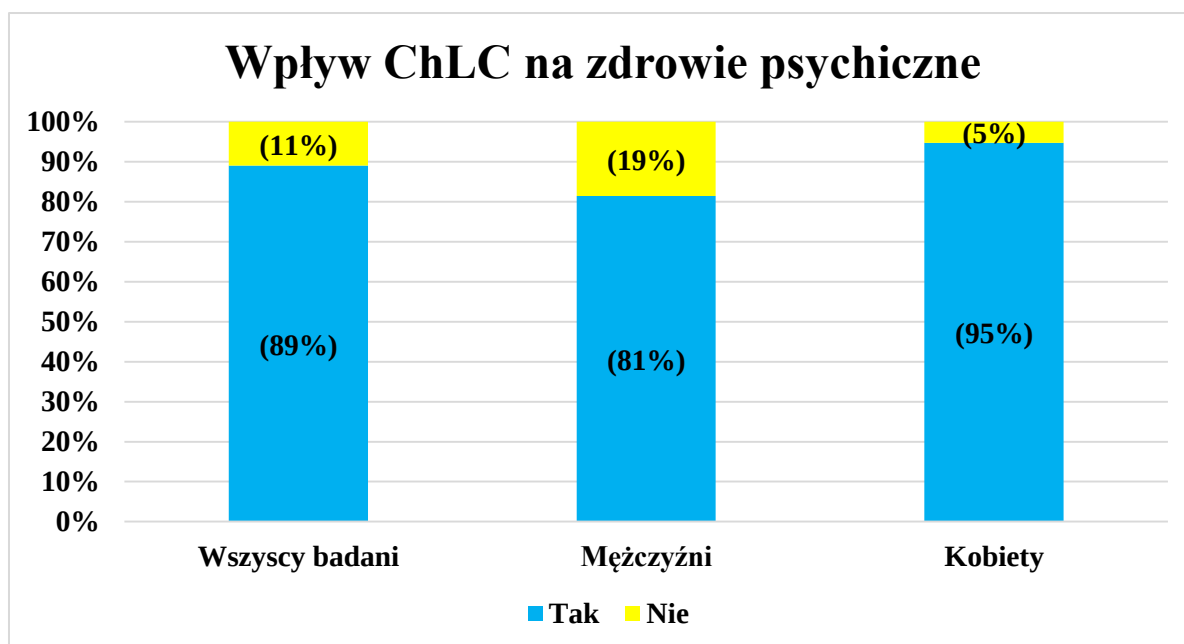
Rycina 26. Dolegliwości ChLC a jakość życia respondentów

Ponad połowa ankietowanych, bo aż 61% na pytanie „Czy Pani/Pana życie od momentu zachorowania zmieniło się w porównaniu do okresu przed zachorowaniem na Leśniowskiego- Crohna odpowiedziała „Zdecydowanie tak”. 31% spośród badanych zaznaczyło odpowiedź „Raczej tak”. 6% respondentów nie potrafiło określić swojego zdania na ten temat, a 2% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „Raczej nie”. Nikt z badanych nie zaznaczył wariantu odpowiedzi „Zdecydowanie nie”, (ryc.27).



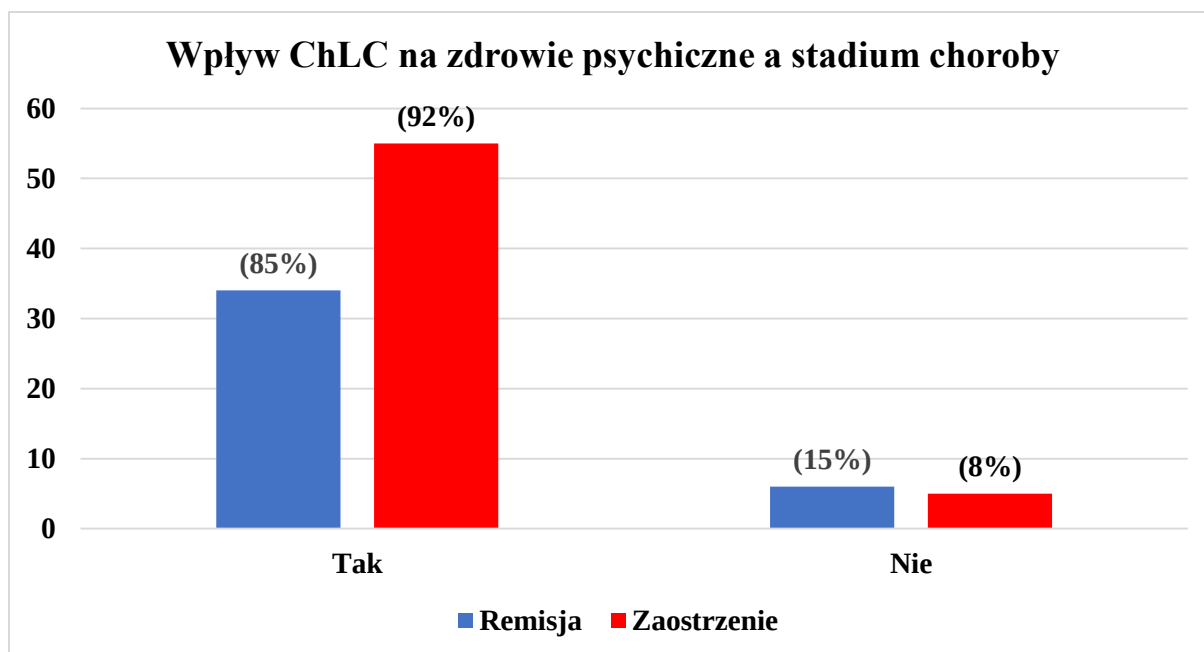
Rycina 27. Ocena respondentów na temat zmiany życia od momentu zachorowania w porównaniu do okresu przed zachorowaniem na Leśniowskiego- Crohna

Zdecydowana większość respondentów (89%) była zdania, że zdiagnozowanie choroby Leśniowskiego- Crohna miało wpływ na ich zdrowie psychiczne, pozostałe 11% uważało, że schorzenie nie zadziało na ich kondycję psychiczną. Z analizy wykresu wynika, że prawie wszystkie z ankietowanych kobiet (95%) jak i mężczyzn (81%) uważają, że rozpoznanie ChLC miało wpływ na ich zdrowie psychiczne. Pozostałe 5% kobiet oraz 19% mężczyzn nie odczuło, aby zdiagnozowanie choroby zaingerowało w ich psychiczne funkcjonowanie (ryc.28).



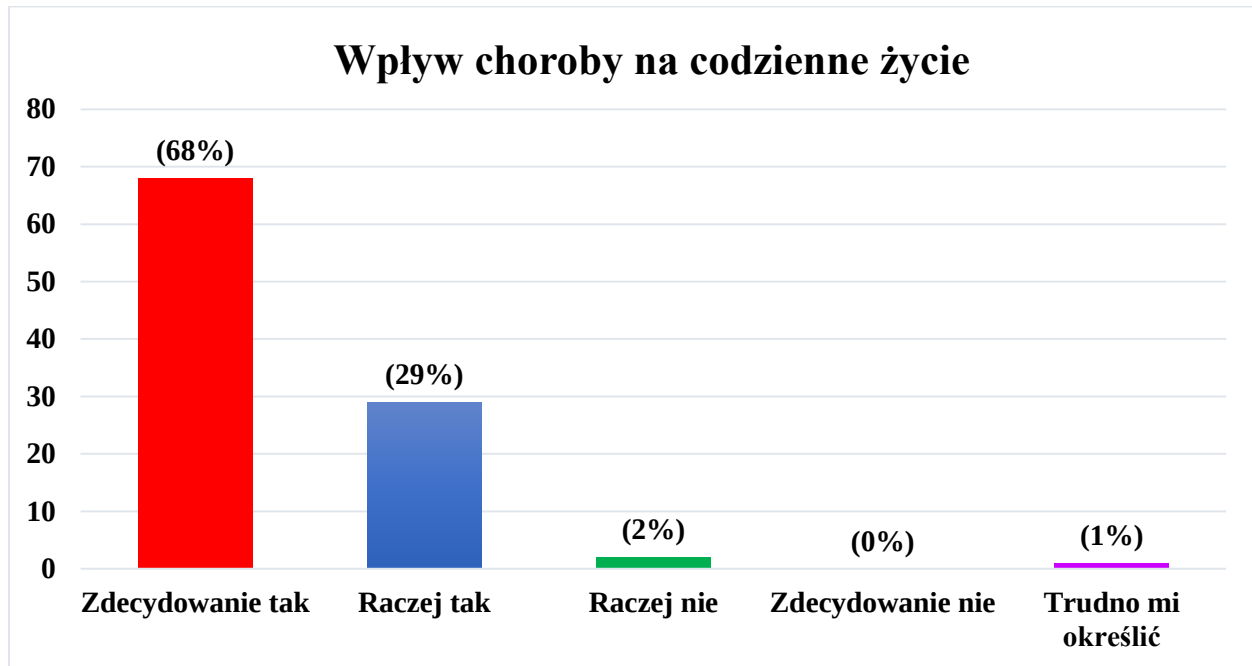
Rycina 28. Ocena respondentów na temat wpływu zdiagnozowania choroby na ich ogólne zdrowie psychiczne

Z wykresu wynika, że zarówno osoby będące w okresie remisji jak i w zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna w przeważającej większości (odpowiednio 85% i 92%) uważają, że choroba ma wpływ na ich zdrowie psychiczne. Dokładne dane przedstawiono na rycinie 29.



Rycina 29. Wpływ choroby Leśniowskiego- Crohna na zdrowie psychiczne a stadium choroby badanych

Ponad połowa badanych (68%) uważa, że choroba ma wpływ na codzienne życie. 29% ankietowanych wybrało wariant odpowiedzi „Raczej tak”. Jedynie 2% twierdzi, że choroba nie wpływa na codzienne funkcjonowanie, 1 % respondentów nie potrafi określić swojej opinii na ten temat, natomiast nikt nie zaznaczył wariantu odpowiedzi „Zdecydowanie nie” (ryc.30).



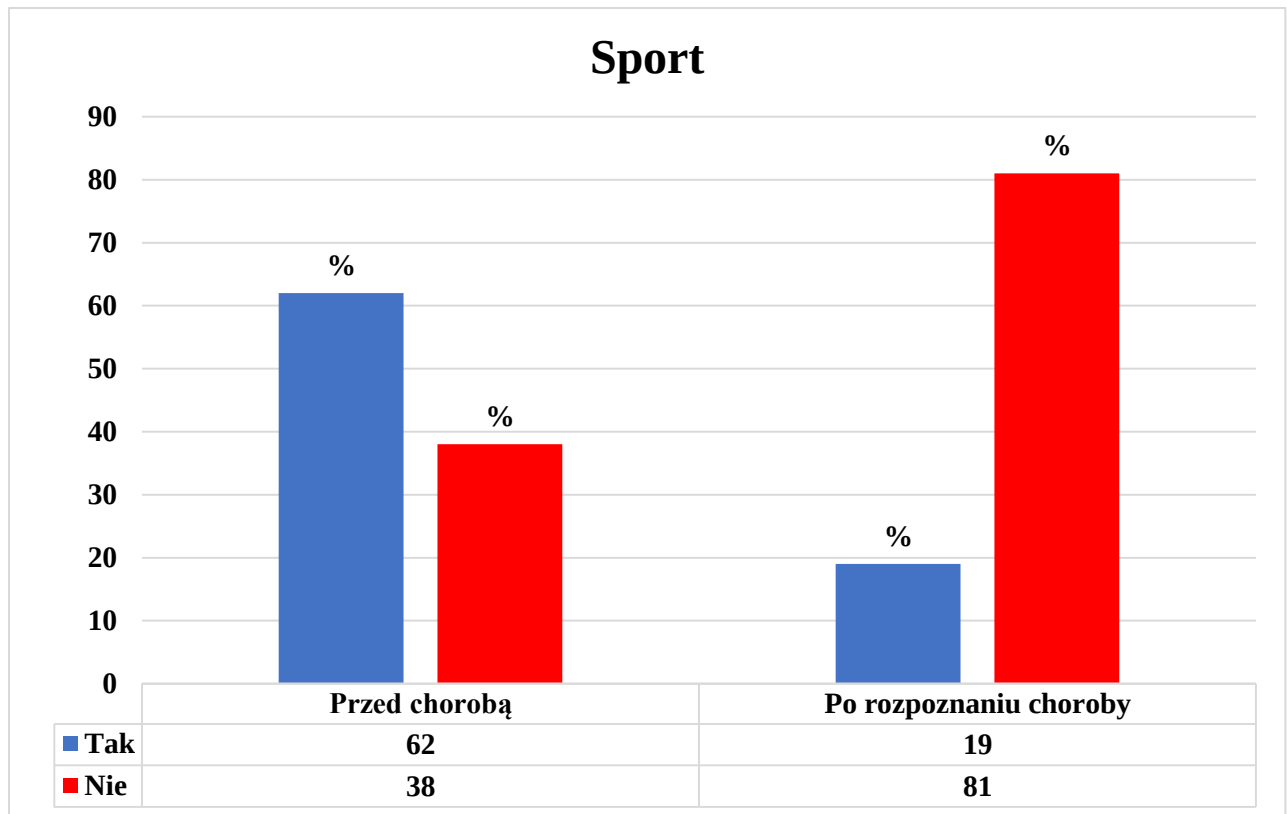
Rycina 30. Opinia badanych na temat: czy choroba ma wpływ na codzienne życie

44% respondentów zmieniło swoje nawyki żywieniowe w związku z ChLC. 37% ankietowanych jest zdania, że „Raczej tak”. 14% badanych twierdzi, że ich nawyki żywieniowe raczej się nie zmieniły ze względu na chorobę, a 4% uważa, że zdecydowanie nie uległy modyfikacji. 1% nie potrafi określić swojego zdania na ten temat (ryc.31).



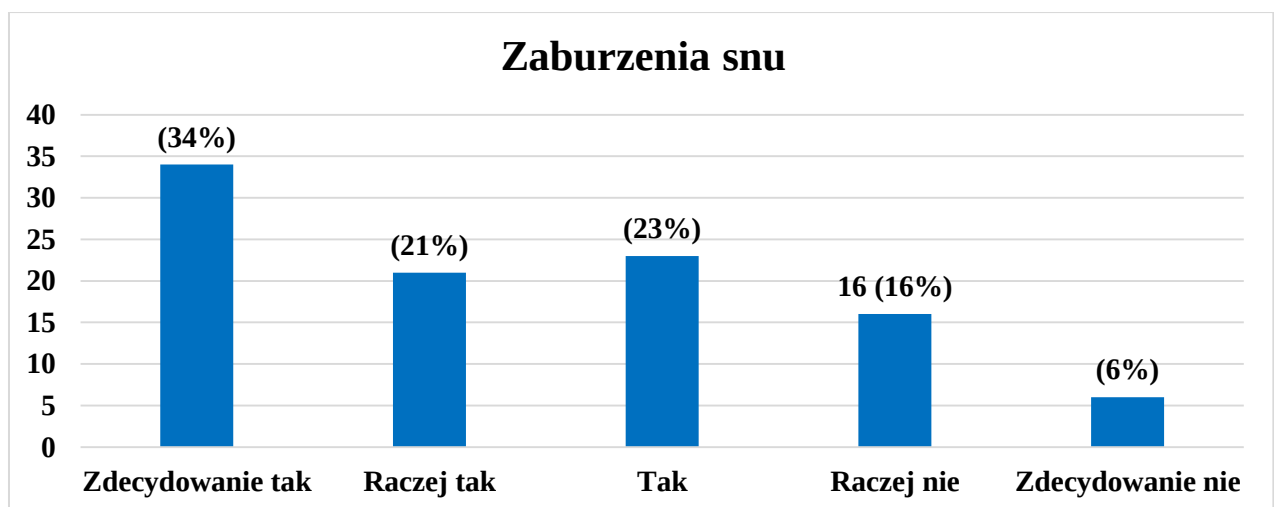
Rycina 31. Opinia ankietowanych na temat czy choroba spowodowała zmianę nawyków żywieniowych

Zbadano uprawianie sportu wśród respondentów przed zdiagnozowaniem choroby Leśniowskiego- Crohna oraz z rozpoznaną już chorobą. Na wykresie wyraźnie widoczna jest przewaga w uprawianiu sportu przed zachorowaniem w porównaniu do okresu z chorobą, ponieważ aż 62% badanych zadeklarowało, że uprawiało sport przed rozwojem schorzenia, a jedynie 19% z rozpoznaną ChLC. Przed rozpoznaniem choroby 38% respondentów wcale nie uprawiało sportu, natomiast po pojawieniu się choroby aż 81% twierdzi, że rezygnuje z aktywności fizycznej (ryc.32).



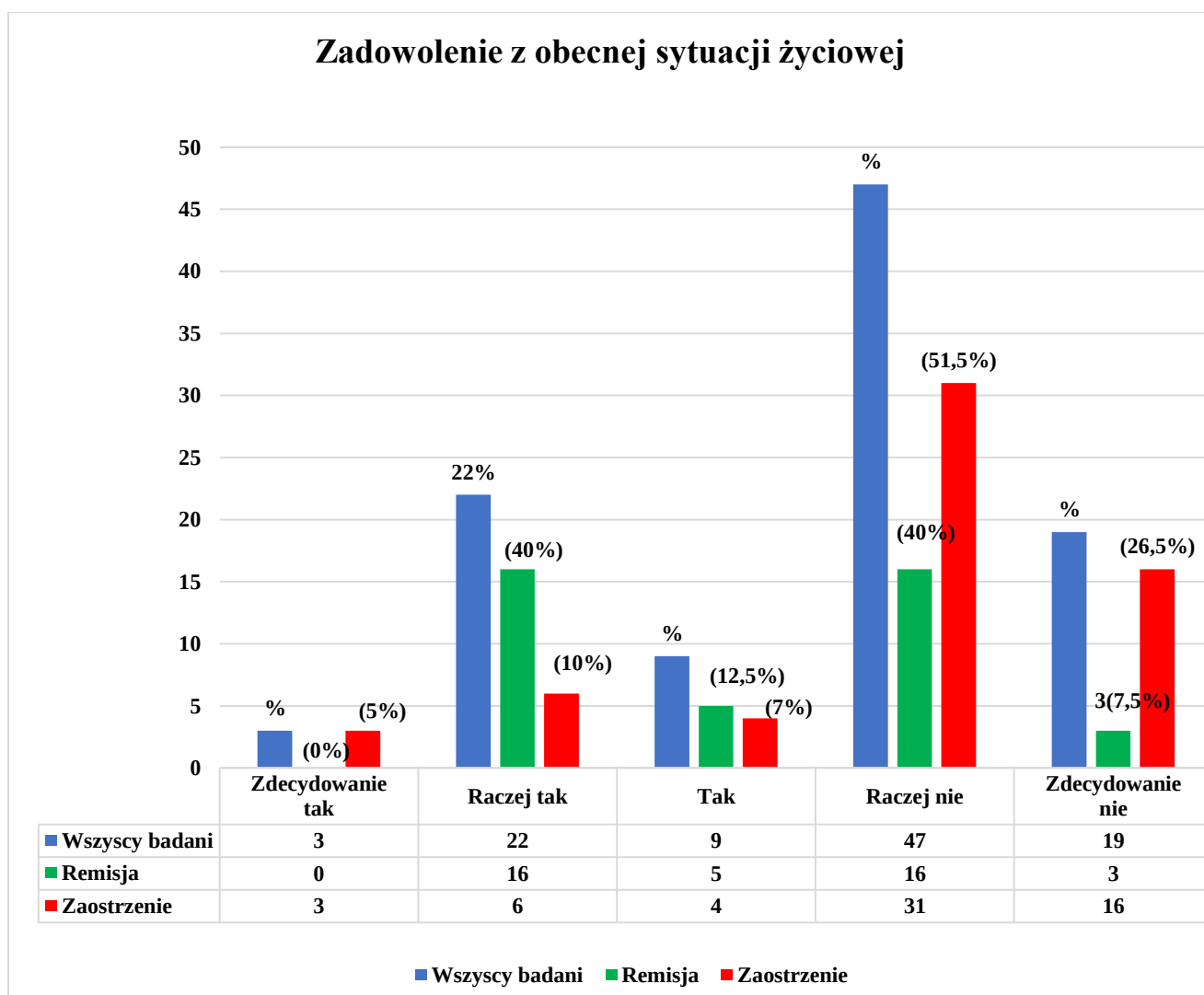
Rycina 32. Uprawianie sportu przez ankietowanych przed chorobą i po rozpoznaniu ChLC

Na pytanie dotyczące występowania zaburzeń snu z powodu pojawiających się dolegliwości ChLC 34% respondentów zaznaczyło odpowiedź „Zdecydowanie tak”, 23% wybrało wariant „Tak” a 21% badanych „Raczej tak”. Tylko 16% nie miało problemów z wysypianiem się, a pozostałe 6% uważa, że zdecydowanie nie posiada trudności ze snem spowodowanych objawami choroby (ryc.33).



Rycina 33. Występowanie zaburzeń snu (budzenie się, problemy z wysypianiem się) z powodu dolegliwości choroby Leśniowskiego- Crohna

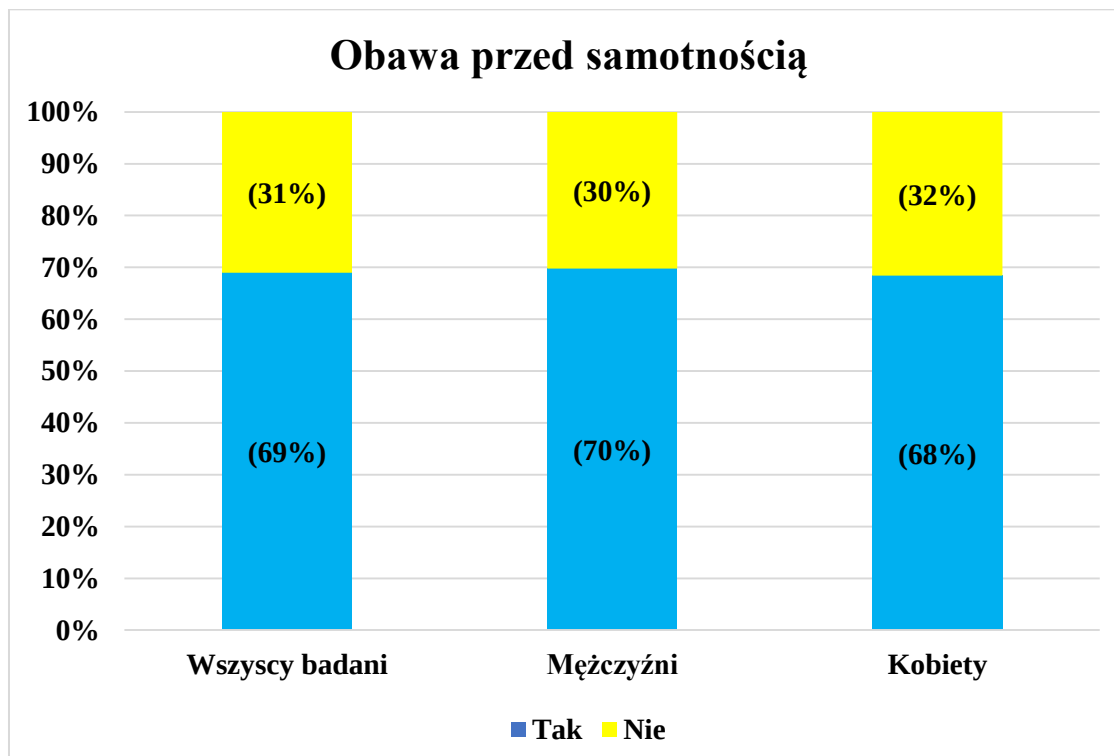
47% badanych twierdzi, że „Raczej nie” jest zadowolonych z obecnej sytuacji życiowej. Wśród respondentów będących w okresie remisji choroby zdania są odmienne, ponieważ zarówno 40% raczej nie jest zadowolonych z obecnej sytuacji życiowej i również tyle samo, bo 40% spośród tej grupy zaznaczyło, że ich aktualna sytuacja życiowa raczej jest satysfakcjonująca. Natomiast wśród respondentów, którzy znajdują się w zaostrzeniu ChLC aż 51,5% raczej nie jest zadowolonych z obecnej sytuacji życiowej, a 26,5% twierdzi, że zdecydowanie nie. Tylko 10% w stadium zaostrzenia, uważa, że ich obecna sytuacja życiowa jest raczej dobra. Szczegółowe wartości zostały przedstawione na rycinie 34.



Rycina 34. Subiektywna ocena zadowolenia z obecnej sytuacji życiowej z uwzględnieniem stadium choroby Leśniowskiego- Crohna

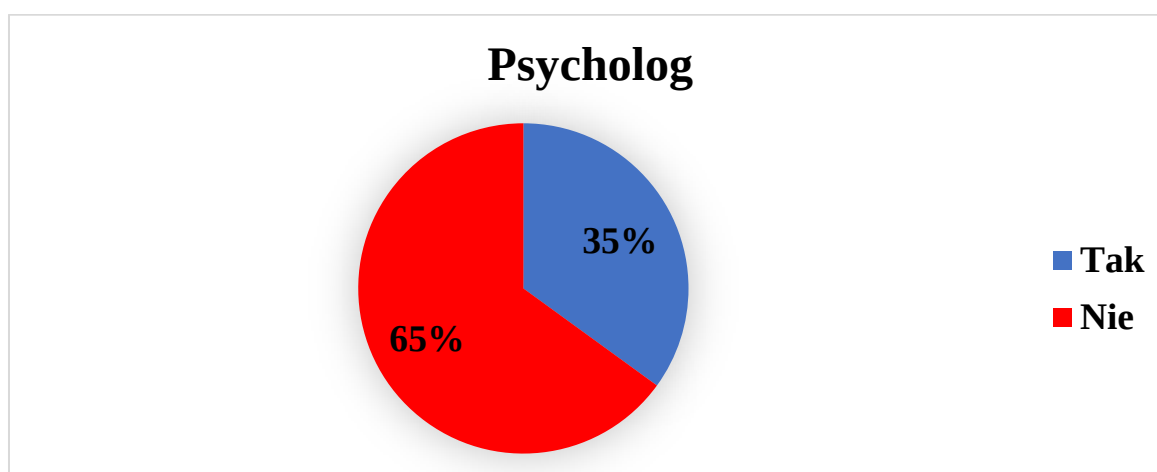
Zarówno w grupie wszystkich badanych (69%) jak i wśród kobiet (68%) i mężczyzn (70%) zdecydowana większość obawia się życia w samotności z powodu choroby

Leśniowskiego- Crohna. Brak obaw przed byciem samotnym człowiekiem deklaruje 31% wszystkich respondentów, 32% ankietowanych kobiet oraz 30% badanych mężczyzn (ryc.35).



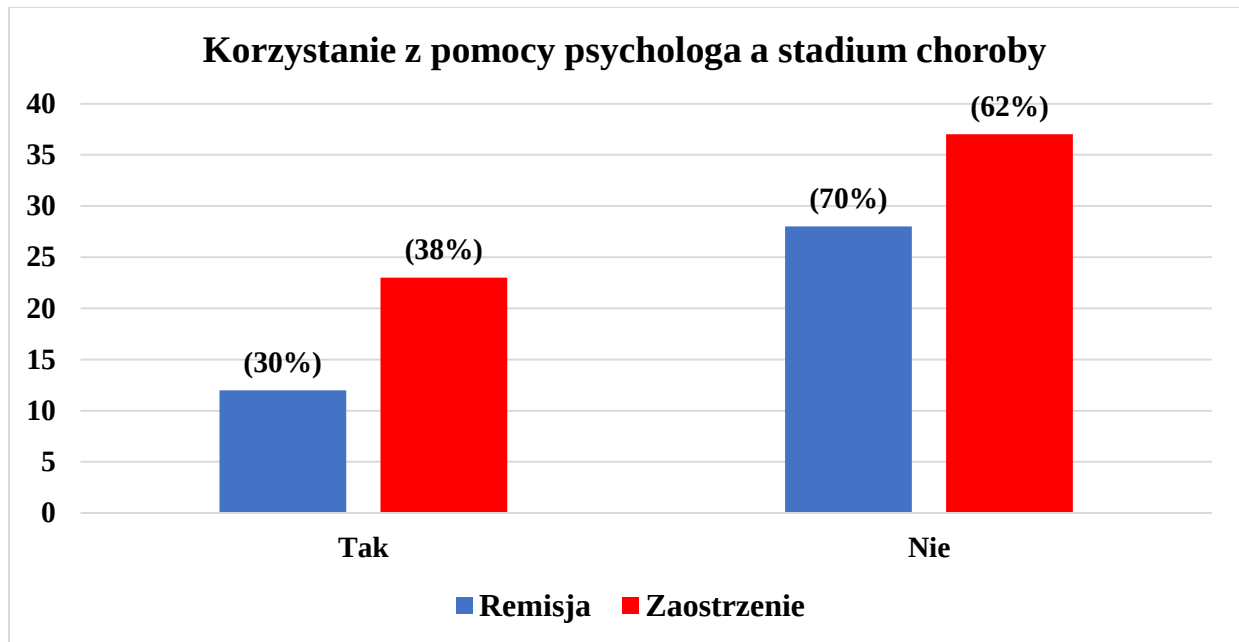
Rycina 35. Opinia badanych na temat obawy przed samotnością z powodu ChLC

Ponad połowa badanych (65%) zadeklarowała, że korzysta z pomocy psychologa, natomiast pozostałe 35% ankietowanych nie (ryc.36).



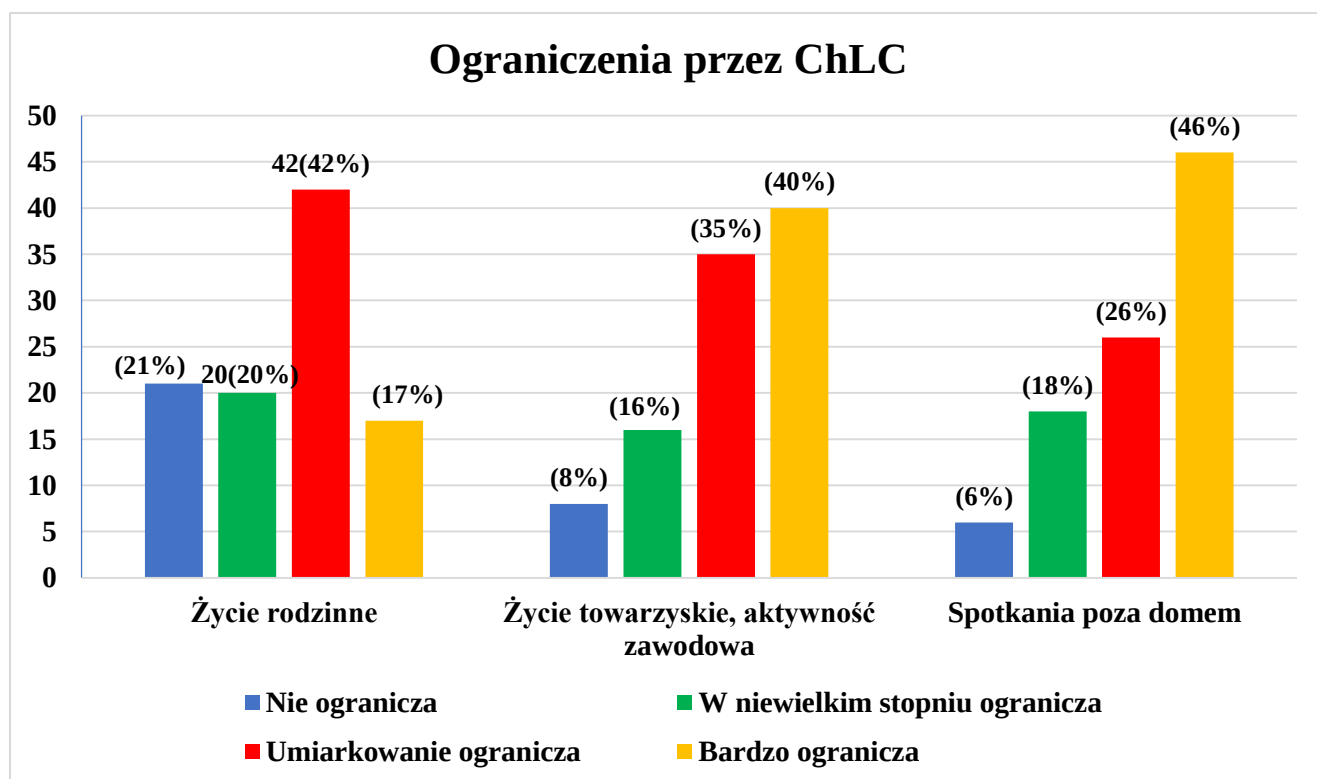
Rycina 36. Korzystanie z pomocy psychologa przez respondentów

Analizując poniższe dane można stwierdzić, że respondenci w okresie remisji oraz w zaostrzeniu choroby w większości nie korzystają z pomocy psychologa (odpowiednio 70% i 62%). Szczegółowe dane przedstawione na rycinie 37.



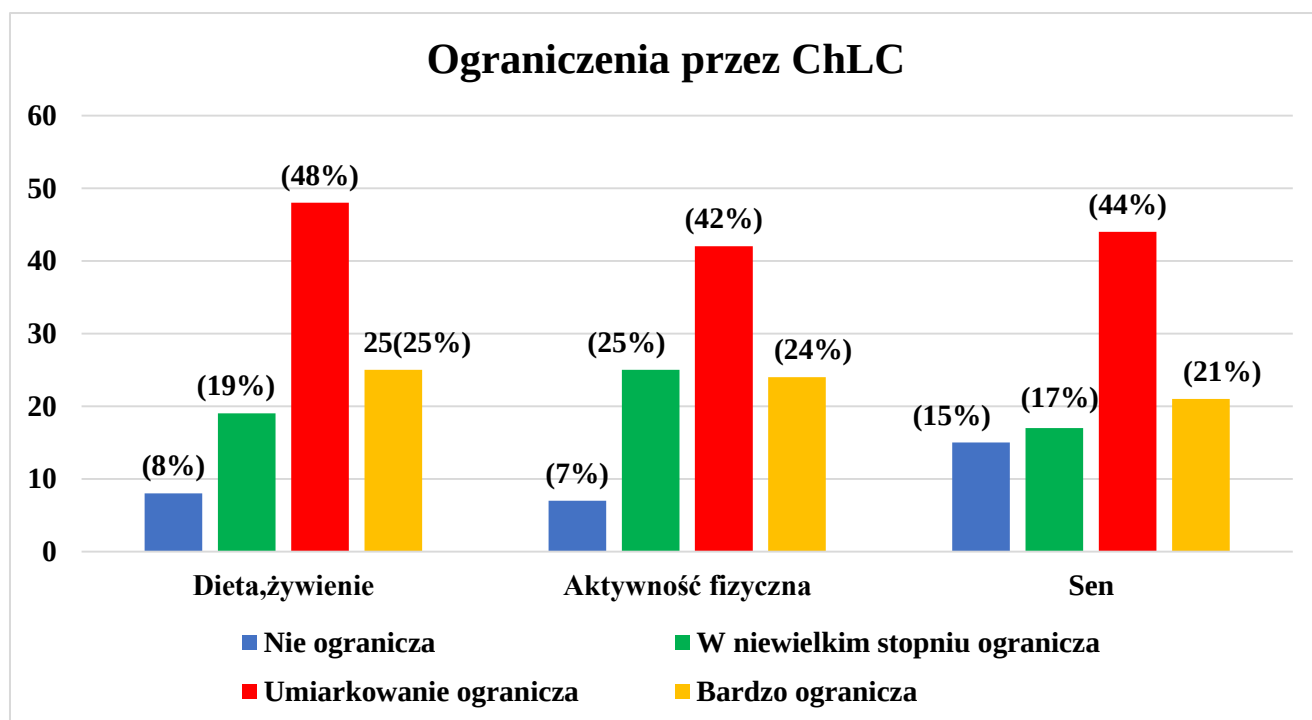
Rycina 37. Korzystanie z pomocy psychologa przez respondentów a stadium choroby

42% badanych twierdzi, że choroba Leśniowskiego- Crohna w umiarkowanym stopniu ogranicza ich życie rodzinne, a 17 % jest zdania, że bardzo ogranicza. Według 40% respondentów życie towarzyskie oraz aktywność zawodowa są bardzo ograniczone z powodu choroby. Przewlekłe schorzenie według 46% ankietowanych powoduje bardzo duże ograniczenia w spotkaniach poza domem. Dokładne wartości zostały przedstawione na rycinie 38.



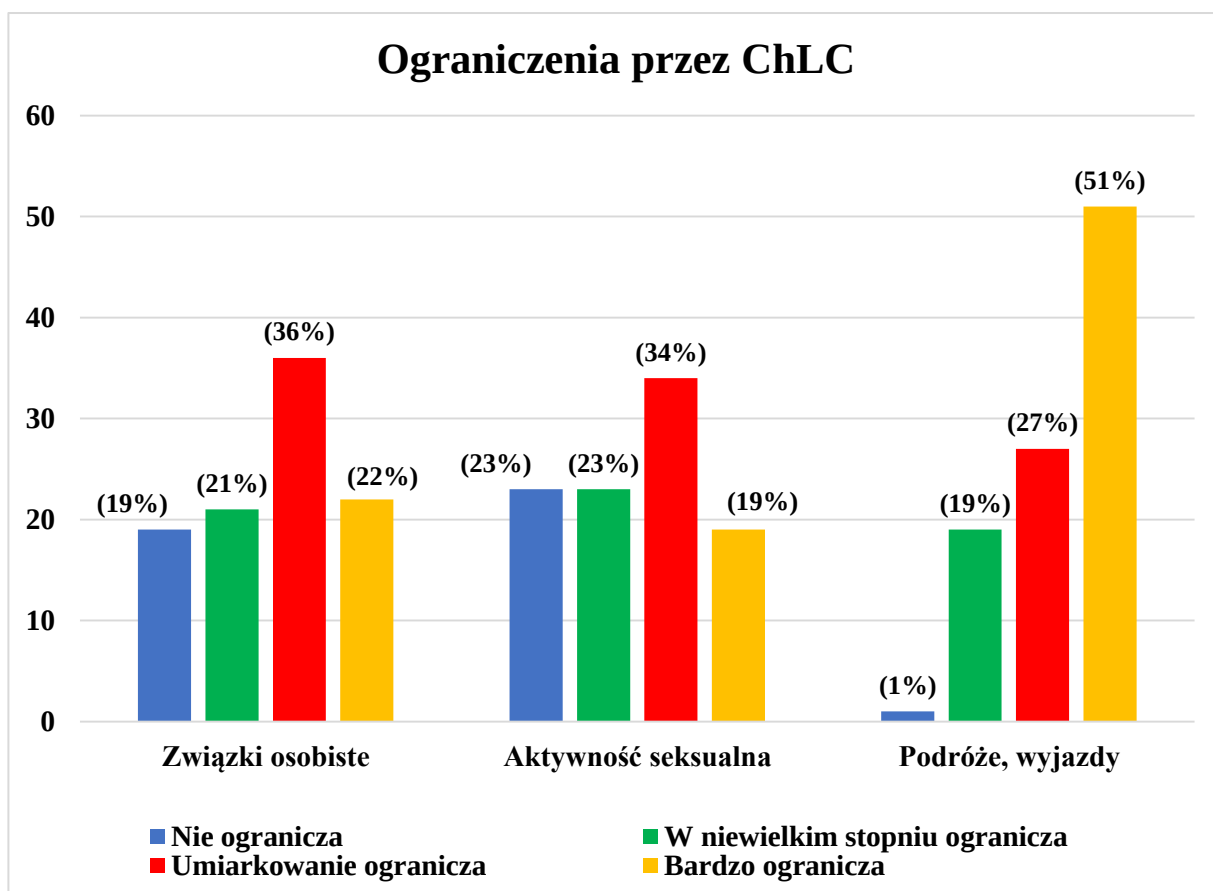
Rycina 38. Opinia respondentów na temat czy choroba Leśniewskiego- Crohna powoduje ograniczenia w życiu rodzinnym, towarzyskim, aktywności zawodowej oraz spotkaniach poza domem

Z analizy poniższych danych wynika, że 48% ankietowanych zauważyło umiarkowane ograniczenia w zakresie diety oraz żywienia spowodowane chorobą Crohna, a 25% twierdzi, że bardzo duże. Uprawianie aktywności fizycznej według 42 % ankietowanych oraz sen zdaniem 44% respondentów zostały zaburzone w umiarkowanym stopniu. Dokładne dane zostały przedstawione na rycinie 39.



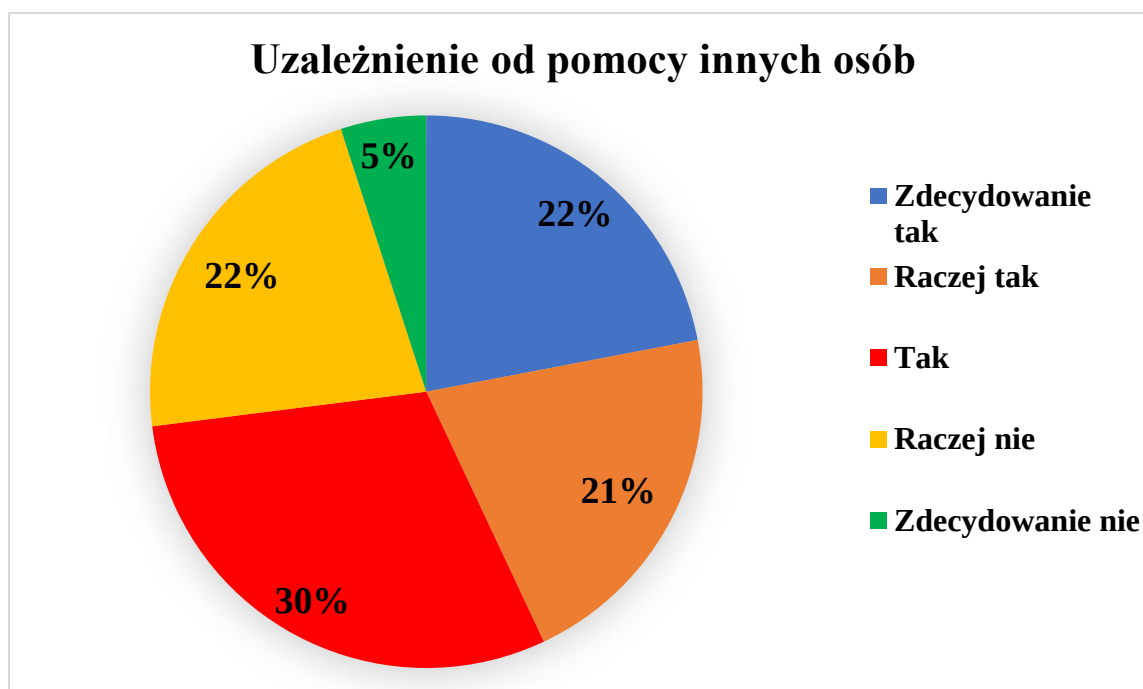
Rycina 39. Opinia respondentów na temat czy choroba Leśniowskiego- Crohna powoduje ograniczenia w diecie, żywieniu, aktywności fizycznej oraz podczas snu

Analizując dane, według 36% badanych związki osobiste oraz zdaniem 34% ankietowanych aktywność seksualna są ograniczane przez ChLC w umiarkowanym stopniu. Jednakże według ponad połowy respondentów (51%) Choroba Leśniowskiego- Crohna sprawia bardzo duże ograniczenia podczas podróżowania oraz wyjazdów. Tylko 1 % badanych twierdzi, że choroba nie powoduje żadnych utrudnień w odbywaniu podróży. Szczegółowe dane zostały przedstawione na rycinie 40.



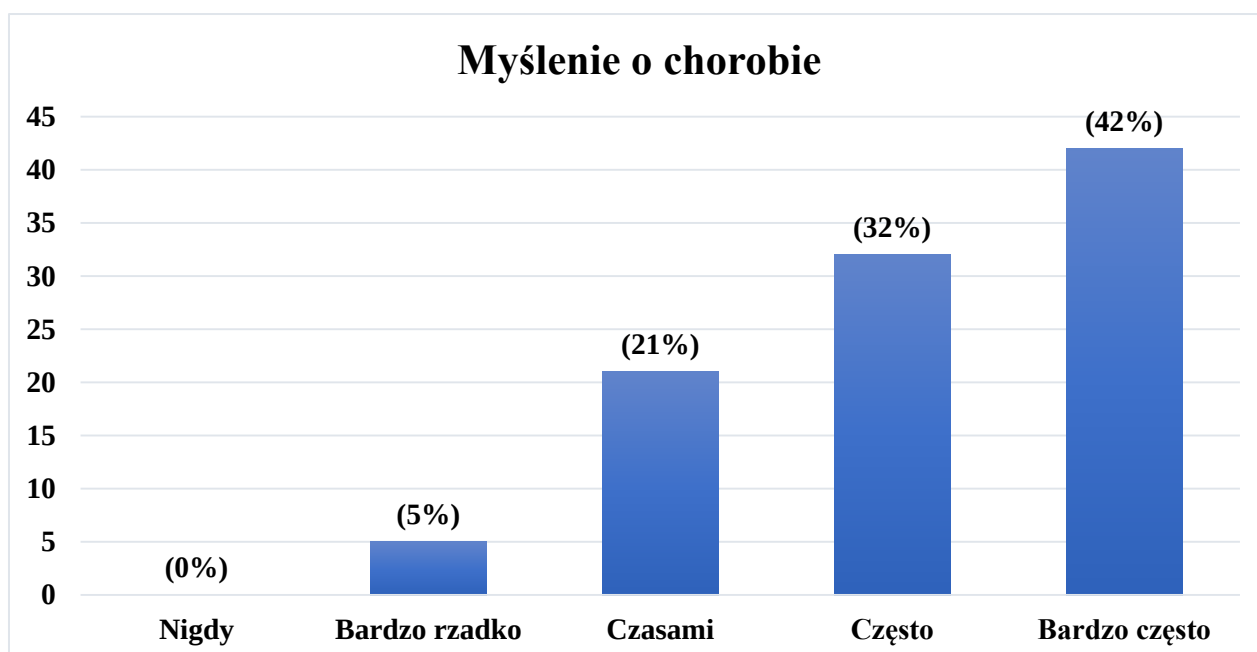
Rycina 40. Opinia respondentów na temat czy choroba Leśniowskiego- Crohna powoduje ograniczenia w związkach osobistych, aktywności seksualnej oraz podczas wyjazdów i podróży

Na zadane pytanie czy w związku z chorobą obawia się Pan/Pani uzależnienia od pomocy innych osób w codziennych czynnościach 30 % respondentów odpowiedziało „Tak”, 22% badanych „zdecydowanie tak”, 22% udzieliło odpowiedzi „Raczej nie”, 21% „Raczej tak”, a jedynie pozostałe 5% uważa, że „Zdecydowanie nie” (ryc.41).



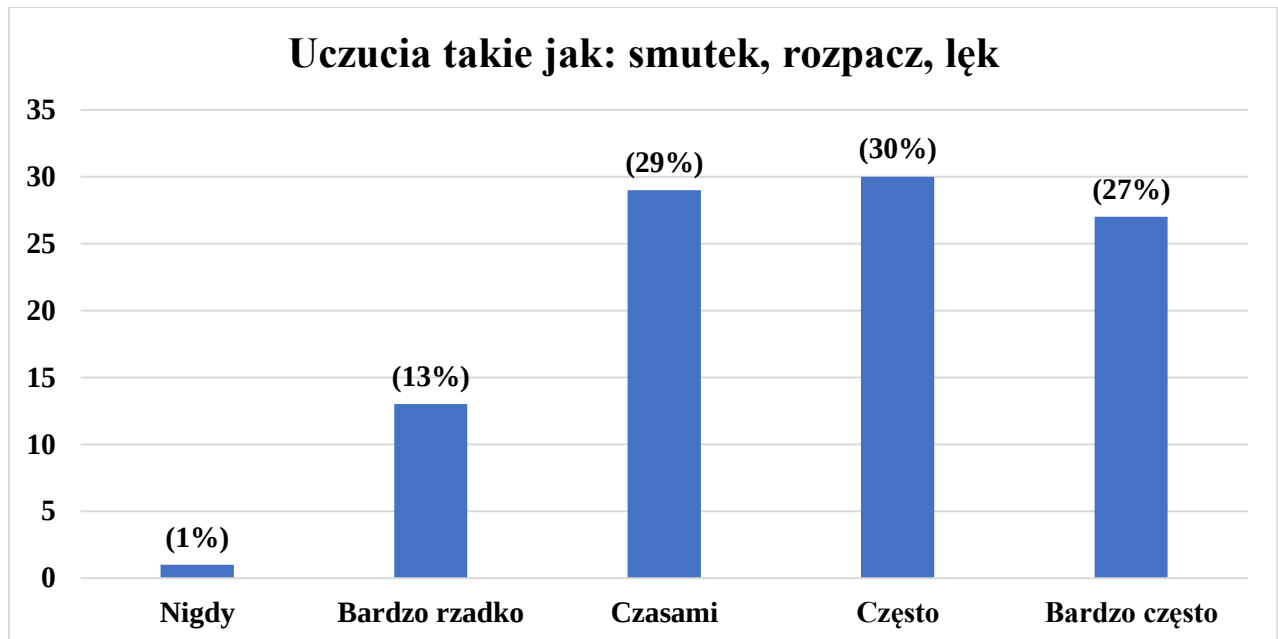
Rycina 41. Ocena ankietowanych na temat czy obawiają się bycia uzależnionym od pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności

Z wykresu wynika, że aż 42% badanych myśli o swojej chorobie bardzo często, 32% często a 21% respondentów czasami. Natomiast jedynie 5% ankietowanych myśli o chorobie bardzo rzadko. Nikt z badanych nie wybrał wariantu odpowiedzi „nigdy” w kontekście myślenia o ChLC (ryc.42).



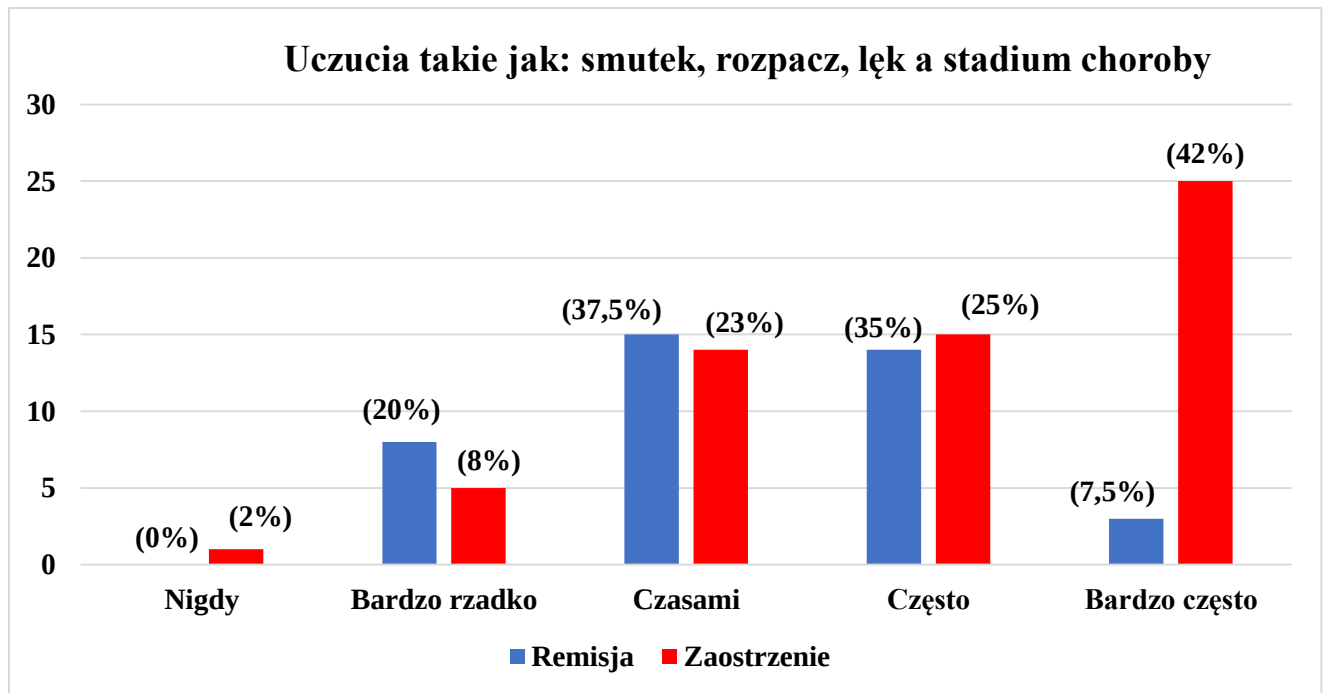
Rycina 42. Częstotliwość myślenia o chorobie według ankietowanych

Takie uczucia jak smutek, przygnębienie czy lęk występują często u 30% respondentów. 29% badanych jest zdania, że odczuwa czasami niepokój oraz rozpacz, a 27% ankietowanych twierdzi, że takie doznania towarzyszą im bardzo często. Jedynie 13% respondentów wybrało wariant odpowiedzi „Bardzo rzadko”, a tylko 1% badanych uważa, że nigdy nie doświadcza tak negatywnych emocji i uczuć (ryc.43).



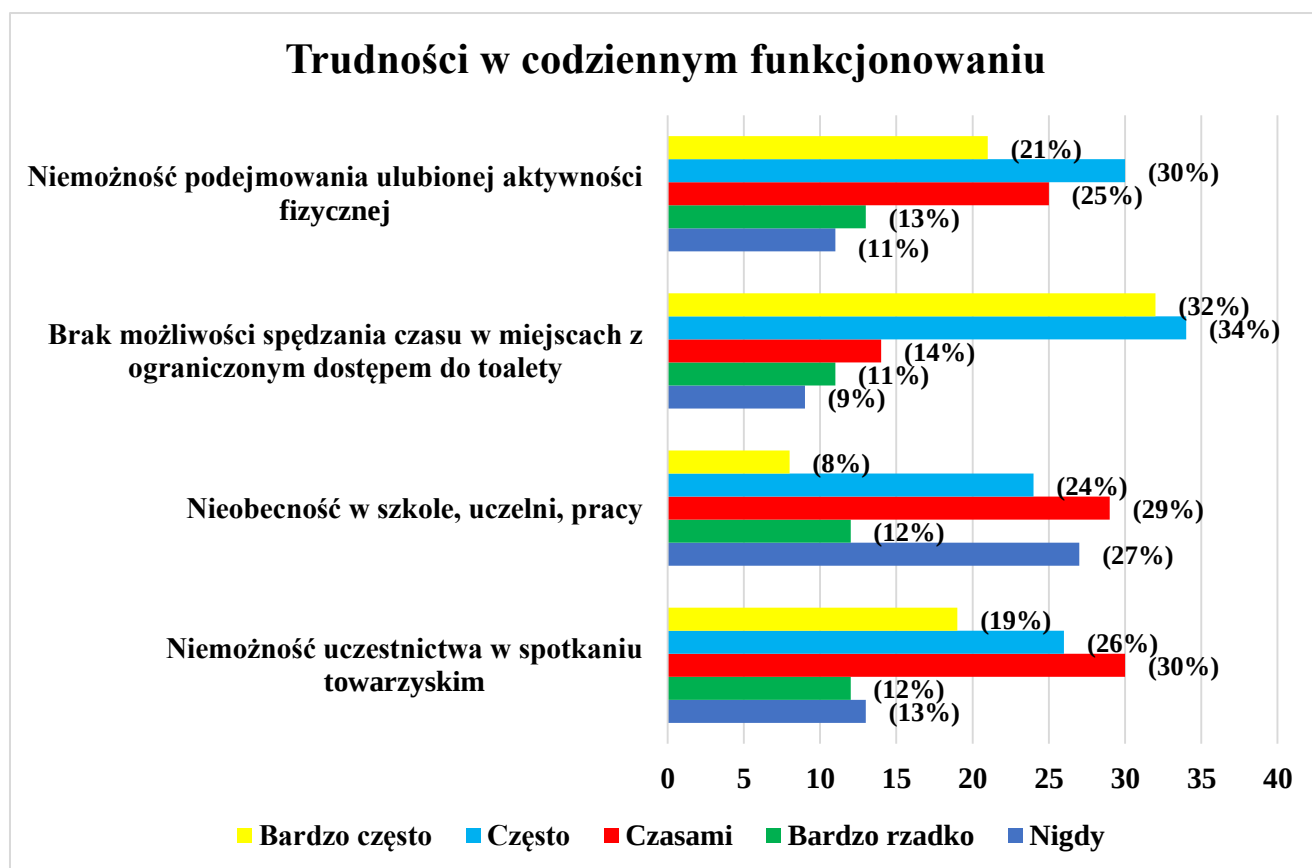
Rycina 43. Częstotliwość występowania takich uczuć jak smutek, rozpacz, przygnębienie, lęk oraz niepokój u ankietowanych

Z analizy wykresu wynika, że 37,5% osób w okresie remisji choroby Leśniowskiego-Crohna czasami odczuwało negatywne uczucia takie jak niepokój, smutek, lęk czy rozpacz. Trochę mniej, bo 35% ankietowanych uważa, że często towarzyszyły im tak negatywne emocje, a 20% jest zdania, że bardzo rzadko. Aż 42% respondentów w okresie zaostrzenia ChLC twierdzi, że przygnębienie, rozpacz lub smutek pojawiają się u nich bardzo często, 25% uważa, że często a 23% wybrało wariant odpowiedzi „czasami”. Jedynie u 8% ankietowanych w stadium zaostrzenia tak złe uczucia pojawiają się bardzo rzadko. Dokładne dane przedstawiono na rycinie 44.



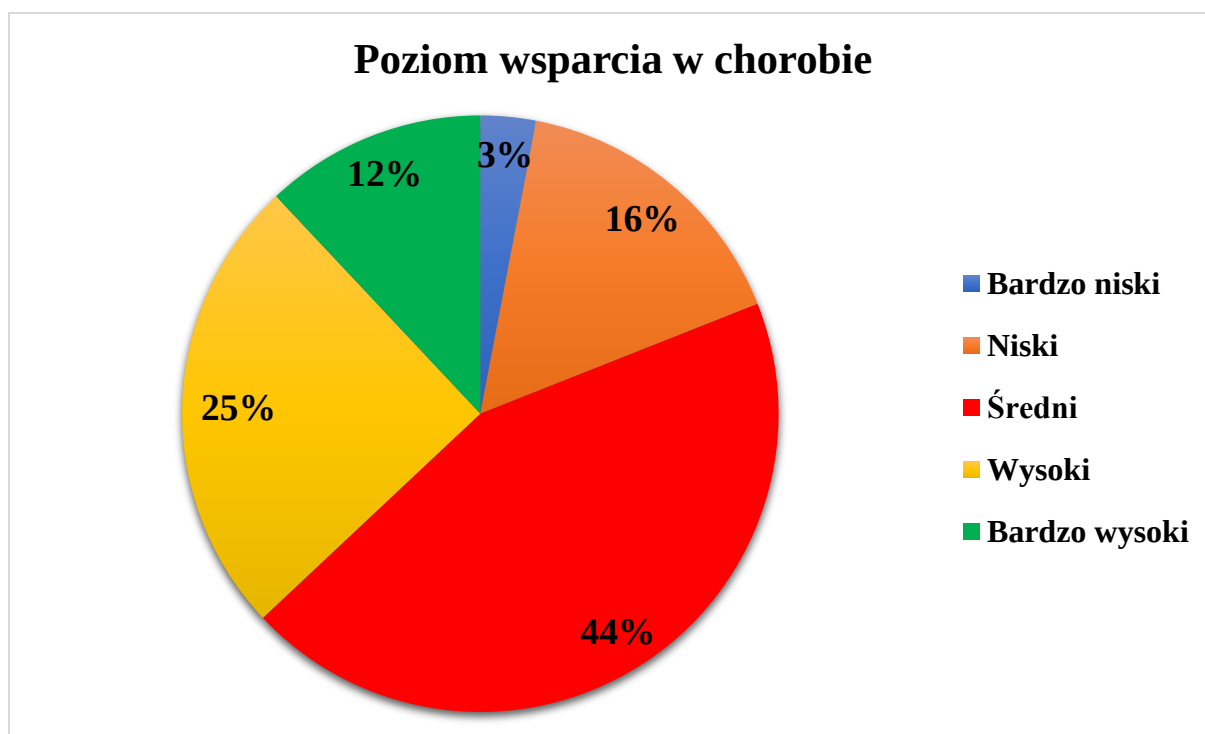
Rycina 44. Występowanie u ankietowanych negatywnych uczuć w zależności od stadium choroby w jakiej się znajdują

Zdaniem 30% ankietowanych dolegliwości związane z chorobą Leśniowskiego-Crohna pojawiające się w ostatnim miesiącu często uniemożliwiały podejmowanie ulubionej aktywności fizycznej, a według 25% respondentów czasami. 34% badanych twierdzi, że objawy choroby często komplikowały spędzanie wolnego czasu w miejscach z ograniczonym dostępem do toalety a 32% jest zdania, że był to nawet bardzo częsty problem. Nieobecność w pracy, szkole czy uczelni spowodowana symptomami ChLC według 29% ankietowanych zdarzała się czasami. Brak możliwości uczestnictwa w spotkaniu towarzyskim w ciągu ostatniego miesiąca wynikająca z dolegliwości chorobowych w opinii 30% respondentów zdarzała się czasami. Dokładne dane zostały przedstawione na rycinie 45.



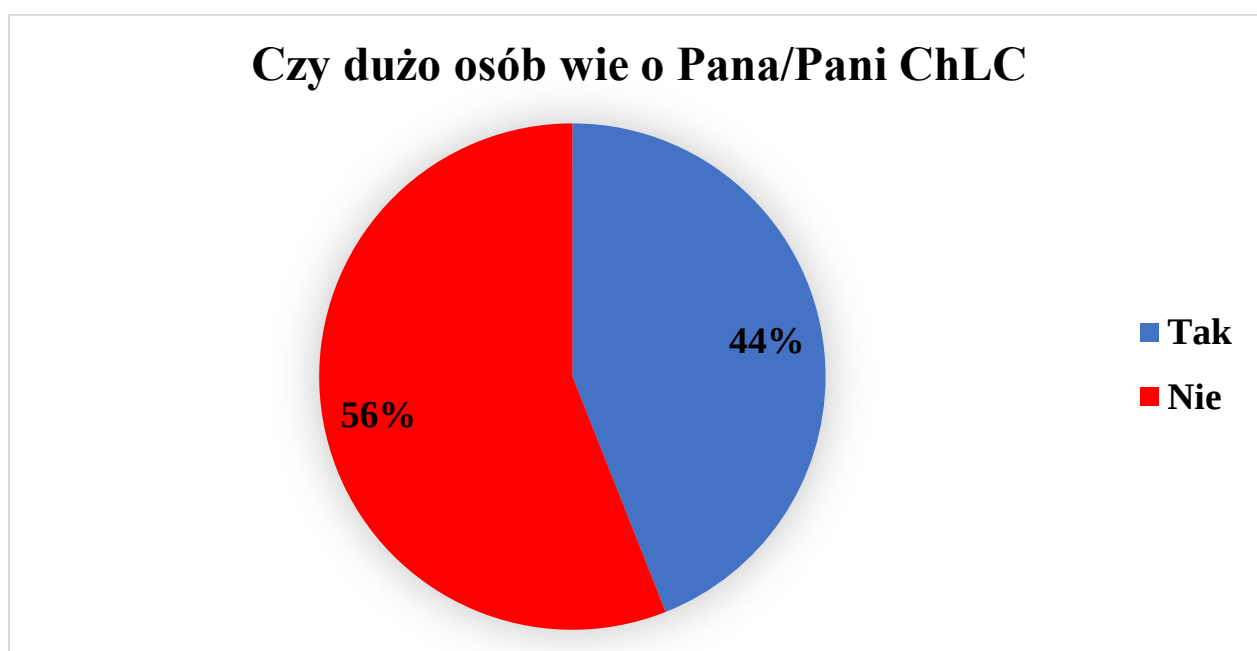
Rycina 45. Ocena ankietowanych na temat jak często w ciągu ostatniego miesiąca dolegliwości ChLC powodowały trudności w codziennym funkcjonowaniu

44% respondentów oceniło poziom wsparcia w chorobie ze strony rodziny jak i przyjaciół jako średni, a 25% badanych udzieliło odpowiedzi „wysoki”. Zdaniem 16% ankietowanych rodzina oraz przyjaciele okazali swoje wsparcie na niskim poziomie, natomiast 12 % twierdziło, że na bardzo wysokim. Pozostałe 3% respondentów wybrało wariant odpowiedzi „bardzo niski” w odpowiedzi na to pytanie (ryc.46).



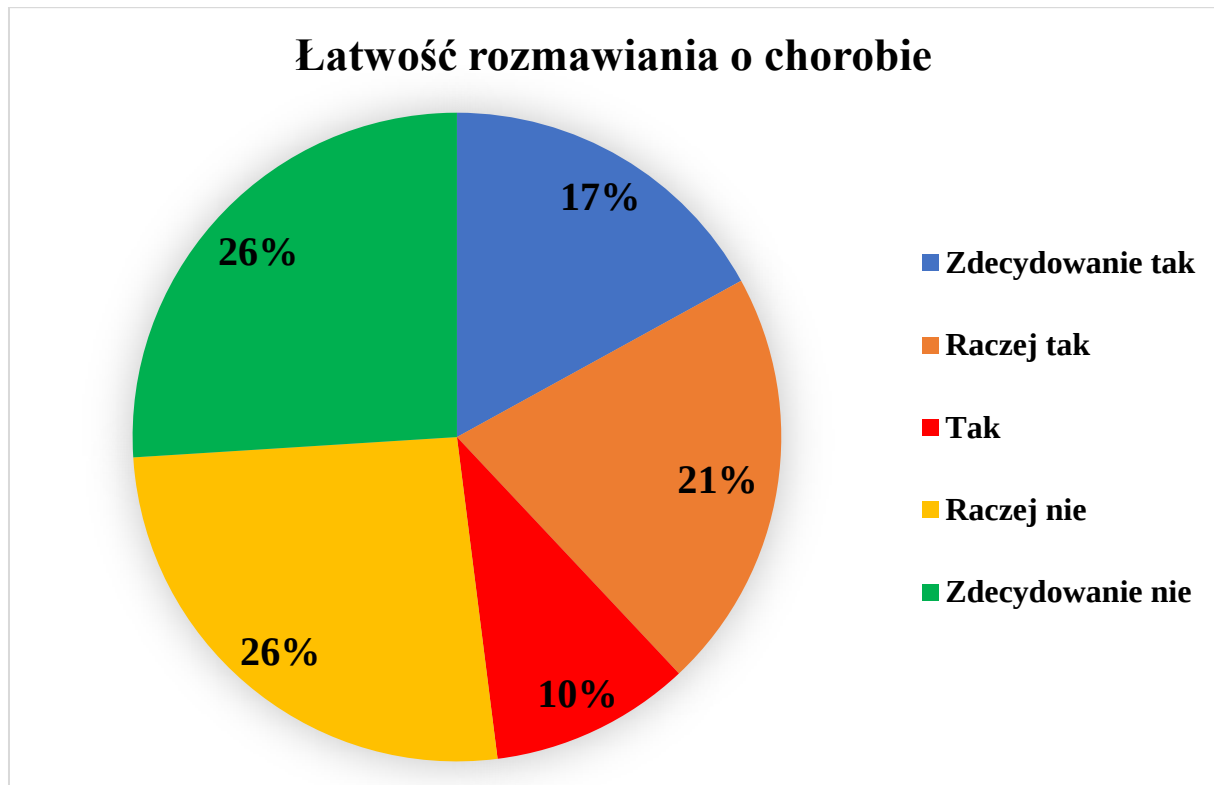
Rycina 46. Opinia ankietowanych na temat poziomu wsparcia w chorobie ze strony rodziny oraz przyjaciół

Ponad połowa ankietowanych (56%) twierdzi, że niewiele osób z ich otoczenia posiada wiedzę o tym, iż zmagają się z chorobą Leśniowskiego- Crohna. Natomiast 44% respondentów zadeklarowało, że dużo osób wie o ich chorobie (ryc.47).



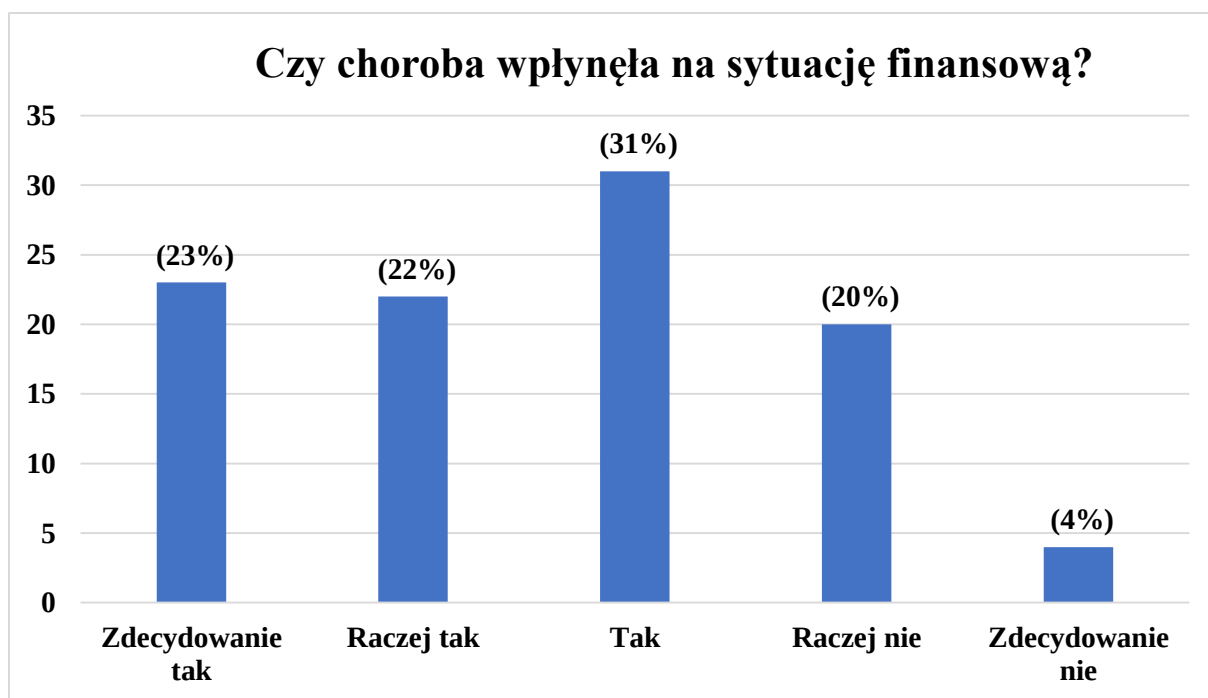
Rycina 47. Opinia respondentów na temat czy dużo osób z ich otoczenia wie, że chorują na ChLC

26% respondentów uważa, że zdecydowanie nie jest im łatwo rozmawiać o swojej chorobie z innymi ludźmi oraz 26% ankietowanych twierdzi, że raczej nie. Pozostali ankietowani nie mają większych trudności w prowadzeniu swobodnej dyskusji na temat własnej choroby. Szczegółowe dane przedstawiono na rycinie 48.



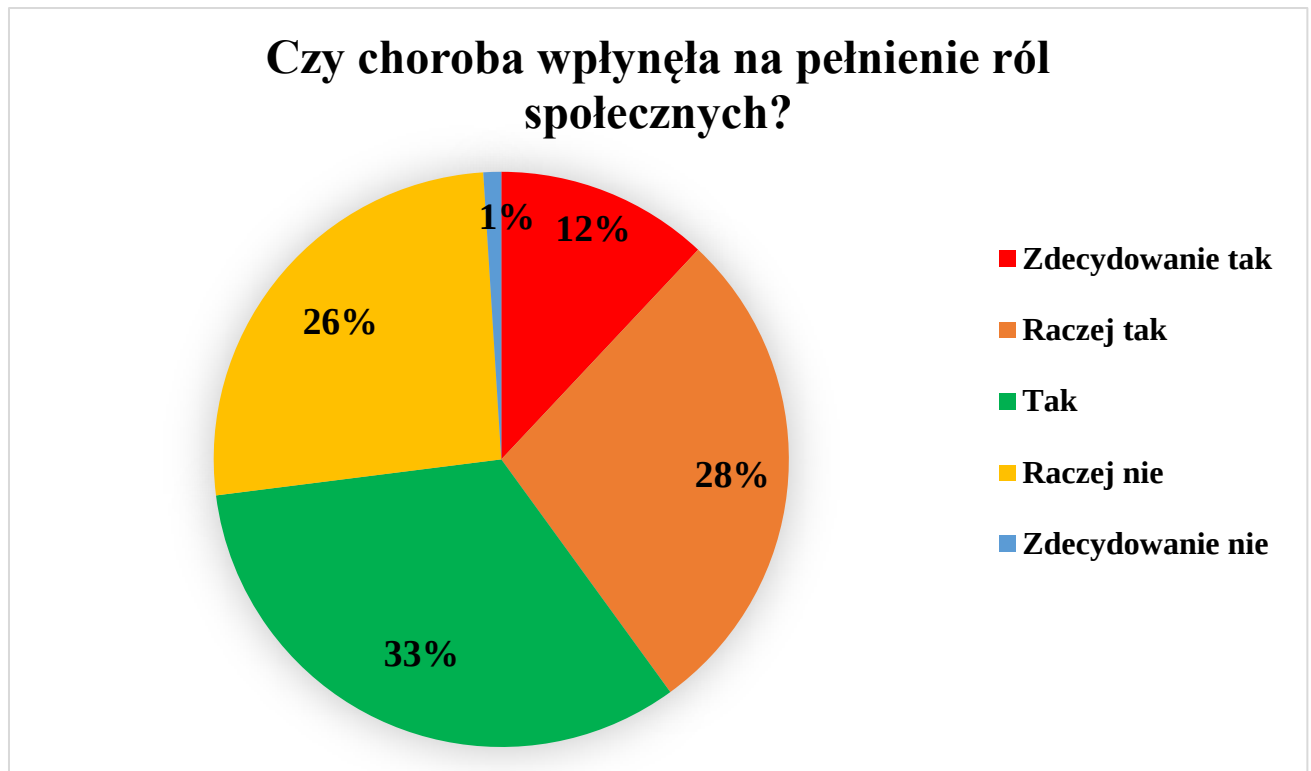
Rycina 48. Łatwość rozmawiania o własnej chorobie z innymi osobami zdaniem ankietowanych

Na pytanie czy choroba w jakikolwiek sposób wpłynęła na Pani/Pana sytuację finansową 31% ankietowanych odpowiedziało „Tak”, 23% „Zdecydowanie tak”, a 22% badanych „Raczej tak”. Pozostali badani uważają, że choroba Leśniowskiego- Crohna nie ingerowała w żaden sposób w ich sytuację finansową. Dokładne dane przedstawiono na rycinie 49.



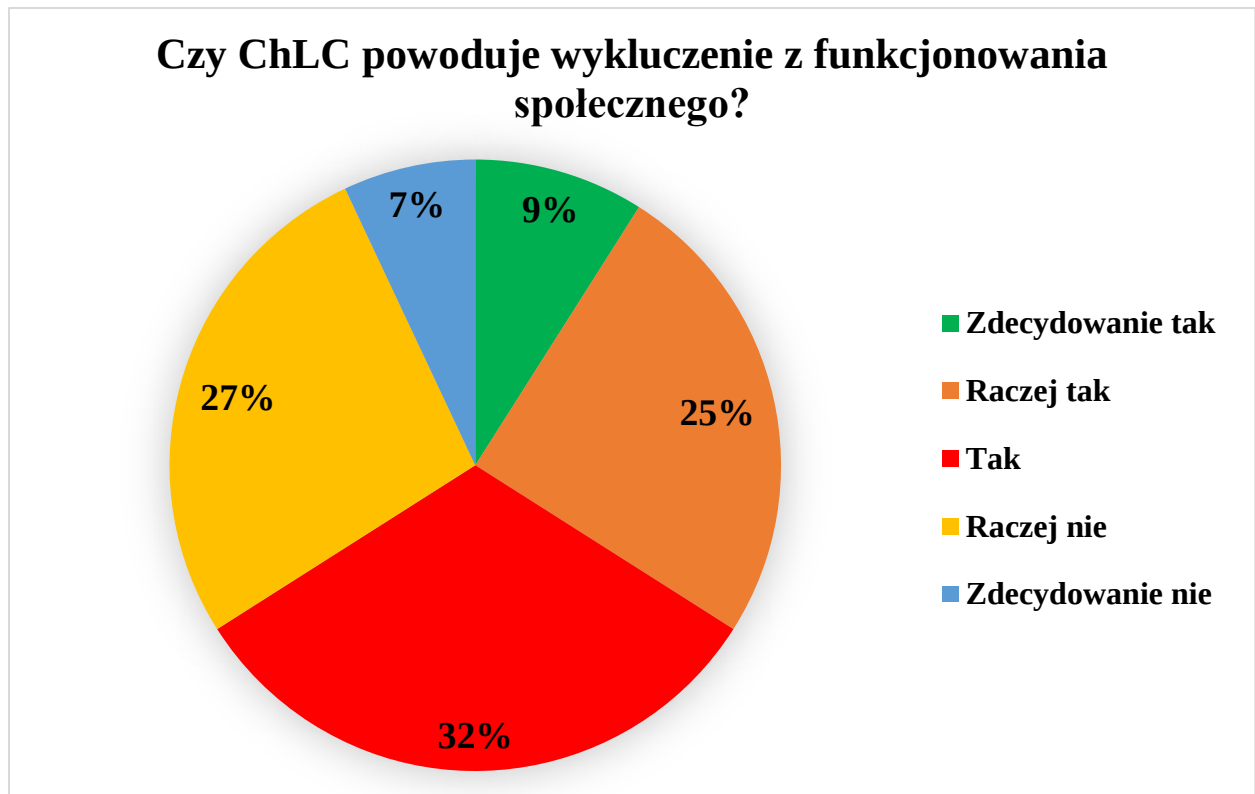
Rycina 49. Ocena respondentów na temat czy choroba w jakikolwiek sposób wpłynęła na ich sytuację finansową

Na pytanie czy pojawienie się choroby wpłynęło na pełnienie ról społecznych 33% respondentów odpowiedziało „Tak”, 28% ankietowanych „Raczej tak”, a 26% „raczej nie”. 12% badanych twierdzi, że pojawienie się choroby zdecydowanie zaangażowało w pełnione role w społeczeństwie. Tylko 1% respondentów uważa, że ChLC zdecydowanie nie miała wpływu w tej kwestii (ryc.50).



Rycina 50. Opinia badanych na temat czy pojawienie się choroby miało wpływ na pełnienie ról społecznych

Na pytanie czy choroba Leśniowskiego- Crohna powoduje wykluczenie z funkcjonowania społecznego ankietowani posiadają zróżnicowane opinie. 32% respondentów uważa, że „Tak”, nieco mniej, bo 27% ankietowanych jest zdania, że „Raczej nie”, a 25% sądzi, że „Raczej tak „. Według 9% badanych ChLC „zdecydowanie tak” przyczynia się do wykluczenia z funkcjonowania społecznego, natomiast pozostałe 7 % ma zupełnie przeciwne stanowisko w tej sprawie (ryc.51).



Rycina 51. Opinia ankietowanych na temat czy choroba Leśniowskiego- Crohna wyklucza ich z funkcjonowania społecznego

DYSKUSJA

Choroba Leśniowskiego- Crohna jest przewlekłym schorzeniem, które może rozwinąć się w każdym wieku, jednak najczęściej dotyczy młodych osób. Charakteryzuje się zmiennym występowaniem okresów remisji i zaostrzeń. Wciąż na całym świecie obserwowany jest wzrost zachorowalności na ChLC. Podejmowane leczenie jedynie łagodzi objawy, zmniejsza dolegliwości, zapobiega powikłaniom, ale nigdy nie pozwala na całkowite wyzdrowienie [1].

Z uwagi na to, iż jest to choroba nieuleczalna, trwająca do końca życia, prowadzone działania w opiece nad chorym powinny być w jak największym stopniu skoncentrowane na tym, aby zapewnić mu jak najlepszy komfort życia w chorobie. Specyfika schorzenia i jego przewlekły charakter w znaczący sposób wpływają na jakość życia. Istotne jest zwrócenie uwagi na każdą sferę życia chorego, zarówno aspekt psychiczny, potrzeby fizyczne oraz społeczne [2].

Badaniom własnym poddano grupę 100 osób ze społeczeństwa z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna. 57% ankietowanych stanowiły kobiety, a pozostałe 43% mężczyźni.

Przedział wiekowy badanych osób zmagających się z chorobą Leśniowskiego- Crohna wynosił od 13 do 53 roku życia. Ankietowani byli dość młodzi, ponieważ średnia wieku wszystkich badanych wynosiła 31 lat. W badaniach własnych udowodniono, że wiek nie wpływa na jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna. W każdej grupie wiekowej respondenci najczęściej określali swoją jakość życia jako średnią, niską lub bardzo niską, niezależnie od wieku. Jakość życia nie ulegała poprawie wraz z wiekiem.

Odmienne wyniki otrzymali Chrobak- Bień i wsp., którzy dowiedli, że im starszy wiek, tym jakość życia osób z ChLC ulega poprawie i jest lepsza [2]. Również Glińska i wsp. udowodnili, że chorzy na nieswoiste zapalenia jelit będący w starszym wieku odznaczają się wyższą jakością życia i adaptacją choroby w porównaniu do osób młodszych [3]. Nie potwierdzono tej zależności w badaniu własnym.

60% ankietowanych stanowiły osoby będące w okresie zaostrzenia choroby Leśniowskiego- Crohna, natomiast pozostałe 40% respondentów znajdowało się w stadium remisji choroby.

Z badań własnych wynika, że zarówno wśród osób będących w stadium remisji jak i zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna ponad połowa ankietowanych jest aktywnych zawodowo (odpowiednio 62,5% i 62%). Jedynie 7,5% badanych w stadium remisji oraz 7% w zaostrzeniu zadeklarowało, iż posiada status osoby bezrobotnej. Wśród ankietowanych znajdujących się w okresie remisji 7,5% jest na rencie, a wśród grupy będącej w okresie zaostrzenia 13% twierdzi, że jest rencistą/rencistką.

W badaniu własnym przedstawiono wpływ sytuacji zawodowej na zadowolenie z obecnej sytuacji życiowej, czyli z rozpoznaną ChLC. Osoby aktywne zawodowo, uczące się/studiujące, bezrobotni jak i renciści prezentowali podobne stanowisko w tej kwestii. Z analizy zebranych danych wynika, że osoby pomimo podejmowanej aktywności zawodowej, edukacji nie są bardziej zadowolone z życia niż osoby bezrobotne czy też pobierające rentę. Wyniki te są zgodne z badaniami przeprowadzonymi przez Chrobak- Bień i wsp., w których wykazano, że aktywność zawodowa nie ma istotnego wpływu na poziom jakości życia [2].

Według Glińskiej i wsp. osoby aktywne zawodowo lub uczące się odznaczały się wyższym poziomem przystosowania się do choroby [3]. Natomiast w badaniu Chrobak- Bień

i wsp. przeprowadzonym w grupie 50 osób dotkniętych ChLC udowodniono, że podejmowanie aktywności zawodowej nie ma wpływu na wyższy poziom akceptacji choroby. Ponadto inni autorzy dowiedli, że osoby zmagające się z ChLC rezygnują z aktywności zawodowej zanim osiągną wiek emerytalny [4].

Z badań własnych oceniających wpływ czasu trwania choroby Leśniowskiego- Crohna na jakość życia nie potwierdzono, aby wśród osób chorujących najdłużej poziom jakości życia był najniższy, ponieważ w grupie badanych, którzy zmagają się z chorobą od 11 do 20 lat najgorzej oceniono jakość życia w porównaniu z wszystkimi pozostałymi przedziałami. 35% osób chorujących na ChLC od 11 do 20 lat oceniło jakość swojego życia na bardzo niskim poziomie, a 31% na niskim.

Podobnie Glińska i wsp. w swoich badaniach dotyczących satysfakcji z życia osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna wykazali, że wiek zachorowania na chorobę Crohna i okres trwania schorzenia nie wpływa zbyt istotnie na satysfakcję i jakość życia [5].

Z analizy zebranych danych wynika, że ankietowani dość dobrze oceniają swój poziom wiedzy na temat choroby, ponieważ prawie połowa (46%) respondentów ocenia swój poziom wiedzy na temat m.in. przyczyn choroby Leśniowskiego- Crohna, metod leczenia czy też diety jako „Średni”, 27% badanych jako „Wysoki”, a 5% na bardzo wysokim poziomie.

Gacek i współautorzy w swoich badaniach udowodnili, że pacjenci chorujący na nieswoiste choroby zapalne jelit odznaczają się wysokim poziomem wiedzy na temat swojego schorzenia [6].

Analizując własne dane najczęściej pojawiającą się dolegliwością wśród respondentów był ból brzucha. Z tym problemem zmagало się aż 76 ankietowanych osób. Bardzo dużo, bo aż 62 badanych skarżyło się na ogólne osłabienie, uczucie zmęczenia i brak energii. Innymi często pojawiającymi się symptomami były dolegliwości jelitowe takie jak: biegunka, brak apetytu, nudności, wymioty a także krew w stolcu. W badaniu własnym wykazano, że objawy choroby Leśniowskiego- Crohna zarówno jelitowe jak i pozajelitowe powodują obniżenie jakości życia. Respondenci, którzy ocenili swoją jakość życia bardzo nisko stanowili największy procent osób zgłaszających dolegliwości choroby.

Również w badaniu prowadzonym przez Bąk i wsp. dowiedziono, że głównie objawy jelitowe a przede wszystkim częste bóle brzucha oraz biegunka prowadzą do obniżenia jakości życia [7]. W innym badaniu Chrobak Bień i wsp. udowodnili, że występowanie

objawów jelitowych oraz pozajelitowych w przebiegu choroby Leśniowskiego- Crohna można zaliczyć do czynników obniżających jakość życia [2].

Własne opracowania wykazały, że zdaniem ankietowanych uczęszczanie na wizyty kontrolne, regularne wykonywanie badań diagnostycznych a także częste hospitalizacje z powodu choroby Leśniowskiego- Crohna w większości (63% ankietowanych) uznawane są jako czynniki, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Te wyniki pokrywają się z badaniami innych autorów.

Cepuch i współautorzy w swoich badaniach dowiedli, że konieczność odbywania wizyt lekarskich, wykonywanie badań kontrolnych czy też dość częste hospitalizacje wynikające z przebiegu schorzenia zaliczane są do uciążliwych czynników wpływających na funkcjonowanie osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna [8].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że ankietowani lepiej oceniają jakość swojego życia przed chorobą w porównaniu do okresu po zdiagnozowaniu i pojawieniu się dolegliwości choroby Leśniowskiego- Crohna. 44% wszystkich respondentów oceniło poziom jakości swojego życia przed chorobą jako „Średni”, 37% jako „Wysoki, a jedynie 5% wybrało określenie „Niski”.

Odmienne zdania prezentują wyniki odnoszące się do jakości życia po rozpoznaniu i pojawieniu się symptomów ChLC, w których to 37% wszystkich badanych uważa, że ich życie jest jakościowo średnie, 28% twierdzi, że ich jakość życia jest na niskim poziomie, a 27%, że nawet na bardzo niskim. Tylko 7% ankietowanych uważa, że jakość ich życia z chorobą mogą określić jako wysoką.

Porównując wyniki pomiędzy okresem przed chorobą Leśniowskiego- Crohna do okresu z rozpoznaną ChLC, można stwierdzić, że jakość życia przed pojawieniem się schorzenia była oceniana przez respondentów jako lepsza.

Z analizy badań własnych wynika, że ankietowani będący w stadium remisji choroby lepiej oceniają jakość swojego życia niż respondenci znajdujący się w zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna. Własne opracowania wykazują, iż, m.in. większość chorych będących w stadium remisji (52,5%) określiła jakość swojego życia z chorobą jako „Średnią”, a 15% jako „Wysoką”. Natomiast wśród respondentów znajdujących się w stadium zaostrzenia ChLC aż 40% twierdzi, że jakość ich życia jest bardzo niska a 32% badanych uważa, że niska. Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych autorów.

Bąk i współautorzy w swoich badaniach również udowodnili, że osoby w okresie remisji charakteryzowały się lepszą jakością życia niż chorzy w zaostrzeniu choroby Leśniowskiego- Crohna [8]. Podobne wyniki uzyskali także Chrobak-Bień i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z łódzkiego szpitala oraz poradni, którzy dowiedli, że chorzy w okresie zaostrzenia choroby cechują się niższą jakością życia w przeciwieństwie do osób w stadium remisji [4].

Chrobak- Bień i wsp. również prowadzili badania na temat wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z ChLC mieszkających w województwie łódzkim. Uzyskane przez nich wyniki były zgodne z wynikami powyższych autorów i przemawiały za tym, iż pacjenci będący w zaostrzeniu choroby mają niższą jakość życia w porównaniu do osób w okresie remisji [9].

W innym badaniu Chrobak-Bień i wsp. analizowali jakość życia osób z ChLC zamieszkujących w województwie łódzkim. Dowiedli, że pacjenci w okresie zaostrzenia choroby gorzej oceniają jakość swojego życia w porównaniu z chorymi znajdującymi się w remisji schorzenia [2].

Z własnego opracowania wynika, że ankietowani w okresie remisji choroby Leśniowskiego- Crohna w przeciwieństwie do chorych w stadium zaostrzenia są bardziej zadowoleni z obecnej sytuacji życiowej, w której się znajdują. 40% badanych będących w remisji choroby jest raczej usatysfakcjonowana z sytuacji życiowej, natomiast w okresie zaostrzenia jest to tylko 10% ankietowanych.

Powyższe wyniki są zgodne z badaniem przeprowadzonym przez Zielińską-Więczkowską i Mirotę polegającym na ocenie satysfakcji z życia chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit. Autorzy udowodnili, że pacjenci w stadium remisji, bez dokuczliwych objawów choroby są bardziej zadowoleni z sytuacji życiowej [10]. W innym badaniu Cepuch i wsp. analizowali jakość życia wśród młodzieży i udowodnili, że młodzież mimo przewlekłej choroby wykazuje zadowolenie z sytuacji życiowej [8]. W badaniach przeprowadzonych przez Ilias T. i wsp. również wykazano, że im cięższy przebieg choroby zapalnej jelit, do której należy choroba Leśniowskiego- Crohna tym gorsza jakość i zadowolenie z życia [11].

Z własnych badań wynika, że ilość osób uprawiających sport przed chorobą w porównaniu do okresu po zdiagnozowaniu choroby Leśniowskiego- Crohna zmniejszyła się. W przeprowadzonych badaniach widoczna jest wyraźna różnica, ponieważ ponad połowa ankietowanych (62%) deklarowała, że przed pojawieniem się objawów i rozpoznaniem

choroby uprawiała aktywność fizyczną, a obecnie, czyli z ChLC, tylko 19% badanych twierdzi, że uprawia sport. Tak duża różnica, może być spowodowana częstymi dolegliwościami choroby, które w pewnym stopniu ograniczają wykonywanie aktywności fizycznej.

Własne badania udowadniają fakt, iż okres choroby Leśniowskiego- Crohna wpływa na stan psychiczny oraz pojawianie się negatywnych odczuć i emocji wśród osób dotkniętych tym schorzeniem. Osoby znajdujące się w remisji choroby rzadziej odczuwały takie emocje jak smutek, rozpacz, przygnębienie a także niepokój w przeciwieństwie do chorych w stadium zaostrzenia. 37,5% osób w okresie remisji choroby Leśniowskiego- Crohna czasami odczuwało negatywne uczucia, 35% „często”, a „20%” było zdania, że bardzo rzadko. Natomiast aż 42% respondentów w okresie zaostrzenia ChLC twierdzi, że przygnębienie, rozpacz lub smutek pojawiają się u nich bardzo często, 25% uważa, że często a 23% wybrało wariant odpowiedzi „czasami”. Jedynie u 8% ankietowanych w stadium zaostrzenia tak złe uczucia pojawiają się bardzo rzadko. Ponadto w opracowaniu własnym wykazano, że osoby chorujące na ChLC myślą przeważnie o swojej chorobie bardzo często oraz często (odpowiednio 42% i 32%).

Powyższe wyniki zgadzają się z badaniem przeprowadzonym przez Bąk i wsp., w którym udowodniono, że negatywne emocje i uczucia, takie jak smutek czy wzmożona nerwowość częściej były obserwowane w grupie osób w zaostrzeniu schorzenia niż w okresie remisji [7].

Natomiast w innym badaniu Ilias i wsp. potwierdzili, że u osób chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit w tym ChLC zdecydowanie częściej występują złe i negatywne uczucia takie jak lęk, smutek, martwienie się w porównaniu do osób zdrowych [11].

Choroba Leśniowskiego- Crohna jest przewlekłym, nieuleczalnym schorzeniem, które powoduje wiele ograniczeń w różnych kategoriach. Zazwyczaj wynika to z charakteru tej jednostki chorobowej, często pojawiających się dolegliwości jelitowych, pozajelitowych oraz licznych powikłań schorzenia. Zaburzone staje się funkcjonowanie fizyczne, psychiczne a także społeczne.

W badaniu własnym wykazano, że ChLC oddziałuje na wiele sfer życia. Udowodniono, że respondenci są ograniczani w umiarkowanym stopniu przez chorobę w życiu rodzinnym (42%), bardzo ograniczeni w życiu towarzyskim, aktywności zawodowej

(40%), podróżach i wyjazdach (51%) oraz w dużym stopniu ograniczeni w spotkaniach poza domem (46%). W każdej z badanych sfer przeważały zdania mówiące o tym, iż choroba Leśniowskiego- Crohna powoduje umiarkowane bądź duże ograniczenia, które przyczyniają się do powstawania trudności w codziennym funkcjonowaniu. Według ankietowanych brak możliwości spędzania wolnego czasu w miejscu z ograniczonym dostępem do toalety stanowi zazwyczaj częsty (34%) lub bardzo częsty (32%) problem. Z badań własnych wynika, że nieobecność w szkole, uczelni, pracy lub brak możliwości uczestniczenia w spotkaniu towarzyskim z powodu dolegliwości choroby Leśniowskiego- Crohna w ciągu ostatniego miesiąca powodowały utrudnienia. Wśród sfer, w których respondenci także zgłaszali ograniczenia w mniejszym bądź większym stopniu znalazły się sen, związki osobiste, dieta oraz aktywność seksualna. Ponadto wielu ankietowanych czuje się wykluczonymi z funkcjonowania społecznego z powodu choroby. Z własnego opracowania wynika, że ponad połowa osób z chorobą Crohna (52%) obawia się bycia uzależnionym od pomocy innych z powodu schorzenia.

Podobne wyniki prezentowali Bąk i wsp., którzy dowiedli, że dolegliwości choroby Leśniowskiego- Crohna a zwłaszcza ból utrudniają efektywne funkcjonowanie w codziennym życiu, wykonywanie czynności domowych jak i zawodowych [7]. Według Chrobak-Bień i wsp. choroba Leśniowskiego -Crohna ma wpływ na wszystkie dziedziny życia oraz predysponuje do powstawania ograniczeń zarówno zawodowych jak i społecznych [2].

Według literatury nie istnieje jedna, uniwersalna definicja jakości życia. Osoby zmagające się z przewlekłą chorobą z pewnością inaczej kształtują swoje spojrzenie na sytuację życiową w przeciwieństwie do osób zdrowych. Określenie poziomu jakości życia zależy od systemu wartości danej osoby, jej celów i preferencji życiowych. Egzystencja chorego staje się w pewien sposób podporządkowana chorobie. Subiektywna ocena jakości życia osób z chorobą Crohna opiera się na indywidualnej percepcji własnej sytuacji życiowej, która ukształtowana jest przez wiele czynników. Osoby z chorobą Leśniowskiego- Crohna mają świadomość, że nieuleczalne schorzenie będzie towarzyszyć im do końca życia i ingerować w wielu jego płaszczyznach. Priorytetem opieki nad pacjentem powinno być nie tylko leczenie farmakologiczne, które pozwala na zmniejszanie dolegliwości, ale również całościowe podejście do chorego, które będzie obejmowało każdy aspekt mogący poprawić jego jakość życia w chorobie.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Osoby z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna znajdujący się w okresie remisji lepiej oceniali swoją jakość życia niż chorzy w stadium zaostrzenia choroby.
2. Jakość życia osób przed zdiagnozowaniem choroby i pojawieniem się objawów była oceniana przez respondentów lepiej w porównaniu do okresu z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna.
3. Wizyty kontrolne, częste hospitalizacje oraz konieczność regularnego wykonywania badań z powodu choroby należą do czynników utrudniających codzienne funkcjonowanie.
4. Dolegliwości ChLC, symptomy jelitowe jak i pozajelitowe powodują obniżenie jakości życia.
5. Chorzy w stadium remisji choroby są bardziej zadowoleni z obecnej sytuacji życiowej niż osoby w okresie zaostrzenia.
6. Większa ilość osób uprawiała sport przed chorobą niż po pojawieniu się dolegliwości i rozpoznaniu choroby Leśniowskiego- Crohna.
7. Osoby w stadium zaostrzenia choroby Leśniowskiego- Crohna charakteryzowały się gorszym stanem psychicznym, ponieważ częściej odczuwały negatywne emocje, takie jak smutek, niepokój, lęk oraz przygnębienie niż osoby w remisji choroby.
8. Choroba Leśniowskiego- Crohna ma wpływ na wiele sfer ludzkiego życia. Powoduje ograniczenia i trudności m.in. w życiu rodzinnym, towarzyskim, społecznym, podróżach, wyjazdach, spotkaniach poza domem, aktywności seksualnej, fizycznej, diecie oraz podczas snu. Przewlekłe schorzenie zaburza fizyczne, psychiczne a także społeczne potrzeby osób zmagających się z chorobą. Na jakość życia z chorobą wpływa wiele czynników, lecz każdy człowiek inaczej postrzega świat oraz ma inne priorytety i wartości definiujące jakość życia, dlatego ważna jest jego indywidualna opinia w tej kwestii.

PIŚMIENNICTWO

1. Hebzda A., Górecka M., Dembiński M., Kukła M.: Choroba Leśniowskiego- Crohna- diagnostyka i możliwości terapeutyczne. *Medycyna po dyplomie* 2020; 29(12): 23-29.
2. Chrobak- Bień J., Gawor A., Paplaczek M., Małeczka- Panas E., Gąsiorowska A.: Analiza czynników wpływających na jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego- Crohna. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2017; 89(4): 16-22.
3. Glińska J., Grzegorzczak A., Dziki Ł., Dziki A.: Proces adaptacji do życia z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Problemy pielęgniarstwa* 2015; 23(1): 7-12.
4. Chrobak- Bień J.Z., Gawor A., Paplaczek M., Gąsiorowska A.: Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2018; 8(1): 47-53.
5. Glińska J., Ogrodniczak M., Dziki Ł., Dziki A.: Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25(4): 233-238.
6. Gacek L., Bączek G., Skokowska B., Bielawska A., Brzezińska R.: Poziom wiedzy chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit o chorobie i stylu życia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 1(63): 20-27.
7. Bąk E., Soszka A., Stelmaszuk T., Dyrła P., Gil J.: Ocena jakości życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego- Crohna. *Nowa Medycyna* 2015; 22(2): 45-53.
8. Cepuch G., Gniadek A., Śręba S.: Jakość życia młodzieży z chorobą Leśniowskiego- Crohna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21(4): 352-356.
9. Chrobak-Bień., Gawor A., Paplaczek M., Małeczka-Panas E., Gąsiorowska A.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego- Crohna. *Nowa Medycyna* 2017; 24(1): 5-17.
10. Zielińska-Więczkowska H., Mirola P.: Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2021; 27 (3): 306-311.
11. Ilias T., Bungau S., Tit D.M., Maghiar D., Hocopan C., Brata R., Bratu O.G., Negrut N., Diaconu C., Fratila O.: Psychosocial profile of the patients with inflammatory bowel disease. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2020; 20(3): 2493–2500.

NASTAWIENIE DO TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW WŚRÓD STUDENTÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Grażyna Kobus¹, Estera Fabiola Nowak¹

1/ - Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Przeszczepianie narządów stało się od wielu lat uznaną i sprawdzoną metodą, która pozwala na przedłużenie życia wielu osób cierpiących z powodu niewydolności narządów. Do organów, które mogą być przeszczepiane zaliczamy m.in. nerki, serce, wątroba, płuca oraz trzustkę. Dawcą narządu może być osoba żywy lub zmarła, a pozyskane w ten sposób organy mogą uratować życie wielu ciężko chorym pacjentom.

Przyszłość medycyny transplantacyjnej jest zależna w decydującej mierze od poziomu społecznej akceptacji, powszechności altruistycznej postawy obywateli oraz gotowości do udzielenia takiej pomocy innym ludziom. Dawstwo organów jest najpiękniejszym darem jaki możemy podarować drugiemu człowiekowi. Dlatego bardzo istotne jest propagowanie idei przeszczepiania narządów wśród społeczeństwa oraz poznanie ich postaw oraz opinii, w celu lepszego dopasowanie akcji promocyjnych.

Transplantacja, z łac. *transplantare*- szczepić i *plantare*-sadzić. Transplantacja, potocznie zwana przeszczepem polega na pobieraniu zdrowych, tkanek, narządów a także komórek od dawcy i wszczepieniu ich, czyli umieszczeniu w specjalnie przygotowanym miejscu u biorcy. Przeszczep jest metodą leczenia ratującą życie i zdrowie pacjentów z ciężkim i nieodwracalnym uszkodzeniem narządu, u których wyczerpane zostały wszystkie alternatywne możliwości leczenia, tzn. nie ma możliwości wykonania innego skutecznego zabiegu operacyjnego, a leczenie farmakologiczne nie daje nadziei na powstrzymanie dalszego postępu choroby. Stosuje się go w przypadku schyłkowej niewydolności organów, takich jak nerki, serce, wątroba, płuca, trzustka czy jelita [1, 2].

W Polsce, obowiązującym aktem prawa jest ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 roku z późniejszymi zmianami. W ustawie są ściśle opisane reguły pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek oraz testowania, przetwarzania i dystrybucji komórek oraz tkanek ludzkich [3].

Ustawa określa zasady, w myśl których:

- możliwe jest pobranie narządów od osoby zmarłej, która za życia nie wyraziła na to sprzeciwu
- pobranie narządów może nastąpić tylko po stwierdzeniu śmierci mózgu przez specjalnie do tego powołaną komisję
- istnieje możliwość pobrania nerki lub fragmentu wątroby od dawcy żyjącego, który jest spokrewniony lub związany emocjonalnie z biorcą
- handel narządami lub oddawanie narządów w celu uzyskania korzyści finansowej jest zabronione
- dozwolone jest wykorzystywanie do transplantacji narządów pochodzenia zwierzęcego

Ustawa definiuje też prawa dawców organów, dając im m.in. prawo do zachowania anonimowości. W akcie prawnym opisane jest również szczegółowe postępowanie z komórkami, tkankami oraz narządami. Opisane są zasady ich pobierania, przechowywania oraz informacje odnośnie znakowania, monitorowania i kryteriów bezpieczeństwa narządów [4].

Zgoda domniemana

Podstawową zasadą dopuszczenia do wykonania zabiegów leczniczych jest uzyskanie zgody osoby im poddawanej lub innej uprawnionej do tego osoby. Zgoda ta jest przejawem prawa wolności opisanego w art. 192 k.k. *Według aktu prawnego zgoda musi być wyrażona świadomie, dobrowolnie, szczegółowo oraz przy zachowaniu odpowiedniej formy oświadczenia. Wymienione składowe wymagają poinformowania pacjenta o procedurze medycznej i niewymuszanie na nim określonej decyzji. Zgoda pacjenta jest podstawowym aktem woli, który decyduje o legalności podejmowanych czynności medycznych* [3].

W przypadku zgody na pobranie narządów do transplantacji, w Polsce oraz w wielu innych krajach przyjmuje się zasadę domniemanej zgody na pobranie narządów. Oznacza to, że w sytuacji, gdy ktoś nie wyraził za życia sprzeciwu na przekazanie swoich narządów po

śmierci, przyjmuje się, że zgadza się na ich pobranie. W Polsce pomimo prawnego przyzwolenia, lekarze zawsze pytają rodzinę zmarłego pacjenta o ich przyzwolenie i respektują ich decyzję [4].

Centralny Rejestr Sprzeciwów

Ustawa transplantacyjna daje możliwość obywatelom na złożenie sprzeciwu na pobranie jego narządów po śmierci. Oświadczenie trzeba złożyć osobiście lub listownie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na formularzu, który można otrzymać w zakładach opieki zdrowotnej lub na stronie internetowej CRS. Po dokonaniu zgłoszenia CRS wysyła listowne potwierdzenie wpisu do rejestru. Co istotne, wyrażony sprzeciw ważny jest nie od daty wpisanej na wniosku, ale daty wpisu do rejestru. Moc prawną ma również noszone przy sobie własnoręcznie podpisane oświadczenie sprzeciwu albo oświadczenie ustne. W przypadku tego ostatniego wymagane jest wymówienie go w obecności dwóch świadków, którzy następnie pisemnie je potwierdzają.

W przypadku osób małoletnich oraz innych osób niemających pełnej zdolności do czynności prawnych decyzję może wyrazić ich opiekun. Natomiast w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu, sprzeciw do Centralnego Rejestru Sprzeciwu może być wystosowany osobiście. W przypadku osób, które składając oświadczenie były niepełnoletnie oraz gdy w ich imieniu sprzeciw wyraził ich opiekun ustawowy, CRS wysyła powiadomienia do takich osób, gdy osiągną pełnoletności. Zawiadomienie zawiera informacje o złożonym oświadczeniu oraz informacji o możliwości jego cofnięcia [5].

Dawca narządu

Przeszczep może pochodzić od żywego lub nieżywego dawcy, jednak większość przeszczepów pochodzi od dawców zmarłych. Od żywego dawcy można pobrać nerkę, szpik kostny lub fragment wątroby. Prawo stanowi, że żywym dawcą może być osoba spokrewnionej w prostej linii, małżonek lub partner życiowy. Dopuszcza się także dawstwo narządu od osoby niespełniającej tych kryteriów, jednakże zgodę na to musi wyrazić sąd. Dawca w czasie procedury sądowej odbywa rozmowę z psychologiem klinicznym, który ocenia chęć oddania narządu oraz jego motywację. Potencjalny żywy dawca musi być zdrowy, tak aby donacja organu nie wpłynęła znacząco na stan jego życia i zdrowia. Po zabiegu, w przypadku dawcy nerki, konieczne jest regularne kontrolowanie funkcji pozostałej nerki. W przypadku zmarłego dawcy organów, donacja może nastąpić w dwóch przypadkach:

- śmierci mózgu (nieodwracalnego ustania czynności mózgu)
- śmierci w wyniku nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

Dawcą pośmiertnym może być każda osoba, której organy nadają się do pobrania i nie wyraziła ona sprzeciwu na pośmiertne pobranie narządów. U każdego potencjalnego dawcy przeprowadza się diagnostykę wirusologiczną w kierunku zakażenia wirusami HIV, HBV i HCV. Jeśli wynik badania wskaże obecność którejś z tych chorób, potencjalny dawca jest automatycznie dyskwalifikowany [6].

CELEM PRACY BYŁO:

- Poznanie postaw i opinii studentów ratownictwa medycznego na temat transplantacji narządów
- Ocena akceptacji transplantacji narządów w zależności od płci, religijności i miejsca zamieszkania
- Ocena gotowości studentów ratownictwa medycznego do bycia dawcą narządu
- Poznanie opinii na temat potrzeby prowadzenia akcji promujących transplantację

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem ankietowym objęto 215 studentów ratownictwa medycznego. Badanie zostało przeprowadzone od sierpnia 2021 roku do grudnia 2021 roku. Wszyscy uczestnicy wzięli udział w badaniu anonimowo i dobrowolnie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB numer APK.002.293.2021.

W badaniu wykorzystano autorki kwestionariusz ankiety, który został opracowany na potrzeby niniejszej pracy. Kwestionariusz składał się z 18 pytań diagnostycznych, w tym dwa pytania wielokrotnego wyboru oraz 5 pytań metryczkowych dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, roku studiów oraz religijności. Część szczegółowa kwestionariusza ankiety dotyczyła poglądów i opinii związanych z transplantacją narządów. Kwestionariusz ankiety został stworzony w programie internetowym i został udostępniony studentom za pomocą środków telekomunikacyjnych. Znajdowały się w nim pytania dotyczące źródła czerpania wiedzy o transplantacji narządów, czynnikach wpływających na niechęć do zostania dawcą oraz opinii studentów o tym, kto ostatecznie powinien decydować o pobraniu narządów.

Do analizy wyników wykorzystano program statystyczny Statgraphics, dzięki któremu możliwe było przeprowadzenie statystyki opisowej i matematycznej. Przy porównaniach między wybranymi grupami stosowano test U Manna-Whitneya. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamienne statystycznie.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 215 studentów, w tym mężczyźni stanowili 147 osób (68,4%), kobiety 68 osób (31,6%). Wiek studentów mieścił się w przedziałach od 19 do 29 lat. Średnia wieku respondentów wyniosła 21,38 lat $\pm 1,88$ lat. Liczną grupę respondentów stanowiły osoby mieszkające w dużych miastach (89 osób - 41,4%) natomiast 37,2% (80 osób) studentów pochodzi z małego miasta i 21,4% (46 osób) ze wsi.

W grupie badanej przeważały osoby wierzące - 81,9% ankietowanych. W tym było (40,5%) wierzących i praktykujących oraz (41,4%) wierzących i niepraktykujących. Studenci deklarujący ateizm stanowili 18,1% grupy ankietowanej.

Akceptacja przeszczepiania narządów pobranych od żywych dawców jako formy leczenia.

Zdecydowana większość (90,2%) akceptowała przeszczepianie narządów pobranych od żywych dawców jako formę leczenia. Ok.2% ankietowanych zdecydowanie nie akceptowało tej metody leczenia, a 4,6% nie miało zdania w tej kwestii. Szczegółowe informacje obrazuje wykres 1.



Wyk.1. Akceptacja respondentów dla transplantacji z użyciem organów pobranych od żywych osób

Akceptacja przeszczepiania narządów pobranych od żywych dawców jako formy leczenia w zależności od religijności ankietowanych

Zarówno wierzący praktykujący jak i niepraktykujący najczęściej zdecydowanie popierali transplantację ex vivo (55 osób w obu przypadkach). Osoby deklarujące się jako niewierzące w 41% zdecydowanie popierają przeszczepy od żywych osób. Wyniki odpowiedzi w oparciu o religijność ankietowanych było do siebie zbliżone, podobne wyniki otrzymano przypadku osób wierzących i niewierzących, co pokazuje, że wiara nie wpływa istotnie na poparcie dla transplantacji ex vivo. Tab.1

Tab. 1 Akceptacja transplantacji narządów od żywych dawców w zależności od religijności

Czy akceptujesz przeszczepy pochodzące od żywych osób?		Wyznawana wiara		
		Wierzący praktykujący	Wierzący niepraktykujący	Nie wierzący
Zdecydowanie tak	N	55	55	16
	%	63,2%	61,8%	41%
Raczej tak	N	20	29	19
	%	22,9%	32,6%	48,7%
Trudno powiedzieć	N	6	2	2
	%	6,8%	2,2%	5,1%
Raczej nie	N	5	1	1
	%	5,7%	1,2%	2,6%
Zdecydowanie nie	N	1	2	1
	%	1,4	2,2%	2,6%
Ogółem	N	87	89	39
	%	100%	100%	100%

Akceptacja przeszczepiania narządów pobranych od żywych dawców jako formy leczenia w zależności od płci

Otrzymane wyniki przeanalizowane pod względem podziału na płeć, pokazały że obie grupy odpowiadały podobnie. Jednak mężczyźni częściej niż kobiety zaznaczali odpowiedź o braku zdania na temat poparcia dla transplantacji z wykorzystaniem narządów pobranych od żywych dawców (6,1% mężczyzn w porównaniu do 1,5% kobiet). Natomiast Panie miały większą przewagę w odpowiedzi o zdecydowanym poparciu takiego sposobu leczenia (63,2% kobiet w porównaniu do 56,5% mężczyzn).

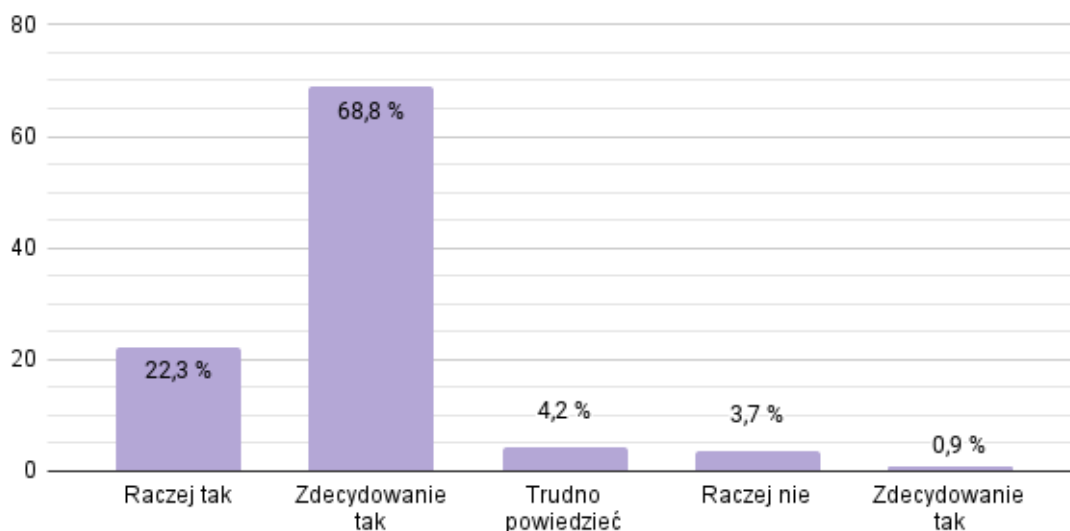
Tab.2 Akceptacja transplantacji narządów od żywych dawców w zależności od płci

Czy akceptujesz przeszczepy pochodzące od żywych osób?		Płeć	
		Kobieta	Mężczyzna
Zdecydowanie tak	N	43	83
	%	63,2%	56,5%
Raczej tak	N	19	49
	%	28%	33,3%
Trudno powiedzieć	N	1	9
	%	1,5%	6,1%
Raczej nie	N	3	4
	%	4,4%	2,7%
Zdecydowanie nie	N	2	2
	%	2,9%	1,4%
Ogółem	N	68	147
	%	100%	100%

Akceptacja leczenia z wykorzystaniem narządów pochodzących od dawców zmarłych

Większość osób ankietowanych popiera przeszczepy pochodzące od nieżyjących donatorów. Aż 148 osób (68,8%) zdecydowanie popiera taki rodzaj transplantacji, a 48 osób (22,3%) raczej popiera, co daje w sumie 91% pozytywnych odpowiedzi. Zdecydowanie przeciwko takiej metodzie leczenia jest zaledwie 0,9% ankietowanych. Wykres 2

Czy akceptujesz leczenie za pomocą przeszczepu narządów od osób zmarłych?



Wyk. 2. Poparcie ankietowanych dla transplantacji pochodzących od zmarłych donatorów

Akceptacja leczenia z wykorzystaniem narządów pochodzących od dawców zmarłych w zależności od religijności.

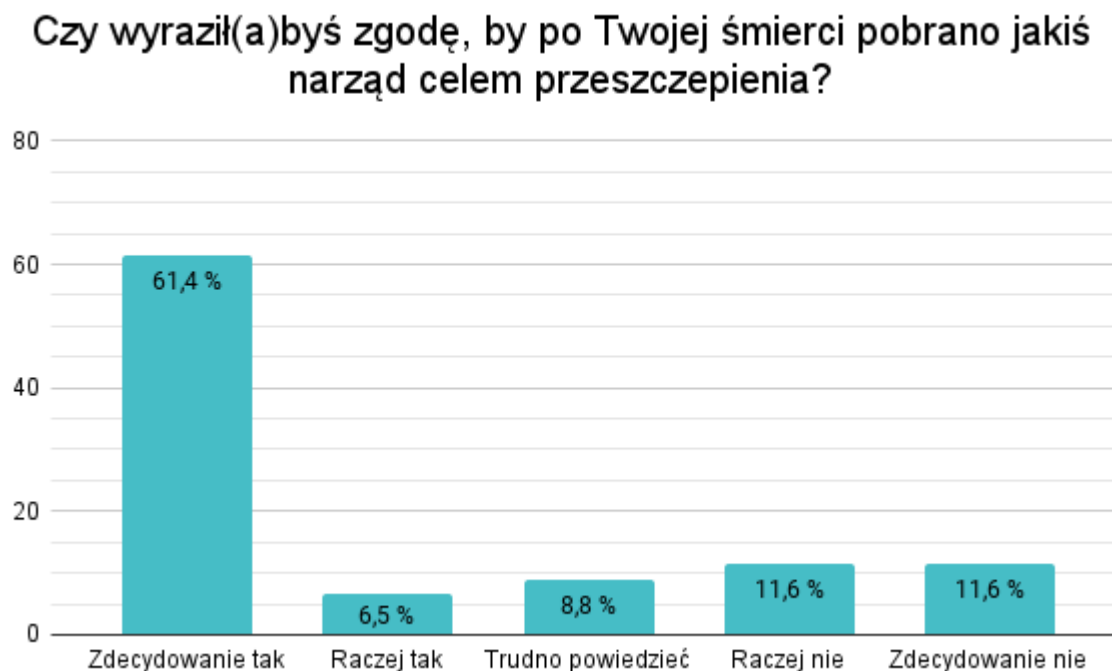
W przypadku rozpatrywania wyników badania pod względem wyznawanej wiary, odpowiedzi ankietowanych rozkładają się podobnie. W każdej grupie określającej wyznanie, najliczniejszymi wariantami odpowiedzi jest zdecydowane poparcie dla transplantacji ex mortuo – 48,7% osób niewierzący, 73% osób wierzących niepraktykujących, 73,6% osób wierzących praktykujących. Wśród osób deklarujących się jako “wierzący niepraktykujący” nie znalazła się ani jedna osoba, która nie potrafiła określić swojego stanowiska oraz ani jedna osoba, która miała zdecydowanie negatywne nastawienie do transplantacji narządów pochodzących od zmarłych osób.

Gotowość do zostania dawcą

Większość studentów ratownictwa medycznego jest gotowa do zostania żywym dawcą organu parzystego (63,7%), 20,3% nie zastanawiała się nad tym, 13,5% ankietowanych nie chciałoby zostać takim dawcą.

Gotowość na zostanie dawcą po swojej śmierci

Studentów zapytano o gotowość zostania dawcą organów po śmierci. Otrzymane wyniki było podobne do tych w przypadku pytania o dawstwo organów za życia. Prawie 62% osób ankietowanych wyraziło zdecydowaną chęć na bycie dawcą po swojej śmierci. Brak chęci wyraziło łącznie 23,2% respondentów (11,6% “raczej nie” i 11,6% “zdecydowanie nie”) wyk. 3

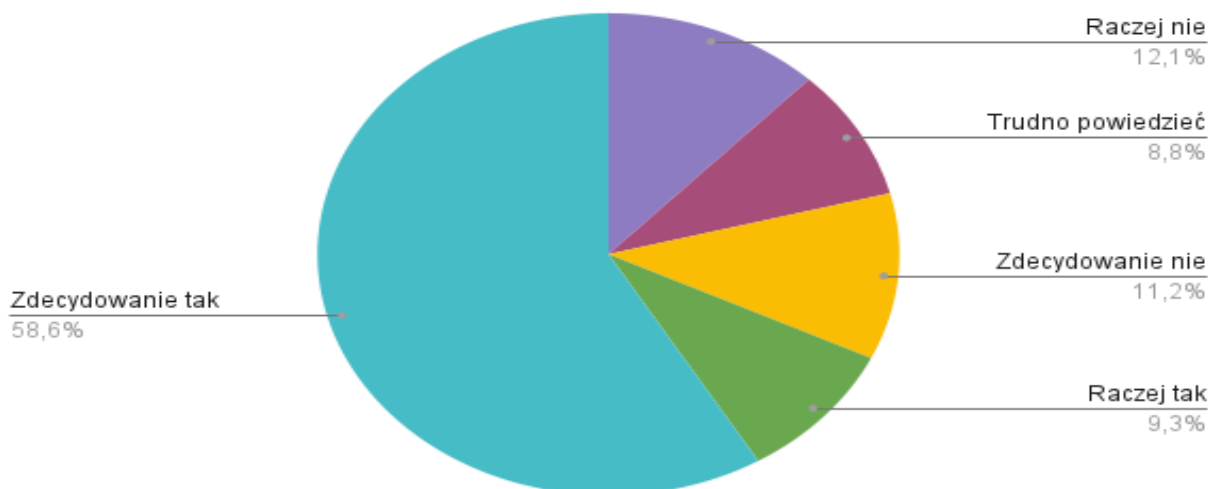


Wyk. 3 Gotowość na zostanie dawcą po swojej śmierci

Zgoda na pobranie narządów od bliskiej osoby

Odpowiedzi studentów na pytanie o zgodę na pobranie organów od osób zmarłych z ich rodzin są zróżnicowane. Przeważa zgoda na taki czyn (58,6% ankietowanych), jednakże w porównaniu do zgody na pobranie własnych narządów, ankietowani w tym pytaniu nie byli aż tak bardzo zdecydowani (58,6% w porównaniu do 61,4%). Osoby przeciwne pobraniu narządów od ich rodzin stanowią łącznie 23,3% osób ankietowanych - 12,1% dla odpowiedzi “raczej nie” i 11,2% dla odpowiedzi “zdecydowanie nie”. Wykres 4

**Czy wyraził(a)byś zgodę na pobranie narządów do przeszczepu
po śmierci kogoś z Twoich bliskich?**



Wyk. 4 Zgoda na pobranie organów od bliskich osób

Złożenie sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS)

To pytanie dotyczyło tylko osób, które nie wyraziły chęci na zostanie dawcą organów po swojej śmierci. Respondenci byli pytani o to, czy złożyli oświadczenie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Wyniki pokazały, że większość osób nie złożyła takiego oświadczenia (53,7%), a spora liczba studentów nie wiedziała, że jest taka możliwość (33,3%). Sprzeciw swój zgłosiło 13%.

Oświadczenie woli propagujące ideę transplantacji

Zdecydowana większość studentów słyszała o takiej formie wyrażenia swojej decyzji i wiedziała czym ono jest (81,9% respondentów).

Przyglądając się bliżej temu zagadnieniu i analizując kolejne pytania, stwierdzono, że osoby, które słyszały o oświadczeniu woli w większości je posiadają (62,5%). Jedynie jedna osoba nie wiedziała, że można je posiadać (0,6%).

Poinformowanie swojej rodziny o decyzji w sprawie dawstwa organów

Blisko 65% ankietowanych studentów poinformowało swoją rodzinę o ich decyzji, bez względu na to czy dotyczyła ona zgody bądź sprzeciwu. Wysoki współczynnik informowania swoich bliskich o podjętej decyzji wskazuje na odpowiedzialne podejście do tematu transplantologii i świadomość roli rodziny w decyzji o umożliwieniu pobrania organów po śmierci pacjenta.

Kto powinien decydować o pobraniu organów?

Prawie połowa studentów (44,2%) uważa, że to prawo powinno decydować o możliwości uzyskania organów od nieżyjącego pacjenta. Za rolę rodziny w tej kwestii opowiedziało się 32,1% ankietowanych studentów. 23,7% było nie zdecydowanych.

Postawa studentów wobec transplantacji narządów

Pozytywną postawę wobec transplantacji narządów miało 67% studentów, obojętną 32% a negatywną 1%.

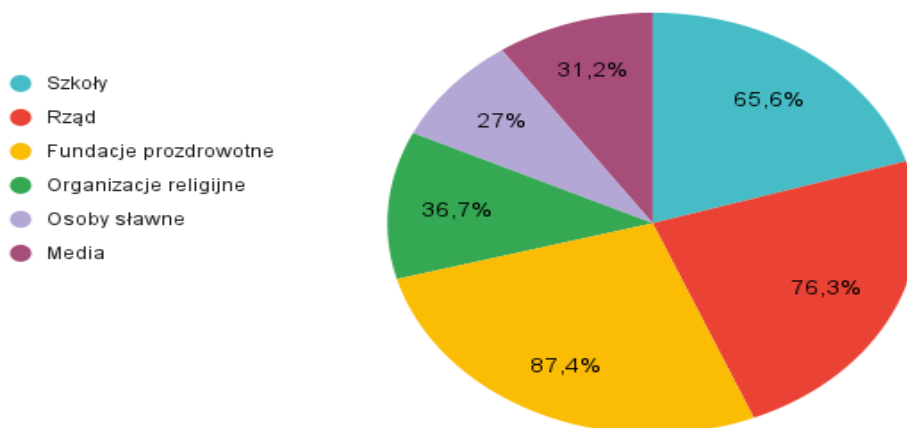
Stwierdzono iż miejsce zamieszkania nie ma istotnego wpływu na postawę wobec transplantacji ($p>0,05$). Zarówno wśród mieszkańców dużych i małych miast przeważa pozytywna opinia (odpowiednio 73% i 76,3%). Natomiast jeśli chodzi o ludność zamieszkującą wieś, tutaj najczęstszą odpowiedzią jest postawa obojętna (56,5%). Załedwie 3 osoby określiły swoje nastawienie jako negatywne, z czego 2 osoby zamieszkują tereny wiejskie.

Akcje promujące transplantację

Ok.61% respondentów uważa, że akcje promujące transplantacje są potrzebne w pewnych środowiskach, 35,8% uważa że są konieczne , a 3,7% za bezcelowe.

Zdaniem ankietowanych za prowadzenie kampanii promujących transplantację i dawstwo narządów powinny się zajmować fundacje prozdrowotne (87,4%) oraz rząd (76,3%). Najmniejszą liczbę głosów otrzymały media (31,2%) i osoby sławne (27%). Wykres 5

Kto powinien prowadzić kampanie na rzecz transplantacji ?



Wyk. 5 Organizacje, które powinny odpowiadać za kampanie promocyjne

DYSKUSJA

Transplantologia jest dziedziną medycyny, która pozwala na uratowanie życia wielu ciężko chorych osób. Przeszczepienie narządu nie tylko wydłuża życie pacjenta, ale również istotnie wpływa na poprawę jego jakości. Rozwój transplantacji stał się jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny. Jednak pomimo wielu pionierskich osiągnięć i ciągłego doskonalenia się lekarzy w tej dziedzinie, ilość przeprowadzanych zabiegów zależy głównie od liczby pozyskanych organów. Przyczyn braku wystarczającej liczby narządów do transplantacji jest dużo, a do najpopularniejszych możemy zaliczyć bariery moralne, odrębności kulturowe i religijne, a także niewiedza społeczeństwa na temat transplantacji i jego znaczenia.

Studenci ratownictwa medycznego jak osoby, które w przyszłości będą wykonywać zawód medyczny mają duży wpływ na kształtowanie postaw społeczeństwa w tematyce transplantacji. W niniejszej pracy przeprowadziłam badanie wśród studentów ratownictwa medycznego dotyczące ich opinii i postawa w stosunku do przeszczepiania narządów. Badanie miało na celu określenie gotowości do bycia dawcą oraz określenie zapotrzebowania na programy promujące ideę transplantacji.

W badaniu oceniliśmy jest stosunek studentów ratownictwa medycznego do transplantacji. Okazało się, że większość ze studentów pozytywnie opiniuje medycynę transplantacyjną, a pobieranie narządów zarówno od osób zmarłych, jak i żywych w celu ratowania życia i zdrowia innych ludzi popiera większą część respondentów. W badaniach Gorzkowicz i wsp., przeprowadzonych wśród studentów różnego typu kierunków, studenci kierunków medycznych cechowali się największym stopniem akceptacji pobierania narządów [7].

W badaniu J. Ruszkowskiego i wsp. na populacji Gdańszczan, uzyskanie wyniki pokazały że mieszkańcy tego miasta częściej decydowaliby się na dawstwo narządów po swojej śmierci niż za życia [8]. Wyniki te są porównywalne z naszymi wynikami. 64% studentów ratownictwa medycznego zgodziłoby się na zostanie żywym dawcą narządu, natomiast w przypadku deklaracji o gotowości do zostania dawcą po śmierci odpowiedź twierdzącą zaznaczyło blisko 68% ankietowanych. W badaniu Humańskiej i Dudek 75% badanych zgodziłoby się na pobranie narządu po ich śmierci, zgody nie udzieliło by 5,8% badanych [9].

W badaniu Ruszkowskiego i wsp. na populacji Gdańszczan w pytaniu o powody na niechęci do zostania żywym dawcą narządu ukazały się wyraźne obawy badanych osób o pogorszenie własnego stanu zdrowia, dobrobytu życiowego, jak również wysokiej nieufności wobec systemu opieki zdrowotnej [8]. W naszym badaniu ankietowani najczęściej wskazywali na strach przed oszpecceniem ciała dawcy (92% odpowiedzi), strach przed utratą zdrowia dawcy (80%) oraz sprzeciw wyznawanej przez dawcę wiary (74%). W obu przypadkach respondenci wskazali na obawy związane z pogorszeniem a nawet utratą zdrowia, co podkreśla że troska o własne życie i zdrowie jest dla wielu osób ważniejsza niż poprawa jakości życia innych osób. Względnie niskie ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu transplantacji jest nadal zbyt mało przekonujące. Ludzie nadal nieufnie podchodzą do tego tematu i przeważa wśród nich myśl o możliwych powikłaniach.

Badając opinie i postawy studentów ratownictwa medycznego uzyskałam wyniki, świadczące o przeważającej zgodzie na pobranie narządów od swoich bliskich po ich śmierci. Deklaracje taką oświadczyło blisko 68% ankietowanych (58,6% zaznaczyło odpowiedź "zdecydowanie tak" a 9,3% odpowiedź "raczej tak"). Porównując mój wynik z badaniem Kliś i Trzcńskiej na grupie pielęgniarek i położnych, można zauważyć, że w obu pracach respondenci chętnie deklarują poparcie dla pobrania narządów od bliskich im osób [10]. Współczynnik zdecydowanej gotowości na taki czyn jest jednak niższy, niż w przypadku decyzji o dawstwie swoich organów. Czynnikiem decydującym o takim stanie jest niewątpliwie przekonanie o niemożliwości podjęcia decyzji za kogoś innego. Jeśli posiadamy wiedzę o preferencjach i nastawieniu członka rodziny, decyzja o pobraniu organów na pewno będzie łatwiejsza. Jednak nie zawsze jesteśmy w posiadaniu takich informacji, a poczucie podjęcia decyzji sprzecznej z wolą zmarłej osoby w wielu przypadkach skutkuje brakiem akceptacji na przystąpienie do czynności transplantacyjnych.

Według komunikatu CBOS 75% badanej grupy nie przeprowadziło rozmowy z rodziną w celu poinformowania ich o swojej decyzji związanej z dawstwem narządów [11]. Moi ankietowani zaledwie w około 36% nie wykonali takiej rozmowy. Niski odsetek tej odwiedzi w porównaniu do brania CBOS jest bardzo zadowalający. Świadczy on o wysokim poziomie świadomości studentów ratownictwa medycznego o roli rodziny w podjęciu ostatecznej decyzji o zgodzie na pobranie organów po śmierci człowieka. Wynik jest tym bardziej zadowalający, ponieważ studenci jako osoby w niedalekiej przyszłości wykonujące zawód medyczny, wykazują się troską i odpowiedzialnością związaną z przeszczepianiem narządów. Taka postawa jest bardzo potrzebna, ponieważ w Polsce lekarze nawet pomimo

oświadczenia woli, po śmierci pacjenta zawsze pytają jego rodzinę o zgodę. W przypadku braku woli rodziny zespół medyczny odstępuje od pobrania narządów. Dlatego tak ważne jest poinformowanie swojej rodziny o decyzji, ponieważ wiedza o zgodzie może istotnie wpłynąć na uratowanie czyjegoś życia.

Pytając respondentów o to kto powinien ostatecznie decydować o pobraniu narządów po śmierci, moi ankietowani w znacznym stopniu wskazali na regulacje prawne (44,2%). Biorąc pod uwagę wyniki badań Kliś i Trzcińskiej można zauważyć sprzeczność opinii [10]. Badana grupa pielęgniarek i położnych w przeważającym stopniu wybrała rodzinę (55,4%), natomiast odpowiedź o prawie jako nadrzędnym aktem, decydującym o pobraniu narządów zaznaczyło 25,4% ankietowanych. Duża różnica w wyborze odpowiedzi między grupą pielęgniarek a studentów ratownictwa medycznego może wynikać z odrębności w charakterze obydwu zawodów. Pielęgniarki, w szczególności te pracujące w szpitalu mają bardzo duży kontakt z rodziną pacjenta, w związku z czym są nauczone szanować ich opinię i troskę o członka rodziny, a także ich decyzję na leczenie w przypadku pacjentów nieprzytomnych. Natomiast ratownicy medyczni opierają swoją pracę na postępowaniu według wytyczonych schematów i regulacji prawnych. Ponadto studenci ratownictwa medycznego jako osoby mające w programie nauczania treści związane z transplantacją, mogą mieć większą świadomość że długie listy osób oczekujących na przeszczep są głównie wynikiem małej ilości organów możliwych do przeszczepienia, a czynnikiem wpływającym na taki stan jest głównie brak zgody rodziny na pobranie narządów. Nawet w przypadku istnienia oświadczenia woli pacjenta, lekarz pyta się jeszcze o zgodę rodziny, a jeśli jej nie uzyska odstępuje od pobrania narządów. Wiedza o takim postępowaniu może istotnie wpływać na postawę studentów i wybór regulacji prawnych jako nadrzędnego środka decydującego o możliwości pobrania organów do transplantacji.

W analizowanej populacji większość osób wyraziłaby zgodę na pobranie narządów celem transplantacji. Mimo to potrzebne jest pogłębienie wiedzy studentów ratownictwa medycznego na temat zgody na dawstwo narządów, co może przyczynić się do dalszego wzrostu liczby podpisanych oświadczeń woli. Istnieje zatem konieczność prowadzenia edukacji społeczeństwa w szkołach, prasie i mediach na temat transplantacji narządów oraz aspektów związanych z dawstwem

WNIOSKI

1. W większości postawa studentów ratownictwa medycznego wobec transplantacji jest pozytywna. Studenci mieszkający w dużych miastach są bardziej pozytywnie nastawieni do transplantacji narządów, niż osoby ze wsi. Studenci, którzy mieszkają w miastach są bardziej skłonni do zostania dawcą żywym narządów w porównaniu do mieszkańców terenów wiejskich.
2. Religijność nie ma większego wpływu na akceptację transplantacji. Zarówno studenci wierzący praktykujący i niepraktykujący oraz osoby niewierzące w dużym stopniu zdecydowanie akceptowali transplantację ex vivo.
3. Studenci ratownictwa medycznego w większości uważają, że akcje promocyjne transplantologii są potrzebne, jednak tylko w pewnych środowiskach (60,5%). Nastawienie studentów do takich akcji jest pozytywne. Według respondentów promocją transplantacji wśród społeczeństwa powinny się zajmować fundacje prozdrowotne oraz rząd

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 46(1): 113-118.
2. Woderska N.: Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013; 1(47): 7–11
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm.)
4. Kołodyński P., Drab P.: Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej. *Przegląd europejski*. 2016; 2016:52-65
5. Mąkosa J., Wysokiński M., Fidecki W. i wsp.: Prawne aspekty stwierdzenia śmierci mózgu—regulacje polskie. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2018; 7(1): 46-49
6. Załuski W. Czy słuszna jest zasada domniemanej zgody na pobieranie narządów od pacjentów?. *Prawo i Wiąż.* 2014; 3(9): 38-48
7. Gorzkowicz B. i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 111-116.

8. Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplińska M. i wsp.: Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród gdańszczan — przekrojowe badanie kwestionariuszowe. *Forum Nefrologiczne* 2020; 13(4): 184–191
9. Humańska M., Dudek K.M.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2017; 1(2): 69-85.
10. Kliś A., Trzcńska A.: Opinia pielęgniarek i położnych na temat transplantacji narządów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015; 3: 182–186
11. Feliksiak M. Postawy wobec transplantacji narządów. *Komunikat z badań CBOS* 2016; 119: 1–14.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

Paulina Sieńko¹, Ewa Perkowska², Jolanta Kraśnicka²

1/ – absolwentka kierunku położnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku ,

2/– Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Choroby przenoszone drogą płciową są głównym problemem zdrowotnym dotyczącym głównie młodych ludzi, nie tylko w krajach rozwijających się, ale także w rozwiniętych. W latach 1985-1996 ogólny spadek zanotowano o zakażenia rzeżączką, kiłą i chłamydią w krajach rozwiniętych, zarówno w populacji ogólnej oraz wśród młodzieży. Jednak od połowy lat 90. wzrosła liczba diagnoz chorób przenoszonych drogą płciową choroby, w szczególności kiła, rzeżączka i chłamydia zostały zgłoszone w kilku krajach europejskich, szczególnie wśród nastolatków 16-19 lat. Problem z większością chorób przenoszonych drogą płciową polega na tym, że mogą one przebiegać bezobjawowo i w związku z tym mogą być przekazywane dalej nieświadomie podczas niezabezpieczonych stosunków seksualnych [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena wiedzy społeczeństwa w wieku rozrodczym na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. ocena znajomości objawów poszczególnych chorób przenoszonych drogą płciową,
2. ocena znajomości ryzykownych zachowań, które mogą powodować zakażenie chorobami wenerycznymi,
3. ocena znajomości metod zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu ankietowym przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy uczestniczyło 140 osób. Badanie przeprowadzono w 2020 roku za pośrednictwem serwisów internetowych typu Facebook. Informacje uzyskane w przebiegu badania poddano analizie, której szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była autorska ankieta składająca się z 20 pytań jednokrotnej odpowiedzi oraz 2 pytań z możliwością zaznaczenia kilku odpowiedzi. Pierwsza część dotyczyła danych socjodemograficznych oraz pytanie o swoją subiektywną ocenę wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową. Druga część stanowiło sprawdzenie wiedzy respondenta o chorobach wenerycznych. Wzór ankiety zamieszczono w Aneksie.

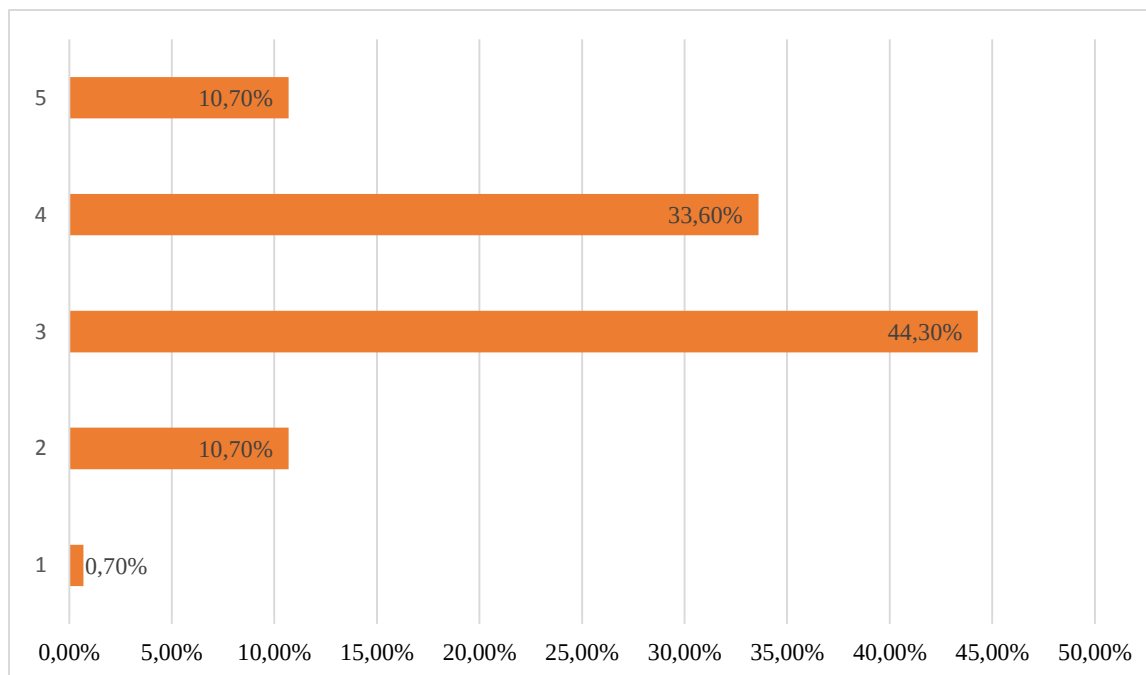
Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z dn. 24.06.2021 Uchwała nr: APK.002.355.2021.

Kwestionariusze ankiet zostały rozesłane i wypełnione drogą elektroniczną. Ankietowani zostali poinformowani o anonimowości oraz celu badań, a udział w nich był dobrowolny. Zebrane informacje wykorzystano wyłącznie w celach naukowych. Poddano je analizie i na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto wnioski o wiedzy społeczeństwa na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

WYNIKI

Respondentów poproszono o dokonanie samooceny własnej wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową w skali od 1 do 5. Najwięcej ankietowanych zaznaczyło odpowiedź 3, czyli umiarkowana wiedza. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 1.

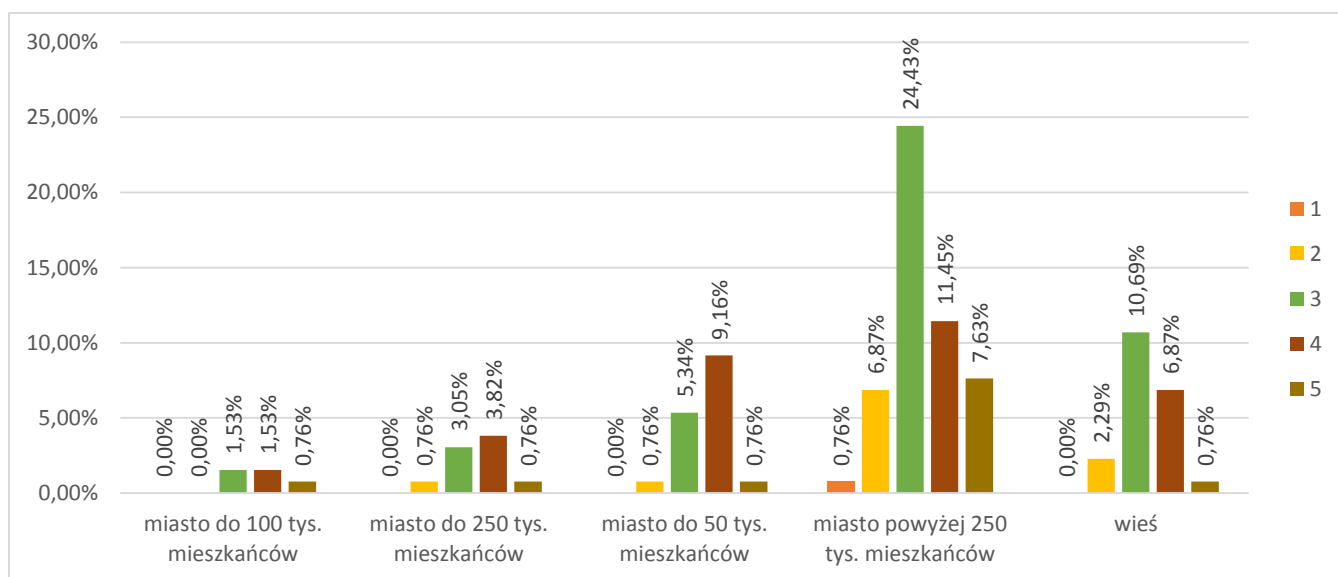
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ



Wykres 1. Samoocena respondentów na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

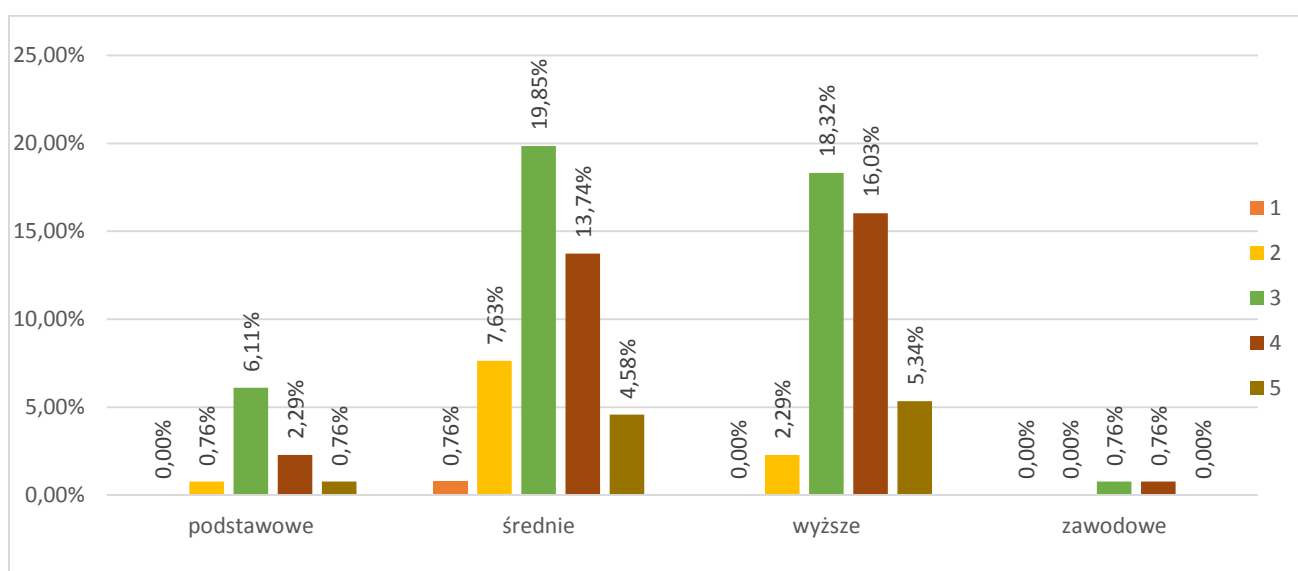
W miastach do 100 i 250 tysięcy mieszkańców około 4-5% ankietowanych, w skali od 1 do 5, swoją wiedzę oceniało na 3-4. Respondenci pochodzący z miasta powyżej 250 tysięcy mieszkańców w większości ocenili swoją wiedzę o chorobach wenerycznych na poziomie 3 (24,43%), a 11,45% na poziomie 4. Ankietowani mieszkający na obszarze wiejskim w 10,69% uznali, iż ich wiedza w podanej skali stanowi 3/5, zaś 6,87% na 4/5. Tylko w mieście powyżej 250 tysięcy zamieszkiwali badani, którzy swoją wiedzę ocenili na poziomie 1 (0,7%). (Wykres 2.)

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ



Wykres 2. Miejsce zamieszkania a samoocena wiedzy badanych na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

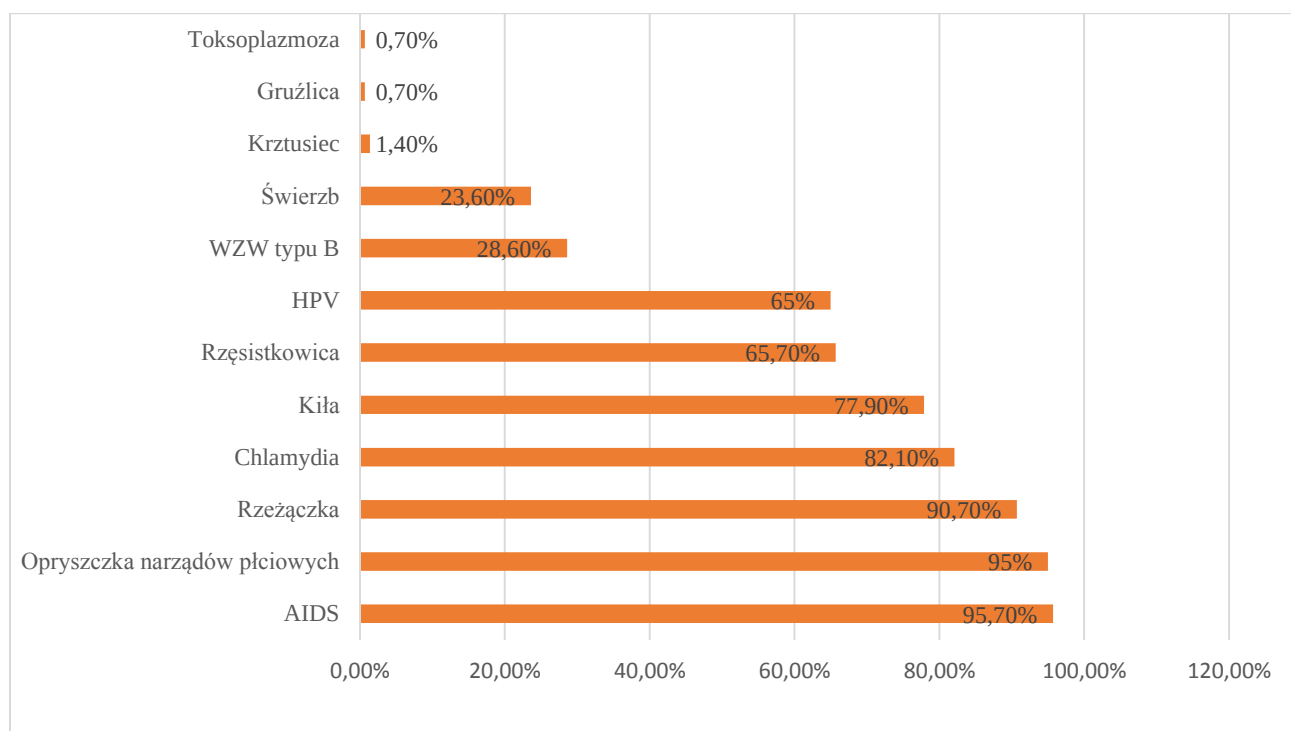
Badani z wykształceniem wyższym w większości ocenili swoją wiedzę na poziomie 3 (18,32%), zaś 4 wybrało 18,32% ankietowanych. Respondenci z wykształceniem średnim również w większości zadeklarowali wiedzę na średnim poziomie (3), stanowili oni 19,85%. Badani z wykształceniem podstawowym w 6,11% stwierdzili, iż ich wiedza na temat chorób przenoszonych drogą płciową jest na poziomie 3/5. (Wykres 3.)



Wykres 3. Wykształcenie badanych a ich samoocena wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową

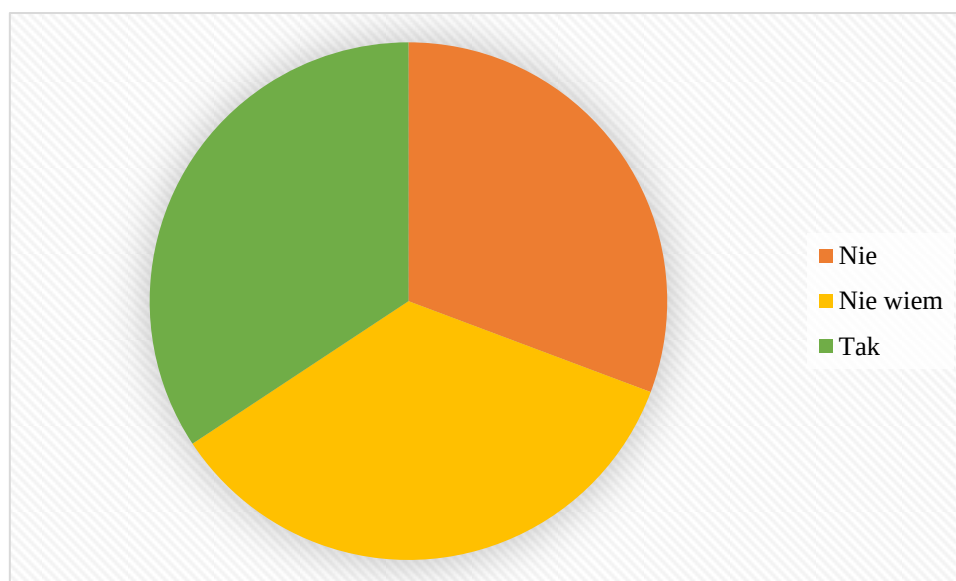
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

Następnym zadaniem respondentów był wybór chorób przenoszonych drogą płciową spośród podanych. Pytanie było wielokrotnego wyboru, więc ankietowani mieli możliwość zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. W spisie odpowiedzi były zawarte choroby, które nie są przenoszone drogą płciową, a kilku ankietowanych je zaznaczyło. Najbardziej znaną, a tym samym najczęściej zaznaczaną odpowiedzią przez respondentów, było AIDS, a tuż za nim opryszczka narządów płciowych. Szczegółowe dane przedstawiono na Wykresie 4.



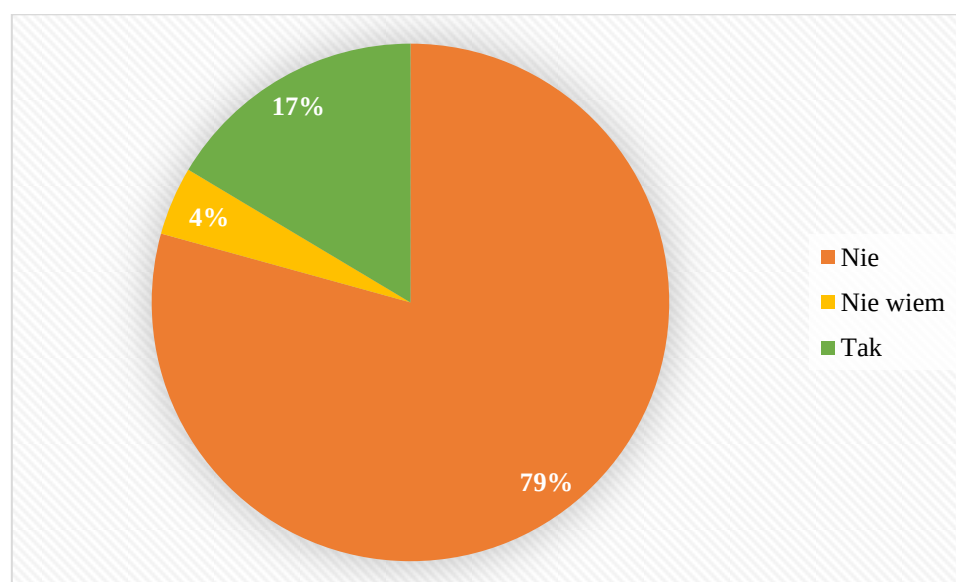
Wykres 4. Wybór chorób przenoszonych drogą płciową.

Następnie respondentom zostało zadane pytanie odnośnie choroby AIDS, a konkretnie na temat drogi zakażenia dziecka poprzez mleko matki. Każda z odpowiedzi była na wyrównanym poziomie. Najwięcej ankietowanych zaznaczyło, iż nie zna odpowiedzi na zadane pytanie. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 5.



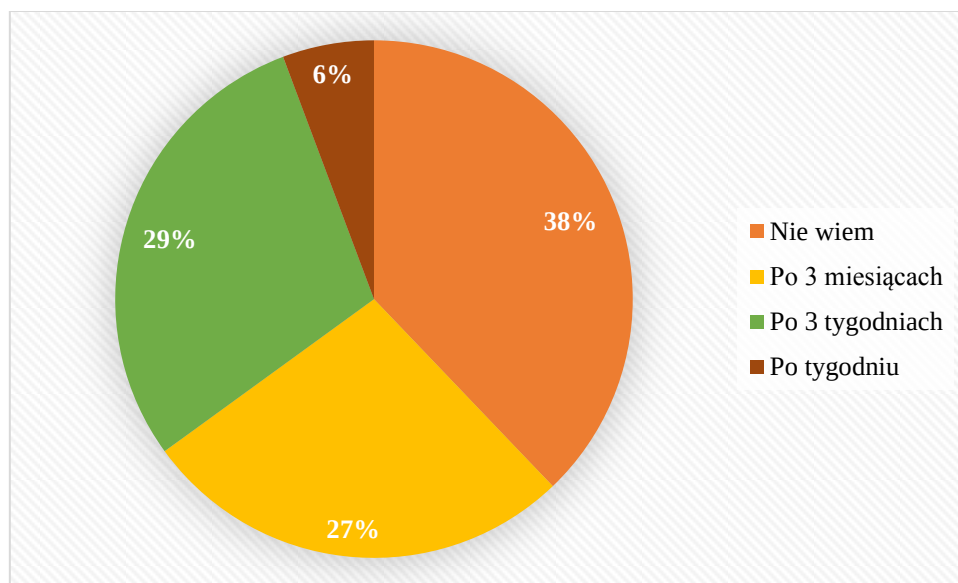
Wykres 5. Czy istnieje możliwość zakażenia dziecko poprzez mleko matki chorej na AIDS?

Kolejne pytanie zadane respondentom dotyczyło również dróg zakażenia wirusa HIV. Pytanie stanowiła kwestia zakażenia podczas całowania, konkretnie przez kontakt ze śliną. Zdecydowana większość ankietowanych zaznaczyło odpowiedź przeczącą na postawione pytanie. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie nr 6.



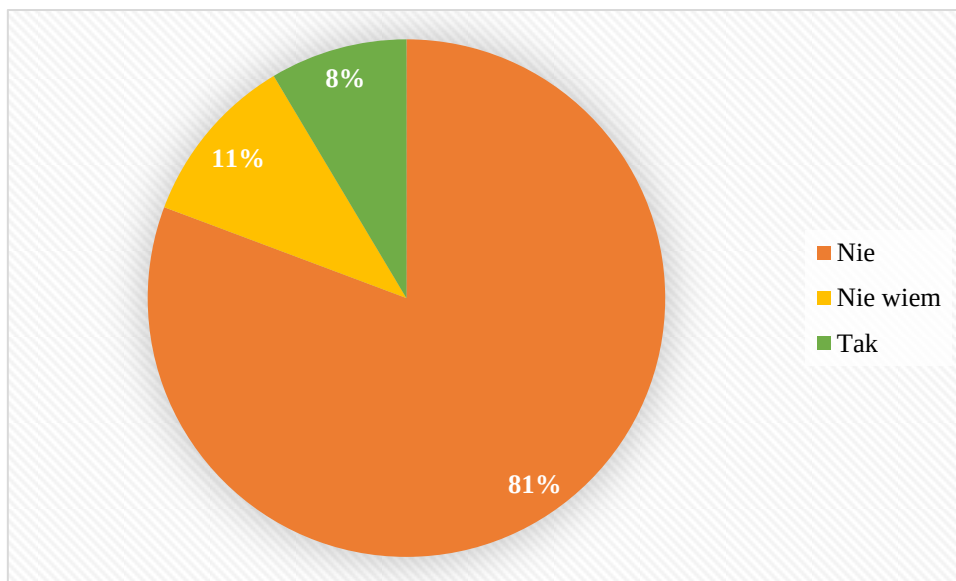
Wykres 6. Czy wirusem HIV można się zarazić podczas całowania (kontakt ze śliną)?

Zdecydowanie ważną kwestią, w przypadku podejrzenia możliwego zakażenia, jest wykonanie badania przeciwciał anti-HIV. Pytanie dotyczyło czasu, od ryzykownego zdarzenia, po jakim należy wykonać badanie dające najbardziej wiarygodne wyniki. Większość ankietowanych nie знаło odpowiedzi na to pytanie. Szczegółowe wyniki podano na Wykresie 7.



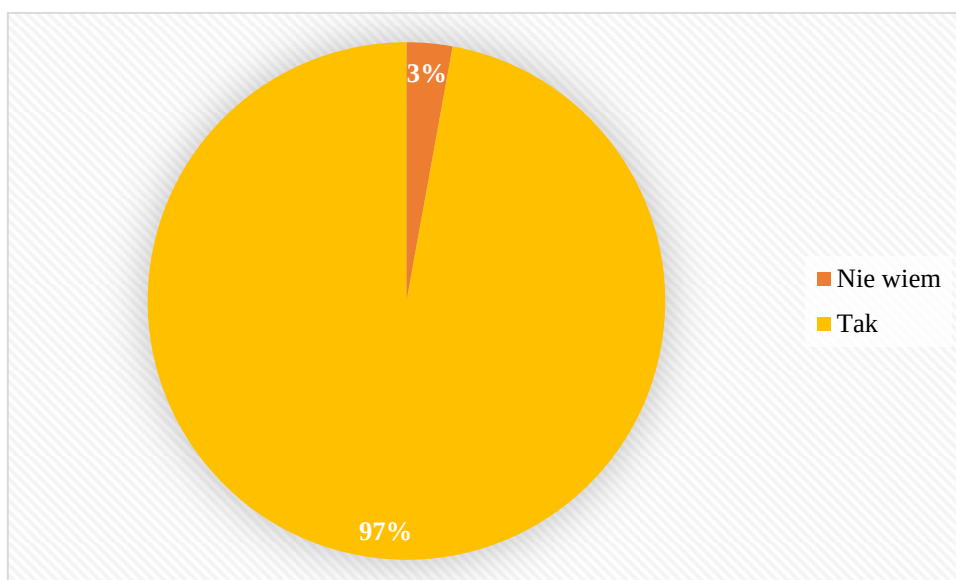
Wykres 7. Po jakim czasie badanie przeciwciał anti-HIV daje najbardziej wiarygodne wyniki?

Kolejne pytanie miało za zadanie sprawdzić wiedzę respondentów o chorobie AIDS. Zdecydowana większość ankietowanych jest zdania, iż zakażenie wirusem HIV nie zawsze kończy się chorobą AIDS. Wyniki przedstawiono na Wykresie 8.



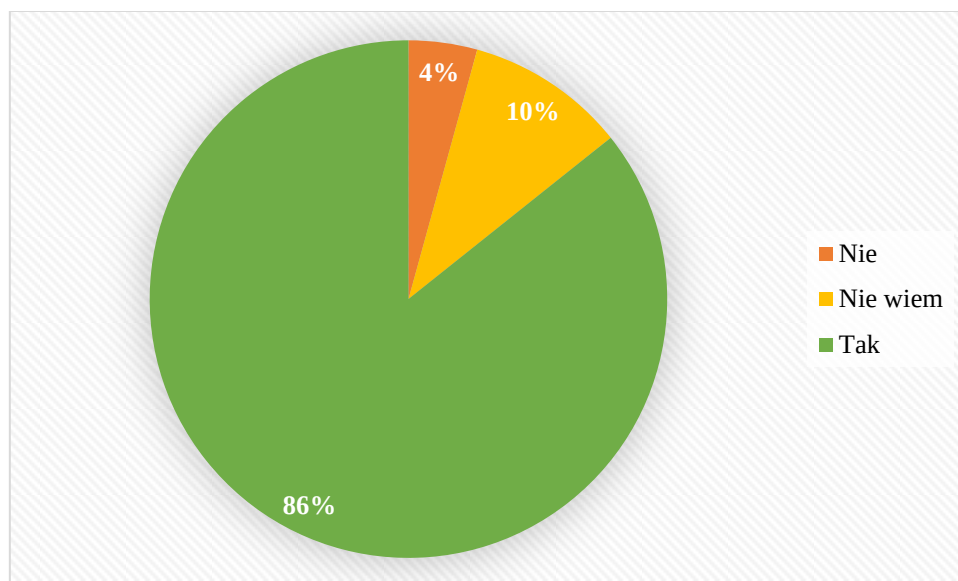
Wykres 8. Czy zakażenie wirusem HIV zawsze się kończy chorobą AIDS?

Pytanie miało za zadanie sprawdzić ile procent ankietowanych wie o objawach wirusa HIV. Żaden z respondentów nie odpowiedział przecząco o możliwości rozwoju wirusa HIV przez długi czas objawowo, a prawie wszyscy odpowiedzieli twierdząco. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 9.



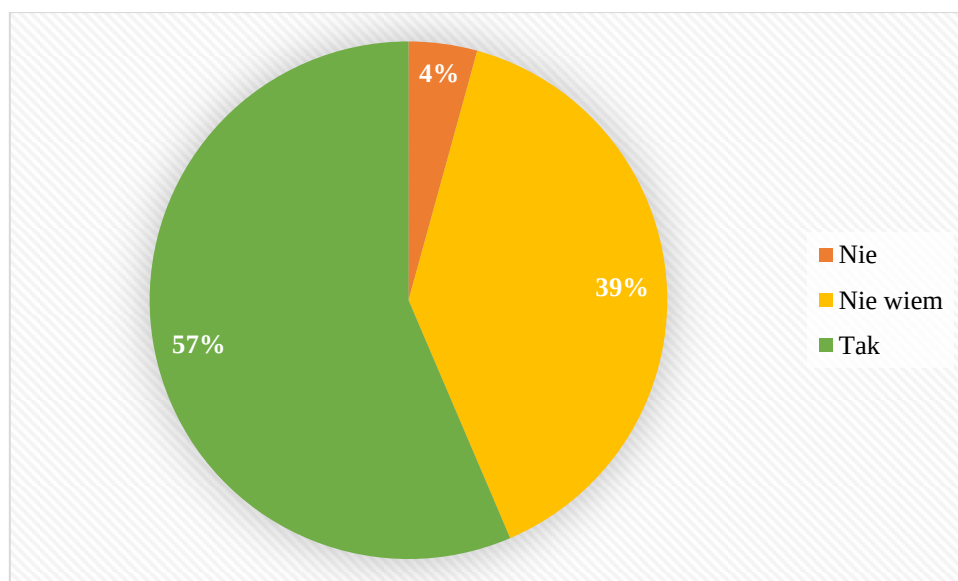
Wykres 9. Czy jest możliwe, żeby wirus HIV przez długi czas rozwijał się bezobjawowo?

Respondentom zadano pytanie, czy matka zarażona wirusem HIV jest w stanie urodzić zdrowe dziecko. Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała twierdząco na pytanie. Wyniki przedstawiono na Wykresie 10.



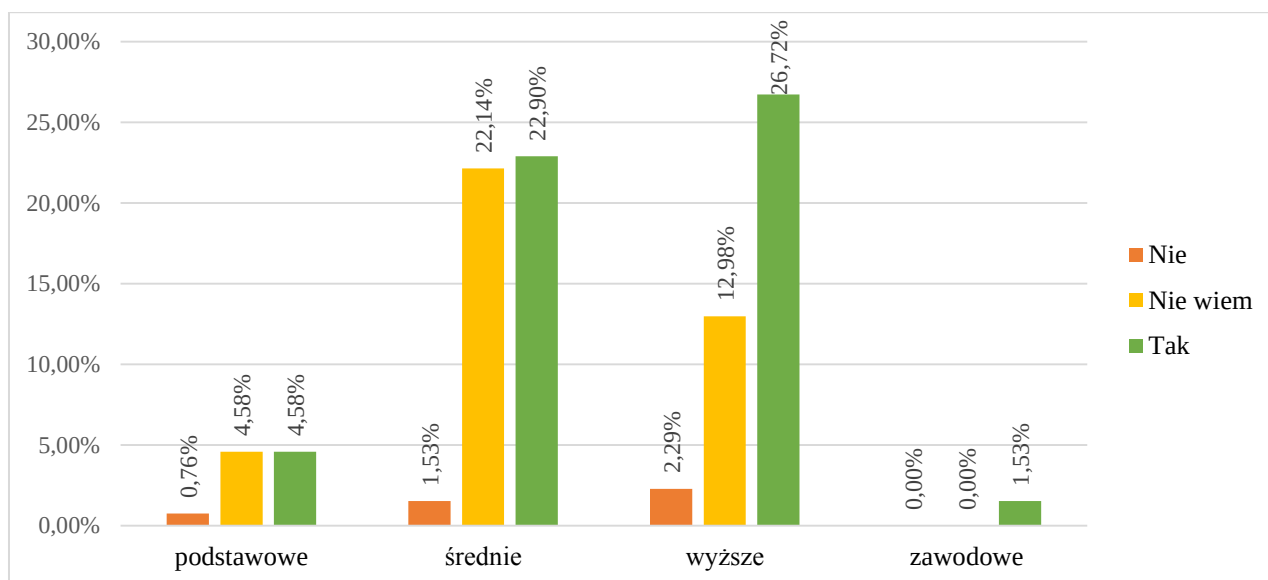
Wykres 10. Czy matka zarażona wirusem HIV może urodzić zdrowe dziecko?

Pytanie miało za zadanie sprawdzić jaki procent ankietowanych wie o wpływie wirusa HPV na występowanie raka szyjki macicy. Okazało się, że tylko 57% respondentów zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 11.



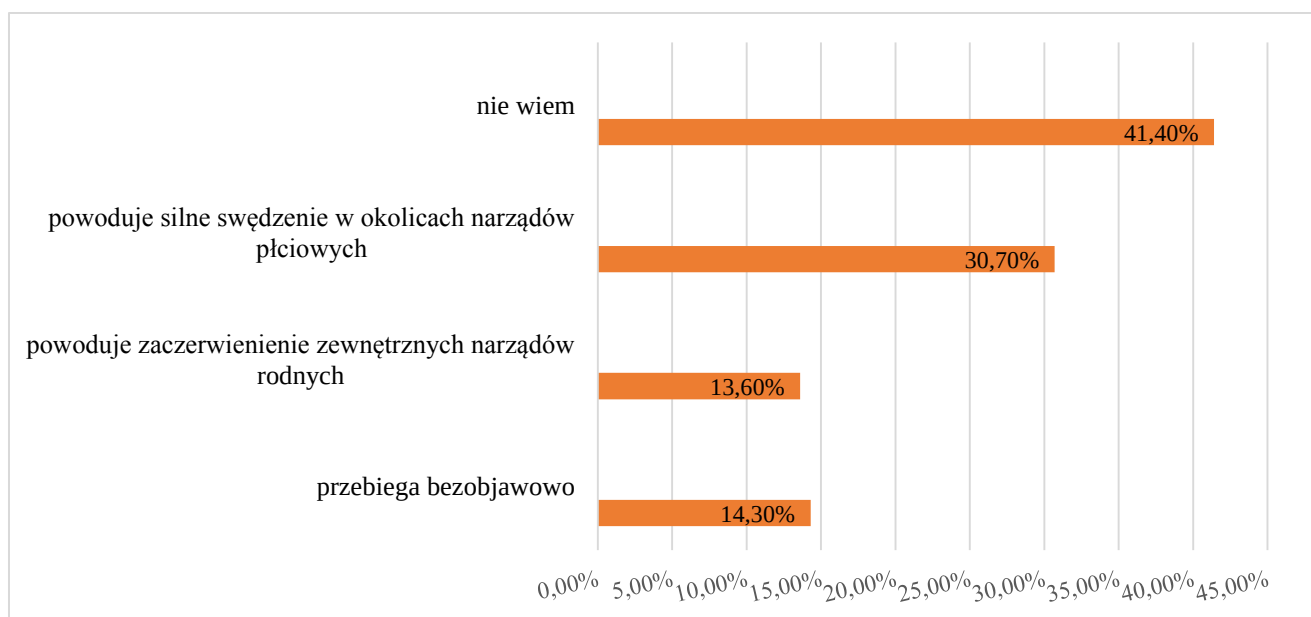
Wykres 11. Czy wirus HPV ma wpływ na występowanie raka szyjki macicy?

Grupy badawcze z wykształceniem podstawowym oraz zawodowym stanowiły najmniejszy procent. Największa ilość badanych, która była świadoma wpływu wirusa HPV na występowanie raka szyjki macicy, stanowiły osoby o wykształceniu wyższym (27%) oraz o wykształceniu średnim (23%).



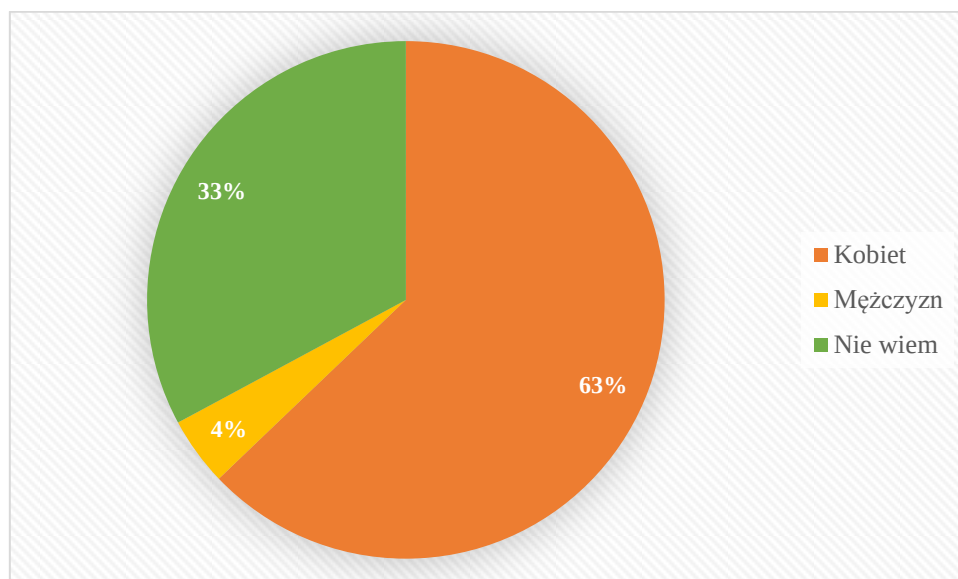
Wykres 12. Wykształcenie a wiedza respondentów o wpływie wirusa HPV na występowanie raka szyjki macicy.

Kolejne pytanie sprawdzało ile procent ankietowanych wie jakie są objawy chłamydiozy. Większość respondentów niestety zaznaczyła, iż nie wie jakie objawy wykazuje ta choroba. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 13.



Wykres 13. Wiedza respondentów o objawach chłamydiozy.

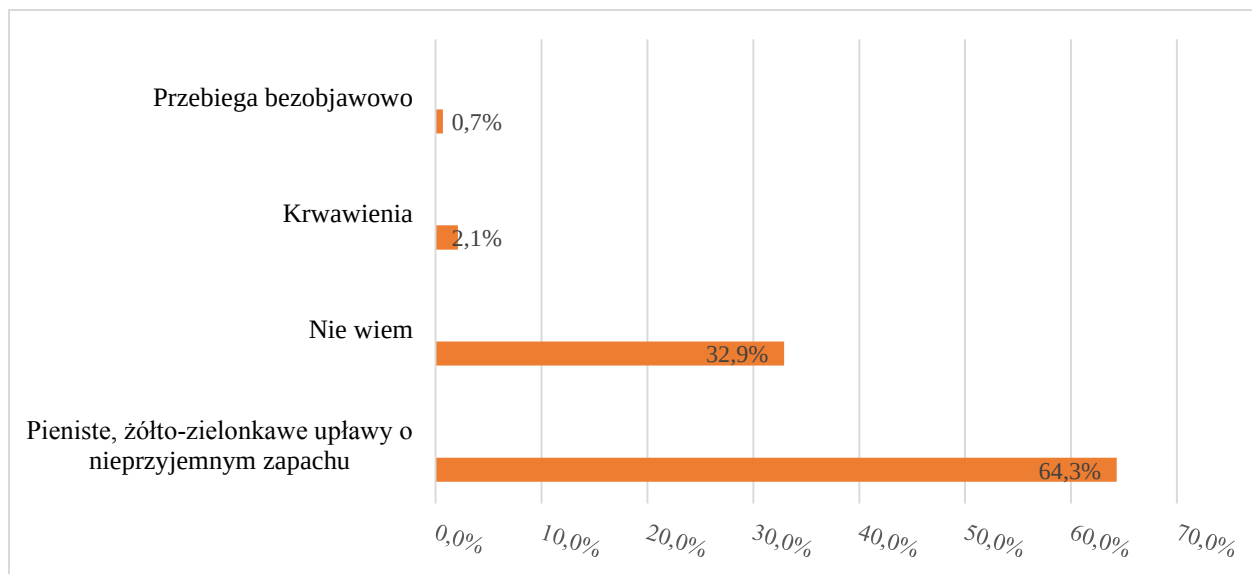
Kolejne pytanie sprawdzało wiedzę na temat rżęstkwowicy, a konkretnie poruszało kwestię której płci bardziej dotyczy ta choroba. 63% respondentów była zdania, iż zakażenie rżęstkwowicą dotyczy głównie kobiet. 1/3 ankietowanych odpowiedziało, że nie zna odpowiedzi na zadane pytanie. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 14.



Wykres 14. Wiedza respondentów na temat płci, której bardziej dotyczy rżęstkwowica.

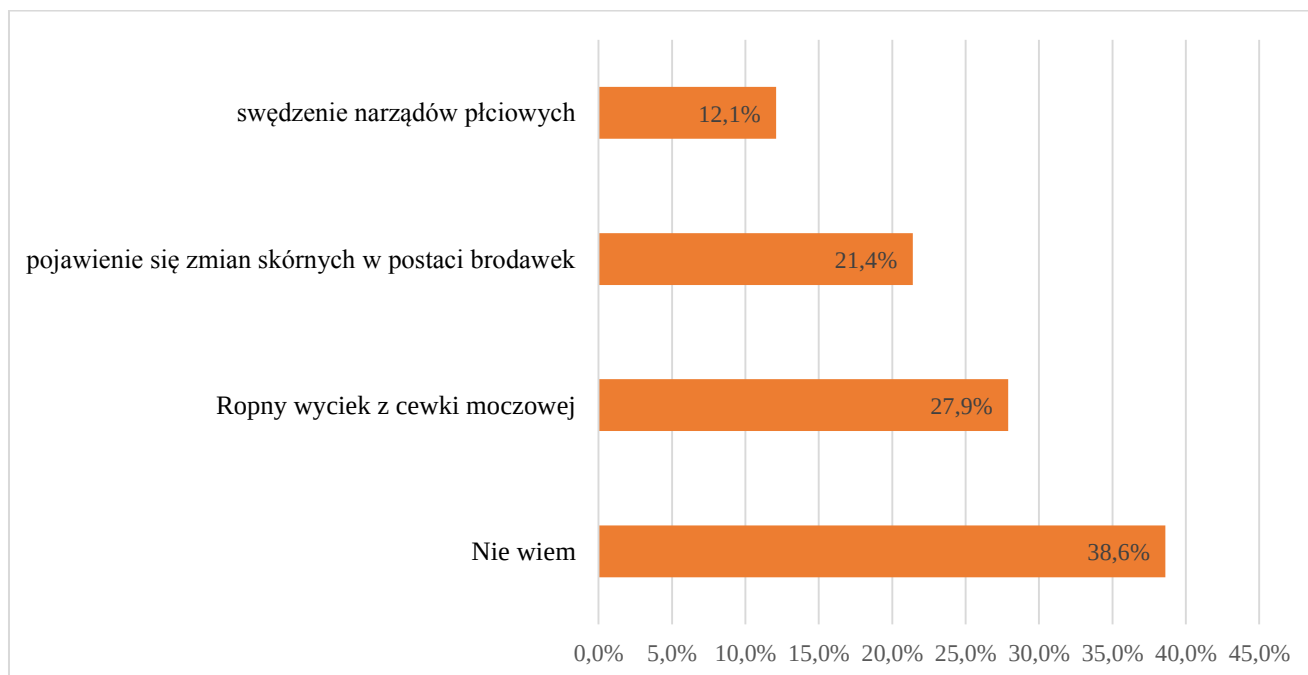
Znajomość objawów chorób przenoszonych drogą płciową jest bardzo ważna dlatego kolejnym zadaniem respondentów było określenie objawów rżęstkwowicy. Większość ankietowanych wybrało odpowiedź, iż rżęstkwowica powoduje pieniniste, żółto-zielonkawe upławy o nieprzyjemnym zapachu. Wyniki przedstawiono na Wykresie 15.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ



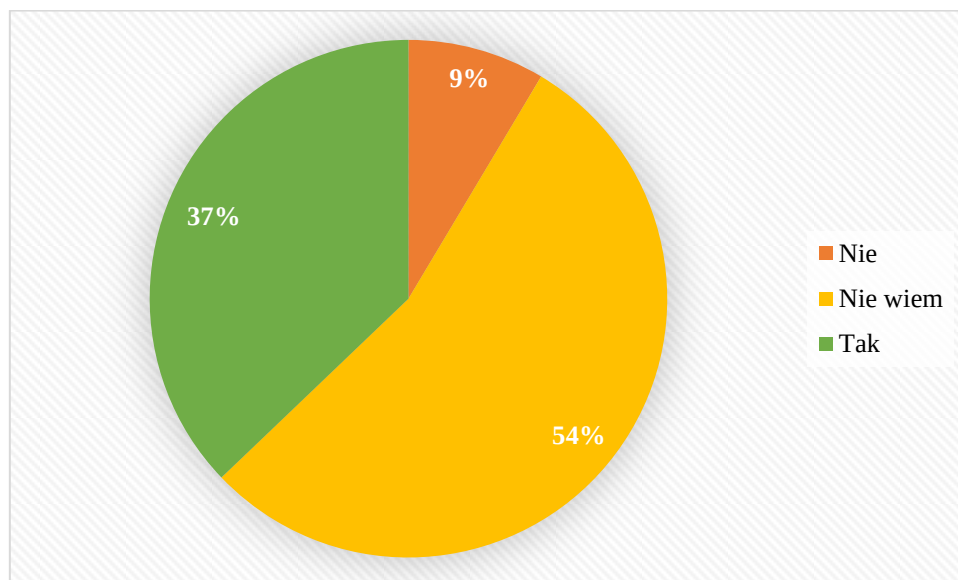
Wykres 15. Wiedza respondentów o objawach rżęstkwicy.

Kolejne pytanie również dotyczyło objawów choroby przenoszonej drogą płciową. Respondenci mieli za zadanie odpowiedzieć jakie objawy występują u mężczyzn w przypadku zachorowania na rżęczkę. Większość ankietowanych odpowiedziało, iż nie zna odpowiedzi na postawione pytanie. Drugą, najczęstszą odpowiedź stanowił ropny wyciek z cewki moczowej. Odpowiedź tę zaznaczyło 27,9% respondentów (Wykres 16).



Wykres 16. Wiedza respondentów o objawach rżęczką u mężczyzn.

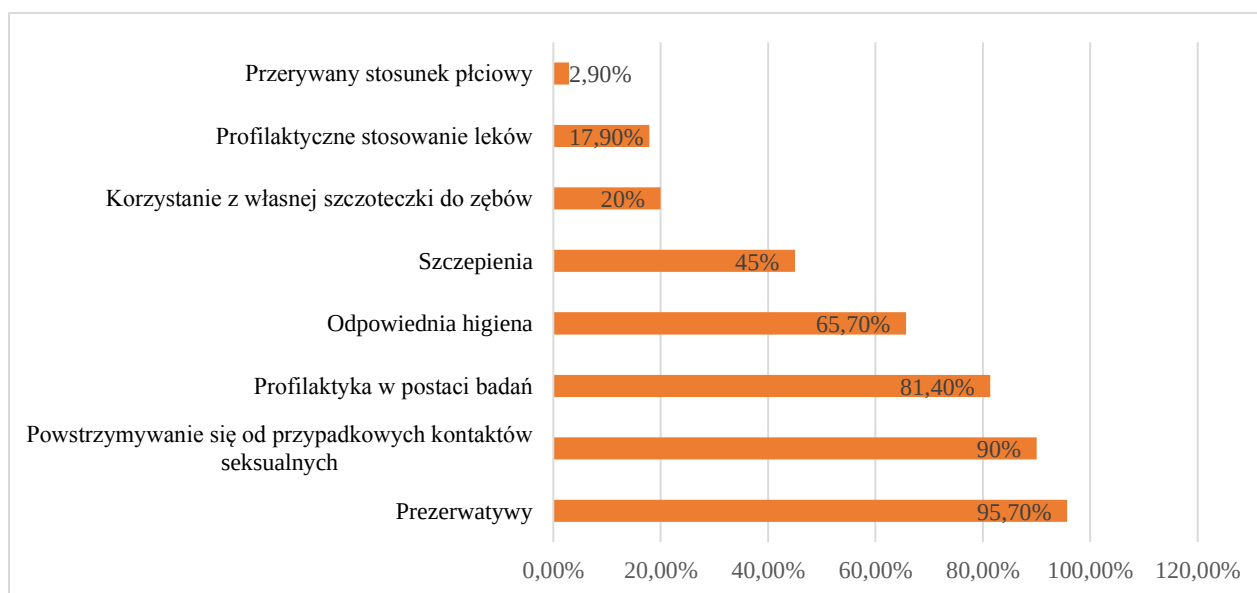
Kontynuując temat rzeżączki, respondenci mieli za zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy bakterie rzeżączki mogą dostać się do krwioobiegu. 54% ankietowanych uznało, że nie ma wiedzy w tej kwestii. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 17.



Wykres 17. Czy bakterie rzeżączki mogą dostać się do krwioobiegu?

Ostatnie pytanie w ankiecie miało charakter otwarty oraz respondenci mogli zaznaczać kilka odpowiedzi. Dotyczyło ono tematu metod zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową. Najczęstszą odpowiedzią ankietowanych były prezerwatywy, jednak co ciekawe, nie wszyscy respondenci zaznaczyli tę metodę. Drugą, najczęściej wybieraną przez ankietowanych odpowiedzią było powstrzymywanie się od przypadkowych kontaktów seksualnych. Również popularną odpowiedzią wśród respondentów było wykonywanie profilaktycznych badań. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Wykresie 18.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ



Wykres 18. Wiedza respondentów na temat metod zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową.

DYSKUSJA

Choroby przenoszone drogą płciową dalej stanowią ogromne wyzwania w krajach nie tylko rozwijających się, ale również w krajach rozwiniętych. Kształtowanie prawidłowych postaw i zachowań jest priorytetowym działaniem w profilaktyce. Choroby weneryczne stanowią poważne zagrożenie dla jednostek, ale również zdrowia publicznego.

Analiza wyników własnych badań, przeprowadzonych wśród społeczności w wieku rozrodczym, wykazała, iż najczęściej rozpoznawaną chorobą przenoszoną drogą płciową było AIDS, zaznaczyło ją bowiem 95,7% ankietowanych. Drugą najczęściej zaznaczaną odpowiedzią była opryszczka narządów płciowych, bo wybrało ją aż 95% respondentów. Chłamydię rozpoznało 82,1% respondentów, a kiłę 77,9%. Na podobnym stopniu znajomości przez ankietowanych była rzeżączka i HPV, bowiem zaznaczyło ją około 65% respondentów. Mniejszą znajomością odznaczał się świerzb (zaznaczony przez 23,6% ankietowanych) oraz WZW typu B (wybrane przez 28,6% respondentów). Zestawiając wyniki badań w niniejszej pracy z badaniami zaprezentowanymi w artykule Aslı Feride Kaptanoğlu, zauważa się podobieństwo, bowiem w wymienionym badaniu AIDS również stanowi chorobę najbardziej rozpoznawalną przez respondentów. Zgodność wyników dotyczyła również WZW B, gdzie w obu badaniach wyniosła 28,6%. Rozpoznanie reszty chorób się różni. Opryszczka narządów płciowych, rzeżączka, Chłamydia, kiła, rzeżączka

i HPV była znacząco słabiej rozpoznawana w badaniu Aslı Feride Kaptanoğlu [38.]. Podobna sytuacja miała miejsce w badaniu Noraziah Mohamad Zin, gdzie AIDS również stanowiło najczęściej rozpoznawaną chorobę przenoszoną drogą płciową, bowiem wskazało ją aż 95% respondentek. Wskazanie kiły również odznaczało się dosyć wysoką zgodnością dlatego, że w badaniu Noraziah Mohamad Zin rozpoznało ją 77,9% ankietowanych. Znaczącą różnicą była identyfikacja rzesistkowicy, ponieważ w wymienionym badaniu tylko 3,3% respondentek określiła ją jako znaną chorobę [2].

Interpretując wyniki własnych badań można stwierdzić, iż niespełna 80% ankietowanych ma świadomość, iż wirus HIV nie jest przenoszony przez kontakt ze śliną chorego, jednak 16 % respondentów uważa, że istnieje takie ryzyko. Wiedza społeczeństwa na ten temat jest na wysokim poziomie. W badaniu przeprowadzonym przez Sabinę Mahmutovic Vranic, 68,5% ankietowanych stwierdziło, że wirus nie jest przenoszony drogą pocałunku. Duża część respondentów nie знаła odpowiedzi na to pytanie, a stanowili oni 22,3% [3]. Analiza badań G Vissali wskazuje, że 61,1% badanych jest zdania, iż wirus HIV nie jest przenoszony przez ślinę. Niestety około 20% respondentów uważa, że wirus ten nie jest przekazywany przez krew, co wydaje się być podstawową wiedzą [4]. Można stwierdzić, że większość społeczności ma świadomość, iż przez ślinę nie da się zarazić wirusem HIV, jednak dalej dosyć duża część nie ma wiedzy w tym temacie.

Opierając się na wynikach moich badań można stwierdzić, że bardzo niewielka część respondentów wie po jakim czasie badanie przeciwciał anty-HIV daje wiarygodne wyniki. Odpowiedź prawidłowa, czyli 3 miesiące, została wskazana tylko przez 27,1% ankietowanych. Większość badanych nie znała odpowiedzi na postawione pytanie, a 29,3% respondentów było zdania, iż wyniki są najbardziej wiarygodne po 3 tygodniach. Badania Dominika Olejniczaka wykazały podobne tendencje. Jedynie 26,5% badanych podało 3 miesiące jako odpowiedni czas [5].

Z analizy danych zebranych do pytania o związek zakażenia wirusem HPV z występowaniem raka szyjki macicy można uznać, że niewielka ilość badanych ma świadomość wpływu HPV na pojawienie się raka szyjki macicy. Mimo tego, że 56,4%, czyli większość ankietowanych o tym wiedziała to aż 39,3% respondentów nie miała o tym pojęcia. W badaniu Natalii Luizy Kops i innych badaczy tylko 50% ankietowanych wiedziało o związku HPV z rakiem szyjki macicy, co nie jest zadowalającym wynikiem [6]. Nieco inne dane przedstawiają badania Anny Stefanek, bowiem aż 89,7% podało występowanie wirusa HPV jako czynnik ryzyka występowania raka szyjki macicy. Jest to bardzo zadowalający

wynik, jednak grupa badawcza składała się tylko i wyłącznie z kobiet [7]. Podobna sytuacja ma miejsce w badaniu Weroniki Dubiel i innych naukowców, gdzie grupa badawcza również dotyczyła tylko kobiet i aż 91% respondentek ma świadomość tego, iż wirus HPV może wywoływać raka szyjki macicy [8]. Za to w badaniu Andrzeja Nowickiego grupę badawczą również stanowiły kobiety, jednak świadomość związku HPV z rakiem szyjki macicy wynosiła około 72%, co jest wiedzą dosyć wysoką [9]. Zestawione badania dotyczyły tego samego problemu, jednak docierały do innych grup badawczych, wobec tego mogą być potrzebne dalsze i dokładniejsze badania.

Analiza wyników badań własnych wykazały, iż respondenci posiadają niską wiedzę na temat objawów chlamydii. Aż 41,4% badanych nie wiedziało jakimi objawami cechuje się przebieg chlamydii, a tylko 14,3% respondentów zaznaczyło dobrą odpowiedź, czyli większość zakażeń przebiega bezobjawowo. 30,7% stwierdziło, że choroba ta wywołuje silne swędzenie narządów płciowych. W badaniu Rebeci Lorch większość ankietowanych słusznie zgodziła się, iż chlamydia w większości przypadków przebiega bezobjawowo, stanowili oni 90% wszystkich respondentów. Grupa badawcza stanowiła lekarzy i pielęgniarki, natomiast w badaniu własnym tylko 26% respondentów posiadało wykształcenie medyczne. Zestawione badania mimo tego, że dotyczą tego samego problemu znacząco różnią się grupą badawczą, zatem potrzebne są dalsze analizy [10].

Poznanie metod zapobiegania jest podstawą profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową. Najczęściej podawaną odpowiedzią były prezerwatywy, bowiem zaznaczyło ją 95,7% ankietowanych. Częstymi odpowiedziami były również: powstrzymywanie się od przypadkowych stosunków seksualnych (90%) oraz profilaktyka w postaci badań (81,4%). Co ciekawe 2,9% badanych uważa, że przerywany stosunek płciowy zapobiega zakażeniu chorobą przenoszoną drogą płciową. W badaniu Tayyaba Hafeez jedynie 38% respondentów twierdziło, że ograniczona ilość partnerów seksualnych zapobiega chorobom przenoszonym drogą płciową, a 45% stwierdziło, że środkiem zapobiegawczym są regularne badania lekarskie [11]. W innym badaniu przeprowadzonym przez Beatę Sokołowską około 52% badanych uważało, iż prezerwatywy stanowią sposób zapobiegania zakażeniom HPV, co w porównaniu z badaniami własnymi stanowi niski wynik. Szczepienia jako profilaktykę wybrało około 35% respondentów, a związki monogamiczne tylko około 5%. Zestawione badanie dotyczyło jednak tylko zakażeń HPV w związku z tym będą potrzebne dalsze badania [12]. W pracy Nivianne Genz około 98% respondentów uważa, iż używanie prezerwatyw

zapobiega STI. Co ciekawe aż około 25% osób w wieku licealnym jako metodę profilaktyczną zaznaczyło stosowanie tabletek antykoncepcyjnych [13].

Porównanie badań własnych z innymi, przeprowadzonymi badaniami wykazało, iż są obecne różnice w wynikach, które głównie mogą być spowodowane poprzez rozbieżności w grupach badawczych. Dokładniejsze porównanie wyników będzie możliwe dzięki większej ilości badaniach w podobnej grupie badawczej.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. wiedza badanej grupy w zakresie objawów chorób przenoszonych drogą płciową jest na średnim poziomie,
2. respondenci znają w większości zachowania ryzykowne; wyjątek stanowi bardzo niska świadomość badanych na temat możliwości przeniesienia wirusa HIV na dziecko poprzez mleko matki,
3. ankietowani znają metody zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową,
4. większość badanych posiada zadowalającą ogólną wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

PIŚMIENNICTWO

1. Samkange-Zeeb F., Spallek L., Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *Public Health* 2011; 25(11):727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727.
2. Mohamad Zin N., Ishak I., Manoharan K.: Wiedza, postawa i praktyka w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową wśród osadzonych w schroniskach dla kobiet w Klang Valley. *BMC Public Health* 2019; 19: 1-7.
3. Mahmutovic Vranic S., Aljicevic M., Segalo S., Joguncic A.: Knowledge and Attitudes of Sexually Transmitted Infections Among High School Students in Sarajevo. *Acta Medica Academica* 2019; 48(2): 147-158.
4. Visalli G., Cosenza B., Mazzui F. et al.: Knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviours: a survey among high school and university students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 2019; 60: 84-92.

5. Olejniczak D., Wodzyńska K., Religioni U.: Wiedza uczniów klas maturalnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową. *Nursing Topics* 2012; 20(3): 317-326.
6. Kopsa N. L., Hohenbergera G. F., Bessela M. et al.: Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. *Papillomavirus Research* 2019; 7: 123-128.
7. Stefanek A., Durka P.: Poziom świadomości kobiet na temat raka szyjki macicy. *Polski przegląd nauk o zdrowiu* 2014; 1(38): 29-38.
8. Dubiel W., Jagieła K., Klocek W. i wsp.: Świadomość zdrowotna kobiet w wieku rozrodczym, dotycząca m.in. profilaktyki raka szyjki macicy oraz nowotworów piersi. [online] Dostępne: <http://archiwum.pwsz.krosno.pl/gfx/pwszkrosno/pl/defaultopisy/1257/2/1/swiadomosc-zdrowotna-kobiet-w-wieku-rozrodczym.pdf?fbclid=IwAR1a-y0r8XR61MsEei-mnLWZA1BqdhAEjpy-oewis1iFVrsOHZTH0BbvY0>.
9. Anczura K., Farbicka P., Nowicki A.: Wiedza uczennic technikum i absolwentek studiów wyższych z zakresu profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy. *Pielęgniarstwo polskie* 2017; 64: 246-253.
10. Lorch R., Hocking J., Temple-Smith M. et al.: The chlamydia knowledge, awareness and testing practices of Australian general practitioners and practice nurses: survey findings from the Australian Chlamydia Control Effectiveness Pilot (ACCEPt). *BMC Family Practise* 2019; 14: 1-10.
11. Hafeez T., Ahmed Y., Ahmad M.: Awareness about sexually transmitted diseases in women related to their age, education and income. *Journal of Pakistan Medical Association* 2021; 71: 2842-2846.
12. Sokołowska B., Zasadzka M., Kulik A., Borzęcki A.: Ocena stanu wiedzy na temat zakażeń HPV wśród mieszkańców powiatu bialskiego i parczewskiego. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015; 9: 200-202.
13. Genz N., Könzgen Meincke S. M., Vidal Carret M. L. et al.: Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2017; 26(2): 1-12.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ

Justyna Kuczy¹, Krystyna Klimaszewska²

*1/ Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku;
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku*

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Pierwsza pomoc jest to zespół podstawowych czynności, które świadek i uczestnik zdarzenia podejmuje w celu ocalenia zdrowia i życia osoby poszkodowanej do momentu przybycia Zespołu Ratownictwa Medycznego lub innych wykwalifikowanych służb. Świadek zdarzenia, czyli osoba pierwszego kontaktu znajdująca się w obszarze zdarzenia według obowiązującego w Polsce prawa ma obowiązek udzielenia poszkodowanemu pierwszej pomocy przedmedycznej. Jednak pomimo tego fundamentem jest chęć podjęcia działań i udzielenia pomocy. Społeczeństwo często nie zdaje sobie sprawy z tego jak ważna jest szybka reakcja. Pierwsze minuty w przypadku nagłego zachorowania, nieszczęśliwego wypadku decydują o dalszych losach poszkodowanego. W tym czasie podjęcie czynności ratunkowych do czasu przyjazdu służb ratunkowych kilkukrotnie zwiększa szanse przeżycia osoby poszkodowanej. Dlatego też wiedza z zakresu pierwszej pomocy powinna być ciągle pogłębianą i uaktualnianą, aby w razie konieczności była na jak najwyższym poziomie [1].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Umiejętność udzielenia pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia czyjegoś zdrowia lub życia powinien posiadać każdy obywatel bez względu na wiek, płeć, zawód jaki wykonuje czy zajmowane stanowisko. W polskim prawie istnieje zapis wynikający między innymi z

przepisów BHP, mówiący o konieczności odbycia szkolenia z zakresu pierwszej pomocy każdego pracownika zatrudnionego na umowie o pracę. Pomimo tego w dalszym ciągu dominuje pasywna postawa wśród osób będących uczestnikami takich szkoleń. Większość z nich wychodzi z założenia, że nigdy nie znajdzie się w sytuacji, w której będzie zobligowane do udzielenia pierwszej pomocy w obliczu zagrożenia. Kierując się tak błędnym myśleniem społeczeństwa nigdy nie będziemy mogli czuć się bezpiecznie w miejscach pozbawionych stałego dostępu do wykwalifikowanej kadry medycznej. Dlatego też właściwe wydaje się osvajanie dzieci już od najmłodszych lat z zasadami udzielania pierwszej pomocy i zaznajamianie z umiejętnością korzystania z numerów alarmowych. Wzrastają oni wówczas ze świadomości, że odpowiednio szybka i prawidłowo udzielona pomoc przez świadków zdarzenia w dużym stopniu poprawia rokowania poszkodowanego [2].

Celem pracy było:

1. Ocena stanu wiedzy społeczeństwa z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.
2. Analiza znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy wśród społeczeństwa.
3. Analiza porównawcza względem płci co do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

MATERIAŁY I METODYKA PRACY

Badanie sprawdzające wiedzę społeczeństwa z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej zostało przeprowadzone w okresie od 09.03.2022 r. do 30.04.2022r. Badaniem objęto 107 pełnoletnich osób z terenu województwa podlaskiego. Wśród ankietowanych było 59 kobiet oraz 48 mężczyzn z czego najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18-25 lat było to aż 59 osób. Kolejną liczną grupą były osoby mające od 26 do 35 lat w badaniu wzięło udział 18 takich ankietowanych. Niewiele, ponieważ zaledwie 7% wszystkich badanych stanowiły osoby w wieku 36-45 lat, a Ci nieco starsi stanowili mający od 46 do 54 lat stanowili 11%. Najstarsza grupa wiekowa mająca powyżej 55 lat liczyła grupę 11 osób. W przeprowadzonym badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego stosując technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej.

Kwestionariusz ankiety składa się z dwóch części. Pierwsza z nich zawiera 10 pytań są to pytania metryczkowe dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania, rodzaju wykonywanego zawodu oraz pytania między innymi o ocenę własnej wiedzy z zakresu pierwszej pomocy. Druga część ankiety składa się z 20 pytań właściwych, gdzie osoby udzielające odpowiedzi sprawdzą swoją wiedzę z zakresu pierwszej pomocy. Pytania w tej części zweryfikowały znajomość: zasad prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, zastosowania AED a także standardów postępowania w przypadku np. oparzeń, złamań, krwotoków.

Udział w badaniu wzięły osoby spełniające wszystkie kryteria uczestnictwa przede wszystkim musiały być to osoby pełnoletnie. Biorący udział wypełnili kwestionariusz ankiety przez stronę internetową. Respondenci przed przystąpieniem do badania zostali poinformowani pisemnie o celu badania, zachowaniu pełnej anonimowości oraz możliwości rezygnacji z badania na każdym jego etapie, bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji.

Uzyskane dane z wypełnionych 107 ankiet zostały pogrupowane według cech nominalnych z uwzględnieniem częstości ich występowania, dla cech mierzalnych zrobiono statystykę opisową. Wynik badań przedstawiono za pomocą tabel i rycin, struktury procentowej i liczbowej.

Potrzebne obliczenia i wykresy zredagowano przy pomocy Microsoft Office Excel. Istotność statystyczną obliczono wykorzystując kalkulator chi- kwadrat. Istotność statystyczna badanej zależności świadczyło

Prawdopodobieństwo testowe (p) wykorzystano do sprawdzenia czy wyniki badanej zależności są istotne statystycznie. Przyjęto następujące zasady dla wartości p :

- $p < 0,05$ - istotnie statystyczna zależność;
- $p < 0,01$ - wysoce istotna zależność;
- $p < 0,001$ - bardzo wysoko istotna statystycznie zależność.

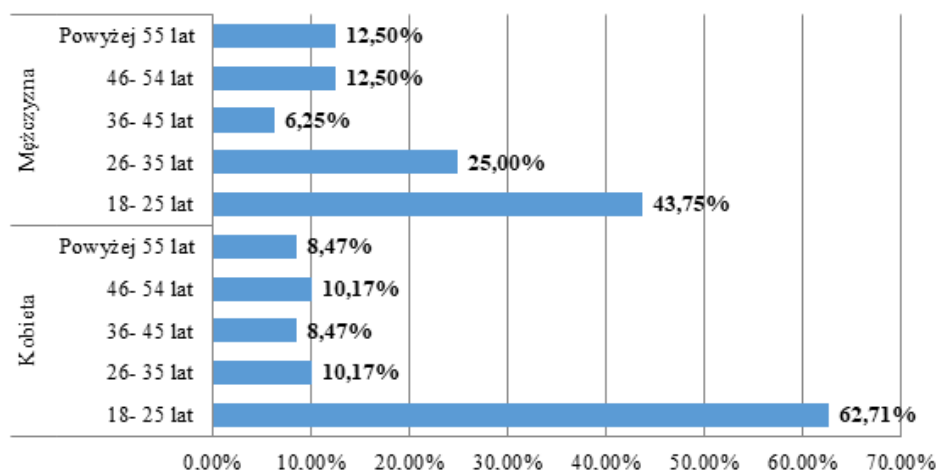
WYNIKI BADAŃ

W badaniu wzięło udział 107 pełnoletnich mieszkańców województwa podlaskiego, ich udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Zakres pytań dotyczył udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną tworzyło 107 osób ankietowanych (n=107; 100,00%). Podczas ogólnej charakterystyki respondentów opierano się na płci, wieku, wykształceniu oraz rodzaju wykonywanej pracy.

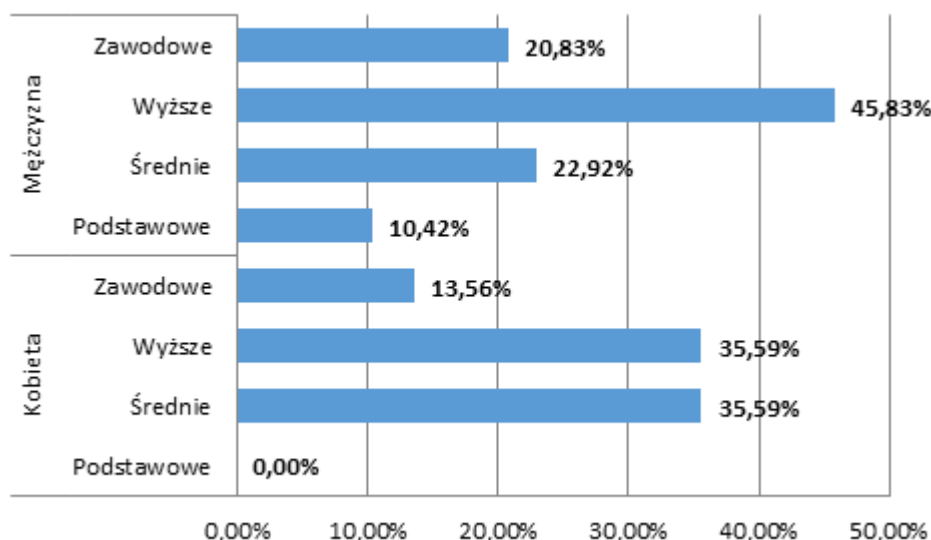
Wśród wszystkich przepytanych 55,14% stanowiły kobiety (n=59). Ankietowanych mężczyzn było 48 (44,86%). Najliczniejszą grupę wiekową zarówno wśród kobiet i mężczyzn stanowiły osoby od 18 do 25 roku życia (Kobiety: n=37; 62,71%. Mężczyźni: n=21; 43,75%). W wieku 36 – 45 lat było 8 respondentów, stanowiło to 7,48% ogółu. Dokładne dane zobrazowano na Rycinie 1.



Rycina 1. Wiek badanych z uwzględnieniem płci.

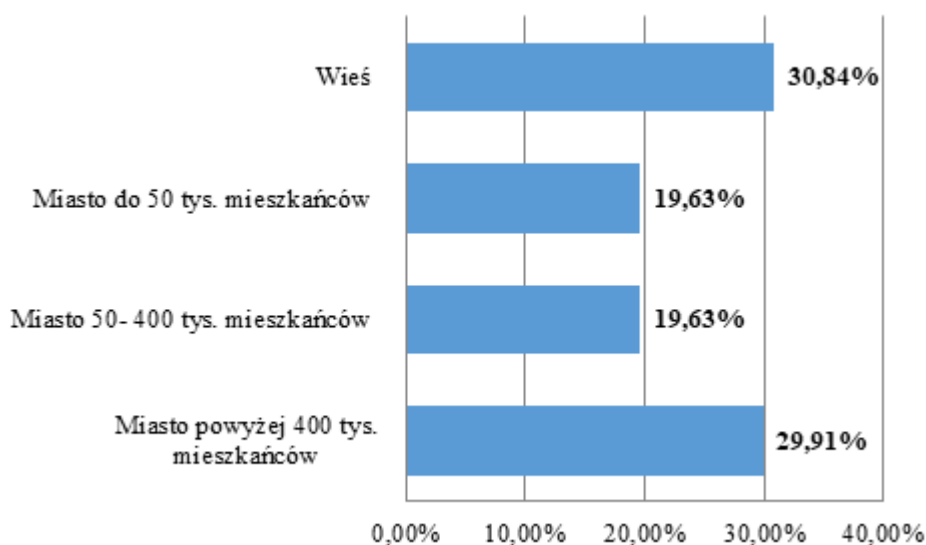
Kolejną determinantą było wykształcenie respondentów. Większość osób zadeklarowało posiadanie wyższego wykształcenia (n=43; 40,19%). Wśród mężczyzn najrzadziej wybierane było podstawowe (n=5; 10,42%), a wśród kobiet – zawodowe (n=8; 13,56%). Szczegółowe dane ukazano na Rycinie 2.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ



Rycina 2. Wykształcenie badanych z uwzględnieniem płci.

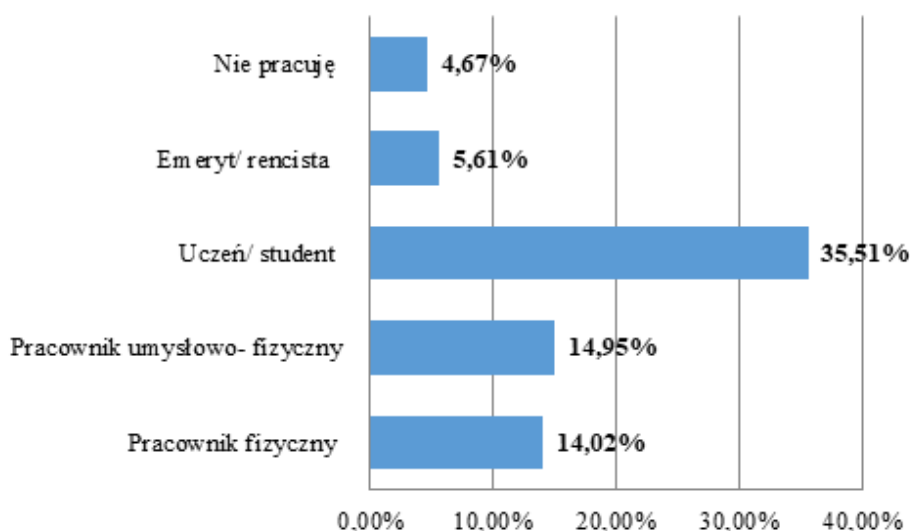
Największa liczba ankietowanych pochodziła z terenów wiejskich (n=33; 30,84%), na drugim miejscu znalazły się osoby, które zamieszkiwały miasta o wielkości zaludnienia powyżej 400 tysięcy mieszkańców. Pozostałe informacje przedstawiono na Rycinie 3.



Rycina 3. Miejsce zamieszkania badanych.

Uczestnicy badania to przede wszystkim uczniowie lub studenci (n=38; 35,51%). Osoby pracujące umysłowo stanowiły prawie 15% (n=16; 14,95%), a pracownicy fizyczni

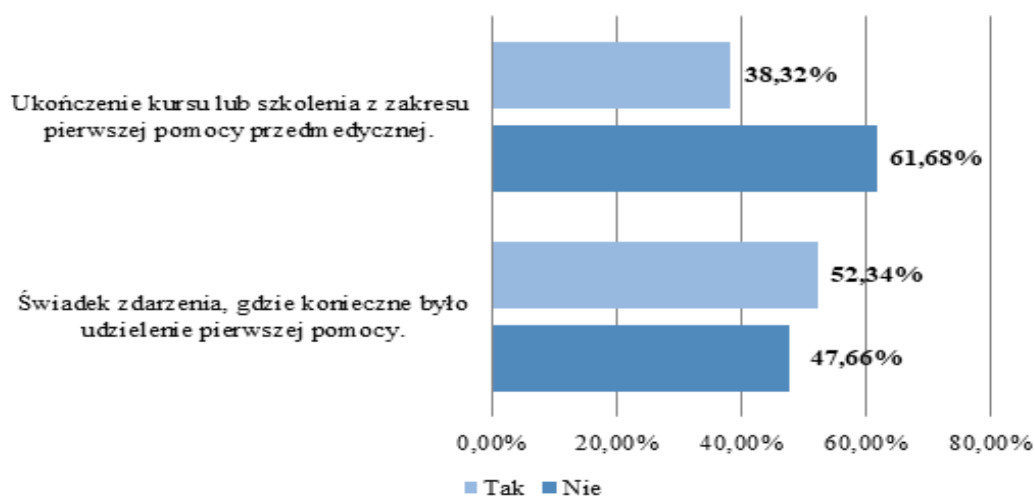
14,02% (n=15). O bezrobociu poinformowało 5 przebadanych (4,67%), a na emeryturze lub rencie w czasie wykonywania badania było 6 osób (5,61) – Rycina 4.



Rycina 4. Status zawodowy badanych.

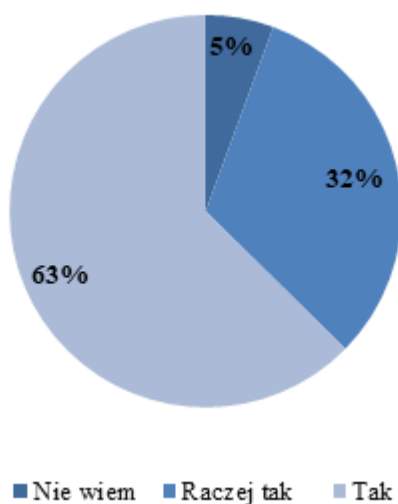
Analiza pytań z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej

Kurs lub szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej ukończyło niecałe 40% (N=41; 38,32%). ½ grupy badanej była świadkiem zdarzenia, gdzie wystąpiła konieczność udzielenia pierwszej pomocy (n=56; 52,34%) – Rycina 5. Spośród osób, które posiadają KPP 21 z nich było w sytuacji, gdzie należało udzielić pierwszej pomocy.



Rycina 5. Posiadanie kursu pierwszej pomocy przedmedycznej oraz obecność badanych przy zdarzeniach, gdzie konieczne było udzielenie pierwszej pomocy.

Widząc osobę poszkodowaną pierwszej pomocy udzieliłoby 67 respondentów (62,62%). Brak zdania wyraziło 6 osób (5,61%). Szczegółowe informacje zobrazowano na Rycinie 6.

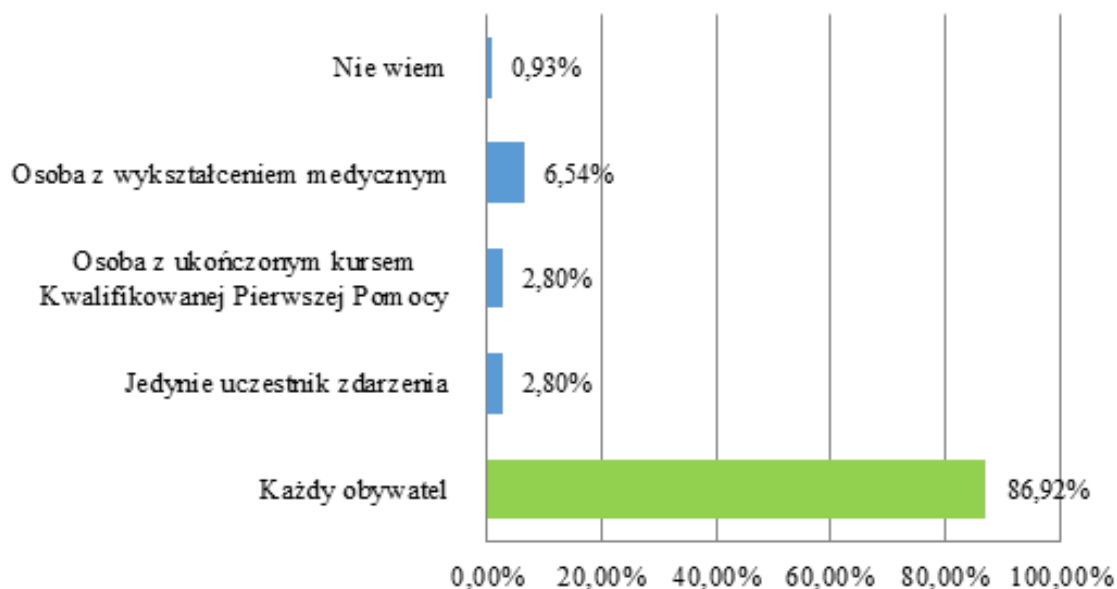


Rycina 6. Udzielenie pierwszej pomocy – odpowiedzi badanych.

Opiniodawcy otrzymali szereg pytań dotyczących właściwych zachowań podczas udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Prawidłowe odpowiedzi zaznaczono kolorem zielony. Suma dobrych rozwiązań wynosiła 21 punktów.

Pierwsze pytanie dotyczyło aspektów prawnych. Według większości badanych prawnie do udzielenia pierwszej pomocy zobowiązanych jest każdy obywatel ($n=93$; 86,92%) – była to prawidłowa odpowiedź. Pozostałe warianty przedstawiono na Rycinie 7.

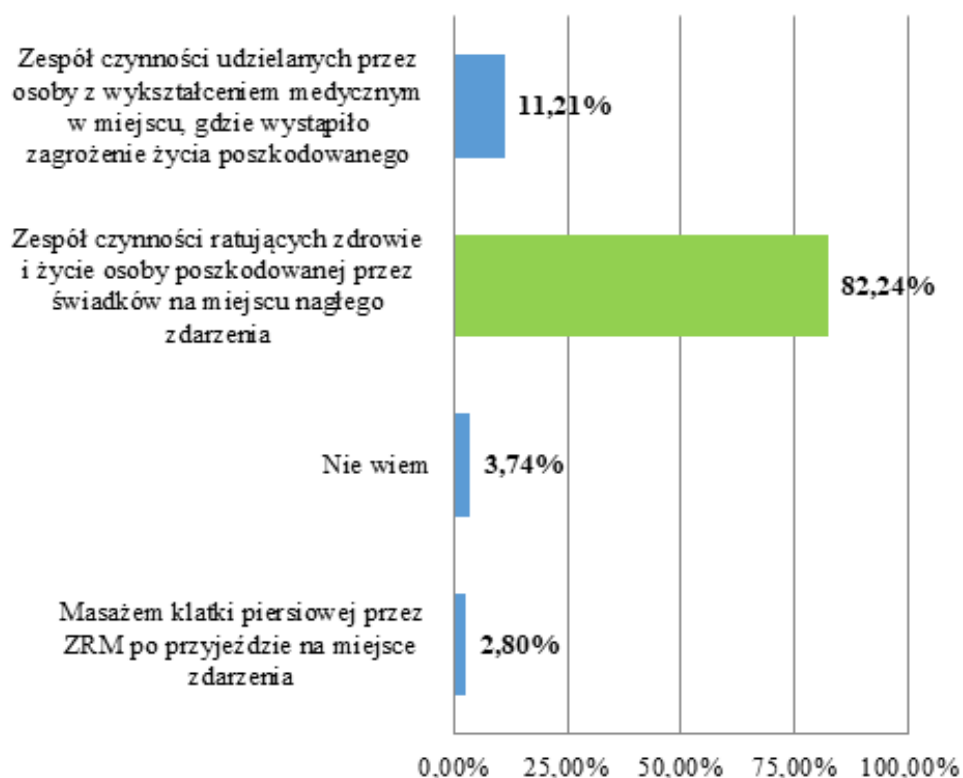
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ



Rycina 7. Zobowiązanie do udzielania pierwszej pomocy według badanych.

Respondenci jednogłośnie stwierdzili, że pierwsza pomoc przedmedyczna jest to „zespół czynności ratujących zdrowie i życie osoby poszkodowanej przez świadków na miejscu nagłego zdarzenia” – była to prawidłowa odpowiedź (n=88; 82,24%). Jedynie 4 osoby nie wiedziały jaki wariant wybrać (3,74%) – Rycina 8.

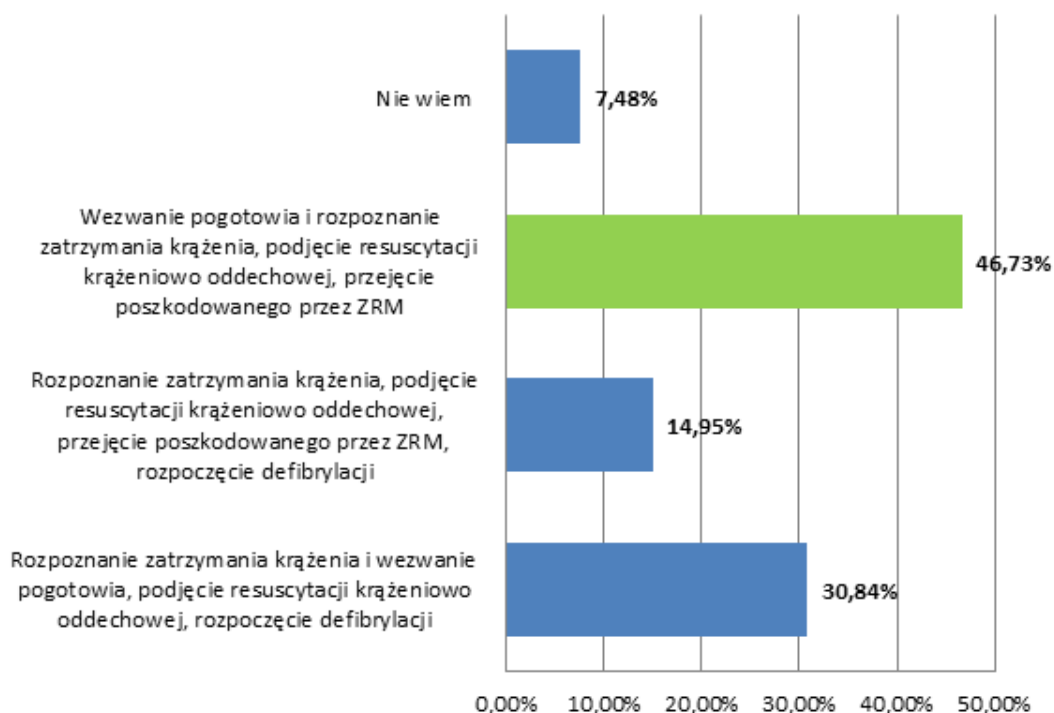
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ



Rycina 8. Pierwsza pomoc przedmedyczna – definicja zdaniem badanych.

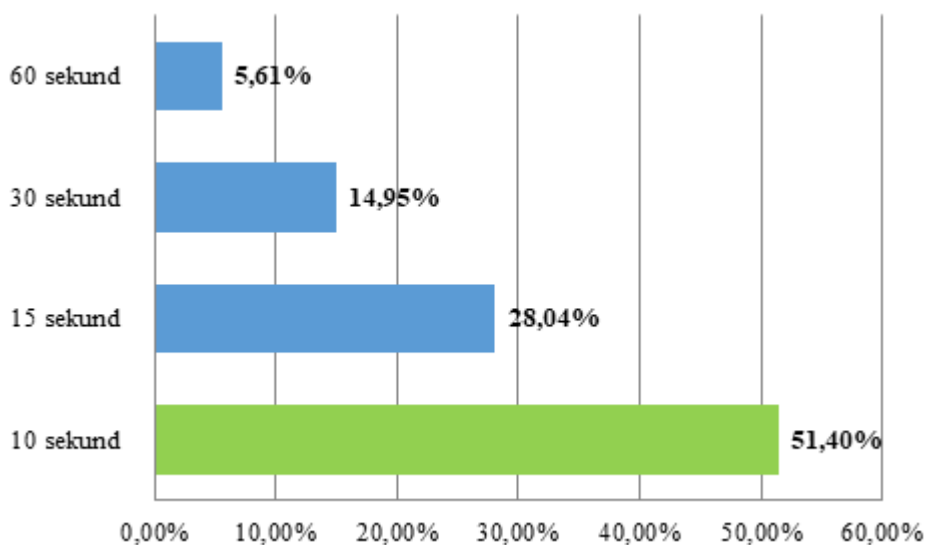
Prawidłową kolejność czynności w łańcuchu przeżycia wybrały 33 osoby (30,84%). Jednak najczęściej ankietowanych wybierało złą kolejność „Wezwanie pogotowia i rozpoznanie zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo- oddechowej, przejęcie poszkodowanego przez ZRM”: (n=50; 46,73%) – Rycina 9.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ



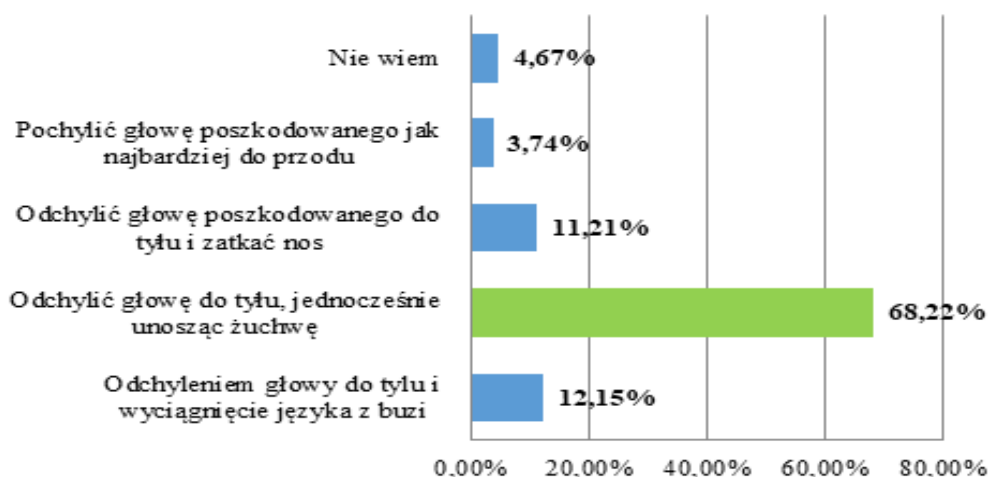
Rycina 9. Łańcuch przeżycia według badanych.

Przed przystąpieniem do resuscytacji krążeniowo – oddechowej należy sprawdzić czy osoba nieprzytomna oddycha. Poświęcić na to należy 10 sekund – zdania tego było ponad połowa przepytanych (n=55; 51,40%). Pozostali wybrali odpowiedzi błędne – Rycina 10.



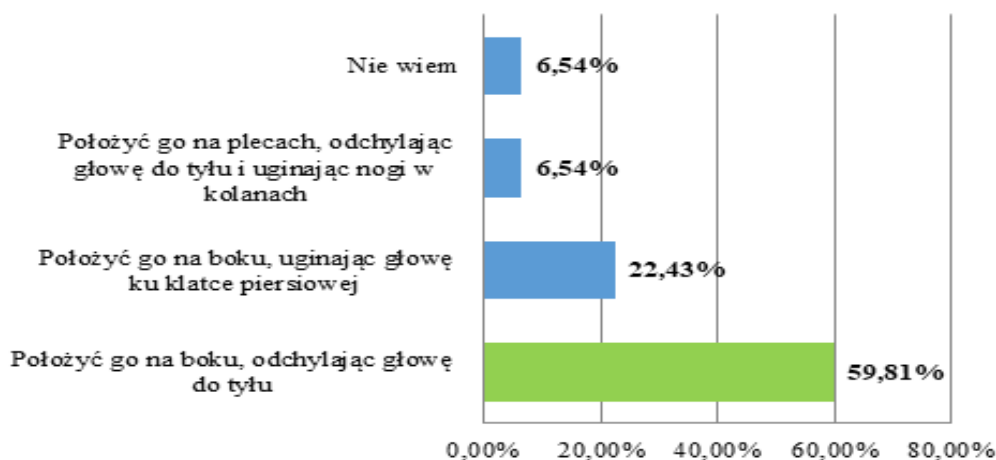
Rycina 10. Kontrola oddechu u osoby nieprzytomnej według badanych.

U osoby nieprzytomnej należy udrożnić drogi oddechowe. Prawidłowym sposobem jest odchylenie głowy do tyłu z jednoczesnym uniesieniem żuchwy. Te zdanie podzielało 73 badanych, stanowiło to 68,22%. Błędne odpowiedzi udzieliło 29 osób, a wariant „nie wiem” wybrało 5 respondentów (4,67%) – Rycina 11.



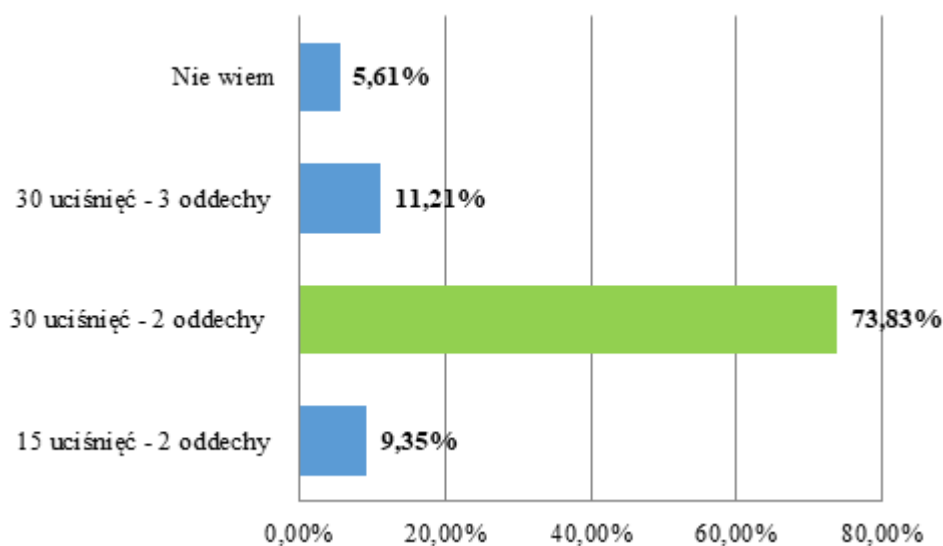
Rycina 11. Prawidłowe udrożnienie dróg oddechowych według badanych.

Pozycja bezpieczna jest to pozycja, która pozwala na bezpieczne, bez użycia sprzętu medycznego utrzymanie drożności górnych dróg oddechowych. Aby ułożyć pacjenta w w/w pozycji należy położyć go na boku, odchylając jego głowę do tyłu. Ponad ½ ankietowanych znała prawidłową odpowiedź (n=64; 59,81%). Tą jak i inne błędne odpowiedzi ukazano na Rycinie 12.



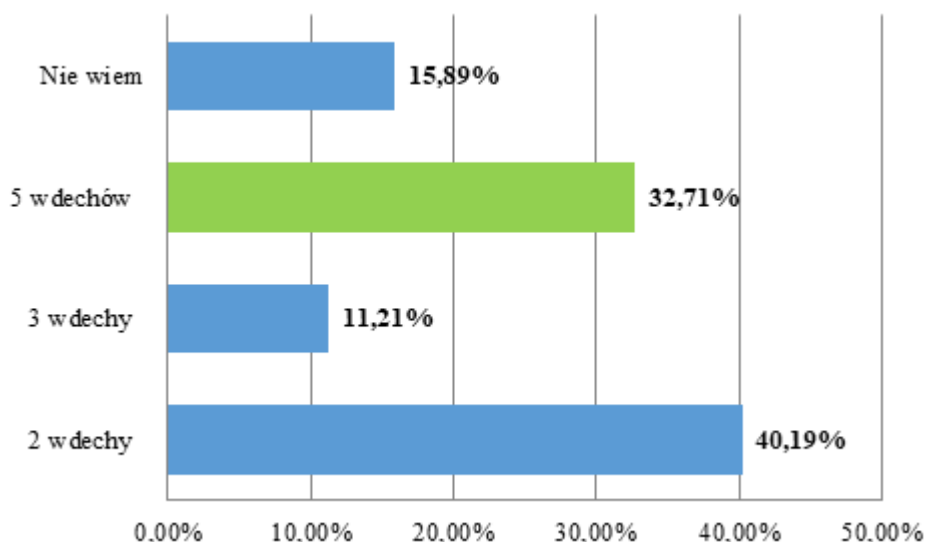
Rycina 12. Pozycja bezpieczna według badanych

Stosunek liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby oddechów ratowniczych podczas resuscytacji krążeniowo – oddechowej u osoby dorosłej powinien wynosić 30 uciśnień – 2 oddechy. Znajomością tego pojęcia wykazało się 79 przepytanych (73,83%). Informacje przedstawiono na Rycinie 13.



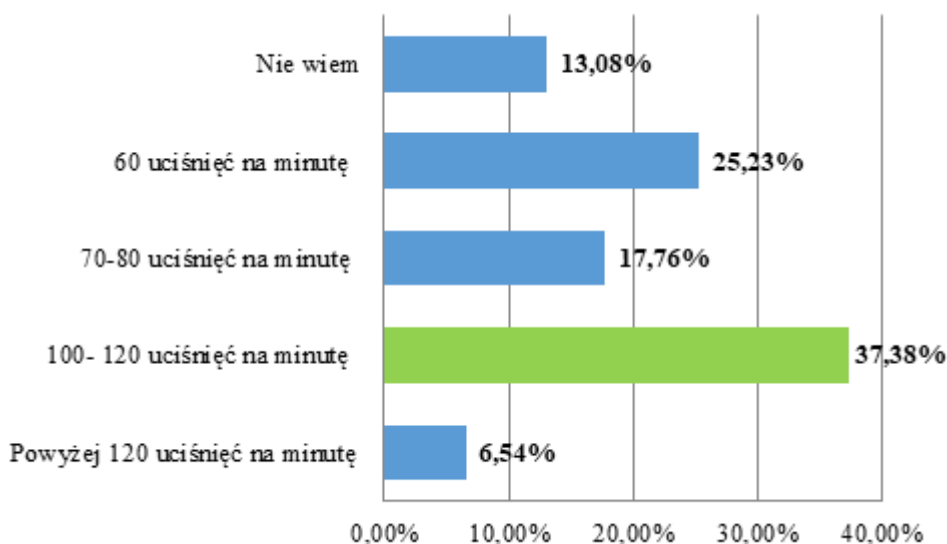
Rycina 13. Stosunek ucisków do oddechów ratowniczych u osoby dorosłej według badanych

Przed przystąpieniem do resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dziecka należy wykonać 5 oddechów ratowniczych. Prawidłową odpowiedź wybrało 35 osób (32,71%). Najwięcej ankietowanych było zdania, że należy wykonać 2 takie oddechy (n=43; 40,19%) – Rycina 14.



Rycina 14. Liczba oddechów ratowniczych u dzieci według badanych

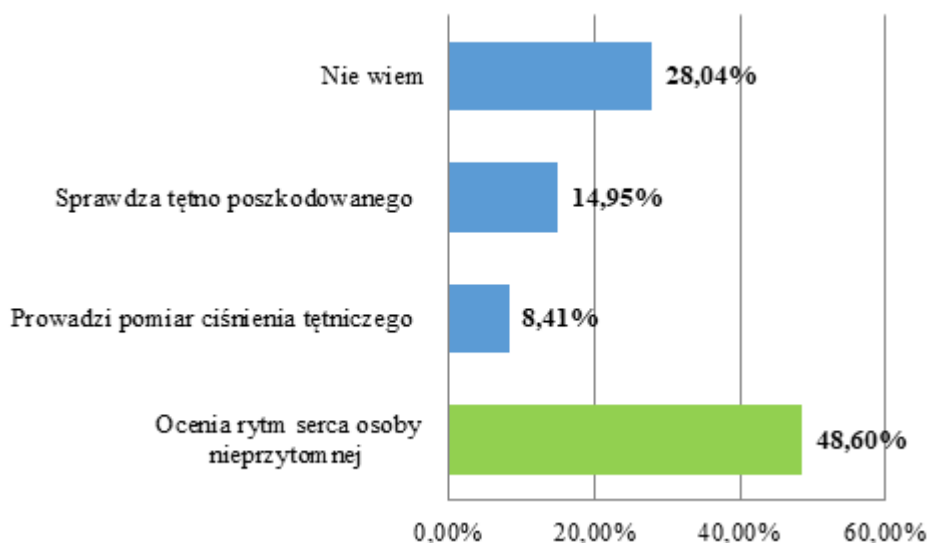
Wskazaną częstotliwością ucisku klatki piersiowej podczas RKO jest od 100 do 120 uciśnień na minutę – wariant ten wybrało 40 ankietowanych, stanowiło to 37,38%. W/w jak i inne, błędne odpowiedzi zaprezentowano na Rycinie 15.



Rycina 15. Ilość uciśnień na minutę według badanych

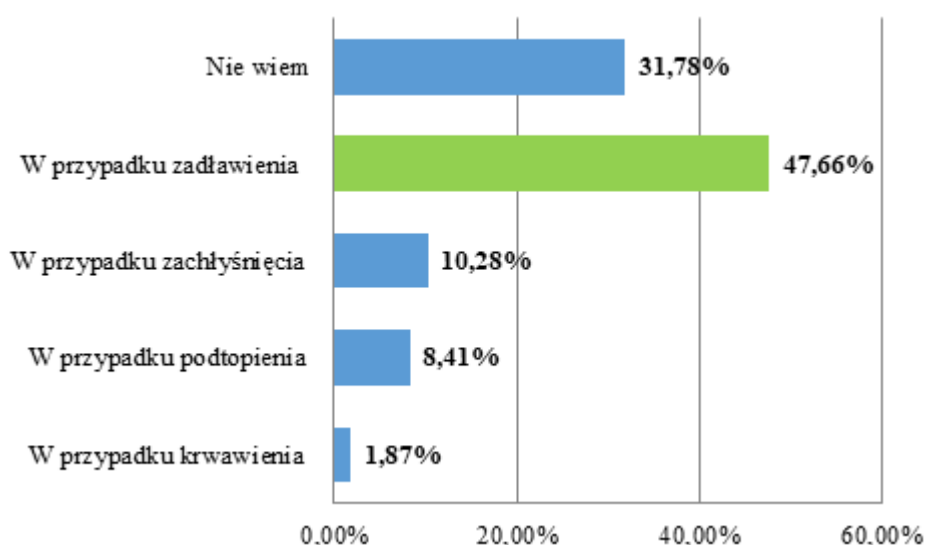
Automatyczny defibrylator zewnętrzny (Automated External Fefibrillator AED) przed rozpoczęciem defibrylacji ocenia rytm serca osoby nieprzytomnej. Prawidłową odpowiedź

wybrało 48,60% (n=52). Brak jakiejkolwiek wiedzy w tym temacie wykazało 30 osób (28,04%) – Rycina 16.



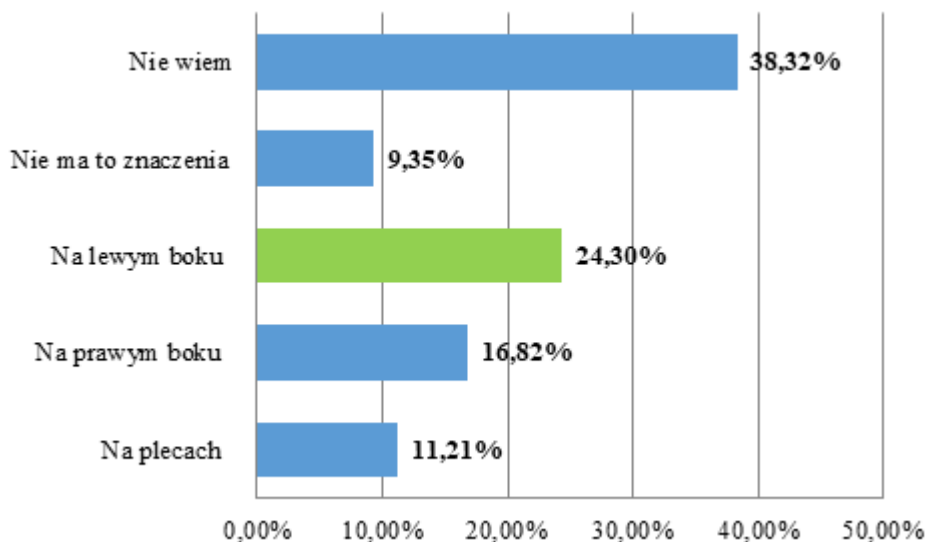
Rycina 16. Czynność wykonywana przez AED przed rozpoczęciem defibrylacji według badanych

W przypadku zadławienia powinno się zastosować rękoczyn Heimlicha (nazywany również manewrem Heimlicha). Nie wiedziało o tym 31,78% badanych, a błędną odpowiedź wybrało 20,56% (n=22). Dokładne informacje zilustrowano na Rycinie 17.



Rycina 17. Zastosowanie rękoczynu Heimlicha według badanych

W przypadku poszkodowanej kobiety ciężarnej układamy ją w pozycji bocznej bezpiecznej na lewym boku – wariant ten wybrało 26 respondentów (24,30%). Według 10 osób ułożenie kobiety w ciąży nie ma znaczenia. Pozostałe dane pokazano na Rycinie 18.



Rycina 18. Pozycja boczna bezpieczna w przypadku kobiet ciężarnych według badanych

W celu wskazania przypadkowości zaobserwowanego wyniku analizie statystycznej poddano płeć ankietowanych oraz posiadanie przez nich wiedzy na temat bezpiecznego ułożenia kobiety w ciąży. W/w zależność nie jest istotna statystycznie, gdyż wartość p jest większa niż 0,05. Dane ukazano w Tabeli 1.

Tabela 1. Wiedza na temat bezpiecznego ułożenia kobiety w ciąży, a płeć.

Wiedza na temat bezpiecznego ułożenia kobiety w ciąży	Płeć	
	Kobieta	Mężczyzna
Tak	14	12
Nie	45	36
p	0,87945707	
chi ²	0,023	
df	1	

Osobie poszkodowanej, która dostała ataku padaczki należy w pierwszej kolejności mocno przytrzymać całe ciało, aby nie drgało. Prawidłową odpowiedź wybrało niecałe 15% (n=16; 14,95%). Prawie połowa grupy badanej sądziło, że należy sprawdzić czy poszkodowany nie ma nic w jamie ustnej (n=49; 45,79%). Inne odpowiedzi zawarto na Rycinie 19



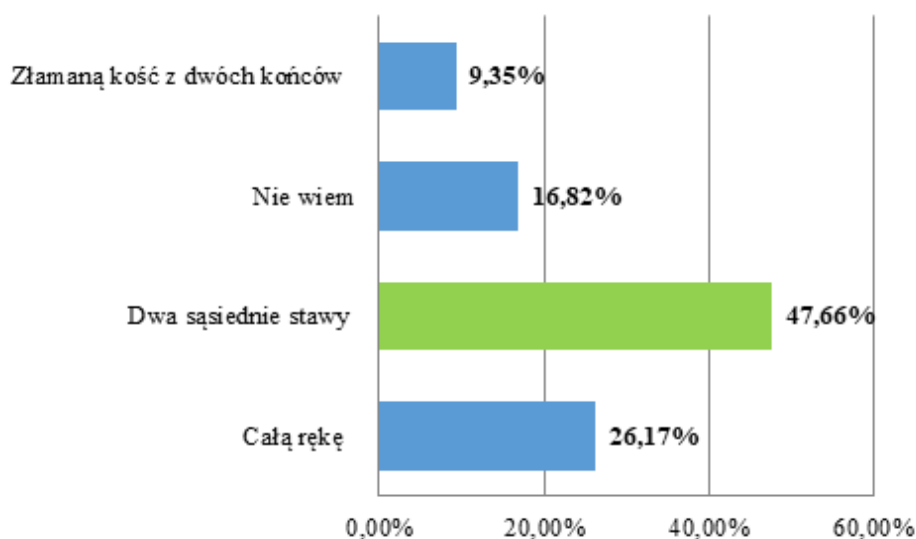
Rycina 19. Postępowanie w przypadku ataku padaczki według badanych.

Opaskę uciskową w przypadku silnego krwotoku należy założyć od 5 do 8 cm powyżej miejsca krwawienia. Odpowiedź tą wybrało 56 respondentów (52,34%). Jedną z nieprawidłowych odpowiedzi takich jak „jak najwyżej na kończynie krwawiącej” zaznaczyło 21 przepytanych (19,63%) – Rycina 20.



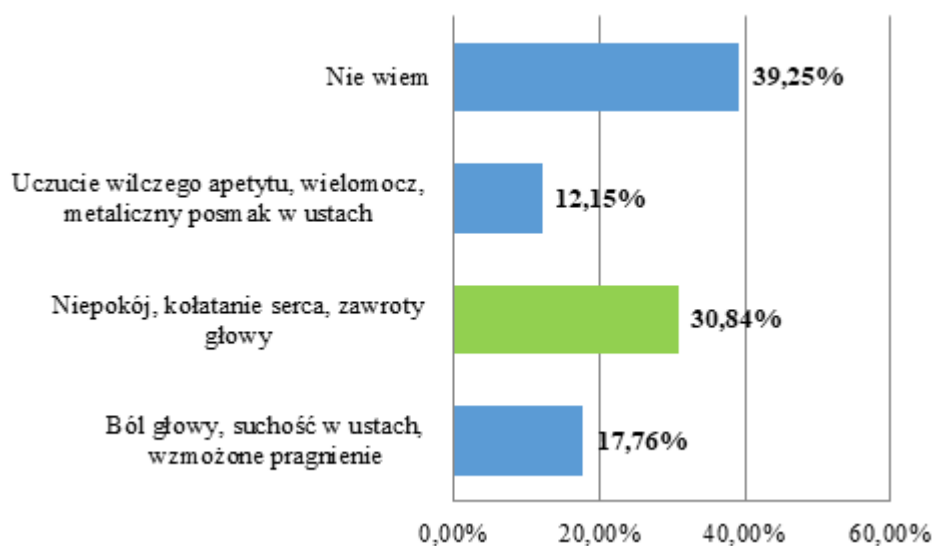
Rycina 20. Zastosowanie opaski uciskowej według badanych.

W przypadku złamania zamkniętego kości przedramienia należy unieruchomić dwa sąsiednie stawy – dobrej odpowiedzi udzieliło 51 opiniodawców (47,66%). O unieruchomieniu całej kończyny górnej wspomniało 26,17% grupy badanej (n=28) – Rycina 21



Rycina 21. Unieruchomienie kończyny w przypadku złamania według badanych.

Hipoglikemia jest to spadek stężenia glukozy we krwi < 70 mg/dL. Objawami niedocukrzenia są niepokój, kołatanie serca i zawroty głowy. Symptomy te znalazło 33 osoby, stanowiło to 30,84%. Ból głowy, suchość w ustach oraz wzmożone pragnienie wybrało 19 przepepytywanych – Rycina 22.



Rycina 22. Objawy hipoglikemii według badanych.

Zależność między znajomością objawów hipoglikemii, a ankietowanymi w wieku powyżej 46 lat jest istotna statystycznie, to znaczy, że p jest mniejsze od 0,05 ($p=0,04651874$) – Tabela 2.

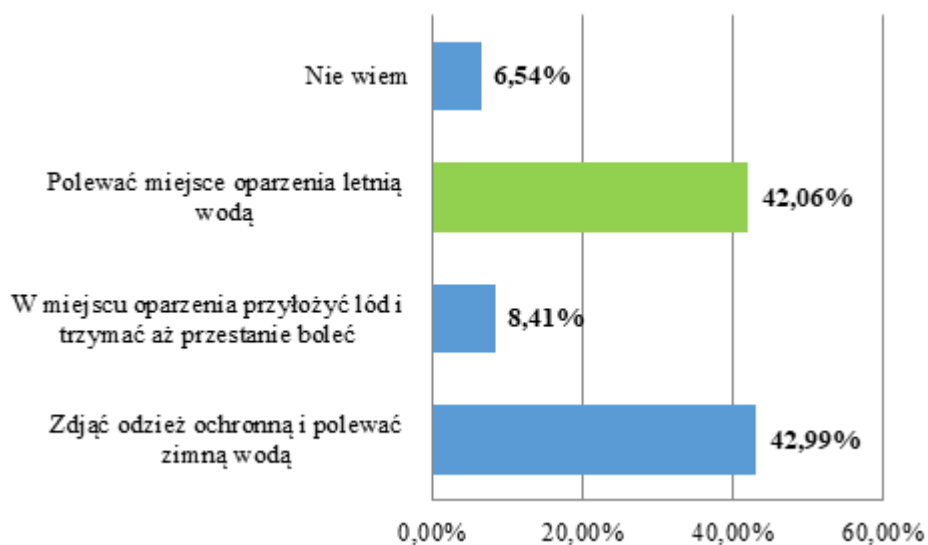
Tabela 2. Wiek badanych powyżej 46 lat, a znajomość objawów hipoglikemii.

Znajomość objawów hipoglikemii	Wiek powyżej 46 lat	
	Tak	Nie
Tak	11	22
Nie	12	62
p	0.04651074	

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ

chi ²	3.963
df	1

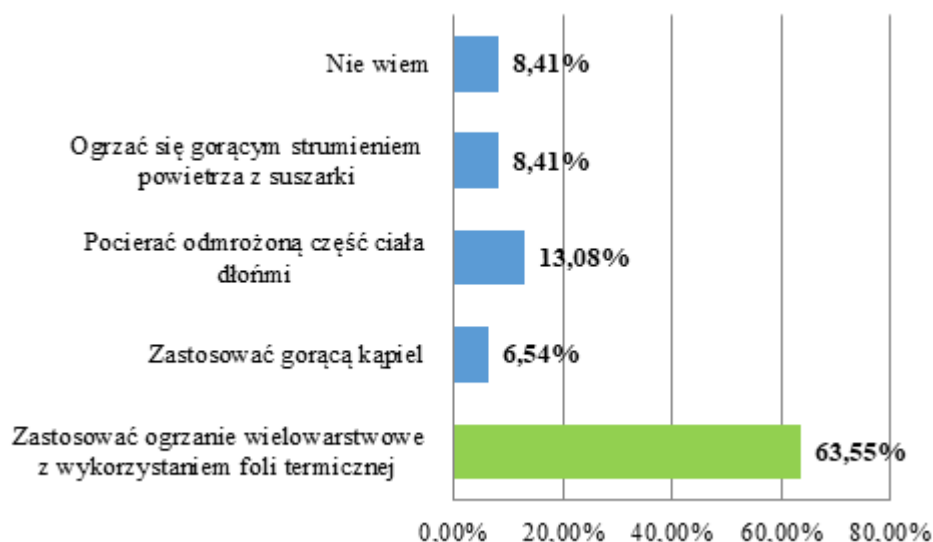
W sytuacjach, kiedy osoba poszkodowana zostanie poparzona wrzątkiem należy niezwłocznie polewać miejsce oparzenia letnią wodą (n=45; 42,06%). Przyłożenie lodu w miejscu oparzenia oraz zdjęcie odzieży jest błędnym rozumowaniem – Rycina 23.



Rycina 23. Postępowanie w przypadku oparzenia według badanych.

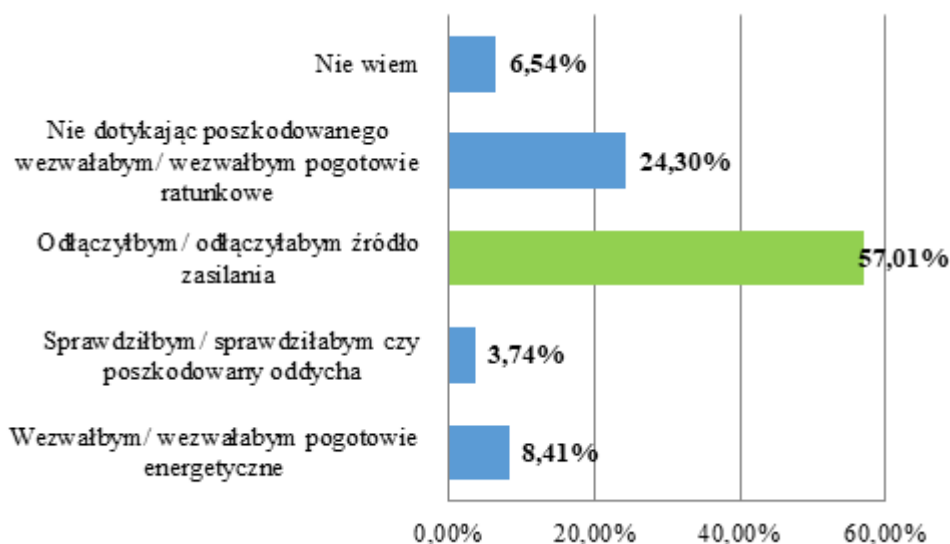
W przypadku odmrożenia powinno się zastosować ogrzanie wielowarstwowe z wykorzystaniem folii termicznej. Informację tę znało 68 przebadanych (63,55%). Inne warianty odpowiedzi ukazano na Rycinie 24.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ



Rycina 24. Postępowanie w przypadku odmrożenia według badanych.

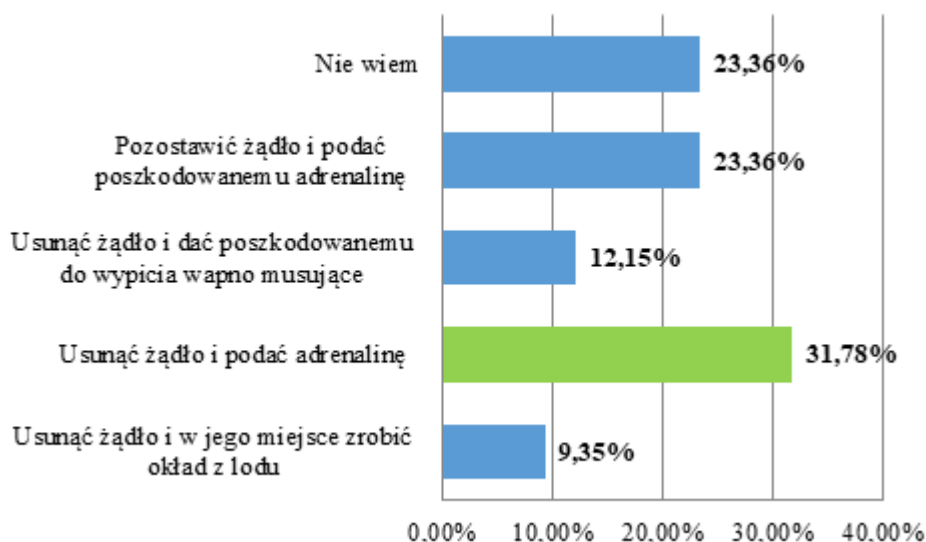
Widząc osobę rażoną prądem należy niezwłocznie odłączyć źródło zasilania. Wiedziała o tym ponad połowa grupy badanej (n=61; 57,01%). Pozostałe dane ukazano na Rycinie 25.



Rycina 25. Postępowanie w przypadku rażenia prądem według badanych.

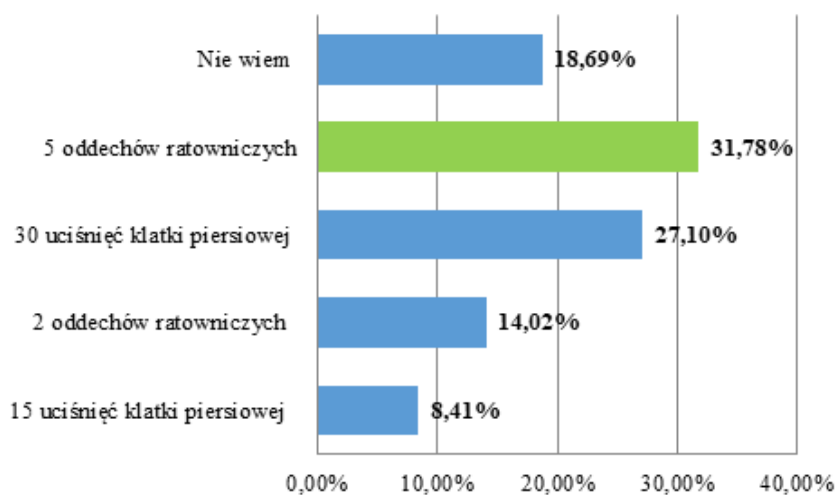
Zdarzają się sytuacje, kiedy po użądleniu przez pszczołę poszkodowany doznaje wstrząsu anafilaktycznego. Niezwłocznie należy usunąć żądło i podać adrenalinę (n=34; 31,78%). Brak wiedzy w w/w temacie przyznało 25 opiniodawców (23,36%) – Rycina 26.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ



Rycina 26. Postępowanie w przypadku użądlenia przez pszczołę według badanych.

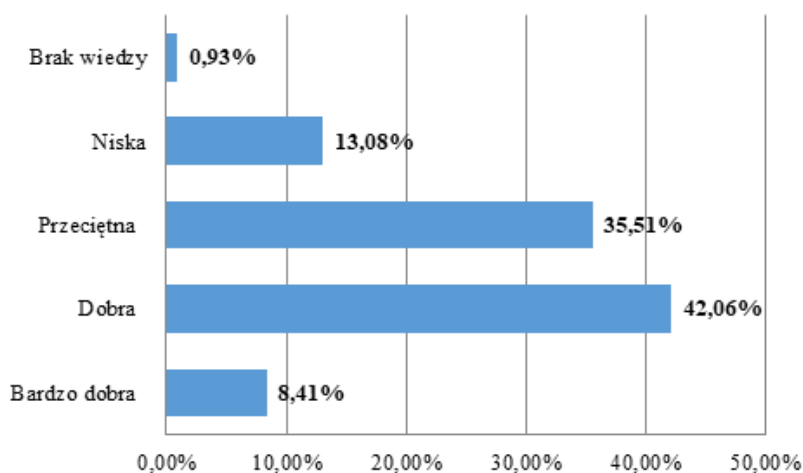
Resuscytację krążeniowo – oddechową u osoby tonącej należy zacząć od 5 oddechów ratowniczych. Odpowiedź prawidłową zaznaczyło 34 ankietowanych, czyli 31,78% ogółu – Rycina 27.



Rycina 27. Postępowanie w przypadku osoby tonącej według badanych.

Respondenci zostali poproszeni o samoocenę wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Na poziomie dobrym oceniło się 45 osób, stanowiło to 42,06%. Poziom

przeciętny reprezentowało 38 badanych (35,51%). O braku wiedzy poinformowała 1 osoba. Pozostałe dane ukazano na Rycinie 28.



Rycina 28. Samoocena badanych na temat znajomości zasad pierwszej pomocy przedmedycznej.

Analizie statystycznej poddano zależność między samooceną ankietowanych na w/w temat, a byciem świadkiem zdarzenia wymagającego udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej. Nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,50091373$) – Tabela 3.

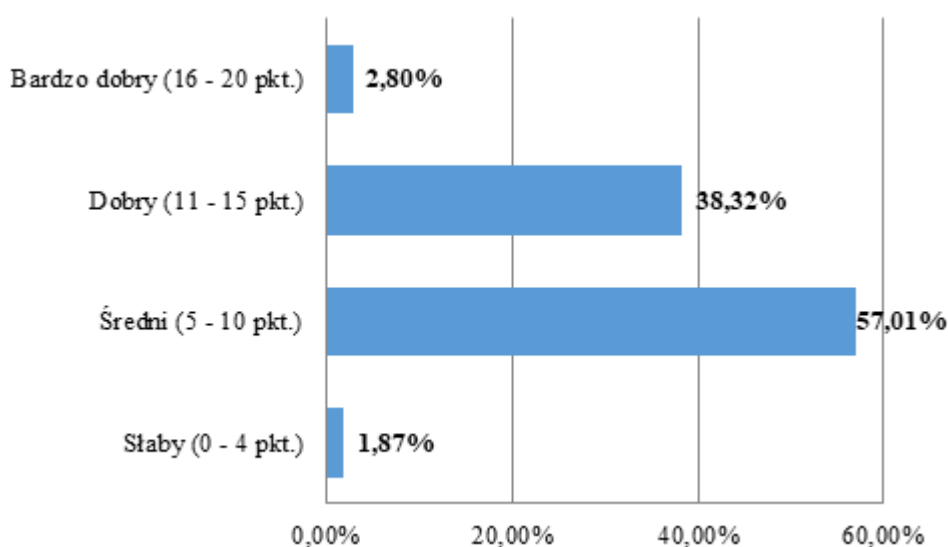
Tabela 3. Samoocena badanych, a bycie świadkiem wydarzenia wymagającego udzielenia pierwszej pomocy.

Bycie świadkiem wydarzenia wymagającego pierwszej pomocy	Samoocena wiedzy na poziomie dobrym i bardzo dobrym	
	Tak	Nie
Tak	30	26
Nie	24	27
p	0.50091373	

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ

chi ²	0.453
df	1

Po podsumowaniu wszystkich prawidłowych odpowiedzi poziom wiedzy grupy badanej był na poziomie średnim (n=61; 57,01%). Znajomość w/w pojęć na poziomie bardzo dobrym reprezentowało 3 osoby ankietowane (2,80%). Szczegółowe informacje zawarto na Rycinie 29.



Rycina 29. Ocena badanych na temat znajomości zasad pierwszej pomocy przedmedycznej.

Istotność statystyczną wykazała zależność między posiadaniem kursu lub szkolenia z dziedziny pomocy przedmedycznej i zdobytym wynikiem dobrym lub bardzo dobrym z pytań w ankiecie ($p=0,00390816$) – Tabela 4.

Tabela 4. Posiadanie kursu pierwszej pomocy, a wynik dobry/bardzo dobry z pytań w ankiecie.

Wynik dobry lub bardzo dobry	Posiadanie kursu	
	Tak	Nie

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
PRZEDMEDYCZNEJ

Tak	24	20
Nie	17	46
p	0,00390816	
chi ²	8,326	
df	1	

Wykazano, że im wyższe wykształcenie tym częściej respondenci zdecydowaliby się udzielić pomocy osobie poszkodowanej. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p=0.04863957$). Żaden z uczestników badania posiadający wyższe wykształcenie na pytanie dotyczące udzielenia pierwszej pomocy nie wybrał odpowiedzi „nie wiem”. Szczegóły ukazano w tabeli 5.

Tabela 5. Wykształcenie, a udzielenie pierwszej pomocy osobie poszkodowanej.

Wykształcenie	Widząc osobę poszkodowaną udzielił/ udzieliłaby Pan/ Pani pierwszej pomocy?		
	Nie wiem	Raczej tak	Tak
Podstawowe	2	5	7
Średnie	1	9	22
Wyższe	0	12	31
Zawodowe	3	8	7
p	0.04863957		
chi ²	12.667		
df	6		

DYSKUSJA

Żyjąc w czasach z upowszechnionym dostępem do wiadomości z całego kraju, każdego dnia słyszymy o śmiertelnych wypadkach na drodze, potrąceniach pieszych na przejściach, dzieciach poparzonych wrzątkiem, czy utonięciach nad wodą w okresie wakacyjnym. Tym niefortunnym zdarzeniom często można zapobiec. Jeśli jednak nie mamy wpływu na zaistniałą sytuację a jesteśmy świadkami zdarzenia od nas mogą zależeć dalsze losy jego uczestników. W świetle polskiego prawa każdy świadek, jak i uczestnik zajścia ma obowiązek udzielenia pierwszej pomocy poszkodowanym do momentu przybycia na miejsce zdarzenia wykwalifikowanych służb ratunkowych. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z tego, jak cenna może okazać się ich pomoc w takiej sytuacji. Część z nich wychodzi z założenia, że nigdy nie znajdzie się w okolicznościach wymagających sprawdzenia swoich umiejętności z zakresu pierwszej pomocy. Kiedy jednak takie zdarzenie zaistnieje dla poszkodowanego liczy się czas, a brak wiedzy i umiejętności świadków zdarzenia szybko zostaje zweryfikowany. Towarzyszący stres i chaos dokoła jeszcze bardziej obniżają jakość udzielanej pomocy, dlatego tak ważne jest zdobywanie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej [3].

W przeprowadzonym badaniu sprawdzono, jak kształtuje się wiedza społeczeństwa z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Analizie poddano mieszkańców województwa podlaskiego z czego najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 18 do 25lat w tym 63% były to kobiety a mężczyźni liczyli 44%. Większość respondentów zadeklarowała posiadanie wykształcenia wyższego 40%, jak również fakt zamieszkiwania terenów wiejskich.

Sprzyjającym aspektem powodzenia każdej akcji ratunkowej jest znajomość standardów postępowania podczas pierwszej pomocy. W badaniach własnych niecałe 40%, konkretniej 41 ankietowanych ukończyło kurs lub szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej a już ponad połowa z nich (21 osób) była świadkami zdarzenia, gdzie konieczne było udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej. Respondenci zapytani o to jak oceniają swoją wiedzę tylko 8% stwierdziło, że jest ona bardzo dobra, 42% oceniło ją jako dobrą, 36% jako przeciętną, a 13% uznało ją za niską. W badaniu przeprowadzonym przez Patryn i wsp., analizie tego samego problemu poddano wiedzę aktywnych kierowców województwa lubelskiego. Uczestnicy badania również zostali zapytani, jak oceniają swoją wiedzę z zakresu pierwszej pomocy, aż 52% z nich uważa swoją wiedzę za przeciętną. Powodów braku dostatecznej wiedzy może być wiele, jednak nie jest ona na najniższym

poziomie. Może z tego wnioskować, że dysponują oni wiedzą teoretyczną, która wymaga usystematyzowania i ćwiczeń praktycznych [4].

Co dzieje się w sytuacji, kiedy posiadamy już wiedzę teoretyczną i praktyczną z dziedziny, która nas interesuje? Otóż wtedy przed jej wykorzystaniem dzielą nas już tylko chęci. W przypadku czynności ratunkowych będzie to chęć podjęcia działań i udzielenia pomocy. W analizie własnej zauważono zależność pomiędzy wzrostem wykształcenia a wzrostem odsetka badanych, którzy deklarują chęć udzielenia pierwszej pomocy. Wykazano, że im wyższe wykształcenie tym częściej respondenci zdecydowaliby się udzielić pomocy osobie poszkodowanej. Wyniki Żaden z uczestników badania posiadający wyższe wykształcenie na pytanie dotyczące udzielenia pierwszej pomocy nie wybrał odpowiedzi „nie wiem”. Podobną zależność zauważono wśród studentów pielęgniarstwa, w badaniu Olejniczak i wsp. studenci Uniwersytetu Medycznego w Warszawie udzieliliby w pierwszej pomocy przedmedycznej w 100% [5].

Nie możemy przejść obojętnie obok osobę nieprzytomnej, która nie oddycha i nie wykazuje żadnych czynności życiowych, takie objawy mogą świadczyć o zatrzymaniu krążenia. Szybko rozpoczęte i prawidłowo przeprowadzone RKO może nawet 4-ro krotnie zwiększyć szansę na przeżycie chorego. Statystycznie zespół ratownictwa medycznego jest w stanie przybyć na miejsce zdarzenia po 5-8 minutach od przyjęcia zawiadomienia, w tym czasie losy osoby poszkodowanej leżą w rękach świadków zdarzenia.

Jedną z głównych czynności ratunkowych jest udrożnienie dróg oddechowych. Podstawowym manewrem, aby przywrócić oddech osobie nieprzytomnej jest odchylenie jej głowy do tyłu z jednoczesnym uniesieniem żuchwy. Z badań własnych wynika, że znaczna część społeczeństwa konkretnie 68% badanych wie jak prawidłowo udrożnić drogi oddechowe. Zbliżone wyniki w swojej analizie wiedzy z zakresu RKO jednostek współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego otrzymał Pilip i wsp., spośród grup badanych funkcjonariusze policji znali odpowiedź w 71% a pracownicy WOPR udzielili prawidłowej odpowiedzi w 80%. Po udrożnieniu dróg oddechowych przez kolejne 10 sekund należy sprawdzać, czy poszkodowany oddycha. Niepokojącą kwestią jest, że prawie 49% ankietowanych nie wie, ile czasu powinno trwać sprawdzanie oddechu. Z kolei młodzież ponadgimnazjalna w badaniu Jurczaka i wsp. jednogłośnie udzieliła prawidłowej odpowiedzi [3, 6].

Po udrożnieniu dróg oddechowych, kiedy zaobserwowaliśmy już brak oddechu u osoby poszkodowanej, niezwłocznie należy przejść do masażu zewnętrznego serca. Efekty, jakie przyniesie masaż uzależnione są od jakości jego wykonania. Szczególną uwagę powinno się zwrócić na sposób ułożenia rąk podczas masażu oraz stosunek liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby wdechów ratowniczych. Z analizy badań własnych oraz badań Kołka i wsp., którego grupą badaną byli funkcjonariusze policji nasuwają się wnioski, że dla większości części społeczeństwa stosunek 30:2 nie jest obcy. Znacznie gorzej wypada podanie częstotliwości z jaką należy wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej. W badaniu własnym tylko 37% odpowiadających wiedziało, że powinno być to 100-120 uciśnień na minutę. Wśród policjantów w badaniu Kołka i wsp. ponad 50% policjantów znało prawidłową odpowiedź [7]

Algorytm przeprowadzenia pierwszej pomocy u dziecka jest bardzo zbliżony do tego wykonywanego u dzieci. Świadek zdarzenia widząc nieprzytomne dziecko powinien niezwłocznie podbiec i zainteresować się jego stanem. W pierwszej kolejności zadbać o własne bezpieczeństwo, następnie udrożnić drogi oddechowe i ocenić oddech. Jeśli dziecko nie oddycha należy wykonać 5 oddechów ratunkowych i przejść do masażu serca. Wyniki własnych badań wykazały niedostateczną wiedzę z zakresu RKO prowadzonego u dzieci. Tylko 32% badanych przed masażem serca wykonałoby 5 oddechów. Znacznie większą wiedzę posiadają studenci pielęgniarstwa weryfikowani w badaniu przeprowadzonym przez Wojczyk, gdzie 73% znało prawidłową odpowiedź. Wśród studentów pielęgniarstwa więcej badanych miało ukończony kurs pierwszej pomocy, gdzie mogli zdobyć szerszy wachlarz wiedzy. Jest to dobrym przykładem na to, że kursy i szkolenia z zakresu pierwszej pomocy powinny być ogólnodostępne [8].

WNIOSKI

Analiza wyników zdobytych w badaniu sprawdzającym wiedzę społeczeństwa z zakresu pierwszej pomocy umożliwiła wysunięcie kilku wniosków:

1. Obecny stan wiedzy społeczeństwa z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej jest przeciętny.
2. Najchętniej udział w badaniu o danej tematyce brały kobiety.
3. Ponad połowa ankietowanych oceniła swoją wiedzę z zakresu pierwszej pomocy na dobrą lub bardzo dobrą.

4. Społeczeństwo niechętnie się doksztalca i poszerza swoją wiedzę, duża część społeczeństwa nie ma ukończonego żadnego kursu czy szkolenia z zakresu pierwszej pomocy.
5. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły osoby posiadające ukończony kurs lub szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.
6. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta chęć udzielenia pomocy osobie poszkodowanej.
7. Nieduża część osób wiedziałaby jak umiejętnie ułożyć kobietę w ciąży w pozycji bezpiecznej, ale częściej w prawidłowej odpowiedzi udzielały kobiety.
8. Z przeprowadzonego badania wynika, że respondenci pomimo chęci niesienia pomocy poszkodowanym nie byłiby w stanie przeprowadzić prawidłowo czynności ratunkowych.
9. Położenie większego nacisku na edukację zarówno teoretyczną, jak i praktyczną z zakresu pierwszej pomocy pozwoliłoby na prawidłowe przygotowanie społeczeństwa, jak również utrwalenie prawidłowych wzorców zachowań podczas czynności ratunkowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Zagajewski T.: Podręcznik pierwszej pomocy: nagłe zatrzymanie krążenia i inne nieurazowe stany zagrożenia życia. Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Łódź 2014.
2. Zawadzki D., Krupińska J. Rej-Kietla A.: Obowiązek udzielenia pierwszej pomocy przez nauczycieli w aspekcie prawno-medycznym. Szkoła- Zawód- Praca 2018; 15, 8: 32-33.
3. Jurczak A., Kopański Z., Gajdosz R.: Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej. Journal of Clinical Healthcare 2015; 2, 28-34.
4. Patryn R., Żyśko M., Sobczyńska M.: Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 18, 4: 324-329.
5. Olejniczak D., Miciuk D., Religion U.: Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013; 3 (2): 101-110.
6. Pilip S., Wójcik A., Michalak G., Gałązkowski R.: Wiedza z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach

współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego. *Ratownictwo i Medycyna Katastrof* 2015; 38 (2): 133-144.

7. Kołek K., Hładki W., Lorkowski J.: Wiedza policjantów na temat pierwszej pomocy medycznej. *Ostry Dyżur* 2018; 11, 2-3: 54-56.
8. Wojczyk A.: Stan wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat resuscytacji krążeniowo-oddechowej. *Puls Uczelni* 2015; 2 (9): 7-11.

POSTAWY PIEŁĘGNIAREK WOBEC PACJENTA UMIERAJĄCEGO W HOSPICJUM

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Edyta Sutula², Cecylia Dolińska³, Monika Choraży⁴

1/ - Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

3/ - Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

4/ - Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

*„Jesteś ważny, dlatego że jesteś tym, kim jesteś, i to do **ostatniej chwili życia.**”*

Hasło Światowego Dnia Hospicjów i Opieki Paliatywnej,
13.10.2018

WSTĘP

Opieka hospicyjna jest przeznaczona dla pacjentów cierpiących z powodu chorób nieuleczalnych oraz umierających. Ze względu na swoją specyfikę działania, hospicja mają za zadanie nie tylko zwalczanie i łagodzenie dolegliwości bólowych i objawów somatycznych, ale także udzielania świadczeń z zakresu wsparcia duchowego oraz psychologicznego.

Miejszem narodzin współczesnego modelu opieki hospicyjnej jest Londyn, dlatego też tam jest ona najlepiej rozwinięta. Gdy w roku 1967 w Londynie zostało otwarte Hospicjum św. Krzysztofa przez dr Cicely Saunders, twórczynię nowoczesnego modelu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zdarzenie, które zadecydowało o otworzeniu takiego miejsca przez dr Saunders, miało miejsce w 1947 roku, gdy spotkała ona Dawida Taśmę, polskiego uciekiniera z getta warszawskiego umierającego na raka w szpitalu. To właśnie rozmowy z Żydem polskiego pochodzenia odcisnęły ogromny wpływ na działania Cicely. W ciągu 20 lat od spotkania wykazała się ogromną determinacją, kończąc szkołę pielęgniarstwa, studia medyczne, aby finalnie stworzyć miejsce sprawującą kompleksową opiekę nad pacjentami umierającymi [1].

Dzięki swojej determinacji, dr Cicely Saunders, nie tylko stworzyła pierwsze hospicjum w Londynie, ale dała też innym medykom szansę na zainteresowanie się tematem opieki

paliatywnej. Dzięki jej działaniom, również na terenie Polski zaczęły powstawać stacjonarne hospicja, a pierwsze z nich, Hospicjum Pallotinum, powstało w Gdańsku w 1983 roku.

Za swoje dokonania dr Cicely Saunders została odznaczona Orderem Imperium Brytyjskiego. Prywatnie była żoną polskiego malarza Mariana Bohusza-Szyszko. Zmarła w 2005 roku po wieloletniej walce z chorobą nowotworową [2].

Specyfika medycyny paliatywnej

W odróżnieniu od opieki hospicyjnej, medycyna paliatywna różni się strukturą organizacji oraz zasadami udzielania świadczeń. Wiele osób używa tych dwóch określeń jako synonimów, jednak pomimo wielu wspólnych zasad i udzielanych świadczeń, różnią się one między sobą [3].

Pacjent umierający

Opieka nad pacjentem umierającym polega towarzyszenie pacjentowi podczas umierania, łagodząc przy tym jego cierpienie i zachowując jego godność, ale również zapewnia wsparcie i pomoc jego bliskim. Oczywistym jest, że do ostatnich chwil życia pacjenta, należy ciągle dokonywać oceny potrzeb chorego i ich zapewniania. Z psychologicznego punktu widzenia, bardzo dobrze wpływa rozmawianie z chorym – odnośnie tego jakie czynności będą przy nim wykonywane, udzielania wsparcia, życzliwości. Jeśli chodzi o duchowość, warto zapytać się pacjenta, czy chce aby zaprosić do niego duchownego ze swojego związku wyznaniowego, czy też umożliwienie mu pożegnania się z najbliższymi [4].

Postawy etyczno-moralne w opiece nad pacjentem paliatywnym

Opiekując się pacjentem paliatywnym lub hospicyjnym należy pamiętać, iż wyróżnia się 4 kardynalne zasady etyczne, które pomagają w rozwiązywaniu dylematów związanych z opieką nad pacjentem umierającym :

1. Poszanowanie autonomii pacjenta
2. Zakaz szkodenia
3. Zasada czynienia dobra
4. Poszanowanie zasady sprawiedliwości [5].

Najtrudniejszą decyzją w pracy medyków jest zaprzestanie dalszego leczenia, które mogłoby tylko przynieść lub przedłużyć cierpienie pacjenta. W tym przypadku zdefiniowanie

słowa „korzyść” jest trudne, ponieważ czym innym będzie ona dla lekarza, a czym innym dla pacjenta czy jego rodziny [6].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem paliatywnym

Przy kontakcie z pacjentem umierającym, pielęgniarki i pielęgniarze, pokazują swój profesjonalizm poprzez odpowiednią postawę podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych, ale także wszystkie te czynności wykonując z należytą starannością i chęcią niesienia ulgi w cierpieniu [7].

Do podstawowych czynności wykonywanych przez pielęgniarki opieki paliatywno-hospicyjnej należą:

- Koordynowanie i planowanie opieki nad pacjentem;
- Nadzór i edukacja najbliższej rodziny z zakresu wykonywania czynności pielęgnacyjnych przy chorym;
- Okazywanie wsparcia psychologicznego pacjentowi i jego rodzinie;
- Udział w farmakoterapii – podawanie leków zleconych przez lekarza nadzorującego opiekę nad pacjentem;
- Współudział w prowadzeniu terapii leczenia bólu;
- Wykonywanie czynności z zakresu pielęgnacji i utrzymania higieny ciała pacjenta;
- Przekazywanie wiedzy dotyczącej zasad pielęgnacji;
- Pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych;
- Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych;
- Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego;
- Dbanie o poszanowanie godności oraz autonomii pacjenta;
- Leczenie i zapobieganie występowaniu objawów somatycznych;
- Obserwacja i ocena stanu chorego;
- Obserwacja i ocena dolegliwości bólowych;
- Pomoc w organizowaniu sprzętów i wyrobów medycznych;
- Zapobieganie powstawaniu odleżynom i przykurczom;
- Udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na pytania chorego oraz jego bliskich;
- Aktywne wysłuchiwanie chorego, okazywanie mu życzliwości.

Pielęgniarki oraz pielęgniarze sprawujący opiekę chorego umierającego wymaga stałego poszerzania kompetencji z wielu dziedzin medycyny, aby skuteczniej i efektywniej nieść pomoc w poprawie jakości życia pacjentom. Dodatkowo pracownicy powinni umieć

rozpoznawać potrzeby psychologiczne pacjenta – czasem nawet 5-minutowa rozmowa z pacjentem może przynieść mu niesamowitą ulgę, poczucie wsparcia i pozwoli poczuć się ważnym w trudnych dla niego chwilach [8].

Objawy zwiastujące śmierć pacjenta

W procesie umierania możemy wyróżnić 3 etapy:

Okres preterminalny rozpoczyna się, gdy proces chorobowy jest dalece zaawansowany, ale stan chorego jest względnie dobry, jednak nie istnieją skuteczne metody leczenia choroby nowotworowej.

W fazie terminalnej dochodzi do nieodwracalnego pogorszenia się stanu zdrowia chorego – nasilają się dolegliwości fizycznej. Sprawność ruchowa jest ograniczona. Statystycznie okres ten trwa od 4 do 6 tygodni.

Ostatnią fazą jest **okres umierania (agonia)**, która następuje kilka dni przed końcem życia chorego – obserwuje się znaczne pogorszenie stanu fizycznego, chory nie chce przyjmować pokarmów, dochodzi do nieodwracalnych zmian psychicznych [9].

Bezpośredni stanem przed śmiercią jest agonia, która składa się z pięciu etapów:

- 1) Życie zredukowane – osłabienie podstawowych czynności układów;
- 2) Życie minimalne – aktywność życiowa i układowa dalej maleje;
- 3) Śmierć pozorna – stwarza pozory śmierci;
- 4) Śmierć kliniczna – czynności podstawowych układów organizmu ustaje;
- 5) Życie pośrednie – okres przejściowy który ma miejsce między utratą świadomości (śmierć osobnicza) a ustaniem funkcji życiowych (śmierć biologiczna).

Oprócz tego, w ostatnich dniach życia występują charakterystyczne objawy zwiastujące śmierć [11].

Normy prawne regulujące udzielanie świadczeń pacjentom umierającym

W świetle polskiego prawa świadczenia udzielane pacjentom paliatywnym i hospicyjnym, zasady udzielania świadczeń i ich refundacja, dostęp do specjalistycznej opieki są uregulowane przez:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.;
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [12,13,14];

CEL PRACY

Celem przedstawionej pracy było przedstawienie postaw moralnych pielęgniarek oraz pielęgniarzy wobec pacjenta umierającego na podstawie odpowiedzi udzielonych przez ankietowaną grupę medyków.

MATERIAŁ I METODYKA

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 pielęgniarek oraz pielęgniarzy zatrudnionych w stacjonarnym Hospicjum „Dom Opatrzności Bożej” znajdującego się w Białymstoku.

Po uzyskaniu zgody na przeprowadzenie badań przez Komisję Bioetyczną Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, rozpoczęto zbieranie materiału badawczego w okresie od 1 lutego 2022 roku do 30 kwietnia 2022 roku.

Materiał badawczy uzyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

Przed rozpoczęciem zbierania danych badawczych uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

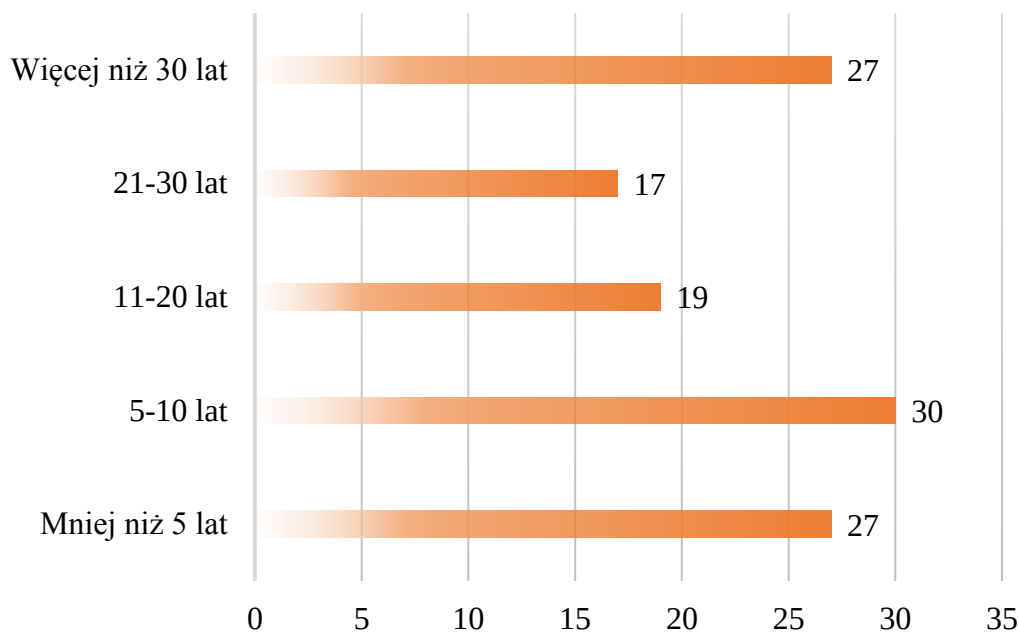
WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 ankietowanych pracowników hospicjum – 78 pielęgniarek (78%) oraz 22 pielęgniarzy (22%).

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 30. a 39. rokiem życia – 26 osób (26%), oraz między 20. a 29. rokiem życia – 25 osób (25%). Najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki oraz pielęgniarze mający powyżej 60 lat – 8 ankietowanych (8%).

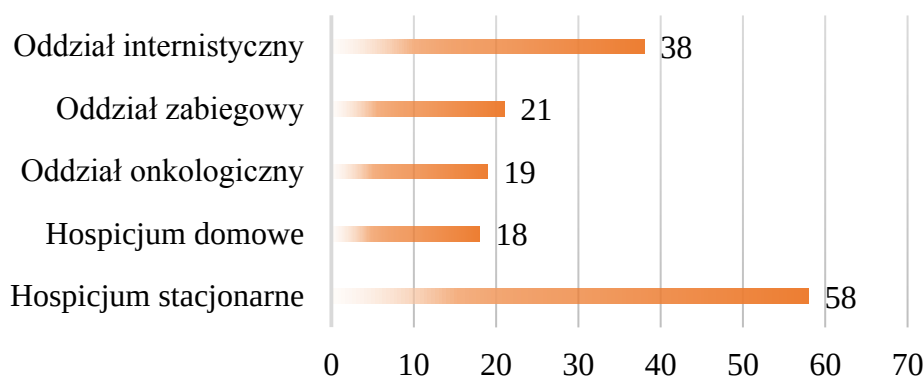
Kolejne pytanie dotyczyło miejsca zamieszkania ankietowanych. Ponad $\frac{3}{4}$ grupy – 82 osoby (82%) jako miejsce zamieszkania wskazało miasto, z kolei reszta – 18 osób (18%) zaznaczyło wieś

Prawie $\frac{1}{3}$ ankietowanych – 30 osób (30%) – posiada staż pracy mieszczący się w przedziale między 5 a 10 lat. Następnie nieco ponad $\frac{1}{4}$ badanej grupy wskazała staż pracy większy niż 30 lat – 27 osób (27%) – oraz mniejszy niż 5 lat – 27 osób (27%) (Rycina 1).



Rycina 1. Staż pracy.

W kolejnym pytaniu badaną grupę pielęgniarek oraz pielęgniarzy poproszono o wskazanie miejsca zatrudnienia z uwzględnieniem jego specyfiki. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż na to pytanie ankietowani mieli możliwość udzielenia wielokrotnej odpowiedzi. Ponad połowa – 58 osób (58%) – jako swoje miejsce pracy wskazało hospicjum stacjonarne. Nieco ponad $\frac{1}{3}$ badanej grupy – 38 osób (38%) – wskazało oddział internistyczny. Oddział o profilu zabiegowym stanowił miejsce pracy 21 ankietowanych (21%). Oddział o profilu onkologicznym wskazało 19 osób (19%), a hospicjum domowe – 18 osób (18%) (Rycina 2).



Rycina 2. Miejsce zatrudnienia.

Niemalże połowa ankietowanych – 43 osoby (43%) – posiada tytuł licencjata pielęgniarstwa, a nieco ponad $\frac{1}{4}$ – 26 osób (26%) – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa. Wśród badanej grupy, 20 osób (20%) ukończyło liceum medyczne, a studium medyczne skończyło 11 osób (11%).

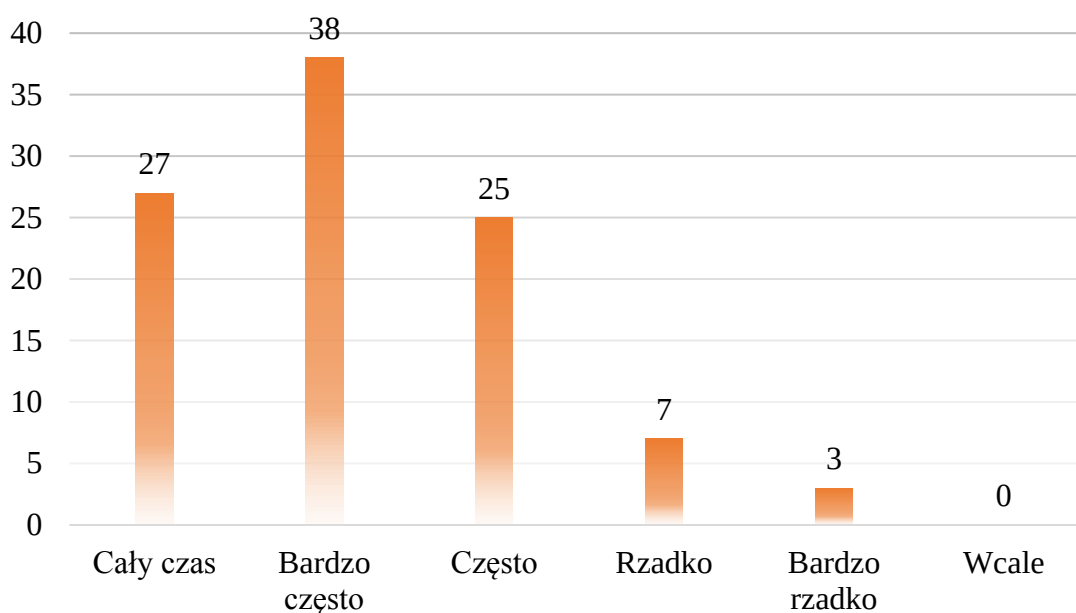
Ankietowani zostali zapytani o posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Prawie połowa badanej grupy – 48 osób (48%) – posiada specjalizację inną niż pielęgniarstwo paliatywne. Tytuł specjalisty pielęgniarstwa paliatywnego posiada 13 osób (13%). Nieco ponad $\frac{1}{3}$ badanych pielęgniarek oraz pielęgniarzy, 39 osób (39%), nie posiada żadnej specjalizacji

Następne pytanie dotyczyło najważniejszych wartości w życiu według ankietowanych. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych – 79 osób – jako największą wartość w swoim życiu wskazywało rodzinę, a nieco ponad połowa – 53 osoby – zdrowie. Niesienie pomocy innym jest najważniejsze dla 17 ankietowanych, a dla 11 osób są to przyjaciele. Najmniej ankietowanych wskazało samorealizację (8 osób) i dobrostan materialny (8 osób).

Kolejne pytanie dotyczyło oceny poziomu własnej empatii. Ponad połowa badanej grupy – 53 osoby (53%) – oceniło swoją empatię na wysokim poziomie, a niespełna $\frac{1}{3}$ ankietowanych określiła ją jako bardzo wysoką. Tylko 15 osób (15%) oceniło poziom swojej empatii jako średni.

Ankietowani zapytani o częstość pracy z pacjentem umierającym najczęściej wskazywali odpowiedzi: bardzo często – 38 osób (38%); cały czas – 27 osób (27%); oraz często – 25 osób (25%). Tylko 10 osób rzadko (7 osób – 7%) lub bardzo rzadko

(3 osoby – 3%) ma styczność z pacjentem umierającym w pracy. Nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi, odpowiadającej braku styczności z pacjentem umierającym (Rycina 3).

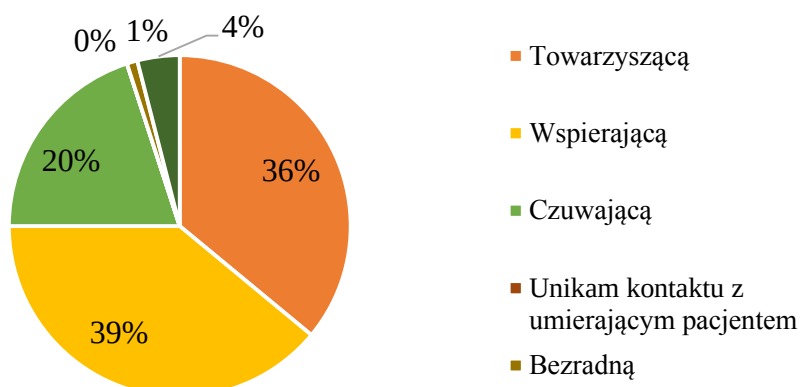


Rycina 3. Częstość pracy z pacjentem umierającym.

Następnie ankietowana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy została poproszona o wskazanie najczęściej odczuwanym emocji podczas pracy z pacjentem umierającym. Na początku warto zaznaczyć fakt, iż nikt z ankietowanych nie odczuwa gniewu podczas kontaktu z pacjentem paliatywnym. Najczęściej badani wskazywali, iż odczuwają współczucie – 41 osób; spokój – 38 osób; oraz smutek – 34 osób. Nieco ponad ¼ grupy (27 osób) podczas takiej pracy odczuwa żal wobec umierającego pacjenta, a niecała ¼ ankietowanych odczuwa bezradność (24 osoby). Uczucie przygnębienia towarzyszy 19 osobom. Z kolei najrzadziej wskazywanymi emocjami przez ankietowanych były: obojętność – 5 osób; pustka – 4 osoby; rozpacz – 1 osoba oraz lęk – 1 osoba. Tylko 4 osoby z badanej grupy przyznały, iż w swojej pracy nie mają styczności z pacjentem umierającym.

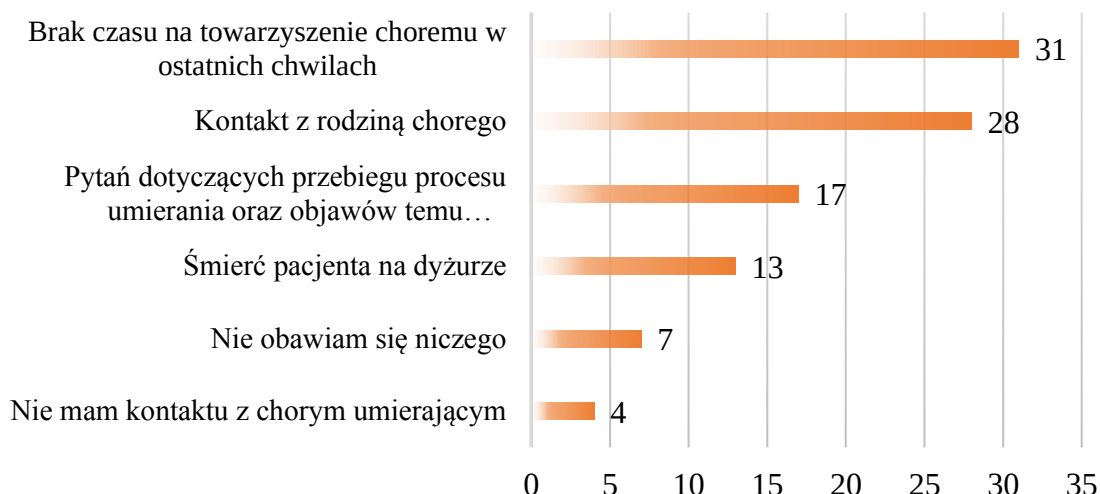
Badana grupa została poproszona o wskazanie postawy wobec pacjenta w stanie terminalnym w swojej pracy. Najwięcej odpowiedzi uzyskała postawa „wspierająca” – aż 39% (39 osób) wybrało tę postawę, z kolei postawa „towarzysząca” została wybrana przez nieco ponad 1/3 grupy – 36% (36 osób). Wśród ankietowanych postawa „czuwająca” została wskazana przez 20% ankietowanych (20 osób). Tylko jedna osoba spośród grupy przyznała, iż przyjmuje postawę „bezradną”. Żadna z ankietowanych osób nie wybrała postawy

„bezzradnej”, a 4% (4 osoby) przyznało, iż nie ma kontaktu z pacjentem umierającym (Rycina 4).



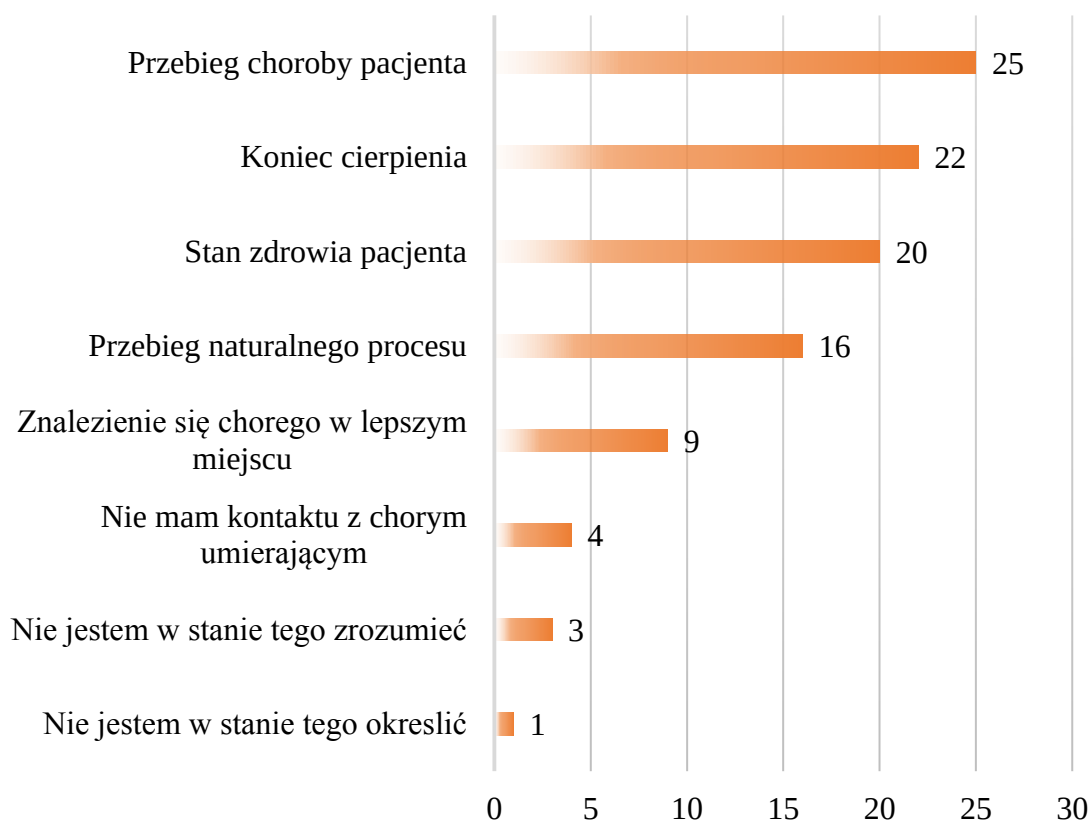
Rycina 4. Postawa pielęgniarek i pielęgniarzy wobec umierającego pacjenta.

Kolejne pytanie dotyczyło obaw związanych z opieką nad pacjentem umierającym. Niemalże 1/3 badanej grupy przyznało, że w trakcie dyżuru nie ma czasu na towarzyszenie choremu w ostatnich chwilach życia – 31 osób (31%). Należy zaznaczyć, iż powyższe odpowiedzi mogą wskazywać na kilka czynników, które doprowadzają do tego stanu – zbyt mała obsada personelu pielęgniarskiego, duża ilość pacjentów na oddziale, pacjenci w ciężkim stanie, duża ilość dokumentacji do uzupełnienia. Z kolei nieco ponad ¼ ankietowanych – 28 osób (28%) – odpowiedziało, iż kontakt z rodziną chorego przysparza im najwięcej obaw, a 17 osób (17%) wskazało na udzielanie odpowiedzi dotyczących stanu zdrowia, przebiegu procesu umierania oraz jakie objawy temu towarzyszą. Aż 13 ankietowanych (13%) najbardziej obawia się śmierci pacjenta podczas swojego dyżuru. Tylko 7 osób (7%) przyznało, że niczego się nie boją, a 4 osoby (4%) nie ma kontaktu z chorym umierającym (Rycina 5).



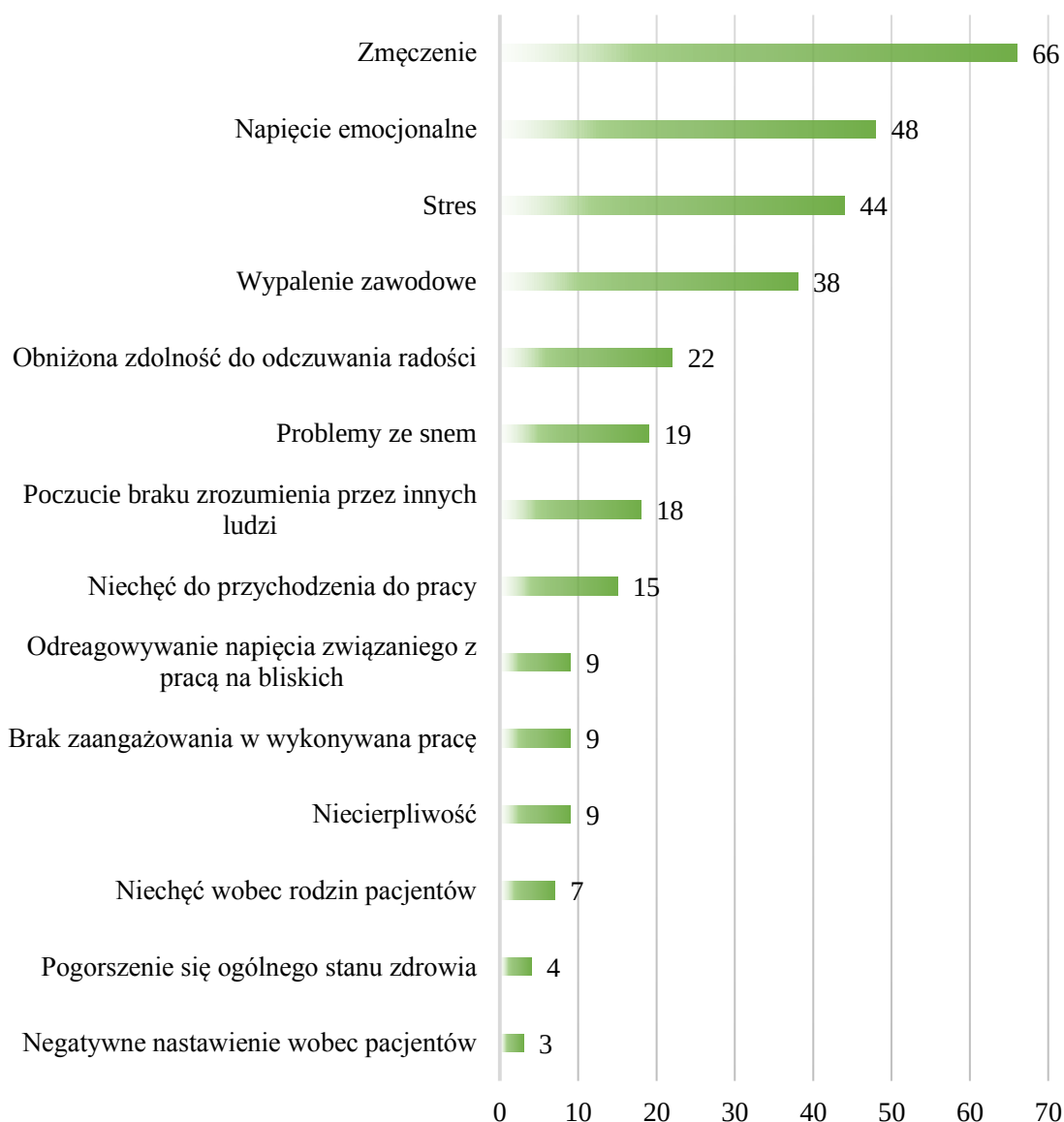
Rycina 5. Obawy pielęgniarek/pielęgniarzy związane z opieką nad pacjentem umierającym.

Następnie ankietowani zostali zapytani o to, jak tłumaczą sobie śmierć pacjenta. Aż $\frac{1}{4}$ grupy – 25 osób (25%) – wskazało przebieg choroby pacjenta jako czynnik który spowodował jego śmierć, a niespełna $\frac{1}{4}$ wybrało koniec cierpienia – 22 osób (22%). Stan zdrowia jako przyczyna śmierci została wskazana przez 20 osób (20%), a przebieg naturalnego procesu jakim jest życie – 16 osób (16%). Wskazywanie przyczyny metafizycznej, jaką jest znalezienie się chorego w lepszym miejscu, zostało dokonane przez 9 osób (9%), a 3 osoby (3%) przyznały, że nie jest w stanie tego zrozumieć. Tylko 1 osoba z pośród ankietowanej grupy nie była wskazać żadnej przyczyny (Rycina 6).



Rycina 6. Przyczyna śmierci chorego.

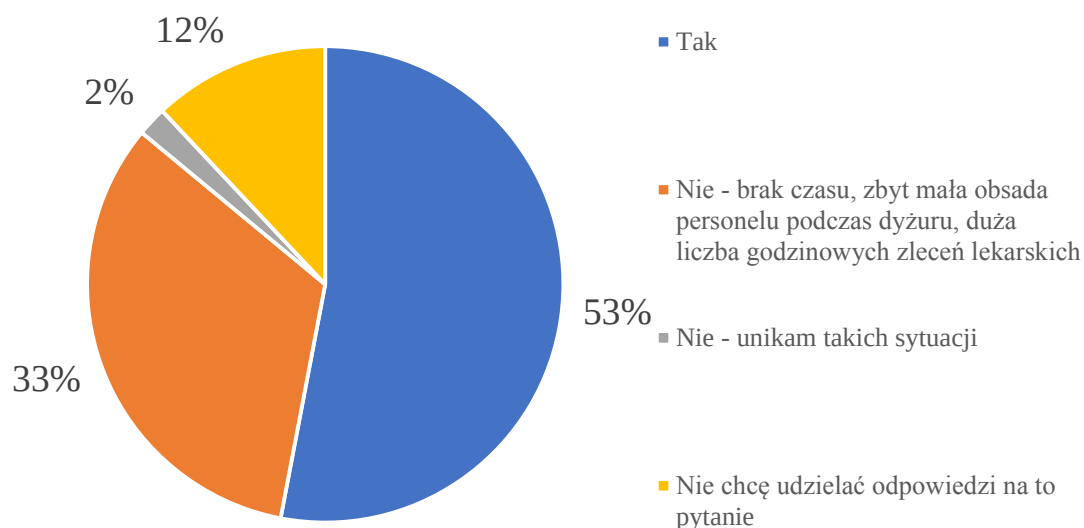
Kolejne pytanie dotyczyło konsekwencji psychicznych i fizycznych, wynikających z obcowania i sprawowania opieki nad pacjentem umierającym. Najczęściej wskazywanymi konsekwencjami takiej pracy były: zmęczenie – 66 osób; napięcie emocjonalne – 48 osób; stres – 44 osoby; wypalenie zawodowe – 38 osób. Należy zwrócić uwagę na fakt, że aż 22 osoby przyznały, że mają obniżoną zdolność do odczuwania radości. Najrzadziej wskazywanymi konsekwencjami były: brak zaangażowania w wykonywaną pracę – 9 osób; niecierpliwość – 9 osób; niechęć do rodzin pacjentów – 7 osób; pogorszenie się ogólnego stanu zdrowia – 4 osoby oraz negatywne nastawienie do pacjentów – 3 osoby. Warto podkreślić, iż na podstawie uzyskanych badań dowiedziano się, że aż 18 osób zmaga się z brakiem poczucia zrozumienia przez innych ludzi. Fakt ten może wynikać ze specyfiki zawodu pielęgniarki i pielęgniarzy oraz tym, iż ludzie niewykonyjący zawodu medycznego nie są tak często narażeni na obcowanie z ludźmi zbliżającymi się do końca swojego życia. Dodatkowo 1/5 badanej grupy pielęgniarek i pielęgniarzy przyznała się, iż ma problemy ze snem. Aż 9 osób napięcie spowodowane pracą i opieką nad pacjentem umierającym odreagowuje na bliskich (Rycina 7).



Rycina 7. Konsekwencje obcowania ze śmiercią.

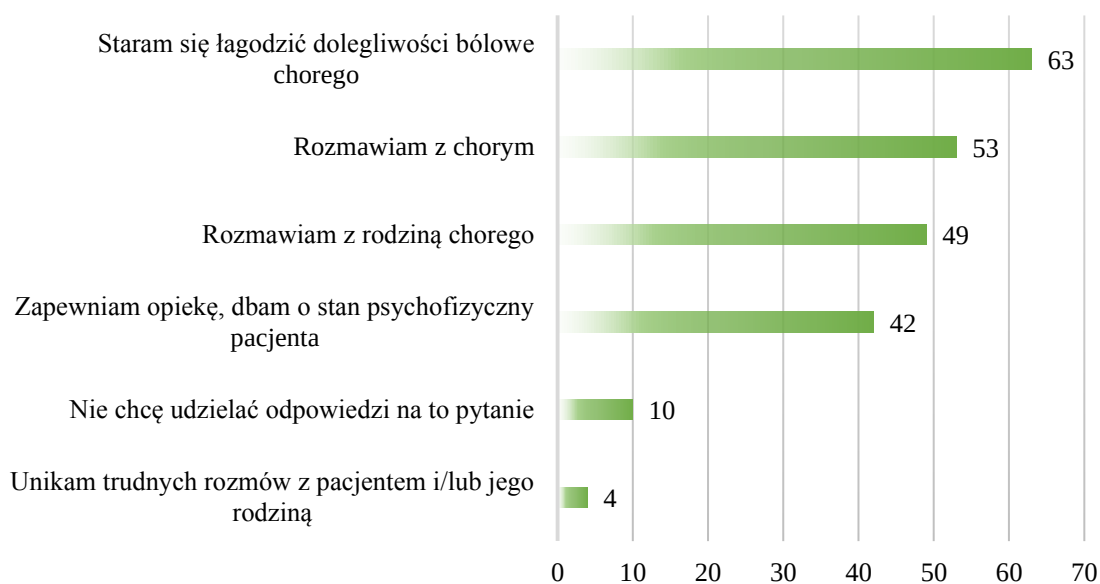
Praca w systemie ochrony zdrowia powoduje zmianę postrzegania wielu zachodzących procesów w życiu każdego człowieka poprzez towarzyszenie – narodziny, choroba, ale także śmierć. Dlatego też ankietowaną grupę pielęgniarek i pielęgniarzy zapytano o to, czy opieka nad pacjentem umierającym i obcowanie ze śmiercią wpłynęła na ich rozumienie tego procesu. Prawie połowa badanej grupy – 42% (42 osoby) – przyznała, iż częste bycie świadkiem umierania innej osoby wpłynęło na ich postrzeganie procesu umierania, a ponad ¼ ankietowanych – 26% (26 osób) – odczuwa zdecydowany wpływ tego zjawiska. Wyłącznie 4% (4 osoby) nie odczuwają żadnego wpływu towarzyszenia umieraniu na ich rozumienie tego procesu, a 10% (10 osób) odczuwa niewielki wpływ.

Następnie badana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy została zapytana o to, czy są obecni przy umierającym pacjencie w jego ostatnich chwilach. Ponad połowa ankietowanych (53%) odpowiedziała, iż towarzyszy choremu w jego ostatnich chwilach życia. Z powodu braku czasu, małej obsady personelu oraz dużej ilości zleceń i dokumentacji aż 33% badanej grupy nie towarzyszy umierającemu choremu, a 2% unika takich sytuacji. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 12% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy (Rycina 8).



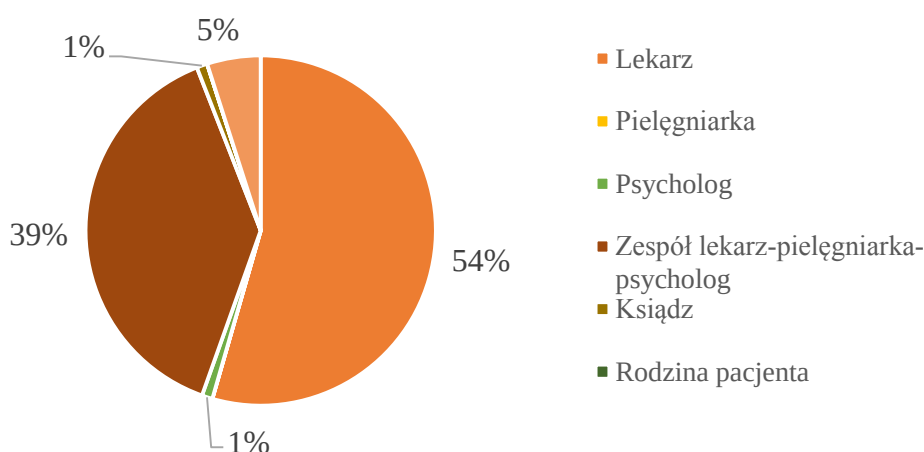
Rycina 8. Obecność przy pacjencie umierającym.

Opieka nad chorym umierającym oprócz pielęgnowania samego umierającego jest ściśle związana z kontaktem z jego najbliższymi – ich pytaniami dotyczącymi stanu zdrowia, czy chory ma dobrą opiekę, co będzie dalej. Ankietowana grupa zapytana o podejmowane działania i kontakt z chorym jego rodziną najczęściej wskazywała łagodzenie dolegliwości bólowych pacjenta – 63 osób. Ponad połowa badanej grupy odpowiedziała, że stara się rozmawiać z chorym – 53 osoby; oraz jego rodzina – 49 osób. Prawie połowa ankietowanych pielęgniarek oraz pielęgniarzy – 42 osoby – wskazały zapewnianie opieki oraz dbanie o stan psychofizyczny pacjenta. Aż 10 osób nie chciało udzielić odpowiedzi na to pytanie, a 4 ankietowanych przyznało, iż unika trudnych rozmów z pacjentem i jego rodziną (Rycina 9).



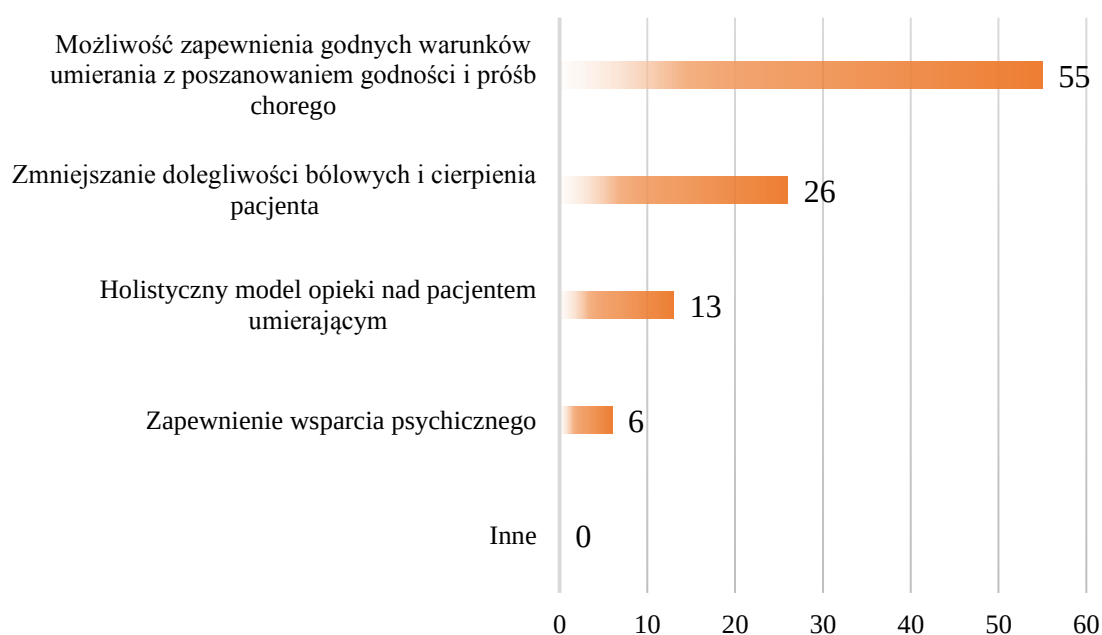
Rycina 9. Postępowanie wobec chorego i jego rodziny.

Informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia należy do bardzo trudnych chwil w pracy medyków. Dlatego też zawsze w takich sytuacjach rodzi się pytanie „kto powinien przekazać taką informację?”. Ponad połowa ankietowanych (54%) przyznała, iż lekarz powinien być odpowiedzialny za przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zdrowia chorego. Nieco ponad 1/3 badanej grupy (39%) uznała, iż przekazywanie takich informacji powinno być dokonywane przez zespół składający się z lekarza, pielęgniarki oraz psychologa. Zaledwie 5% odpowiedziało, iż powinna tego dokonywać zaufana osoba wskazana przez chorego, a 1% grupy wskazał księdza (Rycina 10).



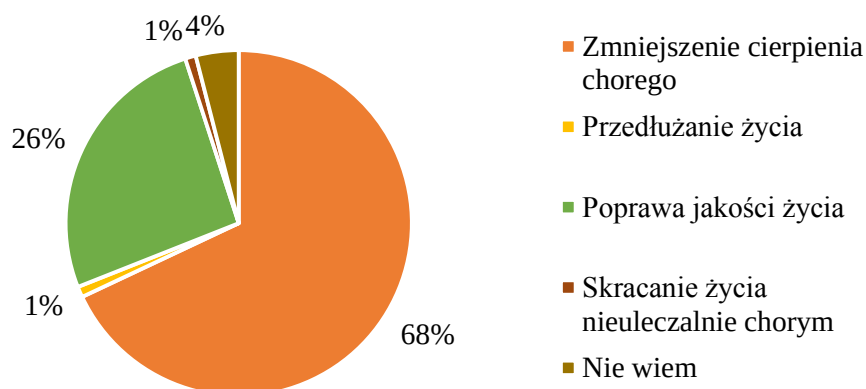
Rycina 10. Informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia.

W kolejnym pytaniu ankietowani zapytani o rolę opieki paliatywnej nad pacjentem paliatywnym. Ponad połowa z nich – 55 osób (55%) – opowiedziało się za możliwością zapewnienia godnych warunków umierania z poszanowaniem godności i próśb chorego, natomiast ponad $\frac{1}{4}$ - 26 osób (26%) – wybrało zmniejszanie dolegliwości bólowych i cierpienia pacjenta. Jedynie 13 osób (13%) wskazało holistyczny model opieki nad pacjentem. Wsparcie psychiczne zostało uznane za najważniejszą rolę opieki paliatywnej nad pacjentem umierającym przez 6 osób (6%) (Rycina 11).



Rycina 11. Główna rola opieki paliatywnej nad pacjentem paliatywnym.

Zdefiniowanie głównej roli medycyny w opiece nad pacjentem umierającym jest niezwykle trudna, zważywszy na jej wielopłaszczyznowe i holistyczne modele opieki. Dlatego też badana grupa została poproszona o wskazanie, jakie ich zdaniem są najważniejsze działania podejmowane w opiece na chorym umierającym. Zmniejszanie cierpienia chorego zostało wybrane przez niemalże $\frac{3}{4}$ ankietowanych (68%), a nieco ponad $\frac{1}{4}$ (26%) wskazała poprawę jakości życia. Przedłużanie życia zostało wybrane przez 1% ankietowanych, tak samo jak skracanie życia nieuleczalnie chorym (1%) (Rycina 12)



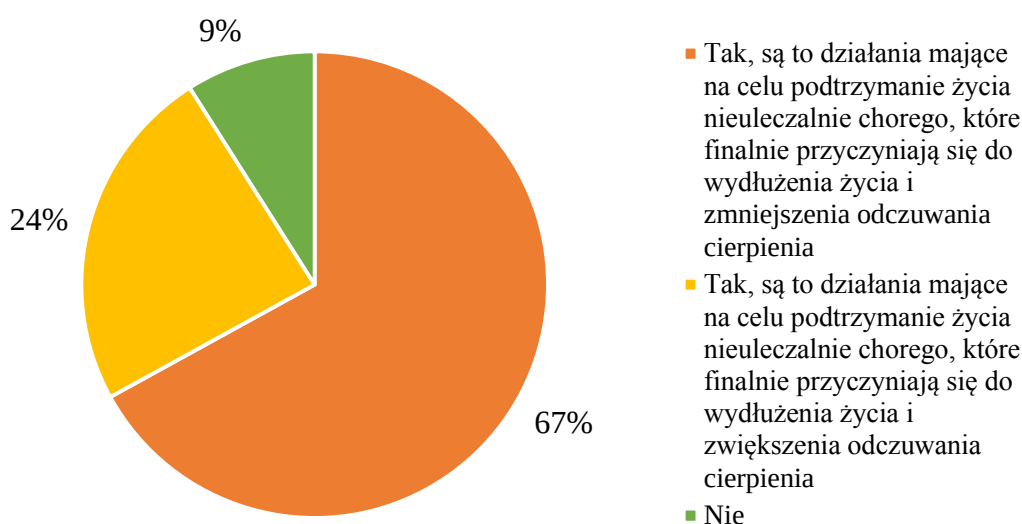
Rycina 12. Główna rola medycyny w opiece nad pacjentem umierającym.

Ważną rzeczą w opiece nad pacjentem umierającym, jest zapewnienie mu komfortu i bezpieczeństwa, a także zaspokajaniu potrzeb duchowych i rodzinnych. Dlatego ankietowani zapytani o rzeczy które należy zapewnić pacjentowi umierającemu wybrali: dostęp do opieki duszpasterskiej zgodnej z wiarą chorego – 65 osób; możliwość spędzenia ostatnich chwil w otoczeniu najbliższych – 55 osób; dostęp do opieki psychologicznej – 47 osób; oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, intymności i szacunku – 38 osób. Najrzadziej wybieranymi odpowiedziami (poniżej ¼ badanej grupy) były: możliwość podejmowania samodzielnych decyzji – 25 osób; oraz możliwość załatwienia „spraw niedokończonych” przez chorego – 24 osoby (Rycina 13).



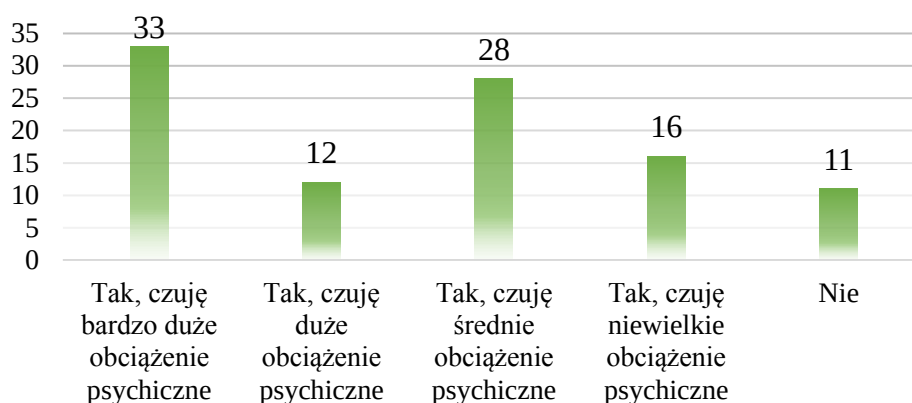
Rycina 13. Co należy zapewnić pacjentowi umierającemu w hospicjum lub oddziale szpitalnym?

Mówiąc o pacjencie umierającym lub w terminalnym stanie choroby nie wolno pominąć terminu „uporczywa terapia”. Ankietowanych zapytano o znajomość tego pojęcia oraz poproszono ich o jego zdefiniowanie. Prawie $\frac{3}{4}$ badanej grupy (67%) wskazało prawidłową definicję „uporczywej terapii” która brzmi „(...) są to działania mające na celu podtrzymanie życia nieuleczalnie chorego, które finalnie przyczyniają się do wydłużenia życia i zmniejszenia cierpienia”. Niespełna $\frac{1}{4}$ (24%) odpowiedziało, że zna ten termin lecz zaznaczyli odpowiedź z niepoprawną definicją. Aż 9 osób (9%) nie zna pojęcia „uporczywej terapii” (Rycina 14).



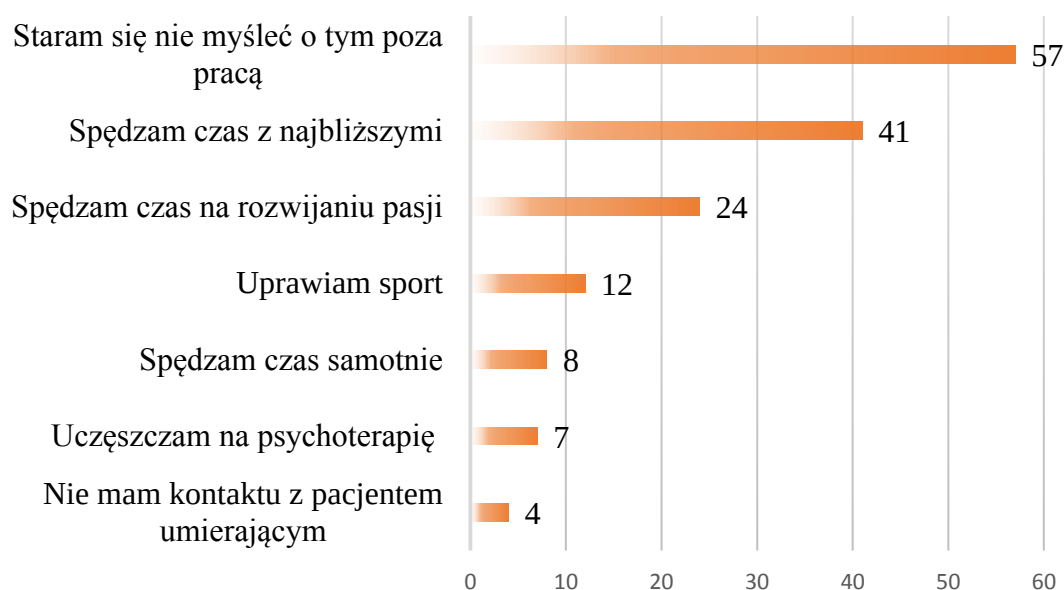
Rycina 14. Znajomość terminu „uporczywa terapia”.

Kontakt z umierającym pacjentem może odcisnąć znaczące piętno na psychice i zdrowiu psychicznym pracowników ochrony zdrowia. Aż $\frac{1}{3}$ ankietowanych – 33 osoby (33%) odczuwa bardzo duże lub duże – 12 osób (12%) obciążenie psychiczne wynikające z częstym obcowaniem ze śmiercią. Nieco ponad $\frac{1}{4}$ badanej grupy czuje średnie obciążenie psychiczne – 28 osób (28%), a niewielkie obciążenie jest odczuwane przez 12 osób (12%). Jedynie 11 osób (11%) nie odczuwa żadnych negatywnych emocji związanych z opieką nad pacjentem umierającym (Rycina 15).



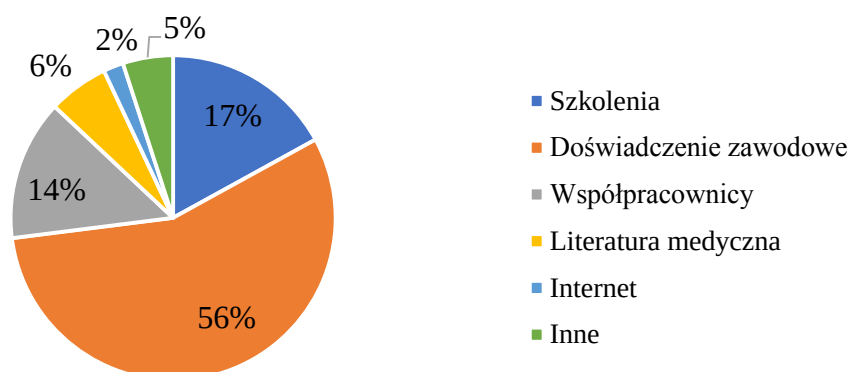
Rycina 15. Odczuwanie obciążenia psychicznego związanego z opieką nad pacjentem umierającym.

Obcowanie ze śmiercią człowieka niesie za sobą duże obciążenie psychiczne, które towarzyszy nam również poza pracą, po skończonym dyżurze. Dlatego też ankietowana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy została zapytana o sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami po śmierci pacjenta. Ponad połowa grupy – 57 osób (57%) – stara się nie myśleć o tym poza pracą. Niespełna połowa, 41 osób (41%), swój wolny czas spędza z najbliższymi, a 24 osoby (24%) rozwija swoje pasje. Aktywność fizyczna została wskazana przez 12 osób (12%). Aż 8 osób (8%) przyznało, że samotne spędzanie czasu jest dla nich najlepszym sposobem na radzenie sobie ze stresem. Warto zauważyć, iż 7 osób (7%) uczęszcza na psychoterapię (Rycina 16).



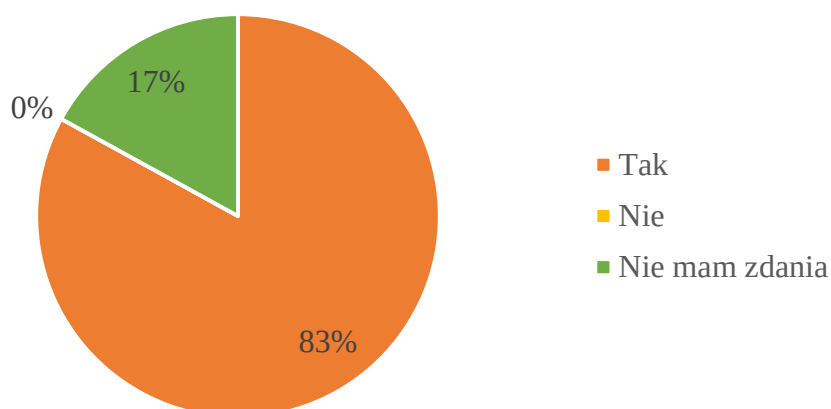
Rycina 16. Sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami po śmierci pacjenta.

Aby prawidłowo sprawować opiekę nad pacjentem umierającym, należy posiadać odpowiednią wiedzę w tym kierunku, która pozwala na wypracowanie zdrowego podejścia nie tylko do pacjenta i jego rodziny, ale także pozwala na zachowanie równowagi psychicznej. Ponad połowa ankietowanych – 56% – wskazała doświadczenie zawodowe jako główne źródło wiedzy. Na szkolenia uczęszcza 17% badanej grupy, a 14% czerpie wiedzę od współpracowników. Z literatury medycznej korzysta tylko 6%, a 2% ankietowanych szuka informacji w Internecie. Informacje i wiedza z innych źródeł jest zdobywana przez 5% (Rycina 17).



Rycina 17. Źródła wiedzy dotyczącej opieki nad pacjentem umierającym.

Aż 83% (83 osoby) przyznały, że taka pomoc dla pracowników medycznych powinna być dostępna, pozostałe 17% nie ma zdania w tym temacie. Nikt spośród ankietowanych nie wskazał, że taka pomoc jest niepotrzebna (Rycina 18).



Rycina 18. Dostęp do opieki psychologicznej dla pracowników medycznych.

DYSKUSJA

Opieka hospicyjna i paliatywna jest specyficzną dziedziną medycyny, która polega na zwalczaniu i łagodzeniu dolegliwości bólowych i objawów somatycznych, udzielania świadczeń z zakresu pielęgnacji, wsparcia duchowego oraz psychologicznego. Grupę docelową stanowią pacjenci cierpiący z powodu nieuleczalnych chorób oraz umierający.

Działania opieki paliatywno-hospicyjnej mają charakter wielopłaszczyznowy, który umożliwia godne i spokojne przeżywanie ostatnich chwil życia, z zachowaniem zasad do poszanowania autonomii, podejmowania czynności które nie zaszkodzą pacjentowi i pozwolą mu na funkcjonowanie bez bólu.

W powyższej pracy autorka miała na celu przedstawienie specyfiki pracy pielęgniarek i pielęgniarzy z pacjentami umierającymi. Analizie zostało poddane ich rozumienie i pojmowanie zjawiska umierania, ich postawy przyjmowane podczas kontaktu z pacjentem terminalnym oraz wpływu częstego kontaktu ze śmiercią na własną psychikę.

Na podstawie wyników ustalono, iż ponad połowa grupy (53%) stara się być obecnym przy pacjencie umierającym. Na podstawie badań autorstwa Dykowskiej G. i współautorów [15] wykazano, iż badana grupa w znacznym stopniu jest gotowa do towarzyszenia pacjentowi w ostatnich chwilach jego życia (60,9%).

W badaniach własnych ustalono, iż głównymi odczuwanymi emocjami towarzyszącymi podczas pracy z pacjentem umierającym najczęściej wskazywanymi uczuciami było współczucie (41%), spokój (38%) oraz smutek (34%). W badaniu przeprowadzonym przez Niedojad K. i wsp. [16] uzyskano podobne wyniki – najczęstszymi reakcjami był smutek (82%), spokój (75%).

Na podstawie własnych badań ustalono, iż ciągle (27%), częsty (25%) lub bardzo częsty (38%) kontakt z umierającym pacjentem ma ponad połowa ankietowanych. Ponownie Dykowska G. i współautorzy uzyskali podobne wyniki, gdzie częsty kontakt miało 48,7 % badanej grupy, a bardzo częsty 41,7% [15]

Znaczna część ankietowanych wskazała, że główną rolą medycyny w opiece nad pacjentem umierającym jest zmniejszanie cierpienia chorego (68%) oraz poprawa jakości życia (26%). W badaniach Dykowskiej G. i współautorów badana grupa również wskazała, iż zmniejszanie cierpienia chorego poprzez leczenie bólu jest najważniejszym elementem opieki nad pacjentem umierającym (72%) [15].

Za osobę, która powinna przekazywać informację na temat stanu zdrowia i rokowaniach pacjenta w badaniach własnych najczęściej wskazywano na lekarza (54%) albo zespół

składający się z lekarza, pielęgniarki, psychologa i duchownego (39%). Na podstawie wyników uzyskanych przez Niedojad K. i współautorów najczęściej wskazywano na lekarza (98%) i psychologa (95%) [16]. Mając na uwadze, iż wiadomości o stanie zdrowia w przypadku chorego umierającego są traumatycznym przeżyciem zarówno dla niego jak i jego rodziny, dlatego obecność psychologa jest jak najbardziej wskazana. Niestety w naszym systemie ochrony zdrowia psychologowie rzadko kiedy są obecni przy takich rozmowach.

Ankietowani zapytani o źródła wiedzy najczęściej wskazywali doświadczenie zawodowe (56%) oraz szkolenia (17%). W swojej pracy Niedojad K. i wsp. [16] ustalili z kolei, że najczęstszym źródłem zdobywania wiedzy są rozmowy z rodziną (92%) oraz współpracownikami (82%). Powyższa rozbieżność w wynikach może być spowodowana cechami osobniczymi grup badawczych.

Po porównaniu własnych wyników z wynikami innych autorów prac badawczych można wysunąć stwierdzenie, iż pielęgniarki i pielęgniarze w Polsce posiadają ogromną świadomość, wiedzę oraz umiejętności niezbędne do sprawowania opieki nad umierającym pacjentem. Posiadają wielkie pokłady empatii i współczucia wobec swoich pacjentów i ich rodzin. W tych wszystkich superlatywach należy zwrócić uwagę na kilka faktów – ankietowany personel wykazuje tendencję do bycia wyczerpanych psychicznie i fizycznie [17,18]. Twierdzenie o wyczerpaniu emocjonalnym znajduje odzwierciedlenie w odpowiedzi na pytanie dotyczące dostępności do pomocy psychologicznej dla medyków oraz przyznanie w odpowiedziach o wyczerpaniu. Jest to wielce niebezpieczna sytuacja, ponieważ zachwianie równowagi dobrostanu psychicznego i fizycznego może znacząco wpływać na jakość udzielanych świadczeń – istnieje większe ryzyko wystąpienia błędu medycznego, nerwowego podejścia do pacjentów i ich bliskich, a w skrajnych przypadkach do wypalenia zawodowego [19,20]. Również niepokojącym się wydaje fakt, że znacząca ilość ankietowanych przyznała, iż nie zawsze ma czas na towarzyszenie chorym w ich ostatnich chwilach życia z powodu nadmiaru pracy oraz zbyt niskiej obsady.

Reasumując powyższe stwierdzenia, można wysunąć wniosek, iż polskie pielęgniarki i pielęgniarze są wybitnymi specjalistami w swojej dziedzinie, jednak przez zbyt małą liczbę personelu, nie są w stanie w pełni wykorzystać swojego potencjału wiedzy i umiejętności. Ważne jest, aby głośno o tym mówić, ponieważ z roku na rok liczba pielęgniarek podejmujących pracę w zawodzie, a w szczególności w dziedzinie jaką jest opieka paliatywno-hospicyjna. Dodatkowo rokrocznie obserwuje się zwiększoną liczbę pacjentów potrzebujących takiej opieki, o czym mogą świadczyć długie kolejki oczekujących na miejsce w stacjonarnych oddziałach paliatywnych i hospicyjnych oraz w poradniach paliatywnych i

hospicjach domowych. Jeśli środowisko pielęgniarskie nie zacznie dostatecznie głośno komunikować tych problemów, za parę lat nie będzie pielęgniarek i pielęgniarzy którzy zaopiekują się i otoczą płaszczem ochronnym chorym w potrzebie.

WNIOSKI

- 1) Ponad połowa badanej grupy pielęgniarek i pielęgniarzy posiada tytuł specjalisty pielęgniarstwa paliatywnego lub innego.
- 2) Za najważniejszą wartość w życiu ankietowani uznali rodzinę.
- 3) Niemalże wszyscy ankietowani ocenili poziom swojej empatii na wysoki lub bardzo wysoki.
- 4) Praktycznie cała grupa badawcza ma ciągły kontakt z pacjentami umierającymi.
- 5) Najczęściej towarzyszącymi emocjami podczas pracy z pacjentem paliatywnym było współczucie i spokój.
- 6) Znacząca większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy przyjmuje postawę towarzyszącą i wspierającą.
- 7) Ponad połowa grupy jako konsekwencję częstego obcowania z pacjentem umierającym wskazała obecność zmęczenia, wzmożone napięcie emocjonalne i stres.
- 8) Znaczący wpływ na postrzeganie i rozumienie procesu umierania poprzez kontakt z umierającym pacjentem odczuwała ponad połowa ankietowanych.
- 9) Aż 1/3 badanej grupy nie może być obecna przy umierającym pacjencie przez brak czasu spowodowany małą obsadą na dyżurze, dużej liczby pacjentów i dużej liczby godzinowych zleceń lekarskich.
- 10) Ponad połowa ankietowanych uważa, iż osobą odpowiedzialną za przekazywanie informacji rodzinie o stanie zdrowia i rokowaniach pacjenta powinien być lekarz.
- 11) Większość badanej grupy poprawnie wskazała główną rolę opieki paliatywnej jako zapewnianie godnych warunków umierania i łagodzenia cierpienia chorego.
- 12) Niemalże $\frac{3}{4}$ ankietowanych poprawnie wskazało definicję uporczywej terapii.
- 13) Znacząca część grupy odczuwa obciążenie psychiczne o różnym natężeniu, spowodowane opieką nad pacjentem umierającym.
- 14) Ponad 80% badanych przyznało, iż pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć dostęp do opieki psychologicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Andruszkiewicz P., Kański A., Konopka P.: Analysis of Attitudes of Physician Towards Decision to Attempt or Not to Attempt CPR in Poland. *Intensive Care Medicine*, 2016; 32: 96-103.
2. Życzkowska J.M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2018;10(2): 48-53.
3. Barker P.: Ethical dilemmas in palliative care. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*. 2017;10(8): 489-492,.
4. Bugajska Z.: Aspekty etyczne w medycynie paliatywnej. *Studia Medyczne*. 2013; 22: 31-37,.
5. Chojnacka-Kowalewska G., Ponińska B.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 2019; 1(4):15-21.
6. Cudak E., Dyk D., Gutysz-Wojnicka A., Ozga D.: Pozawerbalne wskaźniki bólu u pacjentów nieprzytomnych, wentylowanych mechanicznie. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014; 8: 23-31.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
10. Głowacka M.: Śmierć pacjenta, jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy pielęgniarstwa*. 2014; 22(3): 23-24.
11. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*. PZWL, 2021.
12. Domagała P.J., Dzido J.: Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017; 25(4): 221-226.
13. Dyk T., Kolwitz M.: Problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście związanych ze śmiercią. *Pomerian Journal Life Science*, 2017; 63(4): 18-22.
14. Suchorzewska J., Tałaj A.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 15(1): 32-38.

15. Dykowaska G. i wsp.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. 2019; 1:15-18.
16. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. *Praca pogładowa*, 2016.
17. Kotlińska-Lemieszek A., Łuczak J.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie*, 2011; 80(1): 3-15.
18. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2016; 10(2): 41-47.
19. Gaworska-Krzemińska A. i wsp.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarcom w opiece nad pacjentem umierającym. [w:] Krajewska-Kułak Elżbieta, Szczepański Marek, Łukaszuk Cecylia, Lewko Jolanta (red.) *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II*. Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku. 2007:68-72.
20. Piatruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. *Hospicjum to przede wszystkim życie. Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009; 90(1): 120-125.

OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C

Katarzyna Wnorowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ - Oddział Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku.

*Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku*

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest uznane przez Światową Organizację Zdrowia jako jedna z najpoważniejszych chorób zakaźnych. Wywołana jest przez wirus HCV, którym możemy się zarazić poprzez kontakt uszkodzonej skóry bądź błon śluzowych z krwią osoby zakażonej. Późno wykryte oraz nieleczone wirusowe zapalenie wątroby może doprowadzić do rozwoju marskości wątroby a nawet raka wątrobowokomórkowego. Z uwagi na brak szczepionki chroniącej przed wirusem HCV, choroba stanowi poważny problem epidemiologiczny. Ważnym elementem profilaktyki tej choroby jest edukacja społeczeństwa na temat możliwych dróg zakażenia, czynników ryzyka oraz w jaki sposób możemy zapobiegać zakażeniu [1].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

HCV (Hepatitis C Virus) wywołuje wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C). Jego konsekwencją może być marskość i nowotwór wątroby. WZW C to przewlekła choroba zakaźna, która latami może nie dawać żadnych objawów, ale stopniowo wyniszcza wątrobę i w skrajnych przypadkach może prowadzić do śmierci.

Celem pracy było:

- Poznanie wpływu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz płci ankietowanych na wiedzę dotyczącą WZW typu C.

- Analiza różnicy wiedzy pomiędzy osobami w przedziale 17-40 a osobami w przedziale wiekowym 41-80.
- Ocena wpływu źródeł, z których ankietowani zdobywają wiedzę na temat WZW typu C.

MATERIAŁY I METODYKA BADAŃ

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał do badania uzyskano na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z 32 pytań, w tym 5 metryczkowych badające cechy socjodemograficzne oraz 27 pytań właściwych, umożliwiających ankietowanemu wybranie według niego, właściwej odpowiedzi na tematy związane z wiedzą na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C. Kwestionariusz składał się z pytań: otwartych, zamkniętych jedno i wielokrotnego wyboru.

Do badania przystąpiło 100 ankietowanych, mieszkających w województwie Podlaskim, wybranych w sposób losowy. W badaniu wzięło udział 53-kobiet i 47-mężczyzn. Przeważającą grupą wiekową były osoby w przedziale wiekowym 18-40 (57%), pozostałe 43% stanowiły osoby w wieku 41-70. Miejscem zamieszkania 44% ankietowanych jest miasto powyżej 150 tysięcy mieszkańców. Natomiast 28% ankietowanych wskazała wieś, 16% wybrało miasto do 150 tysięcy mieszkańców, a 12% miasto do 50 tysięcy mieszkańców. Wśród badanych 36% zaznaczyło swoje wykształcenie jako wyższe, 32% wybrało średnie, a 24%- zawodowe. Badania trwały od sierpnia 2021 roku do stycznia 2022 roku. Ankietowanych poinformowano o słuszności badań oraz poproszono o anonimowe i dobrowolne wypełnienie kwestionariusza. Wypełnienie kwestionariusza ankiety było równoznaczne ze zgodą na udział w badaniu.

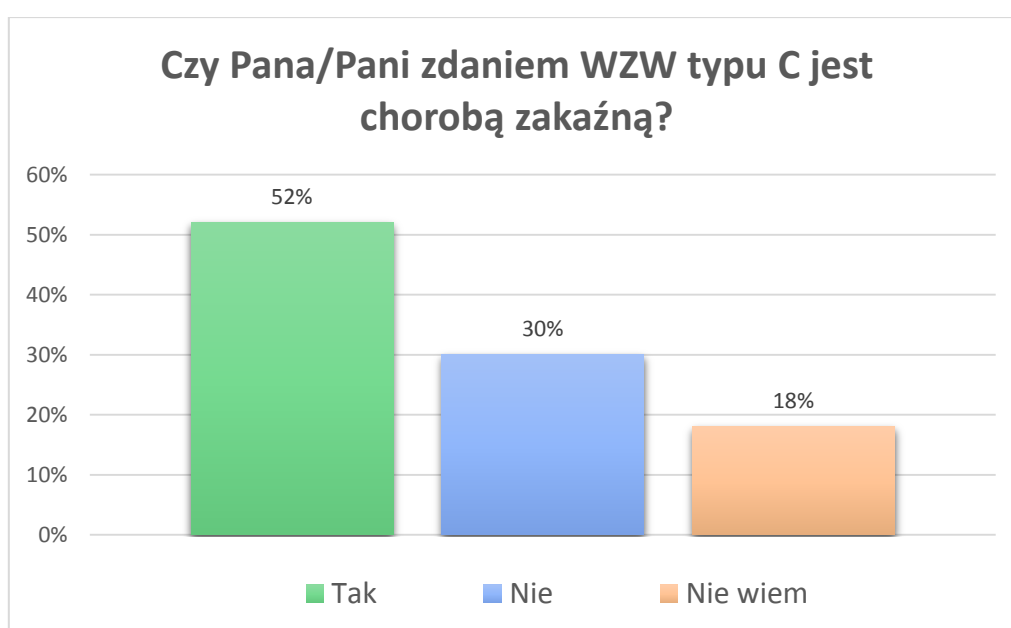
Wyniki badań wyrażono procentowo w zaokrągleniu, do 0,01%, w wyniku tego pytania jednokrotnego wyboru sumują się do 100% z możliwym odchyleniem $\pm 0,01\%$. Natomiast wyniki nie sumują się do 100% w pytaniach wielokrotnego wyboru. Analiza statystyczna została opracowana przy pomocy programu Statistica w wersji 13.3. Ocena zależności pomiędzy zmiennymi opracowano z użyciem testu niezależności χ^2 . Za statystycznie zmienną uznano poziom istotności $p < 0,05$.

Badania trwały od 1 sierpnia 2021 roku do stycznia 2022 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.347.2021.

WYNIK

Poznanie wpływu wykształcenia na wiedzę ankietowanych na temat WZW typu C

Rycina przedstawiająca rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem WZW typu C jest chorobą zakaźną?” ukazuje, że najczęstszą odpowiedzią wśród ankietowanych było „tak”- 52%. Odpowiedzi przeczącej udzieliło 30% ankietowanych. Natomiast najmniej liczną grupą – 18% - były osoby, które nie znały odpowiedzi na to pytanie (**Rycina 1**).



Rycina 1. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem WZW typu C jest chorobą zakaźną?”

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, wykazała zależność istotną statystycznie między wykształceniem, a wiedzą na temat zakaźności wirusowego zapalenia wątroby typu C ($p=0,00958$). Ponad połowa osób zaznaczająca odpowiedź twierdzącą miała wyższe wykształcenie (54,17%), była to również najczęściej zaznaczana odpowiedź przez tę grupę (72,22%). Jednak najrzadziej wybieraną przez nich odpowiedzią było „nie” – 19,44%. Ankietowani z wykształceniem średnim w 43,75% zaznaczyli odpowiedź „tak”. Natomiast osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły najliczniejszą grupę, odpowiadającą

przecząco na zadane pytanie (33,33%). Należy również zaznaczyć, iż 4 osoby z 5 z wykształceniem podstawowym zaznaczyły odpowiedzi „nie” oraz „nie wiem”. (**Tabela I**).

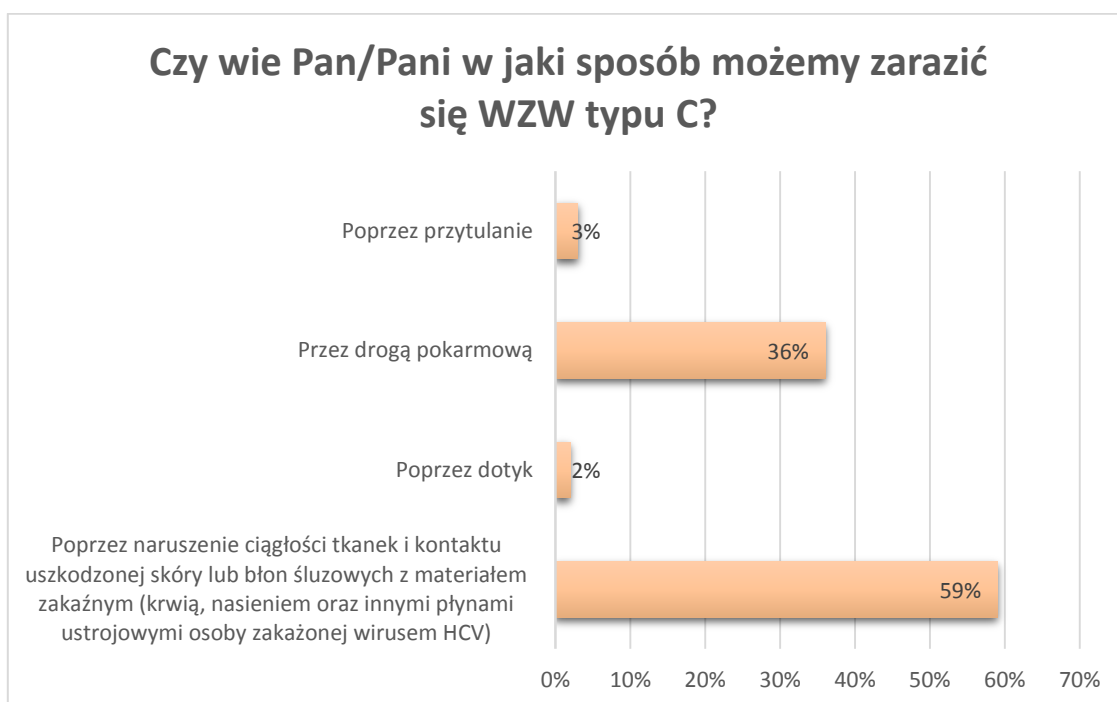
Tabela I. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem WZW typu C jest chorobą zakaźną?” w zależności od wykształcenia.

Wykształcenie		Tak	Nie	Nie wiem
<i>Podstawowe</i>	liczebność	1	3	1
	% ze zmiennej w kolumnie	1,92%	10%	5,56%
	% ze zmiennej w wierszu	20%	60%	20%
<i>Gimnazjalne</i>	liczebność	0	1	2
	% ze zmiennej w kolumnie	0%	3,33%	11,11%
	% ze zmiennej w wierszu	0%	33,33%	66,67%
<i>Zasadnicze zawodowe</i>	liczebność	7	10	7
	% ze zmiennej w kolumnie	13,46%	33,33%	38,89%
	% ze zmiennej w wierszu	29,17%	41,67%	29,17%
<i>Średnie</i>	liczebność	18	9	5
	% ze zmiennej w kolumnie	34,62%	30%	27,78%
	% ze zmiennej w wierszu	56,25%	28,13%	15,63%
<i>Wyższe</i>	liczebność	26	7	3
	% ze zmiennej w kolumnie	50%	23,33%	16,67%
	% ze zmiennej w wierszu	72,22%	19,44%	8,33%
Test niezależności chi-kwadrat		$\chi^2 = 19,45798$ $p = 0,01259$ $df = 8$		

Rycina przedstawiająca procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani w jaki sposób możemy zarazić się WZW typu C?” wykazuje na to, że ponad połowa ankietowanych- 59%- zaznaczyła odpowiedź „Poprzez naruszenie ciągłości tkanek i kontaktu uszkodzonej

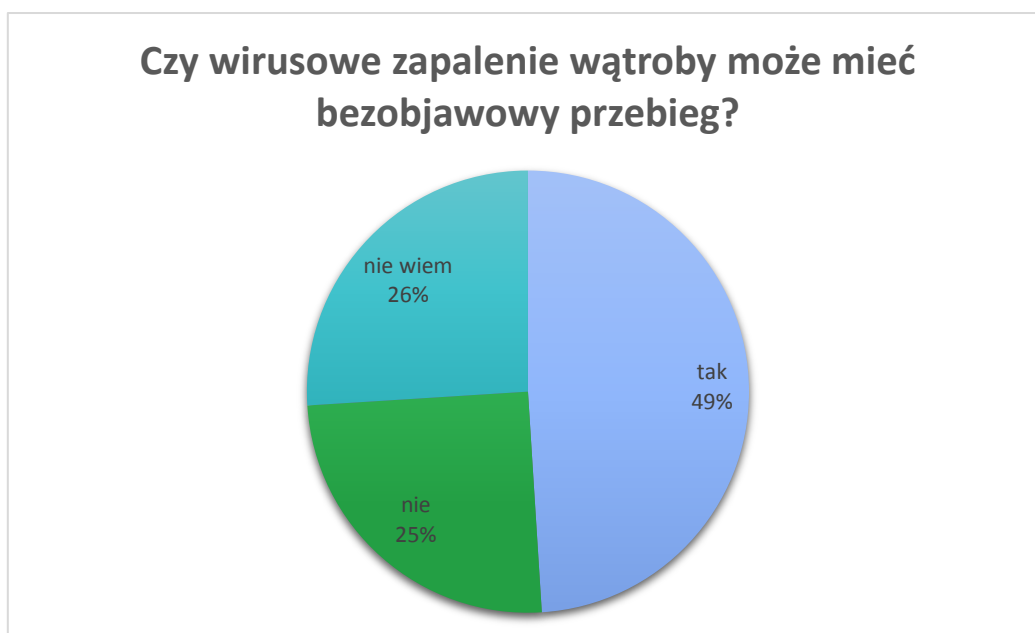
skóry lub błon śluzowych z materiałem zakaźnym (krwią, nasieniem oraz innymi płynami ustrojowymi osoby zakażonej wirusem HCV). Odpowiedzi „Przez drogą pokarmową” udzieliło 36% ankietowanych, natomiast najmniej odpowiedziało „Poprzez przytulanie” (3%) oraz „Poprzez dotyk” (2%) (**Rycina 2**).

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, nie wykazała zależności istotnej statystycznie pomiędzy wykształceniem ankietowanych a odpowiedzią na pytanie „Czy wie Pan/Pani w jaki sposób możemy zarazić się WZW typu C?” ($p=0,14213$).



Rycina 2. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani w jaki sposób możemy zarazić się WZW typu C?”

Rycina przedstawiająca udział procentowy odpowiedzi na pytanie „Czy wirusowe zapalenie wątroby może mieć bezobjawowy przebieg?” ukazuje, że prawie co drugi ankietowany (49%) odpowiada twierdząco. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 26% ankietowanych. Natomiast odpowiedzi przeczącej udzieliło 25% ankietowanych (**Rycina 3**).



Rycina 3. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wirusowe zapalenie wątroby może mieć bezobjawowy przebieg?”.

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, wykazała zależność istotną statystycznie między wykształceniem a wiedzą na temat przebiegu wirusowego zapalenia wątroby ($p=0,03933$). Zdecydowanie najczęstszą odpowiedzią wśród ankietowanych z wykształceniem wyższym było „Tak” – 66,67%, oraz prawie co druga osoba z tym wykształceniem zaznaczała odpowiedź twierdzącą (48,98%). Natomiast najrzadziej wybierana przez nich odpowiedzią było „nie wiem” – 13,89%. Osoby z wykształceniem średnim stanowiły najliczniejszą grupę, odpowiadającą przecząco na zadane pytanie (40%), natomiast połowa osób w tej grupie (50%) zaznaczyło odpowiedź „tak”. Warto również zauważyć, iż osoby z wykształceniem podstawowym (60%) oraz gimnazjalnym (66,67%) nie znały odpowiedzi na zadane pytanie (**Tabela II**).

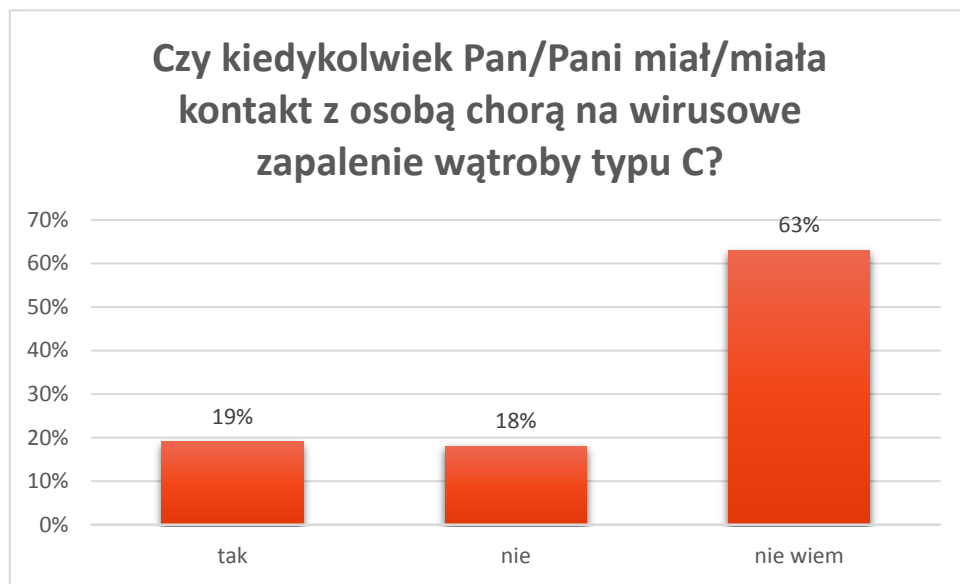
Tabela II. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wirusowe zapalenie wątroby może mieć bezobjawowy przebieg?” w zależności od wykształcenia.

<i>Wykształcenie</i>		Tak	Nie	Nie wiem
<i>Podstawowe</i>	liczebność	1	1	3
	% ze zmiennej w kolumnie	2,04%	4%	11,54%
	% ze zmiennej w wierszu	20%	20%	60%
<i>Gimnazjalne</i>	liczebność	1	0	2
	% ze zmiennej w kolumnie	2,04%	0%	7,69%
	% ze zmiennej w wierszu	33,33%	0%	66,67%
<i>Zasadnicze zawodowe</i>	liczebność	7	7	10
	% ze zmiennej w kolumnie	14,29%	28%	38,46%
	% ze zmiennej w wierszu	29,17%	29,17%	41,67%
<i>Średnie</i>	liczebność	16	10	6
	% ze zmiennej w kolumnie	32,65%	40%	23,08%
	% ze zmiennej w wierszu	50%	31,25%	18,75%
<i>Wyższe</i>	liczebność	24	7	5
	% ze zmiennej w kolumnie	48,98%	28%	19,23%
	% ze zmiennej w wierszu	66,67%	19,44%	13,89%
Test niezależności chi-kwadrat			$\chi^2 = 16,22059$ $p = 0,03933$ $df = 8$	

Badanie zależności między ankietowanymi, którzy mieli kontakt z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby typu C a wiedzą na temat choroby

Rycina przedstawiająca odpowiedzi ankietowanych na pytanie odnośnie tego czy mieli kontakt z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby typu C różniły się w dość dużym stopniu. Ankietowani najczęściej wybierali odpowiedź świadczącą o tym, iż nie wiedzą czy

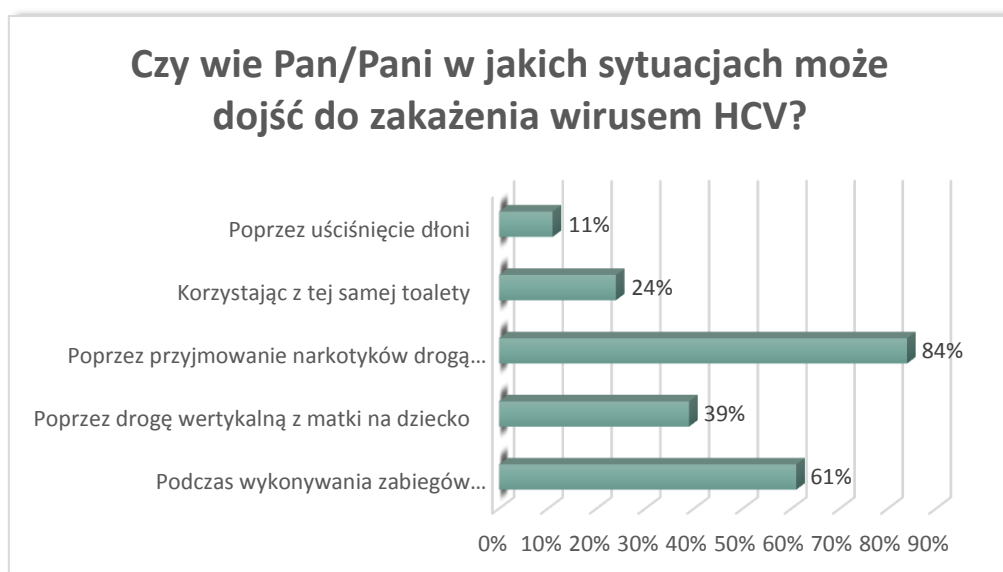
mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C (63%). Odpowiedź twierdzącą na zadane pytanie zaznaczyło 19% ankietowanych (**Rycina 4**).



Rycina 4. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek Pan/Pani miał/miała kontakt z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby typu C?”

Analiza wyników nie wykazała zależności istotnej statystycznej w pytaniu ($p=0,26624$) w jaki sposób możemy się zarazić WZW typu C. Najczęściej zaznaczali prawidłową odpowiedź ankietowani, którzy mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C (73,68%) oraz ankietowani, którzy nie mieli kontaktu z osobą chorą (72,22%).

Rycina przedstawiająca odpowiedzi do pytania „Czy wie Pan/Pani w jakich sytuacjach może dojść do zakażenia wirusem HCV?” (wielokrotnego wyboru), możliwe do wyboru były: A – „Podczas wykonywania zabiegów medycznych, stomatologicznych, tatuażu, piercingu”, B – „Poprzez drogę wertykalną z matki na dziecko”, C – „Poprzez przyjmowanie narkotyków drogą dożylną”, D – „Korzystając z tej samej toalety”, E – „Poprzez uściśnięcie dłoni” świadczy o tym, że większość ankietowanych (84%) uważają, że wirusem HCV można się zarazić poprzez przyjmowanie narkotyków drogą dożylną. Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, nie wykazała zależności istotnej statystycznej: A ($p=0,18600$), B ($p=0,54219$), C ($p=0,49898$), D ($p=0,56828$), E ($p=0,60927$) (**Rycina 5**).



Rycina 5. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani w jakich sytuacjach może dojść do zakażenia wirusem HCV?”

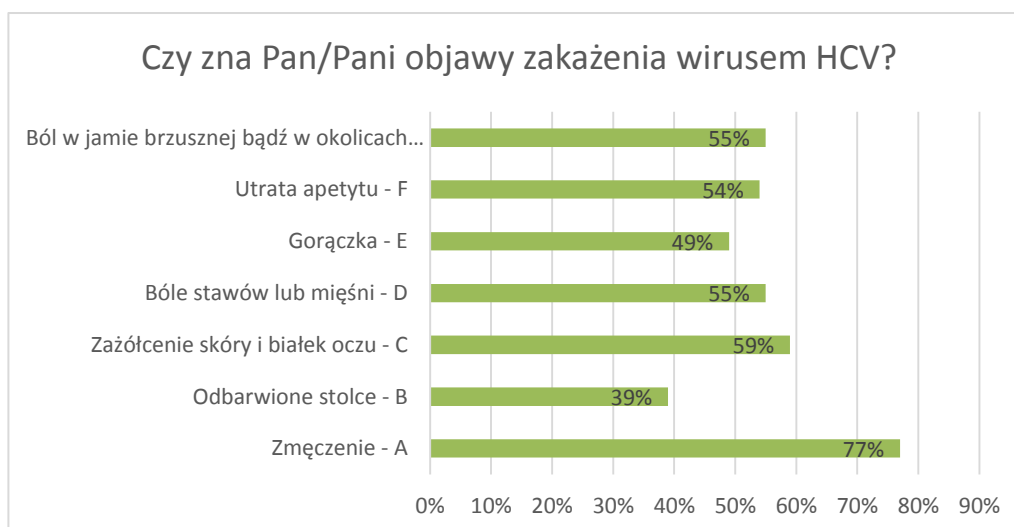
Kolejnym pytaniem było to dotyczące bezobjawowego przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C. Analiza za pomocą testu chi-kwadrat wykazała zależność istotną statystycznie ($p=0,00382$). Ankietowani, którzy mieli kontakt z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby typu C uważają, że WZW typu C może mieć bezobjawowy przebieg (78,95%). Ankietowani z tej grupy stanowią 30,61% odpowiedzi twierdzących. Respondenci, którzy nie wiedzieli czy mają kontakt z osobą chorą na WZW typu C stanowili 64% odpowiedzi przeczącej, oraz aż 88,46% odpowiedzi „nie wiem”, mimo to najczęściej zaznaczaną odpowiedzią przez tą grupę była odpowiedź twierdząca (38,10%) (**Tabela III**).

Tabela III. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wirusowe zapalenie wątroby typu C może mieć bezobjawowy przebieg? w zależności od tego czy ankietowany miał kontakt z osobą chorą na WZW typu C.

		Czy wirusowe zapalenie wątroby typu C może mieć bezobjawowy przebieg?		
		Tak	Nie	Nie wiem
<i>Ankietowany, który miał kontakt z osobą chorą na WZW C</i>	liczebność	15	2	2
	% ze zmiennej w kolumnie	30,61%	8%	7,69%
	% ze zmiennej w wierszu	78,95%	10,53%	10,53%
<i>Ankietowany, który nie miał kontaktu z osobą chorą na WZW C</i>	liczebność	10	7	1
	% ze zmiennej w kolumnie	20,41%	28%	3,85%
	% ze zmiennej w wierszu	55,56%	38,89%	5,56%
<i>Ankietowany, który nie wie czy miał kontaktu z osobą chorą na WZW C</i>	liczebność	24	16	23
	% ze zmiennej w kolumnie	48,98%	64%	88,46%
	% ze zmiennej w wierszu	38,10%	25,40%	36,51%
Test niezależności chi-kwadrat		$\chi^2 = 15,46816$ $p = 0,00382$ $df = 4$		

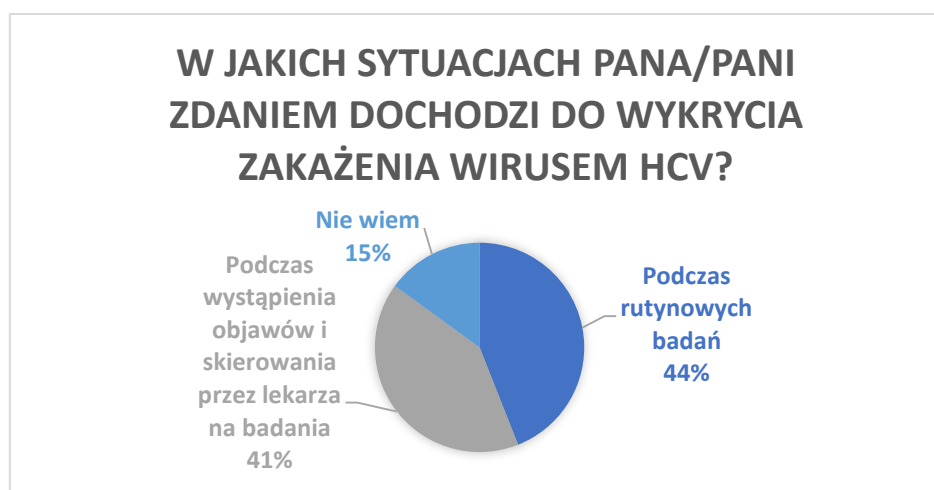
Kolejnym pytaniem, które badało tą zależność było pytanie wielokrotnego wyboru „Czy zna Pan/Pani objawy zakażenia wirusem HCV?” ankietowani mieli do wyboru odpowiedzi: A – „Zmęczenie”, B – „Odbarwione stolce”, C – „Zażółcenie skóry i białek oczu”, D – „Bóle stawów lub mięśni”, E – „Gorączka”, F – „Utrata apetytu”, G – „Ból w jamie brzusznej bądź w okolicach wątroby”. Znaczna część ankietowanych jako objaw zakażenia wirusem HCV uznała zmęczenie (77%). Często zaznaczanymi odpowiedziami były C (59%), G (55%) i F (54%). Najmniej popularną odpowiedzią było „odbarwione stolce” – 39% (**Rycina 6**).

Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, nie wykazała zależności istotnej statystycznie w odpowiedziach: A ($p = 0,11903$), B ($p = 0,74962$), C ($p = 0,73104$), D ($p = 0,41912$), E ($p = 0,66006$), F ($p = 0,14326$), G ($p = 0,054674$). Udział procentowy ankietowanych mających kontakt i tych, którzy nie mieli lub nie wiedzieli czy mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C był podobny.



Rycina 6. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy zna Pan/Pani objawy zakażenia wirusem HCV?”

Następne pytanie dotyczyło w jakich sytuacjach dochodzi do wykrycia zakażenia wirusem HCV. Rycina przedstawiająca udział procentowy pokazuje, że prawie połowa ankietowanych (44%) uważa, że do wykrycia zakażenia wirusem HCV dochodzi podczas rutynowych badań. 41% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „podczas wystąpienia objawów i skierowania przez lekarza na badania”. Zdecydowana mniejszość (15%) nie знаła odpowiedzi na zadane pytanie (**Rycina 7**).



Rycina 7. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „W jakich sytuacjach Pan/Pani zdaniem dochodzi do wykrycia zakażenia wirusem HCV?”

Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, wykazała zależność istotną statystycznie ($p=0,00046$). Ankietowani, którzy mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C najczęściej zaznaczali odpowiedź A- podczas rutynowych badań (78,95%). Natomiast w grupie ankietowanych, którzy nie mieli kontaktu z osobą chorą na wirusowe zapalenie wątroby typu C prawie 1/3 zaznaczyła tą odpowiedź (27,78%). Odpowiedź B była najczęściej zaznaczaną przez nich odpowiedzią (72,22%). Ankietowani, którzy nie wiedzieli czy mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C stanowili największy procent odpowiedzi C (93,33%) (**Tabela IV**).

Tabela IV. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „W jakich sytuacjach Pana/Pani zdaniem dochodzi do wykrycia zakażenia wirusem HCV?” w zależności od tego czy ankietowany miał kontakt z osobą chorą na WZW typu C.

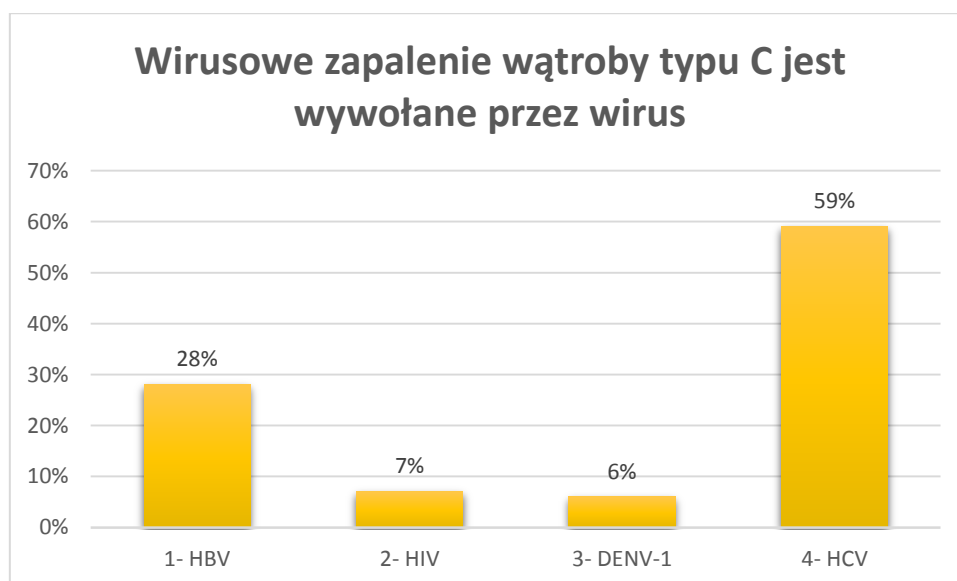
		W jakich sytuacjach Pana/Pani zdaniem dochodzi do wykrycia zakażenia wirusem HCV?		
		A	B	C
Ankietowany, który miał kontakt z osobą chorą na WZW C	liczebność	15	3	2
	% ze zmiennej w kolumnie	34,09%	7,32%	6,67%
	% ze zmiennej w wierszu	78,95%	15,79%	5,26%
Ankietowany, który nie miał kontaktu z osobą chorą na WZW C	liczebność	5	7	0
	% ze zmiennej w kolumnie	11,36%	31,71%	0%
	% ze zmiennej w wierszu	27,78%	72,22%	0%
Ankietowany, który nie wie czy miał kontaktu z osobą chorą na WZW C	liczebność	24	25	14
	% ze zmiennej w kolumnie	54,55%	60,98%	93,33%
	% ze zmiennej w wierszu	38,10%	39,68%	22,22%
Test niezależności chi-kwadrat		$\chi^2 = 20,19301$ $p = 0,00046$ $df = 4$		

A- Podczas rutynowych badań

B- Podczas wystąpienia objawów i skierowania przez lekarza na badania

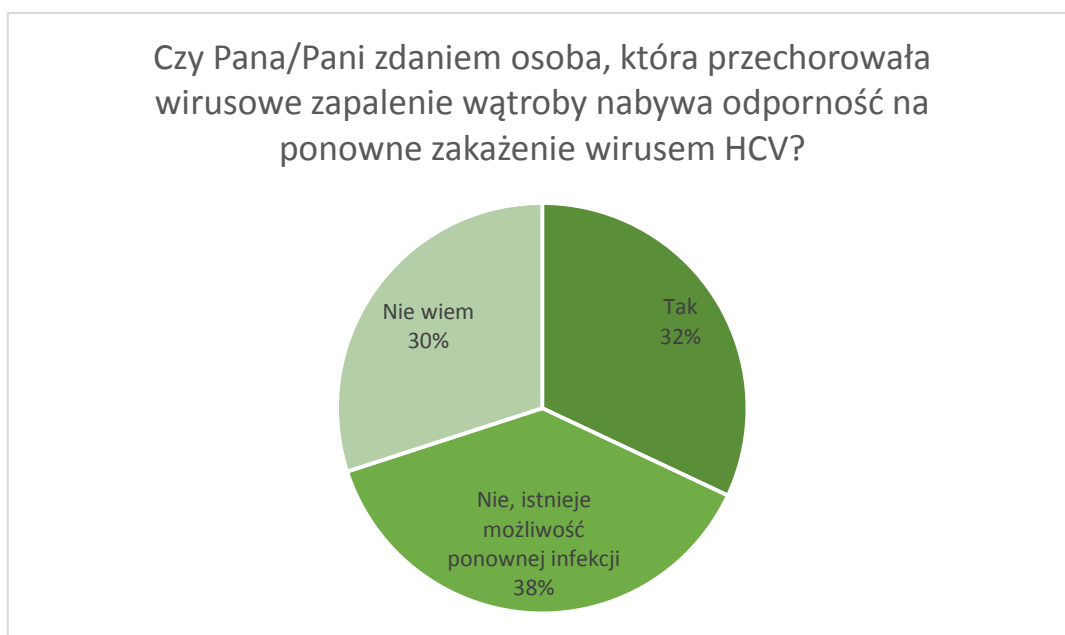
C- Nie wiem

Na rycinie przedstawiającej skład procentowy odpowiedzi na pytanie „Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest wywołane przez wirus” ankietowani mieli do wyboru: 1- HBV, 2- HIV, 3- DENV-1, 4- HCV. Ponad połowa ankietowanych zaznaczyła odpowiedź HCV (59%). Prawie 1/3 respondentów wybrała odpowiedź 1 (28%). Reszta odpowiedzi miała podobny procent 2- 7% oraz 3- 6%. Analiza testem chi-kwadrat nie wykazała zależności istotnej statystycznie ($p=0,14306$). Ankietowani w większości zaznaczyli HCV (**Rycina 8**).



Rycina 8. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest wywołane przez wirus:”.

Kolejna zależność dotyczyła pytania czy zdaniem ankietowanych osoba, która przechorowała wirusowe zapalenie wątroby typu C nabywa odporność na ponowne zakażenie wirusem HCV. Rycina przedstawiająca skład procentowy odpowiedzi do pytania „Czy Pana/Pani zdaniem osoba, która przechorowała wirusowe zapalenie wątroby nabywa odporność na ponowne zakażenie wirusem HCV?” zawierała odpowiedzi: A- Tak, B- Nie, istnieje możliwość ponownej infekcji oraz C- Nie wiem. Ponad 1/3 ankietowanych uważa, że istnieje możliwość ponownej infekcji (38%). 32% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. 30% respondentów nie znalazło odpowiedzi na zadane pytanie (**Rycina 9**).



Rycina 9. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem osoba, która przechorowała wirusowe zapalenie wątroby nabywa odporność na ponowne zakażenie wirusem HCV?”

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, wykazała zależność istotnie statystycznie ($p=0,00000$). Osoby, które miały kontakt z osobą chorą na WZW typu C, stanowiły ponad połowę (53,13%) odpowiedzi B – Nie, istnieje możliwość ponownej infekcji. Odpowiedź ta była również najczęściej zaznaczaną w tej grupie (89,47%). Natomiast tylko 5,56% ankietowanych, którzy nie mieli kontaktu z osobą zakażoną wirusem HCV ją zaznaczyło. Osoby z tej grupy najczęściej wybierali odpowiedź twierdzącą (88,89%) oraz stanowili 42,11% odpowiedzi A. Ankietowani, którzy nie wiedzieli czy mieli kontakt z osobą chorą na WZW typu C najczęściej wybierali odpowiedź C (44,44%) i stanowili prawie wszystkie odpowiedzi C (93,33%) (**Tabela V**).

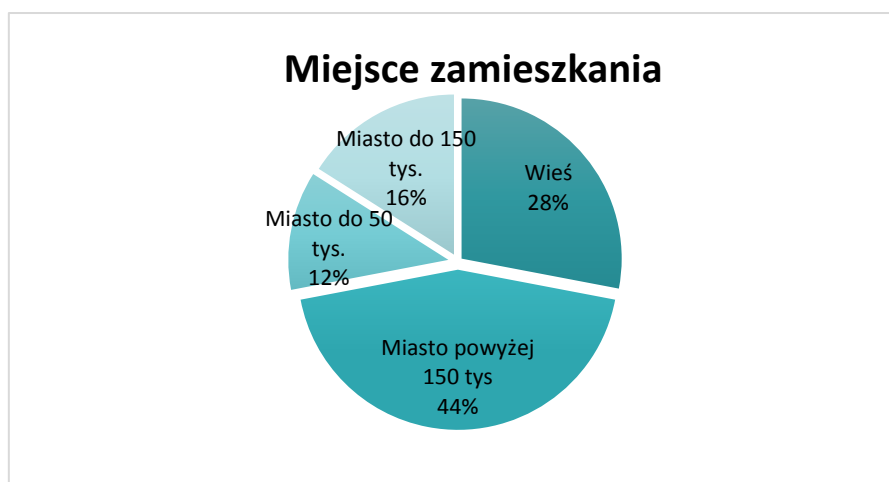
Tabela V. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem osoba, która przechorowała wirusowe zapalenie wątroby nabywa odporność na ponowne zakażenie wirusem HCV?” w zależności od tego czy ankietowany miał kontakt z osobą chorą na WZW typu C.

		Czy Pana/Pani zdaniem osoba, która przechorowała wirusowe zapalenie wątroby nabywa odporność na ponowne zakażenie wirusem HCV?		
		A	B	C
Ankietowany, który miał kontakt z osobą chorą na WZW C	liczebność	1	17	1
	% ze zmiennej w kolumnie	2,63%	53,13%	3,33%
	% ze zmiennej w wierszu	5,26%	89,47%	5,26%
Ankietowany, który nie miał kontaktu z osobą chorą na WZW C	liczebność	16	1	1
	% ze zmiennej w kolumnie	42,11%	3,13%	3,33%
	% ze zmiennej w wierszu	88,89%	5,56%	5,56%
Ankietowany, który nie wie czy miał kontaktu z osobą chorą na WZW C	liczebność	21	14	28
	% ze zmiennej w kolumnie	55,26%	43,75%	93,33%
	% ze zmiennej w wierszu	33,33%	22,22%	44,44%
Test niezależności chi-kwadrat		$\chi^2 = 55,25729$ $p = 0,00000$ $df = 4$		

A- Tak,
B- Nie, istnieje możliwość ponownej infekcji
C- Nie wiem

Zdeterminowanie czy miejsce zamieszkania ma wpływ na wiedzę na temat WZW typu C

Rycina przedstawiająca miejsce zamieszkania ankietowanych wskazuje na to, że prawie połowa osób mieszka w mieście powyżej 150 tysięcy mieszkańców (44%). Mieszkańcy wsi oraz miast do 150 tysięcy stanowili po 28% ankietowanych (**Rycina 10**).



Rycina 10. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Miejsce zamieszkania:”.

Rycina przedstawiająca pytanie „Czy istnieje ryzyko zakażenia wirusem HCV poprzez przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?” z odpowiedziami „tak”, „nie” i „nie wiem” i ich procentowym rozkładem, ukazuje, że ponad połowa ankietowanych uważa, że istnieje możliwość zarażenia się wirusem HCV poprzez przetoczenie krwi bądź preparatów krwiopochodnych (58%). Odpowiedzi przeczącej udzieliło 22% ankietowanych. Niewiele mniej, bo 20% nie znało odpowiedzi na zadane pytanie (**Rycina 11**).

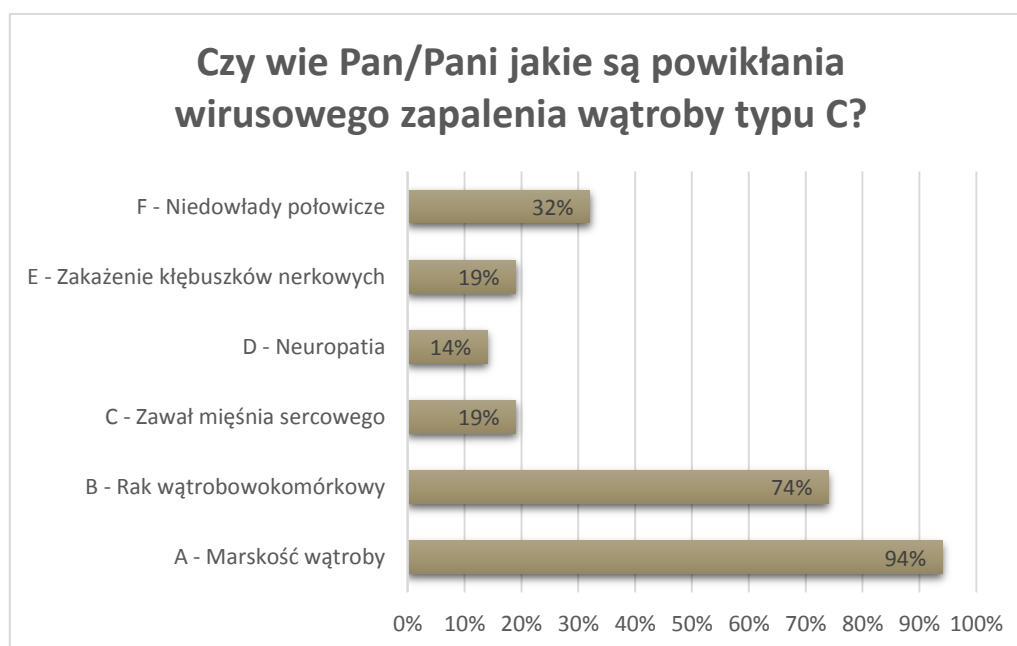


Rycina 11. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje ryzyko zakażenia wirusem HCV poprzez przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?”.

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, nie wykazała zależności istotnej statystycznie pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a odpowiedzią na pytanie „Czy istnieje ryzyko zakażenia wirusem HCV poprzez przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?” ($p=0,10076$).

Kolejnym było pytanie wielokrotnego wyboru dotyczące powikłań wirusowego zapalenia wątroby typu C, odpowiedziami, które ankietowani mieli możliwość zaznaczyć były: A - marskość wątroby, B – rak wątrobowokomórkowy, C - Zawał mięśnia sercowego, D – Neuropatia, E - Zakażenie kłębuszków nerkowych, F - Niedowłady połowicze.

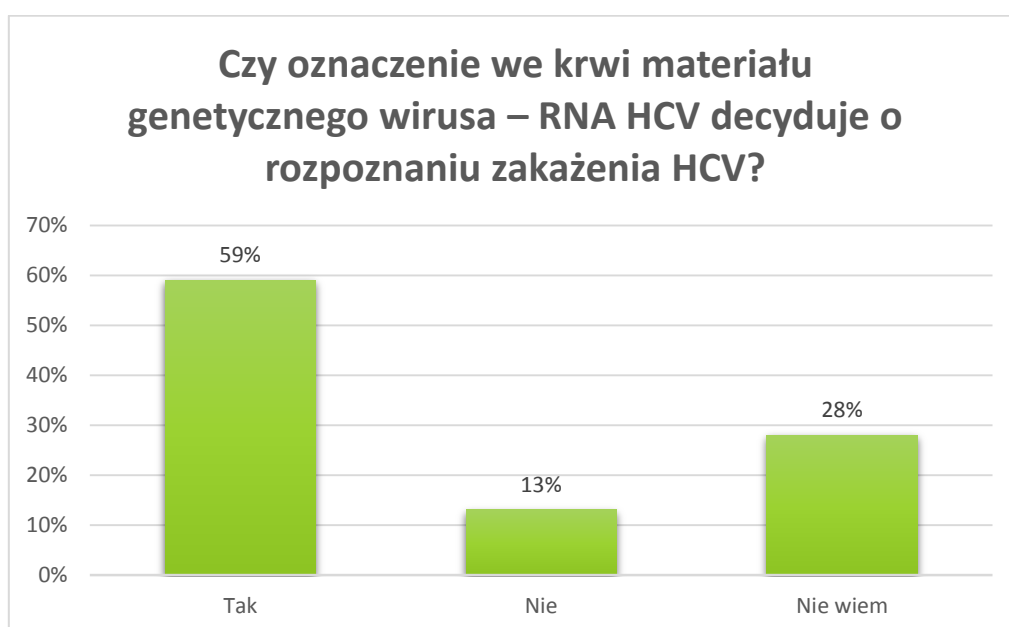
Rycina przedstawiająca rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani jakie są powikłania wirusowego zapalenia wątroby?” wykazuje, że prawie wszyscy ankietowani zaznaczyli odpowiedź A – marskość wątroby (94%). Prawie $\frac{3}{4}$ ankietowanych wybrało odpowiedź B – rak wątrobowokomórkowy (74%). Najrzadziej zaznaczaną odpowiedzią było D – neuropatia (14%) (**Rycina 12**).



Rycina 12. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani jakie są powikłania wirusowego zapalenia wątroby typu C?”.

Analiza z wykorzystaniem testu chi-kwadrat, wykazała zależność istotną statystycznie przy odpowiedzi B – rak wątrobowokomórkowy ($p=0,00018$) oraz F – niedowłady połowicze ($p=0,01311$). Ankietowani zamieszkujący miasta powyżej 150 tys. mieszkańców najczęściej zaznaczało odpowiedź B (90,91%). Natomiast większość mieszkańców miast do 150 tys. mieszkańców (87,50%), ponad połowa mieszkańców miast do 50 tys. mieszkańców (66,67%) oraz prawie połowa ankietowanych zamieszkujących wsie (46,43%). Ankietowani zamieszkujący wsie najczęściej zaznaczali odpowiedź F – niedowłady połowicze (60,71%). Natomiast najrzadziej daną odpowiedź wybierali ankietowani zamieszkujący miasta powyżej 150 tys. mieszkańców (15,91%). Odpowiedzi A ($p=0,67093$), C ($p=0,44816$), D ($p=0,49245$) oraz E ($p=0,30437$) nie wykazały zależności istotnej statystycznie.

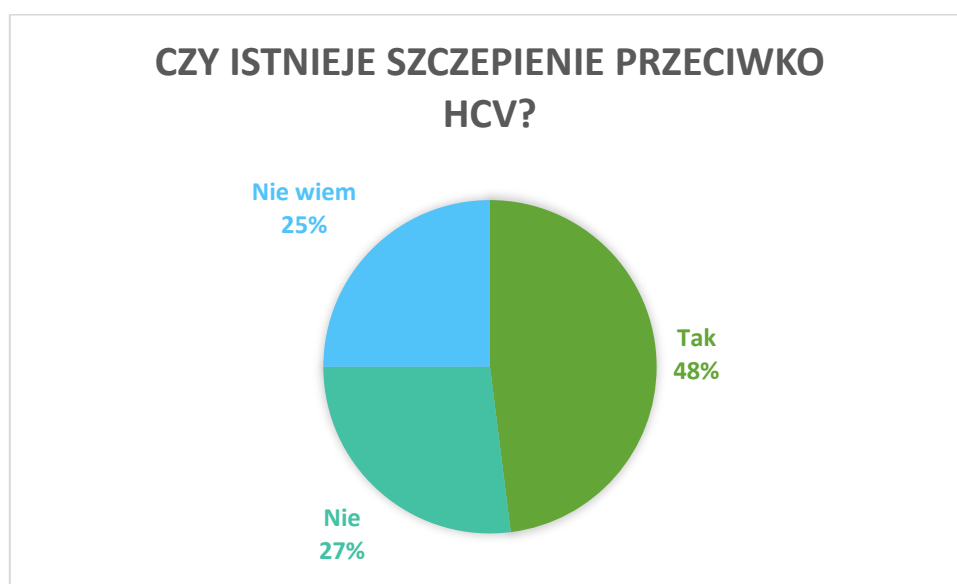
Rycina dotycząca pytania „Czy oznaczenie we krwi materiału genetycznego wirusa – RNA HCV decyduje o rozpoznaniu zakażenia HCV?” z odpowiedziami „tak”, „nie” oraz „nie wiem” i ich procentowym rozkładem ukazuje, iż ponad połowa ankietowanych uważa, że oznaczenie we krwi materiału genetycznego wirusa – RNA HCV decyduje o rozpoznaniu zakażenia HCV (59%). 28% ankietowanych nie znało odpowiedzi na zadane pytanie, a 13% udzieliło odpowiedzi przeczącej (**Rycina 13**).



Rycina 13. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy oznaczenie we krwi materiału genetycznego wirusa – RNA HCV decyduje o rozpoznaniu zakażenia HCV?”.

Ocena zależności między płcią ankietowanych a wiedzą na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C

Rycina prezentująca rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje szczepienie przeciwko HCV?” wykazała, że najczęstszą odpowiedzią było „tak” (48%). Odpowiedź przeczącą zaznaczyło 27% ankietowanych, natomiast ¼ nie znała odpowiedzi na zadane pytanie (25%) (**Rycina 14**).



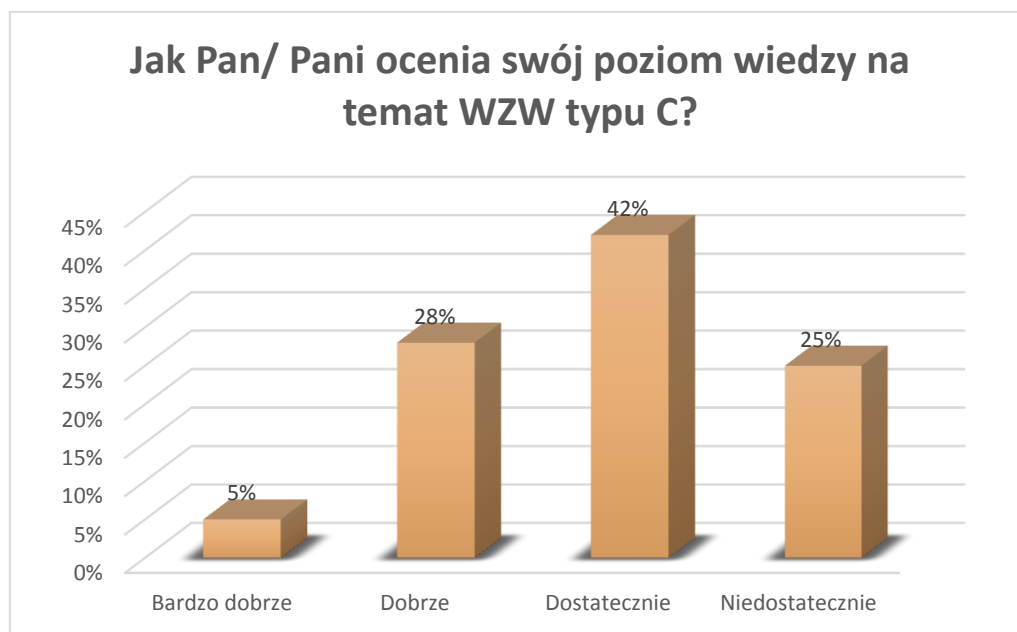
Rycina 14. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje szczepienie przeciwko HCV?”.

Analiza wyników z wykorzystaniem testu chi-kwadrat wykazała, że płeć ankietowanych nie ma wpływu na to czy ankietowani znali odpowiedź na pytanie o istnienie szczepienia przeciwko HCV ($p=0,45297$).

Analiza różnicy wieku pomiędzy osobami w przedziale 18-40 a osobami w przedziale wiekowym 41-70

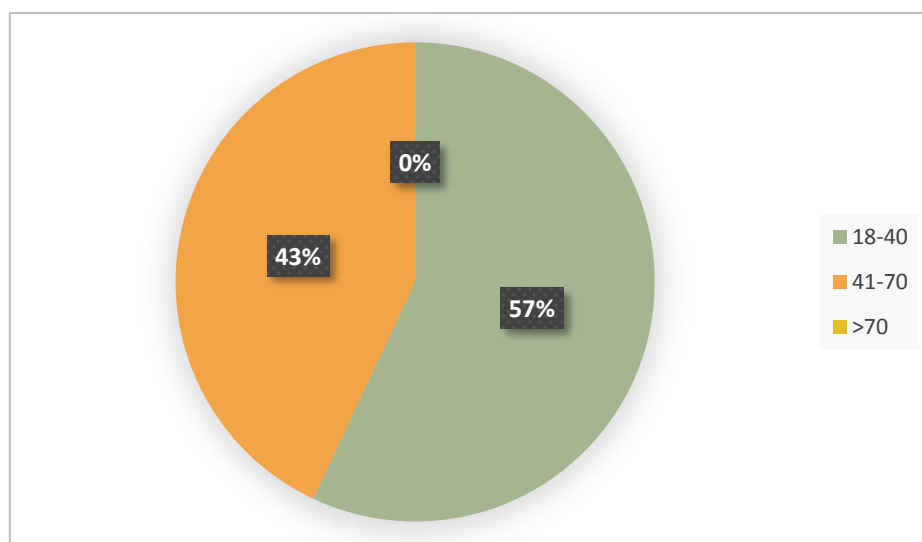
Rycina przedstawiająca pytanie „Jak Pan/Pani ocenia swój poziom wiedzy na temat WZW typu C?” z możliwymi odpowiedziami „bardzo dobrze”, „dobrze”, „dostatecznie” oraz

„niedostatecznie” pokazuje, że prawie połowa ankietowanych ocenia swoją wiedzę na poziomie dostatecznym (42%). 28% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „dobrze”, a ¼ ocenia swoją wiedzę na poziomie niedostatecznym (25%). Natomiast tylko 5% ankietowanych oceniło swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym (**Rycina 15**).



Rycina 15. Zestawienie procentowe odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani ocenia swój poziom wiedzy na temat WZW typu C?”.

Ponad połowa ankietowanych była w przedziale wiekowym 18-40 (57%). Pozostałe 43% stanowiły osoby, które były w przedziale wiekowym 41-70. Żaden z ankietowanych nie miał powyżej 70 roku życia (**Rycina 16**).



Rycina 16. Wiek ankietowanych.

Ankietowani niezależnie od wieku oceniali swoją wiedzę na różnych poziomach ($p=0,46893$). Najczęściej osoby pomiędzy 18 a 40 rokiem ocenili swoją wiedzę na poziomie dostatecznym (36,84%), 31,58% wybrało odpowiedź „dobrze”, 28,07% „niedostatecznie”, a 3,51% zaznaczyło odpowiedź „bardzo dobrze”. Prawie połowa (48,84%) ankietowanych pomiędzy 41 a 70 rokiem życia wybrało odpowiedź „dostatecznie”, 23,26% „dobrze”, 20,93% „niedostatecznie”, a 6,69% oceniło swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym.

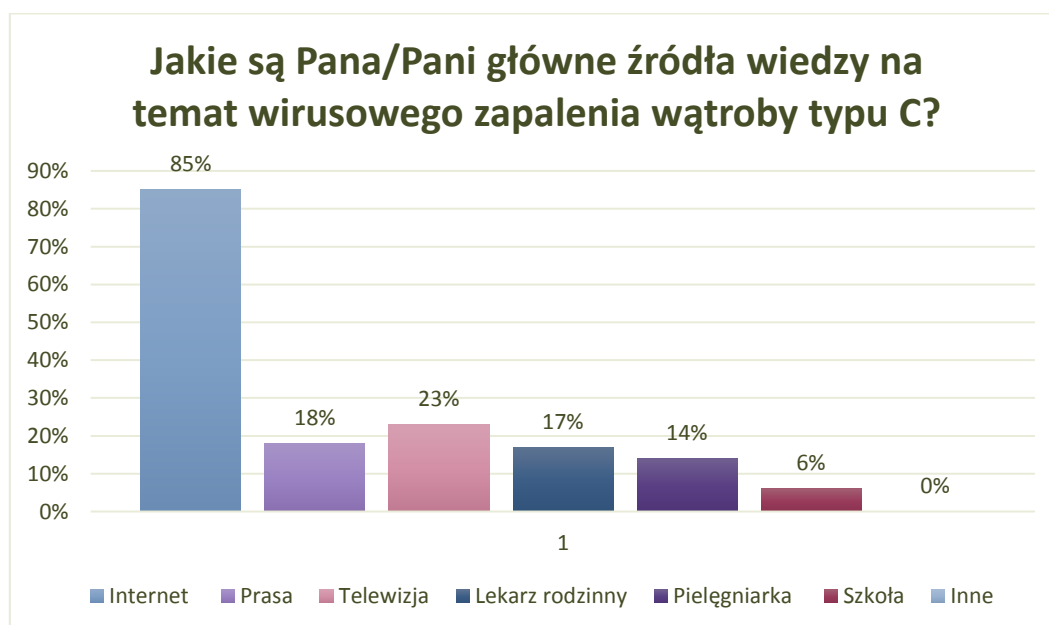
Wiek ankietowanych nie miał również wpływu na to jak podpowiadali na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem WZW typu C jest chorobą zakaźną?” ($p=0,77634$). Odpowiedzi ankietowanych rozkładały się w zbliżonych procentach w obydwu przedziałach wiekowych. W przedziale wiekowym między 18 a 40 rokiem życia przeważała odpowiedź „tak” (54,39%), a w grupie między 41 a 70 rokiem życia odpowiedź twierdzącą zaznaczyło 49,84%.

W pytaniu odnoszącym się do tego czy wirusowe zapalenie wątroby może mieć bezobjawowy przebieg również nie zaszła istotnie statystycznie zależność ($p=0,70226$). Obydwie grupy w znacznej części zaznaczały odpowiedź „tak”. Ankietowani w przedziale wiekowym 18-40 (56,14%) jak i 41-70 (62,79%) w większości uważali, że wirusem HCV można zarazić się poprzez naruszenie ciągłości tkanek i kontaktu uszkodzonej skóry lub błon śluzowych z materiałem zakaźnym (krwią, nasieniem oraz innymi płynami ustrojowymi osoby zakażonej wirusem HCV) ($p=0,09509$).

Analiza wyników testem chi-kwadrat w pytaniu „Czy zna Pan/Pani objawy zakażenia wirusem HCV?” w którym możliwymi odpowiedziami do wyboru były: A – Zmęczenie, B - Odbarwione stolce, C - Zażółcenie skóry i białek oczu, D - Bóle stawów lub mięśni, E – Gorączka, F - Utrata apetytu, G - Ból w jamie brzusznej bądź w okolicach wątroby, wykazała zależność istotną statystycznie w odpowiedzi G ($p=0,00804$). Ankietowani z grupy wiekowej 18-40 najczęściej zaznaczali tą odpowiedź (68,42%) oraz stanowili odsetek tej odpowiedzi (70,91%). Odpowiedzi A ($p=0,99861$), B ($p=0,87833$), C ($p=0,62270$), D ($p=0,98995$), E ($p=0,70484$) oraz F ($p=0,88494$) nie były istotne statystycznie.

Ocena wpływu źródeł, z których czerpią wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C na ich wiedzę

Rycina przedstawiająca źródła z jakich ankietowani czerpali wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C ukazuje, że najczęściej korzystali z Internetu (85%). Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią była Telewizja (23%). Tylko 6% ankietowanych czerpało wiedzę ze szkoły oraz nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „inne” (0%) (Rycina 17).



Rycina 17. „Jakie są Pana/Pani główne źródła wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C?”

Ankietowani czerpiący wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C z Internetu uważali, że wirusem HCV możemy zarazić się naruszenie ciągłości tkanek i kontaktu uszkodzonej skóry lub błon śluzowych z materiałem zakaźnym (krwią, nasieniem oraz innymi płynami ustrojowymi osoby zakażonej wirusem HCV) (56,47%). Drugą najczęściej zaznaczaną odpowiedzią jest „poprzez dotyk” (40%). Zależność istotna statystycznie zachodziła również pomiędzy ankietowanymi, którzy czerpią wiedzę od lekarza rodzinnego, na temat bezobjawowego przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C ($p=0,02787$). 70,59% ankietowanych czerpiących wiedzę od lekarza rodzinnego zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. Ponad połowa osób (56,52%) czerpiących wiedzę z telewizji uważa, że oznaczenie we krwi materiału genetycznego wirusa – RNA HCV decyduje o rozpoznaniu zakażenia wirusem HCV ($p=0,03936$). Osoby, które czerpały wiedzę na temat WZW typu C ze szkoły, udzielali odpowiedzi podobnie do osób, które tego nie robili. Źródło, z którego zdobywali wiedzę nie wpływało na występowanie odpowiedzi w tej grupie.

Ankietowani, którzy czerpali wiedzę z prasy w 70,83% uważają, że do wykrycia zakażenia wirusem HCV dochodzi podczas wykonywania rutynowych badań ($p=0,00723$). Wykazano zależność istotną statystycznie w odpowiedziach dotyczących: zakaźności wirusowego zapalenia wątroby ($p=0,00029$) oraz przy odpowiedzi na pytanie „Czy wirusowe zapalenie wątroby typu C można wyleczyć?” ($p=0,00022$). Zdecydowana ankietowanych z tej grupy uważa, że wirusowe zapalenie wątroby można wyleczyć (76,09%). Pozostałe 10,87% zaznaczyło odpowiedź przeczącą oraz 13,04% nie znało odpowiedzi na to pytanie.

DYSKUSJA

HCV jest wirusem, o którym społeczeństwo wie niewiele. Ze względu na bezobjawowy bądź skąpoobjawowy przebieg wirusowego zapalenia wątroby typu C nazywa się tę chorobę „cichym zabójcą”. Duża liczba zakażonych nie jest świadoma swojej infekcji, stanowią nowe źródła zakażeń oraz nie mogą poddać się procesowi terapeutycznemu na wczesnym etapie choroby, kiedy WZW typu C można skutecznie wyleczyć. Ważnym czynnikiem świadomości na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C jest edukacja społeczeństwa, która stanowi jedną z metod zapobiegania zakażeniom HCV [2, 3, 4].

Badaniom własnym poddano 100 ankietowanych, mieszkających w województwie Podlaskim, wybranych w sposób losowy. 53% stanowiły kobiety, a pozostałe 47%

mężczyźni. Przeważającą grupą wiekową były osoby w przedziale wiekowym 18-40 (57%), pozostałe 43% stanowiły osoby w wieku 41-70.

W 2011 roku przez agencję badawczą zajmującą się badaniem opinii publicznej TNS OBOP zostało przeprowadzone badanie pt. „Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby”. Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 1005 Polaków w wieku 15 lat i więcej, 64% osób biorących udział w tym badaniu uważa, że WZW typu C jest chorobą zakaźną. Badania Tomaszek L. i wsp. prezentują, że 44% młodzieży z Zespołu Szkół nr. 2 im. Stanisława Staszica w Wadowicach zdaje sobie sprawę, iż WZW typu C jest chorobą zakaźną. W badaniu własnym 52% odpowiada twierdząco na temat zakaźności wirusowego zapalenia wątroby typu C [4, 5].

Według literatury do zakażenia wirusem HCV może dojść wskutek kontaktu uszkodzonej skóry bądź błon śluzowych z krwią osoby zakażonej. Istnieje również możliwość zakażenia się poprzez kontakt z zakażonym sprzętem medycznym, w gabinetach kosmetycznych czy podczas wykonywania tatuażu. Sierpińska L. i wsp. w swoich badaniach ukazują, iż 55,7% młodzieży wie, że wirusem HCV można zarazić się poprzez kontakt z krwią osoby zakażonej. W badaniach Czarnecka J. i wsp. oraz Burzyńska M. i wsp. poziom wiedzy na temat zakażenia wśród studentów był na tym samym poziomie (78%). W badaniu własnym 59% udzieliło prawidłowej odpowiedzi. W badaniu TNS OBOP 15% ankietowanych uznaje, że wirusem HCV można zarazić się drogą pokarmową, 9% studentów z uczelni SGGW oraz UW ma takie samo zdanie. W badaniach własnych 36% uważa, że wirusem HCV można zarazić się przez drogę pokarmową. Można wyciągnąć wniosek, iż wirusy HAV, HBV oraz HCV i ich drogi zakażenia są ze sobą mylone [2, 5, 6, 7].

W badaniach własnych ankietowani jako najczęstsze sytuacje, w których może dojść do zakażenia wskazywali: poprzez przyjmowanie narkotyków drogą dożylną (84%), podczas wykonywania zabiegów medycznych, stomatologicznych, tatuażu, piercingu (61%) oraz poprzez drogę wertykalną z matki na dziecko (39%). W przeprowadzonym badaniu przez TNS OBOP jedynie 26% ankietowanych twierdziło, że do zakażenia HCV może dojść w trakcie używania zakażonego sprzętu medycznego oraz niemedycznego. 92% studentów z UM w Łodzi oraz 84% studentów Politechniki Łódzkiej słusznie sądziło, iż szczególnie narażeni na ryzyko zakażenia wirusem HCV są pracownicy służby zdrowia pracujący w placówkach medycznych. Jedynie 6% studentów UM w Łodzi oraz 11% studentów Politechniki Łódzkiej twierdziło, że najbardziej narażeni na zakażenie wirusem HCV są pracownicy salonów fryzjerskich, salonów tatuażu oraz gabinetów kosmetycznych. Natomiast

na zakażenie wirusem poprzez kontakt z krwią osoby zakażonej wybrało 88,5% ankietowanych, a zakażenie poprzez sprzęt medyczny wskazało 78,2%. W badaniach Norton B.L. i wsp., które zostały przeprowadzone na 140 osobach powyżej 18 roku życia, 90% ankietowanych poprawnie twierdziło, że wirusem HCV można zarazić się podczas wykonywania tatuażu, natomiast 56% wybrało kontakty seksualne. Studenci z uczelni SGGW oraz UW w 57% jako drogę zakażenia wskazało tatuaż, a 42% stosunki płciowe [2, 6, 7, 8].

49% ankietowanych w badaniach własnych uznaje, że wirusowe zapalenie wątroby może mieć bezobjawowy przebieg. Najczęściej odpowiedź tą wybierały osoby z wyższym wykształceniem, jednakże dysproporcja w wykształceniu ankietowanych mogła mieć również wpływ na udział procentowy odpowiedzi. Nieco mniej, 47,6% studentów z UM w Łodzi i Politechniki Łódzkiej również jest tego zdania. Badania Czarneckiej J. i wsp. dowodzą na to, że 34% studentów z Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego oraz 26% z Uniwersytetu Warszawskiego uważa, że wirusowe zapalenie wątroby przebiega bezobjawowo. Z przeprowadzonych badań przez TNS OBOP można spostrzec, iż 30% ankietowanych uważa, że WZW typu C może przebiegać bezobjawowo [5, 6, 7].

Rozpoznanie pierwszych objawów WZW typu C może zostać błędnie zinterpretowane. U większości chorych występuje bezobjawowy przebieg, a u pozostałych mogą wystąpić objawy grypopodobne, powiększona wątroba, zażółcenie powłok skórnych. Badania własne wykazały, iż połowa badanych zna objawy zakażenia wirusem HCV. Najczęściej wybieranym objawem wirusowego typu C było zmęczenie (77%), zażółcenie powłok skórnych wybrało 59%, 55% ból w jamie brzusznej bądź w okolicy wątroby. W badaniu przeprowadzonym przez TNS OBOP 35% badanych uważa, iż zażółcenie powłok skórnych jest pierwszym objawem WZW typu C, a w badaniu Burzyńska M. i wsp. 39,7% studentów [8, 9].

Analiza uzyskanych odpowiedzi wykazała, iż tylko 23% badanych wykonała u siebie badania w kierunku nosicielstwa wirusa HCV. Jednakże w badaniach przeprowadzonych przez Polską Grupę Ekspertów dowodzi, iż 95% nosicieli HCV nie jest tego świadoma [10].

Połowa ankietowanych (51%) w badaniu TNS OBOP była zdania, że istnieje szczepionka przeciw WZW typu C. Badania Tomaszek L. i wsp. ukazują, iż 49% młodzieży z Zespołu Szkół nr. 2 im. Stanisława Staszica w Wadowicach uważa, że istnieje szczepionka zapobiegająca zakażeniu wirusem HCV. Zbliżony wynik uzyskano w badaniach studentów SGGW i UW (42%). W badaniu własnym odsetek osób mylnie twierdzących, iż istnieje

szczepionka przeciw WZW typu C jest nieznacznie większy – 48%. Jedynie 22% studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Politechniki Łódzkiej uważa, że istnieje szczepionka przeciwko WZW typu C. Najprawdopodobniej związane jest to z istnieniem szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B [4, 5, 9].

Istotnym aspektem w poziomie wiedzy na temat WZW typu C jest miejsce, z którego czerpią informacje. W badaniach własnych jedynie 17% ankietowanych czerpało wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C od lekarza rodzinnego, a 14% od pielęgniarek. Natomiast najwięcej ankietowanych pozyskiwało wiedzę z Internetu (85%). 23% ankietowanych jako źródło wiedzy wskazało telewizję, a 18% prasę. Jedynie 6 % studentów SGGW i UW pozyskało wiedzę od lekarza rodzinnego, a 44% jako źródło wiedzy podało Internet. Jako drugi najczęstszym źródłem informacji była telewizja (27%). Z prasy czerpało wiedzę 11%. Natomiast w badaniach TNS OBOP aż 86% badanych oświadczyło, iż lekarz rodzinny nigdy nie wspominał o WZW typu C. Głównymi źródłami wiedzy badanych są Internet, telewizja oraz prasa. Wciąż niewiele osób pozyskuje wiedzę na temat WZW typu C od profesjonalistów min. od lekarzy czy pielęgniarek [5, 7].

Warto również zauważyć, iż w badaniach własnych 63% badanych nie chce poszerzać wiedzy na WZW typu C, a 44% uważa, że społeczeństwo wie niewiele na ten temat. Natomiast w badaniach Czarnecka J. i wsp. aż 80 % studentów chciałoby dowiedzieć się więcej na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C [7].

Wyniki badań własnych oraz przegląd literatury potwierdza fakt, iż wirus HCV jest nadal poważnym problemem epidemiologicznym oraz potwierdzają potrzebę przeprowadzenia kampanii społecznych oraz akcji profilaktycznych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Znaczna część ankietowanych uważa, że istnieje szczepienie przeciwko wirusowi HCV.
2. Wykształcenie ankietowanych oraz znajomość osób chorych na WZW typu C miało niewielki wpływ na udzielanie prawidłowych odpowiedzi.
3. Ankietowani są świadomi, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą zakaźną.

4. Najczęściej zaznaczanymi objawami były: zmęczenie, zażółcenie skóry i białek oczu, ból w jamie brzusznej bądź w okolicach wątroby oraz bóle stawów bądź mięśni.
5. Ankietowani są świadomi w jakich sytuacjach może dojść do zakażenia wirusem HCV oraz jakie powikłania powoduje WZW typu C.
6. Zdaniem ankietowanych istnieje możliwość zakażenia wirusem HCV poprzez przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych.
7. Źródłem, z którego ankietowani najczęściej czerpali informacje na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C był Internet.
8. Duża część ankietowanych nie jest zainteresowana poszerzaniem swojej wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C.

PIŚMIENNICTWO

1. Juszczak J. Hepatitis C: patogenezę i terapia. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2016.
2. Burzyńska M., Urbanek J., Maniecka-Bryła I.: Ocena wiedzy studentów na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015; 96 (1): 218-223.
3. Zakrzewska K., Stępień M., Rosińska M.: Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) w Polsce w 2017 roku. Przegląd Epidemiologiczny 2019; 73 (2): 167-178.
4. Tomaszek L., Matusiak M., Mrowiec K.: Stan wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B i C wśród młodzieży ponadgimnazjalnej. Państwo i Społeczeństwo 2017; 27 (4): 41-53.
5. TNS OBOP. Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby. Raport z badania. 2011, http://www.gwiazdanadziei.pl/download/raport_wiedza_na_temat_wirusowego_zapalenia_watroby_tns_.pdf [Online] [zacytowano: 19.04.2022].
6. Sierpińska L., Jankowska E.: School adolescents' knowledge concerning hepatitis C virus (HCV). Journal of Education, Health and Sport 2017; 7 (1): 11-27.
7. Czarnecka J., Olszewska E., Kobos E., Sienkiewicz Z., Krupienicz A.: Wiedza studentów na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C. Pielęgniarstwo Polskie 2016; 2 (60): 201-206.
8. Norton B.L., Voils C.L., Stout J.E.: Community-based HCV screening: knowledge and attitudes in a high risk urban population. BMC Infectious Diseases 2014; 14: 74-81.

9. Kowala-Piotrkowska A. (red) Marskość wątroby – przyczyny, objawy i postępowanie dietetyczne, wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2013.
10. Halota W., Flisiak R., Juszczak J., Małkowski P., Pawłowska M., Simon K., Tomaszewicz K.: Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2019 Polskiej Grupy Ekspertów HCV. Zakażenia XXI wieku 2019; 2 (2): 61-69.

PROBLEMY W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Marzena Janczaruk¹, Patrycja Granek², Ewa Kulbaka³, Joanna Stachyra⁴

1/ - II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

2/ - Absolwent: Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

3/ - Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

4/ - Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze jest najczęściej występującym schorzeniem wśród kobiet w ciąży. Jest ono zaliczane do chorób cywilizacyjnych. Czynniki genetyczne oraz środowiskowe przyczyniają się do etiopatogenezy choroby. Coraz częściej odnotowuje się nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą u kobiet, co stanowi poważny problem podczas rozwijającej się ciąży. Powoduje to szereg powikłań ze strony zmian narządowych wśród kobiet jak i wpływa na rozwój i odporność płodu. Jest bardzo dużo powikłań w przebiegu choroby, dlatego istotną kwestią jest szybka diagnostyka i zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Personel medyczny przy doświadczeniu oraz wiedzy naukowej odgrywa bardzo ważną rolę podczas diagnostyki, leczenia i opieki pacjentki i jej nienarodzonego dziecka. Objęcie opieką medyczną kobiety w ciąży w przebiegu nadciśnienie tętniczego, częste wizyty w gabinecie ginekologicznym, prowadzenie ciąży aż do rozwiązania sprzyja lepszemu poznaniu sytuacji pacjentki oraz zapewnia położnicy zaufanie, zrozumienie, poczucie bezpieczeństwa.

Wiele kobiet, które borykających się z chorobą w czasie ciąży nie posiadają wiedzy na temat radzenia sobie z nią w życiu codziennym. Dlatego też edukacja pacjentki przez personel medyczny jest nieodzownym elementem w leczeniu choroby. Nauczenie pacjentki prowadzenia szczegółowego dzienniczka z wynikami pomiarów wartości ciśnienia według określonych zasad, edukacja pacjentki pod względem zdrowego trybu życia, spożywania odpowiednich produktów, które znormalizują procesy chorobowe zachodzące w narządach

wewnętrznych u pacjentki. Kobieta w ciąży dobrze zaopiekowana, która stosuje się do zaleceń lekarza i położnej w okresie okołoporodowym może uniknąć powikłań, które wywoływane przez nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą mogą być zagrożeniem dla niej samej oraz jej dziecka. Współpraca pacjentki podczas okresu okołoporodowego pomoże szybkiemu i sprawnemu rozwiązaniu ciąży w sposób naturalny.

Definicja nadciśnienia tętniczego krwi

Ciśnienie tętnicze krwi jest to oddziaływanie na elastyczne ściany naczyń krwionośnych siły strumienia krwi. Nadciśnienie tętnicze występuje wtedy, gdy wartości oznaczenia ciśnienia tętniczego, przekraczają 140/90 mm Hg. Kiedy u ciężarnej przed 20 tygodniem ciąży, ciśnienie tętnicze krwi wzrośnie, wtedy można przypuszczać, że ta kobieta choruje na nadciśnienie przewlekłe. O łagodnym nadciśnieniu tętniczym mówimy wtedy, kiedy wartości są niższe niż 160/110 mm Hg, ciężkie nadciśnienie gdy ciśnienie skurczowe przewyższa wartość 160 mm Hg, bądź ciśnienie rozkurczowe przekracza 110 mm Hg [1].

Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego (NT) u kobiet w ciąży według wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego:

- Nadciśnienie tętnicze występujące uprzednio charakteryzuje się $\geq 140/90$ mmHg wartością ciśnienia tętniczego podczas badania, które występuje przed ciążą lub rozwijające się przed 20 tygodniem ciąży i utrzymuje się po 12 tygodniu od rozwiązania.
- Nadciśnienie indukowane ciążą (PIH) pojawia się po upływie 20 tygodnia i ustępuje do 12 od rozwiązania.
- Stan przedrzucawkowy (PE-preeclampsia) rozwija się po 20 tygodniu ciąży z powikłaniami narządowymi, białkomoczem, objawami neurologicznymi. Zespołem powikłań pojawiających się w tej jednostce chorobowej jest zespół HELLP oraz rzucawka. Stan przedrzucawkowy charakteryzuje się średnią z dwóch pomiarów ciśnienia tętniczego w ciągu dnia w odstępie kilku minut z wynikiem $\geq 160/110$ mmHg oraz pojawiające się objawy, które sugerują jedno z powikłań PE: białkomocz $\geq 0,3\text{g/d}$, w teście paskowym białko/kreatynina ≥ 1 , trombocytopenia (<100 tys./ μl), pogorszenie funkcji nerek (kreatynina $>1,1$ mg/dl lub podwojenie kreatyniny w CKD, upośledzenie funkcji wątroby (wzrost ALAT, AspAT do wartości 2 x norma), obrzęk płuc, objawy ze strony OUN, zaburzenia widzenia.

- Upřednio występujące NT z nałożonym stanem przedrzucawkowym po 20 tygodniu następuje dalszy wzrost ciśnienia raz pojawiają się inne objawy świadczące o wystąpieniu stanu przedrzucawkowego.
- Nadciśnienie tętnicze niedające się sklasyfikować przed porodem. Stwierdza się bez innych objawów PE, wcześniejsze wartości ciśnienia są nieznane lub niepewne, rozpoznanie należy zweryfikować po upływie 12 tygodnia i po porodzie (ustąpiło – NT indukowane ciążą, utrzymuje się – NT upřednio istniejące) [2].

Epidemiologia i etiopatogeneza nadciśnienia tętniczego wśród kobiet w ciąży

Nadciśnienie tętnicze stanowi istotny problem kliniczny wśród populacji kobiet w ciąży. Według najnowszych badań problemy z nadciśnieniem tętniczym ma w okresie ciąży 6-10% kobiet w Stanach Zjednoczonych i Europie. W Polsce problem ten pojawia się u 7-10% ciężarnych. W przebiegu łagodnego stanu nadciśnienia u 33% Polek ciąża kończy się przedwcześnie, natomiast u 11% narodzonych dzieci obserwuje się zbyt małą masę urodzeniową. W przebiegu ciężkiego nadciśnienia liczba ta wzrasta do 62-70% populacji. W krajach europejskich nadciśnienie pojawia się na 1-2 miejscu jako stan najczęstszych przyjęć na oddziały intensywnej terapii oraz utrzymuje się w pierwszej trójce jako przyczyna śmierci matek ciężarnych. Kobiety z przewlekłym NT (1-5% ogólnej populacji) grozi większe ryzyko rozwoju stanu przedrzucawkowego niż kobiety bez wcześniejszego NT (17-15% vs 3-5%). Ponadto u kobiet z przewlekłym NT w 7-20% przypadków dochodzi do pogorszenia kontroli RR w okresie ciąży (nie licząc kobiet, u których dochodzi do rozwoju stanu przedrzucawkowego). Stan przedrzucawkowy stanowi 10-15% zgonów wśród kobiet ciężarnych na świecie. W krajach mało rozwiniętych kobiety umierają na skutek powikłań związanych z tym stanem. W USA jest ona trzecią przyczyną śmierci wśród kobiet [2, 3].

Obecność istotnie podwyższonego RR u kobiet w ciąży stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia nie tylko matki, ale także jej dziecka. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organisation) NT i jego powikłania są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów ciężarnych kobiet w krajach rozwiniętych (ok.16%) [4, 5].

Mimo iż przeprowadzono dotąd szereg badań klinicznych i postawiono wiele hipotez, w dalszym ciągu przyczyny nadciśnienia tętniczego wywołanego ciążą oraz stanem przedrzucawkowym nie zostały poznane. Zakłada się obecność różnych czynników o podłożu

genetycznym jak również środowiskowym. Przeprowadzone badania wskazują, iż nadciśnienie przewlekłe może występować w postaci pierwotnej lub wtórnej przy innych schorzeniach na przykład choroby naczyń, choroby nerek, zaburzenia endokrynologiczne. Wiele wskazuje na to, że za stan chorobowy pacjentek odpowiedzialne są zaburzenia krążenia w łożysku [2].

Podłoże genetyczne

W celu wyjaśnienia etiologii przedrzucawki prowadzono również badania genetyczne. Kobiety, których krewnie pierwszego stopnia miały przedrzucawkę, również są narażone na rozwój tej choroby. Mężczyźni urodzeni z „przedrzucawkowej” ciąży, mają również szansę na ojcostwo ciąży z tym powikłaniem. Nie ustają próby poszukiwania genów odpowiedzialnych za podatność na wystąpienie nadciśnienia ciążowego [6].

Zagnieżdżenie zarodka w macicy

Stan przedrzucawkowy rozwija się w dwóch etapach. W etapie pierwszym pojawia się zmniejszenie przepływu łożyskowego, a w etapie drugim dochodzi do uszkodzenia śródbłónka naczyniowego. Komórki trofoblastu nie mają możliwości przejścia poza doczesną warstwę mięśniową ściany macicy, wobec czego nie dochodzi do przemodelowania tętnic spiralnych i przepływ zbyt dużej ilości krwi w zwężonych naczyniach tętniczych powoduje hipoperfuzję (nieodpowiedni dopływ krwi) i hipoksemię (niedotlenienie) łożyska [6]. Złe przekształcanie się tętnic spiralnych może doprowadzić do hipoksemii, co może wpłynąć na śródbłonek naczyniowy i wydobywać substancję naczynioaktywne.

Śródbłonek naczyniowy

Bierze on udział w regulacji napięcia naczyniowego, angiogenezie, procesach zapalnych i fibrynolizie. Komórki śródbłónka wydzielają wiele aktywnych substancji, które mają działanie wazodylatacyjne (tlenek azotu, prostacyklina) i wazokonstrykcyjne (tromboksan) [7]. Tlenek azotu (NO) ma działanie przeciwkrzepliwe co wstrzymuje agregację (zlepianie) i adhezję (siła przylegania dwóch materiałów) płytek. W surowicy krwi u ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym występuje mniejszy poziom NO niż u kobiet z prawidłowym przebiegiem ciąży. W takim przypadku nasuwa się wniosek, że elementem w rozwoju nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą mogą być zaburzenia w metabolizmie NO. Natomiast badacze twierdzą, iż nie jest to pierwotnym skutkiem choroby, lecz jej wtórnym zaburzeniem wynikającym z uszkodzenia łożyska w momencie przekształcania się licznych komórek z uwidocznionymi granicami między nimi (cytotrofoblast) do grupy komórek bez uwidocznionych granic (syncytiotrofoblastu), które powstają od 7 dnia po zapłodnieniu. Protacyklina odgrywa ogromną rolę w prawidłowym

krążeniu łożyska, oraz przepływu nerkowego poprzez działanie naczyniorozkurczające, a także zatrzymanie agregacji płytek. Antagonistą protacykliny jest tromboksan, który pobudza agregację płytek. W badaniach krwi i moczu u kobiet z wykrytym stanem przedrzucawkowym, prostacyklina jest niższa, a tromboksan wyższy. Anomalie w równowadze wazodylatacji do wazokonstrykcji mogą powodować selektywne uszkodzenie płytek krwi, które doprowadzają do hemolizy oraz ograniczają przepływ krwi w tętnicy, a także mogą powodować pojawianie się zatorów w łożysku [1, 6].

Stres oksydacyjny

O stresie oksydacyjnym mówimy wtedy, kiedy zdolności antyoksydacyjne ustroju nie są w stanie zwalczyć przewyższonych ilości wolnych form tlenu. Niewielkie stężenie wolnych rodników ma działanie fizjologiczne, natomiast podwyższone wywołują między innymi wzrost apoptazy w błonie płodowej, co prowadzi do toksycznego uszkodzenia jej komórek. Stres uważany jest za przyczynę uszkodzenia śródbłonna naczyniowego, czy też za utlenianie lipidów związanych z nadciśnieniem ciążowym [7].

Czynniki angiogenne i adhezyjne

W patogenezie choroby istotnym czynnikiem jest zależność pomiędzy pro- i antyangiogenem w łonie matki. Poziom czynników proangiogennych u kobiet ze stanem przedrzucawkowym jest obniżony, równocześnie poziom krążących czynników antyangiogennych u tych kobiet jest podwyższony. Jednakże na wpływ nadciśnienia tętniczego u ciężarnych oddziałują również cząsteczki adhezyjne, które implantują jajo płodowe. W przebadanej surowicy krwi, w przebiegu nadciśnienia tętniczego stwierdza się wzrosty tych cząsteczek. Uczeni badali poziom cząsteczek adhezyjnych i endotelialnej selektyny (białka biorące udział w procesach zapalnych) oraz czynnik martwicy nowotworów alfa. Badanie wykazało, iż kobiety z nadciśnieniem tętniczym mają wyższy poziom tych cząsteczek, niż kobiety zdrowe [7].

Układ renina-angiotensyna-aldosteron

Jest to układ hormonalno-enzymatyczny, który odpowiada za regulację ciśnienia krwi krążącej. Pobudzenie tego systemu w łożysku ma wpływ na zaburzoną pracę naczyniową i może powodować dysfunkcję w śródbłonie naczyniowym oraz wrażliwość na przyjmowanie angiotensyny. W badaniach polegających na podawaniu we wlewie dożylnym angiotensyny II obserwowano efekt hipertensyjny. Badacze wykazali, że u kobiet u których, podejrzewa się stan przedrzucawkowy wraz z wrażliwością na angiotensynę II, substancja ta podawana w mniejszej dawce wywołuje wzrost ciśnienia tętniczego. Taki efekt może być wywołany zwiększonym oporem naczyń obwodowych. Nadwrażliwość na podawany hormon może być

spowodowana istnieniem autoprzeciwciał będących agonistami na receptor AT1 (efektor kontrolujący ciśnienie krwi) [7].

Niedobór witaminy D

Może mieć on wpływ na zagnieżdżenie się płodu w łożysku oraz niekorzystnie wpływać na krążenie krwi. Naukowcy w badaniach wykazali, że stężenie witaminy D w osoczu u ciężarnych z cukrzycą nie ma wpływu na wzrost ciśnienia skurczowego, natomiast niedobór wyżej wymienionej witaminy zwiększa ciśnienie tętnicze we krwi. W badaniach obserwacyjnych wykazano nieprzewidziane zwiększenie stężenia witaminy D z nasilonym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia wśród kobiet w ciąży. Nie możemy wykluczyć, że suplementacja witaminy D wpływa na stan chorobowy [7].

Objawy kliniczne i diagnostyka laboratoryjna nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych

Pierwszym objawem jest nieprawidłowe ciśnienie krwi przy pomiarach w czasie wizyt w gabinecie lekarskim. Objawy początkowo pojawiają się przed 20 tygodniem ciąży, a ustępują w czasie 6-12 tygodnia po rozwiązaniu oraz w nadciśnieniu tętniczym niedającym się sklasyfikować przed porodem. Dodatkowo przy zleconych badaniach moczu, może wystąpić białkomocz (jest to wynik zwiększającej się przypuszczalności naczyń włosowatych kłębuszków nerkowych). U pacjentek występuje także obrzęk zwłaszcza w okolicach ud, podudzi, stóp, palców, warg sromowych, podbrzusza oraz twarzy. Należy regularnie kontrolować masę ciała, aby wartość przyrostu wagi w trzecim trymestrze nie przekraczała 2 kilogramy na tydzień. Gdy taki objaw występuje, lekarz kieruje kobietę na dokładniejsze badania laboratoryjne w celu wykluczenia nadciśnienia tętniczego w ciąży oraz zaleca kontrolowanie pomiaru ciśnienia krwi w domu [8].

Najczęstszymi objawami podczas NT indukowanego ciążą są silne bóle głowy, niepokój, zaburzenia świadomości, zmiany w dnie oka, zawroty głowy, podwójne widzenie. Rozwijają się one po 20 tygodniu ciąży, a ustępują po 12- tym tygodniu od rozwiązania. W badaniach laboratoryjnych nie jest widoczny białkomocz, ale jeśli po 20 tygodniu ciąży zaobserwujemy wzrost ciśnienia tętniczego oraz w kontroli dobowej zbiórki moczu pojawi się białko wynoszące $\geq 3\text{g}/24\text{h}$, możemy stwierdzić, że pacjentka jest w stanie przedrzucawkowym. Lekarz prowadzący kieruje pacjentkę do szpitala, gdy wartość jej ciśnienia skurczowego wynosi $\text{RR} \geq 160 \text{ mm Hg}$, a rozkurczowe $\text{RR} \geq 110 \text{ mm Hg}$ w kilkukrotnych pomiarach w ciągu 15-30 min [8, 9].

Stan przedrzucawkowy (PE) dzielimy na stan przedrzucawkowy łagodny oraz stan przedrzucawkowy ciężki. Oba te stany charakteryzują się występującym białkomoczem w badaniu laboratoryjnym ($>300\text{mg/l}$ lub $>500\text{ mg/24godz.}$ lub $\geq ++$ w teście paskowym). Jest to stan najczęściej związany z nadciśnieniem wywołanym w czasie ciąży inaczej zwany preeklampsja.

W przebiegu preeklampsji łagodnej obserwujemy białkomocz dobowy $\geq 300\text{mg/l}$ lub białkomocz dodatni w teście paskowym. Natomiast w preeklampsji ciężkiej do objawów klinicznych zaliczamy zwiększony białkomocz wyższy bądź równy 2g , skąpomocz- diureza poniżej 500ml/24h . Pacjentka odczuwa bóle w nadbrzuszu, prawym podżebrzu, może wystąpić obrzęk płuc, sinica, zmiany w funkcji wątroby, małopłytkowość, zahamowania we wzrastaniu płodu. W czasie spoczynku ciśnienie tętnicze krwi jest $\geq 160\text{mmHg}$ - skurczowe, a rozkurczowe powyżej 110 mmHg , mierzone w odstępie 6 godzin . Powstawanie stanu przedrzucawkowego wiąże się z ryzykiem wielu powikłań mających skutek po rozwiązaniu ciąży. Może wpływać na układ krwionośny serca, przyczynić się do choroby zakrzepowo-zatorowej lub przewlekłej choroby nerek, może być przyczyną przedwczesnego porodu, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu oraz wystąpieniem nadciśnienia tętniczego u narodzonego dziecka [10, 11].

Powikłaniami najgroźniejszymi dla kobiet w ciąży w stanie przedrzucawkowym są zespół HELLP oraz rzucawka (eklampsja). Objawy kliniczne i biochemiczne jakie towarzyszą w stanie przedrzucawkowym i w zespole HELLP są trudne do zdiagnozowania. Obecnie zespół ten rozpoznawany jest jako osobna jednostka chorobowa u ciężarnych bez nadciśnienia tętniczego i białkomoczu. Dzięki wykonywanym badaniom laboratoryjnym możemy odróżnić dwa powyżej wymienione stany. Wyróżniamy trzy podstawowe objawy wykazujące różnicę pomiędzy PE a zespołem HELLP, należą do nich podwyższenie stężenia enzymów wątrobowych: dehydrogenazy mleczanowej $> 600\text{ U/l}$, AspAT $>70\text{ U/l}$, hemoliza wewnątrznaczyniowa, niska liczba płytek krwi ($<100\text{ tys./}\mu\text{l}$). Dolegliwości jakie towarzyszą pacjentce podczas choroby to złe ogólne samopoczucie, bóle w nadbrzuszu oraz w górnym kwadracie brzucha, bóle głowy, zaburzenia widzenia. Niektórym pacjentkom towarzyszą objawy związane z krwawieniem błon śluzowych i krwimoczem [12].

Rzucawka (eklampsja) jest to objaw pojawiający się po stanie przedrzucawkowym, zagrożenie występuje u każdej pacjentki, u której wcześniej zdiagnozowano PE łagodne bądź ciężkie. Występuje również u kobiet, które wcześniej nie okazywały objawów nadciśnienia tętniczego ani innych przebytych chorób. Eklampsja pojawia się w III trymestrze, podczas porodu lub we wczesnym stanie połogu. Typowymi objawami jest pojawienie się drgawek

toniczno-klonicznych lub utrata przytomności, które doprowadzają do zaburzeń neurologicznych. W ciężkim stanie PE, który najbardziej prowadzi do eklampsji konieczna jest hospitalizacja i monitorowanie pacjentki. Stała kontrola nad ciężarną pozwala na szybką reakcję w zagrożeniu życia matki i płodu [8].

W diagnostyce nadciśnienia tętniczego występującego u pacjentki przed ciążą lub rozwijające się przed 20 tygodniem ciąży, kluczowy jest systematyczny i dokładny pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Po wstępnym wywiadzie z pacjentką, pierwszego pomiaru dokonuje lekarz bądź pielęgniarka/położna [8, 13].

Zasady jakie musi spełniać pacjentka przed pomiarem to kilkuminutowy odpoczynek w pozycji siedzącej, należy również unikać spożywania produktów na bazie kofeiny 30 minut przed badaniem. Odzież na kończynie górnej podwinięta tak, aby nie uciskała tętnicy ramiennej, lub jeśli to możliwe zdjąć odzież, ręka zgięta w stawie łokciowym i luźno oparta na poziomej powierzchni. Do pierwszego pomiaru w celu diagnostyki nadciśnienia tętniczego u kobiety w ciąży przygotowujemy obie kończyny górne, kolejne pomiary mierzymy na ręce na której wartość RR była wyższa. Dla dokładnego zdiagnozowania nadciśnienia tętniczego należy uwzględnić średnią z 2 pomiarów w czasie jednej wizyty w kilkuminutowym odstępie czasu. W warunkach domowych pacjentka musi kontrolować ciśnienie tętnicze co najmniej przez 7 dni przed wizytą lekarską jeśli jest w I trymestrze ciąży, w II i III trymestrze pomiarów dokonujemy codziennie. Pacjentka kontroluje ciśnienie rano i wieczorem o stałych porach w równych odstępach czasu, co 6 godzin między jednym pomiarem a drugim w środku dnia, z przerwą pomiędzy badaniem 1-2 minuty, przed przyjęciem leków oraz przed posiłkiem. Średnią wartość obliczamy pomijając wynik z pierwszej doby. Każdy pomiar powinien być notowany w dzienniczku samokontroli [8, 13].

Diagnostyka nadciśnienia tętniczego oraz powikłań skupia się na monitorowaniu pacjentki pod kątem funkcji wątroby, nerek oraz parametrów hematologicznych [14].

Badania laboratoryjne, które mają duże znaczenie w diagnostyce nadciśnienia tętniczego to:

- ✓ badanie ogólne moczu określamy obecność białka w moczu ($>0,3$ g/dobę),
- ✓ stężenie albuminy we krwi zmniejsza się, co wiąże się z mniejszą syntezą w wątrobie,
- ✓ badanie kwasu moczowego w surowicy krwi wyższe stężenie kwasu moczowego wskazuje na istnienie nadciśnienia tętniczego krwi jak i jego stopnie zaawansowania,

- ✓ stężenie kreatyniny w surowicy krwi w przebiegu nadciśnienia tętniczego wzrasta poziom kreatyniny, co sugeruje również stopień zaawansowania przebiegu choroby.
- ✓ wartość płytek krwi znacznie obniżony poziom płytek krwi wskazuje na stan przedrzucawkowy,
- ✓ wskaźnik aktywności reninowej osocza, wartość < 4 ng/ml/h wskazuje na ryzyko stanu przedrzucawkowego,
- ✓ oznaczenie PLGF i sFlt-1; wartości sugerujące poprawny rozwój łożyska, w PE stężenie PLGF spada, a sFlt-1 wzrasta [15].

W nowoczesnej diagnostyce badań prenatalnych między 11 a 13 tygodniem ciąży można już wykryć wczesne fazy stanu przedrzucawkowego i nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą [15].

Leczenie i powikłania nadciśnienia tętniczego w okresie ciąży

Leczenie nadciśnienia tętniczego w okresie ciąży metodami farmakologicznymi zapobiega rzucawce i ciężkiemu przebiegowi stanu przedrzucawkowego. Rozpoczęcie leczenia farmakologicznego powinno zacząć się, gdy wzrost ciśnienia rozkurczowego przekracza 100 mm Hg. Leki należy dostosować odpowiednio do stanu pacjentki, aby nie spowodować skutków ubocznych u chorej oraz płodu. Powinny one obniżać ciśnienie do wartości bezpiecznej, a jednocześnie nie powodować zaburzeń rytmu serca. Przed planowaniem zajścia w ciążę, u kobiety z nadciśnieniem tętniczym przewlekłym, należy zwrócić uwagę na odpowiednią masę ciała, zaleca się stosowanie zdrowej zbilansowanej diety oraz odstawienie wszelkich nałogów jak alkohol, papierosy, picie zbyt dużej ilości kawy czy herbaty [1, 16].

Leki jakie mogą korzystnie wpływać na obniżenie ciśnienia krwi w nadciśnieniu indukowanym przez ciążę to leki z grupy hipotensyjnej. Działają stopniowo na ciśnienie tętnicze powodując obniżone jego wartości oraz działają bezpośrednio na naczynia maciczo-łożyskowe, nie niosąc objawów niepożądanych dla matki i płodu. U pacjentek, u których nadciśnienie wystąpiło przed ciążą zaleca się według nowych wytycznych, aby leki hipotensyjne odstawić w I i II trymestrze ciąży lub ograniczyć ich przyjmowanie, gdyż w momencie zajścia w ciążę ciśnienie automatycznie obniża się. Jeśli występuje ryzyko stanu przedrzucawkowego i wystąpiły problemy z nadciśnieniem w poprzedniej ciąży lub z powikłaniami w przebiegu nadciśnienia tętniczego zaleca się według wytycznych ESH/ESC i brytyjskiej NICE stosowanie aspiryny 75mg/d od 12 tygodnia ciąży [17].

Leki wazodylatoryjne stosowane w ciężkiej postaci nadciśnienia lub w nagłych stanach, mogą działać niekorzystnie na płód, powodując jego niedotlenienie. Podaje się je zazwyczaj we strzyknięciach dożylnych lub krótkich infuzjach [18, 19].

Leki α -adrenergiczne stosuje się od wielu lat w lekkiej i średnio ciężkiej postaci nadciśnienia. Nie wpływają one na krążenie płodu, jedyne działania niepożądane, jakie mogą za sobą nieść to senność, stany depresyjne, objawy parkinsonizmu przy podawaniu dużych dawek [13, 20].

Leki α - i β -adenolityczne mogą być stosowane z podobnym skutkiem jak leki wazodylatoryjne. Działania niepożądane dla matki to zawroty głowy, spazm oskrzelowy. Nie stosuje się ich u pacjentek z astmą oskrzelową. U noworodka mogą wywołać hipotensję i bradykardię [8, 15].

W przebiegu nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą możemy zaobserwować liczne zmiany w poszczególnych narządach ustroju. W większości przypadków konieczne jest leczenie szpitalne. W funkcji nerek obserwuje się niedokrwienie kłębuszków, złogi białkowe w kanalikach nerkowych, obrzęki śródłonka, zwężenie światła w torebce kłębuszka nerkowego Bowmana. Pacjentki u których, zdiagnozowano stan przedrzucawkowy wykazują w badaniach laboratoryjnych uszkodzenie funkcji wątroby. Dochodzi w niej do zmian zwyrodnieniowych szklistych i tłuszczowych, powstają ogniska martwicze i zakrzepowe, pojawiają się wylewy krwawe oraz uszkodzenia komórek wątrobowych. W ośrodkowym układzie nerwowym nie obserwuje się trwałych zmian po niepowikłanym napadzie rzucawki [19].

W obrazie tomografii komputerowej można zaobserwować zmiany w zagęszczeniu kory mózgowej, które odpowiadają za zawał i wybroczyny oraz nacieki zapalne w tętnicy środkowej. W ciężkich stanach PE stwierdza się liczne powikłania w narządzie wzroku, należą do nich między innymi niedowidzenie połowicze, widzenie przez mgłę, ubytki w polu widzenia. Odwarstwianie siatkówki jednostronne lub obustronne występuję w czasie wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego w momencie niedokrwienia niektórych obszarów mózgu, rzadko kiedy występuje w nadciśnieniu indukowanym w czasie ciąży [19, 21].

Konsekwencje dla płodu wynikające ze stanu przedrzucawkowego to zazwyczaj IUGR i zgon. Nadciśnienie indukowane w ciąży oraz rzucawka powodują zmiany w czynnikach krzepnięcia krwi na skutek wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. Powstają miejscowe krwiaki i martwica. Zmiany te występują sporadycznie u kobiet ciężarnych z lekkim i umiarkowanym stanem nadciśnienia tętniczego. W układzie oddechowym najczęściej dochodzi do powikłań u 2% pacjentek w stanie przedrzucawkowym. Towarzyszy

im obrzęk płuc powstały po porodzie. W układzie krążenia w przebiegu nadciśnienia indukowanego ciążą przed leczeniem nie rozpoznaje się upośledzenia w kurczliwości mięśnia sercowego. Natomiast w momencie nie leczonej choroby zmiany związane z mięśniem sercowym zwiększają się [20].

Problemy w opiece okołoporodowej nad kobietą ciężarną z nadciśnieniem tętniczym

Nad pacjentką ciężarną opiekę sprawuje lekarz ginekolog oraz położna , pielęgniarka w poradni dla kobiet lub położna środowiskowa bądź rodzinna. W prawidłowym przebiegu ciąży wizyty u lekarza w I i II trymestrze powinny odbywać się co 3-4 tygodnie, w III trymestrze do 38 tygodnia ciąży co dwa tygodnie. Wizyty powinny być oparte na edukacji oraz promocji zdrowia. Na każdej kolejnej wizycie ustala się datę kolejnych spotkań, częstotliwość badań laboratoryjnych, ocenę ryzyka i problemów położniczych. Najważniejszą częścią wizyty jest poinformowanie pacjentki o objawach jakie mogą zagrażać jej oraz dziecku i wdrożenie postępowania leczniczego oraz ustalenie miejsca i planu porodu jeśli to ciąża o niepoprawnym przebiegu.

Opieka okołoporodowa i przedporodowa to zaangażowanie personelu medycznego, sprawnego działania systemu informacyjnego, komunikacja z pacjentką oraz komunikacja w zespole. To również prowadzenie postępowania diagnostycznego i profilaktyczno-leczniczego oraz działania według określonych standardów w opiece nad pacjentką ciężarną. Według obowiązujących standardów opieki okołoporodowej, pacjentka może zdecydować sama gdzie może odbyć się poród, pod warunkiem, że jest to miejsce bezpieczne dla niej i dla nienarodzonego dziecka. Warto podkreślić, że do porodu pacjentka nie musi mieć skierowania, chyba że lekarz wskazał wcześniej poród przez cesarskie cięcie. Pacjentka w chwili wystąpienia pierwszych objawów zbliżającego się porodu (skurczy co 10 minut lub częściej, plamienie z dróg rodnych, pęknięcie pęcherza płodowego) powinna jak najszybciej udać się do najbliższego szpitala [22, 23].

Od 1995 r. w Polsce panuje system trójstopniowej opieki, który pozwala na dalsze etapy przebiegu ciąży.

Poziom I opiekuje się ciężarna zdrową lub z niewielkim stopniem ryzyka. Poziom II to szpitale i poradnie gdzie mogą być zaopiekowane pacjentki z poważnymi problemami zdrowotnymi jak i ich dzieci narodzone lub nienarodzone. W poziomie III znajdują się pacjentki z najcięższymi przypadkami [22, 23].

Celem opieki pielęgniarskiej jest uważne monitorowanie stanu zdrowia pacjentki jak również dziecka, przed porodem oraz po porodzie. Rodząca ma prawo do informacji o

procedurach prowadzonych podczas porodu jak również do braku zgody na przebieg porodu w sposób nie naturalny. Pielęgniarka ma obowiązek pytania o zgodę na wykonanie poszczególnych procedur i zabiegów podczas porodu, oraz traktowania pacjentki z poszanowaniem i zapewnienia intymności. Zobowiązana jest również do zachowania higieny, aseptyki, antyseptyki podczas wykonywania procedur medycznych. Zasady te zapobiegają zmniejszeniu ryzyka poronienia, porodu przedwczesnego, zmniejszenia ryzyka powstawania wad rozwojowych, niedopuszczenia do niedotlenienia płodu podczas porodu fizjologicznego, zaplanowanie z pacjentką miejsca i warunków porodu. Opieka powinna być zindywidualizowana i odpowiednio dobrana do oczekiwań ciężarnej, do jej rodziny, do rodzaju problemów zdrowotnych w czasie przebiegu ciąży oraz w czasie porodu i po porodzie.

Powinna składać się z trzech elementów:

1. Ciągłej oceny ryzyka
2. Interwencji profilaktycznej
3. Edukacji i promocji zdrowia

Rolą pielęgniarki w opiece jest monitorowanie pacjentki przed zajściem w ciążę, w ciąży, w czasie porodu oraz w połogu, poddanie ocenie ryzyka położniczego stanu zdrowia pacjentki jak również interpretacja wyników badań oraz wdrażanie interwencji pielęgniarskiej. Pielęgniarka powinna zapewnić kobiecie opiekę w zakresie problemów fizycznych, psychicznych i społecznych. Jej zadaniem jest zapobieganie powikłaniom oraz wykrywanie zagrożeń, edukacja na temat stylu życia i zachowań, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi płodu oraz dobremu samopoczuciu matki. Nadrzędnym celem jest przygotowanie kobiety i jej partnera do najważniejszego zadania jakim jest rodzicielstwo, przygotowanie do porodu, informowanie pacjentki o przebiegu procesów fizjologicznych, jakie zachodzą w momencie ciąży, porodu i połogu. Pielęgniarka lub położna może określić problemy wynikające z przebiegu chorób lub choroby trwającej u ciężarnej, złego stylu życia palenia papierosów, picia alkoholu, używania narkotyków, zaniedbań higienicznych czy też ubóstwa [22, 23, 24].

CEL PRACY

Celem głównym pracy jest przedstawienie problemów pielęgniarskich w opiece okołoporodowej nad kobietą ciężarną z nadciśnieniem tętniczym.

Główny problem w niniejszej pracy brzmi:

Jakie są problemy pielęgniarские w przebiegu opieki okołoporodowej u kobiet w ciąży z nadciśnieniem tętniczym?

Wyznaczenie problemów szczegółowych:

1. Jakie problemy występują u pacjentki w czasie ciąży z nadciśnieniem tętniczym indukowanym ciążą ?
2. Jakie działania podejmuje pielęgniarka lub położna w opiece nad ciężarną z nadciśnieniem tętniczym?
3. Jakie znaczenie ma wyposażenie w wiedzę odnośnie samoopieki w ciąży, po porodzie oraz w czasie porodu?

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W niniejszej pracy posłużono się metodą studium indywidualnego przypadku.

Wykorzystano w niej następujące techniki:

- wywiad pielęgniarский,
- obserwację pielęgniarскую,
- analizę dokumentacji pacjentki,
- podstawowe pomiary

Narzędzia badawcze wykorzystane w pracy: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Skala DASS (Depression Anxiety Stress Scale), Skala Bishopa, Skala Apgar, Skala VAS (Visual Analog Scale), Badania pielęgniarские prowadzone w okresie okołoporodowym, Plan opieki przedporodowej, Plan porodu, Karta ruchów płodu według Cardiff, Badanie kardiotokograficzne (KTG), Chwyt Leopolda (Leopold-Handgriffe), Ocena czworoboku Michaelisa.

Badanie zostało przeprowadzone w listopadzie 2021 roku w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Pacjentka została hospitalizowana do porodu naturalnego w 41 tygodniu ciąży z chorobą nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą bez zmiennego białkomoczu. Z uwagi na panującą sytuację epidemiologiczną w kraju zostały wdrożone środki ochrony osobistej w postaci odzieży ochronnej, masek medycznych, rękawic jednorazowych. Poród przebiegł na sali porodowej. Pacjentka została poinformowana o wszystkich czynnościach wykonywanych przed porodem w czasie porodu oraz w poroku. Zostały zastosowane wszelkie zasady tajemnicy zawodowej oraz określone w regulaminie szpitala zasady ochrony danych osobowych. Ciężarna wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań oraz pomoc w przygotowaniu do porodu, w czasie jego

trwania oraz po porodzie. Istotną pomocą w zebraniu danych do arkusza gromadzenia danych o pacjentce okazała się karta przebiegu ciąży oraz badania, wypisy, oznaczenie grupy krwi jakie zostały przeprowadzone w czasie przebiegu ciąży.

WYNIKI

Stadium przypadku- analiza i opis

Podmiotem badań jest pacjentka lat 25 w 40 tygodniu ciąży z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym indukowanym w ciąży. Przyjęta dnia 22.11.2021 do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu z powodu nieregularnych skurczy przepowiadających poród naturalny w trybie nagłym. Pacjentka z wykształcenia jest cukierniczką. Jest zaręczona z ojcem dziecka. Mieszka na wsi. Kobiecie pobrano krew i mocz do badań laboratoryjnych.

Sytuacja zdrowotna:

Pacjentka nie leczy się przewlekłe. W maju 2020 roku chorowała na koronawirus (SARS-CoV-2), nie jest zaszczepiona. Nie wykryto u niej alergii ani uczulenia na różne substancje. Nie ma żadnych nałogów.

Stan biologiczny, psychologiczny i społeczny badanej

Dane o stanie poszczególnych układów:

Układ krążenia: tętno na poziomie 90-95 uderzeń na minutę, ciśnienie tętnicze krwi- 145/99 mm Hg. Nie zaobserwowano sinicy skóry, występują obrzęki zastoinowe zlokalizowane na kończynach dolnych lewej i prawej w okolicy stawu skokowego. W wyniku KTG tętno dziecka 140 uderzeń na minutę, oscylacji na poziomie 18 uderzeń na minutę, stwierdza się akcelerację macicy.

Układ oddechowy: tor oddechu przeponowo-żebrowy o charakterze przyśpieszonym o częstości 23 oddechów na minutę, zapach wydychanego powietrza bezwonny. Drożność dróg oddechowych u pacjentki prawidłowa. W badaniu oddechu nie odnotowano duszności.

Układ nerwowy: stan świadomości pełny, prawidłowy kontakt słowny, pacjentka skarży się na trudności w zasypianiu od dwóch dni oraz ogólnym zmęczeniem wywołanym bólami porodowymi w skali VAS – 7 pkt.

Funkcjonowanie zmysłów: wzrok, słuch prawidłowy. Nie stwierdza się zaburzeń w czuciu temperatury oraz utracie czucia dotyku.

Układ pokarmowy: łaknienie, pragnienie wzmożone, odżywianie doustne, pacjentka na diecie lekkostrawnej, stan jamy ustnej prawidłowy, nie stwierdza się problemów z

połykaniem oraz wydalaniem stolca. Z dolegliwości dyspeptycznych pacjentka zgłasza wzmożoną zgagę.

Układ moczowo-płciowy: częste wydalanie moczu, barwa moczu żółtawa, nie stwierdza się u pacjentki białkomoczu, stan szyjki macicy i pochwy bez zmian zapalnych, wymiary zewnętrzne macicy - ocena dojrzałości szyjki macicy w skali Bishopa- 10 pkt -szyjka skrócona na 64%, konsystencja miękka, rozwarta na 5 cm, znajdująca się w osi kanału rodniego, łożysko w dnie macicy.

Skóra: nie stwierdza się żadnych zmian skórnych, czystość skóry zachowana, włosy oraz paznokcie czyste.

Stan odżywiania: ciężar ciała: 72 kg, przyrost wagi od momentu zajścia w ciążę: 14 kg, wzrost: 161 cm, wskaźnik BMI przed ciążą: 22,4 w normie, nie stwierdza się zagrożeń odleżynami, obrzęki zastoinowe zlokalizowane na kończynach dolnych w okolicach stawu skokowego, nie stwierdza się zagrożeń odleżynami.

Zdolność do samoopieki: pacjentka porusza się samodzielnie, korzysta samodzielnie z toalety.

Stan psychiczny: nastrój u pacjentki obniżony ze względu na towarzyszący ból wywołany skurczami porodowymi, według skali DASS występuje umiarkowane nasilenie stresu, objawy depresji o charakterze łagodnym, pacjentka boi się o zdrowie swoje i nienarodzonego dziecka.

Sytuacja rodzinno- społeczna: pacjentka mieszka z rodzicami i z narzeczoną w domu jednorodzinnym, warunki mieszkalne ocenia jako dobre, sytuacja materialna stabilna.

Proces pielęgnowania pacjentki w okresie okołoporodowym

- **Diagnoza pielęgnarska nr 1: Niepokój, lęk związany z porodem i pologiem.**
- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zniwelowanie lęku i niepokoju u pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Udzielanie pacjentce odpowiedzi na zadawane pytania.
 - Dokonanie oceny depresji, lęku i stresu według skali DASS.
 - Umożliwienie kontaktu z lekarzem.
 - Okazywanie pacjentce życzliwości, wsparcia, poczucia bezpieczeństwa i zaufania.
 - Wyjaśnienie pacjentce przebiegu porodu.
 - Wy tłumaczenie pacjentce wypełnienia planu porodowego, pomoc podczas wypełniania.

- Wyjaśnienie celu i konieczności wykonywanych zabiegów.
- Umożliwienie kontaktu z rodziną.
- Zapewnienie o wsparciu podczas porodu, laktacji i w połogu.
- ✓ **Wynik opieki:** Pacjentka nie odczuwa lęku oraz niepokoju.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 2: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu wysokiego ciśnienia tętniczego krwi w I okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, nie dopuszczenie do wystąpienia rzucawki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Podłączenie pacjentki do kardiomonitora: kontrola ciśnienia krwi, tętna, CO₂, SpO₂, częstość oddechów.
 - Podaż leków i płynów infuzyjnych według zlecenia lekarskiego.
 - Obserwacja pacjentki pod względem wystąpienia objawów przedrzucawkowych.
 - Kontrola stanu płodu poprzez badanie KTG.
 - Wy tłumaczenie pacjentce prowadzenia karty ruchów płodu według Cardiff.
 - Zapewnienie ciszy i spokoju oraz bezpieczeństwa.
- ✓ **Wynik opieki:** Po przyjętych lekach, ciśnienie tętnicze u pacjentki jest w normie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 3: Ból spowodowany parciem, skurczami porodowymi w I okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Złagodzenie bólu porodowego podczas czynności skurczowej mięśnia macicy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ocena samopoczucia rodzącej oraz stopień reakcji na ból według punktowej skali VAS.
 - Zaproponowanie metod naturalnych w łagodzeniu bólu porodowego.
 - Łagodzenie bólu poprzez zastosowanie masażu odcinka lędźwiowo-krzyżowego.
 - Zastosowanie aromaterapii - przygotowanie olejku do inhalacji w specjalnym kominku przeznaczonym do tego celu lub poprzez masaż, kompres, kąpiel, na przykład olejek Frankincense lub olejek z Geranium.
 - Wy tłumaczenie rodzącej jakie może przyjmować pozycje wertykalne w łagodzeniu bólu, na przykład pozycja stojąca z pochylonym tułowiem ku przodowi, podparcie na

ramionach z wykretem na stopniu/ podwyższeniu lub pozycja siedząca na piłce typu fasolka, w rozkroku, przodem do oparcia z pochylonym tułowiem ku przodowi, pozycja w klęku podpartym lub klęk jednonóż, oraz klęk z ramionami opartymi na drążku, siad na piętach z szeroko rozstawionymi kolanami i ramionami opartymi na piłce lub na podłodze.

- Zaproponowanie zastosowania przezskórnej stymulacji elektrycznej nerwów prądami TENS.
- Zaproponowanie zastosowania immersji wodnej, czyli zanurzenie się pacjentki w wannie z wodą przez około 30 minut, woda powinna pokrywać brzuch do piersi, temperatura wody nie powinna przekraczać temperatury ciała rodzącej.
- Zaproponowanie podania wziewnej mieszanki podtlenku azotu z tlenem, wytłumaczenie pacjentce, że przed wystąpieniem skurczy i przez czas jego trwania pacjentka wdycha gaz przez ustnik lub maskę.
- Zaproponowanie znieczulenia zewnątrzoponowego, które wykonuje anestezjolog podczas obecności lekarza i położnej/ pielęgniarki.
- ✓ **Wynik opieki:** Po zastosowaniu aromaterapii z wykorzystaniem kominka oraz zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego bóle złagodniały.

➤ **Diagnoza pielęgnarska nr 4: Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia kaniuli dożylniej.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niedopuszczenie do zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
 - Zmiana wenflonu w razie konieczności.
 - Obserwacja miejsca wkłucia.
 - W razie pojawienia się zaczerwienienia lub bólu, usunięcie wenflonu.
 - Zapobieganie niedrożności żyły poprzez przepłukiwanie solą fizjologiczną 0,9%.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprzez obserwację i kontrolę pacjentki nie doszło do zakażenia.

➤ **Diagnoza pielęgnarska nr 5: Ryzyko wystąpienia niedotlenienia lub wewnątrzmacicznego zahamowania rozwoju płodu lub innych powikłań zagrażających życiu płodu w I okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niedopuszczenie do powstania powikłań oraz szybka

interwencja w momencie ich wystąpienia.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Wykonywanie badania KTG i kontrola tętna płodu co najmniej 2 razy dziennie lub według zlecenia lekarskiego.
 - Regularne przyjmowanie leków hipotensyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
 - Obserwacja oraz kontrola ruchów płodów przez pacjentkę oraz notowanie ich na karcie ruchów płodu (w przypadku występowania mniejszej ilości ruchów lub ich braku niezwłoczne poinformowanie położnej lub lekarza).
- ✓ **Wynik opieki:** W wyniku stałej kontroli i obserwacji pacjentki nie zdiagnozowano powikłań ze strony płodu.

➤ **Diagnoza pielęgniarская nr 6: Możliwość wystąpienia powikłań narządowych u pacjentki takich jak niewydolność nerek, serca lub wątroby, oraz innych powikłań, które mogą zagrażać kobiecie i jej dziecku.**

✓ **Cel opieki pielęgniarской:** Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Przeprowadzenie badania położniczego w oparciu o badanie z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego.
- Kontrola parametrów ogólnych rodzącej (temperatura ciała, ciśnienia tętniczego, tętno)- co 2 godziny, ewentualnie według zaleceń lekarskich.
- Kontrola czynności serca płodu prowadzona co 15 minut za pomocą słuchawki położniczej, ultradetektora (UDT) co 20 minut lub w sposób ciągły za pomocą zapisu kardiokardografu co 2 godziny przez 30 minut.
- Ocena czynności skurczowej macicy (częstość skurczy, natężenie, napięcie podstawowe oraz czas trwania).
- Kontrola krwawienia z dróg rodnych.
- Kontrola zabarwienia płynu owodniowego (jeśli odpłynie).
- Kontrolowanie wypełnienia pęcherza moczowego co 2 godziny- w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej.
- Przygotowanie rodzącej do porodu aktywnego.
- Przestrzeganie zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki.
- Udokumentowanie pomiarów.

✓ **Wynik opieki:** Podczas ścisłej kontroli parametrów, obserwacji pacjentki oraz

przestrzegania wszelkich zasad higieny nie odnotowano wystąpienia powikłań narządowych.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 8: Ryzyko wystąpienia nieprawidłowości związanych z ułożeniem płodu i rozmiarem miednicy w I okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niedopuszczenie do wystąpienia nieprawidłowości związanych ze zmianami anatomicznymi miednicy kostnej u ciężarnej, dystocji barkowej u dziecka i innych problemów wynikających z anatomicznych przeszkód w kaniele rodnym.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Wykonanie pomiarów w przerwie pomiędzy skurczami.
 - Opracowanie odpowiedniej techniki pomiaru według „czworoboku Michaelisa”.
 - Dokonanie oceny dojrzałości szyjki macicy - skala Bishopa.
 - Udzielenie rodzącej pomocy przy zmianie pozycji podczas wykonywanych pomiarów.
 - Poinformowanie położnicy o wynikach pomiaru i o działaniach w dalszym postępowaniu.
 - Udokumentowanie pomiarów.
- ✓ **Wynik opieki:** Po przeprowadzonych pomiarach wykluczone zostały wszelkie powikłania związane z anatomicznym ułożeniem płodu oraz nieprawidłowości związanymi z wielkością miednicy do porodu naturalnego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 9 : Ryzyko ułożenia się płodu w sposób niefizjologiczny do przeprowadzenia porodu naturalnego.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Wykrycie nieprawidłowego ułożenia płodu w I okresie porodu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Określenie położenia, ustawienia oraz ułożenia płodu w macicy.
 - Ustalenie części przodującej i określenie stosunku względem kanału rodnego.
 - Wykonanie chwytu Leopolda w przerwie między skurczami.
 - Opracowanie odpowiedniej techniki chwytu Leopolda od pierwszego do piątego chwytu.
 - Stwierdzenie współmierności porodowej.
 - Ustalenie położenia podłużnego główkowego i ułożenia przygięciowego płodu.

- Pomoc kobiecie w przyjęciu dogodnej pozycji.
- Poinformowanie o wynikach pomiaru i planowanym dalszym postępowaniu położniczym.
- Na życzenie rodzącej wykonanie lewatywy, co sprzyja powiększeniu się rozwarcia szyjki macicy.
- Udokumentowanie dokonywanych pomiarów.
- ✓ **Wynik opieki:** Po przeprowadzonych pomiarach stwierdza się prawidłowe, bez dysproporcji, ułożenie główki do wielkości wchodu miednicy.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 10: Ryzyko wystąpienia powikłań w przebiegu przyjęcia porodu drogami natury w położeniu główkowym, takich jak owinięcie się pępowiny wokół szyi płodu co może doprowadzić do niedotlenienia dziecka.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Wczesne wykrycie nieprawidłowości w II okresie porodu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i godności osobistej rodzącej.
 - Umożliwienie rodzącej przyjęcia dowolnej pozycji wertykalnej.
 - Ocena czynności skurczu macicy, czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy.
 - Przygotowanie zestawu do porodu, miejsca do jego odbycia.
 - Przygotowanie do przyjęcia porodu z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
 - Przyjęcie porodu drogami natury w położeniu główkowym.
 - Ochrona krocza- nacięcie wykonywane w przypadku medycznie uzasadnionym.
- ✓ **Wynik opieki:** Po zastosowaniu odpowiednich procedur do przyjęcia płodu drogami natury nie doszło do żadnych powikłań.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 11: Ryzyko wystąpienia samoistnego pęknięcia krocza w II okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Zredukowanie oporu tkanek dna miednicy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Skrócenie II okresu porodu ze względu na chorobę matki.
 - Przygotowanie zestawu jałowego do nacięcia krocza.
 - Poinformowanie położnicy o istocie i celu wykonania nacięcia krocza.
 - Umycie i dezynfekcja krocza.

- Wykonanie episiotomii w momencie skurczu.
- Obserwacja i rozmowa położnej z rodzącą podczas wykonywanego zabiegu.
- Ochrona główki płodu przed silną kompresją i dekompresją.
- Zabezpieczenie krocza sterylnym podkładem.
- Udokumentowanie zabiegu w dokumentacji porodu.
- ✓ **Wynik opieki:** W wyniku odpowiedniego nacięcia krocza zredukowano opór tkanek oraz nie doszło do samoistnego pęknięcia krocza.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 12: Ryzyko zwichnięcia stawu barkowego, złamania obojczyka, owinięcia się pępowiny wokół szyi oraz późnego odpepienia płodu w II okresie porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niedopuszczeniem do powstania powikłań podczas wydalania płodu i tuż po wydalaniu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Przyjęcie porodu (kontrola odginania się główki, prawidłowe wytaczanie się barków).
 - Przetarcie twarzy noworodka gazikiem.
 - W razie potrzeby odśluzowanie.
 - Przyłożenie noworodka na brzuchu lub klatce piersiowej w kontakcie „skóra do skóry” jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwala, na okres 2 godzin.
 - Przyjęcie odpowiedniej pozycji, pozostawienie dziecka 10 cm nad poziomem łożyska, ale nie niżej niż 10 cm poniżej poziomu łożyska.
 - Zaciśnięcie pępowiny jałowym zaciskiem po ustaniu tętnienia.
 - Przecięcie pępowiny.
 - Sprawdzenie obecności dwóch tętnic pępowinowych.
 - Udokumentowanie procedur.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprzez kontrolowanie wytaczania się płodu oraz zachowania odpowiednio dobranych technik nie doszło do powikłań u noworodka.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 13: Ryzyko wystąpienia niskiej punktacji w skali Apgar w czasie II okresu porodu.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niedopuszczenie do wystąpienia niskiej punktacji w skali Apgar.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Ocena według skali Apgar wykonana w momencie wyjścia noworodka z kanału rodowego w pierwszej minucie życia.
- Ocena wykonana podczas kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry”.
- W razie potrzeby położna podejmuje czynności resuscytacyjne zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- Obserwacja noworodka przed jego odpępnieniem i tuż po odpępnieniu.
- Założenie noworodkowi opaski identyfikacyjnej.
- Pomoc przy przystawieniu noworodka do piersi.
- Udokumentowanie oceny stanu noworodka.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprzez zastosowanie procedur związanych z odpowiednim wytoczeniem się płodu oraz przez zastosowanie szczególnej obserwacji noworodka w pierwszych 10 minutach życia nie odnotowano obniżonej punktacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 14: Ryzyko krwotoku oraz niepełnego wydalania łożyska.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Oddzielenie i wydalenie popłodu w III fazie porodu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Poinformowanie pacjentki o istocie i celu III okresu porodu.
 - Ocena stanu ogólnego rodzącej.
 - Ocena krwawienia z dróg rodnych i stopień jego nasilenia.
 - Poród łożyska poprzez jeden party skurcz.
 - Ocena kompletności popłodu (ocena powierzchni matczynej, błony płodowe, ocena pępowiny).
 - Ocena stanu obkurczenia mięśnia macicy.
 - Ocena utraconej krwi podczas porodu (nie powinna ona przekraczać 500 ml krwi).
 - Udokumentowanie przebiegu III okresu porodu.
- ✓ **Wynik opieki:** Podczas wytoczenia się łożyska nie doszło do przekroczenia utraconej krwi oraz nie stwierdzono zmian w kompletności łożyska.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa nr 15: Ryzyko wystąpienia poporodowej rzucawki.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niedopuszczenie do wystąpienia rzucawki w czasie trwania IV okresu porodu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Poinformowanie pacjentki o istocie i celu IV okresu porodu.
- Intensywny nadzór pacjentki w czasie trwania IV okresu porodu.
- Monitorowanie i ocena stanu ogólnego rodzącej, tętna, saturacji, temperatury.
- Pobranie krwi do badania laboratoryjnego.
- Kontrola i ocena stanu obkurczania mięśnia macicy, wielkości krwawienia z dróg rodnych.
- Udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

✓ **Wynik opieki:** U pacjentki nie wystąpił stan przedzucawkowy.

➤ **Diagnoza pielęgniarская nr 16: Ryzyko wystąpienia zakażenia po epizjotomii.**

✓ **Cel opieki pielęgniarской:** Odtworzenie anatomii rozciętych tkanek krocza.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Przygotowanie jałowego zestawu do zszywania krocza.
 - Poinformowanie rodzącej o istocie i celu zabiegu.
 - Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności.
 - Mycie i dezynfekcja krocza środkiem antyseptycznym.
 - Wykonanie nasiękowego znieczulenia krocza.
 - Szycie błon śluzowych, mięśni i tkanek podskórnych oraz skóry.
 - Mycie i dezynfekcja krocza pacjentki, zabezpieczenie krocza wkładką higieniczną.
 - Udokumentowanie wykonania zabiegu.
 - Obserwacja rany w czasie pobytu rodzącej na oddziale położniczo- noworodkowym.
 - Poinformowanie pacjentki o zgłoszenie się na wykonanie zdjęcia szwów poporodowych w 6-8 dobie od porodu, przy założeniu szwów rozpuszczalnych kontrola krocza po 3 tygodniach.
 - Poinformowanie pacjentki o zwrócenie szczególnej uwagi na higienę krocza (podczas zmiany podpaski mycie rąk przed i po częsta zmiana podkładow poporodowych, stosowanie bawełnianych podpasek, wietrzenie krocza, stosowanie naparu z rumianku lub polewanie roztworem Tantum Rosa w celu lepszego gojenia się rany oraz szarego mydła do mycia okolic intymnych, nie stosowanie gąbek lub myjek).
- ✓ **Wynik opieki:** Podczas wykonywania pielęgnacji krocza nie obserwuje się zakażenia zszytej rany.

➤ **Diagnoza pielęgniarska nr 17 : Ryzyko wystąpienia patologicznych zmian w strukturze ciała noworodka.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Przeprowadzenie pomiarów oraz pielęgnacji noworodka po dwu- godzinnym „kangurowaniu”.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Wyciszenie sali porodowej ze zbędnego hałasu.
 - Wykonanie pomiarów ciała noworodka (masy ciała, obwodu główki, obwodu klatki piersiowej, obwód brzucha, długość ciała, odległość obojczykowo- pępkowa).
 - Ważenie noworodka.
 - Wykonanie zabiegu Credego- podanie 1% azotanu srebra do worka spojówkowego przeciw rzeżączkowemu zapaleniu spojówek.
 - Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała.
 - Ochrona przed zakażeniem.
 - Udokumentowanie prowadzonych obserwacji i pomiarów.
- ✓ **Wynik opieki:** U noworodka nie stwierdzono patologicznych zmian.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wczesne rozpoznanie choroby jaką jest nadciśnienie tętnicze pojawiające się u kobiet w ciąży i zdiagnozowanie pacjentki pod względem grupy ryzyka pozwoli na odpowiednie leczenie, a tym samym niedopuszczenie do powikłań w czasie ciąży, porodu oraz w połogu. Pomimo rozwoju medycyny i tak stanowi ono zagrożenie dla życia płodu i matki. W czasie przebiegu ciąży z nadciśnieniem dochodzi do zmian narządowych, które wpływają na przebieg okresu okołoporodowego i rozwoju płodu wewnątrz macicy. Dlatego też, aby uniknąć szeregu powikłań w momencie rozwiązania ciąży oraz w czasie połogu, należy szybko zdiagnozować pacjentkę. Ścisła współpraca kobiety z personelem medycznym oraz jej wiedza w czasie ciąży oraz w okresie okołoporodowym może skutkować dobrym efektem. Analizując przedstawione w pracy materiały badawcze sformułować można następujące wnioski:

1. Pielęgniarka i/lub położna zмага się na co dzień z wieloma przypadkami pacjentek na oddziale ginekologiczno-położniczym. Wiąże się to z wiedzą, zaangażowaniem, umiejętnością indywidualnego podejścia do pacjentki. Na swojej drodze podczas sprawowania opieki okołoporodowej w przypadku ciężarnej z nadciśnieniem

tętnicznym spotyka wiele przeszkód i zagrożeń. Do nich należą między innymi zagrożenie życia położnicy, jak i jej dziecka, ryzyko wystąpienia powikłań podczas porodu naturalnego, ryzyko wystąpienia powikłań narządowym u ciężarnej jak i dziecka, nieanatomiczne ułożenie płodu w macicy oraz wiele innych zagrożeń jakie mogą wystąpić w przebiegu opieki okołoporodowej.

Pacjentka ciężarna w czasie choroby jaką jest nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą zmaga się z pewnością z nieustającym stresem. Ryzyko wystąpienia powikłań narządowych oraz wewnątrzmacicznego zgonu płodu u położnicy jest bardzo wysokie. Oprócz systematycznego kontrolowania wartości ciśnienia tętniczego, musi zwrócić szczególną uwagę na sposób odżywiania się w czasie ciąży oraz na umiejętne sposoby radzenia sobie ze stresem, co pomoże w redukcji objawów wywołanych nadciśnieniem tętniczym.

2. Wiedza jaką powinna dysponować pielęgniarka i/lub położna w sytuacji sprawowania opieki okołoporodowej musi być oparta na naukowych doświadczeniach. Położna nie może działać bez zgody lekarza prowadzącego. Pielęgniarka i/lub położna mająca pod opieką ciężarną z nadciśnieniem tętniczym musi zwrócić szczególną uwagę na kontrolowaniu parametrów życiowych pacjentki oraz płodu za pomocą zapisów KTG lub pomiarów tętna, ciśnienia, saturacji i temperatury. Należy również dokładnie przeanalizować plan opieki przedporodowej, plan porodu, skale oceny stanu zdrowia pacjentki oraz wszystkie pomiary jakie dokonuje pielęgniarka/położna podczas diagnozowania pacjentki do porodu naturalnego.
3. Umiejętność edukowania pacjentki w czasie przebiegu ciąży przez personel medyczny umożliwia i przyspiesza proces osvajania się kobiety ciężarnej z chorobą jaką ją spotkała. Im więcej pacjentka zdobędzie wiedzy na temat radzenia sobie z chorobą jak również z pielęgnacją noworodka oraz szybkiego powrotu do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym tym szybciej będzie mogła nauczyć się samodzielności w radzeniu sobie w sytuacjach stresowych oraz sama bez poczucia lęku i strachu pozostać z noworodkiem.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bręborowicz G.: Położnictwo i ginekologia. Wydawnictw PZWL, Warszawa 2015.
2. Tykarski A., Filipiak K.J., Januszewicz A.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce, 2019; 5:1-86.

3. Lewicka M., Wdowiak A., Sulima M., Wójcik M., Makara- Studzińska M.: Ocena nasilenia negatywnych emocji przy użyciu Skali DASS w grupie ciężarnych hospitalizowanych w oddziale patologii ciąży. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013; 94(3): 459-460.
4. Mounier-Vehier C., Amar J., Boivin J.M.: Hypertension and pregnancy: expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2016; 31(1): 83-103.
5. Chahine K.M., Sibai B.M.: Chronic hypertension in pregnancy: New concepts for classification and management. *American Journal of Perinatology*, 2019; 36: 161-168.
6. Kruszyński Z.: *Anestezjologia i intensywna terapia położnicza*. Wyd. PZWL, (1) 2013, dodruk 2015: 184-185.
7. Maksym, M., Madej, P., Lemm, M. A.: Etiopatogeneza nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2015; (69):69–75.
8. Darmochwał-Kolarz D., Przeglasińska-Kałamucka M., Śliwa D., Oleszczuk J.: Postępowanie w ciąży powikłanej nadciśnieniem przewlekłym. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 2016; 11(1): 9-14.
9. Fortner K.B., Szymanski L.M., Fox H.E., Wallach E.E.: *Podręcznik Ginekologii i Położnictwa*. Johns Hopkins. Wyd. Medipage, 2021; 125-134.
10. Bramham K., Parnell B., Nelson Piercy C. i wsp.: Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta analysis. *BMJ*, 2014.
11. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C. i wsp.: The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*, 2018; 13: 291-310.
12. Kirkpatrick C.A.: The HELLP syndrome. *Acta Clinica Belgica*, 2010; 65(2): 91-97.
13. Filipiak K., Grabowski M.: *Repetitorium z kardiologii*, Wyd. Via Media, 2013: 354-358.
14. Regitz Zagrosek V., Roos Hesselink J.W., Bauersachs J., i wsp.: 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*, 2018; 39: 3165-3241.
15. Stefańczyk-Dzida M., Płaczekiewicz D., Kleinrok A.: Choroby układu krążenia u kobiet w ciąży. *Kardiologia po Dyplomie*, 2011; 10(7): 62-72.

16. Szczepaniak-Chickel L., Tykarski A.: Leczenie nadciśnienia tętniczego w ciąży w świetle aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku. *Ginekologia Polska*, 2012; 83(10): 778-783.
17. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A.: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 2013; 31: 1281-1357.
18. Dmoszynska A., Robak T.: Podstawy hematologii, Wyd. Czekaj, 2019:130-132.
19. Leszczyńska-Gorzelak B.: Raport grupy roboczej ACOG ds. nadciśnienia tętniczego w okresie ciąży. Krok naprzód w leczeniu. *Ginekologia po dyplomie*, 2014; 16 (1): 26-27.
20. Gorczyca-Michta I., Jelonek O., Woźakowska-Kapłon B.: Nadciśnienie tętnicze u kobiet-patofizjologia, przebieg i leczenie. *Terapia*, 2017; 25 (10):18-22.
21. Koval S.M., Zaleska M., Feijao A.: Arterial hypertension. *Via Medica*, 2019.
22. Łepecka- Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii, Wyd. PZWL, 2016; 95-112.
23. Rabiej M., Mazurkiewicz B., Nowacka A.: Procedury medyczne w położnictwie. *Praktyka położnej*, Wyd. PZWL, 2020: 29-125.
24. Onwere C., Vakharia H.N.: Położnictwo i ginekologia. Crash Course. Wyd. Urban and Parter, 2019.

WPLYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Dominika Żądło¹, Karolina Ciągwa², Bożena Kowalczyk³

1/- Absolwentka Akademii Ignatianum w Krakowie, kierunek psychologia

2/ - Absolwentka kierunku Fizjoterapia, studia II stopnia, Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Polska

3/ - Instytut Zdrowia, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Polska

WSTĘP

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych czynności związanych z ludzką egzystencją. Ludzie zazwyczaj nie są świadomi, że praca zajmuje im więcej niż połowę życia. Zadowolenie z zawodu to temat wielokrotnie poruszany przez psychologów oraz socjologów [1]. Na satysfakcję z pracy ma wpływ rodzaj wykonywanej funkcji oraz jej znaczenie dla jednostki. Doświadczenie przez pracowników pozytywnych emocji w pracy, powoduje zwiększenie szczęścia w ich życiu. Wszelkie epizody w pracy wpływają nie tylko na życie zawodowe, ale i osobiste [2]. Praca oprócz możliwości zapewnienia potrzeb materialnych, winna zagwarantować szansę na samospelnienie, uczucie samozadowolenia, a również powinna poszerzać umiejętności [3]. Jest to działalność, która daje szansę na uzyskanie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie. Praca nie powinna jedynie zaspakajać potrzeb materialnych lecz nakreślić pozycję zawodową i społeczną [4].

Zachowania zdrowotne mają wpływ na zdrowie człowieka i są kształtowane już od najmłodszych lat przez całe życie [5]. Mogą przybierać charakter nawykowy czyli czynności wykonywane codziennie lub celowy - podejmowane świadomie zachowania [6]. Modelowanie zachowań zdrowotnych zmienia się w ciągu całego życia, lecz najważniejszym okresem jest dzieciństwo. Kształtowanie zachowań odbywa się poprzez media społecznościowe, pewne grupy społeczne bądź zawody medyczne [7].

Osoby czynne zawodowo powinny samodzielnie podejmować zachowania prozdrowotne by zadbać o swoje zdrowie. Do tych najważniejszych zalicza się aktywność fizyczną, odpowiednia dieta, radzenie sobie ze stresem i odpowiedni sen. U osób pracujących w pozycji siedzącej często występują dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. By zapobiec temu warto zwiększyć wysiłek fizyczny, np. wybrać się pieszo do pracy czy korzystać ze schodów.

Zaleca się wybieranie zdrowych posiłków, które dostarczą energii do pracy, zapewnią dobre samopoczucie i zapobiegają nadwadze. Radzenie sobie ze stresem wiąże się z zachowaniem równowagi między życiem prywatnym a pracą. Należy zadbać o jakość snu, Ważna jest także umiejętność dysponowania swoim czasem, by pamiętać o sobie, swoim zdrowiu i regeneracji [8, 9].

Jakość życia rozpatruje się w kilku kategoriach: medycyny, filozofii, socjologii, psychologii oraz ekonomii. O jakości życia każdego człowieka świadczą inne czynniki osobiste, w tym materialne i niematerialne aspekty życia [10]. Satysfakcja z pracy cechuje się subiektywnym poczuciem zadowolenia z warunków pracy oraz wynagrodzenia. Wiąże się to z jakością pracy, a w jej ocenie uwzględnia się takie czynniki jak: status pracownika, kariera, zdrowie, rozwój osobisty, relacje między życiem zawodowym a prywatnym, dobre samopoczucie w miejscu pracy i relacje interpersonalne, ale także stan fizyczny i wysiłek umysłowy [11].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena związku zachowań zdrowotnych i jakości życia pracowników ochrony zdrowia z ryzykiem wypalenia zawodowego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniami objęto grupę 210 pracowników ochrony zdrowia. Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2021 roku do stycznia 2022 roku.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankieta, a narzędzia stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, Test według Christiny Maslach – badanie wypalenia zawodowego, Kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w adaptacji Juczyńskiego Z., oraz WHOQOL-BREF - Skala Oceny Jakości Życia w polskiej adaptacji Wołowickiej L. i Jaracz K.

Do analizy wyników wykorzystano elementy statystyki opisowej: jednoczynnikową analizę wariancji, test t – studenta dla prób niezależnych, średnią, współczynnik korelacji Pearsona. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizy statystyczne wykonano za pomocą programu Statistica 13.

WYNIKI

Najliczniejsze grupy pod względem wieku, to osoby od 50 do 59 lat (27%) i od 30 do 39 lat (26%), kolejne grupy to, od 40 do 49 lat (21%), od 20 do 29 lat (20%), a najmniejszą grupę stanowiły osoby powyżej 60 lat (6%). Zdecydowaną większość stanowiły kobiety 74%. Nieco powyżej połowy ankietowanych mieszkało w mieście 53%. Ponad połowę stanowiły osoby żonate i zamężne 58%, kolejną kawalerzy i panny 27%, nieco mniej bo, po 7% stanowili rozwodnicy i rozwódki oraz osoby będące w związku partnerskim, owdowiali stanowili tylko 1%. Wśród ankietowanych ponad połowa posiadała dzieci 52%.

Większość stanowiły osoby z wykształceniem wyższym magisterskim 47%, z wyższym licencyjnym 28%. W badanej grupie połowę stanowiły pielęgniarki 50%, fizjoterapeuci 29%, lekarze jak i ratownicy medyczni po 9%, najmniejszą grupą byli technicy elektroradiologii 4%. Najwięcej ankietowanych zatrudnionych było w szpitalu 67%, w sanatorium 20%, prywatną praktykę prowadziło 4%, w przychodni pracowało 3%, a najmniej osób zatrudnionych było w DPS lub ZOL oraz w innych miejscach 2% badanej grupy. Zadowolenie ze swoich zarobków wskazało 71%. Warunki życiowe jako dobre oceniło 64% badanych, bardzo dobre 19%, średnie 17%.

Analizowano zależność zachowań zdrowotnych od danych socjodemograficznych. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji.

- wpływ wieku na zachowania zdrowotne. W kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne nie stwierdzono istotnej różnicy w zachowaniach zdrowotnych.

- wpływ płci na zachowania zdrowotne. Zastosowano test t – studenta dla prób niezależnych.

Tabela 1. Wpływ płci na zachowania zdrowotne.

	Kobieta		Mężczyzna		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,0	4,4	20,6	5,1	0,5810	0,5619
Zachowania profilaktyczne	21,8	4,7	22,3	4,2	-0,7746	0,4395
Pozytywne nastawienie psychiczne	21,9	4,3	23,3	4,3	-2,0888	0,0379
Praktyki zdrowotne	19,8	4,3	20,6	5,1	-1,0248	0,3066

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną różnicę w pozytywnym nastawieniu psychicznym w zależności od płci. Mężczyźni wykazują się istotnie wyższym pozytywnym nastawieniem niż kobiety. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 1).

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

- wpływ miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne. Zastosowano test t – studenta dla prób niezależnych. Na podstawie przeprowadzonego testu nie stwierdzono istotnej różnicy w zachowaniach zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.

- wpływ wykonywanego zawodu na zachowania zdrowotne. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji.

a) w prawidłowych nawykach żywieniowych nie stwierdzono istotnej różnicy w zachowaniach zdrowotnych w zależności od wykonywanego zawodu.

b) natomiast stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach profilaktycznych, pozytywnym nastawieniu psychicznym i praktykach zdrowotnych.

Tabela 2. Wpływ wykonywanego zawodu na zachowania profilaktyczne

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	22,9	4,4	2,7719	0,0283
Fizjoterapeuta	22,3	4,7		
Pielęgniarka	21,0	4,7		
Ratownik medyczny	23,6	2,9		
Technik elektroradiologii	24,4	2,9		

Stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach zdrowotnych w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższe zachowania zdrowotne niż ratownicy medyczni oraz technicy radiologii. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 2).

Tabela 3. Wpływ wykonywanego zawodu na pozytywne nastawienie psychiczne

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	21,5	5,3	5,3453	0,0004
Fizjoterapeuta	23,8	3,5		
Pielęgniarka	21,1	4,4		
Ratownik medyczny	23,8	3,2		
Technik elektroradiologii	24,1	4,6		

Stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach zdrowotnych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższe zachowania zdrowotne niż fizjoterapeuci, ratownicy medyczni i technicy radiologii. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 3).

Tabela 4. Wpływ wykonywanego zawodu na praktyki zdrowotne

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	19,9	4,5	4,2205	0,0026

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Fizjoterapeuta	21,1	4,6		
Pielęgniarka	19,0	4,3		
Ratownik medyczny	22,8	3,9		
Technik elektroradiologii	19,9	4,0		

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach zdrowotnych w kategorii praktyki zdrowotne w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższe zachowania zdrowotne niż fizjoterapeuci i ratownicy medyczni oraz ratownicy medyczni wykazują istotnie wyższe zachowania zdrowotne niż lekarze. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 4).

Badano zależność między danymi socjodemograficznymi a jakością życia w poszczególnych dziedzinach badanej grupy pracowników ochrony zdrowia. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Respondenci wyżej oceniali zadowolenie ze swojego życia Q1 (3,96), niż zadowolenie ze swojego zdrowia Q2 (3,78).

Analizowano zależność między wiekiem a jakością życia.

- w dziedzinie somatycznej

Tabela 5. Różnica w jakości życia w zależności od wieku

	20 - 29 lat	30 - 39 lat	40 - 49 lat	50 - 59 lat	Powyżej 60 lat
20 - 29 lat		0,5220	0,1868	0,0244	0,2952
30 - 39 lat	0,5220		0,0387	0,0019	0,1320
40 - 49 lat	0,1868	0,0387		0,3694	0,8787
50 - 59 lat	0,0244	0,0019	0,3694		0,6686
Powyżej 60 lat	0,2952	0,1320	0,8787	0,6686	

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie somatycznej w zależności od wieku $p=0,0190$. Osoby w wieku 20 – 29 lat mają istotnie wyższą jakość życia niż osoby w wieku 50 – 59 lat oraz osoby w wieku 30 – 39 lat istotnie wyższą jakość życia niż osoby w wieku 40 – 59 lat. Pomędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 5).

- w dziedzinie psychologicznej

Najlepiej jakość życia w dziedzinie psychologicznej oceniali osoby w wieku 30-39 lat (22,2), tak samo ocenili jakość życia w wieku 20-29 lat i 40-49 lat, powyżej 60 lat ocenili na

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

(21,2), najniżej oceniły osoby w wieku 50-59 lat (21,1). Na podstawie przeprowadzonego testu nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie jakości życia w zależności od wieku.

- w dziedzinie socjalnej

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie socjalnej w zależności od wieku $p=0,0335$. Osoby w wieku 50 – 59 lat mają istotnie niższą jakość życia niż osoby w wieku 20 – 39 lat. Pomędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 6).

Tabela 6. Wiek a jakość życia

	Średnia	SD	F	P
20 - 29 lat	12,6	2,2	2,6661	0,0335
30 - 39 lat	12,7	2,2		
40 - 49 lat	11,9	2,3		
50 - 59 lat	11,5	2,0		
Powyżej 60 lat	12,0	1,3		

- w dziedzinie środowiskowej

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie środowiskowej w zależności od wieku. Osoby w wieku 50 – 59 lat mają istotnie niższą jakość życia niż osoby w wieku 20 – 49 lat. Pomędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 7).

Tabela 7. Wiek a jakość życia

	Średnia	SD	F	p
20 - 29 lat	30,0	4,2	4,6025	0,0014
30 - 39 lat	30,7	5,2		
40 - 49 lat	29,7	5,0		
50 - 59 lat	27,1	4,7		
Powyżej 60 lat	29,5	1,7		

Badano zależność między płcią a jakością życia. Zastosowano test t – studenta dla prób niezależnych.

Tabela 8. Płeć a jakość życia

	Kobieta		Mężczyzna		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Somatyczna	27,1	1,3	27,9	0,2	-1,4506	0,1484
Psychologiczna	21,6	1,0	22,2	0,9	-1,1654	0,2452
Socjalna	12,1	1,1	12,4	0,8	-0,9804	0,3280
Środowiskowa	28,9	1,1	30,6	0,6	-2,3001	0,0224

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną różnicę w jakości życia w dziedzinie środowiskowej w zależności od płci. Mężczyźni istotnie wyżej oceniają jakość życia w tej dziedzinie. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 8).

Badano zależność między miejscem zamieszkania a jakością życia.

Tabela 9. Miejsce zamieszkania a jakość życia

DZIEDZINA	Miasto		Wieś		t	p
	Średnia	SD	Średnia	SD		
Somatyczna	27,2	4,0	27,4	3,3	-0,2791	0,7804
Psychologiczna	21,3	3,7	22,1	3,1	-1,6923	0,0921
Socjalna	11,9	2,3	12,4	2,0	-1,5690	0,1182
Środowiskowa	29,0	5,1	29,6	4,7	-0,8413	0,4011

Najwyżej oceniona została dziedzina środowiskowa zarówno przez mieszkańców miast (29,0), jak i wsi (29,6). Następnie dziedzina somatyczna w miastach (27,2), na wsi (27,4), dziedzina psychologiczna w miastach (21,3), na wsi (22,1), a najniżej oceniona została dziedzina socjalna przez mieszkańców miast (11,9) i wsi (12,4). Na podstawie przeprowadzonego testu nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania (Tabela 9).

Badano zależność między wykonywanym zawodem a jakością życia. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji.

- w dziedzinie somatycznej

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie somatycznej w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższy poziom jakości życia niż lekarze, fizjoterapeuci oraz ratownicy medyczni. Pomiędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 10).

Tabela 10. Wykonywany zawód a jakość życia w dziedzinie somatycznej

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	28,5	4,1	5,0170	0,0007

WPLYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Fizjoterapeuta	28,3	3,6		
Pielęgniarka	26,2	3,4		
Ratownik medyczny	28,8	3,6		
Technik elektroradiologii	27,3	2,6		

- w dziedzinie środowiskowej

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie Środowiskowej w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższy poziom jakości życia niż lekarze, fizjoterapeuci i ratownicy medyczni oraz ratownicy medyczni wykazują istotnie wyższy poziom jakości życia niż fizjoterapeuci

i technicy elektroradiologii. Pomędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 11).

Tabela 11. Wykonywany zawód a jakość życia w dziedzinie środowiskowej

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	31,6	4,2	6,4896	0,0001
Fizjoterapeuta	29,6	4,5		
Pielęgniarka	28,1	4,5		
Ratownik medyczny	33,4	6,4		
Technik elektroradiologii	29,0	4,3		

- w dziedzinie psychologicznej i socjalnej nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie jakości życia w zależności od wykonywanego zawodu.

Badano również zależność między wiekiem a wypaleniem zawodowym. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji.

- wyczerpanie emocjonalne, nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie wyczerpania emocjonalnego w zależności od wieku.

- depersonalizacja

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie depersonalizacji w zależności od wieku. Osoby w wieku 30 – 39 lat mają istotnie wyższy poziom depersonalizacji niż osoby w wieku 40 i więcej lat. Pomędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 12).

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Tabela 12. Wiek a wypalenie zawodowe

	Średnia	SD	F	p
20 - 29 lat	8,5	6,2	2,8892	0,0234
30 - 39 lat	9,1	6,6		
40 - 49 lat	6,3	5,0		
50 - 59 lat	6,4	5,7		
Powyżej 60 lat	4,9	4,8		

- obniżone poczucie osiągnięć, nie stwierdzono istotnej różnicy w obniżonym poczuciu osiągnięć w zależności od wieku.

Analizowano zależność między płcią, miejscem zamieszkania a wypaleniem zawodowym. Nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie wypalenia zawodowego w/w danych socjodemograficznych.

Badano zależność między wykonywanym zawodem a wypaleniem zawodowym.

- wyczerpanie emocjonalne

Stwierdzono istotną różnicę w poziomie wyczerpania emocjonalnego w zależności od wykonywanego zawodu. Fizjoterapeuci wykazują istotnie niższy poziom wyczerpania emocjonalnego niż pielęgniarki oraz technicy elektroradiologii. Pomiędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic (Tabela 13).

Tabela 13. Wykonywany zawód a wypalenie zawodowe

	Średnia	SD	F	p
Lekarz	26,3	12,2	2,6739	0,0331
Fizjoterapeuta	21,5	12,1		
Pielęgniarka	26,5	11,5		
Ratownik medyczny	22,7	5,9		
Technik elektroradiologii	30,2	10,9		

- w kategorii depersonalizacja i obniżone poczucie osiągnięć nie stwierdzono istotnej różnicy w zależności od wykonywanego zawodu.

Badano zależność między zachowaniami zdrowotnymi oraz oceną jakości życia. Zastosowano współczynnik korelacji Pearsona.

Tabela 14. Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a oceną jakości życia

	Somatyczna	Psychologiczna	Socjalna	Środowiskowa

WPŁYW WYPALENIA ZAWODOWEGO NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE I JAKOŚĆ ŻYCIA
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Prawidłowe nawyki żywieniowe	$r = 0,144$	$r = 0,335$	$r = 0,214$	$r = 0,260$
	$p = 0,043$	$p < 0,001$	$p = 0,002$	$p < 0,001$
Zachowania profilaktyczne	$r = 0,210$	$r = 0,398$	$r = 0,271$	$r = 0,340$
	$p = 0,002$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Pozytywne nastawienie psychiczne	$r = 0,382$	$r = 0,547$	$r = 0,416$	$r = 0,422$
	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Praktyki zdrowotne	$r = 0,278$	$r = 0,354$	$r = 0,255$	$r = 0,379$
	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Zachowania zdrowotne	$r = 0,295$	$r = 0,482$	$r = 0,340$	$r = 0,414$
	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Stwierdzono istotną zależność między zachowaniami zdrowotnymi oraz oceną jakości życia. Wraz ze wzrostem nasilenia zachowań zdrowotnych rośnie ocena jakości życia we wszystkich obszarach (Tabela 14).

Analizowano zależność między zachowaniami zdrowotnymi a wypaleniem zawodowym. Zastosowano współczynnik korelacji Pearsona.

Tabela 15. Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a wypaleniem zawodowym

	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
Wyczerpanie emocjonalne	$-0,168$	$-0,129$	$-0,378$	$-0,187$
	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$
	$p = 0,015$	$p = 0,062$	$p < 0,001$	$p = 0,006$
Depersonalizacja	$-0,141$	$-0,087$	$-0,269$	$-0,133$
	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$
	$p = 0,041$	$p = 0,208$	$p < 0,001$	$p = 0,055$
Obniżone poczucie osiągnięć	$0,174$	$0,258$	$0,452$	$0,252$
	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$	$N = 210$
	$p = 0,011$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną zależność między wypaleniem zawodowym oraz zachowaniami zdrowotnymi. Wraz ze wzrostem wyczerpania emocjonalnego maleją prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Wraz ze wzrostem depersonalizacji maleją prawidłowe nawyki żywieniowe oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Wraz ze wzrostem obniżonego poczucia osiągnięć rosną wszystkie zachowania zdrowotne. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych zależności (Tabela 15).

Badano także zależność między jakością życia i wypaleniem zawodowym. Zastosowano współczynnik korelacji Pearsona.

Tabela 16. Zależność między jakością życia i wypaleniem zawodowym

	Somatyczna	Psychologiczna	Socjalna	Środowiskowa
Wyczerpanie emocjonalne	-0,485	-0,514	-0,349	-0,332
	N = 210	N = 210	N = 210	N = 210
	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Depersonalizacja	-0,308	-0,322	-0,189	-0,139
	N = 210	N = 210	N = 210	N = 210
	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,006	p = 0,044
Obniżone poczucie osiągnięć	-0,369	-0,450	-0,368	-0,369
	N = 210	N = 210	N = 210	N = 210
	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001

Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną zależność między jakością życia i wypaleniem zawodowym. Im wyższy poziom jakości życia tym niższy poziom wypalenia zawodowego (Tabela 16).

DYSKUSJA

Zachowania zdrowotne to elementy stylu życia a wyznacznikami zachowań zdrowotnych jest między innymi odżywianie czy aktywność fizyczna. Zdrowe odżywianie, czyli żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu, umożliwia osiągnięcie pełnego rozwoju fizycznego i psychicznego człowieka, utrzymanie odporności organizmu na choroby i zachowanie sprawności aż do późnej starości [12]. Wielu autorów zwraca uwagę na korzyści płynące z uprawiania aktywności fizycznej. Umiarkowana aktywność zapobiega chorobom układu krążenia, sprzyja redukcji stężenia cholesterolu i stabilizacji gospodarki lipidowej, co prowadzi do zmniejszenia ryzyka rozwoju miażdżycy i obniża ciśnienie tętnicze [13]. Regularna aktywność fizyczna wpływa także korzystnie na ustąpienie symptomów depresji i lęku, poprawia sprawność psychiczną i samopoczucie na skutek zwiększenia stężenia endorfin we krwi. Stanowi zatem przeciwwagę dla obciążenia organizmu pracą umysłową, prowadzi do zwiększenia odporności na stres i zmęczenie.

Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje Polaków dotyczące troski o stan własnego zdrowia pozostają od kilku lat stabilne. Według raportu CBOS z 2012 r. 81% badanych uważa się za osoby dbające o swoje zdrowie, zaś do braku troski o zdrowie przyznaje się, tak jak w 2007 r., niemal co piąty respondent (19%) [14].

W przeprowadzonych badaniach własnych technicy elektroradiologii 24,1% najwyżej ocenili pozytywne nastawienie psychiczne, dalej fizjoterapeuci 23,8% oraz ratownicy medyczni 23,8%, lekarze 21,5%, a najniżej pielęgniarki 21,1%. Na podstawie niniejszych

badan stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach zdrowotnych w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższe zachowania zdrowotne niż fizjoterapeuci, ratownicy medyczni i technicy radiologii. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic. Ratownicy medyczni 22,8% najwyżej ocenili praktyki zdrowotne, fizjoterapeuci 21,1%, na równi lekarze 19,9% i technicy elektroradiologii 19,9%, pielęgniarki 19% najniżej. Na podstawie przeprowadzonego testu stwierdzono istotną różnicę w zachowaniach zdrowotnych w zależności od wykonywanego zawodu. Pielęgniarki wykazują istotnie niższe zachowania zdrowotne niż fizjoterapeuci i ratownicy medyczni oraz ratownicy medyczni wykazują istotnie wyższe zachowania zdrowotne niż lekarze. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnych różnic.

W niniejszych badaniach ankietowani wyżej zadowolenie ze swojego życia 3,96, niż zadowolenie ze swojego zdrowia 3,78. Na podstawie przeprowadzonego badań stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie somatycznej w zależności od wieku. Osoby w wieku 20 – 29 lat mają istotnie wyższą jakość życia niż osoby w wieku 50 – 59 lat oraz osoby w wieku 30 – 39 lat istotnie wyższą jakość życia niż osoby w wieku 40 – 59 lat. Pomiędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic. Na podstawie przeprowadzonego badań stwierdzono istotną różnicę w poziomie jakości życia w dziedzinie środowiskowej w zależności od wieku. Osoby w wieku 50 – 59 lat mają istotnie niższą jakość życia niż osoby w wieku 20 – 49 lat. Pomiędzy pozostałymi grupami nie zaobserwowano istotnych różnic.

Realnym wskaźnikiem oceny postawy wobec własnego zdrowia są jej konkretne zachowania. Okazuje się, że chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce życia codziennego. Przykładowo: 27% osób badanych nie korzysta z profilaktycznych wizyt u dentysty, 17% nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich. Ponadto 61% minimum raz dziennie pije kawę (w tym 15% wypija w ciągu dnia kilka kaw), 27% przyznaje się do codziennego palenia papierosów. Połowa respondentów minimum raz w tygodniu sypia krócej niż sześć godzin na dobę, w tym dla 9% regułą jest sen krótszy niż sześciogodzinny. Co trzeci ankietowany minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki na dobę, w tym 7% zwykle nie jada więcej niż dwa razy dziennie. Prawie co trzeci badany (30%) minimum raz w tygodniu spożywa alkohol, a co dziesiąty najrzadziej raz na siedem dni żywi się w barach i restauracjach szybkiej obsługi. Dodatkowo 17% dorosłych Polaków nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy spacer [14].

Niniejsze badania ukazują zjawisko wypalenia zawodowego. Jest to zespół objawów powstających w wyniku przeciążenia fizycznego i emocjonalnego w miejscu pracy, a występowanie tego zjawiska wśród osób pracujących w ochronie zdrowia jest coraz bardziej zauważalne. Przeprowadzone badanie pokazało pewne zależności, które mają wpływ na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego. Niezależnie od wieku oraz stażu pracy większość respondentów świadomie wybrała zawód medyczny, co z pewnością istotnie zminimalizowało ryzyko niedopasowania do wykonywanej pracy i znacznie zmniejszyło możliwość wystąpienia stresu wraz z jego konsekwencjami. Myśląc o konsekwencjach wypalenia zawodowego, często widzi się tylko jednostkę. Pracownika z depresją, zdegradowaną osobowością, niskim poczuciem własnej wartości, bez godności i własnej woli. Osobę z problemami natury psychicznej, ale także bólami głowy, kręgosłupa, objawami gastrycznymi, czy problemami ze snem. Jednak konsekwencje wypalenia zawodowego należy rozpatrywać również, jako konsekwencje dla organizacji, czy społeczeństwa [15].

Wypalenie zawodowe jednostki powoduje spadek uzyskiwanych przez nią wyników. Pracownik wypalony nie jest tak samo efektywny i zmotywowany, jak pracownik o dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Ponadto, wypalenie zawodowe może negatywnie wpływać na atmosferę w miejscu pracy, a przez to wpływać negatywnie na wydajność większej ilości pracowników.

W konsekwencji wypalenia może także dochodzić do zagrożenia bezpieczeństwa podopiecznych. Wypalenie zawodowe to jeden z najważniejszych czynników zwiększonego ryzyka wypadków przy pracy. Wpływają na to towarzyszące zjawisku wypalenia zawodowego np.: zmęczenie, wyczerpanie, spadek motywacji do dbałości o higienę pracy oraz dolegliwości fizyczne. Elementy profilaktyki wypalenia zawodowego obejmują działania podejmowane przez pracownika oraz pracodawcę. Pracownicy powinni podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, aktywnie uczestniczyć w organizowanych przez miejsce pracy szkoleniach BHP, ustalać sobie realistyczne cele, unikać rutyny, wykazywać się asertywnością, dbać o dobrą komunikację ze współpracownikami i starać się nawiązywać z nimi głębszą, zdrową relację. Biorąc pod uwagę konsekwencje wypalenia zawodowego mają także wymiar ekonomiczny dla pracodawcy, powinien on wprowadzić elementy profilaktyki. Należy do nich zaliczyć: organizowanie płatnych przerw w trakcie dnia pracy, udzielanie pracownikom urlopu wypoczynkowego co najmniej dwutygodniowego raz w roku, organizowanie szkoleń BHP, organizowanie szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem oraz technik relaksacyjnych, określenie jasnego systemu premiowania, stwarzanie możliwości zwiększania kompetencji zawodowych przez pracowników tworzenie wspierającego klimatu

w środowisku pracy, powierzanie pracownikom zadań, które nie przerastają ich kompetencji oraz adekwatne wynagradzanie pracowników [16].

WNIOSKI

1. Stwierdzono istotnie statystycznie zależność jakości życia od danych socjodemograficznych. Natomiast nie stwierdzono istotnego związku zachowań zdrowotnych i zjawiska wypalenia zawodowego w zależności od danych socjodemograficznych.
2. Stwierdzono istotną zależność między zachowaniami zdrowotnymi oraz oceną jakości życia.
3. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wypaleniem zawodowym a zachowaniami zdrowotnymi. Wraz ze wzrostem wyczerpania emocjonalnego maleją prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Także wraz ze wzrostem depersonalizacji maleją prawidłowe nawyki żywieniowe oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Natomiast wraz ze wzrostem obniżonego poczucia osiągnięć rosną wszystkie zachowania zdrowotne.
4. W grupie pracowników ochrony zdrowia stwierdzono istotną zależność między jakością życia a zjawiskiem wypalenia zawodowego. Im wyżej oceniano jakość życia, tym niższy poziom wypalenia zawodowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Zdun G., Kopański Z., Brukwicka I., Jastrjemska S.: Praca zawodowa w życiu człowieka. *Journal of Clinical Healthcare* 2016; 4: 11-15.
2. Bojcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A.: Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Gdańskie Wyd. Psychologiczne Sp.z.o.o, Sopot 2011; 1: 3-5.
3. Wilsz J.: Teoria pracy. Wyd. IMPULS, Kraków 2009.
4. Szymańczak G., Lishchynskyy Y., Kozłowska D. i wsp.: Profesjonalizacja pielęgniarstwa polskiego. *JPHNMR* 2012; 1: 3 – 6.
5. Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., Bartoszek A., Wiśniewska A.: Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. *Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne* 2018; 11 (1): 373.
6. Janowski M., Rasińska R.: Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 2 (56): 165.

7. Gruszczyska M. i wsp.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Hygeia Public Health* 2015; 50 (4): 560.
8. Remigrońska A., Włoszczak-Szubzda A.: Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 1 (1): 42.
9. Nowicki G.J., Ślusarska B., Młynarska M. i wsp.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 50 (1): 38-41.
10. Włodarczyk K.: Jakość życia postrzegana przez Polaków w XXI wieku, Szczecin 2015.
11. Kowalska M., Marcinkowska U., Joško J.: Satysfakcja z pracy zawodowej a jakość życia kobiet w wieku 45–60 lat w województwie śląskim. *Medycyna Pracy* 2010; 61 (3): 277-285.
12. Woynarowska B.: Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna. [W:] Edukacja zdrowotna. Woynarowska B. (red.) Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
13. Makowiec-Dąbrowska T.: Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012; 6 (3).
14. Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. CBOS, Warszawa 2012.
15. Kowalczyk M.: Wypalenie zawodowe - mit czy rzeczywistość? *Praktyka Lekarska*, 2019: 323-330.
16. Nahrgang J., Morgeson F., Hofmann D.: Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology* 2011; 96 (1): 71-94.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW – STUDIUM PRZYPADKU

Weronika Piekut¹, Katarzyna Łagoda²

1/ - Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Serce ma swój układ bodźcotwórczo-przewodzący, którego komórki mają umiejętność rytmicznego wytwarzania impulsów elektrycznych- gdy docierają do mięśnia sercowego depolaryzują się, czyli następuje rozładowanie potencjału komórkowego do zera, występują przypadki kliniczne, u których taki układ jest zaburzony - określa się to jako zaburzenia rytmu serca [1].

Głównymi powodami zaburzeń rytmu serca są: niepoprawny automatyzm komórek układu bodźcotwórczego, zaburzenia pobudliwości a także zaburzenia w przewodzeniu bodźców [1].

Zaburzenia rytmu serca dzielą się na bradyarytmie, czyli zwolnioną czynność serca; oraz tachyarytmie, która charakteryzuje się szybką czynnością serca. Z kolei tachyarytmie dzielą się na komorowe oraz nadkomorowe zaburzenia rytmu serca do których zalicza się migotanie przedsionków [1].

Migotanie przedsionków charakteryzuje się wysoką częstością skurczów, dochodzi do 400-600 uderzeń na minutę. Po zapisie EKG można stwierdzić brak prawidłowego załamka P oraz nieregularny rytm komór [2].

Kardiomiopatia przedsionkowa w niektórych przypadkach występuje przez zawał prawej lub lewej komory serca. Powodem jest uszkodzenie mechaniczne, niedomykalność lub zwężenie zastawek serca [3].

Migotanie przedsionków jest to choroba, która należy do nieprawidłowości tachyarytmicznych nadkomorowych; niemiarowa, chaotyczna aktywacja elektryczna przedsionków powoduje brak poprawnego skurczu przedsionków [4].

Migotanie przedsionków określa się dwoma terminami:

- **kliniczne AF** (*ang. atrial fibrillation*, migotanie przedsionków) stwierdzenie tego rodzaju tachyarytmii musi być potwierdzone przez zapis elektrokardiograficzny.
- **subkliniczne AF** (*ang. atrial fibrillation*), **AHRE** (*ang. atrial high-rate episode*, epizod szybkich rytmów przedsionkowych) - występuje u osób u których nie pojawiły się objawy typowe dla AF oraz u których AF nie zostało wcześniej stwierdzone - oznacza to brak zapisu elektrokardiograficznego z powierzchni ciała z AF (*ang. atrial fibrillation*) [4].

Tachyarytmia przedsionków zależnie od czasu utrzymywania nieregularnego rytmu serca klasyfikuje się na pięć rodzajów. Podział zależy od objawów klinicznych, czasu trwania napadu migotania i zakończenia epizodów tachyarytmii przedsionkowej. Wyróżnia się:

- **napadowe AF** - kończy się samoistnie nawet w ciągu 48 godzin lub po wdrożeniu leczenia po mniej niż 7 dniach od wystąpienia. Przy wykonywaniu kardiowersji w ciągu tych 7 dni AF zalicza się do tej postaci migotania przedsionków
- **przetrwale AF** – migotanie przedsionków utrzymuje się więcej niż 7 dni, zalicza się też epizody przerywane przez kardiowersję farmakologiczną lub elektryczną
- **przetrwale długo trwające AF** - utrzymujące się ponad rok po decyzji o sposobie kontrolowania rytmu serca
- **utrwalone AF** – zaprzestano prób przywrócenia prawidłowego rytmu zatokowego na decyzję lekarza i pacjenta. Gdy nastąpi ponowna kontrola rytmu serca zmienia się klasyfikację na przetrwale długotrwałe migotanie przedsionków
- **niezastawkowe AF** – reumatyczne MS (zwężenie zastawki mitralnej) nie występuje, brak protezy zastawki serca lub wywiadu naprawy zastawki serca [2, 3, 4].

Epidemiologia migotania przedsionków

Tachyarytmia nadkomorowa jest najczęstszą utrwaloną arytmia serca u dorosłych na całym świecie, częstość hospitalizacji jest większa niż z powodu innych zaburzeń rytmu. Szacuje się, że częstość występowania AF w 2016 roku u dorosłych wynosi od 2% do 4% przy czym spodziewany jest 2-3-krotny wzrost częstości występowania tej arytmii. W Polsce

ilość osób z rozpoznaniem AF wynosi około 600-700 tysięcy. W 20-30% przypadków jest to AF napadowe, w 20-30% - przetrwałe, a w 40-50% - utrwalone. U wielu pacjentów AF często przebiega bezobjawowo (tzw. Ciche AF) przez co rozpoznanie wynika z pojawieniu się powikłań tej arytmii (udar mózgu, niewydolność serca) [4,5].

Czynniki ryzyka migotania przedsionków.

W epidemiologii AF (*ang. atrial fibrillation*, migotanie przedsionków) jest powiązane z wieloma różnymi chorobami układu sercowo-naczyniowego. Najczęstsze współistniejące choroby to: niewydolność serca, wady zastawkowe, choroba wieńcowa, cukrzyca, zastawkowa choroba serca, choroba naczyń (subkliniczna miażdżycza tętnic), przewlekła choroba nerek, a także nadciśnienie tętnicze [4, 6].

Istnieją cztery czynniki ryzyka niezależne od trybu życia, jest to: starzenie się, czynniki genetyczne, płeć męska, pochodzenie etniczne (rasa inna niż biała) [4]. Czynniki ryzyka migotania przedsionków, które związane są z nieprawidłowym stylem życia:

Otyłość

Liczne badania epidemiologiczne wskazują, że wzrost BMI (*ang. body mass index*, wskaźnik masy ciała) o jedną jednostkę zwiększa ryzyko zachorowania na AF. Osoby, którym masa ciała zwiększyła się o 35% i więcej w wieku 20 lat są w grupie najwyższego ryzyka wystąpienia migotania przedsionków. Dodatkowo zaobserwowano dwukrotny wzrost ryzyka u mężczyzn powyżej 179 cm wzrostu niż poniżej 172 cm. Otyłość prawdopodobnie wpływa na zmiany anatomiczne przedsionków zwiększające ciśnienie wewnątrzprzedsionkowe i wywołując stres oksydacyjny oraz przewlekły stan zapalny. Pacjenci chorzy na zespół metaboliczny mają wyższe stężenie białka C-reaktywnego (*ang. CRP, C-reactive protein*) i czynnika martwicy nowotworów alfa (TNF-alfa, *ang. tumor necrosis factor alpha*) [6].

Intensywny wysiłek fizyczny

Z badań wynika, że dolegliwość migotania przedsionków często dotyczy wyczynowych sportowców. Nie zaleca się wykonywania intensywnego wysiłku fizycznego, szczególnie osobom powyżej 50 roku życia. Natomiast całkowity brak aktywności fizycznej również negatywnie wpływa na zdrowie pacjenta [4].

Polimorfizm genowy

W analizie wieloczynnikowej dowiedziono, że ryzyko pojawienia się AF wzrasta 3-krotni u dzieci osób z AF, a szczególnie wcześniej występującego pierwszego napadu. Stwierdzono, że tachyarytmia przedsionkowa jest schorzeniem wielogenowym [6].

Profil lipidowy – dyslipidemia

Cholesterol dzieli się na cztery frakcje: chylomikrony, VLDL (*ang. Very low density lipoprotein*), HDL (*ang. High density lipoprotein*) i LDL (*ang. Low Density Lipoprotein*), który ma największe znaczenie. Gdy cholesterol LDL przekracza normę ($<135\text{mg/dl}$) gromadzi się on w błonach tętnic przez co wytwarza się blaszka miażdżycowa prowadząca do zmniejszenia światła naczynia. Istnieje również ryzyko oderwania się blaszki co może prowadzić do zatkania tętnic o mniejszych średnicach, a dalej do zawału serca lub udaru mózgu [7].

Spożywanie alkoholu

Nadużywanie etanolu jest przyczyną chorób wątroby i układu sercowo-naczyniowego, spada poziom cholesterolu HDL, osłabia się transport cholesterolu odprowadzanego z tkanek do wątroby. Alkohol w dużym stopniu u pacjentów leczonych lekami przeciwkrzepliwymi wpływa na większe ryzyko dolegliwości zakrzepowo-zatorowych, a nawet zgonu [4].

Palenie tytoniu

Wyrób tytoniowy wpływa na podwyższenie cholesterolu LDL i obniżeniu cholesterolu HDL. Substancje zawarte w tytoniu powodują sztywność ścian naczyń tętniczych, nikotyna przyspiesza akcję serca, wzrasta kurczliwość mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych [7].

Bezdech senny

Pacjenci z bezdechem sennym z reguły mają zachwiania równowagi układu autonomicznego i zaburzenia skurczów mięśnia sercowego – te dwa czynniki mogą zwiększać rozwój migotania przedsionków [6].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Niedotlenienie występujące w POChP powoduje stan zapalny przez który wydziela się większa ilość śluzu, która utrudnia wymianę gazową w płucach. Brak dostarczania tlenu do komórek mięśniowych serca powoduje martwienie jego ścian, czyli zawał serca [6].

Cukrzyca

Porównując osoby zdrowe z chorującymi na cukrzycę, u młodych cukrzyków zachorowalność na AF jest dwukrotnie większa. Do tej pory stwierdzono, że stosowanie metforminy i pioglitazonu wiąże się z mniejszym długoterminowym ryzykiem wystąpienia tachyarytmii nadkomorowej [4].

Nadczynność tarczycy

Zmiany w stężeniu hormonów takich jak trójjodotyronina (T3) i tyroksyna (T4) działają na czynność mięśnia sercowego i przyczyniają się do rozwoju miażdżycy. Stężenie hormonów tarczycy ma także znaczenie w gospodarce lipidowej [8].

Przyczyny sercowe i choroby współistniejące z migotaniem przedsionków to:

- 1) Nadciśnienie tętnicze
- 2) Wady zastawkowe nabyte
- 3) Choroba niedokrwienności serca (głównie po zawale serca).
- 4) Kardiomiopatie (przede wszystkim rozstrzeniowa i przerostowa)
- 5) Wady wrodzone serca
- 6) Zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia
- 7) Operacje serca w przeszłości
- 8) Zespół tachykardia-bradykardia
- 9) Zespół preekscytacji
- 10) Choroby układowe z zajęciem serca – sarkoidoza, amyloidozę, hemochromatozę
- 11) Nowotwory serca [5].

Obraz kliniczny i powikłania migotania przedsionków.

Kardiomiopatię tachyarytmiczną można rozpoznać po typowych dla tego schorzenia objawach, lecz nie w każdym przypadku klinicznym takie symptomy występują - w takiej sytuacji tachyarytmie przedsionków stwierdza się po nieprawidłowym zapisie elektrokardiograficznym, a dokładniej po nieregularnym występowaniu załamka P.

U pacjenta z **objawową arytmia nadkomorową** obserwuje się kołatanie serca; napady duszności; szybką męczliwość; ucisk, ból w klatce piersiowej; zmniejszoną tolerancję

wysiłku; zawroty głowy; omdlenia; zaburzenia snu a także niestabilność hemodynamiczna [4].

Główną charakterystyczną cechą **bezobjawowej arytmii nadkomorowej** jest stabilność hemodynamiczna, najczęściej rozpoznaje się ją dopiero po wystąpieniu powikłań tego rodzaju arytmii [4,5].

Niestabilność hemodynamiczna objawia się omdleniami; niedociśnieniem; ostrym HF (*ang. heart failure*, niewydolność serca); obrzękiem płuc; niedokrwieniem serca; wstrząsem kardiogennym [4].

Wstrząs kardiogeny, którego jedną z przyczyn może być zawał lewej lub prawej komory serca z powodu niedomykalności lub zwężenia zastawek serca ($<2,2\text{l/min/m}^2$); zaburzeniami rytmu serca; hipoperfuzją obwodową; oligurią. Występują również objawy, które nie wskazują wprost na wstrząs kardiogeny są to nudności, wymioty, osłabienie mięśni, osłabiona praca jelit, senność, splątanie i zmiany zachowania, spadek temperatury ciała, błądność oraz większą potliwość skóry [3].

Uciążliwym objawem dla pacjenta jest słaba wydolność po wysiłku i szybka męczliwość. Do oceny wydolności fizycznej służy spiroergometria. Badanie to pozwala odróżnić sercową i płucną przyczynę duszności wysiłkowej oraz dostarcza wielu parametrów o znaczeniu rokowniczym [9]. Klasę wydolności wysiłkowej ocenia się za pomocą skali NYHA, którą przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Wydolność wysiłkowa - skala NYHA (*ang. New York Heart Association*, Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne) [10].

Klasa	Wydolność wysiłkowa
I	bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca
II	niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność
III	znaczne ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów
IV	każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność

	nasila dolegliwości

Powikłania migotania przedsionków przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Powikłania migotania przedsionków [4].

Następstwo AF	Częstość występowania	Mechanizm(y)
Zgon	1,5-3,5 krotne zwiększenie ryzyka	Nadmierna śmiertelność związana z niewydolnością serca, chorobami współistniejącymi, udarem mózgu
Udar mózgu	20-30% wszystkich udarów niedokrwiennych, 10% udarów kryptogennych	Zatorowość sercowopochodna lub związane ze współistniejącą miażdżycą naczyń
Dysfunkcja lewej komory/ niewydolność serca	U 20-30% pacjentów z AF	Nadmierna częstość rytmu komór; nieregularne skurcze komór; pierwotna przyczyna AF
Oslabienie funkcji poznawczych/ demencja naczyniowa	HR 1,4/1,6 (niezależnie od przebycia udaru mózgu)	Uszkodzenie istoty białej mózgu, stan zapalny; hipoperfuzja; mikrozatorowość
Depresja	Depresja u 16% pacjentów (nawet myśli samobójcze)	Ciężkie objawy i pogorszenie oceny jakości życia; działania niepożądane leków
Pogorszenie oceny jakości życia	>60% pacjentów	Związane z ładunkiem AF; chorobami współistniejącymi, funkcjonowaniem psychologicznym i stosowanymi lekami; typ osobowości stresowej
Hospitalizacje	10%-40% roczny wskaźnik hospitalizacji	Leczenie AF związane z niewydolnością serca, zawałem serca lub objawami związanymi z AF; powikłania związane z leczeniem

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) jest najczęstszym powikłaniem migotania przedsionków, która rozpoczyna się tworzeniem zakrzepu w żyłę, który może przemieszczać się naczyniami krwionośnymi po całym organizmie, w początkowym stadium jest ciężka do

rozpoznania, ponieważ jest bezobjawowa i rzadko powoduje ból i obrzęk kończyny, w której mógł zatrzymać się zakrzep. Dotarcie skrzepu do płuc skutkuje zatorowością płucną, która objawia się zmęczeniem, dusznością wysiłkową, omdleniami lub zgonem [11]. Skalę Padewską, czyli ocenę ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Skala Padewska - ocena ryzyka ŻChZZ [11].

<i>Cecha</i>	<i>Punkty</i>
<i>Czynna choroba nowotworowa (chorzy z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych lub z przerzutami odległymi, którzy otrzymali chemioterapię lub radioterapię w ciągu ostatnich 6 miesięcy)</i>	<i>3</i>
<i>Przebyta ŻChZZ (poza zakrzepicą żył powierzchownych)</i>	<i>3</i>
<i>Unieruchomienie (przewidywana konieczność przebywania w łóżku - z możliwością korzystania z łazienki z powodu niesprawności chorego lub polecenia lekarza przez więcej niż 3 dni)</i>	<i>3</i>
<i>Rozpoznana trombofilia (niedobór antytrombiny, białka C lub S, czynnik V Leiden, mutacja G20210A genu protrombiny lub zespół antyfosfolipidowy)</i>	<i>3</i>
<i>Niedawny (krócej niż miesiąc) uraz lub zabieg operacyjny</i>	<i>2</i>
<i>Wiek powyżej 70 roku życia</i>	<i>1</i>
<i>Niewydolność serca lub niewydolność oddechowa</i>	<i>1</i>
<i>Świeży zawał serca lub udar niedokrwienności mózgu</i>	<i>1</i>
<i>Ostre zakażenie lub choroba reumatologiczna</i>	<i>1</i>
<i>Otyłość</i>	<i>1</i>
<i>Leczenie hormonalne</i>	<i>1</i>
<i>Interpretacja powyżej 4 punktów - duże ryzyko ŻChZZ</i>	

Zintegrowane postępowanie lecznicze w migotaniu przedsionków obejmuje następujące elementy:

1. Zapobieganie udarowi mózgu.
2. Kontrola objawów wraz z kontrolą rytmu serca.
3. Leczenie chorób współistniejących i czynników ryzyka sercowo-naczyniowych [12, 13].

Leczenie pacjenta polega na ocenie ryzyka udaru mózgu oraz chorób do których prowadzi migotanie przedsionków. Głównym celem jest zapobieganie dolegliwości zakrzepowo-

zatorowych, złagodzenie objawów bólowych, leczenie współistniejących chorób sercowo-naczyniowych i wyrównanie rytmu serca. W przypadku nawrotów migotania przedsionków wykonuje się zabieg ablacji przezskórnej. Nie stwierdzono dotychczas wyższości którejkolwiek z metod postępowania u chorych z migotaniem przedsionków (utrzymanie rytmu zatokowego versus pozostawienie arytmii z kontrolą częstości rytmu komór), a decyzja kliniczna w każdym przypadku podejmowana jest przez lekarza prowadzącego i akceptowana przez pacjenta [14]. Leczenie migotania przedsionków dzieli się na trzy fazy. Leczenie w ostrej fazie, leczenie przewlekłe, w którym leczy się napadowe, przetrwałe, utrwalone AF oraz leczenie inwazyjne [5].

Leczenie w ostrej fazie:

Sposób leczenia dobiera się w zależności jakie objawy i zaburzenia hemodynamiczne współistnieją:

- 1) **Objawy umiarkowane** - wdraża się leczenie farmakologiczne kontrolujące częstotliwość rytmu komór, wyrównanie gospodarki elektrolitowej (potas, magnez).
- 2) **Arytmia trwająca więcej niż 24 godziny** stosuje się kardiowersję, najczęściej farmakologiczną. Kardiowersję farmakologiczną lub elektryczną przeprowadza się, gdy napad trwa więcej niż 48 godzin bez uprzedniego leczenia przeciwkrzepliwego, wyjątkiem są osoby wysokiego ryzyka zakrzepowo-zatorowego.
- 3) Kardiowersja elektryczna w trybie pilnym wymagana jest przy **występowaniu zaburzeń hemodynamicznych lub bólach wieńcowych** [5].

Kardiowersja elektryczna polega na przeprowadzeniu impulsu prądu o dużej energii w czasie około 2 ms przez klatkę piersiową. Przerywa on krążące fale nawrotne będące źródłem szybkiej stymulacji przedsionków, powodując natychmiastową depolaryzację większości komórek mięśnia sercowego, co umożliwia powrót właściwej sekwencji pobudzenia. Zabieg jest wykonywany w krótkim znieczuleniu ogólnym [15].

Kardiowersja farmakologiczna jest mniej efektywna niż kardiowersja elektryczna, polega na podaniu dożylnie leku antyarytmicznego, nie wymaga stosowania znieczulenia i ułatwia wybór leku w długoterminowej opiece zapobiegania kolejnym wystąpieniom arytmii [14].

Leczenie przewlekłe:

- 1) W napadowym migotaniu przedsionków polega na eliminacji czynników ryzyka, czyli wprowadzeniu zdrowego stylu życia. Podejmuje się też leczenie chorób współistniejących sercowo-naczyniowych.
- 2) W przetrwałym migotaniu przedsionków - stosuje się kardiowersję elektryczną w celu przywrócenia prawidłowego rytmu, kardiowersja farmakologiczna utrzymuje ten rytm.
- 3) W utrwalonym migotaniu przedsionków - opiera się głównie na kontroli częstotliwości komór. W przebiegu bezobjawowym łagodnie kontroluje się częstotliwość rytmu komór ($<110/\text{min}$ w spoczynku) z oceną EKG. U chorych z objawami zaleca się ścisłą kontrolę ($<80/\text{min}$ w spoczynku i $<110/\text{min}$ podczas umiarkowanego wysiłku) z zapisem EKG z Holtera [5].

Farmakoterapia w leczeniu przewlekłym:

Cele farmakologicznego leczenia migotania przedsionków są następujące:

- leczenie zaburzeń rytmu serca,
- zapobieganie nawrotom (po skutecznym wyleczeniu zaburzeń rytmu),
- profilaktyka udarów spowodowanych przez zatory pochodzące z lewej połowy serca

Leczenie przeciwkrzepliwe ma duże znaczenie, ponieważ utworzenie się skrzepu prowadzi do udaru mózgu, na początek stosuje się heparynę niefrakcjonowaną, heparyny drobnocząsteczkowe; w przypadkach zatorowości przebiegającej z niestabilnością hemodynamiczną wymagane jest podanie leczenia fibrynolitycznego lub interwencja zabiegowa [16]. Wybór leku zależy od drogi, częstości podania; kosztów leczenia; preferencji pacjenta i możliwości współpracy z nim [11].

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania preparatów przeciwkrzepliwych jest aktywne, poważne krwawienie, małopłytkowość, ciężka niedokrwistość, krwawienie wewnątrzczaszkowe - w takiej przypadłości stosuje się leczenie nefarmakologiczne [4]. Utrzymanie rytmu zatokowego u pacjentów z objawami klinicznymi AF i przetrwałym AF po kardiowersji elektrycznej stosuje się przewlekle lek antyarytmiczny.

Zasady stosowania leków antyarytmicznych:

1. Głównie leczy się objawowo.
2. Dostępne leki mają umiarkowaną skuteczność.
3. Farmakoterapia powoduje rzadsze występowanie nawrotów AF – a nie ich eliminację.

4. Możliwość wybrania innego leku, gdy pierwszy jest nieskuteczny.
5. U osób ze zwiększonym ryzykiem można zastosować krótkotrwale stosowanie leku.
6. Nie należy wdrażać preparatu antyarytmicznego u pacjenta z utrwalonym AF [5].

Do leczenia inwazyjnego zaliczamy:

Ablacja przeskórna węzła przedsionkowo-komorowego i stymulacja pozwalają kontrolować rytm komór, gdy leczenie farmakologiczne zawodzi. Zabieg ma mały odsetek powikłań i małe ryzyko zgonu w opiece długoterminowej. Zgodnie z zaleceniami ESC celem przezcewnikowej ablacji powinna być izolacja żył płucnych z zastosowaniem ablacji prądem o wysokiej częstotliwości lub kroablacji. Celem ablacji jest kontrolowane uszkodzenie tkanek, które pozwoli na wyeliminowanie czynników wyzwalających arytmie. Drugim celem ablacji jest izolacja żył płucnych, zabieg ten jest wielogodzinny, wymaga manipulacji elektrodą wewnątrzsercową, długiego czasu ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie [4, 14].

Ablacja przeskórna łącza przedsionkowo-komorowego z wszczepieniem układu stymulującego - wszczepia się stymulator, gdy farmakologiczna kontrola rytmu serca zawiodła najczęściej u pacjentów z utrwalonym AF [17].

Ablacja chirurgiczna jest wykonywana metodą teraskopową - za pomocą trzech portów wprowadza się narzędzia i kamerę do środka klatki piersiowej w celu usunięcia lewego uszka przedsionka, w którym podczas arytmii dochodzi do zastoju krwi, która może ulec skrzepnięciu prowadząc do udaru mózgu [18].

Angioplastyka tętnic wieńcowych - polega na umieszczeniu stalowego stentu w świetle naczynia krwionośnego, aby zapobiec zwężaniu naczynia, przed zabiegiem wykonuje się koronarografię, aby zbadać miejsce zwężenia tętnic. Stent umieszcza się za pomocą balonika, który po wypełnieniu płynem ułatwia jego umiejscowienie [4].

Po przywróceniu prawidłowego rytmu serca nieprawidłowości w rytmie mogą powrócić, duży wpływ mają na to czynniki ryzyka takie jak:

- Otyłość, nadwaga, nadciśnienie tętnicze,
- Brak wysiłku fizycznego lub zbyt intensywny wysiłek,
- Obturacyjny bezdech senny, niewyrównana glikemia,
- Palenie tytoniu,
- Spożywanie alkoholu w dużych ilościach,

- Hiperlipidemia,
- Starszy wiek, płeć żeńska,
- Poprzednie zabiegi [19].

CEL PRACY

Celem pracy było:

- Określenie problemów pielęgnacyjnych nad pacjentem z migotaniem przedsionków; zaplanowanie i realizacja działań pielęgniarских.
- Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta objętego opieką pielęgniarską.
- Ocena poziomu wiedzy na temat stanu zdrowia, zalecanego trybu życia.
- Opracowanie zaleceń pielęgniarских i materiałów edukacyjnych dotyczących samoopieki w migotaniu przedsionków.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjentkę, w wieku 76 lat z rozpoznaniem utrwalonego migotania przedsionków, przewlekłej prawokomorowej niewydolności serca po implantacji stymulatora serca. Rozpoznanie współistniejące to: Złożona wada zastawkowa pod postacią ciężkiej niedomykalności trójdzielnej, umiarkowanej stenozы/niedomykalności mitralnej, łagodnej stenozы/niedomykalności aortalnej, Ciężka niedokrwistość makrocytarna, wole wieloguzkowe, nietoksyczne, kolonizacja *E. faecium* VRE.

Materiał zebrano na podstawie:

- **Wywiadu** z pacjentem oraz jego rodziną
- **Dokonanych pomiarów** podstawowych parametrów życiowych, w tym: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperaturę ciała oraz wykonano pomiary masy ciała, wzrostu i obwodów ciała
- **Analizy dokumentacji medycznej pacjenta**, w tym: historia choroby pacjenta, karty zleceń lekarskich, procesu pielęgnowania, kontrolek ciśnień, karty gorączkowej, wyników badań obrazowych, laboratoryjnych i diagnostycznych. Dane o stanie bio-psychiczno-społecznym pacjentki zostały zebrane na podstawie

obserwacji chorej i wywiadu pielęgniarskiego, który został przeprowadzony na podstawie arkusza do gromadzenia danych o pacjencie .

- **Ankiety wiedzy sprawdzającej poziom wiedzy pacjenta na temat choroby oraz ankiety oceniającej styl życia** skonstruowanych na potrzeby tej pracy.
- Ankieta sprawdzająca wiedzę na temat migotania przedsionków składała się z 8 pytań dotyczących leczenia przeciwkrzepliwego, napadów i powikłań migotania przedsionków, metod leczniczych. Na podstawie analizy odpowiedzi pacjentki zostały opisane wnioski oceniające wiedzę i umiejętności pacjentki.

Ankieta oceniająca styl życia pacjentki z migotaniem przedsionków składa się z 25 pytań. Pytania dotyczyły min.: korzystania z usług poradni, stosowania diety, ilości spożywania posiłków, ilości i rodzaju przyjmowanych płynów, picia alkoholu, palenia tytoniu, aktywności fizycznej, snu, narażenia na stres, występowania napadów migotania przedsionków i powikłań zakrzepowo-zatorowych, przyjmowania leków.

Informacje o stanie bio-psycho-społecznym były również gromadzone za pomocą standaryzowanych skal pomiarowych takich jak: skala Barthel, skala Padewska, skala EHRA, skala VES, skala VAS, skala NYHA, skala AIS.

Skala Barthel składa się z dziesięciu pytań dotyczących możliwości samoopieki pacjenta dnia codziennego: poruszanie się, spożywanie posiłków, ubieranie, korzystanie z toalety, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych. Pacjent może otrzymać maksymalnie 100 punktów, im więcej punktów tym pacjent jest bardziej samodzielny. Wynik powyżej 80 punktów - może funkcjonować samodzielnie, ale potrzebuje niewielkiej pomocy. Uzyskanie wyniku 20-80 punktów oznacza, że chory potrzebuje częściowej pomocy, a poniżej 20 punktów jest całkowicie niesamodzielny i potrzebuje całodobowej opieki.

Geriatryczna skala depresji określa nasilenie depresji. Skala zawiera 15 pytań dotyczących oceny samopoczucia z ostatnich 2 tygodni. Wynik od 0 do 5 punktów oznacza brak depresji, od 6 punktów do 15 punktów - depresja o rosnącym nasileniu.

Skala Padewska ocenia ryzyko choroby żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Pytania dotyczą czynnych chorób nowotworowych, przebytej ŻChZZ, unieruchomienia, trombofilii, zabiegów operacyjnych, zawału serca, otyłości. Do zdobycia jest maksymalnie 20 punktów, wynik powyżej 4 punktów oznacza duże ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, im więcej punktów tym wyższe ryzyko.

Skala EHRA służy do oceny wpływu objawów migotania przedsionków na aktywność fizyczną w życiu pacjenta. Najniższym i najkorzystniejszym stopniem w skali jest brak wpływu na życie codzienne pacjenta, a najwyższym - objawy migotania przedsionków powodują niepełnosprawność.

Skala VES za pomocą tej skali określa się stan czynnościowy, fizyczny, umysłowy i socjalno-środowiskowy pacjenta. Punkty przyznawane są od 0 do 10 punktów. Jeśli pacjent uzyska 6 punktów i więcej - podlega dalszej ocenie na oddziale szpitalnym, w przypadku, gdy zostanie przyjęty na oddział szpitalny.

Skala VAS służy do subiektywnej oceny odczuwania bólu. Skala jest przedstawiana w postaci linijki z oznaczeniami. Ma dziesięć stopni – od 0, które oznacza brak bólu, aż do poziomu 10, który oznacza ból nie do zniesienia.

Skala NYHA jest międzynarodową metodą oceny czynnościowej pacjentów z niewydolnością serca. Opisuje 4 klasy natężenia objawów niewydolności serca w zależności od okoliczności ich pojawienia się w trakcie podjęcia aktywności fizycznej lub w stanie spoczynku.

Skala AIS stosowana do pomiaru akceptacji choroby. Zawiera osiem zdań twierdzących, każde zdanie jest punktowane od 1, które oznacza całkowite zgadzanie się ze stwierdzeniem, do 5 - całkowite niezgadzanie się ze stwierdzeniem. Punkty przyznawane są od 8 do 40, im większy wynik tym większa akceptacja choroby.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto pacjentkę, lat 77 z wywiadem przewlekłej prawokomorowej niewydolności serca w klasie IV według NYHA, utrwalonego migotania przedsionków, po implantacji stymulatora serca typu VVI w 2018r., z potwierdzoną kolonizacją *E. faecium* VRE, została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych z powodu narastającego pogorszenia tolerancji wysiłku, duszności spoczynkowej oraz obrzęku i bólu kończyny dolnej prawej.

Pacjentka w maju 2018r. przebyła kardiochirurgiczny zabieg naprawczy złożonej wady zastawkowej: z plastyką zastawki aortalnej, mitralnej z wszczepieniem pierścienia oraz plastykę zastawki trójdzielnej z wszczepieniem pierścienia oraz jednoczasową ablacją lewego przedsionka RF z zamknięciem uszka lewego przedsionka. Była wielokrotnie hospitalizowana

z powodu zaostrzeń niewydolności serca. W październiku 2021r. przebyła infekcyjne zapalenie wsierdza wywołane przez *S. epidermidis MRSA*. Ponadto od 2016r. pozostaje pod opieką Poradni Hematologicznej - początkowo z podejrzeniem przewlekłej białaczki limfoblastycznej (w badaniu szpiku z 2021r. obraz niecharakterystyczny, mogący sugerować MDS), obecnie z powodu niedokrwistości - pacjentka zależna od przetoczeń NUKKCZ.

Przy przyjęciu do Kliniki pacjentka w stanie ogólnym ciężkim, z dusznością spoczynkową. Badaniem przedmiotowym z odchyień od stanu prawidłowego stwierdzono hipotensję 85/50 mmHg, nad polami płucnymi - obustronne trzeszczenia do wysokości kątów łopatek, poszerzone żyły szyjne, powiększoną wątrobę, obrzęk i zaczerwienienie prawego podudzia i okolicy stawu kolanowego prawego oraz zażółcenie powłok skórnych z sinicą centralną, kacheksję.

W badaniach laboratoryjnych wykazano wysokie wartości parametrów stanu zapalnego, bilirubiny całkowitej, NT proBNP, D - dimerów, mocznika i kwasu moczowego, ciężką niedokrwistość makrocytarną, leukocytozę z podwyższonym odsetkiem limfocytów, niewielkie wydłużenie czasu protrombinowego i APTT oraz łagodną hiperkaliemię. Ponadto stwierdzono miernie podwyższone stężenie TSH z bardzo niskim stężeniem fT3 i prawidłowym stężeniem fT4.

W RTG klatki piersiowej uwidoczniono zacinienie w polu dolnym płuca prawego oraz akcentowaną szczelinę międzypłatową poziomą (obecność płynu).

W wykonanym przyłóżkowo badaniu echokardiograficznym uwidoczniono ciężką niedomykalność zastawki trójdzielnej z szacowanym ciężkim nadciśnieniem płucnym z cechami przeciążenia ciśnieniowego i objętościowego prawej komory, z łagodnie upośledzoną funkcją skurczową lewej komory, EF wiz. 45 %, poza tym umiarkowaną niedomykalność mitralną i łagodną niedomykalność aortalną; szeroką, nieruchomą oddechowo żyłę główną dolną oraz niewielką ilość wolnego płynu w worku osierdziowym. W trybie pilnym do leczenia dołączono ciągły dożylny wlew noradrenaliny, furosemid w ciągłym wlewie dożylnym, antybiotykoterapię empiryczną (ceftriakson + lewofloksacyna), przetoczono 4j. zgodnego grupowo NUKKCz - uzyskując stopniowe odwodnienie pacjentki i poprawę stanu klinicznego. W kolejnych dniach zredukowano wlew amin. Z uwagi na epizod szybkiej czynności rytmu komór o częstości 130/min., do farmakoterapii dołączono małą dawkę beta - blokera. Podczas hospitalizacji przeprowadzono kontrolę stymulatora. Poszerzono diagnostykę o USG Doppler żył kończyn dolnych wykluczając cechy zakrzepicy,

ale uwidoczniło pogrubienie i obrzęk tkanek miękkich podskórnych w proksymalnym odcinku uda prawego, liczne węzły chłonne w pachwinie prawej oraz wzmożony przepływ w prawej żyły udowej i podkolanowej.

W USG tarczycy stwierdzono obecność zmian ogniskowych obu pól, największa w płacie prawym o średnicy 1,3 cm, w płacie lewym 0,8 cm, łukowate zwapnienie ok. 1 cm w płacie prawym. Niskie stężenie fT3 łączymy z ciężkim stanem ogólnym pacjentki - wskazana dalsza obserwacja w warunkach Poradni Endokrynologicznej.

Ze względu na niejasny wywiad dotyczący niedokrwistości pacjentkę konsultowano hematologicznie - zalecono poszerzenie diagnostyki, jednak w chwili obecnej ze względu na współistniejący stan zapalny diagnostykę odroczone.

Z uwagi na obrzęk prawego stawu kolanowego pacjentkę konsultowano ortopedycznie - w RTG stawów kolanowych uwidoczniło rozrzedzenie struktur kostnych w otoczeniu endoprotez obustronnie, obszar sklerotyzacji wielkości 9x16mm w rzucie nasady bocznej kości piszczelowej lewej oraz pogrubienie cienia tkanek miękkich po stronie prawej. Podjęto próbę punkcji stawu kolanowego - nie uzyskano płynu. Zgodnie z zaleceniem do leczenia dołączono klindamycynę.

W kolejnych dobach chorą rehabilitowano przyłóżkowo, stosowano dietę wysokobiałkową. Pacjentkę w stanie możliwej do uzyskania poprawy, wymagającą opieki osób trzecich, wypisano do domu pod opiekę rodziny.

Przebyte zabiegi operacyjne i choroby współistniejące:

- alloplastyka obu stawów kolanowych - prawego 2015r., lewego - 2016r.; realloplastyka kolana lewego - 08.2020r.
- zatorowość płucna - 08.2017r. (brak dokumentacji)
- plastyka podspoidłowa zastawki aortalnej na łatkach teflonowych, plastyka zastawki mitralnej z wszczepieniem pierścienia EL Physio nr 30 mm, wszczepieniem nici goretex do płotka przedniego (A2 i A1) zastawki mitralnej, zeszytanie komisury przednio bocznej zastawki mitralnej, plastyka zastawki trójdzielnej z wszczepieniem pierścienia E-L MC 3 nr 32mm oraz abłacja lewego przedsionka RF z zamknięciem uszka lewego przedsionka - 05.2018r.; ponowna operacja z powodu niestabilności mostka - 07.2018r.
- złamanie przekrętarzowe kości udowej lewej leczone operacyjnie - 08.2018r.; usunięcie zespolenia - 10.2018r.

- implantacja stymulatora serca VVI z powodu całkowitego bloku przedsionkowo-komorowego z zespołem MAS -
- 06.2018r. - zawał serca typu 2, sepsa wywołana przez *S. epidermidis* MRSA - 08.2021r.
- infekcyjne zapalenie wsierdzia wywołane przez *S. epidermidis* MRSA - 10.2021r.

Badania dodatkowe i konsultacje

Wzrost: 156 cm, masa ciała: 51,9 kg, BMI: 21,37 kg/m²

RR: 84/56 mmHg, 78/59 mmHg, 96/67 mmHg, 116/67 mmHg, 85/58 mmHg

EKG 10.05.2022r.: skuteczna stymulacja komorowa 70/min.

EKG 15.05.2022r.: tachyarytmia z szerokimi zespołami QRS o częstotliwości 131/min i morfologii RBBB.

EKG 23.05.2022r.: skuteczna stymulacja komorowa 70 / min.

Wynik konsultacji kardiologicznej

77 - letnia pacjentka z ciężką niewydolnością serca w IV NYHA na tle złożonej wady zastawkowej serca, po zabiegu kardiochirurgiczny wymiany MVR, AVR TVP i wszyciu uszka lewego przedsionka. Przyjęta do Kliniki z cechami zaostrzenia ciężkiej niewydolności serca. Fizykalnie: czynność serca całkowicie niemiara 75/min., RR 90/60 mmHg, nad polami płucnymi - bez cechy zastoju sięgające pól górnych, obrzęki tułowia - okolicy piersi, jamy brzusznej i okolicy lędźwiowej, poszerzone żyły szyjne, zasiniona czerwień wargowa, zażółcone powłoki brzuszne, cechy kacheksji. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: podwyższone parametry zapalne, wysokie wartości NT - proBNP (>10 tys pg/dl.), ujemne wartości troponiny, kreatynina prawidłowa. W badaniu echokardiograficznym przyłóżkowym: ciężka niedomykalność zastawki trójdzielnej szacowanym ciężkim nadciśnieniem płucnym, gradient fali niedomykalności: 44 mmHg, RVSP 64 mmHg, z cechami przeciążenia ciśnieniowego i objętościowego lewej komory, PMK przesunięta na stronę lewej komory, hipokinetyczna, lewa komora bez innych odcinkowych zaburzeń kurczliwości, EF wiz. 45 %, umiarkowana niedomykalność mitralna i łagodna niedomykalność aortalna. Niewielka ilość wolnego płynu w worku osierdziowym. ZGD 31 mm, nieruchoma oddechowa.

Badanie echokardiograficzne: Lewa komora z cechami przerostu ścian, o upośledzonej globalnie funkcji skurczowej. Stan po plastyce zastawki trójdzielnej - istotna niedomykalność trójdzielna, z szacowanym nadciśnieniem płucnym. O Stan po plastyce zastawki mitralnej-miarkowana niedomykalność mitralna. Powiększony lewy przedsionek oraz ciężko powiększone jamy prawego serca z cechami przeciążenia ciśnieniowego i objętościowego.

USG przyłóżkowe Opis badania: Zbadano żyłę udową wspólną lewą w miejscu planowanego dostępu centralnego. Żyła poddaje się uciskowi, bez ultrasonograficznych cech zakrzepicy. Znaczna ilość artefaktów gazowych utrudnia dokładną ocenę USG narządów jamy brzusznej. Ślad płynu wokół wątroby. Trzustka widoczna fragmentarycznie w zakresie głowy i trzonu niepowiększona, hiperechowa, jednorodna. Między wątrobą a głową trzustki widoczny najpewniej węzeł chłonny wym. 9,6 x 4mm. Wątroba widoczna fragmentarycznie-powiększona, o podwyższonej echogeniczności, z torbielami max. wym: 17 x 9mm w prawym płacie, PŻW i drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone. Pęcherzyk żółciowy niepowiększony, z poziomem gęstej treści, cienkościenny. Nerki o podwyższonej echogeniczności miąższu, bez cech zastoju moczu, bez uchwytnych złogów. Śledziona powiększona, 128 x 53 mm, niejednorodna z rozsianymi hiperechogenicznymi obszarami, widoczne dość liczne izoechogeniczne okrągłe/owalne struktury max. St. 8mm - węzły chłonne/śledziony dodatkowe. Pęcherz moczowy niedopełniony. Aorta przysłonięta gazami. W okolicy naczyń biodrowych wspólnych po stronie prawej widoczny węzeł chłonny wym. 38x14mm.

RTG 09.05.2022 –RTG klatka piersiowa, jedna projekcja (PA) Opis badania: Zdjęcie AP klatki piersiowej wykonane w pozycji siedzącej, Prawa kopuła przepony niewidoczna z zacienieniem pola dolnego płuca prawego - płyn. Lewa kopuła przepony wolna. Zaznaczona szczelina międzypłatowa pozioma - płyn. Pozostałe widoczne pola płucne bez świeżych zmian ogniskowych. Stan po zabiegu kardiochirurgicznym oraz implantacji stymulatora serca.

12.05.2022 - RTG, klatka piersiowa, jedna projekcja (PA) Opis badania: Zdjęcie klatki piersiowej wykonane w pozycji leżącej, w warunkach przyłóżkowych, niesymetryczne. Stan po zabiegu kardiochirurgicznym oraz implantacji stymulatora serca. Prawa kopuła przepony niewidoczna z zacienieniem pola dolnego oraz zmniejszeniem przejrzystości pola środkowego i górnego płuca prawego - płyn. Lewa kopuła przepony wolna. Płuco lewe bez świeżych zmian ogniskowych. Wnęki zastoinowe.

Konsultacja ortopedyczna: Wynik konsultacji: 77 - letnia pacjentka z bólem i obrzękiem kolana prawego od około 2 miesięcy. Nie jest w stanie obciążać kończyny. W wywiadzie stan po endoprotezoplastykach obu kolan i realloplastyce kolana lewego. W badaniu kolano bolesne z przykurczem zgięciowym 30st nieco ucieplone bez wysięku stawowego. Kolejna kontrola po RTG.

Konsultacja hematologiczna: 77 - letnia pacjentka z wywiadem CLL, po wielokrotnych przetoczeniach preparatów krwi z powodu niedokrwistości, prawokomorowej niewydolności serca w IV klasie wg NYHA, zespołu sercowo - płucnego, złożonej wady zastawkowej pod postacią ciężkiej niedomykalności trójdzielnej, umiarkowanej stenozy/niedomykalności mitralnej i łagodnej stenozy/niedomykalności aortalnej, utrwalonego migotania przedsionków, po przebytych zaszyciu uszka lewego przedsionka, po przebytych IZW we wrześniu 2021 r., po przebytej implantacji stymulatora serca VVI w 2018 r. Chora pod kontrola Poradni Hematologicznej - podejrzenie MDS. Wskazane wykonanie rozmazu mikroskopowego krwi, oznaczenie bilirubiny bezp. i pośredniej, retikulocytów, ferrytyny, LDH, haptoglobiny, żelaza, TIBC, witaminy B12, kwasu foliowego.

Konsultacja anestezjologiczna: Próba założenia wkłucia centralnego do żyły szyjnej wewnętrznej prawej- nieudana- trzykrotnie brak możliwości wprowadzenia prowadnicy (opór) pomimo swobodnego wypływu krwi przez igłę - wykonanie kontrolnego rtg klatki piersiowej celem wykluczenia ewentualnej odmy. Podjęto dwukrotną próbę założenia wkłucia do żyły udowej lewej- ponownie opór podczas wprowadzania prowadnicy pomimo uzyskania swobodnego wypływu krwi przez igłę - odstąpiono. Następnego dnia założono cewnik centralny do żyły udowej lewej. Położenie potwierdzono w USG.

Konsultacja ortopedyczna: Utrzymywanie się podwyższonych wskaźników CRP, kolano prawe obrzęknięte, punkcja kolana prawego- ujemna. Zmiana antybiotykoterapii na Clindamycin 600mg 2x1 i.v. Ponowna konsultacja za tydzień (w razie potrzeby wcześniej). 23.05.22r.: Zmniejszenie wskaźników zapalnych, utrzymanie antybiotykoterapii doustnej Clindanea 600 2x1 przez 7 dni, kontrola w Poradni Ortopedycznej w razie potrzeby.

Analiza **ankiety sprawdzającej wiedzę** pacjentki pozwala stwierdzić, że pacjentka nie jest wystarczająco wyedukowana, nie zna podstawowych powikłań migotania przedsionków, nie ma wiedzy na temat leczenia oraz nie orientuje się we własnych sprawach zdrowia. Nie ma motywacji i nie potrafi poprawnie dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Nie czuje

potrzeby zwiększania swojej wiedzy z powodu złego samopoczucia. Ocenia swoją wiedzę na temat choroby jako niewystarczającą.

Analiza **ankiety oceniającej styl życia** pacjentki, która została przeprowadzona, pozwala stwierdzić, że chora nie dba o zdrowy styl życia. Od sierpnia 2018r. Była wielokrotnie hospitalizowana z powodu zaostrzeń niewydolności serca. Pacjentka regularnie stara się korzystać z pomocy poradni Kardiologicznej. Została poinformowana na temat diety, ale nie orientuje się w produktach zalecanych i niezalecanych w diecie. Pacjentka stosuje dietę podstawową, zjada 3-4 posiłki dziennie. Wypija około 1500 ml w ciągu dnia, przeważnie woda niegazowana lub słaba herbata. Pacjentka nie spożywa alkoholu ani nie pali papierosów. Ocenia swój styl życia na siedzący, nie uprawia aktywności fizycznej. Śpi średnio 5-6 godzin dziennie, dodatkowo zdarzają się drzemki w ciągu dnia i po przebudzeniu odczuwa zmęczenie. Pacjentka ocenia swój styl życia na 3 w skali od 0 (bardzo zły) do 5 (bardzo dobry).

Pacjentka otrzymała 20 punktów w **skali Barthel** co oznacza, że jej stan jest średnio-ciężki i potrzebuje pomocy w wykonywaniu czynności takich jak: pomoc w przygotowaniu posiłków, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, potrzebuje pomocy w toalecie ciała, jest zależna w korzystaniu z toalety, nie porusza się samodzielnie, jedynie jest w stanie kontrolować wydalanie stolca oraz moczu.

W **geriatrycznej skali depresji** uzyskała 10 punktów co wskazuje na nasilającą się depresję.

Według **skali Padewskiej** pacjentka uzyskała 6 punktów co oznacza wysokie ryzyko ŻChZZ.

W **skali EHRA** pacjentka została oceniona jako chorą z objawami wpływającymi na życie codzienne.

W **skali VES-13** uzyskała 9 punktów - podlega dalszej hospitalizacji i ocenie na oddziale.

W **skali VAS** ocenia swój ból kolan jako kłujący/pulsujący na 8 punktów.

W **skali NYHA** pacjentka została zakwalifikowana do IV klasy niewydolności serca.

W **skali AIS** zostały przyznane 33 punkty co wskazuje na brak akceptacji choroby.

Proces pielęgnowania pacjenta z migotaniem przedsionków

- **Problem pielęgnacyjny1: Ograniczona wydolność wysiłkowej na skutek znacznego zmniejszenia pojemności minutowej (NYHA IV).**
- ✓ **Cel planowanych działań:** Poprawa tolerancji wysiłku i możliwości samodzielnego funkcjonowania
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena wydolności wysiłkowej przy użyciu klasyfikacji NYHA.
- Pomoc w wykonaniu podstawowych czynnościach dnia codziennego takich jak: pomoc w higienie osobistej, w przygotowaniu posiłków, przy przemieszczaniu się, przyjmowaniu leków, ubieraniu się.
- Zachęcanie pacjentki do podejmowania aktywności dostosowanej do wydolności wysiłkowej.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** udzielono pomocy w podstawowych czynnościach, zachęcono pacjentkę do aktywności fizycznej.

➤ **Problem pielęgnacyjny 2: Duszność spoczynkowa**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Zmniejszenie duszności i ułatwienie oddychania
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Codzienna ocena objawów niewydolności serca (duszności, trzeszczeń nad płucami, obrzęków obwodowych, masy ciała) w celu monitorowania korekcji przewodnienia.
 - Obserwacja, pomiar i dokumentacja parametrów życiowych (tętno, oddechy, saturacja krwi żyłnej) dwa razy na dobę co 12 godzin.
 - Ograniczenie wysiłku poprzez pomoc w wykonywaniu codziennych czynności.
 - Obserwacja zachowania (lęk, niepokój) i zmniejszenie negatywnych emocji.
 - Obserwacja regularności wypróżnień i zapobieganie zaparciom.
 - Pobieranie krwi na badania biochemiczne, w tym biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Obserwowano objawy niewydolności serca, ograniczono wysiłek związany z codziennymi czynnościami, obserwowano samopoczucie pacjentki, pobrano krwi do badań biochemicznych.

➤ **Problem pielęgnacyjny 3: Ryzyko zatorowości płucnej/zmniejszona wydolność serca.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Skuteczna praca serca, stabilny układ krążenia, właściwy stan oddechowy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Obserwacja pacjenta w kierunku objawów niewydolności serca i zmniejszonej pojemności minutowej serca.
 - Tlenoterapia na zlecenie lekarza/wg kompetencji pielęgniarki.

- Ocena tętna, ciśnienia tętniczego 2 x dobę
- Stałe monitorowanie pulsoksymetrii.
- Ułożenie pacjenta w pozycji pół-Fowlera/wysokiej pozycji Fowlera.
- Monitorowanie skutków ubocznych leków kardiologicznych.
- Monitorowanie podaży płynów pod kątem nadmiernego obciążeniami płynami.
- Pobieranie krwi na badania laboratoryjne/monitorowanie wyników (gazometria krwi żyłnej, elektrolity — sód, potas, magnez) na zlecenie lekarza/wg kompetencji pielęgniarki.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Obserwowano pacjenta w kierunku objawów niewydolności serca, monitorowano parametry życiowe. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji podjętych działań.

➤ **Problem pielęgnacyjny 4: Ryzyko powikłań związanych ze stosowaniem leków inotropowych i obkurczających naczynia (zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, hipotonia).**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Uniknięcie wystąpienia/minimalizacja skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Bezpośredni ciągły pomiar ciśnienia tętniczego.
 - Stałe monitorowanie elektrokardiogramu.
 - Nieinwazyjne monitorowanie czynności serca, rytmu, czynności oddechowej, wysycenia krwi tętniczej tlenem i ciśnienia tętniczego.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Monitorowano parametry życiowe i ciśnienie tętnicze pacjentki. Problem wymaga dalszej obserwacji.

➤ **Problem pielęgnacyjny 5: Hipotensja (niedociśnienie tętnicze).**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Utrzymanie skutecznej pracy serca i stanu układu krążenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Osluchiwanie ręczne metodą Dopplera.
 - Podawanie leków na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Osluchiowano pacjentkę, podano leki ze zleceniem lekarza.

➤ **Problem pielęgnacyjny 6: Nosicielstwo E. faecium VRE.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Eradykacja i niedopuszczenie do rozprzestrzenienia się infekcji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Izolacja kontaktowa.
 - Podanie antybiotyku na zlecenie lekarza.
 - Higiena ciała preparatem antybakteryjnym wg planu higieny.
 - Edukacja pacjenta w zakresie przestrzegania zasad izolacji i higieny osobistej.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zastosowano izolację kontaktową, podano antybiotyk na zlecenie lekarza, zastosowano preparat antybakteryjny podczas toalety.

➤ **Problem pielęgnacyjny 7: Dyskomfort spowodowany bólem i obrzękiem kolan.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Zmniejszenie dyskomfortu i uśmierzanie bólu pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS. Pacjentka określiła ból na 8 punktów.
 - Systematyczne monitorowanie parametrów życiowych u pacjentki (RR, HR, saturacja, temperatura) i dokumentacja.
 - Podaż leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
 - Ułożenie pacjenta w sposób zmniejszający dyskomfort, zastosowanie udogodnień (wałki, kliny, poduszki).
 - Okazanie pacjentce bezpieczeństwa i wsparcia.
 - Zapewnienie ciszy i spokoju.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Pacjentka po podaniu leków przeciwbólowych określiła ból na 6 punktów w skali VAS.

➤ **Problem pielęgnacyjny 8: Brak systematycznej kontroli ciśnienia tętniczego krwi w warunkach domowych.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Zmotywowanie pacjentki do kontroli ciśnienia tętniczego krwi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Nauka wykonania prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

- Poinformowanie o prawidłowych wartościach ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.
- Poinformowanie o konieczności kontroli ciśnienia i zapisywania pomiarów.
- Dostarczenie dzienniczka samokontroli do zapisywania pomiarów ciśnienia.
- Edukacja na temat niedociśnienia w niewydolności serca i jego skutków.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Nauczono pacjentkę prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zna prawidłowe wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

➤ **Problem pielęgnacyjny 9: Trudności z zasypianiem, zmęczenie po przebudzeniu.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Poprawa samopoczucia pacjentki oraz jakości snu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena warunków zasypiania.
 - Ocena spędzania wolnego czasu oraz stylu życia.
 - Stosowanie technik relaksacyjnych oraz aromaterapii.
 - Edukacja na temat higieny snu: unikanie drzemek w ciągu dnia, zgaszenie światła, niespożywanie kofeiny, niespożywanie dużej ilości cukru oraz obfitych posiłków, słuchanie spokojnej muzyki, dobranie odpowiedniej temperatury powietrza, nieoglądanie telewizji.
 - Podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Pacjentka zasypia szybciej, stara się ograniczyć drzemki w ciągu dnia. Według subiektywnej opinii pacjentki samopoczucie się poprawiło.

➤ **Problem pielęgnacyjny 10: Lęk pacjentki spowodowany długotrwałą hospitalizacją.**

- ✓ **Cel planowanych działań:** Zmniejszenie lęku pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa chorej.
 - Rozmowa z pacjentką, stworzenie miłej atmosfery.
 - Zachęcenie pacjentki do kontaktowania się z rodziną, umożliwienie rodzinie kontaktu z pacjentką, zachęcanie rodziny do odwiedzin- często, w mniejszych grupach.
 - Poprawa samopoczucia chorej poprzez okazanie jej zrozumienia i wsparcia.
 - Zapewnienie ciszy i spokoju pacjentce.

- Zachęcenie pacjentki do wykonywania systematycznie badań okresowych oraz kontroli stanu zdrowia.
- Zachęcenie pacjentki do rozmowy z psychologiem.
- W razie konieczności podaż leków przeciwbólowych i uspokajających.
- Obserwacja pacjentki.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Poprawa samopoczucia pacjentki.

Zalecenia pielęgniarskie dla pacjenta z migotaniem przedsionków

1. Należy unikać czynników nasilających objawy nasilenia migotania przedsionków:
 - a. systematyczne przyjmowanie leków
 - b. przeziębienia, infekcje (zakażenie układu moczowego, zapalenie oskrzeli itd.)
 - c. spożywanie alkoholu
 - d. palenie tytoniu
 - e. przyjmowanie niektórych leków
 - f. niedożywienie, wyniszczenie organizmu, niedokrwistość.
2. Systematycznie kontrolować masę ciała. Pomiar masy ciała należy wykonywać o tej samej porze dnia, po oddaniu moczu. Zwiększenie masy ciała w ciągu 3 dni o ponad 2 kg - może świadczyć o zatrzymaniu wody w organizmie przez niewydolność serca. Mogą pojawić się obrzęki na kończynach dolnych lub duszność pojawiająca się w czasie wysiłku a nawet w pozycji leżącej.
3. Ważne jest przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów, zaleca się 1,5-2 litry płynów na dobę. Nie zaleca się nadmiernie ograniczać ani zwiększać ilości przyjmowanych płynów. Wskazane są: niegazowana woda mineralna, świeżo wyciskane soki owocowe i warzywne, słabo parzona herbata.
4. Należy ustalić zakres aktywności fizycznej, jeżeli nie występuje duszność spoczynkowa bądź stabilna niewydolność serca nie jest przeciwwskazaniem do podejmowania umiarkowanej regularnej aktywności fizycznej np. Spacerów. Przeciwwskazaniem do wysiłku jest zaostrzenie choroby, gdy duszność narasta i występuje w spoczynku.
5. Ważnym elementem leczenia niewydolności serca jest przestrzeganie właściwej diety:
 - Wyeliminuj z diety napoje zawierające kofeinę (np. mocna kawa, mocna herbata, napoje które podnoszą ciśnienie krwi. W ciągu dnia możesz wypić energetyzujące, coca- cola) maksymalnie 2 filiżanki kawy i 3 filiżanki słabej herbaty.

- W diecie należy ograniczyć spożycie sodu. Sód jest zawarty w soli kuchennej. Nadmierne spożycie soli przyczynia się do wzrostu wartości ciśnienia, pojawienia i narastania obrzęków oraz duszności.
 - Dużą ilość soli zawierają: sery (ser feta, camembert, sery żółte, sery topione), wędliny (np. wędliny peklowane i wędzone, kabanosy, salami, krakowska sucha), ryby (np. śledzie solone, łosoś wędzony, dorsz wędzony, makrela wędzona), niektóre przyprawy i przekąski (np. chipsy, paluszki, ketchup, musztarda, sos sojowy, przyprawy typu Vegeta), masło solone, kostki rosółowe, zupki w proszku, konserwy mięsne i rybne, zupy w puszkach i kartonach. Należy je wykluczyć z diety.
 - Maksymalne spożycie soli kuchennej nie powinno przekraczać 5g na dobę (to jest około 1 łyżeczki). Jest to ilość zawarta we wszystkich pokarmach spożywanych, a nie jedynie to co dodajemy do smaku " kiedy dosalamy. Dlatego bardzo istotne jest sprawdzanie zawartości soli kuchennej w kupowanych produktach.
 - Sól kuchenną należy zastąpić solą potasową i łagodnymi przyprawami: czosnkiem (ma bardzo korzystny wpływ na obniżanie ciśnienia), majerankiem, bazylią, miętą, estragonem, ziołami prowansalskimi, tymiankiem itd...
 - Używaj świeżego mięsa, drobiu i ryb zamiast konserwowych, wędzonych lub peklowanych; kupuj świeże lub mrożone warzywa zamiast konserwowych,
 - Produkty zbożowe (np. kasze, ryż, makaron) i ziemniaki gotuj w nieosolonej wodzie,
 - Zrezygnuj z dosalania potraw - używaj świeżych lub suszonych ziół (np. bazylię, estragon, imbir, tymianek),
 - Zwracaj uwagę na zawartość sodu w kupowanej wodzie mineralnej, zaleca się picie wody mineralnej niskosodowej
 - Sprawdzaj etykiety produktów i wybieraj te, które zawierają mniejsze ilości soli/sodu.
6. Przy przyjmowaniu leków moczopędnych należy w diecie uwzględnić produkty z dużą zawartością potasu. O niedoborze potasu mogą świadczyć następujące objawy: wzrost ciśnienia, nierówne bicie serca, skurcze mięśni nóg, zmęczenie, poddenerwowanie. Do produktów o wysokiej zawartości potasu należą między innymi: banany, ziemniaki, pomidory, koncentrat pomidorowy, suszone owoce (morele, fig, jabłka, rodzynki), owoce cytrusowe, zielone warzywa liściaste.
7. Staraj się systematycznie przyjmować leki oraz zgłaszać się na wizyty kontrolne do poradni kardiologicznej.

8. Zaleca się wykonywania ćwiczeń oddechowych (statycznych i dynamicznych) w celu poprawy saturacji i wzmocnienia mięśni międzyżebrowych. Należy wdrożyć ćwiczenia izometryczne wybranych grup mięśniowych.
9. Prawidłowa higiena snu ma wpływ na poprawę zdrowia fizycznego, psychicznego i regenerację. Należy wprowadzić stały rytm dnia, dostosować warunki sprzyjające zaśnięciu. Optymalna długość snu to 7-8 godzin. Należy unikać drzemek w ciągu dnia.
10. W przypadku niedociśnienia powinno się wykonywać regularny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, należy nauczyć się interpretacji wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz zapisywać je.
11. Zaleca się systematyczne wykonywanie szczepień ochronnych np. przeciwko grypie, covid-19, chorobom pneumokokowym.

PODSUMOWANIE

1. U pacjentki stwierdzono brak wiedzy na temat własnego stanu zdrowia, choroby i powikłań z nią związanych. Pacjentka nie potrafi poprawnie mierzyć ciśnienie tętnicze krwi oraz interpretować wyniki pomiaru. Ból kończyn dolnych oraz niewydolność serca powoduje niechęć do wykonywania codziennych czynności oraz złe samopoczucie pacjentki. Pacjentka nie ma motywacji do poszerzania wiedzy na temat choroby i zdrowego stylu życia.
2. U pacjentki objętej badaniem stwierdzono następujące problemy pielęgnacyjne: ograniczenie wydolności wysiłkowej na skutek znacznego zmniejszenia pojemności minutowej (NYHA IV); duszność spoczynkowa; ryzyko zatorowości płucnej/zmniejszona wydolność serca; ryzyko powikłań związanych ze stosowaniem leków izotropowych i obkurczających naczynia; hipotensja; nosicielstwo E. faecium VRE; dyskomfort spowodowany bólem i obrzękiem kolan; brak systematycznej kontroli ciśnienia tętniczego krwi w warunkach domowych; trudności z zasypianiem, zmęczenie po przebudzeniu; lęk pacjentki spowodowany długotrwałą hospitalizacją.
3. Pacjentce udzielono wskazówek dotyczących odżywiania, przyjmowania leków, aktywności fizycznej, szczepień ochronnych, higieny snu, prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi tętniczej.
4. Opracowany plan opieki pozwolił dostosować działania do indywidualnych potrzeb pacjenta i zwiększyć ich skuteczność.
5. Z powodu znacznego deficytu samoopieki należy włączyć rodzinę pacjentki do aktywnego udziału do procesu leczenia i rehabilitacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaszuba D., Nowicka A.(red.): Pielęgniarstwo kardiologiczne. PZWL, Warszawa 2015: 227-231.
2. Dorian P. (red.) Kardiologia Kompendium, PZWL Warszawa 2017: wyd. I 200-244.
3. Kowalik R., Szczerba E., Wstrząs kardiogeny – definicja, przyczyny, postępowanie I Katedra i klinika Kardiologii Warszawskiego uniwersytetu Medycznego, Gdańsk 2013; 15(3): 188-192.
4. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Wytyczne ESC 2020 dotyczące diagnostyki i leczenia migotania przedsionków opracowane we współpracy z European Association of Cardio Thoracic Surgery (EACTS). Kardiologia Polska, 2021; 2: 1 – 144.
5. Gajewski P., Szczeklik A.: Interna Szczeklika, Kraków 2017; 10: 222-286.
6. Rosiak M., Dziuba M., Chudzik M., Cygankiewicz I., Bartczak K., Drożdż J. I in.: Czynniki ryzyka rozwoju migotania przedsionków, nie zawsze ciężkiej i nie zawsze izolowanej choroby. Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5(5):285 – 291.
7. Rać M., Bartoszewicz M.: Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja Coronary heart disease risk factors – diagnosis, treatment and prevention, Hygeria Public Health 2018; 53(3): 253-261.
8. Tomczyńska M., Salata I., Saluk J.: Autoimmunizacyjne choroby tarczycy jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego; Choroby Serca i Naczyń 2017; 14 (1): 30–38.
9. Smarż K., Jaxa-Chamiec T., Buda A.: Metody oceny wydolności fizycznej pacjentów kardiologicznych – elektrokardiograficzny, spiroergometryczny i echokardiograficzny test wysiłkowy; Postępy Nauk Medycznych, 2015; 28(11B): 79-83.
10. Skala NYHA – czym jest i do czego służy? [online] Dostępne: <https://www.medonet.pl/zdrowie,skala-nyha---czym-jest-i-do-czego-sluz-y-artykul,1733738.html> Data pobrania: 11.04.2022.
11. Wilkowska A., Kujawska-Danecka H., Hajduk A.: Ryzyko i profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Psychiatria Polska 2018; 52 (3): 421 – 435.
12. Klasyfikacja dławicy piersiowej na podstawie jej nasilenia wg Canadian Cardiovascular Society (CCS) [online]. Dostępne: <https://www.mp.pl/interna/table/B16.2.5-1> Data pobrania: 01.04.2022.

13. Michalski P., Kosobucka A., Nowik M., Pietrzykowski Ł., Andruszkiewicz A., Kubica A.: Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego; Folia Cardiologica 2016; 11 (6): 519-524.
14. Więckowska B. (red.): Proces leczenia w Polsce – analizy i modele; Kardiologia Tom II, Wyd. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015: 15-31.
15. Chwyczko T., Kosior D., Pałka E., Tadeusiak W., Rabczenko D., Opolski G.: Ocena wpływu kardiowersji elektrycznej przetrwałego migotania przedsionków impulsem jednofazowym na stopień uszkodzenia mięśnia sercowego, Choroby Serca i Naczyń 2003; 10 (5): 625-632.
16. Paczyńska M, Ciurzyński M: Przydatność doustnych antykoagulantów niebędących antagonistami witaminy K w leczeniu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej - wskazówki wyboru sposobu doustnego leczenia; Folia Cardiologica 2016; 11(5):421-426.
17. Trusz-Głuza M., Leśniak W.: Migotanie przedsionków. 2021 [online] Dostęp: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.6.6>. Data pobrania: 11.04.2022.
18. Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków metodą ablacji. [online] Dostępne: <https://www.kardiochirurgdzy.pl/News/Chirurgiczne-leczenie-migotania-przedsionkow-metoda-ablacji/index.html> Data pobrania: 11.04.2022.
19. Kowalska W., Streb W.: Aktualne, nowe wskazania do ablacji migotania przedsionków; Wytyczne ESC 2021 dotyczące stymulacji serca i terapii resynchronizującej, Choroby Cywilizacyjne w Praktyce Lekarskiej, Kardiologia 2021; 26: 37-65.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZEBYTYM CIĘŻKIM ZAPALENIU PŁUC W PRZEBIEGU ZAKAŻENIA SARS – COV-2 – STUDIUM PRZYPADKU

Katarzyna Łagoda¹, Daniel Jaszczuk²

1/ - Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet medyczny w Białymstoku

2/ - Szpitalny Oddział Ratunkowy, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

WSTĘP

Wirusy i choroby zakaźne zawsze stanowiły problem z którymi musiały zmierzyć się społeczeństwa, narody i cywilizacje. Ostatnie lata to okres pojawiania się nowych wirusów (np. ZIKA, H5N1) głównie obszarowo i w skalach lokalnych.

Koronowirusy do którego należy SARS CoV-2 mają kilka wspólnych cech. W ich budowie znajdziemy osłonkę, ikozadralny kapsyd, genom, w skład którego wchodzi liniowe jednoniciowe RNA o dodatniej polarności. Nazwa wzięła się z powodu charakterystycznego kształtu otaczających go wirionów z długimi wypustkami przypominającymi „koronę”. Ich rolą jest wnikanie do komórek gospodarza [1, 2, 3, 4].

Koniec roku 2019 przyniósł dla świata niezwykle wyzwanie niespotykane skalą w XXI wieku. Jest nim wirus SARS Cov-2. Stawił on przed wieloma dziedzinami medycyny nowe wyzwania. Ze względu na wysoką zaraźliwość oraz mutagenność i problemy z tego wynikających wymagał wypracowania i podjęcia nowych standardów opieki, także pielęgniarskiej. Pierwszy raport na temat nieznanego do tej pory zapalenia płuc w Wuhan w Chinach powstał 30 grudnia 2021 a dzień później zaczęły napływać do WHO pierwsze raporty na temat osób zakażonych nieznanym wirusem. 12 stycznia 2020 udało się wyizolować sekwencję genetyczną patogenu co pozwoliło go zidentyfikować jako „koronowirus” a także rozpocząć pracę nad diagnostyką wirusa. Tego samego miesiąca potwierdzono drogę zakażenia z człowieka na człowieka. Dwa tygodnie później WHO uznała nowy patogen jako „zagrożenie globalne”. W dniu 11 lutego Międzynarodowy Komitet

Taksonomii Wirusów nadało mu nazwę SARS-CoV-2 a za nim WHO co uczyniło ją jako powszechnie obowiązującą. Według ICD-11 sklasyfikowany jest pod numerem RA01 [4, 5].

Wirus COVID-19 jest wysoce zaraźliwy i jego transmisja odbywa się drogą kropelkową, bioareozolami, oraz bezpośrednim kontaktem z powierzchniami skażonymi. Te ostatnio źródło stanowi niewielki procent, jednakże ze względu na trwałość wirusa jest wysoce prawdopodobne. Naukowcy znaleźli jego śladowe ilości także w kale i płynach ustrojowych, jednakże ta droga transmisji też jest niepewna, gdyż miało to miejsce u osób już zakażonych patogenem [1,3,4].

Do połowy stycznia 2022 roku na COVID-19 na świecie zachorowało już ponad 326 milionów osób. Najwięcej, bo prawie 65 mln w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i Indiach (37 mln). Liczbę ofiar szacuje się na ponad 5.5 miliona. Prym w zgonach wiodą USA (850 tys) i Brazylia (620 tys). Największy procent zaszczepionych państw stanowią Gibraltar, Zjednoczone Emiraty Arabskie i Portugalia, gdzie stanowi on ponad 90% ogółu społeczeństwa. Najmniejsza liczba zaszczepionych jest w rejonie Afryki, gdzie często stanowi około 1% ludności [5, 6].

W Polsce do 15 stycznia mamy ponad 4 miliony przypadków zachorowań co stanowi około 11% ludności. Zgonów ponad 102 tys., gdzie prym wiedzie województwo Mazowieckie i Śląskie. Liczba w pełni zaszczepionych obywateli to ponad 21 mln [7, 8].

COVID-19 (ang. Coronavirus Disease) jest to jednostka chorobowa spowodowana zakażeniem koronawirusem SARS-COV-2 oznaczonym w 2019 roku [5].

Obraz kliniczny COVID-19 jest niejednoznaczny, zróżnicowany, zmienny i często trudny do klasyfikacji jako ściśle należący do wirusa. Może mieć formę objawową i bezobjawową. Od całkowitego braku symptomów aż po niewydolność oddechową i wielonarządową. Może mieć też formę asymptomatyczną. Często zależny jest od wariantu wirusa.

Objawami wirusa we wczesnym stadium są: gorączka dochodząca do 39 stopni, osłabienie, suchy i nieefektywny kaszel, uczucie duszności i ucisku w klatce piersiowej. Zdarzają się również stany zapalne spojówek oraz zaburzenia powonienia i smaku. Większość zakażonych wykazuje po kilka symptomów. U części pacjentów symptomy w krótkim czasie przechodzą w ciężkie odoskrzelowe zapalenie płuc, w konsekwencji prowadzące do zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) i niekiedy zgonu [1, 5].

Najważniejszymi chorobami współistniejącymi wpływającymi na ciężkość zakażenia oraz ryzyko zgonu są: choroby układu krążenia, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego, nadciśnienie tętnicze, otyłość i nowotwory. Według badań ze stycznia 2022 przeprowadzonych przez naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oprócz

chorób współistniejących i zaawansowanego wieku, czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 jest także profil genetyczny, a mianowicie posiadanie jednej z wersji genu zlokalizowanego na chromosomie 3 [1, 5, 9].

Przeciętny czas powrotu do zdrowia u osób bez chorób towarzyszących w lekkim przebiegu wynosi od 2 do 3 tygodni od zakażenia, a średni czas hospitalizacji u osób tego wymagających to 10 dni. Należy dodać, że różnego rodzaju powikłania mogą występować przez dłuższy czas po chorobie i nie są do tej pory w pełni zbadane [1, 3, 10, 11, 12].

Przebieg COVID-19 jest niejednorodny i często indywidualny dla każdego przypadku. Zależny jest od wielu czynników takich jak: stan zdrowia, wiek, płeć, masa ciała, stężenie witaminy D3, choroby współistniejące, stan odporności a nawet grupa krwi. Według badań z 2020 roku osoby z grupą krwi „A” mają zwiększoną zapadalność na chorobę oraz ryzyko cięższego przebiegu niż pacjenci mający grupę „0”. Średni czas powrotu do zdrowia u osób bez zaburzeń odporności wynosi 2-3 tygodnie [1].

Pierwszą z form choroby jest infekcja bezobjawowa albo skąpoobjawowa występująca u około 80% zakażonych. Polega ona na braku bądź obecności niewielkich objawów chorobowych przy jednoczesnej obecności patogenu w organizmie. Pacjenci Ci wymagają tylko izolacji domowej oraz samokontroli stanu zdrowia [1].

Kolejną grupę pacjentów stanowią mający łagodny pełny przebieg zakażenia. Objawy pojawiają się w ciągu 2-14 dni, przy czym dla ponad 97% chorych występują w okolicach 11 dnia. Wymagają oni na ogół tylko izolacji domowej, samokontroli połączonej ze wstępną farmakoterapią głównie nastawioną na łagodzenie objawów choroby [1].

Najcięższa forma ciężkiego zapalenia płuc pojawia się u około 14 % chorych. Przybiera ona formę ostrą do około pierwszego tygodnia od wystąpienia objawów. Zaostrzenie jest spowodowane wzrostem poziomu cytokin prozapalnych (zjawisko burzy cytokinowej), czynnika α i TNF- α (martwicy nowotworowej) oraz IL-2 i IL-6. Z czasem może dojść do niewydolności oddechowej i zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) a w konsekwencji i zgonu pacjenta. U tych chorych wymagana jest zaawansowana farmakoterapia z tlenoterapią, często wentylacja mechaniczna. Czas hospitalizacji w tym przypadku może trwać wiele tygodni [1].

CEL PRACY

Celem pracy była:

- Ocena stanu zdrowia, wydolności psycho-fizycznej oraz społeczno-środowiskowej pacjenta z ciężkim zapaleniem płuc w przebiegu zakażenia SARS CoV2
- Identyfikacja problemów pielęgnacyjnych i zapotrzebowania na edukację zdrowotną.
- Opracowanie indywidulanego planu opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z powikłaniami choroby COVID-19, materiałów edukacyjnych oraz zaleceń pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę analizy indywidualnego przypadku pacjentki, w wieku 27 lat, po ciężkim zapaleniu płuc, w przebiegu choroby COVID-19, hospitalizowanej w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych USK w Białymstoku. W celu zebrania danych o stanie zdrowia, określenia problemów pielęgnacyjnych, sposobów ich rozwiązania oraz ewaluacji podjętych działań pielęgniarstwa zastosowana została metoda analizy dokumentacji szpitalnej pacjenta powstała zarówno w momencie przyjęcia pacjenta na oddział, w czasie hospitalizacji jak i momentu wypisu; wywiad pielęgniarstwa, obserwacja, pomiary pośrednie i bezpośrednie. Szczegółowej analizie poddano:

- dane bio-psycho-społeczne,
- historię choroby,
- wyniki badań obrazowych, spirometrycznych, laboratoryjnych, elektrokardiograficznych,
- dokumentację konsultacji lekarskich,
- pomiary antropometryczne.

Na potrzeby pracy zastosowano standaryzowane skale: VAS, NRS, Mc Gilla - w celu oceny ilościowej i jakościowej doznań bólowych pacjenta.

Skala VAS (ang. *Visual Analogue Scale*) - w postaci graficznej linijki z przedziałami służąca ocenie natężenia dolegliwości bólowej. **Skala NRS** (ang. *Numerical Rating Scale*) - podobnie jak wyżej z wyłączeniem szaty kolorystycznej. **Skala MC Gilla**- zwana inaczej jako kwestionariuszem MPQ (ang. *McGill Pain Questionnaire*). Jest połączeniem skali NRS z przymiotnikami określającymi charakter bólu.

Test depresji Hamiltona- służący ocenie stanu psychicznego hospitalizowanego pod kątem depresji. Składa się z 21 pytań zamkniętych dotyczących: skłonności do depresji, poczucia winy, zniechęcenia i apatii, tendencji samobójczych, zaburzeń zasypiania i jakości snu, aktywności złożonej, trudności w codziennych czynnościach, upośledzeń myślenia i

koncentracji, niepokoju/podniecenia, lęków, problemów z odżywianiem, hipochondrii, objawów somatycznych ogólnych, wahań nastroju i samokrytycyzmu. Każda odpowiedź ma przypisaną liczbę punktów. Wynik poniżej 7 punktów sugeruje brak zaburzeń. Jeśli badany osiąga do 12 – można podejrzewać łagodną depresję, do 17 umiarkowaną. Pomiędzy 18 a 29 punktów możliwa jest ciężka forma choroby a od 30 do 52 bardzo ciężka.

Skale Katza, Barthel i IADL - mające na celu określenie jakości podstawowych i złożonych czynności życiowych.

Skala Katza- służący do oceny podstawowych czynności życiowych. Składa się z 6 stwierdzeń dotyczących możliwości sprawowania przez pacjenta następujących czynności: mycie się, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie wydalania stolca i moczu, spożywanie posiłków. Każda odpowiedź „tak” to 1 pkt. Zgromadzone 6 pkt. świadczy o w pełni zachowanych czynnościach, 4 pkt. średniego stopnia upośledzenie, 2 pkt. ciężkie.

Skala Barthel- zawiera rozszerzone aspekty skali Katza i składa się z 10 elementów: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie/kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się, kontrolowanie stolca, kontrolowanie moczu. Do każdej czynności przyporządkowana jest punktacja, która następnie jest sumowana. Jeśli chory osiągnie od 80 do 100 punktów może w miarę samodzielnie funkcjonować. Jeśli wynik jest w granicach 20 pkt świadczy to o niesamodzielności całkowitej.

Skala IADL (ang. instrumental activities of daily living)- zwana skalą Lawtona. Ma na celu ocenę jakości złożonych czynności dnia codziennego. Składa się z 8 pytań zamkniętych dotyczących; korzystania z telefonu, możliwości swobodnego spacerowania, radzenia sobie z zakupami, przygotowywania posiłków, wykonywania codziennych czynności domowych, radzenia sobie z praniem, przyjmowania leków, samodzielnego gospodarowania pieniędzmi. Do każdej z odpowiedzi przypisana jest liczba punktów, których maksymalna ilość wynosi 24. Im mniej punktów tym większe problemy pacjenta i wymagane wsparcie w złożonych czynnościach życia codziennego.

Skala Ateńska i skala Epworth- służą do oceny jakości zasypiania i snu pacjenta.

Skala Ateńska składa się z 8 zamkniętych pytań dotyczących: szybkości zasypiania, budzenia się w nocy, przedwczesnego wstawania, czasu snu, jakości snu, samopoczucia po nocy, senności w trakcie dnia. Każda odpowiedź ma przypisaną liczbę punktów, których suma maksymalna wynosi 24 pkt. Wynik poniżej 5 punktów świadczy o braku problemów ze

snem, między 6-10 pogranicze normy i wymaga stosowania się do higieny snu, >10 punktów może świadczyć o bezsenności.

Skala Epworth- określa prawdopodobieństwo zaśnięcia w 8 sytuacjach życia codziennego: siedząc i czytając, oglądając telewizję, biernie siedząc w miejscach publicznych (np. kino, teatr), podróżując jako pasażer w samochodzie lub kierując ponad 1h bez odpoczynku, leżąc i odpoczywając po południu, w czasie rozmowy siedząc, siedząc przy obiedzie bez alkoholu, w samochodzie w czasie krótkiego postoju np. w korku albo na czerwonym świetle. Pacjent zakreśla przy poszczególnych sytuacjach prawdopodobieństwo od 0 (brak możliwości) do 3 (duże ryzyko). Prawidłowy wynik wynosi do 10 punktów. Zakres między 11 a 14 świadczy o łagodnej senności, 15-18 umiarkowanej, powyżej 18 ciężkiej.

Skala Horowitz index- stosowana do oceny czynnościowej płuc oraz stopnia ich uszkodzenia. Wykonuje się ją na podstawie wyników badań gazometrii krwi tętniczej. Bierze się do badania ciśnienie parcjalne tlenu w krwi tętniczej (pO_2) w milimetrach słupa rtęci, które dzieli się przez zawartość tlenu w mieszaninie oddechowej (FiO_2). Jeśli wynik stanowi ponad 300 mmHg świadczy o braku zaburzeń. Jeśli waha się między 200-300 mmHg o łagodnych zaburzeniach oddechowych. Zakres 200-100 mmHg wskazuje na średnie zaburzenia, poniżej 100 mmHg- bardzo ciężkie. Wskaźnik ten ma czołowe znaczenie w diagnostyce zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS)

Zmodyfikowana **skala Medical Research Council (mMRC)** – określa w IV-stopniowym zakresie duszność występującą u pacjenta i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie. Pytania są w formie skali duszności dotyczą poruszania się po płaskich dystansach, szybszym chodzie, wchodzeniu na wzniesienia, porównania możliwości poruszania się chorego i jego zdrowych czasie 15 minut, potrzeby robienia przerw na dystansie 100 metrów, możliwości/niemożliwości wyjścia z domu z powodów duszności.

Zmodyfikowana skala duszności Borg'a- jest to skala 10-stopniowo oceniająca natężenie zmęczenia i duszności przed, w trakcie i po wykonywaniu codziennych czynności. Pacjent samodzielnie określa stopień i skalę duszności wybierając ocenę od 1 do 10+. Zawiera ona stwierdzenia dotyczące aktualnego zmęczenia oraz duszności.

Zmodyfikowana Punktacja Wczesnego Ostrzegania (MEWS, Modified Early Warning Score) - jest to rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych skala do oceny możliwości pogorszenia się niewydolności układu oddechowego i nerwowego u pacjentów zakażonych SARS-COV2. Zawiera ona pytania dotyczące: częstotliwości oddechów na minutę, tętna na minutę, wydalania godzinowego

moczu w mililitrach na kilogram masy ciała, temperatury ciała, stanu świadomości. Jeśli liczba punktów wynosi 3-4 istnieje ryzyko pogorszenia niewydolności oddechowej, powyżej 4 punktów szansa na nie jest krytycznie wysoka.

Skala MRC siły mięśniowej- określająca siłę funkcjonowania układu mięśniowego. Jest podstawą do skierowania na rehabilitację po przebytych COVID-19. Zawiera stwierdzenia na temat siły mięśniowej, zakresu ruchu, zdolności pokonywania grawitacji przez kończyny. Do każdego stwierdzenia przypisana jest liczba punktów od 0 do 5.

Powyższe kwestionariusze umożliwiły zebranie informacji o stanie bio-psycho-społecznym pacjentki oraz przygotowanie indywidualnego procesu opieki pielęgniarskiej oraz zaleceń pielęgniarskich do dalszej samoopieki w warunkach domowych.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka W.S, 27 lat przeniesiona z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych dnia 22.01.2022 roku z powodu złego stanu zdrowia po przebyciu infekcji COVID-19 o ciężkim przebiegu (ICD- U09.0). W momencie przyjęcia masa ciała pacjentki 100 kg przy wzroście 170 cm, co przy BMI 32,56 kg/m² wskazuje na otyłość I stopnia (E66.0). Wśród schorzeń współistniejących stwierdzono: samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze (I10), niedokrwistość normocytarna (D63.8), polineuropatię stanu krytycznego (G62.9), zakrzepicę żył głębokich kończyny dolnej prawej (I80.2), zakażenie rany pooperacyjnej (T81.4), zakażenie *Klebsiella Pneumoniae* (Z22.3), niedoczynność tarczycy (E03.9), epizody depresyjne o nieokreślonej etiologii (F32.9).

Pacjentka początkowo była hospitalizowana w Oddziale Zakaźnym USK dnia 12.11.2021 roku z powodu ciężkiego przebiegu zakażenia COVID-19. Nie zaszczepiona przeciw wirusowi SARS-COV-2.

W następnej dobie została przeniesiona na oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu stale pogarszającego się stanu zdrowia. W trakcie leczenia zastosowano wentylację mechaniczną (respirator) przez rurkę intubacyjną i terapię nerkozastępczą. Dnia 7.01.2022 roku doszło u pacjentki do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie PEA. W trakcie pobytu przeprowadzono zabieg laparotomii z powodu perforacji żołądka i zapalenia otrzewnej z potwierdzeniem zakażenia *Klebsiella Pneumoniae*. Od dnia 14.01.2022 pacjentka na oddechu własnym przez rurkę tracheostomijną, którą usunięto 20.01.2022 roku. W momencie opuszczenia oddziału na oddechu własnym wspomagany tlenoterapią bierną w postaci wásów tlenowych.

Dnia 22.01.2022 pacjentka została przeniesiona do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych USKw celu kontynuacji leczenia.

W momencie przyjęcia do kliniki stan ogólny określono jako średnio-ciężki. Pacjentka leżąca, przytomna, w logicznym kontakcie, wydolna krążeniowo-oddechowa. Wymagana tlenoterapia bierna przez wąsy w przepływie 1-2 l/min. Ciśnienie tętnicze wyniosło 99/59 mmHg przy tętnie w zakresie 85-100/min. W trakcie badania przedmiotowego stwierdzono hirsutyzm, nadmiernie rozwiniętą tkankę tłuszczową, liczne rozstępy barwy brązowej na skórze brzucha oraz ramion, rogowacenie ciemne (ang. acanthosis nigricans), nad polami płucnymi osłuchowo pojedyncze fureczenia. Pacjentka posiada ranę po laparotomii w okolicy śródbrzusza, ranę po tracheostomii, obrzęki podudzi oraz powiększony obwód kończyny dolnej prawej. Stwierdzono neuropatię krytyczną.

Wykonano w czasie pobytu następujące badania, podczas których wykazano zmiany patologiczne:

- Badania laboratoryjne- wykazały podwyższone parametry stanu zapalnego, umiarkowaną niedokrwistość normocytarną, nadpłytkowość, podwyższone stężenie D-dimerów, hipertriglicerydemię, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, hipokaliemię, hipomagnezię, hipokalcemię, podwyższone stężenie amylazy i lipazy,
- Pobrano posiew z rany po tracheotomii- uzyskano znamieny wzrost bakterii *Esericha coli*, *ESBL*,
- Badanie rentgenowskie płuc - wykazano delikatne zmniejszenie pola płuca lewego,
- USG jamy brzusznej- uwidoczniono powiększoną wątrobę i złoże w pęcherzyku żółciowym wielkości 25mm.

W trakcie pobytu na oddziale zastosowano następującą farmakoterapię: meropen, etrapen, flukonazol, heparyna drobnocząsteczkowa (HDCz), statyna, wanlafaksyna, lewotyroksyna, leczenie przeciwbólowe i neuroprotekcyjne, terapię przeciwrzodową, leki bronchodilacyjne, płyny nawadniająco-elektrolitowe. Stopniowo redukowano dawkę steroidów.

Początkowo pacjentka karmiona była dojelitowo przez sondę dietą przemysłową a następnie stopniowo wprowadzana była dieta doustna papkowato-płynna. Z powodu utrzymujących się luźnych stolców zostały dołączone enzymy trzustkowe. Z powodu przebytego zakażenia rany po tracheotomii konsultowano cyklicznie proces gojenia się rany z chirurgiem codziennie zmieniając opatrunki i oczyszczając ranę. Zaobserwowano stopniowe gojenie się rany przez ziarninowanie.

Przez cały okres pobytu rehabilitowano chorą obserwując poprawę siły mięśniowej i ogólnej sprawności oraz podejmowano próby stopniowej pionizacji.

Pacjentkę wypisano do domu dnia 11.02.2022 w stanie możliwym do poprawy w warunkach domowych, z założonym cewnikiem Folley'a. Chora wymaga opieki osób trzecich przy wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych, którą zadeklarowała rodzina. Wymaga objęcia opieką pielęgniarki środowiskowej oraz ogólnoustrojowej rehabilitacji. Ze względu na obniżony nastrój w trakcie pobytu i stwierdzone epizody depresyjne zalecono objęcie opieką psychologiczną. W momencie wypisu pacjentce zalecono:

- Kontrolę w poradni: neurologicznej, pulmonologicznej, chorób naczyń, endokrynologicznej, zdrowia psychicznego, chirurgicznej (w celu zmiany opatrunku i kontroli procesu gojenia);
- Rehabilitację domową i stacjonarną;
- Kontrolę stanu zdrowia po upływie 6 miesięcy w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych oraz diagnostykę zaburzeń hormonalnych;
- Dietę wysokobiałkową, ubogą tłuszczową, bogatą w produkty o niskim indeksie glikemicznym;
- Szczepienie przeciw COVID-19;
- Kontrola morfologii krwi, sodu potasu, magnezy, kreatyniny, ALT, AST, Amylazy, lipazy, lipidogramu po upływie 2 tygodni po opuszczeniu oddziału;
- Przyjmowanie przypisanych leków według zaleceń lekarza: Hydrocortizonum, Neoparin, Euthyrox, Romazic, Nebilet, Emanera, Thionerv, Neurovit, Velafax, Maglek, Augmentin;
- Stosowanie specjalistycznego opatrunku Aquacel Ag+ extra na ranę po tracheostomii. Pacjentka zgłaszała: występujące (średnio 1 raz w tygodniu) napadowe kłujące bóle w okolicach prawej pachwiny nieznanej etiologii, które ocenia na 4 w skali VAS. W dalszym ciągu utrzymuje się otyłość I stopnia przy jednoczesnej braku świadomości na temat negatywnych konsekwencji obecnej masy ciała. Wymaga kontroli ciśnienia tętniczego spowodowanego chorobą nadciśnienia.

Na podstawie wywiadu stwierdzono, że:

- Pacjentka pomimo chorób współistniejących (cukrzycy, niedokrwistości, otyłości, nadciśnienia tętniczego) nigdy nie przestrzegała diety cukrzycowej i redukcyjnej;
- Chora nie mierzyła poziomu glikemii we krwi przy pomocy glukometru ani ciśnienia tętniczego krwi;

- Nie była podejmowana żadna aktywność fizyczna;
- Posiłki były spożywane nieregularnie, w oderwaniu od zasad zdrowego żywienia adekwatnych do stanu zdrowia pacjentki;
- Występowały silne napady głodu;
- Chora spała ponad 20 papierosów dziennie, nie wykazuje motywacji i chęci do zaprzestania nałogu;
- Poziom wiedzy pacjentki na temat prawidłowego odżywiania, samokontroli glikemii i ciśnienia tętniczego, powikłań cukrzycy, zasad higieny snu jest niewystarczający.

Ze względu na długotrwałe unieruchomienie oraz proces chorobowy niezbędna jest profilaktyka antyzakrzepowa połączona z rehabilitacją ogólnoustrojową (w skali siły mięśniowej MRC 4-). Analizując poziom duszności według MMRC (3 stopień) i Borg'a (4) stwierdzono, że pacjentka odczuwa duszności w trakcie poruszania się, zmiany pozycji, wysiłku fizycznego.

Ze względu na niską samodzielność pacjentki ocenionej w skali Barthel (35 pkt.), IADL (11 pkt.) oraz skali Katza stwierdzono, że chora wymaga wsparcia opiekuńczego w wykonywaniu czynności dnia codziennego, zarówno prostych jak i złożonych.

Pacjentka wykazuje skłonność do depresji (27 pkt. w skali depresji Hamiltona), co spowodowane jest ciężko przebytą chorobą i złym stanem bio-psycho-fizycznym. Wynik 6 punktów w Ateńskiej Skali Bezsensowności wskazuje na występowanie łagodnych problemów ze snem. Chora jest uzależniona od nikotyny i wykazuje poważny deficyt wiedzy z tego zakresu.

Specyfika przebytego zakażenia COVID-19 wymaga cyklicznej kontroli w przychodniach specjalistycznych. Obecność rany po zabiegu wymaga profilaktyki i kontroli gojenia się rany. Ze względu na choroby współistniejące wymagana jest dieta wysokobiałkowa, niskotłuszczowa, cukrzycowa dostosowana do problematyki sporadycznych biegunk. Obecność cewnika Foley'a obliguje do profilaktyki zakażenia dróg moczowych oraz gimnastyki pęcherza w celu polepszenia komfortu wydalania moczu z w konsekwencji usunięcia go. U pacjentki występuje problematyka choroby nikotynowej i jej wpływu na schorzenia współistniejące.

Plan opieki pielęgniarskiej

- **Diagnoza pielęgniarska 1: Występowanie napadowych kłujących bóli w okolicach prawej pachwiny**
- ✓ **Cel opieki:** Diagnostyka pochodzenia bólu. Zmniejszenie jego natężenia i częstotliwości w subiektywnej ocenie pacjentki. Edukacja pacjentki w zakresie

bezpiecznych metod farmakologicznych i nefarmakologicznych radzenia sobie z bólem.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Poinformowanie pacjentki o możliwościach podjęcia terapii bólu w specjalistycznych ośrodkach;
 - Edukacja pacjentki na temat naturalnych sposobów radzenia sobie z bólem: okłady, chłodzenie miejsca bólu, zmiana ułożenia;
 - Zachęcenie pacjentki do prowadzenia dziennika obserwacji okoliczności wystąpienia bólu i jego częstotliwości co 4 godziny.
- ✓ **Ocena:** Zmniejszenie skali i częstotliwości bądź wyeliminowanie bólu w subiektywnej ocenie pacjentki. Nabycie wiedzy na temat sposobów radzenia sobie z bólem.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 2: Ryzyko wystąpienia zagrożeń wynikających z wysokiego ciśnienia tętniczego w przebiegu choroby nadciśnieniowej**

- ✓ **Cel opieki:** Wyeliminowanie ryzyka wynikającego z wysokiego ciśnienia tętniczego spowodowanego nadciśnieniem. Nabycie wiedzy na temat zagrożeń wynikających z wysokiego ciśnienia. Utrzymanie prawidłowego zakresu wartości RR.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Zachęcenie do regularnego przyjmowania leków poprzez poinformowanie o pozytywnych efektach ich stosowania w nadciśnieniu tętniczym;
 - Zachęcenie pacjentki do codziennego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (rano i wieczorem) i zapisywanie wartości w dzienniczku;
 - Poinformowanie pacjentki o potrzebie ograniczenia negatywnych czynników wpływających na ciśnienie tętnicze krwi takich jak: stres, nadmierny wysiłek, palenie tytoniu oraz ich wpływie na chorobę;
 - Rozmowa edukacyjna z pacjentką na temat zagrożeń wynikających z nadciśnienia, czynników go powodujących (nikotyna, stres, nieodpowiednia dieta), sposobów naturalnych jego obniżania (prysznic, zioła).
- ✓ **Ocena:** Utrzymanie prawidłowego zakresu ciśnienia tętniczego w trakcie rutynowych wizyt kontrolnych. Nabycie wiedzy na temat nadciśnienia przez pacjentkę.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 3: Zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-**

zatorowej spowodowanej długotrwałym unieruchomieniem

- ✓ **Cel opieki:** Zniwelowanie ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej. Nabycie wiedzy i umiejętności na temat profilaktyki z tego zakresu przez pacjentkę.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Poinformowanie pacjentki o konieczności cyklicznego wykonywania badania usg-doppler raz na pół roku;
 - Edukacja na temat profilaktyki zakrzepowo-zatorowej oraz zachęcenie do stosowania pończoch i skarpet kompresyjnych;
 - Edukacja z zakresu odpowiedniej gimnastyki kończyn dolnych ;
 - Poinformowanie pacjentki o konieczności:
 - Unikania: gorących kąpiel i odwodnienia organizmu; korzystania z sauny, solarium, lampy solux, poduszki elektrycznej;
 - Unikania bezruchu i długiego siedzenia;
 - Unikania obcisłego ubioru i butów na obcasie;
 - Konieczności częstego odpoczynku z nogami uniesionymi do góry;
 - Obserwacji własnego zdrowia pod kątem: mrowień, drętwień, skurczów łydek, uczucia kołatania serca
 - Niekorzystania z leków nasilających działania środków przeciwzakrzepowych takich jak leki przeciwgorączkowe i kwas acetylosalicylowy;
 - Potrzebie konsultacji z lekarzem w przypadku wystąpienia samoistnych krwawień.
- ✓ **Ocena:** Brak występowania objawów choroby zakrzepowo-zatorowej. Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji działań.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 4: Niska sprawność ruchowa pacjentki spowodowana długotrwałą hospitalizacją i zakażeniem SARS-COV2.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa sprawności ruchowej pacjentki, zwiększenie samodzielności.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Zachęcenie i poinformowanie pacjentki o możliwości objęcia programem rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 w specjalistycznym ośrodku zdrowia;
 - Edukacja rodziny i pacjentki w zakresie domowej rehabilitacji pacjentki oraz ćwiczeń wskazanych do wykonywania samodzielnie przez chorą i przy wsparciu najbliższych;

- Poinformowanie pacjentki o możliwościach zastosowania odpowiednich ułatwień i narzędzi pomocniczych adekwatnych do potrzeb pacjentki np. chodzik, balkonik, kule;
- Poinformowanie o możliwości skorzystania z rehabilitacji domowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;
- Edukacja na temat potrzeby dostosowania otoczenia w miejscu zamieszkania do potrzeb zdrowotnych pacjentki (możliwości zamontowania uchwytów, barierek, mat przeciw-poślizgowych)
- ✓ **Ocena:** Poprawa sprawności ogólnej pacjentki. Nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie samopielęgnacji przez chorą i metod wsparcia przez najbliższych.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Występująca duszność w trakcie poruszania się i wykonywania codziennych czynności**

- ✓ **Cel opieki:** poprawa wydolności oddechowej pacjentki i zmniejszenie odczucia duszności w ocenie pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zachęcenie pacjentki do wykonywania i wskazanie ćwiczeń oddechowych możliwych do wykonania samodzielnie i przy wsparciu najbliższych;
 - Pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych takich jak: toaleta, zmiana pozycji ciała, przyjmowanie posiłków;
 - Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń ogólnoustrojowych zgodnie z zaleceniami rehabilitanta;
 - Nadzór nad wykonywaniem ćwiczeń oddechowych i ogólnoustrojowych przez pacjentkę;
 - Nauczenie pacjentki wykonywania ćwiczeń izometrycznych;
 - Poinformowanie chorej o potrzebie planowania wysiłku fizycznego;
 - Ocena nasilenia duszności za pomocą skali Borg'a co 12h.

Problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuowania działań pielęgniarstwa.

- ✓ **Ocena:** Zmniejszenie uczucia duszności i poprawienie wydolności oddechowej pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 6: Obniżony nastrój spowodowany przebyciem hospitalizacją.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa nastroju. Nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu radzenia sobie ze stresem.

- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Zaproponowanie pacjentce konsultacji z psychologiem, psychiatrą, psychoterapeutą;
- Zachęcenie do podjęcia terapii psychologicznej;
- Rozmowa z pacjentką na temat przebytej choroby, hospitalizacji, obecnego stanu zdrowia
- Przedstawienie metod radzenia sobie z depresją (zioła, rozmowa z najbliższymi, grupy wsparcia, farmakoterapia, psychoterapia, terapie grupowe, grupy wsparcia);
- ✓ **Ocena:** Poprawa nastroju. Nabycie wiedzy na temat przebytej choroby i sposobów radzenia sobie z obniżonym nastrojem. Pacjentka wyraziła zgodę na podjęcie konsultacji ze specjalistą oraz podjęcie terapii z włączeniem środków farmakologicznych. Należy prowadzić obserwację stanu psychicznego pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 7: Trudności w zasypianiu i niska jakość snu.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawienie jakości snu w subiektywnej ocenie pacjentki. Nabycie wiedzy i prawidłowych nawyków.

- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Edukacja pacjentki z zakresu higieny snu oraz potrzebie stworzenia odpowiednich warunków pozytywnie wpływających na jego jakość (wycieszenie, zapewnienie spokoju, odpowiednie zaciemnienie pomieszczenia, wietrzenie przed snem i utrzymywanie odpowiedniej temperatury, odłożenie urządzeń elektronicznych godzinę przed snem, stałe pory wstawania i zasypiania);
- Przedstawienie naturalnych metod radzenia sobie z bezsennością (zioła, techniki relaksacyjne, medytacje);
- Zachęcenie do stosowania aplikacji rejestrujących jakość snu (smartwatche, opaski rejestrujące jakość snu);
- Poinformowanie pacjentki o nefarmakologicznych i naturalnych metodach ułatwiających zasypianie i zwiększających jakość snu;
- ✓ **Ocena:** Poprawa jakości snu w subiektywnej ocenie pacjentki, nabycie przez nią prawidłowych nawyków.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 8: Ryzyko wystąpienia zagrożeń wynikających z**

niedokrwistości

- ✓ **Cel opieki:** Wyeliminowanie ryzyka wynikającego z niedokrwistości. Nabycie wiedzy na temat zagrożeń wynikających z choroby.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Edukacja pacjentki na temat potrzeby;
 - Unikania wysiłku fizycznego;
 - Spokojnej, powolnej zmiany pozycji ciała;
 - Unikania stresu.
 - Poinformowanie o potrzebie korzystania z łagodnych szamponów do skóry głowy oraz negatywnych skutkach intensywnego farbowania włosów.
 - Przedstawienie pacjentce zasad prawidłowej higieny jamy ustnej;
 - Stosowania odpowiedniej szczoteczki o miękkim włosiu;
 - Płukania ust płynem antybakteryjnej z fluorem;
 - Czyszczenia przestrzeni międzyzębowej nićmi dentystycznymi.
 - Zachęcenie pacjentki do konsultacji dietetycznej w celu ustalenia odpowiedniej diety;
 - Poinformowanie pacjentki o zasadach przyjmowania leków w niedokrwistości: spożywaniu preparatów z żelazem na pusty żołądek, niełączenia ich z środkami zobojętniającymi kwas żołądkowy;
 - Edukacja pacjentki na temat objawów wymagających natychmiastowego kontaktu z lekarzem: zawrotów głowy, mroczków przed oczami, bólach w klatce piersiowej.
- ✓ **Ocena:** Zniwelowanie negatywnych skutków choroby. Poprawa samopoczucia fizycznego i psychicznego pacjentki. Nabycie wiedzy z zakresu samopielęgnacji w anemii.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 9: Ryzyko nieprawidłowego gojenia się rany po tracheostomii**

- ✓ **Cel opieki:** Wyeliminowanie ryzyka zakażenia rany oraz rozejścia się szwów. Nabycie wiedzy przez pacjentkę dotyczącej samopielęgnacji miejsca po zabiegu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Edukacja pacjentki na temat prawidłowej pielęgnacji rany, zasad zmiany opatrunków;
 - Poinformowanie o potrzebie obserwacji rany podczas wykonywania czynności higienicznych;

- Poinformowanie o potrzebie kontroli gojenia się rany w przychodni chirurgicznej zgodnie z zaleceniami lekarza;
- Nauczenie pacjentki wykonywania opatrunku na ranie po tracheostomii
- ✓ **Ocena:** Brak zmian patologicznych w obrębie rany. Nabycie wiedzy przez pacjentki związanej z samoopieką miejsca po zabiegu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Dyskomfort związany z biegunkami**

- ✓ **Cel opieki:** Nabycie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z biegunkami przez pacjentkę. Zapewnienie prawidłowej równowagi wodno-elektrolitowej. Zapobieganie odwodnieniu organizmu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zalecenie konsultacji dietetycznej w celu ustalenia odpowiedniej diety;
 - Poinformowanie pacjentki o potrzebie codziennej kontroli masy ciała;
 - Zalecenie prowadzenia codziennego bilansu wodnego;
 - Poinformowanie pacjentki o konieczności utrzymania szczególnej higieny osobistej, wykonywania toalety po każdym wypróżnieniu, częstej zmianie bielizny osobistej i pościeli;
 - Przekazanie informacji na temat czynników dietetycznych nasilających biegunkę;
 - Edukacja z zakresu sposobów radzenia sobie z biegunką (ograniczenie ruchu po posiłkach, spożywanie węgla medycznego i leków przeciwbiegunkowych w momencie wystąpienia), czynników ją nasilających, oraz potrzeby uzupełniania płynów w momencie wystąpienia;
- ✓ **Ocena:** Zmniejszenie częstotliwości biegunek. Nabycie wiedzy na ich temat i umiejętności postępowania w momencie wystąpienia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowanego długotrwałą obecnością cewnika Folley'a.**

- ✓ **Cel opieki:** wyeliminowanie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - poinformowanie pacjentki i rodziny na temat zasad higieny cewnika moczowego oraz monitorowania okolic cewki moczowej podczas czynności higienicznych;
 - edukacja dotycząca rozpoznawania wczesnych objawów zakażenia układu moczowego;

- poinformowanie pacjentki i najbliższych o potrzebie objęcia opieką pielęgniarki środowiskowej w celu kontroli oraz wymiany cewnika Folley'a w warunkach domowych;
- zachęcenie pacjentki do gimnastyki pęcherza moczowego w celu jak najszybszego stworzenia możliwości usunięcia cewnika po wypisie ze szpitala.
- ✓ **Ocena:** Brak wystąpienia zakażenia moczowego i jego objawów w trakcie wizyt kontrolnych i pielęgniarki środowiskowej. Nabycie wiedzy i umiejętności przez pacjentkę i najbliższych dotyczących pielęgnacji cewnika moczowego.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 12: Brak motywacji do zaprzestania palenia tytoniu**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie/ wyeliminowanie nałogu nikotynizmu oraz negatywnych skutków zdrowotnych z niego wynikających. Nabycie wiedzy przez pacjentkę na temat korelacji palenia papierosów z nadciśnieniem tętniczym i nadwagą.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - zachęcenie pacjentki do wizyty w poradni leczenia choroby nikotynowej
 - przedstawienie sposobów i możliwości leczenia uzależnienia od papierosów
 - rozmowa edukacyjna z pacjentką na temat związków nikotynizmu z nadwagą i nadciśnieniem oraz ryzykiem z tym związanym.
- ✓ **Ocena:** Pacjentka nie była zainteresowana przekazanymi informacjami. Działania należy kontynuować.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 13: Występowanie otyłości I stopnia spowodowane błędnymi nawykami żywieniowymi i brakiem świadomości**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie masy ciała do prawidłowego zakresu (56-70 kg). Nabycie prawidłowych nawyków żywieniowych przez pacjentkę oraz świadomości na temat korelacji masy ciała z chorobami współistniejącymi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Rozmowa edukacyjna z pacjentką na temat związku obecnej masy ciała z nadciśnieniem oraz zagrożeń z niej wynikających;
 - Zachęcenie do stosowania diety zalecanej w trakcie hospitalizacji- wysokobiałkowej, niskotłuszczowej, cukrzycowej;
 - Poinformowanie o potrzebie cotygodniowej kontroli masy ciała i zapisywania wartości w dzienniku;

- Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem w celu omówienia zasad stosowania diety redukcyjnej;
- Przekazanie pacjentce materiałów edukacyjnych na temat diety redukcyjnej, stosowania indeksu glikemicznego i technik ograniczania kaloryczności posiłków, przykładowego jadłospisu na 7 dni kaloryczności 1800 kcal.
- ✓ **Ocena:** Zniwelowanie wagi ciała do pożądanego zakresu.

Indywidualne zalecenia pielęgniarские do samoopieki dla pacjentki

Zalecenia dotyczące odżywiania

- Spożywaj pokarmy tylko w pozycji siedzącej;
- Po posiłku przez co najmniej 30 minut spaceruj, chodź;
- Spróbuj pokarmów o różnej konsystencji w celu określenia, które najłatwiej Tobie spożywać;
- Staraj się skupić wyłącznie na jedzeniu. W czasie posiłku nie oglądaj telewizji;
- Nie śpiesz się w spożywaniu posiłków. Przetykaj jak nie masz już nic w ustach;
- Jeśli żywienie powoduje kasłanie, dławienie, trudności w nabraniu oddechu rób dłuższe posiłki między kęsami;
- Jeśli masz problem z przetykaniem i polykaniem skontaktuj się z ośrodkiem zdrowia w celu ustalenia specjalnej diety;
- Spożywaj 1.5-2 litry płynów na dobę. Staraj się nie pić mniej ani więcej;
- Systematycznie wietrz pomieszczenia;
- Nie używaj odświeżaczy powietrza, kosmetyków, środków czyszczących w aerozolu, ponieważ mają szkodliwy wpływ na układ oddechowy;
- W okresie grzewczym stosuj nawilżacze powietrza;
- Unikaj kontaktu z chorymi na przeziębienie, infekcjami;
- Pozbądź się przedmiotów gromadzących kurz np. dywanów i zasłon;
- Unikaj pomieszczeń zadymionych np. palarni;

Profilaktyka hiperglikemii i kontrola cukrzycy

- Spożywaj posiłki zgodnie ze swoim zapotrzebowaniem kalorycznym ustalonym przez specjalistę;
- Kontroluj indeks glikemiczny spożywanych produktów, możesz użyć do tego specjalnych aplikacji na telefon komórkowy;
- Jedz posiłki o stałej porze, nie duże i urozmaicone;

- Spożywaj dużą ilość warzyw min. 4 porcje;
- Wybierając owoce wybieraj te o niższej wartości glikemicznej
- Przygotowując posiłki unikaj pieczenia i smażenia, staraj się gotować, gotować na parze;
- Mierz poziom glukozy we krwi co najmniej 3 razy dziennie, zwłaszcza przed posiłkami, w przypadku gorszego samopoczucia częściej, zapisuj wartości w dzienniku pomiarów;
- Korzystając z glukometru umyj wcześniej ręce wodą z mydłem, nie dezynfekuj rąk;
- Zwróć uwagę na higienę stóp, myj je wodą z mydłem, dokładnie osuszaj;

Kontrola ciśnienia tętniczego krwi

- Mierz ciśnienie tętnicze krwi 2x dziennie- rano i wieczorem, w przypadku gorszego samopoczucia częściej, wartości zapisuj w dzienniku pomiarów;
- Po aktywności fizycznej zaczekaj pół godziny przed pomiarem ciśnienia;
- Unikaj stresu oraz gorącej temperatury na zewnątrz;
- Wstając z pozycji leżącej rób to powoli i ostrożnie;
- Unikaj produktów zawierających sól;
- Unikaj spożywania alkoholu, napojów energetyzujących;
- Co najmniej raz w tygodniu mierz swoją masę ciała, wartości zapisuj w dzienniku pomiarów;

Kontrola obrzęków kończyn dolnych

- Obserwuj ciało, zwłaszcza kończyny dolne pod kątem obrzęków w trakcie czynności higienicznych;
- Dobierając aktywność fizyczną staraj się angażować mięśnie łydek;
- W trakcie potrzeby dłuższych podróży powyżej 4h zakładaj luźne ubrania, rób przerwy na spacer;
- Leżąc staraj się mieć nogi delikatnie uniesione pod kątem 45 stopni;
- Stosuj pończochy/skarpety uciskowe, w celu ich dobrania udaj się do lekarza POZ;
- Nie dopuszczaj do odwodnienia organizmu;
- Unikaj stanów zapalnych, w przypadku ich wystąpienia udaj się od razu do lekarza;

Higiena snu

- Nie rób drzemek w trakcie dnia, sprawiają one, że później zasypiasz a w nocy jakość snu staje się gorsza;
- Nie przebywaj w dzień w zaciemnionych pomieszczeniach, korzystaj ze światła naturalnego, w nocy nie usypiaj przy włączonym świetle oraz urządzeniach je emitujących np. telewizor;
- 2-3 godziny przed snem zakończ wzmożoną aktywność fizyczną (praca, sport)
- Ostatni posiłek zjedz 3-4 godziny przed snem, w przypadku uczucia głodu zjedz lekkostrawną przekąskę;
- Unikaj picia kawy, herbaty, coca-coli, napojów energetyzujących po południu/wieczorem;
- Nie pal tytoniu co najmniej godzinę przed snem;
- Ustal stałą porę zasypiania i wstawania;
- 2 godziny przed snem odłóż wszelkie urządzenia elektroniczne np. telefon, laptop;

PODSUMOWANIE

1. U pacjentki po przebytych ciężkim zapaleniu płuc w przebiegu zakażenia SARS-CoV 2 stwierdzono następujące problemy pielęgnacyjne: występowanie napadowych bólów w okolicy prawej pachwiny; ryzyko zagrożeń wynikających z wysokiego ciśnienia tętniczego w przebiegu choroby nadciśnieniowej; zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej spowodowanej długotrwałym unieruchomieniem; niska sprawność ruchowa pacjentki spowodowana chorobą i hospitalizacją; duszność w trakcie poruszania się i wykonywania codziennych czynności; ryzyko nieprawidłowego gojenia się rany po tracheostomii; dyskomfort związany z biegunkami; ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowanego długotrwałą obecnością cewnika Folley'a; brak motywacji do zaprzestania palenia tytoniu; otyłości spowodowaną błędnymi nawykami żywieniowymi i brakiem świadomości.
2. Stwierdzono obniżony nastrój, ograniczoną zdolność do wykonywania prostych i złożonych czynności dnia codziennego, brak motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe.
3. U pacjentki istnieje zapotrzebowanie na edukację zdrowotną w zakresie: profilaktyki powikłań zakrzepowo-zatorowych; zaprzestania palenia tytoniu; stosowania indeksu glikemicznego i diety redukcyjnej; samokontroli glikemii.

4. Pacjentka otrzymała zalecenia edukacyjne dotyczące samoopieki w cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, niedokrwistości, przewlekłej niewydolności oddechowej, profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej, higieny snu, zmiany opatrunku na ranie po tracheostomii, zalecenia żywieniowe dotyczące diety zalecanej w cukrzycy, otyłości, niedokrwistości, samokontroli glikemii.

PIŚMIENNICTWO

1. Dzieciatkowski T., Filipiak, Krzysztof J.: Koronawirus SARS-CoV-2 - zagrożenie dla współczesnego świata. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.
2. Pyrc K.: Ludzkie Koronawirusy. Post.N.Med., 2015; 28: 48-54.
3. Wawrzyniak A., Kuczborska K., Lipińska-Opałka A., Kalicki B.: Koronawirus 2019-nCoV – transmisja zakażenia, objawy i leczenie, Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, 2019;15(4):1 – 5.
4. Rymer W., Wroczyńska A., Matkowska-Kocjan A.M.: COVID-19 – aktualny stan wiedzy., Med. Prakt., 2020; 3: 102–12.
5. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020, Światowa Organizacja Zdrowia, online: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, dostęp dnia 5.11.2021
6. Situation by Region, Country, Territory & Area z dnia 18.11.2022, Światowa Organizacja Zdrowia; online; <https://covid19.who.int/table>; dostęp dnia 18.11.2021
7. Raport szczepień przeciwko COVID-19 z dnia 18.01.2021, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, online: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>; dostęp dnia 3.01.2022.
8. Raport Dobowy Koronawirus w Polsce (SARS-CoV-2) z dnia 3,04.2022; Online: <https://koronawirusunas.pl/>; dostęp dnia 18.01.2022.
9. Geny znacząco wpływają na to, w jaki sposób możemy przechorować COVID-19. Ważne odkrycie naukowców UMB, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, online: https://www.umb.edu.pl/aktualnosci/24859,Geny_znaczaco_wplywaja_na_to-_w_jaki_sposob_mozemy_przechorowac_COVID-19_Wazne_odkrycie_naukowcow_UMB, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, dostęp: 14.01.2022
10. Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 26.04.2021, online:

<https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2021/11/REKOMENDACJE-pl-w-C19-2021-Aneks1-12-11-2021e-final.pdf>, dostęp 20.12.2021.

11. WHO? Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus Interim guidance 20 March 2020., Światowa Organizacja Zdrowia, online: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)), dostęp dnia 13.06.2021.
12. Coronavirus disease (COVID-19), Światowa Organizacja Zdrowia, online: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1, dostęp 1.01.2022

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE I EDUKACJI PACJENTA Z CUKRZYCĄ TYPU 2 – STUDIUM PRZYPADKU

Helena Rutkowska¹, Katarzyna Łagoda²

1/ - Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Choroby cywilizacyjne są poważnym problemem XXI wieku. Wynikają z prowadzenia niezdrowego trybu życia: braku aktywności fizycznej, nieprawidłowej diety składającej się z wysoko przetworzonych produktów, braku odpoczynku, nadmiernego stresu i pośpiechu, palenia papierosów oraz nadużywania kawy i alkoholu. do chorób cywilizacyjnych zalicza się między innymi schorzenia układu krążenia, układu pokarmowego, choroby psychiczne, nowotwory, otyłość oraz cukrzycę. Ostatnia z nich została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za pierwszą niezakaźną epidemię na świecie. WHO prognozuje, że w 2030 roku będzie ona diagnozowana co 3 osoby na świecie.

Cukrzyca typu 2 jest najczęściej występującą odmianą cukrzycy i stanowi około 80% wszystkich przypadków. Częściej chorują kobiety i osoby otyłe. Objawami świadczącymi o schorzeniu mogą być: polidypsja, poliuria, poligrafia, nadmierna senność, osłabienie, nieuzasadniona utrata masy ciała oraz infekcje układu moczowo-płciowego. Cukrzyca charakteryzuje się hiperglikemią, która wynika z defektu działania lub/i wydzielania insuliny, co może prowadzić do wielu uszkodzeń, zaburzeń czynności a nawet do niewydolności narządów, takich jak nerki, oczy, serce, naczynia krwionośne. Brak właściwego leczenia może prowadzić do śmierci pacjenta.

W leczeniu pacjentów z cukrzycą niezbędny jest szczególny nacisk na edukację prowadzoną przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi lekarz, dietetyk, pielęgniarka diabetologiczna – edukator w cukrzycy oraz psycholog. Szczególną rolę w tym zespole odgrywa pielęgniarka, ponieważ ma ona najczęstszy i najbliższy kontakt z chorym. Pacjent od chwili rozpoznania choroby powinien być otoczony kompleksową opieką diabetologiczną. Stosowanie się do zaleceń, wysoki poziom wiedzy chorego na temat

choroby, jego zaangażowanie i samodyscyplina, w połączeniu z efektywnym leczeniem oraz odpowiednią dietą, prowadzi do sukcesu terapeutycznego oraz poprawy jakości życia chorego.

Cukrzyca (*łac. diabetes mellitus*) jest grupą chorób metabolicznych, które charakteryzują się hiperglikemią wynikającą z defektu działania i/lub wydzielania insuliny wytwarzanej przez komórki β wysp Langerhansa w trzustce. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z zaburzeniem czynności, uszkodzeniem oraz niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerwów, serca, nerek i naczyń krwionośnych. Występowanie i nasilenie powyższych powikłań zależy od zaawansowania oraz czasu trwania choroby, stopnia wyrównania cukrzycy i skłonności genetycznych. Cechą charakterystyczną dla cukrzycy jest podwyższona wartość stężenia glukozy we krwi powyżej 99 mg/dl wraz z towarzyszącymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, białkowej i trzustkowej [1,2].

Cukrzyca zaliczana jest do najczęściej występujących chorób XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia określiła ją jako chorobę cywilizacyjną, będącą jednym z głównych zagrożeń życia publicznego oraz stanowiącą globalny problem całej ludzkości. Według danych szacunkowych aktualnie w Polsce choruje na nią około 2,9 miliona osób, co odpowiada 9,1% populacji dorosłych, zaś na świecie ta liczba sięga 300 milionów. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowań na cukrzycę. WHO prognozuje, że w 2030 roku będzie ona rozpoznawana u co 3 osoby na świecie i będzie 7 główną przyczyną śmierci. Nadal istnieje duża grupa ludzi w populacji, u których choroba nie została dotychczas rozpoznana. Choroba występuje zarówno w krajach rozwijających się, jak i krajach rozwiniętych [1,2].

Spośród chorych na cukrzycę 90% stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2. Dotyczy ona zazwyczaj osób dorosłych. W ostatnich latach wiek w którym rozpoznawana jest cukrzyca obniżył się. Chorują nie tylko osoby starsze, ale również ludzie w młodym wieku.

Zachorowalność oznacza liczbę nowych przypadków danego schorzenia przebywających w określonej jednostce czasu, w odniesieniu do ogólnej populacji. Ze statystyk prowadzonych przez GUS i NFZ w latach 2013-2018 wynika, iż odnotowano około 30 tysięcy nowych przypadków zachorowań na cukrzycę wśród dorosłych. Z danych z 2018 roku wynika, iż w Polsce na cukrzycę chorych jest około 1,3 dorosłych mężczyzn oraz 1,6 miliona dorosłych kobiet. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn największą grupę chorych stanowiły osoby w wieku 65-74 lat.

Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia i Koalicji-Cukrzyca, podaje się, że w Polsce jest około 3,5 miliona osób chorych na cukrzycę, z czego około 1/3 z tych osób –

ponad 1 milion –pozostaje niezdiagnozowanych. Oznacza to, że co jedenasta osoba w Polsce cierpi na cukrzycę.

Szacunkowo ilość chorych dotkniętych tym schorzeniem rośnie o 2,5% rocznie. Jeśli ilość zachorowań będzie wzrastać w tym tempie, to w 2020 w Polsce będzie ponad 4 miliony chorych. W praktyce oznacza to, że 1 z dziesięciu Polaków będzie cierpieć na tę groźną, śmiertelną chorobę [3].

Cukrzyca zaliczana jest do chorób przewlekłych wymagających wytrwałości oraz stałości w przestrzeganiu zaleceń lekarskich dotyczących zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych, systematycznego leczenia oraz zwiększenia aktywności fizycznej. Wprowadzenie efektywnego leczenia w połączeniu z odpowiednią dietą prowadzi do redukcji licznych, groźnych powikłań cukrzycy, co przekłada się na poprawę jakości życia chorego oraz wydłużenie jego życia [4,5].

Ważną składową leczenia pacjenta z cukrzycą jest zwiększenie jego wiedzy i świadomości na temat choroby. Prawdłowo prowadzona edukacja powinna być procesem ciągłym, obejmującym pacjenta, a także jego członków rodziny lub opiekuna. Aby edukacja przyniosła zamierzone cele powinna być prowadzona przez zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka diabetologiczna – edukator w cukrzycy, dietetyk i psycholog. Szczególną rolę odgrywa pielęgniarka edukacyjna, która ma najczęstszy oraz najbliższy kontakt z pacjentem. Pacjent poprzez realizację zaleceń i samoopiekę staje się aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego [4,5]

Terapia behawioralna jest niezbędnym elementem leczenia wszystkich osób z rozpoznaną cukrzycą (zarówno typu 1, jak i typu 2) w każdym wieku. Prawidłowe żywienie oraz aktywność fizyczna mają istotne znaczenie w poprawie ogólnego stanu zdrowia oraz prewencji i leczeniu przewlekłych powikłań cukrzycy. Wszystkie osoby z cukrzycą powinny być edukowane w zakresie ogólnych zasad prawidłowego żywienia w cukrzycy przez osoby do tego uprawnione (lekarz, dietetyk, pielęgniarka diabetologiczna, edukator diabetologiczny) z wykorzystaniem różnych metod i technik, w tym także metod interaktywnych i telemedycyny. W leczeniu osób z cukrzycą należy uwzględnić terapeutyczny styl życia obejmujący: urozmaiconą dietę, regularną aktywność fizyczną, unikanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu, optymalny czas snu oraz unikanie stresu. Edukacja dotycząca terapeutycznego stylu życia, dostosowana do potrzeb i możliwości osób z cukrzycą, pozwala na osiągnięcie zakładanego celu terapeutycznego oraz zmniejsza koszty związane z leczeniem powikłań cukrzycy [1,2].

W edukacji bardzo istotne jest ustalenie indywidualnych celów z każdym pacjentem. za kluczowe uznaje się wzięcie pod uwagę wszystkich aspektów mogących wpływać na przebieg choroby oraz trudności indywidualnych dla danej osoby. Dobór właściwych tematów, ich zakres i poziom powinien być ściśle dostosowany do konkretnego pacjenta, przy czym programy edukacyjne mogą być przeprowadzane w niewielkich, kilkuosobowych grupach.

Cukrzyca może prowadzić do wielu poważnych powikłań, takich jak kwasica ketonowa i mleczanowa, retinopatia cukrzycowa czy zespół stopy cukrzycowej. Pacjent z cukrzycą typu 2 wymaga kompleksowej opieki zespołu terapeutycznego. Zadaniem pielęgniarki jest objęcie całościową oraz profesjonalną opieką zarówno pacjenta, jak i jego rodzinę. Edukacja pacjenta zmniejsza częstość występowania powikłań, co skutkuje poprawą jakości życia chorego.

Leczenie cukrzycy jest procesem długoterminowym, zaś chorzy na co dzień muszą zmagać się z wieloma problemami nie tylko natury zdrowotnej, ale i psychicznej. Niezwykle istotne jest prawidłowe rozpoznanie zarówno jego problemów pielęgnacyjnych, jak również jego potrzeb biopsychospołecznych.

CEL PRACY

Celem pracy było :

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z cukrzycą typu 2.
2. Ustalenie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad chorym.
3. Realizacja zaplanowanych działań.
4. Analiza i ocena podjętych działań.
5. Edukacja pacjenta oraz jego rodziny w zakresie zdrowego trybu życia, odżywiania oraz zapobiegania powikłaniom choroby po zakończonej hospitalizacji.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem został objęty 64- letni pacjent, przyjęty do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w trybie pilnym z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. w momencie zebrania danych o chorym był on w 2 dobie hospitalizacji.

W celu zgromadzenia informacji niezbędnych do rozpoznania stanu pacjenta oraz jego środowiska, wykorzystano następujące metody badawcze: obserwację pacjenta, wywiad pielęgniarski, pomiar bezpośredni i pośredni, analizę dokumentacji medycznej.

Do zgromadzenia danych o pacjencie wykorzystano **formularz wywiadu** z chorym (opracowanie własne) składające się z pięciu części dotyczących: informacji ogólnych, sytuacji zdrowotnej pacjenta, funkcjonowania poszczególnych narządów oraz cukrzycy typu 2. w części piątej ankiety (zawierającej 15 pytań) oceniono stan wiedzy pacjenta na temat cukrzycy typu 2.

Do oceny stanu psychicznego chorego zastosowano **standaryzowaną Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS)**, która jest jedną z najczęściej stosowanych skal do przesiewowej samooceny depresji w wieku podeszłym. Składa się z 30 pytań, na które pacjent udziela odpowiedzi, mając na uwadze swoje samopoczucie w ostatnich 2 tygodniach. Interpretacja wyników testu:

- 0-9 punktów – brak depresji,
- 10-19 punktów – depresja łagodna,
- 20 i więcej punktów – głęboka depresja.

Do oceny bezsenności u pacjenta zastosowano standaryzowaną **Ateńską Skalę Bezsenności**, składającą się z 8 pytań. Pacjent ocenia w skali od 0 do 3 czy poszczególne objawy wystąpiły u niego co najmniej trzy razy w tygodniu, w ciągu ostatniego miesiąca. Interpretacja wyników:

- 0-5 punktów – najprawdopodobniej chory nie cierpi na bezsenność,
- 6-10 punktów – należy stosować się do zasad higieny snu, zaś w razie pogorszenia skonsultować się z lekarzem,
- więcej niż 10 punktów – należy skonsultować się z lekarzem w celu uzupełnienia, diagnostyki i opracowania strategii terapii.

Do oceny nastawienia pacjenta do obecnej choroby zastosowano standaryzowaną **Skalę Akceptacji Choroby**, zawierającą 8 pytań. Pacjent zapoznając się z poszczególnym stwierdzeniem, ocenia je w skali od 1 do 5, zaś łącznie może uzyskać od 8 do 40 punktów. Otrzymany wynik porównywany jest do wyników uzyskanych w grupie badawczej diabetyków.

- <20 punktów – brak lub niski stopień akceptacji choroby,
- 21-29 punktów – umiarkowany stopień akceptacji choroby,
- >30 – wysoki lub całkowity stopień akceptacji choroby.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto pacjenta w wieku 64 lat, hospitalizowanego w Klinice Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w trybie pilnym, z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Mieszka z rodziną (żona i córka), w mieście. Warunki mieszkaniowe określa jako bardzo dobre. Posiada wykształcenie wyższe, z zawodu księgowy, obecnie na emeryturze. Pacjent został przyjęty z powodu zasląbnienia w dniu hospitalizacji, z wywiadem cukrzycy typu 2 (rozpoznanej w 2013 roku, leczonej nieregularnie lekami doustnymi), celem optymalizacji leczenia cukrzycy. Od lutego 2020 roku leczony metforminą i intensywną insulinoterapią. Alergii na leki nie zgłaszał.

Choroby współistniejące to: nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność nerek, niewydolność serca, przewlekły zespół wieńcowy, dna moczanowa, łagodny rozrost gruczołu krokowego, miażdżycy tętnic szyjnych i tętnic kończyn dolnych, stłuszczenie wątroby. w styczniu 2018r. wykonany zabieg cholecystektomii; w kwietniu 2020r. przebyty udar niedokrwieny mózdzku; w lipcu 2020r. przebyta angioplastyka 1GD + 2DES.

W chwili przyjęcia do Kliniki – stan ogólny pacjenta był dobry. Stwierdzono śladowe obrzęki na kończynach dolnych, niewielką duszność nasilającą się po wysiłku, pojedyncze trzeszczenia u podstawy obu płuc, szmer pęcherzykowy osłabiony, widoczną bliznę po cholecystektomii, suchą popękaną skórę na podeszwowej stronie stóp, grzybicę paznokci na stopach. Pacjent nałogowo pali papierosy (od około 40 lat, średnio 8 sztuk dziennie). Pacjent z otyłością II stopnia (BMI 38,7kg/m², wzrost 173cm, masa ciała 116 kg), nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej. Zgłasza występowanie problemów z zasypianiem. Chory prowadzi niezdrowy tryb życia, odżywia się nieregularnie, zgłasza, że zdarza mu się zapominać o regularnym przyjmowaniu leków.

W chwili przyjęcia RR 150/70mmHg, czynność serca miarowa, HR 60 u/min, nie gorączkuje. w wywiadzie brak kontaktu z osobą zarażoną COVID-19 w ciągu ostatnich 14 dni, wynik testu na obecność SARS-CoV-2 (wykonany w SOR) – ujemny.

Wykonane badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem, mikroskopowy rozmaz krwi, czas protrombinowy, APTT, sód, potas, glukoza, bilirubina całkowita, kreatynina, kwas moczowy, wapń, fosfor nieorganiczny, cholesterol całkowity, HDL, LDL, AST, ALT, gamma-glutamylotranspeptaza, fosfataza alkaliczna, NT-proBNP, wskaźnik ACR, C-peptyd, HBA1C, CRP, TSH, proteinogram, immunofiksacja surowicy, troponina i hs, mocznik – badanie ogólne.

W badaniach laboratoryjnych z odchyień stwierdzono: leukocytozę, łagodną niedokrwistość makrocytarną, podwyższony odsetek HbA1c (9,8%), podwyższone stężenie kreatyniny (eGFR 36ml/min), hiperkaliemię, hiperurykemię, hipertriglicerydemię oraz nieznacznie podwyższony wskaźnik ACR. Wynik badania kolonizacji szczepami wieloopornymi (CPE, VRE) – ujemny.

W czasie hospitalizacji wykonano szereg badań laboratoryjnych i obrazowych, min.: EKG, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, USG Doppler tętnic szyjnych i tętnic kończyn dolnych, MR głowy.

W RTG klatki piersiowej – opisano wzmożony rysunek podścieliska. w USG jamy brzusznej – stwierdzono cechy stłuszczenia wątroby oraz hepatomegalię około 4 cm. w EKG – rytm zatokowy, miarowy, o częstości 69/min, oś pośrednia, załamek Q w odprowadzeniu III, płasko-ujemne załamki T w odprowadzeniach I i aVL oraz płaskie załamki T w V5 i V6. w USG Doppler – zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych, bez istotnych hemodynamicznie zaburzeń przepływu. Badanie MR głowy – brak zmian w fazie ostrej.

Przeprowadzone konsultacje: kardiologiczna, diabetologiczna, psychologiczna, edukacyjna z pielęgniarką diabetologiczną.

Przyjmowane leki w czasie hospitalizacji to: Abasaglar, Victoza, Siofor, Furosemidum, Milurit, Aldan, Atrox, Trifas, Spironol, Prestarom, Nebilet, Prenome, Acard.

W trakcie zbierania wywiadu pielęgniarskiego posłużono się standaryzowanymi skalami diagnostycznymi. Otrzymano następujące wyniki:

- **Geriatryczna Skala Depresji (13 punktów)** – depresja łagodna. Pacjent zaobserwował u siebie częste poczucie bezradności, niepokoju, przygnębienia, smutku. Chory czuje się gorszy od innych ludzi i pozbawiony energii, zamiast wyjść wieczorem z domu woli w nim pozostać, obawia się o swoją przyszłość. Pogorszenie samopoczucia oraz pozostałe objawy pacjenta są spowodowane obawą o stan zdrowia i obecną sytuacją zdrowotną.
- **Ateńska Skala Bezsenności (8 punktów).** Pacjent zwrócił uwagę na trudności w zasypianiu, częste budzenie się w nocy, nieznacznie gorsze samopoczucie oraz niewiele zaburzona sprawność psychiczną i fizyczną następnego dnia, „nieco” niewystarczający czas snu, odrobinę odczuwaną senność w ciągu dnia.
- **Skala Akceptacji Choroby (24 punkty)** – umiarkowany stopień akceptacji choroby. Pacjent ma wrażenie, że nigdy nie będzie samodzielny w takim stopniu, w jakim by chciał być, jest ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół. Choremu wydaje się, że

ludzie przebywający z nim są często zakłopotani z powodu jego choroby, ze względu na stan zdrowia pośrednio czuje się niepotrzebny i zależny od innych.

Plan indywidualnej opieki pielęgniarskiej

➤ **Problem pielęgnacyjny 1: Deficyt wiedzy pacjenta na temat przewlekłej niewydolności krążenia.**

- ✓ **Cel:** Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat przewlekłej niewydolności krążenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Przekazanie pacjentowi niezbędnej wiedzy dotyczącej przyczyn, przebiegu i powikłań w przewlekłej niewydolności krążenia.
 - Edukacja pacjenta na temat zalecanych form aktywności fizycznej (spacery, wysiłek fizyczny dostosowany do pacjenta).
 - Zmotywowanie pacjenta do regularnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi oraz prowadzenia dzienniczka samokontroli ciśnienia tętniczego.
 - Zachęcenie pacjenta do obserwacji kończyn pod kątem występowania obrzęków oraz obserwacji ilości oddawanego moczu, codziennej kontroli masy ciała.
 - Poinformowanie pacjenta o konieczności przestrzegania zaleceń żywieniowych, co ułatwi redukcję masy ciała.
 - Zalecenie ograniczenia spożywania soli kuchennej w diecie, produktów ciężkostrawnych, tłustych, smażonych oraz alkoholu.
 - Edukacja pacjenta na temat szkodliwości palenia papierosów i zachęcanie do zaprzestaniapalenia.
- ✓ **Ocena podjętych badań:** Zwiększono wiedzę pacjenta na temat przewlekłej niewydolności krążenia. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano.

➤ **Problem pielęgnacyjny 2: Deficyt wiedzy i umiejętności pacjenta na temat samokontroli glikemii.**

- ✓ **Cel:** Zwiększenie wiedzy i umiejętności pacjenta na temat samokontroli glikemii.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Wyjaśnienie celu i zasad pomiaru poziomu glukozy we krwi.
 - Nauczenie pacjenta prawidłowego pomiaru glikemii za pomocą glukometru.

- Zachęcenie do systematycznego prowadzenia dzienniczka kontrolki dobowego pomiaru glikemii.
- Zachęcanie do przestrzegania diety cukrzycowej z kalorycznością uwzględniającą masę ciała i stan zdrowia pacjenta oraz spożywania regularnie posiłków.
- Przedstawienie czynników mogących wpłynąć na wartość glikemii.
- Poinformowanie o normach glikemii przed posiłkami, 2 h po posiłkach, przed snem, przed podjęciem aktywności fizycznej.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Wiedza i umiejętności pacjenta na temat samokontroli glikemii zwiększyły się. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 3: Deficyt wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego krwi.**

- ✓ **Cel:** Zwiększenie wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego krwi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Wy tłumaczenie pacjentowi, na czym polegają symptomy mogące świadczyć o podwyższonym ciśnieniu tętniczym krwi oraz istocie systematycznego przyjmowania leków w nadciśnieniu tętniczym.
 - Edukacja pacjenta na temat systematycznych, samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi oraz wyjaśnienie zasad obowiązujących przy jego pomiarze za pomocą ciśnieniomierza (przyjęcie pozycji siedzącej, wykonanie pomiaru po kilkuminutowym odpoczynku).
 - Przekazanie pacjentowi dzienniczka do zapisywania pomiarów RR, którą powinien mieć przy wizycie kontrolnej u lekarza po wyjściu ze szpitala.
 - Zalecenie unikania sytuacji, które mogą wyzwolić dolegliwości związane z podwyższonym ciśnieniem tętniczym (silne emocje, intensywny wysiłek fizyczny, nadużywanie alkoholu i papierosów, przebywanie w wysokich temperaturach, niezażywanie systematyczne leków lub spożycie zbyt dużej dawki).
 - Zachęcenie pacjenta do zmiany stylu życia (zmniejszenie ilości wypalanych papierosów, zwiększenie aktywności fizycznej).
 - Zapoznanie pacjenta z prawidłowymi wartościami ciśnienia krwi.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Wiedza i umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli

ciśnienia tętniczego krwi zwiększyły się. Planowanie działania pielęgniarskie zrealizowano.

➤ **Problem pielęgnacyjny 4: Duszność wysiłkowa i suchy kaszel spowodowane nałogowym paleniem tytoniu.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości spowodowanych nałogowym paleniem tytoniu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Eliminacja czynników nasilających duszność wysiłkową (stres, nadmierny wysiłek fizyczny).
 - Zachęcenie pacjenta do przeprowadzania inhalacji z soli fizjologicznej.
 - Zalecenie pacjentowi stosowania ćwiczeń oddechowych (3 razy dziennie około 5-15 minut).
 - Zalecenie pacjentowi przyjmowania pozycji ułatwiającej oddychanie (pozycja półwysoka, wysoka lub wysoka z pochyleniem się do przodu).
 - Obserwacja chorego w sytuacji nasilenia duszności.
 - Zapewnienie choremu odpowiedniego mikroklimatu w sali (dostęp do świeżego powietrza, temperatura pomieszczenia 18-20 st. C, wilgotność powietrza 60-70%).
 - Edukacja pacjenta na temat szkodliwości palenia tytoniu.
 - Przekazanie pacjentowi informacji o sposobach i instytucjach pomagających w walce z uzależnieniem od nikotyny.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zmniejszenie duszności wysiłkowej i suchego kaszlu spowodowanego nałogowym paleniem tytoniu. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 5: Otyłość spowodowana nieprawidłowym odżywianiem.**

- ✓ **Cel:** Obniżenie masy ciała i zmiana stylu życia. Wzrost świadomości pacjenta na temat konieczności zmiany dotychczasowego stylu odżywiania i życia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Kontrola masy ciała i dokumentowanie masy ciała w dokumentacji medycznej.
 - Obliczenie wskaźnika BMI (Body Mass Index) i WHR.
 - Pomiar obwodu brzucha na wysokości pępka oraz bioder, udokumentowanie pomiarów.

- Rozmowa z pacjentem na temat ryzyka wynikającego z otyłości i jej wpływu na ogólny stan zdrowia.
- Zasygnalizowanie choremu na temat korzyści wynikających ze zmiany dotychczasowego stylu życia i motywowanie do rozpoczęcia pracy nad zmianami.
- Zaproponowanie współpracy z dietetykiem oraz psychologiem.
- Zaproponowanie zaangażowania najbliższej rodziny w pomoc przy przygotowywaniu posiłków i zmianie nawyków żywieniowych.
- Poznanie preferencji żywieniowych pacjenta.
- Zaproponowanie pacjentowi aktywności fizycznej odpowiedniej dla diabetyka oraz dostosowanej do stanu zdrowia (pływanie, spacerowanie, jazda na rowerze stacjonarnym, nordic walking).
- Polecenie pacjentowi wyeliminowania z diety napojów słodzonych, słonych przekąsek, słodczy, produktów wysoko przetworzonych.
- Zapoznanie pacjenta z metodami ograniczania kaloryczności posiłków; zalecanymi i przeciwwskazanymi metodami obróbki termicznej posiłków.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Pacjent zainteresował się przedstawionymi zaleceniami pielęgniarskimi. Wyraził chęć zmiany stylu życia. Planowanie działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 6: Złe samopoczucie chorego spowodowane problemami z zasypianiem i częstym budzeniem się w nocy.**

- ✓ **Cel:** Zapewnienie pacjentowi warunków umożliwiających wypoczynek nocny oraz efektywny sen.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w celu uzyskania informacji na temat zaburzeń snu.
 - Obserwacja aktywności chorego w ciągu dnia.
 - Podanie leków nasennych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
 - Zapewnienie choremu ciszy oraz spokoju w godzinach wieczornych i nocnych.
 - Zapewnienie na sali odpowiedniej temperatury oraz mikroklimatu poprzez regulowanie grzejników oraz wywietrzenie sali minimum 30 minut przed snem.

- Zapewnienie atmosfery intymności poprzez zastosowanie kotar pomiędzy łózkami pacjentów na wieloosobowej sali.
- Zapoznanie chorego z zasadami higieny snu, sposobami eliminacji czynników mających negatywny wpływ na jakość snu.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Trudności w zasypianiu chorego zmniejszyły się. Planowanie działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań edukacyjnych.

➤ **Problem pielęgnacyjny 7: Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie dyskomfortu oraz obrzęków kończyn dolnych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Codzienna obserwacja i pomiar obrzęków (zawsze na tej samej wysokości).
 - Kontrola masy ciała codziennie, o tej samej porze, w tym samym ubraniu.
 - Odnotowywanie wykonanych pomiarów w dokumentacji medycznej.
 - Założenie i prowadzenie bilansu płynów.
 - Kontrola ilości przyjmowanych płynów drogą doustną.
 - Podanie leków moczopędnych na pisemne zlecenie lekarza.
 - Elewacja kończyn dolnych przy pomocy udogodnień.
 - Zapewnienie pacjentowi czystej, bawełnianej bielizny pościelowej oraz luźnej bielizny osobistej.
 - Zapewnienie prawidłowej higieny obrzękniętych podudzi.
 - Nawilżanie i natłuszczanie obrzękniętych kończyn.
 - Dokładna obserwacja skóry kończyn pod kątem pęknięć.
 - Ograniczenie spożycia przez pacjenta soli w diecie.
 - Wyjaśnienie pacjentowi konieczności stosowania się do zaleceń.
 - Motywowanie chorego do dbania o swój stan zdrowia.
 - Edukowanie pacjenta w sposób przystępny, rzeczowy i jasny.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zmniejszenie obrzęków oraz dyskomfortu nim spowodowanego. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 8: Sucha, popękana skóra w obrębie stóp i grzybica**

paznokci palców stóp.

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości pacjenta spowodowanych suchą popękaną skórą stóp i grzybicą paznokci palców stóp.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Obserwacja i dokumentacja stanu stóp i paznokci pacjenta.
 - Stosowanie substancji nawilżających na suchą popękaną skórę stóp (na przykład Cetaphil).
 - Konsultacja dermatologiczna w kierunku wyeliminowania grzybicy stóp i paznokci.
 - Zastosowanie środków farmakologicznych zgodnie z zaleceniem lekarskim.
 - Edukowanie pacjenta na temat prawidłowej pielęgnacji stóp i paznokci.
 - Zalecanie ubierania bawełnianych, bez uciskowych skarpet oraz konieczności codziennej ich zmiany.
 - Zalecenie stosowania emulsji do mycia stóp z pH 5,5.
 - Zwrócenie uwagi pacjenta na konieczność dokładnego osuszania stóp oraz szczególnie przestrzeni między palcami po kąpieli.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Stan skóry stóp chorego uległ poprawie. Świadomość i wiedza chorego na temat prawidłowej pielęgnacji zwiększyła się. Planowane działania pielęgniarские zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarских.

➤ **Problem pielęgnacyjny 9: Deficyt wiedzy pacjenta na temat cukrzycy.**

- ✓ **Cel:** Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat cukrzycy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Edukacja pacjenta dotycząca diety cukrzycowej.
 - Zachęcenie do wyeliminowania niezdrowych nawyków żywieniowych.
 - Ocena wiedzy chorego poprzez zadawanie pytań kontrolnych.
 - Edukacja pacjenta na temat wstrzyknięć insuliny (nauka prawidłowego sposobu podania insuliny, sprawdzenia drożności igły, wymiany igły, odmierzania dawek).
 - Weryfikacja umiejętności samodzielnego podania insuliny przez pacjenta.
 - Zapoznanie pacjenta z koniecznością stałej kontroli poziomu glikemii i prowadzenia zapisu parametrów stężenia glukozy we krwi.
 - Przekazanie pacjentowi informacji dotyczących powikłań niekontrolowanej cukrzycy.

- Edukacja prawidłowej pielęgnacji skóry stóp (odpowiednie obuwie, obserwacja, dokładne osuszanie, unikanie zranień i podrażnień).
- Przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych oraz broszur dotyczącej elementarnej wiedzy na temat cukrzycy.
- Motywowanie pacjenta i chwalenie jego postępów.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat cukrzycy. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 10: Możliwość zakażenia z powodu założonego dożylnego wkłucia obwodowego.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia cech stanu zapalnego (obrzęk, zaczerwienienie, ból).
 - Założenie i prowadzenie dokumentacji monitorującej wkłucie obwodowe (rodzaj kaniuli, data i godzina założenia, miejsce założenia wkłucia, data zmiany opatrunku, data i godzina usunięcia wkłucia).
 - Stosowanie zasad aseptyki oraz antyseptyki podczas wykonywania czynności przy wkłuciu obwodowym.
 - Dezynfekcja dłoni oraz założenie jednorazowych rękawiczek przed przystąpieniem do realizacji czynności przy wkłuciu.
 - Utrzymanie drożności wkłucia poprzez podaż płynów do dostępu żylnego; w sytuacji przerwania lub zakończenia podawania leków - przepłukanie kaniuli 2-5 ml 0,9% NaCl.
 - Wykonywanie obsługi kaniuli w sposób delikatny, minimalizując manipulacje przy wkłuciu, w celu ochrony przed uszkodzeniem lub wysunięciem kaniuli.
 - Zabezpieczanie wkłucia jednorazowymi jałowymi koreczkami.
 - Zmiana jałowego opatrunku w miejscu razie potrzeby lub zgodnie z zaleceniami producenta i w zależności od rodzaju opatrunku (opatrunek przezroczysty – co 72 godziny, opatrunek włóknikowy – co 24 godziny).
 - Usunięcie wkucia obwodowego w sytuacji braku leków podawanych drogą dożylną.

- Usunięcie wkłucia w sytuacji jego niedrożności lub zaobserwowania objawów, które świadczą o obecności stanu zapalnego.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Nie zaobserwowano cech wystąpienia zakażenia w związku z założonym wkłuciem obwodowym. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano. Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

➤ **Problem pielęgnacyjny 11: Lęk i niepokój spowodowany hospitalizacją oraz obecnym stanem zdrowia.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie lęku i niepokoju związanego z hospitalizacją u pacjenta, uspokojenie go i poprawa jego samopoczucia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Wyjaśnienie choremu istoty wszystkich wykonywanych czynności pielęgniarskich.
 - Wykonywanie czynności pielęgniarskich w sposób zdecydowany i profesjonalny w celu zwiększenia u chorego poczucia bezpieczeństwa.
 - Wykorzystywanie czasu realizacji czynności pielęgnacyjno-leczniczych do nawiązania kontaktu z chorym w celu zwiększenia zaufania do personelu medycznego.
 - Zachęcanie do zgłaszania personelowi medycznemu występujących dolegliwości oraz niepokojących objawów.
 - Informowanie o terminie, celu i prawidłowym przygotowaniu do wykonywanych badań.
 - Umożliwienie kontaktu telefonicznego z rodziną i bliskimi.
 - Poinformowanie o przyczynie zakazu odwiedzin w szpitalu (pandemia SARS-CoV-2).
 - Poinformowanie o możliwości opieki duszpasterskiej oraz psychologicznej w razie potrzeby.
 - Stwarzanie atmosfery wyrozumiałości, życzliwości, zainteresowania, cierpliwości i wsparcia.
 - Rozmowa z pacjentem na temat stanu jego zdrowia i samopoczucia.
 - W razie potrzeby podanie leków uspokajających na pisemne zlecenie lekarza. Udokumentowanie działań w dokumentacji medycznej.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Lęk i niepokój u pacjenta zmniejszył się, jego samopoczucie uległo poprawie. Planowane działania pielęgniarskie zrealizowano.

Pacjent wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań pielęgniarskich.

Wskazówki do dalszej obserwacji i pielęgnacji

1. Regularne kontrole w Poradni Diabetologicznej, Nefrologicznej i Kardiologicznej w wyznaczonym terminie lub wcześniej w sytuacji wystąpienia niepokojących objawów.
2. Kontrola glikemii, interpretacja i dokumentowanie pomiarów w dzienniczku samokontroli.
3. Kontrola RR i HR oraz dokumentowanie pomiarów w dzienniczku samokontroli.
4. Konieczność regularnego przyjmowania leków i insuliny zleconej przez lekarza.
5. Zaopatrzenie się w identyfikator z informacją o cukrzycy, na przykład: opaskę, kartę ratowniczą lub kartę ICE.
6. Regularna kontrola masy ciała rj. raz w tygodniu, zapisywanie wyników w dzienniczku kontroli glikemii.
7. Zaprzestanie lub ograniczenie palenia papierosów. Skorzystanie z pomocy poradni leczenia uzależnień.
8. Codzienne podejmowanie umiarkowanego wysiłku fizycznego – około 30 – 60 minut, np. spacer, szybki marsz, gimnastyka, rower stacjonarny.
9. Samodzielna kontrola stanu skóry oraz utrzymywanie higieny całego ciała. Stosowanie kosmetyków antygrzybiczych do pielęgnacji stóp. Korzystanie z wkładek węglowych do butów. Częsta zmiana obuwia w ciągu dnia. Zasięgnięcie porady w poradni dermatologicznej w celu ustalenia leczenia grzybicy stóp.
10. Noszenie przy sobie węglowodanów prostych (tabletki glukozy, glukozę płynną) lub kanapki, na wypadek wystąpienia hipoglikemii.
11. Odpowiednie przechowywanie insuliny (nowe wkłady do pena należy trzymać w lodówce w 4 – 6 st. C, zaś pen będący w użyciu nie powinien znajdować się w miejscu nasłonecznionym, gdzie może być narażony na wysoką temperaturę).
12. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych: stosowanie diety z ograniczeniem węglowodanów oraz przygotowywanie posiłków według zaleceń dietetyka, dotyczących produktów wskazanych i przeciwwskazanych w diecie.

13. Ograniczenie spożywania soli kuchennej, maksymalnie 6 g. (jedna łyżeczka) na dobę. Unikanie spożywania produktów przetworzonych np. konserw mięsnych i rybnych, marynat, solonych śledzi, wędzonej makreli.
14. Monitorowanie stężenia glukozy przed wykonaniem wysiłku fizycznego, w jego trakcie oraz po zakończeniu.
15. Dobieranie odpowiedniego obuwia i oglądanie stóp pod kątem otarć, zaczerwienienia, modzeli, odcisków, obrzęków i zasinień. Buty powinny być miękkie, wygodne, na grubej podeszwie, wykonane w przewiewnych i naturalnych materiałach. Wkładki w butach należy wymieniać co miesiąc.
16. Ze względu na prawdopodobieństwo ograniczonego czucia w stopach (neuropatia cukrzycowa) nie powinno się przemieszczać boso oraz stosować różnych bodźców cieplnych na stopy (np. termoфор).
17. Zaopatrzenie się w skarpety z naturalnych włókien, bezszwowe i bezuciskowe.
18. Dokładne osuszanie stóp po kąpielach, szczególną uwagę należy zwrócić na przestrzenie między palcami, aby zapobiec stanom zapalnym i grzybicy.
19. Przy regulacji długości paznokci należy obcinać je prosto, niezbyt krótko, najlepiej stosować pilniczki szklane lub papierowe.
20. Przed użyciem obuwia należy je sprawdzić pod kątem obecności ciała obcego (np. ziarenek piasku) oraz zagiąć, które mogą wystąpić wewnątrz buta.
21. Unikanie sytuacji stresujących.

PODSUMOWANIE

1. Pacjent nie jest w pełni zadowolony ze stanu swojego zdrowia. Do tej pory nie przestrzegał zaleceń dietetycznych, nie uprawiał aktywności fizycznej, nałogowo palił papierosy. U chorego występuje łagodna depresja, problemy z zasypianiem, duszność spoczynkowa, obrzęk kończyn dolnych. Zaobserwowano znaczny deficyt wiedzy chorego na temat cukrzycy oraz jej powikłań, kontroli glikemii i ciśnienia tętniczego krwi oraz prawidłowego dbania o stopy.
2. Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w zespole terapeutycznym pełniącym opiekę nad pacjentem z cukrzycą typu 2. Jej zadania obejmują funkcje profilaktyczne, opiekuńcze, terapeutyczne i edukacyjne. Właściwe rozpoznanie aktualnych problemów pielęgnacyjnych pacjenta oraz prowadzenie indywidualnego planu pielęgnowania zwiększa możliwość wczesnego zapobiegania powikłaniom cukrzycy. Leczenie cukrzycy jest procesem długoterminowym, dlatego ważne jest prawidłowe

rozpoznanie nie tylko problemów pielęgnacyjnych chorego, ale również potrzeb biopsychospołecznych.

3. Istotnym elementem opieki nad pacjentem jest edukacja w zakresie prowadzenia zdrowego trybu życia, modyfikacji nawyków żywieniowych, umiejętności rozpoznawania powikłań cukrzycy oraz odpowiedniej samopielęgnacji po zakończonej hospitalizacji. Pacjent z uwagą oraz zainteresowaniem brał udział w spotkaniach edukacyjnych. Wyraził chęć zmiany dotychczasowego trybu życia poprzez systematyczne i prawidłowe dokonywanie pomiarów glikemii oraz ciśnienia tętniczego krwi, ograniczenie ilości palonych papierosów, zwiększenie aktywności fizycznej, przestrzeganie zaleceń dietetycznych oraz systematyczne uczęszczanie na wizyty w Poradni Kardiologicznej, Diabetologicznej oraz Nefrologicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Curr Top Diabetes, 2022; 2 (1): 1–134.
2. Czupryniak L.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące postępowania w cukrzycy w 2022 roku – praktyka goni naukę. Med. Prakt., 2022; 4: 46–56.
3. <https://cukrzycapolska.pl/cukrzyca/statystyki/>
4. Otto-Buczkowska E., Marciniak-Brzezińska M.: Specyficzne problemy opieki diabetologicznej. Forum Medycyny Rodzinnej 2016; 10(4): 212–218.
5. 2020 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. Clin Diabetol 2020; 9, 1

ISBN komplet 978-83-951075-6-6
ISBN VII tom - 978-83-67454-02-5