

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 8

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



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom VIII

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

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach,
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

ISBN komplet

978-83-951075-6-6

ISBN VIII tom

978-83-67454-40-7

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowe wektory z <https://pl.freepik.com/>

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 VIII

*Ze wszystkich nauk medycyna jest
najszlachetniejsza
Hipokrates*



Od Autorów

Szanowni Państwo

*Najpiękniejsi ludzie, których znam, to ci, którzy znają smak porażki,
poznali cierpienie, walkę, stratę, poznali swoją drogę na wyjście z otchłani
Te osoby mają uznanie, wrażliwość i zrozumienie życia, które je wypełnia ze współczuciem,
łagodnością i głęboką troską o miłość, a piękni ludzie tak się nie dzieje.*

Elizabeth Kubler-Ross

Zgodnie z danymi OECD w 2021 roku w Polsce zmarło pół miliona osób, co powoduje, że w liczbie zgonów na 100 tys. mieszkańców Polska jest na poziomie Bułgarii, Rumunii, Słowenii.

W Polsce zmniejszyła się długość życia, aż o 2,4 roku. Z raportu „State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2021” wynika, że przeciętna długość życia w Polsce w 2020 roku wyniosła 76,6 lat, czyli o cztery lata mniej niż średnia w Unii Europejskiej. W latach 2019-2020 spadła o 1,4 roku, na co wpływ ewidentnie miała pandemia Covid-19. Statystyczna długość życia w Polsce jest krótsza o 6,7 roku od życia w Norwegii i w porównaniu do średniej unijnej różnica ta wzrosła do 4 lat. Natomiast w roku 2020 nadumieralność Polaków była najwyższa w Europie.

Wśród przyczyn śmierci Polaków wymienia się choroby niedokrwienne serca (11,1%), udary mózgu (7%), Covid-19 (6%), raka płuca (5,6%), zapalenie płuc (4,4%), raka jelita grubego (3%), cukrzycę (2,3%), choroby wątroby (1,9%), raka piersi (1,7%) oraz POChP (1,6%). Szacuje się, że prawie połowa zgonów w Polsce spowodowana jest czynnikami behawioralnymi, w tym paleniem tytoniu, nadmiernym spożywaniem alkoholu i brakiem aktywności fizycznej. Stwierdzono, że aż jedna piąta Polaków jest otyła i jest to średnia wyższa niż w krajach unijnych.

Z raportu „State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2021” wynika także, że w Polsce, w ciągu ostatniej dekady, wydatki na zdrowie utrzymały się poniżej średniej UE. Wykazano, że opieka stacjonarna – to 37% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, opieka ambulatoryjna – 31%, produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne – 22%, opieka długoterminowa – 7% i jedynie 2% to profilaktyka.

W raporcie podkreślono także braki kadrowe w ochronie zdrowia bowiem Polska jest krajem o najmniejszej w Unii Europejskiej liczbie lekarzy na mieszkańca (2,4 na 1000 mieszkańców, podczas gdy średnia unijna to – 3,9).

Największy liczbowo przedział wiekowy wśród pielęgniarek to 51–60 lat, który obejmujący 84 444 pielęgniarek, co stanowi 36,0% liczby zatrudnionych. Mimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 68 905 pielęgniarek (przedziały 61–70 lat i przedział pow. 70 lat), co stanowi 29,4% ogółu zatrudnionych.

W przypadku położnych największy liczbowo przedział wiekowy to również przedział 51–60 lat, który obejmuje 10 118 zatrudnionych położnych. Stanowi to 34,9% zatrudnionych położnych. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 25,81% i jest ich 7 483.

Do roku 2030 aż 65% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych.

Wszystkie te dane świadczą o tym, że niezbędne jest zaplanowanie i przeprowadzenie kompleksowych zmian systemu ochrony zdrowia.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Wykaz autorów

Basaj Barbara

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno - Medyczny, Akademia Zamojska

Betke Katarzyna

Dr n. o zdr.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Daniszewska Gabriela

Lic. położnictwa

Studentka kierunku Położnictwo w Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dombrowska-Pali Agnieszka

Dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dunaj Kamila

Mgr fizjoterapii

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

Gebuza Grażyna

Dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gebuza Piotr

Student kierunku Lekarskiego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Grelecka Natalia

Lic. pielęgniarstwa

*Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Im. Dr Edwarda Jelskiego w Knyszynie
Oddział Chorób Wewnętrznych*

Gromotowicz Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

*SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama-Kościńskiego
SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku*

Humańska Marzena

Dr n. med.

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych*

Jakoniuk Marta

Dr n. med.

Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Jankowiak Barbara

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jastrzebska Izabela

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Katafiasz Anna

Mgr pielęgniarstwa

*Klinika Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ
w Bydgoszczy*

Kaźmierczak Marzena

Dr n. o zdr.

*Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum
w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Kieźel Justyna

Mgr pielęgniarstwa

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

*Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Białymstoku*

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kłopotowska Julia

Lic. pielęgniarstwa

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

Kopcych Bożena

Dr n. o zdr.

Akademia Łomżyńska

Kowalewska Beata

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kozłowska Joanna

Mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UMB

Krzyszczak Maria

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kwika Maria Dorota

Dr n. med.

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno - Medyczny, Akademia Zamojska

Łempicka Karolina

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Majzit Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Mytych Szymon Janusz

Mgr pielęgniarstwa

Absolwent Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

LUX MED w Białymstoku

Ostrowska Agata

Student kierunku Lekarskiego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Parafiniuk Jolanta Anna

Mgr położnictwa

*Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinika Położnictwa i Perinatologii w Łodzi,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Parfieniuk Paulina

Lic. pielęgniarstwa

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

Ponczek Danuta

Dr n. med.

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych*

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ślizewska Halina

Dr n. med.

Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Uczelnia Zawodowa w Suwałkach

Świderska Dorota Hanna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Tomaszewski Błażej

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wądołowska Angelika

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Oddział Chorób Wewnętrznych SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wojciuk Andrzej

Mgr pielęgniarstwa

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Oddział Centrum Zdrowia Psychicznego

Woroniecka Magdalena

Mgr pielęgniarstwa

Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Spis treści

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE, UCZUCIE OSAMOTNIENIA OSÓB STARSZYCH	20
<i>Andrzej Wojciuk, Krystyna Klimaszewska</i>	
PROBLEM WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO, UCZUCIE OSAMOTNIENIA OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE DPS W KOSZEWIE	32
<i>Andrzej Wojciuk, Krystyna Klimaszewska</i>	
ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z DNĄ MOCZANOWĄ	62
<i>Dorota Hanna Świdorska, Bożena Kopcych, Katarzyna Krystyna Snarska</i>	
OCENA POZIOMU STRESU WŚRÓD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO ZWIĄZANEGO Z PRACĄ W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH	82
<i>Maria Dorota Kwika, Barbara Basaj, Halina Sliżewska</i>	
PROBLEMY BIOPSYCHOSPOŁECZNE PACJENTA Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ	103
<i>Natalia Grelecka, Beata Kowalewska</i>	
BLIZNA W UJĘCIU FIZJOTERAPEUTYCZNYM	118
<i>Kamila Dunaj</i>	
HONOROWE KRWIODAWSTWO – OPINIE SPOŁECZEŃSTWA	136
<i>Angelika Wądołowska, Barbara Jankowiak</i>	
LEKI PRZECIWBÓŁOWE BEZ RECEPTY – NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ	152
<i>Izabela Jastrzębska, Krystyna Klimaszewska</i>	
OCENA WIEDZY MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓŁOWYCH	171
<i>Izabela Jastrzębska, Krystyna Klimaszewska</i>	
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI LECZONEJ CHIRURGICZNIE Z POWODU PRZEPUKLINY BRZUSZNEJ	196
<i>Julia Kłopotowska, Barbara Jankowiak</i>	
POWIKŁANIA I PROFILAKTYKA W ZAKAŻENIACH WZW TYPU B	207
<i>Joanna Kozłowska, Krystyna Klimaszewska</i>	

WIEDZA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W BIAŁYMSTOKU NA TEMAT ZAKAŻENIA WZW TYPU B	223
<i>Joanna Kozłowska, Krystyna Klimaszewska</i>	
ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z ZESPOŁEM DOWNA	238
<i>Karolina Łempicka, Barbara Jankowiak</i>	
POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW	251
<i>Justyna Kieźel, Barbara Jankowiak, Marta Jakoniuk</i>	
PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTKI Z POWIKŁANIAMI PO OPERACJI BARIATRYCZNEJ	264
<i>Maria Krzyszczyk, Beata Kowalewska</i>	
PIELĘGNIARSTWO – ZAWÓD CZY MISJA?	287
<i>Katarzyna Gromotowicz, Krystyna Klimaszewska</i>	
PIELĘGNIARSTWO JAKO ZAWÓD W OPINII PUBLICZNEJ	310
<i>Katarzyna Gromotowicz, Krystyna Klimaszewska</i>	
MOŻLIWOŚCI MONITOROWANIA PACJENTKI Z KRWOTOKIEM POPORODOWYM	332
<i>Grażyna Gebuza, Agnieszka Dombrowska-Pali, Marzena Kaźmierczak, Piotr Gebuza, Agata Ostrowska, Jolanta Anna Parafiniuk</i>	
PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM	341
<i>Paulina Parfieniuk, Barbara Jankowiak</i>	
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W PODESZŁYM WIEKU Z POCHP	358
<i>Błażej Tomaszewski, Katarzyna Majzlit, Bożena Kopcych, Katarzyna Krystyna Snarska</i>	
PERCEPCJA BÓLU U CHORYCH Z DYSKOPATIĄ LĘDŹWIOWĄ KRĘGOSŁUPA PRZED ORAZ DWA MIESIĄCE PO MIKRODISCEKTOMII	369
<i>Danuta Ponczek, Katarzyna Betke, Marzena Humańska, Anna Katafiasz</i>	
PRZEBIEG CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA U KOBIETY Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM I PORODEM PRZEDWCZESNYM	382
<i>Grażyna Gebuza, Gabriela Daniszewska</i>	

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU II	392
<i>Magdalena Woroniecka, Katarzyna Krystyna Snarska</i>	
ZACHOWANIA ZDROWOTNE A STAN ZDROWIA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ DO PORADNI MEDYCYNY PRACY W BIAŁYMSTOKU	419
<i>Szymon Janusz Mytych, Barbara Jankowiak, Marta Jakoniuk</i>	

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE, UCZUCIE OSAMOTNIENIA OSÓB STARSZYCH

Andrzej Wojciuk¹, Krystyna Klimaszewska²

1 - *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Oddział Centrum Zdrowia Psychicznego*

2 – *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Osoby starsze stanowią coraz większy odsetek populacji w wielu krajach na całym świecie, a trend ten będzie się utrzymywać w kolejnych dekadach. Ze względu na starzenie się społeczeństwa, wiele krajów staje przed wyzwaniem zapewnienia odpowiedniej opieki i wsparcia dla tej grupy ludzi. Uczucie osamotnienia i wykluczenia społecznego to problemy, które dotyczą wielu osób starszych i mogą prowadzić do pogorszenia ich jakości życia, a nawet do problemów zdrowotnych i emocjonalnych [1]. Współczesne społeczeństwa są coraz bardziej zglobalizowane i zindywidualizowane, co może prowadzić do izolacji społecznej. Dla osób starszych, które często doświadczają utraty bliskich osób i kontaktów społecznych, izolacja może stać się szczególnie dotkliwa. Utrata bliskich osób, ograniczenia fizyczne i trudności z poruszaniem się poza domem mogą prowadzić do izolacji społecznej i uczucia osamotnienia [2].

Zgodnie z definicją WHO starość dzieli się na trzy kategorie:

- Wiek starzenia się (między 60 a 74 rokiem życia)
- Wiek starczy (między 75 a 89 rokiem życia)
- Wiek sędziwy (90 rok życia i więcej).

Starość to ostatni etap życia człowieka. Często w literaturze opisywana jest jako czas, w którym procesy psychiczne, takie jak poczucie rezygnacji i braku perspektyw oraz społeczne, związane z odrzuceniem zgodnie z rytuałami kulturowymi, działają synergicznie z

procesami biologicznymi. Wszystko to prowadzi do zaburzenia homeostazy, co z kolei skutkuje ograniczeniem możliwości przeciwdziałania temu procesowi bez możliwości substytucji i powrotu do stanu sprzed procesów starzenia się [3].

ROZWINIĘCIE

Wykluczenie społeczne i uczucie osamotnienia u osób starszych

Samotność i osamotnienie wynikają z różnych czynników psychologicznych i społecznych, które wpływają na zachowanie jednostek [4].

Samotność jest nieprzyjemnym stanem psychicznym, który jest odczuwany przez daną osobę i charakteryzuje się poczuciem izolacji od innych ludzi, co skłania ją do poszukiwania satysfakcjonujących i sensownych relacji z innymi [5].

Samotność jest określana jako stan obiektywny, który powstaje w wyniku długotrwałego braku kontaktów międzyludzkich, wynikającego z braku społecznych więzi z innymi oraz braku możliwości kontaktu fizycznego. Niedostateczne lub nieadekwatne pełnienie ról społecznych może być również przyczyną samotności. Natomiast osamotnienie zwykle kojarzy się z poczuciem izolacji, które wynika z braku emocjonalnej i mentalnej więzi z innymi ludźmi. W przypadku osób starszych doświadczających samotności, można zauważyć, że główną jej przyczyną jest zanik tradycyjnego modelu rodziny wielopokoleniowej, w której osoby starsze znajdowały swoje miejsce i były szanowane [6].

Osamotnienie jest subiektywną oceną niedostatecznej jakościowo i ilościowo relacji międzyludzkich w danym momencie lub w życiu, co prowadzi do odczuwania braku zrozumienia, wsparcia emocjonalnego, negatywnych emocji i bliskości z innymi ludźmi [4].

Przyczyny

Wśród czynników powodujących samotność wśród ludzi starszych można wymienić kilka przyczyn. Po pierwsze, może to być społeczna izolacja, czyli brak kontaktów z innymi ludźmi. Wraz z wiekiem wiele osób traci swoich przyjaciół lub partnerów życiowych, co może prowadzić do poczucia osamotnienia. Pojawienie się chorób i cierpienia także może wpłynąć na zwiększenie samotności [3]. Ludzie starsi, którzy stają się mniej samodzielni, mogą mieć trudności z przyznaniem się do tego i prośbą o pomoc. W takiej sytuacji dumne

podejście do życia może nie pozwolić na prośbę o wsparcie. Niewłaściwe wyobrażenie o starości, niemożność zrozumienia otoczenia, różnice pokoleniowe czy negatywne stereotypy o osobach starszych także mogą prowadzić do izolacji społecznej. Śmierć bliskiej osoby lub przeprowadzka do domu opieki, do dzieci mogą być przyczyną rozłąki z bliskimi ludźmi i zwiększenia samotności. Brak poczucia bycia potrzebnym, poczucie odrzucenia, problemy zdrowotne, nuda, bierność, migracje oraz dystans międzypokoleniowy to kolejne czynniki wpływające na pojawienie się samotności wśród osób starszych [5].

Objawy

Uczucie osamotnienia i wykluczenia społecznego u osób starszych manifestuje się w różny sposób i może mieć negatywny wpływ na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Najczęstszymi objawami wyżej wspomnianego zjawiska są:

- Depresja i lęk – osamotnienie i wykluczenie społeczne często związane jest z uczuciem smutku i zniechęcenia, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do depresji. Osoby starsze mogą czuć się odrzucone, co prowadzi do poczucia niepokoju, lęku, depresji, a nawet myśli samobójczych.
- Zmiana nastroju i apatia – jednostki osamotnione i wykluczone mogą być mniej zainteresowane swoim życiem, powoduje to apatie, zmiany nastroju oraz brak energii. Zdarza się, że osoby starsze zaniedbują swoje obowiązki oraz przestają interesować się swoimi pasjami.
- Problemy ze snem – poczucie osamotnienia i wykluczenia wpływa na problemy ze snem. Występują trudności z zasypianiem oraz budzenie się w nocy. Brak snu prowadzi do zmniejszenia zdolności poznawczych i sprawności fizycznej. Wpływa to negatywnie na ogólny stan zdrowia.
- Problemy z odżywianiem – nieregularne spożywanie posiłków oraz podjadanie niezdrowych przekąsek prowadzi do chorób związanych z dietą i problemów ze zdrowiem ogólnym.
- Problemy ze zdrowiem fizycznym – starszy wiek oraz uczucie wykluczenia może mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne. Częściej odnotowuje się występowanie chorób przewlekłych między innymi takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca.

- Izolacja i brak kontaktów społecznych – ludzie starsi często zamykają się w sobie i unikają kontaktu z innymi ludźmi. Rezygnują oni z uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, a także odsuwają się od rodziny i przyjaciół.
- Brak poczucia celu i sensu życia – osoby starsze, które czują się wykluczone tracą poczucie celu i sensu życia. Mogą czuć się niepotrzebne i bezwartościowe, wpływa to na zdrowie psychiczne, fizyczne oraz na jakość życia [Kulig, 2014].
- Pogorszenie pamięci – wśród osób starszych często występują problemy z pamięcią i koncentracją. Zapamiętywanie nowych informacji i przypominanie sobie już znanych danych sprawia trudności. Pogorszenie pamięci może prowadzić do zmniejszenia zdolności poznawczych i sprawności fizycznej [1, 7, 8].

Skutki

Wykluczenie społeczne i uczucie osamotnienia u osób starszych może prowadzić do szeregu negatywnych skutków zarówno w sferze emocjonalnej, jak i zdrowotnej.

- Depresja i zaburzenia lękowe: Osoby starsze, które odczuwają osamotnienie i wykluczenie społeczne, są bardziej narażone na rozwój depresji i zaburzeń lękowych. Odczuwanie braku wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół oraz izolacja od społeczeństwa może prowadzić do poczucia beznadziei i osłabienia psychiki.
- Pogorszenie zdrowia fizycznego: Osoby osamotnione i wykluczone społecznie, są bardziej narażone na problemy zdrowotne, takie jak choroby serca, choroby układu oddechowego, cukrzyca i inne choroby przewlekłe. Wynika to z faktu, że brak wsparcia i izolacja społeczna może wpłynąć negatywnie na system odpornościowy i ogólny stan zdrowia.
- Ryzyko samobójstwa: Uczucie osamotnienia i wykluczenia społecznego może prowadzić do pogorszenia stanu psychicznego, co w niektórych przypadkach doprowadza do myśli samobójczych i prób samobójczych.
- Pogorszenie jakości życia: Osoby starsze często mają niższą jakość życia niż osoby, które mają silne więzi społeczne. Izolacja od społeczeństwa i brak wsparcia może prowadzić do poczucia osamotnienia, braku satysfakcji z życia oraz pogorszenia ogólnego samopoczucia.
- Wzrost kosztów opieki zdrowotnej: Osoby starsze często potrzebują większej oraz bardziej specjalistycznej opieki zdrowotnej i wsparcia niż pozostali [1, 9, 10].

Metody radzenia sobie z wykluczeniem i osamotnieniem wśród osób starszych

Wraz z postępowaniem medycyny i poprawą warunków życia, przeciętna długość życia człowieka stale rośnie. Jednakże, proces starzenia się niesie ze sobą wiele wyzwań, w tym ryzyko osamotnienia i wykluczenia społecznego. Dlatego też, konieczne jest wdrożenie działań mających na celu poprawę jakości życia seniorów, a także zapobieganie problemom związanym z izolacją i brakiem kontaktu z innymi ludźmi.

Jednym ze sposobów na radzenie sobie z samotnością i wykluczeniem jest utrzymywanie kontaktu z rodziną i bliskimi. Regularna rozmowa, spotkania czy korespondencja listowna mogą pomóc w poczuciu bliskości i zrozumienia ze strony innych [1]. Aktywny tryb życia również jest ważnym czynnikiem, który może pomóc w nawiązaniu kontaktów z innymi ludźmi. Seniorzy powinni angażować się w różnego rodzaju aktywności, takie jak klub czytelników, kursy językowe, warsztaty rzemiosła, a także uczestnictwo w wolontariacie. Ponadto, pielęgnowanie zainteresowań może być doskonałą okazją do nawiązania kontaktów z innymi ludźmi o podobnych poglądach [9].

W przypadku potrzeby opieki czy wsparcia w codziennych czynnościach, zaleca się skorzystanie z pomocy społecznej, takiej jak pomoc domowa czy placówki opiekuńcze. W razie problemów zdrowotnych oraz trudności emocjonalnych poleca się korzystanie z pomocy specjalistów (terapeuci, psycholodzy, lekarze specjaliści, fizjoterapeuci itp.).

Wiele organizacji prowadzi programy dla seniorów, które oferują możliwość uczestnictwa w różnych aktywnościach oraz zapewniają opiekę i wsparcie. Warto również zachęcać seniorów do nauki korzystania z nowoczesnych technologii, takich jak smartfony czy tablety. Dzięki nim, mogą utrzymywać kontakt z rodziną i przyjaciółmi, a także zdobywać nowe informacje i umiejętności. Należy jednak pamiętać, że każda osoba jest inna, dlatego też warto szukać takich rozwiązań, które najlepiej odpowiadają na indywidualne potrzeby seniora [11].

Geriatrya

Nierozłączne dla ludzi starych stają się poszczególne dolegliwości i schorzenia, w roku 1903 Ilia Miecznikow zaproponował pojęcie „gerontologia” dla określenia wielu dziedzin nauki, które zajmują się starzeniem i starością. Według Światowej Organizacji Zdrowia, podanej w 2004 roku geriatrya to specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem i chorobami oraz opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku. Pacjenci

geriatryczni cierpią na wiele schorzeń przewlekłych, które przenikają się wzajemnie, powodując wiele dolegliwości obniżających komfort życia, ale nie stanowiących bezpośredniego zagrożenia.

- Zespół słabości

Jedną z chorób, którą zajmuje się geriatra jest zespół słabości. W rezultacie seniorzy są bardziej podatni na zachorowania co wiąże się z utratą samodzielności i koniecznością częstszego przebywania w szpitalach. Główne objawy zespołu słabości to zmniejszenie sprawności fizycznej i odporności na stres, nagła utrata masy ciała, osłabienie i wyczerpanie.

- Choroba Alzheimera

Do chorób geriatrycznych zaliczamy również chorobę Alzheimera, która jest chorobą neurodegeneracyjną, prowadzącą do otępienia. Określana jest jako przed starczy zanik mózgu. Schorzenie to rozwija się bardzo powoli i z czasem powoduje problemy w życiu codziennym. Do objawów alzheimera należą zaburzenia pamięci, obniżenie ogólnej aktywności psychicznej oraz zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni. Dochodzi również do częstych zmian nastroju. Ponieważ nie są znane przyczyny prowadzące do zanikania komórek nerwowych, nie ma możliwości leczenia przyczynowego, żadne środki farmakologiczne nie są w stanie spowodować odwrócenie tej choroby. Często chory wymaga opieki całodobowej co wiąże się z rezygnacją z pracy zawodowej oraz życia prywatnego członków rodziny. Często jednak kończy się umieszczeniem bliskiego w domu opieki społecznej lub innej placówce zajmującej się takimi przypadkami.

- Choroba Parkinsona

Kolejną przypadłością geriatryczną jest choroba Parkinsona czyli proces zwyrodnienia komórek nerwowych zwany neurodegeneracją. Proces ten zachodzi bardzo wolno, trwa miesiącami a nawet latami. Wciąż nie ustalono konkretnej przyczyny powstania choroby, przypuszcza się że jedną z istotnych przyczyn jest uwarunkowania genetyczne, ale i czynniki zewnętrzne takie jak substancje znajdujące się w powietrzu, żywności i dostające się do organizmu w wyniku infekcji i chorób. Objawy towarzyszące tej chorobie to m.in. pogorszenie sprawności, sztywność mięśni, niekontrolowane ruchy w trakcie gestykulacji i podczas chodzenia. Charakterystycznym objawem jest drżenie parkinsonowe, spowolnienie mowy i problem z utrzymaniem równowagi. W leczeniu choroby Parkinsona stosuje się farmakologię, rehabilitację oraz leczenie operacyjne. w zaawansowanej fazie choroby niezbędna jest pomoc osób trzecich ponieważ chory nie jest w stanie samodzielnie żyć [12].

- Cukrzyca

Cukrzyca to kolejna choroba towarzysząca osobom w podeszłym wieku, która charakteryzuje się częstymi hiperglikemiami, czyli podwyższonym stężeniem glukozy we krwi, a także nagłymi spadkami- hipoglikemiami. Powodem są zaburzenia w wydzielaniu insuliny przez trzustkę. Nie leczona cukrzyca prowadzi do poważnych chorób. Najczęściej spotykane powikłania to uszkodzenie albo niewydolność nerek, choroby serca i układu krążenia a nawet udar mózgu. Czynniki jakie sprzyjają rozwojowi tej choroby u osób starszych to niewielka aktywność fizyczna, niepełna wydolność wewnętrznych narządów takich jak nerki, wątroba, przyjmowanie niektórych leków, nadwaga i otyłość. Cukrzyca jest chorobą nieuleczalną, jednak przy stosowaniu odpowiedniej diety i dopasowaniu leczenia farmakologicznego można uniknąć powikłań i szybkiego rozwoju choroby. Przyda się przy tym pomoc opiekunów osoby starszej aby dopilnować stosowania diety i przyjmowania leków [2].

- Nadciśnienie tętnicze

Osoby po 65 roku życia często cierpią również na nadciśnienie tętnicze i chorobę niedokrwienną serca. Jedną z głównych przyczyn prowadzących to powstania tych chorób jest styl życia, dieta oraz palenie papierosów, z wiekiem jednak ryzyko wystąpienia tych dolegliwości wzrasta. Jako profilaktykę można zastosować leczenie innych chorób takich jak cukrzyca, regularne mierzenie ciśnienia tętniczego oraz poziomu glikemii a także wykonywać badania cholesterolu.

- Osteoporoza

Problemem wieku podeszłego jest również osteoporoza, choroba która charakteryzuje się niską masą kości oraz upośledzeniem mikroarchitektury tkanki kostnej i w konsekwencji jej zwiększoną podatność na złamania. Jedną z przyczyn powstania osteoporozy jest obniżenie stężenia hormonów, takich jak między innymi estrogenów, testosteronu i hormonu wzrostu, oraz upośledzenie gospodarki wapniowo- fosforowej. Profilaktyka złamań osteoporotycznych polega na eliminacji czynnika ryzyka osteoporozy, czyli odpowiednia dieta, styl życia oraz suplementacja. W wyniku tej choroby bardzo często dochodzi do złamania panewki stawu biodrowego co jest bardzo niebezpieczne dla osób w podeszłym wieku. Złamanie to najczęściej kończy się operacją, pod warunkiem że ogólny stan zdrowia pacjenta pozwala na jej przeprowadzenie, w przeciwnym razie stosuje się leczenie zachowawcze, które z kolei wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłaniami zakrzepowo – zatorowymi, co może prowadzić do śmierci. W przypadku każdej z wyżej wymienionych

metod leczenia ważną rolę pełni rehabilitacja, którą powinno się wdrażać jak najszybciej, ponieważ od tego zależy sprawność pacjenta po wyzdrowieniu [2].

- Demencja starcza

Przyczyną tej choroby może również być guz mózgu, uraz, infekcje, nadużywanie alkoholu, ale także długotrwały stres. Wszystkie te czynniki prowadzą do zmniejszenia sprawności mózgu, w rezultacie osoba cierpiąca na demencję traci funkcję do rozpoznawania otoczenia. Najbardziej charakterystycznym objawem tej choroby jest utrata pamięci. Z czasem chory traci umiejętność uczenia się, nie rozpoznaje osób, ani rzeczy, zaczyna mieć trudności z mówieniem i liczeniem, a także traci orientację w czasie i przestrzeni. Występują omamy słuchowe i wzrokowe, a także różnego typu urojenia. Osoba chora na demencję zmienia swoje zachowanie, ma to duży wpływ na relacje z członkami rodziny. Opieka nad osobą chorą wymaga dużego zaangażowania i poświęcenia ze strony opiekuna. Nawet jeśli chorym jest ojciec lub matka to nadmiar obowiązków i specyfika choroby może przerodzić się w frustrację [13].

Dom Pomocy Społecznej

Dom Pomocy Społecznej (DPS) to placówka opiekuńczo-lecznicza, która zapewnia całodobową opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennych czynnościach życiowych. DPS-y są szczególnie ważne dla osób starszych, które z różnych przyczyn nie są w stanie samodzielnie funkcjonować [14].

Dom Pomocy Społecznej (DPS) to instytucja pomocy społecznej, która zapewnia pomoc osobom potrzebującym opieki i wsparcia na co dzień. W Polsce istnieją różne kategorie DPS-ów, różniące się zakresem i stopniem świadczonej pomocy [15].

Najbardziej powszechne kategorie DPS-ów to:

- DPS dla osób starszych
- DPS dla osób niepełnosprawnych
- DPS dla osób bezdomnych
- DPS dla osób z chorobami psychicznymi.

Oczekiwania mieszkańców DPS

Domy Pomocy Społecznej stanowią ważne miejsce opieki i pomocy dla osób starszych w Polsce. Jednym z ważniejszych czynników, które wpływają na rozwój i funkcjonowanie DPS-ów, są oczekiwania społeczeństwa. Społeczeństwo oczekuje, że DPS-y zapewnią godną opiekę i życie mieszkańcom oraz będą działać zgodnie z normami i standardami ustalonymi przez prawo. Oczekiwania społeczeństwa wobec DPS-ów dotyczą przede wszystkim jakości opieki i poziomu bezpieczeństwa mieszkańców. Społeczeństwo oczekuje, że mieszkańcy DPS-ów będą mieli zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną, regularne posiłki, dbałość o higienę osobistą, a także dostęp do zajęć rekreacyjnych i terapeutycznych. Współczesne społeczeństwo stawia również duży nacisk na aspekty takie jak integracja mieszkańców z otoczeniem, dbałość o życie kulturalne oraz zapewnienie pełnego wsparcia psychologicznego [16].

Potrzeby mieszkańców DPS-ów

Mieszkańcy domów pomocy społecznej, ze względu na swój wiek oraz stan zdrowia, często mają specyficzne potrzeby, które powinny być zaspokajane w trakcie pobytu w placówce. Poniżej przedstawione są najważniejsze potrzeby, jakie mają osoby starsze przebywające w DPS-ach:

- Potrzeba opieki medycznej

Osoby starsze często cierpią na różnego rodzaju dolegliwości, wymagają stałej opieki medycznej, regularnej kontroli stanu zdrowia oraz zażywania leków. W związku z tym, ważne jest, aby w DPS-ach znajdował się personel medyczny, w tym pielęgniarki i lekarze, którzy zapewnią mieszkańcom odpowiednią opiekę medyczną [12].

- Potrzeba aktywności fizycznej i zajęć terapeutycznych

Regularna aktywność fizyczna oraz udział w różnych zajęciach terapeutycznych, np. gimnastyka, terapia zajęciowa, masaże, mają pozytywny wpływ na zdrowie i samopoczucie osób starszych. Dlatego też, w DPS-ach powinny być organizowane różnego rodzaju zajęcia ruchowe i terapeutyczne [14].

- Potrzeba opieki psychologicznej

Samotność, izolacja społeczna oraz choroby, z którymi borykają się osoby starsze, mogą prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i psychologicznych, takich jak depresja czy lęk. W

DPS-ach powinni działać specjaliści, którzy pomogą mieszkańcom w radzeniu sobie z emocjami oraz wzmocnią ich psychiczną odporność.

- Potrzeba odpowiedniego wyżywienia

W wieku starszym ważne jest odpowiednie odżywianie, co ma wpływ na stan zdrowia i samopoczucie. Pensjonariusze powinni mieć zapewnioną odpowiednią dietę, dostosowaną do indywidualnych potrzeb i wymagań zdrowotnych mieszkańców [17].

- Potrzeba opieki socjalnej

W trakcie pobytu w DPS-ach osoby starsze potrzebują wsparcia w wielu codziennych czynnościach, takich jak higiena osobista, ubieranie, przygotowywanie posiłków czy sprzątanie. Ponadto, ważne jest, aby w placówkach działały specjaliści ds. pomocy społecznej, którzy pomogą mieszkańcom w załatwieniu różnych spraw formalnych, takich jak np. emerytura czy renta.

- Potrzeba kontaktu z rodziną i bliskimi

Dla osób starszych ważne jest utrzymywanie kontaktu z rodziną i bliskimi. W związku z tym, w DPS-ach powinny być organizowane różne aktywności i wydarzenia, które umożliwią mieszkańcom spotkania z bliskimi. Wiele placówek oferuje sale lub pokoje do spotkań, w których można spędzić czas z rodziną i przyjaciółmi. Ponadto, warto zorganizować imprezy okolicznościowe, takie jak urodziny, rocznice czy święta, w trakcie których mieszkańcy mogą spędzić czas w gronie swoich najbliższych [14].

ZAKOŃCZENIE

Współczesny świat stawia przed ludźmi nowe wyzwania. Dynamiczny rozwój techniki, zmiany społeczne i gospodarcze niosą ze sobą ryzyko osamotnienia człowieka, a także wymagają od niego przystosowania się do zachodzących przemian. Zatem badania nad jednostkowymi konsekwencjami poczucia osamotnienia oraz trudnościami w przystosowaniu odpowiadają problematyce współczesnego człowieka i powinno się je prowadzić we wszystkich grupach wiekowych.

Samotność i osamotnienie to zjawiska, których rozpatrywanie wymaga dokonania precyzyjnych ustaleń terminologicznych. Zjawiska te, przez niektórych badaczy analizowane wspólnie (choć nie zawsze współwystępują one ze sobą), mogą dotyczyć człowieka w różnych okresach jego życia. Nie są więc typowe tylko dla osób w starszym wieku. Liczne badania i analizy pokazują jednak, że samotność i osamotnienie w okresie starości to ważna i

aktualna kwestia społeczna, która powinna być w większym stopniu dostrzegana i uwzględniana w społecznej polityce państwa.

PIŚMIENNICTWO

1. Burzyńska M., Pikala M., Kondak K., Maniecka-Bryła I.: Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej, *Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis*. 2017; 3(329): 131–145.
2. Fabiś A., Chabior A.: Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2017: 279 – 297.
3. Czekanowski P.: Samotność i osamotnienie w okresie starości. W: A.A. ZYCH (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski, Katowice 2017: 246 – 249.
4. Dąbrowska P.: Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik naukowy T.U. Fides et Ratio*. 2011; 2(6):84-90.
5. Domènech-Abella J., Mundó J., Leonardi M., Chatterji S., Tobiasz-Adamczyk B., Koskinen S.: Loneliness and depression among older European adults: the role of perceived neighborhood built environment. *Health Place*. 2020.
6. Charchut D.: Samotność interdyscyplinarny przegląd definicji. Samotność: rzeczywistość czy fikcja. Wyd. KUL, Stalowa Wola 2013.
7. Kulig A.: Ja – Ty – Wspólnota. Samotność jako strategia wykluczania. *Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. E. Stein – Wobec samotności*. 2014;12: 237-248.
8. Zalewska-Puchała J., Kostrz M., Majda A. i wsp.: Poczucie samotności osób starszych. *Probl Pielęg* 2015;23(2):233-8.
9. Barakat K., Wilkinson P., Deaner A. i wsp.: How should age affect management of acute myocardial infarction? 2000; 353:955–959.
10. Broczek K., Mossakowska M., Szybalska A.: Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. 2012;4:123-36
11. Szczupala B., Wiśniewska J.: Samotność i poczucie osamotnienia w narracji osób w wieku późnej starości – przejawy oraz możliwości przeciwdziałania. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. 2019: 4; 38: 25-40.

12. Kamusińska E., Słopiecka A.: Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;18;3:219-24.
13. Szatur-Jaworska B.: Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. 2012;3:419-48.
14. Kanios A.: Postawy pracowników zawodów pomocowych wobec osób starszych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2018.
15. Toczyńska A., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.: Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Probl. Pielęg.* 2012; 20(3):369-79.
16. Ibarra F., Baez M., Cernuzzi L., Casati F.: A systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: loneliness, social isolation, and connectedness. *J Healthc Eng.* 2020.
17. Leszczyńska-Rejchert A.: Praca socjalna z seniorami w perspektywie geragogiki. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2016.

PROBLEM WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO, UCZUCIE OSAMOTNIENIA OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE DPS W KOSZEWIE

Andrzej Wojciuk¹, Krystyna Klimaszewska²

1 - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Oddział Centrum Zdrowia Psychicznego

2 – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Osoby starsze stanowią coraz większy odsetek populacji w wielu krajach na całym świecie, a trend ten będzie się utrzymywać w kolejnych dekadach. Ze względu na starzenie się społeczeństwa, wiele krajów staje przed wyzwaniem zapewnienia odpowiedniej opieki i wsparcia dla tej grupy ludzi. Uczucie osamotnienia i wykluczenia społecznego to problemy, które dotyczą wielu osób starszych i mogą prowadzić do pogorszenia ich jakości życia, a nawet do problemów zdrowotnych i emocjonalnych.

Dom Pomocy Społecznej (DPS) to placówka opiekuńczo-lecznicza, która zapewnia całodobową opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennych czynnościach życiowych. DPS-y są szczególnie ważne dla osób starszych, które z różnych przyczyn nie są w stanie samodzielnie funkcjonować [1].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy magisterskiej była dokładna analiza problemów związanych z uczuciem osamotnienia i wykluczenia społecznego wśród osób starszych w domach pomocy społecznej w Koszewie. Główny cel pracy poszerzono o cele szczegółowe:

1. Analiza przyczyn i skutków uczucia osamotnienia i wykluczenia społecznego wśród osób starszych zamieszkujących DPS w Koszewie.
2. Ocena działań podejmowanych w Domach Pomocy Społecznej, mających na celu zapobieganie i przeciwdziałanie samotności i wykluczeniu społecznemu wśród osób starszych.
3. Wskazanie skutecznych metod i strategii, które mogą pomóc w poprawie jakości życia osób starszych przebywających w DPS.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania zostały przeprowadzone wśród 43 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Domowe Zacisze” w Koszewie. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe.

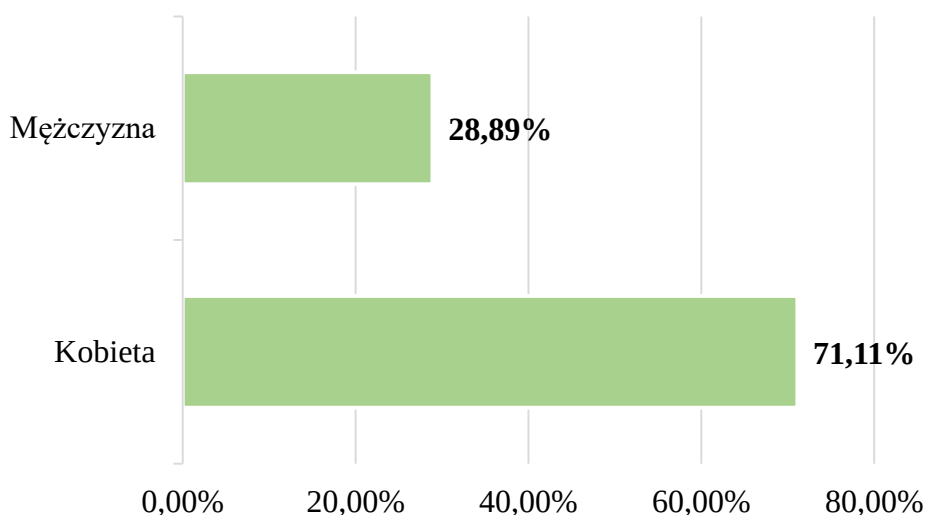
W postępowaniu badawczym posłużono się kwestionariuszem własnego autorstwa, który składał się z 29 pytań jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pytania dotyczyły danych socjodemograficznych oraz zagadnień związanych z wykluczeniem i osamotnieniem osób starszych przebywających w Domach Pomocy Społecznej.

Analizę wyników badań przeprowadzono z wykorzystaniem metod statystycznych. Do oceny zgodności między zmiennymi użyto testu Chi-kwadrat. Test Fishera został wykorzystany do analizy relacji pomiędzy dwiema zmiennymi w próbie o niewielkiej liczbie obserwacji. Wszystkie obliczenia ilościowe oraz procentowe wykonano z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2021 oraz pakietu statystycznego Statistica 13.3. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Liczbę stopni swobody (df) wyliczono dla każdego testu.

WYNIKI

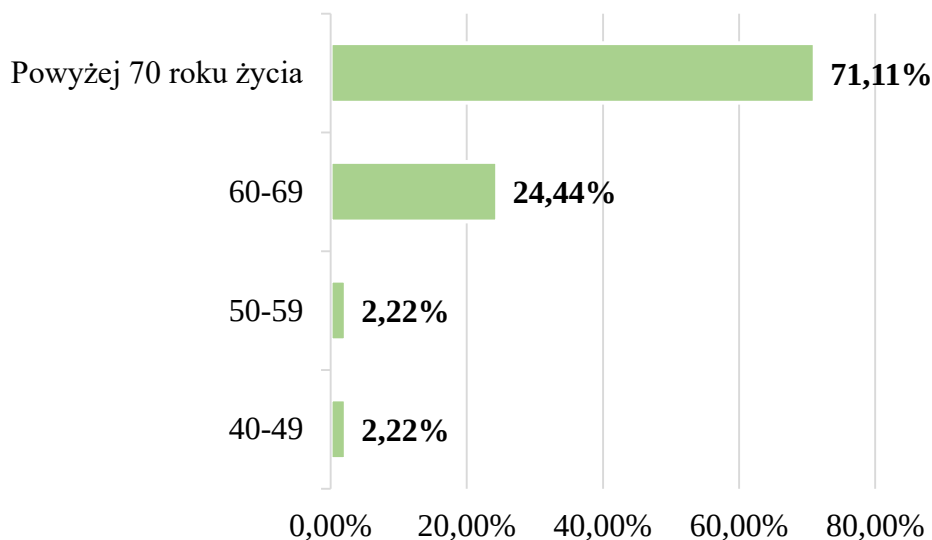
Ogólna charakterystyka badanych

Do badania przystąpiło 45 pensjonariusz Domu Pomocy Społecznej w Koszewie. Większość uczestników badania to kobiety ($n=32$; 71,11%). Płeć męska stanowiło 28,89% grupy badanej ($n=13$) – rycina 1.



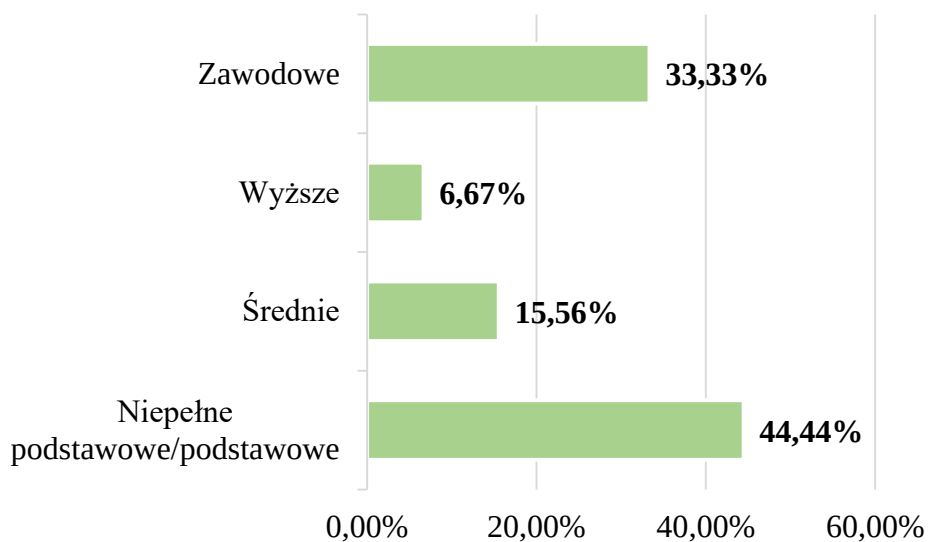
Rycina 1. Podział respondentów ze względu na płeć

Największą grupę wiekową tworzyły osoby powyżej 70 roku życia ($n=32$; 71,11%). W przedziale wiekowym od 60 do 69 lat znalazło się 24,44% ankietowanych ($n=11$). Pozostałe dane uszeregowano na rycinie 2.



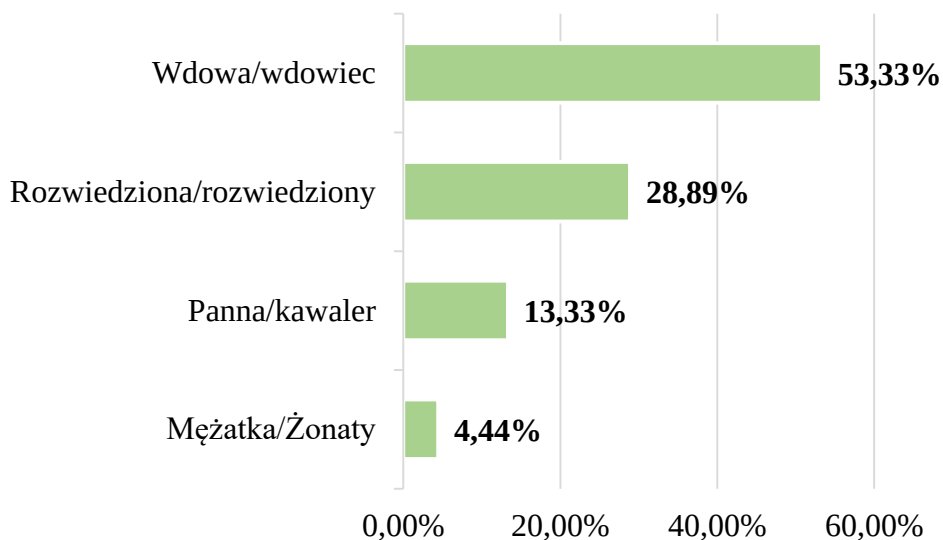
Rycina 2. Podział respondentów ze względu na wiek

Analizując wykształcenie badanych wykazano, że najczęściej wymieniano wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe ($n=20$; 44,44%). O wykształceniu zawodowym wspomniało 33,33% ankietowanych ($n=15$). Najmniej uczestników badania zadeklarowało wykształcenie wyższe ($n=3$; 6,67%) – rycina 3.



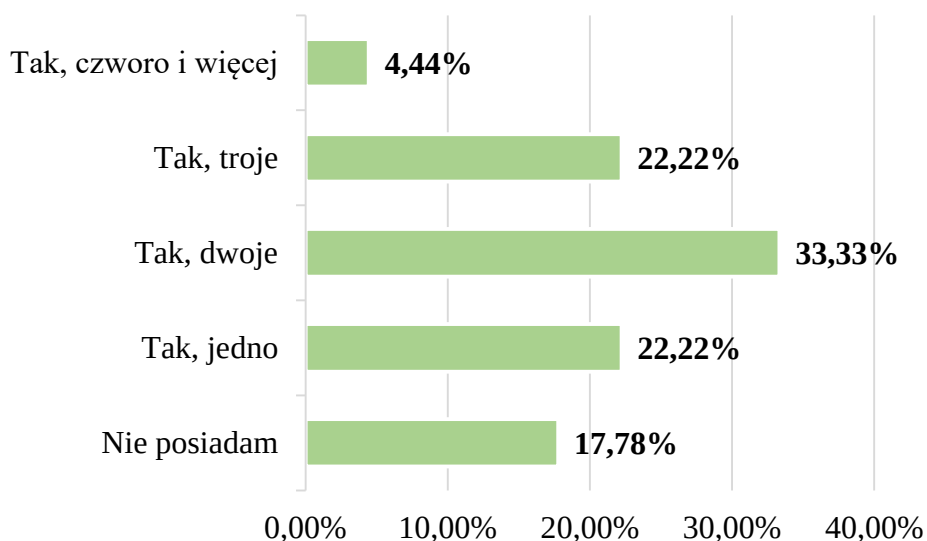
Rycina 3. Podział respondentów ze względu na wykształcenie

Ponad połowa uczestników badania określiło się jako wdowy/ wdowcy ($n=24$; 53,33%). O rozwodzie poinformowało 28,89% grupy ($n=13$). Wszystkie dane przedstawiono na rycinie 4.



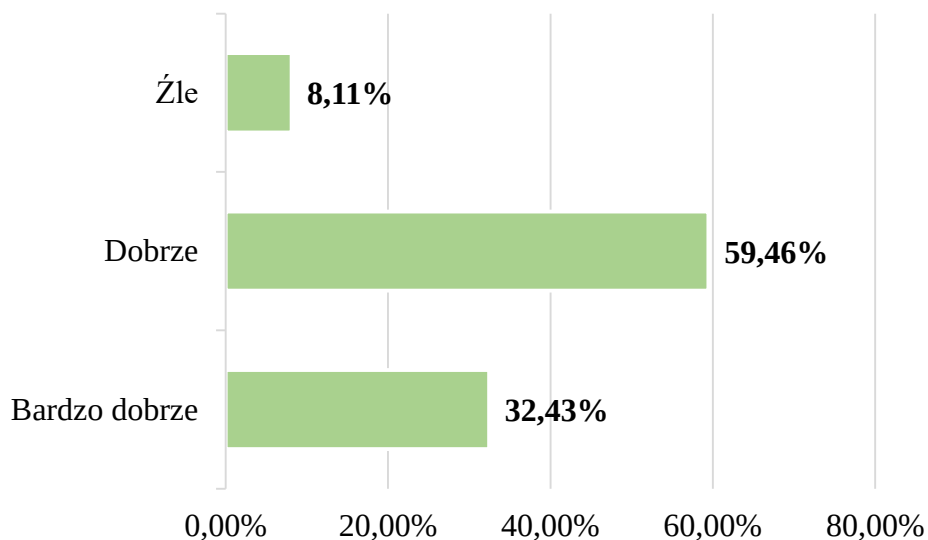
Rycina 4. Podział respondentów ze względu na stan cywilny

Większość pensjonariuszy posiadała dzieci – najczęściej dwoje ($n=15$; 33,33%). O posiadaniu jednego lub trójki dzieci poinformowało jednakowo 22,22% ankietowanych ($n=10$). Dzieci nie miało 17,78% badanych ($n=8$) – rycina 5.



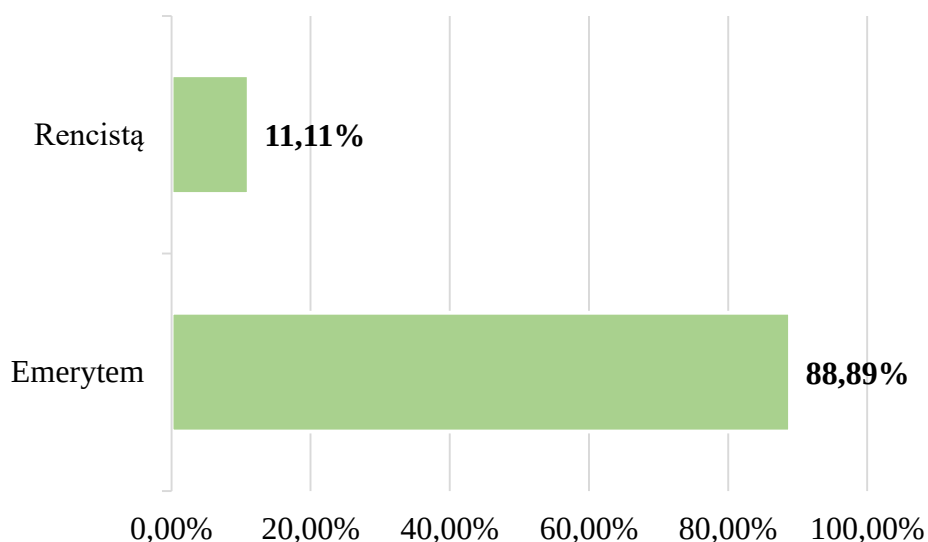
Rycina 5. Podział respondentów ze względu na posiadanie dzieci

Badani, którzy posiadali potomstwo oceniali swoje relacje z dziećmi. Większość oceniała je jako dobre (n=22; 59,46%). Złe relacje odnotowano w 8,11% przypadków (n=3) – rycina 6.



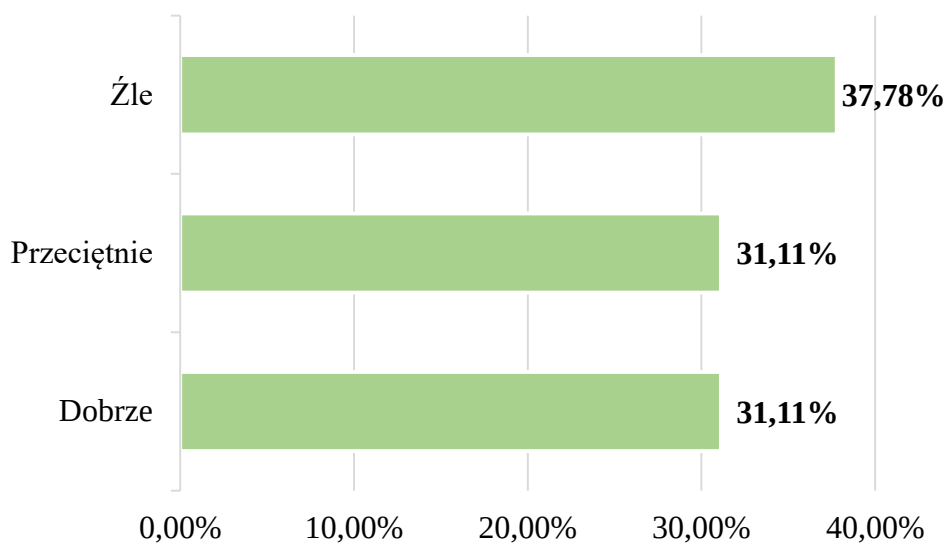
Rycina 6. Podział respondentów ze względu na ocenę swoich relacji z dziećmi

Większość respondentów to emeryci (n=40; 88,89%). O przebywaniu na rencie wspomniało 11,11% badanych (n=5) – rycina 7.



Rycina 7. Podział respondentów ze względu na przebywaniu na emeryturze lub rencie

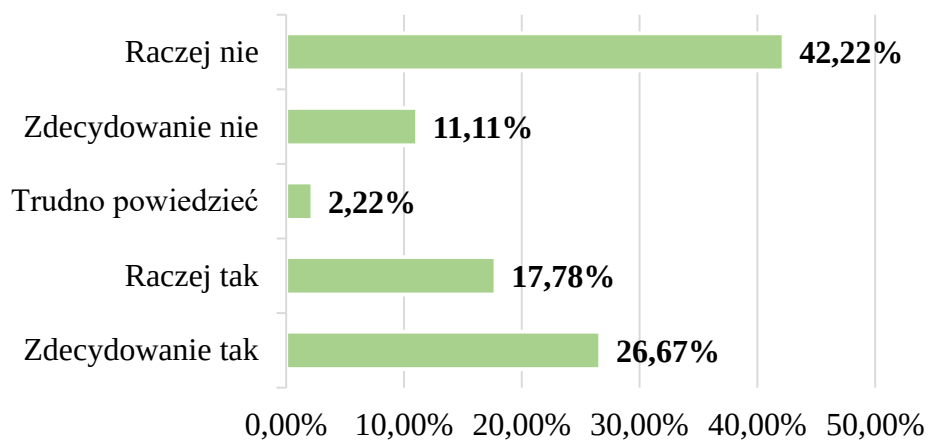
Większość uczestników badania oceniało swój stan zdrowia jako zły ($n=17$; 37,78%). O dobrym samopoczuciu poinformowało 31,11% grupy ($n=14$) – rycina 8.



Rycina 8. Podział respondentów ze względu na samoocenę swojego stanu zdrowia

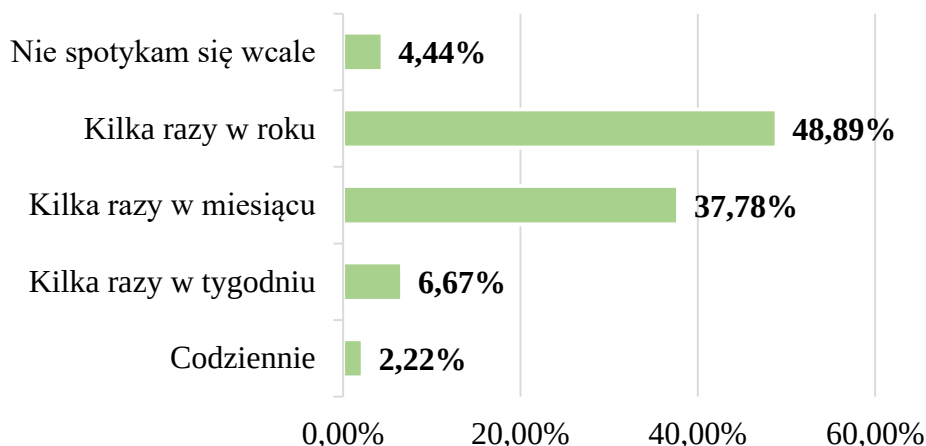
Dane związane z uczuciem osamotnienia osób starszych

Pensjonariuszy biorących udział w badaniu zapytano czy czują się samotni. Odpowiedź „raczej nie” wybrało 42,22% ankietowanych ($n=19$). Zdecydowane poczucie samotności odczuwało 26,67% badanych ($n=12$). Wszystkie odpowiedzi uszeregowano na rycinie 9.



Rycina 9. Podział respondentów ze względu na poczucie samotności

Respondenci najczęściej deklarowali spotkanie się z rodziną i znajomymi kilka razy w miesiącu (n=17; 37,78%) oraz kilka razy w roku (n=22; 48,89%). Dwóch respondentów zadeklarowało, że w ogóle się nie spotykają z bliskimi (4,44%) – rycina 10.



Rycina 10. Podział respondentów ze względu na częstotliwość spotkania się z członkami rodziny i znajomymi

Głównymi przeszkodami w utrzymywaniu kontaktów z innymi osobami były choroba i niepełnosprawność (n=22; 48,89%) oraz brak dojazdu (n=21; 46,67%). O dużej odległości wspomniało 28,89% grupy (n=13). Zdaniem 20,00% badanych wiek również był istotną przeszkodą w utrzymywaniu relacji z innymi. Wszystkie dane ukazano na rycinie 11.

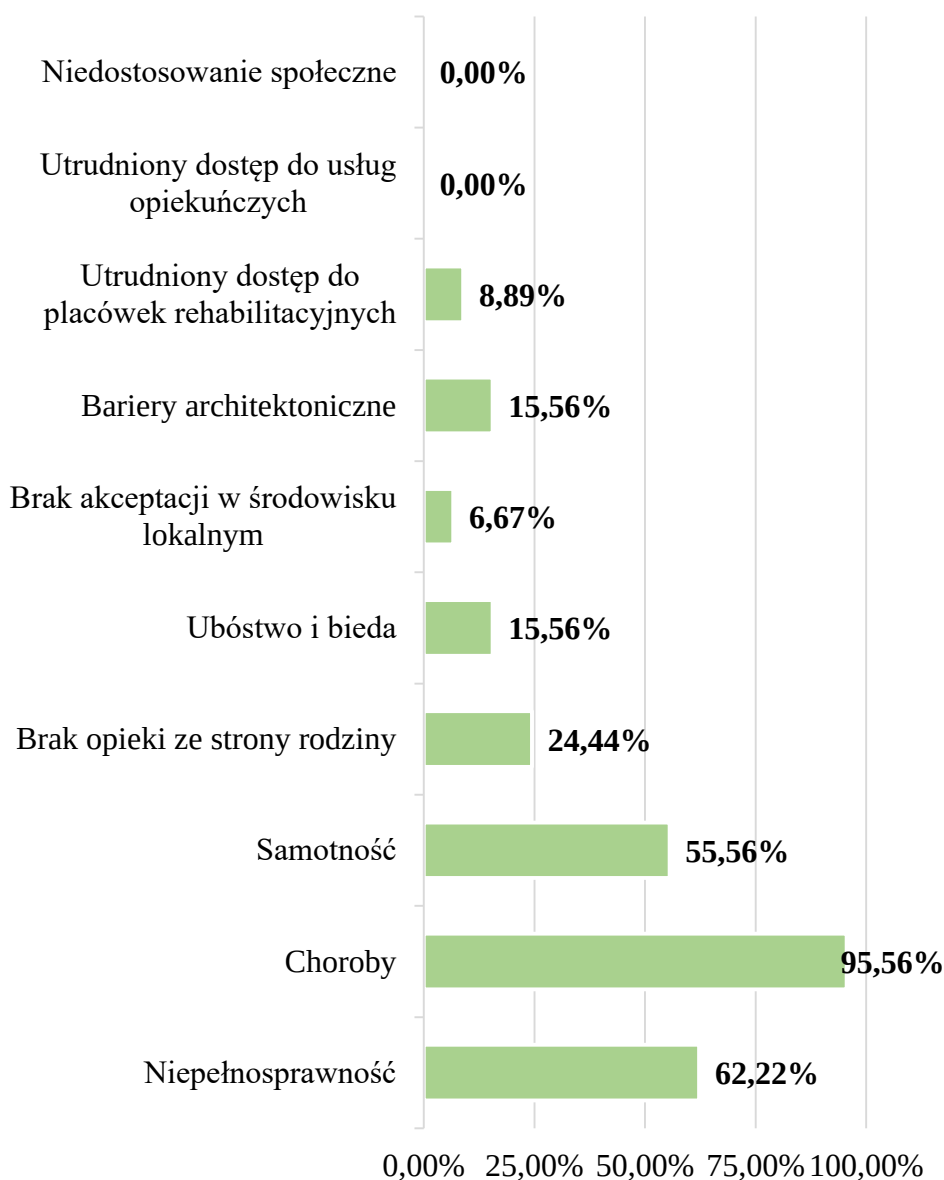
Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100,00%.



Rycina 11. Podział respondentów ze względu na przeszkody w utrzymywaniu kontaktów z innymi osobami

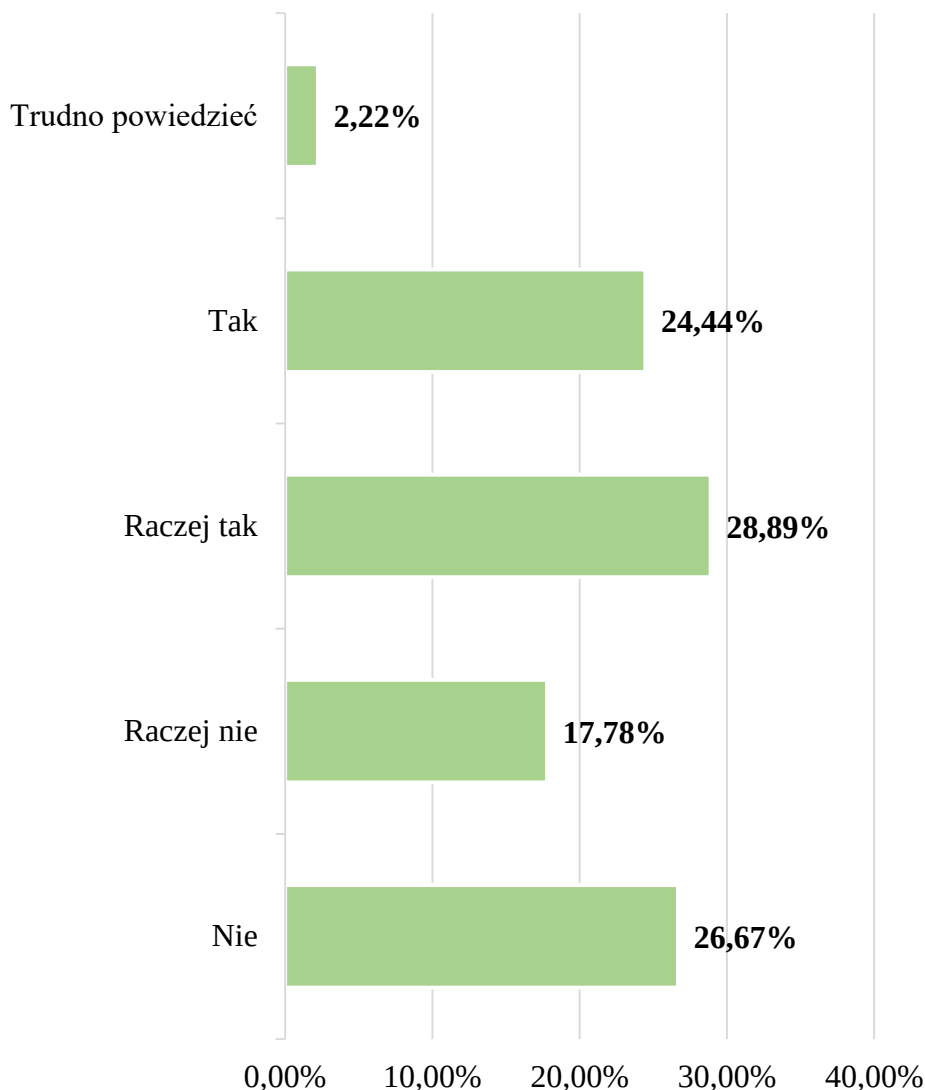
Wyniki badania wskazują, że według respondentów najczęściej dotykającymi problemy społeczne osób starszych są choroby (n=43; 95,56%) oraz niepełnosprawność (n=28; 62,22%). Inne wymienione problemy to samotność (n=25; 55,56%), brak opieki ze strony rodziny (n=11; 24,44%), bariery architektoniczne (n=7; 15,56%) oraz ubóstwo i bieda (n=7; 15,56%). Z kolei utrudniony dostęp do usług opiekuńczych oraz niedostosowanie społeczne nie zostały wymienione przez respondentów – rycina 12.

Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100,00%.



Rycina 12. Podział respondentów pod względem zdania na temat najczęściej występujących problemów społecznych wśród osób starszych

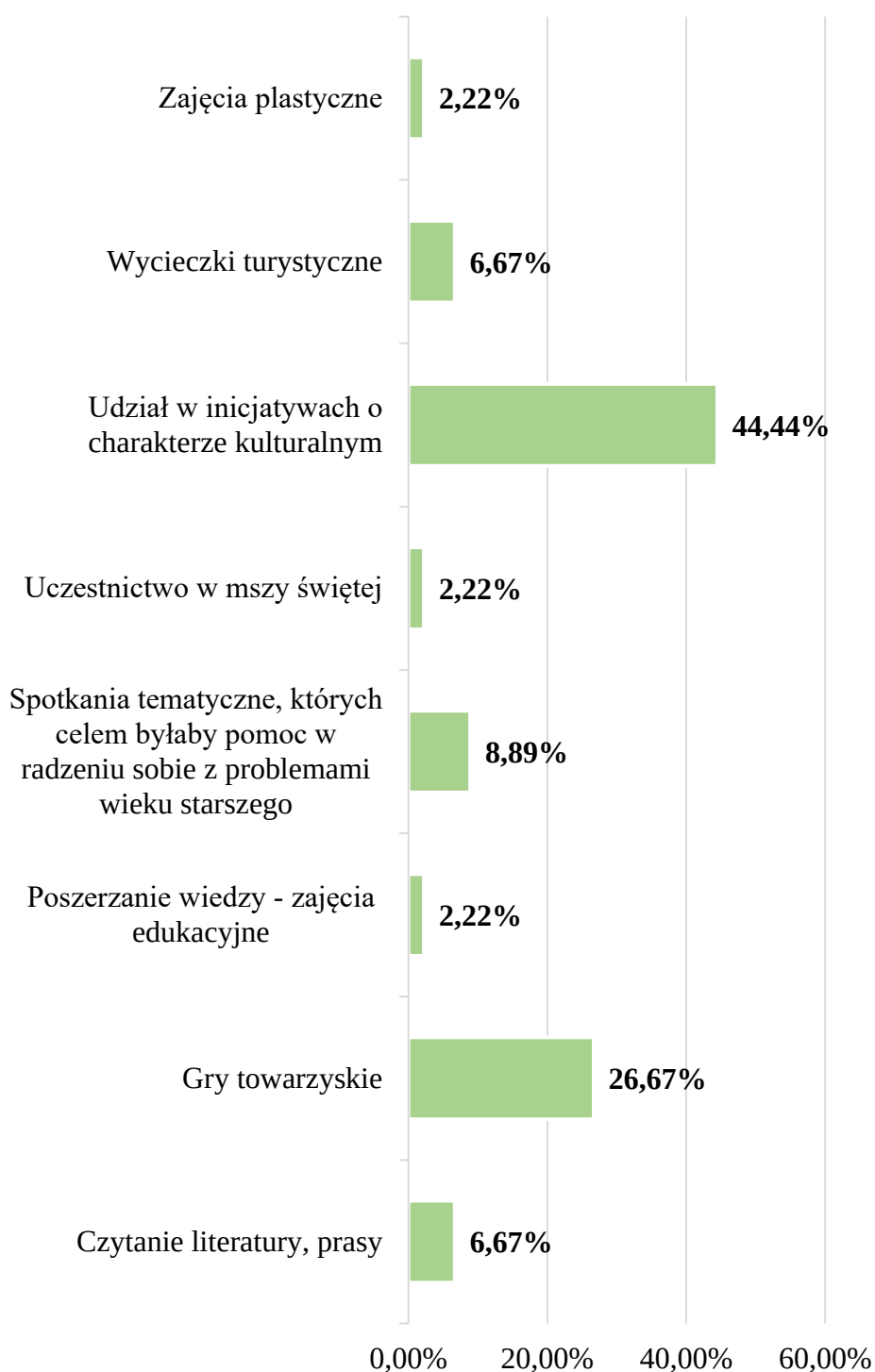
Wśród badanej populacji 26,67% respondentów (n=12) uważało, że oferta pomocy osobom starszym w codziennych czynnościach życiowych ze strony instytucji i innych osób realizowana w najbliższym otoczeniu nie jest wystarczająca. Przeciwnego zdania było łącznie 53,33% grupy („raczej tak” n=13; 28,89%, „tak” n=11; 24,44%) – rycina 13.



Rycina 13. Podział respondentów ze względu na zdanie dotyczące oferty pomocy osobom starszym w codziennych czynnościach życiowych ze strony instytucji i innych osób

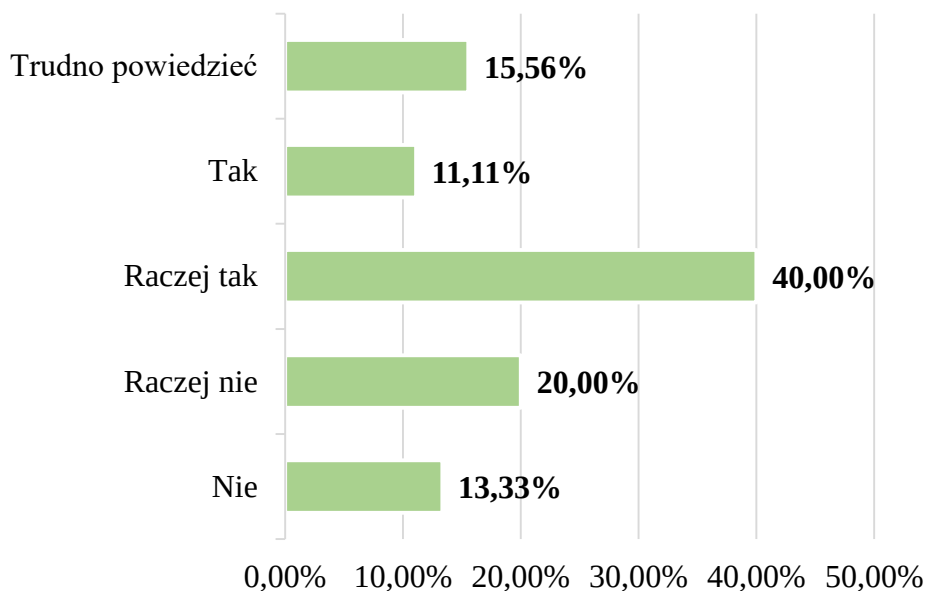
Ankietowanych pytano o preferowane formy spędzania wolnego czasu w starszym wieku. Najwięcej osób zadeklarowało chęć uczestnictwa w inicjatywach o charakterze kulturalnym (n=20; 44,44%). Kolejną popularną formą były gry towarzyskie (n=12; 26,67%),

a także spotkania tematyczne, których celem byłaby pomoc w radzeniu sobie z problemami wieku starszego (n=4; 8,89%). Pozostałe odpowiedzi pensjonariuszy zawarto na rycinie 14.



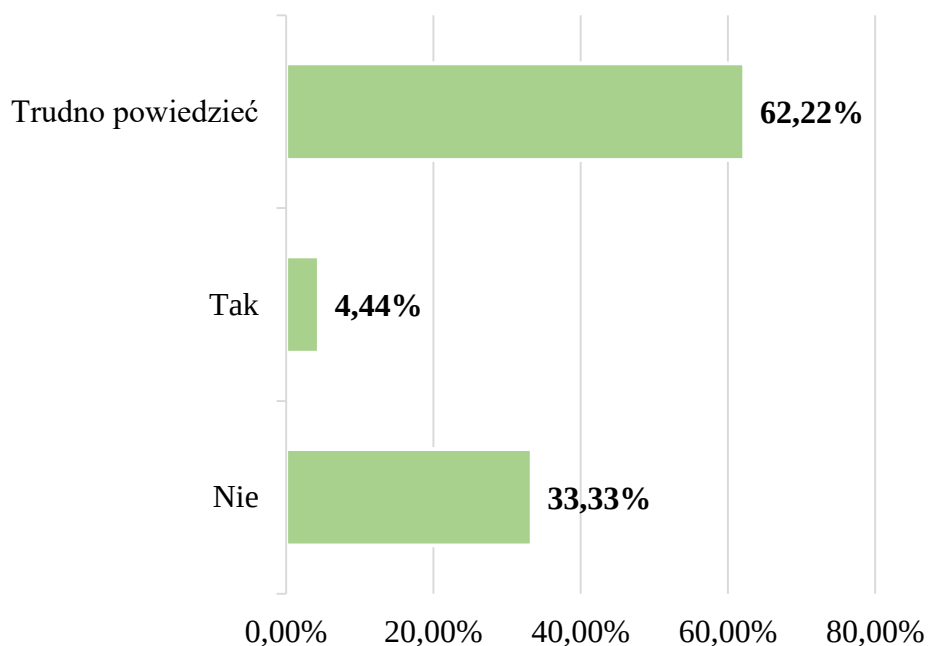
Rycina 14. Podział respondentów ze względu na chęć uczestnictwa w wybranych formach spędzania czasu wolnego

Zdaniem 18 respondentów (40,00%) osoby starsze są raczej akceptowane w środowisku lokalnym. Brak zdania wyraziło 15,56% badanych (n=7). Pozostałe dane zaprezentowano na rycinie 15.



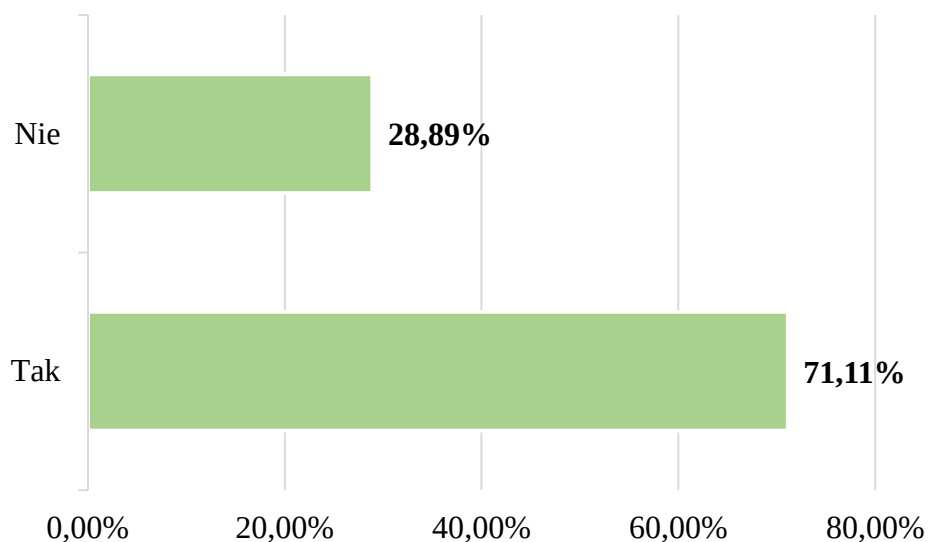
Rycina 15. Podział respondentów ze względu na zdanie na temat akceptacji osób starszych w środowisku lokalnym

Większość respondentów (n=28; 62,22%) ma trudności z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek. Natomiast 15 osób (33,33%) uważa, że osoby starsze nie są dyskryminowane – rycina 16.



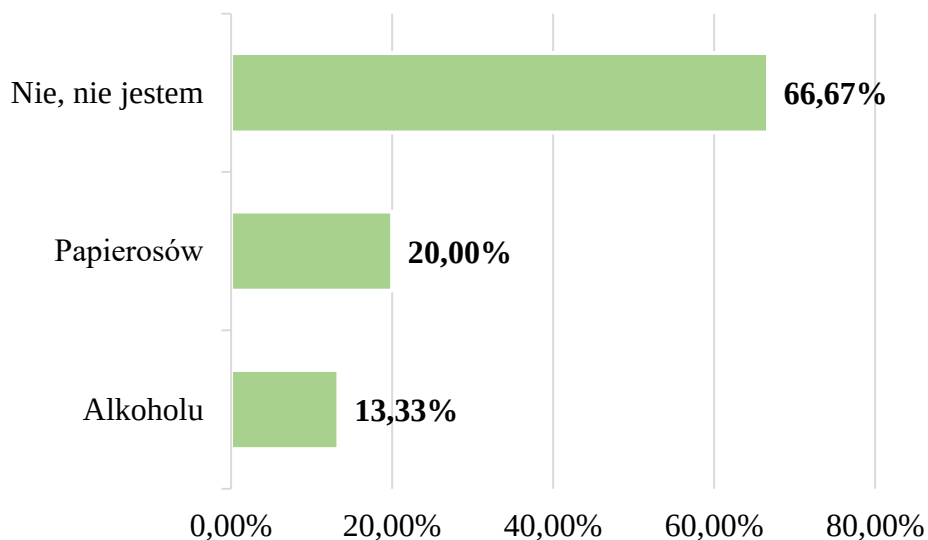
Rycina 16. Podział respondentów ze względu na zdanie na temat dyskryminacji osób starszych

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w gronie badanych posiadało 32 osoby, stanowiło to 71,11% grupy – rycina 17.



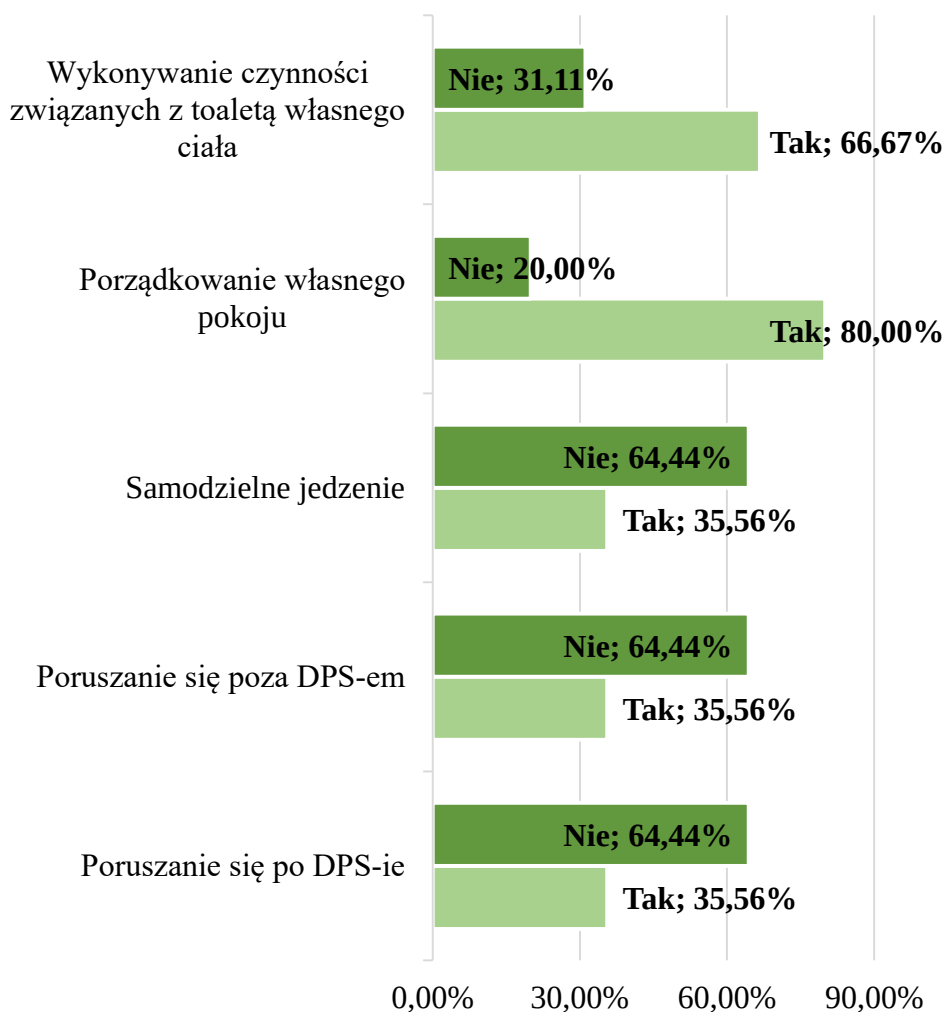
Rycina 17. Podział respondentów ze względu na posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności

Wśród pensjonariuszy 20,00% przyznało, że paliło papierosy (n=9). Alkohol w nadmiernych ilościach spożywało 13,33% grupy (n=6). Pozostałe osoby nie były uzależnione (n=30; 66,67%) – rycina 18.



Rycina 18. Podział respondentów ze względu na uzależnienia

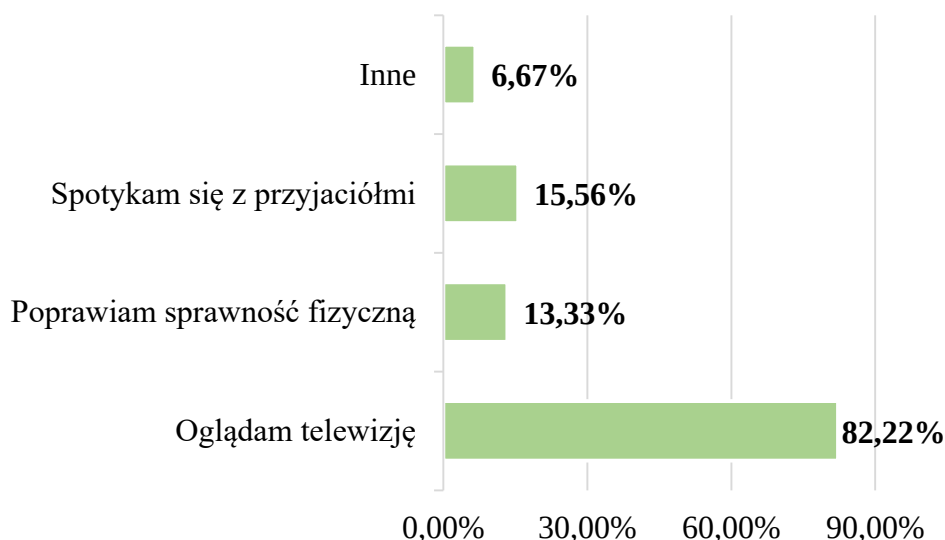
W badaniu pytano pensjonariuszy, czy są w stanie wykonywać różne czynności samodzielnie. W przypadku pytania o poruszanie się po DPS-ie oraz poza nim, 64,44% osób (n=29) odpowiedziało, że samodzielnie nie są w stanie tego robić. Samodzielnie posiłki spożywało jedynie 35,56% grupy (n=16). Samodzielnie porządkowanie pokoju wykonywało 80,00% grupy (n=36), a o samodzielnych czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych wspomniało 66,67% badanych – rycina 19.



Rycina 19. Podział respondentów ze względu na wykonywanie różnych czynności samodzielnie

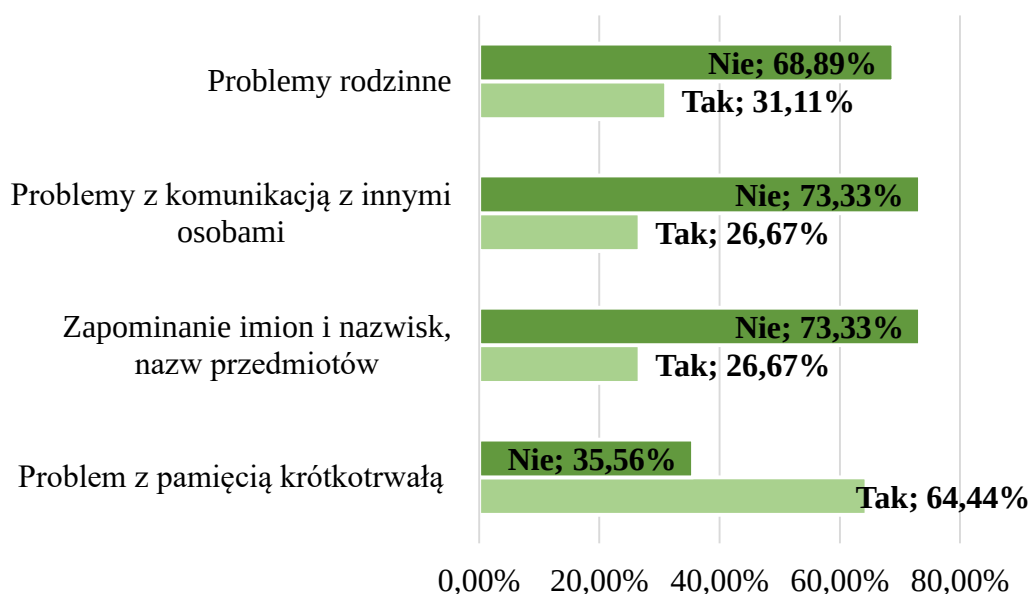
Najczęstszą formą spędzania czasu wolnego praktykowaną wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej było oglądanie telewizji (n=37; 82,22%) – rycina 20.

Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100,00%.



Rycina 20. Podział respondentów ze względu na sposób spędzania wolnego czasu

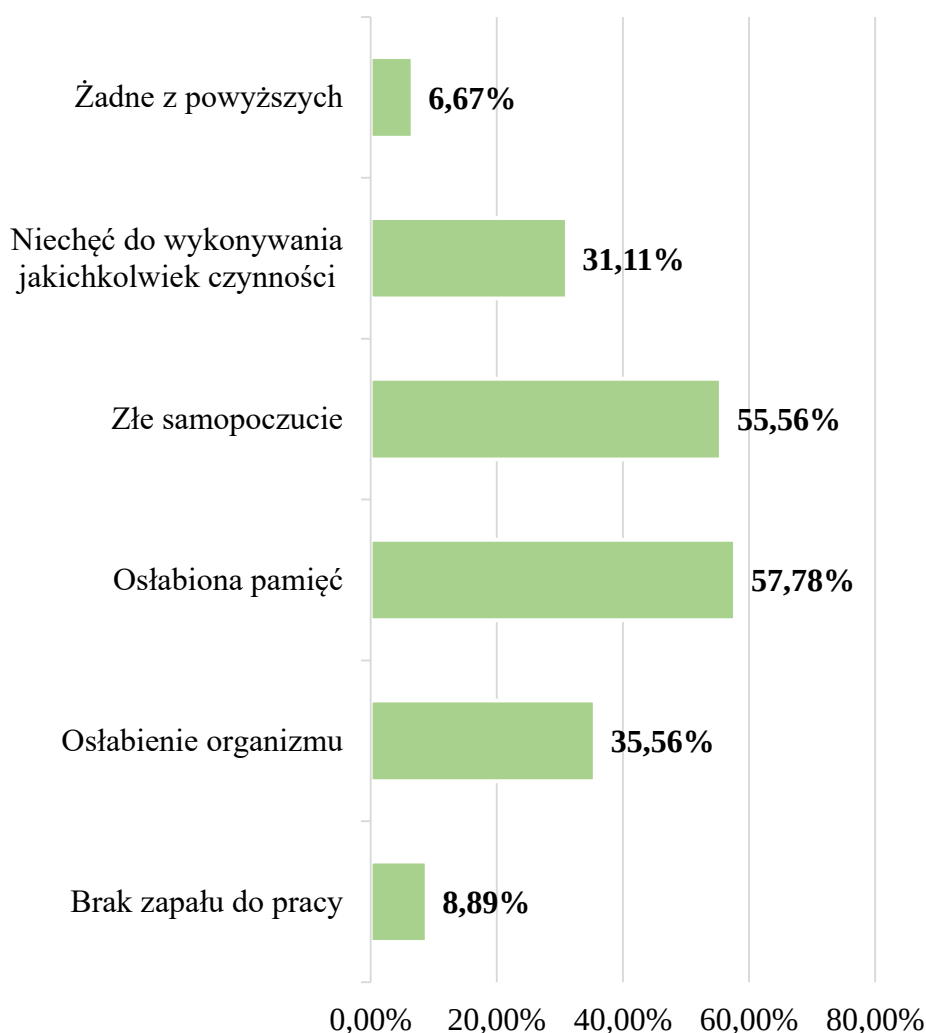
Analizując wyniki badań wykazano że, 64,44% respondentów (n=29) doświadcza problemów z pamięcią krótkotrwałą, do zapominania imion, nazwisk i nazw przedmiotów przyznało się 26,67% grupy (n=12). Natomiast 73,33% respondentów (n=33) twierdzi, że nie mają problemów z komunikacją z innymi osobami i 68,89% (31) nie doświadcza problemów rodzinnych – rycina 21.



Rycina 21. Podział respondentów ze względu na problemy

W badaniu respondenci mieli wskazać, które z objawów zauważają u siebie. Większość respondentów zauważyło u siebie osłabienie organizmu (n=16; 35,56%) oraz osłabioną pamięć (n=26; 57,78%). Złe samopoczucie wskazało 55,56% grupy (n=25). Inne odpowiedzi zebrano na rycinie 22.

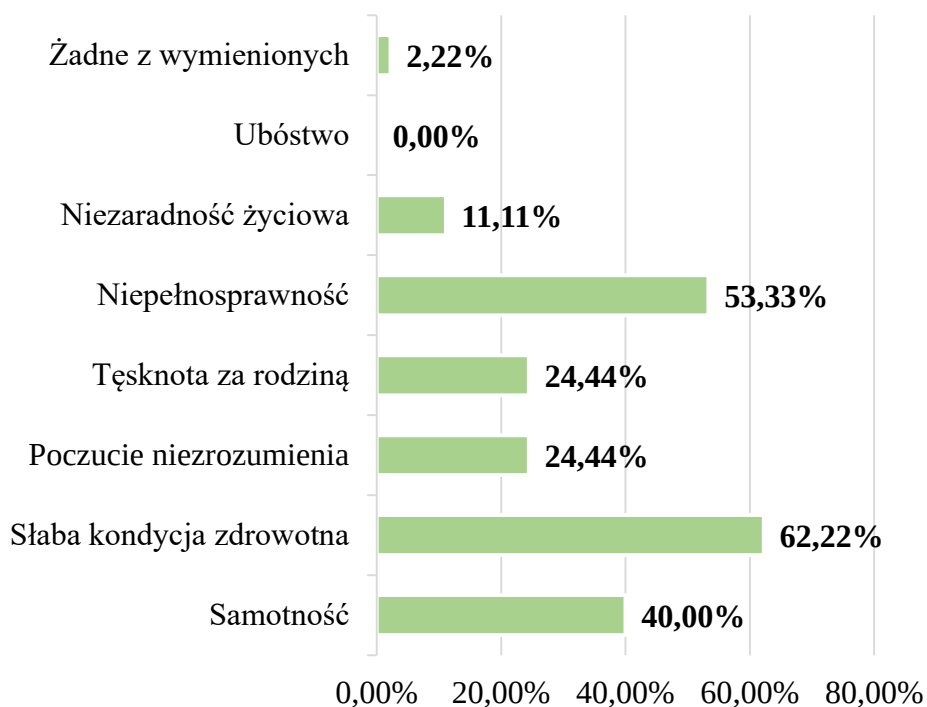
Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100,00%.



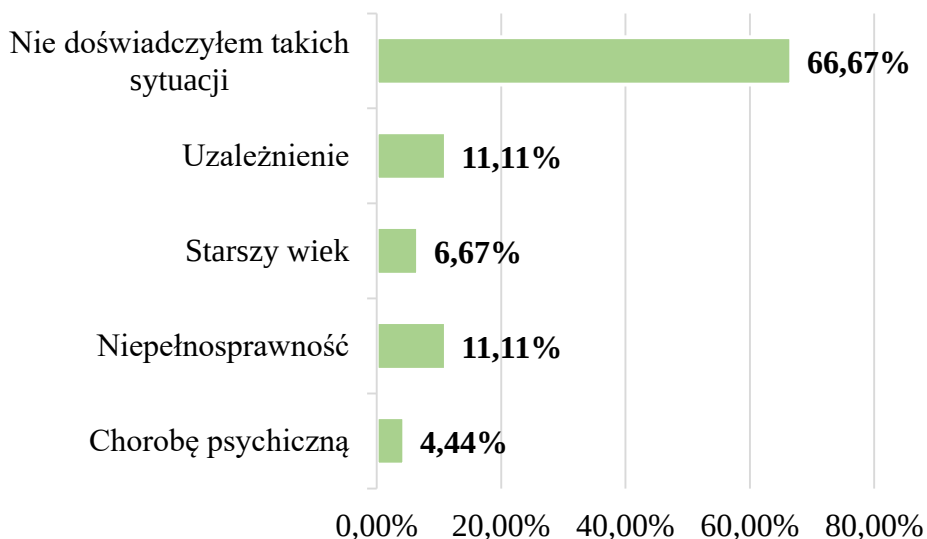
Rycina 22. Podział respondentów ze względu na posiadane objawy

Słabą kondycję zdrowotną zgłosiło 62,22% badanych (n=28), o niepełnosprawności wspomniało 53,33% grupy (n=24). Samotność odczuwało 40,00% populacji (n=18). Z kolei o poczuciu niezrozumienia i tęsknocie za rodziną poinformowało 24,44% ankietowanych (n=11) – rycina 23.

Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma wszystkich odpowiedzi nie jest równa 100,00%.

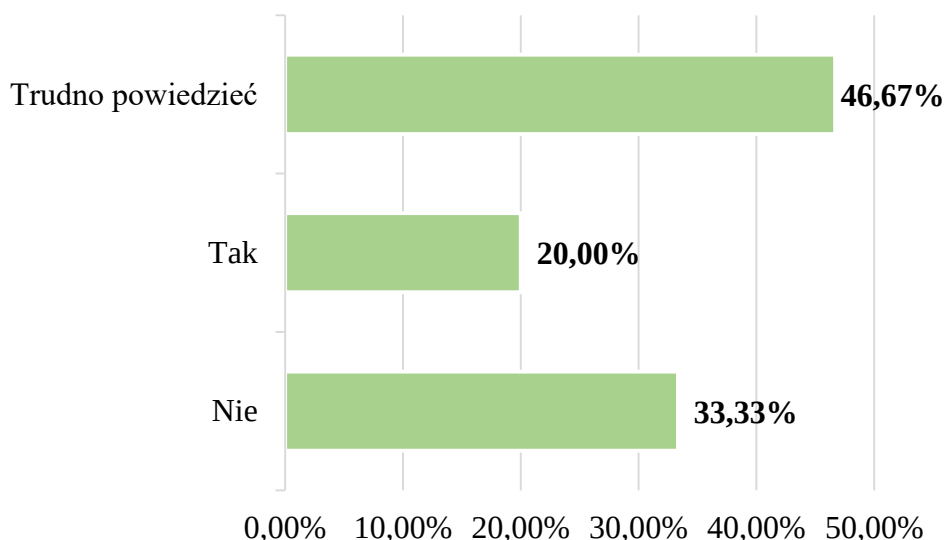


Rycina 23. Podział respondentów ze względu na doświadczenie wyszczególnionych sytuacji



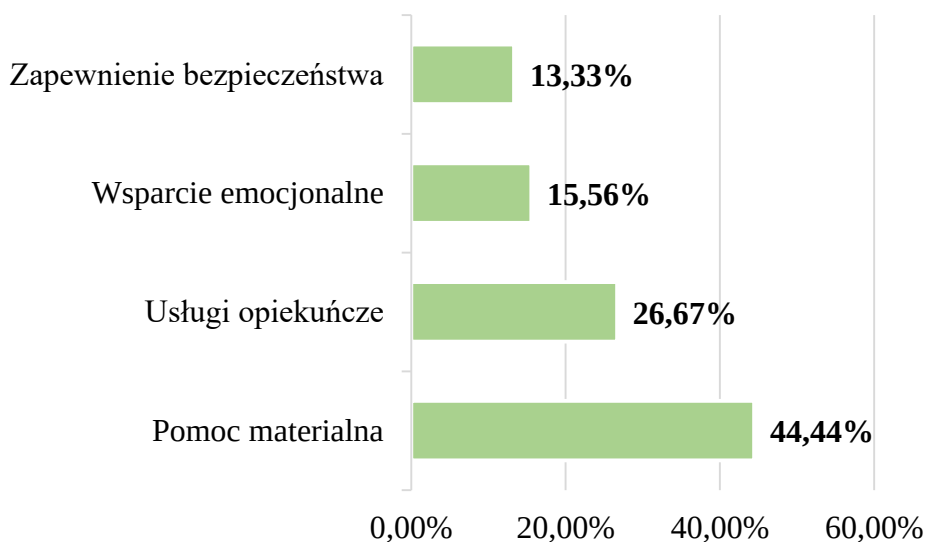
Rycina 24. Podział respondentów ze względu na doświadczenie odrzucenia spowodowane poszczególnymi czynnikami

Zdaniem 33,33% grupy (n=15) osoby starsze są nie są marginalizowane. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wskazało 46,67% badanych (n=21) – rycina 25.



Rycina 25. Podział respondentów ze względu na opinie dotyczącą marginalizacji osób starszych

Według pensjonariuszy główną potrzebą starszych ludzi jest pomoc materialna (n=20; 44,44%). O usługach opiekuńczych wspomniało 26,67% badanych (n=12). Pozostałe odpowiedzi ankietowanych zawarto na rycinie 26.



Rycina 26. Podział respondentów ze względu na główne potrzeby osób starszych

Najważniejszym aspektem w życiu wszystkich respondentów było zdrowie (n=45; 100,00%). Bardzo ważnymi elementami życia dla 88,89% badanych (n=40) były pieniądze i spokój. Ponad połowa populacji przyznała, że miłość, rodzina i przyjaciele oraz akceptacja

społeczna są to aspekty życia raczej ważne lub bardzo ważne. O obojętnym podejściu do religii wspomniało 33,33% grupy (n=15) – tabela 1.

Tabela 1. Najważniejsze aspekty w życiu – zdaniem respondentów

	Rodzina	Przyjaciele	Miłość	Pieniądze	Akceptacja społeczna	Zdrowie	Religia	Spokój
Zupełnie nieważne	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,22%	0,00%	0,00%	0,00%
Raczej nieważne	0,00%	0,00%	2,22%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%
Jest to obojętne	6,67%	11,11%	13,33%	0,00%	15,56%	0,00%	33,33%	0,00%
Raczej ważne	42,22%	55,56%	37,78%	11,11%	57,78%	0,00%	20,00%	11,11%
Bardzo ważne	51,11%	33,33%	46,67%	88,89%	24,44%	100,00%	24,44%	88,89%

Większość pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej stwierdziła, że towarzyszy im poczucie bezradności. Badani nie wierzą w swoje możliwości, ponieważ dalszy rozwój ich zdaniem nie ma sensu. Ankietowani uważali, że od osób starszych oczekuje się bierności i nieuczestniczenia w życiu społecznym oraz wspierania swoich dzieci i wnuków. Respondenci twierdzili, że raczej nie są aktywni (n=22; 48,89%) oraz raczej nie potrafią zjednać sobie ludzi (n=23; 51,11%) i raczej nie realizują swoich marzeń (n=19; 42,22%). Wszystkie stwierdzenia przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena stwierdzeń – zdaniem respondentów

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Obojętne	Raczej tak	Zdecydowanie tak
Towarzyszy mi poczucie bezradności	8,89%	13,33%	11,11%	48,89%	17,78%
Towarzyszy mi poczucie osamotnienia	11,11%	37,78%	13,33%	26,67%	11,11%
Nie wierzę w swoje możliwości	2,22%	15,56%	20,00%	40,00%	22,22%

Dalsze rozwijanie się nie ma sensu	0,00%	15,56%	17,78%	11,11%	55,56%
Jestem bardzo aktywny/a	26,67%	48,89%	6,67%	17,78%	0,00%
Potrafię zjednać sobie ludzi	2,22%	51,11%	20,00%	26,67%	0,00%
Realizuję swoje marzenia	33,33%	42,22%	17,78%	6,67%	0,00%
Osoby starsze mają ograniczone potrzeb w zakresie edukacji i kultury	11,11%	40,00%	26,67%	20,00%	2,22%
Od osób starszych oczekuje się bierności i nieuczestniczenia w życiu społecznym	2,22%	31,11%	17,78%	46,67%	2,22%
Rolą osób starszych jest przede wszystkim wspieranie swoich dzieci i wnuków	2,22%	35,56%	11,11%	44,44%	6,67%

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna to proces badania i opisywania danych przy użyciu narzędzi matematycznych i statystycznych w celu wyodrębnienia wzorców, zależności i informacji z danych. Pozwala ona na formułowanie hipotez i wnioskowanie na ich podstawie, a także na ocenę rzetelności i wiarygodności wyników oraz na podejmowanie decyzji na ich podstawie.

Analizie statystycznej poddano szereg zależności. Posłużono się testem Fishera oraz testem niezależności Chi kwadrat. Zależność istotną statystycznie wykazuje się gdy wartość współczynnika p jest niższa od α (0,05). Wartości wyższe świadczą o braku istotności na poziomie statystycznym.

Dokonano analizy zależności między oceną relacji pensjonariuszy ze swoimi dziećmi a uzależnieniem ankietowanych od alkoholu czy papierosów. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p=0.1537$; $p>0,05$). Jednak w gronie badanych bardzo dobre relacje z potomstwem częściej wykazywały osoby nieuzależnione. Wszystkie dane zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Zależność statystyczna: Ocena relacji z dziećmi a uzależnienia

Jak oceniasz swoje relacje z dziećmi?	Czy jest Pan/Pani uzależniony/a od:					
	Alkoholu		Papierosów		Nie, nie jestem	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobrze	0	0,00%	0	0,00%	12	40,00%
Dobrze	4	66,67%	6	66,67%	12	40,00%
Źle	0	0,00%	1	11,11%	2	6,67%
Nie mam kontaktu	2	33,33%	2	22,22%	4	13,33%
p	0.1537					
chi²	9.371					

Nie zauważono zależności istotnej statystycznie między poczuciem samotności a liczbą posiadanych dzieci ($p=0.6049$; $p>0,05$) – tabela 4.

Tabela 4. Zależność statystyczna: Liczba posiadanych dzieci a poczucie samotności

Czy posiadasz dzieci?	Czy czuje się Pan/Pani samotny/a?					
	Tak		Trudno powiedzieć		Nie	
	N	%	N	%	N	%
Nie posiadam	3	15,00%	0	0,00%	5	20,83%
Tak, jedno	6	30,00%	0	0,00%	4	16,67%
Tak, dwoje	7	35,00%	0	0,00%	8	33,33%
Tak, troje	4	20,00%	1	100,00%	5	20,83%
Tak, czworo i więcej	0	0,00%	0	0,00%	2	8,33%
p	0.6049					
chi²	6.378					

Osoby w przedziale wiekowym od 40 do 59 roku życia oceniały swój stan zdrowia jako dobry lub przeciętny. Natomiast ankietowani powyżej 70 roku życia w 70,59% poinformowali, że ich stan zdrowia jest zły. Nie odnotowano jednak zależności na poziomie istotnym statystycznie ze względu na zbyt małą liczbę badanych ($p=0.5821$; $p>0,05$) – tabela 5.

Tabela 5. Zależność statystyczna: Przedział wiekowy a ocena aktualnego stanu zdrowia

Przedział wiekowy	Jak ocenił(a)by Pan(i) swój aktualny stan zdrowia?					
	Dobrze		Przeciętnie		Źle	
	N	%	N	%	N	%
40-49	1	7,14%	0	0,00%	0	0,00%
50-59	0	0,00%	1	7,14%	0	0,00%
60-69	3	21,43%	3	21,43%	5	29,41%
Powyżej 70 roku życia	10	71,43%	10	71,43%	12	70,59%
p	0.5821					
chi²	4.705					

Bez względu na posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności większość pensjonariuszy uważało, że dalszy rozwój nie ma sensu. Nie wykazano zależności na poziomie istotnym statystycznie ($p=0.4141$; $p>0,05$). Dane zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6. Zależność statystyczna: Orzeczenie o niepełnosprawności a sens dalszego rozwoju

Dalsze rozwijanie się nie ma sensu:	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Zdecydowanie nie	0	0,00%	0	0,00%
Raczej nie	7	21,88%	0	0,00%
Obojętne	5	15,63%	3	23,08%

Raczej tak	4	12,50%	1	7,69%
Zdecydowanie tak	16	50,00%	9	69,23%
p	0.4141			
chi²	3.94			

Najczęściej wskazywaną potrzebą osób starszych bez względu na to czy byli oni na emeryturze lub rencie była pomoc materialna. Brak zależności istotnej statystycznie ($p=0.5590$; $p>0,05$) - tabela 7.

Tabela 7. Zależność statystyczna: Emeryt/ rencista a główne potrzeby starszych ludzi

Jakie są według Pana/Pani główne potrzeby starszych ludzi?	Jestem			
	Emerytem		Rencistą	
	N	%	N	%
Pomoc materialna	17	42,50%	3	60,00%
Usługi opiekuńcze	12	30,00%	0	0,00%
Wsparcie emocjonalne	6	15,00%	1	20,00%
Zapewnienie bezpieczeństwa	5	12,50%	1	20,00%
p	0.5590			
chi²	2.065			

Analizując zależność między płcią respondentów a poczuciem bezradności nie odnotowano istotności statystycznej ($p=0.2157$; $p>0,05$). Jednakże kobiety częściej przyznawały się, że towarzyszy im poczucie bezradności – tabela 8.

Tabela 8. Zależność statystyczna: Płeć a poczucie bezradności

Towarzyszy mi poczucie bezradności	Płeć			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Zdecydowanie nie	3	9,38%	1	7,69%

Raczej nie	2	6,25%	4	30,77%
Obojętne	3	9,38%	2	15,38%
Raczej tak	18	56,25%	4	30,77%
Zdecydowanie tak	6	18,75%	2	15,38%
p	0.2157			
chi²	5.785			

Zaobserwowano, że bez względu na płeć uczestników badania odczuwali oni samotność. Płeć nie wpływa istotnie statystycznie na poczucie samotności ($p=0.6081$; $p>0,05$) – tabela 9.

Tabela 9. Zależność statystyczna: Płeć a poczucie samotności

Towarzyszy mi poczucie samotności	Płeć			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Zdecydowanie nie	0	0,00%	0	0,00%
Raczej nie	5	15,63%	2	15,38%
Obojętne	6	18,75%	2	15,38%
Raczej tak	2	6,25%	3	23,08%
Zdecydowanie tak	19	59,38%	6	46,15%
p	0.6081			
chi²	2.706			

DYSKUSJA

Samotność to odczucie braku kontaktu i bliskości z innymi ludźmi. Stan ten dotyka szczególnie osoby starsze, wywołując silne spustoszenie w ich życiu. Literatura przedmiotu podaje, że osoby w podeszłym wieku szczególnie potrzebują bliskości i zainteresowania. Samotność jest zjawiskiem złożonym i zależy od wielu czynników. Osłabienie więzi rodzinnych, kontaktów międzypokoleniowych czy rozwój różnych form pomocy

społecznych, w tym Domów Opieki Społecznej to tylko niektóre z nich. Psychologowie podkreślają, że samotność może prowadzić do wzrostu poziomu stresu, trudności w radzeniu sobie z problemami, a nawet depresji. Suicydologia natomiast podaje, że samotność i strach przed nią znacząco zwiększa ryzyko samobójstw wśród seniorów. Dlatego ważne jest, aby osoby starsze, które znalazły się w Domu Pomocy Społecznej, otrzymywały odpowiednie wsparcie, aby czuły się jak najmniej samotne i mogły cieszyć się pełnią życia pomimo swojej sytuacji [2].

Badania z 2020 r. przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej dowodzą, że 43% osób powyżej 65. roku życia doświadcza poczucia samotności [3]. Według Szukalskiego osamotnienie jest szczególnie silniej odczuwane przez ludzi starszych, którzy zamieszkują domy opieki. Może to wynikać z utraty możliwości prowadzenia samodzielnego życia, ograniczenia kontaktów z bliskimi, przebywanie w zamkniętym środowisku, brak dostępu do aktywności czy brak prywatności [4]. Zasmucający jest fakt, że według badań Franczyk (2020) prawie 25% pensjonariuszy DPS przyznaje, że przyczyną ich pobytu w ośrodku jest samotność [5]. Oznacza to, że samotność jest jednym z ważniejszych czynników, które przyczyniają się wśród osób starszych do podjęcia decyzji o zamieszkaniu w instytucjonalnej opiece. Badania własne pokazały, że 44,45% pensjonariuszy doświadcza poczucia samotności. Ponad połowa respondentów (55,56%) wymieniła, że to głównym problemem dotyczącym osoby starsze. Analiza badań wskazuje, że samotność jest powszechnym zjawiskiem wśród pensjonariuszy DPS i wymaga uwagi ze strony opiekunów, personelu medycznego i społeczeństwa.

Samoocena stanu zdrowia jest ważnym elementem opieki nad osobami starszymi, w tym mieszkańcami Domów Opieki Społecznej. Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności niespełna co czwarta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) mieszkająca w Polsce oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Częściej określali tak swoje zdrowie mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 28,0% wobec 22,4%). Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, 31,11% respondentów poinformowało o dobrym samopoczuciu [6]. Co ciekawe, Burzyńska i wsp. zauważyli związek między samooceną stanu zdrowia a jakością życia. Respondenci, którzy źle ocenili swój stan zdrowia, częściej wybierali do ocenienia jakości życia określenia „zła” oraz „bardzo zła”. W badaniach tych ukazano również, że negatywny wpływ na jakość życia ma również długi pobyt w ośrodku i brak kontaktu z rodziną [7].

Osoby przebywające w DPS na co dzień zmagają się z inną i trudną dla nich rzeczywistością, gdzie zostali oddzieleni od swojej rodziny, miejsca zamieszkania czy codziennych obowiązków. W tej sytuacji wsparcie rodziny jest bardzo istotne i potrzebne, by pensjonariusze funkcjonowali i czuli się jak najlepiej. Badania Sosnowskiej-Bielicz i Wtórniak wykazały, że samotność bardziej odczuwają podopieczni domów pomocy społecznej, niż chorzy, którzy mieli możliwość opieki przez członków rodziny [2]. Z analizy badań własnych wynika, że większość pensjonariuszy DPS-u posiadało dzieci oraz określiło relację z nimi jako dobre (59,46%) lub bardzo dobre (32,43%). Na pytanie odnośnie częstotliwości spotkań z członkami rodziny tylko dwie osoby odpowiedziały, że przebywając pod opieką DPS-u nie spotykają się z bliskimi. Zdecydowana większość respondentów widuje się z rodziną kilka razy w roku (48,89%) lub kilka razy w miesiącu (37,78%). W placówkach domów społecznych na terenie Polski respondenci w 68% odpowiedzieli, że najczęściej pomagają im dzieci, którym mogą zaufać i czują się przy nich bezpiecznie [8]. Można więc śmiało stwierdzić, że pomoc rodziny i relacje z nimi są bezcenne i bardzo ważne dla podopiecznych DPS-ów.

Ważnym problemem podjętym w badaniach było zjawisko bezradności. W psychologii wyróżnia się klasyczny model wyuczonej bezradności, który oznacza zgeneralizowane przekonanie o braku wpływu na jakąkolwiek sytuację [9]. W Domu Pomocy Społecznej uczucie to może wynikać z braku możliwości samodzielnego funkcjonowania i decydowania o sobie. Wyniki badań własnych dostarczają wiedzy, że większości pensjonariuszy towarzyszy poczucie bezradności (66,67%). Natomiast odmienne dane prezentują badania Frączak i Stawskiej. Jedynie 28,15% respondentów poinformowało, że nie potrafi radzić sobie z przeciwnościami losu, a zupełną bezradność potwierdziło 13,33% grupy. Różnice te mogą wynikać z roku przeprowadzenia badania i stosowanych metod badawczych. Należałoby poszerzyć badania o tę tematykę w przyszłości [10].

Odwołując się do bezradności, w badaniach własnych aż 64,44% osób przyznało, że nie jest w stanie samodzielnie poruszać się po ośrodku i poza nim. Posiłki bez pomocy pracowników spożywało jedynie 35,56% badanych. Samodzielnie sprzątało swój pokój 80,00% ankietowanych, a 66,67% badanych wykonywało czynności pielęgnacyjne i higieniczne bez pomocy innych. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Burzyńskiej i wsp. większość respondentów (85,80%) wykazywała samodzielność w korzystaniu z toalety. Natomiast w kwestii przyjmowania posiłków, ponad 7% badanych wskazywało na brak samodzielności, a co trzeci pensjonariusz potrzebował pomocy w tym zakresie. Analiza

przedstawionych badań sugeruje, że mieszkańcy domów pomocy społecznej narażeni są na wykluczenie. Większość z nich jest uzależniona od pomocy pracowników, ponieważ nie są w stanie samodzielnie wykonać codziennych czynności [7].

Funkcjonowanie człowieka w domach opieki społecznej jest indywidualne i zależy od prowadzonego stylu życia oraz potrzeb społecznych i psychicznych. Pensjonariusze są objęci całodobową opieką, która często jest konieczna w trosce o osoby starsze, gdzie opieka rodziny czy placówek ambulatoryjnych nie jest już wystarczająca. Decyzja o pozostawieniu seniora w DPS-ie wiąże się ze zmianą jego dotychczasowego naturalnego środowiska. Dlatego też, czas spędzony w domu opieki może być dla pensjonariusza szczęśliwym okresem lub też smutnym w samotności i żalu niekończącym się czasem. Podopiecznych domów pomocy społecznej charakteryzuje duża ilość czasu wolnego. Badania przeprowadzone na grupie pensjonariuszy w domach opieki całkowitej w Piotrkowie Trybunalskim wykazały, że respondenci najczęściej spędzają swój czas wolny na oglądaniu telewizji (52,1%) oraz na rozwój duchowy, tj.: modlitwa, obecność na mszy świętej itp. (45,7%). Jedynie 14,9% ankietowanych korzysta z zajęć plastycznych i teatralnych [11]. Co ciekawe, analiza badań własnych pokazała odmienne wyniki. Najczęstszą formą spędzania czasu podopieczni wybrali udział w inicjatywach o charakterze kulturowym (44,44%) oraz gry towarzyskie (26,67%). Najmniej chętnymi rozrywkami były: zajęcia edukacyjne (2,22%), zajęcia plastyczne (2,22%) oraz uczestnictwo w mszy świętej (2,22%).

Rozbieżności w wynikach badań mogą zależeć od programu opieki i dostępności dóbr kulturowych w danej placówce pomocy społecznej. Niemniej jednak, należy zapewnić podopiecznym DPS, w szczególności seniorom spędzanie wolnego czasu, który pozwoli im na rozwój edukacyjny, kulturowy i fizyczny.

Kolejnym obszarem badawczym było wykluczenie i dyskryminacja osób starszych. Niestety jest to w dalszym ciągu powszechne zjawisko w społeczeństwie. Wiele osób starszych doświadcza trudności w dostępie do opieki zdrowotnej, mieszkań, zatrudnienia czy edukacji. Już w 2000 r. Barakat i wsp. wskazywali, że chorzy po 70. roku życia, którzy z powodu zawału wymagali przewiezienia do szpitala, dłużej czekali na transport niż osoby młodsze [12]. Badania przeprowadzone przez Kropińską w 2013 r. wskazują, że prawie 15% badanych osób starszych stwierdziła, że była dyskryminowana ze względu na wiek w jednostkach ochrony zdrowia [13]. Natomiast w badaniach własnych 33,33% pensjonariuszy DPS uważa, że osoby starsze są dyskryminowane. Co ciekawe, badani zapytani następnie o

powody doświadczanego odrzucenia nie wskazali w pierwszej kolejności wieku, odpowiedź tę wybrało jedynie 6,67% ankietowanych. Oznaczać to może, że pensionariusze DPS nie spotkali się osobiście z dyskryminacją ze względu na wiek. Częściej są to uzależnienia i niepełnosprawność (po 11,11%). Respondentów zapytano również o zjawisko marginalizacji - 20% potwierdziło to zjawisko. Wykluczenie osób starszych to proces, w którym osoby w podeszłym wieku są odsuwane na margines społeczeństwa, a w rezultacie pozbawione dostępu do podstawowych dóbr. Może to prowadzić do izolacji społecznej, braku szans i ubóstwa. Ciekawe wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w 2008 w klubach seniorów [14]. Większość badanych stwierdziła, że społeczeństwo ma obojętny stosunek do osób starszych (47%), drugą w kolejności najczęściej wybieraną odpowiedzią był stosunek negatywny. Najmniej seniorów oceniło, że społeczeństwo ma do nich pozytywne nastawienie (13%). Analiza przedstawionych badań pozwala stwierdzić, że wykluczenie społeczne osób starszych jest poważnym problemem. Dlatego tak ważne jest, aby podejmować działania na rzecz zapobiegania temu zjawisku oraz tworzenia programów i inicjatyw, które pomogą im w integracji z resztą społeczeństwa oraz zapewnią godne życie na starość.

Przeprowadzone badania dostarczyły również wiedzy z zakresu potrzeb osób starszych. Pracownicy socjalni w badaniach Kanios wskazali, że seniorzy najbardziej potrzebują wsparcia, spokoju, drugiego człowieka, opieki, szacunku i zrozumienia [15]. Natomiast respondenci w badaniach własnych odpowiedzieli, że osoby starsze najbardziej potrzebują pomocy materialnej (44,44%), opieki (26,67%), wsparcia emocjonalnego (15,56%) oraz bezpieczeństwa (13,33%). Zapewnienie wspomnianych potrzeb seniorem jest kluczowe dla poprawy ich sytuacji życiowej.

Samotność i wykluczenie społeczne są problemami, które szczególnie dotyczą osoby mieszkające w Domach Opieki Społecznej. Zapobiec temu zjawisku można poprzez organizację zajęć kulturalnych i sportowych, zapewnienie wsparcia psychologicznego, zwiększenie kontaktów z rodziną i bliskimi. Jednakże, aby działania te były skuteczne muszą być one podejmowane systematycznie i uwzględniać preferencje każdej osoby.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zaobserwowano, że głównymi przeszkodami w utrzymywaniu kontaktów z innymi osobami były choroba, niepełnosprawność oraz brak możliwości dojazdu.

2. Odnotowano, że większość uczestników badania nie doświadczyło odrzucenia spowodowanego uzależnieniem, starszym wiekiem, niepełnosprawnością czy chorobą psychiczną.
3. Stwierdzono, że osoby w przedziale wiekowym od 40 do 59 roku życia oceniały swój stan zdrowia dobrze lub przeciętnie. Natomiast ankietowani powyżej 70 roku życia w 70,59% poinformowali, że ich stan zdrowia jest zły.
4. Zauważono, że ilość potomstwa nie miała istotnie statystycznego wpływu na poczucie samotności wśród badanych.
5. Odnotowano, że najczęściej wskazywaną potrzebą przez osoby starsze bez względu na to czy byli na emeryturze lub rencie była pomoc materialna.
6. Wykryto, że bez względu na płeć uczestników badania odczuwali oni samotność.
7. Dostrzeżono, że kobiety częściej przyznawały się, że towarzyszy im poczucie bezradności.

PIŚMIENNICTWO

1. Broczek K., Mossakowska M., Szybalska A.: Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. 2012;4:123-36
2. Sosnowska-Bielicz E., Wtórniak, J.: Samotność seniorów a rodzina. Wyzwania dla opieki profesjonalnej. Studia nad Rodziną. 2018; 5(50): 115-131.
3. CBOS. Komunikat z badań nr 60/2020. Życie codzienne w czasach zaraz. https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_060_20.PDF&tytul=;379;ycie+codzienne+w+czasach+zarazy [dostęp: 12.04.2023].
4. Szukalski, P.: Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. Auxilium Sociale. 2005; 2(34): 217-238.
5. Franczyk E.: Poczucie samotności a satysfakcja z życia osób przebywających w krakowskich Domach Pomocy Społecznej. Praca Socjalna 2020; 2(35):167–178
6. GUS (2018). Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego. Warszawa. https://stat.gov.pl/files/gfx/porta_linformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/1/2/1/informacja_o_sytuacji_osob_starszych_w_2017.pdf (dostęp 12.04.2023).

7. Burzyńska M., Pikała M., Kondak K., Maniecka-Bryła I.: Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej, *Folia Oeconomica Acta Universitas Lodzensis*. 2017;3(329): 131–145.
8. Iwanowska, A. Józwiak, J.: Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej, Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. 2017: 7-8.
9. Seligman M.: Optymizmu można się nauczyć. Poznań: Media Rodzina. 2010.
10. Frączak B., Stawska B.: Stan psychospołeczny pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Dent. Med. Probl.* 2005; 42(4): 611–618.
11. Cudak S.: Aktywność ludzi starszych w domu opieki społecznej. *Pedagogika Rodziny. Family Pedagogy*. 2017; 3:41-50.
12. Barakat K., Wilkinson P., Deaner A. i wsp.: How should age affect management of acute myocardial infarction? 2000; 353:955–959.
13. Kropińska S.: Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. 2013.
14. Saniewska-Kilim A., Deptała A., Błoch Ł.: Wykluczenie społeczne osób starszych. 2008.
15. Kanios A.: W stronę integracji czy wykluczenia społecznego - poglądy pracowników socjalnych na temat osób starszych. *Annales, UMCS*. 2016; 29: 115-126.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z DNĄ MOCZANOWĄ

Dorota Hanna Świdarska¹, Bożena Kopcych², Katarzyna Krystyna Snarska³

1- *Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

2- *Akademia Łomżyńska*

3- *Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Definicja dny moczanowej

Dna moczanowa jest to określenie jednostki chorobowej, charakteryzujące się zapaleniem stawów. Do zapalenia bezpośrednio przyczynia się krystalizacja moczanu sodu. Długotrwałe podwyższenie stężenia poziomu moczanów w surowicy przyczynia się do odkładania tej substancji w postaci kryształków. Powstałe kryształki lokalizują się w obrębie stawów, tj. w płynie stawowym oraz w tkankach i w nerkach. Odkładanie się nadmiaru moczanu sodu we wcześniej wymienionych miejscach, powodują ból, obrzęk, zaczerwienienie, tkliwość oraz napięcie skóry w miejscu powstania procesu zapalnego. Stan taki prowadzi do choroby zwanej dną moczanową, a także przyczynia się do zapalenia nerek oraz kamicy nerkowej [1].

Epidemiologia dny moczanowej

W obecnych czasach odsetek populacji dotkniętych tą chorobą, w krajach uprzemysłowionych wynosi około 1%. Częściej pojawia się u mężczyzn, a jej szczyt zapadalności przypada na czwartą dekadę życia. Z kolei u kobiet częstość pojawienia zwiększa się od momentu wystąpienia menopauzy [2,3].

W Polsce zapadalność na dnę moczanową wynosi około 5-28/1000 mężczyzn oraz 1-6/1000 kobiet. Na dnę moczanową częściej chorują mężczyźni, po przekroczeniu 40 roku życia. Przyczyną tego zjawiska prawdopodobnie jest większa skłonność płci męskiej do spożywania posiłków bogatych w związki purynowe, czyli białko i tłuszcze zwierzęce, a także spożywania większej ilości alkoholu, co z kolei odpowiada za odwodnienie organizmu i pogorszeniu się funkcji wydalania kwasu moczowego. W dawniejszych czasach nazywana była, z tego powodu, chorobą królów i bogaczy [2,3].

Czynniki sprzyjające zachorowaniu na dnę moczanową

W przypadku powstania dny moczanowej nadmiar kwasu moczowego obecny jest w surowicy krwi (hiperurykemia), a następnie odkładany w tkankach. Do odkładania się kwasu moczowego przyczyniają się bezpośrednio:

- zaburzenia metaboliczne,
- zmniejszenie wydajności pracy nerek,
- predyspozycje genetyczne.

Do przyczyn pośrednich wystąpienia dny moczanowej można zaliczyć:

- niewłaściwą dietę, bogatą w związki purynowe,
- nadwaga lub otyłość,
- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- zanieczyszczenie środowiska,
- alkohol,
- hiperlipidemia,
- przyjmowanie diuretyków pętlowych i tiazydowych, cyklosporyny, czy też kwasu acetylosalicylowego [4].

Stadia dny moczanowej

Przyczyny zachorowania na dnę moczanową podzieliły tę jednostkę chorobową na dwie postacie:

- **postać metaboliczna** – występuje u osób, u których zaburzona jest funkcja przemiany materii. Takie zaburzenia występują u osób z niedokrwistością, nowotworem krwi, łuszczyką oraz u osób z wrodzonymi zaburzeniami przemiany materii,
- **postać nerkowa** - postać dny moczanowej o podłożu zaburzeń prawidłowego funkcjonowania nerki/nerek (u osób odwodnionych lub z niewydolnością nerek) [5].

Dna moczanowa jest chorobą przewlekłą. Pomimo, iż może zostać odziedziczona od członka rodziny, jej pierwsze objawy występują dopiero w dorosłym życiu. Możemy wtedy zauważyć zaczerwienienie skóry w obrębie stawów, a pacjent odczuwa ból. Dna moczanowa,

zwana też podagrą bądź artretyzmem, dzieli się na stadia, w zależności od odczuwanych dolegliwości oraz ilości kwasu moczowego w surowicy. Wyróżniamy zatem:

- bezobjawowy okres hiperurykemii,
- okres napadów zapalenia stawów,
- okres międzynapadowy,
- przewlekłe zapalenie stawów [5,6,7].

Bezobjawowy okres hiperurykemii

Bezobjawowy okres podwyższenia stężenia kwasu moczowego w organizmie nie powoduje żadnych objawów somatycznych u pacjentów. Toczący się proces chorobowy możemy zatem stwierdzić na podstawie badań stężenia kwasu moczowego we krwi (do około 7mg/dl). Od tego momentu do zauważenia przez pacjenta pierwszych objawów podagry może minąć nawet kilka lat. Na tej podstawie stwierdzono, iż dna moczanova jest to przewlekła choroba zapalna, obejmująca stawy, o podłożu hiperurykemii. [7]

Ostre napady zapalenia stawów

Kolejnym etapem jest okres napadów zapalenia stawów. Pierwszym jego objawem jest silny ból w obrębie stawu, najczęściej stawu dużego palucha, kolanowy, kciuka bądź kręgosłupa. Bólowi towarzyszą także objawy typowe dla zapalenia, tj. zaczerwienienie oraz gorączka w obrębie stawu i obrzęk. Napady najczęściej nasilają się w nocy. [7]

Okres międzynapadowy

Po wystąpieniu pierwszych objawów dny moczanowej dochodzi do remisji. Objawy ulegają stopniowemu osłabieniu, aż do momentu całkowitego ich zniesienia. Chory wówczas nie odczuwa żadnych dolegliwości somatycznych, jednakże brak wdrożenia leczenia na tym etapie skutkuje dalszym postępowaniem choroby, co powoduje objęcie kolejnych stawów procesem zapalnym. [7]

Przewlekłe zapalenie stawów

Ostatnim etapem artretyzmu jest przewlekłe zapalenie stawów. Dochodzi do niego zwykle, gdy poprzedni etap nie zostaje poddany leczeniu. Powstają wówczas trwałe zniekształcenia w obrębie stawów oraz znaczne ograniczenie ruchomości. Pod skórą

wyczuwalne są tak zwane guzki dnawe, czyli skryształizowane złogi kwasu moczowego. Guzki te zwykle znikają samoistnie i nie powodują bólu [7].

Do czynników sprzyjających powstaniu dny moczanowej przewlekłej zaliczamy:

- nieleczone dna moczanowa we wczesnym etapie,
- początki dny moczanowej w młodym wieku,
- skłonność do tworzenia się złogów kryształków moczanu w kończynach górnych,
- występowanie przynajmniej czterech napadów dny moczanowej w ciągu roku [1,8].

Kryteria diagnostyczne dny moczanowej

Chociaż, do jednych z istotnych i alarmujących objawów dny moczanowej zaliczamy podwyższony poziom kwasu moczowego we krwi, to nie w każdym przypadku hiperurykemia wskazuje bezpośrednio za powstanie podagry. Bardzo często przekroczenie normy stężenia kwasu moczowego we krwi (u kobiet – do 6mg%, u mężczyzn do 7mg%) nie powoduje natychmiastowego zachorowania [9].

Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż kwas moczowy jest degradacyjny dla organizmu w stężeniu większym niż 6mg% u kobiet i 7mg% u mężczyzn, to jednak odkładanie się kryształków kwasu moczowego w temperaturze niższej niż wynosi ciepłota ciała, czyli w około 30 stopniach Celsjusza, odbywa się już przy stężeniu wynoszącym około 4mg/dl. Z powyższego faktu możemy zatem zauważyć, iż kryształki kwasu moczowego mogą się odkładać w tkankach, w których bardzo słaba jest perfuzja krwi, tj. ścięgna oraz więzadła, a także w tkankach nieunaczynionych (chrząstkach), tj. małżowina uszna, w pobliżu stawów obwodowych [3,9,10].

W czasie, gdy u pacjenta nie występują objawy ostrego zapalenia stawów, czyli podczas remisji, możemy w płynie stawowym, wcześniej objętym procesem zapalnym, stwierdzić obecność kryształków kwasu moczowego oraz zwiększoną liczbę leukocytów, wskazujących na toczący się proces chorobowy. Zdiagnozowanie dny moczanowej u pacjenta stwierdza się na podstawie spełnienia dwóch kryteriów badania pacjenta:

1. Pobranie płynu stawowego i stwierdzenie w nim występowania złogów skryształizowanego kwasu moczowego

oraz

2. Występowania ostrego i nawracającego, z okresami remisji stanu zapalnego stawów, wraz z podwyższonym poziomem stężenia kwasu moczowego we krwi [1,9,11].

W przypadku, gdy u pacjenta nie ma możliwości stwierdzenia obecności kryształków moczanu sodu w płynie stawowym, istnieje możliwość potwierdzenia toczącego się procesu chorobowego (dny moczanowej) na podstawie obrazu klinicznego. W tym przypadku należy potwierdzić przynajmniej dwa, z czterech objawów:

- obecność guzków dnawych w obrębie stawów,
- stwierdzenie odbycia przynajmniej dwóch ataków ostrego zapalenia stawów,
- napadowy obrzęk oraz ból w obrębie stawów śródstopno - palczkowych,
- po podaniu kolchicyny następuje ustąpienie objawów [11].

Objawy dny moczanowej

Pierwszy napad dny moczanowej obejmuje najczęściej pierwszy staw śródstopno - palczkowy. Taki stan nazywamy podagrą. We wczesnym etapie mogą zostać objęte również inne stawy śródstopia, skokowy, kolanowy, rzadziej łokciowy, nadgarstkowy lub ręki. Objawy ostrego zapalenia stawów mogą ustąpić samoistnie w przeciągu od kilku godzin do nawet jednego/dwóch tygodni. W początkowej fazie choroby napady dny występują nawet co kilka lat, jednak wraz z postępem choroby czas pomiędzy poszczególnymi napadami ulega skróceniu (do nawet około kilku tygodni) i obejmują coraz większą liczbę stawów.

Zaniechanie przez pacjenta leczenia bądź jego bierna postawa wobec objawów pojawiająca się we wczesnym etapie choroby lub jeszcze przed rozpoczęciem się choroby, może w przeciągu około 10 lat spowodować znaczne zaostrzenie się choroby. Stan ten nazywamy dną moczanową przewlekłą. Moment, w którym możemy wyznaczyć dnę moczanową przewlekłą jest stwierdzenie przez pacjenta objawów somatycznych, tj. ból stawów objętych procesem zapalnym, a także zauważymy obrzęk w tym obrębie. Objawy te, podczas dny moczanowej przewlekłej utrzymują się nawet w okresach remisji choroby, jednakże pacjent może je odczuwać z mniejszym stopniem niż podczas przebiegu napadu dny moczanowej. Należy wówczas zachować szczególną ostrożność oraz wnikliwie i uważnie prowadzić obserwacje, aby nie pomylić tego stanu z reumatoidalnym zapaleniem stawów [12].

Powikłania dny moczanowej

Dna moczanowa przewlekła nie tylko niekorzystnie wpływa na samopoczucie pacjenta, ale również prowadzi do degradacji stawów i w znacznym stopniu upośledza ich ruchomość. Guzki dnawe, które się pojawiają wpływają destruktywnie na stawy, powodując ich degradację oraz zniekształcenia. Oprócz tego, dna moczanowa przewlekła upośledza również funkcję nerek, serca i naczyń krwionośnych. Bardzo często, już we wczesnym etapie, hiperurykemia prowadzi do powstawania w nerkach kamicy nerkowej. Z kolei kamica nerkowa aż w 40% przypadków zapowiada bliskie zachorowanie na dnę moczanową. Dlatego też osoby, u których stwierdzono kamice nerkową powinny poddać się również badaniom wykluczającym bądź potwierdzającym zachorowanie na dnę moczanową. Kwas moczowy niekorzystnie wpływa na śródbłonek naczyń krwionośnych i zwiększenie oporu tętniczek zarówno na obwodzie, jak i w nerkach, co z kolei w znacznym stopniu naraża pacjenta na nadciśnienie tętnicze oraz pogorszenie się funkcji układu sercowo-naczyniowego [1,13].

Jednakże, w oparciu o najnowsze badania, kwas moczowy ma również pozytywny wpływ na układ neurologiczny. Wykazano bowiem, że ma on działanie antyoksydacyjne w obrębie mózgowia, a zmniejszone stężenie kwasu moczowego zwiększa ryzyko choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, stwardnienia rozsianego oraz stwardnienia bocznego zanikowego, a także zwiększa ryzyko demencji oraz zmniejsza poziom inteligencji [13].

Prewencja dny moczanowej

Powyższe skutki oraz powikłania nieleczonej dny moczanowej ukazują, jak ważna jest profilaktyka oraz ewentualne leczenie we wczesnym etapie tej choroby. Każdy pacjent, wiedząc, że może być narażony na wystąpienie dny moczanowej u siebie powinien stosować wszelkie wskazane przez lekarza oraz cały zespół medyczny działania prewencyjne [2].

Pacjent powinien zostać poinformowany o stosowaniu odpowiedniej diety, czyli diety ubogopurynowej. Modyfikując styl życia pacjent może zmniejszyć ryzyko wystąpienia skazy moczanowej lub jej skutków. Dostosowanie się do odpowiedniej diety oraz wspomaganie farmakoterapią stanowi „fundament” jej leczenia., którego celem powinno być zmniejszenie ilości napadów oraz ochrona narządów i tkanek przed destrukcją, w tym także poprawa jakości życia pacjenta. W kwestii diety, zasadniczą rolę odgrywa zmniejszenie spożywania posiłków bogatych w związki purynowe, takich jak: wyciągi z kości, drożdże, niektóre ryby morskie (śledzie, sardynki, szproty), dziczyzna, warzywa strączkowe, podroby, herbata, kawa,

kakao, szpinak oraz grzyby. Niezalecane są również konserwy, wędliny, ostre przyprawy, rabarbar, alkohol, tłuste potrawy, zupy i sosy przygotowane na bazie wywarów kostnych, grzybowych. Natomiast można spożywać chude mleko i przetwory mleczne, sery, jaja, masło i śmietanę (tłuszcze w ograniczonej ilości), owoce i przetwory, warzywa, ryż, miód, cukier, produkty zbożowe [5].

Należy również nie poddawać zbytnej obróbce termicznej produktów, warzywa spożywać w formie surowej, nie smażyć i nie piec potraw. W kwestii suplementacji witamin, wyniki pewnych badań zauważyły, iż witamina C obniża hiperurykemię u chorych, co być może wskazuje na to, iż kwas askorbinowy znajdzie zastosowanie w zapobieganiu dny moczanowej i hiperurykemii. Wykazano również, że spożywanie warzyw, dzięki zawartości w nich witaminy C, folianów oraz błonnika pokarmowego mogą w niewielkim stopniu minimalizować ryzyko wystąpienia dny moczanowej, bowiem z uwagi na swój skład zwiększają wydzielanie kwasu moczowego z organizmu [4,2].

Zaleca się spożywanie większej ilości węglowodanów, a zmniejszenie ilości spożywanych tłuszczów, z uwagi na fakt, iż pierwsze zwiększają wydzielanie kwasu moczowego z organizmu, a drugie zmniejszają. Należy również przestrzegać czasu i ilości spożywanych posiłków, w tym także kalorii (nie należy przekraczać ilości spożywanych kcal powyżej zapotrzebowania organizmu). Zwraca się również uwagę, aby ostatni posiłek spożywać do trzech godzin przed snem, z uwagi na gromadzenie się kryształków moczanu w czasie nocy. Ponadto należy spożywać minimum trzy litry wody (dwa litry w dzień, jeden na wieczór oraz w nocy), w celu rozcieńczenia kwasu moczowego i wydalenia go wraz z moczem [2].

Z uwagi na fakt, iż na dnę moczanową cierpią osoby z zaburzeniami metabolicznymi, a więc często z nadwagą lub otyłością osoby te powinny dostosowywać się także do diety redukcyjnej. Jednakże nie powinna być to dieta restrykcyjna, aby pacjent nie spowodował u siebie kwasicy ketonowej i wystąpienia, w związku z tym, ostrego napadu dny. Należy również pamiętać o tym, aby nie dopuścić do ostrego napadu dny poprzez wychłodzenie organizmu, stres oraz wcześniej wspomnianą, restrykcyjną dietę [2,14].

Systematyczny wysiłek fizyczny przyczynia się do poprawy takich parametrów jak: wychwyt glukozy w organizmie, insulinowrażliwość, poprawia ogólną gospodarkę glukozy w organizmie, obniża masę ciała oraz stężenie cholesterolu LDL oraz trójglicerydów, a zwiększa stężenie ilości frakcji cholesterolu HDL, minimalizuje ryzyko wystąpienia chorób

sercowo-naczyniowych, a także normalizuje ciśnienie tętnicze. Odpowiednia normalizacja wyżej wymienionych czynników, wpływających także na podwyższenie ryzyka wystąpienia dny moczanowej, pośrednio wpływa na minimalizację zapadalności na artretyzm [4].

Leczenie dny moczanowej

W leczeniu napadów dny moczanowej stosuje się doraźnie leki, które mają działanie przeciwbólowe oraz przeciwzapalne. Natomiast podczas remisji kluczową rolę odgrywa odpowiednia dieta oraz leki zmniejszające ilość napadów i odczuwanie bólu, a także zapobiegające tworzeniu się guzków dnawych [15].

Leczenie długofalowe opiera się w dużej mierze na stosowaniu diety ubogiej w puryny oraz aktywności fizycznej. Większość osób, około 80%, cierpiących na dnę moczanową to osoby otyłe bądź z nadwagą. Kaloryczność diety powinna zatem mieć odpowiedni deficyt kaloryczny, obliczony na podstawie:

- stanu zdrowia pacjenta, w tym występowania chorób współistniejących,
- stylu życia pacjenta, szczególnie poziomu aktywności pacjenta [14,15].

W przypadku farmakoterapii, leczenie polega na obniżeniu stężenia kwasu moczowego we krwi, uśmierzeniu bólu, zmniejszeniu częstotliwości występowania ostrych napadów dny moczanowej oraz zniwelowaniu stanu zapalnego w obrębie stawów, w wyniku obniżenia poziomu stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. W fazie zaostrzenia się choroby farmakoterapia opiera się na niesteroidowych lekach przeciwzapalnych. Oraz wewnątrzstawowych kortykosteroidach. W momencie wystąpienia fazy przewlekłej zalecaną formą farmakoterapii jest stosowanie allopuryinolu lub febuksostatu wraz z lub bez probenecydem. Do leczenia drugiego rzutu stosuje się benzbromaron oraz peglotykazę.

Podstawowe leki stosowane w leczeniu ostrego napadu dny moczanowej są to:

- Kolchicina,
- Niesteroidowe leki przeciwzapalne,
- Glikokortykosteroidy [13,16].

Kolchicina powstaje z zimowita jesiennego, jest alkaloidem. Jest to lek z wyboru stosowany podczas ostrego napadu dny moczanowej. Schemat dawkowania Kolchicyny polega na podaniu jednego miligrama Kolchicyny, tak zwanej dawki wstępnej. Następnie dawka jest zmniejszona do 0,5 mg po upływie około pół godziny, kolejna dawka podana jest po dwunastu godzinach w objętości 0,5 mg. Po wstępnym podaniu łącznie 2 mg Kolchicyny,

przystępujemy do leczenia polegającego na systematycznym podawaniu 0,5 mg alkaloidu z zimowita jesiennego, trzy razy dziennie do momentu ustąpienia objawów ostrego napadu dny moczanowej [13].

Niesteroidowe leki przeciw zapalne należy stosować w maksymalnie najwyższych dawkach, które wraz z ustępowaniem bólu sukcesywnie będą zmniejszane. Odpowiedniego wyboru należy dokonać w oparciu o ocenę ryzyka sercowo – naczyniowego oraz powikłań żołądkowo – jelitowych.

W wypadku nieskuteczności NLPZ bądź też kolchicyny leczenie podejmuje się stosując glikokortykosteroidy, które mogą być podawane parenteralnie, doustnie lub dostawowo. W leczeniu napadów dny moczanowej, badania kliniczne wykazały, że lepszy profil bezpieczeństwa wykazuje etorykoksyb stosowany przez osiem dni, w dawce 120mg/dobę, niż diklofenak w dawce 150mg /dobę, indometacyna 150mg/dobę, bądź prednizolon 35mg/dobę. Zwraca się uwagę na fakt, iż selektywne inhibitory COX-2 oraz nieselektywne NLPZ są równie korzystne. Jednakże inhibitory COX-2 powodują mniej działań niepożądanych ze strony żołądkowo – jelitowej[13,17].

Leczenie farmakologiczne przewlekłe ma na celu utrzymanie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi w przedziale od 3mg/dl do 5-6mg/dl, ustąpienie występowania guzków dnawych oraz „odroczenie” wystąpienia kolejnego napadu. Lek obniżający stężenie kwasu moczowego we krwi, stosowanym jako lek pierwszego rzutu, jest allopurynol. Leczenie rozpoczyna się po kilku tygodniach od wystąpienia ostrego napadu dny moczanowej. Allopurynol jest stosowany w dnie moczanowej również ze względu na jego działanie ochronne naczyń krwionośnych i cały układ sercowo-naczyniowy. Jest to istotne działanie tego leku z uwagi na fakt, iż podwyższone stężenie kwasu moczowego we krwi wpływa destrukcyjnie na układ sercowo-naczyniowy. Obecnie wykazano również prozdrowotne działania mongostanu właściwego. Owoce rośliny występującej w Azji Południowo-Wschodniej, a także w północnej Australii i Brazylii, mają, między innymi, działanie przeciwzapalne, w związku z czym mogą być wykorzystywane do leczenia dny moczanowej [18].

CEL PRACY

- Rozpoznanie problemów pielęgniarskich dla pacjenta z dną moczanową

- Ustalenie celów oraz sposobów rozwiązania problemów pielęgniarskich
- Dokonanie oceny zrealizowanych zadań
- Opracowanie wskazówek do dalszej opieki

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniem został objęty pacjent w wieku 54 lat, chorujący na dnę moczanową od trzech lat przebywający w warunkach domowych. Przeprowadzone zostały 3 wizyty domowe.

Dokonana została analiza tematyczna literatury.

Materiał badawczy został zebrany za pomocą wywiadu, obserwacji, pomiarów i analizy dokumentacji medycznej.

Wykorzystano także:

- skala Barthel – oceniająca sprawność funkcjonalną pacjenta,
- skala VAS – oceniająca nasilenie bólu,
- skala dr Becka – oceniająca ryzyko występowania i nasilenia zaburzeń depresyjnych.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent E.S., lat 54, przebywający w warunkach domowych, choruje na dnę moczanową od trzech lat. Napady dny występują w odstępach około co pół roku. Obecnie pacjent jest w czasie zaostrzenia się objawów chorobowych. Pacjent skarży się na ból stawów łokciowych określony na 5 w skali VAS, delikatne zaczerwienienie oraz napięcie skóry wokół obu stawów łokciowych. W obrębie tych stawów można również zaobserwować ich delikatny obrzęk. Pacjent zgłasza również ograniczenie ruchomości w obrębie stawów łokciowych. Mężczyzna nie zgłasza nasilenia objawów bólowych w trakcie nocy.

Pacjent mieszka wraz z żoną oraz teściami. Do 2020 roku pracował w zakładzie masarskim. Obecnie przebywa na rencie chorobowej. Warunki socjalno – ekonomiczne określa jako dobre. Relacje rodzinne także jako dobre. Małżonka pacjenta pracuje w pobliskim przedsiębiorstwie produkcyjnym, teściowie przebywają na emeryturze. Dodatkowo wspólnie prowadzą niewielkie gospodarstwo rolne. Pacjent nie pali papierosów, alkohol spożywa okazjonalnie w umiarkowanych ilościach.

Na podstawie analizy dokumentów medycznych oraz w oparciu o diagnozę lekarską stwierdzono, iż częstość występowania napadów dny moczanowej nie klasyfikuje jej jako dna moczanowa przewlekła. Mężczyzna nie ma stwierdzonych chorób współistniejących. Pacjent na co dzień, w okresach remisji, nie odczuwa dolegliwości bólowych w obrębie stawów łokciowych, nie ma obrzęku ani zaczerwienia, a także nie powoduje to u niego zmniejszenia ruchomości w stawach.

Mężczyzna poddał się leczeniu dny moczanowej trzy lata temu i konsekwentnie stosuje się do terapii farmakologicznej. Nie stosuje się w pełni do zaleceń żywieniowych, co jest najprawdopodobniej wynikiem deficytu wiedzy na temat swojej choroby. Badaniom kontrolnym krwi poddaje się raz do roku. Mężczyzna nie kontroluje stężenia glukozy we krwi oraz nie przeprowadza systematycznie kontrolnego badania ciśnienia tętniczego.

Podczas wizyty zmierzono podstawowe parametry życiowe:

- Temperatura ciała: 36,8⁰C,
- RR: 154/98mmHg,
- HR: 82 uderzenia/minutę,
- Ilość oddechów: 16 oddechów/minutę,
- Sp O₂: 97%.

Dodatkowo przeprowadzono ważenie oraz mierzenie wysokości pacjenta, a także dokonano kontrolnego pomiaru poziomu glikemii we krwi na czczo u pacjenta. Poniżej przedstawiono wyniki badań:

- wzrost pacjenta: 175cm,
- waga pacjenta: 101kg,
- BMI: 32,98,
- poziom glikemii: 113mg/dl na czczo.

Pacjent przyjmuje leki na zlecenie lekarza:

- Milurit 300mg, raz dziennie, rano po posiłku,
- Magnez skurcz, raz dziennie, w trakcie dnia.

W ocenie standaryzowanymi skalami

- wg skali dr Becka - pacjent uzyskał 11pkt/21pkt co świadczy o depresji umiarkowanej,
- wg. Skali Barthel - pacjent uzyskał 100 pkt/100pkt , co świadczy o pełnej sprawności i samodzielności pacjenta w czynnościach życia codziennego (ADL),
- wg skali VAS – pacjent wskazał na ból odczuwany na 5 w 10-stopniowej skali, co oznacza ból umiarkowany.

Plan opieki pielęgniarstwa

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Ból odczuwany przez pacjenta w stawie łokciowym (5/10 w skali VAS).**

✓ **Cel:** Zmniejszenie odczuwania bólu przez pacjenta.

✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- Zastosowanie skali VAS w celu oceny natężenia bólu i podjęcia odpowiednich działań,
- Zapewnienie dogodnej pozycji,
- Stosowanie farmakoterapii.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- Po skorzystaniu ze skali oceny VAS, w celu określenia siły odczuwanego bólu, pacjent wskazał natężenie bólu jako 5,
- Zastosowano zimne okłady, w celu złagodzenia odczuwanego bólu przez pacjenta,
- Po konsultacji z lekarzem zastosowanie NLPZ jako doraźna forma leczenia bólu podczas trwającego stanu zapalnego,
- Dalsze podawanie pacjentowi Milluritu 300 oraz Magnez skurcz jako farmakologiczne leczenie dny moczanowej, według zlecenia lekarza.

✓ **Ocena wyników:**

Po zastosowaniu wyżej wymienionych działań przez okres dwóch dni, pacjent zauważył poprawę oraz zmniejszenie odczuwanego bólu. Korzystając ze skali VAS mężczyzna wskazał natężenie bólu 3/10

➤ **2. Diagnoza pielęgniarstwa: Zaczerwienienie, obrzęk oraz napięcie skóry w obrębie stawów łokciowych objętych stanem zapalnym.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości spowodowanych zapaleniem stawów.

✓ **Plan interwencji pielęgniarskich:**

- Zastosowanie okładów,
- Stosowanie maści ochronnych/nawilżających na skórę,
- Rehabilitacja skierowana na stawy objęte zapaleniem,
- Poinformowanie pacjenta o prowadzeniu umiarkowanej aktywności fizycznej,
- Stosowanie farmakologicznych środków leczenia dny moczanowej.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskich:**

- Zastosowano suche zimne okłady na oba stawy łokciowe objęte zapaleniem,
- Nałożono i posmarowano pacjentowi stawy łokciowe maścią, zawierającą w składzie diklofenak w celu zmniejszenia bólu, zaczerwienienia oraz obrzęku spowodowanego stanem zapalnym,
- W celu zapobiegania degradacji stawów, po ustąpieniu objawów zapalenia umówienie wizyty u fizjoterapeuty oraz rozpoczęcie fizjoterapii,
- Przekazanie informacji pacjentowi o zmniejszeniu ruchomości w stawach objętych zapaleniem, w okresach remisji, aby nie zaostrić stanu zapalnego,
- W okresach bezobjawowych prowadzenie aktywności ruchowej, w celu utrzymania jak najdłuższej sprawności stawów,
- W celu ochrony przed maceracją naskórka, zabezpieczenie obrzękniętych tkanek wazeliną,
- Poinformowanie o konieczności ograniczenia związków purynowych w diecie chorego.

✓ **Ocena wyników:**

Po zastosowaniu wyżej wymienionych działań pacjent w czasie remisji choroby odczuwa mniejsze dolegliwości bólowe, stan zapalny przebiega łagodniej. Natomiast nie zaobserwowano zmian w czasie powrotu i trwania remisji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Ograniczenie ruchomości stawów spowodowane przewlekłą chorobą.**

✓ **Cel:** Utrzymanie sprawności stawów.

✓ **Plan interwencji pielęgniarskich:**

- Stosowanie ćwiczeń oraz rehabilitacji,
- Łagodzenie stanu zapalnego,
- Łagodzenie bólu związanego ze stanem zapalnym.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskich:**

- Zorganizowanie konsultacji z fizjoterapeutą, w celu ustalenia odpowiednich ćwiczeń i wdrożenia ich do życia w czasie bezobjawowej hiperurykemii,
- Stosowanie zimnych, suchych okładów w celu złagodzenia bólu związanego ze stanem zapalnym,
- Ograniczenie ruchomości w stawach w czasie objawów dny moczanowej, a w przypadku ustąpienia objawów stosowanie odpowiednich ćwiczeń, zapobiegających rozwojowi degradacji stawów.

✓ **Ocena wyników:**

Pacjent po czasie stosowania się do wyżej wymienionych zaleceń oraz wdrożeniu rehabilitacji zachował sprawność stawów.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Podwyższone wartości ciśnienie tętniczego, prowadzące do nadciśnienia tętniczego oraz zwiększenia ryzyka sercowo-naczyniowego, a także zwiększających ryzyko zaostrzenia dny moczanowej.**

✓ **Cel:** Unormowanie wartości ciśnienia tętniczego.

✓ **Plan interwencji pielęgniarskich:**

- Dokonywanie systematycznych pomiarów ciśnienia tętniczego,
- Prowadzenie aktywności fizycznej adekwatnie do możliwości i stanu pacjenta,
- Stosowanie diety śródziemnomorskiej,
- Redukcja masy ciała,
- Ograniczenie spożywania alkoholu.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskich:**

- Prowadzenie dzienniczka z codziennymi pomiarami ciśnienia tętniczego,
- Zorganizowanie codziennych spacerów oraz wykonywanie lekkich ćwiczeń dostosowanych do możliwości pacjenta,

- Zastosowanie diety bogatej w warzywa i owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, z ograniczoną ilością tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, a także spożycia mniejszej ilości soli,
- Stosowanie diety z deficytem kalorycznym oraz systematyczne ćwiczenia, dążące do redukcji masy ciała,
- Zaprzestanie spożywania alkoholu.

✓ **Ocena wyników:**

Po miesiącu stosowania się do wyżej wymienionych zaleceń, pacjent stracił 3kg pierwotnej masy ciała.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Podwyższone wartości tętna zwiększenia ryzyka sercowo-naczyniowych, a także zwiększających ryzyko zaostrzenia dny moczanowej.**

✓ **Cel:** Unormowanie wartości tętna.

✓ **Plan interwencji pielęgniarskich:**

- Przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów,
- Unikanie sytuacji stresowych,
- Wyeliminowanie używek z diety,
- Zmniejszenie dolegliwości bólowych mogących wpływać na podwyższenie wartości tętna.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskich:**

- Spożywanie płynów w ilości około 30ml/kg masy ciała (w tym przypadku pacjent musi przyjmować minimum 3l płynów),
- Zapewnienie spokoju,
- Niespożywanie alkoholu,
- W razie nagłego podwyższenia tętna, wykonanie kilku głębokich wdechów na świeżym powietrzu, przyjęcie pozycji leżącej,
- Przyjmowanie Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych, w razie wystąpienia dolegliwości bólowych (np. Naproksen, Diklofenak),
- W przypadku utrzymywania się podwyższonego tętna, konsultacja z lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

✓ **Ocena wyników:**

Zaobserwowano unormowanie się wartości tętna do 72 uderzeń/minutę.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Podwyższenie wartości stężenia poziomu glikemii we krwi zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę typu 2. oraz zaostrzenia dny moczanowej.**

✓ **Cel:** Unormowanie wartości stężenia glikemii we krwi.

✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- Dieta cukrzycowa,
- Systematyczna aktywność fizyczna,
- Konsultacja z lekarzem.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- Prowadzenie systematycznie dzienniczka z poziomami stężenia glikemii we krwi,
- Spożywanie pokarmów z niskim indeksem glikemicznym,
- Rutynowa aktywność fizyczna,
- Konsultacja z lekarzem w celu zweryfikowania ewentualnej choroby cukrzycowej.

✓ **Ocena wyników:**

Zauważono nieznaczny spadek stężenia poziomu glikemii we krwi. Ustalono wizytę z lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Niedostateczna wiedza chorego na temat swojego stanu zdrowia oraz jednostki chorobowej dotyczącej danego pacjenta.**

✓ **Cel:** Uświadomienie pacjenta o stanie jego zdrowia oraz o ewentualnych powikłaniach i sposobie leczenia dny moczanowej.

✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- Rozmowa z pacjentem.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- Rozmowa z pacjentem o jednostce chorobowej,
- Wyjaśnienie wszelkich wątpliwości,

- Uświadomienie pacjenta o konieczności przeprowadzania rutynowo podstawowych badań,
- Wyjaśnienie pacjentowi jak korzystać z aparatów do mierzenia stężenia glikemii we krwi oraz ciśnienia tętniczego,
- Rozmowa z pacjentem na temat działań jakie może podjąć, aby poprawić swój stan zdrowia.

✓ **Ocena wyników:**

Wszelkie wątpliwości pacjenta na temat swojego stanu zdrowia zostały wyjaśnione. Pacjent dostał wskazówki, jak należy korzystać z aparatów służących do pomiarów parametrów życiowych. Mężczyzna otrzymał również materiały dotyczące swojej jednostki chorobowej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Zwiększona masa ciała spowodowana zbyt dużą podażą energii prowadząca do zaburzeń metabolicznych.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie wagi pacjenta.

✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- Zastosowanie diety z deficytem kalorycznym,
- Wprowadzenie aktywności fizycznej w codzienne życie pacjenta,
- Rozmowa z pacjentem o konieczności redukcji masy ciała.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- Wprowadzenie diety ubogiej w tłuszcze zwierzęce oraz węglowodany proste ze zwiększoną podażą witamin i składników mineralnych. Dieta z deficytem kalorycznym, wynoszącym około 700kcal/dzień,
- Codzienna aktywność fizyczna dostosowana do możliwości oraz stanu chorego.

✓ **Ocena wyników:**

Pacjent w trakcie miesiąca zredukował masę ciała o 3kg w stosunku do masy pierwotnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Obniżone samopoczucie chorego w związku ze swoim stanem zdrowia.**

✓ **Cel:** Polepszenie samopoczucia chorego.

✓ **Plan interwencji pielęgniarskich:**

- Rozmowa z pacjentem,
- Zachęcenie pacjenta do aktywności społecznych.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskich:**

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem dotycząca wpływu choroby na jego życie,
- Wdrożenie działań mogących zachęcić pacjenta do podjęcia nowych ról społecznych.

✓ **Ocena wyników:**

Samopoczucie pacjenta uległo znacznemu polepszeniu.

PODSUMOWANIE

1. Do najważniejszych problemów pielęgniarskich u pacjenta cierpiącego na dnę moczanową należały:

- Ból odczuwany przez pacjenta w stawie łokciowym,
- Zaczerwienienie, obrzęk oraz napięcie skóry w obrębie stawów łokciowych objętych stanem zapalnym,
- Ograniczenie ruchomości stawów spowodowane przewlekłą chorobą,
- Podwyższone wartości ciśnienie tętniczego prowadzące do nadciśnienia tętniczego oraz zwiększenia ryzyka sercowo-naczyniowego, a także zwiększających ryzyko zaostrzenia dny moczanowej,
- Podwyższone wartości tętna zwiększenia ryzyka sercowo-naczyniowych, a także zwiększających ryzyko zaostrzenia dny moczanowej,
- Podwyższenie wartości stężenia poziomu glikemii we krwi zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę typu 2. oraz zaostrzenia dny moczanowej,
- Niedostateczna wiedza chorego na temat swojego stanu zdrowia oraz jednostki chorobowej dotyczącej danego pacjenta,
- Zwiększona masa ciała spowodowana zbyt dużą podażą energii prowadząca do zaburzeń metabolicznych,
- Obniżone samopoczucie chorego w związku ze swoim stanem zdrowia.

2. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z dną moczanową jest motywowanie pacjenta do zmiany trybu życia oraz diety, a także edukacja chorego dotycząca jego stanu zdrowia i jednostek chorobowych.

Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej dla pacjenta cierpiącego na dnę moczanową pozwoliło na objęcie pacjenta holistyczną opieką pielęgniarską.

PIŚMIENNICTWO

1. Rell-Bakalarska M. Rell K.: Pacjent z napadem dny moczanowej Medycyna i życie wyd. Medical education 2022; 9: 43-47
2. Włochal M. Nowak M. Kanikowska A. Grzymisławski M.: Potrzeba rehabilitacji w chorobach metabolicznych, Forum Zaburzeń Metabolicznych 2015; 6: 64-73
3. Kądziała M. Klonowska I.: Zaawansowana dna moczanowa – opis przypadku, The Central European Journal of Social Sciences and Humanities 2014; 2: 190-199
4. Kostecka A.: Stężenie kwasu moczowego a choroba otępienna, Reumatologia 2018; 3: 328-335
5. Mercola J.: Siła zdrowych nawyków: Proste codzienne czynności, które pomogą ci wzmocnić odporność, zapobiec chronicznym chorobom i żyć dłużej, wyd. Wydawnictwo Kobiece, Białystok 2021.
6. Woszcze R.: Rodzinna dna moczanowa. Opis przypadków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2018.
7. Majdan M.: Dna moczanowa – nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, Reumatologia, 2013; 1: 1-8
8. Pęksa J.W. Malinowska-Karpiel A.: Farmakoterapia i leczenie dietetyczne hiperurykemii oraz napadów dny moczanowej wyd. Gabinet prywatny 2019; 4: 22-31
9. Kurbiel A. Kocot-Kępska M. Przeklasa- Muszyńska A.: Ketoprofen i etorykoksyl w leczeniu bólu ostrego w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, LekarzPoz/General Practitioner, 2019; 2: 146-152
10. MacIsaac RL, Salatzki J, Higgins P, Walters MR, Padmanabhan S, Dominiczak AF, Touyz RM, Dawson J.; Allopurinol and Cardiovascular Outcomes in Adults With Hypertension, Hypertension 2016; 67(3):535-40
11. Stefanik A.: Model opieki nad pacjentem z dną moczanową wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
12. Guła Z. Korkosz M.: Punkcja stawu, Medycyna Praktyczna, Dostępne na: https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/64584,punkcja-stawu.

13. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 2013; 369:2515-2524
14. Krasoń-Wejman M., Postępowanie dietetyczne przy podniesionym kwasie moczowym i dnie moczanowej, Carolina Medical Center, https://carolina.pl/wp-content/uploads/2016/03/Carolina_Medical_Center_dna_moczanowa.pdf
15. Piekarczyk A.: Dietoterapia przy podwyższonym kwasie moczowym i dnie moczanowej, PZWL, Warszawa 2018.
16. Klimaszewska K. Baranowska A. Krajewska-Kułak E.: Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne wyd. PZWL, Warszawa 2017.
17. Kostka-Jeziorny K., Tykarski A. Związek hiperurykემii z innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z pierwotnym, nieleczonym nadciśnieniem tętniczym w populacji badania RISK. *Arterial Hypertension* 2008; 12 (3): 190–199.

OCENA POZIOMU STRESU WŚRÓD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO ZWIĄZANEGO Z PRACĄ W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Maria Dorota Kwika¹, Barbara Basaj², Halina Sliżewska³

1 - Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno - Medyczny, Akademia Zamojska

2 - Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno - Medyczny, Akademia Zamojska

3- Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Uczelnia Zawodowa w Suwałkach

WSTĘP

We współczesnych czasach stres towarzyszy przedstawicielom wielu różnych zawodów. Jednak główna jego obecność zaznacza się w tych profesjach, które opierają się na kontaktach interpersonalnych z ludźmi. Celem zawodu pielęgniarskiego jest zapewnienie profesjonalnej opieki medycznej nie tylko chorym potrzebującym, ale również osobom zdrowym. Pielęgniarki w swojej pracy ciągle spotykają się z sytuacjami zagrażającymi życiu ludzkiemu, a także ze śmiercią. Ponoszą wielką odpowiedzialność za sprawowaną opiekę nad ludźmi. Pomimo dużych zasobów wiedzy, umiejętności, wielkiej odpowiedzialności, pielęgniarki bardzo często spotykają się z negatywnymi opiniami na temat sposobu wykonywania swojej pracy. Negatywne nastawienie społeczeństwa do zawodu pielęgniarskiego jest wysoce krzywdzące, wzbudza w pielęgniarkach postawę defensywną, która przyczynia się do powstania stresu [1]. Radzenie sobie ze stresem zależy od indywidualnych cech osobowości każdego człowieka oraz cech jego charakteru. Dotyczy to wszystkich ludzi pracujących, na różnych stanowiskach, w tym również wykonujących zawód pielęgniarki. Określona sytuacja lub wydarzenie dla jednej pielęgniarki jest źródłem ogromnego stresu, dla innej zaś nie przyczynia się do jego powstania. Dlatego wielu psychologów zainteresowało się tym, jaki wpływ ma stres na życie osobiste i zawodowe pielęgniarek, a także jak radzą sobie one z jego skutkami [2]. Według Światowej Organizacji Zdrowia stres w XXI wieku jest największym zagrożeniem dla życia i zdrowia człowieka. Jest reakcją organizmu i mobilizacją do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, przeszkodami bez większego znaczenia jakie emocje jej towarzyszą - pozytywne czy negatywne [3].

Wielu psychologów uważa, że stres jest przyczyną powstawania trudności życiowych i nieradzenia sobie z nimi. Znacząco wpływa na zaburzenia interpersonalne wśród społeczeństwa, niejednokrotnie obniża zapał do pracy. Należy jednak podkreślić, że reakcje jednostki na ten sam czynnik stresowy mogą się różnić gdyż są indywidualne dla każdego człowieka [4, 5].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu stresu wśród personelu pielęgniarskiego związanego z pracą w oddziałach szpitalnych.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą, którą posłużono się w przeprowadzonych badaniach była metoda sondażu diagnostycznego.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety, własnego autorstwa. Badania zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu w oddziałach: Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Chirurgii, Onkologii.

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 100 osób. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji szpitala. Badania były anonimowe, a udział w nich był dobrowolny.

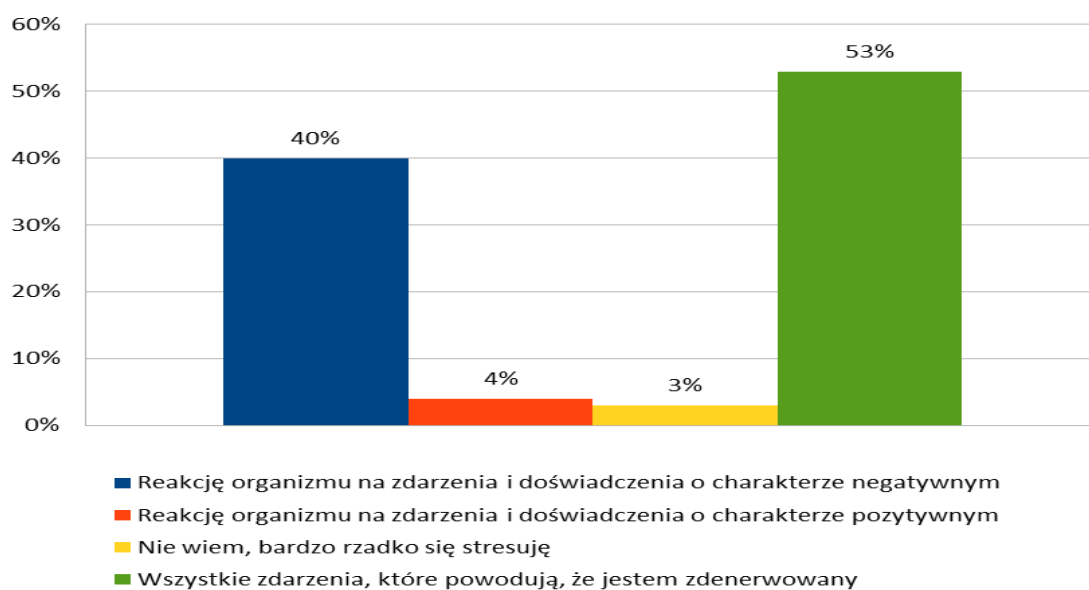
Wyniki badań przedstawiono w formie wykresów, ilościowo i procentowo oraz w formie tabel do których wykonano test chi – kwadrat.

Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie Microsoft Office Excel 2021.

WYNIKI

Pojęcie stresu nieco ponad połowa badanych 53 osoby (53%) definiuje jako wszystkie zdarzenia, które powodują zdenerwowanie. Zaś 40 ankietowanych (40%) stres pojmują jako reakcję organizmu na doświadczenia o charakterze negatywnym.

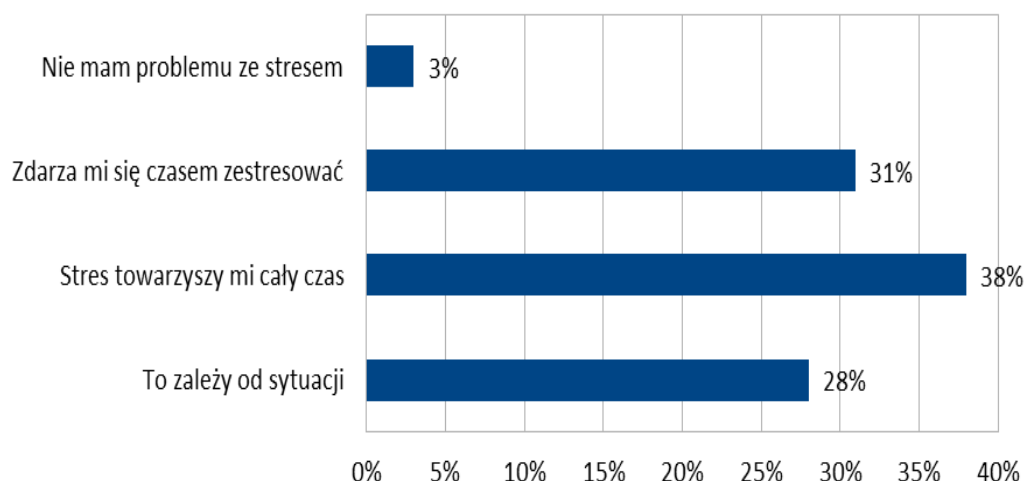
Najmniejsza liczba badanych odpowiedziała, że stres to reakcja organizmu na doświadczenia o charakterze pozytywnym – 4 osoby (4%). Pozostałe 3 osoby (3%) odpowiedziały, że nie wie, ponieważ bardzo rzadko się stresuje (Wykres 1).



Wykres 1. Definicja respondentów dotycząca stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

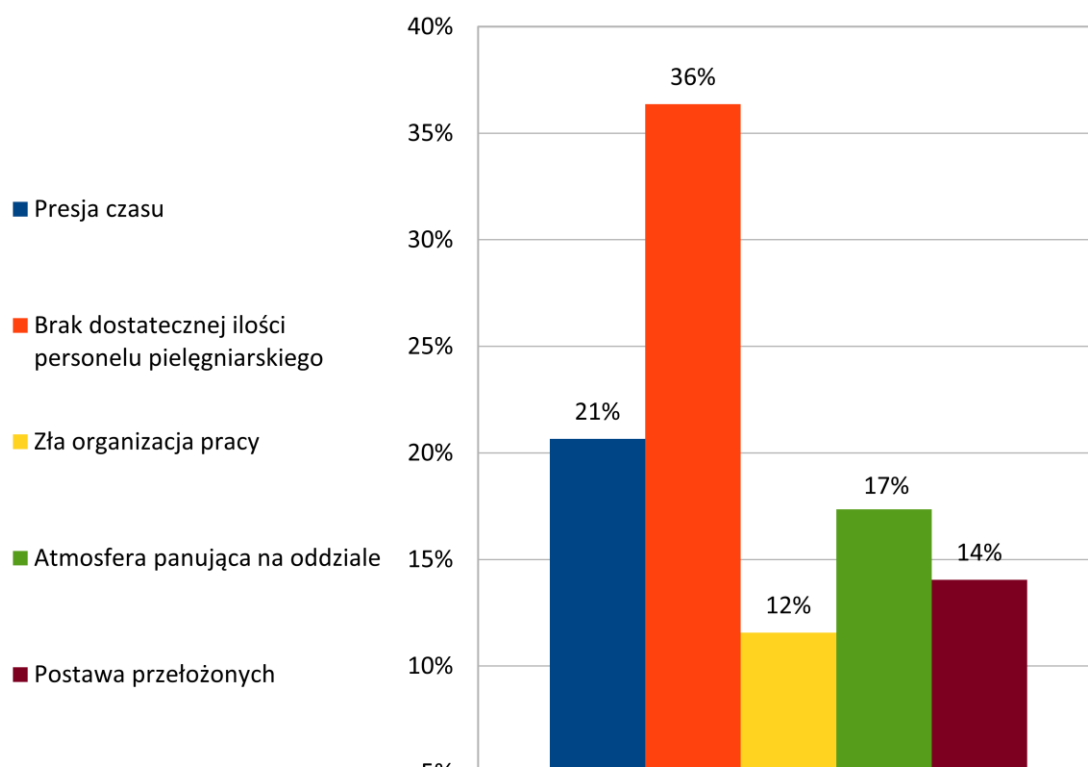
Stres w pracy często towarzyszy ankietowanym, 38 z nich (38%) odpowiedziało, że przez cały czas, kolejnym 31 respondentom (31%) zdarza się czasem stresować, u 2 (2%) jest to zależne od sytuacji. Tylko 3 badanych (3%) odpowiedziało, że nie ma problemu ze stresem (Wykres 2).



Wykres 2. Odpowiedzi respondentów na pytanie jak często towarzyszy im stres w pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

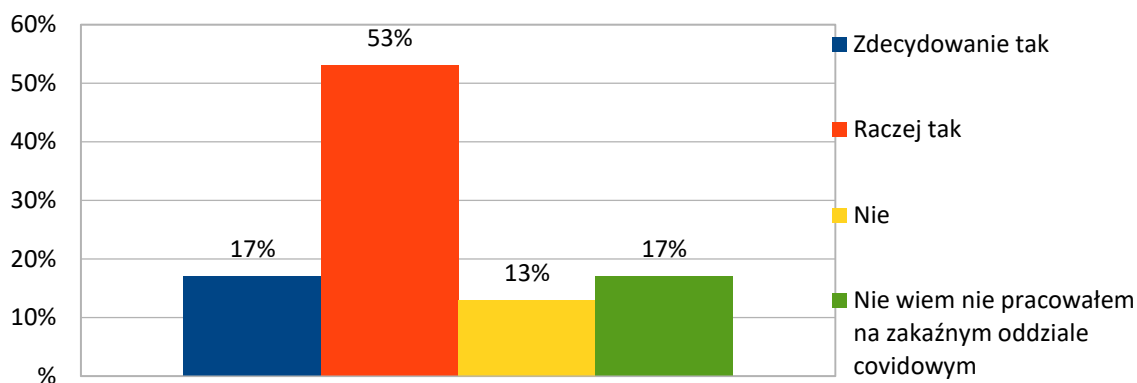
Jako przyczynę stresu w pracy 36 badanych (36%) podało, że jest to brak dostatecznej ilości personelu pielęgniarskiego. Następnie 21 respondentów (21%) za powód stresu uznało presję czasu, 17 badanych (17%) za przyczynę stresu podało atmosferę panującą w pracy. Czynnikiem wpływającym na stres dla 14 badanych (14%) jest postawa przełożonych, a 12 badanych (12%) złą organizację pracy (Wykres 3).



Wykres 3. Odpowiedzi respondentów na pytanie przyczyn powstawania stresu w pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

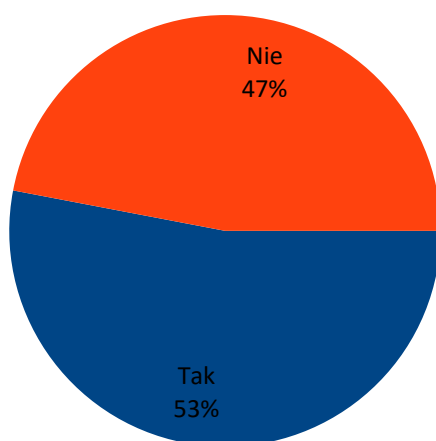
Ponad połowa badanych respondentów odpowiedziała (53%), że pandemia raczej miała wpływ na ich zdrowie psychiczne. Wśród ankietowanych 17 osób (17%) zdecydowanie odczuło wpływ pandemii na swoje zdrowie psychiczne, 17 osób (17%) nie wie, ponieważ, nie pracowało na oddziale covidowym, a 13 badanych (13%) nie odczuło wpływu pandemii na zdrowie psychiczne (Wykres 4).



Wykres 4. Odpowiedzi respondentów dotyczące wpływu pandemii zdrowie psychiczne.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

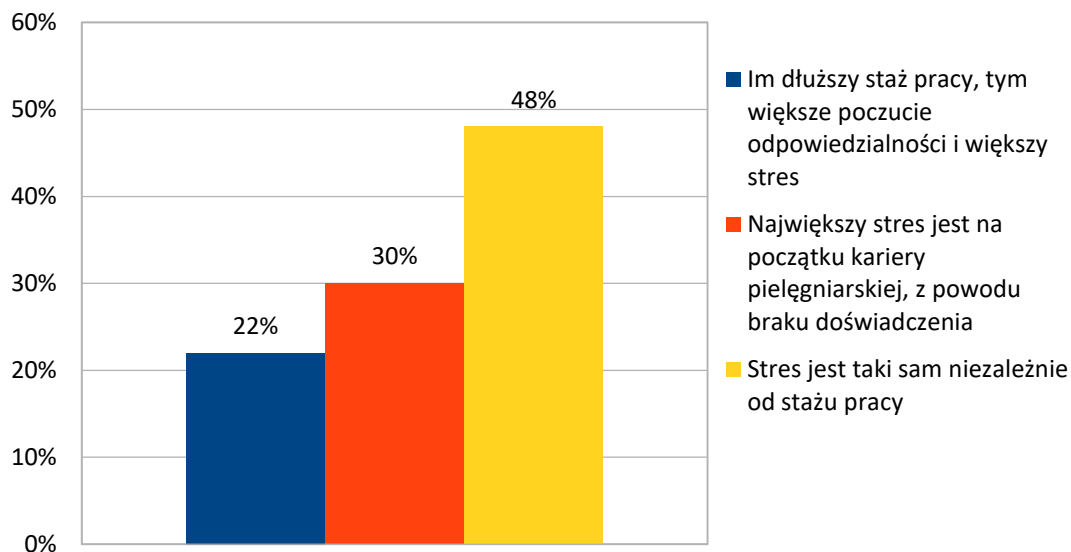
Większa część, 53 respondentów (53%) potwierdziła, że staż pracy wpływa na potęgowanie stresu. Pozostała część 47 badanych (47%) zaprzeczyła (Rycina 1).



Rycina 1. Odpowiedzi respondentów dotyczące tego czy staż wpływa na potęgowanie stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

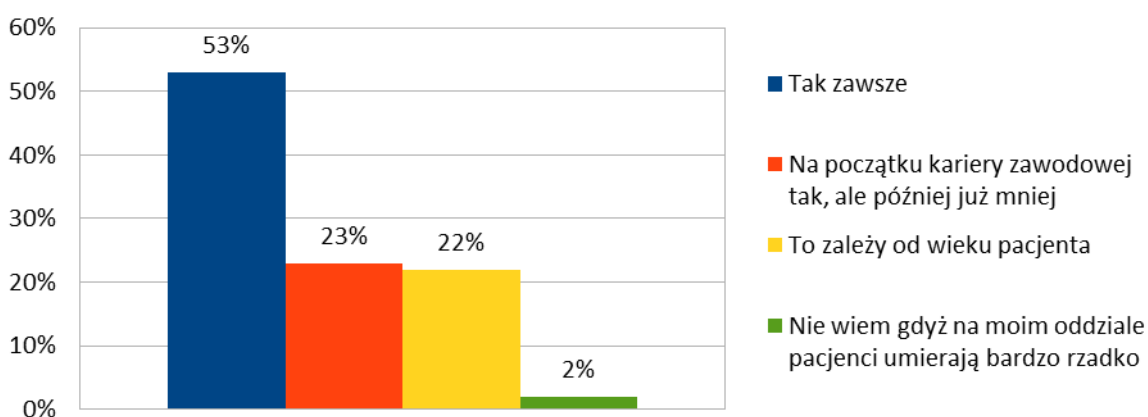
Na pytanie związane ze stażem pracy, a potęgowaniem stresu 48 badanych (48%) odpowiedziało, że stres nie zależy od stażu pracy. Kolejnych 30 respondentów (30%) podało, że największy stres występuje na początku kariery pielęgniarskiej z powodu braku doświadczenia. Najmniejsza liczba badanych – 22, (22%) uważa, że im dłuższy staż pracy, tym większe jest poczucie odpowiedzialności, a co za tym idzie zwiększa się poziom stresu (Wykres 5).



Wykres 5. Odpowiedzi respondentów na pytanie jak staż pracy wpływa na potęgowanie stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

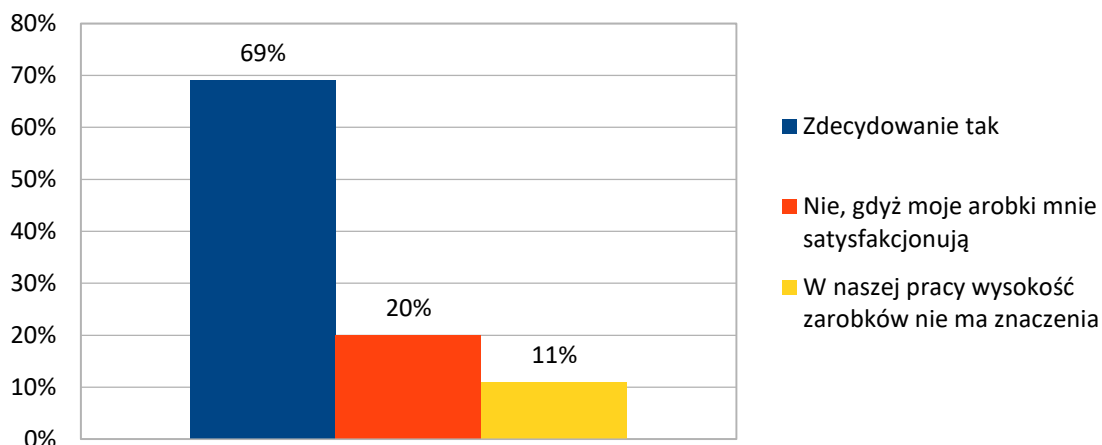
Ponad połowa 53 uczestników badania (53%) na pytanie dotyczące wpływu śmierci na potęgowanie stresu, odpowiedziała, że zawsze. Następnie 23 respondentów (23%) podało, że na początku kariery, a później już mniej, 22 badanych (22%) uważa, że jest to zależne od wieku pacjenta, a 2 badanych (2%) nie wie, ponieważ bardzo rzadko śmierć dotyka pacjentów na ich oddziale (Wykres 6).



Wykres 6. Odpowiedzi respondentów na temat wpływu śmierci pacjenta na potęgowanie stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

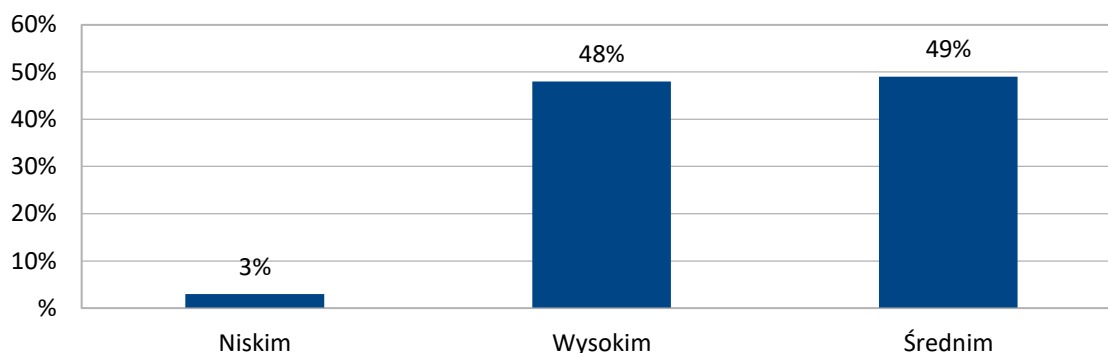
Niskie wynagrodzenie za wykonywaną pracę może być przyczyną stresu dla 69 badanych (69%). Następne 20 osób (20%) uważa, że nie, ponieważ ich wynagrodzenie jest satysfakcjonujące, a 11 ankietowanych (11%) podało, że nie ma to znaczenia (Wykres 7).



Wykres 7. Odpowiedzi respondentów dotyczące wpływu zarobków na potęgowanie stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

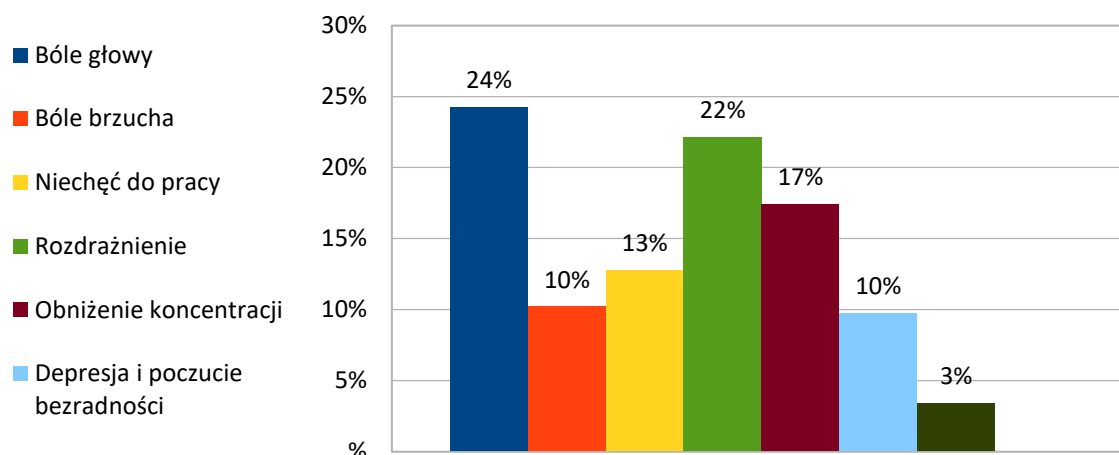
Wśród badanych 49 osób (49%) poziom stresu w pracy odczuwa na poziomie średnim, nieco mniej, 48 osób (48%), na poziomie wysokim. Natomiast tylko 3 respondentów (3%) stres ocenia jako niski (Wykres 8).



Wykres 8. Odpowiedzi respondentów dotyczące poziomu odczuwania stresu w pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

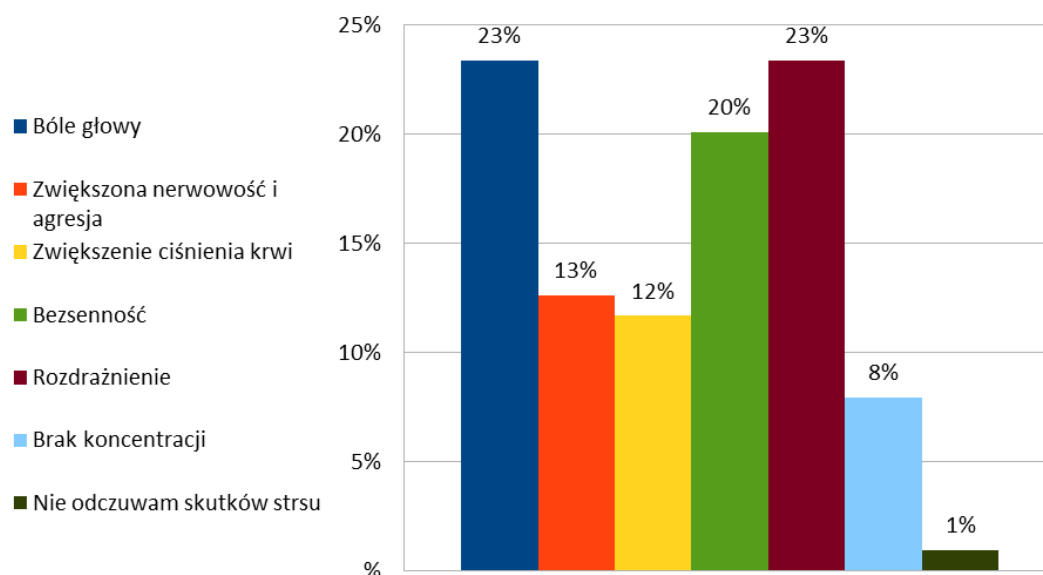
Najwięcej badanych 57 (24%) do objawów towarzyszących podczas pracy podało bóle głowy, 52 (22%) rozdrażnienie, dla 41 badanych (17%) jest to obniżenie koncentracji. Niechęć do pracy odczuwa 30 badanych (13%). Kolejne 23 respondentów (10%) podaje, że jest to depresja i poczucie bezradności. Taka sama liczba ankietowanych odczuwa najczęściej bóle brzucha (10%) a dla 9 osób (4%) jest to nadmierny apetyt N=235 (100%) (Wykres 9).



Wykres 9. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące objawów jakie towarzyszą im podczas pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

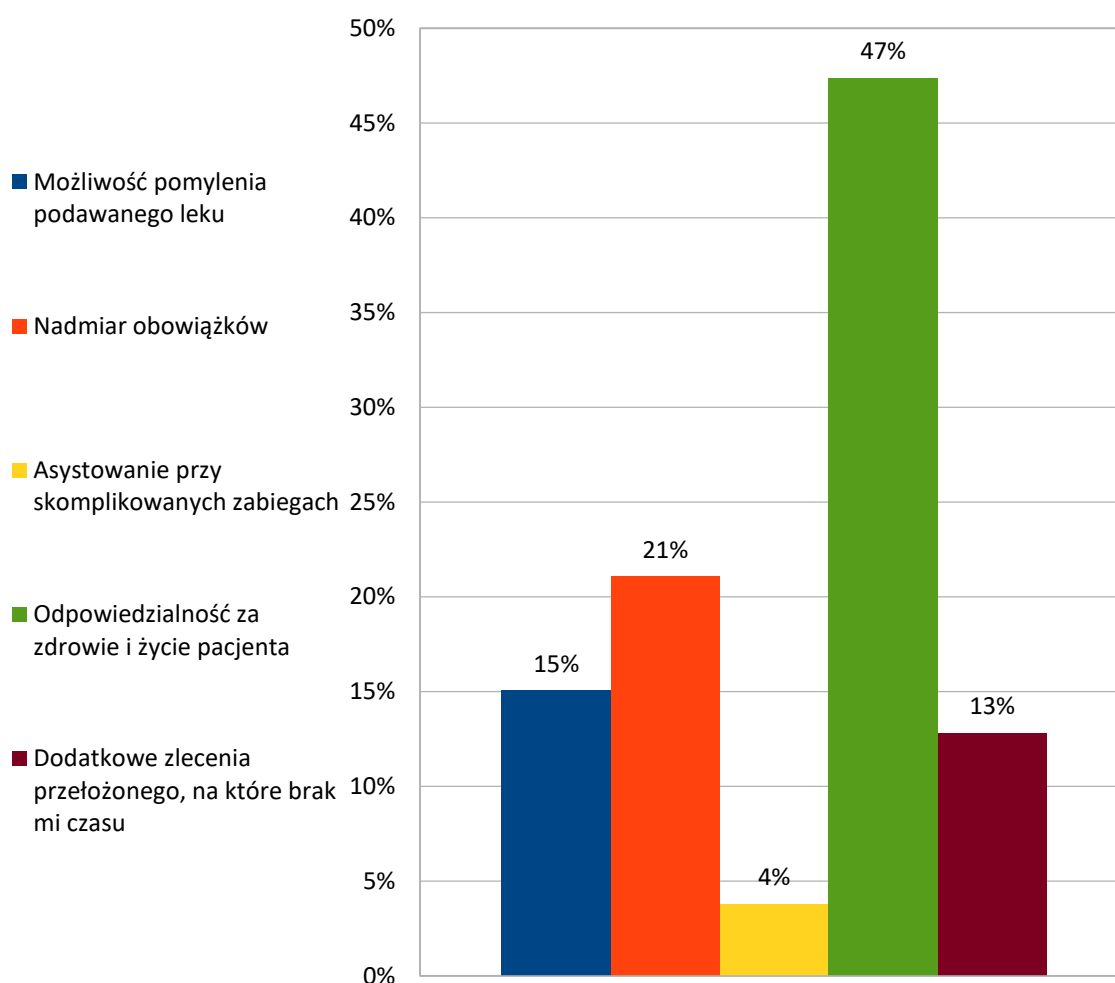
Po powrocie z pracy u badanych osób występują różne objawy, 50 z nich (23%) odpowiedziało, że jest to rozdrażnienie. Również 50 ankietowanych (23%) odpowiedziało, że są to bóle głowy. Dla 43 badanych (20%) najczęściej występującym objawem jest bezsenność, dla 27 (13%) zwiększona nerwowość i agresja. U 25 respondentów (12%) występuje podwyższone ciśnienie krwi, a u 17 (8%) brak koncentracji. Tylko dwóch uczestników badania (1%) nie odczuwa żadnych skutków stresu N=214 (100%), (Wykres 10).



Wykres 10. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące objawów występujących po powrocie z pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

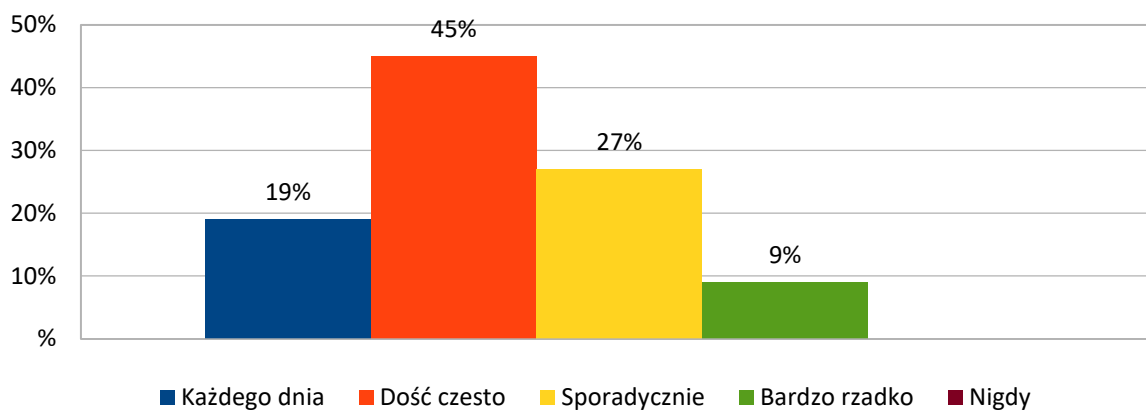
Dla prawie połowy badanych (47%) obowiązkiem wykonywanym w pracy, który stanowi największe źródło stresu jest odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta. Spośród badanych 21 (21%) uważa, że jest to nadmiar obowiązków, 15 (15%) – możliwość pomylenia podawanego leku, 13 (13%) – dodatkowe zlecenia przełożonego na zrealizowanie których nie wystarcza czasu. Natomiast 3 osoby (3%) wśród badanych stresuje się asystowaniem przy skomplikowanych zabiegach (Wykres 11).



Wykres 11. Odpowiedzi respondentów dotyczące obowiązków w pracy, które stanowią największe źródło stresu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

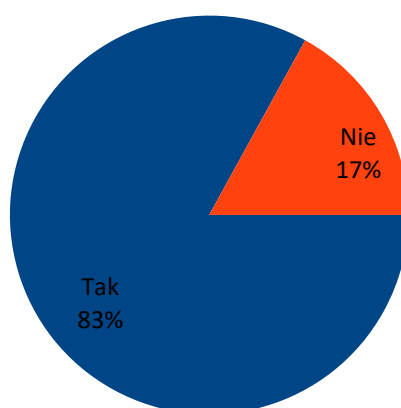
Zachowania agresywne wśród pacjentów, zdaniem 45 ankietowanych (45%) zdarzają się dość często, 27 (27%), że sporadycznie, a u 19 badanych (19%) występują każdego dnia. Tylko u 9 badanych (9%) powyższe sytuacje zdarzają się bardzo rzadko (Wykres 12).



Wykres 12. Odpowiedzi respondentów dotyczące częstotliwości występowania agresywnego zachowania wśród pacjentów.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

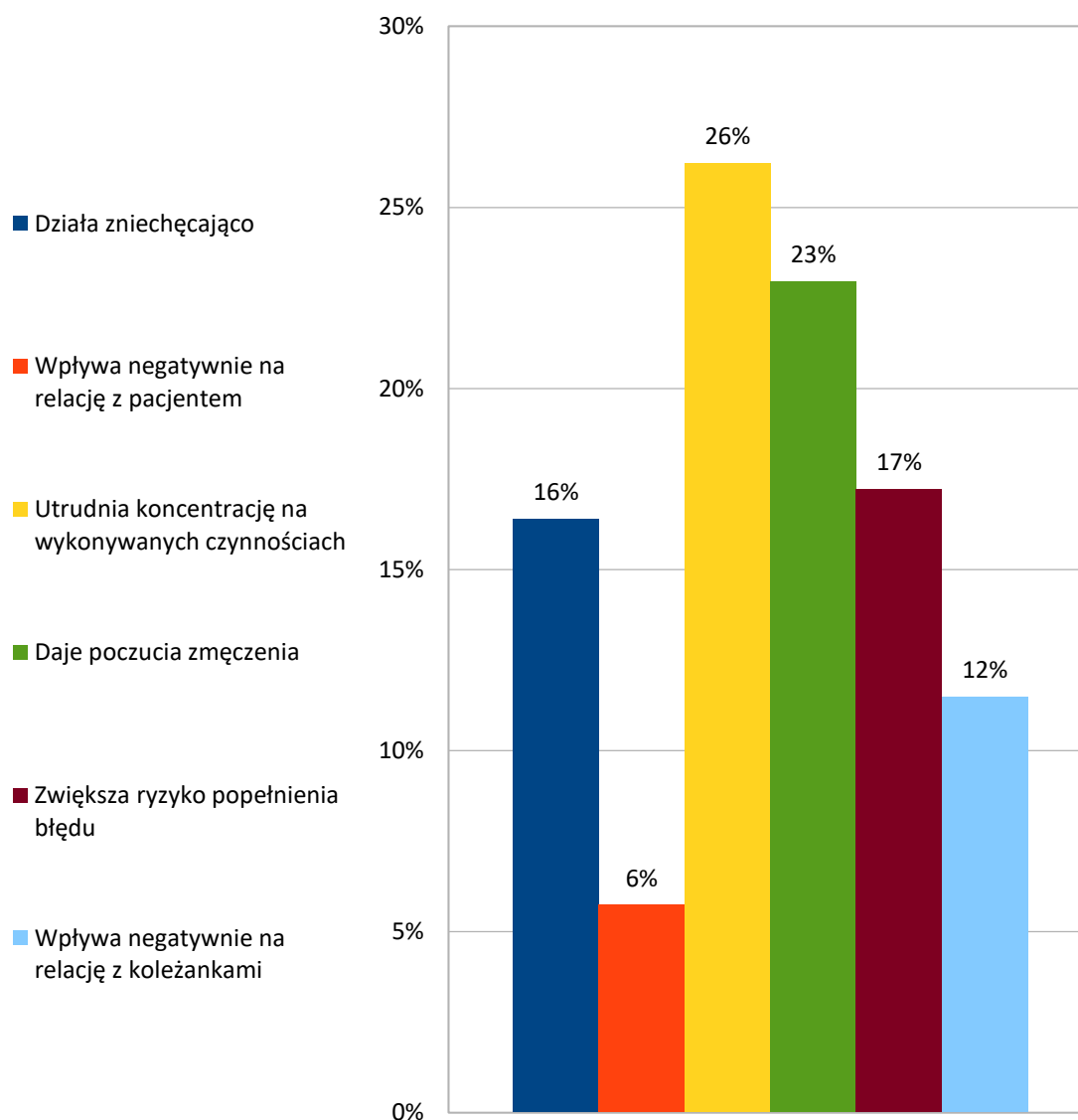
U zdecydowanej większości badanych, aż 83%, podczas wykonywanej pracy zostało narażone ich życie lub zdrowie (Rycina 2).



Rycina 2. Odpowiedzi respondentów dotyczące tego czy podczas pracy zostało narażone ich życie lub zdrowie.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

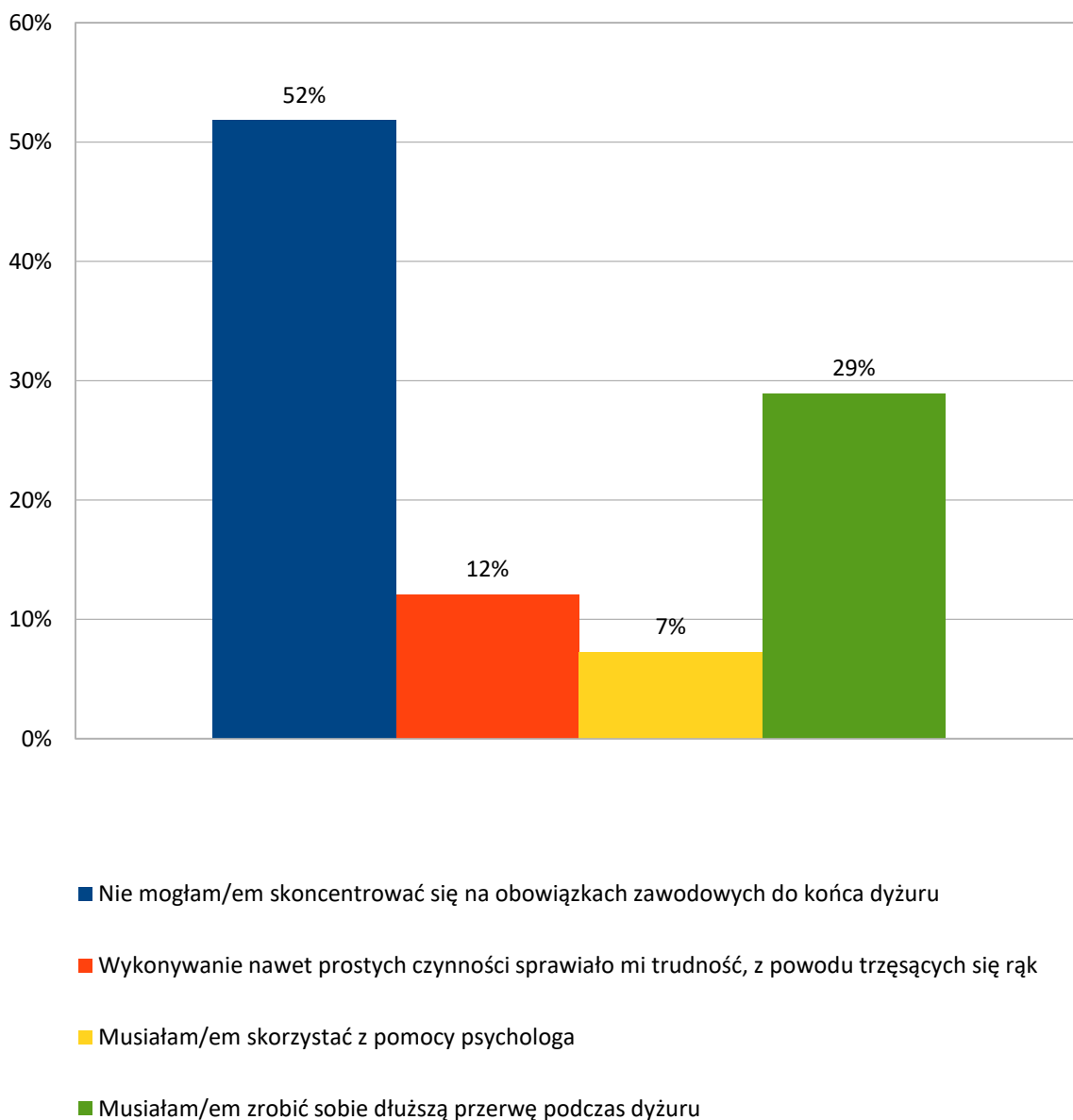
Stres podczas pracy u 32 badanych (26%) utrudnia koncentrację podczas wykonywanych czynności, u 28 osób (23%) daje poczucie zmęczenia. Zaś 21 badanych (17%) uważa, że stres w pracy zwiększa ryzyko popełnienia błędu, dla 20 ankietowanych (16%) działa zniechęcająco, negatywnie wpływa na relację z koleżankami z pracy u 14 osób (12%), a u 7 badanych (6%) negatywnie wpływa na relację z pacjentem. N=122 (100%), (Wykres 13).



Wykres 13. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące wpływu stresu na wykonywaną pracę.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Stres u 43 badanych (52%) utrudnia koncentrację podczas wykonywanych czynności, 24 ankietowanych (29%) musi sobie zrobić dłuższą przerwę. Kolejnych 10 badanych (12%) uważa, że stres utrudnia wykonywanie nawet prostych czynności, a 6 badanych (7%) musiało skorzystać z pomocy psychologa. N=83 (100%) (Wykres 14).

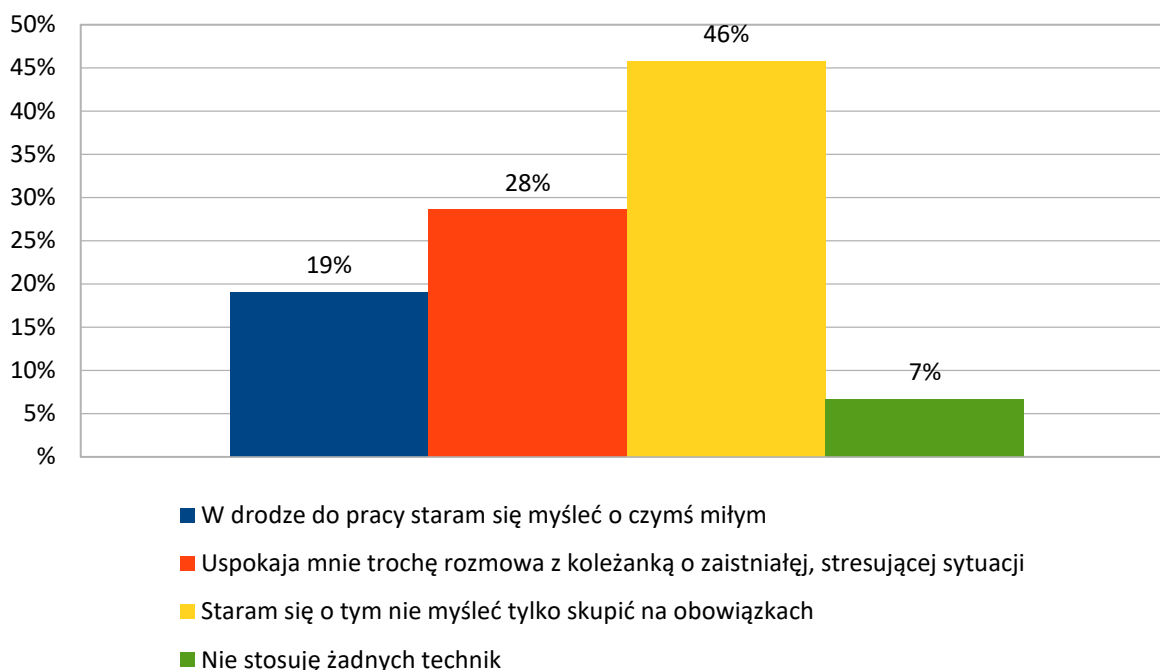


Wykres 14. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące wpływu stresu na zdrowie psychiczne.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W odpowiedzi na pytanie- Jak radzić sobie w pracy z sytuacjami stresowymi?, 46 badanych (46%) stara się nie myśleć o sytuacjach w pracy, tylko skupić się na obowiązkach,

by poradzić sobie ze stresem doświadczonym w pracy. 28 ankietowanych (28%) uważa, że pomocna jest rozmowa z koleżanką o zaistniałych sytuacjach. 19 osób (19%) stara się w

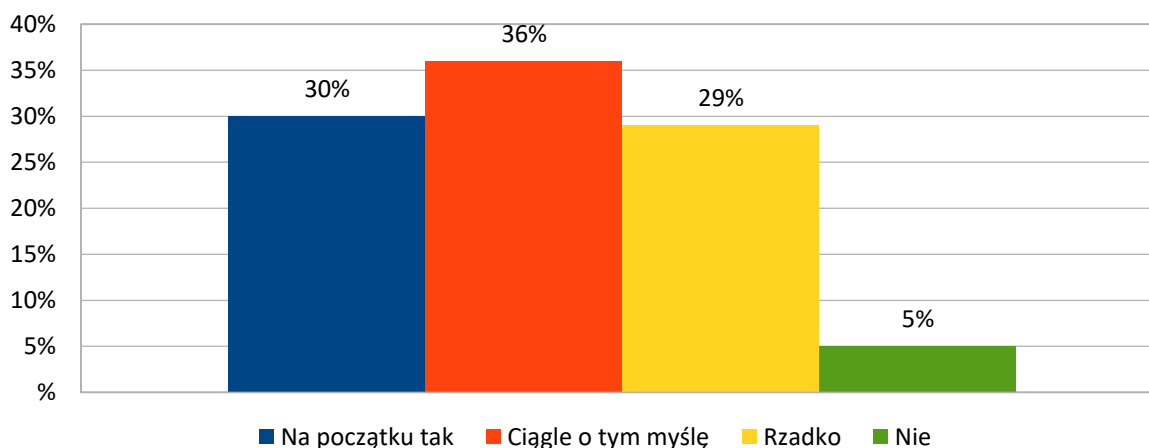


drodze do pracy myśleć o czymś miłym, a 7 uczestników (7%) badania nie stosuje żadnych technik (Wykres 15).

Wykres 15 . Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem w pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

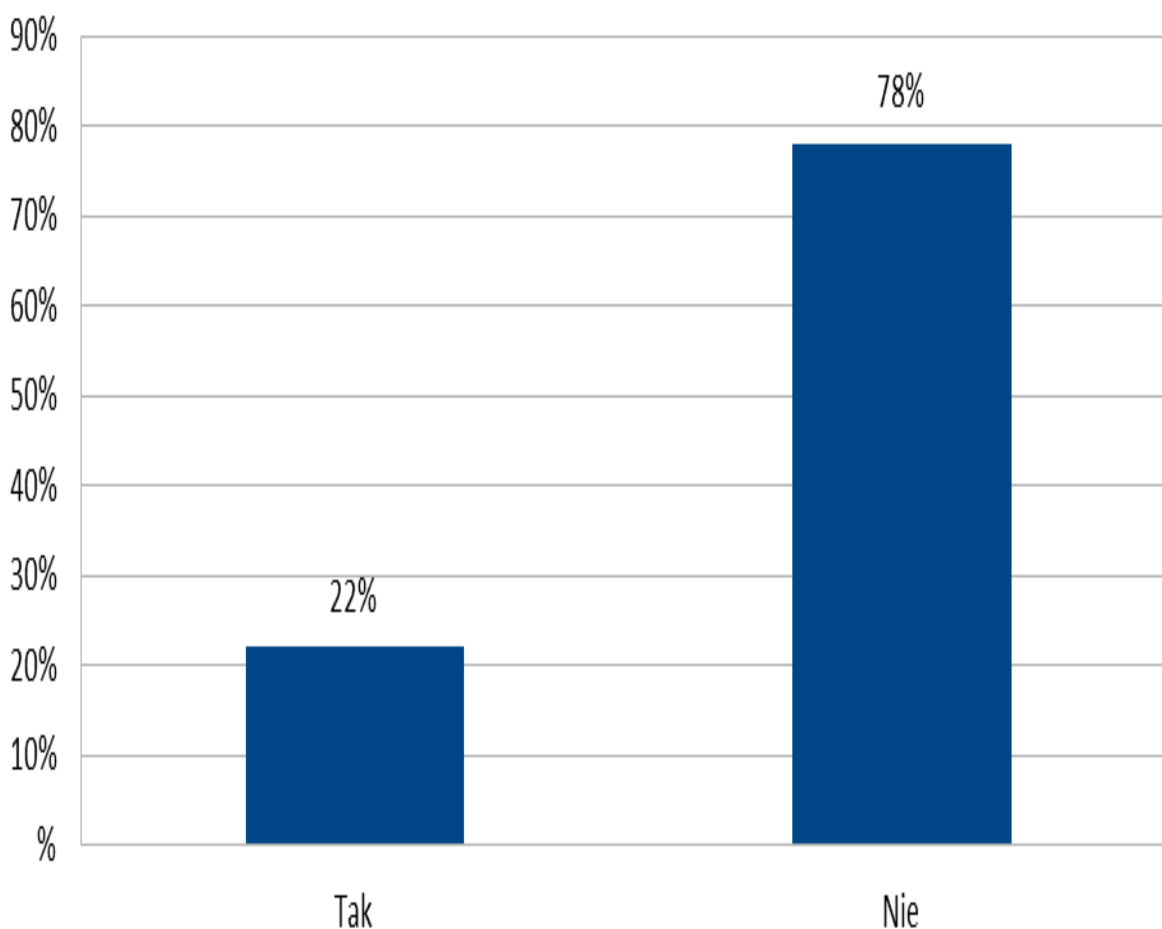
Większość ankietowanych 36 (36%) przyznało się, że po powrocie do domu ciągle myśli o zaistniałych sytuacjach w pracy. 30 badanych (30%) myśli, ale tylko bezpośrednio po powrocie do domu, 29 osób (29%) rzadko, a 5 badanych (5%) wcale (Wykres 16).



Wykres 16. Odpowiedzi respondentów na pytanie czy po powrocie do domu myślą o tym co wydarzyło się w pracy.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

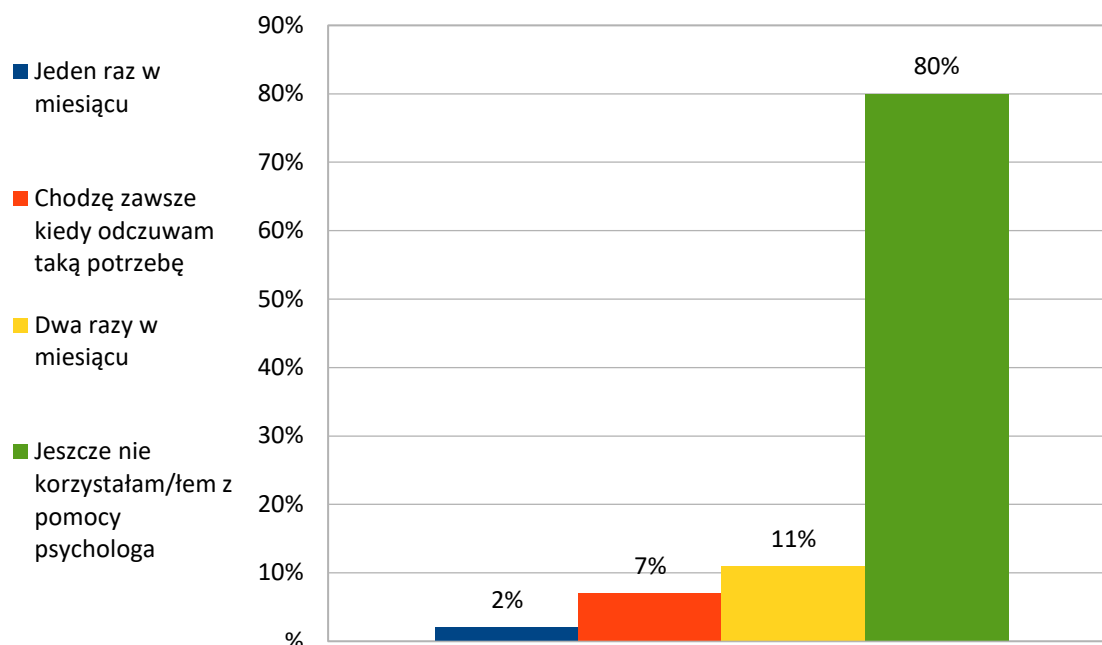
Na pytanie ankietowe dotyczące korzystania z pomocy psychologa w ciągu całego stażu pracy, aż 78 badanych (78%) nie korzystało z pomocy psychologa, 22 osoby (22%) potwierdziło tę pomoc (Wykres 17).



Wykres 17. Odpowiedzi respondentów na pytanie czy w ciągu całego stażu pracy korzystali z pomocy psychologa.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Największy procent (80) stanowią respondenci, którzy nigdy nie korzystali z pomocy psychologa, 11 osób (11%) uczęszcza na terapię dwa razy w miesiącu, 7 (7%) chodzi wtedy, kiedy czuje taką potrzebę, a 2 ankietowanych (2%) jeden raz w miesiącu (Wykres 18).



Wykres 18. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące częstotliwości korzystania z pomocy psychologa.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zależności statystyczne pomiędzy oddziałem, na którym pracują badani, a wpływem śmierci na potęgowanie stresu.

Śmierć najbardziej wpływa na potęgowanie stresu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Onkologii oraz Chirurgii (Tabela I).

Tabela I. Zależność pomiędzy oddziałem a wpływem śmierci na potęgowanie stresu.

	Tak zawsze	Na początku kariery zawodowej tak, ale później już mniej	To zależy od wieku pacjenta	Nie wiem gdyż na moim oddziale pacjenci umierają bardzo rzadko
Onkologia	16	7	3	1
Chirurgia	13	6	4	0

PITK	8	6	12	1
SOR	16	4	3	0
Razem	53	23	22	2

W przeprowadzonym teście chi-kwadrat, nie wykazano zależności statystycznej pomiędzy płcią, a poziomem stresu w badanej grupie. $P=0,54$ (Tabela II).

Tabela II. Zależność pomiędzy płcią badanych, a poziomem stresu.

	Poziom stresu			
Płeć	Niski	Średni	Wysoki	
Kobieta	3	45	43	
Mężczyzna	0	4	5	$P=0,54$

Test Chi-kwadrat wykazał istotną statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania respondentów a poziomem stresu. Wysoki poziom stresu dotyka częściej mieszkańców miasta. $P=0,02$ (Tabela III).

Tabela III. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a poziomem stresu.

	Poziom stresu			
Miejsce zamieszkania	Niski	Średni	Wysoki	
Wieś	2	25	13	
Miasto	1	24	35	$P=0,02$

W teście Chi-kwadrat widoczna jest istotna statystycznie zależność pomiędzy wykształceniem, a poziomem stresu. Średni poziom stresu dotyczy przede wszystkim

badanych z wyższym wykształceniem. Natomiast wysoki poziom stresu najczęściej występuje u respondentów posiadających wykształcenie wyższe magisterskie. $P=0,01$ (Tabela IV).

Tabela IV. Zależność pomiędzy wykształceniem, a poziomem stresu.

	Poziom stresu			
Wykształcenie	Niski	Średni	Wysoki	
Policealne	0	4	1	
Średnie	0	4	5	
Wyższe	2	23	12	
Wyższe magisterskie	1	18	30	$P=0,01$

W teście Chi-kwadrat wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy oddziałem na którym pracują respondenci, a poziomem stresu. Najwyższy poziom stresu dotyczy pracowników Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, oraz oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej. $P=0,02$ (Tabela V).

Tabela V. Zależność pomiędzy oddziałem, a poziomem stresu.

	Poziom stresu			
Oddział	Niski	Średni	Wysoki	
Onkologia	2	17	8	
Chirurgia	1	15	7	
SOR	0	3	20	
PITK	0	4	23	$P=0,02$

DYSKUSJA

Stres w pracy to interakcja między sytuacją w pracy, a osobą pracującą. Stres związany z pracą może szkodzić zdrowiu fizycznemu i psychicznemu danej osoby, a ostatecznie mieć negatywny wpływ na wydajność pracy poprzez zwiększenie poziomu stresu [6]. Obecnie stres związany z pracą stał się częstym i kosztownym problemem w miejscu pracy, a według Światowej Organizacji Zdrowia problemem powszechnym [7]. Stres jest określany jako główna przyczyna 80% wszystkich wypadków przy pracy i 40% obciążeń finansowych w miejscu pracy według Amerykańskiego Instytutu Stresu. Wyniki badań przeprowadzonych w Iranie przez Nasiry Zarrin Ghabaee i wsp. pokazują, że 7,4% pielęgniarek jest nieobecnych w pracy z powodu zmęczenia psychicznego lub niepełnosprawności fizycznej spowodowanej pracą, co jest wynikiem o 80% wyższym niż w przypadku innych grup zawodowych [8].

Według statystyk dostarczonych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek koszty ponoszone z powodu stresu związanego z pracą szacuje się w Stanach Zjednoczonych na 200-300 milionów dolarów rocznie, a prawie 90% problemów zdrowotnych pracowników przypisuje się stresowi zawodowemu. Stres zawodowy wśród pielęgniarek może wpływać na jakość ich życia, a tym samym na jakość opieki. Pielęgniarki mają bliski kontakt z pacjentami, a takie czynniki jak miejsce zatrudnienia, różnorodność hospitalizowanych przypadków, braki kadrowe, wymuszone godziny nadliczbowe oraz postawa kierownika oddziału, mogą nakładać na pielęgniarki ogromny stres [9]. Stres jest nieodłącznym elementem współczesnego pielęgniarstwa, który w dłuższej perspektywie przyczynia się do powstawania różnych chorób. Analiza badań własnych dowodzi, że stres w pracy powoduje konflikty wśród współpracowników, niezadowolenie z pracy, zmniejszenie kreatywności, zmniejszenie satysfakcji zawodowej, ograniczenie prawidłowego i terminowego podejmowania decyzji, poczucie nieadekwatności i depresji, wstręt i zmęczenie pracą, spadek energii i wydajności pracy oraz obniżoną jakość opieki pielęgniarskiej. Elementy te zwiększają prawdopodobieństwo urazów związanych z pracą, w odniesieniu do którego wyniki licznych badań wykazały, że stres w pracy ma bezpośredni lub pośredni wpływ na świadczenie usług medycznych [10]. W konsekwencji, ze względu na nieuchronność niektórych stresorów w zawodzie pielęgniarki, konieczne jest zapobieganie ich psychologicznym i behawioralnym skutkom w celu poprawy jakości życia pielęgniarek i ich zachowań opiekuńczych. Stres w pracy może wpływać na zachowania opiekuńcze pielęgniarek ze względu na nadmierną aktywność lub obciążenie pracą pielęgniarki oraz

większą ilość obowiązków. Badania przeprowadzone przez Rizkianti i wsp. wykazały, że stres związany z pracą skutkuje utratą współczucia dla pacjentów i zwiększoną częstością błędów w praktyce, a zatem jest niekorzystnie związany z jakością opieki [11]. Badanie przeprowadzone przez Hassard i wsp. wykazały, że ma to bezpośredni lub pośredni wpływ na świadczenie opieki, a tym samym stan zdrowia pacjentów. Stwierdzono, że konflikt z kolegami jest predyktorem niższych praktyk opiekuńczych. Oluma i Abadiga w swoich badaniach wyjaśnili, że satysfakcja z pracy jako satysfakcja osobista i satysfakcja z zarządzania pielęgniarką była istotnie związana z zachowaniem opiekuńczym [12].

W uzyskanych badaniach poziom stresu respondenci ocenili jako średni i wysoki. Nie wykazano zależności statystycznej pomiędzy poziomem stresu, a płcią w zawodzie pielęgniarskim. W przeprowadzonych badaniach własnym śmierć w 53 przypadkach miała wpływ na potęgowanie stresu wśród ankietowanych, co było zgodne z wynikami badań przeprowadzonych w Grecji przez Chatzigianni [13] wskazujących, że stres jest prawdopodobnie zakorzeniony w niemożności zapobiegania śmierci.

Badania własne wykazały, że najistotniejszym czynnikiem wpływającym na stres wśród personelu pielęgniarskiego były braki dostatecznej liczby pracowników. Zdaniem badaczy Tarbiyat, Salimi i Feizi stres zawodowy to zespół fizyczno-psychologiczny, któremu towarzyszy zmęczenie, prowadzący do negatywnych zachowań i postaw wobec siebie, pracy, rodziny i pacjentów, powodujący nieefektywną aktywność i absencję, niemoralność i niezadowolenie z pracy, pozornie wynikający stres psychiczny i brak koncentracji. Nadmierny stres w pracy ma negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne pielęgniarek i zmniejsza ich wydajność pracy [14].

WNIOSKI

Poziom stresu wśród personelu pielęgniarskiego, pracującego w oddziałach szpitalnych jest wysoki.

- Obserwuje się wyższy poziom stresu wśród respondentów mieszkających w mieście, a także wśród respondentów z wykształceniem wyższym i wyższym magisterskim.
- Długość stażu w zawodzie pielęgniarki, zarówno krótki jak i długi ma znaczący wpływ na wzrost natężenia stresu, ponieważ krótki staż uniemożliwia zdobycie doświadczenia, które jest oczekiwane w tej pracy. Zaś wraz ze wzrostem stażu pracy zwiększa się poczucie odpowiedzialności, a tym samym zwiększa się poczucie stresu.

- Natężenie poziomu stresu u ankietowanych w czasie wykonywanej pracy zależy od oddziału, w którym pracują. Wyższy jego poziom obserwuje się wśród pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Oddziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej, a znacznie niższy wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach Chirurgii i Onkologii.
- Ogromnym źródłem stresu dla pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych jest agresywne zachowanie się pacjentów, do którego przyznała się większość ankietowanych (83%).
- Stres ma wpływ na zdrowie pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych ponieważ obserwuje się jego liczne objawy wśród ankietowanych.
- Pielęgniarki nie radzą sobie ze stresem, świadczą o tym dolegliwości występujące podczas pracy i po powrocie do domu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bielecka W., Fortuna K.: Stres na stanowisku pracy pielęgniarki [w:] Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie, Uchmanowicz I. (red). Wyd. Naukowe Continuo, Wrocław 2017: 26-3 .
2. Heszen I.: Psychologia stresu. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2016.
3. Jasińska A.: Jak radzić sobie ze stresem? Wyd. Naukowe Cztery Głowy, Gdańsk 2016.
4. Korczyński S.: Stres w pracy zawodowej nauczyciela. Wyd. Naukowe Impuls, Kraków 2015.
5. Bobek P., Rogala – Pawelczyk G.: Stres w pracy pielęgniarki i położnej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2021; 11:34-35.
6. Unaldi Baydin N., Tiryaki Sen H., Kartoglu Gurler S. et al.: A study on the relationship between nurses' compulsory citizenship behaviours and job stress. Journal of Nursing Management 2020; 28(4):851–858.
7. Sarafis P., Rousaki E., Tsounis A. et al.: The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. BMC Nursing 2016; 15(56):1–9.

8. Nasiry Zarrin Ghabaee N., Talebpour Amir F., Hosseini Velshkolaei M. et al.: Quality of life and its relationship to the Job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. *Journal of Nursing Education* 2016; 5 (2) :40-48.
9. Hassard J., Teoh K.R., Visockaite G. et al.: The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology* 2018; 23(1):1-17.
10. Shareinia H., Khuniki F., Bloochi Beydokhti T. et al.: Comparison between job stress among emergency department nurses with nurses of other departments. *Journal of Nursing Management* 2018; 6 (3): 48-56.
11. Rizkianti I., Haryani A.: The Relationship Between Workload and Work Stress With Caring Behavior Of Nurses in Inpatient Rooms. *Jurnal Aisyah Jurnal Ilmu Kesehatan* 2020; 5(2):159-166.
12. Oluma A., Abadiga M.: Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nursing* 2020; 19(1):1–7.
13. Chatzigianni D., Tsounis A., Markopoulos N. et al. :Occupational stress experienced by nurses working in a Greek Regional Hospital: A cross-sectional study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018; 23(6): 450-457.
14. Tarbiyat N.S., Salimi S., Feizi A.: Predictors of nursing care behaviors in critical care units. *BMC Nursing* 2019;17(5): 371–378.

PROBLEMY BIOPSYCHOSPOŁECZNE PACJENTA Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ

Natalia Grelecka¹, Beata Kowalewska²

- 1- *Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Im. Dr Edwarda Jelskiego w Knyszynie Oddział Chorób Wewnętrznych*
- 2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Stomia to zamierzone połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią skóry lub błoną śluzową. Stomię jelitową wykonuje się przez wydobywanie zachowanego końca jelita poprzez przecięcie ściany brzucha na zewnątrz jamy brzusznej, następnie przez wywinięcie błony śluzowej jelita i zszyć jej ze skórą [1].

W medycynie są różne kryteria podziałów na poszczególne rodzaje stomii jelitowych. Odnosząc się do poziomu jelita, na którym wyłoniono stomię, wyróżnia się:

- przetokę na jelicie grubym, nazwaną kolostomią,
- rzadziej wytwarzaną przetokę jelita cienkiego – ileostomię.

Na jelicie grubym najczęściej wykonuje się stomię na poprzecznicy (transwersostomia) i na esicy (sigmoideostomia) [1,2].

Innym kryterium ze względu na budowę stomii wyróżnia się: stomię końcową (jednolufową) oraz boczną (dwulufową, pętlową). Stomie jednolufowe są zakładane, gdy dokonano całkowitego, razem z odbytnicą, wycięcia jelita grubego (ileostomia) lub kiedy, wykonywana jest tzw. operacja Hartmanna z założeniem odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego (kolostomia). Przetoki pętlowe zakładane są zazwyczaj w celu odbarczania niskich zespoleń [3,4].

Kolejna klasyfikacja to podział stomii na czasowe i definitywne. Stomia czasowa jest zakładana wtedy, gdy chirurg w niedalekiej przyszłości zamierza przeprowadzić operację odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, natomiast stomię definitywną wykonujemy, kiedy zachodzi konieczność usunięcia odbytu i odbytnicy łącznie ze zwieraczami, bez możliwości odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego [2,3].

Wskazania do wyłonienia stomii

Wskazania do przeprowadzenia operacji wytworzenia stomii jelitowej stanowią: choroby podstawowe i ich umiejscowienie, występowanie i poziom zaawansowania zapalenia otrzewnej, wdrożony rodzaj operacji oraz stan ogólny pacjenta [1].

Ważne jest również zwrócenie uwagi na stopień przygotowania jelita oraz sprawność zespołu operacyjnego. Zabieg wytworzenia przetoki jelitowej przeprowadzany jest z przyczyn pilnych bądź planowych [1]. Najczęstsze wskazania pilne do wyłonienia stomii to [1,3,5,6]: mechaniczne urazy brzucha, ostra niedrożność jelita, perforacja jelita powodująca rozlane kałowe zapalenie otrzewnej.

Najczęstsze wskazania planowe to [1,3,5,6]: nowotwory jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC), wrzodzące zapalenie jelita grubego (WZJG), choroba uchyłkowa jelita grubego, rzadsze wskazania: nietrzymanie stolca, wrodzone choroby jelita grubego (choroba Hirschsprunga, atrezja odbytu i inne).

Powikłania i następstwa związane z wyłonieniem sztucznego odbytu

Powikłania chirurgiczne

Powikłania chirurgiczne możemy podzielić na powikłania wczesne i późne [5,7,8,9].

- a. do powikłań wczesnych po wyłonionej stomii zaliczamy:
 - obrzęk w obrębie stomii,
 - krwawienie,
 - zakażenie rany stomijnej,
 - martwica,
 - niedokrwienie stomii,
 - wciągnięcie stomii,
 - brak zrostu śluzówkowo–skórnego
- b. do 30-stego dnia po zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić powikłania późne:
 - wypadnięcie stomii,
 - zwężenie stomii,

- przepuklina okołostomijna,
- uszkodzenie jelita podczas przepłukiwania,
- skręcenie w okolicy stomii,
- zapalenie skóry wywołane przez zawartość jelitową,
- uczulenie spowodowane częścią przylepną,
- zakażenie bakteriami

Powikłania psychologiczne

Powikłania psychologiczne spowodowane są przede wszystkim poprzez negatywne emocje związane z widoczną blizną oraz wyłonią stomią na ciele, która według niektórych osób może być uznawana za okaleczenie i znacznie zmieniać obraz własnego ciała [1,10].

O powikłaniach psychologicznych u tych pacjentów mówimy, gdy występują objawy takie jak [5,6,11,12,13]: depresja, niepokój, złe samopoczucie, strach przed nie radzeniem sobie z pielęgnacją stomii, obawa przed odrzuceniem przez społeczeństwo, obniżone poczucie własnej wartości, niska samoocena własnego wizerunku, negatywny obraz własnego ciała, lęk przed zabrudzeniem, skrępowanie z powodu przykrych zapachów i nadmiernej liczby gazów, strach przed wypróżnianiem w nieprzewidywalnych momentach i miejscach

Powikłania metaboliczne

Jeśli wystąpią przewlekłe biegunki istnieje ryzyko znacznego odwodnienia i poważnych zaburzeń elektrolitowych. Mogą one prowadzić do groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca lub do migotania komór. W przypadku utraty wody i retencji sodu istnieje ryzyko wystąpienia zatorów żółciowych i moczowych. Jeśli interwencja chirurgiczna spowodowała wycięcie znacznej długości jelita cienkiego, należy pamiętać o możliwych powikłaniach niedoboru witaminy B12, w szczególności o anemii lub powikłaniach neurologicznych [3,14].

Pielęgnacja stomii

Pielęgnacja wyłoniętej stomii jelitowej nie jest trudna jeśli pacjent i jego bliscy są dobrze przygotowani. Najważniejsze jest to, aby dobrać odpowiednio dopasowany sprzęt do rodzaju stomii oraz prawidłowa pielęgnacja skóry, co sprawia, że zmniejsza się ryzyko wystąpienia powikłań [15].

Zasady jakimi pacjent musi się kierować, aby dbać o prawidłową pielęgnację stomii [15]:

- przed rozpoczęciem zmiany worka należy przygotować potrzebne akcesoria;
- worek stomijny najlepiej zmieniać w miejscu, gdzie znajduje się umywalka i toaleta;
- wypełniony worek trzeba ostrożnie odklejać od góry do dołu;
- należy pamiętać, aby przy każdej wymianie worka stomijnego starannie umyć skórę wodą ze zwykłym mydłem i następnie dokładnie ją osuszyć;
- nie używamy tłustych produktów (kremy, balsamy, oliwki), gdyż utrudniają one przyklejenie się nowego worka;
- zabrania się używania spirytusu, benzyny, ponieważ te produkty podrażnią skórę wokół stomii;
- bardzo ważne jest właściwe dopasowanie kształtu i wielkości otworu worka stomijnego (otwór w płytce powinien być większy o około 1 mm od samej stomii), zmniejsza to ryzyko uszkodzenia skóry- zbyt duży otwór może doprowadzić do podrażnienia wydaliniami nieosłoniętej skóry, natomiast zbyt mały otwór może uwierać i drażnić błonę śluzową);
- przy zmianie worka ileostomii istotne jest, aby zastosować pastę uszczelniająco- gojącą, po to, aby płynny stolec nie podrażniał skóry;
- gdy występują blizny i fałdy wokół stomii, można je wyrównać pastą stomijną;
- po każdorazowej wymianie worka powinno się umyć dokładnie ręce.

Bardzo pomocnym, poprawiającym samopoczucie pacjenta i wspomagającym pielęgnację jest zabieg irygacji. Irygacja polega na oczyszczaniu jelita grubego ze stolca i gazów za pomocą wlewu wodnego. Zabieg ten pomaga kontrolować wypróżnienia i zmniejsza ilość wydzielanych gazów, przez częściową eliminację bakterii gazotwórczych w czasie irygacji. Wykonując ten zabieg uzyskuje się dodatkowo profilaktykę przeciwko przepuklinom i zapobiega się wypadaniu stomii, ponieważ eliminuje się zaparcia, które powodują nadmierne ciśnienie w jamie brzusznej prowadzące do powikłań. Przeprowadzanie tego zabiegu zaleca się osobom z kolostomią [16].

Przeciwwskazania do wykonywania irygacji [15]: zespół jelita drażliwego, stomia wypadająca, choroba uchyłkowa jelit, radioterapia, nowotwory, ileostomia i kolostomia pętlowa na poprzecznicy.

Pierwszy raz pacjent może mieć wykonaną irygację jeszcze podczas pobytu w szpitalu po operacji wyłonienia stomii. Częściej jednak wykonuje się ją 1-3 miesiące po zabiegu podczas wizyty w klinice i pod okiem pielęgniarki stomijnej. Należy wyedukować pacjenta, pod względem techniki zabiegu irygacji, wykonać pokazową irygację a następnie pozwolić pod kontrolą personelu wykonywać zabieg stosując techniki motywacyjne oraz korygując błędy popełniane przez pacjenta. Pacjent posiadający wiedzę na temat pielęgnacji stomii i techniki irygacji, w mniejszym stopniu będzie zniechęcał się do wykonywania zabiegu irygacji, zwłaszcza w początkowym okresie, lub w sytuacji odczucia dyskomfortu, gdyż będzie świadomy, że systematycznie wykonywane zabiegi poprawią jego komfort funkcjonalny, zaś irygacje wykonywane codziennie o jednakowej porze mogą doprowadzić do samoistnego wydalania kału jako odruchu. Pozwala to choremu mieć czysty worek stomijny przez 24-28 a nawet 72 h. Zmniejszy się też ilość zużywanego sprzętu. Zabieg wykonuje się co 1-2 dni i trwa on około 1h 20 minut [15,17].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta z wyłonioną stomią jelitową.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej w stosunku do pacjenta z wyłonioną stomią jelitową.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta 66-letnia pacjentka A.P. przebywająca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w dn. 10.04.2022r. Pacjentka została przyjęta z powodu podejrzenia niedożywienia spowodowanego założoną stomią na jelicie cienkim.

Materiał do pracy został zebrany na podstawie wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów oraz obserwacji pacjentki. Do oceny ryzyka wstąpienia odleżyn wykorzystano skalę Norton, zaś skalę SGA do oceny stanu odżywienia pacjentki.

W celu sformułowania diagnozy i ustalenia indywidualnego planu postępowania pielęgniarskiego zastosowano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku pacjentki z wylonioną stomią jelitową

Pacjentka A.P. lat 66, została przeniesiona z Oddziału Onkologii Ginekologicznej z Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w dn. 10.04.2022r. z powodu podejrzenia niedożywienia w związku z założoną ileostomią dwulufową.

Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentką oraz z danych uzyskanych z dokumentacji medycznej wynika, iż pacjentka w styczniu 2022r. miała wykonaną histerektomię z usunięciem przydatków z powodu raka jajnika, niedługo potem przeprowadzono operację wycięcia węzłów pachwinowych w celu uniknięcia przerzutów na inne organy. Następnie okazało się, że po tym zabiegu wystąpiła niedrożność jelitowa, co spowodowało konieczność wylonienia stomii jelitowej na jelicie cienkim (20.02.2022r.). Pacjentka przewlekłe choruje na refluks przełykowo-żołądkowy oraz od niedawna na nadciśnienie tętnicze.

Z przeprowadzonego wywiadu środowiskowego wynika, iż pacjentka jest wdową, mieszka w mieście w bloku z dorosłym synem. Warunki socjalno-ekonomiczne dobre. Po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej chora pracowała jako pielęgniarka w Pielęgniarskim ZOZ, aktualnie przebywa na emeryturze. Nałogów brak.

W dniu przeprowadzonej obserwacji pacjentka jest w drugiej dobie pobytu w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej. Pacjentka jest zorientowana co do czasu miejsca i pobytu w szpitalu. Kontakt słowny logiczny. Odpowiada na zadawane pytania zrozumiale. Pacjentka ma założony cewnik naczyniowy typu Broviac do żyły szyjnej wewnętrznej po prawej stronie. Chora ma także założony cewnik Foleya.

Pacjentka jest osobą leżącą i wymaga pomocy w czynnościach higienicznych. Na obu kończynach dolnych zaobserwowano obrzęki nad kostkami. Pacjentka czuje się osłabiona. Skóra chorej jest sucha.

Podczas wywiadu z pacjentką zaobserwowano chwiejność emocjonalną i wahania nastroju. Chora odczuwa niepokój, jest zamknięta w sobie oraz ma negatywny stosunek do własnej osoby. Pomimo kilkutygodniowego posiadania ileostomii pacjentka czuje, że ma niedostateczną wiedzę na temat pielęgnacji i wymiany worka stomijnego.

Z rozmowy wynika, iż chora ma problemy z zasypianiem, ponieważ jak twierdzi martwi się o swój stan zdrowia oraz o szybki spadek masy ciała (15 kg w ciągu 5 tygodni).

W dniu przyjęcia dokonano podstawowych parametrów życiowych:

- Wzrost: 164 cm
- Waga: 74 kg
- BMI: 27,51
- Temperatura: 36,7 st. C
- HR: 84 ud/min
- RR: 130/84 mmHg
- Oddech: 26 oddechów/min

W dniu przeprowadzenia badań pacjentce została pobrana krew do badań laboratoryjnych, wdrożono dobową zbiórkę moczu oraz żywienie pozajelitowe.

Proces pielęgnowania pacjenta ze sztucznym odbytem

➤ **Problem 1: Osłabienie pacjentki spowodowane niedożywieniem oraz odwodnieniem.**

✓ **Cel:** Poprawa stanu odżywienia prowadząca do stopniowego wzrostu masy ciała. Poprawa i utrzymanie prawidłowego stanu nawodnienia.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena stanu odżywienia- pobranie krwi do badań biochemicznych oraz immunologicznych, ocena poprzez skalę odżywienia SGA, obliczenie BMI.
- Ocena stanu nawodnienia - bilans wodny, elastyczność i napięcie skóry.
- Nawadnianie pacjentki zgodnie z zasadami wynikającymi z posiadania ileostomii.
- Zadbanie o to, aby pacjentka miała dostępne płyny do picia oraz jedzenie.
- Dokonywanie codziennych pomiarów masy ciała przed śniadaniem.
- Podłączenie żywienia pozajelitowego oraz płynów nawadniających zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

- ✓ **Ocena:** Stan odżywienia oraz nawodnienia nieznacznie się polepszył. Problem wymaga kontynuacji zaplanowanych działań.

➤ **Problem 2: Deficyt wiedzy obejmujący zasady prawidłowego pielęgnowania skóry wokół stomii oraz zmiany worka stomijnego.**

- ✓ **Cel:** Przekazanie odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności związanych z pielęgnacją ileostomii. Pomoc w zmianie worka stomijnego.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Edukacja pacjentki na temat ileostomii. Przekazanie zasad jakimi pacjentka musi się kierować, aby dbać o prawidłową kondycję stomii.
- Pomoc w dopasowaniu odpowiedniego sprzętu stomijnego.
- Pomoc w zmianie worka stomijnego, z instruktorem i stopniowym włączaniem pacjentki do samopielęgnacji.
- Edukacja na temat diety odpowiedniej dla pacjenta z ileostomią- dieta lekkostrawna z większą ilością soli.
- Zachęcenie do wykonywania oraz przedstawienie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha.
- Edukacja rodziny w zakresie zmiany worka i pielęgnacji stomii. Poinformowanie o potrzebie wsparcia chorej oraz unikania przez nią stresu.
- ✓ **Ocena:** Uzupełnienie deficytu wiedzy oraz umiejętności związanych z ileostomią.

➤ **Problem 3: Negatywny stosunek do własnej osoby, obniżenie nastroju, zamykanie się w sobie z powodu wylonionej stomii.**

- ✓ **Cel:** Zaakceptowanie zmiany wyglądu ciała. Zminimalizowanie negatywnych emocji, poprawa nastroju.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Wzbudzanie zaufania, okazywanie wsparcia i zrozumienia.
- Częste przebywanie z chorą oraz rozmawianie z nią.
- Rozmowa mająca na celu pomoc w radzeniu sobie w sytuacji posiadania stomii.
- Wskazanie możliwości wykorzystania wolnego czasu (czytanie książek, oglądanie telewizji, słuchanie radia).
- Uświadamianie pacjentce jej znaczenia dla innych oraz roli w rodzinie.
- Zachęcanie rodziny do odwiedzin i rozmów z pacjentką.

- Umożliwienie pacjentce rozmowy z osobą duchowną.
- Obserwacja stanu psychicznego pacjentki.
- Zapewnienie pacjentce rozmowy z lekarzem prowadzącym, z psychologiem.
- Poinformowanie o grupach wsparcia, poradniach pomagających osobom ze stomią jelitową.
- Kontakt osobisty z przedstawicielem grupy wsparcia dla stomików.
 - ✓ **Ocena:** Poprawa postrzegania własnej osoby. Negatywne emocje zmniejszyły się.

➤ **Problem 4: Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.**

- ✓ **Cel:** Zniwelowanie obrzęków. Poprawa jakości życia pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Zapewnienie czystej, luźnej i bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej.
 - Pielęgnacja skóry: nawilżanie i natłuszczanie.
 - Dokładna higiena kończyn objętych obrzękiem (mycie letnią wodą, delikatne osuszanie).
 - Ułożenie pacjentki w odpowiedniej pozycji (uniesienie kończyn dolnych powyżej ciała).
 - Stosowanie udogodnień w postaci wałków, klinów.
 - Założenie karty bilansu płynów.
 - Obserwowanie oraz pomiar obrzęków codziennie rano o tej samej porze.
 - Zastosowanie zimnych okładów na kończyny objęte obrzękiem.
 - Zaangażowanie fizjoterapeuty do prowadzenia działań rehabilitacyjnych oraz pokazu zasad masażu kończyn dolnych.
 - Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
 - ✓ **Ocena:** Obrzęki zmniejszyły się. Jakość życia pacjentki została poprawiona.

➤ **Problem 5: Zmniejszona sprawność w wykonywaniu czynności higienicznych i samoobsługowych z powodu unieruchomienia w łóżku.**

- ✓ **Cel:** Pomoc pacjentce w zapewnieniu potrzeb fizjologicznych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Dbanie o czystość włosów, uszu, paznokci pacjentki.
 - Toaleta całego ciała dwa razy w ciągu dnia.

- Pomoc w wykonaniu toalety jamy ustnej.
- Toaleta krocza po każdym wypróżnieniu i w razie potrzeby (nie mniej niż 2 razy dziennie), systematyczna zmiana pieluch/ pieluchomajtek.
- Codzienna zmiana bielizny pościelowej i osobistej.
- Podawanie napojów według potrzeb pacjentki.
- Dbanie o porządek w otoczeniu chorej.
 - ✓ **Ocena:** Zapewniono higienę osobistą i otoczenia pacjentki oraz potrzeby fizjologiczne.

➤ **Problem 6 : Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem w łóżku.**

- ✓ **Cel:** Zapobieganie powstaniu odleżyn.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena ryzyka powstania odleżyn według skali Norton (11pkt.).
 - Zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego.
 - Zastosowanie udogodnień przeciwoodleżynowych (wałki, kliny, krążki).
 - Zmiana pozycji ciała co dwie godziny.
 - Układanie pacjentki ze szczególną uwagą zniwelowania ucisku na poszczególne części ciała narażone na odleżyny- kość krzyżowa, kość ogonowa, pośladki, pięty, ramiona, kostki, kolana.
 - Dokładne oglądanie skóry pacjentki podczas toalety (zwracanie uwagi na otarcia, zaczerwienienia, odparzenia).
 - Pielęgnacja skóry poprzez stosowanie delikatnych środków myjących o pH 5,5 oraz dokładne jej osuszanie, natłuszczanie, delikatne masowanie, oklepywanie.
 - Niedopuszczenie do przegrzania i przepocenia pacjentki.
 - Dbanie o suchość i gładkie ułożenie bielizny pościelowej oraz osobistej pacjentki.
 - Dbanie o czystość miejsc intymnych nie mniej niż 2 razy dziennie, zmiana pampersa/pieluchomajtek po każdym wypróżnieniu lub oddaniu moczu.
 - Edukacja rodziny odnośnie ryzyka powstania i zasad profilaktyki wystąpienia odleżyn.
- ✓ **Ocena:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn.

➤ **Problem 7: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane założonym cewnikiem naczyniowym typu Broviac.**

✓ **Cel:** Zapobieganie powstaniu zakażenia w miejscu wprowadzenia wkłucia oraz zakażeniu cewnika.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie manipulacji i czynności wykonywanych z udziałem cewnika.
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia cech procesu zapalnego (wzrost temperatury ciała; zaczerwienienie, ból, obrzęk w miejscu założonego cewnika).
- Zmiana opatrunku w przypadku zabrudzenia, poluzowania, odklejenia, zamoczenia czy zakrwawienia.
- Zapewnienie drożności kaniuli poprzez przepłukiwanie kaniuli solą fizjologiczną 0,9%, 10 ml.

✓ **Ocena:** Nie zaobserwowano żadnych patologicznych zmian świadczących o pojawieniu się zakażenia.

➤ **Problem 8: Ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego spowodowane założonym cewnikiem Foleya do pęcherza moczowego.**

✓ **Cel:** Zapobieganie infekcji układu moczowego.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Obserwacja zabarwienia, zapachu moczu.
- Sprawdzanie drożności cewnika, wymiana w momencie stwierdzenia zaburzenia odpływu moczu.
- Toaleta krocza przynajmniej dwa razy dziennie z użyciem emulsji antybakteryjnej, obserwacja kondycji ujścia zewnętrznego cewki moczowej oraz wystąpienia objawów świadczących o infekcji cewki moczowej (gorączka, krew w moczu; ból, pieczenie cewki moczowej lub okolicy narządów płciowych).
- Zmiana po każdym wypróżnieniu lub oddaniu moczu pampersa/ pieluchomajtek połączona z toaletą krocza.
- Upewnianie się, że worek na mocz znajduje się poniżej poziomu pęcherza, aby uniknąć cofania się moczu do cewnika oraz pęcherza i ryzyka infekcji zwrotnej układu moczowego.
- Podawanie produktów bogatych w witaminę C np. sok żurawinowy, Żurawit.
- Wymiana pościeli pacjentki raz dziennie lub w razie potrzeby.
- Zmiana worka na mocz raz na dobę lub w razie potrzeby np. pęknięcie worka.

- Zapisywanie w karcie bilansu wodnego ilości i jakości oddanego moczu.
- Na zlecenie lekarza pobranie moczu na badanie ogólne i/lub posiew.
- Podanie antybiotyku według karty zleceń lekarskich w przypadku wystąpienia infekcji układu moczowego.

✓ **Ocena:** Ryzyko rozwoju infekcji utrzymuje się– działania należy kontynuować.

➤ **Problem 9: Deficyt wiedzy pacjentki dotyczący postępowania zachowawczego w przebiegu niedawno rozpoznanego nadciśnienia tętniczego.**

✓ **Cel:** Przekazanie wiedzy dotyczącej postępowania zachowawczego w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Przekazanie informacji o prawidłowych wartościach ciśnienia tętniczego.
- Przedstawienie jak prawidłowo korzystać z ciśnieniomierza oraz jak prawidłowo dokonywać pomiaru ciśnienia.
- Przekazanie wiedzy dotyczącej predyspozycji do nadciśnienia tętniczego oraz czynników zwiększających wartości ciśnienia tętniczego.
- Omówienie skutków wynikających z nieleczzonego nadciśnienia tętniczego.
- Przypomnienie pacjentce o zapisywaniu wartości pomiarów ciśnienia w dzienniczku.
- Przekazanie pacjentce informacji na temat diety zalecanej osobom chorującym na nadciśnienie tętnicze krwi: zmniejszenie spożycia soli, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczów, w tym tłuszczów nasyconych; zwiększenie spożycia owoców i warzyw.
- Dostarczenie pacjentce ulotek i materiałów edukacyjnych na temat nadciśnienia tętniczego.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń.

✓ **Ocena:** Deficyt wiedzy zmniejszył się.

➤ **Problem 10: Dyskomfort spowodowany refluksem żołądkowo- przełykowym.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości refluksowych i wywołanego nimi dyskomfortu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Uniesienie wezgłowia łóżka.
- Unikanie pokarmów takich jak posiłki tłuste, gazowane napoje, duże ilości przypraw i słodczy oraz soki z owoców cytrusowych, czekolada i kawa.

- Polecenie spożywania posiłku nie później niż 3 godziny przed snem.
- Podanie leków według karty zleceń lekarskich.
- ✓ **Ocena:** Dyskomfort zmniejszył się.

➤ **Problem 11: Zaburzenia snu spowodowane niepokojem o swój stan zdrowia.**

- ✓ **Cel:** Poprawa jakości snu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Rozpoznanie objawów i czynników, które utrudniają lub zakłócają sen.
 - Stworzenie optymalnych warunków ułatwiających zasypianie w warunkach szpitalnych (wyeliminowanie hałasu, zaciemnienie sali, wentylacja sali).
 - Stosowanie technik relaksacyjnych.
 - Dobranie wygodnej bielizny.
 - Prześcielenie łóżka przed snem.
 - Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
 - Edukacja pacjentki na temat prawidłowej ilości i jakości snu.
- ✓ **Ocena:** Zaburzenia snu ustąpiły w niewielkim stopniu.

➤ **Problem 12 : Suchość powłok skórnych.**

- ✓ **Cel:** Nawilżenie powłok skórnych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Dokładne mycie ciała preparatami łagodnymi o pH 5,5 oraz delikatne osuszanie skóry.
 - Nawilżanie skóry środkami natłuszczającymi oraz nawilżającymi po każdej toalecie i w razie suchości skóry.
 - Stosowanie emolientów do kąpieli.
 - Stosowanie luźnej, bawełnianej i przewiewnej bielizny.
 - Nawadnianie doustne pacjentki, zapewnienie płynów obojętnych do picia.
- ✓ **Ocena:** Skóra nieznacznie została nawilżona.

PODSUMOWANIE

Po wnikliwej ocenie stanu pacjentki oraz przeanalizowaniu wyników badań wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne: osłabienie pacjentki spowodowane

niedożywieniem oraz odwodnieniem, deficyt wiedzy obejmujący zasady prawidłowego pielęgnowania skóry wokół stomii oraz zmiany worka stomijnego, negatywny stosunek do własnej osoby, obniżenie nastroju, zamykanie się w sobie z powodu wyłonionej stomii; dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych, zmniejszona sprawność w wykonywaniu czynności higienicznych i samoobsługowych z powodu unieruchomienia w łóżku, ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem w łóżku, ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane założonym cewnikiem naczyniowym typu Broviac, ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego spowodowane założonym cewnikiem Foleya do pęcherza moczowego, deficyt wiedzy pacjentki dotyczący postępowania zachowawczego w przebiegu niedawno rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, dyskomfort spowodowany refluksem żołądkowo-przełykowym, zaburzenia snu spowodowane niepokojem o swój stan zdrowia, suchość powłok skórnych.

Opracowany proces pielęgnowania pozwolił na objęcie pacjentki holistyczną opieką oraz podjęcie zindywidualizowanych działań pielęgnacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Pachocka L., Urbanik A. Stomia jelitowa- epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014; 95(3): 586–590.
2. Kołodziejczak M., Ciesielski P., Kosim A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii. *Nowa Medycyna*, 2013; (2): 54-57.
3. Banasiewicz T, Krokowicz P, Szczepkowski M. Stomia- prawidłowe postępowanie i pielęgnacja. *Termedia Wydawnictwa Medyczne*, Poznań 2014: 33-188.
4. Ambe PC., Kurz NR., Nitschke C., Odeh SF., Möslin G., Zirngibl H. Stomia jelitowa. *Deutsches Arzteblatt International*, 2018; 115 (11): 182–187.
5. Jankowska P., Kikolska M., Kwiatkowska M., Kochman D., Głowacka M. Pielęgnacja pacjenta ze stomią po leczeniu chirurgicznym nowotworu jelita grubego-studium przypadku w oparciu o icnp®. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2017; (1): 45-52.
6. Piaszczyk D. L., Schabowski, J. Problemy medyczne i społeczne pacjentów ze stomią należących do POL-ILKO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20(4): 384-389.

7. Szymańska-Pomorska G., Felińczak A., Misiak K., Kuriata-Kowalska K., Śliwińska, M., Pytel A. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015; (5): 25-31.
8. Sarkut P., Dunder HZ., Tirnova I. Is stoma care effective in terms of morbidity in complicated ileostomies?. *International Journal of General Medicine*, 2015; (8): 243-246.
9. Lee CM., Huh JW., Park YA., Cho YB., Kim HC., Yun SH., Lee WY., Chun HK. Risk Factors of Permanent Stomas in Patients with Rectal Cancer after Low Anterior Resection with Temporary Stomas. *Yonsei Medical Journal*, 2015; 56(2): 447-453.
10. Piprek P., Młynarska A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2018; (4): 80-92.
11. Hong KS., Oh BY., Kim EJ., Chung SS., Kim KH., Lee RA. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 2014; 86(3): 152-160
12. Ramirez M., Altschuler A., McMullen C., Grant M., Hornbrook M., Krouse R. „Nie czułem się już osobą”: przekształcenie pełnej dorosłej osobowości po operacji stomii. *Antropologia medyczna*, 2014; 28 (2): 242–259.
13. Jayarajah U., Samarasekera D. N. Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: a descriptive study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2017; 39(1): 63-68.
14. Tsujinaka S., Tan K. Y., Miyakura Y., Fukano R., Oshima M., Konishi F., Rikiyama T. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *Journal of the Anus, Rectum and Colon*, 2020; 4(1): 25–33.
15. Jankowska-Puzio L. Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. *Long-Term Care Nursing*, 2019; 4(2): 74-84.
16. Wysocka M. Irygacja – niedoceniany element higieny kolostomii [online] <https://stomalife.pl/magazyn-po-prostu-zyj/zycie-ze-stomia/irygacja-niedoceniany-element-higieny-kolostomii/> data pobrania 03.03.2022
17. Muzyczka K., Kachaniuk H., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M., Kocka K., Bartoszek A., Celej-Szuster J. Wybrane problemy związane z leczeniem i opieką nad chorymi z kolostomią – cz. 2. *Współczesna onkologia*, 2013; 17(3): 246–249.

BLIZNA W UJĘCIU FIZJOTERAPEUTYCZNYM

Kamila Dunaj

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

WSTĘP

Organizm człowieka to struktura złożona oraz wieloelementowa, na co składa się zarówno budowa anatomiczna ciała ludzkiego, jak i współdziałanie rozwoju psychicznego. Prawidłowe działanie obu tych struktur niezbędne jest do osiągnięcia homeostazy wewnętrznej [1].

Literatura pozwala wyróżnić podstawowe rodzaje tkanek wchodzących w skład ciała ludzkiego, takich jak [2]:

- Tkanka nabłonkowa
- Tkanka łączna
- Tkanka mięśniowa
- Tkanka nerwowa

Po zadziałaniu jakiegoś bodźca, każda nieprawidłowa budowa oraz interakcja czy regeneracja, pozostawia na wymienionych tkankowych elementach trwałe ślad. Czynniki patologiczne mogą powodować trwałe zmiany w sferze fizycznej oraz psychicznej człowieka [3].

Nowo powstała tkanka, nie będzie prezentować właściwości struktury uszkodzonej, a zmiany pozostaną często niezauważalne „gołym okiem”. Większość jednak jest łatwa do zaobserwowania, ponieważ świeżo wytworzona blizna jest bardziej wrażliwa oraz łatwiej ulega uszkodzeniom [4].

Tkanka łączna

Jest jedną z podstawowych tkanek w organizmie człowieka. Szacuje się, że tkanka łączna stanowi około 16% masy ciała organizmu ludzkiego i odpowiada za utrzymanie ¼ całości wody w nim magazynowanej. Ma za zadanie łączyć ze sobą inne tkanki i zapewniać

podporę narządom oraz chronić wrażliwe miejsca. Zbudowana z wielu komórek, które są oddzielone sporą ilością substancji międzykomórkowej (istoty międzykomórkowej). Występuje kilka **rodzajów tkanki łącznej, które różnią** się między sobą obecnością określonych rodzajów komórek, ich budową, składem substancji pozakomórkowej oraz pełnionymi przez nie funkcjami. Wśród **typów tkanki łącznej** można wyróżnić m.in. tkankę tłuszczową, kostną, tkankę chrzęstną, czy krew [5].

Do komórek tkanki łącznej należą elementy wykazujące zdolności kurczliwe, które znajdują się w mięśniach gładkich. Komórki nieprezentujące zdolności kurczliwych odpowiadają za syntezę m.in. kolagenu, elastyny, retikuliny, istoty podstawnej [5].

Zasadnicze funkcje tkanek łącznych to budulcowa (stanowi zrąb dla większości narządów organizmu; ochronna (mechaniczna ochrona narządów wewnętrznych oraz ochrona przed patogenami chorobotwórczymi; motoryczna (udział w poruszaniu się); magazynująca i wydzielnicza; immunomodulująca (wpływająca na układ odpornościowy) oraz udział w procesach odżywczych i metabolicznych [2, 5, 6, 7].

Kurczliwość tkanki łącznej możliwa jest dzięki obecności w jej budowie miofibroblastów zbudowanych z aktyny i miozyny, stąd praca na tkance łącznej przynosi organoleptyczne efekty [5].

Tkanka łączna otaczając struktury wewnętrzne organizmu człowieka pozostaje z nimi w bezpośrednim kontakcie. Do elementów charakteryzujących omawianą tkankę należy zaliczyć zdolności ślizgu, czyli ruchu położonych w bezpośrednim kontakcie tkanek względem siebie. Oznacza to możliwość przemieszczania się jednej tkanki w innym kierunku niż tkanka przyległa [8].

Zdolność ślizgu tkanki łącznej wymaga zachowania odpowiedniej budowy oraz elementów składowych tej tkanki. Ślizg będzie utrudniony w momencie wystąpienia zbitej i „silnie upakowanej” tkanki łącznej. Natomiast w sytuacji odwrotnej, gdy tkanka łączna jest luźna - możliwości poślizgu proporcjonalnie rosną [8].

Blizna

Tkanka bliznowa w literaturze opisywana jest jako niedojrzała, o dużych zdolnościach odkształcania się oraz dużym dynamizmie rozwoju [5].

Każda powstająca blizna jest inna i może być umiejscowiona wewnętrznie (nadmierne napięcie powięziowe, urazy mięśni) lub zewnętrznie (efekt działania zabiegu chirurgicznego) [6].

Powstanie tkanki bliznowej zachodzi przy użyciu nowych, mocnych oraz gęsto upakowanych włókien. Połączenie nowo powstającej tkanki z obecną już w organizmie “starą” tkanką ciała, może wpłynąć na powstanie napięć oraz ograniczeń w tym obszarze [6].

Bliznę można definiować jako tkankę powstającą po zadziałaniu bodźca uszkadzającego na element strukturalny, powodując jego zniszczenie/rozerwanie. Celem jej powstania jest przywrócenie ciągłości struktury, na którą zadziałał bodziec. Na rozmiar blizny ma wpływ rozmiar uszkodzenia [8].

Proces gojenia się ran

Wyróżnia się poniższe etapy gojenia ran i powstania blizny:

1. Formowanie - faza hemostatyczna

Zachodzi bezpośrednio po zadziałaniu czynnika patologicznego na tkanki człowieka. W tym etapie wytwarzany jest skrzep krwi (zabezpieczenie rany od warunków zewnętrznych) i uwalniane są czynniki wzrostowe odpowiadające za stopniowe wytwarzanie nowej tkanki. Reakcja zapalna organizmu charakteryzująca się rozpoczęciem procesu krzepnięcia krwi w celu zatrzymania utraty krwi z ustroju. Proces krzepnięcia krwi rozpoczyna się w momencie kontaktu płytek krwi (trombocytów) z elementami znajdującymi się poza naczyniami i układem krwionośnym. Płytki krwi kolejno układają się obok siebie, przylegając ściśle do kolejnej komórki krwi. Skutkuje to powstaniem skrzepu, czyli zatrzymaniem utraty krwi organizmu. Do powstałego skrzepu przyłączają się kolejne elementy morfotyczne stabilizując go i wzmacniając powstałą konstrukcję komórkową [2, 8].

2. Kształtowanie - faza zapalna

Po nabudowaniu przez trombocyty skrzepu oraz powstrzymaniu utraty krwi następuje proces relokacji komórkowej. Do miejsca uszkodzonego transportowane są komórki wykonujące określone zadania, których celem jest oczyszczenie oraz opanowanie stanu zapalnego powstałego po zadziałaniu bodźca patologicznego:

- Neutrofile, komórki tuczne – oczyszczanie rany, usunięcie zanieczyszczeń, ciał obcych, komórek uszkodzonych i niezdolnych do wykonywania swojej funkcji.

- Makrofagi - współdziałanie z neutrofilami oraz komórkami tucznymi oraz odpowiadanie za wydzielanie związków mających wpływ na proces zapalny [8].

Epicentrum zebranych komórek funkcyjnych ulega zmniejszeniu wraz z czasem po zadziałaniu bodźca. Oznacza to, że ilość komórek jest najmniejsza na końcu trwania fazy kształtowania, a punkt kulminacyjny następuje w początkowym jej etapie. Zmniejszenie objawów stanu zapalnego (ocieplenie, obrzęk, zaczerwienienie) obserwuje się po zmniejszeniu reakcji układu odpornościowego. Czas to około 1-4 dni [8].

3. Włóknienie - faza proliferacyjna

Faza rozpoczyna się w trakcie trwania fazy drugiej. Podczas procesu zapalnego występującego w miejscu uszkodzenia, po 48-72 godzinach od uszkodzenia, następuje apogeum działania fibroblastów oraz komórek śródbłonna. Włóknienie według literatury to pierwszy zwiastun blizny. Powstaje ziarnina, czyli zbiór elementów zapewniających wszystkie niezbędne warunki do wytworzenia połączenia między uszkodzonym elementem strukturalnym. Obserwuje się również występowanie ponad miarowej liczby naczyń krwionośnych [2, 8].

Za stymulację przebudowy kolagenu typu III do kolagenu typu I odpowiadają fibroblasty. Reorganizacja kolagenu umożliwia wytworzenie macierzy bardziej wytrzymałej oraz odpornej i funkcjonalnej. Do funkcji fibroblastów należy wytwarzanie elementów budujących tkankę łączną [3],

Przejście do ostatniej fazy gojenia się rany oraz powstawania blizny następuje w momencie zbliżania się krawędzi rany względem siebie oraz całkowitego jej zamknięcia. Procesowi temu nieodłącznie towarzyszy przebudowa kolagenu, co wzmacnia nowo powstającą tkankę. Średni okres trwania fazy włóknienia wynosi 4-21 dni [8].

4. Dojrzewanie - faza przebudowy, remodelingu

Jest to najdłuższa z faz, będąca kontynuacją kurczenia się rany oraz powrotu do rozmiarów elementu strukturalnego przed wystąpieniem uszkodzenia. Koniec procesu przypada na czas od kilku miesięcy do kilku lat. Charakteryzuje się zmianą zabarwienia nowo powstałej tkanki i przybieranie koloru otaczających ją struktur [8].

Ewolucja tkanki bliznowatej przebiega następująco:

Delikatna, słaba, łatwo ulega uszkodzeniu



Wybrzuszona, gruba, mocna, trudna do uszkodzenia



Cienka, wytrzymała, stabilna

Każda ingerencja w ciało człowieka oraz w ciągłość strukturalną elementów skutkuje wytworzeniem tkanki o właściwościach zbliżonych, lecz nie identycznych niż występujące przed urazem. Różnice jakie można zaobserwować po zakończeniu procesu gojenia się ran oraz powstawania blizny dotyczą zarówno budowy oraz składu nowo powstałej struktury, jak i samej funkcji wykonywanej przez dany element ciała.

Fizjoterapia poprzez swoje działania ma na celu ułatwienie procesu gojenia, zachowanie/przywrócenie zdolności oraz składu tkanki sprzed wystąpienia urazu.

Należy pamiętać, iż każdy organizm zachowuje się indywidualnie, przez co fazy gojenia rany mogą przypadać na inne ramy czasowe. Na proces wytworzenia się blizny wpływa nie tylko środowisko i homeostaza organizmu, lecz również stan psychiczny oraz zdolności radzenia sobie ze stresem i innymi czynnikami zewnętrznymi będącymi szalenie silnymi bodźcami zewnętrznymi utrudniającymi proces powrotu do pełnej sprawności tkanki uszkodzonej. Cały proces powstawania blizny powinien przebiegać bezboleśnie [2, 4, 5, 8].

Tabela 1. Cechy blizny dojrzałej i niedojrzałej, na podstawie [8]

Blizna	
niedojrzała	dojrzała
• < rok od urazu • Twarda • Gruba • Wykukła • Sztywna • Barwa czerwona • Blednie po naciśnięciu	• > rok od urazu • Miękka • Płaska • Ruchoma • Nie zmienia zabarwienia po naciśnięciu

Terapia manualna

Początkowe etapy pracy z raną mają na celu samoświadomość, aktywizację, poznanie własnych granic oraz nauczenie prawidłowego protokołu postępowania pacjenta. Podstawowym chwytem, który znajduje swoje zastosowanie już w pierwszej dobie po zszyciu oraz zabezpieczeniu rany, jest kompresja wytworzona przez nacisk mechaniczny dłoni terapeuty [9].

We wstępnych procedurach fizjoterapeutycznych bardzo istotna jest ocena tkanek związanych z blizną, stąd podczas diagnostyki należy brać pod uwagę:

- masę blizny (długość, grubość, szerokość blizny),
- konsystencję tkanek (objaw liny stalowej, nieregularność, miękkość),
- zarys (płaska, wklęsła, wypukła),
- pigmentacje blizny (kolor, różnice barwy od otaczających tkanek),
- elastyczność i strukturę blizny w porównaniu z otaczającymi tkankami,
- funkcję (zaburzenia w ruchomości tkanek względem siebie, napięcie tkanek),
- wrażliwość na bodźce (zaburzenia czucia, ból)
- aktywność blizny (jej dalszy rozwój, czy zatrzymany rozrost) [10]

Opracowanie blizny oraz tkanek oscylujących w jej sąsiedztwie rozpoczyna się od pracy powierzchownej. Stopniowo przechodząc przez kolejne warstwy strukturalne należy opracować warstwy leżące głębiej. Opracowanie globalnego problemu rozpocząć należy od wyeliminowania zmian miejscowych [8].

W zależności od rodzaju tkanki cel pracy manualnej terapeuty to:

- Eliminacja ograniczeń ruchomości, zwiększanie zmniejszonych zakresów ruchomości
- Eliminacja zrostów, narośli
- Przywrócenie funkcji bariery tkankowej
- Przywrócenie właściwości ślizgowych tkanki [8]

Stosowane techniki pracy manualnej w początkowych sesjach terapeutycznych powinny być ograniczone czasowo (5-15 minut) oraz dostosowane do odczuć pacjenta [9].

Pierwsze techniki należy wykonywać w wolnym tempie, powierzchownymi, spokojnymi ruchami [8, 9].

Blizna po opracowaniu manualnym powinna pozostać sucha oraz bez widocznych zmian krwotocznych i ropnych, a jej krawędzie pozostawać w ciągłym kontakcie. Oznacza to, iż nie ulegała rozejściu i nie doszło do ponownemu otwarcia się rany [9].

Podstawowym chwytem, który znajduje swoje zastosowanie już w pierwszej dobie po zszyciu oraz zabezpieczeniu rany, jest kompresja wytworzona przez nacisk mechaniczny dłoni terapeuty [9].

Tabela 2. Stosowane techniki wykonywane są przez terapeutę manualnego, na podstawie [8]

Stosowane techniki	Opis
naprężeniowa	• Stosowanie trakcji, wydłużania, rozciągania • Ruch elementów strukturalnych w kierunkach przeciwnych
kompresyjna	• Ruch zbliżenia struktur względem siebie • Ruch docisku prostopadłego do struktury anatomicznej • Ściskanie, kompresja
zginania	• Ruch terapeuty manualnego polegający na jednoczesnym stosowaniu docisku oraz ruchu rozciągowego na skrajne końce blizny • Kompresja, rozciąganie
Siły ścinające	• Ruch skośny struktury tkankowej względem sąsiadującej tkanki organizmu • Ruch boczny tkanek względem leżących obok elementów anatomicznych • Wytworzenie ciepła
torsja/rotacja	• Ruchy skrętne pracy manualnej • Działanie naprzemiennie rozciągowe oraz skracające • Kompresja, rozciąganie
oscylacja	• Wibracja – ruch o dużej częstotliwości, lecz z małą amplitudą wychyleń • Roztrząsanie - ruch o małej częstotliwości, lecz z dużą amplitudą wychyleń • Ucisk, elewacja • Kontakt całej dłoni terapeuty z lememntami kompresji
podnoszenie	• Elewacja pionowa – Rozciąganie, ściskanie – Praca powierzchniowa/głęboka – Połączenie elewacji pionowej z ruchami: skrętnymi, zdięciowymi, ścinającymi

	• Rolowanie – Elewacja, napinanie, ścinanie – Stopień I – chwyt powierzchniowy; praca na skórze – Stopień II – chwyt obejmujący skórę oraz warstwę powięzi powierzchownej – Stopień III – chwyt obejmujący warstwy głębokie; praca z powiezią głęboką, mięśniami
literowe	• Kształt litery odpowiada kierunkowi ruchu • Litera “C”, “S”, “J” • Elewacja, kompresja, zgięcie, • Rozciąganie, ściskanie • Praca powierzchowna/głęboka
okrężne	• Praca powierzchowna • Zastosowanie substancji poślizgowych • Zalecane w autoterapii domowej • Kompresja, napięcie

Przedstawione w tabeli techniki wykonywane są przez terapeutę manualnego. Opracowuje on bliznę pacjenta, stymulując ją oraz nakierowując na odpowiednie procesy i etapy gojenia. Zadaniem fizjoterapeuty posługującego się technikami manualnymi jest wykonywanie, w sposób mechaniczny, określonych ruchów oraz chwytów chorą tkanką. Są one wykonywane podczas terapii są całkowicie zależne od terapeuty i podlegają ścisłej jego kontroli. Reakcja chorej struktury zależy od predyspozycji indywidualnych pacjenta, dlatego terapeuta obserwując bliznę dobiera odpowiednie do danej fazy sposoby prowadzenia sesji leczniczej. Opracowywanej tkanki nie należy przebodźcować, czyli obciążyć nadmiernie, bowiem takie postępowanie mogłoby spowodować efekty inne niż zamierzone [8, 11].

Masaż

Do jednej z podstawowych metod opracowania blizny należy masaż. Stosowany jest w terapiach na zmianę z innymi, bardziej inwazyjnymi metodami pracy z uszkodzoną tkanką. Blizna świeża, nie w pełni wygojona, wymaga stosowania chwytów łagodnych oraz o mniejszej intensywności, natomiast wygojona, w pełni ukształtowana blizna wymaga opracowania z większą siłą, tak aby przywrócić utracone funkcje tkanki czy struktury [9].

Szalenie ważnym z punktu widzenia strukturalnego oraz funkcjonalnego, jest opracowanie rany, a w późniejszym etapie praca z blizną. Do zadań fizjoterapeuty należy przywracanie zakresów ruchomości oraz umożliwienie powrotu pacjenta do stanu sprzed

urazu, nawet lepszego niż przed nim. Stosowanie metod masażu funkcjonalnego również wpływa na mobilizację blizny, szybszą regenerację oraz sprawny powrót do życia społecznego chorego organizmu pacjenta [9].

Dotyk terapeuty stosowany w masażu wspiera ruch tkankowy i zaobserwowano wystąpienie ślizgu podczas stosowanych metod masażu. Przemieszczanie się tkanek względem siebie zapobiega “sklejaniu się” czyli powstawaniu wiązań patologicznych między tkankami [9].

Nieodłącznym elementem towarzyszącym podczas zabiegu masażu jest termoterapia. Ciepło wytwarzane jest na drodze tarcia między dłonią terapeuty a ciałem pacjenta. Efekt termiczny obserwowany jest już przy stabilnym dotyku pozbawionym zamierzonych ruchów manualnych. Wspiera ono stan zapalny występujący w tkankach po urazie oraz odpowiada za wzrost przemian metabolicznych i szybkość przepływu krwi w obszarze o zwiększonej temperaturze. Do efektów opisywanego czynnika fizycznego należy również rozluźnienie tkanek. Dzięki temu zagłębienie się w ciało pacjenta przez fizjoterapeutę następuje łatwiej oraz szybciej [12].

Należy wspomnieć również o integralnym działaniu techniki głaskania stosowanej w masażu. Ruchy głaskania masażu klasycznego, limfatycznego wykonywane są w kierunku dosercowym, tak aby skutecznie odprowadzić zbędne składniki przemiany materii komórek oraz pobudzić napływ nowo utlenowanej krwi organizmu. Taka reakcja układu krwionośnego zapewnia dostarczenie tlenu oraz składników odżywczych do miejsca uszkodzenia. Szalenie ważnym efektem następującym przy zastosowaniu głaskań masażu jest ruch limfy. Pobudzenie układu chłonnego jest wyraźnie zauważalne poprzez zmniejszenie obrzęku oraz obwodu uszkodzonej struktury pacjenta, a odpływ limfy objawia się zwiększonym parciem na mocz [9].

Inne efekty stosowania sesji masażu to:

- stymulacja mechanoreceptorów,
- zmniejszenie napięcia tkankowego,
- wytworzenie endorfin,
- rozluźnienie,
- działanie przeciwbólowe [9].

Masaż limfatyczny należy wykonywać z elementem poślizgowym, odpowiadającym za zmniejszenie tarcia tkankowego i ułatwienie odpływu chłonki [9].

Pozycja pacjenta powinna być dla niego wygodna oraz funkcjonalna względem prowadzonego masażu. Ruchy terapeuty prowadzi spokojnie oraz z lekką kompresją. Czas trwania sesji masażu uzależniony od etapu terapii oraz stanu blizny [13].

Techniki stosowane są od powierzchniowych do głębokich (jeżeli pacjent jest w stanie uczestniczyć w opracowaniu warstw głębiej leżących). Każdy masaż należy zakończyć technikami o działaniu powierzchniowym. Praca z blizną powinna odbywać się pośrednio lub bezpośrednio oraz równolegle lub poprzecznie względem jej przebiegu [13, 14].

Tabela 3. Techniki stosowane w masażu blizny, opracowana na podstawie [9]

Stosowane techniki	Opis
Głaskanie	Zależnie od rozmiaru oraz lokalizacji blizny: jedna/dwie dłonie; palcami; kciukami; paliczkami.
Płaskie przesuwanie	Ruch kilkucentymetrowy względem tkanek otaczających. Kontakt całych paliczków dłoni z tkanką opracowywaną.
Rozcieranie	Inaczej nazywany ruchem okrężnym, cyrkulacyjnym. Ruch jedną/dwoma dłońmi; palcami/kłębami. praca rąk jednoczesna/naprzemienna. Kierunek ruchu do/od blizny oraz wzdłuż/przez bliznę.
Mobilizacja powierzchowna	Tkankę pacjenta poddawaną terapii fizjoterapeuta chwytą między palcem wskazującym a kciukiem. Następnie sukcesywnie opracowuje bliznę stopniowo przesuwając dłoń względem blizny. Obserwuje się wpływ na tkanki leżące zewnętrznie blizny.
Mobilizacja głęboka	Dłonie terapeuty umieszczone są po przeciwnych stronach blizny. Wywierają nacisk na tkanki wewnętrzne, głębiej położone poprzez ruch w swoim kierunku.

Terapia bańką

Pod wpływem ciśnienia wytwarzanego w bańce umieszczonej na ciele pacjenta erythrocyty przemieszczają się poza naczynia włosowate pozostawiając je w pełni funkcjonalne oraz nienaruszone strukturalnie. Czerwone komórki krwi ustawiają się w przestrzeni przynaczyniowej dając efekt przekrwienia miejscowego. Występujące nagromadzenie krwinek determinuje organizm do trwającego kilka dni mechanizmu zwiększonego metabolizmu oraz wychwyty produktów przemiany materii, a także obumarłych erythrocytów. Jest to proces “sprzątania” po powstaniu lekkiego stanu zapalnego wywołanego przez zdegenerowane komórki krwi. Liczne badania opisują wpływ na

przyspieszenie metabolizmu oraz odprowadzania produktów niepotrzebnych dla organizmu i jego tkanek. Następuje miejscowe odżywienie oraz dotlenienie danej struktury ciała [9].

Układ limfatyczny prezentuje podobną reakcję do układu krwionośnego, dlatego po zastosowaniu baniek korzystne efekty obserwuje się w walce z obrzękami chłonnymi. Następuje pobudzenie chłonki, przyspieszenie jej cyrkulacji oraz wzrost szybkości jej odpływu [9].

Opisane reakcje układów krwionośnego oraz limfatycznego zawężają pulę pacjentów, którzy będą mogli skorzystać z takiej terapii. Przeciwwskazaniem do stawiania baniek są wszelkie patologiczne zmiany nie tylko w tych układach [9].

Bliznę również można mobilizować poprzez zassanie struktury oraz manualną pracę bańką - ruch bańki odbywa się wzdłuż blizny. Dzięki możliwości regulacji ciśnienia, terapeuta jest w stanie dostosować siłę zassania tkanek oraz czas ekspozycji tkanki podczas terapii. Mobilizacja tkanek umożliwia pracę lub zerwanie wytworzonych wiązań patologicznych oraz zrostów tkankowych powstałych w strukturze blizny [15].

Terapia miodem

Ten wytwarzany przez pszczoły specyfik należy do produktów wykorzystywanych w życiu człowieka na wielu płaszczyznach. Swoje zastosowanie znajduje nie tylko w gastronomii, lecz również m.in w kosmetologii, dietetyce oraz walce z nałogiem uzależnienia od nikotyny.

Działanie miodu na tkanki, których ciągłość nie uległa zniszczeniu, związany jest z jego wpływem na mobilizację strukturalną. Wykorzystany jest w pracy fizjoterapeuty poprzez delikatne ruchy, masaż czy wklepywanie. Uruchamia się w wyniku tego tkanki oraz pobudza się w danym miejscu mikrokrażenie. W efekcie poprawia się dotlenienie oraz odżywienie opracowanego elementu strukturalnego oraz usprawnia się przemiana metaboliczna i usuwanie zbędnych produktów przemian komórkowych [9].

Każda ingerencja na ciele człowieka pociąga za sobą efekt rozluźnienia tkankowego oraz doprowadza do zmniejszenia napięcia występującego przed zastosowaniem miodoterapii. Praca z miodem może stać się ciekawsza oraz bardziej interesująca dla pacjenta. Do dodatkowego atutu miodu należy zaliczyć zapach oraz konsystencję, które wprowadzają elementy aromaterapii. Nie jest to jednak główny cel podczas opracowywania tkanek ciała człowieka. Dzięki wpływie bezpośrednim na poprawę mobilizacji tkankowej efekty zauważyć

da się w zwiększonych zakresach ruchomości oraz zwiększeniu zakresu oporu końcowego ruchu [9].

Miodoterapia wpływa na zmniejszenie obwodów, czyli zmniejszenie obrzęków. Lepsze ukrwienie oraz sprawniejsza przemiana metaboliczna i przyspieszony proces odprowadzania produktów przemiany materii wpływa na szybkość radzenia sobie organizmu z patologicznie powiększonym obszarem ciała. Następuje poprawa cyrkulacji, zarówno układu krwionośnego, jak i limfatycznego. Nieodłącznym elementem tego procesu jest zmniejszenie napięcia tkankowego, ponieważ zmniejsza się obszar “rozpychający” powłokę ciała, spada masa ciała oraz zwiększa się produkcja moczu [9].

Stosowanie działania przeciwzapalnego oraz analogicznego do antybiotykoterapii miejscowej znalazło zastosowanie także w terapii leczenia ran. Bakterie znajdujące się w zdegradowanej strukturze po zastosowaniu miodoterapii ulegają zniszczeniu na zasadzie nadmiernej utraty wody, dochodzi do rozpuszczenia błon komórkowych bakterii, a w konsekwencji spada ich ilość w miejscu uszkodzenia. Dodatkowo miód zmienia środowisko panujące w ranie na bardziej kwasowe (ponieważ pH miodu waha się między 3,8 a 4,8) [9].

Możliwość wprowadzenia terapii miodem już na etapie gojenia się rany wpływa pozytywnie na ramy czasowe zmniejszając je oraz umożliwiając szybszy powrót organizmu do homeostazy i stanu przed wystąpieniem uszkodzenia. Organoleptyczne efekty w czasie trwania sesji miodoterapii opisuje się jako zaczerwienienie oraz wzrost ciepłoty ciała w danym obszarze działania. Efektem natomiast jest poprawa warunków rekonwalescencji tkankowej oraz zauważalny wzrost szybkości gojenia się ran [9].

Terapia blizny miodem bazuje na jego właściwościach fizycznych, a zwłaszcza lepkości. Stosowane są techniki przetaczania, ugniatania, unoszenia i odciągania dłoni od ciała pacjenta. Pacjent podczas miodoterapii może odczuwać lekką kompresję oraz unoszenie tkanek dzięki “sklejeniu się” dłoni fizjoterapeuty i ciała poddanego terapii przez miód [9].

Literatura opisuje przypadki stosowania miodu także na struktury, których ciągłość uległa przerwaniu. Szczególnie zalecane jest stosowanie tego produktu w terapii gojenia ran oraz w początkowych etapach formowania się blizny. Praca miodem na ranie niewygojonej wiąże się jednak z dyskomfortem oraz odczuciem bólu miejscowego [16].

Specyfika oraz działanie miodu sprawiają, iż miodoterapia zyskuje na popularności w przeciągu ostatnich lat. Społeczeństwo szuka form alternatywnych w medycynie oraz

stosowaniu środków farmakologicznych. Chęć odkrycia “nowych”, skutecznych metod leczenia spowodowała powrót do dekad minionych. Analiza życia przodków ujawniła szereg naturalnych oraz bezpiecznych produktów, które mogą znajdować zastosowanie również w nowoczesnej terapii. Chęć powrotu do korzeni wpłynęła również na napływ metod zaczerpniętych z medycyny Chińskiej, czyli medycyny wschodu. Dostępność literatury oraz badań naukowych umożliwia ocenę działania pożądanego jak i skutków niechcianych. Dzięki temu terapeuci są w stanie wprowadzać nowe, niekonwencjonalne sposoby w pracy z pacjentem, tak aby osiągnąć zamierzone cele [16, 17].

Medical flossing

Praca ze zrostami oraz patologicznymi wiązaniami i zmniejszonym ślizgiem tkankowym możliwa jest dzięki zastosowaniu specjalnych taśm terapeutycznych [9].

Warstwy blizny głęboko położone często są trudno dostępne do opracowania oraz podjęcia terapii. Szalenie ważne jest zachowanie ruchomości tkankowej, ślizgu przed uszkodzenia lub poprawa funkcjonalna przestarzałych już blizn. Napięcia występujące w bliznie mogą wpływać na ograniczenie zakresów ruchomości, czyli spadek funkcjonalności organizmu oraz powodować ból czy dyskomfort podczas ruchu. Aby skutecznie pracować z blizną należy pamiętać o każdej płaszczyźnie w niej występującej. Tkanki powstające nie powinny łączyć się patologicznie względem swoich poziomów [9, 18].

Ratunkiem przy opracowywaniu powstałych już zmian i połączeń patologicznych jest praca z tkanką bliznowatą. Dokładne opracowanie, przywrócenie ślizgu międzytkankowego, rozluźnienie oraz rozciągnięcie należą do efektów terapii metodą medical flossing [9,]

Terapia zakłada pracę z taśmami medycznymi silnie oplatającymi patologiczne miejsce. Tak przygotowana część ciała poddawana jest ruchowi czynnemu przez pacjenta. Dodatkowa stymulacja poprzez zastosowanie ciasnego założenia uciskowego powoduje miejscowe ograniczenie oraz utrudnienie dla układu krwionośnego oraz chłonnego. Wprowadzenie silnego bodźca mechanicznego daje dodatkowe obciążenie na organizm człowieka, wywołując ból lub dyskomfort. Po terapii można spodziewać się zmian dermatologicznych w postaci drobnych wybroczyn czy krwiałków. Jednak literatura opisuje szybkie oraz skuteczne efekty prowadzenia tej terapii [9, 18, 19]

Zadaniem dodatkowego bodźca w postaci silnego bandażowania jest wywołanie nacisku na warstwy leżące głębiej, stąd połączenie kompresji, z świadomie wykonywanym ruchem, daje efekty przerywania zrostów oraz wiązań patologicznych powstałych w tkankach. Zwiększeniu ulega rozciągliwość tkanki oraz wzajemna ich ruchomość względem siebie [9].

Kineztaping blizn

Kineztaping znalazł swoje zastosowanie również w dziedzinie terapii blizn. Warunkiem korzystania z metody plastrowania jest blizna wygojona. Plastry używane do oklejania pacjenta są cienkie, elastyczne oraz ulegają rozciągnięciu wraz ze strukturą, na której się znajdują podczas wykonywanego ruchu [9].

Taśmy aktywne przypominają właściwości skóry człowieka. Ulegają rozciąganiu, są cienkie oraz elastyczne. Materiał pokryty jest sinusoidalnymi pasami kleju antyalergicznego. Dzięki temu możliwe jest zachowanie prawidłowej cyrkulacji oraz odpowiednie mocowanie plastra dynamicznego [4].

Terapia plastrowania umożliwia odciąganie i separację warstw tkanek. Dzięki pociąganiu warstw leżących powierzchniej możliwe jest usprawnienie odpływu limfy, czyli zmniejszenie napięcia oraz obrzęku pozapalnego [9].

Kineztaping jest stosowany jako terapia wspomagająca i dodatkowa. Stosuje się ją po wykonaniu terapii głównej, jeżeli organizm pacjenta tego potrzebuje. Naklejone taśmy prezentują swoją funkcję jednostajnie oraz długofalowo. Zaaplikowane po terapii służą pacjentowi podczas prac domowych oraz w czasie wolnym nie ograniczając jego możliwości [9].

Literatura opisuje działanie kineztapingu jako przeciwbólowe, estetyczne (spłycenie blizny), zmniejszające napięcia tkankowe oraz aktywizujące powięź [4].

Szczoteczka

Fizjoterapia nie musi polegać tylko na pracy manualnej. Stosowanie różnych przyrządów ukazuje nowe możliwości i ułatwia pracę. Niekiedy zadaniem fizjoterapeuty jest

pokazanie oraz nauczenie chorego stosowania danej techniki również poza salą gabinetu. Regularna oraz prawidłowo prowadzona stymulacja blizny wpływa bowiem na przyspieszenie procesu regeneracji tkankowej oraz stymuluje do szybszej jej naprawy i powrotu do funkcji.

Do opracowania blizny wygojonej można stosować szczoteczkę do zębów. Płaski kąt nachylenia główki szczoteczki używany jest do opracowań w pierwszych etapach terapii. Wraz ze wzrostem tolerancji pacjenta możliwe jest wprowadzanie coraz silniejszych bodźców. Główkę szczoteczki należy ustawić bardziej pionowo, a ruchy wykonywać mocniej i energiczniej [9].

Dodatkowym elementem, który również można wykorzystać w terapii jest stymulacja czucia poprzez ruchy włosiem szczoteczki po strukturze ciała pacjenta. W tym przypadku użycie rozmaitych wrażeń czuciowych wpiera regenerację oraz odwrażliwia powstałą tkankę bliznowatą [9].

W terapii szczoteczką można do opracowania blizny wykorzystać również jej uchwyt. Jest on znacznie twardszy oraz zakończony półokrągłym czubkiem, dlatego znajduje swoje zastosowanie w dalszych etapach pracy. Dzięki użyciu uchwyty szczoteczki możliwe jest opracowanie głęboko jednego elementu strukturalnego. Ruchy jakie można wykonywać to m.in: posuwanie, uciskanie, wymiatanie. Zależnie od potrzeby oraz samopoczucia pacjenta wykorzystując metodę szczoteczki fizjoterapeuta jest w stanie pracować nad wybranymi aspektami blizny [9].

Haczykowanie

Przyrządem wykorzystywanym w prowadzeniu terapii jest hak półokrągło zakończony, tak aby nie powodował uszkodzenia skóry. Opisuje się jego stosownie jako skuteczną pomoc przy eliminacji zrostów. Jest to możliwe dzięki zagłębieniu się haka w tkankach. Kształt przyrządu umożliwia dostosowanie kąta oraz wielkości względem opracowywanej tkanki na terapii. Początkowe etapy pracy z pacjentem wymagają jednak wdrożenia technik łagodniejszych w celu wykluczenia ewentualnej traumatyzacji struktury opracowywanej [11].

Kompresja wywierana przez terapeutę również wspomaga proces terapeutyczny. Wykonywana jest wzdłuż przebiegu włókien mięśniowych, w wyniku czego uwolnieniu ulegają zrosty oraz następuje zmniejszenie napięcia tkankowego pacjenta [11].

Terapia przy użyciu haków daje efekty przy opracowaniu powięziowym zarówno warstwy powierzchownej, jak i głębokiej [11].

Akupunktura

Akupunktura jest kolejną techniką zaczerpniętą z medycyny wschodu. Jest to metoda polegająca na eliminacji zrostów oraz patologicznych wiązań przy użyciu specjalnie do tego stworzonej igły [9]. Aby terapia cechowała się skutecznością, należy dokładnie określić nieprawidłowe miejsca w ciele pacjenta, a następnie precyzyjnie wbić igłę w określoną tkankę oraz na określoną głębokość.

Igła akupunkturowa umieszczona w bliznie pacjenta ma za zadanie rozluźnić tkanki, zmniejszyć napięcie oraz wpłynąć na poprawę zakresów ruchomości danej struktury.

Badania prezentowane w literaturze przedstawiają zależność ruchu wokół własnej osi igły akupunkturowej umieszczonej w patologicznych tkankach skorelowane z tendencją tkanek do delikatnego nawijania się na nią. Skutkuje to mechanicznie rozciąganiem strukturą i likwidacją zrostów [9].

Dodatkowym czynnikiem ingerencji może stać się wprowadzenie igły wyposażonej w przyłącz do prądu o określonych parametrach terapeutycznych. Staje się on dodatkowym bodźcem oddziałującym na strukturę blizny i napięcia tkanek [11].

Elementem zamiennym do pracy są różnego rodzaju zioła, które mogą stać się źródłem skutecznej i szybszej walki w patologicznym zroście bliznowatym [11].

Ostrzykiwanie

Technika oraz wykonanie metody ostrzykiwania łączy się z procedurą opracowania blizny przy pomocy akupunktury. Dodatkowym elementem terapeutycznym jest substancja wprowadzana przy pomocy zastosowanej igły. Do najczęściej wprowadzanych środków należą związki znieczulające. Efektem staje się działanie przeciwbólowe, płyn wstrzykiwany jest w określonej ilości, dzięki czemu możliwe jest uwalnianie zrostów [9].

Początkowe etapy terapii mogą okazać się stosunkowo trudne do wykonania, ponieważ tkanka nieopracowana stać się może ciężką do przekroczenia barierą mechaniczną [9].

Mikronakłuwanie

Pospolicie stosowane jest w terapii blizny. Zasady działania są analogiczne do akupunktury. Terapia wymaga użycia specjalistycznego sprzętu wyposażonego w ruchomy

wałek, na którym bardzo gęsto osadzone są cienkie igły. Rozmiar igieł został ustawiony w taki sposób, aby podczas ruchu wałkiem nakłuwały opracowywaną tkankę w sposób terapeutyczny i leczniczy. Ruch wałka powoduje powstanie dużej ilości bardzo małych nakłuć struktury, na której został on umieszczony. Mikronakłuwanie nie powoduje tworzenia się nowych blizn oraz zrostów [9].

PODSUMOWANIE

Rozwój technologii oraz wzrost dostępności do badań naukowych umożliwił wprowadzenie do terapii blizn ogromną pulę technik zarówno manualnych, jak i farmakologicznych oraz chemicznych. Dzięki temu, całościowa opieka nad pacjentem wpływa na stan fizyczny oraz psychiczny chorego, a wspólna praca farmaceuty, kosmetologa, lekarza oraz fizjoterapeuty skutkuje proporcjonalnym wzrostem szybkości poprawy stanu pacjenta [6].

Każda ingerencja w strukturę tkanek organizmu, zarówno bodziec patologiczny, jak i praca manualna fizjoterapeuty, wpływa na opracowywaną strukturę, dając skutki również na tkankach leżących w sąsiedztwie.

Ostateczną metodą radzenia sobie z tkanką bliznowatą, która nie wykazuje reakcji na leczenie farmakologiczne czy fizjoterapeutyczne jest operacyjne wycięcie struktury. Ingerencja chirurgiczna wykonywana jest jako leczenie ostateczne, po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań do zabiegu.

PIŚMIENNICTWO:

1. Szosa J: Joga w kontekstach kulturowych 3. AWF Katowice, Katowice 2021.
2. Malejczyk J. Sawicki W.:Histologia, Wyd. PZWL, Warszawa 2022.
3. Zastawny O.: Czas, który leczy rany, czyli o powstawaniu blizn u człowieka, Wszechświat, 2014;115(4-6): 120-125.
4. Przewłocka-Gągała M.: Współczesny model postępowania z problemem blizn w kosmetologii i medycynie estetycznej, Aesth Cosmetol Med. 2021;10(1):39-47.
5. Maxey L., Magnusson J.: Pooperacyjna rehabilitacja pacjentów ortopedycznych. : DB Publishing 2018.
6. Gilmartin S.: Współczesna terapia bańkowa :źródło przystępnej wiedzy o terapii próżniowej Wydawnictwo Purana, 2018.

7. Bogusław G.: Podstawy anatomii człowieka, Wyd. PZWL, Warszawa, 2022.
8. Keeney Smith N., i Ryan C.: Leczenie blizn pourazowych :podstawowe zasady, praktyka i techniki terapii manualnej Wrocław, Edra Urban & Partner, 2021.
9. Nils E. Bringeland, Boeger D.: Terapia blizn :metody stymulujące gojenie się ran i usprawniające funkcjonowanie układu powięziowego Wrocław, MedPharm Polska, 2020.
10. Gawron P., Grodzicka K.: Terapia manualna blizny pooperacyjnej – rehabilitacja, <https://fizjo4life.pl/rehabilitacja-blizny>, data pobrania 20.082023)
11. Bordoni BD., Zanier E.: Terapia manualna blizny. Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2020.
12. Romaniuk M., Lewicka-Zelent A.: Wpływ własny i innych na przeżywanie. Masaż klasyczny w rehabilitacji pacjentów z bólem kręgosłupa [w:] Niepełnosprawność dyskursy pedagogiki specjalnej. Potencjał wsparcia Gdańsk 2015;18: 176-190.
13. Nowacka-Kłos M., Studzińska K., Drozd A., Hansdorfer-Korzon R.: Postępowanie fizjoterapeutyczne w powikłaniach cukrzycy, Forum Medycyny Rodzinnej 2013; 7(6): 328–337.
14. Chochowska M., Marcinkowski J. T., Klimberg A.: Terapia manualna w pracy z blizną po operacji cięcia cesarskiego, Hygeia Public Health 2017; 52(2): 151-156.
15. Kurpiewska E., Sadzińska E., Wedman A.: Skuteczność masażu w redukcji cellulitu, Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, Warszawa 2016.
16. Boniakowska I., Burzyńska M., Jeleń J., Magnuszewska M.: Produkty naturalne dobroczynne i cenne dla kosmetologii: miód i produkty pszczele, czekolada, owoce granatu i winogron oraz aloes. Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, Warszawa 2016.
17. Borecka A.: Zastosowanie miodu w kosmetologii i medycynie, Pol J Cosmetol 2019; 22(3): 188-193
18. Quiles-Sanchez L., Baroutas I., Kyriakos G.: Medical Flossing and the Pilates Method: Their Effectiveness on the Strength, Endurance, and Functionality of Healthy Individuals, Publ. Med. 2021; 13(4):14758- 14763.
19. Pisz A., Kralova K., Blazek D., Golas A., Stastny P.: Meta-analyses of the effect of flossing on ankle range of motion and power jump performance, Baltic Journal of Health and Physical Activity 2020; 12 (2): 19-26

HONOROWE KRWIODAWSTWO – OPINIE SPOŁECZEŃSTWA

Angelika Wądołowska^{1, 2}, Barbara Jankowiak³

- 1- *Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*
- 2- *Oddział Chorób Wewnętrznych SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*
- 3- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Krew jest tkanką łączną o płynnej konsystencji, która jest odgraniczona od pozostałych tkanek warstwą śródbłonna naczyńniowego. Powstaje głównie w szpiku kostnym. Jest ona w ciągłym ruchu w układzie krążenia, jednak część pozostaje zmagazynowana w sieciach narządów, takich jak: wątroba, śledziona. Poprzez ciągły ruch krwi jest możliwy kontakt z innymi tkankami oraz narządami a także możliwość transportu składników odżywczych, energetycznych i zaspokajaniu głównych potrzeb organizmu: elektrolitowych, gazowych, wodnych [1, 2].

Honorowe oddawanie krwi jest dobrowolnym procesem, który umożliwia niekiedy uratowanie życia komuś innemu. Krwi nie da się wyprodukować, ani stworzyć w inny sposób, dlatego też zadaniem medyków jest propagowanie akcji społecznych, umożliwiających nabycie wiedzy i możliwość do podzielenia się tym jakże bezcennym darem z drugą osobą.

W codziennym życiu mało się mówi o procesie donacji, jak to wygląda, na co trzeba się przygotować, a przede wszystkim, kto może oddać krew. Miejsce, w którym można nabyć podstawowe informacje i podjąć się próby kwalifikacji do donacji jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub też Oddziały Terenowe lub miejsca zaangażowane w akcje zjazdowe. Jednak, aby zgłębić zagadnienie tematu pracy, w każdej medycznej placówce medycy powinni edukować pacjentów i ich rodziny, aby zwiększyć zainteresowanie.

CELE PRACY

Analiza opinii oraz postaw społeczeństwa wobec zjawiska honorowego krwiodawstwa i określenie głównych motywów kierujących społeczeństwo do oddawania krwi, bądź jego nieoddawania.

Cele szczegółowe:

1. Sprawdzenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat podstawowych wiadomości z zakresu krwiodawstwa.
2. Weryfikacja istnienia związków pomiędzy danymi metryczkowymi a oddawaniem bądź nieoddawaniem krwi.
3. Określenie możliwych sposobów zachęcenia populacji do dzielenia się krwią.

MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto grupę 200 osób z województwa podlaskiego, w której 55% stanowiły kobiety (111 osób), 45% to mężczyźni (89 osób). Badani zostali wybrani w sposób losowy.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, zaś narzędziem pozwalającym na wykonanie procesu badawczego zastosowano autorski kwestionariusz ankiety.

Badania zostały przeprowadzone na przełomie 2022/2023 roku (od 17 listopada do 10 stycznia). Każdy ankietowany został poinformowany o anonimowości przeprowadzanych badań, ich celach i możliwości zrezygnowania na każdym etapie badania oraz o tym, aby samodzielnie odpowiadać na pytania.

Ankieta została podzielona na dwie części: dane metryczkowe, na które składały się informacje takie jak (płeć, przedział wiekowy, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania oraz stan cywilny), a także pytania zasadnicze. Część zasadnicza składała się z 21 pytań, z czego 8 było pytaniem wielokrotnego wyboru. W niektórych pytaniach figurował punkt „inne”, w którym istniała możliwość napisania swojej własnej odpowiedzi. Pytania zasadnicze pozwoliły na określenie poziomu wiedzy, opinii społeczeństwa na temat oddawania krwi, motywach kierujących innymi do dzielenia się życiodajnym darem, bądź tym, co może być obawą przed donacją, a także, co można zrobić, aby zachęcić innych do tego procesu.

Uzyskane dane z ankiet zostały opracowane w formie rycin oraz tabel. Do sporządzenia obliczeń zostały przeprowadzone analizy przy wykorzystaniu programu STATISTICA oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Statystycznie znamienne wyniki testów to

takie, których poziom istotności statystycznej wynosił $\leq 0,05$ ($p \leq 0,05$). W analizie statystycznej wykorzystano testy takie jak między innymi: chi-kwadrat zgodności.

Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zgodnie z Uchwałą nr: APK.002.379.2022.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto grupę 200 osób z województwa podlaskiego, w której 55% stanowiły kobiety (111 osób), 45% to mężczyźni (89 osób).

W badanej grupie wyróżnić można przedziały wiekowe pomiędzy mniej jak 20 lat, a więcej niż 50 lat. Pierwszy przedział wiekowy poniżej 20 lat charakteryzował się najmniejszą liczbą osób (12%). Najczęściej występującą grupą wiekową był przedział 20-29 lat (29,5%). Drugim, co do częstości występowania przedziałem był > 50 lat (27,5%). W przedziale wiekowym 30-39 lat zanotowano (14%), zaś w 40-49 lat (17%). Średnia arytmetyczna wieku osób badanych wynosi: $x = 8277,5/200 = 41,38$ lat

Patrząc na podział według płci N kobiet = 111, N mężczyzn = 89. W przedziale mniej niż 20 lat występowało więcej kobiet (13%) niż mężczyzn. Pomiędzy 20 a 29 lat, zdecydowaną większością były kobiety (37%). Ostatnia grupa wiekowa: równe bądź powyżej 50 lat to przewaga mężczyzn (35%).

Wśród populacji badanych kobiet dominująca część (77,5%) zamieszkuje tereny miejskie, 0,5% nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie. Odnosząc się do mężczyzn również przeważająca ilość mieszka w mieście (29,5%), zaś (1,5%) nie odpowiedziała na zadane pytanie (Rycina 6).

Wykształcenie osób badanych podzielono na 5 kategorii. Największa grupa wśród kobiet posiadała wykształcenie wyższe (38,7%), a u mężczyzn wykształcenie zawodowe (40,5%). Niewielka część ankietowanych mężczyzn (1,1%) nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie.

Źródło utrzymania podzielono na 9 kategorii wykonywanych prac. Największą grupą zawodową wśród kobiet jest ochrona zdrowia (30,6%), a u mężczyzn praca fizyczna (48,3%). Najrzadziej zajmowanym wśród kobiet jest praca w służbach mundurowych (1,8%), zaś u mężczyzn zajmowanie się domem (1,1%).

Wśród badanych kobiet można wyróżnić dwie najliczniejsze grupy, które stanowią panny (38,7%) oraz mężatki (38,7%). Najmniej liczną grupą są kobiety w konkubinacie

(1,9%). Odnosząc się do mężczyzn najliczniejszą grupą są żonaci (42,7%), a najmniej liczną, tak jak w przypadku kobiet stan cywilny w konkubinacie (2,2%).

Szczegółowa analiza badań

Pierwsze zasadnicze pytanie ankiety odnosiło się do definicji honorowego krwiodawstwa. Zdecydowana większość uważała, że jest to oddawanie krwi, bądź jej składników z własnej, nieprzymuszonej woli (78%).

Pytanie drugie dotyczyło sposobu czerpania informacji na temat honorowego krwiodawstwa. Udzielono łącznie 323 odpowiedzi, ponieważ można było wybrać kilka miejsc, z których pozyskuje się dane. Źródła, z których najczęściej korzystało społeczeństwo to Internet oraz telewizja 66,5% oraz 55%, zaś najrzadziej stosowanym źródłem była rodzina i współpracownicy 0,5%.

Trzecie pytanie odnosiło się do istoty oddawania krwi, czy jest potrzebne, czy nie, a w związku z tym, dlaczego. Można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Osoby badane uważały, że proces donacji pozwala na ratowanie każdego ludzkiego życia, za czym przemawia 91,5% ankietowanej populacji. 0,5% ankietowanych uważała, że jest to niepotrzebny proces.

Kolejnym aspektem, o który pytani byli respondenci to rodzaj oddanego preparatu w przeszłości. Stwierdzono, że prawie połowa badanych (46,5%) oddała krew pełną, a 51% nie oddało w ogóle żadnego preparatu. Wobec tego można uznać, że dzielenie się krwią nie jest, aż tak częstym zjawiskiem wśród społeczeństwa.

Pytanie kolejne dotyczyło bycia Zasłużonym Honorowym Dawcą Krwi. Wśród 200 osób badanych 6% stanowili honorowi dawcy krwi. Wobec tego postawiono pytanie czy istnieje zależność pomiędzy płcią bądź posiadaniem wykształceniem a byciem Zasłużonym Honorowym Dawcą krwi? Przeprowadzone badania jednoznacznie pokazały, że nie ma istotnej zależności statystycznej pomiędzy tymi danymi, gdyż $p > 0,05$.

Następne pytanie dotyczyło chęci respondentów do oddania krwi w przyszłości. Zdecydowana większość odpowiadających 57% zgodziłaby się na proces donacji.

Zapytano respondentów o to, ile mililitrów krwi oddaje się jednorazowo podczas donacji jednej jednostki. 54% ankietowanych poprawnie wskazała odpowiedź 450 ml. Wyniki zamieszczono w Tabeli 12.

Zestawiono odpowiedzi względem wykonywanego zawodu, z czego można wywnioskować, iż w czterech grupach zawodowych przeważa poprawna odpowiedź (pracownicy umysłowi, służby mundurowe, ochrona zdrowia oraz studenci). Zupełnym

brakiem wiedzy na ten temat charakteryzuje się grupa bezrobotnych. Wyniki prezentuje Tabela 1 oraz Tabela 2.

Tabela 1. Wiedza poszczególnych grup zawodowych na temat ilości oddawanej krwi przy jednorazowej donacji część 1

Odpowiedź	Zawód							
	Pracownik fizyczny		Pracownik umysłowy		Służby mundurowe		Ochrona zdrowia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
100 ml	4	2%	0	0%	0	0%	3	1,5%
200 ml	4	2%	2	1%	1	0,5%	2	1%
450 ml	26	13%	22	11%	7	3,5%	29	14,5%
Nie wiem	30	15%	8	4%	2	1%	2	1%
Brak	1	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	65	32,5%	32	16%	10	5%	36	18%

Tabela 2. Wiedza poszczególnych grup zawodowych na temat ilości oddawanej krwi przy jednorazowej donacji część 2

Odpowiedź	Zawód									
	Bezrobotny		Student		Zajmowanie się domem		Emerytura		Brak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
100 ml	1	0,5%	0	0%	0	0%	1	0,5%	0	0%
200 ml	1	0,5%	1	0,5%	0	0%	2	1%	0	0%
450 ml	0	0%	13	6,5%	5	2,5%	6	3%	0	0%
Nie wiem	6	3%	3	1,5%	7	3,5%	9	4,5%	1	0,5%
Brak	0	0%	1	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	8	4%	18	9%	12	6%	18	9%	1	0,5%

Zapytano ankietowanych, czy wiedzą, ile litrów krwi należy oddać, aby otrzymać tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy, po czym stwierdzono, że 53% społeczeństwa prawidłowo wskazała odpowiedź 5-6 litrów.

Kolejne pytanie pokazało, że ankietowani w 51% znają prawidłową odpowiedź na pytanie „Ile litrów krwi, bądź jej składników należy oddać, aby otrzymać tytuł Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

Następnie analizowano ilość możliwych donacji dla mężczyzn i kobiet w ciągu roku. Zdecydowana większość (71%) ankietowanych prawidłowo wskazała, iż mężczyźni mogą 6 razy w ciągu roku dokonać donacji, a kobiety 4 razy.

Kolejne pytanie dotyczyło przeciwwskazań do procesu donacji krwi, w którym można było zaznaczyć kilka z nich. Poprawnymi odpowiedziami na pytanie były: choroby zakaźne, choroby przewlekłe, ciąża. Choroby zakaźne wskazało 80,5% respondentów. Kolejne prawidłowe przeciwwskazanie wybrało 45% ankietowanych, zaś ciążę 34,5%. Wśród zamieszczonych pozycji występowały błędne, takie jak: usunięcie kamienia nazębnego tydzień przed planowaną donacją, wiek 18 lat, owulacja, waga 60 kg, 10 lat po wykonaniu tatuażu, niepełnosprawność i płeć żeńska. 10,5% populacji nie знаła odpowiedzi na postawione pytanie. Wyniki umieszczone w Tabeli 3.

Tabela 3. Przeciwwskazania do procesu donacji

Odpowiedź	N	%*
Choroby zakaźne	161	80,5%
Usunięcie kamienia nazębnego tydzień przed planowaną donacją	6	3%
Choroby przewlekłe	90	45%
Wiek 18 lat	4	2%
Okres owulacji u kobiety	9	4,5%
Ciąża	69	34,5%
Waga 60 kg	3	1,5%
10 lat po wykonaniu tatuażu	8	4%
Niepełnosprawność	2	1%
Płeć żeńska	2	1%
Nie wiem	21	10,5%

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

Sprawdzono wiedzę dotyczącą przeciwwskazań do procesu donacji względem wykształcenia respondentów. Można zauważyć, że nie wpływało ono istotnie na udzielanie odpowiedzi. Zdecydowana większość z grupy swojego wykształcenia poprawnie wskazywała na przeciwwskazania takie, jak: choroby zakaźne, przewlekłe i ciąża. Niewielka część osób posiadających ukończoną szkołę średnią, zawodową czy podstawową nie знаła odpowiedzi na postawione pytanie. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 4.

Tabela 4. Przeciwwskazania do oddawania krwi względem wykształcenia

Odpowiedź	Wykształcenie											
	Wyższe		Średnie		Zawodowe		Gimnazjalne		Podstawowe		Brak	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Choroby zakaźne	49	90,7%	41	80,4%	52	79%	3	100%	15	60%	1	100%
Usunięcie kamienia nazębnego tydzień przed planowaną donacją	5	9,3%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Choroby przewlekłe	35	65%	20	39,2%	27	41%	1	33,3%	7	28%	0	0%
Wiek 18 lat	0	0%	1	2%	3	4,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Okres owulacji u kobiety	5	9,3%	3	6%	1	1,5%	0	0%	0	0%	0	0%
Ciąża	35	65%	17	33,3%	15	23%	1	33,3%	1	4%	0	0%
Waga 60 kilogramów	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%
10 lat po wykonaniu tatuażu	3	5,5%	2	4%	2	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Niepełnosprawność	0	0%	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Płeć żeńska	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%	0	0%
Nie wiem	2	4%	8	16%	6	9%	0	0%	5	20%	0	0%

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

Następnie poproszono badanych o wybranie działań, które należy wykonać przed procesem donacji krwi. W pytaniu można było udzielić kilku odpowiedzi. 55% społeczeństwa, wskazywało na poprawny rodzaj posiłku, który można zjeść przed procesem donacji. 32,5% badanych poprawnie wskazało powstrzymanie się od palenia papierosów, a tylko 14% osób wiedziało, że należy spożywać 1,5 litra płynów. Wyniki umieszczone w Tabeli 5.

Tabela 5. Przygotowanie do donacji

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%*	N	%*	N	%*
Pozostać na czczo	30	27%	23	26%	53	26,5%
Zjeść wysokokaloryczny, wysokoprzetworzony posiłek	3	2,7%	3	3,4%	6	3%
Zjeść bogatotłuszczowy, ubogowęglowodanowy posiłek	2	1,8%	1	1,1%	3	1,5%
Zjeść niskotłuszczowy, niskokaloryczny, lekkostrawny posiłek	63	57%	47	53%	110	55%
Powstrzymać się od palenia tytoniu i jego wyrobów	42	38%	23	26%	65	32,5%
Nie przyjmować żadnych płynów	2	1,8%	2	2,2%	4	2%
Przyjmować płyny w objętości około 1,5 litra	20	18%	8	9%	28	14%
Nie wiem	6	5,4%	13	15%	19	9,5%

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

Czy można oddać krew w przypadku stosowania doustnej antykoncepcji? Większość ankietowanych 57,5% nie posiadała wiedzy na ten temat. Zaledwie 26,5% odpowiadających udzieliła poprawnej odpowiedzi, iż można oddać krew podczas stosowania antykoncepcji, jeśli nie występują zaburzenia hormonalne. Wyniki umieszczone w Tabeli 6.

Tabela 6. Oddawanie krwi podczas stosowania doustnej antykoncepcji

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, bez żadnych dodatkowych wymogów	12	11%	5	5,6%	17	8,5%
Tak, w przypadku zaburzeń hormonalnych	41	37%	12	13,5%	53	26,5%
Nie	8	7,2%	7	8%	15	7,5%
Nie wiem	50	45%	65	73%	115	57,5%
Razem	111	100%	89	100%	200	100%

Czy można oddać krew w przypadku stosowania leków z kwasem acetylosalicylowym? Według badanych można w przypadku odstawienia 3 dni przed donacją. Jest to prawidłowa odpowiedź, w związku z tym tylko 37% społeczeństwa posiadało aktualną wiedzę na ten temat. Wyniki prezentuje Tabela 7.

Tabela 71. Oddawanie krwi podczas przyjmowania leków z kwasem acetylosalicylowym

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, bez żadnych dodatkowych wymogów	1	0,9%	0	0%	1	0,5%
Tak, w przypadku odstawienia 3 dni przed donacją	47	42,3%	27	30,3%	74	37%
Nie	18	16,2%	10	11,2%	28	14%
Nie wiem	45	40,5%	52	58,4%	97	48,5%
Razem	111	100%	89	100%	200	100%

Wyróżniono kilka powodów, dla których społeczeństwo może zdecydować się na oddanie cennego daru - krwi. Ankietowani mieli możliwość wybrania kilku, które według nich mogą kierować innych do tego honorowego aktu. Najczęstszym motywem skłaniającym respondentów do procesu donacji krwi była chęć niesienia pomocy 84,5% badanych. 0,5% ankietowanych wskazało na korzyści materialne. Wyniki umieszczone w Tabeli 8.

Tabela 82. Motywy skłaniające respondentów do oddawania krwi

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%*	N	%*	N	%*
Chęć niesienia pomocy	101	91%	68	76,4%	169	84,5%
Dodatkowy wolny dzień w pracy	41	37%	30	33,7%	71	35,5%
Sytuacja rodzinna – bliska osoba wymagająca transfuzji	35	31,5%	12	13,5%	47	23,5%
Korzyści materialne	0	0%	1	1,12%	1	0,5%
Korzyści związane z pierwszeństwem w kolejkach	18	16,2%	5	5,6%	23	11,5%
Korzyści duchowe	5	4,5%	6	6,7%	11	5,5%

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

Według ankietowanych najczęstszym motywem, który zniechęca do procesu donacji to przeciwwskazania medyczne. Uważało tak 76,5% społeczeństwa. Najrzadziej wybieranym powodem do rezygnacji z oddawania krwi to obawa związana z ryzykiem zakażenia 6% ankietowanych. Wyniki prezentuje Tabela 9.

Tabela 9. Motywy niezdecydowania respondentów do oddawania krwi

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%*	N	%*	N	%*
Przeciwwskazania medyczne	90	81%	63	71%	153	76,5%
Obawy związane z procesem donacji	51	46%	31	35%	82	41%
Obawy związane z obniżonym samopoczuciem po donacji	21	19%	7	8%	28	14%

Brak chęci	26	23,4%	19	21,3%	45	22,5%
Brak wiedzy	31	28%	16	18%	47	23,5%
Obawy związane z ryzykiem zakażenia	6	5,4%	6	6,7%	12	6%
Przeciwwskazania religijne	13	12%	4	4,5%	17	8,5%

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

Jakie działania można podjąć, aby zachęcić większą liczbę osób do dzielenia się krwią? Ankietowani udzielili wielu odpowiedzi, z czego wynika, iż do zwiększenia liczby osób oddających krew mogłyby zachęcić kampanie społeczne. Uważało tak 62% populacji badanej, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Działanie, które miałoby najmniejszy wpływ na poprawę sytuacji krwiodawców to rozwieszanie plakatów, czy ulotek - 19,5% respondentów udzieliło takiej odpowiedzi. Niewielka część populacji - 5% sugerowało na brak zainteresowania tematem. Wyniki zostały zamieszczone w Tabeli 10.

Tabela 10. Działania zachęcające społeczeństwo do oddawania krwi

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%*	N	%*	N	%*
Prowadzić kampanie społeczne	69	62%	55	62%	124	62%
Rozwieszać plakaty, ulotki	26	23,4%	13	14,6%	39	19,5%
Prowadzić programy edukacyjne w miejscach użyteczności publicznej	34	30,6%	19	21,3%	53	26,5%
Umieszczać informacje w Internecie	47	42,3%	21	24%	68	34%
Prowadzić bloki reklamowe	36	32,4%	23	26%	59	29,5%
Nie interesuje mnie ten temat	3	2,7%	7	8%	10	5%

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

Respondenci uważali, że główną korzyścią, która przysługuje honorowym krwiodawcom to dzień wolny w pracy 78,5% całej populacji badanej. Wśród możliwych wyborów były dwie błędne odpowiedzi – pobyt w Spa oraz wstęp do kina. Pomimo błędności

zostały zaznaczone przez 1 % kobiet i 1,1% mężczyzn. Wyniki zostały zamieszczone w Tabeli 11.

Tabela 113. Przywileje honorowych dawców

Odpowiedź	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%*	N	%*	N	%*
Zwrot kosztów za przejazd	25	22,5%	10	11,2%	35	17,5%
Dzień wolny w pracy	90	81%	67	72,5%	157	78,5%
Pobyty w Spa	0	0%	1	1,1%	1	0,5%
Posiłek regeneracyjny	29	26,1%	19	21,3%	48	24%
Wstęp do kina	1	1%	0	0%	1	0,5%
Badania diagnostyczne	19	17,1%	4	4,5%	23	11,5%
Korzystanie poza kolejnością w placówkach medycznych	32	29%	17	19,1%	49	24,5%
Nie wiem	10	9%	7	8%	17	8,5%

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

DYSKUSJA

Temat honorowego krwiodawstwa jest dość rzadko poruszany wśród doniesień medycznych. Istnieje niewiele prac, w których badacze postanowili sprawdzić wiedzę respondentów lub motywy skłaniające dawców do donacji, a także fakt ile osób decyduje się finalnie na udanie się do Centrum Krwiodawstwa celem oddania krwi. Zapotrzebowanie na krew nie maleje, wręcz wciąż rośnie, a widać to po apelach Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa dotyczących ciągłych braków. W mediach pojawiają się cały czas nowe doniesienia na temat wypadków komunikacyjnych, drogowych oraz innych nieszczęśliwych zdarzeniach, po których wymagane są skomplikowane zabiegi, operacje, a w związku z nimi zaopatrzenie osoby poszkodowanej w zapas krwi do ewentualnego toczenia. Wiele osób zmaga się z niedokrwistością w wyniku, której również potrzebna jest krew, aby przywrócić odpowiednią ilość składników morfotycznych w organizmie. Niestety nie ma możliwości wyprodukowania krwi, czy stworzenia zamiennika, co prawda zmieniłoby to oblicze medycyny i jakość życia wielu pacjentów, jednak jest to na ten moment czymś niemożliwym.

Poprzez przeprowadzenie badań próbowano wskazać czynniki mające wpływ na podejmowanie decyzji o podzieleniu się krwią, bądź jej składnikami przez społeczeństwo. Badano również wiedzę respondentów dotyczącą zakresu przygotowania do procesu donacji, samej donacji, oraz regulacji, które wpływają na zostanie Honorowym Dawcą, czy Zasłużonym dla Narodu. Proszono również o wskazanie zadań, które mogłyby zwiększyć ilość osób dzielących się cennym darem. Również pytano o przywileje, które przysługują osobom z tytułami.

Z uzyskanych wyników można stwierdzić, iż respondenci kierują się postawą dobroci serca, co przekłada się to, że chęć niesienia pomocy obcym jest głównym motywem dzielenia się krwią (84,5%). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni cechują się szlachetnością. Do takich samych wniosków o przeważającej większości osób oddających krew z dobroci serca doszły autorki pracy „Czynniki wpływające na honorowe oddawanie krwi przez krwiodawców na Podkarpaciu” [3]. Coraz mniej ludzi na świecie cechuje się bezinteresownością, gdyż pożąda się zwykle wynagrodzenia za swoje czyny. Pomimo tego, że dawcy krwi w głównej mierze kierują się wspałością o drugim człowieku i tak są nagradzani za swoje zachowanie.

Z drugiej strony istnieją czynniki, które odrzucają osoby badane od procesu donacji. W głównej mierze według przeprowadzonych badań i udzielonych odpowiedzi, dotyczą one przeciwwskazań medycznych oraz obaw związanych z samym procesem oddawania krwi. Wobec tego należałoby się zastanowić, co można byłoby zrobić, aby zminimalizować obawy i zwiększyć ilość potencjalnych kandydatów na dawców. Według Czapli i wsp. powodami do rezygnacji były: sytuacja zdrowotna, obawa przed zakażeniem [4]. Zaś według Klajda K., Szewczyk I. głównymi powodami dyskwalifikacji dokonywanej przez samych dawców to złe samopoczucie i przeziębienie [5]. Obawy związane z samym procesem donacji skupiają się w głównej mierze nad ryzykiem zakażenia, strachem przed wkłuciem. W każdej placówce wprowadzone są jednolite standardy i procedury, których pracownicy medyczni muszą przestrzegać. Sprzęty wykorzystywane do wkłucia są jednorazowego użytku, w związku, z czym ryzyko zakażenia sięga znikomego procentu. Jeśli powodem rezygnacji jest strach przed igłą, bądź całym procesem, należy zrozumieć, uszanować decyzję, gdyż nie może być to donacja pod przymusem. Każdy indywidualnie, świadomie musi wyrazić swoje zdanie.

Poziom wiedzy ankietowanych można ocenić, jako średni i niewystarczający, gdyż nie potrafili wskazać wszystkich prawidłowych odpowiedzi dotyczących podstawowych wiadomości z zakresu krwiodawstwa. Z badań własnych respondenci udzielili wybiórczych odpowiedzi, co przekłada się na niedostateczne, ewentualne przygotowanie się do procesu

donacji. Zapytano między innymi o ilość oddawanej krwi podczas jednej donacji jednostki, po czym stwierdzono, że tylko 54% badanych znało poprawną odpowiedź – 450 mililitrów. Skonfrontowano te pytanie wraz z posiadanym zawodem badanych i zauważono, iż najwięcej poprawnych odpowiedzi wskazały osoby z ochrony zdrowia oraz studenci. Kolejnym aspektem, którego respondenci jednoznacznie nie potrafili wskazać

W trakcie badań stwierdzono, że 49% społeczeństwa oddało, choć raz w swoim życiu krew, bądź jej składniki. W związku, z czym, można stwierdzić, że dość liczna grupa decyduje się z jakiegoś powodu na podzielenie się cennym darem. Markowska i wsp. w swoich wynikach opisywały, iż w populacji badanych 52% stanowiły osoby oddające krew [6]. Wobec powyższego można zaobserwować podobny procent ludności. Wśród osób oddających krew, 12 ankietowanych posiadało tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy, co stanowi niewielki odsetek społeczeństwa badanego – zaledwie 6%. Postanowiono sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy posiadanym tytułem, a płcią czy ukończoną szkołą. Przeprowadzono test statystyczny, który stwierdził brak istotności statystycznej, gdyż $p > 0,05$. W badaniach własnych pytano również o ilość litrów krwi, jaką należy oddać aby uzyskać tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi i Zasłużonego dla Narodu, na co połowa społeczeństwa udzieliła poprawnej odpowiedzi. Kozłowska K., Wójta-Kempa M. stwierdziły, że zaledwie 26% zna poprawną odpowiedź, co pokazuje, iż wiedza w tym zakresie zwiększyła się [7].

Aspektem, o który również zapytano respondentów, były przeciwwskazania do procesu donacji. W tym pytaniu ankietowani wykazali się większą wiedzą, niż w pozostałych pytaniach. Wskazali, że w głównej mierze są to choroby zakaźne - 80,5%, choroby przewlekłe - 45% oraz ciąża - 34,5%. Wobec powyższego zdecydowana większość potrafi wskazać, co dyskwalifikuje kandydatów na krwiodawców. Ankietowani mieli również za zadanie wskazanie działań, które należy wykonać przed procesem donacji. Badanie pokazały, że tylko nieliczni potrafią wskazać poprawne przygotowanie się do oddania krwi: niskotłuszczowy, niskokaloryczny, lekkostrawny posiłek, powstrzymanie się od palenia tytoniu i jego wyrobów oraz spożywanie 1,5 litra płynów obojętnych.

Aby poprawić sytuację Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w zwiększenie zapasów i zwiększyć ilość potencjalnych kandydatów na dawców, należałoby przeprowadzać większą ilość kampanii społecznych (62%) oraz umieszczać więcej informacji za pośrednictwem Internetu – 34%. Wyniki Malinowskiej-Lipień i wsp. pokazały, że do poprawy tej sytuacji mogłyby wpłynąć propagowanie benefitów, które przysługują honorowym dawcom [3]. Obecnie prawie większość ludności posiada dostęp do mediów

społecznościowych, w których umieszczane są przeróżne informacje dotyczące chociażby zdrowia i wszelkich aspektów z nim związanych. Gdyby umieścić reklamy związane z dzieleniem się krwią, wśród innych banerów, mogłoby to zachęcić osoby przeglądające do kliknięcia i zapoznania się z tematem honorowego oddawania krwi i być może do podjęcia się kwalifikacji na dawcę.

Ankietowani stwierdzili, że przywileje, które przysługują honorowym dawcom to dzień wolny od pracy (78,5%). Raptem po 24% badanych wybrało posiłek regeneracyjny, oraz korzystanie poza kolejnością w kolejkach w placówkach medycznych. Niewielka ilość respondentów posiadała wiedzę, że można ubiegać się o zwrot kosztów dojazdu do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz wykonywać badania diagnostyczne.

Podsumowując, praca badawcza pozwoliła na zobrazowanie problemu, jakim jest niedobór krwi. Stwierdzono, że duża część społeczeństwa badanego oddała krew, choć raz w życiu, oraz, że w przyszłości być może zdecyduje się na ponowne oddanie. Jednak nie jest to wystarczające, aby zapłacić zapasy we wszystkie grupy krwi, wobec powyższego należy prowadzić więcej działań zachęcających i promujących honorowe krwiodawstwo. Oprócz zachęcania poprzez reklamy, spoty reklamowe, kampanie społeczne, warto byłoby prowadzić akcje społecznościowe wśród młodzieży, studentów oraz dorosłych w różnych miejscach użyteczności publicznej, czy zakładach pracy, co mogłoby zwiększyć zasięg dostępu do informacji i ewentualnego poszerzenia grona chętnych kandydatów na dawców.

WNIOSKI

1. Respondenci uważają, że oddawanie krwi jest procesem potrzebnym, ratującym życie i składa się na to wiele czynników motywujących, w głównej mierze potrzeba wykonania dobrego uczynku.
2. Ankietowani nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat podstawowych wiadomości z zakresu krwiodawstwa. Wiedza jest wybiórcza i wskazuje, że tylko mała część populacji jest w stanie prawidłowo określić przeciwwskazania, czy przygotowanie się do procesu donacji.
3. Dane demograficzne nie wpływają istotnie na oddawanie krwi, gdyż zarówno wśród grupy kobiet i mężczyzn występuje podobna ilość Honorowych Dawców Krewi.

4. Kampanie społeczne według badanej populacji są najlepszymi działaniami, które można podjąć, aby zwiększyć świadomość społeczeństwa i zachęcić większe grono osób do oddania krwi.

PIŚMIENNICTWO

1. Traczyk Z.: Fizjologia układu krwiotwórczego [w:] Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Traczyk W. Z., Trzebski A. (red.). PZWL, Warszawa 2015: 398-420.
2. Górski J.: Krew i hemostaza [w:] Fizjologia człowieka. Górski J. (red.). PZWL, Warszawa 2010: 120-127.
3. Malinowska-Lipień I., Kołodziej D., Kawalec-Kajstura E., Gabryś T., Reczek A., Syska A.: Czynniki wpływające na honorowe oddawanie krwi przez krwiodawców na Podkarpaciu. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23(4): 477-483.
4. Czapla S., Śliwińska J., Niechwiadowicz-Czapka T.: Wiedza studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotycząca honorowego krwiodawstwa i leczenia krwią – analiza badań własnych. Puls Uczelni 2015; 9(3): 18-22.
5. Klajda K., Szewczyk I.: Stopień motywacji do dawstwa krwi w zależności od jakości życia. Aspekty Zdrowia i Choroby 2017; 2(4): 49-59.
6. Markowska E., Węglińska S.: Analiza wiedzy studentów na temat honorowego krwiodawstwa i ich postaw wobec tego zjawiska. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2018;8(1): 39-46.
7. Kozłowska K., Wójta-Kempa M.: Wiedza i postawy studentów wrocławskich uczelni na temat krwiodawstwa. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2011; 1(2): 121-128.

LEKI PRZECIWBÓLOWE BEZ RECEPTY – NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ

Izabela Jastrzębska¹, Krystyna Klimaszewska²

1- *Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*

2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Leczenie przeciwbólowe bazuje na rozwiązaniach farmakologicznych, nefarmakologicznych i odnosi się indywidualnie w wypadku każdego chorego. Pierwszorzędna jest farmakoterapia, opierająca się na dobraniu odpowiedniego środka, dostosowanego do rodzaju, nasilenia oraz czasu trwania symptomów bólowych. Polska cechuje się ogromną dostępnością leków przeciwbólowych możliwych do nabycia bez okazania recepty, przystępnych w aptekach, jak i w kioskach ruchu, supermarketach, na stacjach benzynowych, punktach specjalnego zaopatrzenia medycznego, czy też sklepach zielarskich [1].

ROZWINIĘCIE

Ból jest najczęstszym symptomem pojawiającym się w procesie wymuszającym na pacjencie potrzebę szukania pomocy medycznej. Najczęściej pełni rolę ostrzegawczo-obronną, będąc objawem choroby oraz sygnałem ostrzegawczym. Zbyt długi czas trwania bólu przestaje pełnić rolę ostrzegawczą, a przyczynia się do cierpienia oraz pogorszenia standardu życia.

Mechanizm powstawania bólu

Ból jest odczuciem powiązanim z czynnościami naruszającymi bodźca, a także obserwacją pojawiającego się bodźca przekształconego przez psychosomatyczne uwarunkowania, wcześniejsze doświadczenia oraz podstawy psychicznej interpretacji mających miejsce zjawisk [2].

Proces powstawania odczucia bólowego składa się z czterech etapów: przetworzenia bodźca bólowego na impuls elektryczny, przewodzenia impulsu do rogów tylnych rdzenia kręgowego i ośrodkowego układu nerwowego oraz stymulacji, hamowania i sumowania bodźców oraz percepcji, czyli świadomości istnienia bólu, jego oceny oraz reakcji afektywnych i emocjonalnych.

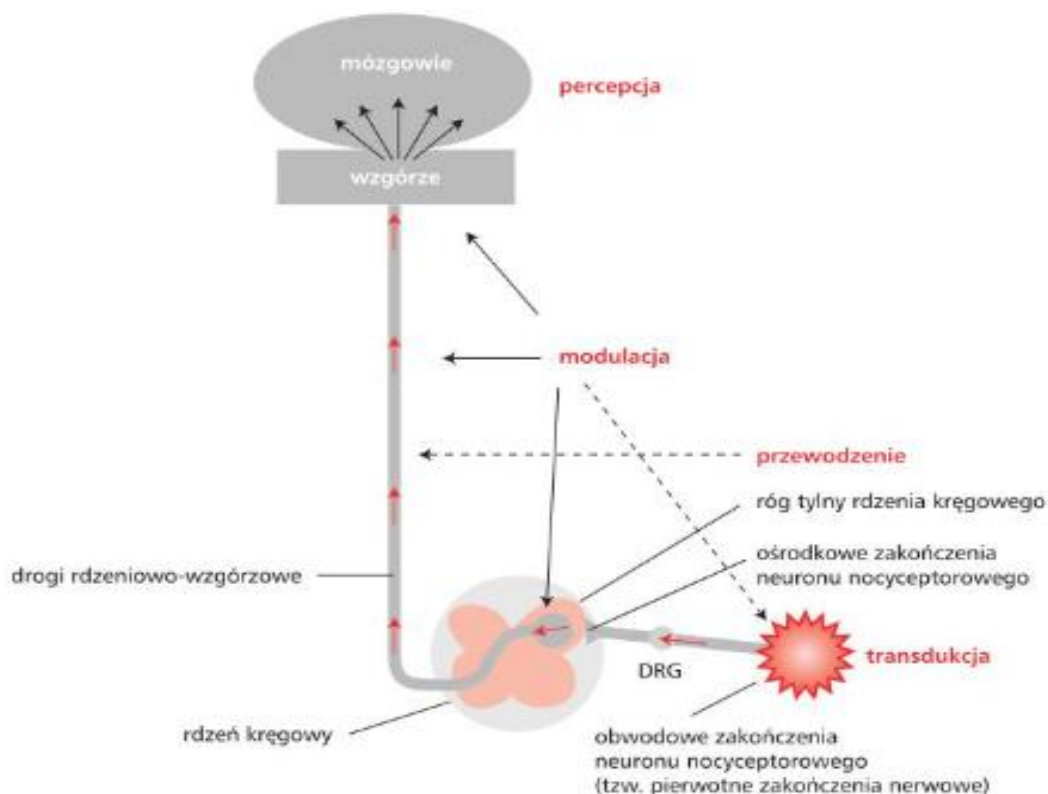
Aktywacja receptorów obwodowych, spowodowana przez chorobę lub uraz, prowadzi do wysyłania sygnałów bólowych za pomocą włókien dośrodkowych do neuronów zlokalizowanych w tylnych rogach rdzenia kręgowego, gdzie zaczynają się drogi wstępujące. Funkcja neuronów nie sprowadza się jedynie do przesyłania sygnałów. Dochodzi w nich do połączenia i zmiany informacji, które są przekazywane w postaci impulsów. Nocyceptory klasy A i C są odpowiedzialne za odczuwanie bóli skórnych, mięśniowych i trzewnych.

Biomechanicznymi elementami wpływającymi na procesy bólowe są: serotonina, bradykinina, histamina, prostaglandyny, substancja P oraz różne jony, m.in. H^+ , K^+ . Biochemiczne substancje są uwalniane na skutek uszkodzenia tkanek przez uraz lub proces zapalny. Aktywują one nocycceptory i zmniejszają próg wrażliwości na ból, powodując wzmożoną wrażliwość (hiperalgezę). Substancje zwane prostaglandynami, takie jak PGE1, PGE2 i PGF2 α , są produkowane z fosfolipidów błon komórkowych pod wpływem enzymów cyklooksygenazy 1 i 2 odgrywają kluczową rolę w tym procesie.

Oprócz prostaglandyn ważną rolę odgrywa substancja P, ponieważ jest syntetyzowana w zwojach rdzenia kręgowego i zidentyfikowana w obwodowych zakończeniach nerwów obwodowych i włókien bezmielinowych. Badania dotyczące substancji P wskazują, że może ona pełnić rolę neuroprzekaźnika bóli trzewnych.

W przekaźnictwie bodźców bólowych kwas glutaminowy, asparaginowy, somatostatyna, cholecystokinina i wazoaktywny peptyd jelitowy (VIP) odgrywają ważną rolę. Receptory serotoninergiczne selektywnie hamują przewodzenia bodźców bólowych w drogach wstępujących, modelując ich przepływ.

Do zmniejszenia progu bólowego przyczynia się m.in.: depresja, lęk, smutek, gniew, bezsenność, zmęczenie, wszystkie stany chorobowe, doznanie izolacji społecznej. Przyczynami zwiększenia progu bólowego są np.: poprawny stan zdrowia, wypoczynek, świetne samopoczucie, rozbudowane życie towarzyskie oraz życzliwość i zrozumienie innych [3].



Rycina 1. Proces nocycepcji

Źródło: Dobrogowski J., Wordliczek Ł.: Leczenie bólu. PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2017:3

Klasyfikacja bólu

Z perspektywy farmakologii i patofizjologii wyróżniamy bóle nocyceptywne, neuropatyczne i idiopatyczne.

Ból nocyceptorowy to ból powstający w efekcie naruszenia zakończeń nerwowych włókien, które dostarczają bodźce bólowe ze skóry, mięśni i kości, a także bóle trzewne (tworzące się w obrębie narządów jamy brzusznej oraz klatki piersiowej:

- ból fizjologiczny pojawia się, gdy zakończenia nerwowe aktywizowane są bodźcami podprogowymi;

- ból patologiczny ukazują się w przypadku gdy uaktywnienie nocycceptorów łączy się z występowaniem czynników zapalnych, które powodują odpowiedź bólową również przy postępowaniu bodźcami podprogowymi [3].

Ból neuropatyczny jest nietypowym rodzajem bólu o szczególnym obrazie klinicznym i niepodobnej do innych zespołów bólowych reaktywności na preparaty, co objawia się m.in. zmniejszoną możliwością środków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Pomimo częstego występowania jest sporadycznie prawidłowo diagnozowany, a jeszcze zmniejszą skutecznością odpowiednio i skutecznie leczony. Ból ten powiązany jest: z upośledzeniem neurotransmisji z powodu długotrwałej aktywizacji lub naruszenia ciągłości struktur układu nerwowego ośrodkowego, obwodowego czy też współczulnego. W tym przypadku najczęściej stosowane są środki niekonwencjonalne o działaniu przeciwbólowym np. przeciwdrgawkowe czy antyarytmiczne [2].

Ból idiopatyczny wyswobadzany jest m.in. przez lęk, stres oraz depresję. Potrzebuje wielostronnej farmakoterapii mającej na względzie stan psychiczny chorego, z tego też powodu stosuje się oprócz leków przeciwbólowych również leki przeciwdepresyjne anksjolityczne, czy neuroleptyki [3].

Mając na uwadze klasyfikację czasu trwania symptomów bólowych, można rozróżnić ostry, przewlekły oraz przetrwały.

Ból ostry- przebiega nie dłużej niż trzy miesiące. Określany jest jako ból szybki. Wyróżnia się zwiększonym natężeniem i dokładnym umiejscowieniem.

Ból przewlekły – jego czas występowania jest większy niż trzy miesiące. Opisywany jest jako ból wolny. Cechami charakterystyczne to zmniejszone natężenie oraz postać bardziej rozlana niż w przypadku bólu ostrego.

Ból przetrwały – przykładem jest ból fantomowy. Forma ta pojawia się pomimo pełnego wygojenia tkanek.

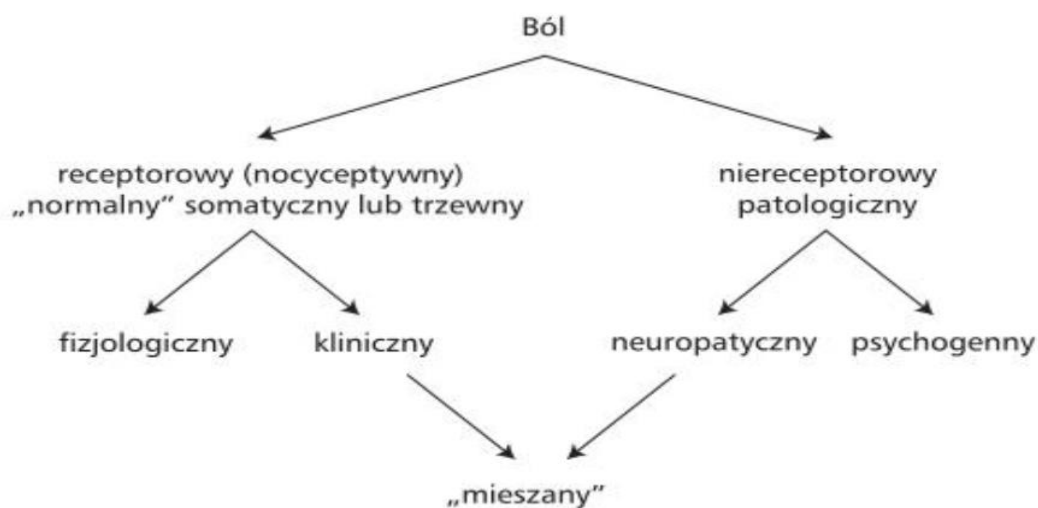
Rozważając czas trwania oraz natężenie dolegliwości bólowych wyróżniamy ostre, zwalniające, napadowe oraz narastające.

Ból ostry – pojawia się w przypadku stanów zapalnych i urazów.

Ból zwalniający - wyróżnia się zależnością jego natężenia od pory dnia lub aktywności fizycznej. Jako przykład można podać symptomy bólowe przy chorobie reumatycznej, jak też napięciowe bóle głowy.

Ból napadowy – występuje w sytuacji neuralgii, kolki i dny moczanowej.

Ból narastający - potwierdzeniem są bóle w chorobie nowotworowej [4].



Rycina 2. Rodzaje bólu

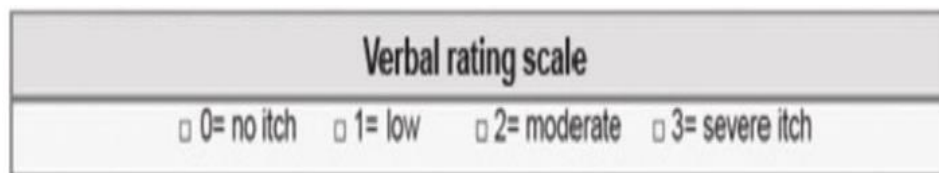
Metody oceny bólu

Rozpoczynając leczenie bólu, wypada bazować na ocenie nasilenia symptomów. W tym zamiarze należy stosować metody opisowe (dzienniczki bólu, skale), metody obserwacyjne (obserwacja zachowania, kliniczna ocena sprawności), metody pomiaru zmian parametrów fizjologicznych (ciśnienie tętnicze, tętno). Analiza nasilenia bólu powinna być dokonywana również w spoczynku jak i w okolicznościach powodujących pogłębienie odczucia bólowe, takie jak intensywny oddech, kaszel, rozmaity ruch, spożywanie posiłków i płynów oraz tym podobne. Warto także określić ból przed przeprowadzeniem interwencji na przykład przed podaniem leku czy konkretnym okresie po podaniu.

Wykorzystywanie walidowanych skali pozwala na monitorowanie odpowiedzi na zastosowane działanie, a także umożliwia skuteczną poprawę dawek bądź rodzaj użytkowanych preparatów i metod. Do nieocenionych w subiektywistycznej analizie poziomu odczuć bólowych u chorych skal należą [5]:

- Likerta (opisowa) („nic nie boli”, „ból słaby”, „ból umiarkowany”, „ból silny”, „ból bardzo silny” jest w najmniejszym stopniu precyzyjna, natomiast jest rozumiana przez większość pacjentów, chociażby tych z zaburzeniami poznawczymi.

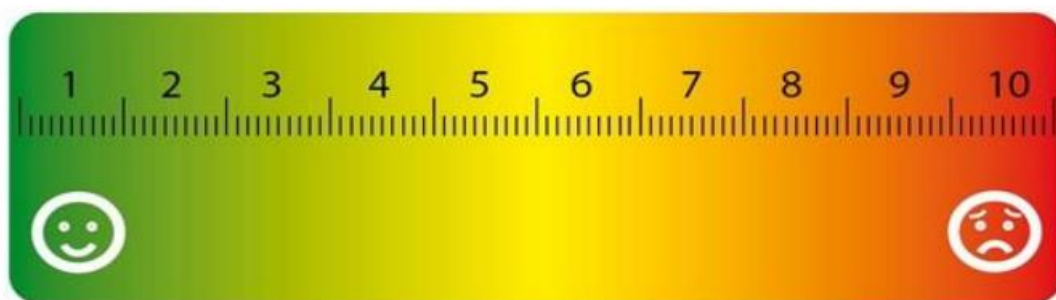
- VRS – skala werbalna obejmująca cztery podpunkty. Skala posiada wartości liczbowe, oprócz tego do każdej cyfry przypisana jest słowna ocena nasilenia bólu. W skali czterowartościowej „0” określa „brak bólu”, „1” jest to „delikatny ból”, „2” oznacza „ból mocny”, a „3” przypisuje „ból niemożliwy do wytrzymania”



Rycina 3. Skala VRS

Źródło: Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M...: Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare 2018;2: 9

- NRS – skala numeryczna, zawierająca jedenaście stopni (0-10) . W tej skali pacjent udziela odpowiedzi na zadane pytanie „ Jak określi pan nasilenie swojego bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 – ból jest znikomy, a 10 bardzo mocny ból jaki pacjent może uzmysłwić. Jest najchętniej użytkowaną skalą, oferuje częstokrotność efektów leczenia i oceny bólu. Uważa się, iż u chorych, u których postępowanie terapeutyczne przynosi korzyści, natężenie bólu mierzone tą skalą powinno zejść poniżej wartości 4.
- VAS – skala wizualno – analogowa (0-10 oraz 0 -100 mm). Opiera się na wykorzystaniu linijek 100-milimetrowych na białym tle albo zielonym blisko wartości 0 do czerwonego przy wartości 100 (u dzieci – z namalowaną buzią uśmiechniętą blisko 0 oraz zasmuconą w pobliżu wartości 100). Rolą pacjenta jest zaznaczenie nasilenia swojego bólu na tej skali.



Rycina 4. Skala VAS

Źródło: Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M...: Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare 2/2018 s. 9

- Diagram bólu jest to metoda samopisu polegająca na zaznaczeniu na rysunkach ludzkiej postaci miejsc bólowych – chory określa miejsce bólu. Wypełnienie diagramu umożliwia zobrazowanie rozmieszczenia bólu. Diagram zawiera dwie stojące ludzkie postacie jedną od tyłu a drugą od przodu [6].

Leki przeciwbólowe podział

Leki przeciwbólowe z uwagi na proces działania, siłę oraz skład chemiczny dzielimy na dwie zasadnicze grupy:

- opioidowe leki przeciwbólowe;
- nieopiodowe leki przeciwbólowe, które dotyczą: leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, a także niesteroidowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne (NLPZ) [2].

Drabina analgetyczna

Wykorzystywanie leków przeciwbólowych wsparte jest na systemie drabiny analgetycznej wymyślonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, World Health Organization): która rozgranicza leki przeciwbólowe na trzy grupy:

- I stopień - nieopiodowe leki przeciwbólowe [niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), metamizol oraz paracetamol];
- II stopień - „słabe” opioidy (kodeina, dihydrokodeina, tramadol);
- III stopień – „silne” opioidy oksykodon, oksykodon/nalokson, buprenorfina, metadon, tapentadol, hydromorfon, morfina, fentanyl).

Leczenie opiera się na indywidualnym wyselekcjonowaniu analgetyku, słusznego do nasilenia bólu pojawiającego się u pacjentów, i zaczyna się od preparatów ze szczebla I [zazwyczaj przy natężeniu bólu według NRS (Numerical Rating Scale, Skala numeryczna). U pacjentów z bolesnością o umiarkowanym zakresie (NRS 4-6) leczenie początkuje się od opioidów II stopnia lub minimalnych dawek opioidów III stopnia. W Okresie leczenia, „silnymi” opioidami nie pojawia się efekt pułapowy, rejestrowany w czasie stosowania

analgetykami I i II stopnia, umożliwia oczekiwać u większości pacjentów korzystniejszego efektu analgetycznego po podniesieniu dawki leku.

Korzystając z leków opioidowych II i III stopnia drabiny analgetycznej WHO, wolno jednocześnie włączyć pod uwagę stosowanie leków I szczebla (różnorodny mechanizm działania przeciwbólowego). Nie powinno się integrować opioidów II i III stopnia. Na dowolnym etapie leczenia mogą pojawić się wskazania do podawania leków wspomagających (adiuwantów), które dotyczą grupy koanalgetyków (adiutantów analgetycznych) pogłębiających efekty przeciwbólowe opioidów w niektórych rodzajach bólu (szczególnie w bólu neuropatycznym, kostnym oraz trzewnym kolkowym) jak również leków niedopuszczających działaniom niepożądanym opioidów (leki przeciwwymiotne i przeczyszczające) [7].

Nieopiodowe leki przeciwbólowe

Swoisty dobór nieopiodowego leku przeciwbólowego dla wszystkich pacjentów polega na w określonych kryteriach: nasilenia oraz charakteru bólu, efektywności leku w konkretnym rodzaju bólu, wieku chorego, interakcji lekowych, chorób współistniejących, ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych, depresji, zaburzeń snu, rozwoju uzależnienia, dostępności preparatu oraz kosztów [8].

Według klasyfikacji ATC (Klasyfikacja anatomiczno – terapeutyczna – chemiczna) nieopiodowe leki przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe zostały oddzielone z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) i przeciwreumatycznych, gdzie poprzednio je tam zaliczano. Leki te są rzadziej nadużywane oraz nie powodują efektu przyzwyczajenia, tak samą działają słabiej od opioidowych leków przeciwbólowych. Cechują się również właściwościami przeciwgorączkowymi, a niektóre także działaniem przeciwzapalnym i antyagregacyjnym. Standardowe dla tych substancji działania wywodzą się ze zwalniania enzymu cyklooksygenazy (COX), który jest niezastąpiony w przekształceniu kwasu arachidonowego do eikozanoidów; prostaglandyn i tromboksanów [2].

Paracetamol oraz metamizol włącznie z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi są głównymi lekami stosowanymi w opiece okołoperacyjnej z wyłączeniem diklofenaku [8].

Paracetamol

Paracetamol jest lekiem należącym do drugiej podgrupy leków przeciwbólowych osiągalnych bez recepty, spowalnia działanie cyklooksygenazy prostaglandynowej w Ośrodkowym Układzie Nerwowym (OUN), działa przeciwgorączkowo natomiast nie wykazuje działania przeciwzapalnego oraz antyagregacyjnego. Lek ten jest nieszkodliwy dla dzieci, jego stężenie toksyczne jest 6-10 razy silniejsze od stężenia terapeutycznego, dlatego dosyć ciężko o jego nadużycie. Razem z NLPZ znacznie nasila właściwości przeciwbólowe w zwalczaniu bólów zwyrodnieniowych, pourazowych czy pooperacyjnych. Preparat ten nie podrażnia błony śluzowej żołądka oraz nie narusza nerek. Przez brak właściwości antyagregacyjnych może być użytkowany przez pacjentów przyjmujących leki przeciwpłytkowe [9].

Jest rekomendowany do stosowania jako lek pierwszego podania przy bólach słabych oraz umiarkowanych ze względu na duże bezpieczeństwo jak też dużą skuteczność. Paracetamol może powodować hepatoksyczność oraz wchodzić w interakcje z warfaryną. Przeciwwskazaniem do jego przyjmowania jest uwarunkowany genetycznie ubytek dehydrogenazy glukozy – 6- fosforanowej. Ogranicza się jego użytkowanie w sytuacji ostrego i ciężkiego uszkodzenia wątroby, dlatego też w trakcie leczenia zalecane są badania enzymów wątrobowych. Do jego działań niepożądanych zalicza się skórne reakcje alergiczne, trombocytopenię, leukopenię, rozwój nadciśnienia tętniczego, zawału serca, udaru. Wraz ze zwiększeniem dawki preparatu rośnie ryzyko uszkodzenia przewodu pokarmowego. W dawce większej niż 10-15g ma właściwości toksyczne. U części pacjentów 6 g – czasem nawet niższa – może się okazać szkodliwa [9].

Metamizol

Działanie terapeutyczne metamizolu jest możliwe dzięki jego metabolitom. Metamizol sprawnie ulega przekształceniu do 4-metylo-amino-antypiryny(4-MAA), a dalej do innych czynnych metabolitów. Po podaniu dożylnym jest wychwytywany po 15 minutach, natomiast po podaniu doustnym jego obecność w ogóle nie jest oznaczona w surowicy. Metabolity metamizolu są wydalone przez mocz.

Kolejnym działaniem metamizolu jest rezultat rozkurczowy w kierunku do mięśniówki gładkiej, który pochodzi z zahamowania wychwyty zwrotnego adenozyiny w ukształtowaniu ośrodkowego układu nerwowego, a także przez działanie na układ kanabinoidowy. Efekt ten szczególnie doceniany jest w bólach trzewnych, bólach kolkowych oraz bolesnym miesiączkowaniu.

Metamizol zwiększa działanie leków przeciwzakrzepowych, nasila efekty leków przeciwcukrzycowych, razem z chlorpromazyną może spowodować hipotermię. Wybrane aspekty bezpieczeństwa leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w świetle ostatnich doniesień [9].

Niesteroidowe leki przeciwzapalne

Niesteroidowe leki przeciwzapalne to grupa preparatów o zróżnicowanej budowie chemicznej i rozmaitych zdolnościach zastosowań, a równocześnie nie mniej niż trzech kluczowych zdolnościach wspólnych, jakimi są: porównywalne właściwości farmakologiczne, przybliżony mechanizm działania oraz identyczne działania niepożądane. Z powodu dużej odmienności leków z tej kategorii są one podzielone na mniejsze lub bardziej dopasowane podkategorie. Grupę tych preparatów można również ugrupować w zależności od ich budowy chemicznej. Najbardziej właściwym podziałem pod względem klinicznym NLPZ zdaje się, że jest podział do predyspozycji hamowania sprawności poszczególnych izoenzymów COX. Cyklooksygenaza jest enzymem uczestniczącym w przekształceniu się kwasu arachidonowego. Aktywacja ta doprowadza do wypuszczenia prostaglandyn, tromboksanu i prostacykliny. Produkty te są łącznikami stanu zapalnego oraz, biorą udział w dostarczaniu bodźców bólowych oraz w przebiegu termoregulacji. Istnieją dwa podstawowe izoenzymy COX – konstytutywną COX-1, a także indukowaną poprzez źródła prozapalne i proonkogenne COX-2. COX – 1 przydzielona jest rola ochronna, natomiast Cyklooksygenazie 2 przydzielona została funkcja destruktywna.

Z uwagi na możliwość do hamowania czynności wyszczególnionych izoenzymów COX leki z tej kategorii NLPZ dzieli się na:

- selektywne COX-1 – przykład działania kwasu acetylosalicylowego dawka kardiologiczna 75- 150 mg;
- nieselektywne COX-1 (tzw. klasyczne niesteroidowe leki przeciwzapalne – ukazują zwiększone powinowactwo do COX-1 niż do COX-2. W tym zbiorowisku usytuowane są ibuprofen (największe powinowactwo do COX-2 w tej grupie), diklofenaku, ketoprofen i naproksen (średnie powinowactwo do COX-2) jak również kwas acetylosalicylowy w dawce klinicznej, indometacyna oraz piroksydam (mają najmniejsze powinowactwo do COX -2);
- preferencyjne COX-2- ukazują zwiększone powinowactwo do Cyklooksygenazy 2 niż do COX-1. Zalicza się do nich np. nimesulid i meloksykam;

- selektywne COX-2 – wykazują 200 razy zwiększone lub bardziej powinowactwo do COX-2 niż Cyklooksygenazy 1. Przykładami z tej grupy są celekoksyb i refekoksyb [10].

Tabela 4. Podział najpopularniejszych niesteroidowych leków przeciwzapalnych z uwzględnieniem ich selektywności względem cyklooksygenazy-1 (COX-1) i cyklooksygenazy-2 (COX-2)

Siła działania na COX-1 większa niż na COX-2	Preparaty nieselektywne (klasyczne) – siła działania na COX-1 i na COX-2 podobna	Preparaty selektywne – siła działania na COX-2 większa niż na COX-1	Preparaty wybiórcze (koksyby) – siła działania na COX-2 zdecydowanie większa niż na COX-1
• kwas acetylosalicylowy	• ibuprofen • indometacyna • ketoprofen • naproksen	• nimesulid • meloksikam • diklofenak	• celekoksyb • etorykoksyb • rofekoksyb

Źródło: Rell K.: Wybrane aspekty bezpieczeństwa leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w świetle ostatnich doniesień. *Lekarz POZ* 2019; 5(3) s. 315

Wskazania

Niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane są głównie jako środki przeciwbólowe i przeciwzapalne.

Minimalizują obrzęk i przekrwienie oraz poprawiają ruchomość stawów. Efekty te są wyjątkowo ważne w większości chorób narządu ruchu, z objawami zapalnymi, takimi jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) a także przy rozpowszechnionych urazach i stanach przeciążeniowych. Redukując stan zapalny, NLPZ usuwa dodatkowe symptomy. To daje im przewagę nad lekami, które działają tylko jako przeciwbólowe, takie jak paracetamol oraz opioidy. Wskazaniem do korzystania z NLPZ są bóle wielorakiego pochodzenia: ból mięśni, ból kości, ból stawów, ból głowy i inne bóle. Ból stawów, ból pooperacyjny, ból menstruacyjny. Niesteroidowe leki przeciwbólowe są również stosowane jako leczenie objawów infekcji i gorączki z różnych źródeł. Niektóre leki z grupy NLZP mają wymienione wskazania do stosowania w ostrym ataku dny moczanowej, świadczy to o ich dużej skuteczności. Zaliczamy do nich m.in. etorykoksyb, niektóre preparaty diklofenaku oraz naproksen [10].

Mechanizm działania

Produkcja prostaglandyn jest uzależniona od uwalniania kwasu arachidonowego z fosfolipidów błony komórkowej za pomocą fosfolipazy A2 po pobudzeniu komórki, przykładowo przez jej wyniszczenie. Kwas arachidonowy ulega w następnej kolejności ciągu

reakcji enzymatycznych, w której da się wyszczególnić dwa podstawowe szlaki – cyklooksygenazy oraz lipooksygenazy. Na drodze szlaku lipooksygenazy tworzą się lekotrienty, tymczasowo szlak COX powoduje powstanie prostanoidów- prostaglandyn, tromboksanów oraz prostacyklin. Obydwie izoformy są zgodne w 60 %, posiadają zbliżone centra aktywne, a także masę cząsteczkową, natomiast są szyfrowane przez inne geny, pojawiają się w rozbieżnych komórkach i cechują się zróżnicowanym działaniem [11].

Powikłania

Niesteroidowe leki przeciwzapalne, odpowiednio jak wszystkie inne leki, mogą powodować skutki uboczne. Skala problemu jest duża ze względu na ich bardzo powszechne stosowanie.

Najpowszechniejsze symptomy niepożądane po przyjęciu NLPZ odnoszą się do przewodu pokarmowego. Na ich powstanie wpływa występowanie innych czynników ryzyka, wariant stosowanego preparatu, jego dawkowanie oraz czas trwania leczenia. Objawy dyspeptyczne o różnym natężeniu, jakie występują po spożyciu tych leków to wymioty, nudności, zaburzenia rytmu wypróżnień oraz wzdęcia. Współcześnie powszechność pojawiania się powikłań ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego jest ograniczona z powodu profilaktycznego stosowania inhibitorów pompy protonowej [10, 11].

W wytycznych Europejskich Towarzystwa Kardiologicznego odnoszących się do leczenia zaostrzonych stanów wieńcowych bez przetrwałego podniesienia odcinka ST utwierdza się, że NLPZ, przykładowo ibuprofen powodują poprzez połączenie się z COX-1 zahamować bezwarunkowo zablokowanie tego enzymu przez ASA. Także wstrzymywanie COX-2 powoduje ryzyko rozwoju prozakrzepowego, z tych powodów powinno się ograniczyć stosowanie tych leków w terapii połączonej z ASA. W wytycznych ESC obejmujących ostre stany wieńcowe z uniesieniem odcinka ST nie zaleca się niesteroidowych leków do użytkowania w bólach dławicowych. Zaznacza się także, iż wybiórcze inhibitory COX – 2 zaostrzają ryzyko śmierci z powodu zgonu, pęknięcia serca, ponownego niedokrwienia czy też innych powikłań, dlatego należy zaprzestać ich użytkowanie w zawale serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Niesteroidowe leki przeciwzapalne należy przyjmować z dużą ostrożnością w sytuacji niewydolności serca, ponieważ podwójnie zwiększają ryzyko niewydolności tego narządu, oraz mogą spowodować niewydolność nerek czy zaostrzać dnę moczanową [11].

Kwas acetylosalicylowy

Kwas acetylosalicylowy początkowo był przeznaczony tylko jako lek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy, wraz z upływem czasu oraz wprowadzeniem na rynek większej ilości leków o działaniu przeciwzapalnym, znaczenie kwasu acetylosalicylowego zostało przekierowane na zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym. W większości sytuacji plusy stosowania leku przeważają nad działaniami niepożądanymi. W tym momencie bezpieczny profil bezpieczeństwa oraz korzyści wychodzą ze stosowania dawki leku 75 mg/dobę u większości chorych [12].

Opioidowe leki przeciwbólowe

Opioidy są w najwyższym stopniu przynoszącymi rezultaty analgetykami, działającymi w zależności od dawki uśmierzania bólu przewlekłego oraz ostrego o średnim i zwiększonym natężeniu u pacjentów nowotworowych oraz, bólu pochodzenia nienowotworowego.

Charakteryzuje je duży poziom bezpieczeństwa o ile zostaje utrzymana świadomość ich cech farmakodynamicznych oraz farmakokinetycznych. W badaniach klinicznych bardziej przynoszącymi rezultaty od placebo są silne opioidy tak samo jak w zwalczaniu bólu i polepszeniu funkcjonowania u chorych nie tylko nowotworowych, ale też z bólem pochodzenia szkieletowo-mięśniowego czy neuropatycznego jak też u pacjentów w podeszłym wieku. Leki te przez brak skuteczności w zespołach bólowych (np. fibromalgia, zespół jelita drażliwego), czy bólach głowy powinno się je ograniczyć [13].

W ostatnim czasie uporządkowano wiedzę na temat czynności i budowy endogennych układów opioidowych, rozprzestrzenienia i właściwości trzech typów receptorów opioidowych, a także modyfikacji w tych strukturach w zróżnicowanych rodzajach bólu [30]

Mechanizm działania

Agoniści opioidowi integrują się charakterystycznymi receptorami powiązanymi z białkami G i stopniują obsadzaną Ca^{2+} . Blokują one kanały Ca^{2+} na presynaptycznych końcówkach nerwowych, zahamowując wypuszczanie neuroprzekaźników oraz zahamowując neurony postsynaptyczne poprzez odblokowanie kanałów K^{+} . Efekty fizjologiczne są mocno zależne od typu receptora. W rogu tylnym rdzenia kręgowego znajduje się większość receptorów opioidowych. Opioidy zahamowują rozpowszechnienie z rogów tylnych rdzenia

kręgowego i wyswobodzenie aktywnych przekazników z pierwszych neuronów aferentnych. Agoniści opioidowi funkcjonują na szlakach wstępujących jak i zstępujących. Opioidowe leki przeciwbólowe posiadają właściwości stymulujące jak i zahamowujące. Aktywizują nerw błędny oraz chemoreceptory w area postrema (po czym w początkach leczenia pojawiają się wymioty i nudności), układ antynocptywny, ośrodek okulomotoryczny, mięsień gładki w przewodzie pokarmowym (występują zaparcia oraz opóźnione opróżnianie żołądka), a także drogi żółciowe i moczowe (następuje uszkodzenie czynności oddawania moczu). Oprócz tego opioidy minimalizują odczuwanie bólu, odruch kaszlu, czujność, mogą powodować upośledzenia oddychania, działają również na ośrodek wymiotny (przez powtarzające się dawki opioidów następuje efekt przeciwwymiotny).

Opioidowe leki przeciwbólowe mają również działanie:

- prowadzące do zaburzeń dotykających układ sercowo-naczyniowy, które odnoszą się do zbyt niskiej częstotliwości pracy serca (efekt ten jest następstwem działania meperydyny, która jako jedyna ma takie właściwości) oraz niedociśnienia;
- spowalniające przepływ krwi w nerkach;
- zmniejszające kurczliwość macicy;
- pobudzające wydzielanie hormonu antydiuretycznego (ADH), prolaktyny i somatotropiny oraz zahamowujące uwalnianie hormonu luteinizującego;
- wpływające na wydalenie histaminy z komórek tucznych, wywołujące nagrzewanie, zaczerwienienie skóry, świąd, pocenie się;
- immunosupresyjne.

Przyjmowanie opioidów powoduje ryzyko uzależnienia fizycznego i psychicznego oraz tolerancji [14].

Objawy niepożądane

Podczas długotrwałego przyjmowania opioidowych leków przeciwbólowych powinno uwzględniać się możliwość pojawienia symptomów niepożądanych oraz mieć orientację w profilaktyce i leczeniu. Podstawowe objawy niepożądane to przede wszystkim zaparcia, uzależnienie fizyczne i psychiczne, hiperalgezia, przyzwyczajenie, nieprawidłowość hormonalna oraz immunologiczna. W trakcie 5-7 od okresu rozpoczęcia leczenia ustępują nudności, wymioty, senność i splątanie na skutek wytworzenia tolerancji do wymienionych objawów. Ryzyko rozwoju depresji oddechowej jest skutkiem stosowania wysokiej dawki opioidów, lub zbyt szybkiego okresu zwiększenia oraz równoczesnego użytkowania preparatów wpływających depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy np. benzodiazepiny.

Pojawiające się zaparcia w pierwszych dniach przyjmowania opioidów są jednym z głównych dolegliwości występujących na tym etapie oraz w okresie zwiększania dawek leków czy też u pacjentów w podeszłym wieku, organizm nie wytwarza na nie tolerancji.

Zaparcia należą do grupy objawów tzw. opioid-induced bowel dysfunction (OIBD) – zaburzeń przewodu pokarmowego współwystępujących terapii lekami tej kategorii. Symptomy ze strony przewodu pokarmowego pojawiają się u połowy chorych i z wyłączeniem zaparć mogą występować utratę apetytu, bóle brzucha, refluks żołądkowo-jelitowy, wzdęcia ponadto symptomy te przyczyniają się do znacznego pogorszenia jakości życia i zadowolenia z leczenia. Połączenie opioidu z niewielką dawką leku antagonistycznego, zmniejsza występowanie symptomów niepożądanych w postaci OIBD, daje się dostrzec, że np. oksykodon w zastosowaniu z naloksonem zmniejsza częstotliwość zaparć o 45 % w porównaniu z samym użytkowaniem oksykodonu [13, 14].

Mechanizm powstania hiperalgezji opioidowej nie jest jeszcze całkowicie znany, trudno też na początku leczenia przewidzieć czy się pojawi i kiedy to ewentualnie nastąpi. Im bardziej czysty agonista receptora, tym większe wykazuje powinowactwo do hiperalgezji. W przypadku jej rozwoju rozpoczyna się leczenie bazujące na zmniejszeniu dawki leku.

Uzależnienie od opioidowych leków przeciwbólowych

Uzależnienie opioidowe jest nawracającą oraz przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Opioidy przyczyniają się do powstania trwałych zmian w mózgu na poziomie molekularnym oraz komórkowym, co skutkuje do naruszenia równowagi oraz zmodyfikowania układu nagrody.

Możliwość uzależnienia psychicznego podczas przyjmowania mocno działających opioidów jest oszacowana na niskie ryzyko. Czynnikiem powodującym duże narażenie na uzależnienie od opioidów jest w głównej mierze uzależnienie od alkoholu oraz innych substancji czy leków zlecanych przez lekarzy i leków bez recepty pojawiających się u chorych lub bliskich członków rodziny w przeszłości. Do wzrostu zwiększenia pojawienia uzależnienia zalicza się także rasa kaukaska, młody wiek oraz występowanie innych zaburzeń psychicznych. Do początkowych objawów wskazujących na rozwój uzależnienia psychicznego od silnych opioidowych leków przeciwbólowych to fałszowanie recept, podkradanie leków, poszukiwanie ich w formie ampułek do wstrzyknięć zamiast przyjmowania doustnych tabletek, przekraczanie przepisywanych dawek i częstości

przyjmowanych leków pomimo ostrzeżeń lekarzy, uzyskiwanie recept na opioidy od innych lekarzy, rozwijająca się deterioracja psychiczna, pogorszenie możliwości funkcjonowania w pracy, domu oraz społeczeństwie, niechęć do zamiany leczenia pomimo jawnych dowodów na brak skuteczności Leczenie bólu u chorych na nowotwory [15].

Interakcje lekowe

Leki przeciwbólowe oparte na opioidach mogą powodować interakcje lekowe, szczególnie u chorych przyjmujących wiele leków (politerapia, polipragmazja). Równoległe stosowanie różnych leków z opioidami najprawdopodobniej przyczynia się do rozwoju depresji OUN, zwiększonej sedacji i działać na układ krążenia. Hiperpireksja jest wywoływana przez inhibitory monoaminooksydazy. Jednoczesne użytkowanie opioidów oraz doustnych inhibitorów płytkowego receptora P2Y12 ma destruktywne działanie na profilaktykę przeciwzakrzepową w ostrych zespołach wieńcowych, gdyż hamują oczyszczanie żołądka wywołanego opioidami oraz przedłuża w przeciwpłytkowym działaniu inhibitorów receptorów ADP [14].

Kodeina

Jest wytwarzana poprzez metylowanie morfiny oraz występuje w małych ilościach w opium. Posiada dziesięciokrotnie mniejsze działanie przeciwbólowe od morfiny z uwagi na fakt, iż około 10% jest demetylowane w wątrobie do morfiny, która prowadzi do prawidłowej analgezji. Jej działanie opiera się na właściwościach przeciwkaszlowych, w małym stopniu uspokajających i przeciwbólowych z powodu receptora typu μ w mózgu. Wskazaniami do stosowania kodeiny to uporczywy, suchy kaszel oraz średni ból. W połączeniu z paracetamolem, ibuprofenem czy aspiryną znacznie zwiększa swoje działanie przeciwbólowe. Udowodniono, że podawanie powyższego leku przeciwbólowego jest bezpieczne jak też skuteczne w bólu przewlekłym i u chorych z urazami. Z powodu, iż kodeina może być stosowana powyżej 12 roku życia, u pacjentów pediatrycznych w czasie podawania należy zachować dużą ostrożność. Oceniamy, także w przypadku zażywania kodeiny możliwość pojawienia polimorfizmu genetycznego w oparciu o metabolizm kodeiny powiązany z CYP450 i jego modyfikacji genetycznej [15].

Morfina

Właściwości morfiny mogą zostać zmienione przez równoległe podawanie diklofenaku oraz innych preparatów działających na UGT2B7 (enzym biorący udział w glukuronizacji morfiny). Drugi szlak przemiany morfiny toczy się dzięki uczestnictwu CYP2D6 z tego powodu substraty enzymu są w stanie nasilić możliwość ukazania działań niepożądanych. W dużej ilości badań zarejestrowano nasilone ryzyko śmiertelności u chorych z niewydolnością serca przyjmujących morfinę. Środek wspomniany powyżej wywiera działanie przeciwbólowe u chorych z zawałem serca, czy też zmniejsza ciśnienie krwi oraz średnie ciśnienie tętnicze kontrolowane na tętnicy ramiennej u tych chorych. Udowodniono zwiększoną regularność pojawiania działań niepożądanych u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi leczonych morfiną dożylną i kłopidogrelem. U chorych z podniesionym odcinkiem ST morfina nie kojarzyła się z rozległym podniesieniem częstotliwości pojawiania zasadniczych incydentów sercowych. Kluczowe interakcje potrafią wystąpić w sytuacji jednoczesnego stosowania tikagreloru. U pacjentów z obrzękiem płuc udowodniono, iż morfina ma wpływ na trzydziestodniową śmiertelność. U pacjentów z POChP istnieje zwiększona ilość powikłań ze strony układu oddechowego, jak również i śmiertelność. Potwierdza się też pozytywny wpływ morfiny na czynność oddechową oraz tolerancję wysiłku u chorych wspomnianych z powyższą jednostką chorobową [16].

Oksykodon

Farmakologia Wykazuje skuteczność w bólu wisceralnym jest także substratem głównego receptora CYP3A4 oraz drugorzędnego CYP2D6 z tego też powodu może przyczyniać się do interakcji lekowych. Środek ten może być podawany wraz z morfiną i hydromorfonem o charakterze opioidu pierwszego wyboru w przypadku bólu umiarkowanego jak też silnego u pacjentów nowotworowych. Oksykodon zaleca się w stosowaniu silnego bólu pooperacyjnego. W sytuacji nieprawidłowości pracy wątroby czy nerek zmniejsza się dawki oksykodonu [16].

Fentanyl

Zawiera szerokie zastosowanie w medycynie ratunkowej oraz w anestezjologii. Z powodu silnych właściwości, posiada miano sławnego środka uzależniającego. W ostatnim czasie także pochodne fentanylu powstające jako nowe psychoaktywne substancje są rzucającym się w oczy kłopotem w toksykologii klinicznej oraz sądowej w wyniku poza terapeutycznego użytkowania. Różnorodność w budowie fentanyli, to znaczy zmienność

właściwości toksykologicznych oraz ich zwiększona toksyczność przyczyniają się do śmiertelnego zatrucia u osób zażywających tę grupę substancji [15, 16].

ZAKOŃCZENIE

Odczuwanie bólu wpływa w sposób znaczący na obniżenie postrzeganej przez pacjenta jakości życia. Na rynku dostępnych jest wiele preparatów przeciwbólowych, do których zaliczają się m.in. NLPZ, pochodne p-aminofenolu czy leki opioidowe stosowane głównie w terapii bólu przewlekłego. Leki OTC stanowią grupę łatwo dostępnych preparatów, których stosowanie w celu samoleczenia bólu może przyczynić się do wystąpienia poważnych działań niepożądanych. Farmakoterapia przeciwbólowa powinna być prowadzona z wykorzystaniem możliwie najniższej dawki leku, o czym pacjenci leczący się bez nadzoru lekarza niestety w wielu przypadkach nie wiedzą. Stąd tak ważne jest rozpowszechnianie w społeczeństwie informacji nt. stosowania leków przeciwbólowych, zwłaszcza należących do grupy leków OTC, co może w długoterminowej perspektywie ograniczyć ilość zgłaszanych przez pacjentów działań niepożądanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ratajczak P., Kus K., Pluskota M., Koligat D., Zaprutko T., Nowakowska E.: Leki OTC a samoleczenie bólu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 3 (44): 147-153.
2. Dobrogowski J., Wordliczek Ł.: Leczenie bólu. PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2017.
3. Madziała J., Sierżant M., Szkutnik – Fiedler D.: Mechanizmy powstania bólu. *Farmacja Współczesna* 2013; 6: 1-3.
4. Wypaszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieczka-Radzikowska K., Liniarski M.: Klasyfikacja bólu. *Journal of Healthcare* 2018; 2: 12-17.
5. Woron J., Gałęzkowski R., Malec -Milewska M., Wordliczek J.: Leczenie bólu w ratownictwie medycznym w szczególnych populacjach pacjentów. [w:] *Leczenie bólu w ratownictwie medycznym*. Dobrogowski J., Wordliczek J., Woron J., Ładny J. R. Oficyna Wydawnictwa Medical Education sp. z, o. o., 2019: 77- 84.
6. Wypaszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak K., Kieczka-Radzikowska K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu. *Journal of Clinical Healthcare* 2018, 2: 6-11

7. Leppert W., Wordliczek J.: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na nowotwory z bólem. *Palliative Medicine in Practice* 2018; 12(1): 44-58.
8. Kocot – Kępska M., Dobrogowski J., Przeklasa -Muszyńska A.: Stosowanie silnie działających opioidów u pacjenta z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego w praktyce lekarza POZ. *Lekarz w POZ* 2016; 2(3): 205- 209.
9. Krzyżak-Jankowicz M., Jankowicz R.: Metamizol i paracetamol- leki podobne, ale nie takie same. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2015; 9(2): 59-65.
10. Olszanecki R.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne. [w:] *Farmakologia*. Korbut R. PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2017: 156- 166.
11. Brzezińska O., Makowska J.: Celoksyb i inne niesteroidowe leki przeciwzapalne w codziennej praktyce klinicznej. *Alergia Astma Immunologia* 2020; 25(4): 192-197.
12. Barylski A., Szadkowska I.: Kwas acetylosalicylowy w codziennej praktyce klinicznej – kardiologiczny punkt widzenia. *Geriatrics* 2017; 11: 219-226.
13. Tamowicz B.: Farmakologia Leków stosowanych podczas znieczulenia ogólnego i regionalnego oraz sedacji i analgosedacji. [w:] *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*. Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2018: 333- 350.
14. Zaporowska – Stachowiak I., Mary-Tiffany A. O., Celichowska M., Dziuba G., Mikołajczak A., Perlińska M., Woźniak M., Gorzesińska L., Sopata M.: Opioidy w praktyce klinicznej. *Varia Medica* 2020; 4(1): 43-51.
15. Przewłocki R.: Mechanizmy uzależnienia od analgetyków opioidowych. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11(2): 55-60.
16. Janiec W., Cegieła U., Pytlik M.: Leki przeciwbólowe działające na receptory opioidowe. *Kompendium farmakologii*. Janiec W. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2021: 137- 149.

OCENA WIEDZY MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH

Izabela Jastrzębska¹, Krystyna Klimaszewska²

1- Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

2- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Ból jest subiektywnym, dotkliwym oraz niekorzystnym doświadczeniem zmysłowym i emocjonalnym powodującym częstokroć pogorszenie standardu życia pacjenta. Leczenie przeciwbólowe bazuje na rozwiązaniach farmakologicznych, nefarmakologicznych i odnosi się indywidualnie w wypadku każdego chorego. Pierwszorzędna jest farmakoterapia, opierająca się na dobraniu odpowiedniego środka, dostosowanego do rodzaju, nasilenia oraz czasu trwania symptomów bólowych. Osoba odczuwająca dolegliwości bólowe w pierwszej kolejności stosuje preparaty przeciwbólowe dostępne bez recepty, gdzie ich sprzedaż oraz użytkowanie odbywa się w sposób niekontrolowany [1].

Polska cechuje się ogromną dostępnością leków przeciwbólowych możliwych do nabycia bez okazania recepty, przystępnych w aptekach, jak i w kioskach ruchu, supermarketach, na stacjach benzynowych, punktach specjalnego zaopatrzenia medycznego, czy też sklepach zielarskich.

CEL PRACY

Prawo pacjenta do leczenia bólu należy realizować na każdym stopniu choroby, diagnostyki, jak też bez względu na źródło pochodzenia dolegliwości bólowych czy wiek chorego.

Ból jest subiektywnym, dotkliwym oraz niekorzystnym doświadczeniem zmysłowym i emocjonalnym powodującym częstokroć pogorszenie standardu życia pacjenta. Osoba odczuwająca dolegliwości bólowe w pierwszej kolejności stosuje preparaty przeciwbólowe dostępne bez recepty, gdzie ich sprzedaż oraz użytkowanie odbywa się w sposób niekontrolowany[2].

Celem pracy było:

1. Ocena poziomu wiedzy i świadomości mieszkańców województwa podlaskiego na temat stosowania leków przeciwbólowych.
2. Ocena zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem oraz wykonywaną pracą a stanem wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego.

MATERIAŁ I METODYKA

W przeprowadzonym badaniu oceny wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji złożony z pięciu pytań metryczkach i osiemnastu pytań merytorycznych dotyczących posiadanej wiedzy oraz opinii na temat zażywania środków przeciwbólowych.

Badanie przeprowadzono wśród 100 mieszkańców województwa podlaskiego. W badaniu brały udział wyłącznie osoby wieku od 18 do 65 lat i więcej.

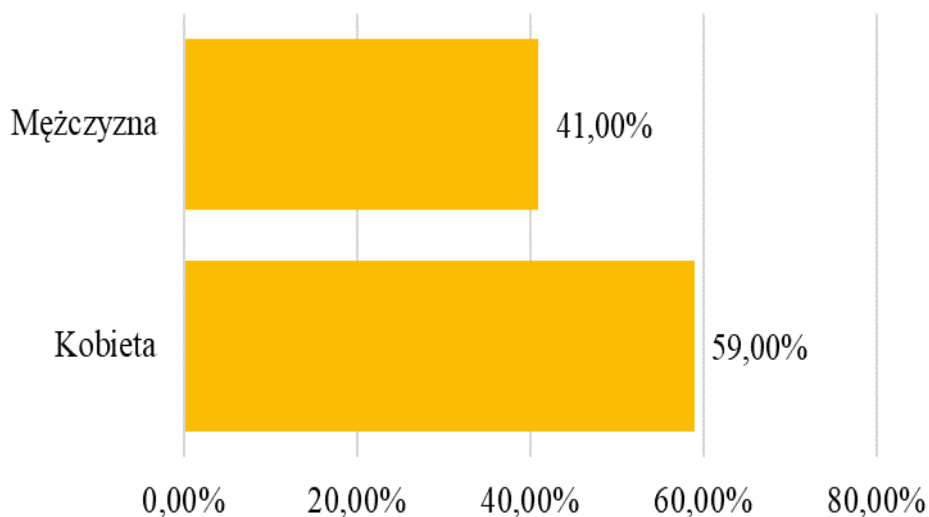
Respondenci otrzymali kwestionariusz w formie elektronicznej zamieszczony na stronie internetowej, z informacją, że ankieta jest anonimowa, dobrowolna oraz istnieje możliwość rezygnacji z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie.

Materiał badawczy zebrano po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB numer zgody: APK.002.494.2022

Uzyskane informacje z ankiety poddano analizie statystycznej i opisowej.

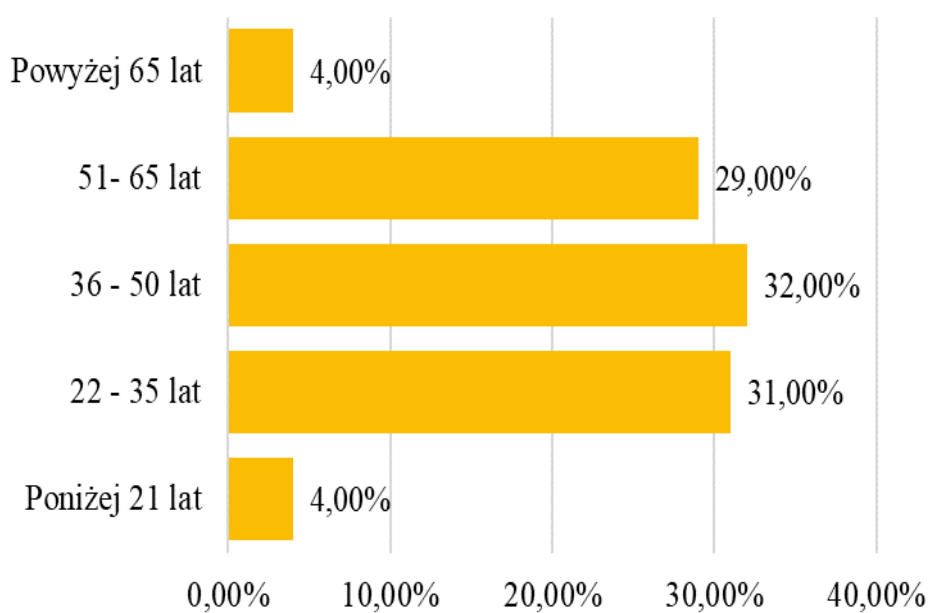
WYNIKI

Do badania przystąpiło 100 osób. Większość, bo 59,00% stanowiły kobiety (N=59), a 41,00% (N=41) to mężczyźni – rycina 1.



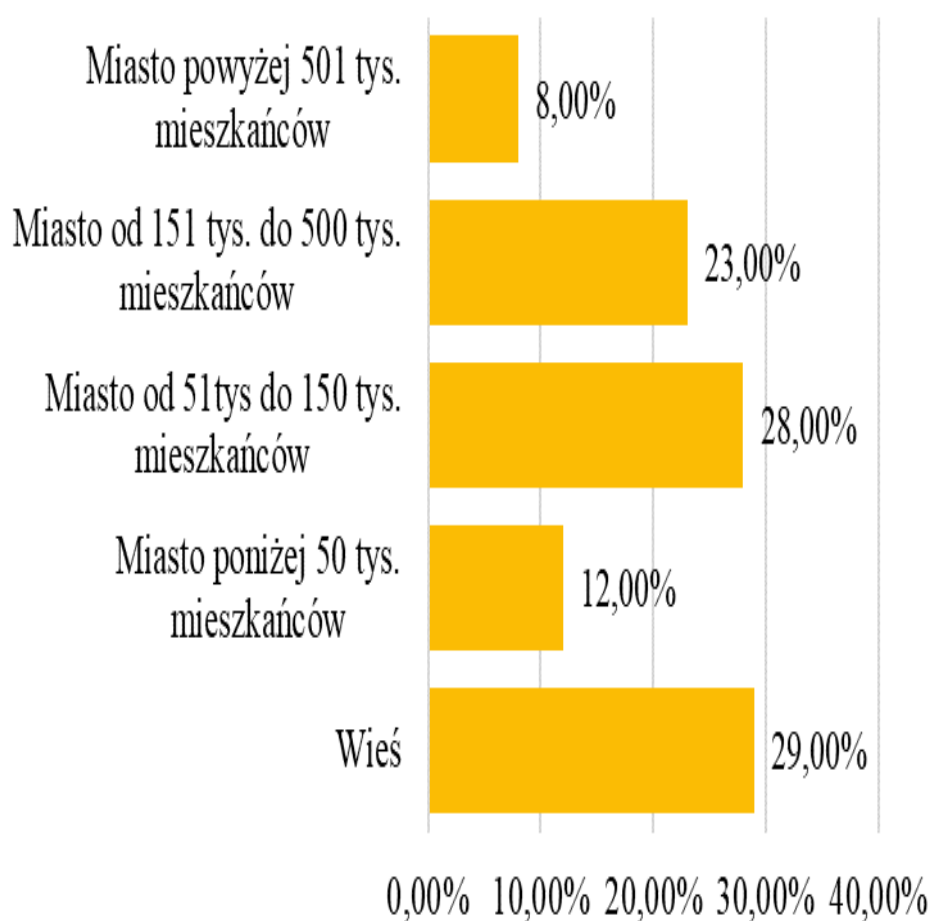
Rycina 1. Rozkład badanych ze względu na płeć

Osoby w wieku od 22 do 35 lat stanowiły 31,00% (N=31) badanych, natomiast osoby w wieku od 36 do 50 lat również stanowiły 32,00% (N=32) badanych. Grupa respondentów w wieku od 51 do 65 lat reprezentowała 29,00% (N=29) uczestników badania, podczas gdy osoby powyżej 65 lat stanowiły 4,00% (N=4) badanych. Pozostałe dane uszeregowano na rycinie 2.



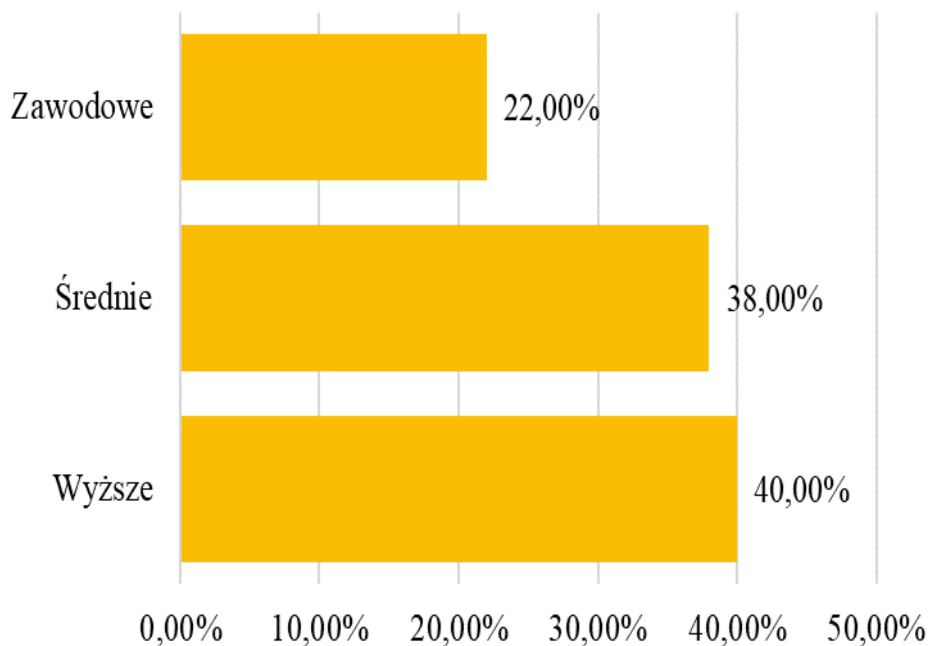
Rycina 2. Rozkład badanych ze względu na wiek

Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, 29,00% (N=29) badanych mieszkało na wsi. Osoby zamieszkujące miasta poniżej 50 tys. mieszkańców stanowiły 12,00% (N=12) grupy, natomiast osoby zamieszkujące miasta o liczbie mieszkańców od 51 tys. do 150 tys. stanowiły 28,00% (N=28) badanych. Grupa respondentów zamieszkujących miasta o liczbie mieszkańców od 151 tys. do 500 tys. stanowiła 23,00% (N=23) badanych – rycina 3.



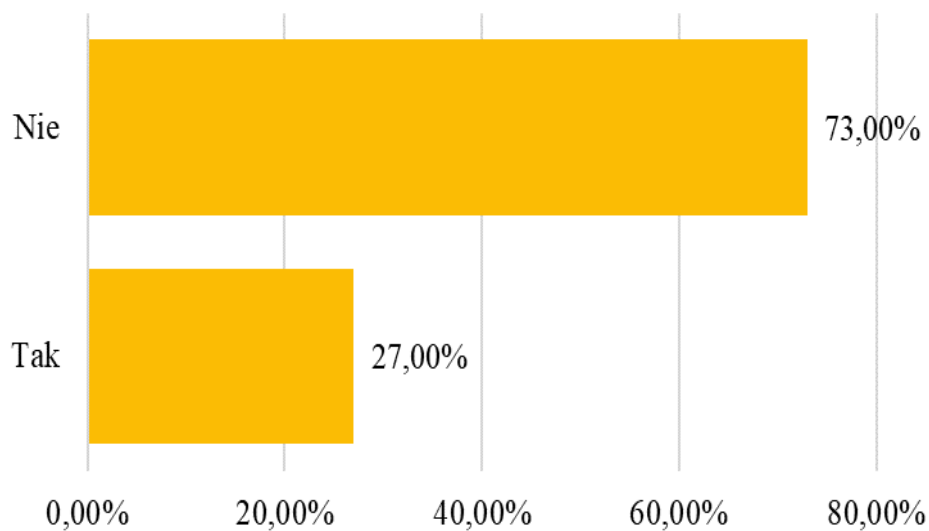
Rycina 3. Rozkład badanych ze względu na miejsce zamieszkania

W grupie ankietowanych, 40,00% (N=40) posiadało wykształcenie wyższe. Osoby z wykształceniem średnim stanowiły 38,00% (N=38) badanych, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym reprezentowały 22,00% (N=22) grupy – rycina 4.



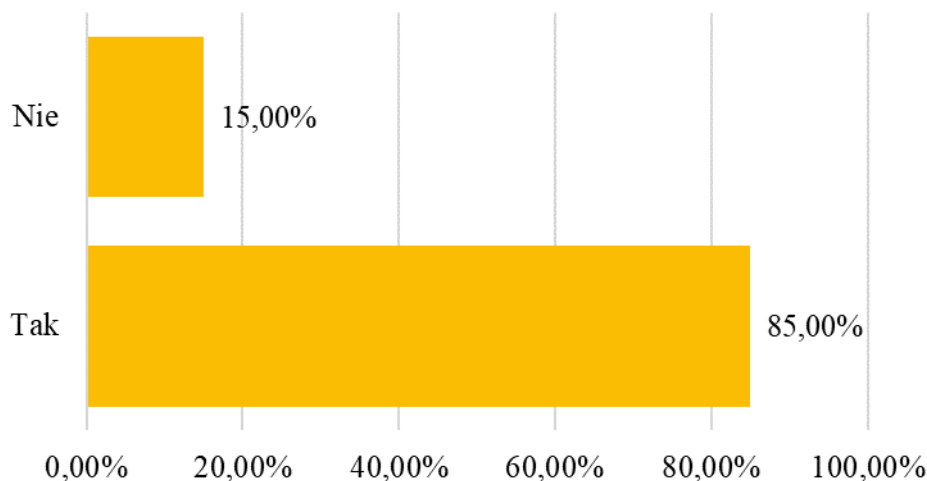
Rycina 4. Rozkład badanych ze względu na wykształcenie

Większość respondentów nie posiadała wykształcenia medycznego (73,00%, N=73) – rycina 5.



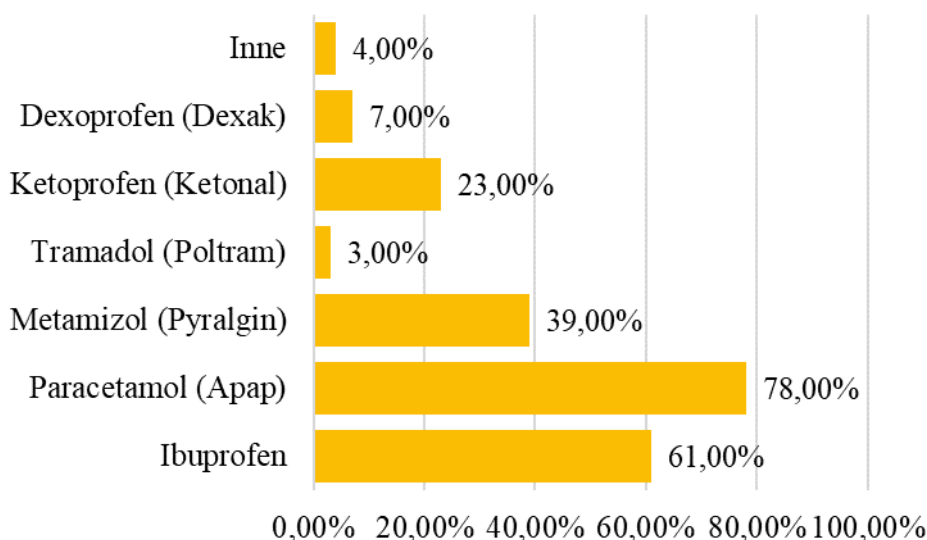
Rycina 5. Rozkład badanych ze względu na wykształcenie medyczne

Przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego 85,00% badanych (N=85) poinformowało, że czyta ulotkę dołączoną do opakowania produktu leczniczego – rycina 6.



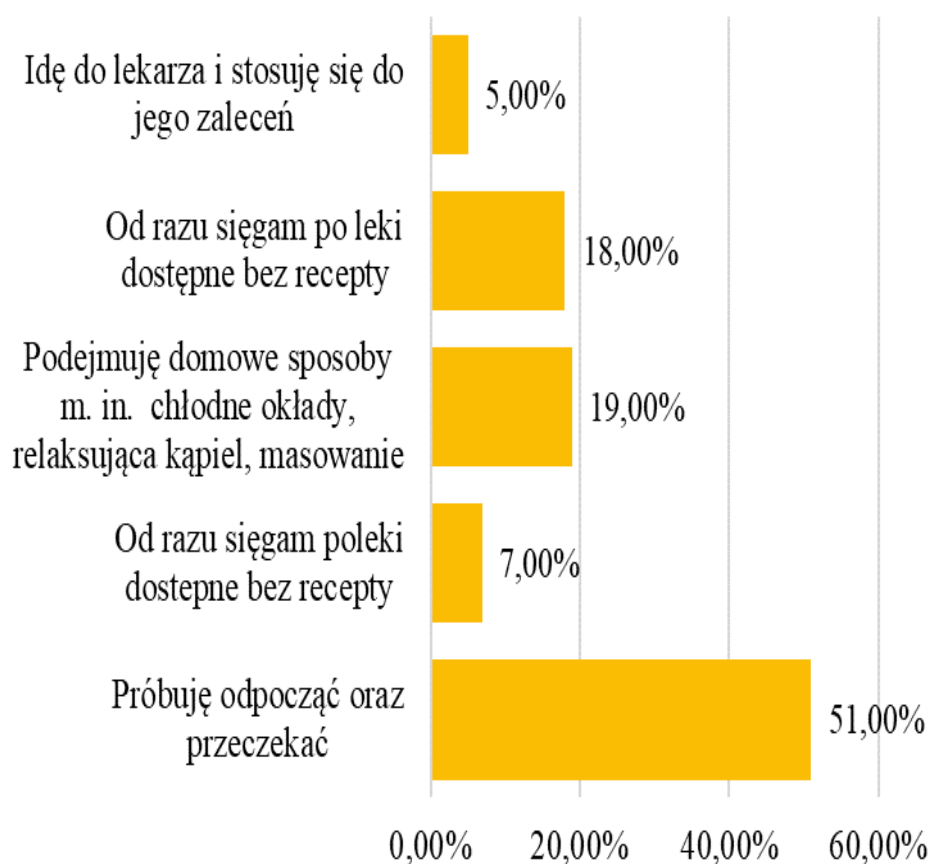
Rycina 6. Rozkład badanych ze względu na czytanie ulotki dołączonej do opakowania produktu leczniczego

Wśród badanych uczestników, 61,00% (N=61) przyznało, że kiedykolwiek przyjmowało lek o nazwie Ibuprofen w celu łagodzenia bólu. Paracetamol (Apap) był stosowany przez 78,00% (N=78) badanych jako środek przeciwbólowy. Metamizol (Pyralgina) został przyjęty przez 39,00% (N=39) uczestników badania. Inne leki przeciwbólowe, takie jak Tramadol (Poltram), Ketoprofen (Ketonol), Dexoprofen (Dexak) były stosowane przez odpowiednio 3,00% (N=3), 23,00% (N=23) i 7,00% (N=7) badanych. Dodatkowo 4,00% (N=4) ankietowanych wskazało inne leki przeciwbólowe, które przyjmowali – rycina 7.



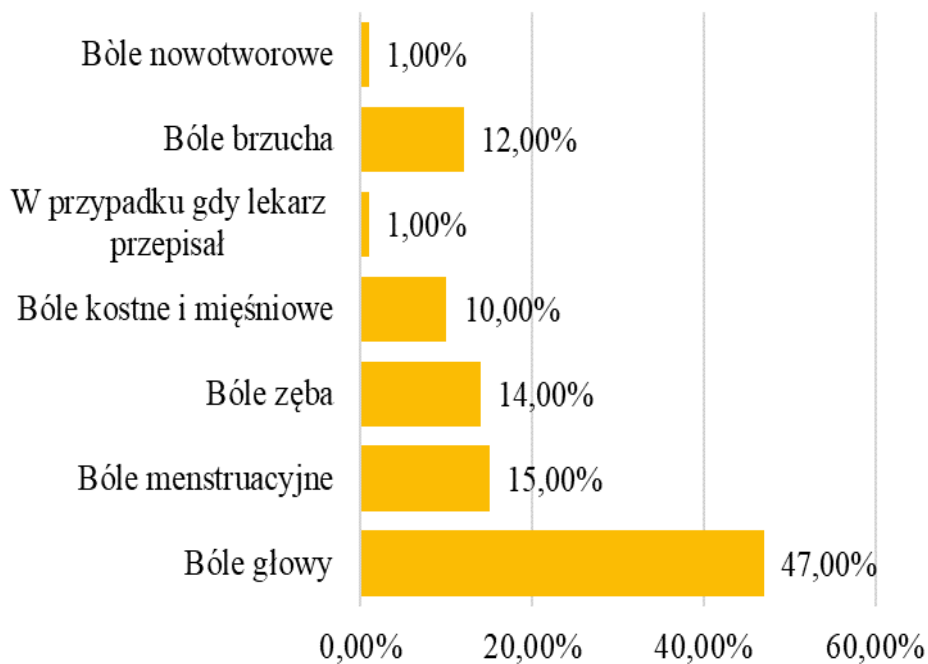
Rycina 7. Rozkład badanych ze względu na przyjmowane leki przeciwbólowe

Badani zostali zapytani, czy w sytuacji wystąpienia dolegliwości bólowych przed przyjęciem leków przeciwbólowych stosują inne metody zwalczania bólu, 51,00% (N=51) respondentów poinformowało, że próbuje odpocząć i przeczekać dolegliwości bólowe przed przyjęciem leków przeciwbólowych. Jedynie 7,00% (N=7) ankietowanych sięga od razu po leki dostępne bez recepty. Kolejne 19,00% (N=19) badanych stosuje domowe sposoby zwalczania bólu, takie jak chłodne okłady, relaksująca kąpiel czy masowanie. Z kolei 18,00% (N=18) respondentów od razu sięga po leki dostępne bez recepty. Natomiast 5,00% (N=5) ankietowanych udaje się do lekarza i stosuje się do jego zaleceń w przypadku wystąpienia dolegliwości bólowych – rycina 8.



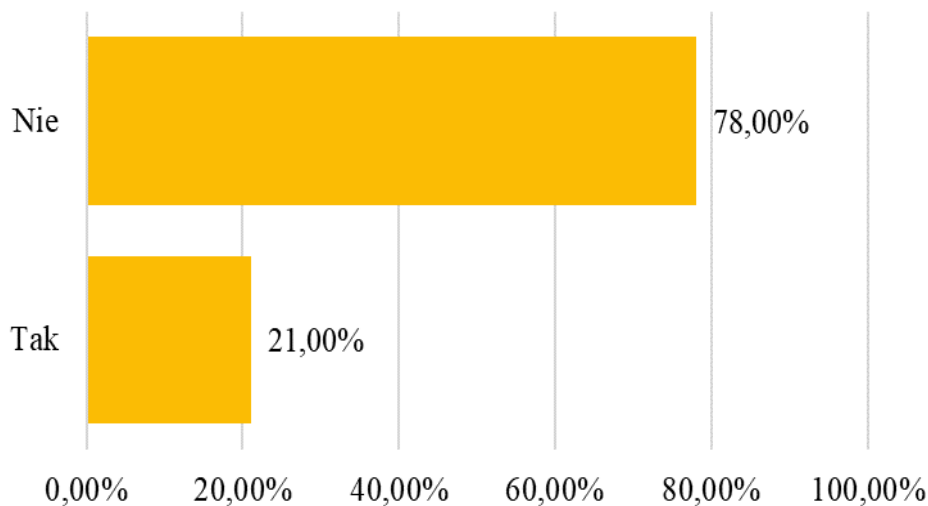
Rycina 8. Rozkład badanych ze względu na stosowanie innych metod zwalczania bólu niż leki przeciwbólowe

Główną przyczyną stosowania leków przeciwbólowych wskazaną przez ankietowanych były bóle głowy (47,00%, N=47). O bólach menstruacyjnych wspomniało 15,00% grupy (N=15), a o dolegliwościach związanych z zębami 14,00% badanych (N=14). Inne dane ukazano na rycinie 9



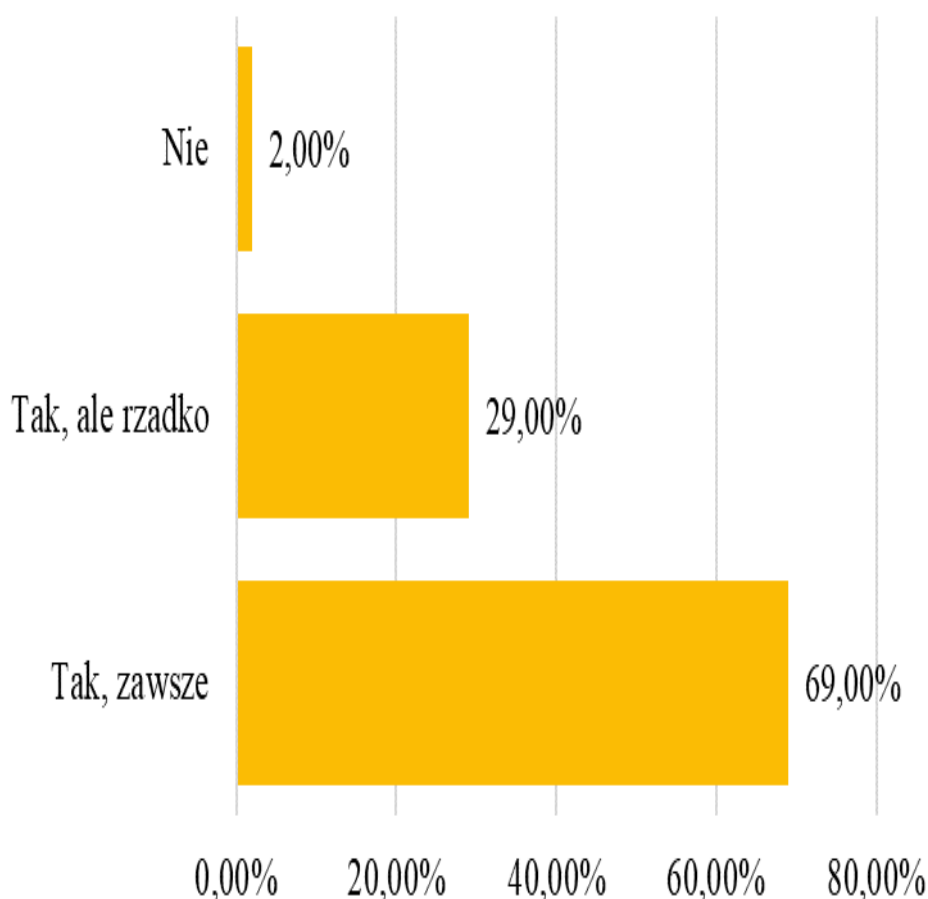
Rycina 9. Rozkład badanych ze względu na przyczyny sięgania po leki przeciwbólowe

Większość ankietowanych osób nie konsultuje się z lekarzem lub farmaceutą przed przyjęciem leków przeciwbólowych (78,00%, N=78) – rycina 10.



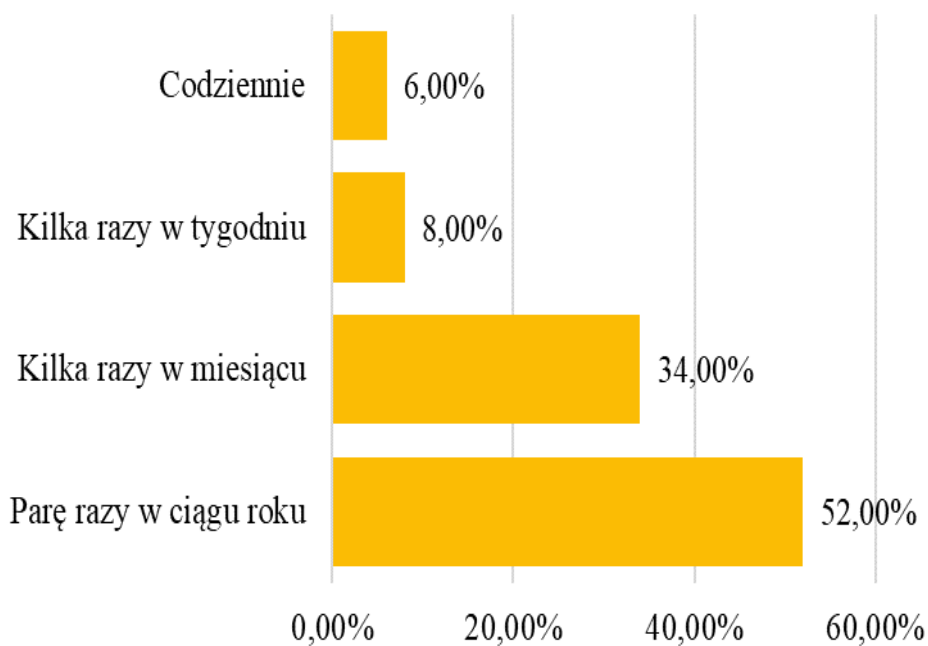
Rycina 5. Rozkład badanych ze względu na konsultacje z lekarzem lub farmaceutą przed przyjęciem leków przeciwbólowych

Aż 69,00% (N=69) badanych uczestników zawsze przestrzega dawki leku przeciwbólowego, która jest podana w ulotce. Natomiast 29,00% (N=29) respondentów stosuje się do dawki zalecanej w ulotce, ale tylko sporadycznie. Tylko 2,00% (N=2) ankietowanych nie przestrzega dawki leku przeciwbólowego – rycina 11.



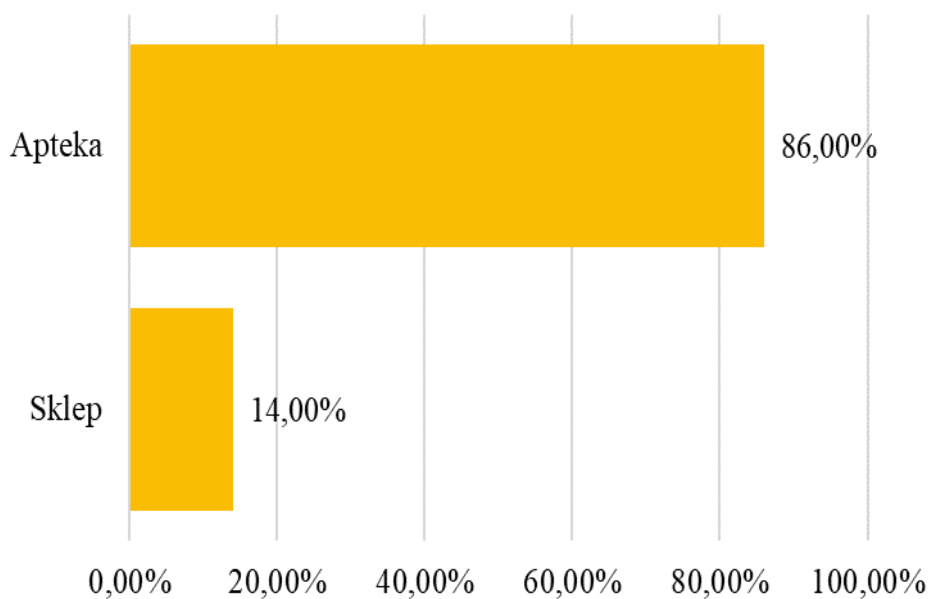
Rycina 6. Rozkład badanych ze względu na przestrzeganie dawki leku przeciwbólowego

W gronie badanych 52,00% (N=52) respondentów zażywa leki przeciwbólowe tylko parę razy w ciągu roku. Kolejne 34,00% (N=34) ankietowanych przyjmuje je kilka razy w miesiącu. Natomiast 6,00% (N=6) ankietowanych przyjmuje te leki codziennie. Wszystkie odpowiedzi ukazano na rycinie 12.



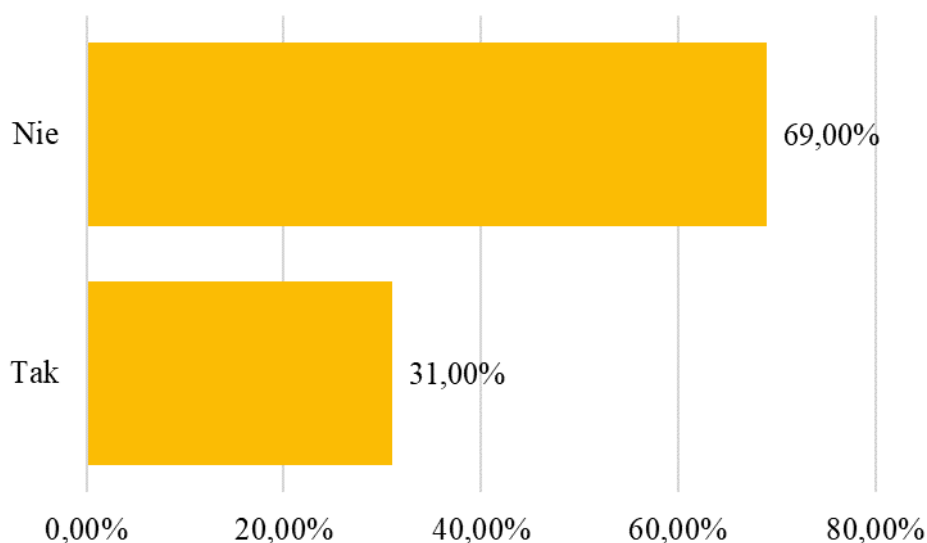
Rycina 7. Rozkład badanych ze względu na częstotliwość zażywania leków przeciwbólowych

Zdecydowana większość uczestników badania kupuje leki przeciwbólne w aptece (86,00%, N=86) – rycina 13.



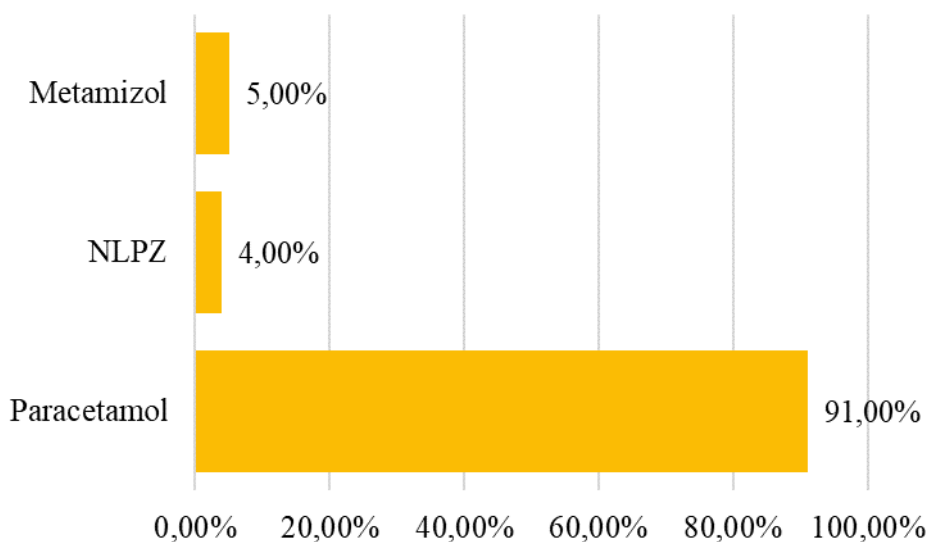
Rycina 8. Rozkład badanych ze względu na miejsce zakupu leków przeciwbólowych

Leki bólowe na receptę przyjmowało jedynie 31,00% badanych osób (N=31) – rycina 14.



Rycina 9. Rozkład badanych ze względu na przyjmowanie leków przeciwbólowych na receptę

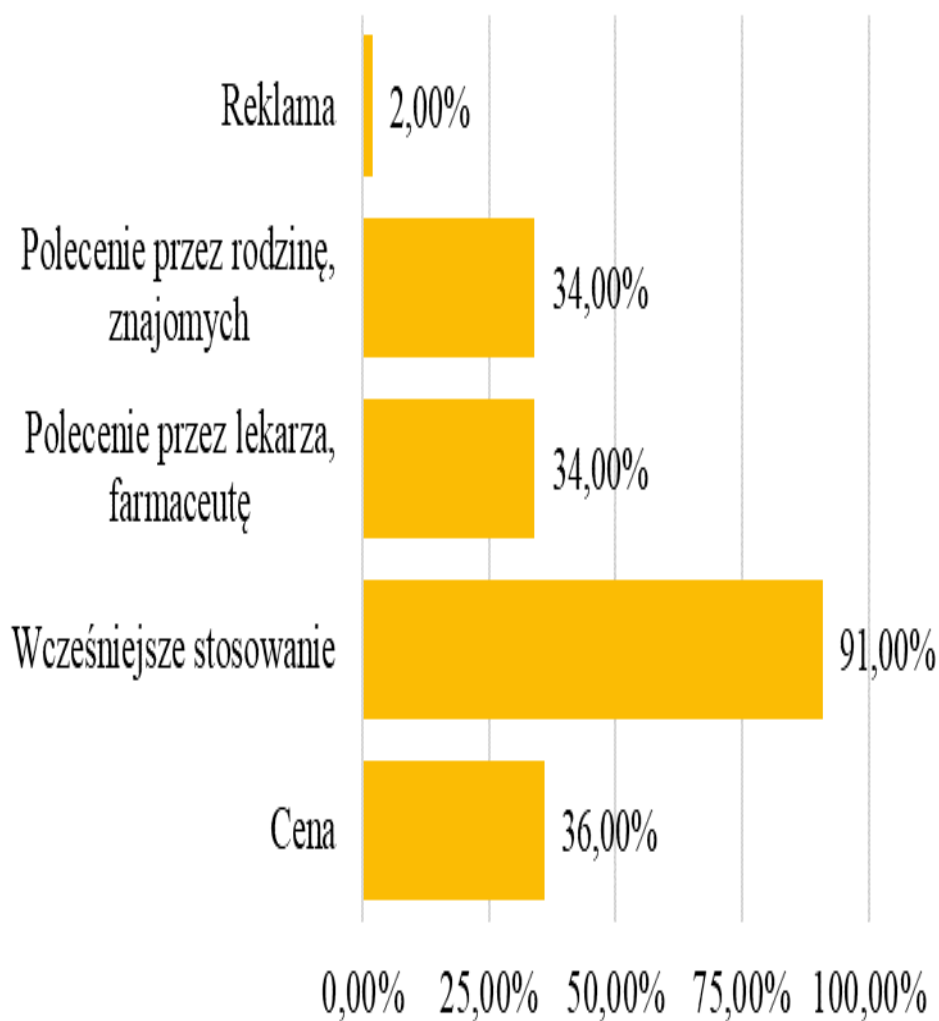
Zdaniem respondentów najbezpieczniejszym lekiem, który można stosować w okresie ciąży i w czasie karmienia piersią jest paracetamol (91,00%, N=91). Inne dane zaprezentowane zostały na rycinie 15.



Rycina 15. Rozkład badanych ze względu na zdanie dotyczące najbezpieczniejszych leków, które można stosować w ciąży i podczas karmienia piersią.

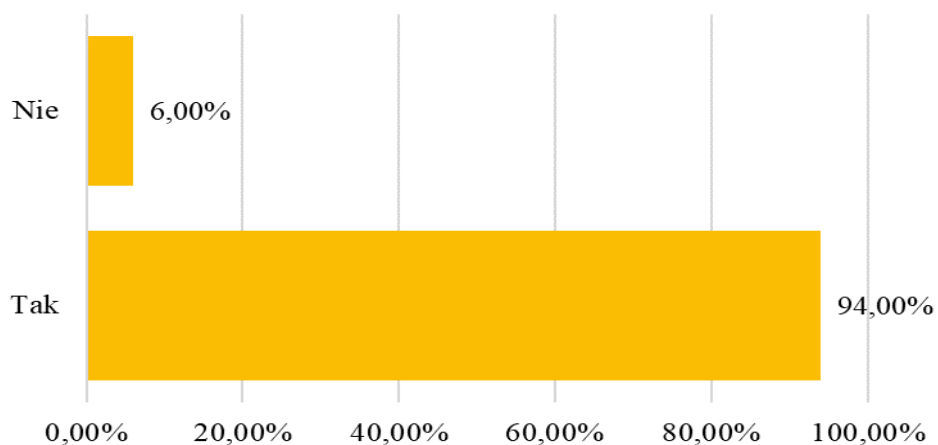
Przy wyborze danego środka przeciwbólowego, 36,00% (N=36) ankietowanych kieruje się ceną, 91,00% (N=91) badanych bierze pod uwagę wcześniejsze stosowanie danego leku. Natomiast 34,00% (N=34) respondentów kieruje się poleceniem lekarza lub farmaceuty. Również 34,00% (N=34) badanych uwzględnia polecenie od rodziny lub znajomych. Jedynie 2,00% (N=2) ankietowanych przyznaje, że reklama ma wpływ na ich wybór środka przeciwbólowego – rycina16.

Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%.



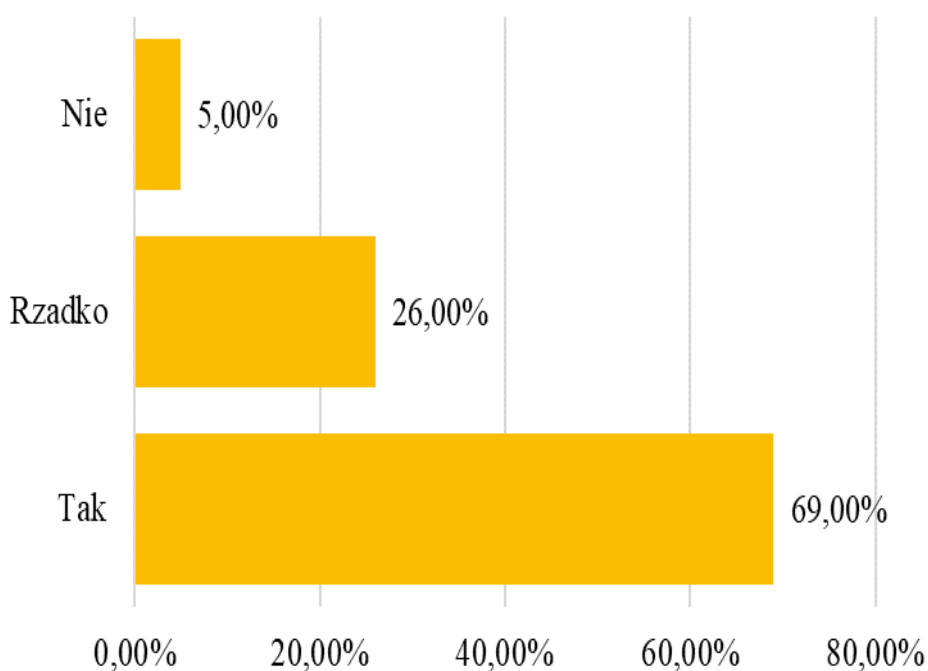
Rycina 16. Rozkład badanych ze względu na czynniki decydujące o wyborze środka przeciwbólowego

Aż 94,00% ankietowanych (N=94) poinformowało, że ma świadomość występowania działań niepożądanych mogących pojawić się po zażyciu środków przeciwbólowych – rycina 17.



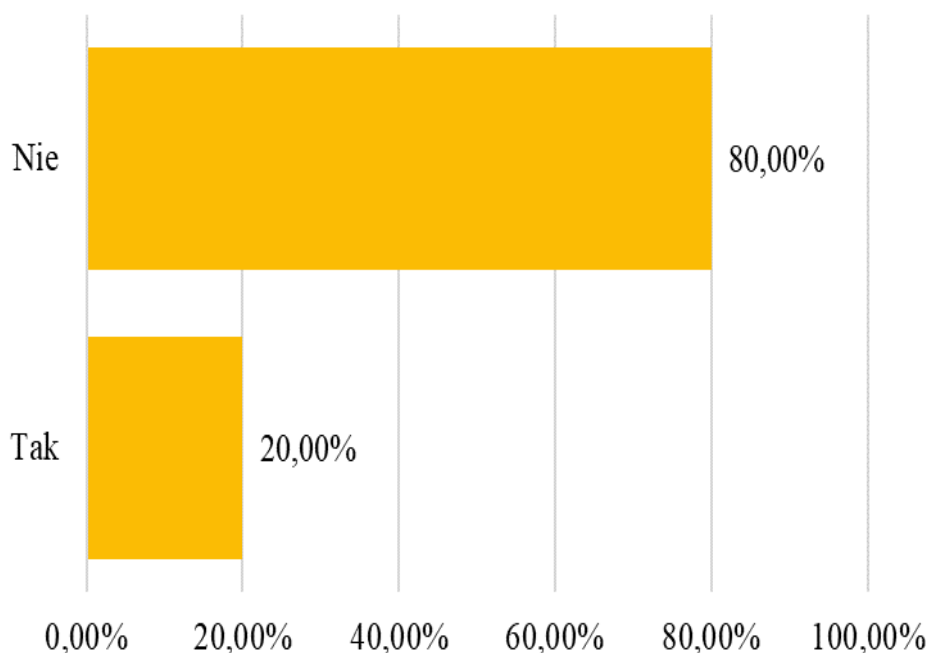
Rycina17. Rozkład badanych ze względu na świadomość działań niepożądanych

Z badanych osób, 69,00% (N=69) zwraca uwagę na skład leku przeciwbólowego. 26,00% (N=26) ankietowanych przyznaje, że robi to rzadko. Jedynie 5,00% (N=5) badanych respondentów nie zwraca uwagi na skład leku przeciwbólowego – rycina 18.



Rycina 18. Rozkład badanych ze względu na sprawdzanie składu leku przeciwbólowego

Jedynie co piąta osoba badana przyznała, że posiada w domu większy zapas leków przeciwbólowych (20,00%, N=20) – rycina 19.



Rycina 19. Rozkład badanych ze względu na posiadanie większego zasobu leków przeciwbólowych w domu

Z badanych osób, aż 98,00% (N=98) respondentów uważa, że należy przestrzegać zaleceń dawkowania zawartych w ulotce preparatu przed zastosowaniem leków przeciwbólowych. Co więcej, 93,00% (N=93) ankietowanych podkreśla, że nie należy przyjmować leku w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zawartych w ulotce.

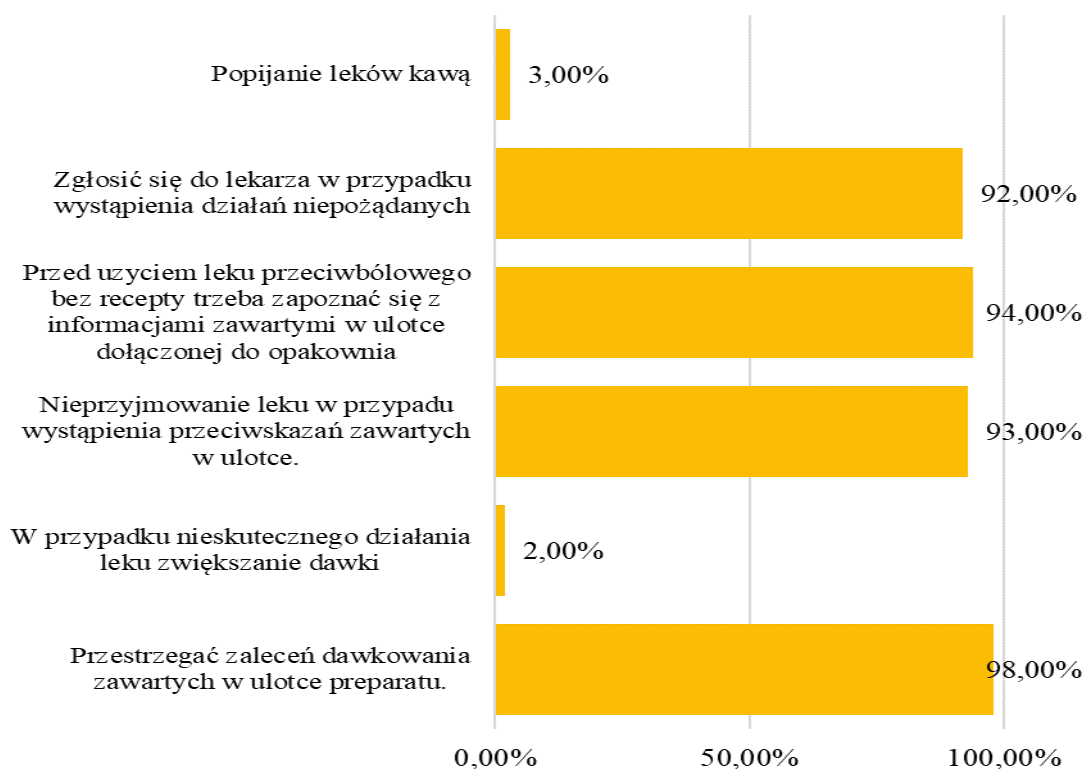
Również 94,00% (N=94) badanych respondentów uważa, że przed użyciem leku przeciwbólowego bez recepty należy zapoznać się z informacjami zawartymi w ulotce dołączonej do opakowania.

Dodatkowo 92,00% (N=92) ankietowanych wskazuje, że należy zgłosić się do lekarza w przypadku wystąpienia działań niepożądanych.

Natomiast tylko 2,00% (N=2) respondentów przyznaje, że zwiększanie dawki leku w przypadku nieskutecznego działania jest właściwym zachowaniem.

Zaledwie 3,00% (N=3) badanych osób uważa, że należy popijać leki przeciwbólne kawą – rycina 20.

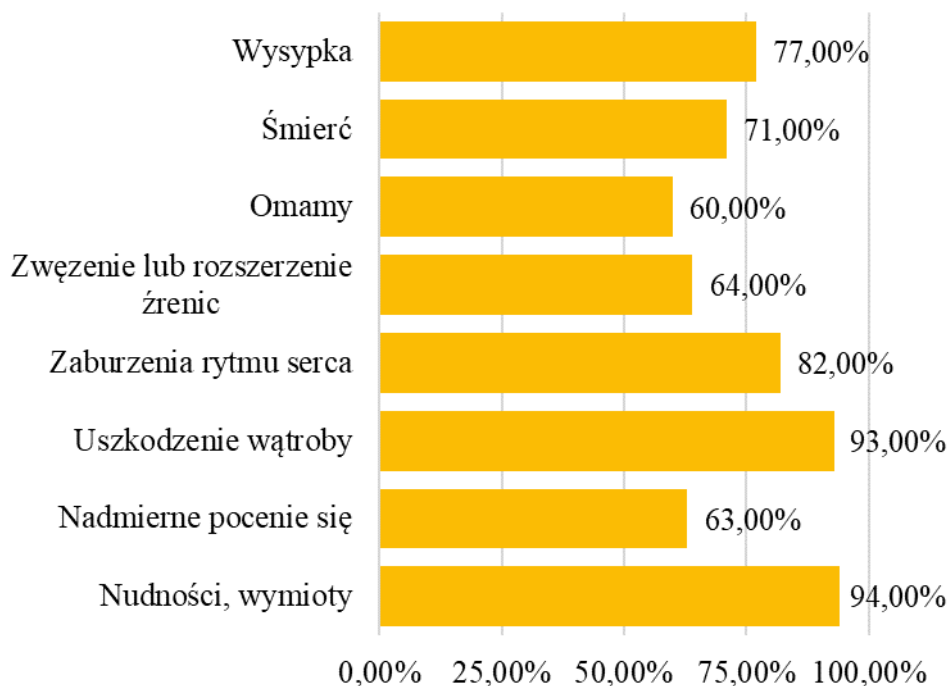
Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%.



Rycina 10. Rozkład badanych ze względu na zachowania , które należy przestrzegać przed zastosowaniem leków przeciwbólowych

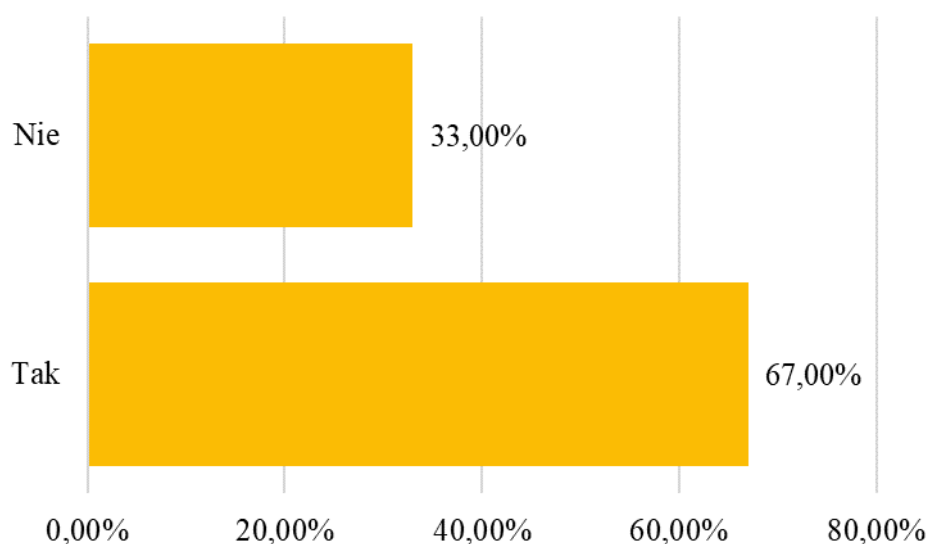
W gronie respondentów, aż 94,00% (N=94) osób zna skutki uboczne nadużywania przyjmowanych leków przeciwbólowych, takie jak nudności i wymioty. Również 63,00% (N=63) ankietowanych wskazało, że nadmierne pocenie się może być jednym z efektów ubocznych. Co więcej, 93,00% (N=93) respondentów zdaje sobie sprawę, że nadmierne przyjmowanie leków przeciwbólowych może prowadzić do uszkodzenia wątroby. Zaburzenia rytmu serca są znane 82,00% (N=82) badanych uczestników badania. 64,00% (N=64) respondentów zaznaczyło, że nadużywanie leków przeciwbólowych może prowadzić do zwężenia lub rozszerzenia źrenic. 60,00% (N=60) badanych osób zdaje sobie sprawę, że omamy mogą wystąpić w wyniku nadużywania tych leków. Co więcej, 71,00% (N=71) ankietowanych respondentów zdaje sobie sprawę, że nadużywanie leków przeciwbólowych może prowadzić do śmierci. Wysypka jako skutek uboczny nadużywania leków przeciwbólowych jest znana 77,00% (N=77) badanych osób – rycina 21.

Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi jest wyższa niż 100,00%.



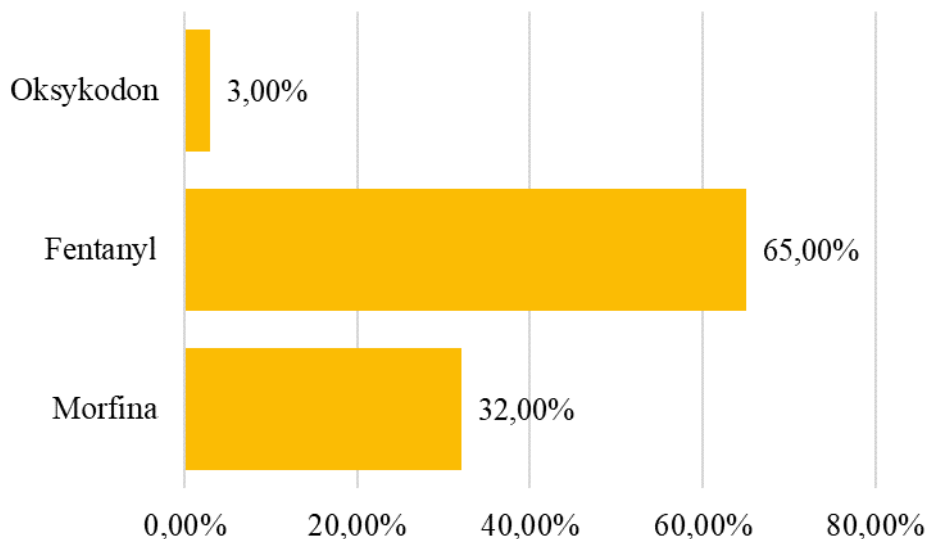
Rycina 11. Rozkład badanych ze względu na znajomość skutków ubocznych nadużywania leków przeciwbólowych

Z badanych respondentów, 67,00% (N=67) osób potwierdziło, że wie, na czym polega drabina analgetyczna. Natomiast 33,00% (N=33) ankietowanych odpowiedziało, że nie jest zaznajomionych z tym terminem – rycina 22.



Rycina 12. Rozkład badanych ze względu na znajomość pojęcia „drabina analgetyczna”

Jeśli chodzi o najmocniejszy lek przeciwbólowy według respondentów, 32,00% (N=32) wskazało na morfinę, 65,00% (N=65) na fentanyl, a tylko 3,00% (N=3) ankietowanych wybrało oksykodon – rycina 23.



Rycina 13. Rozkład badanych ze względu na zdanie dotyczące najmocniejszego leku przeciwbólowego.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Analizując zebrane wyniki wyliczono wartość współczynnika p oraz wykonano test χ^2 w celu ustalenia, czy badane zależności są istotne statystycznie. Za poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Współczynnik $p>0,05$ – brak istotności statystycznej.

Współczynnik $p<0,05$ – występuje istotność statystyczna.

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące posiadania większego zasobu środków przeciwbólowych w domu pokazuje, że 70,00% (N=14) kobiet przyznało, że tak, posiadają większy zasób, podczas gdy 30,00% (N=6) mężczyzn odpowiedziało twierdząco.

Wyniki testu statystycznego chi-kwadrat wynoszą 1.251, a p-wartość to 0.26336157, co oznacza, że nie ma istotnej statystycznie różnicy między odpowiedziami kobiet i mężczyzn dotyczącymi posiadania większego zasobu środków przeciwbólowych w domu – tabela 1.

Tabela 1. Posiadanie większego zasobu leków przeciwbólowych a płeć badań

Płeć	Czy posiada Pan(i) w domu większy zasób środków przeciwbólowych ?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Kobieta	14	70,00%	45	56,25%
Mężczyzna	6	30,00%	35	43,75%
p	0.26336157			
chi ²	1.251			

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące czytania ulotki przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego pokazuje, że 63,53% (N=54) kobiet odpowiedziało, że tak, czytają ulotkę, podczas gdy tylko 36,47% (N=31) mężczyzn przyznało się do tego.

Wyniki testu statystycznego chi-kwadrat wynoszą 4.806, a p-wartość to 0.0283608, co oznacza, że istnieje istotna statystycznie różnica między odpowiedziami kobiet i mężczyzn dotyczącymi czytania ulotki przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego. Podsumowując, kobiety częściej czytają ulotki dołączone do produktów leczniczych – tabela 2.

Tabela 2. Analiza ulotki dołączonej do produktu leczniczego a płeć badanych

Płeć	Czy przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego czyta Pan(i) ulotkę dołączoną do opakowania produktu leczniczego ?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Kobieta	54	63,53%	5	33,33%
Mężczyzna	31	36,47%	10	66,67%
p	0.0283608			
chi ²	4.806			

Wiek ma istotny wpływ na przyjmowanie leków przeciwbólowych na receptę. Grupa wiekowa od 22 do 65 lat ma największe zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe na receptę. W tej grupie wiekowej odsetek osób, które przyjmowały leki przeciwbólowe na receptę, jest znacząco wyższy niż w pozostałych grupach wiekowych.

Wyniki testu statystycznego chi-kwadrat wynoszą 10.039, a p-wartość to 0.03977583, co oznacza, że istnieje istotna statystycznie różnica między grupami wiekowymi w kontekście przyjmowania leków przeciwbólowych na receptę – tabela 3.

Tabela 3. Przyjmowanie leków przeciwbólowych na receptę a wiek badanych

Wiek	Czy przyjmował(a) Pan(i) kiedykolwiek leki przeciwbólne na receptę?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Poniżej 21 lat	0	0,00%	4	5,80%
22 - 35 lat	11	35,48%	20	28,99%
36 - 50 lat	8	25,81%	24	34,78%
51- 65 lat	11	35,48%	18	26,09%
Powyżej 65 lat	1	3,23%	3	4,35%
p	0.03977583			
chi ²	10.039			

Nie zaobserwowano zależności na poziomie istotnym statystycznie między wiekiem badanych a czytaniem ulotki dołączonej do opakowania produktów leczniczych. Wartość $p=0.21828836$, $p>0,05$. Dane ukazano w tabeli 4.

Tabela 4. Analiza ulotki dołączonej do produktu leczniczego a wiek badanych

Wiek	Czy przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego czyta Pan(i) ulotkę dołączoną do opakowania produktu leczniczego ?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Poniżej 21 lat	4	4,71%	0	0,00%
22 - 35 lat	23	27,06%	8	53,33%
36 - 50 lat	27	31,76%	5	33,33%
51- 65 lat	27	31,76%	2	13,33%
Powyżej 65 lat	4	4,71%	0	0,00%
p	0.21828836			
chi ²	5.754			

Nie zaobserwowano istotnej różnicy w analizie ulotki produktów leczniczych w zależności od posiadania wykształcenia medycznego. Współczynnik $p=0.09550778$, $p>0,05$ – tabela 5.

Tabela 5. Analiza ulotki dołączonej do produktu leczniczego a wykształcenie medyczne badanych

Czy posiada Pan(i) wykształcenie medyczne ?	Czy przed zażyciem po raz pierwszy środka przeciwbólowego czyta Pan(i) ulotkę dołączoną do opakowania produktu leczniczego ?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Tak	24	28,24%	3	20,00%
Nie	61	71,76%	12	80,00%
p	0.09550778			
chi ²	2.779			

Posiadanie wykształcenia medycznego ma istotny wpływ na zwracanie uwagi na skład leku przeciwbólowego ($p<0,05$). Osoby posiadające wykształcenie medyczne częściej zwracają uwagę na skład leku niż osoby bez takiego wykształcenia. Dane przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Analiza składu leku przeciwbólowego a wykształcenie medyczne badanych

Czy posiada Pan(i) wykształcenie medyczne ?	Czy kiedykolwiek zwraca Pan(i) uwagę na skład leku przeciwbólowego ?					
	Tak		Rzadko		Nie	
	N	%	N	%	N	%
Tak	25	36,23%	1	3,85%	1	20,00%
Nie	44	63,77%	25	96,15%	4	80,00%
p	0.00674806					
chi ²	9.997					

Kobiety częściej niż mężczyźni próbują odpocząć i przeczekać dolegliwości bólowe, zanim sięgną po leki przeciwbólowe. Odsetek kobiet, które stosują tę metodę, jest znacznie wyższy niż odsetek mężczyzn. Mężczyźni częściej niż kobiety sięgają od razu po leki

dostępne bez recepty w przypadku dolegliwości bólowych. Odsetek mężczyzn, którzy stosują tę metodę, jest wyższy niż odsetek kobiet. Jednak nie zaobserwowano zależności na poziomie istotnym statystycznie ($p > 0,05$) – tabela 7.

Tabela 7. Stosowanie innych metod zwalczania bólu a płeć badanych

Czy w sytuacji wystąpienia dolegliwości bólowych przed przyjęciem leków przeciwbólowych stosuje Pan(i) inne metody zwalczania bólu ?	Płeć			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Próbuję odpocząć oraz przeczekać	36	61,02%	15	36,59%
Od razu sięgam po leki dostępne bez recepty	3	5,08%	4	9,76%
Podejmuję domowe sposoby m. in. chłodne okłady, relaksująca kąpiel, masowanie	12	20,34%	7	17,07%
Od razu sięgam po leki dostępne bez recepty	6	10,17%	12	29,27%
Idę do lekarza i stosuję się do jego zaleceń	2	3,39%	3	7,32%
p	0.05250973			
chi ²	9.369			

DYSKUSJA

Samoleczenie, szczególnie w kontekście łagodzenia bólu, jest powszechne w społeczeństwie. Leki przeciwbólne są jednymi z najczęściej stosowanych farmaceutyków na świecie i są dostępne w różnych formach, zarówno jako leki bez recepty, jak i silniejsze leki przeciwbólne dostępne na receptę [3]. W niniejszym badaniu skoncentrowano się na mieszkańcach województwa podlaskiego i zbadano różne aspekty ich wiedzy i praktyk związanych z lekami przeciwbólowymi. Wyniki badania wykazały istotne różnice w podejściu do leków przeciwbólowych w zależności od płci, wieku i poziomu wykształcenia respondentów. Te wyniki są zgodne z wcześniejszymi badaniami w tej dziedzinie, ale również ujawniają kilka unikalnych trendów i wzorców. W badaniach własnych najczęściej

stosowanym środkiem przeciwbólowym był paracetamol (78,00% uczestników), drugim lekiem najczęściej stosowanym w gronie badanych był ibuprofen (61,00% badanych).

Wykorzystanie skutecznych leków przeciwbólowych może znacznie poprawić jakość życia pacjentów z dolegliwościami bólowymi. Jednak ważne jest, aby leki te były stosowane odpowiednio, zgodnie z zaleceniami, aby uniknąć poważnych skutków ubocznych i problemów zdrowotnych. Dlatego istotne jest zrozumienie sposobu, w jaki pacjenci używają tych leków i jaką mają wiedzę na temat ich stosowania. Takie informacje są niezbędne do opracowania skutecznych strategii edukacyjnych i interwencyjnych [4]. W badaniach przeprowadzonych własnych zaobserwowano, że 29,00% badanych stosuje leki przeciwbólne sporadycznie, nie przestrzegając zalecanej dawki opisanej w ulotce dołączonej do opakowania produktu. Jednocześnie 69,00% respondentów deklarowało regularne przestrzeganie dawki środków przeciwbólowych.

Drabina analgetyczna, znana również jako drabina leków przeciwbólowych, to strategia farmakologiczna polegająca na stopniowym zwiększaniu dawek leków przeciwbólowych w celu osiągnięcia optymalnej kontroli bólu. Jest to metoda wykorzystywana w zarządzaniu bólem przewlekłym, która opiera się na zasadzie synergistycznego działania różnych leków przeciwbólowych, takich jak opioidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i leki adiuwantowe [5]. W badaniach autorskich znajomość pojęcia „drabina analgetyczna” wykazało 67,00% ankietowanych.

Opioidy, takie jak morfina, są skuteczne w leczeniu umiarkowanego do silnego i bardzo silnego bólu o charakterze ostrym lub przewlekłym, który nie ustępuje po zastosowaniu leków z niższej klasy analgetycznej, takich jak analgetyki nieopiodowe, które są pierwszym stopniem drabiny analgetycznej WHO. Istotne jest podkreślenie, że dawka morfiny nie wpływa na czas przeżycia pacjentów [6]. Jednak w badaniach własnych zaobserwowano, że według respondentów najmocniejsze działanie przeciwbólne ma fentanyl (65,00%), o morfinie wspomniało 32,00% grupy.

Według badań Pisaniuk i współpracowników przeprowadzonych w 2019 roku ponad połowa respondentów zapoznawała się z ulotką informacyjną przed przyjęciem leku [7]. Badania autorskie wykazały, że ulotki dołączone do opakowań czytało 85,00% badanych, co więcej to kobiety są bardziej skłonne do czytania informacji w nich zawartych. Ulotki dołączone do opakowania są najczęstszym źródłem informacji o zażywającym leku dla Polaków - tak wynika z badań CBOS z 2015 roku, w których 88% respondentów

zadeklarowało, że korzysta z ww. ulotek. Dodatkowo, w badaniach autorskich nie zaobserwowano istotnej różnicy między częstotliwością czytania ulotek przez osoby z wykształceniem medycznym w porównaniu z pozostałymi ankietowanymi.

Według badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2015 roku w Polsce, 89,00% mieszkańców korzystało z leków dostępnych bez recepty (OTC) oraz suplementów diety. Najpopularniejszymi lekami OTC są preparaty przeciwbólowe i przeciwzapalne, których używało 68,00% badanych. Ponadto podobną popularność zdobyły środki łagodzące objawy przeziębienia i grypy (68,00%), preparaty witaminowe, mineralne i wzmacniające odporność (52,00%), oraz leki łagodzące dolegliwości układu pokarmowego (27,00%) [8].

Z kolei według badań CBOS z 2016 roku, Polacy wykazują tendencję do samoleczenia. W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub pojawienia się pierwszych objawów choroby blisko co trzeci respondent sięgał po wypróbowane domowe metody leczenia, podczas gdy co czwarty nie skorzystał z porady lekarza, ale zażywał leki dostępne bez recepty [9]. W badaniach autorskich 51,00% badanych w przypadku wystąpienia dolegliwości bólowych odpoczywa lub próbuje przeczekać ból przed zażyciem leków przeciwbólowych. O stosowaniu domowych metod takich jak chłodne okłady, masaż i kąpiel relaksująca wspomniało 19,00% badanych. Ocena odczuć bólowych jest subiektywną oceną. W badaniach własnych dowiedziono, że mężczyźni częściej sięgają po leki przeciwbólowe, które są dostępne bez recepty.

Analizując różnice między grupami wiekowymi dotyczące stosowania leków przeciwbólowych na receptę, można zauważyć, że wynikają one z różnic w doświadczeniu zdrowotnym między młodszymi i starszymi osobami. W badaniach własnych stwierdzono, że osoby starsze częściej sięgają po leki na receptę niż osoby młodsze. Zgodność z tym wynikiem potwierdzono w badaniach Kołtunowicza i Serzysko, w których udział wzięło 270 osób. W tych badaniach zauważalną większość zarówno pracowników służby zdrowia (67,1%), jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego (67,5%) nabywało leki sprzedawane bez konieczności posiadania recepty [10].

Badania autorskie ukazują, że bóle głowy są najczęstszym powodem stosowania leków przeciwbólowych. Jest to zgodne z powszechnością tego rodzaju bólów i ich wpływem na codzienne funkcjonowanie. Ponadto, bóle menstruacyjne i dolegliwości związane z zębami również stanowią istotne przyczyny sięgnięcia po leki przeciwbólowe. Również Krzos i wsp.

w swoich badaniach przeprowadzonych na grupie studentów potwierdził, że najczęstszy powód zażywania leków przeciwbólowych to ból głowy [11].

Istnieje potrzeba dalszego badania i edukacji w zakresie stosowania leków przeciwbólowych. Ważne jest, aby świadomość i wiedza na temat właściwego stosowania leków przeciwbólowych były szeroko rozpowszechniane, aby zapewnić bezpieczne i skuteczne korzystanie z tych farmaceutyków. Dodatkowo istotne jest uwzględnienie indywidualnych różnic i preferencji pacjentów w procesie zarządzania bólem, aby zapewnić optymalne rezultaty terapeutyczne

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zaobserwowano, że kobiety zdecydowanie częściej czytają ulotki dołączone do produktów leczniczych.
2. Wykazano istotną statystycznie różnicę między grupami wiekowymi w kontekście przyjmowania leków przeciwbólowych na receptę, osoby starsze częściej sięgają po leki przeciwbólne na receptę.
3. Osoby z wykształceniem medycznym zwracają większą uwagę na skład leków.
4. Kobiety częściej niż mężczyźni próbują przeczekać dolegliwości bólowe, zanim sięgną po leki przeciwbólne, co sugeruje różnice w podejściu do samoleczenia między płciami.
5. Nie stwierdzono zależności między wiekiem badanych a czytaniem ulotki dołączonej do opakowania produktów leczniczych.
6. Również nie stwierdzono istotnej różnicy w analizie ulotki produktów leczniczych w zależności od posiadania wykształcenia medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Szadujkis-Szadurski L., Szadujkis-Szadurska K.: Leki przeciwbólne. [w:] Farmakologia. Rajter-Cynke G. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014.
2. Krajnik M., Sobański P. Z.: Ból u chorego na nowotwór. [w:] Interna Szczeklika: mały podręcznik. Gajewski P. (red.). Kraków: Medycyna Praktyczna 2020/21: 1476-1484.
3. Szpringer M., Olędzka M., Kosecka J., Galińska E., Chmielewski J., Sobczyk B., Wawrzeńczyk M.: Źródła informacji o lekach OTC oraz opinia mieszkańców terenów

- wiejskich o wpływie tych leków na zdrowie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21(2): 158-162.
4. Szpringer, M., Olędzka, M., Kosecka, J., Galińska, E. M., Chmielewski, J., Wawrzeńczyk, M., Sobczyk, B., Wawrzeńczyk, M. (2015). Stosowanie leków dostępnych bez recepty i suplementów diety przez osoby dorosłe z województwa świętokrzyskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015, 21(2):163–167
 5. Leppert W.: Rola analgetyków opioidowych w leczeniu bólu neuropatycznego u chorych na nowotwory. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014;8(2):81-84.
 6. Graczyk M., Krajnik M.: Czy nasza wiedza na temat leczenia bólu i stosowania opioidów jest wystarczająca? *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014; 8, 1: 1–10.
 7. Pisaniuk P., Ozga D., Tarczoń A., Stokłosa P., Piękoś D., Fuglewicz M.: Ograniczenia w dostępie do leków bez recepty – utrudnienie czy szansa na leczenie ? *Ból* 2019; 20 (1): 11-16.
 8. Szczudlik A., Dobrogowski J., Wordliczek J., Stępień Adam., Krajnik M., Leppert W., Woron J., Przeklasa-Muszyńska A., Kocot- Kępska M., Zajączkowska R., Janecki M., Adamczyk A., Malec-Milewska M.: Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego- część pierwsza. *Ból* 2014; 15 (2): 8-18.
 9. Feliksiak M. Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. *Komunikat z Badań. Centrum Badania Opinii Społecznej*. 2016/158.
 10. Kołtunowicz D, Serzysko B. Ocena wiedzy stosowania leków OTC bez recepty wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego oraz personelu medycznego. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2018;3(2):60-89.
 11. Krzos A., Rząca M., Charzyńska-Gula M.: Przyjmowanie przez studentów leków bez konsultacji lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19 (4), 530-534.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTKI LECZONEJ CHIRURGICZNIE Z POWODU PRZEPUKLINY BRZUSZNEJ

Julia Kłopotowska¹, Barbara Jankowiak²

1- *Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Termin przepuklina pochodzi od greckiego słowa, które oznacza „wybrzuszenie”. Przepuklina to patologiczne przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w miejscu, gdzie jest obniżona oporność ściany jamy brzusznej. Przy przepuklinie brzusznej wymagana jest specjalistyczna terapia. Zmiany które zachodzą samoistnie się nie cofną, a wręcz przeciwnie z czasem coraz mocniej się rozwijają. Przepuklina może być nabyta lub wrodzona. Aby zminimalizować ryzyko jej powstania, nie można doprowadzić do wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej [1, 2].

Wśród przepuklin brzusznych można wymienić:

- przepuklina w kresie białej- kresa biała to bardzo silne pasmo łącznotkankowe, które jest położone w płaszczyźnie pośrodkowej pomiędzy mięśniami prostymi od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego. Jest to najczęstsze miejsce powstawania przepuklin przedniej ściany brzucha. Przepuklina kresy białej to ubytek z uwypukleniem. Przepuklinę tą możemy podzielić na pierwotną i wtórną. Przepuklina ta również występuje u noworodków i niemowląt.
- przepuklina pępkowa- jest to przepuklina pępka. W przepuklinie pępkowej nie towarzyszą jakiegolwiek objawy lub zaobserwowane dolegliwości są pomijane. Najczęstszym objawem jest guzek lub obrzęk w pępku, wokół pępka lub powyżej pępka.
- przepuklina udowa- do powstania przepukliny udowej dochodzi z powodu uwypuklenia tkanek i narządów, które znajdują się w jamie brzusznej przez kanał udowy. Kanał udowy to boczny przedział powięzi szerokiej, który jest położony

między pierścieniem udowym głębokim a roztworem żyły odpiszczelowej, wypełniony luźną tkanką.

- przepuklina pachwinowa- to wysunięcie treści brzusznej przez obszar osłabienia pachwiny. Bezpośrednia przepuklina pachwinowa przechodzi przez powięź poprzeczną w obrębie trójkąta Hesselbacha przyśrodkowo do naczyń nadbrzusza dolnego. Przepuklina pachwinowa pośrednia przechodzi przez pierścień pachwinowy wewnętrzny i jest położona bocznie od naczyń nadbrzusza dolnego. Aby rozpoznać przepuklinę pachwinową można przeprowadzić badanie fizykalne na podstawie właściwych objawów.
- przepuklina Spiegla- jest to rzadki rodzaj przepukliny, której wrota znajdują się w obrębie rozciągniętego mięśnia poprzecznego brzucha, inaczej nazywanego powięzią Spieghele'a.
- przepuklina w bliźnie pooperacyjnej- to najczęstsze powikłanie u chorych, którzy są poddawani operacjom w obrębie jamy brzusznej. Powstają w wyniku pojawienia się ubytku w obrębie blizny pooperacyjnej w głębokich warstwach powłok brzusznych, które zaszyto
- podczas zamykania jamy brzusznej przy operacji. Operację przepukliny w bliźnie pooperacyjnej z reguły wykonuje się metodami beznapięciowymi [2, 3, 4].

Objawy przepukliny brzusznej

Przepuklina brzuszna najczęściej w pierwszym stadium nie wydaje żadnych dolegliwości. Z czasem, gdy zmiany stają się bardziej zaawansowane pojawia się ból i dyskomfort, które znacznie nasilają się po kichaniu, parciu na stolec lub wysiłku fizycznym. Na początku przepuklina może być niewidoczna, natomiast po czasie pojawia się uwypuklenie, które jest elastyczne. Wprowadzenie zawartości przepukliny z powrotem do wnętrza jamy brzusznej jest możliwe. Pomimo odprowadzenia przepukliny, w każdej chwili możliwe jest ponowne uwidocznienie. Niebezpieczne jest zadzierzgnięcie uwięźniętej przepukliny to oznacza zaciśnięcie wrót przepukliny wokół jej zawartości na tyle mocno, że dochodzi do ucisku pętli jelitowych oraz niedrożności przewodu pokarmowego. Zaciśnięcie naczyń odżywiających pętle jelitowe powoduje ich martwicę. Objawy zadzierzgnięcia to nagły i ostry ból w okolicy przepukliny, ocieplenie, zaczerwienienie, obrzęk skóry nad przepukliną, nudności, wymioty, zatrzymanie gazów i moczu [20, 21].

Leczenie przepukliny brzusznej

Leczenie przepuklin jest operacyjne, nie ulegają one samoistnemu wyleczeniu. Standardowa operacja przepukliny brzusznej polega na oddzieleniu worka przepuklinowego od tkanek otaczających. Wprowadzenie uwypuklenia do jamy brzusznej i zamknięcie wrót. Następnym krokiem jest zszyciem rozciągnięta mięśni i więzadeł szwami, aby ukryć ubytek, który był punktem wyjścia przepukliny. Jeśli wrota będą nieprawidłowo zaopatrzone, jest możliwość nawrotu. Wiele operacji przepuklin wykonuje się metodą tradycyjną lub laparoskopową. Rodzaj metody jest zależny od rodzaju przepukliny. Pacjenci, którzy mogą nie być zakwalifikowani do zabiegu operacyjnego z przyczyn schorzeń współistniejących mogą mieć możliwość noszenia pasa przepuklinowego [2, 5, 6, 7].

Rola pielęgniarki w opiece okołoperacyjnej nad pacjentem z przepukliną brzuszną

Proces opieki nad pacjentem z przepukliną brzuszną obejmuje swoim zakresem czynności mających na celu zapewnienie pacjentowi komfortu i poprawy jakości życia. Przepukliny brzuszne są operowane ze wskazań pilnych, gdy objawy rozwijają się gwałtownie i stanowią zagrożenie życia lub w trybie planowym. Podczas pobytu chorego w szpitalu pielęgniarka sprawuje nad pacjentem bezpośrednią opiekę. Indywidualne podejście do pacjenta tworzy zaufanie i poczucie bezpieczeństwa chorych oraz ich rodzin. Najważniejszym elementem przygotowania pacjenta do operacji jest rozmowa, dzięki której wyjaśniane są wszystkie nurtujące go zagadnienia. Opieka pielęgniarska to nie tylko zabiegi pielęgnacyjne, manualne lub techniczne, to również międzyludzka komunikacja werbalna i niewerbalna. W dniu zabiegu rolą pielęgniarki jest zaobserwowanie czy nie wystąpiły niespodziewane przeciwwskazania do jego wykonania. Wszystkie obserwacje dokumentuje i informuje lekarza.

W okresie pooperacyjnym rolą pielęgniarki jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi oraz tworzenie wygody zdrowienia przez monitorowanie oraz obserwację pacjenta w celu zapobiegania możliwych powikłań. Najważniejsze elementy pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej to: kontrola ciśnienia tętniczego i tętna, świadomości pacjenta, oddechu, diurezy, temperatury, kolor powłok śluzowych. Obserwacja drenów, opatrunku oraz bólu odczuwanego przez chorego i podanie leków. Po operacji ważne jest przeciwdziałanie zakażeniu rany pooperacyjnej poprzez pomoc w utrzymaniu higieny osobistej. W okresie pooperacyjnym pielęgniarka zajmuje się też opieką psychiczną nad pacjentem. Realizuje to

poprzez wyjaśnienie pacjentowi celu wszystkich wykonywanych przy nim czynności, okazanie zrozumienia, wsparcia oraz zapewnienie mu spokoju. Następne dni po operacji to czas stopniowego powrotu pacjenta do wykonywanych przed zabiegiem zajęć i pracy. Najczęściej pacjenci po operacjach przepuklin pachwinowych, udowych i pępkowych są w stanie wrócić do zajęć życia codziennego w ciągu 3-7 dni. Dłuższy natomiast jest okres po zabiegach wykonywanych z powodu przepuklin w bliźnie pooperacyjnej. Ważnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja chorego na temat okresu po szpitalnego, przede wszystkim pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz powrót do aktywności fizycznej i zawodowej [5, 6].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych u pacjentki ze zdiagnozowaną przepukliną brzuszną.
2. Przygotowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Przygotowanie zaleceń terapeutycznych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto kobietę ze zdiagnozowaną, uwięźniętą przepukliną brzuszną. Pacjentka została przyjęta do II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badania przeprowadzono w terminie 01.12.2022 r.

W pracy została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Wykorzystano poniżej wymienione techniki badawcze:

- Wywiad pielęgniarski- jest to świadoma, ukierunkowana rozmowa z pacjentem, której celem jest uzyskanie niezbędnych informacji na temat stanu pacjenta oraz jego otoczenia.
- Analiza dokumentacji medycznej została wykonana na podstawie historii choroby oraz wyników badań laboratoryjnych.
- Obserwacja pacjenta- obserwowanie zmian w wyglądzie i zachowaniu pacjenta w celu rozpoznania niepokojących objawów, które mogą świadczyć o jednostce chorobowej.

- Wykonanie pomiarów parametrów życiowych- rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta za pomocą parametrów: ciśnienie, tętno, temperatura i saturacja.

WYNIKI

Opis przypadku

W grudniu 2022 roku do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku została przyjęta 56-letnia kobieta z rozpoznaniem uwięźniętej przepukliny brzusznej. Pacjentkę przyjęto w trybie pilnym, w celu wykonania zabiegu operacyjnego.

Kobieta mieszka sama i posiada dzieci, które czynnie biorą udział w pomocy pacjentce. Mieszka w mieszkaniu, jej warunki ekonomiczne i bytowe ocenia się na prawidłowe.

W momencie przyjęcia do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku pacjentka w stanie stabilnym z silnym bólem w nadbrzuszu. Przeprowadzone przy przyjęciu pomiary wskazywały, że masa ciała wynosi 73 kg, wzrost 163 cm, temperatura 38,4 °C, BMI 27.48, RR 162/ 95 mmHg, HR 84/min. Zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, założono wkłucie obwodowe typu Vigo. Zlecono wykonanie zabiegu operacyjnego przepukliny brzusznej.

Plan opieki pielęgniarstwiej

OKRES PRZEDOPERACYJNY

➤ **PROBLEM I Podwyższona temperatura ciała (38.4 °C) wynikająca z zaostrzenia procesu chorobowego.**

- ✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie temperatury ciała do prawidłowych wartości.
- ✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**
 - Monitorowanie temperatury ciała pacjentki;
 - Podanie leku przeciwgorączkowego na zlecenie lekarza;
 - Podanie pacjentce 1,5 l płynów doustnie;
 - Obserwacja stanu nawodnienia pacjentki, poprzez ocenę napięcia i elastyczności skóry, ilość wydalanego moczu, wilgotność błon śluzowych, sprężystość gałek ocznych, pomiar RR i HR
 - Zastosowanie zimnych okładów na okolice głowy, pachwinowe, pachowe i karku.

✓ OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Zmniejszenie temperatury ciała do 36,7 °C, która początkowo wynosiła 38,4°C. Pacjentce podane zostało 1,5 l płynów doustnie. Podano doustnie 500 mg paracetamolu, który był zlecony przez lekarza.

➤ PROBLEM II Nudności i wymioty spowodowane zaostrzeniem choroby.

✓ **CEL OPIEKI:** Wyeliminowanie nudności i wymiotów.

✓ INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE

- Obserwacja wymiocin (kolor, domieszki, czas i częstota ich występowania);
- Higiena jamy ustnej pacjentki;
- Wykonanie pomiaru oddechu, HR, RR oraz ocenę świadomości pacjentki;
- Ocena stopnia nawodnienia pacjentki;
- Podanie 1,5l płynów doustnie w małych ilościach;
- Podanie dożylnie 500 ml płynu wieloelektrolitowego na zlecenie lekarza.

✓ OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Ustąpienie nudności i wymiotów u pacjenta. Chorej zostało podane 1,5 l płynów doustnie oraz 500 ml płynu wieloelektrolitowego dożylnie na zlecenie lekarza.

➤ PROBLEM III Ból o silnym natężeniu w nadbrzuszu, który spowodowany jest zaawansowaniem choroby.

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

✓ INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE

- Ocena bólu przez zastosowanie skali VAS;
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych- oddech, tętno, ciśnienie tętnicze oraz temperatura;
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- Rozmowa oraz wsparcie psychiczne pacjentki.

✓ OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Złagodzenie bólu w nadbrzuszu. Podano pacjentce 500 mg paracetamolu dożylnie na zlecenie lekarza. Po podaniu leku pacjentka w skali VAS określiła swój ból na 1 punkt, który początkowo wynosił 6 punktów. Parametry życiowe po leczeniu farmakologicznym: ciśnienie tętnicze- 125/85 mmHg, tętno- 77/min, oddech- 13 na minutę, temperatura- 36,7 °C.

➤ **PROBLEM IV Ból głowy spowodowany podwyższonym ciśnieniem tętniczym (162/ 95 mmHg).**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie bólu głowy i obniżenie ciśnienia tętniczego.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki- oddech, tętno, ciśnienie tętnicze i temperatura;
- Regularna kontrola wyników ciśnienia tętniczego i wpisywanie ich do karty codziennego pomiaru;
- Zalecenie i zachęcenie pacjentki do unikania sytuacji stresowych i nerwowych;
- Podanie leków hipotensyjnych na zlecenie lekarza.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Złagodzenie bólu głowy i obniżenie ciśnienia tętniczego do 125/85 mmHg, które początkowo wynosiło 162/95 mmHg. Chorej podano 25 mg captoprylu doustnie.

➤ **PROBLEM V Lęk pacjentki wynikający z małej wiedzy na temat zabiegu operacyjnego przepukliny brzusznej.**

✓ **CEL OPIEKI :** Zmniejszenie lęku pacjentki.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Wyjaśnienie w jakim celu wykonana jest operacja;
- Rozmowa z pacjentką, której celem jest przekazanie informacji jak ma się zachować po zabiegu;
- Przekazanie chorej zmian jakie wynikną po zabiegu operacyjnym, takie jak rana pooperacyjna;
- Przedstawienie zaleceń i informacji na temat pielęgnacji rany pooperacyjnej:
 - codziennie myć całe ciało mydłem bezzapachowym, hipoalergicznym, łącznie z raną pooperacyjną,
 - korzystać z krótkich kąpieli pod prysznicem, zamiast kąpieli w wannie,
 - nie używać gąbek.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Pacjentka jest świadoma, w jakim celu ma być przeprowadzony zabieg oraz jak ma się zachować po zabiegu.

OKRES POOPERACYJNY

➤ **PROBLEM VI Złe samopoczucie spowodowane bólem rany pooperacyjnej.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Pomiar stopnia nasilenia bólu według skali VAS;
- Prowadzenie karty oceny bólu pooperacyjnego;
- Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej;
- Delikatna i sprawna zmiana opatrunków;
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Złagodzenie dolegliwości bólowych pacjentki. Chorej został podany 1g paracetamolu dożylnie. Po podaniu leku pacjentka w skali VAS określiła swój ból na 2 punkty, który początkowo wynosił 7 punktów.

➤ **PROBLEM VII Ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych z powodu założenia cewnika Foleya do pęcherza moczowego.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zniwelowanie ryzyka wystąpienia infekcji dróg moczowych.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Prawidłowa i codzienna higiena ujścia cewki moczowej;
- Obserwacja ilości i zabarwienia moczu, który odpływa do worka;
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki ;
- Prowadzenie bilansu płynów;
- Wymiana cewnika, jeśli widoczna jest potrzeba.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

U pacjentki nie pojawiło się zakażenie układu moczowego. Wykonano prawidłowo higienę ujścia cewki moczowej oraz stosowano zasady aseptyki i antyseptyki. Mocz barwy słomkowo- żółtej w ilości 1800 ml spłynął do worka. Nie zaszła potrzeba wymiany cewnika, został usunięty w II dobie po operacji.

➤ **PROBLEM VIII Ograniczenie aktywności fizycznej pacjentki z powodu osłabienia, bólu rany pooperacyjnej, obecności drenażu, podawania dożylnie płynów.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zapewnienie potrzeb biologicznych pacjenta.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Ocena zdolności pacjentki w zakresie samoopieki;

- Pomaganie pacjentce i zaspokajanie jej potrzeb biologicznych;
- Działanie pielęgnacyjne, które zapobiegają odparzeniom i odleżynom;
- Zachęcanie pacjentkę do zwiększania samodzielności.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Stan zdrowia pacjentki poprawił się. Chora miała zapewnioną pomoc, a potrzeby biologiczne zostały zaspokojone.

➤ **PROBLEM IX Pojawienie się wzdęć, spowodowane gromadzeniem się gazów w jelitach i braku perystaltyki po zabiegu operacyjnym**

✓ **CEL OPIEKI:** Likwidacja wzdęć i poprawa samopoczucia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Szybkie uruchamianie pacjentki polegająca na samodzielnym siadaniu, a następnym etapem jest wstawanie;
- Podawanie lekkostrawnej diety w II dobie pooperacyjnej drogą doustną;
- Masaż brzucha zgodnie ze wskazówkami zegara;
- Podanie leków rozkurczowych na zlecenie lekarza.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Zniwelowanie wzdęć i poprawa samopoczucia pacjentki. Pacjentce zostało podane doustnie 40mg no-spa.

➤ **PROBLEM X Możliwość rozejścia się brzegów rany po zabiegu operacyjnym.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie do minimum ryzyka rozejścia się brzegów rany.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Bandażowanie powłok brzusznych bandażem wielokończowym;
- Mobilizacja pacjenta do przyjmowania posiłków ze zbilansowanej diety.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

U pacjentki nie wystąpiło rozejście się brzegów rany. Pacjentka przyjmowała zbilansowaną dietę, powłoki brzuszne zabezpieczone przez bandaż wielokończowy.

➤ **PROBLEM XI Ryzyko zakażenia miejsca wkłucia żyły obwodowej.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie ryzyka zakażenia w miejscu wkłucia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE**

- Zmiana opatrunków w miejscu wkłucia;
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki;

- Sprawdzanie drożności dostępu żylnego roztworem soli fizjologicznej;
- Przy wystąpieniu zaczerwienienia, obrzęku lub niedrożności natychmiastowa wymiana kaniuli.

✓ OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

U chorej nie doszło do zakażenia miejsca wkłucia żyły obwodowej. Stosowane były zasady aseptyki i antyseptyki, zmiana opatrunków oraz sprawdzanie drożności dostępu żylnego.

WNIOSKI

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: obserwację pielęgniarską, wywiad i analizę dokumentacji medycznej rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjentki leczonej chirurgicznie z powodu przepukliny brzusznej.
2. Główne problemy biologiczne pacjentki w okresie zaostrzenia objawów to:
 - Podwyższona temperatura ciała.
 - Nudności i wymioty.
 - Ból o silnym natężeniu w nadbrzuszu.
3. Głównym problemem psychicznym u chorej był lęk, niepokój związany z małą wiedzą na temat zabiegu operacyjnego przepukliny brzusznej.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjentki i zaproponowano czynności zmierzające do rozwiązania rozpoznanych problemów.
3. Poddano ocenie podjęte działania.
4. Dzięki opracowanemu procesowi pielęgnowania pacjentka została objęta całościową, holistyczną opieką.
5. Pielęgnowanie pacjentki po zabiegu operacyjnym przepukliny brzusznej wymaga od pielęgniarki odpowiedniej wiedzy i umiejętności, także wnikliwej obserwacji i ścisłej współpracy z całym zespołem terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Janczak D.: Przepuklina. Chirurgia po Dyplomie 2017, 1: 1-2.
2. Noszczyk W.: Chirurgia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
3. Mitura K.: Nowe techniki w chirurgii przepuklin brzusznych – ewolucja małoinwazyjnych metod leczenia. Index Copernicus 2020, 92(4): 39-44.

4. Skalik M., Stańczyk M.: Naprawa przepukliny kresy białej. Chirurgia po Dyplomie 2018, 5: 1-3.
5. Borusiewicz A., Łodzińska J., Pawłowski M., Ponichtera P., Zabielska P.: Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. Zeszyty Naukowe. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu 2013, 49: 79-86.
6. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014.
7. Szczęsny W., Stankiewicz W.: Rzadkie przepukliny brzuszne u dorosłych - epidemiologia, etiologia, diagnostyka i współczesne metody leczenia. Fundacja Polski Przeglądu Chirurgicznego, Warszawa 2015.

POWIKŁANIA I PROFILAKTYKA W ZAKAŻENIACH WZW TYPU B

Joanna Kozłowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1- *Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*

2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

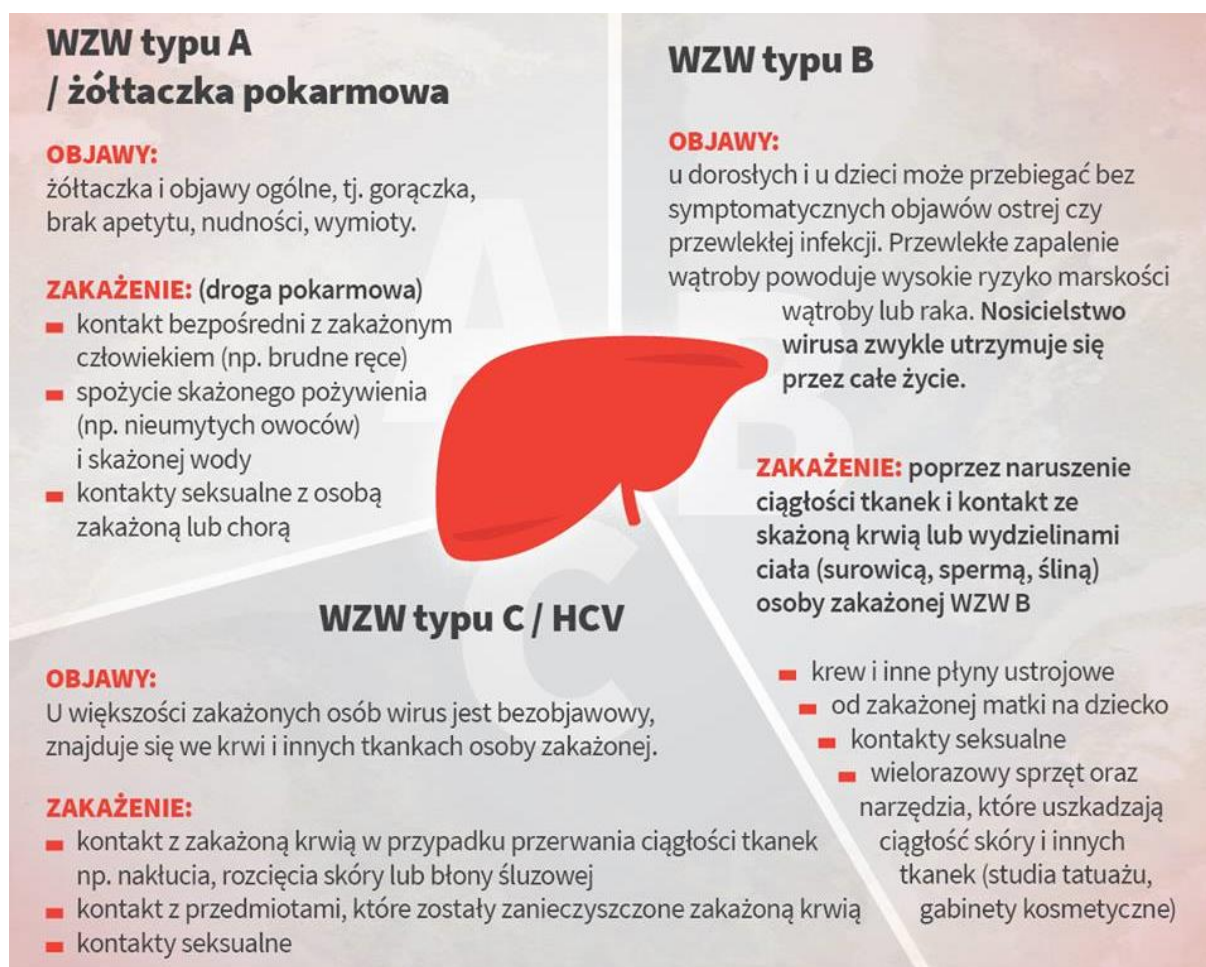
Od zarania dziejów choroby zakaźne przysparzają licznych problemów ludziom na całym świecie. Nie ma znaczenia, czy dotyczy to krajów uważanych za wysoko lub nisko rozwinięte. Zaobserwowano, że znaczny wzrost zachorowań wiązał się ściśle ze zmianami klimatycznymi lub migracjami towarzyszącymi konfliktom zbrojnym na świecie. Działo się tak z uwagi na tworzenie się skupisk ludności w krótkim czasie w jednym miejscu, dzięki czemu patogeny chorobotwórcze miały możliwość swobodnej transmisji wśród różnych populacji, które dotychczas raczej nie miały ze sobą styczności. W miarę upływu czasu społeczeństwo zaobserwowało rosnący problem, co skłoniło ludzi do podejmowania działań potencjalnie ograniczających ryzyko zachorowania. W pierwszej kolejności, po dostrzeżeniu zagrożenia jakim był lawinowy wzrost zachorowań coraz liczniejsze grono opuszczało potencjalnie skażone miejsca, które następnie zamykano. Potencjalnie miało to uchronić od zarazy. Realia pokazały jednak, że doprowadziło to do jeszcze większego szerzenia się chorób, co sprzyjało rosnącej liczbie zgonów na niemal całym świecie. Osoby zarażone podczas ucieczki przenosiły bowiem patogeny do miejsc, gdzie wcześniej nie panowały dane choroby. Sytuacja ta skłoniła do podejmowania dalszych kroków, potencjalnie ograniczających dalsze zachorowania. Jednym z nich było wprowadzenie szczepień ochronnych, co stanowiło krok milowy dla walki z chorobami. Dzięki tej metodzie profilaktyki sytuacja epidemiologiczna na świecie uległa znacznej poprawie, a z każdym kolejnym rokiem możliwe było zapobieganie nowym schorzeniom, co jest praktykowane do dnia dzisiejszego [1].

Postęp medycyny, nowe odkrycia oraz poznanie patomechanizmu licznych chorób nie doprowadził jednak do całkowitego wyeliminowania problemu zachorowań. Choroby zakaźne bowiem do dnia dzisiejszego stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Związane jest to bowiem z wieloma niewiadomymi, bowiem wciąż są patogeny, na które

nie znaleziono skutecznego sposobu leczenia. Jednym z nich są wirusy odpowiedzialne za wirusowe zapalenie wątroby (WZW) .

ROZWINIĘCIE

Na wystąpienie wirusowego zapalenia wątroby wpływ ma transmisja hepatotropowych patogenów, które dzielą się na wiele rodzajów. Wyróżniamy m.in. najbardziej znane i powszechne wirusy WZW typu A, B i C- rycina 1. Jednak poza nimi są też D, E oraz G.



Rycina 1. Główne postacie WZW [2]

Podział na grupy wynika z drogi transmisji patogenu, do których zaliczamy:

- drogę pokarmową (WZW A i E),
- poprzez uszkodzoną tkankę, krew lub drogę wertykalną lub transmisję płciową (WZW B, C, D, G).

Zakażenie wirusem odpowiedzialnym za stan zapalny wątroby w chwili obecnej jest uważane za problem globalny. Patogen ten prowadzi do śmierci coraz większej liczby

osób, a choroba wywołana przez wirusa ilością nowych przypadków ustępuje jedynie zakażeniu HIV prowadzącego do AIDS. Dane epidemiologiczne obrazuje rycina 2.



Rycina 2. Epidemiologia WZW [3]

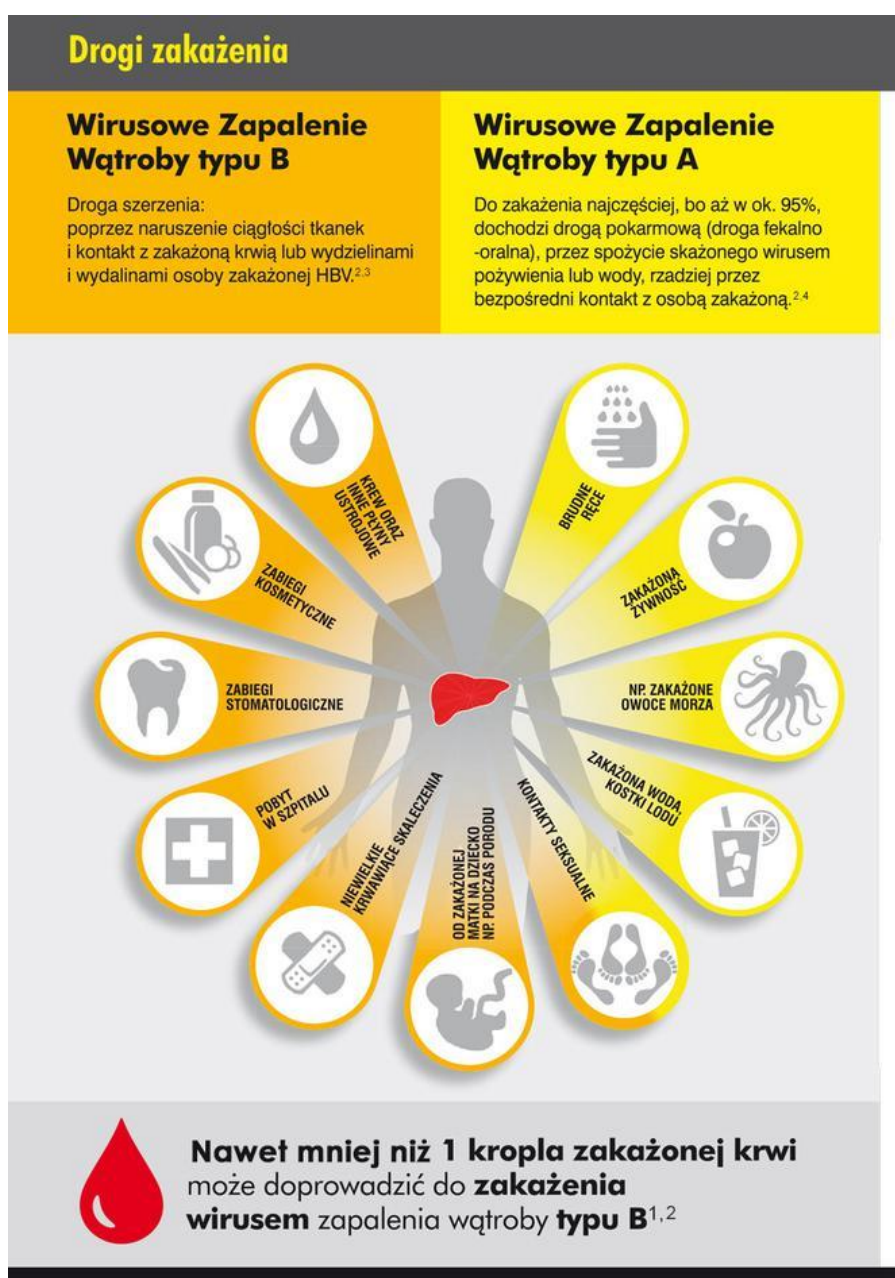
Niniejsze opracowanie miało na celu określenie wiedzy oraz postaw personelu pielęgniarskiego wobec transmisji patogenu odpowiedzialnego za rozwój wirusowego zapalenia wątroby. Wiedza taka umożliwi bowiem planowanie oraz podejmowanie działań, zmierzających do redukcji zachorowań, szczególnie w grupie medyków [4].

Etiologia i czynniki ryzyka wirusowego zapalenia wątroby typu B

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest związane z toczącym się procesem zapalnym. Za stan ten odpowiada wirus zapalenia wątroby typu B (HBV). Patogen ten charakteryzuje się obecnością lipoproteinowej otoczki oraz rdzenia białkowego, którego zadaniem jest ochrona dwuniciowego DNA. Jedna z nici charakteryzuje się nieco krótszą długością. Dzięki takiej budowie wirus ma możliwość wchodzić w interakcje z hepatocytami [5].

Wirusy odpowiedzialne za zapalenie wątroby prowadzą do uszkodzenia hepatocytów, które są wyjściowym celem ataku opisywanego patogenu, stąd miano wirusy hepatotropowe. Wpływając na uszkodzenie komórek wątroby mogą doprowadzić zarówno do ostrego

jak również przewlekłego procesu zapalnego, którego następstwem może być nowotwór w obrębie narządu. Cechą charakterystyczną wirusa HBV jest również duży odsetek zakażeń. Zarazek przenosi się niezwykle szybko z uwagi na niezwykle małe rozmiary. Wystarczy bowiem niespełna 0,0004 ml krwi do transmisji patogenu. Ponadto wirus wykazuje dużą odporność na zmieniające się warunki środowiskowe oraz stosowane środki chemiczne. Jedynym rezerwuarem wirusa jest człowiek, a do przeniesienia go dochodzi jedynie drogą pozajelitową, szczególnie za pośrednictwem krwi- w przeciwieństwie do wirusa odpowiedzialnego za WZW A. Drogi zakażenia obrazuje rycina 3 [5].



Rycina 3. Drogi zakażenia WZW typu B [6]

Jak już wcześniej wspomniano, wirus odpowiedzialny za rozwój WZW typu B należy do najczęściej przenoszonych przez krew zarazków, bowiem wystarczy mikroskopijna ilość krwi do transferu patogenu. Jak już wcześniej wspomniano zakażenie przenosi się na 3 główne sposoby:

1. Drogą pozajelitową- za pośrednictwem krwi i preparatów krwiopochodnych,
2. Drogą wertykalną oraz okołoporodową
3. Drogą kontaktów seksualnych [7].

Według danych przedstawionych przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) do zakażenia dochodzi w głównej mierze podczas niebezpiecznych kontaktów seksualnych z nosicielami HBV. Ten rodzaj transmisji stanowi około 30% wszystkich zakażeń patogenem. W szpitalu patogen przenosi się w około 17% przypadkach, co w większości stanowi przeniesienie wirusa na personel, podczas przypadkowych zakłuc. W około 10% przypadków wykrycia HBV do zakażenia patogenem doszło podczas zażywania substancji odurzających (używanie tej samej igły i strzykawki). Drogą wertykalną (z matki na dziecko) zaraża się około Pozostałe przypadki zakażenia to głównie wizyty u stomatologów, kosmetyczek, w salonach tatuażu jak też u osób zajmujących się pircingiem [8].

Wśród patogenów, którymi najczęściej zaraża się personel pracujący na oddziałach szpitalnych wciąż przeważa wirus HBV. Infekcja wywołana przez ten zarazek jest uznawana za jedną z chorób zawodowych, z uwagi na zwiększone ryzyko ekspozycji. Pod pojęciem tym kryje się przerwanie ciągłości naskórka za pomocą skażonego krwią chorego pacjenta ostrym narzędziem (igłą, skalpelem, wiertłem itp.). Ekspozycją zawodową są również sytuacje, kiedy dochodzi do kontaktu błon śluzowych lub skóry w miejscu uszkodzenia (zadrapania, skaleczenia, pęknięcia itp.) personelu medycznego z materiałem potencjalnie zakaźnym (krew, płyny ustrojowe, tkanki) pochodzącym od pacjenta u którego stwierdzono patogen chorobotwórczy [9].

Przewaga patogenu odpowiadającego za Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B wynika ze stosunkowo małej wrażliwości na środki fizyko-chemiczne oraz możliwość przetrwania na przedmiotach oraz powierzchniach użytkowych przez około tydzień. Ponadto wirus HBV przebywając w temperaturze pokojowej w ciągu tych 7 dni nie traci możliwości zakażenia, co wpływa na zwiększone ryzyko rozpowszechniania go. Zazwyczaj dzięki temu zarazek przedostaje się do organizmu poprzez uszkodzony naskórek. Ważne jest zatem, aby personel

odpowiadający za zachowanie czystości pomieszczeń oraz powierzchni użytkowych dokładał należytej staranności, aby zachować odpowiednio dostateczny stan sanitarny. Ponadto ważne jest, aby sam personel medyczny przestrzegał procedur oraz zasad aseptyki i antyseptyki. W razie przerwania ciągłości naskórka ważne jest, aby przed przystąpieniem do pracy odpowiednio zabezpieczyć narażony obszar, co potencjalnie wpłynie na zmniejszenie ryzyka zakażenia. Ponadto higiena rąk i blatów roboczych ma korzystny wpływ na przeniesienie patogenu na innych pacjentów. Kwestia ta jest ważna, z uwagi na transmisję patogenu tą drogą. Dlatego o nabywanie prawidłowych nawyków personelu pielęgniarstwa i lekarskiego należy dbać regularnie. Pomocne w tym zakresie jest przeprowadzanie okresowych szkoleń w tym zakresie [10].

Jednak nie tylko personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia może wpłynąć na ryzyko zakażenia nowych pacjentów. Wirus szerzy się również drogą wertykalną. Oznacza to transmisję patogenu z matki na dziecko. Może do tego dojść zarówno w ciąży jak też podczas porodu, dlatego istotny jest fakt przeprowadzania badań kontrolnych kobiet w ciąży celem wykluczenia obecności wirusa HBV, a w razie dodatniego wyniku zaplanowania porodu potencjalnie zmniejszającego ryzyko zakażenia dziecka. Szacuje się bowiem, że blisko 50% dzieci urodzonych przez matki, u których stwierdzono obecność patogenu, została zarażona wirusem w następujących sytuacjach:

- w trakcie porodu, na skutek pęknięcia łożyska,
- wewnątrzmacicznie, kiedy doszło do uszkodzenia bariery łożyskowej,
- w trakcie kontaktu dziecka z wydzielinami pochwy zakażonej matki,
- na skutek zaaspirowania do przewodu pokarmowego krwi w trakcie porodu [11].

Ponadto zaobserwowano, że nawet krótko po porodzie może dojść do przeniesienia wirusa z matki na dziecko. Może tak się stać na skutek oblania dziecka płynem owodniowym, w którym znajdowała się chociażby śladowa ilość zakażonej krwi. Jednak ryzyko zakażenia we wszystkich w/w sytuacjach jest tym wyższe, im wyższy jest poziom wirerii HBV.

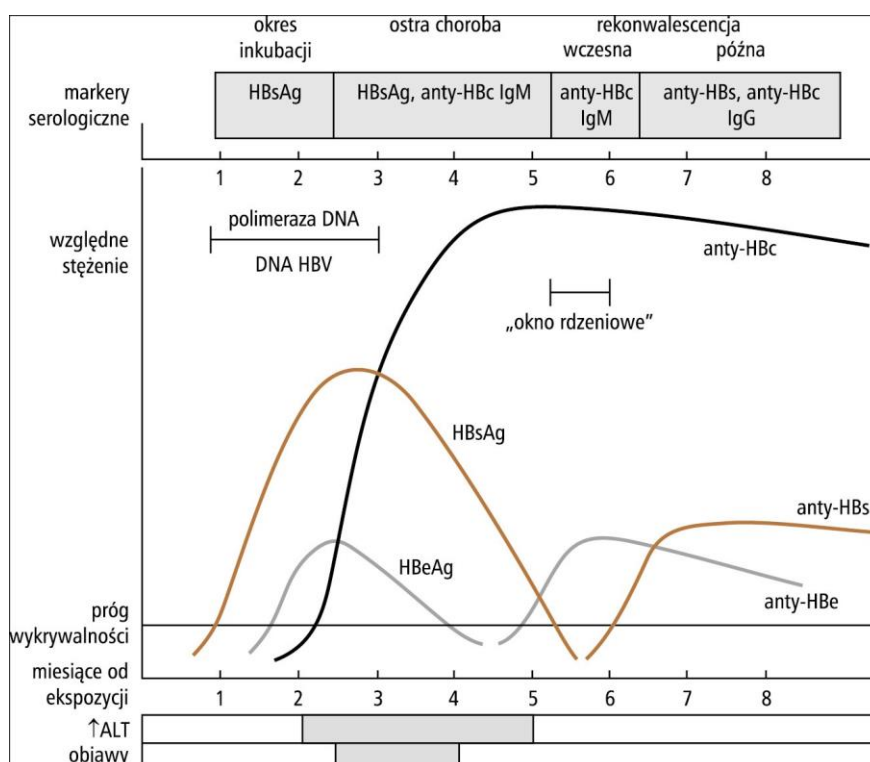
Warto również wspomnieć o obecności patogenu odpowiedzialnego za Wirusowe Zapalenie Wątroby w mleku kobiecym. Mimo licznych badań nie udowodniono jednoznacznie, że wirus przenosi się tą drogą, jednak sama potencjalna możliwość zakażenia sugeruje przejście na karmienie dziecka mlekiem modyfikowanym. Ma na to również wpływ możliwość uszkodzenia skóry piersi jak również pęknięcie naskórka wokół brodawki sutkowej, co stanowi ryzyko połknięcia przez dziecko zakażonej krwi.

Istota choroby

Problem związany z określeniem istoty choroby jaką jest Wirusowe Zapalenie Wątroby polega na przebiegu, który jest niezwykle zróżnicowany. Wpływ na to, jak w danym przypadku będzie wyglądał proces rozwoju schorzenia uwarunkowany jest takimi czynnikami, jak:

- sprawność mechanizmów odpornościowych pacjenta,
- stan zdrowia osoby zakażonej,
- wiremii wirusa.

Okres wylęgania patogenu jest długi i waha się między 60 a 90 dni. Jednak w niektórych przypadkach może być on znacznie krótszy (30-42 dni) lub dłuższy (nawet 180 dni)- rycina 4.



Rycina 4. Okres wylęgania i zakaźności WZW B [12]

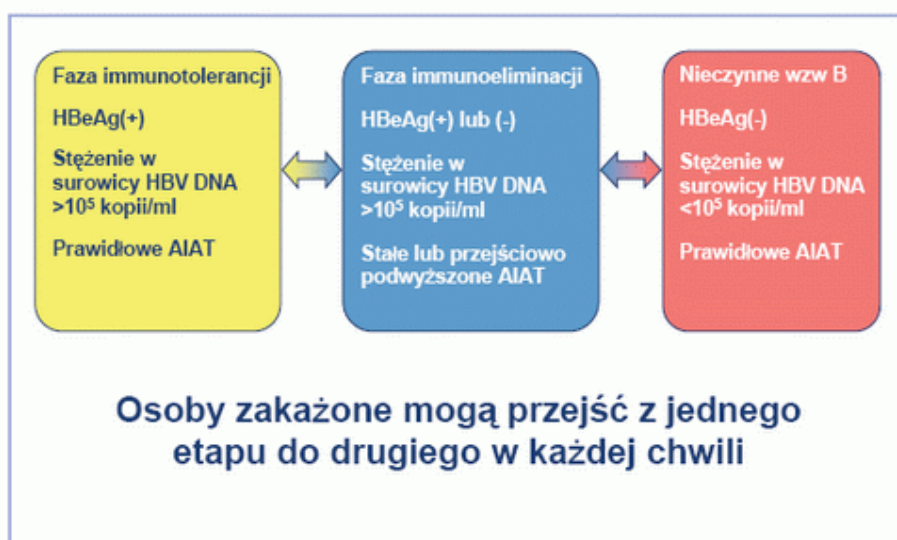
Po pierwszym etapie inkubacji, obejmującego czas od wnikięcia wirusa dochodzi do czasu, w którym pacjent odczuwa pierwsze symptomy zakażenia. Okres ten nazywany jest

prodromalnym. Początkowo chory obserwuje symptomy, które mogą być mylone z grypą, a mianowicie:

- ogólne osłabienie,
- podwyższona ciepłota ciała,
- bóle kostno-stawowe,
- bóle mięśni,
- zmniejszenie apetytu,
- nudności a niekiedy wymioty,
- zmiana barwy moczu na ciemny

W wielu przypadkach pojawia się ból i uczucie rozpierania w prawym podżebrzu, co może być bagatelizowane przez lekarzy i samego chorego. Jednak objaw ten powinien sugerować możliwość zakażenia. Jedynie w 1/3 przypadków zakażenia pojawia się zażółcenie powłok skórnych oraz białkówki oczu, co sprzyja postawieniu szybkiej i trafnej diagnozie. Jednak z uwagi na powolne narastanie symptomów zakażenia niewielu pacjentów udaje się trafnie zdiagnozować już w początkowym etapie zakażenia. Po manifestacji pierwszych objawów zwykle następuje znaczna poprawa stanu zdrowia pacjenta, co tylko sprawia uśpienie czujności, co skutkuje dalszym rozwojem choroby [13].

Brak działania i podjęcia leczenia prowadzi do możliwości rozwoju przewlekłej fazy choroby. Najbardziej narażone na to są noworodki zakażone w okresie okołoporodowym oraz dzieci do 5 lat. W tym okresie choroby dochodzi do zmian martwiczo-zapalnych w miększu wątroby, które są nieodwracalne. Niestety nawet w takim okresie choroby zdecydowana większość pacjentów nie odczuwa żadnych objawów [14].



Rycina 5. Fazy zakażenia HBV [15]

Można wyodrębnić trzy fazy zakażenia.

Faza pierwsza- immunotolerancji

Jak już wcześniej wspomniano, początkowy etap zakażenia jest zwykle skąpoobjawowy. Zdarzają się również przypadki, w których wcale nie zaobserwowano żadnych niepokojących objawów. Sytuacja ta sprzyja dalszemu rozwojowi schorzenia.

Obserwuje się znaczne zwiększenie poziomu DNA wirusa HBV. Następuje nasilenie procesu zapalnego, jednak nie dochodzi do zmian w miększu wątroby pod postacią zwłóknień lub martwicy. Okres ten jest znacznie wydłużony i zajmuje średnio od kilku do nawet kilkunastu lat, a terapia okazuje się zwykle nieskuteczna, więc nie podejmuje się żadnych działań.

Faza druga- immunologiczna eliminacja komórek wątroby (immunoeliminacji)

Na tym etapie zakażenia dochodzi do niszczenia hepatocytów. Wiremia wirusa w tym czasie zmniejsza się. Dochodzi do pojawienia się zmian martwiczych obejmujących cały narząd. Okres ten wymaga podjęcia działań terapeutycznych, gdyż dowiedziono, że jest on wówczas najbardziej skuteczny. Leczenie i zastosowanie odpowiednich preparatów prowadzi do kolejnego etapu, jakim jest wyciszenie (zakażenie utajone).

Faza trzecia- zakażenie utajone (nieczynne WZW B)

Etap ten wyróżnia się nieznaczną wiremią. Co jakiś czas obserwuje się, że namnażanie patogenu wzrasta, jednak tylko chwilowo. Jednak te okresowe zmiany prowadzą do dalszego uszkodzenia hepatocytów i włóknieniem wątroby [16].

Metody terapeutyczne wykorzystywane w przypadku chorych na WZW typu B

Priorytetem w leczeniu pacjentów, u których wykryto obecność wirusa odpowiadającego za rozwój WZW typu B jest całkowite zwalczenie choroby zakaźnej poprzez eradykację wirusa. Jednak nie zawsze możliwe jest osiągnięcie tego celu, dlatego w terapii dąży się do osłabienia lub nawet całkowitego zniesienia replikacji, co nosi miano supresji. Uzyskanie tego efektu umożliwia ograniczenie zakaźności jak również zredukowanie stanu zapalnego poprzez zahamowanie procesów prowadzących do martwicy tkanki wątrobowej. Aby powyższe mogło zostać osiągnięte ważne jest, aby pacjent, a tym samym jego organizm, przystosował się do zaproponowanego schematu leczenia [17].

Zadaniem wirusa HBV jest maksymalna ingerencja w DNA gospodarza, co umożliwia mu zapewnienie sobie odporności na czynniki zewnętrzne, a mianowicie stosowane leki. Ważne jest zatem, aby leczenie było odpowiednio doprane do pacjenta. Z uwagi na tą niedogodność, badania nad skutecznością terapii mającej na celu wyleczenie pacjenta są niezwykle skomplikowane.

Leczenie chorych zakażonych wirusem zapalenia wątroby jako priorytet ma maksymalne wydłużenie życia pacjentów, jak również dążenie do poprawy jakości życia z chorobą. W leczeniu przewlekłego zapalenia wątroby stosuje się poniższe grupy leków, które różnią się pod względem mechanizmów działania:

- interferony- działają antyretrowirusowo, cechują się efektywnymi i trwałymi skutkami,
 - pegylowany,
 - niepegylowany,
 - naturalny
- analogi nukleotydowe- mają za zadanie zapewnienie bezpośredniego hamowania replikacji wirusa
 - entekawir,

- lamiwudyna,
- telbiwudyna
- analogi nukleozydowe- mają za zadanie zapewnienie bezpośredniego hamowania replikacji wirusa
 - adefowir,
 - dizoproksyl tenofowiru
 - alafenamid tenofowiru.

Niestety jak w większości przypadków, stosowane terapie niejednokrotnie obarczone są ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, wśród których najczęściej występują:

- pogorszenie samopoczucia,
- uczucie bezsilności, rozbicia,
- nudności,
- bóle i zawroty głowy,
- wymioty i biegunki [18].

Przypadki przebiegające z ostrym zapaleniem wątroby celem terapii jest zazwyczaj zapewnienie prawidłowego odżywienia i nawodnienia organizmu. Niezmiernie ważna jest regularna, co tygodniowa, ocena stanu klinicznego pacjentów. Po niespełna półrocznej obserwacji przeprowadza się ponowną ocenę serologiczną, której celem jest wykluczenie bądź potwierdzenie przewlekłego WZW typu B. Leczenie przeciwwirusowe jest skierowane głównie do pacjentów, którzy obciążeni są ciężką postacią choroby, w przypadku której doszło do powikłań. W przypadku przewlekłego zakażenia monitorowaniu poddaje się proces terapeutyczny. Należy regularnie oceniać skuteczność leczenia oraz oceniać stopień nasilenia działań niepożądanych. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie diagnostyki laboratoryjnej oraz ocen histopatologicznej fragmentu wątroby. Dodatkowo do diagnostyki wykorzystuje się badanie ultrasonograficzne oraz w razie potrzeby tomografię komputerową [19].

Powikłania

WZW typu B w większości przypadków nie manifestuje się wystąpieniem żadnych dolegliwości, chociaż niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, w której objawy są niezwykle subtelne. Mimo to, że symptomy zakażenia są często niejednoznaczne, to powikłania zachorowania są niezwykle poważne. Wiele z nich stanowi stan zagrożenia życia.

Można wśród nich zaobserwować takie następstwa choroby, które wynikają z ostrej fazy zakażenia (np. ostra niewydolność wątroby), jak również te towarzyszące fazie przewlekłej (zapalenie wątroby przebiegające bardzo szybko) [20].

O ostrej niewydolności wątroby mówimy, kiedy dochodzi do nagłego, znacznego osłabienia czynności wątroby, jednak zmiany jakie w niej zaszły są potencjalnie odwracalne. Jednak z upływem czasu, kiedy proces degradacji komórek wątroby postępuje (po około 8 tygodniach) może dojść do encefalopatii wątrobowej. Dalszy proces chorobowy wiąże się również z osocзовymi zaburzeniami krzepnięcia krwi, co w konsekwencji może być przyczyną takich stanów jak krwawienia z przewodu pokarmowego, obrzęk mózgu czy też zespołu DIC (zespołem rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego [21].

W przypadku 1 na 3 zakażone osoby marskość wątroby nie daje żadnych niepokojących objawów. Do stwierdzenia procesu zapalnego oraz obecności wirusa dochodzi zazwyczaj w całkowicie przypadkowy sposób, przy okazji wykonywania rutynowych badań. Marskość wątroby zaś, zgodnie z danymi statystycznymi, jest stwierdzana w przypadku około 3% chorych w trakcie roku.

Pięcioletnia przeżywalność chorych będących nosicielami WZW typu B, który był bezpośrednią przyczyną marskości wyrównanej wynosi średnio 84%, zaś w odniesieniu do chorych, u których stwierdzono niewyrównaną marskość wątroby od 14 do 28% [22].

Profilaktyka

Profilaktyka zakażeń wpływa istotnie na liczbę nowych przypadków zakażenia jak również dalszego rozprzestrzeniania się patogenów chorobotwórczych. Ma to znaczenie w przypadku zdrowia ludzi na całym świecie. Czynna profilaktyka polega przede wszystkim na stosowaniu szczepień ochronnych.

Czynna profilaktyka pod postacią szczepień ochronnych w Polsce ma swój początek w 1988 roku. Rozpoczęły się wówczas masowe szczepienia populacji kraju, co w 1994 roku doprowadziło do powszechnych szczepień noworodków i niemowląt w szpitalach. Takie działania istotnie wpłynęły na ilość nowych zachorowań i w dość istotny sposób doprowadziło do poprawy stanu zdrowia Polaków [23].

W chwili obecnej szczepienie przeciwko WZW typu B jest szczepieniem obowiązkowym. Szczepionka jest wręczana pacjentom nieodpłatnie, a w szczególności:

- noworodkom,
- niemowlętom,
- młodzieży do 19 lat,
- medykom,
- studentom szkół medycznych,
- osobom szczególnie narażonym na kontakt z nosicielami WZW typu B,
- nosicielom HCV .

Szczepienie jest zalecane osobom, które borykają się z chorobami przewlekłymi (choroby nerek, układu krążenia, cukrzyca) jak też nosicielom HIV i osobom podejmującym ryzykowne kontakty seksualne [24].

Do zakażenia z matki na dziecko może dojść średnio w 5% przypadków ciężarnych będących nosicielkami HBV. Uniknięcie transmisji patogenu z matki na dziecko jest możliwe, dzięki zastosowaniu odpowiednich działań profilaktycznych, a mianowicie kontrolnej oceny parametrów biochemicznych krwi oraz stężenia HBV DNA.

Jeżeli stwierdzi się zbyt wysoką wiramię należy niezwłocznie podać ciężarnej analogi celem ograniczenia namnażania wirusa.

Dodatkowo należy pamiętać, iż ciąża pacjentki obciążanej Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B powinna zostać rozwiązana za pomocą cięcia cesarskiego, a noworodki powinny otrzymać tuż po urodzeniu immunoglobuliny anty – HBV.

Poza szczepieniami ochronnymi działania prewencyjne polegają również na podejmowaniu działań, dążących do wdrażania standardów postępowania, szczególnie w placówkach medycznych, jak również tam, gdzie zagrożenie transmisji patogenu jest szczególnie wysokie (salony kosmetyczne, tatuażu itp.) [25].

Szaleni istotne jest podejmowanie takich czynności jak:

- prowadzenie programów edukacyjnych pracowników sektoru ochrony zdrowia, jak również osób nie związanych z medycyną, ale narażonych w szczególny sposób na ryzyko zakażenia (np. policjanci, strażnicy więzienni),
- utrzymywanie reżimu sanitarnego,
- opracowywanie i wdrażanie procedur zasad aseptyki i antyseptyki,

- sterylizacja narzędzi mających kontakt ze skórą pacjentów/ klientów oraz regularna ocena skuteczności sterylizacji,
- w miarę możliwości korzystanie z jednorazowych narzędzi i utylizacja ich [25].

ZAKOŃCZENIE

Wszelkie te czynności mają niebagatelny wpływ na zdrowie populacji. Mimo tego, że z roku na rok sytuacja epidemiologiczna związana z zakażeniem HBV się poprawia, to należy mieć na uwadze, że wciąż zbyt wiele osób każdego dnia dowiaduje się o zakażeniu patogenem.

PIŚMIENNICTWO

1. Magdzik W.: Występowanie, szerzenie się i zwalczanie chorób zakaźnych. [w:] Choroby zakaźne i pasożytnicze. Red. Cianciara J, Juszczyk J. Wyd. Czelej, Lublin 2012; 1: 3 – 12
2. Dostęp internetowy: https://www.facebook.com/GISgovpl/photos/28-lipca-obchodzony-by%C5%82-%C5%9Bwiatowy-dzie%C5%84-wirusowego-zapalenia-w%C4%85troby-wzywamy-do-d/2514004458649590/?paipv=0&eav=AfaRdEsF0g9xTbFb92C3IDU-SstcvbUtXIrRi6svrqHLIOowQZTWSKcCSjhlGBn0qmQ&_rdr, data dostpu: 07.12.2022
3. Dostęp internetowy: <https://onkolmed.pl/czy-wirusowe-zapalenie-watroby-typu-b-moze-byc-przyczyna-raka-watroby>, data dostępu: 08.12.2022
4. Genowska A., Fryc J., Ignaciuk B., Jamiołkowski J.: Trendy zapadalności na ostre i chroniczne zapalenie wątroby typu B według cech demograficznych w Polsce, 2005 – 2012. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95: 837 – 843
5. Serafińska S., Janocha – Litwin J.: Występowanie zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) wśród pracowników ochrony zdrowia – przegląd wybranych pozycji piśmiennictwa światowego. Hepatologia 2018; 18: 47 – 52
6. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/wzw/wirusowe-zapalenie-watroby-wzw-aa-RF7q-4TxH-tpsM.html>
7. Lin S., Zhang K., Junchao Z., Wang M., Bharat V., Zhu Y.: Long – term outcomes of patiwnnts with hepatitis B virus – related acute on chronic liver failure: an observational

- cohort study. *Liver International* 2019;12. dostęp internetowy: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/liv.14072>, data dostępu: 12.01.2023.
8. Czerniak J.: Przypadkowe zakażenia – nieprzypadkowa wiedza. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012; 65: 34 – 35
 9. Rybacki M., Piekarska A., Wiszniewska M., Walusiak – Skorupa J.: Work safety among Polish health care workers in respect of exposure to blood borne pathogens. *Medycyna Pracy* 2013;64: 1 – 10
 10. Kuchar E., Załęski A.: Profilaktyka poekspozycyjna chorób zakaźnych. *Medycyna Praktyczna Szczepienia* 2018; 2: 76 – 81
 11. Sobolewska - Pilarczyk M., Rajewski P., Rajewski P., Hinz – Brlew N.: Profilaktyka po ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny - HIV, HBV, HCV - w praktyce klinicznej. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2016; 10: 279 – 282
 12. Dostęp internetowy: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.7.1.2.2>, data dostępu: 12.01.2023
 13. Hartleb M., Habior A., Cichoż-Lach H., Wosiewicz P., Mach T., Milkiewicz P., Gutkiewicz K., Gabriel A., Górnicka B., Walewska-Zielecka B., Wiercińska-Drapało A., Socha P., Ferenc M., Grzymisławski M., Kukla M., Musialik J., Krawczyk M., Ciećko-Michalska I., Raszeja - Wyszomirska J., Prystupa A., Jarosławski J., Babiński T., Wasilewicz M.: Znaczenie biopsji wątroby w praktyce klinicznej - rekomendacje Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. *Gastroenterologia Kliniczna*, 2014; 6, 2: 60-63.
 14. Błazik E., Durlik M.: Mechanizmy włóknienia wątroby i metody ich oceny. *Medical Science Review Hepatology*, 2010; 10: 25-27
 15. Dostęp internetowy: http://www.hbv.pl/leczenie_wzwb.php, data dostępu: 12.01.2023
 16. Krawczyk M., Wasilewicz M. P., Hartleb M., Krzakowski M., Milkiewicz P., Habior A., Górnicka B., Cierpka L., Król R., Cichoż-Lach H., Raszeja-Wyszomirska J.: Rozpoznanie i leczenie raka wątrobowokomórkowego – rekomendacje Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. *Gastroenterologia Praktyczna*, 2016; 1: 37-54
 17. Reddy KR, Beavers KL, Hammond SP, et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on the prevention and treatment of hepatitis B virus reactivation during immunosuppressive drug therapy. *Gastroenterology* 2015;148:215– 19
 18. Castera L., Friedrich-Rust M., Loomba R.: Noninvasive assessment of liver disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology*, 2019; 156: 1264–1281

19. Flisiak R, Halota W, Jaroszewicz J, et al. Zalecenia leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B w roku 2018 Polskiej Grupy Ekspertów HBV. *Terapia* 2018;12:55–63
20. Xiao G., Zhu S., Xiao X. i wsp.: Comparison of laboratory tests, ultrasound, or magnetic resonance elastography to detect fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease: a meta-analysis. *Hepatology*, 2017; 66: 1486–1501
21. Yosry A., Soliman Z.A., Eletreby R. i wsp.: Oral midodrine is comparable to albumin infusion in cirrhotic patients with refractory ascites undergoing large-volume paracentesis: results of a pilot study. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2019; 31: 345–351
22. Loomba R, Liang TJ. Hepatitis B reactivation associated with immune suppressive and biological modifier therapies: Current concepts, management strategies, and future directions. *Gastroenterology* 2017;152(6):1297–1309
23. Huang H, Li X, Zhu J, et al. Entecavir vs lamivudine for prevention of hepatitis B virus reactivation among patients with untreated diffuse large B-cell lymphoma receiving R-CHOP chemotherapy: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 312(23): 2521–30.
24. Rymer W., Beniowski M., Mularska E.: Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV. [W:] Horban A., Podlasin R., Cholewińska G. i wsp. (red.): *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2014*. Warszawa – Wrocław, 2017: 38–44
25. Pawłowska M., Flisiak R., Gil L., Horban A., Hus I., Jaroszewicz J., Lech-Marańda E., Styczyński J.: Profilaktyka reaktywacji zakażeń HBV – rekomendacje grupy roboczej profilaktyki reaktywacji HBV. *Acta Haematologica Polonica*. 2019; 50(4): 192–198

WIEDZA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W BIAŁYMSTOKU NA TEMAT ZAKAŻENIA WZW TYPU B

Joanna Kozłowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1- *Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*

2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Na wystąpienie wirusowego zapalenia wątroby wpływ ma transmisja hepatotropowych patogenów, które dzielą się na wiele rodzajów. Wyróżniamy m.in. najbardziej znane i powszechne wirusy WZW typu A, B i C- rycina 1. Jednak poza nimi są też D, E oraz G. Zakażenie wirusem odpowiedzialnym za stan zapalny wątroby w chwili obecnej jest uważane za problem globalny. Patogen ten prowadzi do śmierci coraz większej liczby osób, a choroba wywołana przez wirusa ilością nowych przypadków ustępuje jedynie zakażeniu HIV prowadzącego do AIDS [1].

CEL PRACY

Zakażenie wirusem odpowiedzialnym za stan zapalny wątroby w chwili obecnej jest uważane za problem globalny. Patogen ten prowadzi do śmierci coraz większej liczby osób, a choroba wywołana przez wirusa ilością nowych przypadków ustępuje jedynie zakażeniu HIV prowadzącego do AIDS.

Celem niniejszego opracowania było poznanie wiedzy personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku na temat WZW typu B.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 20 pytań dotyczących zagadnień związanych z zakażeniem i transmisją wirusa HBV w środowisku szpitalnym.

Badanie zostało rozpoczęte po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB (Uchwała numer: APK.002.212.2022). Kwestionariusz został udostępniony za

pośrednictwem internetowego systemu do zbioru ankiet SURVIO. Sondaż był całkowicie anonimowy. Przystąpienie do badania było równoznaczne z wyrażeniem zgody na jego przeprowadzenie. Badani na każdym etapie ankiety mieli możliwość odstąpienia od udzielania odpowiedzi bez podawania przyczyny. Dane uzyskane na drodze udzielanych odpowiedzi zostały poddane analizie statystycznej. W następnej kolejności porównano je z dostępnymi publikacjami na ten sam temat. Pozwoliło to na ocenę poziomu wiedzy personelu białostockiego szpitala z reprezentantami zawodu pielęgniarki z innych placówek.

WYNIKI

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białymstoku. Do analizy statystycznej przystąpiło 98% kobiet oraz 2% mężczyzn.

Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie grupy wiekowej, do której należą. Mieli oni możliwość wyboru 4 wariantów odpowiedzi. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 36-45 lat (6,9%). Kolejne grupy pod względem liczności to 26-35 lat (15,8%), 18-25 lat (35,6%) oraz osoby powyżej 46 lat (41,6%).

12,9% respondentów zadeklarowało, że są mieszkańcami wsi. Pozostałe 87,1% to mieszkańcy miast.

Badanych poproszono o określenie, jak długo pracują na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarskiego. Ankietowani mieli do wyboru 4 warianty odpowiedzi. Mniej niż rok stanowisko to obejmowało 5% badanych. Od 1 do 5 lat 40,6%. Między 6 a 10 lat pracowało w zawodzie 9,9% respondentów, zaś powyżej 11 lat 44,6%.

W ten sposób podzielono badanych na 2 podstawowe grupy- osoby pracujące poniżej 11 lat oraz powyżej 11 lat w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego. Pozwoliło to na porównywanie wyników z uwagi na staż pracy badanego personelu

W następnej kolejności poproszono badanych o określenie, czy wiedzą czym jest ekspozycja zawodowa. 100% ankietowanych zadeklarowało, że zna pojęcie ekspozycji zawodowej. Na dowód prawdziwości badania mieli za zadanie określić, czym według nich jest to pojęcie. Ankietowani mieli do wyboru 4 warianty odpowiedzi.

- kontakt z pacjentem i jego rodziną
- kontakt z rzeczami osobistymi pacjenta

- kontakt z krwią lub innym potencjalnie infekcyjnym materiałem pacjenta będącego źródłem zakażenia
- czynności pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę wobec pacjenta

Wszyscy zgodnie zaznaczyli, że ekspozycją jest kontakt z krwią lub innym potencjalnie infekcyjnym materiałem pacjenta będącego źródłem zakażenia.

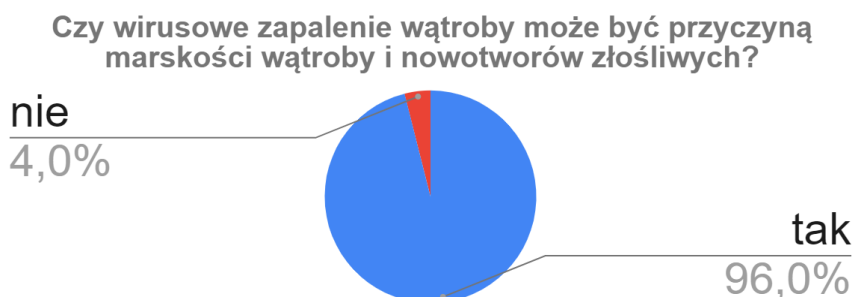
Badanych zapytano, kogo uważają za osobę eksponowaną. Zdaniem 95% osób biorących udział w sondażu są to osoby narażone na zakażenie w wyniku kontaktu z krwią lub innego potencjalnie infekcyjnego materiału. Według 5% respondentów to osoby zakażone patogenem- rycina 1.



Rycina 1. Wiedza dotycząca osoby eksponowanej

Badanych poproszono o określenie, czym według nich jest HIV, HCV oraz HBV. Ankietowani mieli do wyboru 3 warianty odpowiedzi, spośród których wybrali odpowiednio patogeny chorobotwórcze odpowiedzialne za zakażenie (65,3%), są to choroby wywoływane przez wirusy (31,7%), nie wiem (3%).

Ankietowani biorący udział w badaniu własnym zostali zapytani, czy w wyniku zakażenia WZW typu B może dojść do marskości wątroby, co w konsekwencji wiązać się może z procesem nowotworzenia. 96% respondentów wybrało odpowiedź twierdzącą. Pozostałe 4% badanych określiło, że ich zdaniem zakażenie nie wiąże się z dalszymi konsekwencjami- rycina 2.



Rycina 2. Znajomość związku zakażenia HBV a chorób wątroby

Badanych poproszono o określenie ile ich zdaniem wynosi okres wylęgania WZW typu B. Ankietowani mieli do wyboru 4 warianty odpowiedzi. Uzyskane dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wiedza dotycząca okresu wylęgania wirusa HBV

Ile wynosi okres wylęgania WZW typu B?		Staż pracy na stanowisku pielęgniarki				
		Staż pracy poniżej 11 lat			powyżej 11 lat	Suma całkowita
		1-5 lat	6-10 lat	mniej niż rok		
	<i>n</i>					
60-90 dni	45	28,89%	13,33%		57,78%	100,00%
nie wiem	11	45,45%	36,36%		18,18%	100,00%
od 2 tygodni do 2 miesięcy	30	60,00%		16,67%	23,33%	100,00%
od 7 do 14 dni	15	33,33%			66,67%	100,00%
Suma całkowita		40,59%	9,90%	4,95%	44,55%	100,00%

Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem stażu pracy wiedza dotycząca okresu wylęgania wirusa wzrasta. Poprawny wariant odpowiedzi (60-90 dni) został wybrany w głównej mierze przez osoby, które pracują w zawodzie pielęgniarki dłużej niż 11 lat (57,78%). Żadna z osób pracujących mniej niż rok w zawodzie nie uznała tej odpowiedzi za poprawną. Błędne warianty zostały w większości wybrane przez personel pracujący mniej niż 11 lat. Osoby, które pracują 5 lub mniej lat w zawodzie w większości uznały, że okres inkubacji patogenu wynosi od 2 tygodni do 2 miesięcy.

Ankietowanych poproszono o wskazanie, jakie są ich zdaniem drogi transmisji wirusa HBV. Personel pielęgniarski w zdecydowanej większości uznał, że do zakażenia może dojść

przez skaleczenie (np. za pomocą igły pochodzącej od pacjenta) lub kontakt ze skażoną krwią pacjenta. Pierwszy wariant odpowiedzi był w podobnym stopniu wybierany przez personel pracujący poniżej i powyżej 11 lat. Drugi wariant odpowiedzi chętniej był wybierany przez pielęgniarki pracujące mniej niż 11 lat. Jedynie 2 ankietowanych, którzy należeli do grupy personelu pracującego powyżej 11 lat w zawodzie, uznało, że patogen może wnikać przez błony śluzowe. Uzyskane dane obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Wiedza dotycząca ekspozycji na materiał potencjalnie zakażony HBV

<i>Jakie są możliwe drogi ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny i krew?</i>		<i>Staż pracy na stanowisku pielęgniarki</i>				
		Staż pracy poniżej 11 lat			powyżej 11 lat	Suma całkowita
	<i>n</i> <i>%</i>	1-5 lat	6-10 lat	mniej niż rok		
kontakt skażonej krwi pacjenta z otwartą raną u osoby narażonej	25	57,69%	7,69%	7,69%	26,92%	100,00%
skaleczenie zakażonym sprzętem medycznym (np. igły)	73	35,62%	10,96%	4,11%	49,32%	100,00%
przez błonę śluzową	2				100,00%	100,00%
Suma całkowita		40,59 %	9,90 %	4,95 %	44,55 %	100,00 %

Personel pielęgniarski Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku został zapytany o to, czy do zakażenia WZW typu B może dojść jedynie podczas kontaktu z krwią pacjenta w szpitalu. Odpowiedź przeczącą wybrało 60,4% badanych, pośród których 24,75% uznało niebezpieczne kontakty seksualne jako potencjalne ryzyko zakażenia, 20,79% uważa, że zarazić się można podczas wizyty u stomatologa, 8,91% uważa, że do zakażenia może dojść u kosmetyczki, zaś według 2,97% podczas porodu. Tyle samo osób uważa, że w trakcie rozmowy może dojść do zarażenia wirusem. 35,64% badanych uważa, że do zakażenia może dojść jedynie w trakcie kontaktu z krwią. Pośród tych osób 18,81% jest zdania, że zagrożenie stanowi wizyta u stomatologa, 7,92% że wizyta u kosmetyczki, a 3,96% że wykonywanie badań (np. endoskopii). Zdaniem 2,97% ryzyko stanowią niebezpieczne kontakty seksualne, zaś 1,98% jest zdania, że poród. 3,96% badanych nie zna odpowiedzi na to pytanie, z czego połowa (1,98%) wybrała odpowiedź dotyczącą

kontaktów seksualnych a druga połowa (1,98%) wizyt u stomatologa jako potencjalne zagrożenie transmisji patogenu- tab. 3.

Tabela 3. Drogi zakażenia HBV zdaniem respondentów

<i>Czy do zakażenia WZW typu B może dojść wyłącznie podczas kontaktu z zakażoną krwią pacjenta?</i>	<i>Jakie inne sytuacje stwarzają zagrożenie zakażenia WZW typu B?</i>	
nie	niebezpieczne kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami	24,75%
	podczas porodu	2,97%
	w trakcie rozmowy z osoba zarażoną, podczas kichania	2,97%
	wizyta u kosmetyczki	8,91%
	wizyta u stomatologa	20,79%
nie – łącznie		60,40%
nie wiem	niebezpieczne kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami	1,98%
	wizyta u stomatologa	1,98%
nie wiem – łącznie		3,96%
tak	niebezpieczne kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami	2,97%
	podczas badań (np. w trakcie endoskopii)	3,96%
	podczas porodu	1,98%
	wizyta u kosmetyczki	7,92%
	wizyta u stomatologa	18,81%
tak – łącznie		35,64%
Suma całkowita		100,00%

Zdecydowana większość ankietowanych (81,19%) uważa, że pierwsze objawy związane z zakażeniem WZW typu B nie są charakterystyczne i mogą przypominać objawy towarzyszące grypie. Zdaniem 11,88% badanych od razu dochodzi do powiększenia się wątroby, żółtaczki i innych charakterystycznych symptomów. 6,93% nie zna odpowiedzi na to pytanie- tabela 4.

Tabela 4. Wiedza dotycząca symptomów zakażenia HBV

		<i>Czy pierwsze symptomy zakażenia WZW typu B są charakterystyczne?</i>			
<i>Staż pracy na stanowisku pielęgniarki</i>		nie wiem	nie	tak	Suma całkowita
Poniżej 11 lat	1-5 lat		100,00%		100,00%
	6-10 lat	20,00%	80,00%		100,00%
	mniej niż rok		40,00%	60,00%	100,00%
Powyżej 11 lat		11,11%	68,89%	20,00%	100,00%
Suma całkowita		6,93%	81,19%	11,88%	100,00%

Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie metod diagnostycznych pomocnych przy diagnozowaniu wirusowego zapalenia wątroby typu B. Badani mieli możliwość wyboru kilku wariantów odpowiedzi. Zdaniem 78 osób w tym celu wykorzystuje się badania serologiczne. 44 respondentów jest zdania, że pomocne są badania biochemiczne. Według 37 badanych w diagnostyce wykorzystuje się oznaczenie DNA wirusa w surowicy jakościowo i ilościowo. 18 osób jest zdania, że pomocne okazują się badania specjalistyczne. pomocnicze (badanie krzepliwości, OB, morfologię, białko) i obrazowe oraz histopatologiczne (biopsja ultrasonografia, badane rentgenowskie) jako prawidłowy wariant odpowiedzi wybrało odpowiednio 14 i 12 osób- tabela 5.

Tabela 5. Metody diagnostyczne wykorzystywane w WZW typu B znane ankietowanym

<i>Wskaż metody diagnostyczne, które mają za zadanie wykryć zakażenie wirusem HBV? (możliwość wyboru kilku wariantów odpowiedzi)</i>	Suma
biochemiczne (ASPAT, ALAT, ALP, bilirubina, GGTP)	44
serologiczne (antygeny oraz przeciwciała; HBc, HBe, czy Hbs)	78
pomocnicze (badanie krzepliwości, OB, morfologię, białko)	14
oznaczenie DNA wirusa w surowicy jakościowo i ilościowo	37
obrazowe oraz histopatologiczne (biopsja ultrasonografia, badane rentgenowskie)	12
specjalistyczne np. w przypadku marskości wątroby	18

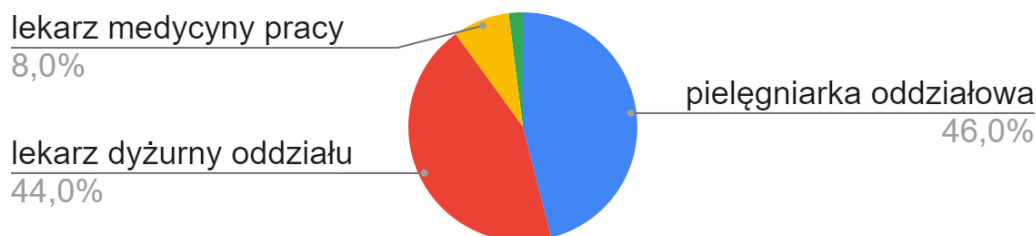
Podjęto również próbę oceny metod wykorzystywanych w celach profilaktycznych, potencjalnie chroniących przed zachorowaniem. Ankietowani mieli możliwość wybrania kilku wariantów odpowiedzi. Respondenci wybrali kolejno warianty odpowiedzi szczepienie ochronne (pracowników medycznych, pacjentów przed zabiegami lub operacjami)- 87 badanych, szczepienie ochronne przeciwko WZW typu B obejmujące wszystkie noworodki oraz dzieci w 2 i 7 miesiącu życia- 82 osoby, używanie środków ochrony osobistej przez personel medyczny (np. rękawice ochronne)- 72 badanych, używanie jednorazowego sprzętu medycznego- 70 osób, sterylizacja sprzętu wielokrotnego użytku- 59 badanych, badanie dawców krwi na obecność HBV- 52 badanych oraz rejestrację każdego nowego zachowania- 41 badanych (tabela 6).

Tabela 6. Metody profilaktyczne wykorzystywane w walce z WZW typu B znane ankietowanym

<i>Wskaż działania profilaktyczne w zakażeniach WZW typu B (możliwość wyboru kilku wariantów odpowiedzi)</i>	Suma
szczepienie ochronne (pracowników medycznych, pacjentów przed zabiegami lub operacjami)	87
szczepienie ochronne przeciwko WZW typu B obejmujące wszystkie noworodki oraz dzieci w 2 i 7 miesiącu życia	82
używanie środków ochrony osobistej przez personel medyczny (np. rękawice)	72
używanie jednorazowego sprzętu medycznego	70
sterylizacja sprzętu wielokrotnego użytku	59
rejestrację każdego nowego zachowania	41
badanie dawców krwi na obecność HBV	52

Respondenci zostali poproszeni o wskazanie kto ich zdaniem jest odpowiedzialny za wdrożenie procedury poekspozycyjnej w przypadku podejrzenia zakażenia personelu pielęgniarskiego. Według 46% badanych odpowiada za to pielęgniarka oddziałowa. Zdaniem 44% lekarz dyżurny oddziału, zaś 8% twierdzi, że to zadanie lekarza medycyny pracy- rycina 3

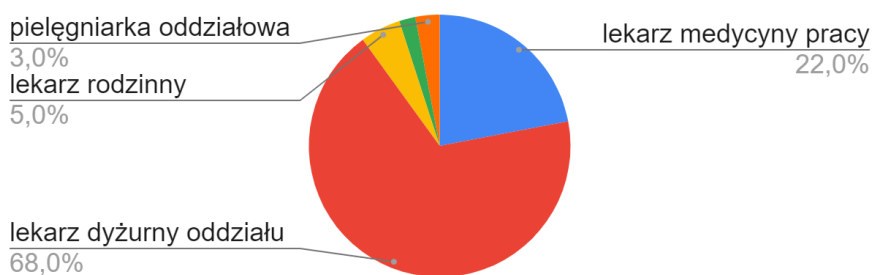
Kto jest odpowiedzialny za wdrożenie procedury poekspozycyjnej w przypadku podejrzenia zakażenia personelu pielęgniarskiego?



Rycina 3. Kto, zdaniem ankietowanych, jest odpowiedzialny za wdrożenie procedury poekspozycyjnej

Kolejnym krokiem było poznanie wiedzy ankietowanych dotyczącej osoby odpowiedzialnej za zlecenie badań po ekspozycji na patogen. 68% uważa, że powinien to zrobić lekarz dyżurny oddziału, 22% że to zadanie lekarza medycyny pracy, 5% że zlecenie wykonania badań należy do lekarza rodzinnego, zaś zdaniem 3% pielęgniarki oddziałowej-

Kto w trakcie postępowania poekspozycyjnego zleca badania?



rycina 4.

Rycina 4. Kto, zdaniem ankietowanych, zleca badania po ekspozycji na patogen

Zdaniem 76,24% badanych pierwsze badanie po ekspozycji na wirusa HBV należy wykonać już w dniu narażenia na patogen. Odpowiedź ta została wybrana przez większość respondentów, bez względu na ich staż pracy. Jedynie badani pracujący w zawodzie

pielęgniarki mniej niż rok uznali, że należy odczekać 24 godziny od incydentu, który potencjalnie mógł doprowadzić do transmisji wirusa. Według 13,86% wszystkich osób badanie wykonuje się po upływie 24 godzin. Zdaniem 5,94% ankietowanych należy odczekać 48 godzin, zaś 3,96% badanych nie zna odpowiedzi na to pytanie- tabela 7.

Tabela 7. Kto, zdaniem ankietowanych, zleca badania po ekspozycji na patogen

<i>Staż pracy na stanowisku pielęgniarki</i>		<i>Po jakim czasie należy wykonać testy z krwi, gdy doszło do ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny?</i>			
		nie wiem	po upływie	po upływie	Suma
			24 h	48 h	
Poniżej 11 lat	1-5 lat		12,20%		87,80%
	6-10 lat	20,00%			80,00%
	mniej niż rok		60,00%		40,00%
Powyżej 11 lat		4,44%	13,33%	13,33%	68,89%
Suma całkowita		3,96%	13,86%	5,94%	76,24%
					100,00%

Według zdecydowanej większości, bo aż 92,08%, badanie należy wykonać przedstawicielowi personelu który został narażony oraz pacjentowi od którego pochodził materiał zakaźny. Odpowiedź ta została wybrana przez badanych bez względu na staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza. 5,94% ankietowanych uważa, że krew pobiera się jedynie pacjentowi, a 1,98% twierdzi, że wystarczy próbówka pobrana jedynie przedstawicielowi personelu, który został narażony na wniknięcie patogenu- tabela 8.

Tabela 8. Osoby, którym należy wykonać badania po ekspozycji

<i>Staż pracy na stanowisku pielęgniarki</i>		<i>W przypadku ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny komu należy pobrać krew?</i>		
		pacjentowi	przedstawicielowi personelu	Suma
1-5 lat		4,88%		95,12%
Poniżej 6-10 lat				100,00%
11 lat				100,00%
mniej niż rok				100,00%

powyżej 11 lat	8,89%	4,44%	86,67%	100,00%
Suma całkowita	5,94%	1,98%	92,08%	100,00%

DYSKUSJA

Poziom wiedzy dotyczący zakażeń, które mogą być związane z wykonywaniem pracy pielęgniarki/pielęgniara na oddziałach szpitalnych jest istotnym elementem czynności wykonywanych przez personel. Ważne jest bowiem, aby znać zagrożenie oraz wiedzieć jak postępować szczególnie w sytuacji zwiększonego ryzyka zachorowania. Stąd szalenie istotne jest postępowanie mające na celu ocenę wiedzy, co w przyszłości może wpłynąć na profilaktykę zakażeń. Dodatkowo ważne jest stałe przypominanie co należy zrobić w momencie podejrzenia transmisji patogenu na pracownika szpitala. Bowiem znajomość tej procedury może potencjalnie wpłynąć na ograniczenie ryzyka powikłań związanych z zakażeniem, dzięki możliwości rozpoczęcia leczenia na wczesnym etapie.

W badaniu własnym poproszono personel pielęgniarski o zadeklarowanie, czy wiedzą czym jest ekspozycja zawodowa. 100% ankietowanych zadeklarowało, że zna pojęcie ekspozycji zawodowej. Na dowód prawdziwości badani mieli za zadanie określenie, czym według nich jest to pojęcie. Wszyscy zgodnie zaznaczyli, że ekspozycją jest kontakt z krwią lub innym potencjalnie infekcyjnym materiałem pacjenta będącego źródłem zakażenia. Jest to odpowiedź poprawna, gdyż materiałem zakaźnym może być nie tylko krew chorego ale również płyn mózgowo-rdzeniowy, owodniowy, osierdziowy, sperma, wydzielina z dróg rodnych. Do materiałów uważanych za niezakaźne zalicza się mocz, pot, łzy, ślina, wymiociny oraz kał [2]

Badania przeprowadzone przez Czapłę [3] potwierdzają dane uzyskane w białostockim badaniu. Tu również znacząca większość personelu знаła pojęcie ekspozycji zawodowej oraz ogólnych pojęć związanych z zakażeniami szpitalnymi. Ponadto pielęgniarki pozytywnie oceniały swój poziom wiedzy, co w późniejszym etapie tego badania zostało podważone.

Pytanie dotyczące znajomości pojęcia osoby ekspozowanej również nie sprawiło ankietowanym biorącym udziału w badaniu własnym problemu, gdyż 95% z nich

zadeklarowało, że pojęcie to dotyczy osób potencjalnie narażonych na zakażenie w wyniku kontaktu z krwią lub innego potencjalnie infekcyjnego materiału.

Ankietowani biorący udział w badaniu własnym zostali zapytani, czy w wyniku zakażenia WZW typu B może dojść do marskości wątroby, co w konsekwencji wiązać się może z procesem nowotworzenia. 96% respondentów słusznie wybrało odpowiedź twierdzącą. Pozostałe 4% badanych nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia, jakie niesie za sobą HBV. Badania przeprowadzone przez Zawidzką i współników [4] potwierdza wyniki uzyskane podczas badania własnego. W publikacji tej dowiedziono bowiem, że 83,5% przedstawicieli personelu pielęgniarskiego ma świadomość ryzyka procesu nowotworowego w konsekwencji WZW typu B.

Ankietowanych biorących udział w badaniu własnym zapytano, ile ich zdaniem trwa okres inkubacji wirusa HBV. Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem stażu pracy wiedza dotycząca okresu wylęgania wirusa wzrasta. Poprawny wariant odpowiedzi (60-90 dni) został wybrany w głównej mierze przez osoby, które pracują w zawodzie pielęgniarki dłużej niż 11 lat (57,78%). Żadna z osób pracujących mniej niż rok w zawodzie nie uznała tej odpowiedzi za poprawną. Błędne warianty zostały w większości wybrane przez personel pracujący mniej niż 11 lat. Osoby, które pracują 5 lub mniej lat w zawodzie w większości uznały, że okres inkubacji patogenu wynosi od 2 tygodni do 2 miesięcy. W publikacji Zawidzkiej i współników 71,8% respondentów poprawnie określiła okres wylęgania wirusa odpowiedzialnego za WZW typu B, uważając że wynosi on 60-90 dni.

Personel pielęgniarski Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku został zapytany o to, czy do zakażenia WZW typu B może dojść jedynie podczas kontaktu z krwią pacjenta w szpitalu. Odpowiedź przeczącą wybrało 60,4% badanych, spośród których 24,75% uznało niebezpieczne kontakty seksualne jako potencjalne ryzyko zakażenia, 20,79% uważa, że zarazić się można podczas wizyty u stomatologa, 8,91% uważa, że do zakażenia może dojść u kosmetyczki, zaś według 2,97% podczas porodu. Tyle samo osób uważa, że w trakcie rozmowy może dojść do zarażenia wirusem. 35,64% badanych uważa, że do zakażenia może dojść jedynie w trakcie kontaktu z krwią. Pośród tych osób 18,81% jest zdania, że zagrożenie stanowi wizyta u stomatologa, 7,92% że wizyta u kosmetyczki, a 3,96% że wykonywanie badań (np. endoskopii). Zdaniem 2,97% ryzyko stanowią niebezpieczne kontakty seksualne, zaś 1,98% jest zdania, że poród. 3,96% badanych nie zna odpowiedzi na to pytanie, z czego połowa (1,98%) wybrała odpowiedź dotyczącą kontaktów seksualnych a druga połowa (1,98%) wizyt u stomatologa jako potencjalne zagrożenie transmisji patogenu. Czapla w

swoim badaniu przeprowadzonym, w 2020 roku [3] dowiódł, że zdecydowana większość pielęgniarek (77%) wie, że do zakażenia może dojść w innych sytuacjach niż zakłucie skażonym narzędziem medycznym, a ryzyko stanowią również wizyty w salonie stomatologicznym, kosmetycznym czy też studiu tatuażu.

Podobne dane uzyskali w swoich badaniach Zawidzka i wspólnicy [4]. Ankietowani w przeważającej większości zdają sobie sprawę z zagrożenia wynikającego z kontaktu ze skażoną krwią pacjentów, gdyż 89,3% badanych zadeklarowało, że źródłem infekcji jest zainfekowany sprzęt medyczny (np. igły, skalpele, którymi zakłuje się pielęgniarka). Zdaniem respondentów biorących udział w powyższej ankiecie do zakażenia może dojść np. podczas wizyty u dentysty (74,8%), podczas badań endoskopowych (76,7%), podczas wizyty w salonie fryzjerskim (83,5%) oraz w trakcie kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia (74,8%). Niepokojącym jest fakt, że 34% badanych biorących udział w powyższym sondażu jest zdania, że zakażenie przenosi się drogą kropelkową.

Respondenci w badaniu własnym zostali poproszeni o wskazanie kto ich zdaniem jest odpowiedzialny za wdrożenie procedury poekspozycyjnej w przypadku podejrzenia zakażenia personelu pielęgniarskiego. Według 46% badanych odpowiada za to pielęgniarka oddziałowa. Zdaniem 44% lekarz dyżurny oddziału, zaś 8% twierdzi, że to zadanie lekarza medycyny pracy. Kolejnym krokiem było poznanie wiedzy ankietowanych dotyczącej osoby odpowiedzialnej za zlecenie badań po ekspozycji na patogen. 68% uważa, że powinien to zrobić lekarz dyżurny oddziału, 22% że to zadanie lekarza medycyny pracy, 5% że zlecenie wykonania badań należy do lekarza rodzinnego, zaś zdaniem 3% pielęgniarki oddziałowej. W badaniach przeprowadzonych przez Salasę i Goździalską [5] wszystkie ankietowane pielęgniarki w przypadku podejrzenia zakażenia się w pierwszej kolejności poinformowały by bezpośredniego przełożonego, a w następnej kolejności lekarza dyżurnego.

Zaś w badaniach Czapli [3] jedynie 57% badanych uznało, że w wyniku ekspozycji należy poinformować bezpośredniego przełożonego. Mimo, że w tym badaniu respondenci określali swój poziom wiedzy dotyczący WZW typu B jako bardzo dobry, to jedynie 33% uznało, że w ogóle zgłosiło by fakt ekspozycji zawodowej komukolwiek.

Zdaniem 76,24% ankietowanych biorących udział w badaniu własnym pierwsze badanie po ekspozycji na wirusa HBV należy wykonać już w dniu narażenia na patogen. Odpowiedź ta została wybrana przez większość respondentów, bez względu na ich staż pracy. Jedynie badani pracujący w zawodzie pielęgniarki mniej niż rok uznali, że należy odczekać

24 godziny od incydentu, który potencjalnie mógł doprowadzić do transmisji wirusa. Według 13,86% wszystkich osób badanie wykonuje się po upływie 24 godzin. Zdaniem 5,94% ankietowanych należy odczekać 48 godzin, zaś 3,96% badanych nie zna odpowiedzi na to pytanie. Według zdecydowanej większości, bo aż 92,08%, badanie należy wykonać przedstawicielowi personelu który został narażony oraz pacjentowi od którego pochodził materiał zakaźny. Odpowiedź ta została wybrana przez badanych bez względu na staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza. 5,94% ankietowanych uważa, że krew pobiera się jedynie pacjentowi, a 1,98% twierdzi, że wystarczy próbówka pobrana jedynie przedstawicielowi personelu, który został narażony na wniknięcie patogenu.

WNIOSKI

- Przeprowadzone badanie wśród personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku dowodzi, że mimo licznych szkoleń pracownicy ochrony zdrowia wciąż posiadają niedostateczną wiedzę na temat zagrożenia wynikającego z narażenia na kontakt i transmisję HBV.
- Pracownicy białostockiego szpitala, jak również ankietowani biorący udział w cytowanych publikacjach, nie znają zasad dotyczących postępowania poekspozycyjnego, jak również zasad aseptyki i antyseptyki potencjalnie chroniących ich samych oraz innych pacjentów.
- Ważne jest, aby dążyć do zwiększonego nacisku na podejmowanie działań profilaktycznych oraz szczenie wiedzy potencjalnie podwyższającej poziom bezpieczeństwa społeczeństwa.
- Obligatoryjne szkolenia, regularne kontrole oraz sprawdzanie poziomu wiedzy personelu jest tym bardziej istotne w tym wypadku.

PIŚMIENNICTWO

1. Kuchar E., Załęski A.: Profilaktyka poekspozycyjna chorób zakaźnych. Medycyna Praktyczna Szczepienia 2018; 2: 76 – 81
2. Rybacki M., Piekarska A., Wiszniewska M., Walusiak- -Skorupka J.: Work safety among polish health care workers in respect of exposure to bloodborne pathogens. Medycyna Pracy 2013; 64(1): 1–10.

3. Czapla S.: Stan wiedzy pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń krwiopochodnych oraz postępowania po ekspozycji na potencjalnie zakaźny materiał biologiczny. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(2):115–121
4. Zawidzka M., Nazar E., Michalak A., Witkowska K., Haor B.: Wiedza studentów kierunku pielęgniarstwo na temat profilaktyki Wirusowego Zapalenia Wątroby typu B. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej.* 2018: 23-29
5. Salasa M., Goździalska A.: Ocena stanu wiedzy dotyczącej zachorowalności na ostre zapalenie wątroby typu B i C wśród personelu medycznego. *Państwo i Społeczeństwo.* 2015; 3: 23-35

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z ZESPOŁEM DOWNA

Karolina Lempicka¹, Barbara Jankowiak²

- 1- *Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*
- 2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Definicja Zespołu Downa

W 1866 roku John Langdon Down po raz pierwszy opisał Zespół Downa (ZD), natomiast w 1959 roku Jerome Lejeune wskazał na jego podłoże genetyczne. Uznaje się, że ZD jest jednym z najczęściej występujących wrodzonych schorzeń dotyczących genomu, które przyczynia się do niepełnosprawności intelektualnej, zwykle w stopniu lekkim lub umiarkowanym. Za pojawienie się zespołu odpowiada przede wszystkim dodatkowy chromosom w 21 parze. Ta choroba genetyczna odnotowywana jest w każdym miejscu na świecie, bez względu na rasę i panujący klimat. Wszystkie osoby z trisomią chromosomu 21 mają podobny wygląd, zbliżony do urody mongolskiej, dlatego dawniej chorobę nazywano Mongolizmem. Oprócz cech fenotypowych, charakterystyczne są liczne wady i choroby narządów wewnętrznych. Uznaje się, że częstość występowania to ok. 1/700 żywych urodzeń, a płeć dziecka nie jest czynnikiem, który sprzyja pojawieniu się schorzenia. Większość zarodków, u których występuje Zespół Downa zostaje poronionych, a ok. ¼ to martwe urodzenia [1, 2, 3, 4, 5].

CEL PRACY

Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w opiece, pielęgnacji, rehabilitacji pacjenta, jak również w edukacji i wsparciu rodziny chorego, dlatego też celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki z zespołem Downa.

2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Usprawnienie funkcjonowania pacjentki w środowisku domowym

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniem została objęta 25-letnia kobieta z zespołem Downa i wynikającą z choroby genetycznej niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Rozpoznanie dokonano 2 Czerwca 1998 roku w II Klinice Chorób Dzieci w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku kilka miesięcy po narodzinach dziecka poprzez kariotypowanie.

Badania przeprowadzono w środowisku domowym pacjentki, 16 grudnia 2022 roku.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Proces pielęgnowania jest wieloetapowym, holistycznym, dopasowanym do potrzeb pacjenta sposobem określania jego problemów, a następnie wyznaczania celów i sposobów na przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia chorego. Podjęte w tym zamiarze działania w końcowym etapie podlegają ocenie, dzięki temu w późniejszym czasie mogą być udoskonalane.

W celu zebrania, jak najdokładniejszych danych o pacjentce wykorzystano: obserwację pacjentki, wywiad z opiekunami, analizę dokumentacji medycznej, a także badania fizykalne z wykorzystaniem pomiarów.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto 25-letnią kobietę z zespołem Downa, który nie był natychmiastowo zdiagnozowany. Matka w trakcie ciąży nie miała wykonanych w tym kierunku specjalistycznych badań prenatalnych, a podstawowe badanie USG nie wykazało nieprawidłowości. Po urodzeniu przyczyną późniejszego wykrycia trisomii 21 było występowanie u dziecka niewielu charakterystycznych zmiany fenotypowych- głównie odmienny wzór dermatoglifów z pojedynczą bruzdą na dłoni oraz wykryta wada serca. Oficjalną diagnozę postawiono 2 Czerwca 1998 roku w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. W kwietniu 1999 roku w Akademii Medycznej w Warszawie I Katedrze Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci przeprowadzono zabieg, w związku z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej (ASD) oraz drożnym przewodem tętniczym (PDA).

Pacjentka waży 64 kilogramów i ma 145 cm wzrostu, przy czym BMI wynosi 30,4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi to 122/76 mmHg, a tętno 90 uderzeń/ minutę. Apetyt dobry, brak problemów z przyjmowaniem pokarmów. Skarży się na nieprzyjemne pieczenie w okolicy przełyku, za co odpowiada refluks żołądkowo-przełykowy. Dodatkowo uciążliwe są problemy z wypróżnianiem, gdyż cierpi na nawracające zaparcia. Układ oddechowy prawidłowy, lecz obniżona odporność i częste infekcje w obrębie dróg oddechowych. Pacjentka porusza się samodzielnie, ale ruchy bywają niezgrabne, występuje wada koślawości kolan. Na co dzień wymagane noszenie okularów, z powodu stwierdzonej krótkowzroczności. Pacjentka nie przyjmuje na stałe leków zleconych przez lekarza.

Pacjentka mówi niewyraźnie, co stanowi barierę komunikacyjną z otoczeniem. Mimo otwartości i przyjaznego usposobienia zwykle trudno jej porozumieć się z kimś poza domownikami, przez co skarży się, że czuje się odtrącana. Ciężko jej skupić uwagę na dłuższy czas i łatwo się rozprasza. Nauka nowych rzeczy zajmuje jej więcej czasu, a zbyt skomplikowane polecenia bywają niemożliwe do wykonania. Podstawowe potrzeby raczej potrafi zaspokoić sama, ale czynności jak np. krojenie, gotowanie wymagają nadzoru.

Do 24-go roku życia uczęszczała do Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Waldemara Kikolskiego w Białymstoku, a aktualnie rodzice zastanawiają się nad nową formą aktywizacji córki. Jednak w najbliższym otoczeniu brak towarzystw i szkół dla osób niepełnosprawnych, co stanowi przeszkodę w postaci codziennych dojazdów dla rodziców.

Pacjentka mieszka w domu na wsi z rodzicami i trójką rodzeństwa. Relacje między domownikami są prawidłowe, pacjentka najbardziej lubi spędzać czas z matką i młodszą siostrą. Warunki mieszkaniowe są bardzo dobre. Rodzice pacjentki zajmują się gospodarstwem rolnym, a rodzeństwo jest w trójce edukacji, z wyjątkiem starszej siostry, która pracuje jako dziennikarka.

Plan opieki pielęgniarstwa

- **Diagnoza pielęgniarstwa: Często nawracające problemy z zaparciami, powodujących uporczywe bóle brzucha.**
 - ✓ **Cel:** Zapobieganie zaparciom.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Obserwacja czy u pacjentki występują objawy zaparcí (wzdęcia, ból brzucha, choroba hemoroidalna, utrata apetytu, uczucie pełności w jamie brzusznej) oraz wykorzystanie wywiadu z pacjentem i opiekunami, w celu ich identyfikacji.
- Badanie palpacyjne brzucha, czy występuje wzmożone napięcie mięśni brzucha.
- Osluchanie jamy brzusznej, w celu nasłuchiwania odgłosów ruchów perystaltycznych.
- Zalecenie przyjmowania odpowiedniej ilości płynów, tzn. 2l/ dobę.
- Zmiana diety, zwiększenie zawartości błonnika do ok. 30g dziennie.
- Zasugerowanie spożywania produktów takich jak: jogurty naturalne, buraki, orzechy, dużo warzyw i owoców (w szczególności suszone śliwki, jabłka, morele, buraki, ziemniaki gotowane). Unikanie czekolady, kakao, bananów, dań mącznych, białego pieczywa.
- Zachęcanie pacjentki do napinania mięśni brzucha kilka razy dziennie, aby pobudzić perystaltykę.
- Podanie środków zmiękczających masy kałowe np. laktuloza.
- ✓ **Ocena:** Podczas obserwacji zauważono wzdęty brzuch, a pacjentka skarżyła się na bóle brzucha. Wyeliminowano z diety czekoladę oraz białe pieczywo, natomiast wprowadzono jogurty naturalne oraz dodatkowe porcje owoców takich jak jabłka. W sytuacji, gdy pacjentka nie oddawała stolca od 2 dni podano syrop- Lactulosum. W wyniku działań zaparcia ustąpiły.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Pojawianie się uciążliwych objawów (pieczenie w przełyku, cofanie się treści pokarmowej z żołądka, chrypka, suchy kaszel, nudności) w wyniku refluksu żołądkowo- przełykowego.**

- ✓ **Cel:** Zwalczanie dyskomfortu wynikającego z refluksu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Obserwacja występowania objawów refluksu (pieczenie w przełyku po jedzeniu, nudności, chrypka, suchy kaszel, odbijanie się po jedzeniu).
 - Spożywanie mniejszych porcji posiłków w krótszych odstępach czasowych (ok. co 3-4h).

- Unikanie spożywania kwaśnych, tłustych oraz ostrych produktów oraz napojów gazowanych.
-
- Zalecenie unikania pozycji na płasko (uniesienie wezgłowia o 20 stopni lub spanie na boku) podczas snu i po spożyciu posiłku.
- Obserwacja pacjentki jakie czynniki, pokarmy nasilają dolegliwości refluksowe (pieczenie w przełyku, suchy kaszel, chrypkę, nudności oraz odbijanie się).
- ✓ **Ocena:** Pacjentka spożywa mniej tłustych potraw oraz śpi z uniesioną głową lub na boku, dzięki temu dolegliwości refluksowe pojawiają się rzadziej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Często powracające infekcje układu oddechowego w wyniku obniżonej odporności i zmian anatomicznych.**

- ✓ **Cel:** Zapobieganie często nawracającym infekcjom.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Minimalnie raz do roku wykonywanie badań krwi (morfologia z rozmazem, CRP, albuminy, IgG) w celu wykrywania ewentualnych odchyleń.
 - Uzupełnianie niedoborów witaminowych, szczególnie z grupy B oraz witaminy D3. Także zwrócenie uwagi na stężenia cynku i żelaza podczas kontrolnych badań laboratoryjnych krwi.
 - Zwrócenie uwagi na przestrzeganie zasad higieny, odpowiedni ubiór w stosunku do pogody, a także dbanie o higienę snu (spanie około 8h).
 - Unikanie źródeł infekcji, osób, od których możliwe jest zakażenie.
 - Zachęcanie do aktywności na świeżym powietrzu np. rodzinne spacery, przejażdżki rowerowe.
 - Podjęcie działań edukacyjnych dotyczących efektywnego kaszlu i ewakuacji zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych podczas infekcji (oklepywanie, inhalacje, odpowiednie nawodnienie).
 - Zachęcanie pacjentki do gimnastyki oddechowej, w tym celu poproszenie np. o nadmuchiwanie balonów lub zdmuchnięcie świeczki.

- Minimalizacja ryzyka ewentualnych zachłyśnięć- powolne dokładne przeżuwanie pokarmu, przyjmowanie pokarmów zawsze w pozycji siedzącej, po posiłku nie przyjmowanie pozycji leżącej ok. godziny, unikanie rozmów podczas jedzenia.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu. Częste wietrzenie sypialni pacjentki, nawilżanie powietrza w pokoju.

- ✓ **Ocena:** Opiekunowie i pacjentka chętnie słuchali przekazywanych treści oraz deklarują chęć wprowadzenia otrzymanych wskazówek w życie. Dotychczasowo zakupiono do sypialni nawilżacz powietrza, zadbane, aby pacjentka nie jadła w pozycji leżącej oraz zaczęto wspólnie spacerować przez 25 min dziennie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Deficyt w codziennym funkcjonowaniu i ograniczenie samodzielności z powodu niepełnosprawności intelektualnej.**

- ✓ **Cel:** Poprawa samodzielności oraz zaspokojenie potrzeb niezbędnych do codziennego funkcjonowania pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Rozpoznanie niedoborów w zakresie samoopieki i samoobsługi.
 - Rozmowa z pacjentką i rodziną, zachęcanie do podejmowania prób samodzielnego radzenia sobie z trudnościami pod nadzorem opiekuna.
 - Zauważanie i docenianie najmniejszych osiągnięć pacjentki, co przyczynia się do dalszej motywacji.
 - Zalecenie powolnego, ostrożnego powtarzania problematycznych czynności po edukatorze.
 - Regularne uczęszczanie na terapię zajęciową, gdzie rozwijane są zdolności pacjentki.
 - Pomoc, wyręczanie tylko w czynnościach, w których pacjenta nie jest w stanie sobie sama poradzić.
- ✓ **Ocena:** Rozpoznano ograniczenia w samodzielnym przyrządzaniu posiłków oraz adekwatnym ubieraniu się do panującej pogody. Ograniczenia orientacji w nowym terenie, brak umiejętności samodzielnego wyprania ubrań i gospodarowania pieniędzmi. Rodzina stara się okazywać pacjentce więcej cierpliwości, a dokonane osiągnięcia bardziej doceniać. To zauważalnie

wpływa na wzrost motywacji do nabywania nowych umiejętności przez pacjentkę.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Upośledzenie zdolności komunikacyjnych w związku z niewyraźną, trudną do zrozumienia mową.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie trudności komunikacyjnych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zasugerowanie rodzicom pacjentki, aby regularnie korzystać z pomocy logopedy.
 - Po wizycie u logopedy zalecenie wykonywania ćwiczeń utrwalających w domu.
 - Wzbogacenie mowy werbalnej o elementy pozawerbalne jak np. gestykulacja.
 - Zachowywanie cierpliwości i spokoju podczas rozmowy, mimo pojawiających się trudności w zrozumieniu.
 - Zachęcanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń słuchowych, rozpoznawanie dźwięków i powtarzanie ich.
 - Nauka różnicowania zdań o podobnym brzmieniu.
 - Okazywanie zainteresowania, empatii oraz uważne słuchanie pacjentki.
 - W miarę możliwości używanie prostych komunikatów, upewnienia się, że doszło do zrozumienia obu stron.
- ✓ **Ocena:** Dzięki pomocy logopedy oraz codziennych ćwiczeń nawiązywanie kontaktu z pacjentką jest łatwiejsze. Pacjentka ochoczo wykonuje proponowane ćwiczenia mowy i chętnie podejmuje rozmowę.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Występowanie koślawości kolan, lekkiego ograniczenia ruchowego z powodu osłabienia napięcia mięśniowego.**

- ✓ **Cel:** Korekcja wad postawy oraz zwiększenie aktywności ruchowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zalecenie stopniowej redukcji masy ciała.
 - Uzupełnianie witaminy D3 oraz wapnia.
 - Zastosowanie specjalnych wkładek do butów.

- Zaproponowanie ćwiczeń utrzymania poprawnej postawy z użyciem piłki oraz sugestii współpracy z fizjoterapeutą.
- ✓ **Ocena:** Rodzice pacjentki nawiązali współpracę z fizjoterapeutą. Do codziennego planu dnia wprowadzono 25 min. spacerów oraz rozpoczęto suplementację wapnia i witaminy D3.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Otyłość z powodu zmniejszenia aktywności fizycznej oraz zmian hormonalnych.**

- ✓ **Cel:** Redukcja masy ciała.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zalecenie kontrolowania gospodarki hormonalnej.
 - Odszukiwanie i zachęcanie do podejmowania lubianej przez pacjentkę aktywności fizycznej.
 - Kontrola spożywanych pokarmów, zadbanie o ich właściwą jakość i zawartość kaloryczną produktów.
 - Zalecenie spożywania posiłków w regularnych odstępach czasowych, mniej więcej co 3-4h, co zapobiega napadom głodu.
 - Edukacja, mająca na celu podkreślenie korzyści wynikających ze zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych.
 - Propozycja skorzystania z pomocy dietetyka.
 - Zalecenie regularnej kontroli masy ciała.
- ✓ **Ocena:** Postanowiono corocznie kontrolować stan tarczycy, zaczęto codziennie spacerować przez 25 min. Zauważono, że pacjentka lubi taniec, więc zachęcano ją do niego. Zadbano, aby pokarmy przyjmowała w regularnych odstępach czasowych. W efekcie powyższych działań odnotowano spadek wagi o 3 kg.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Narażenie na zjawisko stygmatyzacji, wykluczenia z pełnienia ról w społeczeństwie.**

- ✓ **Cel:** Aktywizacja pacjentki w życiu społecznym.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Wnikliwa obserwacja oraz rozmowa z pacjentką w celu identyfikacji jej zainteresowań, pasji i uzdolnień.
- Przekazanie bliskim, aby pozwolili pacjentce uczyć się samodzielności, a zakres czynności, w których jest wyręczana był w miarę możliwości jak najmniejszy.
- Poinformowanie opiekunów pacjentki, aby zachowali cierpliwość i za wszelką cenę nie zmuszali do podejmowania nauki, gdyż czas potrzebny do opanowania nowych czynności jest u ich dziecka dłuższy.
- Zachęcanie do udziału w zajęciach grupowych, organizowanych dla osób z niepełnosprawnością w pobliskich ośrodkach. Pomoc z odnalezieniem takich instytucji.
- Odnajdowanie jak najbardziej atrakcyjnych i efektywnych form przyswajania nowych umiejętności np. wykorzystując muzykę, symbole, kolory.
- Zwrócenie uwagi na istotę zapewnienia pacjentce kontaktu z innymi rówieśnikami, możliwość odwiedzenia takich instytucji jak kino, teatr, muzeum, według jej zainteresowań.
- ✓ **Ocena:** Pacjenta chętnie rozwija umiejętności artystyczne- dużo czasu poświęca na malowanie, a także okazuje zamiłowanie do tańca. Stara się pomagać w obowiązkach domowych takich jak odkurzanie mieszkania, zmywanie naczyń, składanie ubrań. Zaproponowano skorzystanie z pomocy stowarzyszenia „Aktywni” w Białymstoku. Dodatkowo średnio raz w miesiącu opiekunowie organizują córce wyjazd do kina.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Trudności z koncentracją, przyczyniające się do upośledzenia przyswajania informacji.**

- ✓ **Cel:** Poprawa umiejętności skupiania uwagi przez pacjentkę.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zapewnienie ciszy i spokoju w otoczeniu.
 - Zachęcanie do nauki wierszy, piosenek, czytania książek.
 - Zapewnienie 8h snu.
 - Zadbanie, aby pacjentka regularnie spożywała pokarmy.

- Wzbogacanie diety o witaminy z grupy B, witaminę E, kwasy tłuszczowe omega-3, magnez, błonnik pokarmowy.
- Zachęcanie do aktywności na świeżym powietrzu np. codziennie 30 min spaceru.
- ✓ **Ocena:** Zapewniono odpowiednią ilość snu, regularne odstępy w jedzeniu, do diety wprowadzono orzechy laskowe, kaszę gryczaną, ciemne pieczywo, większe ilości ryb. Zauważono, że pacjentka więcej czasu spędza na świeżym powietrzu 30-60 min/ dzień. W wyniku działań pacjentka nieco szybciej zapamiętuje wiersze, przez dłuższy czas potrafi skupić uwagę.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Zwiększona podatność na sugestie i krytykę, w wyniku czego obniżenie nastroju pacjentki.**

- ✓ **Cel:** Poprawa samopoczucia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Obserwacja pacjentki pod względem zmian w zachowaniu, obserwacja sposobu wyrażania emocji.
 - Budowanie zaufania i poczucia bezpieczeństwa, co sprzyja chęci wyrażania gnębiących pacjentkę problemów.
 - Nauka asertywności, wytłumaczenie, iż opinie innych ludzi nie muszą być faktem.
 - Unikanie lekceważenia problemów zgłaszanych przez pacjentkę.
 - Propozycja rozmowy z psychologiem.
 - Odszukiwanie rzeczy, które sprawiają przyjemność pacjentce i zachęcanie do ich podejmowania, w celu odwrócenia uwagi od negatywnych myśli.
- ✓ **Ocena:** Pacjenta uczy się dystansu na słowa innych. Często skupia się na rzeczach dających jej przyjemność jak np. słuchanie muzyki, malowanie. W momencie gorszego samopoczucia łatwiej ją zrelaksować i poprawić nastrój.

➤ **Diagnoza pielęgniarska: Psychiczne obciążenie rodziny z powodu choroby genetycznej oraz konieczności całodobowego nadzoru.**

- ✓ **Cel:** Wsparcie rodziny.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Rozmowa z domownikami, zwrócenie uwagi na istotę wzajemnego wsparcia i współpracy.
- Przedstawienie technik radzenia sobie ze stresem.
- Pozwolenie pacjentce na uczenie się samodzielności, unikanie wyręczania i nadopiekuńczości.
- Wskazanie na możliwość szukania pomocy u psychologa lub grup wsparcia.
- ✓ **Ocena:** Rodzina przyjęła wskazówki, deklaruje, że w trudnych chwilach odszuka pomocy u psychologa lub dołączy do grup wsparcia.

Wskazówki pielęgnacyjne dla pacjentki

1. Ograniczenie spożywania pokarmów mocno tłustych, kwaśnych, ostrych oraz picia napojów gazowanych.
2. Spanie w pozycji na boku lub z uniesionym wezgłowiem o ok. 20 stopni.
3. Przestrzeganie 3-4 godzinnych przerw pomiędzy posiłkami, unikanie rzadkich i mocno obfitych posiłków.
4. Dbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu- wypijanie około 2 l wody dziennie.
5. Wprowadzenie do diety jogurtów naturalnych, większej ilości ryb, warzyw i owoców (np. suszone śliwki, jabłka, morele, buraki, ziemniaki gotowane), kaszę gryczaną, zamiana pieczywa jasnego na ciemne.
6. Napinanie mięśni brzuch 3-4 razy dziennie, w celu pobudzenia perystaltyki przy dokuczających zaparciach.
7. Regularne badania laboratoryjne krwi (morfologia, TSH, glukoza, żelazo), kontrola wady wzroku.
8. Utrzymanie odpowiedniej ilości snu (ok. 8h).
9. Zwiększenie aktywności fizycznej np. 30 min. spacerów, jazda na rowerze, taniec.
10. Skorzystanie z pomocy logopedy oraz fizjoterapeuty.
11. Uzupełnianie niedoborów witaminy D3, E, witamin z grupy B, magnezu oraz wapnia.
12. Codzienna kontrola masy ciała w godzinach porannych przed jedzeniem.

13. Zadbanie o właściwy ubiór w stosunku do panującej pogody.
14. Unikanie kontaktu z potencjalnymi źródłami zakażenia.
15. Zapewnienie dogodnych warunków w sypialni: wietrzenie, nawilżanie powietrza, w nocy zapewnienie ciszy i spokoju.
16. Wzajemna pomoc współmieszkańców w pełnieniu nadzoru nad pacjentką w sytuacjach tego wymagających.
17. Zalecenie oklepywania oraz inhalacji podczas infekcji dróg oddechowych przy zalegającej wydzielinie.

Zalecenia usprawniające do samodzielnego funkcjonowania pacjentki

1. Angażowanie pacjentki do pomocy w czynnościach, które sprawiają jej trudności (np. gotowanie, pranie).
2. Wykorzystanie przedmiotów ułatwiających codzienne funkcjonowanie np. stosowanie osłonek na palce do krojenia, korzystanie z czajników elektrycznych zamiast gazowych.
3. Wykorzystanie animacji, rysunków w celu nauki dobierania odpowiedniego ubioru do warunków pogodowych.
4. Okazywanie uznania i motywowanie przy nawet drobnych sukcesach.
5. Pozwolić pacjentce płacić w sklepie pod naszą kontrolą, edukować jaką ilość pieniędzy można przeznaczyć na dane artykuły.
6. Praca nad wyraźną mową: wizyty u logopedy, codziennie powtarzanie ćwiczeń logopedycznych w domu, próbować edukacji różnicowania podobnych zdań i wyrazów (np. półka- bułka, piórko- biurko).
7. Umożliwienie kontaktu z innymi ludźmi poza domownikami, odwiedzanie kina, teatrów itp.
8. Skorzystanie z pomocy organizacji ułatwiających usprawnianie osób niepełnosprawnych np. stowarzyszenie „Aktywni”.
9. Zachęcanie do rozwijania swoich zainteresowań, odnajdowanie mocnych stron, które można wykorzystać do usprawniania, aktywizacji.

10. Podczas podróży z pacjentką, zachęcanie do zwracania uwagi na otoczenie (np. wskazywanie na ciekawe budynki, posągi, parki), aby ułatwić orientację w terenie.

WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentką i rodziną, udostępnionej dokumentacji medycznej, pomiaru oraz obserwacji sformułowano problemy pielęgnacyjne.
2. Przygotowano indywidualny plan opieki nad pacjentką niepełnosprawną intelektualnie z zespołem Downa.
3. Opracowano wskazówki do dalszej pielęgnacji.
4. Opracowano zalecenia do usprawnienia i samodzielnego funkcjonowania pacjentki w środowisku.

PIŚMIENNICTWO

1. Wierzba J., Śmigiel R., Kłosowska A. (red.): Zespół Downa i medycyna. Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa "Bardziej Kochani, Warszawa 2021.
2. Grieco J., Pulsifer M., Seligsohn K. et al.: Down syndrome: cognitive and behavioral functioning across the lifespan. *American Journal of Medical Genetics Part C Seminars in Medical Genetics* 2015, 169: 135–149.
3. Chowaniec-Rylke A.: Czy da się wyleczyć zespół Downa? Odnajdywanie sprawczości w systemie biomedycznym przez rodziców osób z zespołem Downa. *Zeszyty Etnologii Wrocławskiej* 2016, 2: 93-110.
4. Zniszczol P., Kaźmierczak U., Kropkowska P. i wsp.: Ocena zaburzeń koordynacji wzrokowo–ruchowej dzieci z zespołem Downa. *Journal of Health Sciences* 2014, 4: 215-230.
5. Mazurek D., Wyka J.: Down syndrome - genetic and nutritional aspects of accompanying disorders. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 2015, 66: 189-194.

POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Justyna Kieźel^{1,2}, Barbara Jankowiak³, Marta Jakoniuk⁴

- 1- *Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*
- 2- *Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*
- 3- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*
- 4- *Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

WSTĘP

Transplantacja (z łac. transplantare, czyli „szczepić”) oznacza przeszczepienie organu, czyli zabieg przeniesienia komórek, tkanek bądź narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1]. Dawcą może zostać żywy osobnik bądź osoba zmarła. W przypadku zmarłego dawcy używa się określenia - pobranie *ex mortuo*, natomiast gdy dawcą jest osoba żywa używa się określenia - pobranie *ex vivo* [2]. Dział medycyny klinicznej zajmujący się problematyką transplantacji nazywa się transplantologią.

Przeszczepianie może być dokonane jako *autotransplantacja* (przeszczep autogeniczny), polega na przeniesieniu tkanki w obrębie tego samego organizmu. Przykładem takiego przeszczepu jest przeszczep skóry, fragmentu tkanki kostnej lub przeniesieniu własnego zęba pacjenta do innego miejsca w łuku zębowych [3]. W przypadku, gdy transplantacja dokonywana jest między dwoma podmiotami, a dawca i biorca są genetycznie różnymi osobnikami, należą jednak do tego samego gatunku wtedy jest to *allotransplantacja*, natomiast gdy dawca i biorca należą do odmiennych gatunków wówczas mówi się o *ksenotransplantacji*. Innym typem przeszczepu jest *izotransplantacja*, jest to przeszczep organu dokonany pomiędzy jednostkami identycznymi pod względem genetycznym, np. bliźniętami jednojajowymi [4, 5].

Biorąc pod uwagę zgodność miejsca eksplantacji i implantacji, można wyróżnić dwa typy transplantacji. Przeszczep *ortotopowy* polega na usunięciu narządu niewydolnego i zastąpieniu go wydolnym narządem w tym samym miejscu, np. przeszczep serca, natomiast w

przypadku przeszczepu *heterotropowego* narząd przeszczepiony umieszcza się w innym położeniu niż anatomiczne [4, 6].

Aktualnie postęp transplantologii nie leży tylko w gestii lekarzy, chociaż bez nich postęp tej dziedziny medycyny byłby niemożliwy. Potrzebna jest także szeroka akceptacja społeczna dla działań w zakresie donacji narządów. Przeprowadzone badania mają na celu zebranie opinii jak społeczeństwo postrzega transplantologię oraz co przyczynia się do zmniejszenia liczby donacji w ostatnich latach.

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Analiza postaw i opinii społeczeństwa na temat transplantacji narządów.
2. Określenie poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród społeczeństwa.
3. Uzyskanie informacji na temat czynników mających wpływ na podjęcie decyzji o transplantacji narządów pobranych od osób zmarłych, u których orzeczono śmierć mózgu.
4. Przedstawienie medycznych, prawnych i etycznych aspektów przeszczepiania narządów.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 256 losowo wybranych dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego. Kwestionariusze ankiety były zbierane wśród osób znajomych/sąsiadów/rodziny/współpracowników w formie internetowej, jak i papierowej. Badanie przeprowadzono w okresie 01.02.2023r. - 30.04.2023r. po otrzymaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Materiał zebrano metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który opracowano po uprzednim zapoznaniu się z literaturą przedmiotu.

Kwestionariusz ankiety zawierał 23 pytań zamkniętych. Ankieta składała się z 7 pytań metryczkowych dotyczących wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz wiary badanych oraz 16 pytań zasadniczych dotyczących opinii badanych na temat pobierania i przeszczepiania narządów.

Respondenci przed przystąpieniem do uzupełnienia ankiety zostali poinformowani o celu przeprowadzania badań, ich wykorzystaniu i zostali zapewnieni o anonimowości.

Wyniki przedstawiono za pomocą stosownych tabel i rycin, struktury liczbowej i procentowej odpowiedzi na zadane w ankietach pytania.

W celu wykazania istotności statystycznej posłużono się testem niezależności χ^2 (badanie związku między zmiennymi nominalnymi) oraz wyliczono współczynnik p. O tym czy badana zależność jest istotna statystycznie świadczy wartość prawdopodobieństwa testowego p. Jeśli wynik jest <0.05 oznacza to, że zależność jest istotna statystycznie, natomiast $p>0,05$ mówi o braku istotności.

WYNIKI

Ogólna charakterystyka badanej populacji

W badaniu udział wzięło 256 ankietowanych ($n=256$; 100,00%), w tym 66,02% kobiet ($n=169$) i 33,98% mężczyzn ($n=87$). Najliczniejszą grupę po względem wieku tworzyły osoby od 18 do 29 roku życia ($n=113$; 44,14%). Badanych w wieku 30 – 49 lat było 88, stanowiło to 34,38%. Najmniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 70 lat i więcej ($n=3$; 1,17%). Większa część respondentów pochodziła z miast ($n=217$; 84,77%). Tereny wiejskie zamieszkiwało 15,23% badanych ($n=39$).

Respondenci w związkach małżeńskich stanowili 49,22% grupy badanej ($n=126$). Kolejną pod względem wielkości grupę tworzyły osoby stanu wolnego, nie będące nigdy w związkach ($n=118$; 46,09%). W badanych gronie odnotowano 8 osób rozwiedzionych (3,13%) i 4 wdowy/wdowców (1,56%).

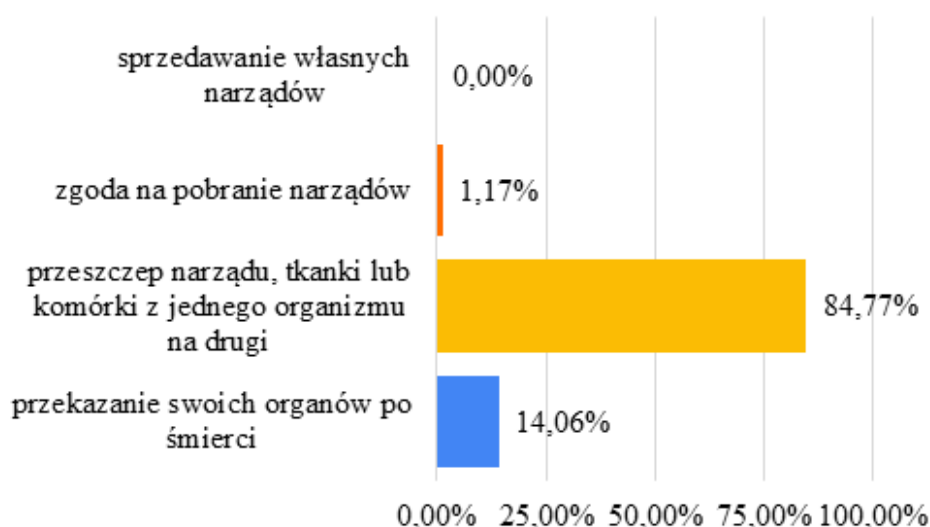
Dokonano podziału respondentów pod względem wykształcenia. O wykształceniu wyższym poinformowało 61,33% grupy ($n=157$). Wykształcenie średnie posiadało 31,64% ($n=81$) badanej populacji. Najmniej ankietowanych miało wykształcenie na poziomie podstawowym ($n=7$; 2,73%). Wykształcenie medyczne posiadał co 4 ankietowany ($n=66$; 25,78%).

Respondenci zapytani zostali o religijność. Odnotowano, że osób wierzących i praktykujących jest 43,36% ($n=111$), wierzących lecz niepraktykujących jest 26,95% ($n=69$),

a niewierzących – 20,31% (n=52). Niespełna 10,00% grupy nie chciała udzielić odpowiedzi na powyższe pytanie (n=24; 9,38%).

Dane związane z postawą społeczeństwa wobec transplantacji narządów

Transplantacja to przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 84,77% badanych (n=217). Według 14,06% respondentów definicją transplantacji jest przekazanie swoich organów po śmierci. Pozostałe odpowiedzi zaprezentowano na Rycinie 1.



Rycina 1. Rozkład badanych pod względem znajomości definicji „transplantacja”

Aż 93,36% badanej populacji było zdania, że przeszczepianie narządów jest słuszne (n=239). Spośród tych osób znalazło się grono, które popiera transplantacje jedynie w przypadku pobierania narządów od osób zmarłych (n=14; 5,47%). Brak zdania wyraziło 4,69% (n=12) grupy.

Ponad ½ badanej populacji wyraziła chęć oddania swoich narządów dla osoby oczekującej na przeszczep organów, bez względu czy jest to członek rodziny, czy osoba obca (n=148; 57,81%). Brak zdania odnotowano w 71 przypadkach (27,73%). Niechęć do transplantacji wyraziło 5,86% grupy (n=15).

Wśród respondentów 55,86% wyraziłoby zgodę na zostanie żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby jeśli dotyczyłoby to bliskiej osoby (n=143). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 21,88% grupy (n=56).

Sklonność do wypełnienia oświadczenia woli, w którym wyraża się zgodę na pobranie narządów po śmierci wyraziłoby 58,20% badanych (n=149). Powyższe oświadczenie posiadało już 6,25% badanej populacji (n=16). Brak zdania odnotowano w przypadku 29,30% respondentów (n=75).

Zgodę na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny wyraziłoby łącznie 87,11% (n=223) grupy. Brak zgody wyraziło 3,91% ankietowanych (n=10).

W celu ratowania lub poprawy jakości własnego życia na przyjęcie narządów od innej osoby zgodę wyraziłoby 83,59% badanej populacji. Z tego 18 respondentów wspomniało, że dawcą musiałaby być osoba zmarła, kolejne 8 ankietowanych wyraziło zgodę jedynie w przypadku, gdy dawcą byłby członek rodziny..

Śmierć mózgu to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu (odpowiada on za krążenie krwi i oddychanie), a funkcje życiowe podtrzymywane są sztucznie, za pomocą maszyn. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 93,75% (n=240).

Zdaniem respondentów rodzina zmarłego powinna podejmować decyzje o pobraniu narządów do przeszczepu, jeśli zmarły nie wyraził sprzeciwu za życia (n=152; 59,38%). Według 19,92% osobą decyzyjną powinien być lekarz (n=51).

W gronie ankietowanych 46,88% przekazało swojej rodzinie wolę dotyczącą dawstwa narządów na wypadek sytuacji stwierdzającej śmierć mózgu (n=120).

Zdaniem 36,33% badanych narządy można pobierać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia (n=93), kolejne 31,64% grupy uważało, że narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły zgodę podpisując odpowiednie dokumenty (n=81). Brak zdania odnotowano w 18,75% przypadków (n=48).

Zdaniem 37,89% respondentów uregulowanie prawne dotyczące transplantacji mówi o tym, że narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę poprzez podpisanie odpowiednich dokumentów (n=97). Jednak prawidłowa odpowiedź na temat regulacji prawnych związanych z transplantacją w Polsce brzmi „narządy można pobrać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia” (n=64; 25,00%).

Według badanej populacji najczęstszymi powodami wyrażenia sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę były względy emocjonalne (n=154; 60,16%),

obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej (n=123; 48,05%) oraz poglądy religijne (n=115; 44,92%). Najmniej respondentów wspomniało o obawie przed oszpecceniem ciała zmarłego (n=66; 25,78%).

Zdaniem respondentów, głównymi czynnikami, które wpływają na ilość transplantacji narządów pobranych od osób uznanych za zmarłe w wyniku orzeczenia śmierci mózgu w Polsce są brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej (n=171; 66,80%) i przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą (n=133; 51,95%). Również ankietowani często wspominali o poglądach religijnych (n=117; 45,70%) i o braku wyrażenia zgody za życia na wypadek śmierci mózgowej (n=114; 44,53%).

Jedynie 5,08% badanej populacji stwierdziło, że poziom wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji jest wystarczający (n=13). Przeciwnego zdania było 77,73% grupy (n=199). Brak zdania wyraziło 17,19% ankietowanych (n=44).

Większość respondentów jest zdania, że wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na temat transplantacji wzrasta również liczba przeszczepów (n=236; 92,19%).

Analiza statystyczna

Zbadano zależność między wiekiem badanych a ich zgodą na zostanie żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby. Wykazano brak zależności na poziomie istotnym statystycznie. Bez względu na wiek, większość osób poinformowało, że wyraziłoby zgodę na zostanie żywym dawcą, ale tylko jeśli biorcą byłaby bliska osoba. Wszystkie dane zawarto w Tabeli 1.

Tabela 1. Wiek badanych a zgoda na zostanie żywym dawcą

Wiek	Czy zgodziła/zgodził by się Pani/Pan na zostanie żywym dawcą?			
	nie	nie wiem	tak	tak, ale tylko bliskiej osobie
18-29 lat	6	21	15	71
%	4,51%	15,79%	11,28%	53,38%
30-49 lat	4	19	25	40
	4,55%	21,59%	28,41%	45,45%
50-69 lat	2	15	5	30
	3,85%	28,85%	9,62%	57,69%
70 lat i powyżej	0	1	0	2
	0,00%	33,33%	0,00%	66,67%
p	0.10675073			
ch2	14.464			

Analizując religijność uczestników badania w stosunku do oddania narządów po swojej śmierci dla osób oczekujących na przeszczep nie wykazano zależności statystycznej. Bez względu na to czy respondenci byli osobami wierzącymi najczęściej odpowiadali, że oddaliby swoje narządy po śmierci. Dane zebrano w Tabeli 2.

Tabela 2. Religijność badanych a chęć oddania narządów po swojej śmierci dla osoby oczekującej na przeszczep

Czy po śmierci chce Pan/Pani oddać swoje narządy dla osoby oczekującej na przeszczep?	Religijność			
	brak odpowiedzi	niewierzący	wierzący niepraktykujący	wierzący praktykujący
nie	2	4	2	7
%	13,33%	26,67%	13,33%	46,67%
nie wiem	7	15	16	33
%	9,86%	21,13%	22,54%	46,48%
tak	12	32	45	59
%	8,11%	21,62%	30,41%	39,86%
tak, ale tylko bliskiej osobie	3	1	6	12
%	13,64%	4,55%	27,27%	54,55%
p ch2	0.58139145 7.537			

Wykazano zależność statystyczną między religijnością uczestników badania a wyrażeniem przez nich zgody na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny. Wśród osób, które nie wyraziły by zgody największą grupę stanowiły osoby wierzące i praktykujące. Również najwięcej osób z grona wierzących i praktykujących przyznało, że zgodziłoby się na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny tylko w przypadku wyrażenia przez niego swojej woli za życia – Tabela 3.

Wykształcenie respondentów nie miało wpływu na wyrażenie przez nich zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny. Nie wykazano istotności statystycznej. Dane uszeregowano w Tabeli 4.

Tabela 3. Religijność badanych a wyrażenie zgody na pobranie narządów od zmarłego z rodziny

Czy wyraziła/wyraził by Pani/Pan zgodę na pobranie narządu od zmarłego z Pani/Pana rodziny?	Religijność			
	brak odpowiedzi	niewierzący	wierzący niepraktykujący	wierzący praktykujący
nie	1	3	1	5
%	10,00%	30,00%	10,00%	50,00%
nie wiem	4	1	2	16
%	17,39%	4,35%	8,70%	69,57%
tak	5	26	37	33
%	4,95%	25,74%	36,63%	32,67%
tak, jeśli taka by była jego wola	14	22	29	57
%	11,48%	18,03%	23,77%	46,72%
p ch2	0.00431081 23.994			

Tabela 4. Wykształcenie badanych a zgoda na pobranie narządów od zmarłego z rodziny

Czy wyraziła/wyraził by Pani/Pan zgodę na pobranie narządu od zmarłego z Pani/Pana rodziny?	Wykształcenie			
	podstawowe	średnie	wyższe	zasadnicze zawodowe
nie	0	2	7	1
%	0,00%	20,00%	70,00%	10,00%
nie wiem	1	13	7	2
%	4,35%	56,52%	30,43%	8,70%
tak	1	33	63	4
%	0,99%	32,67%	62,38%	3,96%
tak, jeśli taka by była jego wola	5	33	80	4
%	4,10%	27,05%	65,57%	3,28%
p ch2	0.10834178 14.414			

Bez względu na wykształcenie większa grupa osób wyraziła chęć do podpisania oświadczenia woli lub takowe już posiadało. Jednak w przypadku osób z wykształceniem medycznym odsetek tych osób był wyższy. Nie wykazano zależności na poziomie istotnym statystycznie – Tabela 5.

Tabela 5. Posiadanie wykształcenia medycznego a skłonność do wypełnienia oświadczenia woli

Czy jest Pani/Pan skłonna/sklonny wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wyraziłaby/wyraziłaby Pani/Pan zgodę na pobranie narządów po śmierci?	Czy posiada Pani/ Pan wykształcenie medyczne?	
	tak	nie
tak; już wypełniłam/wypełniłem oświadczenie woli	48	117
%	29,09%	70,91%
nie; nie wiem	18	73
%	19,78%	80,22%
P	0.10309501	
ch2	2.657	

DYSKUSJA

Transplantacja to często jedyna skuteczna metoda leczenia dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością narządów, dlatego każdy człowiek powinien mieć świadomość powagi problemu, jakim jest deficyt organów do przeszczepu. Dawstwo narządów jest zależne od indywidualnych postaw społeczeństwa, uregulowań prawnych, przekonań związanych z wyznawaną religią, a także aspektów kulturowych. Zrozumienie idei transplantacji oraz wzrost poziomu wiedzy na jej temat może znacząco wpłynąć na postrzeganie społeczeństwa zasadności, jak i słuszność tej metody leczenia oraz na postrzeganie dawstwa narządów jako podarowanie daru życia drugiej osobie. Transplantacja jest często nie tylko metodą polepszającą jakość życia chorego, ale także sposobem ratowania przed przedwczesną śmiercią.

Transplantologia to dziedzina medycyny o szczególnej wrażliwości społecznej, a jej rozwój w dużej mierze zależy od poziomu akceptacji społeczeństwa i gotowości pomocy drugiemu człowiekowi. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że aż 93,36% badanej grupy uznaje przeszczepianie narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym osobom za słuszne. Również liczne badania, w tym przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej dowodzą, że zdecydowana większość respondentów uważa ideę pobierania narządów do transplantacji za słuszną [7, 8, 9].

Większość uczestników badania CBOS z 2016 r. - 80% zadeklarowało gotowość do oddania narządów w celu przeszczepiania innym po swojej śmierci, natomiast wypełnione oświadczenie woli posiada tylko 3% społeczeństwa, jednak skłonność do jego wypełnienia deklaruje 70% [7]. W badaniach własnych gotowość bycia dawcą deklaruowało mniejsza część

badanych, bo tylko 66,4%, natomiast wypełnione oświadczenie woli posiada zaledwie 6,25% respondentów, jednak skłonność do jego wypełnienia deklaruje 58,2%. Według badań Uzdalewicz i wsp. 64,8% chce oddać swoje narządy po śmierci, a dla 29,6% Polaków ma znaczenie kto będzie biorcą, ponieważ deklarują oddanie narządu tylko bliskiej osobie [10].

W badaniach własnych natomiast tylko 8,59% badanych z 66,4% deklarujących gotowość do dawstwa oddałoby narząd tylko członkowi rodziny. Jednak według prawa panującego w Polsce nie wykonuje się transplantacji ze wskazaniem.

W badaniach własnych 73,44% badanych deklarowało gotowość do wyrażenia zgody na zostanie żywym dawcą narządu, w tym 55,86% tylko kiedy potrzebującym biorcą będzie jego bliski. W badaniach przeprowadzonych przez Ruszkowskiego w populacji Gdańska 65,2% respondentów deklarowała chęć zostanie żywym dawcą [9].

Według analizy badań własnych wykazano, że największy odsetek osób, które nie wyraziłyby zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny jest wśród osób wierzących praktykujących, aż 50% tej grupy. Natomiast również wśród wierzących i praktykujących największy odsetek - 46,72% - przyznało, że zgodziłoby się na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny tylko w przypadku wyrażenia przez niego swojej woli za życia. W porównaniu do badań przeprowadzonych przez Witczak i wsp. byłoby to również największy odsetek osób odpowiednio 14,1% wśród wierzących praktykujących, które nie wyraziłyby zgody i 64,48% wśród wierzących praktykujących, które uszanowałoby wolę zmarłego członka rodziny [11]. Powyższe badania pokazują, że największy odsetek wśród wszystkich badanych, którzy nie wyraziliby zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej biorąc pod uwagę ich religijność to wierzący i praktykujący.

Badania własne wykazały, że mniej niż połowa (46,88%) społeczeństwa przekazało swojej rodzinie wolę dotyczącą dawstwa na wypadek śmierci, podobnie w badaniach Milaniak, gdzie tylko 37,8% badanych przekazało rodzinie swoją wolę oraz w badaniach Uzdalewicz i wsp., gdzie było to 46,5% ogólnej liczby badanych [8, 10].

Badania własne wykazały, że zdaniem 36,33% respondentów najlepszą regulacją prawną określającą możliwość pobierania narządów do przeszczepów jest ta, w której narządy można pobierać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia, kolejne 31,64% grupy uważało, że ta w której narządy można pobierać tylko od osób, które za życia wyraziły zgodę podpisując odpowiednie dokumenty. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Daszute i wsp. ponad połowa - 56,3% badanych, uważa sposób w którym narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę podpisując odpowiedni dokument za najlepszy, natomiast 30% sposób w którym narządy można pobrać

od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia [12]. Z kolei w wynikach badań CBOS z 2016 r. 43 % społeczeństwa uważa za lepszy ten sposób, który wymaga zgody wyrażonej za życia, a 42% ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia [7].

Najczęstszymi czynnikami mającymi wpływ na ilość transplantacji badani wskazywali na brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz poglądy religijne. W badaniach Romanowskiej były to podobne odpowiedzi: brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej na pobranie narządów, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz 52% badanych wskazało brak wcześniejszej zgody pacjentów na dawstwo na wypadek śmierci mózgowej [13]. Natomiast według badań Mailaniak powodami mającymi wpływ na ilość transplantacji była możliwość przedwczesnego stwierdzenia śmierci członka rodziny - 25,1% oraz obawa, że tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu - 17,8% [8].

Z badań własnych według badanej populacji najczęstszymi powodami wyrażenia sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę były względy emocjonalne, obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej oraz poglądy religijne. W badaniach Ruszkowskiego badani wskazywali przekonanie, że ich narządy nie nadają się do wtórnego użycia oraz obawa o błędzie lekarzy w orzeczeniu śmierci mózgowej oraz obawa o handel organami [9].

Wyniki badań własnych pokrywają się z wynikami badań Humańskiej i wsp., gdzie około 80% społeczeństwa uważa wiedzę społeczeństwa na temat transplantacji za niewystarczającą, a prawie 90% uważa, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów [14].

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość społeczeństwa uważa idee przeszczepiania narządów za słuszne. Co ciekawe, w tym 5,47% akceptuje transplantację tylko od zmarłego dawcy. Natomiast większy odsetek osób z wykształceniem medycznym jest skłonne do wypełnienia oświadczenia woli, niż bez wykształcenia medycznego.
2. Ponad połowa społeczeństwa deklaruje gotowość do oddania narządów w celu przeszczepiania innym po swojej śmierci, natomiast $\frac{3}{4}$ respondentów deklaruje gotowość do bycia żywym dawcą.

3. Większość społeczeństwa wyraziłaby zgodę na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny zgodnie z jego wolą. Największy odsetek osób, które nie wyraziłaby zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny jest wśród osób wierzących praktykujących.
4. Najczęstszymi czynnikami mającymi wpływ na ilość transplantacji są: brak zgody rodziny osoby uznanej za zmarłą po orzeczeniu śmierci mózgowej, przekonanie, że orzeczenie śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą oraz poglądy religijne. Najrzadziej wskazywanym czynnikiem była niewydolność systemu opieki zdrowotnej w zakresie transplantologii.
5. Najczęstszymi powodami sprzeciwu na oddanie po śmierci tkanek i narządów przez dawcę są: względy emocjonalne, obawa o błądnie w orzeczeniu śmierci mózgowej przez lekarzy oraz poglądy religijne. Natomiast najrzadziej wskazywanym powodem była obawa o oszpecenie ciała zmarłego.
6. Zdaniem większości respondentów wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na temat transplantacji wzrośnie również liczba przeszczepów. Aż $\frac{3}{4}$ społeczeństwa uważa, że poziom wiedzy na temat transplantacji jest niewystarczający.

PIŚMIENNICTWO

1. Encyklopedia podręczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
2. Olejniczak E., Kukieła B.: Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa. *Folia Linguistica* 2012; 46: 86–102.
3. Kunert J., Droszkowski K., Kunert M., Manowska B.: Autotransplantacja jako alternatywa dla leczenia implantologicznego. *Medical Tribune Stomatologia* 2019, 6: 24-29.
4. Kimszal E.: Zespół transplantacyjny- rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020; 2: 122–126.
5. Nowacka M. : Transplantacje (przegląd zagadnień). *Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ* 2014: 1-28.
6. Ziemia K., Gasik R., Wanot B.: Transplantacje narządów jako ważny problem społeczny i etyczny. *Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno - Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie* 2020; 1: 58-77.

7. Centrum Badania Opinii Społecznej: Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. Warszawa 2016 Dostępne: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF Data pobrania: 23.03.2023
8. Milaniak I. : Ocena wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 25: 40-45.
9. 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.
10. Uzdalewicz Z., Mess E.: Czynniki wpływające na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji narządów. Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24: 232-237.
11. Błądkowska E., Witczak W.: Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów. Aspekty Zdrowia i Choroby 2017; 2: 15-24.
12. Kamińska M., Daszuta K.: Wiedza i opinie studentów na temat transplantacji narządów. Włocławek 2019
13. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz J., Lipińska M.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 4: 123-128.
14. Humańska M, Dudek K.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. UMK w Toruniu 2017.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTKI Z POWIKŁANAMI PO OPERACJI BARIATRYCZNEJ

Maria Krzyszczak¹, Beata Kowalewska²

1- *Absolwentka Studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Bariatria to dziedzina medycyny skupiająca się nad określaniem przyczyn, profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem nadwagi. Chirurgia bariatryczna to natomiast specjalizacja chirurgiczna, zajmująca się operacyjnym leczeniem otyłości. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obie te sfery rozwijały się bardzo szybko, a przeprowadzanie operacji bariatrycznych stało się bardzo powszechne, ze względu na rosnące zapotrzebowanie metod skutecznego leczenia problemów z nadmierną masą ciała [1,2].

Otyłość stała się jedną z najważniejszych i najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych XXI w. Utrzymująca się i zbyt duża nadwaga może doprowadzić do rozwinięcia się wielu problemów zdrowotnych. Operacje bariatryczne będące jedną z najskuteczniejszych metod walki z otyłością mogą całkowicie wyeliminować ryzyko wystąpienia chorób powstałych w wyniku otyłości lub drastycznie złagodzić ich objawy jak też innych schorzeń współistniejących. U pacjentów po przeprowadzeniu zabiegów bariatrycznych, oprócz obniżenia masy ciała, badania i obserwacje wykazały polepszenie jakości życia, zmniejszenie śmiertelności i ryzyka wystąpienia udaru mózgu, a także redukcję takich anomalii zdrowotnych jak: migrena, depresja, bezdech senny, wysoki poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, stłuszczenie wątroby, zespół metaboliczny, choroba refluksowa przełyku, cukrzyca typu II, wysiłkowe nietrzymanie moczu, torbielowatość jajników, zwyrodnienia i stany zapalne stawów, dna moczanowa, zakrzepica żył głębokich. Niestety operacje bariatryczne nie są pozbawione ryzyka wystąpienia powikłań, których zakres jest bardzo szeroki, od tych, które nie mają wiodącego znaczenia dla życia pacjenta, ponieważ można wyeliminować je odpowiednim stylem życia, dietą lub stosowaniem środków farmakologicznych, po takie, które niosą ze sobą poważne stany zagrożenia życia, a nawet

śmierć. Z powodu istnienia ryzyka wystąpienia różnych komplikacji pacjent, aby podjąć świadomą decyzję poddania się operacji bariatrycznej w oparciu o wiedzę na temat zarówno spodziewanych efektów terapeutycznych, jak też ryzyka związanego z tym rodzajem leczenia. Okres przedoperacyjny obejmuje mentalne, fizyczne i informacyjne przygotowanie pacjenta do zabiegu. Chory otrzymuje informacje na temat samego przebiegu wybranego typu operacji, procesu przygotowań do niej, możliwych powikłań, zaleceń pooperacyjnych oraz informacji na temat budowy i funkcji układu pokarmowego [1,2].

Wskazania do operacji bariatrycznych

Pierwszym wskazaniem do przeprowadzenia operacji jest wiek pacjenta pomiędzy 18. a 65. rokiem życia. Jest to przedział, nad którym przeprowadzono najwięcej badań, dlatego zabiegi w tej grupie wiekowej są rekomendowane. Duża ilość badań pozwala poznać i przewidzieć możliwy przebieg procesu przedoperacyjnego, pooperacyjnego, a także samego zabiegu [3].

Według dostępnych badań dotyczących operacji bariatrycznych wykonywanych u osób poniżej 18. roku życia wykazuje się taką samą skuteczność jak u osób dorosłych. Jest to metoda o wiele bardziej skuteczna niż terapia behawioralna, aktywność fizyczna i stosowanie diet. Dane zebrane podczas badań wykazują, że nawet u 92% pacjentów po operacji nie wystąpiły żadne groźne powikłania. Jednakże należy pamiętać, że badań dotyczących operacji u młodych osób jest stosunkowo niewiele. Niektóre artykuły zawierają nawet informacje jak negatywnie operacje bariatryczne mogą wpłynąć na jeszcze kształtujący się organizm młodego człowieka. Według zgromadzonych informacji zabiegi bariatryczne mogą prowadzić do problemów z wchłanianiem składników odżywczych ze szczególną uwagą na żelazo i witaminę B₁₂. Niedobór tych substancji może doprowadzić do wystąpienia u dzieci niedokrwistości mającej negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne u dorastających dzieci. Polskie rekomendacje dotyczące operacji bariatrycznych umożliwiają przeprowadzenie zabiegu u osób poniżej 18. roku życia spełniających podane niżej wymagania:

- wskaźnik masy ciała $>40\text{kg/m}^2$ i co najmniej jedna wywołana otyłością choroba, która ma istotny wpływ na upośledzenie jakości życia
- wskaźnik masy ciała pomiędzy $35\text{--}39,9\text{ kg/m}^2$ w sytuacji współistniejącej poważnej choroby metabolicznej

- stopień dojrzałości względem układu kostno-szkieletowego wynosi $\geq 95\%$
- dojrzałość płciowa wynosząca 4-5 w skali Tannera
- zdolność pełnego uświadomienia rodzaju zabiegu oraz możliwych powikłań
- posiadanie udokumentowanych nieskutecznych metod leczenia zachowawczego wynoszących co najmniej 6 miesięcy [3,4].

Górna granica wieku jest dość ruchoma w zależności od sprawdzanych źródeł. Niektóre szpitale podejmują się przeprowadzenia operacji u pacjentów nawet w wieku 70 lat lub starszych. Badania nie wykazują istotnego zwiększenia ryzyka powikłań pooperacyjnych związanych ze specyfiką zabiegu bariatrycznego względem osób znajdujących się w wymaganym przedziale wiekowym. Niektóre artykuły jednakże wykazują, że przeprowadzanie zabiegów u osób starszych posiada większe ryzyko wystąpienia majaczenia w okresie pooperacyjnym powodującego konieczność przedłużenia pobytu w szpitalu. Czas przebywania w szpitalu u osób starszych ma szczególne znaczenie gdyż, przy obniżonej odporności wraz z czasem pobytu zwiększa się ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych. Lekarze jednakże często pozytywnie rozpatrują możliwość przeprowadzania operacji u osób przekraczających górną granicę wiekową, gdy ich ogólny stan zdrowia jest dobry, a korzyści leczenia chirurgicznego przewyższają ryzyko wystąpienia pooperacyjnych komplikacji [5,6].

Następnym wskazaniem do przeprowadzenia zabiegu bariatrycznego jest wskaźnik BMI >40 lub wskaźnik BMI > 35 , jeśli występują choroby związane z otyłością np.: cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, bezdech senny. Współczynnik masy ciała jest możliwy do obliczenia przez każdego pacjenta w domu poprzez podzielenie podanej w kilogramach masy ciała przez podaną w metrach wysokość ciała podniesioną do kwadratu. W razie wątpliwości w jakiej kategorii wagowej znajduje się pacjent, należy otrzymany wynik odszukać na ogólnodostępnym wykresie wskaźnika BMI [7].

Artykuły naukowe wskazują jednak na niedokładność określenia faktycznego stopnia otyłości za pomocą wskaźnika BMI. Wskaźnik ten nie bierze pod uwagę zawartości tkanki mięśniowej w ciele ludzkim i jej w zależności od płci, chwilowych zmian w wadze pod wpływem np. cyklu miesięczkowego u kobiet oraz sposobu rozłożenia tkanki tłuszczowej. Wskaźnik BMI nie rozróżnia tkanki tłuszczowej budującej piersi, tkanki powodującej stłuszczenie wątroby oraz tkanki odkładającej się w regionie brzucha, pośladków. Ze względu na te aspekty lekarz musi także zobaczyć pacjenta i dokonać specjalnych pomiarów określających faktyczną zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie i stopień otyłości. Warto także nadmienić, że spadek wskaźnika BMI poniżej wymienionych wcześniej kryteriów

podczas okresu przygotowań do operacji nie dyskwalifikuje chorego, a nawet pewien stopień utraty wagi jest wskazany [7].

Należy pamiętać, że leczenie chirurgiczne nie powinno być stosowane profilaktycznie. Pacjent w pierwszej kolejności samodzielnie powinien podjąć wyzwanie redukcji masy ciała i zastosować inne metody leczenia zachowawczego, jak np: pełnowartościowa i zbilansowana dieta, aktywność fizyczna, terapia psychologiczna [9]. Niektórzy lekarze polecają także wypróbowanie farmakologicznych metod leczenia otyłości. Wszystko po to, aby nie potrzebnie nie narażać pacjenta na możliwe do wystąpienia komplikacje zdrowotne po zabiegu bariatrycznym [7,8].

Przeciwwskazania do operacji bariatrycznych

O kwalifikacji pacjenta do zabiegu operacyjnego bariatrycznego decydują nie tylko wskazania ale również istniejące ewentualnie przeciwwskazania, do których należą m.in.:

- choroby zagrażające życiu bezpośrednio (np. niedawno przebyty zawał serca, POChP)
- choroby wyniszczające organizm (np. choroba nowotworowa, AIDS)
- zapalne choroby przewodu pokarmowego
- niewyrównane nadciśnienie tętnicze
- niewyrównana cukrzyca
- infekcje układu moczowego i oddechowego
- ciąża
- nieustabilizowane zaburzenia psychiczne (np. ciężka depresja, bulimia, zaburzenia osobowości)
- niezdolność do samodzielnego funkcjonowania z jednoczesnym brakiem możliwości wsparcia przez rodzinę lub instytucje społeczne
- pacjent nie jest w stanie zgłaszać się na kontrole lekarskie, zarówno przed operacją jak i po
- brak świadomej zgody chorego, który nie posiada dostatecznej wiedzy na temat operacji lub nie jest do niej przekonany
- brak współpracy z chorym [3,8].

Na większość przeciwwskazań kandydat do operacji ma wpływ. Wydłużając okres przedoperacyjny może udać się do specjalistów i ustabilizować czynne choroby będące

przeciwwskazaniami. Przykładowo wizyty u psychologa lub psychiatry pomogą ustabilizować zaburzenia psychologiczne, a leczenie u gastroenterologa może wyeliminować choroby zapalne układu pokarmowego. Dodatkowy czas pozwoli także choremu zwiększyć swoją wiedzę lub zmienić swój tryb życia na tyle, by mógł regularnie zgłaszać się na kontrole [9].

Lekarze zalecają pacjentom odstawienie używek takich jak papierosy, alkohol, narkotyki minimum na 6 tygodni przed operacją. Jest to spowodowane m.in. tym, że badania wykazały wzrost ryzyka wystąpienia stanów zapalnych w rejonie operacyjnym jak i poza nim u osób regularnie spożywających alkohol. Rozwój różnego rodzaju zapaleń w organizmie powoduje wydłużony czas pobytu w szpitalu, a co za tym idzie dodatkowe ryzyko rozwinięcia się zakażeń szpitalnych [10].

Dodatkowo badania neurologiczne wykazują podobny mechanizm uzależnień różnymi substancjami, a uzależnieniem od jedzenia. Pacjenci, u których występował problem z ilością przyjmowanego pokarmu chcąc zmienić swoje nawyki żywieniowe często rozwijają nowe uzależnienia. Spożywanie alkoholu, narkotyków i palenie papierosów przed zabiegiem zwiększa szansę na wzrost ich konsumpcji w czasie pooperacyjnym. W tym przypadku na spadek używania ma jednakże wpływ początkowa ilość spożywanych używek, im mniej na początku tym potem łatwiej jest od tego pacjentom odejść. Dlatego tak ważne jest zaprzestanie ich użytku w okresie przedoperacyjnym [11].

Typy operacji bariatrycznych

Obecnie operacje bariatryczne można podzielić na : operacje restrykcyjne, wyłączające oraz restrykcyjno-wyłączające [3].

Celem przeprowadzenia zabiegu o charakterze restrykcyjnym jest ograniczenie ilości przyjmowanego pokarmu. Do tej grupy należy najczęściej wykonywana aktualnie rękawowa resekcja żołądka (LSG) oraz rzadko wykonywane zabiegi LAGB, VGB, przeszycie pionowe żołądka. LSG jest wykonywana coraz częściej jako procedura jednoetapowa. Przeprowadzana najczęściej w znieczuleniu ogólnym i trwa ok. 90 minut. Podczas niej zostaje wycięte ok. 4/5 żołądka. Pozostała część żołądka ma pojemność ok. 100-150 ml. Wycinana jest m.in część dna żołądka, która odpowiada za wydzielanie greliny. Jest to hormon wzrostu, a obniżenie jego poziomu w organizmie powoduje zmniejszenie łaknienia. Wycięcie okolicy rozrusznikowej żołądka skutkuje przyspieszeniem przechodzenia pokarmu przez przewód pokarmowy. W tym zabiegu nie jest naruszana powierzchnia jelita cienkiego przez co nie zmniejsza się powierzchnia wchłaniania składników pokarmowych [3,12].

Inną metodą przeprowadzenia operacji bariatrycznej jest, wchodząca w skład grupy restrykcyjno-wyłączającej, operacja RYGB. Podczas zabiegu żołądek zostaje przecięty i podzielony na dwie odrębne części: zbiornik żołądkowy (tzw. mały żołądek) i część wyłączoną z pasażu. Mały żołądek ma pojemność 15-20 ml, a do niego przyłączane jest jelito cienkie, z czego powstaje pętla pokarmowa. Druga część żołądka z dwunastnicą i fragmentem jelita czczego jest łączona z dalszą częścią jelita cienkiego. Efektem operacji jest zmniejszenie możliwej do przyjęcia jednorazowej porcji pokarmu, który przechodzi bezpośrednio do jelita cienkiego omijając dwunastnicę, ok. 150-180 cm jelita czczego. Takie skrócenie zmniejsza czas trawienia i znacząco zmniejsza stopień wchłaniania składników odżywczych [3,12].

Do tej samej grupy zaliczamy także operację mini gastric bypass, podczas której z pasażu wyłączany jest dużo dłuższy fragment niż w przypadku gastric bypass. Operacja trwa 1,5-2 godziny. Szwalami mechanicznymi rozdziela się żołądek na wąski i długi zbiornik o pojemności ok. 50 ml, który pełni funkcję „nowego” żołądka. Następnie odmierza się odcinek ok. 200 cm jelita cienkiego i łączy się z wyodrębnionym małym zbiornikiem. Dochodzi do znacznego ograniczenia przyjmowania pokarmu oraz jego wchłaniania. Ze względu, że podczas zabiegu nie usuwa się żadnego narządu w określonych sytuacjach istnieje możliwość przywrócenia stanu sprzed operacji [3,12].

Powikłania po operacjach bariatrycznych

Powikłania związane z operacjami bariatrycznymi mogą wystąpić w trakcie trwania operacji, 30 dni po zabiegu (wczesne powikłania) lub w okresie późniejszym (odległe powikłania). Można wyróżnić grupę powikłań zależnych od rodzaju operacji oraz będących jej następstwem [13].

Do powikłań występujących po AGB zaliczamy: przemieszczenie opaski lub jej przeniknięcie do światła żołądka, powstanie odczynów w ścianie żołądka i okolicznych tkankach, pojawienie się zbiorników płynu lub ropni w nadbrzuszu, zapalenie otrzewnej, przedziurawienie ściany żołądka w miejscu założeniu szwu, niedokrwienie i powstanie perforacji w miejscu założenia opaski. Do tego należy także dodać wystąpienie typowych powikłań chirurgicznych takich jak np. krwawienie z miejsc wprowadzenia trokarów, z naczyń żołądkowych krótkich lub śledziony [13].

Rękawowa resekcja żołądka może skutkować krwawieniem oraz tworzeniem się przetok w miejscu zamknięcia ściany żołądka staplerem, uszkodzeniem śledziony, powstanie

przetoki w miejscu szwów, zgaga, nieszczelnością przewodu pokarmowego, jego niedrożnością będącą następstwem zbyt mocnego dociśnięcia staplera. Sama nieszczelność, będąca skutkiem błędu technicznego lub niedokrwieniem ściany żołądka, może objawiać się tachykardią, bólem brzucha, gorączką, niepokojem chorego [13].

Po operacjach wyłączających mogą wystąpić takie niepokojące objawy jak: krwawienie z powłok w miejscu prowadzenia trokarów, uszkodzenia narządów jamy brzusznej przy wprowadzaniu pierwszego trokaru, zmiany położenia pasażu w przewodzie pokarmowym, powstawanie przepuklin wewnętrznych, krwawienie z linii zszywek, nieszczelność zespolenia jelitowo-jelitowym, krwiste stolce, obniżenie wartości morfologii krwi, zapalenie otrzewnej. Utrudnione wchłanianie grozi niedoborami witamin B₁, B₁₂, D₃, wapnia, białka, żelaza, kwasu foliowego [13].

Po operacjach mogą wystąpić także takie problemy jak: biegunki, zaparcia, dysfagia, wymioty, odwodnienie, konieczność przeprowadzenia kolejnych operacji bariatrycznych [27]. Należy również wspomnieć o efekcie ubocznym dużej redukcji masy ciała w krótkim okresie czasu. Jest to zalegający nadmiar skóry. Szybkość utraty masy ciała stabilizuje się mniej więcej dwa lata po operacji. Chirurdzy po tym czasie mogą zająć się plastyką okolic brzucha, ud, ramion, sutków. Jednakże w czasie tych dwóch lat u pacjentów mogą pojawić się także problemy psychologiczne wynikające z braku akceptacji własnego ciała [14].

Wszyscy chorzy przed wyjściem ze szpitala powinni otrzymać informacje i zalecenia odnośnie dalszego postępowania w razie wystąpienia komplikacji pooperacyjnych. Istotne aby pacjent miał stały dostęp do lekarza internisty, który może pomóc w sytuacji wystąpienia powikłań niewymagających leczenia chirurgicznego. W przypadku powikłań wymagających udziału chirurga chory powinien udać się do ośrodka doświadczonego w chirurgii bariatrycznej, najlepiej do ośrodka który wykonał pierwotny zabieg operacyjny [3,15].

CEL PRACY

Celem pracy była:

- ocena sytuacji zdrowotnej i potrzeb pielęgnacyjnych pacjentki, u której wystąpiły powikłania po przebytej operacji bariatrycznej
- opracowanie indywidualnego planu opieki w stosunku do pacjentki po operacji bariatrycznej typu RYGB

MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto 45-letnią pacjentkę M.K., podczas 5-dniowego pobytu na oddziale chirurgii ogólnej w maju 2022r, na którym przebyła poprzednie operacje. Chora zgłosiła się do oddziału, na podstawie skierowania, w celu wykonania badań diagnostycznych z uwagi na nasilające się dolegliwości oraz ustalenia dalszego procesu leczenia. Pacjentka nadal kontynuuje leczenie otyłości i powikłań będących wynikiem przebytych operacji.

Dane do pracy zostały zgromadzone na podstawie informacji zdobytych podczas bezpośredniej obserwacji chorej oraz wywiadu z nią, zgłaszanych i widocznych objawów, analizy dokumentacji medycznej i pomiarów.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, w efekcie czego opracowano indywidualny plan opieki w oparciu o proces pielęgnowania.

ANALIZA INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Opis przypadku

45-letnia pacjentka po otrzymaniu skierowania od chirurga w maju 2022 zgłosiła się w wyznaczonym terminie na oddział chirurgii ogólnej i przebywała na nim przez 5 dni. Pierwszego dnia pobytu na oddziale z pacjentką został przeprowadzony wywiad pielęgniarzki.

W czasie zbierania wywiadu pacjentka była w dobrym stanie ogólnym. Dokonano podstawowych parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze krwi – 121/79 mmHg, tętno - 72 uderzeń/minutę, temperatura 36,6 C^o . Wzrost 160 cm, waga 89 kg, BMI **34.8**.

Pacjentka znajduje się pod opieką kliniki chirurgicznego leczenia otyłości od 2017 roku. Z powodu licznych problemów zdrowotnych zgłoszonych podczas wizyty kontrolnej lekarz zdecydował o skierowaniu chorej do kliniki chirurgii ogólnej, w której pacjentka przebyła

operacje bariatryczne, w celu wykonania badań diagnostycznych i ustalenia dalszego schematu leczenia.

Pacjentka od dzieciństwa ma problemy z utrzymaniem prawidłowej wagi ciała. W drugiej ciąży została u pacjentki zdiagnozowana cukrzyca typu II. U pacjentki zdiagnozowano także nadciśnienie tętnicze. W marcu 2017 pacjentka ważąca wówczas 126 kg (BMI 49.2 kg/m²) została przyjęta do kliniki chirurgii ogólnej celem chirurgicznego leczenia otyłości. Zabieg wykonano metodą RYGB. Następny zabieg operacyjny polegający na konwersji RYGB do long-loop RYGB oraz plastyce przepukliny w bliźnie po laparotomii z separacją przedziałów wykonano 19.05.2020 roku. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z zaleceniami:

1. Zalecenia żywieniowe- które zostały uprzednio omówione z chorą
2. Zdjęcie szwów 14 dni po zabiegu w ambulatorium chirurgicznym
3. Kontrola w Poradni Chirurgicznego leczenia Otyłości 1, 6, 12, 24 miesiące po operacji
4. Controloc 20 mg 1x1 tabletka na noc, kwas foliowy 2x1
5. Vit B12 1000y i.m, co miesiąc
6. Gastroskopia 18 miesięcy po zabiegu

Pierwszego dnia pobytu na oddziale pacjentka ważyła 89 kg (BMI **34.8 kg/m²**). Pacjentka uskarżała się na ogólne osłabienie, wymioty towarzyszące spożywaniu pewnej grupy pokarmów np. mięsnych oraz bardzo częste biegunki. W wynikach morfologii widoczne duże niedobory żelaza, witaminy B12, witaminy D3, obniżony poziom krwinek czerwonych. Podczas wywiadu pacjenta przyznała się do nieregularnego stosowania zleconej po zabiegach suplementacji oraz do utrzymywania złych nawyków pokarmowych np. spożywanie zbyt dużych ilości pokarmów.

Pacjentka zgłasza także silne bóle kostno-stawowe. Głównie dotyczyły one stawów kolanowych i nadgarstków. Silne bóle utrudniają pacjentce wykonywanie pracy, przez co zmuszona jest do stosowania dużych ilości środków przeciwbólowych m.in. Ketonal 50 mg. Po konsultacji ortopedycznej została pacjentce zlecona redukcja masy ciała, rehabilitacja i suplementacja: kolagenu, wapnia, witaminy D3.

W wyniku ostrych biegunek u chorej doszło do powstania przedniej i tylnej szczeliny odbytu oraz pseudopolipów kanału odbytu. Pacjenta w styczniu 2022 roku poddała się hemoroidektomii metodą Milligana-Morgana oraz sphincterotomii posterior. Okres pooperacyjny był niepowikłany. Po zabiegu chorej dalej towarzyszył ból przy oddawaniu

stolca. Pacjentka zauważyła również ponowne pojawienie się hemoroidów. Przy nasileniu objawów hemoroidów pacjentka stosuje czopki i tabletki Procto-Glyvenol.

Podczas badania fizykalnego stwierdzono ponowne wyłonienie się przepukliny w szwie po laparotomii, najprawdopodobniej spowodowane typem wykonywanej pracy podczas, której konieczne jest podnoszenie dużych ciężarów. Lekarz poinformował pacjentkę o konieczności wykonania ponownej plastyki przepukliny w bliźnie po laparotomii z separacją przedziałów. Pacjentka odmówiła operacji.

Po wykonanych zabiegach bariatrycznych udało się zmniejszyć trzykrotnie dawkę leków pomagających kontrolować cukrzycę typu II i leków na nadciśnienie względem tej przyjmowanej przed pierwszą operacją bariatryczną. Aktualnie zlecone przez lekarza jest przyjmowanie 1x1000 mg Glucophage XR, 1x5mg Enarenal, 1x5mg Indapen SR. Pacjentce zalecono utrzymanie przyjmowania suplementacji doustnej oraz przyjmowanie w iniekcjach domięśniowych witaminy B12 zaleconych przy wypisie po operacji bariatrycznej. Dodatkowo po konsultacji z lekarzem rodzinnym pacjentka zaczęła przyjmować Ascofer Plus 1x2.

Pacjentka zgłasza problemy z samopoczuciem i akceptacją własnego ciała, ze względu na nadmiar skóry pozostały po odchudzaniu w okolicy ud, brzucha, ramion, piersi.

Plan opieki pielęgniarskiej

- **Problem pielęgnacyjny: Często występująca biegunka powodująca dyskomfort w życiu codziennym pacjentki.**
 - ✓ **Cel:** Ograniczenie częstotliwości występowania biegunek.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena początku występowania i przebiegu biegunek. Zanotować: kiedy zaczęły się objawy, czy pacjentka odbyła ostatnio jakieś podróże lub zmieniła leki.
 - Ustalenie z pacjentką po spożyciu jakich pokarmów najczęściej występuje biegunka.
 - Ocena cech charakterystycznych (koloru oraz obecności krwi lub śluzu w stolcu) i liczby stolców w ciągu doby.
 - Uzyskanie próbki kału w celu badań na posiew zleconych przez lekarza.

- Ocena w skali VAS bólu brzucha (8 pkt.) i związanych z nim objawów. Ocena rodzaju i lokalizacji bólu brzucha, a także powiązanych z nim objawów, takich jak nudności, wymioty, utrata apetytu, gorączka, omdlenia lub zawroty głowy
- Ocena ruchów perystaltycznych jelit.
- Monitorowanie zaburzeń równowagi elektrolitowej, poprzez regularne badania krwi..
- Ocena wpływu przyjmowanych przez pacjentkę leków na występowanie bólów brzucha i biegunek (skutki uboczne leków). Omówienie z pacjentką, w jaki sposób i kiedy przyjmuje leki. Jeśli przyjmuje środki przeczyszczające lub zmiękczające stolec, nauczyć pacjentkę ich właściwego stosowania i zaprzestania stosowania w przypadku wystąpienia biegunki.
- Po ustaleniu przyczyny biegunki i braku przeciwwskazań należy podać leki przeciwbiegunkowe. Poinstruować chorą, że silne leki przeciwbiegunkowe na receptę powinna przyjmować wyłącznie po konsultacji z lekarzem.
- Zachęcenie pacjentki do stosowania technik relaksacyjnych w przypadku niepokoju lub stresu, który także może powodować biegunki.
- Edukacja pacjentki na temat dbania o skórę wokół odbytu. Częsta biegunka może powodować pękanie skóry w okolicy odbytu. Zaznajomić pacjentkę z techniką prawidłowego wycierania od przodu do tyłu i używania niedrażniących środków czyszczących.
- Zachęcić pacjentkę do utrzymania braku spożywania alkoholu i nie korzystania z innych używek np. papierosy, gdyż te mogą wpływać negatywnie na jelita i trawienie pokarmu powodując biegunki.
- Edukacja pacjentki na temat skutków przebytych operacji bariatrycznych. Pacjenci bariatryczni mogą mierzyć się z biegunkami, które trwają od kilku dni do kilku tygodni, ze względu na często występujący u nich tzw. Dumping syndrome.
- Edukacja pacjentki na temat pokarmów oraz sposobów przyrządzania posiłków, które mogą nasilać biegunki (np. ograniczenie spożywania kawy i surowych warzyw).
- Zachęcenie pacjentki do przyjmowania min.1.5 l – 2 l płynów na dobę, aby zapobiec odwodnieniu organizmu.
- Zachęcenie do spożywania napojów elektrolitowych, aby zapobiec wahaniom elektrolitowym we krwi.
- ✓ **Ocena:**
- Pacjentka rozpoznaje grupy pokarmów, które przyczyniają się do biegunki.

- Pacjentka utrzymuje odpowiednią podaż płynów, aby zapobiec odwodnieniu, co najmniej 1500 ml/dobę.
- Pacjentka zgłasza mniej niż trzy luźne stolce dziennie.
- Pacjentka zgłasza, że stolce są uformowane i miękkie, bez krwi i śluzu.
- Pacjentka zgłasza ulgę w bólu brzucha, gazach lub skureczach.
- Zmniejszył się odczuwany przez pacjentkę dyskomfort odczuwany codziennym życiem.

➤ **Problem pielęgnacyjny : Ból przy oddawaniu stolca.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie bólu przy oddawaniu stolca.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena bólu w skali VAS podczas oddawania stolca oraz po oddaniu stolca. Pacjentka ocenia ból podczas oddawania stolca na 8, natomiast po oddaniu stolca na 9 w skali VAS.
 - Ocena kondycji skóry wokół odbytu.
 - Ocena cech charakterystycznych i liczby stolców.
 - Edukacja pacjentki na temat dbania o skórę wokół odbytu. Zaznajomienie pacjentki z techniką prawidłowej higieny kroczka i okolic odbytu oraz wskazanie niedrażniących środków czyszczących.
 - Zalecenie pacjentce każdorazowo po skorzystaniu z toalety używanie bidetu/ podmywania się lub stosowania mokrych chusteczek nawilżonych.
 - Zalecenie pacjentce noszenia przewiewnych ubrań i luźnej, nie drażniącej skóry odbytu bielizny wykonanej z tkanin naturalnych.
 - Stosowanie nasiadówek przez 10-15 min. dziennie z dodatkiem np. kory dębu.
 - W razie pękniętej lub swędzącej skóry wokół odbytu stosowanie maści skierowanej przeciwko tym dolegliwościom np. Rectostop.
 - W razie biegunk, które dodatkowo podrażniają skórę wokół odbytu próba ich eliminacji poprzez stosowanie np. środków przeciwbiegunkowych lub innych metod niefarmakologicznych np. eliminacja pokarmów powodujących biegunki z diety.
 - W razie zaparc może dojść do uszkodzenia skóry wokół odbytu, aby przed tym pacjentkę uchronić należy ją zachęcić do aplikacji czopka glicerynowego. Poinstruowanie pacjentki jak samodzielnie taki czopek może zaaplikować.

- W razie bólu sprawiającego dyskomfort pacjentce zaproponować stosowanie czopków ze środkiem przeciwbólowym np. Paracetamolem.

✓ **Ocena:**

- W trakcie oddawania stolca pacjentka ocenia swój ból na 2 w skali VAS, natomiast po oddaniu stolca na 3 w skali VAS.
- Ocena skóry wokół odbytu po tygodniu nie wykazuje żadnych podrażnień i nieprawidłowości.

➤ **Problem pielęgnacyjny: Nudności i wymioty po spożyciu pokarmów.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie nudności i wyeliminowanie wymiotów pojawiających się po spożyciu pokarmów.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ustalić przyczynę nudności i wymiotów np. grup pokarmów lub leków je wywołujących. Jeśli jest to możliwe to zachęcenie pacjentki do wyeliminowania tych czynników z diety.
- Ocena i udokumentowanie następnego epizodu nudności lub wymiotów (początek, czas trwania, charakter i objętość wymiocin, pora i okoliczności występowania, czynniki nasilające dolegliwości, częstotliwość, czas jaki upłynął od spożycia posiłku)
- Podanie pacjentce leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza w razie epizodu nudności lub wymiotów oraz poinstruowanie pacjentki jak sama może przyjmować te leki.
- Zachęcenie pacjentki do rozważenia nefarmakologicznych metod terapii (akupresury, muzykoterapii, jogi, stosowania naparów z imbiru, technik relaksacyjnych).
- Poinstruowanie pacjentki jak w warunkach domowych uchronić się przed zachłyśnięciem wymiocinami. Pacjentka powinna wymiotować w pozycji pochylonej i natychmiast wypluwać z siebie wymiociny lub gdy, leży powinna robić to w pozycji bocznej z odchyłoną głową.
- Edukacja pacjentki na temat dbania o higienę jamy ustnej, całego ciała oraz otoczenia w razie wymiotów.
- Zapewnienie pacjentce dostępu do wody i zachęcenie do spożywania 1.5l- 2l płynów na dobę często małymi porcjami.
- Zachęcenie do wprowadzenia modyfikacji w diecie. Zalecenie do spożywania kilku małych posiłków w ciągu dnia. Jedzenie powinno być przeżuwane dokładnie i powoli.

Należy unikać popijania posiłków oraz spożywania słodczy, potraw smażonych i tłustych oraz napojów gazowanych..

- Po spożyciu posiłków zalecany jest odpoczynek w pozycji siedzącej, a odradzane jest leżenie.

✓ **Ocena:**

- Pacjentka stwierdza zmniejszenie lub ustąpienie nudności i wymiotów
- Pacjentka zna i eliminuje modyfikowalne czynniki sprzyjające wystąpienia nudności i wymiotów
- Pacjentka zna i stosuje metody radzenia sobie w przypadkach wystąpienia nudności i wymiotów

➤ **Problem pielęgnacyjny: Odczuwalne osłabienie przez pacjentkę będące wynikiem anemii i niedoborów pokarmowych.**

- ✓ **Cel:** Polepszenie samopoczucia pacjentki poprzez zmniejszenie niedoborów.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Edukacja pacjentki na temat skutków przebytych operacji bariatrycznych, które spowodowały osłabienie wchłaniania składników odżywczych z pożywienia m.in. żelaza, witaminy B12.
- Uświadomienie pacjentki na temat powikłań anemii oraz niedoboru żelaza, witaminy B12, witaminy D3.
- Uświadomienie pacjentki, że o pozytywnym wpływie suplementacji na organizm w dużej mierze decyduje regularność przyjmowania suplementów.
- Edukacja pacjentki na temat zalecanych do spożywania grup pokarmów bogatych w składniki pokarmowe, których niedobory posiada pacjentka. Pokarmy bogate w żelazo to to głównie produkty pochodzenia zwierzęcego zawierające żelazo hemowe takie jak mięso, drób, ryby i jaja. Produkty bogate w żelazo niehemowe to przede wszystkim produkty roślinne w tym nasiona roślin strączkowych, warzywa zielonolistne np. szpinak. Witamina B12 występuje tylko w produktach pochodzenia zwierzęcego. Jej głównym źródłem są podroby, mięso, mleko i jego przetwory oraz żółtka jaj. **Witamina D występuje w żywności** w niewielkich ilościach. Jej głównym źródłem są produkty pochodzenia zwierzęcego (np. ryby, jaja, nabiał), ale można ją znaleźć również w niektórych produktach roślinnych (np. grzyby).

- Zachęcenie pacjentki do ustawienia alarmu na telefonie komórkowym przypominającego o przyjęciu suplementów.
- Zachęcenie pacjentki do zakupu pudełeczek na leki z podziałem na dni tygodnia i/lub pory dnia oraz umieszczenie tego pudełeczka w widocznym miejscu np. pozostawienie pudełeczka na szafce nocnej obok łóżka wraz ze szklanką wody do popicia.
- Edukacja pacjentki na temat poprawnego sposobu przyjmowania suplementów np. o jakiej porze dnia najlepiej je przyjmować, jakie czynniki wpływają na pogorszenie ich wchłaniania. Analiza przyjmowanych suplementów i wyznaczenie stałej pory dnia na ich przyjmowanie.

Polecenie przyjmowania witaminy B12, mającej postać tabletek doustnych, w trakcie posiłku lub bezpośrednio po nim.

Zalecenie pacjentce przyjmowania preparatów z żelazem na czczo lub między posiłkami. Najlepsze wchłanianie osiąga się zachowując odstęp 30-60 minut przed posiłkiem. W przypadku, gdy u pacjentki pojawiają się działania niepożądane (nudności, biegunki, zaparcia, kolki jelitowe), polecenie przyjmowania żelaza bezpośrednio po posiłku. Pacjentka przed zażyciem tabletki żelaza lub wraz z nią nie powinna spożywać żywności bogatej w wapń, otrębów, zbóż, nasion roślin strączkowych, kawy, herbaty i pokarmów bogatotłuszczowych. Związkami, które mogą potencjalnie wspomagać wchłanianie żelaza są kwasy organiczne, takie jak kwas cytrynowy, jabłkowy, mlekowy (obecny np. w produktach kiszonych) i witamina C. Zalecenie pacjentce popijania suplementu żelaza sokiem pomarańczowym.

Polecenie pacjentce suplementowania witaminy D3, która jest witaminą rozpuszczalną w tłuszczach, **wraz z posiłkami zawierającymi tłuszcz lub wybieranie takich preparatów, które zawierają dodatek oleju,**

- Edukacja pacjentki na temat sposobów poprawy wchłaniania przyjmowanych suplementów np. zalecenie pacjentce, aby zwiększyć wchłanianie suplementów z żelazem warto wraz z nimi spożywać produkty bogate w witaminę C lub kiszonki.
- Zalecenie badań krwi wykonywanych przynajmniej raz co 3 miesiące, by kontrolować anemię oraz inne niedobory pokarmowe.
- Zachęcenie pacjentki do spacerów w ciągu dnia, by wspomóc wytwarzanie witaminy D3 w organizmie.

- Zachęcenie pacjentki do odznaczania w kalendarzu każdego dnia, w którym pacjentce udało się przyjąć wszystkie suplementy.
- Na zlecenie lekarza dotkankowe podawanie witaminy B12, zaznajomienie pacjentki z całą procedurą wstrzyknięć domięśniowych, aby zmniejszyć niepokój przed ich otrzymywaniem.
- Obserwacja pacjentki pod kątem regularności przyjmowania suplementów oraz reakcji na nie.
- Jeśli pacjentka nie czuje się na siłach sama stworzyć jadłospis oparty na jej potrzebach żywieniowych należy zachęcić ją do skorzystania z pomocy dietetyka.
- W razie potrzeby na zlecenie lekarza wykonanie wlewu dożylnego z żelazem, edukacja na temat całej procedury oraz poinformowanie w jaki sposób kontynuować podaż dożylną leku po wypisie do domu.

✓ **Ocena:**

- Pacjentka nie czuje się osłabiona w ciągu dnia i ma energię do wykonywania czynności dnia codziennego.
- Pacjentka zna grupy pokarmów bogate w żelazo, witaminę B12, witaminę D3 i umie je wkomponować w swoją dietę.
- Pacjentka utrzymuje regularność w przyjmowaniu suplementów.
- Pacjentka nie odczuwa niepokoju w razie potrzeby wykonania iniekcji domięśniowej z witaminą B12.
- Pacjentka wie jak zrealizować zlecenie wlewu dożylnego z preparatem żelaza i nie odczuwa przed tym niepokoju.

➤ **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko dalszego wyłaniania przepukliny i jej uwięźnięcia.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie ryzyka dalszego wyłaniania przepukliny i jej uwięźnięcia.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Uświadomienie pacjentki na temat niebezpieczeństwa dla jej życia i zdrowia jakie stanowi przepuklina w szwie pooperacyjnym, a zwłaszcza jej uwięźnięcie.
- Zmniejszenie ryzyka zaprac, które mogą powodować dolegliwości bólowe lub powiększenie przepukliny poprzez spożywanie pokarmów bogatych w błonnik pokarmowy np. suszone śliwki.

- Zalecenie pacjentce unikania źródeł infekcji, ponieważ kaszel może spowodować nasilenie uwypuklenia przepukliny.
- Ograniczenie podnoszenia ciężarów w pracy oraz w życiu codziennym.
- Zachęcenie do proszenia o pomoc innych osób w celu podnoszenia ciężarów.
- Omówienie całej procedury zabiegu plastyki przepukliny w celu zmniejszenia niepokoju pacjentki i zachęcenie do poddania się tej operacji.
- Umożliwienie pacjentce kontaktu z chirurgiem oraz rozmowy na temat operacji przepukliny.
- Zapoznanie pacjentki z modelem opieki pielęgniarskiej po zabiegu.

✓ **Ocena:**

- Pacjentka posiada wiedzę na temat profilaktyki rozwoju przepukliny
- Pacjentka podjęła decyzję o chęci poddania się operacji przepukliny w bliźnie po laparotomii

➤ **6.Problem pielęgnacyjny: Otyłość nasilająca bóle kostno-stawowe u pacjentki.**

- ✓ **Cel:** Redukcja masy ciała pacjentki i zmniejszenie dolegliwości bólowych kostno-stawowych.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Ocena BMI pacjentki. Na początku pobytu w szpitalu BMI chorej wynosi **34.8 kg/m²**.
- Ocena lokalizacji bólu i nasilenia w skali VAS. Pacjentka ocenia ból w stawach kolanowych na 6 w skali VAS, natomiast ból w nadgarstkach na 4 w skali VAS.
- Obliczenie zapotrzebowania kalorycznego pacjentki.
- Rozmowa z pacjentką na temat jej nawyków żywieniowych.
- Rozmowa z pacjentką na temat prowadzonego stylu życia.
- Rozmowa z pacjentką na temat częstotliwości i rodzaju wykonywanej aktywności fizycznej. Zalecenie ćwiczeń, które nie mają negatywnego wpływu na stawy np. pływanie, aerobik wodny. Odradzenie tych aktywności, które mogą spowodować kontuzję u osób z nadmierną masą ciała i wpływających negatywnie na stawy np. bieganie. Zalecenie pacjentce stopniowego zwiększania częstotliwości i długości wykonywanej aktywności fizycznej, tak aby organizm miał czas się przystosować, a pacjentka nie zraziła się do aktywności fizycznej, gdy nie daje rady czegoś wykonać.

- Zalecenie pacjentce dokonywania kontroli wagi i pomiarów tylko raz w tygodniu. Codzienne ważenie może negatywnie wpłynąć na psychikę pacjentki, wzmacniać przy niekorzystnych pomiarach stres i wydzielanie kortyzolu i zniechęcić do dalszego wprowadzania zmian w swoim życiu.
- Zachęcenie pacjentki do dokumentowania swoich sukcesów, by utrzymywać wysoki poziom motywacji.
- Zachęcenie do stopniowego wprowadzania zmian w swoim życiu np. zaprzestania podjadania pomiędzy posiłkami, ograniczenia ilości cukru i przetworzonych węglowodanów w diecie, regularne spożywanie posiłków.
- Zachęcenie pacjentki do konsultacji z dietetykiem w celu stworzenia indywidualnego jadłospisu.
- Zachęcenie do stosowania zimnych okładów w miejscu odczuwania bólów kostno-stawowych.
- Edukacja pacjentki na temat sposobu prawidłowego przyjmowania leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza np. koniecznych odstępów pomiędzy przyjmowaniem środków przeciwbólowych.

✓ **Ocena:**

- Masa pacjentki została zredukowana o 1.5 kg w czasie pobytu w szpitalu.
- Pacjentka jest zmotywowana do uprawiania regularnej aktywności fizycznej, w czasie pobytu w szpitalu spaceruje.
- Pacjentka wprowadziła do swojego życia zdrowe nawyki żywieniowe np. brak podjadania pomiędzy posiłkami.
- Nasilenie bólów kostno-stawowych zmniejszyło się w skali VAS według pacjentki. W stawach kolanowych odczucie bólu zmniejszyło się do 3 w skali VAS, natomiast w nadgarstkach do 2 w skali VAS.

➤ **7.Problem pielęgnacyjny: Obniżone samopoczucie i brak akceptacji własnego ciała przez pacjentkę.**

✓ **Cel:** Poprawa samopoczucia i podniesienie poziomu samooceny przez pacjentkę.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentką na temat możliwych czynników powodujących obniżenie samopoczucia i samooceny przez pacjentkę.

- Wykazanie zainteresowania, szacunku, chęci pomocy i empatii podczas rozmowy z pacjentką.
- Aktywizowanie rodziny do pomocy chorej i okazywania jej wsparcia
- Zachęcenie pacjentki do odbycia rozmowy z psychologiem.
- Zachęcenie do używania niefarmakologicznych sposobów polepszania kondycji skóry oraz jej ujędrnienia np. masaż bańkami problematycznych rejonów skóry.
- Zachęcenie do konsultacji z chirurgiem plastycznym względem usunięcia nadmiaru skóry.
- Zachęcenie do podzielenia się problemami ze swoimi bliskimi, którzy mogą wesprzeć emocjonalnie pacjentkę.
- Zachęcenie pacjentki do wymiany swoich doświadczeń z innymi pacjentami po operacji bariatrycznej, uczestnictwo w grupach wsparcia i na forach dla osób po operacjach bariatrycznych.
- Zachęcenie do prowadzenia dziennika, który pozwoli pacjentce przemyśleć swoje problemy.

✓ **Ocena:**

- Samopoczucie pacjentki polepszyło się.
- Pacjentka zapisała się na terapię psychologiczną.
- U pacjentki dzięki stosowaniu zabiegów niefarmakologicznych, wpływających pozytywnie na kondycję skóry, podniósł się poziom samooceny.
- Pacjentka umówiła się na konsultację z chirurgiem plastycznym w sprawie usunięcia nadmiaru skóry.

➤ **8. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko uzależnienia od leków przeciwbólowych.**

✓ **Cel:** Zapobiegnięcie wystąpieniu uzależniania od środków przeciwbólowych.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentką na temat niebezpieczeństwa uzależnienia od leków przeciwbólowych.
- Zastosowanie bezpiecznych zamienników jakimi są ziołolecznictwo, psychoterapia lub zabiegi relaksacyjne.
- Zachęcenie do stosowania dzienniczka kontroli przyjmowanych leków.
- Zaangażowanie bliskich osób pacjentki i wyedukowanie ich na temat dawkowania leków przeciwbólowych.

✓ **Ocena:**

- Chora jest świadoma ryzyka związanego z nadmiernym przyjmowaniem leków przeciwbólowych, zadeklarowała ograniczenie przyjmowania leków przeciwbólowych oraz stosowanie nefarmakologicznych zamienników oraz prowadzenie dzienniczka kontroli przyjmowania leków.

➤ **9.Problem pielęgnacyjny: Trudność w zasypianiu oraz utrzymaniu ciągłości snu.**

✓ **Cel:** Zapewnienie prawidłowego snu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena nasilenia, czasu trwania zaburzeń snu oraz czynników wpływających na łagodzenie i nasilenie zaburzeń.

- Zweryfikowanie warunków do snu
- Pomoc w ocenie stylu życia pacjentki
- Wprowadzenie stałych godzin snu
- Pouczenie pacjentki, aby przed snem nie piła za dużo oraz nie kładła się na czczo lub bezpośrednio po spożyciu posiłku

- Zachęcenie do aktywności fizycznej na świeżym powietrzu np. spacer przed pójściem spać

- Zapewnienie odpowiednich warunków do snu takich jak wygodne i czyste pościelenie oraz ciepłe, przewietrzone pomieszczenie

- Udzielenie kilku praktycznych porad dotyczących poprawy warunków snu np. zapewnienie optymalnego dla pacjentki oświetlenia w pomieszczeniu lub jego całkowitego braku

- Zachęcenie do korzystania z technik relaksacyjnych przed snem
- Unikanie drzemek podczas dnia
- Doradzenie zaprzestania używania telefonu oraz innych urządzeń multimedialnych przed snem ze względu na ekspozycję na niebieskie światło LED

- Umożliwienie rozmowy z lekarzem na temat suplementacji melatoniny przed snem

✓ **Ocena:**

- Jakość snu pacjentki uległa poprawie

➤ **10.Problem pielęgnacyjny: Ryzyko uzależnienia od leków nasennych.**

✓ **Cel:** Zapobiegnięcie wystąpieniu uzależniania od środków nasennych.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentką na temat niebezpieczeństwa uzależnienia od środków nasennych.

- Zastosowanie bezpiecznych zamienników jakimi są ziołolecznictwo, psychoterapia lub zabiegi relaksacyjne.

- W razie potrzeby zaangażowanie bliskich osób pacjentki i wyedukowanie ich na temat dawkowania leków.

✓ **Ocena:**

- Chora jest świadoma ryzyka związanego z nadmiernym przyjmowaniem leków nasennych, zadeklarowała ograniczenie przyjmowania tych leków oraz stosowanie niefarmakologicznych zamienników wspomagających zasypianie i wypoczynek nocny.

PODSUMOWANIE

W efekcie przeprowadzonych badań:

1. Wyróżniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne pacjentki po operacji bariatrycznej z powikłaniami:

- Często występująca biegunka powodująca dyskomfort w życiu codziennym pacjentki.
- Ból przy oddawaniu stolca.
- Nudności i wymioty po spożyciu pokarmów.
- Odczuwalne osłabienie przez pacjentkę będące wynikiem anemii i niedoborów pokarmowych.
- Ryzyko dalszego wyłaniania przepukliny i jej uwięźnięcia.
- Otyłość nasilająca bóle kostno-stawowe u pacjentki.
- Obniżone samopoczucie i akceptacja własnego ciała przez pacjentkę.
- Ryzyko uzależnienia od leków przeciwbólowych.
- Trudność w zasypianiu oraz utrzymaniu ciągłości snu.
- Ryzyko uzależnienia od leków nasennych.

2. Na podstawie zebranych informacji opracowano zindywidualizowany plan opieki dla pacjentki po operacji bariatrycznej z powikłaniami uwzględniający złożoność i

różnorodność problemów pacjentki, który pozwolił na objęcie chorej odpowiedniej opieką.

3. Oceniono stopień realizacji zakładanych celów pielęgniarstkich. Szczególną uwagę zwrócono na poprawę komfortu życia pacjentki, poprawę stanu psychicznego oraz wyeliminowanie czynników bólowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ostrowska L. (red.): Otyłość i jej powikłania. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
2. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health* 2012;47(1): 28-35.
3. Tarnowski W., Jaworski P.: Operacje bariatryczne w praktyce. *Gastroenterologia Kliniczna* 2018; 10(3): 93-101.
4. Inge T., Zeller M., Jenkins T.: Perioperative Outcomes of Adolescents Undergoing Bariatric Surgery. *JAMA Pediatrics* 2014; 168(1) :47-53.
5. Quirante F., Montorfano L., Rammohan R., Dhanbalsamy, Lee A., Szomstein S., Menzo E., Rosenthal R.: Is bariatric surgery safe in the elderly population. *Surgical Endoscopy* 2017; 31(1): 1538-1543.
6. Raars J., Eijdsen W., Crolla R., Steyerberg E., Laan L.: Risk Factors and Outcomes for Postoperative Delirium after Major Surgery in Elderly Patients. *PLOS ONE Medicine* 2015 [online] <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0136071> Data pobrania:26.03.2023.
7. Nuttall R., Body Mass Index. *Nutrition Today* 2015; 50(3) : 117-128.
8. Budzyński A., Major P., Głuszek S. i wsp.: Polskie rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej [online] <https://wssk.wroc.pl/files/upload/files/Polskie%20wytyczne%20leczenia%20bariatrycznego.pdf> Data pobrania:26.03.2023.
9. Sorbieraj-Garbiak I., Drożdżyńska M: Wybrane zakażenia bakteryjne- nieuniknione zagrożenia zdrowia i życia człowieka. *Pomeranian Journal of Life Sciences* 2015; 61(1): 99-107.

10. Shabanzadeh D., Sørensen L.: Alcohol Consumption Increases Post -Operative Infection but Not Mortality: A systematic Review And Meta-Analysis. *Surgical Infections* 2015; 16(6): 657-668.
11. Lindgren E., Gray K., Miller G., Tyler R., Wiers C., Volkow N., Wang G. Food addiction: A common neurobiological mechanism with drug abuse. *Fronters In Biooscience* 2018; 23(1): 811-836.
12. Sudlow A., Roux C., Pournarnars D.: The metabolic benefits of different bariatric operations: what procedure to choose. *Endocrine Connections* 2020; 9(2): 28-35.
13. Paśnik K.: Powikłania po operacjach bariatrycznych. *Chirurgia po dyplomie* 2014, tom 9 nr 1 [online] <https://podyplomie.pl/chirurgia/15964,powiklania-po-operacjach-bariatrycznych> Data pobrania:26.03.2023.
14. Kubik J., Gill., Laffin M., Karmali S.: The impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity* 2013; 7: 1-5.
15. Błyszczek D. Puchalski Z. Szwarz-Woźniak J. Otyłość- opieka pielęgnacyjna po operacjach bariatrycznych [w:] Otyłość jako rosnący problem społeczeństwa. Borusiewicz A., Łodzińska J., Pawłowska M., Ponichtera P., Zabielska P.(red.) *Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża* 2013: 19-30.

PIELĘGNIARSTWO – ZAWÓD CZY MISJA?

Katarzyna Gromotowicz^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

- 1- SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama-Kościółkowskiego
- 2- SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku
- 3- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

W Polsce pielęgniarki stanowią jedną z najliczniejszych grup zawodowych i cieszą się dużą sympatią społeczeństwa. Z przeprowadzonych badań CBOS na temat hierarchii prestiżu profesji zawodowych wynika, iż 78% społeczeństwa darzy pielęgniarki wysokim zaufaniem społecznym. Postęp cywilizacyjny sprawia, że zmieniają się tylko kryteria, według których społeczeństwo dokonuje oceny jakości pracy poszczególnych zawodów, w tym także pielęgniarek. Ustawiczny, ciągły rozwój pielęgniarstwa poszerza wachlarz kompetencji społecznych pielęgniarki, które świadczy o prawidłowym budowaniu dobrostanu społeczeństwa.

Zmiany w funkcjonowaniu współczesnego pielęgniarstwa w Polsce wynikają przede wszystkim z transformacji w sektorze edukacji. Wprowadzenie standardów kształcenia wyższego oraz respektowanie uzyskanych praw na rynku pracy we wszystkich krajach Wspólnoty Europejskiej wzmacniają jakość oraz profesjonalizm świadczeń pielęgniarstkich. Zmiany jakościowe, które dokonują się w formach czy metodach doskonalenia zawodowego pielęgniarek, wymuszają podjęcie badań na temat aktualnego wizerunku oraz zaufania społecznego zawodu pielęgniarki w Polsce.

ROZWINIĘCIE

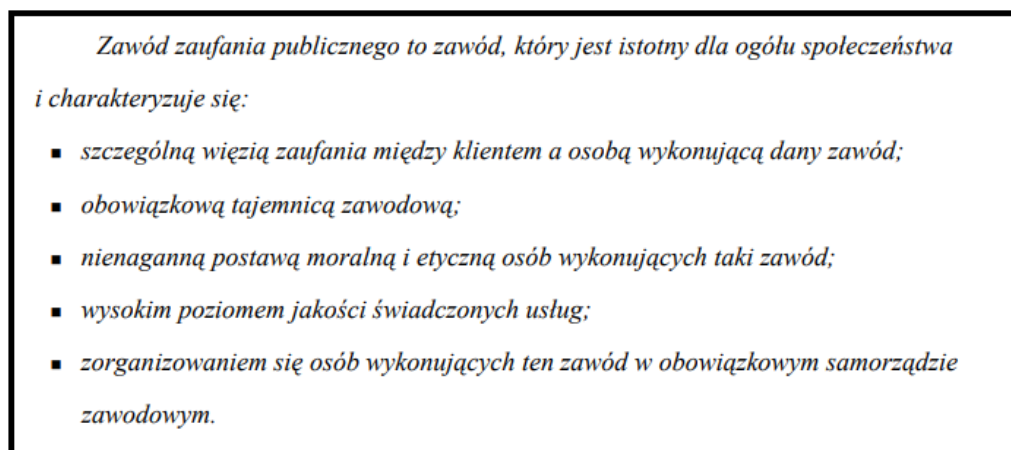
Definicja zawodu zaufania publicznego

Pojęcie zaufania publicznego obejmuje przekonanie, że pewne jednostki w społeczeństwie są uprzywilejowane do posiadania prawa wykonywania zawodu

i tytułu, z oczekiwaniem, że interesy społeczeństwa będą przedkładać nad własne interesy. Zaufanie publiczne to stopień, w jakim opinia publiczna wierzy, że osoba wykonująca dany zawód będzie działać w określony sposób, który służy interesowi publicznemu i go chroni. Zaufanie publiczne musi być stale monitorowane i cenione, aby mieć pewność, że spełniane są oczekiwania społeczeństwa [1].

Pojęcie zawodu zaufania publicznego zostało wprowadzone do polskiego systemu prawnego wraz z Konstytucją z 2 kwietnia 1997 r. Art. 17 ust. 1 Konstytucji stanowi bowiem, że „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony” [2].

Pojęcie zawodu zaufania publicznego, jest specyficzną konstrukcją, która nie występuje w innych krajach europejskich. W polskim prawodawstwie nie ma też legalnej definicji zawodu zaufania publicznego co może rodzić pewne problemy przy kwalifikacji danej profesji do kategorii takich zawodów. Charakterystyczne jest to, że zawody zaufania publicznego posiadają dodatkową cechę, jaką jest występowanie samorządu zawodowego, o którym mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji [2].



Rycina 1. Definicja zawodu publicznego [2].

Według H. Izdebskiego, aby można było mówić o zawodzie zaufania publicznego muszą być spełnione następujące warunki [3]:

- regulowany charakter zawodu,
- zdolność do autoregulacji i do samoregulacji środowiskowej,
- określone standardy postępowania,

- posiadanie kodeksu etycznego,
- rzeczywiste funkcjonowanie zawodu w praktyce.

Z kolei odmienne cechy określili J. Hausner i D. Długosz, którzy uważają, że muszą być spełnione następujące warunki [4]:

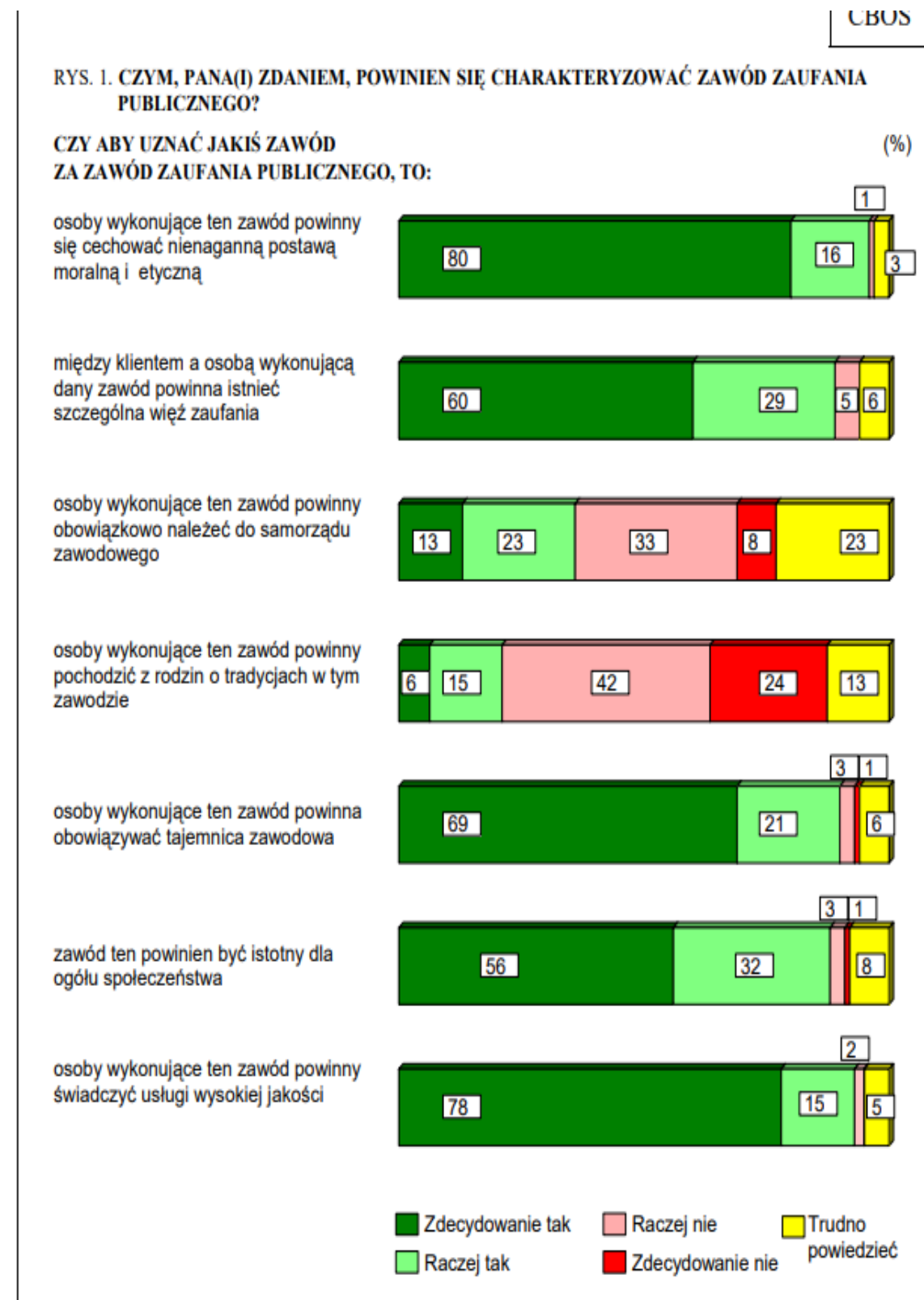
- posiadanie newralgicznych informacji o klientach/pacjentach i uznawanie ich za tajemnicę zawodową,
- posiadanie immunitetu zwalniającego z odpowiedzialności za nieujawnienie tych informacji,
- niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej,
- występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej,
- konieczność posiadania bardzo wysokich wymogów etycznych, nienarzucanych z zewnątrz,
- wyraźne oddzielenie samorządu tych zawodów od samorządu gospodarczego.

Inni autorzy, jak M. Kulesza czy W.J. Wołpiuk, za istotną cechę zawodu zaufania publicznego uznali jego misyjność. Atrybut ten łączony jest z zarobkowością będącą nieodłączną cechą wykonywania każdego zawodu [5].

Próbie odpowiedzi na pytanie jakimi cechami powinno się charakteryzować wykonywanie zawodów zaufania publicznego dokonano w wyniku przeprowadzonego badania CBOS z 2019 roku. Badanie przeprowadzone zostało na grupie 965 reprezentatywnych dorosłych mieszkańców Polski (rycina 1). Przeważające odpowiedzi dotyczyły nienagannej postawy etycznej i moralnej, posiadanie szczególnej więzi zaufania, świadczenie usług na wysokim poziomie, ochrona tajemnicy zawodowej oraz świadczenie usług dla ogółu społeczeństwa.

Cechy te potwierdza również Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2002 r. określający zawód zaufania publicznego, jako „polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest także normami etyki zawodowej, tradycją korporacji zawodowej, szczególną treścią ślubowania, czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji”. Obecnie w polskim systemie prawnym

obowiązują regulacje ustawowe powołujące samorządy zawodowe zawodów zaufania publicznego [6].



Rycina 2. Cechy zawodów zaufania publicznego wg CBOS

[https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_157_19.PDF, data pobrania 03-01-2023].

Cechy pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego

Zaufanie jest cennym kapitałem społecznym, niezbędnym dla niezawodnych relacji i zdrowego społeczeństwa. Historycznie opinia publiczna darzyła system opieki zdrowotnej i świadczeniodawców dużym zaufaniem. Przyjmuje się, że postrzeganie zaufania do pielęgniarek jest wyższe wśród osób, które miały niedawny kontakt z ochroną zdrowia, co sugeruje, że publiczne zaufanie do pielęgniarek jest relacyjne. Badania nastrojów społeczeństwa od wielu lat wskazują, że pielęgniarstwo jest zawodem cieszącym się największym zaufaniem pod względem uczciwości i integralności etycznej. Tożsamość zawodowa pielęgniarki została opisana przez Fargemoena jako „wartości i przekonania wyznawane przez pielęgniarkę, które kierują jej myśleniem, działaniami i interakcją z pacjentem”, które uważa się za nieodłączne do rozwoju zawodowego [7].

Wyróżnić można cztery kluczowe elementy składające się na postrzeganie pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego:

- wiedza teoretyczna i praktyczna, którą muszą zdobyć profesjonalne pielęgniarki;
- definicja roli zawodowej;
- własne wartości społeczne i moralne pielęgniarek, które powodują, że zachowują się one w oczekiwany, pożądany sposób;
- społeczny wizerunek lub reprezentacja zawodu, obejmująca prestiż i wartość przypisywaną mu przez społeczeństwo.

Zatem społeczny lub publiczny wizerunek zawodu jest kluczowym elementem tożsamości zawodowej. Ogólnie rzecz biorąc, pielęgniarstwo jest uznawane w społeczeństwie jako samodzielny zawód medyczny, którego istotą jest świadczenie opieki w bliskim kontakcie i rozwijanie stałych relacji z pacjentami.

Pielęgniarstwo to zawód zakorzeniony w etyce zawodowej i wartościach etycznych, a praca pielęgniarska opiera się na tych wartościach [8]. Do podstawowych wartości pielęgniarstwa należą:

- altruizm,
- autonomia,

- godność ludzka,
- integralność,
- uczciwość,
- sprawiedliwość społeczna.

Podstawowe wartości etyczne są ogólnie podzielane w społeczności globalnej i są odzwierciedleniem ludzkiego i duchowego podejścia do zawodu pielęgniarki. Jednak na wartości w opiece nad pacjentami mają wpływ uwarunkowania kulturowe, społeczne, ekonomiczne i religijne panujące w społeczności, co sprawia, że niezbędne jest określenie takich wartości w każdym kraju. Wartości zawodowe są ukazane w kodeksach etycznych. W rzeczywistości kodeksy etyczne precyzują praktykę zawodu pielęgniarki, jakość profesjonalnej opieki i normy zawodowe. Potwierdza to corocznie przeprowadzane badanie uczciwości i etyki Gallupa, gdzie pielęgniarstwo jest corocznie na liście 5 najbardziej zaufanych zawodów. W 2021 roku zajęło pierwszą pozycję (81% głosów), lekarze (67%), nauczyciele (64%), farmaceuci (63%), wojsko (61%) [9].

Eksperci WHO wymienili cztery funkcje obowiązujące w pielęgniarstwie:

- Świadczenie opieki zdrowotnej i zarządzanie opieką;
- Edukacja pacjentów oraz personelu zajmującego się ochroną zdrowia;
- Realizowanie roli uczestnika zespołu opieki zdrowotnej;
- Działanie na rzecz postępu w praktyce pielęgniarstwa.

Wymienione wyżej funkcje pielęgniarstwa, szczególną uwagę zwracają się na konieczność wysokich kwalifikacji oraz konieczność przestrzegania norm etycznych i kulturowych [10].

W Polsce funkcje pielęgniarstwa określa ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996 r. z późn. zmianami, (tekst jednolity Dz. U. z 15.07.2011, Nr 174, poz. 1039). Wymienia ona następujące funkcje pielęgniarstwa:

- profilaktyczną,
- diagnostyczną,
- terapeutyczną,
- rehabilitacyjną,

- udzielania medycznych czynności ratunkowych,
- edukacji i promocji zdrowia.

Wszystkie te cechy decydują o postrzeganiu pielęgniarstwa jako zawodu zaufania społecznego.

Pielęgniarstwo na tle innych grup społecznych

Pielęgniarstwo, jako zawód zaufania społecznego, na tle innych grup społecznych w przeważającej części badań jest zawsze w czołówce. Według najpopularniejszego badania CBOS respondenci niemal powszechnie są za przyznaniem statusu zawodu zaufania publicznego

zawodom medycznym, takim jak [11]:

- lekarz (94%),
- pielęgniarka i położna (88%),

oraz prawniczym, takim jak [11]:

- notariusz (87%),
- adwokat (87%),
- radca prawny (87%).

Zdecydowana większość badanych za zawód zaufania publicznego uznaje [11]:

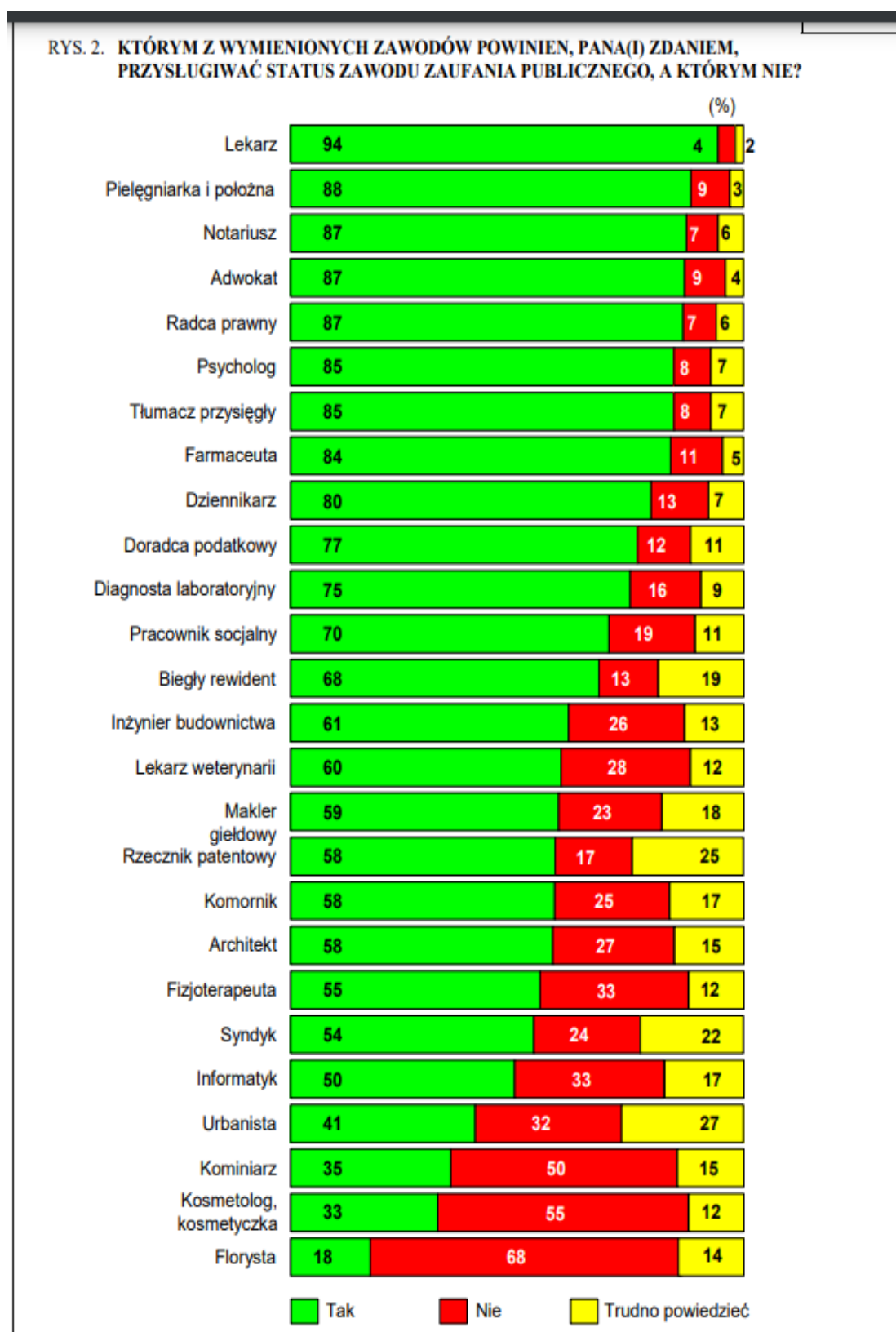
- psychologa (85%),
- tłumacza przysięgłego (85%),
- farmaceutę (84%),
- dziennikarza (80%),
- doradcę podatkowego (77%),
- diagnostę laboratoryjnego (75%).

Większość ankietowanych do zawodów takich skłonna jest także zaliczać [11]:

- pracownika socjalnego (70%),
- biegłego rewidenta (68%),
- inżyniera budownictwa (61%),
- lekarza weterynarii (60%),
- maklera giełdowego (59%),
- rzecznika patentowego (58%),
- komornika (58%),

- architekta (58%),
- fizjoterapeutę (55%),
- syndyka (54%).

Mniej osób sądzi, że status zawodu zaufania publicznego powinien przysługiwać informatykom (50%) i urbanistom (41%) (rycina 3) [11].



Rycina 3. Lista zawodów zaufania społecznego według Badania CBOS [11].

Osobom związanym z takimi profesjami społeczeństwo często powierza informacje na temat swego życia prywatnego, które stanowią tajemnicę zawodową. Należy podkreślić także

pozycję zawodową pielęgniarek, którym zgodnie z art. 24 Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych. W innym badaniu wykonywanym co 6 lat dotyczącym prestiżu zawodów (badanie z 2019 i 2013) pielęgniarstwo wskoczyło z szóstej na drugą pozycję (rycina 4 i 5).

Prestiż zawodów 2019

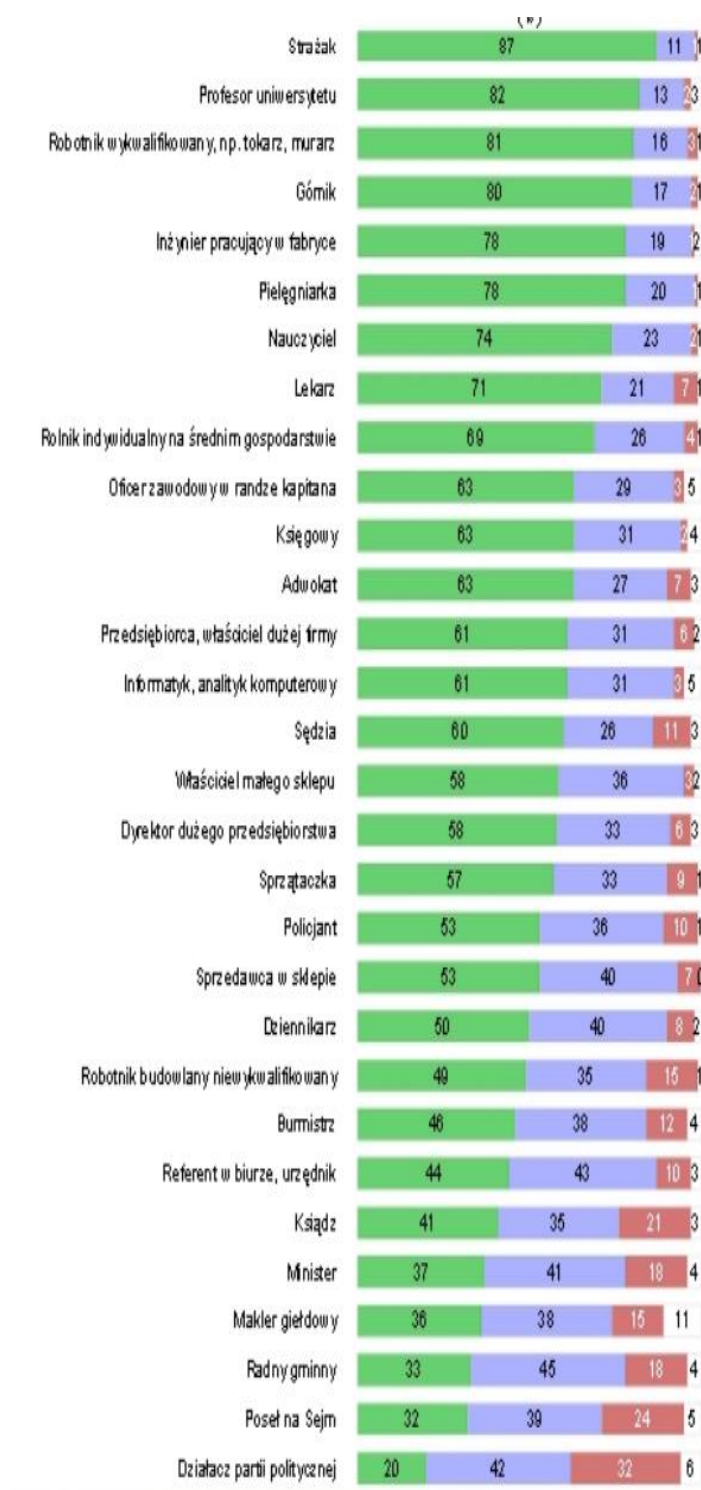
Hierarchia zawodów według poważania społecznego



Rycina 4. Które zawody poważamy? Komunikat z badań Nr 157/2019 CBOS [11]

W obu badaniach zawód pielęgniarki cieszy się większym zaufaniem niż zawód lekarza. Wśród cech psycho-fizycznych, jakimi powinna charakteryzować się osoba wykonująca zawód pielęgniarki najczęściej wymienia się: życzliwość, cierpliwość, opanowanie i optymizm. Podkreśla się także, że zawód pielęgniarki powinien być powołaniem, zwłaszcza w kontekście służby drugiemu człowiekowi. Opinie o zawodzie pielęgniarki zgoła odmienne są kobiet i mężczyzn. Kobiety często podkreślają, że działalność pielęgniarki jest niezbędna

i niezastąpiona. Z kolei mężczyźni, częściej podawali uwagi krytyczne, dotyczące głównie kwestii finansowych osób pracujących w tym zawodzie, postaw pielęgniarki wobec pacjenta oraz ich niskich kwalifikacji zawodowych [12].



Prestizż zawodów 2013

Rycina 5. Które zawody uważamy? Komunikat z badań Nr 122/2013 CBOS [11]

Praktyka zawodowa pielęgniarek w krajach Regionu Europejskiego

W wielu krajach OECD migrujący lekarze i pielęgniarki stanowią znaczną część personelu medycznego. W krajach OECD „prawie jedna czwarta wszystkich lekarzy urodziła się za granicą, a blisko jedna piąta kształciła się za granicą. Wśród pielęgniarek prawie 16% to osoby urodzone za granicą, a ponad 7% to osoby szkolone za granicą”. Polska ma jeden z najniższych odsetków pielęgniarek urodzonych i wyszkolonych za granicą (0,1%). Dla porównania w Norwegii pielęgniarki urodzone za granicą i/lub wyszkolone za granicą stanowią odpowiednio 12,1 i 8,7%. W odpowiedzi na pandemię COVID-19 wiele krajów wdrożyło specjalne przepisy umożliwiające migrującym pracownikom służby zdrowia przedłużenie pozwolenia na pracę lub wejście na rynek pracy w służbie zdrowia po raz pierwszy [13].

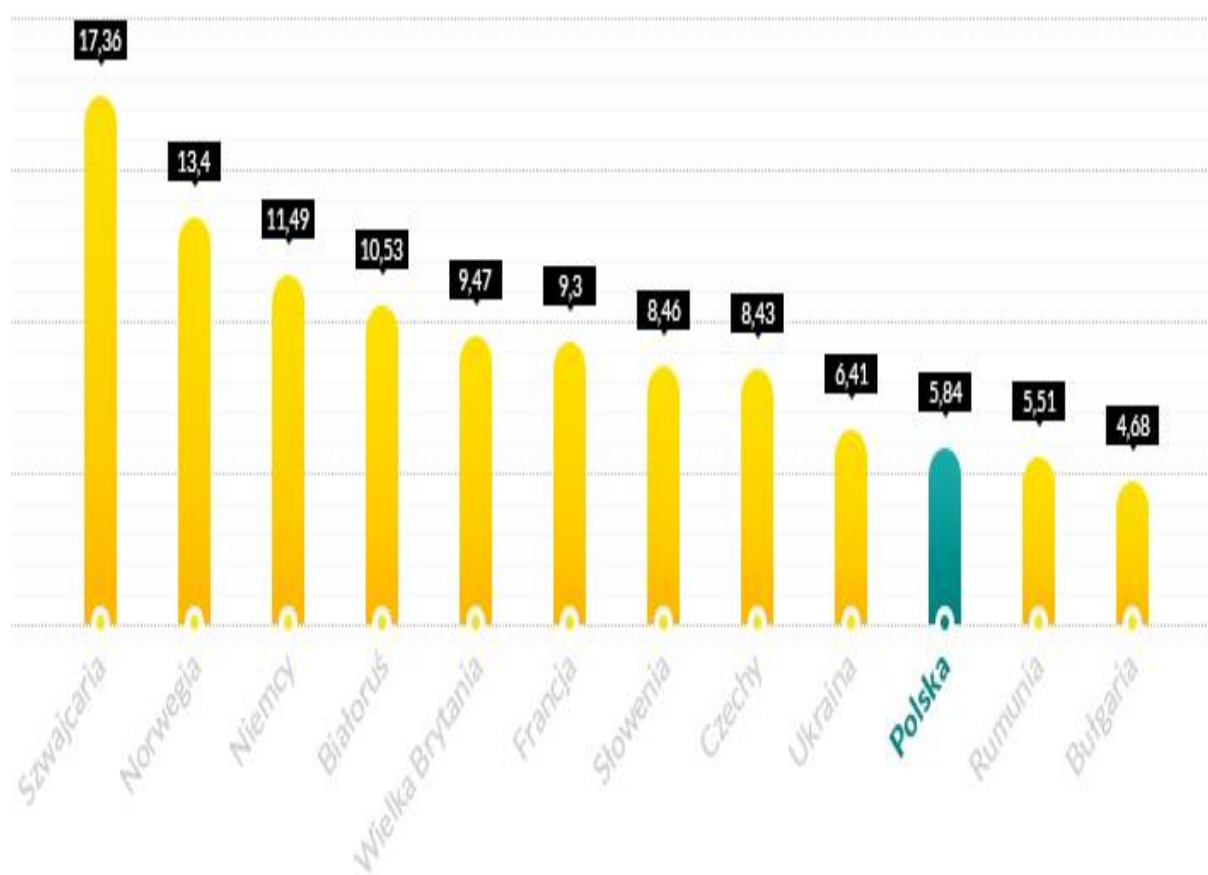
W wielu publikacjach i raportach podkreśla się niedobór pielęgniarek w Polsce. Emigracja pielęgniarek nie jest jedyną przyczyną tego niedoboru. Innymi przyczynami są niewystarczająca liczba studentów pielęgniarstwa oraz znaczny odsetek absolwentów pielęgniarstwa niepodjęających zawodu. W 2020 roku tylko 20% absolwentów studiów pielęgniarstkich faktycznie pracuje jako pielęgniarki w Polsce, ubiegając się o prawo wykonywania zawodu. Innym czynnikiem przyczyniającym się do tego jest de facto zamknięcie rynku pracy w służbie zdrowia dla pielęgniarek urodzonych za granicą i wyszkolonych za granicą [14].

Oczekuje się, że zapotrzebowanie na pielęgniarki będzie nadal rosło w nadchodzących latach ze względu na starzenie się społeczeństwa, podczas gdy wiele pielęgniarek zbliża się do wieku emerytalnego. Obawy o rosnące niedobory skłoniły wiele krajów do podjęcia działań w celu zwiększenia szkolenia nowych pielęgniarek. Niektóre kraje rozwiązały również obecne niedobory, rekrutując pielęgniarki z zagranicy. Zwiększenie wskaźnika retencji pielęgniarek w zawodzie pozostaje kluczową kwestią w większości krajów, aby uniknąć obecnych i przyszłych niedoborów [15].

Średnio w krajach UE w 2020 r. na 1000 mieszkańców przypadało 8,2 pielęgniarki, co oznacza wzrost z 7,4 w 2019 r. W Polsce jest to wskaźnik 5,84% (rycina 5).

Wśród krajów UE liczba pielęgniarek na mieszkańca była najwyższa w 2020 r. w Szwajcarii, Norwegii i Niemczech. Mimo że największa liczba pielęgniarek przypadająca na 1000 ludności występuje w Norwegii, Szwajcarii i Islandii, to około jedna trzecia

pielęgniarek w tych krajach oraz w Finlandii jest wyszkolona na niższym poziomie niż pielęgniarki ogólne i wykonuje niższe zadania. Dla porównania w niektórych innych krajach, w których liczba pielęgniarek jest stosunkowo niewielka, takich jak Włochy i Hiszpania, duża liczba asystentów opieki zdrowotnej (lub pomocy pielęgniarskich) zapewnia pomoc pielęgniarkom. Grecja ma najniższą liczbę pielęgniarek na mieszkańca wśród krajów UE, ale dane obejmują tylko pielęgniarki pracujące w szpitalach [17].

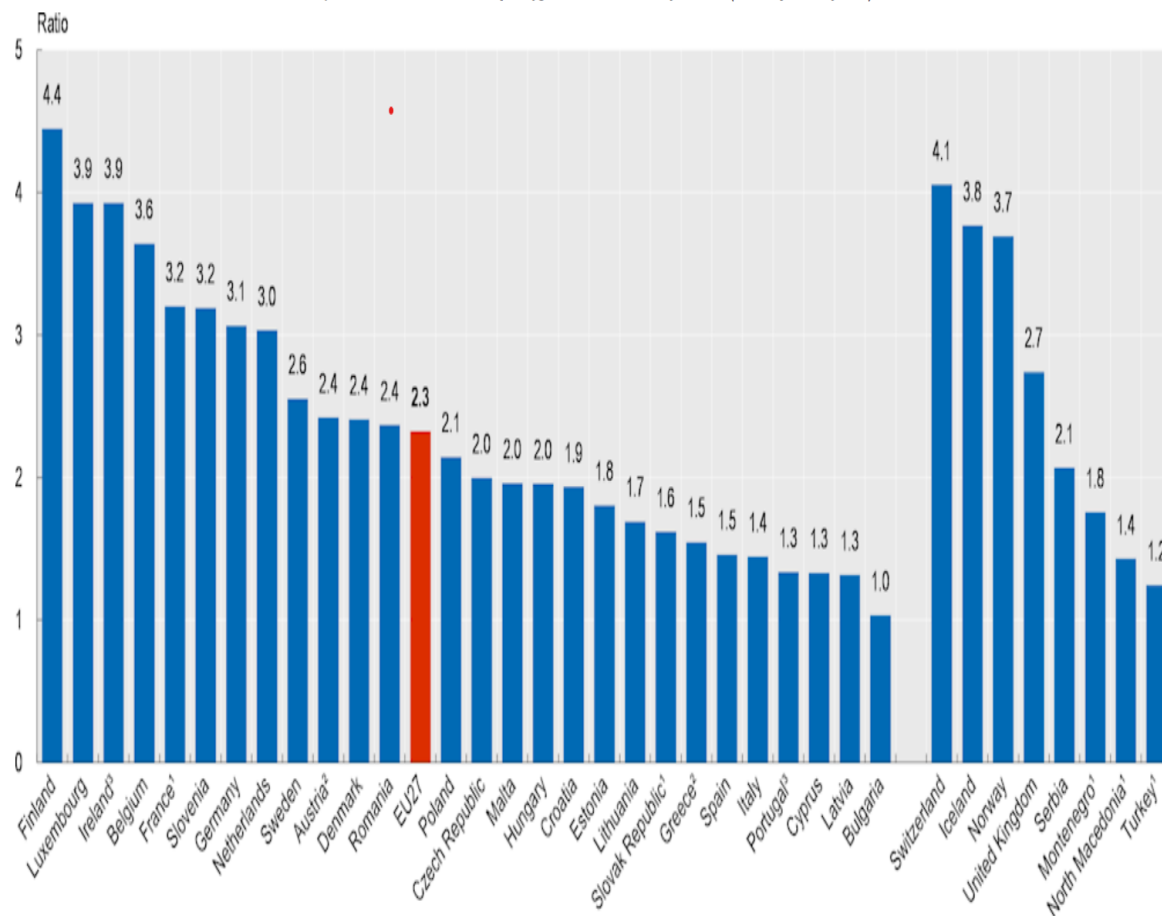


Rycina 6. Pielęgniarki wykonujące zawód na 1000 ludności w 2020 roku [16].

W Polsce obowiązuje wieloletni plan *Podnoszenie Kompetencji 2025*. Jest to plan mający na celu zwiększenie liczby i kompetencji pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia, aby uniknąć niedoborów w przyszłości.

Pielęgniarki znacznie przewyższają liczebnie lekarzy w większości krajów UE. W 2020 r. na lekarza przypadało średnio ponad dwie pielęgniarki w krajach UE, przy czym

stosunek liczby pielęgniarek do liczby lekarzy wynosił około czterech lub więcej w Finlandii, Luksemburgu, Irlandii, Szwajcarii, Islandii i Norwegii (rycina 6).



Rycina 7. Stosunek pielęgniarek do lekarzy w roku 2020 [18].

Wskaźnik pielęgniarek do lekarzy był znacznie niższy w krajach Europy Południowej oraz na Łotwie. W Polsce wynosi on 2,1.

W odpowiedzi na niedobory lekarzy kilka krajów zaczęło wdrażać bardziej zaawansowane role pielęgniarek w szpitalach i podstawowej opiece zdrowotnej. Oceny pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej w krajach takich jak Finlandia, Wielka Brytania i Irlandia pokazują, że pielęgniarki posiadające zaawansowaną praktykę mogą poprawić dostęp do usług i skrócić czas oczekiwania, zapewniając jednocześnie tę samą jakość opieki, co lekarze, dla szeregu pacjentów, w tym pacjentów z cięższymi chorobami i te, które wymagają rutynowych badań kontrolnych. Oceny te wskazują na wysoki wskaźnik

zadowolenia pacjentów, podczas gdy wpływ na koszty jest albo redukujący koszty, albo neutralny pod względem kosztów [19].

Uwarunkowania statusu społecznego i zawodowego pielęgniarek

Uwarunkowania statusu społecznego pielęgniarek wynikają głównie z opinii społeczeństwa. Zdaniem badanych zaufanie w relacjach z pielęgniarką jest wzmacniane wówczas, gdy wykazuje ona postawę cierpliwości w kontaktach z pacjentem. (77%), sumienne i dokładne wykonywanie powierzonych obowiązków zawodowych (72%). Ponadto pielęgniarka powinna charakteryzować się takimi cechami jak: uczciwość (81%), umiejętność słuchania (71%) oraz inteligencja (69%) [1].

Już na początku 1993 r. WHO określiła cztery funkcje zawodowe pielęgniarki:

- Świadczenie opieki i zarządzanie opieką
- Uczenie pacjentów oraz personelu
- Realizowanie roli członka zespołu opieki zdrowotnej
- Działanie na rzecz rozwoju praktyki pielęgniarskiej.

Celem zadań zawodowych pielęgniarki jest:

- wzmacnianie i potęgowanie zdrowia
- zapobieganie chorobom
- motywowanie podopiecznych do podejmowania świadomej odpowiedzialności za własne zdrowie
- udzielanie pomocy w rozwiązywaniu indywidualnych problemów podopiecznych, współudział w diagnostyce, terapii i rehabilitacji.

Za czynniki wpływające na wizerunek pielęgniarstwa można uznać przede wszystkim:

- cechy zawodowe pielęgniarek/pielęgniarzy
- funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy, przekonania i opinie będące konsekwencją traktowania pielęgniarstwa w przeszłości jako zawodu pomocniczego
- kulturę osobistą przedstawicieli tego zawodu
- odpowiedzialność i kompetencje zawodowe,
- postawy prezentowane przez przedstawicieli tego zawodu
- poziom wynagrodzeń
- prestiż zawodowy
- umiejętności oraz relacje interpersonalne w środowisku zawodowym

- umiejętności zawodowe
- wartości wywodzące się ze specyfiki zawodu – filozofii i etyki pielęgniarstwa
- wizerunek kształtowany przez media za pośrednictwem filmów, reklam, kabaretów oraz tendencyjnych programów informacyjnych
- wygląd
- zachowania w stosunku do współpracowników
- zachowania w stosunku do pacjentów.

W ostatnich dziesięcioleciach zmiany organizacyjne i ekonomiczne, obok zmian socjologicznych i demograficznych, zachodzą w światowych systemach opieki zdrowotnej. Rozwój naukowy, wiele innowacyjnych technologii i napływ informacji medycznych zwiększyły wymagania i oczekiwania społeczeństwa wobec usług zdrowotnych. Nowe modele opieki nad osobami chorymi i starzejącym się społeczeństwem poszerzyły definicję opieki medycznej. Istnieje zatem potrzeba pokrycia z jednej strony wydatków na ochronę zdrowia, a z drugiej strony zwiększenia świadczenia i dostępności usług oraz dostępności personelu medycznego. Zdolność do zapewnienia rozwiązań dla stale rosnących potrzeb systemu opieki zdrowotnej w szczególności tych związanych ze wzrostem liczby zachorowań na choroby przewlekłe, zależy od odporności gospodarczej kraju, przydziałów na opiekę zdrowotną oraz zdolności systemów opieki zdrowotnej do rekrutacji siły roboczej, infrastruktury i technologii by sprostać szybko rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi pielęgniarские [20].

Ostatnie dziesięciolecia były świadkami wielu zmian w zawodzie pielęgniarstwa na całym świecie, ze względu na wzrost średniej długości życia, choroby przewlekłe, ogólnie skrócony czas hospitalizacji, rozwój medycyny i technologii oraz postrzeganie pacjenta jako klienta. Tendencje te zaowocowały rozwojem i postępem w roli pielęgniarstwa, w tym akademizacją, rozszerzonymi obowiązkami i powszechnym wykorzystaniem technologii i sprzętu elektronicznego. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w niwelowaniu luk zdrowotnych, zapewnianiu szerokiego wachlarza zabiegów ze spektrum chorobowo-zdrowotnego, aktywnym zaangażowaniu w edukację i promocję zdrowia, opracowywaniu programów leczenia i oceny, uczestnictwie w zespołach wielozawodowych oraz stawianiu w czołówce technologii wraz z rozwojem usług online [21].

Badania wykazały, że większość aktywnych pielęgniarek ma pozytywny obraz swojego zawodu, a tylko mniejszość ma negatywny. Większość odczuwa dumę z wybranego zawodu,

choć niewielki procent odczuwa negatywne uczucia, takie jak wstyd. Wykazano, że decyzja o zostaniu pielęgniarką i pozostaniu w zawodzie z upływem czasu jest istotnie związana z wizerunkiem zawodu, zarówno z perspektywy pielęgniarki, jak i opinii publicznej [22].

W ostatnich latach nastąpiły zmiany i coraz więcej mężczyzn wybiera zawód pielęgniarza. To z kolei wpływa na zmiany wizerunku zawodu. Mężczyźni zawsze pracowali w zawodzie pielęgniarza, ale ich liczba zawsze była znacznie mniejsza niż kobiet. W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych tylko około 5% pielęgniarzy to mężczyźni, 10% w Anglii i 4% w Irlandii. W Polsce to zaledwie 2%. Stosunkowo dużą liczbę pielęgniarzy odnotowano w Iranie (23%). Jak wspomniano, niewielka liczba mężczyzn w pielęgniarstwie wpływa na jego wizerunek. Zawody, w których jest mniej mężczyzn, są uważane za „kobiece”, a zatem mniej wiążą się z władzą, a bardziej z opieką. Mężczyźni są zazwyczaj menedżerami, podczas gdy kobiety zazwyczaj wykonują zawody związane z opieką. Badania wykazały różnice w ocenie zawodu pielęgniarki/pielęgniarza przez mężczyzn i kobiety. Kobiety cenią sobie troskę o pacjenta, w tym szacunek dla jego autonomii, prywatności i poufności [23].

Większość społeczeństwa postrzega pielęgniarstwo głównie jako zawód terapeutyczny, który obejmuje umiejętności techniczne lub jako pomoc lekarza. Na wizerunek pielęgniarki duży wpływ ma sposób, w jaki pielęgniarstwo jest przedstawiane w mediach – artykułach i reklamach w prasie, serialach, filmach. Zazwyczaj medialny wizerunek pielęgniarki jest stereotypowy i rzadko przedstawia realia zawodu. Wykazano bezpośredni związek między publicznym wizerunkiem pielęgniarstwa, a jakością opieki pielęgniarskiej. Stwierdzono, że gdy społeczeństwo jest krytyczne, nie szanuje pracy, a pacjenci traktują w sposób negatywny, to wpływa to na zdolność pielęgniarek do skupienia się na pracy, spada ich motywacja, popełniają więcej błędów i ich stosunek do pacjentów jest mniej cierpliwy [24].

W ostatnich latach większość systemów opieki zdrowotnej państwa UE, w tym Polska, przyjęła kilka mechanizmów promowania jakości i bezpieczeństwa pacjentów oraz opieki na różnych poziomach. Obejmują one ustawodawstwo, zachęty finansowe, wskaźniki jakości, doświadczenia pacjentów, zapobieganie i kontrolę zakażeń, akredytację oraz powszechne stosowanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Ponadto z przeprowadzonych wyników poprzez wskaźniki jakości, kontrolę zakażeń i doświadczenia pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej i na oddziale ratunkowym wykazano znaczną poprawę poprzez

zminimalizowanie rozbieżności i osiągnięcie większej poprawy bezpieczeństwa i opieki nad pacjentem [25].

Poziom edukacji zawodowej pielęgniarek

Porównując system kształcenia polskich pielęgniarek z pielęgniarkami w innych krajach Europy należy przede wszystkim podkreślić, że w bardzo dużym stopniu obecną strukturę edukacyjną ukształtowały wspólne przepisy Unii Europejskiej. Powoduje to, że w większości krajów dyplom pielęgniarski uzyskany w danym kraju daje możliwość wykonywania zawodu w innym kraju UE [26].

Nie oznacza to jednak, że poziom i kierunek kształcenia pielęgniarek w każdym z tych krajów jest identyczny. Jako przykład można podać kraje skandynawskie, gdzie w kształceniu duży nacisk kładzie się na kształtowanie kompetencji międzynarodowych pielęgniarki, czyli zdolność do odnalezienia się w każdej sytuacji i do pracy w różnych warunkach i obszarach kulturowych, również poza granicami swojego kraju. W Polsce pielęgniarka jest przygotowana głównie do pracy we własnym kraju, a możliwość kontynuacji studiów za granicą pojawiła się stosunkowo niedawno i nie jest wpisana w standardowy program nauczania [27].

Pielęgniarki w Wielkiej Brytanii poprzez intensywny rozwój kształcenia podyplomowego i wzrost kompetencji zawodowych przejmują obowiązki dotychczas zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy. W Polsce ten proces dopiero się rozpoczyna i jest bez wątpienia spowodowany tymi samymi pobudkami. Niezbędne są zmiany w systemie kształcenia pielęgniarek polskich profilujące specjalizacje kształcenia dla konkretnych elementów systemów ochrony zdrowia (pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki). Z kolei w Stanach Zjednoczonych podstawowe znaczenie ma kształcenie w obszarze klinicznym i przygotowanie pielęgniarek do samodzielnej pracy [28].

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest najważniejszym elementem, mogącym wzmacniać wizerunek zawodowy pielęgniarek. W Polsce zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 6 września 2021 roku w sprawie standardów kształcenia pielęgniarek, zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Studia na kierunku pielęgniarstwo dzielą się na studia licencjackie (I stopnia) oraz studia magisterskie (II stopnia). Pierwszy etap, czyli studia licencjackie, trwają 3 lata, czyli sześć semestrów. Po ich ukończeniu student uzyskuje prawo do wykonywania zawodu. Z kolei studia magisterskie (inaczej studia II stopnia) trwają 4 semestry. Po obronie pracy magisterskiej student uzyskuje tytuł magistra pielęgniarstwa [29].

Studia zawodowe na kierunku pielęgniarstwo trwają nie mniej niż 3 lata (6 semestrów) lub 4600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego, tj. 2300 godzin kształcenia praktycznego i 2300 godzin kształcenia teoretycznego, przy czym kształcenie teoretyczne obejmuje co najmniej 1/3 część, a kształcenie kliniczne co najmniej połowę minimalnego okresu kształcenia. Uczelnia może również zorganizować samokształcenie odbywające się w ramach godzin kształcenia teoretycznego, ale w wymiarze nie większym niż 760 godzin. Instytucje prowadzące kształcenie pielęgniarek odpowiadają za skoordynowanie elementów kształcenia teoretycznego i klinicznego w trakcie trwania całego programu studiów. Kształcenie teoretyczne odpowiada za zdobycie wiedzy zawodowej, doświadczenia i umiejętności niezbędnych do organizowania, udzielania i oceny sprawowanej opieki zdrowotnej. Natomiast w kształceniu klinicznym student, jako członek zespołu, w oparciu o zdobytą wiedzę i umiejętności uczy się organizacji, udzielania i dokonywania oceny wymaganej i kompleksowej opieki pielęgniarstwa. Absolwent studiów zawodowych, otrzymując tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, powinien być przygotowany do pełnienia samodzielnej roli zawodowej, obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej oraz zarządzania nią. Musi posiadać umiejętność rozpoznawania podstawowych potrzeb życiowych pacjenta, planowania i realizacji opieki, udzielać pomocy i wsparcia jednostce bądź rodzinie w dążeniu do przywracania i zachowania zdrowia. Do zadań absolwenta należy także promowanie i edukacja zdrowotna, kształtująca jednocześnie w podopiecznym poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i przygotowująca go do samoopieki [30].

Pielęgniarские studia magisterskie trwają nie mniej niż 2 lata. Program studiów przygotowuje kandydata do samodzielnego świadczenia i zarządzania opieką zdrowotną, obejmującą ocenę stanu zdrowia, czynników zagrażających zdrowiu, rozpoznanie potrzeb podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej oraz organizację i wykonywanie świadczeń z uwzględnieniem aktualnej wiedzy, teorii i koncepcji pielęgniarstwa [31].

Przed rokiem 2004 do wykonywania zawodu pielęgniarki w zupełności wystarczało ukończenie liceum medycznego oraz dwu-, dwu i pół- lub trzyletniego studium zawodowego dla pielęgniarek. Aktualny system kształcenia pielęgniarek dostosowany do wymogów

dyrektyw sektorowych, nie uwzględnił kwalifikacji tych pielęgniarek. Dlatego też z myślą o nich utworzono tzw. studia pomostowe. Studia te organizowane są na wyższych uczelniach i prowadzone w systemie dziennym, wieczorowym i zaocznym. Ta forma kształcenia została wprowadzona w 2004r. Studia pomostowe przeznaczone są dla tych pielęgniarek, które chcą posiadać kwalifikacje uznawane w państwach Unii Europejskiej i które wyrażają chęć podniesienie swoich kwalifikacji do poziomu licencjata, co umożliwia podjęcie studiów magisterskich [32].

Czas trwania studiów pomostowych uzależniony jest od rodzaju ukończonej szkoły medycznej:

- 3 semestry dla absolwentek 2-letnich studium medycznych i 5-letniego Liceum Medycznego
- 2 semestry dla absolwentek 2,5-letnich studium medycznych.

Program ustalany jest indywidualnie przez uczelnie. Uwzględnia on różnice między standardami nauczania na studiach zawodowych licencjackich a programem zrealizowanym przez szkołę, której student jest absolwentem.

Od dnia 17 grudnia 1998 roku zapoczątkowany został, rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znowelizowany system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej istnieją formy kształcenia podyplomowego w postaci:

- szkoleń specjalistycznych, zwanych specjalizacjami
- kursów kwalifikacyjnych
- kursów specjalistycznych
- kursów doszkalających.

Każda pielęgniarska ma obowiązek aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych dziedzinach.

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka to profesja samodzielna, ciesząca się coraz większym zaufaniem społecznym. Pielęgniarki przestały być anonimowe. Walczą o swoje prawa, nie ukrywają się

w cieniu innych profesji medycznych. To zawody ciekawe, dające możliwości rozwoju i satysfakcji, w szczególności dla osób interesujących się medycyną i naukami o zdrowiu.

Obecnie pielęgniarka to osoba z wyższym wykształceniem. Profesjonalistka, która odgrywa bardzo ważną rolę w zespole terapeutycznym i niejednokrotnie koordynuje proces leczenia pacjenta. To wynika z wielu dodatkowych, nowych uprawnień, które otrzymały pielęgniarki takich jak np.: przepisywanie leków, badanie fizykalne pacjenta oraz wystawianie skierowań na badania diagnostyczne. Dzięki temu ten zawód jest coraz lepiej postrzegany.

PIŚMIENNICTWO

1. Krasnowolski A. : Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. Opracowania tematyczne OT-625. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Warszawa 2013.
2. Wojtczak K. : Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego, Poznań 2019.
3. Wojtczak K. : Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej. Zawody zaufania publicznego a interes publiczny — korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu: materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 r., oprac. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002: 40–41.
4. Banaszak B.: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019.
5. Koralewicz D., Kuriata-Kościelniak E.I., Mróz S.: Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7(4) : 285–292.
6. Kołodziej A.: Czynniki określające status społeczny pielęgniarek. *Hygeia Public Health* 2014; 49(1) :69-74
7. Babiarczyk B., Swól J., Schlegel-Zawadzka M.: Sytuacja polskich pielęgniarek za granicą. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 2(22):130-135.
8. Sobczak M., Kamińska B.: Poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2) : 218–222.

9. Siwek M., Nowak-Starz G.: Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3(65):487-500.
10. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2): 192– 200.
11. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_157_19.PDF
12. Machul M., Chrzan-Rodak A., Bieniak M., Bąk J., Chałdaś-Majdańska J., Dobrowolska B.: Wizerunek pielęgniarek i pielęgniarstwa w Polsce w mediach oraz w opinii różnych grup społecznych. *Systematyczny przegląd piśmiennictwa naukowego z lat 2010-2017. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2018; 1(62) : 44-49.
13. Kojder E., Zarzycka D. : Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014;2(47) :47-52.
14. Nowak J. : Kształcenie i organizacja pracy pielęgniarek w wybranych krajach Europy Zachodniej. *Pielęgniarstwo* 2020; 1995 (4) :34–36.
15. Cyłkowska-Nowak M.: Kształcenie pielęgniarek w wybranych krajach OECD. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*, 2017.
16. <https://demagog.org.pl/wypowiedzi/czy-w-polsce-jest-mniej-pielegniarek-na-tysiac-obywateli-niz-srednio-w-ue/>, data pobrania 04-01-2023
17. Bilik B.: Norweski system kształcenia pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2020; 1995 (4): 22– 23.
18. <https://politykazdrowotna.com/artykul/rosnie-liczba-lekarzy-i-pielegniarek/843462>, data pobrania 07-01-2023
19. Zahner S.J., Derryl E., Block D. The road to Population Health: Using Healthy People 2010 in Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 2016.
20. Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E.: Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Nursing and Public Health* 2017; 7(3):207-212.
21. Stachoń K., Rybka M.: Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 4(1): 26–31.
22. Pierzak M.: Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości - opinia młodzieży klas maturalnych. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(7) :125-140.

23. Kapala W., Chudziński S., Rycza S.: Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Chirurgii Angiologicznej* 2018; 2(1): 12-18.
24. Włodarczyk D., Tobolska B.: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2011; 62(3) : 269–279.
25. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Brończyk B., Tołoczko H.: Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health* 2014; 3(49) :584-595.
26. Strzelecka A., Nowak-Starz G.: Subiektywna ocena pacjentów dotycząca postawy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w świetle satysfakcji z usług medycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 3(23):380-385.
27. Jurkiewicz A., Kobos E.: Opinia pacjentów na temat pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3(65): 473-480
28. Kropiwnicka E., Orzechowska A., Cholewska M., Krajewska-Kułak E.: Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1) : 70–80.
29. Freud B., Kołodziejczyk J.: Konceptualizacja wartości profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy. *Zarządzanie Publiczne* 2013; 3(23): 353–360.
30. Sykut A., Massalska K., Dobrowolska B.: Elementy wizerunku zawodowego pielęgniarek w mediach elektronicznych oraz ich konteksty. *Opinia pielęgniarek aktywnych zawodowo. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2016; 1(54) :43-49.
31. Radosz Z., Paplaczek M.: Zawód pielęgniarka – jakie możliwości mają młodzi absolwenci kierunku pielęgniarstwo we współczesnej Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 4(61):32-35.
32. Szostek Ł., Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Imiela J.: Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa związane z migracją. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3(65) : 481-486.

PIELĘGNIARSTWO JAKO ZAWÓD W OPINII PUBLICZNEJ

Katarzyna Gromotowicz^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

1- SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama-Kościałkowskiego

2- SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku

3- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Zaufanie, jeden z niematerialnych aktywów pielęgniarstwa, wpływa na zdolność pielęgniarek do tworzenia znaczących relacji z pacjentami, a związek ten pozytywnie wpływa na wyniki zdrowotne. Powiązanie zaufania z strukturą pielęgniarstwa i inwestowanie w jego pomiar stanie się niezbędne do wyceny pielęgniarstwa i wynikającej z tego inwestycji w pielęgniarstwo. Zaufanie, jako podstawowa wartość pielęgniarstwa, powinno być pielęgnowane przez edukatorów pielęgniarek, którzy przygotowują następne pokolenie pielęgniarek. Administratorzy pielęgniarek powinni łączyć zaufanie, jakim pacjent obdarza swoją pielęgniarkę i współpracę z pacjentem oraz uczciwą i przejrzystą komunikację między świadczeniodawcami a pacjentem [1].

CEL PRACY

Pielęgniarki wielokrotnie zostały ocenione przez opinię publiczną jako najbardziej uczciwe i posiadające najwyższe standardy etyczne wśród szerokiego spektrum zawodów. Potwierdza to światowy ranking ankiety Gallupa, ponieważ uwypatnia on znaczące relacje, jakie pielęgniarki mają z pacjentami i ich rodzinami. Jest to związek zbudowany na zaufaniu. Celem pracy było poznanie opinii publicznej dotyczącej roli pielęgniarki jako zawodu publicznego. Wyksztaliły się więc następujące pytania stawiane w niniejszej pracy:

1. Jaką postawę prezentuje społeczeństwo wobec systemu opieki zdrowotnej ?
2. Jak oceniają ankietowani kontakt z pielęgniarką?
3. Jakie czynniki decydują, że pielęgniarstwo jest nazywane zawodem zaufania publicznego?
4. Która grupa zawodowa jest darzona największym zaufaniem?

Po dokonaniu analizy literatury przedmiotu oraz na podstawie określonych celów pracy, skonstruowano następujące hipotezy badawcze.

1. Społeczeństwo prezentuje postawę krytyczną.
2. Kontakt z pielęgniarką ankietowani oceniają dobrze.
3. Czynniki decydujące o tym, że pielęgniarstwo może być zawodem zaufania publicznego to kompetencje, kultura osobista, relacje pacjent-pielęgniarka.
4. Największym zaufaniem darzona jest grupa ratowników medycznych.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 losowo wybranych osób za pomocą platformy elektronicznej do tworzenia ankiet survio. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, który składał się z dwóch części. Pierwsza zawierała 26 pytań dotyczących oceny pracy zespołu pielęgniarskiego, druga – część metryczkowa, obejmowała dane o respondencie, jak płeć, wiek, aktywność zawodowa. Charakter badania (ankieta) był całkowicie anonimowy i dobrowolny. Badani zostali poinformowani, że wszystkie uzyskane informacje będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych oraz o tym, że udział w badaniu w żaden sposób nie wiąże się z ryzykiem dla osoby w nim uczestniczącej, a także o możliwościach rezygnacji uczestnictwa na każdym jego etapie. Badanie przeprowadzono zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z maja 2018 roku, dotyczącego ochrony danych osobowych osób fizycznych (RODO).

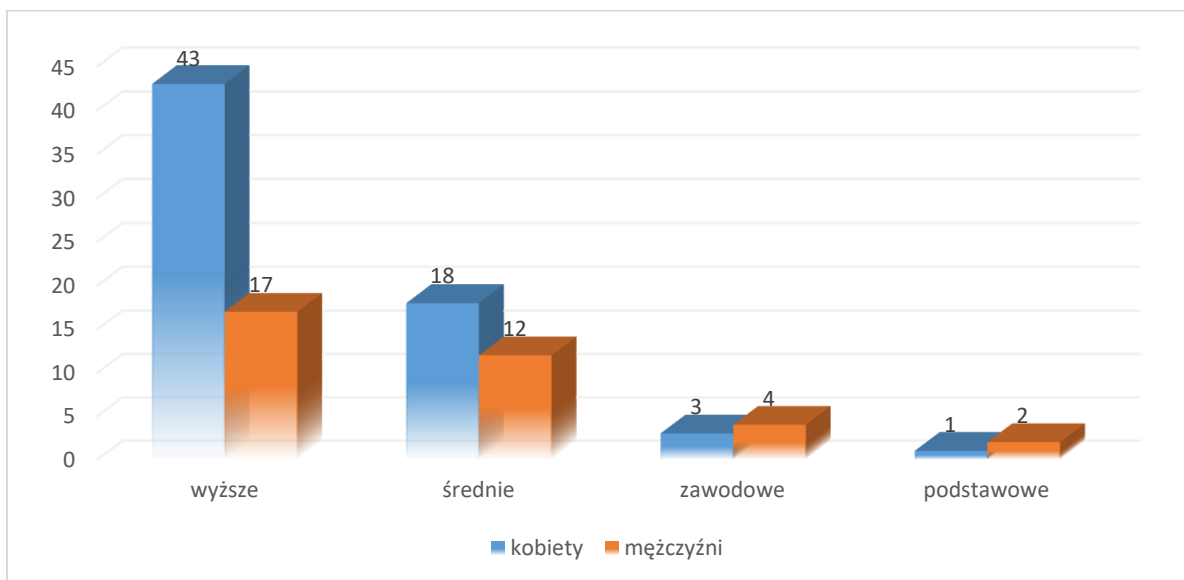
WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną stanowi 100 osób, z czego 35 to mężczyźni, a 65 kobiety. Ankietowani należeli do różnych grup wiekowych. Poniżej 30 roku życia było 25% (13 kobiet, 12 mężczyzn), poniżej 40 roku życia 48% (32 kobiety, 16 mężczyzn), poniżej 50 roku życia 21% (17 kobiet, 4 mężczyzn), poniżej 60 roku życia 4% (po 2 kobiety i mężczyzn), poniżej 70 lat 2% (po 1 kobiecie i mężczyźnie).

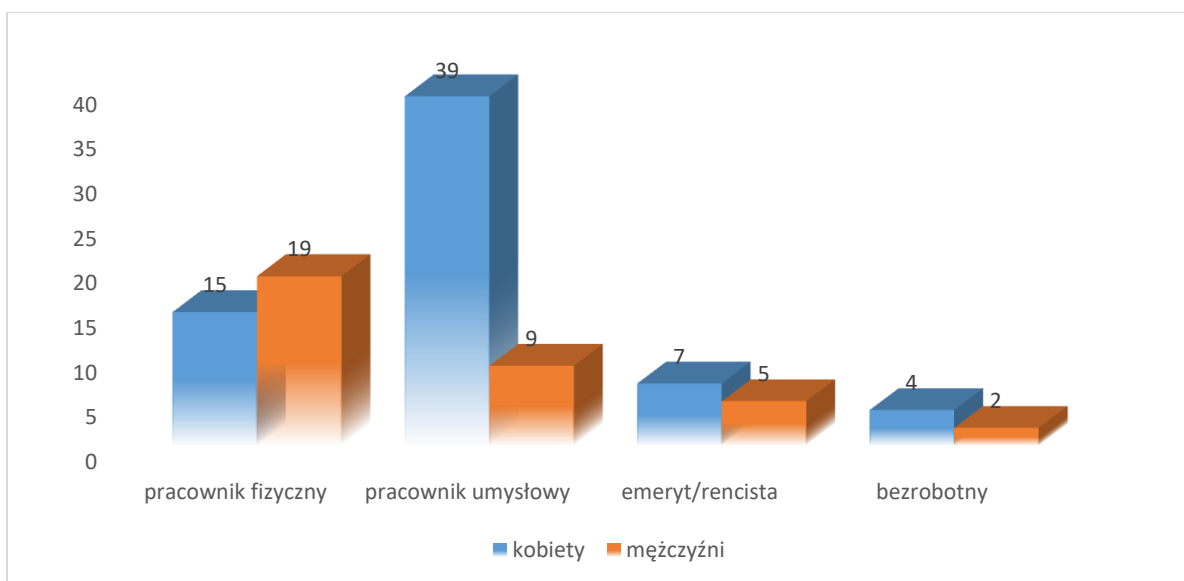
Ankietowani w 53% zamieszkiwali duże miasta jak Białystok czy Łomża, zaś w 32% małe miasteczka. Wieś zamieszkiwało 15% badanych.

Ankietowani w 60% posiadali wykształcenie wyższe, w 30% średnie, 7% zawodowe i 3% podstawowe (rycina 1).



Rycina 1. Wykształcenie ankietowanych

Badani w 48% byli pracownikami umysłowymi (szczególnie kobiety). Pracownicy fizyczni stanowili 34% (szczególnie mężczyźni). Emeryci lub renciści stanowili 12%, zaś osoby bezrobotne 6%. Przedstawia to rycina 2.



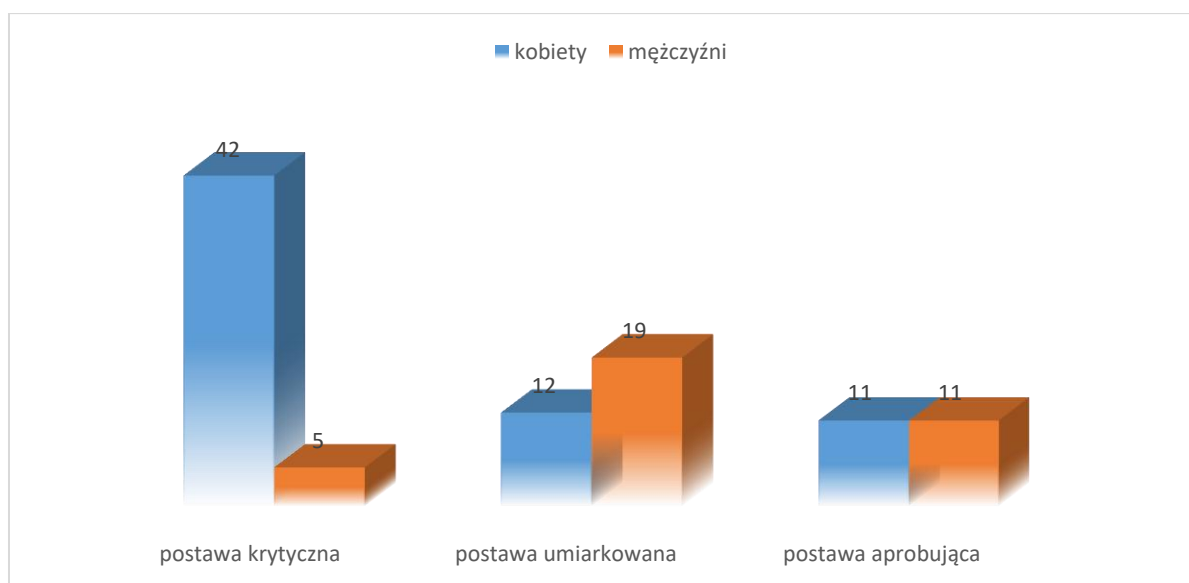
Rycina 2. Status zawodowy ankietowanych

Badani zostali poinformowani, że udział w badaniu jest dobrowolny. Przeprowadzenie badań własnych oraz analiza pytania o opinie pacjentów na temat pielęgniarek/pielęgniarzy jako osób godnych zaufania pozwoliły ocenić w jakim stopniu czynniki socjodemograficzne wpływają na postrzeganie pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego.

Wyniki badań

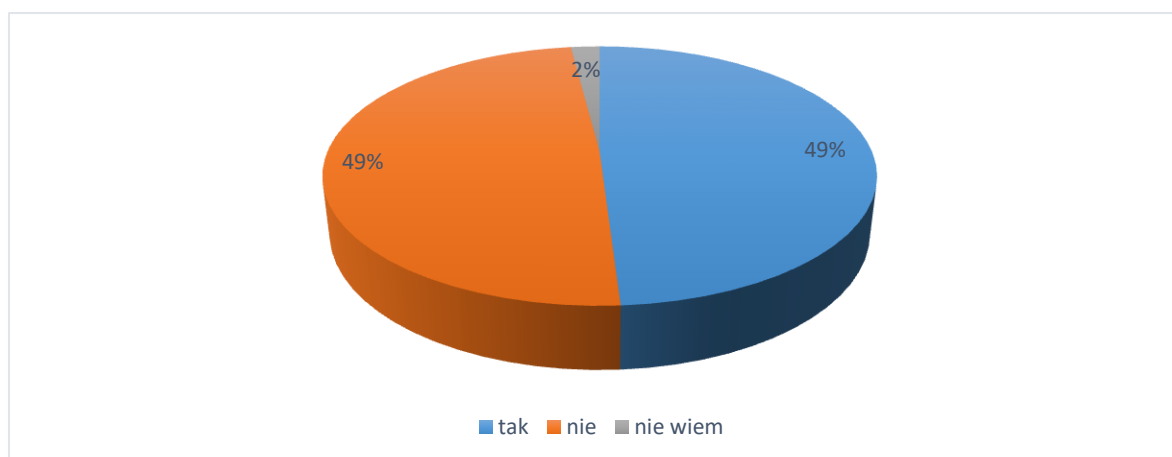
Pierwsze pytanie dotyczyło postawy jaką prezentuje społeczeństwo w stosunku do systemu opieki zdrowotnej.

Postawę krytyczną do systemu opieki zdrowotnej prezentuje 47% społeczeństwa. Przeważającą część stanowią kobiety (42 osoby). Postawę umiarkowaną przedstawia 31%, zaś aprobującą 22%. Przedstawia to rycina 3.



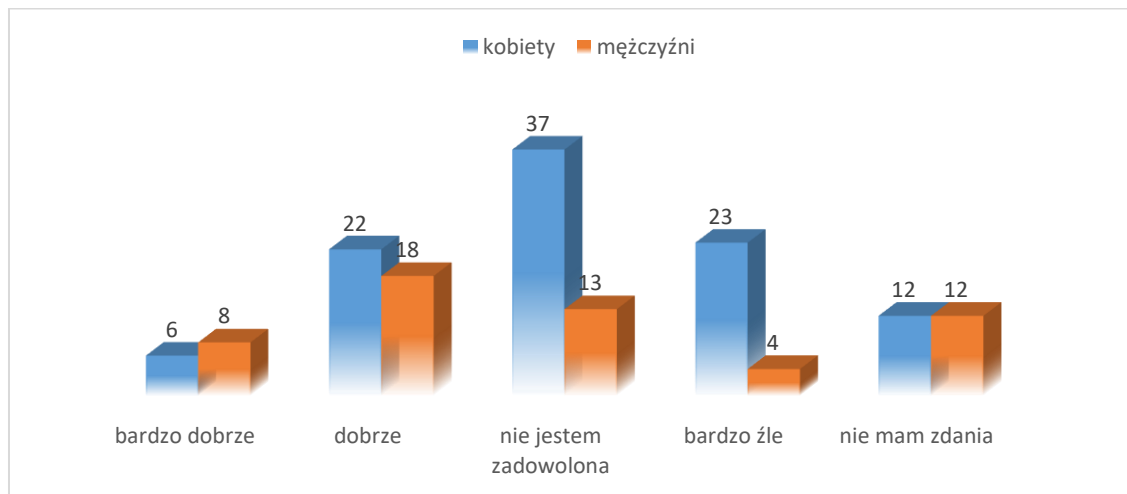
Rycina 3. Stosunek ankietowanych do systemu opieki zdrowotnej

Ankietowani podzielili swoje odpowiedzi równomiernie. Bowiem 49% miało w ciągu ostatniego roku kontakt z pielęgniarką czy pielęgniarem i tyle samo jego nie miało. Pytanie to było bardzo ważne z punktu widzenia badania, ponieważ ten bezpośredni kontakt i odczucia jemu towarzyszące na pewno będzie się przekładał na odpowiedzi ankietowanych. Warto też mieć na uwadze, że okres maksymalnie jednego roku to też panująca w Polsce pandemia i jej obostrzenia. Wyniki ukazane zostały na rycinie 4.



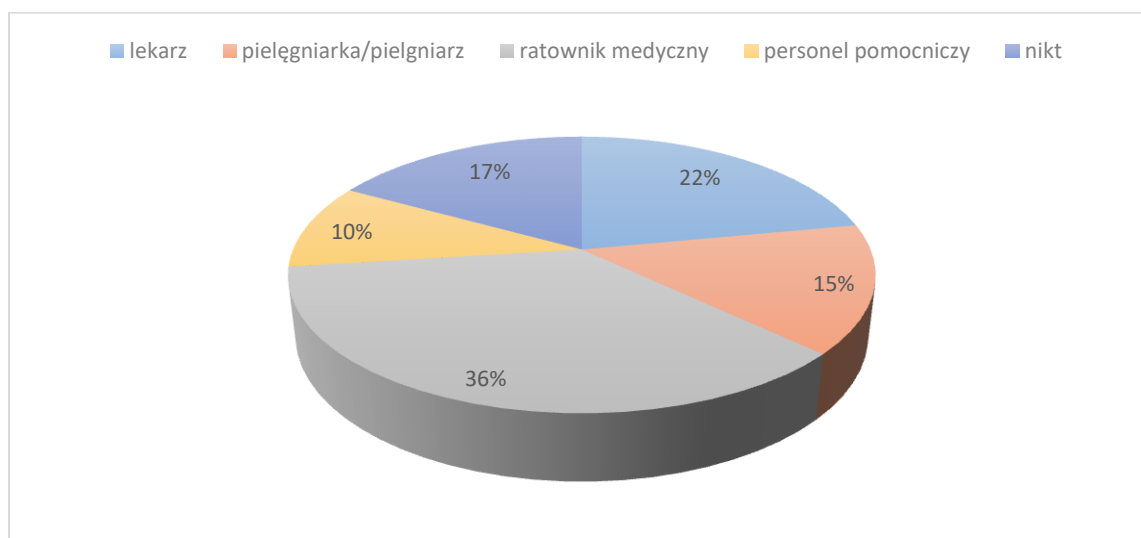
Rycina 4. Bezpośredni kontakt z pielęgniarką/pielęgniarem

Ankietowani w większości (50%) uznali, że nie są zadowoleni z kontaktu z pielęgniarką czy pielęgniarem. Ocenę bardzo dobrą wystawiło jedynie 14% badanych, zaś dobrą 40%. Bardzo źle ocenia ten kontakt 27% badanych. Duża część, bo 24% nie ma zdania. Warto też zauważyć, że to kobiety są bardziej krytyczne w ocenie w stosunku do pielęgniarek czy pielęgniarzy. Przedstawia to rycina 15.



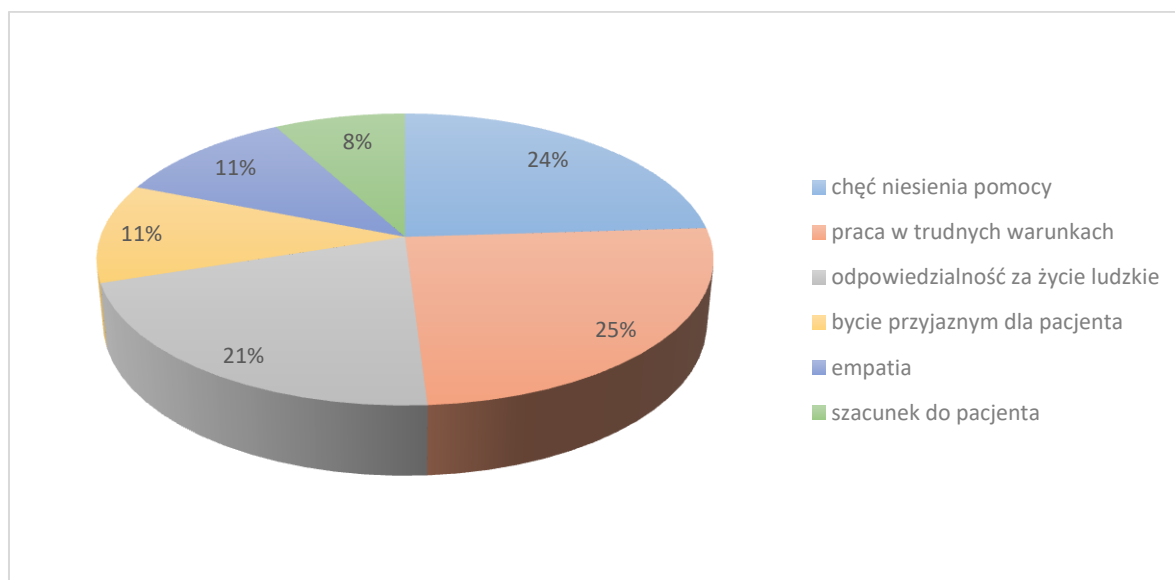
Rycina 5. Ocena bezpośredniego kontaktu z pielęgniarką/pielęgniarem

Według ankietowanych wśród zawodów medycznych największym zaufaniem darzony jest ratownik medyczny (36%), lekarz (22%). Badani nie mają również zaufania do nikogo z wymienionych zawodów medycznych (17%). Pielęgniarki i pielęgniarze są doceniani przez 15% badanych jako osoby godne zaufania. Personel pomocniczy zaś wybrało 10% badanych. Wyniki badania zostały przedstawione na rycinie 6.



Rycina 6. Zaufanie ankietowanych do zawodów medycznych

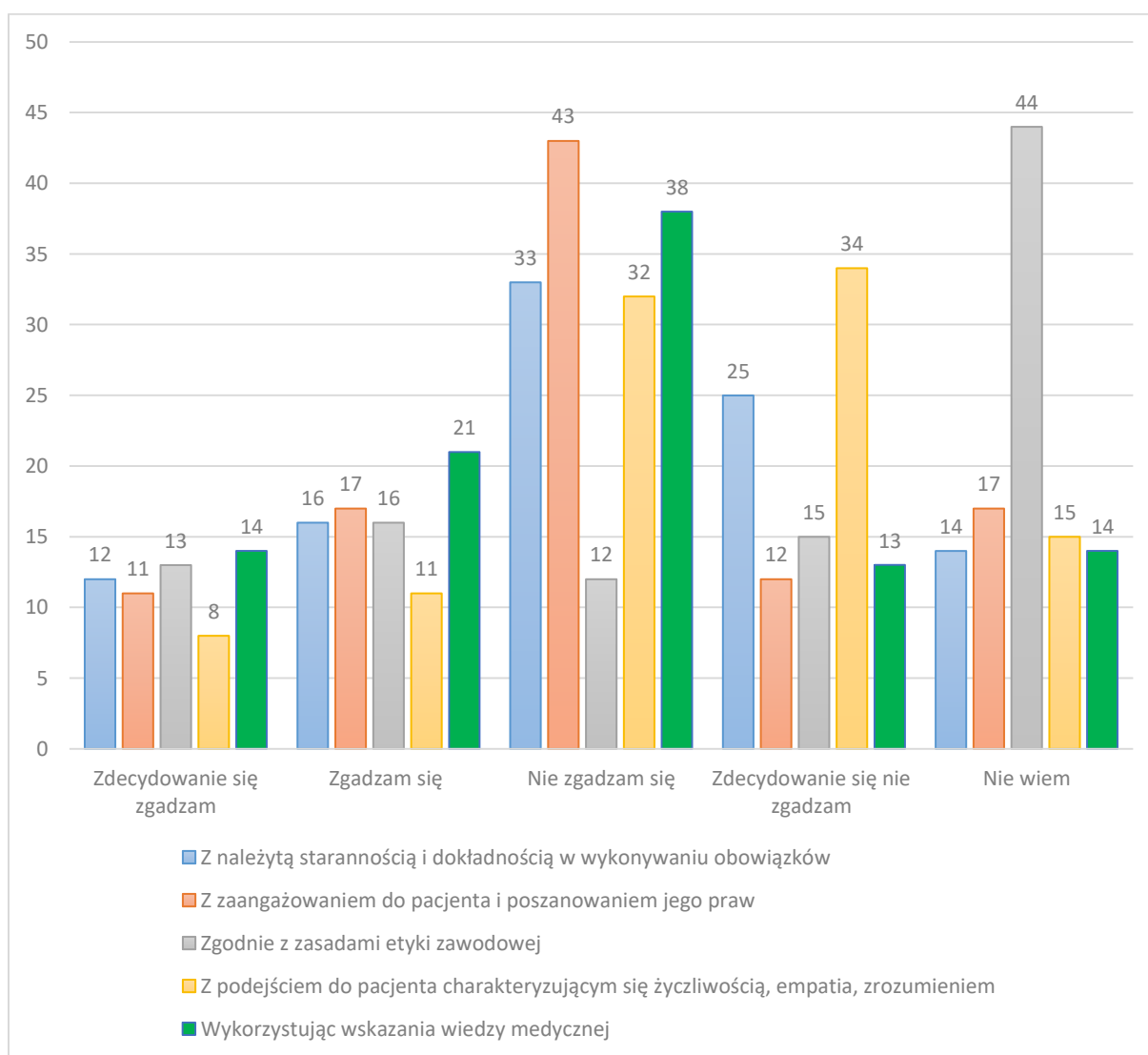
Ankietowani wymienili szereg czynników decydujących o zaufaniu do personelu medycznego. Wśród nich są: praca w trudnych warunkach (25%), chęć niesienia pomocy (24%) odpowiedzialność za życie ludzkie (21%), bycie przyjaznym i empatycznym do pacjenta (11%), szacunek do pacjenta (8%) (rycina 7).



Rycina 7. Czynniki decydujące o zaufaniu do personelu medycznego

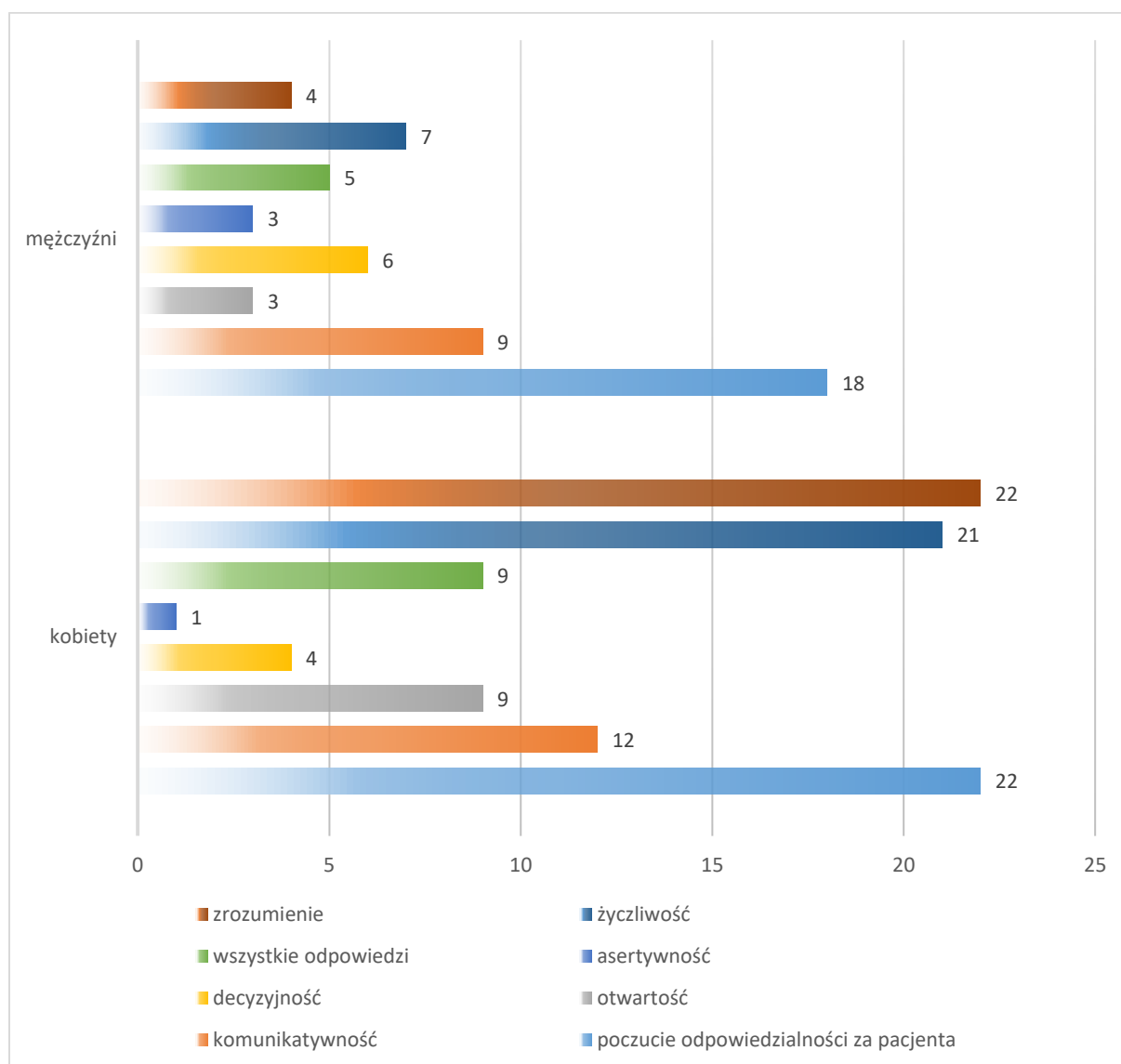
Ankietowani wystawili surową opinię pielęgniarkom i pielęgniarzom. Z opinią, że z należytą starannością i dokładnością wykonują swoje obowiązki służbowe nie zgadza się

58% badanych (33% nie zgadzam się i 25% zdecydowanie nie zgadzam się). Pozytywną opinię wystawiło zaledwie 28% badanych. Z kolei 14% nie ma zdania. Kolejnym elementem było zaangażowanie do pacjenta i poszanowanie jego praw podczas wykonywania obowiązków. Badani w 55% nie zgadza się z tą opinią, zaś 28% uważa twierdząco, że pielęgniarki czy pielęgniarze są zaangażowani dla pacjenta i szanują jego prawa. Pytanie dotyczące pracy zgodnie z zasadami etyki zawodowej nie miało wielu zwolenników (29%) i przeciwników (27%), większość bowiem odpowiedziała nie wiem (44%). Pytanie dotyczące podejścia do pacjenta charakteryzujące się życzliwością, empatią, zrozumieniem potwierdziło jedynie 19% badanych. Bowiem większość (66%) jest odmiennego zdania. Pytanie dotyczące wskazań i wykorzystania wiedzy medycznej w praktyce potwierdziło 35% badanych. Ponad połowa (51%) jest zdania przeciwnego. Wyniki przedstawione zostały na rycinie 8.



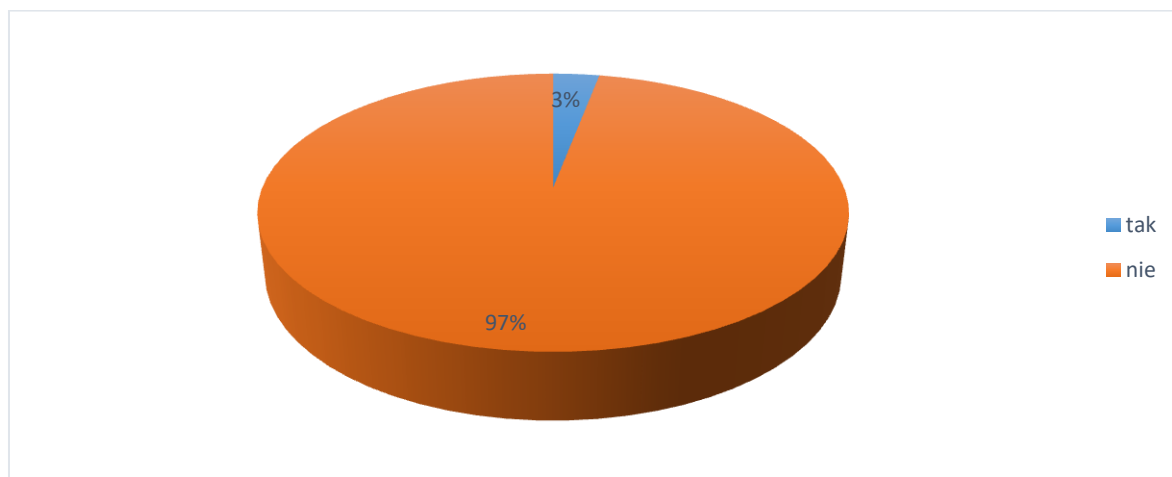
Rycina 8. Opinia badanych o wykonywanej pracy przez pielęgniarki

Według ankietowanych kobieta pielęgniarka powinna cechować się zrozumieniem i poczuciem odpowiedzialności za pacjenta (po 22%), życzliwością (21%), komunikatywnością (12%), otwartością (9%), decyzyjnością (4%) i asertywnością (1%). Mężczyźni uznali, że pielęgniarkę powinna cechować poczucie odpowiedzialności za pacjenta (18%), komunikatywność (9%), życzliwość (7%), decyzyjność (6%), zrozumienie (4%), otwartość i asertywność (po 3%). Wyniki przedstawiono na rycinie 9.



Rycina 9. Cechy idealnej pielęgniarki/pielęgniacza

Według ankietowanych, mimo że 49%, miało bezpośredni kontakt z pielęgniarką czy pielęgniarzem, to ankietowani w 97% uważają, że nie posiadają one cech wymienionych powyżej jak: otwartość na pacjenta, zrozumienie, życzliwość itp. (rycina 10).

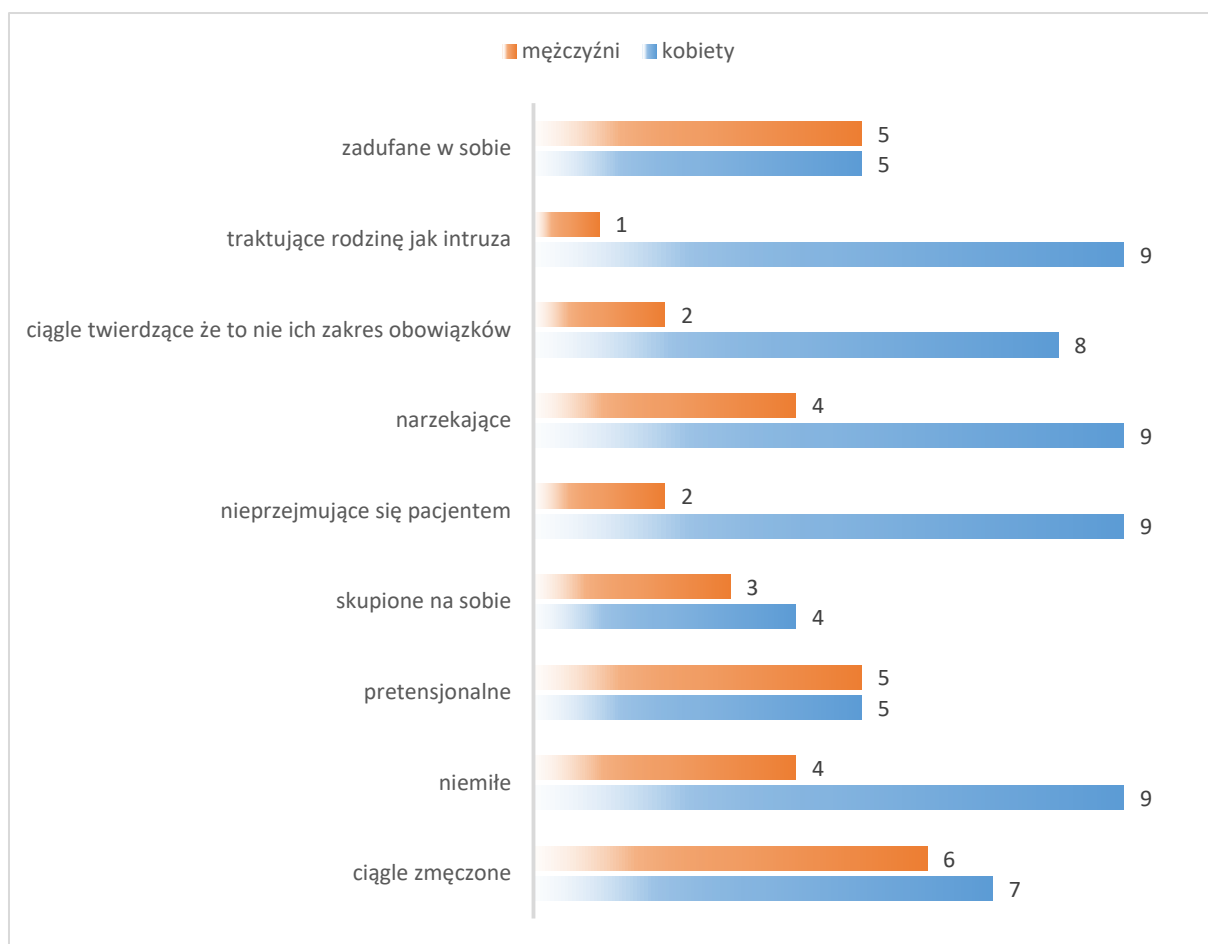


Rycina 10. Posiadanie idealnych cech przez pielęgniarki

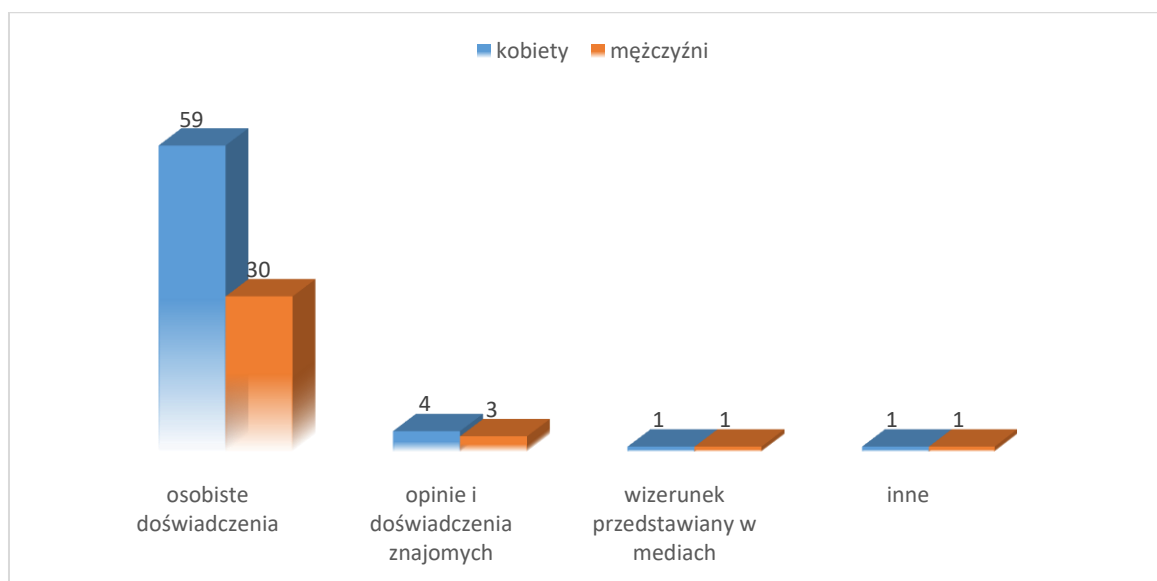
W badaniu 97% ankietowanych nie darzy pielęgniarki czy pielęgniarzy zaufaniem społecznym. Ankietowani w związku z tym poznali czynniki, które zadecydowały o tym. Uważają, że osoby z którymi miały kontakt były zadufane w sobie, pretensjonalne, traktujące rodzinę jak intruza, ciągle twierdzące, że nie mogą wykonywać danej czynności ponieważ nie leży w zakresie ich obowiązków (np. rodzina prosiła o nakarmienie, zmianę pampersa, pomasowanie pacjenta, środki na odleżyny itp. (po10%), ciągle narzekające, zmęczone i nie mile (po 13%), nieprzejmujące się pacjentem (11%), skupione na sobie (7%). Dużą rolę w odpowiedziach odegrały osobiste doświadczenia badanych w kontakcie z tą grupą zawodową. Wyniki przedstawiono na rycinie 11.

Ankietowani zgodnie w 89% ocenili, że głównym czynnikiem wpływającym na postrzeganie pielęgniarek czy pielęgniarzy są osobiste doświadczenia badanych (rycina 12).

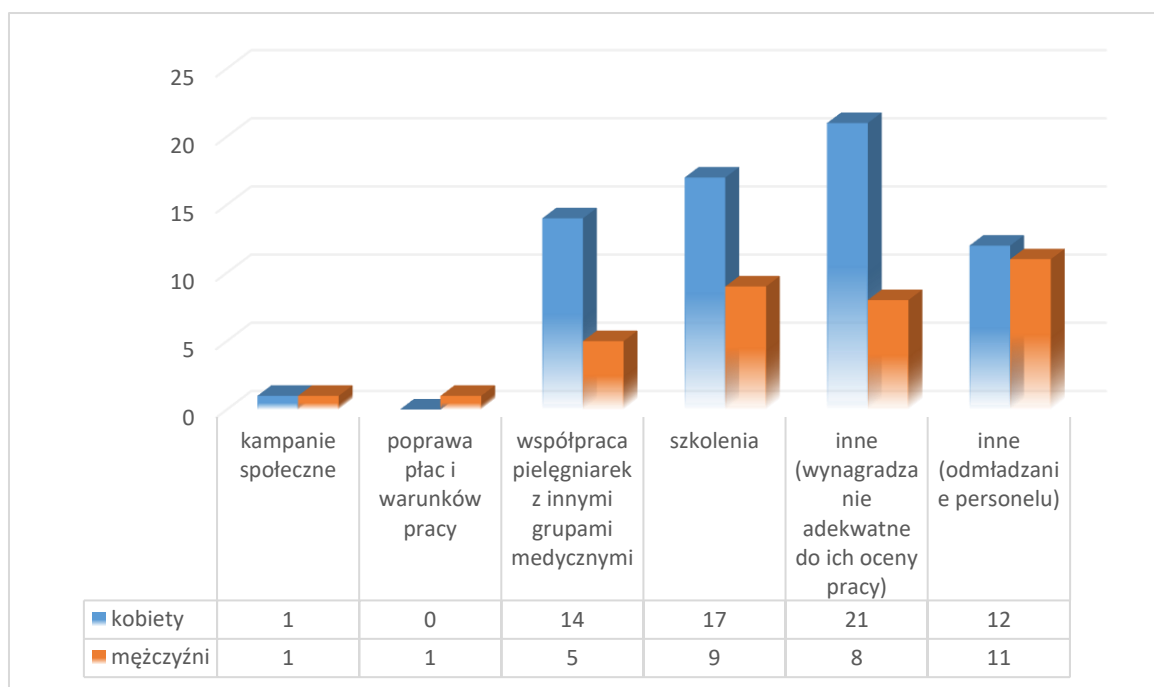
Ankietowani wymienili kilka czynników powodujących możliwość poprawy wizerunku pielęgniarki czy pielęgniarza. Dominujące czynniki to wynagrodzenie adekwatne do pracy (29%), szkolenia (26%), odmładzanie personelu (23%), współpraca pielęgniarek z innymi grupami medycznymi (19%), kampanie społeczne (2%) i poprawa płac i warunków pracy (1%). Wyniki przedstawiono na rycinie 13.



Rycina 11. Ocena zachowań pielęgniarki przez ankietowanych

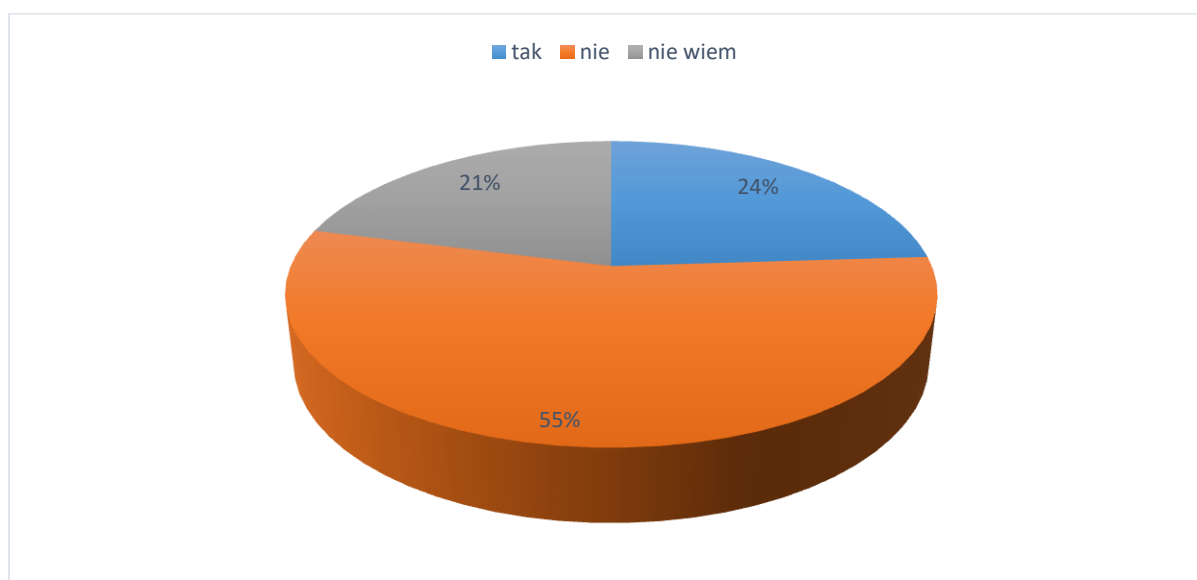


Rycina 12. Czynniki mające wpływ na ogólne postrzeganie pielęgniarek



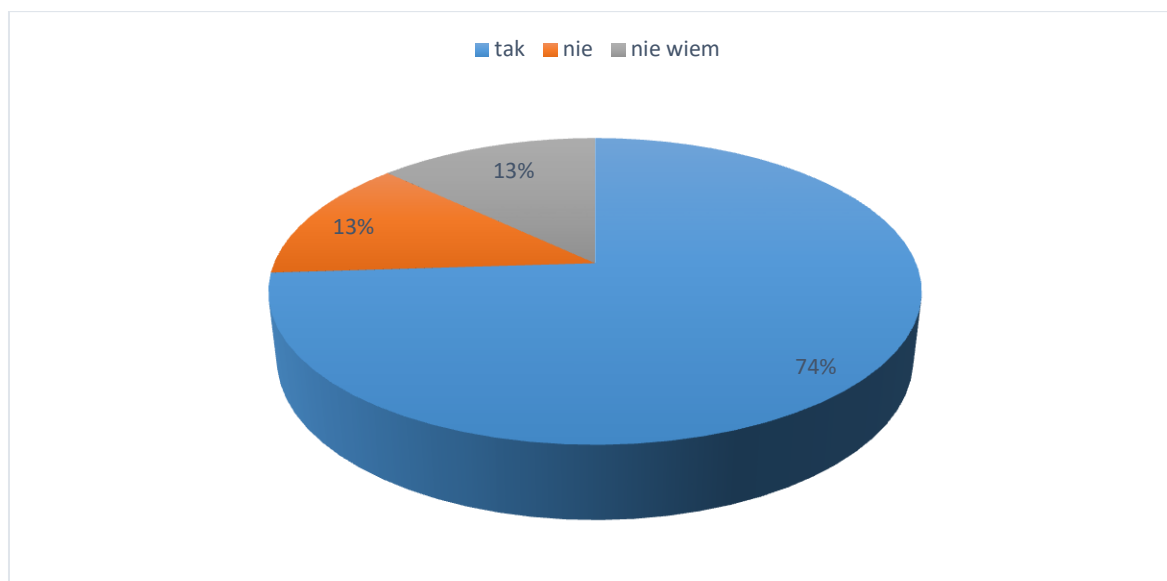
Rycina13. Czynniki powodujące poprawę wizerunku pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce

Ankietowani w 55% uważają, że pielęgniarki nie pracują ciężko. Zdania na ten temat nie ma 21% (rycina 14).



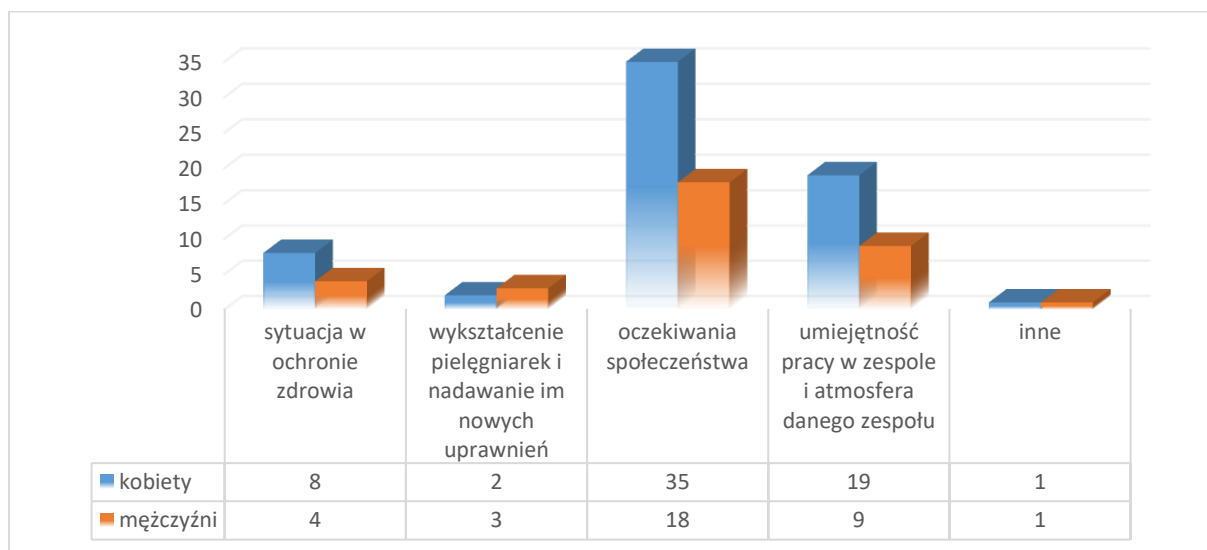
Rycina 14. Opinia ankietowanych dotycząca ciężkości pracy pielęgniarek

Ankietowani zgodnie w 74% twierdzą, że praca pielęgniarek jest odpowiedzialna (rycina 15).



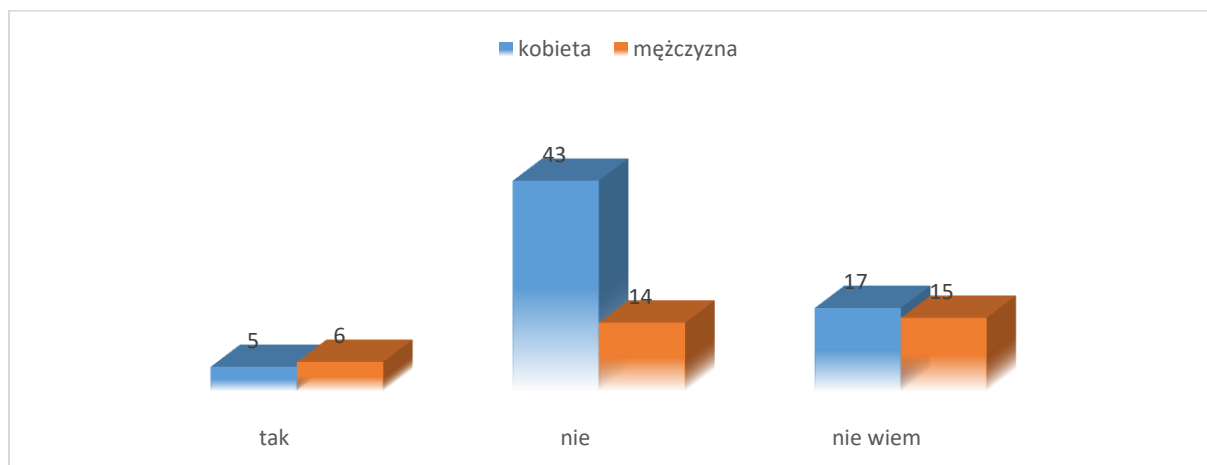
Rycina 15. Opinia ankietowanych dotycząca odpowiedzialności pracy

Ankietowani wymienili głównie czynnik oczekiwań społeczeństwa (53%), umiejętności pracy w zespole i atmosfery danego zespołu (28%), sytuacji w ochronie zdrowia (12%), wykształceniem pielęgniarek i nadawaniem im nowych uprawnień (5%). Ukazuje to rycina 16.



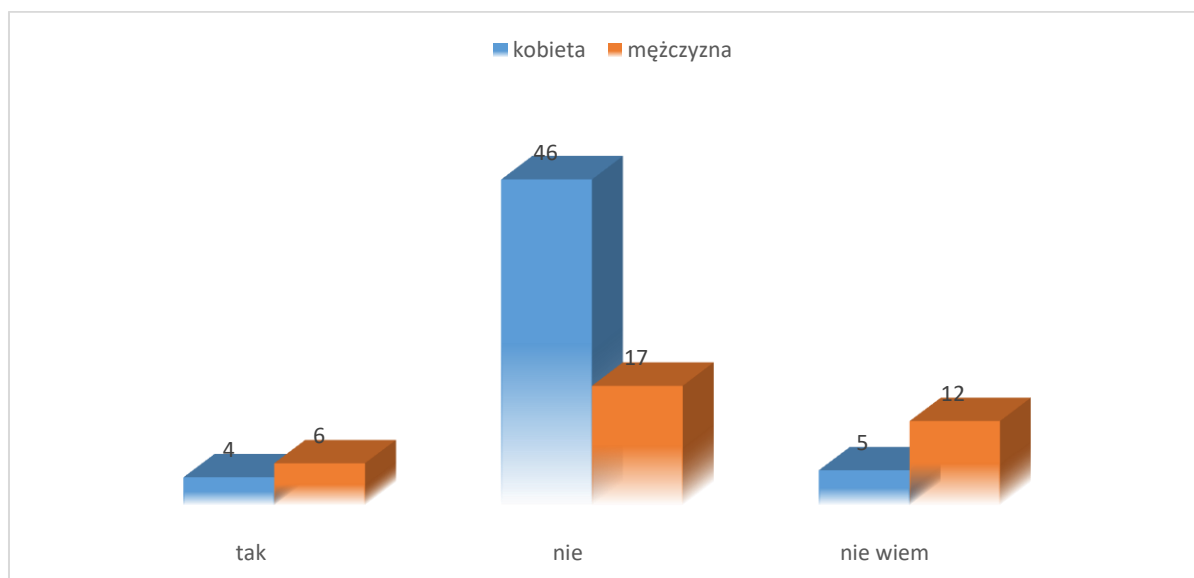
Rycina 16. Czynniki które wpływają na kształtowanie się modelu współczesnej pielęgniarki czy pielęgniarza

Ankietowani w 57% nie dostrzegli poprawy w zakresie podejścia pielęgniarki do pacjenta bazując na wcześniejszych doświadczeniach. Taką poprawę zauważyło jedynie 11% badanych. Pozostałe 32% nie miało zdania na ten temat. Wyniki przedstawiono na rycinie 17.



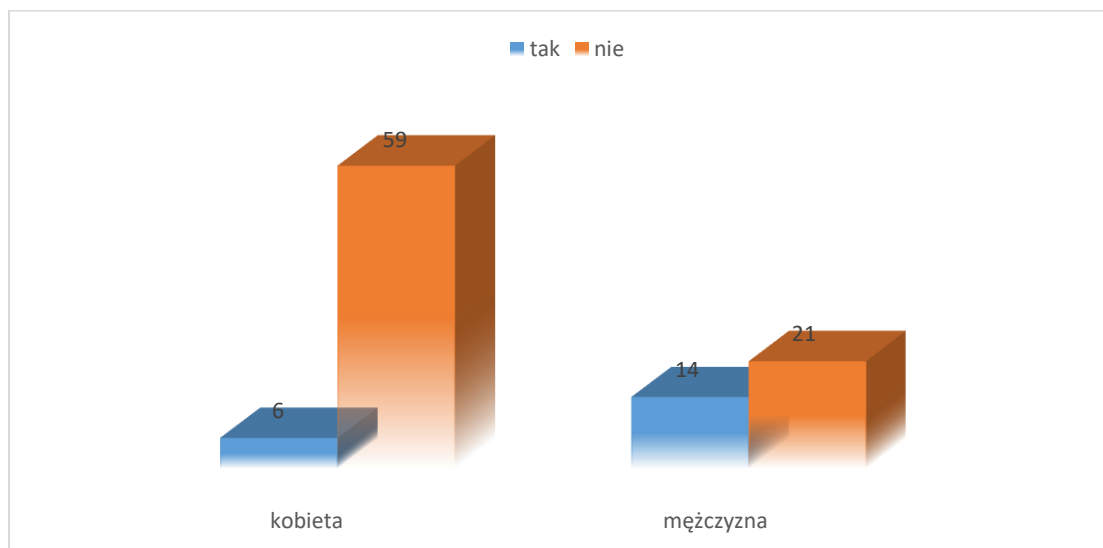
Rycina 17. Dostrzeganie przez ankietowanych poprawy w zakresie podejścia pielęgniarki do pacjenta w porównaniu do wcześniejszych doświadczeń

Ankietowani w 63% uważają, że nie darzą pielęgniarek czy pielęgniarzy zaufaniem. Odpowiedzi pozytywnej udzieliło zaledwie 10% badanych. Z kolei 17% nie miało zdania na ten temat (rycina 18).



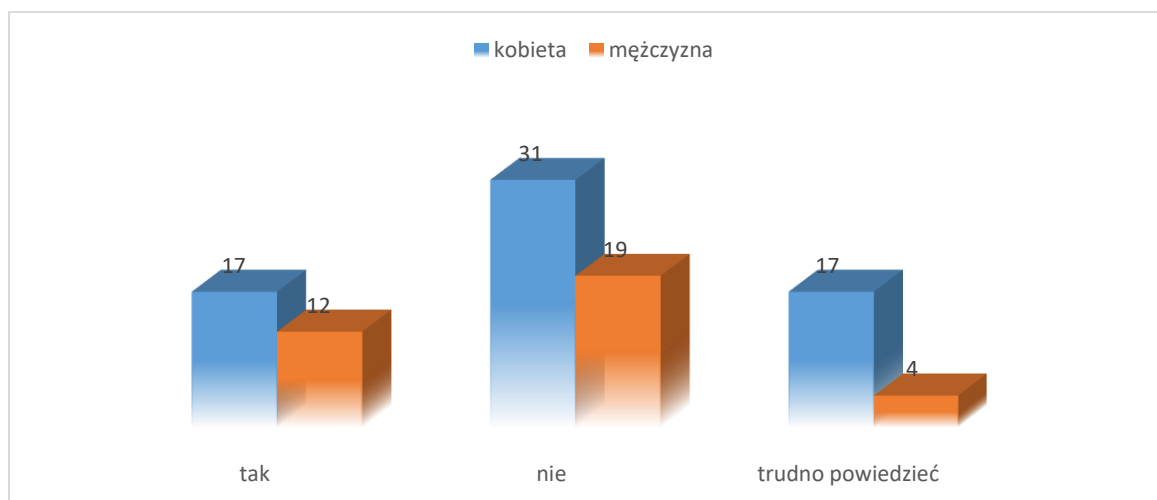
Rycina18. Darzenie pielęgniarki/pielęgniarza zaufaniem

Ankietowani w 70% uważają, że wygląd nie ma znaczenia w ocenie pielęgniarek. Warto zauważyć, że do wyglądu większą wagę przywiązali mężczyźni (40%) niż kobiety (9%). Jedynie 20% uważa, że wygląd ma znaczenie. Wyniki pokazano na rycinie 19.



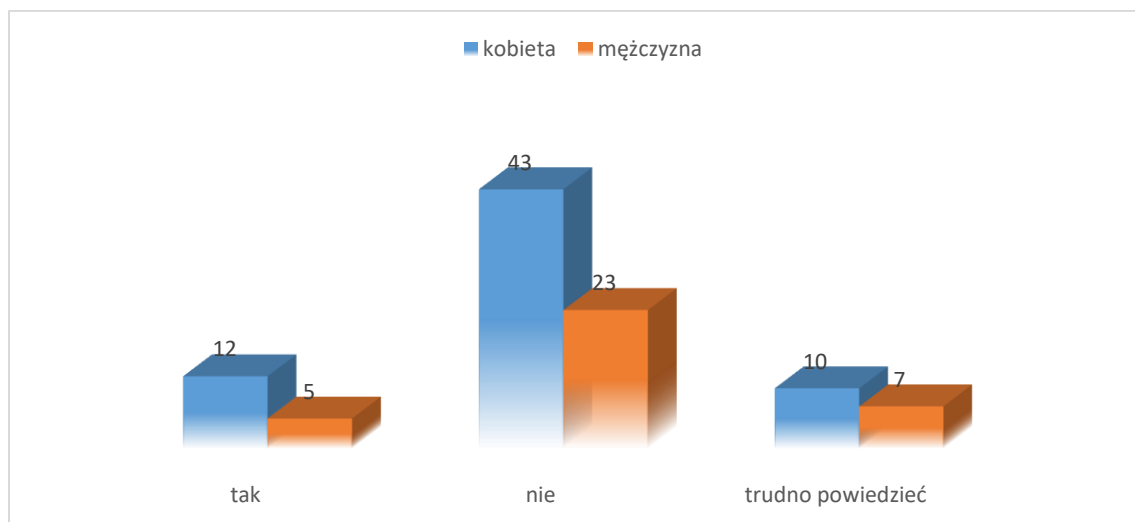
Rycina 19. Postrzeganie pielęgniarek w opinii publicznej a ich wygląd zewnętrzny

Ankietowani na podstawie własnych doświadczeń uważają, że pielęgniarki i pielęgniarze nie są kompetentnym personelem (50%). Przeciwnego zdania jest 29%, z kolei 21% nie ma zdania na ten temat. Wyniki przedstawiono na rycinie 20.



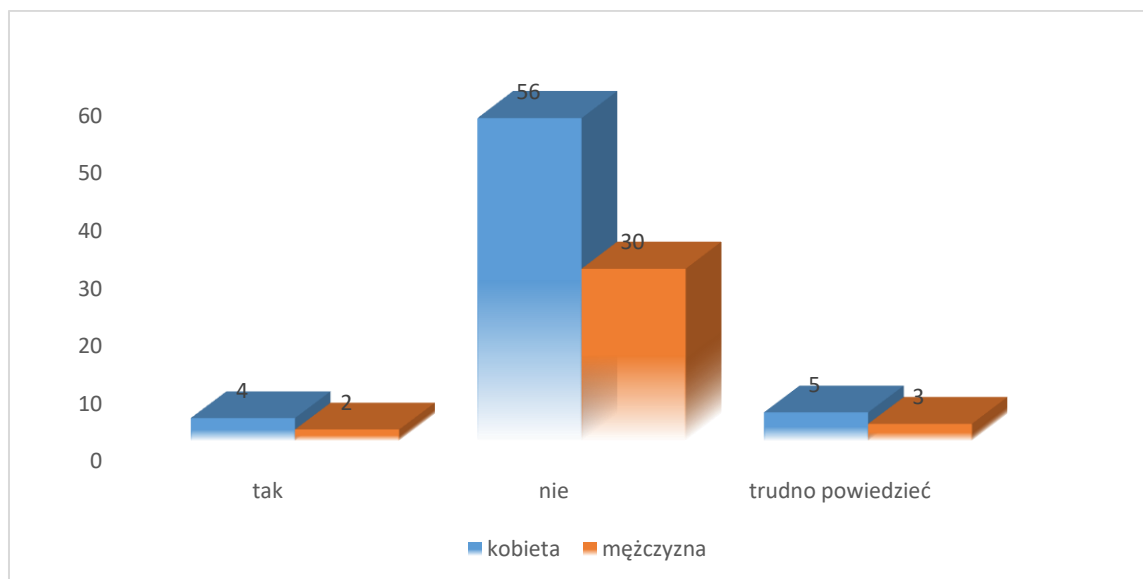
Rycina 20. Własne doświadczenie w ocenie pielęgniarek i pielęgniarzy jako personel kompetentny

Ankietowani uważają, że pielęgniarki nie udzielają zrozumiałych wyjaśnień pacjentom (66%). Jedynie 17% jest przeciwnego zdania lub nie ma zdania. Wyniki znajdują się na rycinie 21.



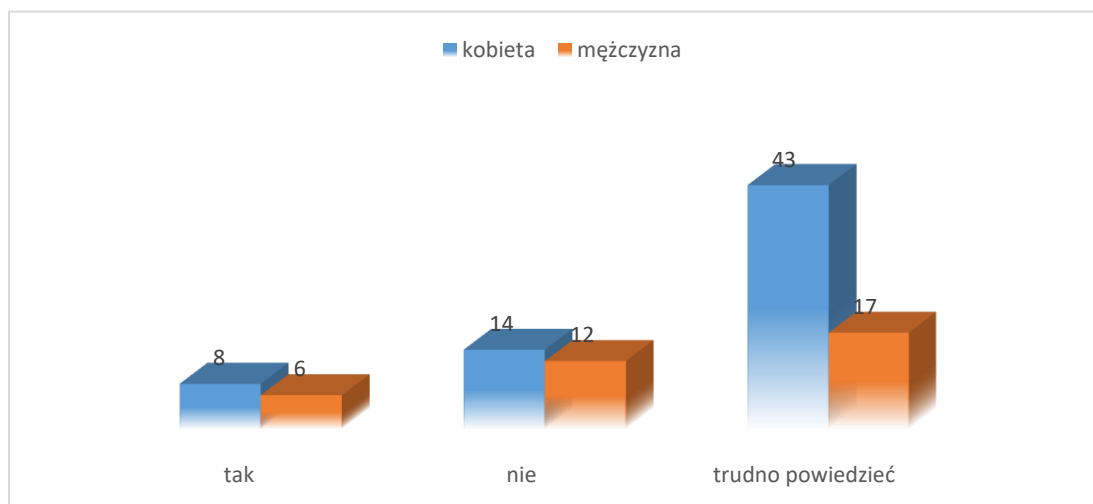
Rycina 21. Opinia ankietowanych dotycząca udzielania zrozumiałych wyjaśnień pacjentom przez pielęgniarki

Badani zgodnie twierdzą, że pielęgniarki nie posiadają wysokiej kultury osobistej (86%). Jedynie 6% uważa odwrotnie, zaś 8% nie ma zdania na ten temat (rycina 22).



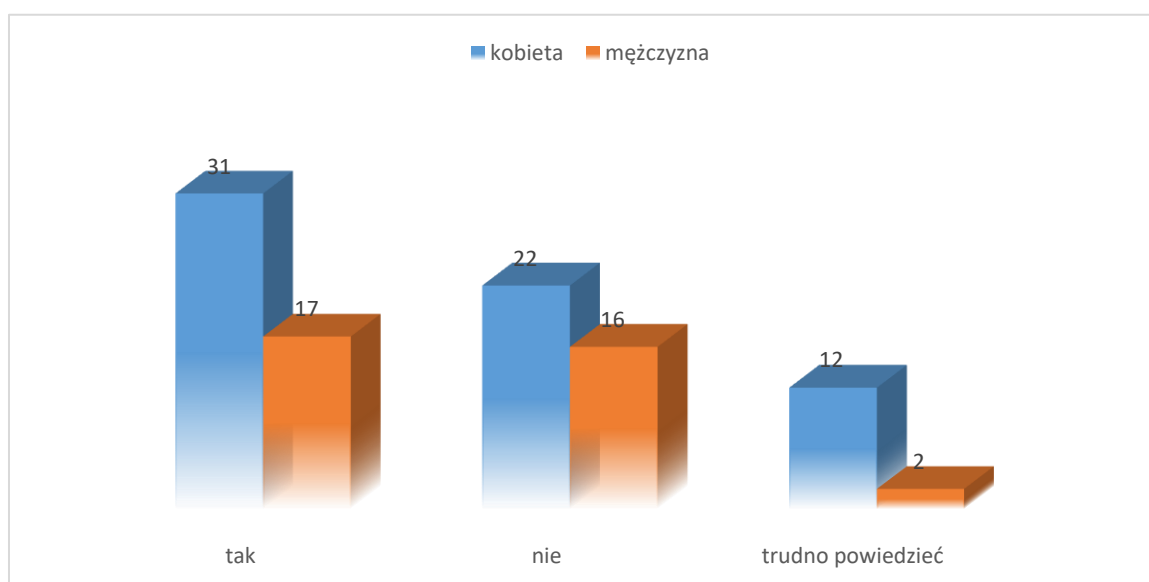
Rycina 22. Opinia badanych dotycząca wysokiej kultury osobistej pielęgniarek i pielęgniarzy

Ankietowani nie potrafili się jednoznacznie wypowiedzieć jakie są relacje pacjent-pielęgniarz (60%). Odpowiedzi, że są one poprawne udzieliło 14%, zaś przeciwnego zdania było 26%. Wyniki pokazano na rycinie 23.



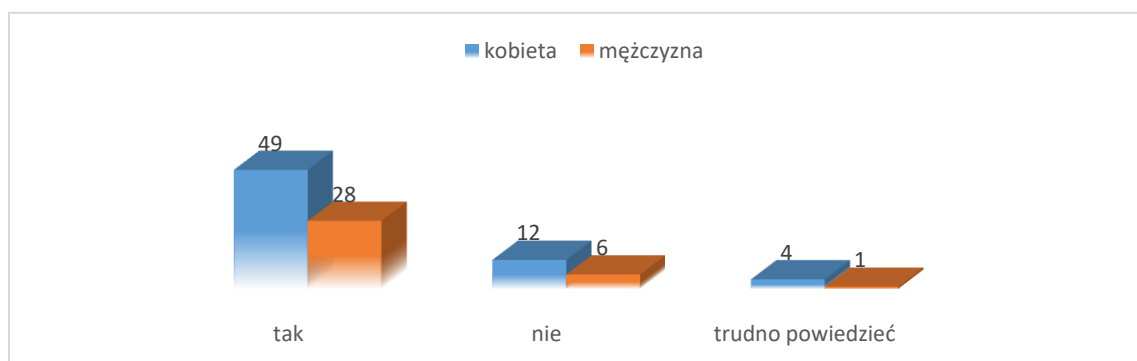
Rycina 23. Relacja pacjent- pielęgniarka/pielęgniarz

Ankietowani uważają, że niedobory personelu przekładają się na jakość wykonywanej pracy (48%). Z kolei 38% uważa, że nie ma to znaczenia w wykonywaniu pracy. Wyniki zaprezentowane zostały na rycinie 24.



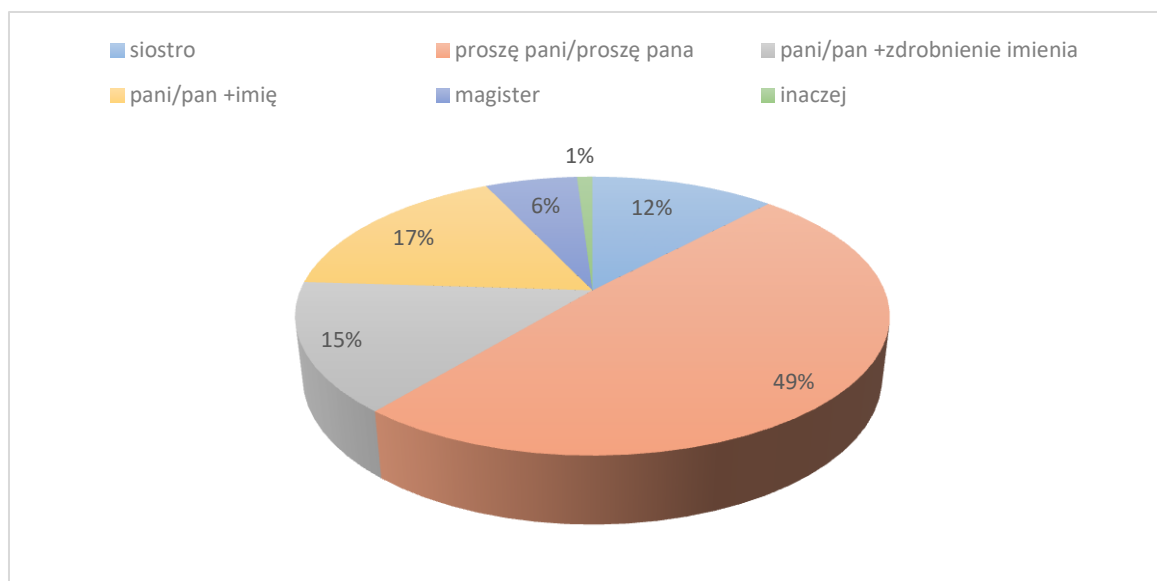
Rycina 24. Niedobory personelu pielęgniarskiego w szpitalach a jakość wykonywanej pracy

Badani w dużej części twierdzą, że personel z zewnątrz granicy poprawiłby sytuację niedoboru personelu medycznego (77%). Przeciwnego zdania jest 18% (rycina 25).



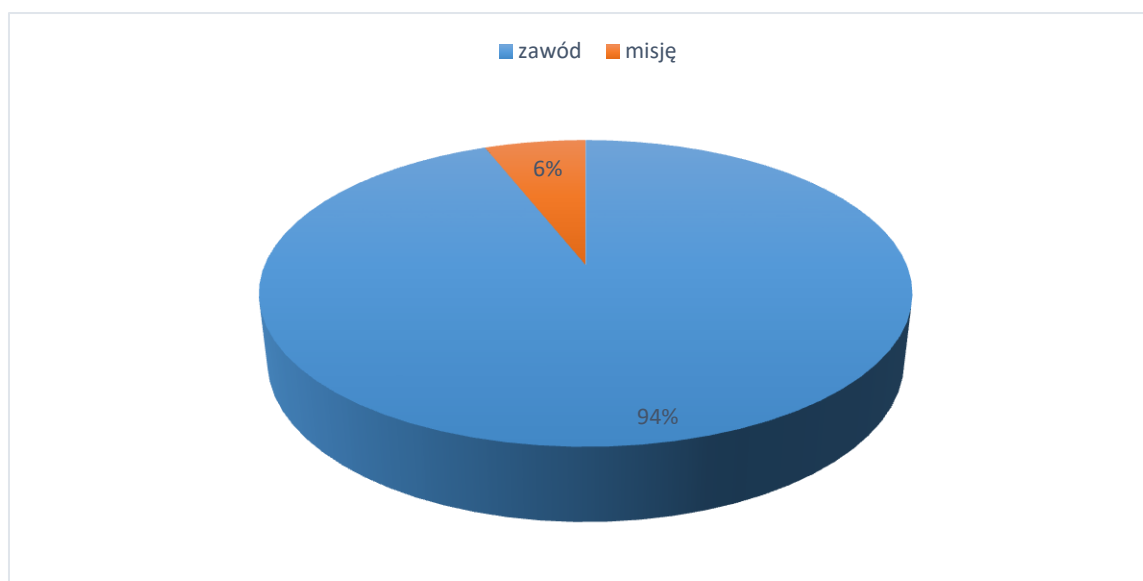
Rycina 25. Napływ kadry medycznej z zewnątrz granicy (głównie Białoruś, Ukraina) a poprawa sytuacji niedoboru personelu medycznego

Ankietowani najczęściej zwracali się do pielęgniarek zazwyczaj proszę pani/ proszę pana (49%) lub pani/pan + imię (17%), pani/pan + zdrobnienie imienia (15%), siostrę (12%), magister (6%). Wyniki przedstawione zostały na rycinie 26.



Rycina 26. Najczęstsze zwroty kierowane do pielęgniarek/ pielęgniarzy

W opinii badanych pielęgniarstwo powinno być traktowane jako zawód (94%) a nie misja (6%). Obrazuje to rycina 27.



Rycina 27. Pielęgniarstwo- zawód czy misja

Opinia pacjentów na temat postrzegania pielęgniarstwa stanowi integralną część oceny zawodu jako profesji zaufania publicznego. Wnikliwa analiza składowych może przełożyć się na poprawę postrzegania zawodu pielęgniarki/pielęgniарza.

DYSKUSJA

Z roku na rok pielęgniarstwo jest uznawane za zawód cieszący się największym zaufaniem w ankiecie Gallupa. Wyniki najnowszego Indeksu Prawdziwości Ipsos Mori wykazały, że 95% pielęgniarek cieszących się zaufaniem publicznym jest bardzo zbliżone do wyniku z 2018 r., który wyniósł 96%. Historycznie opinia publiczna darzyła system opieki zdrowotnej i świadczeniodawców dużym zaufaniem. Wiele wskazuje na to, że zaufanie to może spadać – zwłaszcza zaufanie do państwowej opieki zdrowotnej. Spadek ten odzwierciedla globalny trend braku zaufania do rządu i przywództwa instytucjonalnego. W okresie, gdy świadczenie opieki zdrowotnej jest coraz bardziej kontrolowane, a zaufanie społeczne do instytucji najwyraźniej spada, zrozumienie wkładu liderów pielęgniarek w budowanie zaufania społecznego do pielęgniarstwa jest ważne. Do tej pory niewiele uwagi poświęcono szerszemu obrazowi przywództwa pielęgniarek i zaufania publicznego do opieki zdrowotnej i instytucji opieki zdrowotnej.

Badania Kojder i Zarzyckiej dowodzą, iż pozytywniej oceniają pielęgniarki pacjenci mający z nią osobisty kontakt niż te osoby, które nie korzystają z jej usług [2]. Podobnie twierdzą Leszczyńska i współautorzy, badający opinie pacjentów na temat pielęgniarek środowiskowych. Wykazali oni, że bardzo wyraźną zależność pomiędzy częstością wizyt pielęgniarki, a łączną oceną jakości jej usług ($p=0,00001$) [3].

Obecność pielęgniarek w grupie zawodów zaufania społecznego w Polsce potwierdza profesjonalizm tej grupy zawodowej, wysoką jakość usług, bezpośrednią służbę ludziom oraz działalność w interesie społecznym [4]. Badania prowadzone przez CBOS w 2014 roku dotyczące opinii na temat zawodów zaufania publicznego wskazują na uznanie dla pozycji pielęgniarek przez 88% respondentów. Wyżej notowani byli tylko lekarze (poparcie 94% badanych) [5].

W badaniach nad uczciwością i rzetelnością zawodową (CBOS 2014), które niewątpliwie wiążą się z zaufaniem pielęgniarki znalazły się na bardzo wysokim drugim miejscu z 60% poparciem respondentów. Należy dodać, że na pierwszym miejscu znaleźli się przedstawiciele świata nauki. Na amerykańskiej liście „The Gallup Poll”, pielęgniarki od kilku lat (czyli od momentu kiedy zostały na niej uwzględnione) zajmują pierwszą pozycję [6].

Badaniem poziomu zaufania społecznego zajmowały się również Skorupska i Machowicz [7]. Wśród dziesięciu zaproponowanych profesji pielęgniarki zajęły najwyższą pozycję. Potwierdzeniem tych deklaracji może być fakt, iż aż 85,8% ankietowanych, mając do wyboru różnych świadczeniodawców usług opiekuńczych to właśnie pielęgniarki powierzyłyby opiekę nad najbliższą osobą.

W badaniach Mędrzyckiej - Dąbrowskiej w pytaniu dotyczącym wizerunku zawodu pielęgniarki w społeczeństwie połowa badanych (50,8% kobiet i 46,2% mężczyzn) była zdania, iż pielęgniarstwo jest zawodem cieszącym się dużym zaufaniem i szacunkiem społecznym [8]. Analiza wyników badań własnych także dowodzi, iż żaden respondentów nie wyraził zupełnego braku zaufania wobec pielęgniarki.

Odmienne wyniki w badaniach uzyskały Grabska i Stefańska, w których 76% respondentów deklarowało zaufanie do pielęgniarek, a 16% było przeciwnego zdania. Pozostali pacjenci stanowiący 8% nie potrafili określić swego zdania w tej kwestii. Mroczek i współautorzy badając wizerunek społeczny zawodu pielęgniarki doszli do wniosku, iż respondenci uplasowali ten zawód pod względem zaufania dopiero na czwartym miejscu

(opinie 31% ankietowanych), darząc największym zaufaniem lekarzy (57%) [8]. Podobne zdanie ankietowani wyrazili podczas badań Jończyk [9].

Negatywne opinie dotyczyły zaufania do sposobów sprawowania opieki pielęgniarskiej [9]. Przyjmuje się, że szacunek wobec zawodów i ich hierarchia stanowi odzwierciedlenie stratyfikacji społecznej oraz statusu społecznego osób zajmujących się daną profesją. W przypadku zawodów medycznych, a zwłaszcza pielęgniarstwa może być czynnikiem wpływającym na relacje z pacjentem i jego zachowania wobec personelu.

Przeprowadzone przeze mnie badania wykazały zgoła odmienne stanowisko do zawodu pielęgniarki jako zaufania publicznego. W głównym mierze opinię opierali na swoich osobistych doświadczeniach. W większości przypadków krytycznie odnoszono się do zawodu.

WNIOSKI

1. Postawę krytyczną do systemu opieki zdrowotnej prezentuje 47% społeczeństwa.
2. Ankietowani w większości (50%) uznali, że nie są zadowoleni z kontaktu z pielęgniarką czy pielęgniarzem.
3. Największym zaufaniem darzony jest ratownik medyczny (36%), lekarz (22%), pielęgniarka (15%) badanych jako osoby godne zaufania.
4. Czynniki decydujące o zaufaniu do personelu medycznego to: praca w trudnych warunkach (25%), chęć niesienia pomocy (24%) odpowiedzialność za życie ludzkie (21%), bycie przyjaznym i empatycznym do pacjenta (11%), szacunek do pacjenta (8%)
5. W badaniu 97% ankietowanych nie darzy pielęgniarki czy pielęgniarzy zaufaniem społecznym.
6. Czynniki decydującymi o negatywnym stosunku do personelu medycznego były: zadufanie w sobie, pretensjonalność, traktowanie rodziny jak intruza, ciągłe twierdzenie, że nie mogą wykonywać danej czynności ponieważ nie leży w zakresie ich obowiązków (np. rodzina prosiła o nakarmienie, zmianę pampersa, pomasowanie pacjenta, środki na odleżyny itp., ciągłe narzekanie, zmęczenie, brak empatii, skupienie na sobie. Dużą rolę w odpowiedziach odegrały osobiste doświadczenia

badanych

w kontakcie z tą grupą zawodową.

7. Głównym czynnikiem wpływającym na postrzeganie pielęgniarek czy pielęgniarzy są osobiste doświadczenia badanych (89%).
8. Brak poprawy w zakresie podejścia pielęgniarki do pacjenta bazując na wcześniejszych doświadczeniach (57%).
9. Badani nie darzą pielęgniarek czy pielęgniarzy zaufaniem (63%).
10. Ankietowani na podstawie własnych doświadczeń uważają, że pielęgniarki i pielęgniarze nie są kompetentnym personelem (50%).
11. Pielęgniarki nie udzielają zrozumiałych wyjaśnień pacjentom (66%).
12. Niedobory personelu przekładają się na jakość wykonywanej pracy (48%).
13. Personel z zewnątrz poprawiłby sytuację niedoboru personelu medycznego (77%).
- 14. Pielęgniarstwo powinno być traktowane jako zawód (94%) a nie misja (6%).**

PIŚMIENNICTWO

1. Freud B., Kołodziejczyk J.: Konceptualizacja wartości profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy. *Zarządzanie Publiczne* 2013; 3(23): 353–360.
2. Kojder E., Zarzycka D.: Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014; 2(47) :47-52.
3. Leszczyńska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Sobolewski M., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A. : Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Probl. Hig. Epidemiolog.* 2007; 88(3): 277-285.
4. Krasnowolski A. : Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. Opracowania tematyczne OT-625. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Warszawa 2013.
5. Badora B., Roguska B.: Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 2014.
6. Derczyński W.: O uczciwości i rzetelności zawodowej. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 2014.
7. Skorupska A., Machowicz A. : Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010;18(1):53-59.

8. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2): 192– 200.
9. Jończyk J.: Ocena satysfakcji pacjenta w kontekście jakości opieki zdrowotnej. *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2011; 155: 301-310.

MOŻLIWOŚCI MONITOROWANIA PACJENTKI Z KRWOTOKIEM POPORODOWYM

Grażyna Gebuza¹, Agnieszka Dombrowska-Pali¹, Marzena Kaźmierczak¹, Piotr Gebuza², Agata Ostrowska², Jolanta Anna Parafiniuk³

1- *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

2- *Student kierunku Lekarskiego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi*

3- *Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinika Położnictwa i Perinatologii w Łodzi, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

WSTĘP

Krwotok poporodowy (*Postpartum Haemorrhage, PPH*) jest powszechnie definiowany jako utrata 500 ml lub więcej krwi w ciągu 24 godzin po porodzie i dotyka około 5% kobiet rodzących na całym świecie. PPH jest główną przyczyną śmiertelności matek w krajach o niskich dochodach i główną przyczyną prawie jednej czwartej wszystkich zgonów matek na całym świecie. Większość zgonów wynikających z PPH miało miejsce w ciągu pierwszych 24 godzin po porodzie: większości z nich można było zapobiec, stosując profilaktyczne środki uterotoniczne w trzecim okresie porodu oraz odpowiednio wcześniej prowadząc poród [1]. Według Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*), krwotok położniczy rozpoznaje się jeśli całkowita utrata krwi jest większa lub równa 1000 ml lub utrata krwi, której towarzyszą oznaki lub objawy hipowolemii w ciągu 24 h po porodzie [2].

ROZWINIĘCIE

Recenzowane wytyczne wskazują jednoznacznie, że po wystąpieniu krwotoku ważne jest wstępne, szybkie ustalenie przyczyny według akronimu 4T, oszacowanie utraty krwi i natychmiastowe rozpoczęcie protokołu resuscytacji z uzupełnianiem płynów, transfuzją krwi i ścisłym monitorowaniem kobiety. Dla ułatwienia zapamiętania głównych i najczęstszych przyczyn występowania krwotoku poporodowego stosuje się akronim „4 T” od angielskich słów Tonus-napięcie mięśnia macicy, Tissue-pozostawianie resztek płodu, Trauma-uraz dróg rodnych, Thrombin-koagulopatia. W przypadku atonii macicy wszystkie recenzowane

towarzystwa lekarskie zalecają masaż macicy, oburęczny ucisk macicy oraz podawanie leków uterotonicznych, występują niewielkie rozbieżności co do optymalnych schematów. Jeśli powyższe metody zawiodą, zaleca się zastosowanie tamponady balonowej do macicy lub inne działania chirurgiczne. Istnieje również zgoda co do postępowania w przypadku PPH z powodu zatrzymania łożyska, łożyska przyrośniętego, urazu położniczego, pęknięcia lub wycisowania macicy oraz ostrej koagulopatii. Protokoły masowych transfuzji nie są spójne w recenzowanych wytycznych. Natomiast wszystkie wytyczne podkreślają znaczenie aktywnego prowadzenia trzeciego okresu porodu w profilaktyce PPH, sugerując kilka interwencji, przy czym standardowym kryterium jest podawanie oksytocyny [3]. Główną przyczyną zachorowalności i śmierci matek z powodu krwotoku po porodzie jest opóźnienie rozpoznania. Powszechnie wiadomo, że fizjologiczne zmiany ciąży prowadzą do zmian parametrów życiowych, objawów klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, które mogą maskować rzeczywisty stan pacjentki lub prowadzić do jego normalizacji. Cięża zwykle występuje u młodych i zdrowych pacjentek i jest jednym z niewielu przypadków, w których kobiety zwracają się o pomoc lekarską, gdy ogólnie oczekuje się, że okoliczności będą pomyślnie. Zdecydowana większość kobiet zgłasza się do opieki i porodu bez znaczących problemów. W związku z tym może dojść do przeoczenia łagodnych zmian parametrów życiowych i innych objawów klinicznych. Przyspieszone tętno, łagodna niedokrwistość i duszność są ogólnie akceptowane jako „normalne” objawy u zdrowych rodzących, jednakże mogą to być również wstępne wskazówki krwotoku lub incydentów zakrzepowo-zatorowych. Aby zapobiec ciężkiej zachorowalności i śmiertelności matek, konieczne jest zwrócenie uwagi na pacjentki, które są najbardziej narażone na powikłania. Dlatego opracowanie systemów uruchamiających intensywną opiekę nad pacjentami z grupy ryzyka jest niezbędne i prawdopodobnie mogłoby zapobiec opóźnieniom w diagnozie i interwencji u kobiet w niebezpiecznym przypadku klinicznym. Jednym z proponowanych sposobów osiągnięcia tego celu jest zdefiniowanie położniczego systemu wczesnego ostrzegania (*Early Warning System, EWS*), który uruchamia pilną ocenę pacjentki przy łóżku na podstawie danych wskazujących na podwyższone ryzyko zachorowalności lub śmiertelności. Dostępne dowody są ograniczone, ale sugerują, że intensywny nadzór i działania za pomocą systemu wczesnego ostrzegania mogą zmniejszyć śmiertelność i zachorowalność matek poprzez wczesną identyfikację, odpowiedni monitoring i uniknięcie możliwych zdarzeń niepożądanych [4]. W Polsce nie stosuje się takiego systemu, powszechnie znane są czynniki ryzyka krwotoków poporodowych, natomiast nie prowadzi się monitorowania czynników ryzyka podczas porodu. Ocenę ryzyka krwotoku poporodowego należy przeprowadzać kilka razy podczas

wizyt prenatalnych, opieki przedporodowej, przyjęcia do porodu, w trakcie porodu i połogu, ponieważ czynniki ryzyka mogą się zmieniać lub ewoluować w trakcie porodu. Istotna jest ocena ryzyka krwotoku poporodowego, ponieważ około 40% krwotoków poporodowych występuje u kobiet z niskim ryzykiem, w związku z tym, każda kobieta rodząca jest narażona na krwotok położniczy [5].

W przypadku krwotoku, system wczesnego ostrzegania i wyniki laboratoryjne mogą dostarczyć potrzebnych danych, ale najbardziej przydatną informacją w rozpoznawaniu PPH jest dokładna ocena utraty krwi. Określenie utraty krwi jest szczególnie trudne, ponieważ krew miesza się z innymi płynami ustrojowymi, a w niektórych sytuacjach gromadzi się w jamie macicy, zanim wypłynie na zewnątrz, co może spowodować opóźnienie w rozpoznaniu krwotoku [6, 7].

Istnieją różne systemy oceny utraty krwi. Grawimetria polega na ważeniu materiałów nasączonych krwią i odejmowaniu suchej masy materiału i umownie przeliczaniu ciężaru materiału w gramach na ml objętości krwi. Analiza taka jest podatna na przeszacowanie, jeśli nie uwzględni się zanieczyszczenia płynem owodniowym lub innymi płynami irygacyjnymi i zmierzona jest ilość, jako składnik utraty krwi. Analiza też wiąże się z niedoszacowaniem, gdy nie można zważyć wszystkich wysyconych krwią materiałów [7]. Pomiar wolumetryczny można wykonać za pomocą podpośladowych plastikowych worków w kształcie litery V i pojemników do odsysania, z kalibrowanymi oznaczeniami lub bez. Masa takich pojemników może być niedokładna, podobnie jak wizualna ocena, jeśli nie ma możliwości odróżnienia składników krwi od innych [8]. Nowa metoda hybrydowa oceny utraty krwi polega na zastosowaniu dwóch metod wolumetrii i grawimetrii daje lepszy wskaźnik wykrywania utraty krwi [9]. Istnieją także nowe systemy oceny krwi, które nie są dostępne w Polsce, a wykorzystują analizę kolorymetryczną/grawimetryczną za pośrednictwem systemu TritonVR i skalibrowanych obłożeń. Analiza kolorymetryczna określa ilość hemoglobiny w materiałach nasiąkniętych krwią, metoda uwzględnia niekrwawe zanieczyszczenia materiałów. System kolorymetryczny Triton QBL oceniający utratę krwi, skanuje materiały chirurgiczne i dokonuje pomiaru masy materiałów [7].

Rozpoznanie krwotoku często jest opóźnione z uwagi na trudności z oszacowaniem utraty, ale także ze względu na problem z oceną sytuacji klinicznej kobiet. W ciąży występują ogólnoustrojowe fizjologiczne zmiany specyficzne dla tego okresu. Pojemność minutowa serca wzrasta w czasie ciąży z powodu fizjologicznego wzrostu częstości akcji serca i objętości krwi, ciśnienie krwi obniża się z powodu niższego ogólnoustrojowego oporu

naczyniowego. Pojemność minutowa serca nadal wzrasta podczas porodu z powodu większego obciążenia wstępnego spowodowanego skurczami macicy. Po porodzie napięcie wstępne jeszcze wzrasta w wyniku zmniejszenia ucisku żyły głównej dolnej przez ciężarną macicę i powrotu krwi macicznej do krążenia matki. W rezultacie wczesne rozpoznanie pogorszenia stanu klinicznego kobiet z krwotokiem poporodowym jest trudne [10]. Utrata od 500 do 1000 ml krwi u zdrowych kobiet jest buforowana przez system fizjologicznej adaptacji; u niektórych kobiet objawy czynności życiowych mogą nie ulec zmianie. Natomiast zmiany w objawach klinicznych są ważne w rozpoznawaniu kobiet, u których utrata krwi może zagrozić życiu [11]. W większości przypadków do zmiany parametrów życiowych wymagana jest utrata krwi większa niż 1500 ml, co już w wielu przypadkach przekracza zdolności adaptacyjne matki [12]. Ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe mierzone metodą nieinwazyjną może być prawidłowe u 20–30% kobiet z utratą krwi powyżej 1500-2000 ml [13]. W sytuacji utraty powyżej 40% objętości krwi krążącej, następuje przejście wstrząsu w fazę dekompensacji [11]. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia wstrząs krwotoczny rozpoznaje się przy utrzymującym się ciśnieniu skurczowym poniżej ≤ 80 mmHg, utrzymującym się skurczowym ciśnieniu tętniczym krwi ≤ 90 mmHg i/lub częstości akcji serca ≥ 120 uderzeń na minutę [14]. Utrata 15% objętości krwi związana jest ze wzrostem częstości akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę, obniża się napięcie tętna i wzrasta częstość oddechów 20–30 na minutę. Przy 30-40% utracie objętości krwi występuje obniżone ciśnienie krwi, tachykardia powyżej 120 uderzeń na minutę i wzrasta liczba oddechów do 30–40 na minutę [15]. Skóra może być zimna, spocona, sina lub blada, występuje opóźnienie nawrotu włosniczkowego (po zwolnieniu ucisku na płytkę paznokciową zblednięcie ustępuje po >2 s). We wstrząsie wydalanie moczu spada $<0,5$ ml/kg mc/godzinę, występuje skąpomocz lub bezmocz i inne objawy ostrej niewydolności. Ze strony czynności ośrodkowego układu nerwowego mogą wystąpić zaburzenia stanu świadomości, lęk, niepokój, zaburzenia orientacji, splątanie, pobudzenie psychoruchowe, patologiczna senność lub śpiączka, ogniskowe objawy ubytkowe. Osłabienie mięśni. Ze strony układu pokarmowego obserwuje się nudności, wymioty, wzdęcie, osłabienie lub zanik perystaltyki, krwawienie. Funkcja wątroby – żółtaczka jest objawem występującym rzadko i późno lub już po wyprowadzeniu ze wstrząsu [16].

Wczesne wykrycie pogorszenia stanu klinicznego zyskało w ostatnich dziesięcioleciach duże zainteresowanie. Z uwagi na zmiany w układzie krążenia w ciąży i trudności z oszacowaniem objętości utraty krwi w celu identyfikacji stopnia wstrząsu hipowolemicznego pomocnym narzędziem w ocenie sytuacji klinicznej podczas krwotoku jest

wskaźnik wstrząsu (*Shock index (SI)*). Wskaźnik wstrząsu, oblicza się dzieląc częstość akcji serca przez ciśnienie skurczowe krwi i jest dokładnym wskaźnikiem zmian sercowo-naczyniowych wtórnych do utraconej krwi i lepszym parametrem do wykrywania PPH podczas porodu drogą pochwową niż inne parametry życiowe [17].

W obserwacjach Le Bas i wsp. (2014) u pacjentek z prawidłową utratą krwi podczas porodu średni indeks wstrząsu położniczego (*Obstetric Shock Index, OSI*) wynosił 0,74 po 10 minutach i żaden pojedynczy wynik nie przekraczał 1,1. Dlatego badacze zaproponowali, aby normalny przedział OSI wyniósł 0,7 do 0,9, w porównaniu z zakresem 0,5-0,7, dla wskaźnika u osób niebędących w ciąży. Uznana podwyższona wartość wskaźnika wynikała prawdopodobnie z normalnych fizjologicznych zmian w układzie sercowo-naczyniowym podczas ciąży. W terminie porodu tętno pozostaje wyższe niż w okresie po ciąży, podczas, gdy skurczowe ciśnienie krwi może ulec normalizacji w trzecim trymestrze ciąży. Średni indeks wstrząsu po 10 i 30 minutach był wyższy w grupie z masywnym krwotokiem, niż w grupie kontrolnej. Badacze spodziewali się takiej sytuacji, ponieważ wskaźnik wstrząsu odzwierciedla stabilność hemodynamiczną i pokazuje, jak OSI może być cennym wskaźnikiem niestabilności hemodynamicznej w przypadkach masywnego krwotoku. Kiedy OSI było wyższe niż normalny zakres (tj. 1,1), wzrastało również stosowanie produktów krwiopochodnych, z 89% szansą na transfuzję krwi, gdy OSI było wyższe niż 1,1 po 10 minutach. Według autorów przedstawione dowody potwierdzają przydatność OSI nie tylko w rozpoznaniu znacznej utraty krwi w przypadkach masywnego PPH, ale także w przewidywaniu zapotrzebowania na krew i produkty krwiopochodne. Autorzy pracy zalecili, aby uprościć stosowanie OSI w nagłych przypadkach położniczych i zaproponowali, aby wskaźnik OSI wyższy niż 1 (tj. częstość tętna > ciśnienia skurczowego krwi) był markerem ciężkości klinicznej. Ograniczeniem OSI jest jego stosowanie w przypadkach stanu przedrzucawkowego, ponieważ skurczowe ciśnienie krwi byłoby podwyższone, a zatem mogłoby dawać fałszywie uspokajający wskaźnik wstrząsu. Autorzy zgłosili ograniczenie w tym badaniu, ponieważ u niektórych pacjentów w ciągu 30 minut rozpoczęto resuscytację płynami lub transfuzję krwi. Dlatego wartości OSI mogły być w tych przypadkach niższe ze względu na korektę parametrów hemodynamicznych, co mogło mieć wpływ na wyniki. Zaobserwowano, że niektórzy pacjenci rzeczywiście mogą dobrze dekomensować dużą utratę krwi bez znaczących zmian częstości akcji serca lub ciśnienia skurczowego krwi. Dlatego klinicyści muszą ostrożnie interpretować wartość OSI po intensywnej resuscytacji płynowej, ponieważ mogą one nie odzwierciedlać rzeczywistej utraty krwi. Szybkie rozpoznanie niestabilności hemodynamicznej w przypadkach masywnego krwotoku

umożliwia wczesne i odpowiednie leczenie w celu poprawy stanu klinicznego i ratowania życia. OSI ma znaczącą wartość w wzbudzaniu podejrzenia, gdy jest poza normalnym zakresem, nawet jeśli ciśnienie tętnicze krwi i tętno pozostają w normie. Decyzję o przetoczeniu krwi należy podjąć na podstawie parametrów klinicznych i na podstawie przedstawionego badania pilotażowego, rekomenduje się stosowanie wartości OSI powyżej 1, jako dodatkowego narzędzia oceny znacznej utraty krwi, a także prostego markera (tj. tętna > ciśnienie skurczowe krwi), aby przewidywać zapotrzebowanie na preparaty krwi i krwiopochodne. Według autorów wartość OSI wyższa niż 1, wydaje się klinicznie użyteczna u kobiet podczas porodu [18]. Stosowanie SI równego 1 w sytuacji, gdy częstość tętna równa się wysokości ciśnienia skurczowego, może ułatwić identyfikację kobiet zagrożonych krwotokiem. Wartości $SI \geq 1$ w pierwszej godzinie po porodzie powinny wskazywać na dekompensację czynności serca i należy natychmiast wdrożyć leczenie [11]. W innym badaniu obejmującym 233 kobiety z krwotokiem poporodowym z utratą krwi przekraczającą 1500 ml stwierdzono, że wskaźnik wstrząsu $\geq 1,7$ był predyktorem przyjęcia w oddział intensywnej terapii, wdrożenia inwazyjnych zabiegów chirurgicznych i transfuzji ≥ 4 jednostek koncentratu krwinek czerwonych [19].

W niedawnym badaniu oceniającym związek wskaźnika wstrząsu z poziomem hemoglobiny (Hb) po porodzie drogami natury, wykazano, że wczesny dodatni trend wskaźnika wstrząsu (30 minut po porodzie) i ujemny trend poziomu hemoglobiny korelują z ilością poporodowej utraty krwi. Wartości szczytowe IS i Hb również korelują z ilością utraconej krwi. Ponadto maksymalne wartości wskaźnika wstrząsu występują wcześniej, niż hemoglobiny u kobiet z krwotokiem. Badanie pokazuje, że tempo zmian wartości wskaźnika wstrząsu w ciągu 30 minut od porodu jest proporcjonalny do utraty krwi, a u kobiet z krwotokiem szczyt wskaźnika wstrząsu osiąga się wcześniej w stosunku do poziomu hemoglobiny. Trend wartości wstrząsu zmienia się niewiele po 30 minutach, prawdopodobnie, dlatego, że większość utraty krwi już nastąpiła. Indeks wstrząsu był lepszym wskaźnikiem ilości utraconej krwi poporodowej niż oba jego poszczególne składowe, tętno i ciśnienie skurczowe. Badanie to pokazuje, że wskaźnik wstrząsu jest użytecznym narzędziem we wczesnym okresie rozpoznania krwotoku poporodowego. Trend (tempo zmian) wskaźnika wstrząsu jest wrażliwy na PPH, a wskaźnik wstrząsu jest bardziej czuły i swoisty w wykrywaniu krwotoku macicznego niż samo ciśnienie krwi lub tętno. Szczytowe wartości wskaźnika wstrząsu są łatwym do obliczenia wskaźnikiem utraty krwi i nadają się do stosowania zarówno w środowiskach o niskim, jak i wysokim poziomie zasobów. Tempo zmian hemoglobiny w czasie jest późnym objawem krwotoku i wolniej

reaguje na utratę krwi niż wskaźnik wstrząsu [20]. Wskaźnik wstrząsu wypada korzystniej w porównaniu z konwencjonalnymi metodami w przewidywaniu przyjęcia w oddział intensywnej terapii i innych powikłań krwotoku, nawet po uwzględnieniu czynników zakłócających; SI <0,9 zapewnia poczucie bezpieczeństwa, podczas gdy SI ≥1,7 wskazuje na potrzebę pilnej interwencji [19].

PODSUMOWANIE

Opóźnienie we wdrożeniu odpowiednich procedur w przypadku masywnego krwotoku poporodowego jest najczęstszym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia powikłań. Ponieważ zagrażający życiu krwotok może pojawić się w sposób nieprzewidziany, to kluczowe jest podjęcie jasnych i logicznych sekwencji kolejnych etapów postępowania. Krwotok poporodowy może dotyczyć każdej kobiety po porodzie. Istnieje wiele czynników ryzyka krwotoku, ale około 40% krwotoków występuje u kobiet bez żadnych czynników ryzyka. Dlatego ważne są cykliczne szkolenia personelu medycznego, opracowanie protokołów wczesnego reagowania na nagłą sytuację zagrażającą życiu, posługiwanie się indeksem wstrząsu. Adekwatna ocena utraty krwi i rzeczywista ocena sytuacji klinicznej pacjentki jest zasadniczym elementem rozpoznania krwotoku a także wprowadzenia skutecznej terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al.: Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2: 323–333. (Systematic Review).
3. Giouleka S., Tsakiridis I., Kalogiannidis I., et al.: Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Review of Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2022; 77(11):665-682.
4. Zuckerwise L.C., Heather C., Lipkind H.S.: Maternal early warning systems-Towards reducing preventable maternal mortality and severe maternal morbidity through improved clinical surveillance and responsiveness, *Seminars in Perinatology* 2017; 41:161-165.

5. Main E.K, Goffman D., Scavone B.M., et al.: National partnership for maternal safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2015; 44 (4): 462-470.
6. Natrella M, Di Naro E, Loverro M.T., et al.: The more you lose the more you miss: accuracy of postpartum blood loss visual estimation. A systematic review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2018;31:106–115.
7. Doctorvaladan SV, Jelks AT, Hsieh EW, et al.: Accuracy of blood loss measurement during cesarean delivery. *American Journal of Perinatology Reports* 2017;7:93–100.
8. Katz D., Farber M.K.: Can measuring blood loss at delivery reduce hemorrhage-related morbidity?. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2021; 46102968
9. Coviello E., Iqbal S., Kawakita T., et al.: Effect of implementing quantitative blood loss assessment at the time of delivery. *American Journal of Perinatology* 2019;36:1332–1336.
10. Pacagnella R.C., Souza J.P., Durocher J., et al.: A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. *PLoS ONE* 2013; (8): 57594.
11. Pacagnella R.C, Borovac-Pinheiro A.: Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2019,61: 89-105,
12. Hofmeyr G.J, Mohlala B.K.: Hypovolaemic shock. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001;15 (4):645-662.
13. Vousden N, Nathan HL, Shennan AH.: Innovations in vital signs measurement for the detection of hypertension and shock in pregnancy. *Reproductive Health* 2018; 15(1): 92.
14. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. World Health Organization 2011.
15. Kortbeek J.B., Al Turki S.A., Ali J., et al.: Advanced trauma life support, 8th edition, the evidence for change. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2008;64(6):1638-1650.
16. Jankowski M.: Wstrząs hipowolemiczny. *Medycyna Praktyczna. Interna mały podręcznik*. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.2.1>. (Dostęp.26.07.2023).
17. Ushida T., Kotani T., Imai K., et al.: Shock Index and Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries: A Multicenter Retrospective Study. *Shock*. 2021;1;55(3):332-337.
18. Le Bas A, Chandrachan E, Addei A, et al.: Use of the "obstetric shock index" as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 124: 253-255.

19. Nathan H.L., ElAyadi A., Hezelgrave N.L., et al.: Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynecology 2015;122: 268-275.
20. Drew T., Carvalho J.C.A., Subramanian C. et al.: The association of shock index and haemoglobin variation with postpartum haemorrhage after vaginal delivery: a prospective cohort pilot study. International Journal of Obstetric Anesthesia 2021;45:67-73.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM

Paulina Parfieniuk¹, Barbara Jankowiak²

1- Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU, z łac. Lupus erythematosus systemicus, z ang. Systemic lupus erythematosus, SLE) to ogólnoustrojowa przewlekła choroba zapalna, należąca do grupy chorób tkanki łącznej. Prowadzi ona do uszkodzeń tkanek oraz narządów w całym organizmie. Jej specyfika polega na autoimmunizacji, niejednorodnym obrazie klinicznym oraz heterogenicznym przebiegu. SLE może mieć przebieg łagodny, ale także może doprowadzić do stanów zagrażających życiu takich jak np.: sepsa, zawał serca, nefropatie czy niedokrwistość autoimmunohemolityczna. W przebiegu schorzenia, można zaobserwować okresy zaostrzenia oraz remisji, a początki zazwyczaj są utajone lub posiadają bardzo łagodny przebieg [1, 2, 3].

Ze względu na globalizację, migrację oraz zróżnicowany system rejestracji pacjentów, ocena występowania SLE w danej populacji jest znacznie utrudniona. Posiadane dane na temat epidemiologii, pochodzą głównie z Ameryki oraz Europy. Według nich, zapadalność na Tocznia rumieniowatego układowego oscyluje w okolicach 2-12 osób/ 100 000 mieszkańców rocznie, a zapadalność wśród rasy białej wynosi 20-50/ 100 000[1].

Diagnozy TRU zdecydowanie częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn (ich stosunek wynosi 9:1). Największy procent zachorowalności, dotyczy kobiet w wieku rozrodczym (od 16 do 55 r.ż.). U mężczyzn zachorowalność jest mniejsza, jednak jej przebieg jest ostrzejszy i niejednokrotnie posiada objawy nerkowe, hematologiczne, zajęcie błon surowiczych, nadciśnienie tętnicze, a także zakrzepicę. W przypadku płci żeńskiej, symptomami SLE znacznie częściej są zmiany skórne, nadżerki w błonach surowiczych, nadwrażliwość na światło słoneczne, objaw Raynauda, bóle stawów. Kulminacyjnym okresem, w którym

dochodzi do największej zapadalności na TRU jest 10-lecie między 40 a 50-tym rokiem życia [2, 3].

Patogeneza

- **Czynniki genetyczne**

Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) występują u ponad 25% dzieci kobiet, cierpiących na Tocznia rumieniowatego układowego, a wystąpienie choroby u obojga bliźniąt jednojajowych szacuje się w okolicach 14- 57%. Prawdopodobieństwo rozwoju schorzenia u rodzeństwa jest 8- 20 – krotnie większe niż u reszty społeczności [1, 2].

Dotychczas opisano mniej więcej 20 wariantów genetycznych na przeszło 10 chromosomach, które powiązane są z występowaniem TRU. Na przestrzeni lat, przeprowadzono wiele badań, dzięki którym odkryto sekwencje różnic w DNA oraz ich mutacji sprzyjających rozwojowi SLE. Z powodu zróżnicowanych kompletów zmutowanych genów u pacjentów, obraz kliniczny jest zdeintegrowany i ciężki do powiązania ze sobą objawów, a następnie postawienia odpowiedniej diagnozy. Warunkują one również przebieg choroby oraz jej intensywność [1, 2].

Każda zmutowana sekwencja lub pojedynczy gen, zwiększa możliwość wystąpienia tocznia o 1,1 – 2,5 razy [2].

- **Czynniki hormonalne**

Hormony płciowe wykazują wpływ na rozwój choroby, co można wywnioskować z wieku prokreacyjnego, w którym znajduje się znacząca część chorych kobiet na TRU. Stosunek zachorowalności na tocznia wśród dzieci, pod względem płci wykazuje różnice 3:1, jednak ulega to zmianie w późniejszych latach. W wieku rozrodczym, stosunek międzypłciowy wynosi już 10- 15:1 [1].

Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych zawierających estrogeny, endometrioza oraz estrogenowa terapia zastępcza, wykazują wpływ na rozwój SLE. Badania, które zostały przeprowadzone pod tym kątem, dowodzą pobudzające działanie estrogenów na reakcje autoimmunologiczne, w momencie kiedy androgeny pełnią rolę osłonową. Występowanie estradiolu oraz prolaktyny zakłóca proces pejoratywnej selekcji limfocytów B, tym samym dopuszczając do występowania komórek autoreaktywnych [2].

- **Czynniki środowiskowe**

Jednym z bodźców mających wpływ na rozwój Systemic lupus erythematosus jest promieniowanie ultrafioletowe, będące bezpośrednim czynnikiem powodującym zaostrzenia zmian skórnych, jak również pozostałych objawów występujących u chorego [1].

Substancje chemiczne, takie jak: związki krzemu, również wywierają negatywny wpływ na organizm badanego, poprzez stymulację immunogenności. Wspominając o substancjach chemicznych, należy również zaznaczyć, iż występuje grupa leków, których przyjmowanie może dezorganizować metyzację DNA, prowadząc do rozwoju zaburzeń immunologicznych charakterystycznych dla Tocznia. Do tej grupy należy: hydralazyna, prokainamid, izoniazyd, hydantoina, chloropromazyna, metylodopa, penicylamina, minocyklina, inhibitory czynnika martwicy nowotworów α oraz inhibitory α [2].

Palenie tytoniu może doprowadzić do modyfikacji białek, która będzie skutkowałą rozwojem stanu zapalnego w tkankach płuc [2].

W związku z upośledzeniem możliwości eliminacji czynników infekcyjnych, organizm pacjenta jest narażony na negatywne działanie wielu bakterii, pierwotniaków oraz wirusów. Dotychczas, najefektywniej udokumentowany oraz przebadany został wpływ wirusa Episteina- Barr (EBV). Według badań, chorzy na TRU, posiadają zwiększoną liczbę przeciwciał IgG, które są niebezpośrednimi markerami warunkującymi zwiększoną reaktywację wirusa [2, 4].

• Zaburzenia immunologiczne

Do głównych zaburzeń immunologicznych występujących u chorych na TRU są m.in. zaburzenia funkcji supresyjnych limfocytów T, zaburzenia apoptozy oraz defekty w eliminacji krążących kompleksów immunologicznych.

Charakterystycznym zaburzeniem dla SLE jest zaburzenie apoptozy oraz spowolnione usuwanie komórek apoptotycznych. W wyniku tych patologii, do krwiobiegu zostają wyzwolone duże ilości chromatyny, a także wolne nukleosomy. Kompleksy powstałe w wyniku połączenia się chromatyny oraz limfocytów B, produkują autoprzeciwciała. Ich kontakt z błoną podstawną naczyń, powoduje rozwój stanu zapalnego [1, 4].

Objawy Tocznia Rumieniowatego Układowego

W początkowym stadium choroby, objawy są skąpe i zazwyczaj dotyczą jednego układu lub narządu. Oznaki choroby można podzielić na symptomy ogólne oraz symptomy związane z danymi układami.

Objawy ogólne

- ✓ Osłabienie oraz tendencja do szybkiej męczliwości
- ✓ Stan podgorączkowy lub gorączka
- ✓ Spadek masy ciała [1].

Powyższe symptomy występują od 50 do 100% chorych na TRU, a do ich występowania mogą się przyczyniać: miopatie spowodowane przyjmowaniem glikokortykosteroidów (GKS), zakażenia, depresja, a także niedokrwistość [1].

Objawy układowe**Zmiany skórne oraz w błonach śluzowych**

Patologie skórne mogą mieć zróżnicowaną postać w zależności od ich ostrości. Wyróżnia się 4 rodzaje zmian: rumieniowate, plamisto- grudkowate, pęcherze oraz nekrolizę naskórka. Lokalizacja odchyleń narządowych jest zazwyczaj w okolicach podatnych na działanie promieniowania słonecznego, np.: skóra twarzy, dekoltu. Czas między wystąpieniem nadwrażliwości a ekspozycji na promienie UV, wynosi 24h [1, 5].

1. Ostra postać skórna Tocznia rumieniowatego układowego

Występuje u ok. 70% pacjentów i charakteryzuje się podskórnymi guzami zapalnymi, które po ustąpieniu, pozostawiają po sobie ślady w postaci zagłębień, które są skutkiem miejscowego zaniku tkanki podskórnej. Skóra osłaniająca tkankę zmienioną chorobowo może wykazywać stany zapalne lub brak jakichkolwiek odchyleń od normy.

Jednym z objawów ostrej postaci skórnej jest rumień w obrębie nosa, a także policzków, kształtem porównywany do motyla. Są to zmiany o charakterze rumieniowym, które nasilają się po ekspozycji na światło słoneczne [1, 5].

2. Przewlekła postać skórna (Toczeń krążkowy)

Zmiany mają kształt okręgu, a ich granice są zauważalnie odgraniczone od reszty skóry, która ma charakter rogowaciejący. Po ustąpieniu symptomów, pozostają szpecące blizny w obrębie twarzy i szyi.

Do przewlekłej postaci zalicza się również wcześniej wymienione, w ostrym przebiegu choroby, guzki zapalne; postać przerosła; zmiany hiperkeratotyczne (brodawkowate); toczeń śluzówkowy; toczeń odmrozinowy oraz toczeń krążkowy i liszaj płaski, które jednocześnie się na siebie nakładają [1, 5].

3. Podostra skórna postać Tocznia

Wygląd zmian przypomina pierścień z przejaśnieniem na środku, ale mogą również występować złuszczone się wykwity grudkowe.

4. Przerywana postać Tocznia

Zalicza się do niej formę odmrozinową oraz obrzękową.

5. Inne zmiany skórne

Do objawów Tocznia zalicza się również takie symptomy jak: łysienie, plackowaty zanik skóry (anetoderma), a także mucynozę grudkową (liszaj śluzowaty) [1, 5].

W trakcie choroby mogą powstawać nadżerki w błonach śluzowych jamy ustnej oraz nosa, którym na ogół nie towarzyszą odczucia bólowe. Występują one w szczególności w ostrej postaci Tocznia i dotyczą 12-45% chorych cierpiących na SLE. Ich kształt jest zróżnicowany, a proces gojenia rozpoczyna się samoistnie i trwa ok. 2 tygodnie. W pewnej grupie chorych, zaobserwowano zależność między występowaniem zmian w jamie ustnej a niedoborem witaminy B12, żelaza oraz anemią [5, 6].

Oprócz zmian struktury tkanek skórnych występują również zmiany naczyniowe, takie jak.: błądź powłok skórnych palców, siność siatkowata, rumień dłoniowy, wybroczyny na płytce paznokci, teleangiektazja wałów paznokciowych, objaw Raynauda, objaw Janeway'a oraz guzki Oslera. Wcześniej wymienione objawy są wynikiem chorób kompleksów immunologicznych [1].

Zmiany w układzie ruchu

Patologie powstające w układzie ruchu są powszechnie występującymi symptomami u chorych na SLE (dotyczą ponad 2/3 chorych) i można je podzielić na bóle mięśni, zapalenia stawów lub mięśni, zapalenia ścięgien i pochewek ścięgien, osteoporozę oraz jałową martwicę kości [1, 2].

1. Bóle mięśni oraz/lub stawów

Występują u ok. 90% chorych cierpiących na SLE, a ich wystąpienie należy do jednych z pierwszych objawów choroby. Ich charakter może być wędrujący, który przemija w ciągu upływu 24 godzin od ich rozpoczęcia, a także przewlekły. Najczęściej występują w stawach dłoni oraz stawach kolanowych [2].

2. Zapalenia stawów lub mięśni

Ten objaw występuje z małą częstotliwością. Według American Collage of Rheumatology (ACR) o zapaleniu stawów można mówić, gdy zapalenie obejmuje przynajmniej dwa stawy obwodowe i cechuje się obrzękiem, wysiękiem, bolesnością, ociepleniem stawu, a także nieobecnością luk korowych w częściach kości podczas badania radiologicznego [2].

Natomiast grupa Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) dokonała znaczącej modyfikacji tej definicji. Od tamtego momentu zapaleniem stawu określa się nie tylko wcześniej wymienione objawy, ale również występowanie bolesności uciskowej, co najmniej dwóch stawów, którym towarzyszy uczucie sztywności w godzinach porannych, utrzymujące się >30 minut [2].

Podczas występowania objawów ze strony układu ruchu korzysta się ze skali SLEDAI-2K oraz SELENA- SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*), które określają całkowitą aktywność Tocznia rumieniowatego układowego [2].

3. Zapalenia ścięgien i pochewek ścięgien

W większości przypadków struktury okołostawowe nie są uszkodzone oraz nie wykazują patologicznych zmian kształtu. Z powodu rozluźnienia się struktur torebek stawowych oraz ich niestabilności, występują deformacje stawów u rąk, a także u stóp.

Objawy te występują w Reumatoidalnym Zapaleniu Stawów (RZS), jednak w przebiegu Tocznia można zaobserwować brak towarzyszących im nadżerek. Zjawisko to nazywamy Artropatią Jaccouda [1].

4. Osteoporoza

U pacjentów chorych na SLE ryzyko złamań jest ok. 5 razy większe niż u osoby zdrowej. Czynniki wpływającymi na występowanie schorzenia jest wiek, płeć, brak aktywności fizycznej, przewlekły proces zapalny, niedobór witaminy D, przyjmowanie glikokortykosteroidów oraz leków immunosupresyjnych. Czynnikiem wpływającym na rozwój osteoporozy jest również zbyt małe stężenie lub niedobór witaminy D [2].

5. Jałowa martwica kości

Występuje u ok. 10% chorych, a jej występowanie może być wynikiem mikrozakrzepów, zapalenia naczyń oraz działaniem niepożądanym glikokortykosteroidów [1].

Zmiany w nerkach

Pierwszymi i jedynymi objawami SLE, mogą być niepokojące anomalie w badaniach moczu. Jawna nefropatia toczniowa rozwija się z powodu gromadzenia się kompleksów immunologicznych wewnątrz nerek. Jednym z przejawów choroby może być śródmiąższowe zapalenie nerek, kłębuszkowe zapalenie nerek lub zmiany naczyniowe. Postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek może doprowadzić do zespołu nefrytycznego, manifestującego się obecnością białka w moczu. Wśród chorych na toczniowe zapalenie nerek, obserwuje się równoczesne występowanie nadciśnienia tętniczego [1, 7].

Zmiany w układzie oddechowym

Objawy kliniczne dotyczące układu oddechowego zdarzają się niesamowicie często, co potwierdzają statystyki, według których dolegliwości oddechowe są obecne u 50- 80% pacjentów chorych na SLE [8].

Do najczęściej występujących schorzeń, których pochodzenie jest uwarunkowane zachorowaniem na tocznia należy [8]:

- Toczniove zapalenie opłucnej – objawami jest podwyższona temperatura, duszność, która powoli przybiera na sile, ból w klatce piersiowej oraz suchy kaszel. Zapalenie może przebiegać z wysiękiem płynu gromadzącego się w obu jamach opłucnych lub w jednej. W składzie wysięku występują liczne białka, a także LDH o zwiększonej aktywności.
- Rozlane krwawienie pęcherzykowe – rzadko występujący efekt TRU, obciążony wysoką śmiertelnością i powiązany z zaostrzeniem choroby. Krwioplucie, tachykardia, duszność, gorączka i narastająca niedokrwistość są głównymi objawami krwawienia pęcherzykowego.
- Śródmiąższowe włóknienie płuc – następstwo ostrych i przewlekłych zmian w płucach, którego pierwszą oznaką jest zmniejszona tolerancja na wysiłek fizyczny. Następnymi przejawami jest tachykardia, temperatura powyżej 38°C, suchy kaszel, obniżenie ruchomości klatki piersiowej oraz ból.
- Ostre limfocytowe śródmiąższowe zapalenie płuc – występuje niezwykle rzadko, a jego występowanie jest szacowane na 1- 10% wśród chorych na TRU.
- Powikłania związane z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych.

Zmiany w układzie krążenia

Patologie dotyczące układu krążenia manifestują się głównie w osierdziu, wsierdziu, mięśniu sercowym, układzie przewodzącym, naczyniach wieńcowych oraz żylnych [8, 9].

Zapalenie osierdzia - jest najczęstszym objawem zajęcia układu krążenia, który powstaje w stanach zaostrzeń tocznia. Ma charakter łagodny z występującym wysiękiem opłucnowym, jednak jeśli jest obecny płyn w worku osierdziowym, można podejrzewać niewydolność nerek.

Zmiany zastawek serca - wyróżnia się 5 typów patologii związanych z zastawkami serca:

1. Małe vegetacje (Libmana - Sacksa) - obejmują najczęściej zastawkę mitralną, a ich wielkość nie przekracza 1 cm². Wraz z nimi, mogą również występować zmiany grubości płatków i niedomykalność zastawek.
2. Pogrubienie płatków – może powodować powstanie niedomykalności zastawek.
3. Niedomykalność zastawek – zazwyczaj ma nie dużą wielkość.
4. Infekcyjne zapalenie wsierdzia –powstaje w momencie obniżonej odporności, wynikającej z przyjmowania glikokortykosteroidów. Znaczący wpływ na rozwój infekcji mają wcześniej powstałe zmiany na zastawkach.
5. Zatory tętnicze – są spowodowane zmianami Libmana – Sacksa, a także patologiami występującymi w bakteryjnym zapaleniu wsierdzia [8].

Choroba niedokrwienna serca – u chorych na SLE istnieje duże ryzyko wystąpienia chorób sercowo- naczyniowych, np. miażdżycy naczyń, zapalenia naczyń lub choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego [8, 9].

Zmiany układu nerwowego

Gdy dochodzi do zmian w ośrodkowym oraz obwodowym układzie nerwowym, mówi się o Tocznii neuropsychiatrycznym (neuropsychiatriclupus - NPSLE). Do głównych czynników wpływających na wystąpienie tego rodzaju schorzenia są: wcześniej przebyte postaci NPSLE o dużym natężeniu, obecność przeciwciał antyfosfolipidowych, a także zwiększona aktywność TRU. W przebiegu choroby NPSLE wyróżnia się postacie ogniskowe oraz obejmujące cały organizm.

- Patologie występują u ok. 30 – 40% chorych na Systemic lupus erythematosus, a ich częstotliwość jest różna. Do najczęściej występujących zmian (5 – 15% c) należą **incydenty naczyniowo- mózgowe oraz napady drgawkowe**. Udar niedokrwieny oraz przemijający napad niedokrwieny (Transient ischemic attack - TIA, jego występowanie jest określane na >80%), mogą być pierwszymi znakami choroby naczyń mózgowych. Ich

wystąpienie zazwyczaj ma miejsce w etapach ostrego zaostrzenia choroby i związanych, z tym zaburzeń immunologicznych. Wspominając o drgawkach, warto zaznaczyć, że ich występowanie oscyluje w okolicach 14-25% wśród chorych na SLE, natomiast ilość epizodów drgawkowych w większość wypadków wynosi jeden [1, 8]. Napady mogą przybierać formę uogólnioną lub dotyczyć tylko pewnej części ciała chorego.

Często zgłaszaną dolegliwością są bóle głowy, których pochodzenie jest związane ze zwiększonym ciśnieniem śródczaszkowym, będącym pierwszym objawem TRU. Chorzy na Toczeń są również narażeni na zwiększoną częstotliwość bóli migrenowych niż reszta populacji.

- **Zaburzenia funkcji poznawczych** (najczęściej obserwuje się zaburzenia pamięci wzrokowej, koncentracji, uwagi oraz problemy ze sprawnością psychomotoryczną), zaburzenia świadomości o dużym natężeniu i depresja. Zmiany te, występują u 1-5% pacjentów.

- **Objawy psychiatryczne, zaburzenia ruchowe** (w tym płasawica; jej obecność ma związek z występowaniem przeciwciał antyfosfolipidowych bądź zespołem antyfosfolipidowym), neuropatie nerwów czaszkowych oraz jałowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Powyżej opisane symptomy występują bardzo rzadko i dotyczą mniej niż 1% chorych na TRU.

- **Jałowe (aseptyczne) zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych** jest zbiorem symptomów o ostrym, podostrym lub chronicznym przebiegu. Głównymi objawami zapalenia opon są bóle głowy, zmiany w parametrach płynu mózgowo-rdzeniowego, gorączka, a także symptomy powstające na skutek podrażnienia struktur opon.

W przebiegu NPSLE występują również objawy psychiatryczne, którymi są zaburzenia nastroju (69 – 75%), psychoza (5%), zaburzenia świadomości (5 -10%) oraz zaburzenia lękowe (7- 10%) [1, 4, 10].

Symptomy hematologiczne

W przebiegu Tocznia, zmiany hematologiczne ograniczają się do objawów towarzyszących innym zmianom w organizmie. Najczęściej można zaobserwować:

1. Powiększenie węzłów chłonnych, które najczęściej dotyka węzłów chłonnych szyi, pachowych, a także pachwinowych (u ok. 50% chorych).
2. Zwiększenie wielkości śledziony (u 10-46% pacjentów).
3. Wtórna zakrzepowa plamica małopłytkowa [1].

Zmiany w układzie pokarmowym

Jednymi z głównych objawów ze strony układu pokarmowego są zaburzenia połykania, będące wynikiem zaburzeń motoryki przełyku. Występują w postaci pojedynczych epizodów, a ich nasilenie zależne jest od sytuacji stresowych. Bóle brzucha, którym sporadycznie towarzyszą nudności i wymioty są skutkiem:

1. Jałowego zapalenia otrzewnej
2. Choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy
3. Zapalenia lub zakrzepicy naczyń kręgowych.

Rozwija się u 0,2 – 53% chorych oraz jest zaliczany do najczęściej występujących objawów gastrologicznych w SLE. Do rozwoju powikłania choroby przyczynia się eozynofilia, wirus cytomegalii, bakteryjne infekcje wpływające na zmianę flory bakteryjnej jelit oraz stosowanie leków z grupy leków przeciwzapalnych.

4. Zapalenia trzustki

Gdy dochodzi do zajęcia żołądka lub dwunastnicy, najczęściej występuje to na skutek stosowanego leczenia lekami przeciwzapalnymi (NLPZ).

Powiększenie wątroby może być objawem chronicznego zapalenia wątroby i występuje u ok. 50% chorych. Oprócz wcześniej wymienionego objawu, należy również wspomnieć o autoimmunologicznym zapaleniu wątroby, w którym występują przeciwciała przeciw rybosomalnemu białku P [1, 11].

Rozpoznanie

Z powodu heterogenicznego przebiegu oraz utajonego początku, SLE jest chorobą rozpoznawaną najczęściej w momentach wystąpienia objawów klinicznych lub w zaostrzeniach choroby. Opóźnienie w diagnozie, stwarza realne zagrożenie dla organizmu oraz tkanek chorego, ponieważ odracza rozpoczęcie właściwego leczenia farmakologicznego.

Do diagnozowania TRU wykorzystuje się kryteria kwalifikacyjne pochodzące z 2019 roku. Wśród nich widnieje jeden warunek, który chory musi spełnić, aby specjalista mógł zdiagnozować Tocznia. Jest nim obecność *antinuclear antibodies* (przeciwciała przeciwjądrowe-ANA). Obecność ANA stwierdza się na podstawie badań serologicznych krwi pacjenta, a najczęściej używaną metodą diagnozowania jest immunofluorescencja pośrednia. Głównymi przeciwciałami, które charakteryzują TRU są: anty- dsDNA oraz anty-Sm [4].

W rozpoznaniu TRU korzysta się również z Indeksu Prawdopodobieństwa Rozwoju Tocznia Rumieniowatego Układowego (ang. SLERPI) [4, 12].

Pomijając badania na obecność przeciwciał ANA wykonywane są również badania, które mają na celu pomóc wykluczyć inne choroby:

1. Badania biochemiczne:

- Odczyn Biernackiego
- Stężenie CRP
- Morfologia krwi obwodowej
- Kreatynina
- Mocznik
- Układ krzepnięcia
- GFR
- Albuminy
- Dopełniacz składowy C3 lub C4
- Badanie moczu.

2. Badania histologiczne:

- Biopsja nerki

Jej celem jest ustalenie rodzaju glomerulopatii oraz stanu chorobowego struktur nerki. Jest kluczowa u pacjentów wykazujących objawy nefropatii, w wyborze odpowiedniego leczenia oraz określenia rokowania. Powtórna biopsja ma miejsce w momencie, gdy chory nie reaguje na dotychczasowe preparaty farmakologiczne, w celu określenia skuteczności stosowanego leczenia oraz w sytuacjach, gdy podejrzewamy zaostrzenie choroby [1, 2].

- Badania immunofluorescencyjne fragmentu skóry o zmienionej chorobowo tkance lub bez cech jej patologii.

3. Pozostałe badania:

- Badania obrazowe (Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG)
- Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego
- EEG
- Badania neuropsychiatryczne [1, 2].

Leczenie

W terapii można wyróżnić:

- **Leczenie indukujące** - mające na celu otrzymanie remisji choroby lub możliwie jak największe zmniejszenie aktywności schorzenia
- **Leczenie podtrzymujące** - celem jest zapobieganie nawrotom choroby [1, 2].

Lekami tworzącymi fundament leczenia Tocznia, są leki przeciwmalaryczne. W piśmiennictwie wymieniana jest chlorochina (250mg x2/d . przez ok. 2 tygodnie, a następnie 250 mgx1/d jako dawka podtrzymująca) i hydroksychlorochina. W przypadku, gdy występują zmiany skórne, należy rozważyć zastosowanie mepakryny [1].

Lekami spowalniającymi rozwijający się stan zapalny są glikokortykosteroidy (GKS). Stosowane są w stanach remisji, ale także w stanach zaostrzeń. Dobór dawki odpowiedniej dla danego chorego jest uzależniony od postaci choroby. Wyróżnia się 3 rodzaje:

- 1.Postać łagodna: Nie wymaga indukcji, przy zastosowaniu prednizonu, dawka rozpoczynająca wynosi $\leq 5\text{mg/kg/d}$.
- 2.Postać umiarkowana: dawka rozpoczynająca wynosi $\leq 0,5\text{mg/kg/d}$ (prednizon).
- 3.Postać ciężka: metyloprednizoloni.v.250 – 1000mg/kg/d przez 1-3 dni, a następnie p.o.0,5-0,7mg/kg/d przy zastosowaniu prednizonu. W momencie przejścia preparatów na preparaty doustne, dawka jest w bardzo powolnym tempie redukowana do mniejszych wartości [1].

W trakcie leczenia preparatami GKS dąży się do ich całkowitego odstawienia lub otrzymania możliwie jak najniższej dawki terapeutycznej. W etapach remisji, dawkę zmniejsza się stopniowo zaczynając od 5mg/d co ok. 2 tygodnie, do momentu uzyskania dawki o wartości 20 mg/d. Po jej osiągnięciu, dawkę zostaje zredukowana o 2,5mg/d co ok. 2 tygodnie do otrzymania najniższej wartości działającej odpowiednio na symptomy choroby [1, 13].

Do leczenia Tocznia, wykorzystywane są również leki immunomodulujące/ immunosupresyjne takie jak: metotreksat, azatiopryna, mykofenolanmofetylu. Dobór farmaceutyku zależy od lokalizacji zmian oraz ich zaawansowania. Leki z tych grup są włączane do leczenia w momentach, gdy chory nie reaguje na leczenie hydroksychlorochiną oraz GKS, w trakcie zmniejszania dawki glikokortykosteroidów oraz w momencie wystąpienia ciężkich zmian narządowych [1, 13].

Wśród niektórych chorych, lekarz prowadzący może rozważyć rozpoczęcie leczenia lekami biologicznymi. W grupie leków działających na limfocyty B znajduje się: Belimumab, Blisibimod, Tabaumab, Atacicept. Najczęściej stosowany jest Belimumab, który jest pierwszym lekiem zarejestrowanym jako lek biologiczny w leczeniu SLE (marzec 2011r.), a jego stosowanie jest wskazane w ciężkich chorobach pozanerkowych, które nie odpowiadają na powszechnie stosowane leczenie oraz w ciężkich zmianach wielonarządowych [14].

Oprócz Belimumabu, występują również inne leki biologiczne stosowane w SLE, których działanie skupia się na hamowaniu interleukiny 6 (Tocilizumab, Sirukumab) oraz interleukiny 16 i 23 (Ustekinumab) [14].

CEL PRACY

Celem pracy było kreślenie problemów pielęgnacyjnych dotyczących chorej na Tocznia rumieniowatego układowego .

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

28-letnia pacjentka przebywała w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Przyjęta do Kliniki na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę, w trybie planowym, z rozpoznaniem zaostrzenia Tocznia rumieniowatego układowego.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Wykorzystane techniki badawcze:

- Wywiad pielęgniarzski;
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych;
- Obserwacja samopoczucia oraz stanu pacjentki podczas hospitalizacji;
- Analiza dokumentacji historii choroby pacjentki (Historia choroby pacjentki, indywidualna karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, karta kontroli glikemii, wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań dodatkowych) oraz poniżej wymienionych skal:
 - Skala NRS (*numerical rating scale*) – numeryczna skala oceny bólu;
 - Skala Padewska - Ocena ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u chorych hospitalizowanych;
 - Skala Norton – skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn;
 - Skala Glasgow(GCS – *Glasgow comascale*) –skala oceny stanu świadomości pacjenta.

W oparciu o powyżej wymienione techniki badawcze, powstał plan opieki pielęgniarzkiej, który jest metodą pracy pielęgniarzki.

Celem planu opieki, jest określenie indywidualnych potrzeb oraz problemów pacjenta, a następnie wdrożenie w życie takich działań, które poprawią jakość życia chorego oraz wyeliminują lub zredukują istniejące problemy.

WYNIKI

Opis przypadku

Pani B.T. urodzona 18.08.1994r. (28 lat), została przyjęta do Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie planowym, dnia 25.11.2022r. na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę. Pacjentka zamężna oraz posiada dziecko w wieku 3 lat, bezrobotna.

U chorej, Toczeń rumieniowaty układowy został rozpoznany w 2010 roku w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Objawami, które wówczas skłoniły lekarzy, do diagnostyki pod kątem toczenia były wykwity skórne o charakterze rumieniowym w obrębie twarzy, objaw Raynauda oraz okresowe bóle stawów z występującym równocześnie stanem zapalnym.

Aktualny pobyt w Klinice spowodowany był zaostrzeniem zmian skórnych o charakterze rumieniowym, występujących w obrębie twarzy, które utrzymują się od sierpnia 2022 roku. U pacjentki zastosowana jest przewlekła steroidoterapia (Metypred: 4mg/dziennie-8mg/dziennie, dawka ulegająca częstym modyfikacji, aktualnie jest to 6 mg/dziennie) wraz z równoczesnym stosowaniem Metotreksatu (lek został tymczasowo odstawiony z powodu dużej ilości wypadających włosów), a także Plaquenilu w dawce 1x100mg. Stwierdzona została również osteopenia. Występuje przewlekły zespół bólowy kręgosłupa w odcinku piersiowym oraz lędźwiowym, będący wynikiem choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa oraz cechy cushingoidalne (bawoli kark, rozstępy, skłonność do wylewów podskórnych). Zaobserwowano także deformacje palców rąk o cechach „łabędziej szyjki” oraz liczne brodawki skórne. Od około roku utrzymujący się ślad białka w badaniach ogólnych moczu.

Wywiad pielęgniarski wykazał nadwagę, wzmożony apetyt, zaparcia, zaburzoną perfuzję obwodową, problemy ze snem oraz obniżone samopoczucie.

W czasie hospitalizacji wykonano: RTG klatki piersiowej, RTG stawów kolanowych, echokardiografię oraz badania laboratoryjne (morfologia krwi obwodowej z rozmazem, czas protrombinowy, APPT, Fibrynogen, D-dimery, sód, potas, glukoza, bilirubina całkowita, kreatynina, kwas moczowy, wapń, cholesterol całkowity, HDL, LDH, OB, AST, ALT, CK-Kinaza kreatynowa, CK-MB, NT-proBNP, HBAIC, CRP, TSH, FT4, Wit. D3 25(OH),troponina I hs, profil ANA 23+ DFS), badanie ogólne moczu i oznaczenie białka w dobowej zbiórce moczu (DMZ).

Badanie RTG klatki piersiowej oraz stawów kolanowych nie wykazało żadnych nieprawidłowości, a badanie echokardiograficzne wykazało mieszczące się normie zmiany w obrębie zastawki mitralnej. DZM wykazała 797mg/24h białka w moczu, co zostało skonsultowane nefrologicznie. Pacjentka została zakwalifikowana do biopsji nerki w trybie planowym, która ma się odbyć 05.12.2022r.. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wartości LDH, fibrynogenu, kwasu moczowego, limfopenię. Badanie przesiewowe na obecność przeciwciał ANA, wykazało występowanie ich homogenicznie, w mianie 1:1000. W celu zmniejszenia zmian skórnych, wynikających z zaostrzenia choroby zlecono 0,5mg Solu- Medrolu w 250ml 0,9% Sodium Chloride.

Pacjentka w trakcie pobytu w szpitalu pozostawała w stanie ogólnym dobrym, nie zgłaszała żadnych dolegliwości z wyjątkiem niepokoju związanego z planowaną konsultacją nefrologiczną (doraźnie podano jedną tabletkę 10mg Hydroxyzinum). Przyjęła wszystkie leki według Indywidualnej Karty Zleceń (1x1 0,5mg Solu- Medrolu w 250ml 0,9% Sodium Chloride, 10mg Hydroxyzinum, 1x1 0.03g Zalanzo, 1x0.5 400 mg Duplaxil, 1x1.5 0.004g Medrol).

Stan pacjentki oceniono przy użyciu poniżej wymienionych skal:

- Skala NRS: 2 punkty
- Skala Padewska: Czynniki ryzyka I
- Skala Norton: 20 punktów
- Skala Glasgow: 15 punktów.

Parametry życiowe oraz pomiary ciała:

- | | |
|--------------------------|------------------|
| • RR: 126/94 mm Hg | • Wzrost: 163 cm |
| • HR: 98 uderzeń/ minutę | • Waga: 95 kg |
| • SpO ₂ : 98% | • BMI: 35.76 |
| • Glikemia: 118 mg% | |

Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym, wypisano do domu dnia 30.11.2022 roku z zaleceniami.

Rozpoznane problemy pielęgnacyjne

1. Bóle kręgosłupa w odcinku piersiowym oraz lędźwiowym spowodowane chorobą zwyrodnieniową stawów kręgosłupa.

2. Ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego, spowodowanego zmniejszoną odpornością wynikającą z stosowanej przewlekłej steroidoterapii.
3. Wysoka wartość wskaźnika BMI.
4. Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia cewnika naczyniowego.
5. Zaparcia.
6. Złe samopoczucie spowodowane pobytem w szpitalu oraz zaostrzeniem choroby.
7. Niepokój związany z nadchodzącą konsultacją nefrologiczną.
8. Obniżona jakość snu.
9. Wzmógłony apetyt.

WNIOSKI

1. Na podstawie zebranych informacji o aktualnym stanie zdrowia pacjentki, sformułowano problemy pielęgnacyjne.
2. Należy pojąć działania pielęgnacyjne mające na celu poprawę samopoczucia pacjentki, wyeliminowanie lub redukcję występujących dolegliwości oraz przeciwdziałanie wystąpieniu zakażenia związanego z hospitalizacją.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika 2021. Medycyna Praktyczna, Kraków 2021.
2. Majdan M.: Toczeń Rumieniowaty Układowy. TerMedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015.
3. Majdan M.: Toczeń Rumieniowaty Układowy. Reumatologia 2016; Supl. 1: 26–35.
4. Majdan M.: Toczeń Rumieniowaty układowy. PZWL, Warszawa 2021.
5. Skoczyńska M.: Skórne postacie toczenia rumieniowatego. Kosmetologia Estetyczna 2016; 5: 637-640.
6. Majdanik W., Naborczyk P., Kaczyński T., Kowalski J.: Zmiany w jamie ustnej w przebiegu układowego toczenia rumieniowatego (SLE) –opis przypadku. Stomatologia Współczesna 2018; 25(5-6): 42 – 48.
7. Zdrojewski L., Smoleńska Z., Mital A., Zdrojewski Z., Lichodziejewska- Niemierko M., Dębska – Ślizień A.: Nefropatia w przebiegu toczenia układowego i zespołu antyfosfolipidowego - opis przypadku. Forum Nefrologiczne 2018; 11(1): 33- 36.

8. Wiland P.: Zmiany narządowe w chorobach reumatycznych. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2016.
9. Chrzanowska A., Irzyk K., Dudzik-Niewiadomska I., Bienias P., Ciurzyński M.: Zmiany w układzie krążenia u pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym. *Folia Cardiologica* 2016; 11(2): 111–118.
10. Hajduk A., Smoleńska Ż., Nowicka – Sauer K., Zdrojewski Z.: Zespoły neuropsychiatryczne u chorych na toczeń rumieniowaty układowy. *Reumatologia* 2012; 50(6): 493 – 500.
11. Cichoż – Lach H., Celiński K.: Zmiany w przewodzie pokarmowym w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego. *Reumatologia* 2013; 51(1): 36- 41.
12. Dąca A., Bryl E.: Toczeń rumieniowaty układowy – kryteria diagnostyczne i kliniczne skale oceny aktywności choroby - rys historyczny. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013; 7(5): 225 – 243.
13. Samotij D.: Leczenie toczenia rumieniowatego układowego - wyzwania i perspektywy na przyszłość. *Via Medica* 2018; 2: 430–438.
14. Jeka S.: Terapie biologiczne i innowacyjne w reumatologii. TerMedia, Poznań 2019.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W PODESZŁYM WIEKU Z POChP

Błażej Tomaszewski ¹, Katarzyna Majzit ², Bożena Kopcych ³, Katarzyna Krystyna Snarska⁴

1- *Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

2- *Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku*

3- *Akademia Łomżyńska w Łomży*

4- *Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc definiowana jest jako postępujące, utrwalone schorzenie układu oddechowego wynikające ze stałego narażenia na czynniki szkodliwe (cząstki lub gazy) powodujące objawy, zaburzenia wymiany gazowej i obturację dróg oddechowych [1].

Rozwój choroby prowadzi do znaczącego ograniczenia powierzchni pęcherzyków płucnych i destrukcji oskrzelików rzutując także na inne narządy (zmiany pozapłucne), a także ma wpływ na rozwój zaburzeń depresyjnych [2].

Negatywny wpływ na rokowanie w przypadku zachorowania na POChP ma nagły spadek masy ciała pacjenta bądź jego znaczne wychudzenie/wyniszczenie, jak i ograniczona aktywność fizyczna. Niekorzystnym czynnikiem jest również nasilenie się duszności [3].

Choroba uznawana jest za problem cywilizacyjny, jak i globalny XXI wieku. Leczenie POChP generuje duże koszty, sama choroba pogarsza jakość życia poprzez ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu, często osoby nią dotknięte zmuszone są do rezygnacji z pracy, wycofują się z życia społecznego ze względu na uciążliwe objawy. Zbyt późna diagnoza pociąga za sobą duże ryzyko śmierci [4].

Występowanie POChP w skali światowej notuje się na 11,7% populacji, zaś rocznie odnotowuje się około 3mln zgonów z powodu tego schorzenia.

8-10% zachorowań to osoby w wieku powyżej 30 roku życia. Powyżej 65 roku życia na POChP choruje, aż 50% osób [5]. Polska plasuje się na pierwszym miejscu względem

liczby diagnozowanych chorych, gdyż ich liczba osiągnęła około 2mln, czego efektem jest 17 tysięcy zgonów rocznie [6].

Dostępna literatura wskazuje, iż POChP jest drugim, co do częstości występowania, schorzeniem przewlekłym w Polsce [7]. Analiza danych statystycznych WHO dotyczących 12 najczęściej występujących chorób na świecie wykazała, iż POChP zajmuje wśród nich 5 miejsce [8].

Czynniki etiologiczne POChP

Mimo wzrostu świadomości społeczeństwa jego wiedza w przeciwdziałaniu POChP jest w dalszym ciągu niewystarczająca. Dowodem tej tezy są statystyki epidemiologiczne. Wynikać to może z niewiedzy w obrębie czynników etiologicznych, wśród których głównym jest palenie wyrobów tytoniowych odpowiadające za ponad połowę zachorowań. Dotyczy ono zarówno palenia czynnego i biernego, obejmujące także okres wczesnego dzieciństwa [9].

Ze względu na nikotynizm zapadalność na obturacyjną chorobę płuc częściej dotyka mężczyzn niż kobiet. W przypadku osób niepalących (1/3 zachorowań) przypadłość ta dominuje u płci żeńskiej [10].

Pozostałe przyczyny rozwoju POChP to:

- predyspozycje genetyczne (niska masa urodzeniowa, nawracające zapalenie oskrzeli w dzieciństwie, niedobór α 1- antytrypsyny, nieswoista nadreaktywność oskrzeli),
- czynniki środowiskowe (zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego – dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, ozon; szczególnie w krajach wysokorozwiniętych, transport drogowy)
- czynniki klimatyczne (głównie klimat chłodny),
- infekcje wirusowe i bakteryjne, nawracające, szczególnie wieku dziecięcego, alergię,
- astma i nadreaktywność oskrzeli,
- ekspozycje zawodowe (pyły nieorganiczne i organiczne, gazy)
- niewłaściwa dieta
- niski status ekonomiczno-społeczny [11].

Rozpoznanie POChP

Wśród głównych składowych diagnostyki POChP znajduje się badanie przedmiotowe i podmiotowe, szczegółowy wywiad, zaś potwierdzenie rozpoznania uzyskuje się na podstawie badania spirometrycznego, pulskosymetrii oraz rtg klatki piersiowej.

Dodatkowe badania w celu poszerzenia diagnostyki obejmują badania laboratoryjne krwi (gazometria, morfologia), elektrokardiografię i echokardiografię a także badanie mikrobiologiczne płwociny [12].

Badanie podmiotowe jest podstawą do wdrożenia dalszych procedur diagnostycznych. Główną składową jest wywiad lekarski obejmujący narażenie na czynniki predysponujące. W badaniu lekarskim istotne jest również nasilenie objawów w tym narastanie duszności czy spadek tolerancji wysiłku już w latach wczesnego dzieciństwa [13].

Podczas badania przedmiotowego określana jest ilość występujących objawów oraz ich zaostrenie. W badaniu fizykalnym zauważalne jest zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej, odgłos bębenkowy przy jej opukiwaniu oraz obniżenie dolnych granic płuc. Osluchowo zanik szmeru pęcherzykowego na rzecz świszczenia i rzężenia [14].

Według obowiązujących standardów diagnostycznych głównym badaniem potwierdzającym COPD jest spirometria.

Badanie spirometryczne jest prostą metodą diagnostyczną mającą na celu ocenę czynności płuc. Badanie w zależności od możliwości badanego powinno być powtórzone 2-3 razy w celu uzyskania wiarygodnego wyniku.

W ocenie wyniku pod uwagę brane są trzy czynniki w oparciu, o które potwierdza się bądź neguje diagnozę POChP: pojemność życiową płuc (FVC), największa objętość wydechu podczas pierwszej sekundy – szybki wydech po maksymalnym wdechu (FEV_1) oraz iloraz FVC i FEV_1 , który określa ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, a co za tym idzie stan jego zaawansowania. Wyliczając wskaźnik Tiffeneau (stosunek FVC do FEV_1) należy także wykonać próbę rozkurczową przy użyciu krótko działającego środka rozkurczowego w celu wykluczenia/potwierdzenia wystąpienia obturacji [15].

Wynik badania spirometrycznego zależy jest w dużej mierze od płci, wieku i rasy [2].

Badanie powinny mieć wykonane osoby, które często chorowały w wieku do 3 roku życia, gdyż nawet nie paląc są obciążone dużym ryzykiem wystąpienia łagodnego COPD.

W miarę zaawansowania schorzenia w badaniu EKG uwidacznia się przeciążenie prawokomorowe. Zmiana ta widoczna jest również w badaniu RTG klatki piersiowej równoległe z nadciśnieniem płucnym. Badanie rentgenowskie ujawnia także cechy rozedmy i przewlekłego zapalenia oskrzeli.

Badania laboratoryjne krwi wskazują na polycytemię. Początkowo gazometria nie wykazuje odchyłań od normy, jednak w miarę postępu choroby wyniki badań wskazują na hipoksemię i hiperkapnię [13].

W celu określenia wydolności wysiłkowej stosowane są próba na bieżni ruchomej czy ergometrze, test marszowy wahadłowy, zaś szczególnie u osób starszych stosowany jest test 6-minutowego marszu [11].

Objawy Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

Główne objawy występujące u osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc to:

- przewlekły kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny z przewagą w godzinach porannych (zazwyczaj jest pierwszym symptomem),
- duszność – początkowo wysiłkowa, następnie spoczynkowa (utrudnia diagnostykę, gdyż jej objawy pojawiają się po 50 roku życia),
- nawracające zakażenia dolnych dróg oddechowych,
- ucisk w obrębie klatki piersiowej,
- spadek tolerancji wysiłku,
- uczucie zmęczenia,
- świst podczas oddychania,
- sinica – w zaawansowanym stadium choroby [7].

Objawy ogólnoustrojowe występujące w związku z POChP obejmują znaczny spadek wagi, osłabienie siły mięśniowej i zespół wyniszczenia. Schorzeniu towarzyszyć mogą zaburzenia endokrynologiczne, nad- lub niedokrwistości, spadek odporności, serce płucne, niewydolność oddechowa, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, zaburzenia psychiczne i w obrębie układu pokarmowego [9].

Zaostrzenie Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

Zaostrzenie POChP definiowane jest jako ostry incydent wywołujący nasilenie objawów ze strony układu oddechowego. Często jest podstawą do zmiany w postępowaniu leczniczym a także do hospitalizacji [2].

Ryzyko wystąpienia zaostrzenia objawów nie jest zależne od stopnia zaawansowania POChP. Wynika to często z niestosowania się do zaleceń lekarskich, negatywnego nastawienia do leczenia, pogorszenia stanu psychicznego w związku z

obciążeniem chorobą. Na występowanie zaostrzeń wpływają również infekcje zarówno wirusowe, jak i bakteryjne oraz stany zapalne dróg oddechowych [12].

Zaostrzenia dzielone są na trzy grupy w zależności od ciężkości ich przebiegu.

Łagodne zaostrzenie wymaga jedynie postępowania farmakologicznego lekami z grupy leków rozszerzających oskrzela. W stadium umiarkowanym do leków pierwszego rzutu dołączone zostają antybiotyki i/lub glikokortykosteroidy przyjmowane doustnie. Stany ciężkie wymagają interwencji medycznej, leczenia szpitalnego i wentylacji wspomaganą [7].

Występowanie zaostrzeń znacznie obniża jakość życia pacjentów a pogorszenie stanu zdrowia często bywa już nieodwracalne [12].

Prawdopodobieństwo wystąpienia zaostrzenia jest ściśle powiązane z ilością ogólnie przebytych zaostrzeń. Przyczyną kolejnych epizodów jest też pogorszenie czynności płuc [2].

Prognozy wystąpienia zaostrzeń opiera się na klasyfikacji stworzonej przez GOLD, w której na podstawie wyniku badania spirometrycznego, określono stopnie ciężkości przebiegu schorzenia:

Stopień I – łagodny, gdzie wartość FEV_1 wynosi powyżej 80%,

Stopień II - umiarkowany, którego wartości FEV_1 znajdują się w przedziale 50-80%

Stopień III - ciężki – FEV_1 waha się w granicach 30-50%

Stopień IV - bardzo ciężki – wartość FEV_1 poniżej 30% [12].

Postępowanie farmakologiczne w przypadku zaostrzeń choroby obejmuje zwiększenie dawki leków rozszerzających oskrzela oraz wdrożenie antybiotykoterapii, jeśli czynnikiem zaostrzenia jest patogen [7].

Klasyfikacja zaawansowania POCHP

Podział na odpowiednie stopnie zaawansowania jest istotny ze względów terapeutycznych. Na podstawie klasyfikacji stadium dobierane jest leczenie.

Stopień zaawansowania choroby określa się biorąc pod uwagę:

- objawy podmiotowe oraz ich intensywność
- stopień nasilenia obturacji
- ryzyko i ilość przebytych zaostrzeń
- choroby współistniejące i ich nasilenie [2].

Zalecenia GOLD z roku 2022 wskazują odpowiednie narzędzia do oceny objawów podmiotowych wśród których są proste, niezłożone testy CAT, CCQ i skala nasilenia duszności mMRC [2].

Test CAT pozwala na ocenę wpływu choroby na życie codzienne. Zakres punktów testu CAT jakie można uzyskać to 0-40. Wynik świadczący o nasileniu objawów, a tym samym świadczący o ryzyku wystąpienia zaostrzenia to powyżej 10 punktów. W przypadku oceny nasilenia duszności przy pomocy skali mMRC wynikiem wskazującym na wzmożenie objawu jest uzyskanie więcej niż 2 punktów, zaś wynik 4 odpowiada duszności spoczynkowej. Test ten przeprowadzany jest przy każdej wizycie [5].

W oparciu o wyniki badań spirometrycznych eksperci wyodrębnili dwa rodzaje klasyfikacji POChP – według GOLD i według NICE jednak obecnie służą one jedynie do oceny ryzyka wystąpienia zaostrzenia [4].

W oparciu o wyniki analiz i ilość zaostrzeń występujących w ciągu roku chorzy przyporządkowani zostają do jednej z czterech grup A, B, C lub D.

GRUPA A – stan lekki, występujące objawy są o niewielkim nasileniu. W skali GOLD chorzy przypisani są do 1-2 stopnia. Pacjenci tej kategorii uzyskują wynik 0-1 w skali mMRC oraz < 10 w teście CAT. Pacjenci z grupy A mają nie więcej niż jedno zaostrzenie w ciągu roku.

GRUPA B – chorzy klasyfikowani w skali GOLD do kategorii 1-2 stopnia. Objawy w tej grupie nasilają się – w teście CAT minimum 10 punktów, zaś w skali mMRC powyżej 2 punktów. Tak jak w grupie A roczna liczba zaostrzeń nie przekracza jednego.

GRUPA C – pacjenci skąpoobjawowi (mMRC i CAT – liczba punktów jak w grupie A) o wzmożonym stopniu obturacji – według GOLD 3-4 stopień. Liczba zaostrzeń w tej grupie to co najmniej dwa rocznie.

GRUPA D – chorzy znajdujący się w tej grupie doznają co najmniej dwóch zaostrzeń rocznie, ich stopień obturacji w skali GOLD plasuje się na poziomie 3-4, zaś wyniki pomiarów w skalach mMRC i CAT wskazują na wzmożenie się objawów (porównywalne do grupy B) [2].

Klasyfikacja chorych na typy ABCD ma również za zadanie zniwelowanie częstości występowania zaostrzeń w oparciu o postępowanie lecznicze [3,6].

Istnieją również dwie sylwetki pacjentów z POChP. Podział ten różnicuje pacjentów zgodnie z patofizjologicznym obrazem klinicznym.

Pierwsza sylwetka chorego nazywana jest różowym sapaczem (typ A) ze względu na trudności z regulacją oddechu (oddech zbliżony do sapania), duszność i wzmożenie wentylacji minutowej. Chory typu A cierpi na utratę masy ciała. Nazwa „różowy sapacz” podyktowana jest stosunkowo unormowanym ciśnieniem parcjalnym tlenu w tętnicach dzięki czemu zabarwienie powłok skórnych jest prawidłowe (nie występuje sinica).

Drugi typ pacjentów charakteryzuje otyłość i obrzęki, spadek wysycenia krwi tlenem oraz wzrost poziomu dwutlenku węgla co prowadzić może do sinicy – stąd nazwa siny dmuchacz (typ B) [7,9].

Profilaktyka POChP

Postępowanie profilaktyczne jest w stanie znacznie wydłużyć życie chorego oraz poprawić jego jakość poprzez poprawę wydolności fizycznej, poprawę stanu ogólnego, obniżenie poziomu duszności i znaczące ograniczenie liczby hospitalizacji.

Działania prewencyjne POChP dzielą się na pierwotne i wtórne.

Zaprzestanie palenia – główne działanie prewencyjne, spowalnia roczny ubytek FEV₁, jedną z technik wspomagających porzucenie nałogu jest metoda 5”P” lub nikotynowa terapia zastępcza.

Badania przesiewowe - wczesne wykrycie na podstawie badań przesiewowych jest w stanie znacznie poprawić rokowania pacjenta, wykluczyć czynnik predysponujący do rozwoju choroby.

Ograniczenie szkodliwego wpływu środowiska – dzieli się na trzy składowe: prewencja pierwotna (edukacja, poszerzanie świadomości, oczyszczanie powietrza, poprawa warunków miejsca pracy itp.), prewencja wtórna (środki ochrony osobistej, poprawa organizacji pracy, kontrola czystości powietrza), profilaktyka trzeciorzędowa (skuteczne metody leczenia przeciwdziałające występowaniu powikłań).

Szczepienia – są to szczepienia przeciw grypie i pneumokokom – obniżają ryzyko wystąpienia zaostrzeń, hospitalizacji i śmiertelności [12].

Leczenie POChP

POChP jest chorobą nieuleczalną znacznie obciążającą organizm oraz pogarszającą jakość życia chorego, a podjęta względem schorzenia terapia utrzymywana jest do końca życia chorego.

Celem leczenia jest ograniczenie konsekwencji choroby, poprawa jakości życia poprzez łagodzenie objawów i zwiększenie tolerancji wysiłku, przeciwdziałanie zaostrzeniom i ich skutkom, podniesienie świadomości społeczeństwa, zachęcenie do zmiany stylu życia, zmniejszenie ryzyka śmierci.

Składowe złożonego procesu leczniczego obejmują profilaktykę, edukację i rehabilitację, leczenie farmakologiczne, tlenoterapię, wentylację mechaniczną, często

postępowanie chirurgiczne. Główną rolę w leczeniu chorego odgrywa edukacja. Dobór leczenia zależy od stopnia zaawansowania schorzenia [9].

Podstawą procesu leczniczego jest zaprzestanie palenia i edukacja w kierunku zachowań prozdrowotnych, objaśnienie i zrozumienie istoty choroby, zapoznanie pacjenta z celami leczenia, edukacja związana z ryzykiem wystąpienia zaostrzeń, ich objawami i skutkami [2].

Schemat leczenia farmakologicznego według ekspertów GOLD uwzględnia:

- Leki rozkurczające oskrzela: krótko-(SABA) i długo działające (LABA),
- Leki przeciwchłiniergiczne długodziałające (LAMA),
- Glikokortykosteroidy wziewne (nie są lekami pierwszego rzutu, w pojedynkę nie są skuteczne, dlatego stosowane są równolegle z LABA),
- Inne: antybiotyki, leki ułatwiające wykrztuszanie, pobudzające ośrodek oddechowy,
- tlenoterapia - przeciwdziała powikłaniom ze strony układu krążenia, stosowana jest przy zaawansowanym POChP lub zaostrzeniu,
- morfina (stosowana w stadium terminalnym, niweluje duszność) [1,9].

Wśród zaleceń terapeutycznych GOLD widnieją także szczepienia – przeciw grypie i przeciw pneumokokom, które szczególnie zalecane są dla osób starszych [12].

Aktywność fizyczna, prowadzona regularnie jest korzystne efekty niezależnie od stopnia zaawansowania choroby [13].

Rehabilitacja pacjentów z POChP

Działania usprawniające mają pozytywny wpływ na chorego, jego samopoczucie, niwelują negatywne skutki chorobowe i poprawiają jakość życia. Aktywność fizyczna ma również pozytywny wpływ na stan psychiczny. Cele terapii są takie same, jak w leczeniu i profilaktyce. Minimalny czas trwania rehabilitacji oddechowej u chorego na POChP powinien trwać 6 tygodni [7].

Terapia polega na edukacji pacjenta wraz z jego najbliższym otoczeniem, zapewnia wsparcie społeczne, opiera się na psychoterapii i leczeniu dietetycznym.

Jedną ze składowych rehabilitacji jest trening fizyczny - wytrzymałościowy. Do jego wykonania stosuje się metodę ciągłą lub interwałową na bieżni ruchomej lub cykloergometrze.

Kolejnymi czynnościami usprawniającymi są ćwiczenia mięśni oddechowych i ćwiczenia oddechowe wykonywane w określonej pozycji ciała. Powtarzający się cykl jest

serią wdechów i wydechów bazujący na wzorze oddechowym. Dzieli się na ćwiczenia czynne, bierne, bierno-czynne [12].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z POChP

Pielęgniarka trzyma pieczę nad pacjentem i to ona jako pierwsza poddaje go obserwacji i zbiera wywiad. Najważniejszą z ról personelu pielęgniarskiego jest edukacja chorego, gdyż to ona rzutuje na wczesne rozpoznanie objawów zaostrzenia, dzięki czemu można odpowiednio szybko wdrożyć odpowiednie postępowanie, poprawić jakość życia, uniknąć groźnych dla życia powikłań.

W przypadku COPD pierwszym etapem jest obserwacja i ocena pracy układu oddechowego w tym ilości oddechów, ich częstości i długości poszczególnych faz. Kolejnym zadaniem jest przygotowanie do badań diagnostycznych i opieka nad chorym po ich wykonaniu oraz pobranie materiału do badań laboratoryjnych.

Pielęgniarka czynnie uczestniczy w badaniach – przygotowuje chorego do spirometrii oraz wykonuje ją. Pełni także funkcję edukacyjną zarówno chorego jak i jego rodzinę, objaśnia istotę zleconego postępowania leczniczego, propaguje zachowania prozdrowotne, informuje o chorobie, przygotowuje chorego względem wystąpienia objawów i zaostrzeń, w tym przysposabia do rzucenia palenia i zachęca do wykonywania co roku szczepień przeciw grypie.

Kolejną funkcją pielęgniarki jest objaśnienie prawidłowej techniki korzystania z inhalatora.

Pielęgniarka uczestniczy również w rehabilitacji chorego – przekazuje wskazówki i przykładowe zestawy ćwiczeń oddechowych i ogólnousprawniających, trzyma pieczę nad ich prawidłowym wykonaniem.

Istotnym w jej pracy jest także zapewnienie stałego wsparcia psychicznego i emocjonalnego w zależności od bieżących problemów zdrowotnych [7].

PIŚMIENNICTWO

1. Antczak A., Dutkowska A.: Leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - aktualizacja wytycznych GOLD 2017. *Advances in Respiratory Medicine* 2017; 85, 2: 92-104.
2. Baczewska B., Czerwonka E., Daniluk J., Kropornicka B., Nowicka E.: Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc W: Organizacja i

zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie- część II. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2014; 12(2): 99–112.

3. Baczeńska B., Czerwonka E., Daniluk J., Kropornicka B., Nowicka E.: Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc W Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie- część II. Pod redakcją Majchrzak-Kłokocka E., Woźniak A. PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE Część II, XV, 12, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź–Olsztyn 2014: 99-112.
4. Balcerak D., Budnik M., Galikowska A., Kobus E., Marzec I., Posieczek Z.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem starszym z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7, 6: 34-44.
5. Bień B., Gułaj E., Klimiuk K., Wojszel Z.B.: Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w podeszłym wieku. Gerontologia Polska 2011; 19, 1: 7–15.
6. Bulińska P., Dobrzyńska M.A., Lisowska A.A.: Opieka nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze – studium przypadku. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2020; 10, 3: 205–211.
7. Cynowska B., Damps-Konstańska I., Jassem E., Krakowiak P., Kuźmiński K.: Zintegrowany model opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego. Forum Medycyny Rodzinnej 2012; 6, 1: 14–23.
8. Damps-Konstańska I., Dobek R., Farnik M., Franczuk M., Konieczny Z., Mierzwa W., Nowacka-Apiyo J., Obojski A., Przybyłowska K., Rasławska K., Rubinsztajn R., Tęśiorowska J.: Ścieżka chorego na POChP w Polsce: stan obecny i pożądany kierunek zmian. Perspektywa specjalistów pulmonologów. Pneumonologia Polska 2022; 3, 1–2: 23–32.
9. Dąbrowska M., Felsmann M., Humańska M., Ponczek D., Ulenberg A., Ulenberg G.: Edukacja jako istotny aspekt w opiece nad pacjentem z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP). Journal of Education, Health and Sport. 2017;7, 8:1 324-1335.
10. Dymczyk-Ociepka K., Orman D.: Analiza jakości życia i potrzeby pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, Zeszyty naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania. w Częstochowie seria NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE 2021; 1, 46: 89-103.

11. Filipowska K.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc - studium przypadku. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 4, 1: 41-49.
12. Górecka D., Jassem E., Pierzchała W., Śliwiński P.: Zalecenia PTChP dotyczące rozpoznawania i leczenia POChP. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2012; 80, 3: 220–254.
13. Kałucka S.: Trudności w leczeniu POChP u osób starszych. *GERIATRIA* 2019; 13: 167-176.
14. Kazberuk A., Osińska M., Rysiak E.: Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farmacja Współczesna* 2017; 10: 115-120.
15. Mejza F., Śliwiński P.: Postępowanie w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Omówienie raportu Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2022. *Med. Prakt.*, 2022; 3: 28–38

PERCEPCJA BÓLU U CHORYCH Z DYSKOPATIĄ LĘDŹWIOWĄ KRĘGOSŁUPA PRZED ORAZ DWA MIESIĄCE PO MIKRODISCEKTOMII

Danuta Ponczek¹, Katarzyna Betke¹, Marzena Humańska¹, Anna Katafiasz²

1 - Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

2 - Klinika Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy

WSTĘP

Dyskopatia, zwana potocznie przepukliną jądra miazdżystego jest najczęściej spotykaną chorobą kręgosłupa. Powstaje w wyniku degeneracji krążka międzykręgowego, rozerwania się tkanki pod wpływem urazów, a także poprzez wewnątrzdyaskowe uszkodzenia. Etiologia dyskopatii lędźwiowej nie jest jednoznaczna. Może mieć podłoże genetyczne, mechaniczne albo biochemiczne. Czynnikiem sprzyjającym są siedzący tryb życia, nieprawidłowe odżywianie, które prowadzi do nadwagi, a nawet do otyłości. Do innych czynników zwiększających ryzyko dyskopatii lędźwiowej zalicza się również: osteoporozę, podnoszenie ciężarów i zbyt intensywne forsowanie organizmu oraz anatomicznie wąski kanał kręgowy. Wskazuje się również na czynniki takie jak: kierowanie pojazdami mechanicznymi, palenie papierosów i proces starzenia organizmu. Ból jest pierwszym i dominującym objawem u większości pacjentów. Początek choroby jest często ostry, jednak po kilkunastu dniach przeważnie przechodzi w postać przewlekłą. Ból zlokalizowany w dolnym odcinku kręgosłupa może promieniować do pośladków, a także do kończyn dolnych po jednej lub obu stronach. Nawroty dolegliwości bólowych zaburzają pełnienie ról społecznych, są częstą przyczyną absencji chorobowej w pracy. Objawem towarzyszącym przeważnie bólom są zaburzenia czucia powierzchniowego zgodne z obszarem unerwienia zniszczonego korzenia nerwowego. U wielu chorych obserwuje się wzmożenie napięcia mięśni przykręgosłupowych, które występuje po stronie ucisku korzeni nerwowych. Wybór

metody leczenia zależny jest od wielu czynników, głównie od stanu klinicznego pacjenta, a także zaawansowania uszkodzenia neurologicznego. W dyskopatii lędźwiowej możemy wyróżnić leczenie zachowawcze oraz leczenie operacyjne. Jednym z zabiegów operacyjnych jest microdiscektomia. Zabieg pozwala szybko oraz w mało inwazyjny sposób usunąć przepuklinę dyskową. Jego zaletą jest mniejsze nacięcie skórne oraz zminimalizowanie zakresu ingerencji w układ kostno-stawowy kręgosłupa. Celem leczenia jest zmniejszenie bólu, poprawa sprawności ruchowej, ograniczenie stanu zapalnego, a także wycofanie się objawów neurologicznych [1, 2, 3].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena percepcji bólu u chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa przed oraz dwa miesiące po zabiegu mikrodiscektomii.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 45 pacjentów ze zdiagnozowaną dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa, zakwalifikowanych do zabiegu mikrodiscektomii w Klinice Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Wykorzystano dwie autorskie ankiety (pierwsza wypełniana przed zabiegiem operacyjnym, druga po zabiegu), skalę oceny bólu VAS oraz kwestionariusz Oswestry (ang. Oswestry Disability Index - ODI). W ankietach zapytano o podstawowe dane demograficzne takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz kliniczne dotyczące bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Umieszczono również pytania odnoszące się do kwestii poruszania się, korzystania ze sprzętu pomocniczego, wpływu bólu na codzienne życie, wiedzy na temat zapobiegania nawrotom choroby, ekspozycji na sytuacje stresogenne oraz sposobów spędzania wolnego czasu. Skala VAS jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Jej zastosowanie umożliwia skuteczną ocenę leczenia przeciwbólowego. Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem nasilenie bólu od 0, co oznacza zupełny brak bólu do 10, co określa najsilniejszy wyobrażalny ból. Kwestionariusz ODI pozwala ocenić niepełnosprawność, która może być spowodowana przez dolegliwości bólowe wywołane chorobą. Pacjent odpowiada na pytania dotyczące: nasilenia bólu, samodzielności, podnoszenia przedmiotów, chodzenia, siedzenia, stania, spania, życia socjalnego, seksualnego oraz podróżowania. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 5. Zbiórny wynik może być przedstawiony w skali punktowej 0-50 lub w skali procentowej 0-100% określający stopień niepełnosprawności u badanego chorego.

Wyniki przeanalizowano w programie Statistica 13. Dane ilościowe przedstawiono jako ilość osób (n) oraz procentowy udział danego czynnika (%) w danej podgrupie. Dane jakościowe analizowano testami z grupy Chi2 Pearsona dla zmiennych niezależnych oraz testem McNamara dla zmiennych zależnych. Dane posiadające skalę porządkową dla zmiennych zależnych oceniano testem Wilcozona, a między dwoma grupami niezależnymi testem Manna-Whitney'a. Uzyskane wyniki ze skali porządkowej dla porównywanych grup przedstawiono jako średnią wartość wskaźnika (x) oraz odchylenie standardowe wielkości danego wskaźnika (SD). Wszystkie różnice między wynikami wskazywano za istotne przy wartości $p < 0,05$ dla przeprowadzonego testu statystycznego.

WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 45 osób. Szczegółową charakterystykę przedstawiono w tabeli 1.

Tabela.1. Analiza grupy badanej pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz charakterystyki pracy ankietowanych

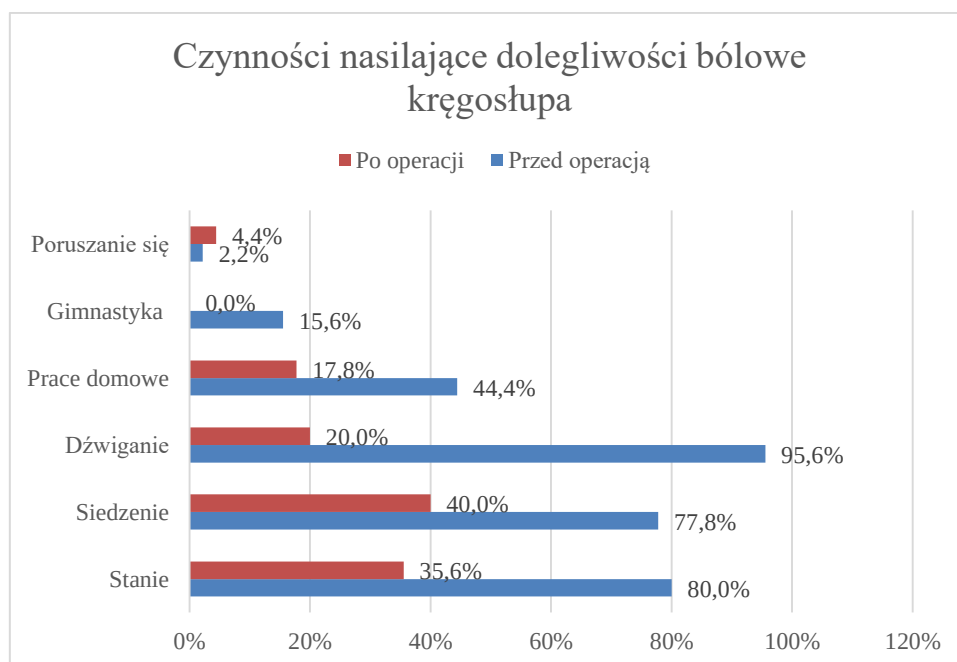
Pytanie	Odpowiedź	N	%
Płeć	Kobiety	22	48,9
	Mężczyźni	23	51,1
Wiek	<40 r.ż.	8	17,8
	41-55 r.ż.	19	42,2
	>55 r.ż.	18	40,0
Miejsce zamieszkania	Wieś	13	28,9
	Miasto	32	71,1
Stan cywilny	Panna/Kawaler	5	11,1
	Mężatka/Żonaty	36	80,0
	Wdowa/Wdowiec	4	8,9
Wykształcenie	Podstawowe	1	2,2
	Zawodowe	10	22,2
	Średnie	24	53,3
	Wyższe	10	22,2
Charakterystyka pracy	Bezrobotny	1	2,2
	Fizyczna praca	25	55,6
	Umysłowa	14	31,1
	Rencista/ Emeryt	5	11,1

Respondentom zadano pytanie o częstotliwość ekspozycji na czynniki stresogenne w ciągu dnia. Aż 55,56% osób poinformowało, że jest narażone na działanie takich czynników bardzo często, a 20,0% przynajmniej kilka razy w tygodniu. O rzadkim lub żadnym narażeniu na działanie czynników stresogennych informowało odpowiednio 15,56% oraz 8,89% badanych. Najczęściej praktykowanym przez respondentów sposobem spędzania wolnego czasu były spacer (51,1%), czytanie książek (35,6%) oraz jazda na rowerze (26,7%). Większość (88,9%) badanych deklarowała, że odczuwany ból przeszkadzał im w wykonywaniu obowiązków domowych i pracy zawodowej. Najczęściej (73,3%) dotyczył on odcinka lędźwiowego kręgosłupa i pojawiał się u ankietowanych codziennie (75,6%) oraz określany był przez ankietowanych jako rwący (77,8%). W drugiej kolejności opisywano go jako palący (51,1%), najrzadziej określano go jako kłujący (26,7%) lub ostry (20,0%). Najwięcej badanych (84,4%) oceniło, że nasilenie bólu jest największe po długotrwałym przebywaniu w pozycji stojącej i w godzinach porannych, po obudzeniu się (82,2%) oraz podczas podnoszenia ciężkich przedmiotów (60,0%). Ból przeszkadzał przede wszystkim w poruszaniu się (86,7%) oraz w pracy (82,2%). Około 62% badanych potwierdziło, że zażywa środki przeciwbólowe, aby nie odczuwać bólu. Drugim najczęstszym rozwiązaniem (33,33%) radzenia sobie z bólem było przyjmowanie pozycji, w której nie był on odczuwalny. Większość osób poruszała się samodzielnie, tylko 17,78% wspomagało się podczas poruszania kulą, a 2,22% laską. W ramach podejmowanej aktywności 53,3% osób zajmowało się gospodarstwem domowym, 17,8% uprawiało działkę, a 13,3% prowadziło gospodarstwo rolne. Żadna z badanych osób nie uprawiała sportu. Ankietowani korzystali z leczenia rehabilitacyjnego. U ponad połowy z nich (51,1%) stosowano zabiegi w polu magnetycznym oraz masaż leczniczy. Wśród najczęściej stosowanych metod leczenia znalazły się także ultradźwięki (42,2%) oraz laser (40,0%). Co piąty badany informował, że nie wdrożono w jego przypadku żadnego leczenia rehabilitacyjnego. Oceniono także znajomość przez badane osoby zasad profilaktyki zapobiegania nawrotom choroby, 97,8% nie dźwigało oraz nie przeciążało kręgosłupa, 80,0% starało się także utrzymywać właściwą postawę ciała. Znacznie mniej osób stosowało ćwiczenia gimnastyczne (35,6%), odpoczywało po ciężkiej pracy (26,7%) oraz dbało o to, aby nosić odpowiednie obuwie (15,6%).

Po przeprowadzeniu operacji zapytano ankietowanych o chęć ponownego podjęcia pracy zawodowej, ustąpienie objawów neurologicznych oraz ewentualne, ponowne poddanie się operacji. Okazało się, że 80,0% badanych zgłaszało ustąpienie objawów neurologicznych po wykonaniu operacji, 75,6% planowało także ponownie podjąć pracę zawodową, a 88,9%

rozważyłoby ponowne poddanie się tej samej operacji, gdyby zaistniała taka konieczność. Po wykonaniu operacji wyraźnie zmalał odsetek osób zażywających środki przeciwbólowe codziennie (55,6% vs. 15,6%) oraz wzrósł odsetek osób niezażywających środków przeciwbólowych wcale (4,4% vs. 40,0%). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że obserwowane zmiany charakteryzowały się statystyczną istotnością ($p < 0,001$). W przypadku 64,4% badanych doszło do zmniejszenia częstotliwości przyjmowania środków przeciwbólowych/przeciwzapalnych. Przeciwnie, 11,1% badanych zażywało wspomniane leki częściej, a 24,4% nie zmieniło częstotliwości ich przyjmowania. Po wykonaniu operacji wyraźnie zmalał odsetek osób, które informowały o występowaniu dolegliwości bólowych (97,8% vs. 60,0%), co było istotne statystycznie ($p < 0,001$). W przypadku 40,0% badanych doszło do poprawy stanu po przeprowadzeniu operacji. Przeciwnie, 2,2% badanych informowało o pogorszeniu stanu, a 57,8% o braku odczuwalnych zmian.

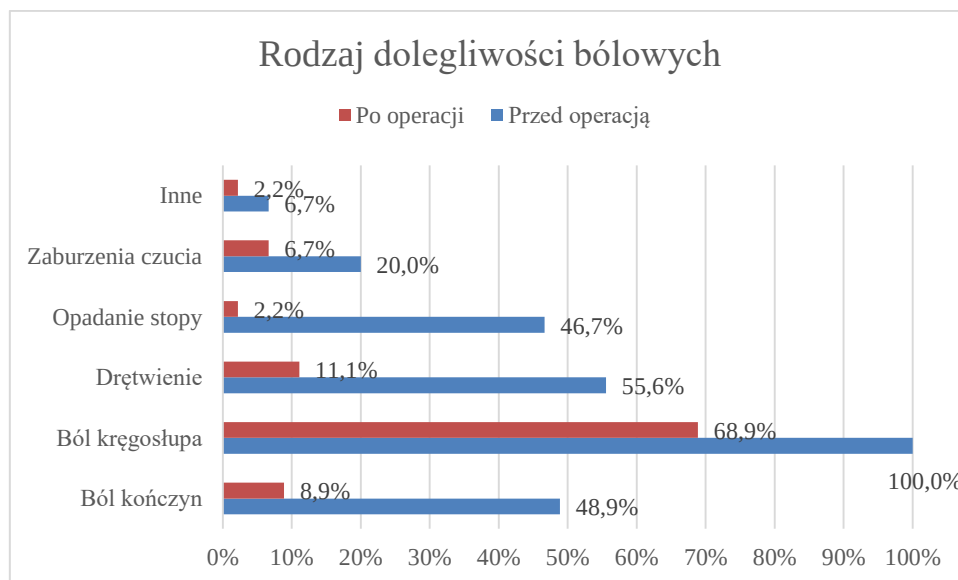
Analiza czynności sprzyjających nasilaniu się bólu przed i po operacji także wykazała różnice. Przed operacją to dźwiganie (95,6%) najczęściej powodowało nasilenie bólu, podczas gdy po operacji okolicznością, która najczęściej prowokowała nasilenie bólu było siedzenie (40,0%). Żadna z badanych okoliczności poza poruszaniem się (2,2% vs. 4,4%) nie powodowała nasilenia odczuwanego bólu po operacji częściej niż przed operacją (ryc. 1).



Rycina. 1. Czynności nasilające ból kręgosłupa przed operacją i po jej przeprowadzeniu

Także rodzaj i odsetek osób odczuwających różne dolegliwości bólowe przed i po operacji były odmienne. Przed operacją każdy z badanych odczuwał ból kręgosłupa, podczas

gdy po operacji 68,9%. W przypadku wszystkich pozostałych dolegliwości, tj. zaburzeń czucia, opadania stopy, drętwienia oraz bólu kończyn odsetek osób uskarżających się na poszczególne z nich po przeprowadzeniu operacji był znacząco niższy niż przed nią (ryc. 2).



Rycina. 2. Różnice w odczuwaniu dolegliwości bólowych przed operacją i po operacji

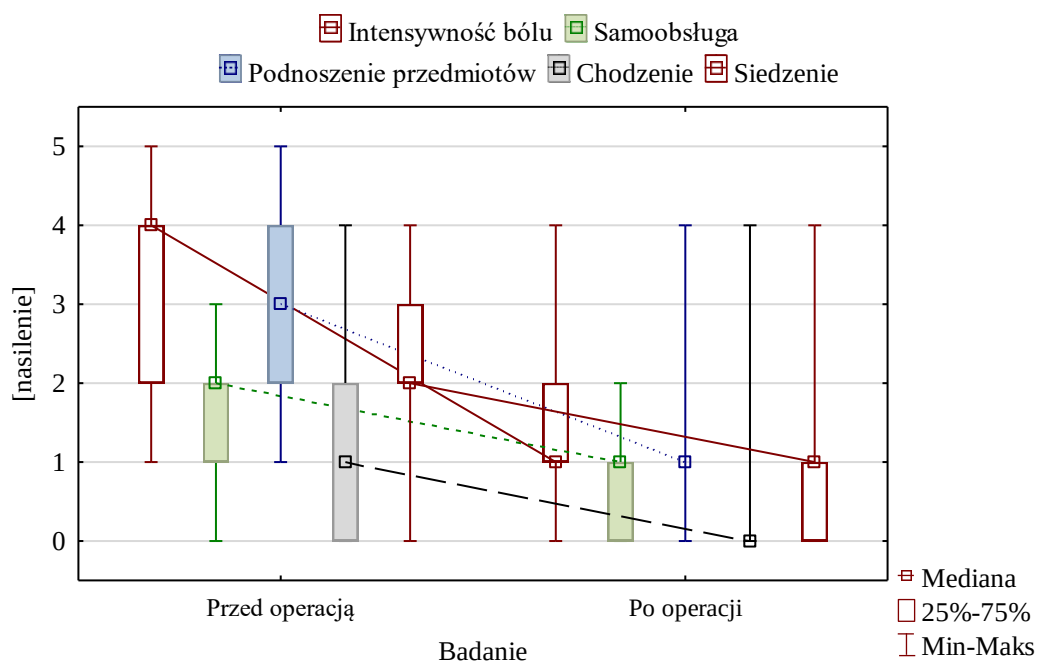
Poddano analizie opinię badanych na temat skuteczności leczenia operacyjnego, które u nich przeprowadzono. W tym celu odwołano się do oceny stanu badanych sprzed operacji, względem ich stanu po operacji. Zmiany oceniano w skali punktowej od -2 do +2 pkt. Dodatnie wartości punktowe stanowiły dobrą lub bardzo dobrą ocenę skuteczności leczenia operacyjnego, z kolei ujemne, przeciwnie, złą lub bardzo złą ocenę skuteczności przeprowadzonej procedury. Wartość 0 dotyczyła odpowiedzi „ani tak ani nie”. Po wykonaniu operacji 44,4% badanych oceniało skuteczność podjętego leczenia jako dobrą, a 37,8% jako bardzo dobrą. Tylko 8,9% oraz 2,2% badanych uważało, odpowiednio, że skuteczność leczenia była raczej złą lub bardzo złą. Zmiany te charakteryzowały się statystyczną istotnością ($p < 0,001$).

Zapytano respondentów o stan ich kondycji fizycznej po przeprowadzeniu operacji. Zmiany także oceniano w skali punktowej od -2 do +2 pkt. Dodatnie wartości punktowe świadczyły o poprawie lub zdecydowanej poprawie kondycji fizycznej ankietowanych po operacji, z kolei ujemne, z brakiem lub zdecydowanym brakiem poprawy ich kondycji fizycznej. Po wykonaniu operacji 44,4% badanych oceniało, że ich kondycja fizyczna raczej uległa poprawie, a 33,3%, że poprawa była zdecydowana. Tylko 13,3% oraz 2,2% badanych

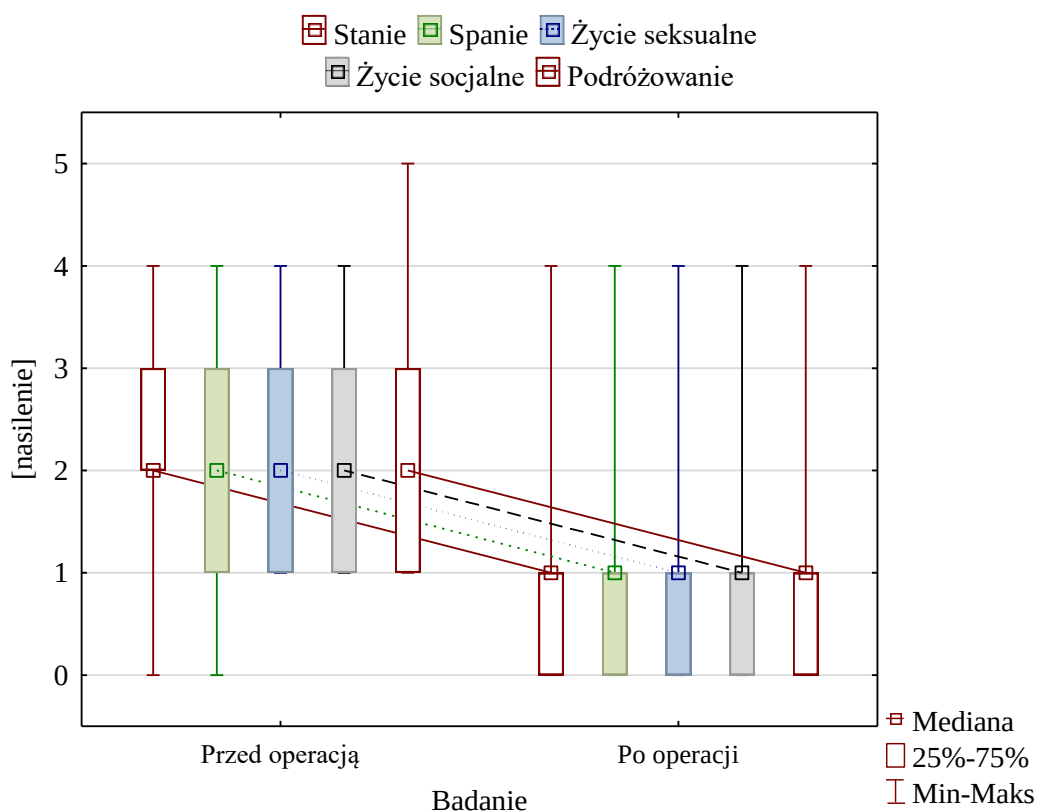
uważało, odpowiednio, że ich kondycja fizyczna raczej nie uległa lub zdecydowanie nie uległa poprawie. Wynik był istotny statystycznie ($p<0,001$).

W ten sam sposób zbadano zmiany w samopoczuciu ankietowanych, w aktywności fizycznej, w aktualnym życiu i zadowoleniu z życia po 2 miesiącach od zabiegu. Po wykonaniu operacji 46,7% badanych oceniło, że ich samopoczucie jest raczej dobre, a 31,3% że bardzo dobre. Tylko po 4,4% badanych uważało, że ich samopoczucie w omawianym czasie jest raczej złe lub bardzo złe. Po 40,0% respondentów oceniło, że ich aktywność fizyczna raczej uległa lub zdecydowanie uległa zwiększeniu. Tylko 13,3% oraz 2,2% uważało odpowiednio, że ich aktywność fizyczna raczej nie uległa lub zdecydowanie nie uległa zwiększeniu. Po wykonaniu operacji 44,4% badanych oceniło, że wykonana operacja wpłynęła na ich aktualne życie w sposób zdecydowanie pozytywny, a 35,6% raczej pozytywny. Natomiast 8,9% oraz 2,2% badanych uważało, że wykonana u nich operacja wpłynęła na ich aktualne życie w sposób raczej negatywny lub zdecydowanie negatywny. Wszystkie wymienione zmiany charakteryzowały się statystyczną istotnością ($p<0,001$).

W celu oceny nasilenia dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa i ich wpływu na funkcjonowanie badanych w życiu codziennym posłużono się kwestionariuszem Oswestry. Analizy dokonano u tych samych osób przed wykonaniem operacji i po jej wykonaniu. Rezultaty analizy przedstawiono w postaci punktowej – wyższy wynik świadczył o większym nasileniu bólu lub większych trudnościach w poszczególnych aspektach życia codziennego. Rezultaty osiągnięte przez poszczególnych badanych zsumowano i uśredniono, oceniając przeciętny poziom bólu i dolegliwości nim powodowanych w całej badanej grupie osób. Ocenie poddano: intensywność bólu oraz trudności w samoobsłudze, podnoszeniu przedmiotów, chodzeniu, siedzeniu, staniu, spaniu, życiu seksualnym, socjalnym oraz podróżowaniu. W celu analizy zmian (różnic) pojawiających się pomiędzy wynikami osiąganymi przez badanych pomiędzy czasem sprzed operacji i po niej, posłużono się testem statystycznym par Wilcoxona. W przypadku każdego z parametrów ocenianych za pomocą kwestionariusza Oswestry potwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wielkością rezultatów osiąganymi przez badane osoby przed operacją i po niej ($p<0,001$). W każdym przypadku wyniki uzyskane przez badanych po operacji były wyraźnie niższe w porównaniu do wyników osiąganymi przez nich przed operacją. Oznacza to, że po operacji intensywność bólu malała, podobnie jak wszystkie trudności w życiu codziennym, które były jego wynikiem (ryc. 3 i 4).

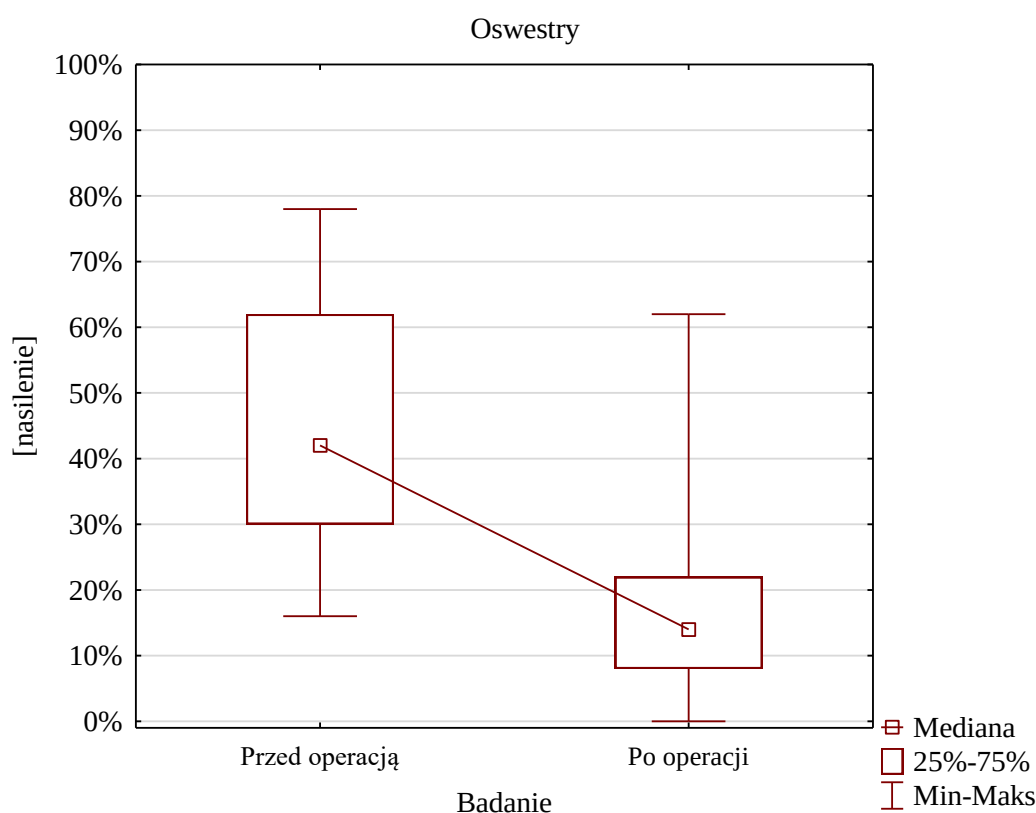


Rycina. 3. Rozkład wyników dotyczących intensywności bólu, samoobsługi, podnoszenia przedmiotów, chodzenia i siedzenia przed oraz po przebytej operacji



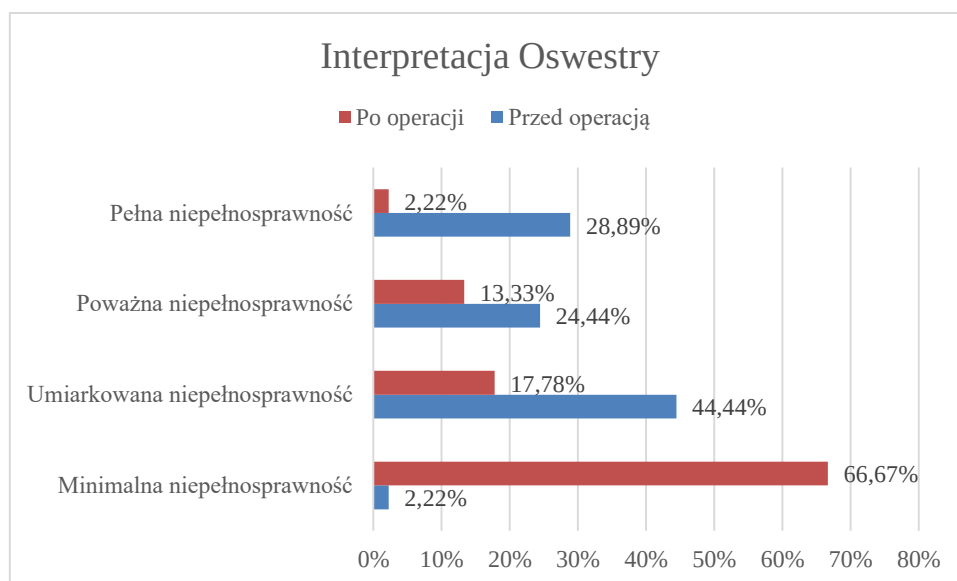
Rycina. 4. Rozkład wyników dotyczących dolegliwości bólowych podczas stania, spania, życia seksualnego, życia socjalnego i podróżowania przed oraz po przebytej operacji

Użycie kwestionariusza Oswestry pozwoliło nie tylko na ocenę pojedynczych parametrów ocenianych przez kwestionariusz, ale także umożliwiło sumaryczną ocenę występujących dolegliwości i poziomu niepełnosprawności, która była nimi powodowana. Sumaryczne wyniki przedstawiono na rycinie 5. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że średni odsetek punktów zdobytych przez badaną grupę po operacji był znacząco niższy niż przed operacją ($45\% \pm 18\%$ vs. $19\% \pm 17\%$). Statystyczna analiza porównawcza przeprowadzona testem par Wilcozona ponownie wykazała, że obserwowane różnice były istotne statystycznie ($p < 0,001$).



Rycina 5. Rozkład wyników sumarycznych z kwestionariusza Oswestry przed oraz po operacji

Analiza danych szczegółowych pozwoliła stwierdzić, że przed operacją, przeciętny zakres niepełnosprawności wykazywanej przez badane osoby był większy niż po niej. Wyniki przedstawiono na rycinie 6.



Rycina. 6. Interpretacja wyników z kwestionariusza Oswestry przed i po microdiscektomii

Biorąc pod uwagę czynniki społeczno-demograficzne nie stwierdzono wpływu istotnego statystycznie płci i wieku na rezultaty uzyskiwane w kwestionariuszu Oswestry. Potwierdzono natomiast, że wyniki osiągnięte w nim przed operacją przez osoby, u których po operacji wystąpiło lub nie wystąpiło ustąpienie objawów neurologicznych ($60\% \pm 15\%$ vs. $41\% \pm 17\%$; brak ustąpienia objawów vs. ustąpienie objawów), a także wielkość różnic w wynikach odnotowywanych przez osoby z obu grup ($-14\% \pm 14\%$ vs. $-29\% \pm 12\%$; brak ustąpienia objawów vs. ustąpienie objawów) różniły się w istotny sposób między sobą (przed operacją: $p=0,008$; różnice po operacji: $p=0,030$). Osoby, u których nie doszło do ustąpienia objawów neurologicznych, przed operacją uzyskiwały wyższe wyniki w skali kwestionariusza Oswestry oraz mniejszą różnicę wyników po operacji. Osoby, które uzyskiwały większą różnicę (spadek) wyników pomiędzy stanem sprzed i po operacji, czyli których stan się znacząco poprawił, zgodziłyby się na ewentualną, ponowną operację ($p=0,014$).

DYSKUSJA

Dyskopatia lędźwiowa jest coraz częściej pojawiającym się problemem zdrowotnym, wiele osób miało sytuację związaną z bólem kręgosłupa, który mógł być początkiem choroby. Celem niniejszej pracy była ocena skuteczności zastosowania zabiegu operacyjnego metodą mikrodiscektomii w kontekście odczuwanego bólu i trudności nim spowodowanych. Na podstawie wyników badania wykazano, że po zabiegu wystąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych, co za tym idzie zmniejszenie częstości zażywania leków przeciwbólowych.

Pacjenci objęci badaniem, po zabiegu stwierdzili, że był on skuteczny. Przyczynił się do ich większej aktywności fizycznej.

Brouwer i wsp. [4] przeprowadzili randomizowane badania z dwuletnim okresem obserwacji. Porównywali skuteczność dwóch metod leczenia, przezskórnej laserowej dekompresji dysku i konwencjonalnej mikrodiscektomii u pacjentów z rwą kulszową. Badania wykazały brak istotnych statystycznie i klinicznie różnic między dwoma grupami. Jednocześnie stwierdzono wysoki wskaźnik reoperacji, który wynosił 21% u pacjentów po zabiegu mikrodiscektomii i aż 52% po zabiegu dekompresji dysku laserowego. Mimo to, autorzy wysunęli wniosek, że przezskórna laserowa dekompresja dysku, jako metoda niechirurgiczna, może stanowić alternatywę dla leczenia rwy kulszowej spowodowanej przepukliną krążka międzykręgowego.

Alaistair Gibson i wsp. [5] wykonali randomizowane badanie porównujące zabieg przezkręgową endoskopową discektomii z zabiegiem mikrodiscektomii, którym objęto 143 pacjentów w wieku 25-70 lat z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Autorzy wykorzystali ODI, wizualną skalę analogową VAS oraz ankietę do oceny jakości życia SF-36 przed zabiegiem, po 3 miesiącach, po roku oraz po dwóch latach od daty wykonania zabiegu. Po obu metodach poprawiła się jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów. Wadą mikrodiscektomii był dłuższy pobyt w szpitalu, natomiast wadą przezkręgową endoskopową discektomii większy odsetek ponownej operacji rewizyjnej, co jednak według autorów zostaje zrównoważone szybszym powrotem do zdrowia po zabiegu.

Choi i wsp. [6] porównywali wyniki leczenia pacjentów z dużą przepukliną dysku w odcinku lędźwiowym kręgosłupa za pomocą przezskórnej endoskopowej discektomii lędźwiowej i otwartej mikrodiscektomii lędźwiowej. Obie grupy chorych wykazały znaczną poprawę w zakresie bólu nóg i pleców po operacji ($p < 0,001$). Te same metody chirurgiczne porównywali ze sobą Kim i wsp. [7] na podstawie metaanalizy siedmiu artykułów naukowych, które objęły badaniem łącznie 1254 pacjentów. Autorzy nie stwierdzili jednoznacznie wyższości jednej metody nad drugą, ale w zakresie VAS i ODI lepsze wyniki uzyskano w przypadku pierwszej z wymienionych metod. Inni badacze [8] podjęli się porównania trzech metod chirurgicznych, w tym także mikrodiscektomii. We wnioskach autorzy uznali, że wszystkie były niezawodnymi technikami leczenia objawowej przepukliny w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Wyniki pooperacyjne okazały się lepsze zarówno w zakresie bólu mierzonego VAS jak i ODI, nie stwierdzono również ubytków neurologicznych związanych z operacjami.

Analiza wyników własnych oraz innych autorów pozwala stwierdzić, że mikrodyscektomia przyczynia się do zmniejszenia bólu oraz poprawia jakość życia i sprawność funkcjonalną pacjentów.

WNIOSKI

1. Po przeprowadzonej operacji nastąpiło znaczące zmniejszenie częstości i nasilenia występującego bólu, jak również odsetka osób zażywających leki przeciwbólowe.
2. Czynności, przy wykonywaniu których w największym stopniu zmniejszały się dolegliwości bólowe dotyczyły najczęściej dźwigania, stania oraz siedzenia (spadki o ok. 76%, 44% i 38%).
3. Operacja wpłynęła w sposób istotny statystycznie na poprawę codziennego życia badanych, co wyrażało się lepszą kondycją i aktywnością fizyczną oraz lepszym samopoczuciem.
4. Po przeprowadzonej operacji metodą mikrodyscektomii znacząco zmniejszył się poziom niepełnosprawności badanych osób.

PIŚMIENNICTWO

1. Hanus-Atras A., Iłzecka J.: Bóle kręgosłupa – przyczyny, postępowanie. *Medycyna Ogólna* 2010; 16 (45): 315-322.
2. Rosińczuk J., Owsikowska K., Kołtuniuk A.: Analysis of the causes of lumbar disc herniation in patients treated neurosurgical due to it. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2015; 4(4): 152-157.
3. Gołębiowska N.: A review of surgical techniques of lumbar disc herniation. *Medical Studies* 2018; 34 (3): 241-245.
4. Brouwer P.A., Brand R., van den Akker-van Marle M.E. et al.: Percutaneous laser disc decompression versus conventional microdiscectomy for patients with sciatica: two-year results of a randomised controlled trial. *Interventional Neuroradiology* 2017; 23 (3): 313-324.
5. Alastair Gibson J.N., Subramanian A.S., Scott C.E.H.: A randomised controlled trial of transforaminal endoscopic discectomy vs microdiscectomy. *European Spine Journal* 2017; 26: 847-856.

6. Choi K.C., Kim J-S, Park C-K.: Percutaneous endoscopic lumbar discectomy as alternative to open lumbar microdiscectomy for large lumbar microdiscectomy for large lumbar disc herniation. *Pain Physician* 2016; 19 (2): E291-300.
7. Kim M., Lee S., Kim H-S. et al.: A Comparison of percutaneous endoscopic lumbar discectomy and open lumbar microdiscectomy for lumbar disc herniation in the Korean: a meta-analysis. *Biomed Research International* 2018: 9073460.
8. Liu X., Yuan S., Tian Y. et al.: Comparison of percutaneous endoscopic transforaminal discectomy, microendoscopic discectomy, and microdiscectomy for symptomatic lumbar disc herniation: minimum 2- year follow-up results. *Journal of Neurosurgery Spine* 2018; 28 (3): 317-325.

PRZEBIEG CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA U KOBIETY Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM I PORODEM PRZEDWCZESNYM

Grażyna Gebuza¹, Gabriela Daniszewska²

1- *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

2- *Studentka kierunku Położnictwo w Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego w ciąży stanowią poważny problem kliniczny, który zagraża zdrowiu i życiu matki i dziecka. W przebiegu hipertensji dochodzi do stanu przedrzucawkowego (PE, *pre-eclampsia*), co sprzyja małej masie urodzeniowej noworodka, wewnątrzmacicznemu obumarciu płodu, niewydolności łożyska, porodu przedwczesnego czy przedwczesnemu oddzieleniu łożyska [1].

Zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego płodu warunkuje nadciśnienie tętnicze oraz niedoczynność tarczycy [2]. Istnieje wiele czynników, które inicjują rozwój PE i porodu przedwczesnego, wśród nich stan zapalny w organizmie i niedoczynność tarczycy [3,4].

Ponieważ jedynym sposobem na leczenie PE jest ukończenie ciąży, wiele razy jest przyczyną porodu przedwczesnego. Autorzy zwracają szczególną uwagę na czas ukończenia ciąży w zależności od tygodnia jej trwania. W przypadku kobiet, u których PE rozwija się w 34. tygodniu ciąży lub później oraz towarzyszy mu ciężki przebieg, należy ustabilizować stan matki stosując leczenie objawowe oraz zakończyć ciążę [4].

CEL PRACY

Określenie problemów pielęgnacyjnych u kobiety w ciąży wysokiego ryzyka z nadciśnieniem tętniczym, niedoczynnością tarczycy, porodem przedwczesnym oraz opracowanie planu opieki pielęgnacyjno-położniczej na podstawie badań naukowych.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr (KB68/2023). Materiał badawczy do analizy zebrano na podstawie wywiadu, pomiarów parametrów życiowych oraz dokumentacji medycznej.

WYNIKI

Opis przypadku

Kobieta lat 26 po wykonaniu badania ultrasonograficznego, potwierdzono ośmio tygodniowy, pojedynczy zarodek. Ciąża druga, po poprzednim poronieniu. Termin porodu na 23.04.2020 rok. Zalecono suplementację kwasu foliowego oraz witaminy D3. Stan ogólny pacjentki: RR 126/84 mmHg, tętno 78 uderzeń/minutę, temperatura 36,8°C. Wzrost 173 cm, masa ciała 84 kg, BMI 28,07. W wywiadzie od 5 lat niedoczynność tarczycy. Wykonano badanie położnicze. Zlecono badania: wszystkie badania laboratoryjne. Grupa krwi 0 Rh (+) dodatni, morfologia krwi prawidłowa, glukoza na czczo: 85mg/dl, badanie ogólne moczu, dość liczne bakterie oraz leukocyty >10 w polu widzenia, pH 5,5. Stężenie TSH 1,619 mIU/l, HCV, HIV, VDRL (ujemne), badanie w kierunku toksoplazmozy IgG (dodatnie), IgM (ujemne), oraz różyczki IgG (dodatnie) IgM (ujemne). Według systemu Bethesda 2001 badanie cytologiczne wykazało nieprawidłowości- grupa II, w obrazie uwidoczniono leukocyty, stan zapalny. W 9 tygodniu ciąży z powodu bólu w okolicy podbrzusza i plamienia z dróg rodnych hospitalizowana z powodu zagrażającego poronienia. RR 142/95mmHg. Wykonano: morfologię krwi, mocz badanie ogólne, ultrasonograficzne wartości prawidłowe. Zalecono Luteinę dopochwowo 100 mg. W 11 tygodniu ciąży masa ciała pacjentki 85 kg, BMI 28,4. Biocenoza pochwy - prawidłowa. Uwidoczniono czynność serca płodu (FHR, *fetal heart rate*), budowa prawidłowa. Ocenę ryzyka depresji Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP) w normie 11 punktów. W 16 tygodniu ciąży masa ciała 90 kg, BMI 30,07. W badaniu ogólnym moczu, ciała ketonowe, zalecono modyfikację diety oraz wprowadzenie większej liczby węglowodanów wody, umiarkowaną aktywność fizyczną. Badanie ogólne moczu wykazało dość liczne bakterie oraz obecność około 7-10 leukocytów w polu widzenia. Z powodu gorączki do 38,7°C, częste parcie na mocz oraz ból podbrzusza zlecono antybiotykoterapię Amotaks 500 mg, dolegliwości ustąpiły. W 20 tygodniu ciąży ponownie infekcja dróg moczowych zastosowano leczenie Uroseptem. Pomiar parametrów stanu ogólnego: RR 120/75 mmHg, tętno 70 uderzeń/ minutę, temperatura 37,4°C. Masa ciała

pacjentki 91 kg, BMI 30,41. ASP 143 uderzenia/ minutę. W 24 tygodniu ciąży test doustnego obciążenia glukozą (OGTT, *oral glucose tolerant test*): prawidłowy. Parametry stanu ogólnego: RR 135/86 mmHg. Masa ciała 93 kg, BMI 31,07. W badaniu ogólnym moczu zaobserwowano liczne bakterie. Ciężarna zgłosiła poboiewania podbrzusza, z powodu zagrożenia porodem przedwczesnym zalecono Duphaston 10 mg. W badaniu ultrasonograficznym szyjka macicy uformowana 35mm. FHR 132 uderzeń/minutę. W 26 tygodniu ciąży stwierdzono skrócenie szyjki macicy do 30 mm. Stanu ogólnej: RR 118/84 mmHg. Masa ciała 94 kg, BMI 31,41. Zalecono Duphaston 10 mg - 3 razy dziennie po jednej tabletki oraz Buscopan 10 mg, 7 razy na dobę po dwie tabletki. FHR 140 uderzeń/ minutę. W 28 tygodniu ciąży parametry stanu ogólnego w normie. Masa ciała 96 kg, BMI 32,08. W badaniu ogólnym moczu około 20-30 leukocytów wpw. oraz nieliczne bakterie, TSH- 2,130 mIU/l, FT3- 3,08 pmol/l i FT4- 0,92 pmol/l. Endokrynolog zwiększył dawkę Euthyroxu na 75 µg. ASP 148 uderzeń/ minutę. W 30 tygodniu ciąży hospitalizacja z powodu silnego bólu podbrzusza i rozpoznania zagrażającego porodu przedwczesnego. Parametry stanu ogólnego: RR 144/88 mmHg, tętno 92 uderzenia/minutę. Badanie ogólne moczu pH 5,0; bardzo liczne bakterie w polu widzenia. Morfologia: WBC- 8,01 tys/µL, RBC- 4,27 tys/µL, HGB- 12,5g/l, HTC- 36,5%, PLT- 279 tys/µL. W badaniu ultrasonograficznym: ilość płynu owodniowego prawidłowa AFI- 14. Biometria płodu: prawidłowa. Z powodu bólu w okolicy podbrzusza pacjentka otrzymała Pyralginę 1gram, No-Spa 80 mg oraz Luteinę 100 mg. Konsultacja psychologiczna z powodu lęku o stan zdrowia płodu. W 33 tygodniu ciąży wystąpił ból i zawroty głowy, parametry stanu ogólnego: RR 144/90 mmHg. Masa ciała 99 kg, BMI 33,08. Wprowadzono farmakoterapię nadciśnienia tętniczego Isoptin SR 80mg, obserwacje ciśnienia tętniczego i objawów prodromalnych rzucawki. FHR 135 uderzeń/ minutę. U pacjentki powtórzono badanie za pomocą ESDP- wynik badania wyniósł 12 punktów. W 35 tygodniu ciąży hospitalizacja z powodu nadciśnienia tętniczego w ciąży, RR 148/94mmHg. Zaobserwowano podwyższony poziom kwasu moczowego 372 µmol/, próby wątrobowe w normie. Paciorkowce typu B nieobecne w wymazie. Badanie ultrasonograficzne, biometria płodu: BPD- 89,4mm, HC-326,1mm, AC- 301,9mmHg, FL- 67,9mmHg. Szacunkowa masa płodu 2530 gramów, za mała w stosunku do wieku płodowego. Wskaźnik płynu owodniowego prawidłowy AFI-16. Łożysko na tylnej ścianie macicy w II stopniu dojrzałości. Pomiary RR: maksymalne skurczowe 162 mmHg, maksymalne rozkurczowe 99 mmHg. Zalecono dwie tabletki Dopegyt 250 mg cztery razy dziennie. W 36 tygodniu ciąży ponowna hospitalizacja z powodu silnego bólu głowy z towarzyszącymi zawrotami głowy, mroczkami przed oczami, drżeniami kończyn górnych, dłoni oraz uczucia „kołatania” serca. Parametry

stanu ogólnego: RR 159/96 mmHg, tętno 86 uderzeń/minutę, temperatura 36,8°C. Masa ciała 106 kg, BMI 35,42. W badaniu wewnętrznym stwierdzono skrócenie i rozwieranie ujścia zewnętrznego szyjki macicy na około 0,5- 1cm. Morfologia krwi: PLT-325 tys/ μ L. W badaniu ogólnym moczu 1-3 leukocyty oraz dość liczne bakterie wpw., TSH- 2,02 mIU/l, FT4- 0,91pmol/l. RR 156/95mmHg, FHR 164 uderzeń/minutę. Kobieta zgłosiła silny ból i zawroty głowy, ból w dole brzucha oraz drżenie kończyn górnych, niepokój. Tachykardia u płodu. W badaniu ultrasonograficznym, potwierdziono hipotrofię płodu oraz niewydolność łożyska- II stopień dojrzałości. Morfologia krwi: w normie. W badaniu ogólnym moczu białko na poziomie 0,72g/l oraz liczne leukocyty (8-10), bakterie. Z powodu zagrożenia życia płodu, nasilenia objawów stanu przedrzucawkowego wykonano cięcie cesarskie. Wydobyto noworodka niedonoszonego o masie ciała 2290 gram, 10 punktów w skali Apgar. Ze względu na niską masę urodzeniową oraz wcześniactwo, noworodka przekazano w oddział Intensywnej Terapii Neonatologicznej. Kobieta przekazano w oddział w stanie ogólnym i położniczym dobrym.

Plan opieki

- **Diagnoza pielęgnarska: Niepokój związany z deficytem wiedzy dotyczącej przebiegu ciąży w 10 tygodniu ciąży.**
- ✓ **Cel opieki:** Zapoznanie z przebiegiem ciąży, obniżenie niepokoju.
- ✓ **Interwencje:**
 - Zapoznanie z terminarzem badań diagnostycznych zgodnie ze standardem organizacyjnym dotyczącym opieki okołoporodowej [5].
 - Edukacja przedporodowa. Zajęcia w szkole rodzenia umożliwiają przygotowanie do porodu, położu oraz karmienia piersią. Zapoznanie z tematami: przebieg ciąży, rozwój dziecka od początku ciąży do porodu, opieka prenatalna- dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej, styl życia w okresie ciąży- zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi, profilaktyka chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne, problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i położu, zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej [5].
 - Suplementacja preparatami żelaza, kwasu DHA, witaminy D, jodu i kwasu foliowego oraz omówienie wpływu na rozwoju płodu i stan matki [6].

- Wykonanie pomiarów stanu ogólnego: ciśnienie tętnicze, tętno i temperaturę ciała.
 - Ocena czynników ryzyka rozwoju depresji poporodowej za pomocą Edynburskiej skali Depresji poporodowej prowadzonej między 11. a 14. oraz 33. a 37. tygodniem ciąży [7].
 - Omówienie zasad zdrowego odżywiania. Zaleca się sól jodowaną, ograniczyć spożywanie napojów zawierających kofeinę do nie więcej niż 200 mg kofeiny/ /dzień [1].
 - ✓ **Ocena:** Odpowiednie przygotowanie do macierzyństwa jest ważne w podejmowaniu późniejszych działań matki wobec dziecka.
- **Diagnoza pielęgnarska: Ból w okolicy podbrzusza i cewki moczowej podczas oddawania moczu w 16 tygodniu ciąży.**
- ✓ **Cel opieki:** zminimalizowanie bólu podczas oddawania moczu, wdrożenie postępowania diagnostycznego i leczniczego.
 - ✓ **Interwencje:**
 - Wykonanie badań: morfologia, CRP, badanie ogólne i mikrobiologiczne moczu.
 - Kontrola stanu ogólnego, diurezy, obserwacja nasilenia objawów.
 - Wykonanie USG nerek i dróg moczowych.
 - Podaż antybiotyków, zwiększenie podaży płynów. Średnie dzienne zapotrzebowanie na wodę wynosi 2,5 l/dobę (zakres od 1,5 do 3 l, wliczając w to także ok. 700 ml wody zawartej w pokarmach). W ciąży ilość spożywanej wody powinna wzrosnąć o około 300 ml/dobę, a w okresie karmienia piersią nawet o 600–800 ml/dobę. W drugim i trzecim trymestrze zaleca się spożycie 3 l wody na dobę, a w okresie laktacji — 3,8 l/dobę. W pierwszym trymestrze zapotrzebowanie dobowe wynosi tyle co u kobiety niebędącej w ciąży, to jest 2,7 l/dobę [1].
 - ✓ **Ocena:** Po zastosowaniu powyższych interwencji objawy ustąpiły. Nadmierna aktywacja odpowiedzi zapalnej organizmu predysponuje do wystąpienia PE. Zakażenie układu moczowego, może przyczyniać się do wystąpienia porodu przedwczesnego i wystąpienia niskiej masy urodzeniowej dziecka [3].
- **Diagnoza pielęgnarska: zmęczenie spowodowane wysoką wartością TSH, ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego w 28 tygodniu ciąży.**
- ✓ **Cel opieki:** monitorowanie czynności tarczycy, profilaktyka porodu przedwczesnego.

✓ **Interwencje:**

- Farmakoterapia tarczycy (Levothyroxine).
- Monitorowanie badań laboratoryjnych: TSH, FT3 i FT4 [8].
- Kontrola dobrostanu płodu: wykonanie badania kardiokograficznego, kontrola ruchów płodu, badanie ultrasonograficzne płodu, zalecenie leżenia na lewym boku, umiarkowana aktywność fizyczna [5].
- Odpowiednia podaż płynów [1].

✓ **Ocena:** monitorowanie poziomu TSH i wdrożenie leczenia zmniejsza ryzyko powikłań.

➤ **Diagnoza pielęgnarska: Silny ból głowy spowodowany wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego w 32 tygodniu ciąży.**

✓ **Cel opieki:** monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego, zapobieganie wystąpieniu rzucawki, ocena dobrostanu płodu, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego.

✓ **Interwencje:**

- Pomiary: ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury, oddech, świadomości w zależności od potrzeby, masy ciała [1].
- Obserwacja diurezy w kierunku oligurii lub anurii [9].
- Wykonanie badań laboratoryjnych: dobową utratę białka w moczu, badania biochemiczne (morfologia krwi, liczba płytek krwi, stężenie enzymów wątrobowych, aminotransferaza alaninowa AlAT, aminotransferaza asparaginowa AspAT, bilirubina, dehydrogenaza mleczanowa, kreatynina, białko CRP, elektrolity, mocznik [9] i układ krzepnięcia [1].
- Wdrożenie leczenia hipotensyjnego (metyldopa lub labetalol lub nifedypina, duża liczba badań w porównaniu do innych leków hipotensyjnych uzasadnia preferowanie tych trzech leków w okresie ciąży). Zaleca się podanie i.v. MgSO₄ w rzucawce lub przy neurologicznych objawach sugerujących możliwość wystąpienia rzucawki, takich jak silny ból głowy, zaburzenia widzenia czy wygórowane odruchy ścięgniste. Prowadząc leczenie farmakologiczne, należy unikać zbyt intensywnego obniżenia RR, gdyż może to prowadzić do hipoperfuzji łożyska i pogorszenia dobrostanu płodu [1].
- Obserwacja dolegliwości bólowych zwłaszcza głowy i nadbrzusza, zaburzeń świadomości, duszności oraz pojawiających się drgawek, zaburzeń widzenia i zawrotów głowy. Objawy mogą sugerować wystąpienie rzucawki [9].
- Podawanie siarczanu magnezu jako leku neuroprotektoryjnego (przed 32. tygodniem ciąży) [9].

- Zalecenie leżenia na lewym boku z uwagi na zespół żyły głównej dolnej i ułatwienie przepływów w naczyniach macicznych [10].
 - Monitorowanie dobrostanu płodu: codzienna ocena ruchów płodu przez matkę, badanie KTG przynajmniej raz dziennie, ocena wzrastania płodu w badaniu ultrasonograficznym, ocena przepływów w krążeniu łożyskowo- płodowym, obserwacja czynności skurczowej macicy [1].
 - Wprowadzenie profilaktyki zespołu zaburzeń oddychania u noworodka, między 24. a 34. tygodniem ciąży u noworodka stosuje się glikokortykosteroidy podawane w iniekcji domięśniowej: deksametazon- Dexaven- 4 dawki po 6 mg w odstępach 12 godzinnych lub betametazon- Celestone- 2 dawki po 12 mg w odstępie 24 godzin [4, 11].
 - Decyzja o zakończeniu ciąży. Zbyt późne podjęcie decyzji o zakończeniu ciąży oraz postawa wyczekująca mogą doprowadzić do przedwczesnego oddzielenia łożyska, ciężkiego nadciśnienia tętniczego, rzućkawki, zespołu HELLP lub zgonu wewnątrzmacicznego [9].
 - Obserwacja czynności skurczowej macicy, zapobieganie porodowi przedwczesnemu. W sytuacji stwierdzenia aktywności skurczowej mięśnia macicy oraz skracania i rozwierania się ujścia zewnętrznego szyjki macicy pomiędzy 24. a 34. tygodniem ciąży, należy wprowadzić tokolizę, czyli hamowanie przedwczesnej czynności skurczowej. Działania te mogą zostać podjęte tylko wówczas, iż opóźnienie porodu jest korzystne dla płodu [12]. Zadaniem tokolizy jest przedłużenie ciąży od 2 do 7 dni. Wykorzystywana jest w celu opóźnienia porodu, prowadzenia terapii kortykosteroidami w celu rozwinięcia płuc płodu, transportu ciężarnej do ośrodka o trzecim stopniu referencyjności oraz aby zyskać czas na oznaczenie obecności paciorkowców z grupy B [13].
- ✓ **Ocena:** Wnikliwa obserwacja doprowadziły do zakończenia ciąży w 36 tygodniu przez cięcie cesarskie i urodzenia noworodka w dobrym stanie.

DYSKUSJA

Hospitalizację pacjentki z PE należy rozpocząć w przypadku wystąpienia wzrostu ciśnienia skurczowego do wartości $\geq 160/ \geq 100$ mmHg, przyrostu masy ciała powyżej 1 kilograma na tydzień i objawach zagrożenia płodu z nieprawidłowym lub podejrzanym zapisem kardiokograficznym, nieprawidłowych przepływach w badaniu ultrasonograficznym lub w przypadku wystąpienia objawów prodromalnych zagrażającej

rzucawki lub, gdy można dostrzec objawy kliniczne sugerujące zespół HELLP. Zaobserwowanie minimum jednego kryterium świadczy o obecności stanu przedrzucawkowego: liczba płytek krwi $<100 \text{ tys}/\mu\text{g}$, stężenie kreatyniny $>1,1 \text{ mg/dl}$, oliguria lub anuria [9]. W powyższym przypadku wystąpiły objawy stanu przedrzucawkowego w 36 tygodniu ciąży, które spowodowały zakończenie ciąży poprzez cięcie cesarskie ze względu na narastające ryzyko powikłań u matki jak i płodu. Phipps oraz współautorzy [4] potwierdzają, że wystąpienie stanu przedrzucawkowego prowadzi do porodu przedwczesnego. Wcześniej wdrożono terapię kortykosteroidami, których celem było przyspieszenie dojrzewania płuc płodu. Ciąża wysokiego ryzyka z PE powinna być kontynuowana w odpowiednim ośrodku medycznym wyposażonym w intensywną opiekę położniczą oraz neonatologiczną, umożliwiającą wdrożenie odpowiedniego postępowania z wcześniakiem o niskiej masie urodzeniowej [4].

W ciąży stwierdzono kilka razy infekcję dróg moczowych. Według Yan i współautorów, każda nadmierna aktywacja odpowiedzi zapalnej organizmu predysponuje do wystąpienia stanu przedrzucawkowego. Jednym z czynników, który również prowadzi do rozwoju stanu zapalnego i podwyższenia odpowiedzi zapalnej organizmu jest zakażenie układu moczowego. Jest to powikłanie, które może przyczyniać się do wystąpienia porodu przedwczesnego i wystąpienia niskiej masy urodzeniowej. Zdiagnozowany u pacjentki ZUM mógł przyczynić się do zwiększenia ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego oraz niskiej masy urodzeniowej, który wystąpił u noworodka, zgodnie z przypuszczeniami Yan i współautorów [3].

U pacjentki wystąpił problem związany z przebiegiem niedoczynności tarczycy. Badania potwierdzają zahamowanie wzrostu płodu w przebiegu niedoczynności tarczycy u matki i niską masą urodzeniową dziecka. W przebiegu ciąży z hipotyreozą stwierdzono także związek z wystąpieniem PE i porodu przedwczesnego [8].

Według Korpysz i współautorów, IUGR prowadzi do wystąpienia małej masy urodzeniowej. Do zahamowania wzrostu wewnątrzmacicznego może dojść wskutek przebiegu nadciśnienia tętniczego oraz niedoczynności tarczycy [2], które były obserwowane u pacjentki. Według badań niedoczynność tarczycy u matki powoduje zahamowanie wzrostu płodu, urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową. W powyższym badaniu zwrócono uwagę również na wiele innych patologii, które mogą wystąpić w przebiegu ciąży na skutek hipotyreozy. Zaliczono do nich nieprawidłową implantację łożyska skutkującą obecnością

łożyska przodującego, stan przedrzucawkowy, predyspozycje do wystąpienia rzucawki, cukrzyca ciążowej i porodu przedwczesnego [8].

WNIOSKI

Nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, infekcje układu moczowego w ciąży inicjują poród przedwczesny i zwiększają ryzyko chorobowości matki i dziecka. Wnikliwy wywiad, pomiary parametrów i obserwacja pacjentki umożliwiły opracowanie problemów pielęgnacyjno-położniczych oraz zaplanowanie adekwatnych interwencji położnej, dzięki którym zapewniono bezpieczeństwo zdrowotne matce i dziecku.

PIŚMIENICTWO

1. Prejbisz A., Dobrowolski P., Kosiński P., et al. Management of hypertension in pregnancy -prevention, diagnosis, treatment and long-term prognosis. A position statement based on expert consensus of the Polish Society of Hypertension, Polish Cardiac Society and Polish Society of Gynecologists and Obstetricians, Arterial Hypertension. 2019; 4(2): 43-111.
2. Korpysz A., Szalecki M.: What's new in IUGR from the endocrinological point of view? Pediatric Endocrinology Diabetes and Metabolism 2019;25(4):188-193.
3. Yan L., Jin Y., Hang H., et al.: The association between urinary tract infection during pregnancy and preeclampsia: A meta-analysis. Medicine Baltimore 2018;97(36): e12192.
4. Phipps EA., Thadhani R., Benzing T., et al. Author Correction: Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. Nature Reviews Nephrology 2019;15(6):386. Erratum for: Nature Reviews Nephrology 2019;15(5):275-289.
5. Iwanowicz Palus G., Bień A.: Edukacja przedporodowa. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
6. Zimer M., Sieroszewski P., Oszukowski P., et al.: Polish Society of Gynecologists and Obstetricians recommendations on supplementation in pregnancy. Ginekologia Polska 2020; 91 (10):644-653.doi: 10.5603/GP.2020.0159. (dostęp: 17.07.2023)

7. Chrzan-Dętkoś M.: Depresja w ciąży i depresja poporodowa, [rodzicpoludzkupl](https://rodzicpoludzkupl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/), <https://rodzicpoludzkupl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/> (Dostęp 23.04.2023).
8. Pande A., Anjankar A.: A Narrative Review on the Effect of Maternal Hypothyroidism on Fetal Development. *Cureus* 2023; 9;15(2):e34824.
9. Mierzyński R., Świerszcz Ł., Poniedziałek- Czajkowska E., i wsp.: Skrining oraz leczenie preeklampsji wczesnej i późnej – podobieństwa i różnice. *Ginekologia po Dyplomie 2021*; (3) <https://podyplomie.pl/ginekologia/36205,skrining-oraz-leczenie-preeklampsji-wczesnej-i-poznej-podobienstwa-i-roznice#> (dostęp 17.07.2023).
10. Bociek A.: Negatywny wpływ pozycji leżącej na plecach w zaawansowanej ciąży na zdrowie matki oraz płodu. *Ginekologia i Położnictwo Medical Projekt* 2017;4 (46); 52-57.
11. Prejbisz A., Stompór T., Kosiński P. i wsp.: Stan przedrzucawkowy- leczenie. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.20.4.1>. (Dostęp 27.04.2023).
12. Bacz A.: Poród przedwczesny. *Medycyna praktyczna* <https://www.mp.pl/pacjent/ciaza/porod/75436,porod-przedwczesny> (Dostęp: 17.07.2023).
13. Mayer C., Apodaca-Ramos I.: Tocolysis. 2022, 22. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 (Dostęp: 10.08.2023).

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU II

Magdalena Woroniecka¹, Katarzyna Krystyna Snarska²

*1- Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii
Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*

2- Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Pod nazwą cukrzycy kryje się zazwyczaj kilka chorób, przy czym ich wspólną cechą jest podwyższony poziom glukozy we krwi uszkadzający z czasem naczynia krwionośne tj. tętnice oraz żyły. Ze względu na to, że tętnie dostarczają tkankom krew bogatą w tlen i substancje odżywcze, a żyły odbierają krew wraz ze zbędnymi produktami przemiany materii, uszkodzenie tych naczyń przez cukrzycę jest negatywne w skutkach zdrowotnych dla każdego człowieka [1]. Nadmiar cukru we krwi to skutek złej gospodarki węglowodanowej. Węglowodany występują w większości produktów spożywczych, przy czym organizm przerabia je na glukozę, która jest surowcem energetycznym dla wszystkich jego komórek [Gutowska, 2020]. Życie w pośpiechu przyczynia się do nawykowego sięgania po przetworzoną żywność tj. półprodukty bogate w sól, cukry proste i nasycone tłuszcze, z których szybko można przyrządzić posiłek. Ponadto stres związany z życiem w pędzie zaburza gospodarkę hormonalną, a to zaburza działanie insuliny. Cukrzycy sprzyjają również nałogi m.in. palenie papierosów oraz nadużywanie alkoholu, którymi współcześnie człowiek próbuje rozładować napięcie [2]. Liczba chorych na cukrzycę z roku na rok rośnie. W 1980 roku na świecie odnotowano 153 miliony diabetyków, przy czym w 2021 roku ta liczba wzrosła do 371 milionów osób. Prognozuje się, że za 10 lat ponad 500 milionów osób będzie zmagало się z cukrzycą lub będzie miało groźne zaburzenia gospodarki węglowodanowej, które prowadzi do cukrzycy. Ze względu na ten gwałtowny wzrost liczby chorych Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała cukrzycę za epidemię XXI wieku [3].

Szczególnie szybko przybywa osób cierpiących na cukrzycę typu 2. Diabetycy stanowią w tym przypadku 90% wszystkich chorych na cukrzycę. Cukrzyca typu 2 jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych, a u jej podłoża leżą nadwaga oraz otyłość (głównie brzuszna) oraz związane z nimi zaburzenia metaboliczne [4]. Jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 nie zawsze jest odpowiednia, zwłaszcza, że pacjenci z tego typu cukrzycą muszą mieć dobrą wiedzę na temat tego co się dzieje w ich organizmie. Niemniej jednak w

żadnej innej chorobie zaangażowanie chorego w proces leczenia nie ma tak wielkiego znaczenia, jak w cukrzycy. Diabetyk musi wiedzieć, że przyjmując odpowiednie, dobrze dobrane leki, kontrolując dietę i masę ciała oraz dbając o aktywność fizyczną, może żyć długo a jakość jego życia być odpowiednia i nieskomplikowana z powodu choroby [5].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 wśród pacjentów leczących się na oddziale szpitalnym.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W badaniu wzięło udział 213 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białymstoku w okresie od 1.01 do 31.12.2022 roku.

Materiał badawczy zostały pozyskany za pomocą kwestionariusza ankiety stworzonego dla celów badań. Kwestionariusz ankiety składał się z metryczki, pytań ogólnych z zakresu dotychczasowego przebiegu choroby oraz:

- standaryzowanej skali WHOQOL-BREF – oceniającej jakość życia chorego;
- skali nasilenia zaburzeń depresyjnych dr Becka, która składa się z 21 zagadnień ogólnych ocenianych od 0 do 3 punktów.

Stopień nasilenia objawów depresji ocenia się według następujących kryteriów: 0-11 punktów - brak depresji; 12-26 punktów – depresja łagodna; 27-49 punktów – depresja umiarkowanie ciężka; 50-63 punktów – depresja bardzo ciężka.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech jakościowych przedstawiono ich rozkład ilościowo-procentowy.

WYNIKI

Charakterystyka badanej populacji

Większość badawczą stanowiły kobiety (n=123; 57,74%). Mężczyźni stanowili 42,25% ogółu badanych pacjentów (n=90).

Pacjenci biorący udział w badaniu byli przeważnie w wieku 51-60 lat (n=97; 45,53%), przy czym sporą liczbę respondentów stanowiły osoby będące w przedziale wiekowym 41-50 lat (n=39; 18,30%) oraz 61-70 lat (n=32; 15,02%). Najmniej liczna grupa badanych pacjentów to osoby w wieku 20-30 lat (n=14; 6,57%); 31-40 lat (n=29; 13,61%) oraz mające 71 lat i więcej (n=2; 0,93%).

Biorąc pod uwagę masę ciała oraz wzrost badanych pacjentów, należy stwierdzić, że wielu z nich zmagają się z lekką nadwagą, przy czym sporadyczna liczba ankietowanych to osoby z I stopniem otyłości. Znajac masę ciała oraz wzrost pacjentów obliczono wartości BMI, z których wynika, że u chorych w zdecydowanej większości występuje waga prawidłowa (n=149; 69,95%). Niektórzy badani zmagają się z lekką nadwagą (n=47; 22,06%). Najmniej liczna grupa respondentów to chorzy z I stopniem otyłości (n=8; 3,75%) oraz niedowagą (n=9; 4,22%). Żaden z badanych zgodnie z wartością BMI nie ma zdiagnozowane otyłości II stopnia lub skrajnej otyłości.

Większość ankietowanych pacjentów zamieszkuje miasto (n=119; 55,86%). Wieś jest miejscem zamieszkania 44,13% respondentów (n=94).

Jak przyznała większość badanych pacjentów ich warunki mieszkaniowe są raczej dobre (n=68; 31,92%) oraz bardzo dobre (n=136; 63,84%). Jedynie sporadyczna liczba badanych wskazała, że ich warunki mieszkaniowe są złe (n=9; 4,22%).

Badana grupa pacjentów to w większości osoby pracujące (n=166; 77,93%). Niektórych badanych źródłem utrzymania jest renta (n=27; 12,67%) lub emerytura (n=14; 6,57%). Pozostali ankietowani wskazywali źródło utrzymania jako „inne” (n=6; 2,81%), jednocześnie zaznaczając, że jest to m.in. „własna działalność gospodarcza”, „zasiłki socjalne”, „zasiłki dla bezrobotnych”.

Zdecydowana większość chorych przyznała, że nikt nie sprawuje nad nimi opieki, wskazując, że są osobami samodzielnymi oraz samowystarczalnymi. Ta grupa badanych zaznaczała najczęściej wariant odpowiedzi „inne” (n=163; 76,52%). Starsza grupa pacjentów z cukrzycą typu 2 odpowiadała, że opieka nad nimi sprawowana jest przez żonę/męża (n=18; 8,45%) bądź córkę/syna (n=26; 12,20%). Zaledwie 2,81% ankietowanych odpowiedziało, że opiekę nad nimi sprawuje zięć/synowa.

Z odpowiedzi badanych wynika, że większość z nich posiada wykształcenie średnie (n=91; 42,72%) oraz wyższe (n=98; 46,00%). Niektórzy badani pacjenci posiadają wykształcenie zawodowe (n=18; 8,45%). Najmniej liczna grupa ankietowanych pacjentów to osoby posiadające wykształcenie podstawowe (n=6; 2,81%).

Analizując czas trwania cukrzycy u badanych pacjentów należy stwierdzić, że większość z nich choruje na cukrzycę typu 2 11-15 lat (n=87; 40,84%). Najmniej liczna grupa badanych pacjentów choruje na cukrzycę typu 2 mniej niż 5 lat (n=33; 15,49%). Zbliżona liczba ankietowanych zmaga się z cukrzycą typu 2 od 6 do 10 lat (n=48; 22,53%) oraz dłużej niż 15 lat (n=45; 21,12%).

Charakteryzując grupę badanych pacjentów, należało wskazać, czy zmagają się oni z innymi chorobami przewlekłymi towarzyszącymi cukrzycy typu 2. Jak wynika z odpowiedzi respondentów połowa pacjentów przyznaje, że zmaga się z chorobami przewlekłymi tj. depresja, zespół chronicznego zmęczenia, stopa cukrzycowa (n=102; 47,88%). Pozostali ankietowani odpowiedzieli, że nie współistnieją u nich żadne choroby przewlekłe (n=111; 52,11%).

Podstawowe elementy w samokontroli w cukrzycy

Na początku grupę badanych pacjentów zapytano o to jak często uczęszczają do poradni diabetologicznej. Odpowiedzi badanych zestawiono w poniższych tabelach z uwzględnieniem płci, okresu trwania cukrzycy i współwystępowania chorób przewlekłych.

Tabela 1. Uczęszczanie do poradni diabetologicznej przez badanych pacjentów – zmienna płeć

Płeć/Odpowiedź	1 raz w roku		2 razy w roku		Inne	
	N	%	N	%	N	%
kobiety (n=123)	69	56,09	33	26,82	21	17,07
mężczyźni (n=90)	19	21,11	65	72,22	6	6,66
Razem:	88	41,31	98	46,00	27	12,67

Do poradni diabetologicznej przynajmniej 1 w roku częściej uczęszczają badane pacjentki (56,09%). Mężczyźni z kolei wizyty w poradni diabetologicznej wykonują najczęściej 2 razy w roku (72,22%).

Tabela 2. Uczęszczanie do poradni diabetologicznej przez badanych pacjentów – zmienna czas trwania cukrzycy

Czas trwania cukrzycy/Odpowiedź	1 raz w roku		2 razy w roku		Inne	
	N	%	N	%	N	%
mniej niż 5 lat (n=33)	10	30,30	17	51,51	6	18,18
6-10 lat (n=48)	16	33,33	23	47,91	9	18,75
11-15 lat (n=87)	44	50,57	31	35,63	12	13,79
dłużej niż 15 lat (n=45)	18	40,00	27	60,00	0	0,00
Razem:	88	41,31	98	46,00	27	12,67

Co najmniej 2 razy w roku do diabetologa uczęszczają pacjenci chorujący 6-10 lat na cukrzycę (47,91%). Badani chorujący na cukrzycę znacznie dłużej wskazali, że do poradni diabetologicznej uczęszczają co najmniej 1 raz w roku. Są to pacjenci chorujący 11-15 lat na cukrzycę (50,57%) oraz dłużej niż 15 lat (40%).

Pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2 odpowiadali, że do poradni diabetologicznej uczęszczają także m.in. co pół roku, w razie potrzeby lub w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Ta grupa badanych zaznaczyła wariant odpowiedzi „inne” (ogółem 12,67%).

Tabela 3. Uczęszczanie do poradni diabetologicznej przez badanych pacjentów – zmienna współwystępowanie chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe/Odpowiedź	1 raz w roku		2 razy w roku		Inne	
	N	%	N	%	N	%
tak (n=102)	22	21,56	60	58,82	20	19,60
nie (n=111)	66	59,45	38	34,23	7	6,30
Razem:	88	41,31	98	46,00	27	12,67

Do poradni diabetologicznej chętniej uczęszczają badani pacjenci, u których współwystępują inne choroby przewlekłe. Ich wizyty odbywają się co najmniej 2 razy w roku (58,82%) lub częściej np. raz na pół roku, w razie potrzeby lub pogorszenia stanu zdrowia (19,60%).

Większość respondentów, u których nie występują żadne choroby przewlekłe przyznała, że do diabetologa uczęszcza przynajmniej 1 raz w roku (59,45%).

Tabela 4. Posiadanie aparatu do pomiaru glikemii przez badanych pacjentów – zmienna płeć

Płeć/Odpowiedź	tak		nie	
	N	%	N	%
kobiety (n=123)	118	95,93	5	4,06
mężczyźni (n=90)	74	82,22	16	17,77
Razem:	192	90,14	21	9,85

Zarówno badane kobiety (95,93%) jak i mężczyźni (82,22%) przyznawali, że posiadają aparat do pomiaru glikemii celem samokontroli cukrzycy. Do jego nieposiadania przyznało się 4,06% kobiet oraz 17,77% mężczyzn.

Tabela 5. Posiadanie aparatu do pomiaru glikemii przez badanych pacjentów – zmienna czas trwania cukrzycy

Czas trwania cukrzycy/Odpowiedź	tak		nie	
	N	%	N	%
mniej niż 5 lat (n=33)	33	100,00	0	0,00
6-10 lat (n=48)	30	62,50	18	37,50
11-15 lat (n=87)	66	75,86	2	2,29
dłużej niż 15 lat (n=45)	44	97,77	1	2,22
Razem:	192	90,14	21	9,85

Ze względu na czas trwania cukrzycy, większość respondentów posiada aparat do samodzielnego pomiaru glikemii m.in. chorzy mniej niż 5 lat (100%); 6-10 lat (62,50%); 11-15 lat (75,86%) oraz chorzy na cukrzycę typu 2 dłużej niż 15 lat (97,77%). Tylko sporadyczna liczba badanych pacjentów wskazała, że to rodzaju urządzenia nie posiada.

Tabela 6. Posiadanie aparatu do pomiaru glikemii przez badanych pacjentów – zmienna współwystępowanie chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe/Odpowiedź	tak		nie	
	N	%	N	%
tak (n=102)	101	99,01	1	0,98
nie (n=111)	91	81,98	20	18,01
Razem:	192	90,14	21	9,85

Zarówno badani pacjenci posiadający inne choroby przewlekłe (99,01%) oraz ich nie posiadający (81,98%) odpowiadali, że posiadają aparat do samodzielnego pomiaru glikemii.

Z ogólnego zestawienia wskazanych przez badanych wartości glikemii we krwi, można wywnioskować, że tego rodzaju wartości są prawidłowe i wynoszą 80-100 mg/dl na czczo oraz nie więcej niż 130 mg/dl po posiłku.

Nieliczna grupa badanych pacjentów przyznała, że w ostatnim czasie ich wartości glikemii na czczo są nieco zawyżone i wynoszą np. 102 mg/dl, 114 mg/dl, a nawet 117 mg/dl. U większości ankietowanych jednak, tego rodzaju wartości są w normie.

Ankietowanych pacjentów zapytano zatem jak często w warunkach domowych dokonują pomiarów wartości glikemii we krwi.

Tabela 7. Częstość pomiaru glikemii w warunkach domowych przez badanych pacjentów – zmienna płeć

Płeć/Odpowiedź	2 razy dziennie		3 razy dziennie		Inne	
	N	%	N	%	N	%
kobiety (n=123)	66	53,65	44	35,77	13	10,56
mężczyźni (n=90)	55	61,11	30	33,33	5	5,55
Razem:	121	56,60	74	34,74	18	8,45

Badane kobiety dokonują pomiarów wartości glikemii w warunkach domowych co najmniej 2 razy dziennie (53,65%). Tego rodzaju działania z taką samą częstotliwością podejmuje większość badanych mężczyzn (61,11%).

Tabela 8. Częstość pomiaru glikemii w warunkach domowych przez badanych pacjentów – zmienna czas trwania cukrzycy

Czas trwania cukrzycy/Odpowiedź	2 razy dziennie		3 razy dziennie		Inne	
	N	%	N	%	N	%
mniej niż 5 lat (n=33)	12	36,36	16	48,48	5	15,15
6-10 lat (n=48)	26	54,16	22	45,83	0	0,00
11-15 lat (n=87)	44	36,36	30	34,48	13	14,94
dłużej niż 15 lat (n=45)	39	86,66	6	13,33	0	0,00
Razem:	121	56,60	74	34,74	18	8,45

Pomiary codzienne glikemii w warunkach domowych dokonywane są przez wszystkich chorych pacjentów bez względu na czas trwania choroby.

Przynajmniej 2 razy dziennie samodzielnego pomiaru glikemii dokonują badani chorujący na cukrzycę 6-10 lat (54,16%) oraz dłużej niż 15 lat (86,66%).

Jedynie badani, którzy chorują na cukrzycę mniej niż 5 lat dokonują pomiaru wartości glikemii w sposób samodzielny co najmniej 3 razy dziennie (48,48%) oraz ankietowani chorujący na cukrzycę 6-10 lat (45,83%).

Tabela 9. Częstość pomiaru glikemii w warunkach domowych przez badanych pacjentów – zmienna współwystępowanie chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe/Odpowiedź	2 razy dziennie		3 razy dziennie		Inne	
	N	%	N	%	N	%
tak (n=102)	88	86,27	10	9,80	4	3,92
nie (n=111)	33	29,72	64	57,65	14	12,61
Razem:	121	56,60	74	34,74	18	8,45

W warunkach domowych badani pacjenci z występującymi innymi chorobami przewlekłymi dokonują pomiarów glikemii 2 razy dziennie (86,27%).

Z większą częstotliwością wartość poziomu cukru we krwi jest sprawdzana przez pacjentów bez chorób przewlekłych m.in. 3 razy dziennie (57,65%).

Niekiedy chorzy na cukrzycę doprowadzają pewnymi sytuacjami do wzrostu wartości cukru we krwi. Badanych pacjentów zapytano zatem, jakie sytuacje sprzyjają u nich do powstawania wysokich wartości glikemii we krwi. W tym pytaniu istniała możliwość wyboru większej liczby odpowiedzi.

Pacjenci, którzy podeszli do badani wskazywali, że sytuacje, które doprowadzają do powstawania u nich wysokich wartości glikemii są przede wszystkim:

- spożywanie słodkich napojów (n=212; 99,53%);
- dosładzanie napojów (n=187; 87,79%);
- brak aktywności fizycznej (n=149; 69,95%);
- palenie tytoniu (n=147; 69,01%);
- spożywanie produktów konserwowych, serów (n=106; 49,76%);
- spożywanie alkoholu (n=101; 47,41%).

Sporadyczne sytuacje, które doprowadzają do wzrostu poziomu cukru we krwi u badanych pacjentów to m.in.:

- ograniczone spożycie wody (n=57; 26,76%);
- spożywanie kawy naturalnej (n=23; 10,79%);

- dosalanie potraw (n=14; 6,57%) oraz inne sytuacje wskazywane przez badanych np. silny stres, obfite posiłki, spożywanie produktów na bazie białej mąki, nieregularne jedzenie (n=10; 4,69%).

Grupę badanych pacjentów zapytano także o objawy, które towarzyszą im najczęściej w przypadku podwyższonego poziomu cukru we krwi. Ankietowani pacjenci wskazywali, że najczęstszymi objawami wysokich wartości glikemii, które mogą u nich występować są przede wszystkim:

- szum w uszach (n=202; 94,83%);
- bóle i zawroty głowy (n=189; 88,73%);
- nadmierna senność (n=106; 49,76%).

Nieco rzadziej u badanych pacjentów występują takie objawy wskazujące na wysoki poziom glukozy we krwi jak:

- mroczki przed oczami (n=85; 39,90%);
- dreszcze (n=74; 34,74%);
- krwawienie z nosa (n=74; 34,74%);
- bezsenność (n=69; 32,39%).

Zdecydowanie do najrzadziej występujących u nich objawów badani pacjenci zaliczyli:

- zimne poty (n=39; 18,30%);
- inne objawy np. osłabienie, wielomocz, wzmożone pragnienie (n=14; 6,57%);
- zaczerwienienie twarzy (n=12; 5,63%).

Tylko 1,40% ankietowanych pacjentów (n=3) nie wiedziało jakie objawy im najczęściej towarzyszą przy zwiększonym poziomie cukru we krwi.

Kończąc część badania odnośnie elementów w samokontroli cukrzycy u badanych pacjentów, zapytano ich o optymalne wartości glikemii we krwi, jakie powinny z reguły mieć miejsce przed i po posiłku. Analizę odpowiedzi badanych przedstawiają poniższe tabele 12-14.

Tabela 10. Optymalne wartości cukru we krwi u pacjentów leczonych z powodu cukrzycy w opinii badanych pacjentów – zmienna płeć

Płeć/Odpowiedź	80-115 mg/dl		150-180 mg/dl		215-250 mg/dl		nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
kobiety (n=123)	98	79,67	3	2,43	0	0,00	22	17,88
mężczyźni (n=90)	74	82,22	13	14,44	0	0,00	3	3,33
Razem:	172	80,75	16	7,51	0	0,00	25	11,73

W większości zdaniem badanych pacjentek oraz pacjentów optymalne wartości cukru we krwi powinny wynosić 80-115 mg/dl zarówno przed posiłkiem (do 100 mg/dl) oraz po posiłku (do 115 mg/dl). Takiej odpowiedzi udzieliło 79,67% badanych kobiet oraz 82,22% mężczyzn.

Tabela 11. Optymalne wartości cukru we krwi u pacjentów leczonych z powodu cukrzycy w opinii badanych pacjentów – zmienna czas trwania cukrzycy

Czas trwania cukrzycy/Odpowiedź	80-115 mg/dl		150-180 mg/dl		215-250 mg/dl		nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
mniej niż 5 lat (n=33)	32	96,96	1	3,03	0	0,00	0	0,00
6-10 lat (n=48)	16	33,33	15	31,25	0	0,00	17	35,41
11-15 lat (n=87)	79	90,80	0	0,00	0	0,00	8	9,19
dłużej niż 15 lat (n=45)	45	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Razem:	172	80,75	16	7,51	0	0,00	25	11,73

Większość respondentów odpowiedziała, że prawidłowe wartości glikemii u wszystkich chorych na cukrzycę powinny wynosić 80-115 mg/dl zarówno przed jak i po posiłku m.in. wszyscy badani chorujący dłużej niż 15 lat na cukrzycę (100%); chorzy 11-15 lat (90,80%) oraz mniej niż 5 lat (96,96%).

Tylko 35,41% respondentów chorujących na cukrzycę 6-10 lat odpowiedziało, że nie posiada wiedzy odnośnie tego jakie są optymalne wartości cukru we krwi u pacjentów leczonych z powodu cukrzycy, przy czym 33,33% ankietowanych wskazywało odpowiednie wartości glikemii we krwi.

Tabela 12. Optymalne wartości cukru we krwi u pacjentów leczonych z powodu cukrzycy w opinii badanych pacjentów – zmienna współwystępowanie chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe/Odpowiedź	80-115 mg/dl		150-180 mg/dl		215-250 mg/dl		nie wiem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak (n=102)	88	86,27	2	1,96	0	0,00	12	11,76
nie (n=111)	84	75,67	14	12,61	0	0,00	13	11,71
Razem:	172	80,75	16	7,51	0	0,00	25	11,73

Zarówno badani pacjenci z występującymi dodatkowo chorobami przewlekłymi (86,27%) oraz bez nich (75,67%) wskazali, że optymalne wartości cukru we krwi u wszystkich chorych na cukrzycę przed i po posiłku powinny wynosić 80-115 mg/dl.

Dominujące samopoczucie pacjentów diabetologicznych

Badani pacjenci najczęściej wskazywali, że z jakości życia są „ani zadowoleni, ani niezadowoleni” (n=87; 40,84%).

Podobnie stwierdzili w większości przy określeniu poziomu zadowolenia z obecnego stanu zdrowia (n=109; 51,17%).

Można zatem stwierdzić, że ankietowani odczuwają średni poziom zadowolenia z jakości życia oraz własnego stanu zdrowia.

Tabela 13. Poziom zadowolenia badanych pacjentów z jakości życia oraz stanu zdrowia

Odpowiedź/ Skala	Bardzo niezadowolony		Niezadowolony		Ani zadowolony, ani niezadowolony		Zadowolony		Bardzo zadowolony	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jakość życia	39	18,30	17	7,98	87	40,84	56	26,29	14	6,57
Stan zdrowia	30	14,08	20	9,38	109	51,17	36	16,90	18	8,45

Tabela 14. Odczuwanie pewnych spraw u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Wcale		Trochę		Dość mocno		Bardzo mocno		Niezwyczajnie mocno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ból fizyczny ograniczał w robieniu tego, na co masz ochotę	98	46,00	69	32,39	42	19,71	4	1,87	0	0,00
Prowadzenie normalnego	13	6,10	87	40,84	98	46,00	10	4,69	5	2,34

życia zależało od leczenia										
Cieszenie się z życia	6	2,81	18	8,45	129	60,56	58	27,23	2	0,93
Odczuwanie, że życie ma sens i znaczenie	3	1,40	2	0,93	129	60,56	69	32,39	10	4,69

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższej tabeli, pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu „dość mocno” w ciągu ostatnich 2 tygodni cieszyli się z życia (n=129; 60,56%) oraz odczuwali, że życie ma sens i znaczenie (n=129; 60,56%).

Badani pacjenci w ostatnim czasie nie odczuwali „wcale” bólu fizycznego, który ograniczał ich w robieniu tego na co mieli ochotę (n=98; 46%), jednak niewielu mniej respondentów przyznało, że „trochę” w ostatnim czasie dokuczał im ból fizyczny ograniczający ich w robieniu tego co chcą (n=69; 32,39%).

Połowa ankietowanych przyznała, że przez ostatnie 2 tygodnie „dość mocno” odczuwała, że prowadzenie normalnego życia zależy od leczenia (n=98; 46%), ale inni respondenci byli zdania, że zaledwie „trochę” odczuwali fakt, iż prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia (n=87; 40,84%).

Tabela 15. Łatwość w skupieniu uwagi u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Wcale		Trochę		Dość łatwo		Bardzo łatwo		Niezwyczajnie łatwo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Łatwość w skupieniu (skoncentrowaniu uwagi)	6	2,81	59	27,69	115	53,99	30	14,08	3	1,40

Badanym pacjentom w ciągu ostatnich 2 tygodni z dosyć dużą łatwością przychodziło skupienie uwagi i własna koncentracja (n=115; 53,99%).

Niektórzy respondenci zauważali jednak, że tylko „trochę” potrafili się skupić na danej czynności oraz skoncentrować swoją uwagę (n=59; 27,69%). Nie była to jednak dość liczna grupa badanych.

Tabela 16. Poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Wcale		Trochę		Średnio		Bardzo bezpieczny		Niezwykle bezpieczny	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym	6	2,81	10	4,69	18	8,45	149	69,95	30	14,08

Badani pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2 w większości wskazywali, że posiadali w ostatnim czasie bardzo duże poczucie bezpieczeństwa (n=149; 69,95%).

Sporadycznie ankietowani w życiu codziennym czują się „niezwykle bezpiecznie” (n=30; 14,08%).

Pozostali respondenci nie wskazywali wysokich wartości poczucia bezpieczeństwa w życiu codziennym.

Tabela 17. Poziom zdrowia okolicy u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Wcale		Trochę zdrowa		Średnio zdrowa		Bardzo zdrowa		Niezwykle zdrowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poziom zdrowia okolicy, w której żyjesz	30	14,08	104	48,82	66	30,98	10	4,69	3	1,40

Zdaniem badanych pacjentów okolica, w której mieszkają jest miejscem „trochę zdrowym” (n=104; 48,82%).

Ankietowani dość licznie odpowiadali jednak, że okolica, w której żyją jest „średnio zdrowa” (n=66; 30,98%).

Nieliczni badani byli zdania, że żyją w całkowicie niezdrowej okolicy (n=30; 14,08%) lub przeciwnie – jest ona „bardzo zdrowa” (n=10; 4,69%) a nawet „niezwykle zdrowa” (n=3; 1,40%).

Tabela 18. Odczuwanie i bycie zdolnym do wykonywania rzeczy u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Wcale		Trochę		Średnio		Prawie wystarczająco		Całkowicie wystarczająco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Siły do prowadzenia normalnego życia	6	2,81	19	8,92	29	13,61	129	60,56	30	14,08
Ilość pieniędzy w celu zaspokojenia własnych potrzeb	66	30,98	108	50,70	29	13,61	10	4,69	0	0,00
Spędzanie wolnego czasu w sposób taki jak się chce	15	7,04	29	13,61	149	69,95	10	4,69	10	4,69

W ciągu ostatnich 2 tygodni, u badanych pacjentów występowały „prawie wystarczające” siły do prowadzenia normalnego życia (n=129; 60,56%).

Problematyczną kwestią zostało odczucie posiadania wystarczającej ilości pieniędzy w celu zaspokojenia własnych potrzeb oraz spędzanie czasu w sposób taki jaki się chce.

Badani pacjenci odpowiadali, że jedynie „trochę” w ostatnim czasie mieli odczucie, że posiadają wystarczającą ilość pieniędzy w celu zaspokojenia własnych potrzeb (n=108; 50,70%), przy czym niewielu mniej ankietowanych odpowiedziało, że „wcale” ostatnio nie odczuwała takiej sytuacji (n=66; 30,98%).

Zdaniem badanych pacjentów „średnio” w ciągu ostatnich 2 tygodni mieli odczucie, że spędzają swój wolny czas w ten sposób jaki chcą (n=149; 69,95%).

Zgodnie ze stanowiskiem badanych pacjentów, w ciągu ostatnich 2 tygodni „w większości” odczuwali oni potrzebę dostępności informacji ważnych w codziennym życiu (n=106; 49,76%).

W przypadku akceptacji własnego wyglądu, dało się zauważyć rozbieżność w odpowiedziach badanych pacjentów, ponieważ część z nich „wcale” ostatnio nie odczuwała akceptacji własnego wyglądu (n=52; 24,41%); inni, że „trochę” tego rodzaju odczucie się pojawiło (n=79; 37,08%), zaś pozostali wskazali, że w ostatnim czasie „średnio” odczuwali akceptację własnego wyglądu (n=63; 29,57%).

Tabela 19. Odczuwanie i bycie zdolnym do wykonywania rzeczy u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni – ciąg dalszy

Skala	Wcale		Trochę		Średnio		W większości		Całkowicie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Akceptacja własnego wyglądu	52	24,41	79	37,08	63	29,57	10	4,69	9	4,22
Potrzeba dostępności informacji ważnych w codziennym życiu	16	7,51	23	10,79	47	22,06	106	49,76	21	9,85

Tabela 20. Samodzielne poruszanie się u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Bardzo źle		Źle		Ani źle, ani dobrze		Dobrze		Bardzo dobrze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Samodzielne poruszanie się	2	0,93	6	2,81	10	4,69	86	40,37	109	51,17

Jak wynika z odpowiedzi przedstawionych w powyższej tabeli, w ostatnim czasie badani pacjenci odczuwali, że potrafią „bardzo dobrze” się poruszać (n=109; 51,17%).

Spora liczba ankietowanych stwierdziła, że samodzielne poruszanie się w ostatnich 2 tygodniach nie sprawiło im większych problemów (n=86; 40,37%).

Tylko nieliczni respondenci odpowiadali, że w ostatnim czasie pojawiały się u nich trudności z samodzielnym poruszaniem się.

Jak można zauważyć z danych przedstawionych powyżej, badani pacjenci w ostatnim czasie wykazywali średni poziom zadowolenia ze swojego snu (n=129; 60,56%); możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia (n=140; 65,72%).

Wykazywali także średnie zadowolenie z powodu własnej zdolności do pracy zarobkowej oraz prowadzenia domu (n=119; 55,86%).

Tabela 21. Poczucie zadowolenia badanych pacjentów w odniesieniu do różnych sfer życia w ciągu ostatnich 2 tygodni

Odpowiedź/ Skala	Bardzo niezadowolony		Niezadowolony		Ani zadowolony, ani niezadowolony		Zadowolony		Bardzo zadowolony	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poziom zadowolenia ze snu	23	10,79	39	18,30	129	60,56	20	9,38	2	0,93
Poziom zadowolenia z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia	29	13,61	32	15,02	140	65,72	10	4,69	2	0,93
Zdolność do pracy	31	14,55	54	25,35	119	55,86	8	3,75	1	0,46

zarobkowej, prowadzenia domu										
Poziom zadowolenia z samego siebie	21	9,85	39	18,30	47	22,06	98	46,00	8	3,75
Poziom zadowolenia ze związków osobistych	32	15,02	29	13,61	87	40,84	60	28,16	5	2,34

Tabela 22. Poczucie zadowolenia badanych pacjentów w odniesieniu do różnych sfer życia w ciągu ostatnich 2 tygodni – ciąg dalszy

Odpowiedź/ Skala	Bardzo niezadowolony		Niezadowolony		Ani zadowolony, ani niezadowolony		Zadowolony		Bardzo zadowolony	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poziom zadowolenia z warunków mieszkaniowych	7	3,28	16	7,51	59	27,69	128	60,09	3	1,40
Poziom zadowolenia z życia seksualnego	69	32,39	59	27,69	63	29,57	20	9,38	2	0,93
Poziom zadowolenia ze wsparcia otrzymywanego ze strony przyjaciół	6	2,81	19	8,92	63	29,57	119	55,86	6	2,81
Poziom zadowolenia z dostępności opieki medycznej	58	27,23	109	51,17	39	18,30	7	3,28	0	0,00
Poziom zadowolenia z możliwości przemieszczania się	3	1,40	10	4,69	19	8,92	156	73,23	25	11,73

W większości respondenci byli zadowoleni jednak z samych siebie (n=98; 46%), przy czym nie byli „ani zadowoleni, ani niezadowoleni” z własnych związków osobistych (n=87; 40,84%).

W innych sferach życia w ciągu ostatnich 2 tygodni badani pacjenci odczuwali zadowolenie z m.in. własnych warunków mieszkaniowych (n=128; 60,09%); wsparcia, jakie otrzymują od swoich przyjaciół (n=119; 55,86%) oraz z możliwości odpowiedniego, samodzielnego przemieszczania się (n=156; 73,23%).

Z życia seksualnego badani pacjenci z reguły są bardzo niezadowoleni (n=69; 32,39%) oraz niezadowoleni (n=59; 27,69%).

Niemniej sporadyczna liczba ankietowanych wskazywała, że w ostatnim czasie jest średnio zadowolona z prowadzonego przez siebie życia seksualnego (n=63; 29,57%).

Tabela 23. Odczuwanie smutku, chandry, lęku, przygnębienia u badanych pacjentów w ciągu ostatnich 2 tygodni

Skala	Nigdy		Rzadko		Dość często		Bardzo często		Zawsze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Przeżywanie nieprzyjemnych nastrojów np. smutek, chandra, lęk, przygnębienie	8	3,75	156	73,23	18	8,45	30	14,08	1	0,46

Z odpowiedzi badanych pacjentów wynika, że większość z nich w ciągu ostatnich 2 tygodni „rzadko” przeżywała nieprzyjemne nastroje tj. smutek, chandra, lęk oraz przygnębienie (n=156; 73,23%). Sporadycznie respondenci wskazywali, że „bardzo często” zdarzało się im w ostatnim czasie mieć trudne sytuacje związane ze smutkiem, chandrą, przygnębieniem (n=30; 14,08%).

Problemy emocjonalne towarzyszące pacjentom

Tabela 24. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów po uzupełnieniu Skali Depresji Becka

Wynik	N	%
0-11 pkt Brak depresji	89	41,78
12-19 pkt Depresja łagodna	96	45,07
20-25 pkt Depresja umiarkowana	20	9,38
26-63 pkt Depresja ciężka	8	3,75

Z przedstawionych danych w powyższej tabeli należy wskazać, że ankietowani pacjenci w większości zmagają się z depresją łagodną, czyli obniżonym nastrojem wymagającym konsultacji psychologicznej bądź psychoterapeutycznej (n=96; 45,07%). Spora liczba badanych pacjentów nie wykazuje żadnych większych problemów emocjonalnych (n=89; 41,78%). Najmniej liczna grupa respondentów to pacjenci z cukrzycą typu 2, u których potrzebne są szybkie działania i kontakt z psychiatrą bądź psychologiem, gdyż problemy emocjonalne mogą wskazywać na wystąpienie depresji umiarkowanej (n=20; 9,38%) oraz u których istnieje konieczna potrzeba wizyty u psychiatry z powodu możliwego wystąpienia depresji ciężkiej i poważnych problemów emocjonalnych (n=8; 3,75%).

Tabela 25. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów po uzupełnieniu Skali Depresji Becka – zmienna płeć

Płeć/Odpowiedź	brak depresji		depresja łagodna		depresja umiarkowana		depresja ciężka	
	N	%	N	%	N	%	N	%
kobiety (n=123)	49	39,83	59	47,96	10	8,13	5	4,06
mężczyźni (n=90)	40	44,44	37	41,11	10	11,11	3	3,33
Razem:	89	41,78	96	45,07	20	9,38	8	3,75

Zdecydowanie lekko obniżony nastrój dominuje u badanych pacjentek (47,96%), przy czym u badanych pacjentów płci męskiej z uzyskanych wyników uzupełnionej Skali Depresji Becka nie występują z reguły zaburzenia emocjonalne (44,44%). Z zsumowanych wyników można wywnioskować, że depresję łagodną ma 41,11% badanych mężczyzn.

Tabela 26. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów po uzupełnieniu Skali Depresji Becka – zmienna czas trwania cukrzycy

Czas trwania cukrzycy/Odpowiedź	brak depresji		depresja łagodna		depresja umiarkowana		depresja ciężka	
	N	%	N	%	N	%	N	%
mniej niż 5 lat (n=33)	30	90,90	3	9,09	0	0,00	0	0,00
6-10 lat (n=48)	9	18,75	30	62,50	8	16,66	1	2,08
11-15 lat (n=87)	20	22,98	50	57,47	10	11,49	7	8,04
dłużej niż 15 lat (n=45)	30	66,66	13	28,88	2	4,44	0	0,00
Razem:	89	41,78	96	45,07	20	9,38	8	3,75

W przypadku czasu trwania cukrzycy u badanych pacjentów, z depresją łagodną zgodnie ze Skalą Depresji Becka może zmagać się 62,50% pacjentów chorujących na cukrzycę 6-10 lat oraz 57,47% ankietowanych chorujących 11-15 lat. Brak jakichkolwiek zaburzeń depresyjnych występuje zdecydowanie u respondentów zmagających się z cukrzycą mniej niż 5 lat (90,90%) oraz przeważnie u badanych chorujących na cukrzycę dłużej niż 15 lat (66,66%).

Tabela 27. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów po uzupełnieniu Skali Depresji Becka – zmienna współwystępowanie chorób przewlekłych

Choroby przewlekłe/Odpowiedź	brak depresji		depresja łagodna		depresja umiarkowana		depresja ciężka	
	N	%	N	%	N	%	N	%

tak (n=102)	0	0,00	81	79,41	18	17,64	3	2,94
nie (n=111)	89	80,18	15	13,51	2	1,80	5	4,50
Razem:	89	41,78	96	45,07	20	9,38	8	3,75

Analizując odpowiedzi respondentów w oparciu o współwystępowanie chorób przewlekłych należy wskazać, że depresja łagodna i w związku z tym obniżony nastrój może występować u badanych pacjentów, u których występują choroby przewlekłe (79,41%). Uzyskane wyniki ze Skali Depresji Becka pozwoliły stwierdzić, że brak depresji występuje przeważnie u większości badanych pacjentów, u których nie występują żadne choroby przewlekłe.

Badani pacjenci dość licznie wskazywali (w Skali Depresji Becka na poszczególne pytania wskazywali „1”), że z niską częstotliwością występują u nich takie problemy emocjonalne jak:

- nie odczuwanie dużej przyjemności z wykonywania określonych czynności (n=127; 59,62%);
- częste zamartwianie się o przyszłość (n=119; 55,86%);
- utrata wagi w okresie ostatniego miesiąca wynosząca więcej niż 2 kg (n=116; 54,46%);
- sypianie gorzej niż dawniej (n=114; 53,52%);
- odczuwanie częstsze smutku i przygnębienia (n=113; 53,05%);
- brak większego zadowolenia z siebie (n=110; 51,64%).

Tabela 28. Najczęstsze problemy emocjonalne badanych pacjentów¹

Występowanie określonego problemu	0		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Smutek i przygnębienie	89	41,78	113	53,05	10	4,69	1	0,46
Myślenie o przyszłości	63	29,57	119	55,86	22	10,32	9	4,22
Większe zaniedbania	163	76,52	36	16,90	10	4,69	4	1,87
Wykonywanie czynności sprawiających przyjemność	58	27,23	127	59,62	26	12,20	2	0,93
Poczucie się winnym wobec siebie i innych	196	92,01	10	4,69	6	2,81	1	0,46

¹ 0 – na ogół brak wystąpienia problemu np. „nie jestem smutny ani przygnębiony”; 1 – możliwe wystąpienie problemu z niską częstotliwością np. „odczuwam często smutek, przygnębienie”; 2 – wystąpienie problemu z dość dużą częstotliwością np. „przeżywam stale smutek, przygnębienie”; 3 – wystąpienie problemu stale i ciągle np. „jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to do nie wytrzymania”

Zasługiwanie na karę	200	93,89	13	6,10	0	0,00	0	0,00
Zadowolenie z siebie	63	29,57	110	51,64	36	16,90	4	1,87
Poczucie się gorszym od innych	39	18,30	49	23,00	110	51,64	15	7,04
Myśli o samobójstwie	203	95,30	2	0,93	4	1,87	4	1,87
Częsty płacz	146	68,54	67	31,45	0	0,00	0	0,00
Częste nerwy	89	41,78	50	23,47	72	33,80	2	0,93
Zainteresowanie innymi ludźmi	169	79,34	33	15,49	10	4,69	1	0,46
Podejmowanie decyzji	37	17,37	44	20,65	89	41,78	43	20,18
Wygląd zewnętrzny	66	30,98	53	24,88	87	40,84	7	3,28
Wykonywanie pracy	74	34,74	59	27,69	77	36,15	3	1,40
Sen	84	39,43	114	53,52	12	5,63	3	1,40
Męczliwość	56	26,29	71	33,33	69	32,39	17	7,98
Apetyt	96	45,07	63	29,57	50	23,47	4	1,87
Utrata wagi	89	41,78	116	54,46	8	3,75	0	0,00
Zamartwianie się o własne zdrowie	57	26,76	99	46,47	50	23,47	7	3,28
Zainteresowania seksualne	69	32,39	122	57,27	20	9,38	2	0,93

Sporadycznie grupa badanych pacjentów była zdania (w Skali Depresji Becka na poszczególne pytania wskazywała „2”), że z dość dużą częstotliwością zmagają się z takimi problemami emocjonalnymi jak:

- stałe potępianie siebie za popełniane błędy (n=110; 51,64%);
- duże trudności z podjęciem decyzji (n=89; 41,78%);
- odczucie, że wygląd zewnętrzny nie jest odpowiedni (n=87; 40,84%);
- zmuszanie się z wielkim wysiłkiem do zrobienia czegokolwiek (n=77; 36,15%);
- poczucie ciągłego zdenerwowania oraz rozdrażnienia (n=72; 33,80%);
- częste zmęczenie rutynowymi obowiązkami (n=69; 32,39%).

Badani pacjenci odpowiadali (w Skali Depresji Becka na poszczególne pytania wskazywali „0”), że nie występują u nich takie problemy jak:

- myśli o samobójstwie (n=203; 95,30%);
- sądenie, że zasługuje się na karę (n=200; 93,89%);
- miewanie wyrzutów sumienia, obwinianie się (n=196; 92,01%);
- utrata zainteresowania innymi ludźmi, życiem towarzyskim itp. (n=169; 79,34%);
- sądenie, że dokonuje się dużych zaniedbań (n=163; 76,52%);

— częsty płacz (n=146; 68,54%).

Można zatem wywnioskować, że większość badanych pacjentów nie zmagą się problemami emocjonalnymi, a sporadyczne przypadki wynikają m.in. ze złego samopoczucia, problemów osobistych bądź stanu zdrowia.

DYSKUSJA

Biorąc pod uwagę jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2 należy wspomnieć, że szczególnie ważna jest samokontrola, monitoring zdrowia, wsparcie oraz edukacja pacjenta diabetologicznego.

Wielu pacjentów uskarża się przeważnie na zły jakości zdrowie psychiczne, problemy emocjonalne wynikające z ciągłego monitorowania pomiaru glikemii oraz dbania o dietę, aktywność fizyczną, niedopuszczenia do wzrostu poziomu cukru we krwi.

Badania Chudiak i wsp. wykazały, że ważnym elementem odpowiedniej jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 2 jest przede wszystkim samokontrola i odpowiednia wiedza na temat choroby. Jest to przede wszystkim regularne uczęszczanie do poradni diabetologicznej (przynajmniej raz na pół roku), przyjmowanie leków oraz samodzielne pomiary wartości glikemii we krwi [6].

W toku przeprowadzonych badań wśród pacjentów diabetologicznych, wynikało, że ankietowani przeważnie uczęszczają do poradni diabetologicznej przynajmniej 2 razy w roku (46%), jak również zdecydowana większość badanych pacjentów posiada własny aparat do pomiaru glikemii (90,14%). Częściej do poradni diabetologicznej uczęszczają jednak badani mężczyźni (72,22%), przy czym badane kobiety najczęściej do poradni diabetologicznej uczęszczają przynajmniej 1 raz w roku (56,09%).

Watoła i Kossobudzka przeprowadzając w 2016 roku badanie odnośnie jakości życia wśród pacjentów z cukrzycą typu 2, wykazali, że niezwykle ważnym elementem w samokontroli cukrzycy jest regularne kontrolowanie glikemii przy pomocy specjalnego aparatu. Ponadto chorzy powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat wszelkich sytuacji sprzyjających występowaniu wysokich wartości cukru we krwi [7].

Badani pacjenci potrafią w odpowiedni sposób ocenić jakie sytuacje zdecydowanie wpływają na występowanie wysokich wartości cukru we krwi. W przeważającej opinii dominowało spożywanie słodkich napojów (99,53%) oraz dosładzanie napojów (87,79%). Zdaniem badanych pacjentów mogą to być również inne sytuacje np. brak aktywności

fizycznej (69,95%) czy też palenie tytoniu (69,01%). Te odpowiedzi badanych pacjentów utwierdziły w przekonaniu, że posiadają wiedzę na ten temat.

Badania Dąbrowskiej i Jurkowskiej na temat elementów psychicznej jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 2 wykazały, że edukacja to niezwykle ważny element samokontroli w cukrzycy. Przede wszystkim pacjent, który jest odpowiednio wyedukowany i posiada odpowiednią wiedzę, jest w stanie osiągnąć lepszą jakość życia pod względem psychicznym, ponieważ jest spokojny o własny stan zdrowia[8].

Wystandaryzowanym narzędziem badawczym był kwestionariusz WHOQOL–BREF. Badania przeprowadzone przez Jabrocką wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 przy pomocy tego narzędzia badawczego, potwierdziły, że u 55% chorych jakość życia jest na poziomie średnim. Nie zauważa się względnych zależności w oparciu o zmienne tj. płeć, wiek, okres trwania choroby, status zawodowy itp. Każdy z badanych zgodnie z wynikami badań Jabrockiej przechodzi przez ciężki okres w swoim życiu naznaczony chorobą jaką jest cukrzyca, a w niektórych przypadkach z jednocześnie występującymi chorobami przewlekłymi. Dlatego też jakość życia pacjentów nie była określana jako zadowalająca. Niemniej chorzy starają kontrolować cukrzycę, są odpowiednio wyedukowani, potrafią rozwiązywać własne problemy. Dlatego też nie określali swojej jakości życia jako niezadowalającej [9].

W toku przeprowadzonych samodzielnie badań zauważyć można także określenie średniej jakości życia przez tych pacjentów (40,84%) z jednoczesnym wskazaniem średniej jakości stanu własnego zdrowia (51,17%). Ankietowani odpowiadali, że w ciągu ostatnich 2 tygodni byli w stanie cieszyć się z życia (60,56%), zauważali, że życie ma sens i znaczenie (60,56%). Zdaniem większości prowadzenie normalnego życia dość mocno zależy od wprowadzonego leczenia (46%).

Z odpowiedzi badanych pacjentów wskazywanych w kwestionariuszu WHOQOL–BREF, wynika, że w ostatnim czasie nie występowały u nich znaczne problemy ze skupieniem uwagi (53,99%), w życiu codziennym czują się bardzo bezpiecznie (69,95%), a okolica, w której żyją jest z reguły zdrowa i bezpieczna (48,82%).

Jak wskazała w swoich badaniach Jabrocka, pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2 nie zawsze są w stanie być osobami silnymi psychicznie, drogie leczenie oraz czasochłonna praca zawodowa, nie pozwalają chorym odczuwać radości z życia i korzystania z przyjemności [9]. Przeprowadzone badanie wykazało, że pacjenci posiadali w ostatnim czasie dość wystarczające siły do prowadzenia normalnego życia (60,56%), ale średnio odczuwali możliwość spędzenia wolnego czasu w sposób dla nich odpowiedni (69,95%). Z odpowiedzi

respondentów wynika także, że nie wszyscy radzą sobie finansowo. Większość badanych w ostatnim czasie jedynie trochę odczuwała, że posiada odpowiednią ilość pieniędzy do zaspokojenia własnych potrzeb (50,70%).

Pozostając przy analizie odpowiedzi badanych z kwestionariusza WHOQOL–BREF należy stwierdzić, że grupa badanych pacjentów w większości oczekuje większej dostępności do wszelkich informacji np. o swojej chorobie (49,76%), niektórzy mają problem z akceptowaniem swojego wyglądu (łącznie 66,65%), ale większość badanych jest samodzielna np. w kwestii poruszania się, załatwiania własnych spraw (51,17%).

Korzon-Burakowska stwierdziła, że pacjenci diabetologiczni powinni charakteryzować się dość wysokim poziomem zadowolenia ze swojej jakości życia co ma wpływa pozytywnie na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Autorka przedstawiła wyniki badań z 2012 roku, w którym poprzez kwestionariusz WHOQOL–BREF dokonywano oceny poziomu zadowolenia pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2. Wyniki badań nie były miarodajne, ponieważ niektórzy chorzy stwierdzali, że są zadowoleni np. z jakości swojego snu, kontaktów towarzyskich, możliwości prowadzenia normalnego życia, ale inni ten poziom określali jako średni lub całkowicie niezadowolający [10].

Badania przeprowadzone przez Wnuk i Marcinkowskiego wykazały, że jakość życia u wszystkich chorych przewlekłe jest znacznie zaniżona niż u osób zdrowych. Autorzy wskazują, że sama choroba przewlekła jest źródłem negatywnych napięć i emocji i wpływa na znacznie obniżoną jakość życia [11].

Ostrzyżek wskazał, że choroba przewlekła ingeruje we wszystkie obszary funkcjonowania człowieka. Chorych jakość życia jest znacznie obniżona przede wszystkim przez to, że nie mają możliwości samodzielnego poruszania się, wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych. Należy jednak wskazać, że to właśnie ograniczenie samodzielności przede wszystkim wpływa na negatywną ocenę jakości życia wśród chorych [12].

Analizując badania przeprowadzone poprzez kwestionariusz WHOQOL–BREF i nawiązujące do poziomu zadowolenia badanych pacjentów, udało się wykazać, że respondenci charakteryzują się:

- średnim poziomem zadowolenia z jakości swego snu (60,56%),
- średnim poziomem możliwości prowadzenia normalnego i codziennego życia (65,72%).
- średnim poziomem zdolności do pracy zarobkowej i prowadzenia domu (55,86%).

Zadowolenie jednak badani pacjenci wykazali z :

- samych siebie (46%);
- własnych warunków mieszkaniowych (60,09%);
- wsparcia ze strony swoich przyjaciół (55,86%);
- możliwości samodzielnego poruszania się (73,23%).

Niezadowolenie badani pacjenci przejawiali jedynie odnośnie prowadzonego życia seksualnego (57,26%). Grupa badanych w ostatnim czasie nie przejawiała żadnych nieprzyjemnych nastrojów tj. smutek, chandra, przygnębienie (73,23%).

Można zatem wywnioskować, że jakość życia pacjentów oraz ich zachowania zdrowotne są na poziomie średnim. Bez względu na płeć, okres trwania cukrzycy u badanych pacjentów czy też współwystępowanie chorób przewlekłych, badani pacjenci w większości odczuwają średnie zadowolenie z jakości swego życia oraz stanu zdrowia.

Badania Makary-Studzińskiej i wsp. wykazały, że istnieje związek między cukrzycą typu 2 a depresją. Posługując się Skalą Depresji Becka przeprowadziła badanie na 300 pacjentach hospitalizowanych na Oddziałach Szpitalnych w 2017 roku. Wyniki badań pozwoliły stwierdzić, że chorzy zmagają się z licznymi problemami emocjonalnymi oraz występuje u nich zaburzony nastrój znacznie częściej niż u osób zdrowych. W związku z tym autorzy zauważyli, że depresja może występować zdecydowanie częściej u osób chorych na cukrzycę typu 2 niż u osób zdrowych bądź zmagających się z innymi chorobami [13].

Szyguła-Jurkiewicz i wsp. zauważyli, że jakość życia jest ważnym elementem oceny stanu zdrowia. Analizując Skalę Depresji Becka wypełnioną przez chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, autorzy wskazali, że chorzy z przewlekłą niewydolnością serca odczuwają ograniczenia w wielu sferach aktywności, a ich jakość życia jest znacznie obniżona. Niemniej Szyguła-Jurkiewicz i inni autorzy uważają, że jakość życia chorych może wzrastać w momencie pojawienia się odpowiednich oddziaływań terapeutycznych co znacznie redukuje możliwość wystąpienia depresji i obniżonego nastroju [14].

W toku przeprowadzonych badań wykazano, że połowa ankietowanych nie wykazuje z reguły żadnego obniżonego nastroju (41,78%), zaś druga połowa charakteryzuje się obniżeniem nastroju co Skala Depresji Becka interpretuje jako „depresja łagodna” (45,07%). Stwierdzono, że przeważnie obniżony nastrój występuje u badanych kobiet (47,96%), badanych chorujących na cukrzycę 6-10 lat (62,50%) oraz 11-15 lat (57,47%) oraz respondentów, u których występują inne choroby przewlekłe (79,41%).

Biorąc pod uwagę odpowiedzi badanych pacjentów ze Skali Depresji Becka, było możliwe przedstawienie najważniejszych problemów emocjonalnych, z którymi zmagają się ankietowani. Są to m.in.: nie odczuwanie dużej przyjemności z wykonywania określonych

czynności (59,62%); częste zamartwianie się o przyszłość (55,86%); utrata wagi w okresie ostatniego miesiąca wynosząca więcej niż 2 kg mogąca wpływać na obniżony nastrój (54,46%); sypianie gorzej niż dawniej (53,52%); odczuwanie częstsze smutku i przygnębienia (53,05%) oraz brak większego zadowolenia z siebie (51,64%).

Można zatem wywnioskować, że problemy w opiece nad pacjentem z cukrzycą są mogą być przyczyną choroby jaką jest cukrzyca typu 2, zwłaszcza, że tego rodzaju choroba dotyczy przeważnie osób w wieku podeszłym – bardziej słabszych emocjonalnie oraz fizycznie [15].

WNIOSKI

1. Podstawowymi elementami samokontroli w cukrzycy u badanych są: częste uczęszczanie do poradni diabetologicznej; samodzielne pomiary wartości glikemii we krwi poprzez posiadanie urządzenia diabetologicznego oraz odpowiednia częstotliwość dziennych pomiarów wartości glikemii we krwi.
2. Ankietowani pacjenci posiadają dobrą wiedzę na temat swojej choroby. Potrafią wskazać sytuacje powodujące wzrost poziomu glikemii we krwi, objawy wskazujące na wysokie wartości poziomu glikemii we krwi oraz prawidłowe wartości poziomu cukru we krwi przed i po posiłku.
3. U badanych pacjentów dominuje dość dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Respondenci są średnio zadowoleni ze swojej jakości życia oraz stanu zdrowia. Przejawiają jednak dość wysoki poziom zadowolenia z faktu, że są osobami samodzielnymi, żyją w odpowiednich warunkach, mają wsparcie przyjaciół. Zdają sobie sprawę z choroby, ale starają się cieszyć życie, akceptować siebie i swój wygląd, spędzać wolny czas na miarę własnych możliwości.
4. Na jakość życia wpływa stan emocjonalny badanych pacjentów. Większość z nich nie odczuwa dużej przyjemności z wykonywania określonych czynności; często zamartwia się o przyszłość; zmaga się z gorszą jakością snu; odczuwa smutek i przygnębienie w związku ze swoją chorobą i z tego powodu nie jest zadowolona z samych siebie.
5. U połowy badanych pacjentów stwierdza się obniżony nastrój psychiczny, co może wpływać na średni poziom zadowolenia z jakości życia i stanu zdrowia. Druga połowa ankietowanych diabetyków nie wyszczególnia obniżonego nastroju.
6. Zdecydowanie samokontrola i odpowiednia wiedza diabetologiczna dominuje u

ankietowanych chorujących na cukrzycę dłużej niż 15 lat i pacjentów zmagających się z dodatkowymi chorobami przewlekłymi.

7. Obniżony nastrój oraz występujące problemy emocjonalne dotyczą przeważnie pacjentów, u których zdiagnozowano cukrzycę niedawno – przeważnie 6-10 lat temu – oraz chorych, u których współwystępują choroby przewlekłe

PIŚMIENNICTWO

1. Cichocka A.: Cukrzyca typu 2. Cz. I. Epidemia naszych czasów. Przemysł Spożywczy. 2013; 67 (6): 76-81.
2. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M., i wsp.: Cukrzyca – klasyfikacja, patogeneza i obraz kliniczny choroby. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL. Lublin, 2016.
3. Dudzińska M., Tarach J. S., Nowakowski A.: Pomiar jakości życia zależnej od zdrowia w cukrzycy. Diabetologia Praktyczna. 2011; 12 (2): 56-64.
4. Skorupska S., Chomiuk T., Mamcarz A.: Czy sport to zdrowie dla chorego na cukrzycę? Przegląd Kardiadiabetologiczny. 2008; 3 (3): 232–236.
5. Solowiejczyk J.: Depresja a cukrzyca: kwestie do przemyślenia. Diabetologia po Dyplomie. 2010; 7 (2): 8-11.
6. Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B., i wsp.: Wpływ edukacji diabetologicznej na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2. Problemy Pielęgniarstwa. 2015; 23 (1): 1-7.
7. Watoła J., Kossobudzka M.: Jak dobrze żyć z cukrzycą. Siedem naturalnych praw. Wydawnictwo Agora. Warszawa, 2018.
8. Dąbrowska A., Jurkowska B.: Badania na temat elementów psychicznej jakości życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy. Current Problems of Psychiatry. 2020; 13 (2): 128-133.
9. Jabrocka M.: Jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2. Problemy Pielęgniarstwa. 2018; 7 (3): 88-101.
10. Korzon-Burakowska A.: Poziom zadowolenia pacjentów z cukrzycą typu 2. Diabetologia Praktyczna. 2020; 4 (8): 149-153.
11. Wnuk M., Marcinkowski J. T.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne. 2013; 48 (3): 274-278.
12. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieniczno-

- Epidemiologiczne. 2008; 89 (4): 467-470.
13. Makara-Studzińska M., Małecki M. T., Ziemiecki P.: Depresja w cukrzycy typu 2 – wyniki badań. *Problemy Psychiatrii*. 2019; 18 (3): 123-127.
 14. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Stasiak W.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2020; 4 (51): 45-49.
 15. Zdrojewicz Z., Bugaj B., Cabała K., Pypno D., Waracki M.: Nowoczesne kierunki leczenia cukrzycy. *Diabetologia Kliniczna*. 2014; 3 (5): 198-205.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A STAN ZDROWIA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ DO PORADNI MEDYCYNY PRACY W BIAŁYMSTOKU

Szymon Janusz Mytych^{1,2}, Barbara Jankowiak³, Marta Jakoniuk⁴

1- *Absolwent Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

2- *LUX MED w Białymstoku*

3- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

4- *Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

WSTĘP

Medycyna Pracy jest badawczo-naukową oraz praktyczną dziedziną medyczną, której jednym z podstawowych zadań jest prewencja zdrowia w środowisku pracy. W jej skład wchodzi: terapia oraz diagnostyka chorób związanych z wykonywaną pracą, jej wpływ na zdrowie, promocja zdrowia oraz profilaktyka zdrowotna negatywnych skutków środowiska pracy. Łączy ze sobą sfery wielu specjalizacji medycznych takich jak: psychologia pracy, choroby zakaźne, choroby wewnętrzne, ergonomia, epidemiologia, toksykologia, filozofia oraz higiena pracy. Do głównych zadań lekarzy medycyny pracy zalicza się przeciwdziałanie powstawaniu chorób zawodowych, ich wczesne rozpoznanie, szacowanie ryzyka między wystąpieniem zaburzeń zdrowotnych, a czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy oraz profilaktyka zdrowotna nad osobami praktykującymi naukę zawodową i czynnie pracujących. Jest ona także odrębną specjalizacją lekarską aprobowaną w całej Unii Europejskiej, a jej program zgodny jest z najnowszymi wytycznymi Europejskiej Sieci Towarzystw Lekarzy Medycyny Pracy [1].

Pielęgniarki realizujące swoje zadania w ramach medycyny pracy mają ściśle określone cele i zadania określone w Ustawie z 1997r. [2] oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędących lekarzami wymaga dodatkowych kwalifikacji [3]. Jest to ukończenie kursu bądź uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących. Pielęgniarka specjalista współpracuje również z pracodawcami oraz ich pracownikami w ramach wzajemnej wymiany informacji o zagrożeniach zdrowia w środowisku pracy, ich odgraniczeniu, a także likwidacji oraz promocji zdrowia. Dodatkowo prowadzi szkolenia podyplomowe z tematyki medycyny pracy oraz kontroluje jednostki służby medycyny pracy.

Do jej obowiązków należy również wdrażanie profilaktyki zdrowotnej w środowisku pracy, zmniejszanie ryzyka zawodowego, oraz szczepienia ochronne [4].

Dziedzina ta nie ogranicza się jednak tylko do powyżej wymienionych aspektów. Łączy ze sobą komponenty medycyny klinicznej, a także zdrowia publicznego. Ściśle współpracuje z medycyną środowiskową, która bada skutki zdrowotne szkodliwych czynników środowiskowych. Zagrożenia te są bardzo podobne w środowisku pracy, jak i środowisku komunalnym, przez co mogą kreować podobne skutki zdrowotne. Obie dziedziny w swoich badaniach uwzględniają wywiad środowiskowy, medyczny, badania diagnostyczne oraz wywiad zawodowy, które są niezmiernie istotne w ocenie wpływu na zdrowie człowieka [1, 5].

CEL PRACY

Celem pracy była:

1. Ocena zachowań zdrowotnych osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku.
2. Analiza stanu zdrowia osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku.
3. Ocena wpływu zachowań zdrowotnych na stan zdrowia osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku, w tym częstość występowania nadciśnienia tętniczego, otyłości, hiperlipidemii i cukrzycy.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród 144 osób, będących pacjentami Poradni Medycyny Pracy Centrum Medycznego Lux Med w Białymstoku.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego kwestionariusza - Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

Autorski kwestionariusz ankiety miał na celu zebranie danych metryczkowych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i stan cywilny) oraz

danych zdrowotnych. Dane zdrowotne były pozyskiwane z wyników badań (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, lipidogramu, glukozy oraz BMI).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego to standaryzowany test psychologiczny, który służy do pomiaru różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Test ten składa się z 25 pytań, na które respondenci odpowiadali, wskazując jak często w ciągu roku przestrzegają danych zachowań. Odpowiedzi zapisywano na skali 5-punktowej, gdzie 1 oznacza "prawie nigdy", a 5 oznacza "prawie zawsze".

Mając na uwadze częstotliwość wykonywania poszczególnych działań, określa się ogólną intensywność działań sprzyjających zdrowiu oraz poziom intensywności czterech rodzajów działań zdrowotnych:

- poprawnych nawyków żywieniowych,
- działań profilaktycznych,
- praktyk zdrowotnych,
- pozytywnego podejścia psychicznego.

Wyższy wynik oznacza większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Maksymalna łączna ilość punktów to 120 a minimalna – 24. Maksymalna ilość w poszczególnych dziedzinach to 30, a minimalna – 6. Wyniki ogólne przekształca się na normy stenowe. 1-4 stena jest wynikiem niskim, 5-6 stena przeciętnym, a 7-10 stena wysokim. Dodatkowo w sposób indywidualny oblicza się każdy z czterech rodzajów działań zdrowotnych [6].

Do wyliczeń wykorzystano program Microsoft Excel 2021 oraz Statistica 13.3. Wyliczono dane ilościowe procentowe oraz statystyczne, średnią, mediane oraz odchylenie standardowe. Wykazano wartości maksymalne i minimalne.

Przed rozpoczęciem badania każda osoba ankietowana otrzymała informacje o celach, anonimowości przeprowadzanego badania oraz konieczności samodzielnego uzupełnienia ankiety. Wyniki zostały uogólnione i poddane analizie.

Badania prowadzono w okresie styczeń-kwiecień 2023r., po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

WYNIKI

Przedstawienie grupy badanej

W badanej grupie 22,22% (N=32) osób mieściło się w wieku 18-25 lat, natomiast 18,75% (N=27) osób w wieku 26-35 lat. W wieku 36-45 lat znalazło się 20,14% (N=29) ankietowanych, podobnie jak w wieku 46-55 lat. W wieku 55 lat i więcej znalazło się również 20,14% (N=29) osób objętych badaniem.

W grupie badanych 70,83% (N=102) osób zamieszkiwało miasto, natomiast 29,17% (N=42) mieszkało na wsi.

W grupie respondentów 45,83% (N=66) stanowili mężczyźni, a 54,17% (N=78) to kobiety.

Wśród uczestników badania 52,78% (N=76) osób posiadało wykształcenie wyższe, podczas gdy 26,39% (N=38) miało wykształcenie średnie. Z kolei 12,50% (N=18) ankietowanych miało wykształcenie zawodowe, a tylko 8,33% (N=12) posiadało wykształcenie podstawowe.

W badanej grupie osób, 27,78% (N=40) wykonywało pracę fizyczną, 38,89% (N=56) wykonywało pracę umysłową, a 33,33% (N=48) wykonywało pracę mieszaną.

Wśród ankietowanych, jeśli chodzi o stan cywilny, 33,33% (N=48) uczestników badania było stanu wolnego, 52,78% (N=76) byli w małżeństwach, 9,72% (N=14) to osoby rozwiedzione, a 4,17% (N=6) to wdowy i wdowcy.

Wyniki zdrowotne badanych

Wśród uczestników badania, 12,50% (N=18) miało optymalne ciśnienie tętnicze, 25,00% (N=36) miało prawidłowe ciśnienie tętnicze, 27,78% (N=40) wykazało wysokie, prawidłowe ciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze 1 stopnia występowało u 29,17% (N=42) badanych, natomiast nadciśnienie tętnicze 2 stopnia obserwowano u 5,56% (N=8) osób uczestniczących w badaniu.

W grupie badanych 75,00% (N=108) osób wykazywało prawidłowy poziom cholesterolu całkowitego, z kolei 25,00% (N=36) osób miało nieprawidłowy poziom cholesterolu.

W analizowanym badaniu dotyczącym cholesterolu całkowitego, średnia wartość wynosiła 163,5 mg/dL. Mediana, będąca wartością środkową dla zbioru danych, osiągnęła wartość 154 mg/dL. Odchylenie standardowe wyniosło 48,14 mg/dL. Najniższy

zarejestrowany wynik cholesterolu całkowitego w badaniu to 99 mg/dL, natomiast najwyższy wynik osiągnął wartość 284 mg/dL.

Można zauważyć, że w grupie badanych, 62,50% (N=90) osób miało prawidłowy wynik LDL, natomiast 37,50% (N=54) miało wynik nieprawidłowy.

W grupie badanych, średnia wartość cholesterolu LDL wyniosła 92,35 mg/dL. Mediana wartości wyniosła 83,5 mg/dL, co oznacza, że połowa badanych miała wartość cholesterolu LDL pomiędzy 83,5 a 92,35 mg/dL. Odchylenie standardowe wyniosło 43,00 mg/dL. Najniższy wynik cholesterolu LDL w grupie badanej wynosił 16 mg/dL, a najwyższy wynik wynosił 199 mg/dL.

W grupie badanych, 75,00% (N=108) osób miało prawidłowy poziom HDL, natomiast 25,00% (N=36) miało nieprawidłowy poziom tego składnika lipidowego.

Wyniki dotyczące poziomu HDL, wykazały średnią wartość wynoszącą 44,60 mg/dL. Mediana tej wartości wynosiła 42 mg/dL. Odchylenie standardowe wynosiło 14,42 mg/dL. Najniższy zarejestrowany poziom HDL wynosił 25 mg/dL, natomiast najwyższy 91 mg/dL.

W grupie badanych, u 70,83% (N=102) wykazano, że ich poziom trójglicerydów jest prawidłowy, podczas gdy 29,17% (N=42) miało wyniki nieprawidłowe.

Średnie stężenie wynosiło 134,375 mg/dl, a mediana wynosi 122,5 mg/dl. Odchylenie standardowe to 63,03743754 mg/dl. Najniższy zanotowany wynik to 50 mg/dl, a najwyższy wynosi 348 mg/dl.

W badanej populacji, 81,94% (N=118) osób wykazało prawidłowe wartości glukozy, natomiast 18,06% (N=26) odpowiadających wykazało nieprawidłowe wartości. W przeprowadzonych badaniach, średnia wartość pomiaru glukozy wyniosła 89,69mg%, a mediana 87,5mg%. Odchylenie standardowe to 17,99816532. Najniższy wynik to 67mg%, natomiast najwyższy wynik wyniósł 187mg%.

W badanej populacji, 81,94% (N=118) uczestników badania miało prawidłowe BMI, natomiast 18,06% (N=26) ankietowanych miało nieprawidłowe BMI. Średnia wartość wynosi 25,66, co wskazuje na przeciętne wartości wskaźnika BMI. Mediana to 24,8, najniższy wynik wyniósł 17,1, a najwyższy wynik wyniósł 38, co wskazuje na dużą zmienność wartości wskaźnika BMI w badanej populacji.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Według danych, badana grupa ma ogólny średni wynik 81,86 punktów w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych, co wskazuje na przeciętne nasilenie deklarowanych zachowań sprzyjających zdrowiu.

W kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych średni wynik wynosi 20,46 punktów, co sugeruje, że badani mają tendencję do spożywania nieco mniejszej ilości warzyw i owoców oraz większej ilości tłuszczów zwierzęcych i cukrów niż zalecają normy zdrowego żywienia. Ogólny wynik wśród kobiet wynosił 6 stenów, a wśród mężczyzn – 5. W kategorii zachowań profilaktycznych średni wynik wynosi 20,25 punktów, co sugeruje, że badani stosunkowo rzadko podejmują działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie chorobom. W kategorii pozytywnych nastawień psychicznych średni wynik wynosi 21,57 punktów, co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom pozytywnych nastawień i umiejętności radzenia sobie ze stresem. W kategorii praktyk zdrowotnych średni wynik wynosi 19,24 punktów, co sugeruje, że badani rzadko podejmują konkretne działania związane z dbałością o swoje zdrowie, takie jak regularne badania lekarskie czy kontrola wagi ciała – Tabela 1.

Tabela 1. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych - wyniki

Kategorie zachowań	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Steny - kobiety	Steny - mężczyźni
Ogółem	48	116	81,86	13,44	6	5
Prawidłowe nawyki żywieniowe	9	29	20,46	4,51	3,58	3,21
Zachowania profilaktyczne	11	30	20,25	4,56	3,57	3,14
Pozytywne nastawienia psychiczne	14	30	21,57	3,52	3,62	3,56
Praktyki zdrowotne	10	30	19,24	4,55	3,40	2,97

Analiza skuteczności różnych kategorii zachowań zdrowotnych w kontekście zmiennych demograficznych pokazuje, że istnieją znaczne różnice w zachowaniu kobiet i mężczyzn w zależności od wieku, miejsca zamieszkania oraz rodzaju wykonywanej pracy. W kontekście prawidłowych nawyków żywieniowych, stwierdza się, że młodsi badani (18-25 lat) mają zbliżone nawyki bez względu na płeć. Z drugiej strony, wśród starszych osób (46-55 lat) kobiety mają lepsze nawyki żywieniowe w porównaniu do mężczyzn. Ten sam wzorzec

jest widoczny w innych kategoriach, z wyjątkiem zachowań profilaktycznych, gdzie różnice między płciami są najmniejsze w grupie wiekowej 26-35 lat. Mieszkańcy miast, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, mają tendencję do lepszych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych niż mieszkańcy wsi. Niemniej jednak, wśród mieszkańców wsi, obie płcie wykazują lepsze zachowania profilaktyczne. Wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych prezentują lepsze wyniki wśród osób pracujących umysłowo, bez względu na płeć, w porównaniu do osób wykonujących prace fizyczną lub mieszane. Największa różnica między osobami pracującymi umysłowo a fizycznie pojawia się w kategorii praktyk zdrowotnych – Tabela 2.

Tabela 2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – wyniki z uwzględnieniem danych socjodemograficznych takich jak wiek, miejsce zamieszkania, płeć i rodzaj wykonywanej pracy

Zmienna	Prawidłowe nawyki żywieniowe		Zachowania profilaktyczne		Pozytywne nastawienia psychiczne		Praktyki zdrowotne	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Wiek								
18- 25 lat	3,38	3,39	3,42	3,08	3,30	3,75	3,35	3,43
26- 35 lat	3,63	3,80	3,67	3,63	3,51	3,90	3,55	3,23
36- 45 lat	3,53	3,37	3,87	3,30	3,93	3,74	3,38	3,07
46- 55 lat	3,88	2,78	3,48	2,12	3,72	3,23	3,29	2,43
55 lat i więcej	3,53	2,91	3,45	2,92	3,83	3,32	3,46	2,85
Miejsce zamieszkania								
Wieś	3,51	2,83	3,72	2,81	3,71	3,48	3,40	2,61
Miasto	3,61	3,33	3,50	3,25	3,58	3,59	3,41	3,09
Rodzaj wykonywanej pracy								
Fizyczny	3,09	2,76	3,08	2,79	3,46	3,24	2,79	2,59
Umysłowa	3,77	3,65	3,71	3,37	3,76	3,68	3,62	3,45
Mieszana	3,66	3,26	3,75	3,28	3,55	3,75	3,56	3,16

Analizując powiązania między różnymi wskaźnikami zdrowia a zachowaniem zdrowotnym, można zauważyć pewne tendencje. Osoby z prawidłowym poziomem cholesterolu, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, wykazują lepsze nawyki żywieniowe i zdrowotne w porównaniu do osób z nieprawidłowym poziomem cholesterolu. Różnice te są bardziej widoczne wśród mężczyzn.

Badani z prawidłowym poziomem glukozy mają lepsze nawyki zdrowotne w porównaniu do tych z nieprawidłowym poziomem. Podobnie jak w przypadku cholesterolu, różnice są szczególnie widoczne wśród mężczyzn.

Osoby o prawidłowym BMI mają ogólnie lepsze nawyki zdrowotne niż te o nieprawidłowym BMI, z wyjątkiem zachowań profilaktycznych, gdzie wyniki są zbliżone.

Osoby z prawidłowym ciśnieniem krwi mają ogólnie lepsze nawyki zdrowotne niż osoby z nieprawidłowym ciśnieniem. Różnice te są widoczne zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn – Tabela 3.

Tabela 3. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – wyniki z uwzględnieniem wartości ciśnienia tętniczego, cholesterolu, BMI i ciśnienia tętniczego krwi

Zmienna	Prawidłowe nawyki żywieniowe		Zachowania profilaktyczne		Pozytywne nastawienia psychiczne		Praktyki zdrowotne	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Cholesterol całkowity								
Prawidłowy	3,58	3,58	3,61	3,39	3,60	3,64	3,38	3,22
Nieprawidłowy	3,57	2,47	3,38	2,65	3,74	3,41	3,50	2,47
Glukoza								
Prawidłowy	3,54	3,37	3,57	3,28	3,59	3,65	3,33	3,16
Nieprawidłowy	3,74	2,50	3,60	2,50	3,76	3,17	3,74	2,14
BMI								
Prawidłowy	3,64	3,40	3,57	3,30	3,63	3,63	3,43	3,13
Nieprawidłowy	3,31	2,39	3,60	2,45	3,60	3,25	3,29	2,25
Pomiar ciśnienia tętniczego								

Prawidłowy	3,55	3,53	3,54	3,42	3,64	3,79	3,41	3,22
Nieprawidłowy	3,63	2,65	3,63	2,79	3,59	3,15	3,40	2,54

DYSKUSJA

Współczesna medycyna i inne nauki zainteresowane zdrowiem, zwracają szczególną uwagę na zachowania człowieka, traktując je jako istotny czynnik w utrzymaniu i promowaniu zdrowia, zarówno u poszczególnych osób, jak i całej populacji. Konsekwencją niekorzystnych czynników środowiskowych i behawioralnych jest wzrost liczby chorób przewlekłych w społeczeństwie [7].

Nadciśnienie tętnicze ze względu na rozpowszechnienie pozostaje najważniejszym czynnikiem ryzyka przedwczesnych zgonów na całym świecie, również u pacjentów w wieku podeszłym. Wyniki badań podają, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta wraz z wiekiem. Dotyczy ok. 10% osób w wieku 18-39 lat, około 40% w wieku 40-59 lat i ponad 65% wśród osób w wieku 60-79 lat. Obserwacje z ostatnich dwóch dekad pokazują nieustanny wzrost liczby osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze w Polsce wśród osób w wieku 60-79 lat [8]. W badaniach własnych nadciśnienie tętnicze 1 stopnia występowało u 29,17% badanych. Natomiast nadciśnienie tętnicze 2 stopnia dotyczyło jedynie 5,56% grupy.

Cholesterol całkowity (TC) oraz jego frakcje LDL i HDL są odpowiedzialne za reakcje i szlaki metaboliczne niektórych hormonów, witamin oraz pomaga w trawieniu tłuszczów. Jednak spożywanie cholesterolu w nadmiernych ilościach może prowadzić do wystąpienia groźnych chorób takich jak miażdżyca. Norma cholesterolu całkowitego nie powinna przekraczać 190 mg/dl, a frakcji LDL powyżej 115 mg/dl [9]. W badaniach Bogackiej i wsp. w jednej z poradni w Szczecinie, 68,2% badanej grupy miało podwyższone stężenie TC i LDL w surowicy krwi [9]. Podobne wyniki uzyskała Bolesławska i wsp. [10]. Odmienne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Średnie stężenie TC wynosiło 163,5 mg/dl, co oznacza, że mieściło się w normie, jedynie 25,00% respondentów miało wynik nieprawidłowy. Wyniki frakcji LDL również znajdowały się w normach, ponad połowa pacjentów miało wynik prawidłowy (62,50%), a średnia wartość wynosiła 92,35 mg/dl. Rozbieżności w badaniach własnych i przytoczonych mogą wynikać z grupy badawczej oraz miejsca przeprowadzonych badań.

Według szacunków WHO dla regionu Europy, co roku z powodu chorób wywołanych nadwagą Europejczycy tracą 12 mln lat życia w stanie braku zdrowia, a miliony z nich umiera. U ponad połowy dorosłych Polaków (52,5%) waga ciała w stosunku do wzrostu jest wyższa niż zalecana przez WHO [11]. Co więcej, w badaniach Muszalik i wsp., przeprowadzonych na osobach starszych, jedynie 35% ankietowanych mieściło się w granicach normy wskaźnika BMI [12]. Wyniki badań własnych również wykazały nieprawidłową tendencję - 18,06% respondentów miało nieprawidłowe BMI.

Dodatkowa analiza w kontekście przedstawionych wskaźników zdrowotnych wykazała, że osoby z prawidłowym poziomem cholesterolu całkowitego, glukozy, BMI oraz ciśnienia krwi uzyskują lepsze rezultaty we wszystkich kategoriach Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w porównaniu do osób z nieprawidłowymi wartościami tych wskaźników. W aspekcie "Praktyk zdrowotnych", jednostki z nieprawidłowymi wartościami wskaźników zdrowotnych uzyskały znacząco gorsze rezultaty niż te z prawidłowymi wartościami. To sugeruje, że osoby z prawidłowymi wartościami wskaźników zdrowotnych wykazują lepsze zachowania promujące zdrowie. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Viery i wsp., w którym analizie poddano wpływ zachowań zdrowotnych na wartości ciśnienia krwi, cholesterolu czy BMI [13]. Osiągnięte rezultaty również sugerują, że osoby wykazujące lepsze zachowania zdrowotne osiągają korzystniejsze wartości wskaźników zdrowotnych.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych służy do oceny skali zachowań związanych ze zdrowiem. Zachowania prozdrowotne, czyli świadome wybory takie jak zdrowe odżywianie, odpowiednia ilość snu, unikanie używek, korzystanie z badań kontrolnych oraz zwyczaje higieniczne mają istotny wpływ na rozwój choroby i jakość życia społeczeństwa. Badania własne przeprowadzone w Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku, wykazały, że średnia z wyników Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wyniosła 81,86 punktów, co wskazuje na przeciętne nasilenie deklarowanych zachowań sprzyjających zdrowiu. Otrzymane punkty ankietowanych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych (20,46) świadczą o niskiej tendencji spożywania warzyw i owoców, a jednocześnie wyższej normie spożywania cukru i tłuszczów zwierzęcych niż powszechne zalecenia zdrowego odżywiania. Co więcej, w kategorii zachowań profilaktycznych i pozytywnych nastawień psychicznych respondenci otrzymali kolejno 20,25 punktów i 21,57 punktów, co wskazuje na sporadyczne działania profilaktyczne oraz stosunkowo wysoki poziom umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresogennymi. Podobne wyniki uzyskała Gałuszka i wsp., średnia zachowań zdrowotnych w badanej grupie wyniosła 80,14 punktów. W kategorii nawyków żywieniowych badani otrzymali 18,48 punktów, natomiast z zachowań prozdrowotnych otrzymano 21,37 punktów.

Ogólny wskaźnik w pozytywnym nastawieniu psychicznym wyniósł 20,4 punkty [14]. Co ciekawe, badania przeprowadzone przez Bąk-Sosnowską w 2015 roku dowiodły, że większość osób dorosłych przejawia zachowania zdrowotne na poziomie średnim [15]. Porównując badania własne z wynikami dotychczas przeprowadzonymi można stwierdzić, że poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku jest niezadowalający.

Analiza badań własnych ujawniła różnice w praktykach zdrowotnych, które były zależne od takich czynników jak miejsce zamieszkania, płeć, wiek, wykształcenie, typ pracy oraz stan cywilny. Na przykład, mieszkańcy miast osiągnęli lepsze wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań zdrowotnych. Zauważono podobne tendencje w badaniach przeprowadzonych przez Bień i wsp., gdzie stwierdzono, że osoby mieszkające w miastach, które nie są siedzibami powiatów lub województw charakteryzowały się niższym poziomem bezpiecznych zachowań w porównaniu do mieszkańców miast powiatowych lub wojewódzkich. Kobiety z miast wojewódzkich częściej niż kobiety z miast powiatowych podejmowały działania mające na celu utrzymanie zdrowia psychicznego na odpowiednim poziomie [16]. Wyniki te sugerują potrzebę uwzględnienia czynników demograficznych w tworzeniu programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, aby skuteczniej oddziaływać na poszczególne grupy społeczne.

Co więcej, mężczyźni uzyskali gorsze wyniki we wszystkich kategoriach zdrowotnych w porównaniu do kobiet, co może wskazywać na mniejszą gotowość mężczyzn do podtrzymywania zdrowych nawyków. Obserwuje się, że na całym świecie mężczyźni zazwyczaj mają krótszą średnią długość życia niż kobiety, a także częściej popełniają samobójstwa [17]. Badania przeprowadzone w Szkocji wykazały, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety czują się narażeni na różne schorzenia, takie jak choroby serca, nowotwory, urazy czy problemy psychiczne [17]. Dane zebrane przez Eurostat pokazują, że polscy mężczyźni częściej niż kobiety narażeni są na czynniki ryzyka chorób przewlekłych i zachowania niekorzystne dla zdrowia. Dodatkowo, badania przeprowadzone przez Cianciarę pokazały, że co piąty mężczyzna (18%) przyznał, że informacje na temat zdrowia uzyskuje od swojej partnerki [17]. Obserwacje te podkreślają konieczność zwiększonej uwagi na promocję zdrowia wśród mężczyzn i dostosowanie strategii edukacyjnych do ich specyficznych potrzeb i zachowań.

Wyniki badania podkreślają potrzebę poprawy zachowań zdrowotnych wśród osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku, w szczególności w zakresie nawyków żywieniowych i działań profilaktycznych. Zasadnicza zmiana nawyków

żywieniowych i stylu życia może wymagać szeroko zakrojonych interwencji na poziomie populacji, obejmujących edukację zdrowotną, politykę zdrowotną i środowiskową.

WNIOSKI

1. Osoby zgłaszające się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku w sposób przeciętny dbają o zachowania zdrowotne.
2. Mieszkańcy miast wykazują większą dbałość o prawidłowe nawyki żywieniowe oraz zachowania zdrowotne w porównaniu do mieszkańców wsi. Natomiast osoby zamieszkujące wieś uzyskały wyższe wyniki w kategorii „Zachowań profilaktycznych” oraz „Pozytywnych nastawień psychicznych”.
3. Mężczyźni i osoby wykonujące pracę fizyczną osiągnęli niższe wyniki we wszystkich kategoriach w porównaniu z kobietami.
4. Zachowania zdrowotne są zależne od wieku badanych.
5. Osoby uzyskujące lepsze rezultaty w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych uzyskały lepsze wyniki cholesterolu całkowitego, glukozy, BMI oraz ciśnienia tętniczego krwi.
6. Wyniki badania podkreślają potrzebę poprawy zachowań zdrowotnych wśród osób zgłaszających się do Poradni Medycyny Pracy w Białymstoku, w szczególności w zakresie nawyków żywieniowych i działań profilaktycznych. Zasadnicza zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia może wymagać szeroko zakrojonych interwencji na poziomie populacji, obejmujących edukację zdrowotną, politykę zdrowotną i środowiskową.

PIŚMIENNICTWO

1. Wittczak T.: Medycyna Pracy, Profilaktyka i orzecznictwo. Vademecum. Difin, Warszawa 2018.
2. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1175 ze zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 roku w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby nie będące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji.

4. Jędrzejewicz B., Ślusarska B.: Rola pielęgniarki służby medycyny pracy. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* 2018; 11: 15-19.
5. Ministerstwo Zdrowia: Medycyna Pracy [online]. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/medycyna-pracy?fbclid=IwAR3FHfmBTUVK1QDIUb8m1kWEb8dE2Cx57DEPiCWZRZQMEdizY9qZWlBqnQQ> Data pobrania: 16.03.2023.
6. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Juczyński Z. (red.). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012: 110–116.
7. Grochmans E., Gburek B., Polakiewicz P. i wsp.: Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14(2): 148–150.
8. Tykarski A., Mastalerz-Migas A., Wieczorowska-Tobis K. i wsp.: Rekomendacje diagnostyki i leczenia Nadciśnienia Tętniczego u pacjentów 65+ dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej — REMEDIA NT 65+ POZ. *Via Medica* 2018; 4(2): 143-151.
9. Bogacka A., Heberlej A., Jeleńska M., Kucharska E.: Aterogenność diety a profil lipidowy u pacjentów poradni kardiologicznej w Szczecinie. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2018; 99(2): 155-161.
10. Bolesławska I., Przysławski J., Szczepanik A. i wsp.: Profil lipidowy oraz parametry stresu oksydacyjnego w grupie kobiet i mężczyzn stosujących „optymalny” model żywienia. *Bromatologia Chemia Toksykologiczna* 2010; 43(3): 276-280.
11. Michoń P.: Otyłość i nadwaga a jakość życia Polaków. *Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach* 2014; 179: 51-62.
12. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013; 94(3): 509-513.
13. Viera A., Kshirsagar J., Hinderliter A., Joyner A.: Lifestyle Modification Advice for Lowering or Controlling High Blood Pressure: Synopsis of the 2013 ACC/AHA Lifestyle Management Guideline. *American Family Physician* 2015; 91(4): 245-252.
14. Gałuszka R., Gałuszka G., Cecot K.: Ocena świadomości zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów z chorobami metabolicznymi. *Zdrowie i Dobrostan* 2015; 1: 106-111.

15. Bąk-Sosnowska M.: Zachowania zdrowotne w grupie osób dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21(1): 28-33.
16. Bień A., Rzońca E., 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.
17. Cianciara D.: Płeć kulturowa jako determinanta zdrowia mężczyzn. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015; 13 (4): 347–359.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6
ISBN VIII tom - 978 - 83 - 67454 - 40 - 7