

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 9

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



**WSPÓŁCZESNE WYZWANIA
W OCHRONIE ZDROWIA**

Tom IX

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom IX

**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 IX tom

978-83-67454-41-4

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

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

Druk

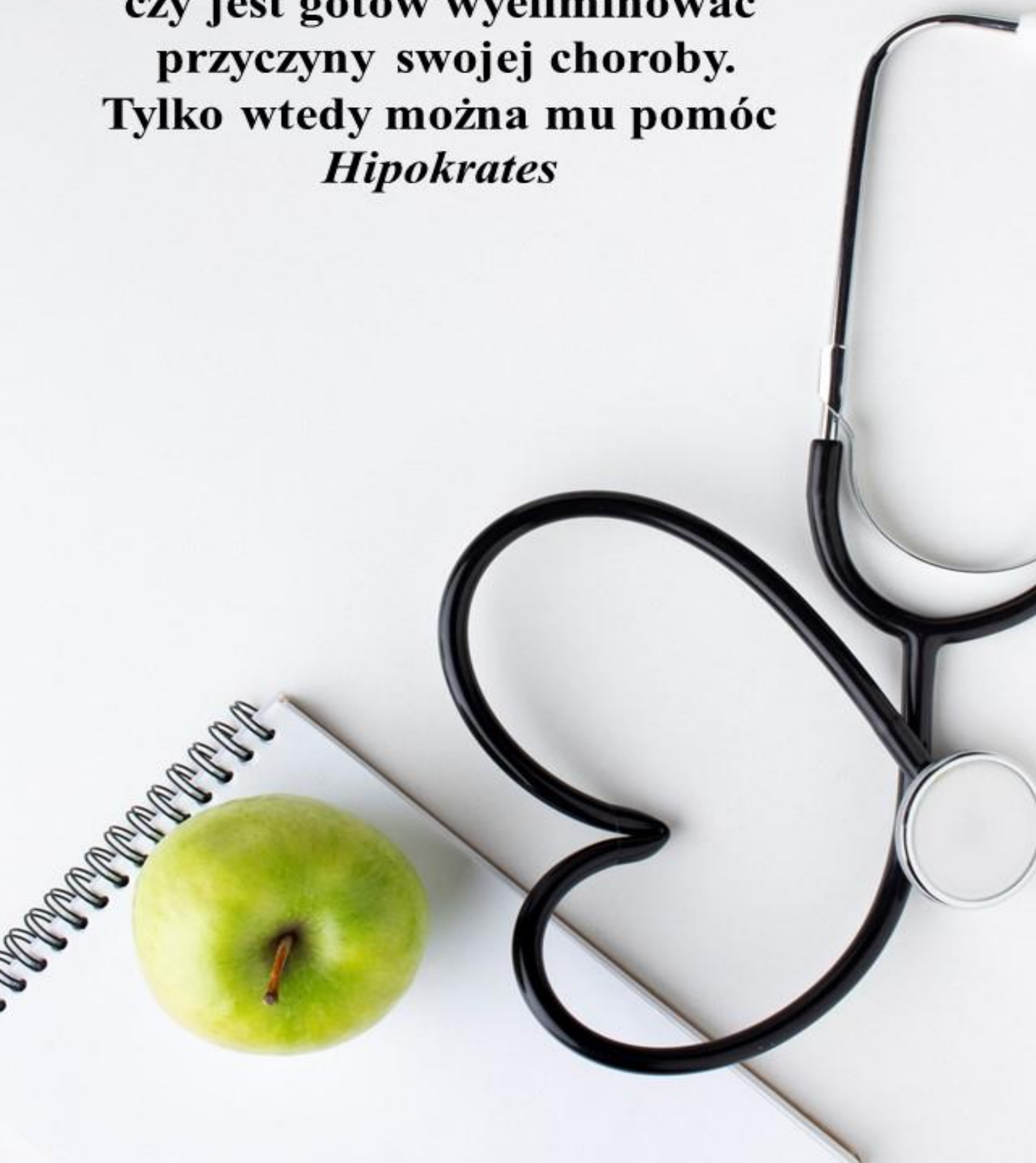
Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

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

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

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

**Jeśli ktoś pragnie dobrego zdrowia,
musi najpierw zadać sobie pytanie,
czy jest gotów wyeliminować
przyczyny swojej choroby.
Tylko wtedy można mu pomóc**
Hipokrates



Od Autorów

Szanowni Państwo

*Lekarze nie zapewnią Ci zdrowia.
Dietetycy nie sprawią, że będziesz szczupły.
Nauczyciele nie uczynią cię mądrym.
Guru nie uspokoją cię.
Mentorzy nie uczynią Cię bogatym.
Trenerzy nie dopasują cię.
Ostatecznie musisz wziąć na siebie odpowiedzialność.
Ratuj siebie.
Naval Ravikant*

Przez długi okres czasu zdrowie definiowano przede wszystkim używając kategorii obiektywnych i zgodnie z modelem biomedycznym zwracano przede wszystkim uwagę na chorobę oraz czynniki ją warunkujące. Stopniowo jednak zaczęto dostrzegać rolę czynników psychospołecznych i przyjęto model biopsychospołecznej oraz holistycznej wizji człowieka, a w konsekwencji zaczęto zwracać uwagę z rozwojem zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia.

W grudniu 2022 roku zostały ogłoszone nowe zalecenia Unii Europejskiej dla państw członkowskich odnośnie badań profilaktycznych:

- w przypadku prewencji raka piersi rekomendowaną zmianą jest objęcie badaniem mammograficznym kobiet w wieku od 45 do 74 lat (w polskim programie badań przesiewowych mammografia obejmuje kobiety w wieku 50-69 lat). Za preferowane narzędzie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy u kobiet w wieku od 30 do 65 lat, w odstępie co najmniej pięciu lat (w polskim programie oferowana jest cytologia kobietom w wieku 25 – 59 lat co trzy lata) zaleca się badanie na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV)
- jako preferowane badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego dla osób w wieku 50-74 lat UE zaleca ilościowe badanie kału nieinwazyjną metodą immunochemiczną (FIT). W przypadku pozytywnego wyniku (krew w stolcu) osoby te mają być kierowane na kontrolną kolonoskopię (w polskim programie badań przesiewowych nie ma etapu badania kału; oferuje się od razu kolonoskopię osobom

w wieku 50 -65 lat lub 40-49 lat, jeśli u bliskiego krewnego był stwierdzony rak jelita grubego).

- odnośnie do raków płuc, prostaty, żołądka Rada UE proponuje państwom członkowskim, aby same zdecydowały jakie mają możliwości wykonania i jaka będzie skuteczność objęcia określonymi badaniami osób zagrożonych tymi chorobami. W kwestii raka płuc, w tym nałogowych palaczy i byłych palaczy, rekomenduje objęciem badaniem przesiewowym z wykorzystaniem tomografii komputerowej emitującej niskie dawki promieniowania oraz powiązania badań przesiewowych z profilaktyką pierwotną i wtórną (w Polsce jest obecnie realizowany tego rodzaju program pilotażowy skierowany do wieloletnich byłych i obecnych palaczy od 55. roku życia).
- zachęca do wprowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka prostaty u mężczyzn, na podstawie badania swoistego antygenu sterczowego (PSA), ale nie jako samodzielny wskaźnik, a w połączeniu z obrazowaniem metodą rezonansu magnetycznego (MRI) jako badaniem kontrolnym.
- zachęca, aby państwa członkowskie wdrożyły strategie dotyczące badań przesiewowych opartych na podejściu „wykryj i lecz” w odniesieniu do *Helicobacter pylori* – bakterii, która może powodować raka żołądka (chodzi o kraje i regiony o najwyższym współczynniku zachorowalności i umieralności na raka żołądka).

W chwili obecnej w Polsce funkcjonują trzy programy przesiewowe:

- Program profilaktyki raka piersi
- Program profilaktyki raka szyjki macicy
- Program badań przesiewowych raka jelita grubego

W podsumowaniu warto podkreślić, że celowe jest systematyczne zwracanie uwagi na rolę profilaktyki pozytywnej, jako oddziaływania ukierunkowanego na pomnażanie zasobów tkwiących w jednostce oraz jej otoczeniu celem wzmacniania zdrowia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Wykaz autorów

Aleksiejuk Barbara

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku/ Klinika Nefrologii i Transplantologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Bandura-Sroka Maja

Mgr położnictwa

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Baranowska Aleksandra

Mgr pielęgniarstwa

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

Domańska Anna

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Gebuza Grażyna

Dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gryka Ewa

Mgr pielęgniarstwa

SP ZOZ Wojewódzki Szpital i. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Poradnia specjalistyczna

Jankowiak Barbara

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Karwowska Emilia

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kaźmierczak Marzena

Dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kopcych Bożena

Dr n. o zdr.

Akademia Łomżyńska w Łomży

Kowalewska Beata

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Krajewska – Kulak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kusik Weronika

Lic. Pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kuźnicka Magda

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

Lipiszko Małgorzata

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Majzit Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Ortman Elżbieta Beata

Dr n. o zdr.

Akademia Łomżyńska, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

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

Pruszek Aleksandra

Mgr pielęgniarstwa

Oddział Rehabilitacji, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży

Rutkowska-Mojciechowska Dorota

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Samojlik Agata

Mgr pielęgniarstwa

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

Sarzyńska Marzena

Mgr pielęgniarstwa

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

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Spławski Julia Anna

Mgr położnictwa

Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej

Tomaszewski Błażej

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Topczewska Agnieszka

Lic. Pielęgniarstwa

*Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,
Klinika Psychiatrii USK*

Ustaszewska Klaudia

Mgr pielęgniarstwa

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

Spis treści

DEPRESJA – CHOROBA WYSTĘPUJĄCA W KAŻDYM WIEKU <i>Dorota Rutkowska-Mojsiejczuk, Barbara Jankowiak</i>	19
OCENA FUNKCJONOWANIA OSÓB DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W ŻYCIU CODZIENNYM PRZEBYWAJĄCYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ <i>Maria Dorota Kwika, Marzena Sarzyńska</i>	40
KRWAWIENIE DO ŚWIATŁA PRZEWODU POKARMOWEGO <i>Anna Domańska, Barbara Jankowiak</i>	62
KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO DIAGNOZOWANE W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ SP ZOZ W MOŃKACH W 2022R <i>Anna Domańska, Barbara Jankowiak</i>	75
STOMIA – I CO DALEJ <i>Ewa Gryka, Krystyna Klimaszewska</i>	93
OPINIA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT FUNKCJONOWANIA PACJENTÓW ZE STOMIĄ <i>Ewa Gryka, Krystyna Klimaszewska</i>	118
JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBAŁĄ NIEDOKRWIENNĄ SERCA PO ZABIEGACH KARDIOCHIRURGICZNYCH <i>Agata Samojlik, Bożena Kopcych, Katarzyna Krystyna Snarska</i>	138
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ UROSTOMIĄ <i>Emilia Karwowska, Barbara Jankowiak</i>	157
TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW – DAR ŻYCIA <i>Klaudia Ustaszewska, Krystyna Klimaszewska</i>	168
POZIOM WIEDZY OSÓB W WIEKU 18-45 LAT NA TEMAT TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW <i>Klaudia Ustaszewska, Krystyna Klimaszewska</i>	189
AUTOIMMUNOLOGICZNE ZAPALENIE WĄTROBY – PRZYCZYNY, OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE <i>Weronika Kusik, Barbara Jankowiak</i>	217
PROCES PIEŁĘGNOWANIA WOBEC PACJENTA Z AUTOIMMUNOLOGICZNYM ZAPALENIEM WĄTROBY <i>Weronika Kusik, Barbara Jankowiak</i>	235
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI PO ZABIEGU HISTEREKTOMII <i>Magda Kuźnicka, Beata Kowalewska</i>	248

OCENA WIEDZY I POSTAW MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO WOBEK TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW <i>Barbara Aleksiejuk, Barbara Jankowiak</i>	262
OPIEKA NAD PACJENTEM W PODESZŁYM WIEKU Z POCHP <i>Błażej Tomaszewski, Katarzyna Majzīt, Bożena Kopcych, Katarzyna Krystyna Snarska</i>	279
OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW LECZONYCH OPERACYJNIE Z POWODU GUZA MÓZGU <i>Danuta Ponczek, Aleksandra Baranowska</i>	299
POZIOM WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT DEPRESJI <i>Dorota Rutkowska-Mojsiejczuk, Barbara Jankowiak</i>	310
PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU I POŁOGU U KOBIET Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ <i>Marzena Kaźmierczak, Julia Anna Spławaska, Grażyna Gebuza</i>	326
PACJENT Z OWRZODZENIEM ŻOŁĄDKA <i>Agnieszka Topczewska, Beata Kowalewska</i>	341
ZMĘCZENIE W PRACY POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W ODDZIAŁACH ONKOLOGICZNYCH SZPITALI BYDGOSKICH <i>Maja Bandura-Sroka</i>	358
WYSTĘPOWANIE ZJAWISKA POLIPRAGMAZJI W POPULACJI GERIATRYCZNEJ <i>Aleksandra Prusko, Elżbieta Beata Ortman</i>	369
ZASADY STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH <i>Małgorzata Lipiszko, Krystyna Klimaszewska</i>	379
ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH <i>Małgorzata Lipiszko, Krystyna Klimaszewska</i>	403

DEPRESJA – CHOROBA WYSTĘPUJĄCA W KAŻDYM WIEKU

Dorota Rutkowska-Mojsiejczuk^{1,2} Barbara Jankowiak³

1/- Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

2/ - SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

3/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Według danych zebranych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), objawy depresji dotyczą ok. 350 milionów ludzi na całym świecie, a zaburzenia depresyjne to ok. 4,3% wszystkich jednostek chorobowych [1].

Zachorowanie na tą chorobę może nastąpić w każdym wieku, najczęściej dotyczy przedziału wiekowego pomiędzy kilkanaście, a trzydzieści parę lat. Szacuje się, że przed ukończeniem 18 roku życia nawet ok. 20% nastolatków doświadczy depresji [2]. Niestety badania ostatnich lat wskazują, że również w grupie dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych dochodzi do pierwszych epizodów depresyjnych (1% dzieci powyżej 2 i 3 roku życia oraz 2% dzieci pomiędzy 6 – 12 lat) [3].

Zaburzenia depresyjne to również obok otępienia, najczęściej występujące zaburzenia psychiczne osób starszych. Dotyczy to ok. 15% ludzi po 65 roku życia [4].

Do wystąpienia depresji dochodzi dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn (2:1). U kobiet wskaźnik zachorowalności rośnie wraz z wiekiem, a szczególnie po 50 r.ż. Natomiast u mężczyzn pozostaje mniej więcej na podobnym poziomie we wszystkich grupach wiekowych z niewielkim wzrostem pomiędzy 30 a 39 r.ż. [3].

Depresja jako objaw towarzyszy bardzo często innym chorobom. Szacuje się, że w ciągu roku, doświadcza jej ok. 10% wszystkich dorosłych [3]. Według przewidywań WHO w nadchodzących latach (szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych), depresja będzie stanowiła jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności [5].

ROZWINIĘCIE

Przyczyn zaburzeń depresyjnych poszukuje się od wielu lat i wciąż nie są do końca poznane. W literaturze można natknąć się na różnorodne, czasem skrajne teorie.

Teoria biologiczna

- Czynniki genetyczne – obecność i interakcja niektórych genów. Dotychczas nie udało się ustalić czy dziedziczy się samą chorobę, czy tylko predyspozycje do niej. Występowanie depresji u rodziców 3-krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia symptomów choroby u potomstwa [3].
- Niski poziom neuroprzekaźników tj. dopamina, serotonina, noradrenalina i kwas GABA [3].
- Zaburzenia rytmów okołodobowych – deficyt koordynacji podstawowych rytmów fizjologicznych i metabolicznych (zaburzenia dobowego rytmu dnia i nocy, spadek ilości snu oraz jego ciągłości) [3, 6].
- Oś podwzgórze - przysadka - nadnercza (PPN) – pełni kluczową rolę w odpowiedzi organizmu na bodźce stresowe, pełni rolę adaptacyjną. W sytuacji przedłużającego się stresu lub upośledzenia funkcjonowania pętli sprzężeń zwrotnych dochodzi do tzw. stresu przewlekłego. Przedłużające się podwyższenie stężenia kortyzolu i utrzymująca się aktywacja układu autoimmunologicznego może powodować immunosupresję, wzrost stężenia cholesterolu i parametrów ciśnienia tętniczego oraz zahamowanie produkcji hormonów płciowych [3, 7].
- Teoria zapalna (cytokinowa) depresji – u osób chorujących na depresję stwierdza się w osoczu i płynie mózgowo-rdzeniowym, podwyższony poziom cytokin prozapalnych, np. IL-1, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10 oraz interferonu gamma, a w niektórych przypadkach również białek ostrej fazy [8].

Teoria somatyczna

- Teorie psychodynamiczne – źródeł objawów depresji doszukuje się w doświadczeniach z wczesnego dzieciństwa (brak zaspokożenia potrzeb emocjonalnych na wczesnym etapie rozwoju, odrzucenie przez znaczącą osobę np. matkę, ojca) [3].
- Teorie uczenia się – przyczyn depresji dopatruje się w środowisku chorego (zbyt mała liczba pozytywnych wzmocnień z otoczenia, nadwrażliwość na bodźce negatywne lub

jako forma adaptacji do wymagań środowiska np. przyjęcie roli chorego, aby zmusić otoczenie do opieki nad nim i uwolnić od nieprzyjemnych dla niego obowiązków) [9].

- Teoria poznawcza – wg Aarona Becka podstawą zaburzeń depresyjnych są dwa mechanizmy:
 - triada poznawcza (negatywna ocena samego siebie – „rzeczy źle się układają z mojej winy”; negatywna ocena własnej przeszłości i sytuacji obecnej – „wszystko było i jest źle”; oczekiwanie negatywnych zdarzeń w przyszłości – „na pewno nie uda mi się” [3];
 - błędy logiczne w myśleniu np. przypisywanie jedynie sobie odpowiedzialności za negatywne zdarzenia [9].

Mechanizmy te doprowadzają do błędnej i negatywnej oceny swojej osoby, obwiniania siebie oraz wycofania się z życia i unikania innych. Aktywują się pod wpływem stresujących wydarzeń [3, 9].

Pozostałe czynniki mające wpływ na pojawienie się zaburzeń depresyjnych to:

- cechy osobowości – neurotyczność, wysoki perfekcjonizm, zaniżone poczucie własnej wartości [8];
- czynniki środowiskowe – konflikty i niezgoda w rodzinie, przemoc, nadużycia seksualne, nadużywanie substancji psychoaktywnych [2];
- negatywne doświadczenia życiowe - utrata pracy, rozwód, śmierć bliskiej osoby, utrata poczucia bezpieczeństwa [2].

Obraz kliniczny

Depresja od uczucia smutku przede wszystkim różni się tym, że zakłóca codzienne życie. Nie pozwala normalnie pracować, uczyć się, jeść, spać lub po prostu dobrze się bawić. Pojawia się niepostrzeżenie. Człowiek powoli traci poczucie sensu, staje się bierny, nie wykazuje ochoty na żadną aktywność i jedyne czego poszukuje to samotność. Osoba ma poczucie niezrozumienia przez bliskich, wszystko co do tej pory sprawiało radość, staje się obojętne [2].

Objawy psychologiczne

- Obniżony nastrój:
 - smutek, przygnębienie, rozpacz;
 - dysforia (zaniepokojenie, niezadowolenie);

- płaczliwość lub niezdolność do płaczu;
- anhedonia (niemożność przeżywania przyjemności);
- emocjonalne zubożenie [10].
- Obniżenie napięcia psychoruchowego:
 - spowolnienie tempa procesów myślowych;
 - osłabienie koncentracji i uwagi (rzekome otępienie);
 - szybka męczliwość;
 - spowolnienie ruchowe;
 - w ciężkiej postaci może nawet wystąpić całkowite zahamowanie ruchowe (stupor) [10].
- Zaburzenia treści myślenia:
 - niska samoocena i mała wiara w siebie;
 - urojenia depresyjne (np. hipochondryczne, katastroficzne, poczucia grzeszności, winy, kary, nihilistyczne);
 - myśli i próby samobójcze [10].
- Lęk (nasilenie zmienia się falowo, może pojawić się nagle):
 - izolacja, unikanie kontaktów interpersonalnych;
 - wycofanie;
 - „lęk przed lękiem”;
 - napad paniki [10].

Objawy somatyczne

- Ból głowy, karku, brzucha;
- Nieprawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego (zaparcia);
- Zmniejszony apetyt lub nadmierny apetyt (spadek lub wzrost wagi);
- Suchość w gardle;
- Zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność);
- Ciągłe zmęczenie;
- Zaburzenia seksualne (obniżone libido);
- Zaburzenia cyklu miesięczkowego [10].

Diagnoza depresji

W procesie diagnostycznym depresji uwzględniane są bardzo różne rodzaje informacji. Najistotniejsze poziomy danych to:

- psychiczny (psychologiczny) – obejmuje informacje na temat indywidualnych przeżyć i zachowań np. odczuć, nastrojów;
- społeczny – relacje międzyludzkie, oddziaływanie środowiska pacjenta, rozmiar i rodzaj wsparcia społecznego;
- ekologiczny - materialne warunki życia np. sytuacja finansowa;
- biologiczny - badania biochemiczne, neuroradiologiczne, psychofizjologiczne i neurofizjologiczne [11].

Diagnoza depresji opiera się na:

- dokładnym wywiadzie i badaniu psychiatrycznym (rozmowa z pacjentem, w miarę możliwości z jego bliskimi, opiekunami);
- diagnozowaniu w kierunku współistniejących zaburzeń psychicznych (np. lękowych, nadużywania substancji psychoaktywnych);
- ocenie stanu zdrowia somatycznego;
- badaniach laboratoryjnych (w celu wykluczenia lub potwierdzenia zaburzeń ogólnomedycznych, które mogą być przyczyną depresji lub z nią współwystępować np. niedoczynność lub nadczynność tarczycy);
- kwestionariuszach i testach np.:
 - inwentarz depresji Becka (BDI);
 - skala depresji Hamiltona (HAMD);
 - skala Montgomery – Asberg (MADRS);
 - skala melancholii wg Becha- Rafaelsena (MES);
 - geriatryczna skala oceny depresji (GDS);
 - test dziewięciu pytań PHQ-9 [12, 13].

Obecnie do zaszeregowania zespołów zaburzeń psychopatologicznych m.in. depresji, stosuje się klasyfikacje:

- ICD-10 – klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowana przez WHO (w styczniu 2022r. weszła nowa wersja tej klasyfikacji ICD-11, w Polsce zasady te będą obowiązywały po oficjalnym przetłumaczeniu dokumentu, projekt ma zakończyć się 30 czerwca 2023r., Polska ma 5 lat na wdrożenie nowej klasyfikacji);

Klasyfikacja ICD-10 wyodrębnia trzy stopnie ciężkości zaburzeń depresyjnych:

- łagodne (F32.0);
- umiarkowane (F32.1);
- ciężkie (F32.2), ciężkie z objawami psychotycznymi (F32.3).

Określenie ciężkości zaburzeń ułatwia dobór sposobu i miejsca leczenia [3].

- DSM-5 - klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [3].

Klasyfikacja ta podkreśla, że najistotniejsza jest manifestacja kliniczna objawów, a nie ich etiologia, a diagnoza może opierać się na wystąpieniu pojedynczego epizodu depresyjnego. W większości przypadków zaburzenia te mają jednak charakter nawracający [3].

Leczenie

Depresja jest chorobą ogólnoustrojową. Jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka pojawienia się chorób somatycznych i na odwrót – choroby przewlekłe zwiększają ryzyko wystąpienia depresji.

Postawienie właściwej i szybkiej diagnozy umożliwia wdrożenie odpowiedniej, dostosowanej do potrzeb pacjenta, formy terapii [3].

Standard postępowania przed rozpoczęciem leczenia epizodu depresyjnego:

- Postawienie prawidłowego rozpoznania zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi.
- Wykluczenie zaburzeń dwubiegunowych.
- Wybór optymalnej, najlepiej tolerowanej metody leczenia.
- Wykonanie odpowiednich badań i monitorowanie podstawowych parametrów laboratoryjnych (ocena funkcji wątroby, tarczycy).
- Ocena wieku i stanu somatycznego pacjenta (u osób starszych i przy współistniejących chorobach jest konieczność takiego doboru LPD, który zminimalizuje ryzyko interakcji i będzie mógł być stosowany w monoterapii).
- Rozpoczęcie leczenia współistniejących chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych.

- Ocena ryzyka interakcji leków stosowanych przez pacjenta z sugerowanymi lekami przeciwdepresyjnymi.
- Ocena ryzyka potencjalnego samobójstwa.
- Zaznajomienie pacjenta z kosztami leczenia (możliwości finansowe pacjenta).
- Ocena efektów wcześniejszych kuracji (tolerancji leków, wystąpienia objawów niepożądanych).
- Preferencje pacjenta.
- Ocena poziomu gotowości pacjenta do współpracy [14].

Farmakoterapia

Ponieważ postaci depresji charakteryzują się dużą różnorodnością, skuteczność leków przeciwdepresyjnych nie będzie jednakowa u wszystkich pacjentów.

Farmakoterapia ma za zadanie wyrównać poziom neuroprzekaźników w organizmie, głównie chodzi o poziom serotoniny, dopaminy i noradrenaliny lub obniżyć poziom kortyzolu.

Główne grupy leków przeciwdepresyjnych:

- Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI):
 - np. citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina;
 - umożliwiają transport serotoniny z powrotem do komórki nerwowej, co doprowadza do wzrostu jej stężenia w mózgu;
 - działają przeciwlękowo.
- Inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny (SNRI):
 - zwiększają stężenie serotoniny i noradrenaliny w mózgu;
 - działają przeciwbólowo;
 - np. wenlafaksyna, duloksetyna, milnacipran.
- Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD):
 - hamują wychwyt zwrotny noradrenaliny i serotoniny oraz działają na inne receptory;
 - dodatkowo działają przeciwbólowo;
 - np. amitryptylina, imipramina, klomipramina, nortryptylina, doksepina.
- Inhibitory monoaminooksydazy (IMAO):
 - zwiększają stężenie serotoniny i noradrenaliny w mózgu;

- np. moklobemid.

Szeroko stosowaną strategią jest wspomaganie leczenia lekami przeciwdepresyjnymi przez leki nie należące do antydepresantów np. węglan litu, T3 (trijodotyronina), atypowe leki przeciwpsychotyczne (ALP), tryptofan, ketamina i cynk [14].

Główne zasady doboru leków dla konkretnego pacjenta:

- stosowanie najmniejszej skutecznej dawki leku (im większa dawka tym większe ryzyko działań niepożądanych, większe koszty terapii);
- ocena skuteczności leczenia nie wcześniej niż po 2-4 tygodniach od rozpoczęcia terapii;
- zmiana leku, gdy po 6-8 tygodniach stosowania maksymalnej dawki danego leku nie uzyskuje się poprawy;
- po pierwszym epizodzie depresji zaleca się przyjmowanie leków minimum 6 miesięcy od ustąpienia objawów;
- kolejny epizod depresji powinno się leczyć dłużej, do 2 lat od ustąpienia objawów;
- po trzecim epizodzie należy rozważyć konieczność stosowania leku na stałe [14].

Biologiczne metody leczenia

Podstawową metodą leczenia umiarkowanych i ciężkich epizodów depresyjnych jest farmakoterapia, jednak u ok. 30% pacjentów nie uzyskuje się remisji mimo wielomiesięcznej terapii różnymi lekami i stosowanej psychoterapii. W takich przypadkach zasadne jest zastosowanie innych, nefarmakologicznych metod leczenia [3].

Do biologicznych (nefarmakologicznych) metod leczenia zalicza się [3]:

- Elektrowstrząsy (EW) – neuromodulacja i neurostymulacja polegające na zmianie bioelektrycznej czynności komórek nerwowych pod wpływem impulsów wytwarzanych przez stymulatory lub generatory. Oddziaływanie na czynność elektryczną mózgu może wtórnie wpływać na biochemiczną czynność neuronów i neuroprzekaźników.

Leczenie elektrowstrząsami polega na sprowokowaniu uogólnionej czynności napadowej EEG w wyniku przepływu prądu elektrycznego pomiędzy elektrodami umieszczonymi na głowie pacjenta, w warunkach krótkotrwałego znieczulenia ogólnego i zwiótczenia chorego.

- Stymulacja nerwu błędnego (VNS) – neuromodulacja polegająca na pośredniej stymulacji mózgu przez pobudzenie włókien nerwu błędnego impulsami elektrycznymi ze stymulatora. Doprowadza do zwiększenia wydzielania serotoniny i dopaminy oraz normalizuje odpowiedź na ACTH.

Stymulator jest umieszczony pod skórą, w lewej okolicy podobojczykowej. Przy pomocy przewodów biegnących pod skórą łączy się go z elektrodą wszczepioną do lewego nerwu błędnego w okolicy przykręgosłupowej szyi. Zabieg implantacji stymulatora jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym przez chirurga.

- Głęboka stymulacja mózgu (DBS) – za pomocą elektrod umieszczonych w głębokich strukturach mózgowia, określone okolice mózgu są bezpośrednio stymulowane impulsami elektrycznymi pochodzącymi z generatora wszczepionego w lewej okolicy podobojczykowej.

Elektrody wszczepiane są podczas operacji neurochirurgicznej pod kontrolą badań obrazowych mózgu (NMR, CT).

DBS jest przede wszystkim stosowany w leczeniu choroby Parkinsona, dystonii, drżenia samoistnego, zespołu Tourette’a i zespołach bólowych. W leczeniu depresji uznawana jest jako metoda eksperymentalna, przeznaczona wyłącznie do leczenia ciężkich, lekoopornych przypadków [Bauer i wsp., 2013].

- Przewodząca stymulacja magnetyczna (TMS) - nieinwazyjna metoda stymulacji neuronów korowych poprzez zmienne pole magnetyczne. Zabiegi TMS przeprowadza się bez znieczulenia, pacjent nie wymaga specjalnego przygotowania.
- Magnetowstrząsy (MW) – metoda eksperymentalna, polegająca na wywołaniu uogólnionego napadu padaczkowego. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym i związaniu mięśni.
- Przewodząca stymulacja prądem stałym (tDCS) – nowa forma neuromodulacji. Czynność kory mózgu jest stymulowana prądem stałym o niskim natężeniu (1-2 mA), przy pomocy elektrod umocowanych na powierzchni skóry głowy pacjenta.
- Fototerapia –działanie chronobiologiczne. Efekt terapeutyczny związany jest z ekspozycją na jasne, białe światło. Jasne światło stosowane w godzinach porannych, powoduje przyspieszenie faz rytmu okołodobowego, natomiast fototerapia stosowana wieczorem powoduje opóźnienie faz rytmu okołodobowego (np. powoduje późniejsze zasypianie i późniejsze budzenie się rano). W trakcie zabiegu pacjent powinien mieć otwarte oczy (nie musi się wpatrywać w lampę), być twarzą skierowany do lampy i

przebywać w zalecanej przez producenta odległości od urządzenia. Jest to metoda z wyboru w leczeniu choroby afektywnej sezonowej (SAD) oraz zaburzeń rytmu okołodobowego.

- Deprawacja snu – wywiera szybki i silny, pojawiający się w ciągu kilku godzin, wpływ na regulację emocji, snu i rytmu okołodobowego. W leczeniu depresji najczęściej stosuje się całkowitą deprawację snu przez okres 36 godzin (np. od 8.00 rano dnia poprzedniego do 20.00 wieczorem dnia następnego). Skuteczność zależy od utrzymania czuwania przez cały ten czas, ponieważ nawet krótka drzemka powoduje utratę korzystnego działania.
- Aktywność fizyczna – wykazuje korzystny wpływ na czynność osi podwzgórze – przysadka mózgowa - nadnercza; układów monoaminergicznych, endogennych opioidów (endorfyny, dynorfiny, enkefaliny) oraz czynników neurotopowych. Wywołuje pozytywny efekt psychologiczny – zwiększa pewność siebie i poczucie własnej wartości, stwarza okazje do kontaktów międzyludzkich. W Polsce zalecany jest trening 5x30x130, czyli: wysiłek fizyczny 5 razy w tygodniu, przez 30 minut, przy tętnie 130/min.

Psychoterapia

Psychoterapia należy do znaczącego elementu terapii zaburzeń depresyjnych. W łagodnej postaci depresji może być jedyną formą leczenia, natomiast w postaci umiarkowanej i ciężkiej stanowić istotne uzupełnienie farmakoterapii [2, 3].

W przypadku depresji największą skuteczność wykazuje terapia poznawczo-behawioralna i terapia interpersonalna [2].

Terapia poznawczo – behawioralna koncentruje się na sposobie myślenia pacjenta o świecie, sobie samym, przyszłości i wpływie tego myślenia na pojawienie się i utrzymywanie objawów depresji [2].

Podstawowe elementy terapii to:

- edukacja na temat emocji i sposobów radzenia sobie z nimi;
- nauka sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach;
- nauka oszacowywania, które działania przynoszą więcej korzyści lub strat;
- nauka metod rozwiązywania problemów;

- nauka umiejętności rozpoznawania automatycznych myśli i zniekształceń poznawczych, oceny ich prawdziwości oraz zmieniania ich [2].

Terapia interpersonalna – skupia się na rozpoznaniu trudności w relacjach z ludźmi, błędnych strategii w tej dziedzinie i próbie ich zmiany. W czasie psychoterapii pacjent uczy się efektywnych sposobów komunikacji interpersonalnej [2, 3].

Depresja w wybranych etapach życia

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży

Wystąpienie depresji w wieku dziecięcym lub nastoletnim zmienia całe życie młodego człowieka i niesie za sobą ryzyko negatywnego wpływu na jego przyszłość. Nieleczona lub niedostatecznie leczona depresja wiąże się ze zwiększonym ryzykiem uzależnienia, trudnościami w budowaniu i rozwijaniu bliskich relacji z ludźmi oraz ryzykiem utrzymywania się zaburzeń depresyjnych w życiu dorosłym [15].

Objawy depresji u dzieci i młodzieży mogą się różnić w zależności od wieku, jednak do ich rozpoznawania stosuje się te same kryteria diagnostyczne, co u osób dorosłych (ICD–10, DSM-5) [15].

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego podstawowym objawem wśród małych dzieci nie jest nastrój depresyjny, lecz nastrój dysforyczny. Jego cechą charakterystyczną jest silna frustracja, rozdrażnienie, gniew i złość oraz wyolbrzymianie znaczenia błahych spraw i wydarzeń [3].

W przypadku dzieci i młodzieży rozpoznanie depresji opiera się w dużej mierze na informacjach uzyskanych od pacjenta, jak i rodziców/ opiekunów oraz innych osób mających częsty kontakt np. nauczycieli. Natomiast w przypadku małych dzieci, oprócz informacji od rodziców i nauczycieli, najistotniejsza jest obserwacja dziecka podczas badania [3].

Objawy depresji u młodzieży są zbliżone do objawów u osób dorosłych, jednak na pierwszy plan wysuwają się drażliwość, silne wahania nastroju, wycofanie społeczne i ograniczenie kontaktów z innymi, wyłącznie do form komunikowania się przez Internet. Dla otoczenia najbardziej widoczne będą zmiany zachowania (np. pogorszenie wyników w nauce, odmowa chodzenia do szkoły, trudności ze wstaniem z łóżka, unikanie wysiłku, utrata zainteresowań, przesiadywanie przed komputerem) [15]. Z perspektywy nastolatka będzie to wszechogarniający smutek, brak sił do działania, kłopoty z koncentracją, negatywne

myślenie, obniżona samoocena, nasilające się myśli o braku sensu życia, myśli samobójcze [15].

W okresie dojrzewania to dziewczęta gorzej radzą sobie z trudnymi emocjami, bardziej przejmują się zachodzącymi w nich zmianami fizycznymi i psychologicznymi. Dużą rolę odgrywa tu niepokój jak na te zmiany zareaguje ich rodzina i grupa rówieśnicza (np. strach przed kpinami otoczenia). Chłopcy bardziej skupiają się na tzw. walce ze światem niż na rozpamiętywaniu trudnych zdarzeń [15].

U małych dzieci depresja może objawiać się np. brakiem chęci do zabawy, bólami głowy, nudnościami i bólami brzucha. Mogą towarzyszyć również zaburzenia psychiczne tj. zaburzenia lękowe, zespół nadruchości, czy deficytu uwagi [3]. Dzieci z depresją czują się osamotnione, niekochane, są płaczliwe i nerwowe. Często mają potrzebę bycia doskonałym, aby zyskać aprobatę otoczenia przy jednoczesnym poczuciu bezwartościowości i poczuciu winy. Obawiają się popełniania błędów [15].

Pierwszym etapem postępowania diagnostycznego powinno być wykluczenie somatycznych przyczyn obniżonego nastroju spowodowanych np. niedoczynnością tarczycy lub niedokrwistością z niedoboru żelaza. Kolejne wykluczenie powinno dotyczyć ewentualnego stosowania środków psychoaktywnych (np. przewlekłego używania marihuany, zespołu odstawienia amfetaminy, dopalaczy) [3].

W każdym przypadku istotnym elementem badania jest ocena ryzyka samobójstwa. Szczególnie w przypadku nastolatków często spotyka się zachowania autoagresywne tj. cięcie, których zasadniczym celem jest nie tyle pozabawienie się życia, co rozładowanie poczucia napięcia i zmniejszenie tzw. „ból psychicznego” [3].

Podłoże powstawania zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży jest uwarunkowane czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Obniżony nastrój rodzica (szczególnie matki) może być czynnikiem prowokującym wystąpienie objawów depresyjnych u dziecka [15].

Przy łagodnych objawach depresyjnych największe efekty przynosi psychoedukacja oraz wsparcie psychospołeczne minimalizujące wpływ stresorów środowiskowych. Z powodu często pojawiających się u młodzieży konfliktów rodzinnych, pozytywne efekty przynosi również terapia interpersonalna oraz terapia rodzinna (szczególnie istotna w przypadku młodszych dzieci) [3]. Według Browna w przypadku dzieci i młodzieży, istotną rolę pełni aktywność fizyczna, która może być cennym uzupełnieniem innych form leczenia depresji.

Niestety depresja u dzieci i młodzieży występuje często i prowadzi do znaczącego upośledzenia funkcjonowania młodego człowieka, a nieraz może nawet doprowadzić do jego samobójczej śmierci [3, 15].

Zaburzenia depresyjne wieku podeszłego

Zaburzenia nastroju, a szczególnie depresja, są jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych u osób starszych i należą do grupy tzw. wielkich problemów geriatrycznych [3].

W odróżnieniu od depresji ludzi młodszych, u osób starszych etiologia choroby jest bardziej heterogenna i wiąże się z współwystępowaniem szerokiej skali objawów somatycznych. Gama objawów rozciąga się od łagodnych, mało zauważalnych mini depresji (minor depression – MinD), aż po pełnoobjawowe epizody dużej depresji (major depression – MD), a nawet psychozy. Są to z reguły zaburzenia o charakterze przewlekłym, mogące mieć poważne konsekwencje dla zdrowia, a nawet życia pacjenta. Upośledzają jego funkcjonowanie, są źródłem cierpienia oraz obniżają jakość życia. Depresja u osób w podeszłym wieku wiąże się ze wzrostem zachorowalności na inne choroby oraz zwiększoną śmiertelnością. Próby samobójcze w tej grupie wiekowej charakteryzują się większą skutecznością niż wśród ludzi młodszych. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w grupie osób starszych dzielimy na czynniki psychospołeczne i czynniki biologiczne [3].

CZYNNIKI PSYCHOSPOŁECZNE:

- Cechy osobowości:
 - zaburzenia osobowości;
 - neurotyzm;
 - obsesyjność;
 - słaba wiara we własne możliwości sprawcze.
- Dysfunkcyjne myśli i zachowania:
 - samo obwinianie;
 - zniekształcenia poznawcze.
- Wyuczona bezradność.
- Stresory życiowe:
 - codzienne zamartwianie się i stresujące wydarzenia życiowe;
 - choroba i niepełnosprawność;
 - trauma,

- niski poziom wykształcenia;
- niepewna sytuacja finansowa.
- Stresory społeczne:
 - samotność;
 - postrzeganie wsparcia społecznego jako coś wstydliviego;
 - upośledzone wsparcie społeczne.
- Żałoba [3].

CZYNNIKI BIOLOGICZNE:

- Ogólny stan zdrowia:
 - pojawienie się nowej choroby;
 - zły ogólny stan zdrowia;
 - otyłość;
 - zła ocena własnego stanu zdrowia.
- Czynniki naczyniowe:
 - zawał serca;
 - choroba niedokrwienna serca;
 - udar mózgu;
 - zawał mózgu;
 - hiperhomocysteinemia;
 - nieme niedokrwienie;
- Ołępienie:
 - choroba Alzheimera;
 - ołępienie naczyniopochodne.
- Cukrzyca.
- Choroba Parkinsona.
- Czynniki genetyczne:
 - CADASIL;
 - MTHFR;
 - CBS [3].

W grupie osób w podeszłym wieku może występować nietypowa i trudna do rozpoznania tzw. depresja maskowana. Zmiany nastroju i zaburzenia myślenia są

przesłonięte przez objawy mogące sugerować inne schorzenia psychiczne lub somatyczne. Depresja może być niezależnym schorzeniem lub nakładać się na zespół otępienny i być wczesnym jego objawem lub przebiegać pod maską otępienia (pseudo demencja). W rozpoznawaniu depresji po 60-tym roku życia, oprócz standardowo wykorzystywanej klasyfikacji ICD-10, stosuje się Geriatryczną Skalę Oceny Depresji. Natomiast do oceny pacjentów ze znacznymi zaburzeniami pamięci, dodatkowo można wykorzystać Skalę Oceny Depresji w Otępieniu Cornell oraz Skalę Oceny Nastroju w Otępieniu. Obraz depresji u osób w podeszłym wieku znacznie różni się od obrazu choroby u osób młodszych. Rzadziej odczuwany jest smutek, natomiast często towarzyszy jej duży lęk i niepokój [3].

Możliwe objawy depresji u osób starszych:

- przewlekły smutek, zamartwianie się,
- poczucie pustki,
- płaczliwość.
- negowanie smutku, depresji,
- zmęczenie, uczucie braku energii, bezsilności,
- spowolnienie ruchowe,
- spadek motywacji do działania,
- brak nadziei, pesymizm,
- poczucie winy, braku wartości,
- izolowanie się, lęk przed kontaktami z ludźmi,
- rozmyślanie o śmierci, myśli i próby samobójcze,
- utrata zainteresowań,
- bezsenność, poranne wybudzenie lub nadmierna senność [3].

Behawioralne i somatyczne maski depresji:

- zniecierpliwienie, drażliwość, pobudliwość;
- kłótniowość, zmienność nastroju;
- zmiany wzorca używania alkoholu;
- niezrozumiałe zmiany zachowania;
- zaniedbywanie higieny, jedzenia, przyjmowania leków;
- zaburzenia zapamiętywania, koncentracji;
- trudności w podejmowaniu decyzji;

- utrata apetytu lub przejadanie się;
- przewlekłe bóle, skargi na dolegliwości bólowe, bóle głowy, brzucha, problemy gastryczne bez poprawy pomimo leczenia [3].

Skuteczność leczenia depresji w grupie pacjentów geriatrycznych zależy przede wszystkim od uwzględnienia chorób współistniejących, dostosowania terapii farmakologicznej i innych do potrzeb chorego, monitorowania efektów leczenia i ewentualnych skutków ubocznych oraz zapewnienia regularnej obserwacji. Z uwagi na duże ryzyko działań niepożądanych, zwłaszcza ze strony układu krążenia nie zaleca się stosowania w tej grupie pacjentów, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Kluczową rolę odgrywa tu psychoterapia, a szczególnie terapia grupowa i programy aktywizujące [3].

Oprócz właściwie dobranego leczenia istotną rolę pełni nawiązanie relacji z chorym, okazanie zainteresowania i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa [3].

Depresja w okresie ciąży i porodu

Ciąża to stan dynamicznych zmian fizycznych i psychicznych zachodzących w organizmie kobiety. U niektórych kobiet, a szczególnie tych, które wcześniej chorowały na depresję lub odstawiły czy zmniejszyły dawki leków przeciwdepresyjnych, może zwiększać ryzyko pojawienia się zaburzeń depresyjnych. Stan taki stanowi zagrożenie dla prawidłowego przebiegu ciąży i może wywierać negatywny wpływ na zdrowie matki i dziecka [3].

Do czynników ryzyka wystąpienia depresji w ciąży należą:

- epizody depresyjne w przeszłości;
- stresujące wydarzenia życiowe;
- brak wsparcia społecznego;
- przemoc domowa;
- występowanie depresji w rodzinie;
- depresja w poprzedniej ciąży lub po porodzie;
- słabe wsparcie ze strony partnera, problemy w związku;
- zła sytuacja finansowa rodziny;
- niski poziom wykształcenia;
- odstawienie lub zmniejszenie leków przeciwdepresyjnych;

- nieplanowana ciąża;
- ambiwalentny stosunek do ciąży [3].

Objawy depresji w ciąży nie różnią się od objawów tej choroby w innych okresach życia, natomiast jej rozpoznanie może być utrudnione ze względu na podobieństwo niektórych objawów depresji do częstych skarg zgłaszanych przez kobiety w ciąży np. zmęczenie, płaczliwość, lęk, pogorszenie koncentracji, problemy ze snem. Częstość występowania epizodów depresji zwiększa się w drugim trymestrze ciąży [3].

W celu rozpoznania stosuje się standardowe narzędzia diagnostyczne (ICD-10, DCM-5), uzupełniając je Edynburską Skalą Depresji Poporodowej [3].

Leczenie depresji w ciąży wciąż rodzi wiele obaw związanych z włączeniem farmakoterapii, jednak bagatelizowanie objawów depresji niesie za sobą ryzyko negatywnych konsekwencji mających wpływ zarówno na matkę jak i dziecko [3]. Do najczęstszych negatywnych skutków należą:

- nieprzestrzeganie zaleceń lekarza;
- zwiększone ryzyko sięgania po papierosy, alkohol i narkotyki;
- obniżony apetyt;
- bezsenność;
- lęk;
- rezygnacja z karmienia piersią;
- zaburzenie więzi matka – dziecko;
- tendencje samobójcze [3].

W okresie poporodowym częstość zaburzeń depresyjnych znacznie wzrasta. W ciąży następuje znaczne podwyższenie stężenia estrogenów, natomiast po porodzie dochodzi do ich gwałtownego spadku, co może wyzwać nastroje depresyjne [16].

Najłagodniejszą postacią poporodowych zaburzeń depresyjnych jest tzw. „baby blues” (smutek poporodowy), który dotyczy ok. 50-80% kobiet. Najczęściej pojawiające się objawy to: płaczliwość, drażliwość, chwiejny nastrój oraz zaburzenia snu. Smutek poporodowy uważany jest za fizjologiczną reakcję organizmu na stres związany z porodem i zachodzące w tym czasie gwałtowne zmiany hormonalne. Zazwyczaj nie wymaga interwencji farmakologicznej i ustępuje w ciągu 1-2 dni [3, 16].

Jeżeli smutek poporodowy przedłuża się i dołączają się inne objawy, może zwiastować to jednak wystąpienie epizodu depresyjnego [3].

Charakterystycznymi dla poporodowych zaburzeń depresyjnych są:

- płaczliwość, głębokie przygnębienie i zagubienie;
- trudności w podejmowaniu decyzji;
- brak apetytu;
- drażliwość;
- problemy ze snem;
- poczucie winy i niska samoocena siebie jako matki;
- silny lęk o zdrowie dziecka;
- myśli o skrzywdzeniu dziecka;
- niechęć i brak zainteresowania dzieckiem;
- myśli samobójcze;
- zaburzenia koncentracji [16].

Do leczenia depresji w okresie poporodowym stosuje się metody farmakologiczne jak i nefarmakologiczne. Jako metoda pierwszego rzutu w łagodnych stanach chorobowych, stosowana jest psychoterapia (szczególnie w grupie kobiet karmiących piersią). Natomiast w przypadku umiarkowanych i ciężkich epizodów depresyjnych włączane są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny. Wszystkie leki przeciwd depresyjne w mniejszym lub większym stopniu przechodzą do mleka matki. Lekami zalecanymi w trakcie laktacji są sertralina i paroksetyna, ponieważ osiągają najniższe stężenie we krwi noworodka.

Depresja w ciąży i po porodzie jest źródłem cierpienia wielu kobiet. Poprzez znaczne rozpowszechnienie i wpływ na zdrowie zarówno matki jak i dziecka, stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej oraz niesie za sobą konsekwencje społeczne [3, 16].

Depresja a samobójstwa

Samobójstwo zazwyczaj wiąże się z cierpieniem psychicznym, które jest nie do wytrzymania. Śmierć jawi się jako jedyny sposób przerwania tego bólu psychicznego. Ok. 90% osób, które popełniły lub próbowały popełnić samobójstwo, cierpiało wcześniej na jakieś zaburzenia psychiczne w tym ok. 50-90% na depresję [15].

Typy zachowań samobójczych:

- myśli samobójcze:
 - przelotne (nie groźne);
 - utrwalone (groźne – męczące, pojawiające się codziennie, wiążące się z myślami o przyszłości lub rozwiązywaniu problemów);
- groźby samobójcze:
 - mówienie o tym, że chce się zabić;
 - myśli o śmierci;
 - głośne zastanawianie się kto płakałby na jego pogrzebie, komu będzie przykro;
- tendencje samobójcze:
 - list pożegnalny;
 - rozdawanie swoich ulubionych rzeczy przyjaciołom, znajomym;
 - gromadzenie środków nasennych;
 - szukanie informacji na temat sposobów odebrania sobie życia;
- próby samobójcze (zachowania, których celem jest odebranie sobie życia) [15].

Oceniając ryzyko samobójstwa należy rozróżnić dwa aspekty: siłę intencji samobójczej i śmiertelność metody. Dzieci, nastolatki i młodzi dorośli zazwyczaj popełniają samobójstwo impulsywnie (wcale nie chcą się zabić, ale jednak giną). Pragnienie śmierci może być również głęboko ukryte dla otoczenia, a zachowania tj. ograniczenie spożywania posiłków i płynów, prowokowanie wystąpienia choroby somatycznej, przerwanie leczenia istniejącej choroby, eksperymenty farmakologiczne, czy „zapijanie się na śmierć” mogą być trudne do interpretacji [3].

Wszystkie narzędzia stosowane do diagnostyki zachowań samobójczych pełnią jedynie rolę pomocniczą. Jedynie osobiste badanie pacjenta pozwala na względną ocenę ryzyka wystąpienia tych zagrożeń. Trudności diagnostyczne i jednocześnie ogromna odpowiedzialność wymuszają tworzenie i modyfikowanie dostępnych narzędzi (wywiad, skala SAD PERSON „Smutni ludzie”, skala COLUMBIA, Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego) [3].

Elementy zespołu depresyjnego współwystępujące z tendencjami samobójczymi:

- silny lęk z pobudzeniem ruchowym i zaburzeniami snu lub całkowitą bezsennością;
- poczucie sytuacji bez wyjścia, beznadziejności;
- brak pomocy ze strony najbliższych;
- przekonanie o nieuleczalności i obecności ciężkich chorób;

- urojenia nihilistyczne;
- poczucie winy, grzeszności, dążenie do poniesienia kary;
- nastrój dysforyczny;
- przewlekłe dolegliwości bólowe;
- zaburzenia snu;
- przewlekłość depresji [3].

Większa część ofiar samobójstw w momencie targnięcia się na swoje życie cierpi na zaburzenia psychiczne w tym również na depresję. Dlatego rozpoznanie i właściwe leczenie depresji ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu samobójstwom [3].

PODSUMOWANIE

Depresja to jedna z najczęściej występujących chorób psychicznych. Zakłóca codzienne życie i nie pozwala normalnie funkcjonować. Człowiek powoli traci poczucie sensu, staje się bierny, nie wykazuje ochoty na żadną aktywność, a jedyne czego poszukuje to samotność. Objawy depresji to dolegliwości zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które mogą być zagrożeniem dla zdrowia i życia chorego. Choroba pojawia się niepostrzeżenie i dlatego może zostać niezauważona przez otoczenie pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Marcus M., Yasamy M. T., Ommeren M., Chisholm D., Saxena S.: Depression: a global public health concern. WHO, Genewa 2012.
2. Kalinowska S., Nitsh K., Duda P., Trzeźniowska- Drukała B., Samochowiec J.: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. Annales Academiae Medicae Stetin 2013; 59 (1): 32-36.
3. Orzechowska A., Gałęcki P., Pietras T.: Nawracające zaburzenia depresyjne-etologia, diagnoza, terapia. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017.
4. Kałucka S.: Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie. Geriatria 2014; 8: 240- 247.
5. Mathers C. D., Loncar D.: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 2006; 3: 442 -446.
6. Heitzman J.: Zaburzenia snu – przyczyna czy skutek depresji? Psychiatria Polska 2009, XLIII(5): 499 -511.

7. Patten S. B., Wang J. L., Williams J. V., Lavorato D. H., Khaled S. M., Bulloch A.G.: Predictors of the longitudinal course of major depression in a Canadian population sample. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 55 (10): 669 – 676.
8. Talarowska M., Szemraj J., Berk M., Maes M., Galecki P.: Oxidant/antioxidant imbalance is an inherent feature of depression. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 71.
9. Szeliga- Lewińska J., Landowski J.: Sposób tworzenia świata przez chorych z epizodem depresyjnym a strategię radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria* 2006; 3 (1): 22- 26.
10. Heitzman J.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
11. Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz R.: *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
12. Blikiewicz A.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
13. Świąćicki Ł.: *Ramowy program zapobiegania depresji*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
14. Jarema M.: *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Via Medica, Gdańsk 2015: 55-92.
15. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K.: *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
16. Koszewska I.: *O depresji w ciąży i po porodzie*. Wydawnictwo Lekarskie PWZL, Warszawa 2010.

OCENA FUNKCJONOWANIA OSÓB DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W ŻYCIU CODZIENNYM PRZEBYWAJĄCYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Maria Dorota Kwika¹, Marzena Sarzyńska²

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

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

WSTĘP

Współczesne dane i prognozy dotyczące dobrostanu psychicznego wskazują, że zaburzenia zdrowia psychicznego są istotnym i ciągle narastającym problemem na całym świecie. Czynnikiem wpływającym na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa jest pandemia COVID-19, dlatego trudności w rozumieniu i definiowaniu zdrowia psychicznego pogłębiają się [1].

Stereotypy, a także niewiedza społeczna na temat chorych psychicznie budują obawy przed kontaktem z tymi osobami, a nawet wywołują agresję wobec osób chorujących psychicznie.

Takie postawy społeczne doprowadzają do stopniowego wycofywania się z życia osób chorujących, apatii, trudności z podejmowaniem decyzji, nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów społecznych, nieumiejętności radzenia sobie z problemami życia codziennego.

Jedną form pomocy instytucjonalnej są Domy Pomocy Społecznej (DPS) i Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS). Przed personelem tych placówek stoi duże wyzwanie w zaspokojeniu potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, ich działania opiekuńcze w sposób szczególny powinny szanować ich godność, uwzględniając ich wolę i niezależność [2].

W codziennej aktywności życiowej osoba chora spotyka wiele ograniczeń i utrudnień, dlatego ważne jest wsparcie osoby chorej w środowisku w formie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, rehabilitacji społecznej oraz zawodowej, a także w formie środowiskowej pracy w ramach szeroko pojętej pomocy społecznej [3].

Choroba psychiczna w szerokim rozumieniu to: „stan patologiczny, który charakteryzuje się jakościowym, ilościowym lub łącznie obydwoma zaburzeniami funkcji

poznawczych i emocjonalnych przy uwzględnieniu tego, że norma, w stosunku do której odnosimy te zaburzenia jest zmienna, uwarunkowana biologicznie, społecznie i kulturowo”.

Chorobę psychiczną trzeba rozumieć również jako zaburzenie czynności psychicznych (stałe i okresowe), które utrudnia lub uniemożliwia adaptację społeczną jednostki na skutek pojawiania się u niej objawów psychiatrycznych. „Choroba psychiczna określana jest jako wszelkie zaburzenia psychiczne tj. psychozy, nerwice, zespoły psychoorganiczne oraz zaburzenia osobowości” [4].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sklasyfikowała zaburzenia psychiczne w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10). Termin „zaburzenie” jest używany w całej klasyfikacji celem uniknięcia poważniejszych obiekcji dotyczących terminu „choroba”. Nie jest on terminem ścisłym, został użyty w celu wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego” [3].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu codziennym przebywających w Domu Pomocy Społecznej.

MATERIAŁ I METODY

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Dla celów badawczych samodzielnie skonstruowano kwestionariusz ankiety.

Badania przeprowadzono wśród osób z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w Domach Pomocy Społecznej i Środowiskowych Domach Samopomocy. Badaniom poddano ogółem 125 osób.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy narzędzi statystycznych programu Microsoft Excel.

Do przedstawienia wyników analizy wykorzystano wykresy kolumnowe 3D i wykresy kołowe 3D.

Na wykresach oznaczono liczbę poszczególnych odpowiedzi oraz procentowy odsetek liczby z całkowitej liczby odpowiedzi.

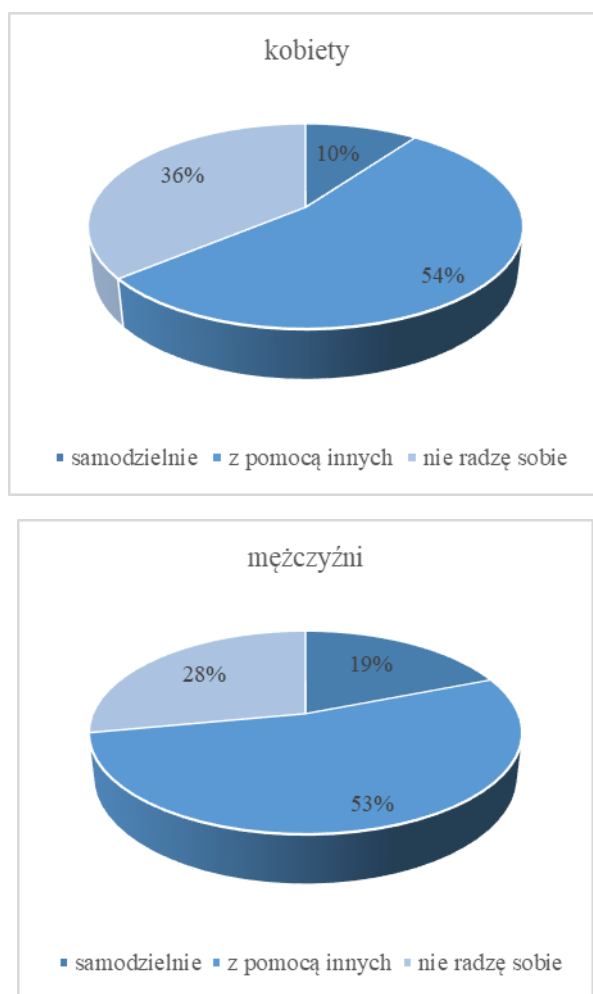
WYNIKI

Sposoby radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena osobista przez badane osoby zawiera tabela I i wykres 1.

Tabela I. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena osobista

sposób radzenia z codziennymi czynnościami tj. higiena osobista	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 1. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena osobista

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej tabeli i diagramów 10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego tj. higiena osobista, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymagało pomocy innych osób, zaś 36% kobiet i 28% nie radziło sobie wcale.

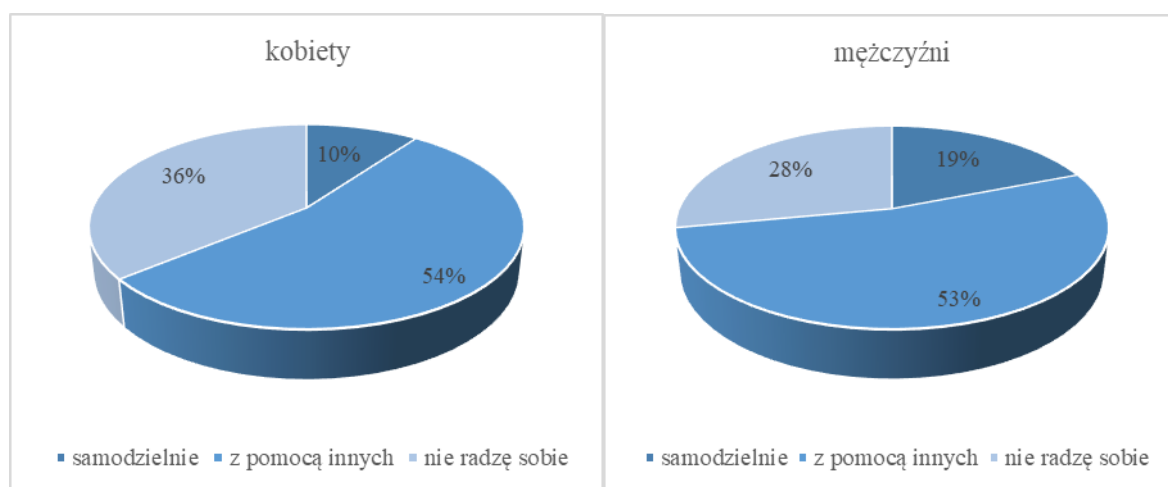
W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano informacje na temat radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena otoczenia, sprząatanie, porządkowanie przez badane osoby – tabela II i wykres 2.

Uzyskane wyniki wskazują, że 10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego tj. higiena otoczenia, sprząatanie, porządkowanie, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymagało pomocy innych osób, natomiast 36% kobiet i 28% nie radziło sobie w ogóle.

Tabela I. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena otoczenia, sprząatanie, porządkowanie

sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena otoczenia, sprząatanie, porządkowanie	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



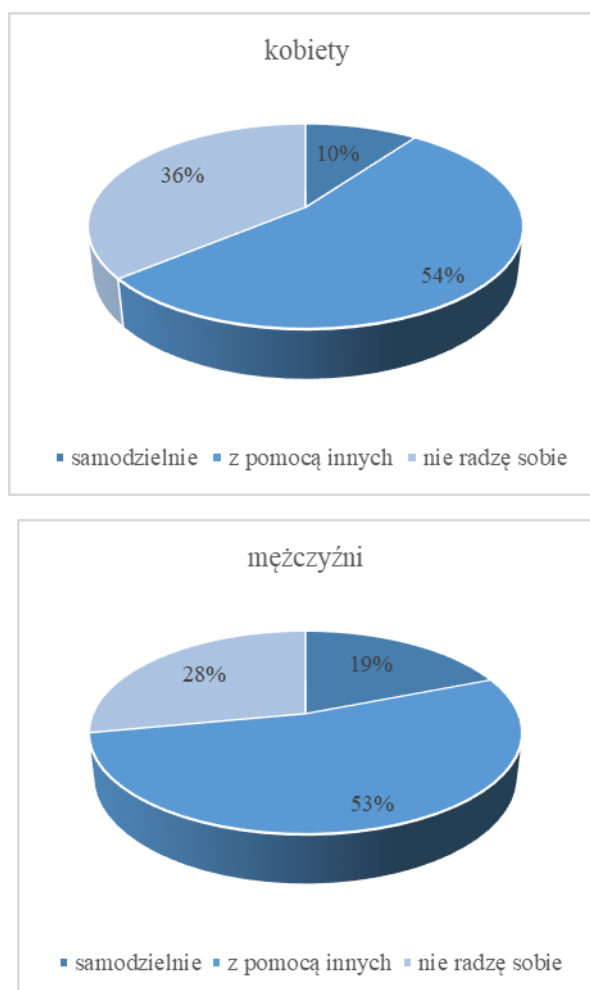
Wykres 2. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. higiena otoczenia, sprząatanie, porządkowanie

Źródło: opracowanie własne

Tabela II. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. przygotowywanie posiłków (trening kulinarny)

sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. przygotowywanie posiłków (trening kulinarny)	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Informacje na temat radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. przygotowywanie posiłków (trening kulinarny) zawiera tabela III i wykres 3.



Wykres 3. Sposób radzenia z czynnościami dnia codziennego tj. przygotowywanie posiłków (trening kulinarny)

Źródło: opracowanie własne

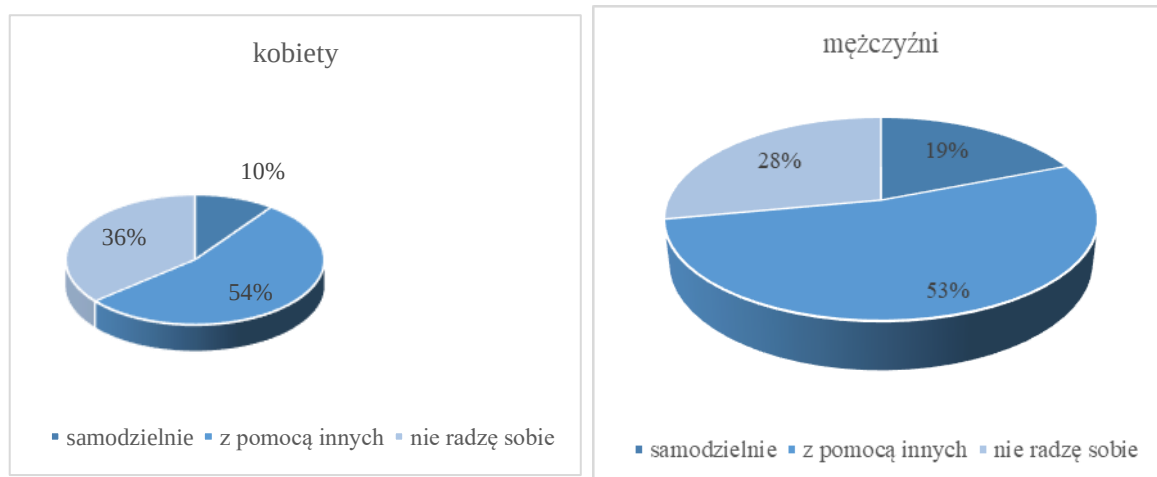
Z powyższego zestawienia wynika, że 10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego tj. przygotowywanie posiłków, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymagało pomocy innych osób, a 36% kobiet i 28% nie radzi sobie w ogóle.

Sposoby radzenia badanych osób w załatwianiu spraw urzędowych, administracyjno-prawnych przedstawia tabela IV i wykres 4.

Tabela III. Sposób radzenia w załatwianiu spraw urzędowych, administracyjno-prawnych

sposób radzenia w załatwianiu spraw urzędowych, administracyjno-prawnych	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 4. Sposób radzenia w załatwianiu spraw urzędowych, administracyjno-prawnych

Źródło: opracowanie własne

Tabela V i wykres 5 przedstawiają sposób radzenia badanych osób w gospodarowaniu środkami finansowymi.

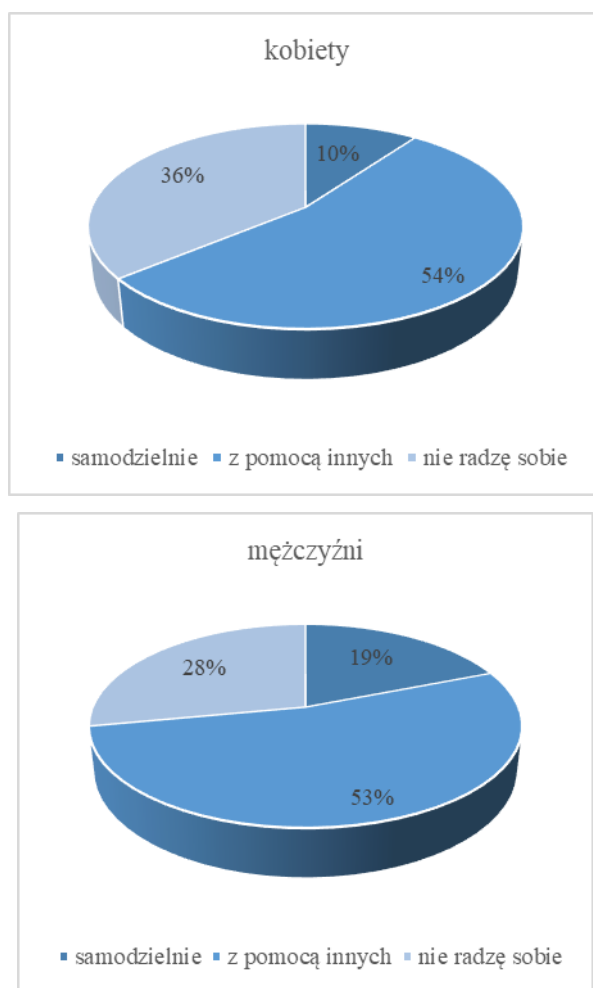
W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że 10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie z załatwianiem spraw urzędowych, administracyjno-prawnych, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymagało pomocy innych osób, natomiast 36% kobiet i 28% nie radziło sobie w ogóle.

Według ankietowanych 10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie w gospodarowaniu środkami finansowymi, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymaga pomocy innych osób, zaś 36% kobiet i 28% nie radziło sobie w ogóle.

Tabela IV. Sposób radzenia w gospodarowaniu środkami finansowymi

sposób radzenia w gospodarowaniu środkami finansowymi	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 5. Sposób radzenia w gospodarowaniu środkami finansowymi

Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano informacje na temat robienia zakupów przez badane osoby. Dane przedstawia tabela VI i wykres 6.

Według 10% kobiet i 19% badanych kobiet samodzielnie radziło sobie w gospodarowaniu środkami finansowymi, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymaga pomocy innych osób, 36% kobiet i 28% nie radzi sobie w ogóle.

W DPS/ŚDS podopieczni mogą uczestniczyć w poradnictwie psychologicznym, odpowiedzi w tabeli VII i wykres 7.

Badane osoby 100% kobiet i 100% mężczyzn wskazali swoje uczestnictwo w zajęciach z poradnictwa psychologicznego.

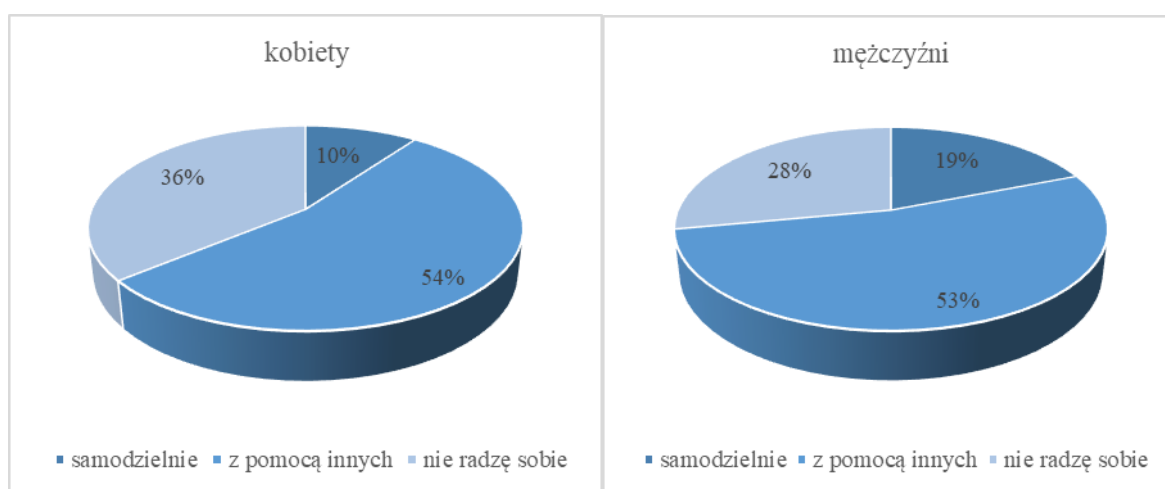
Wszystkie badane osoby korzystają z zajęć z poradnictwa psychologicznego. Tabela VIII i wykres 8 przedstawiają częstotliwość korzystania z zajęć.

Tabela VI. Sposób radzenia w robieniu zakupów

sposób radzenia w	mężczyźni	ogółem
-------------------	-----------	--------

robieniu zakupów	kobiety					
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
samodzielnie	5	10	14	19	19	15
z pomocą innych	27	54	40	53	67	54
nie radzę sobie	18	36	21	28	39	31
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



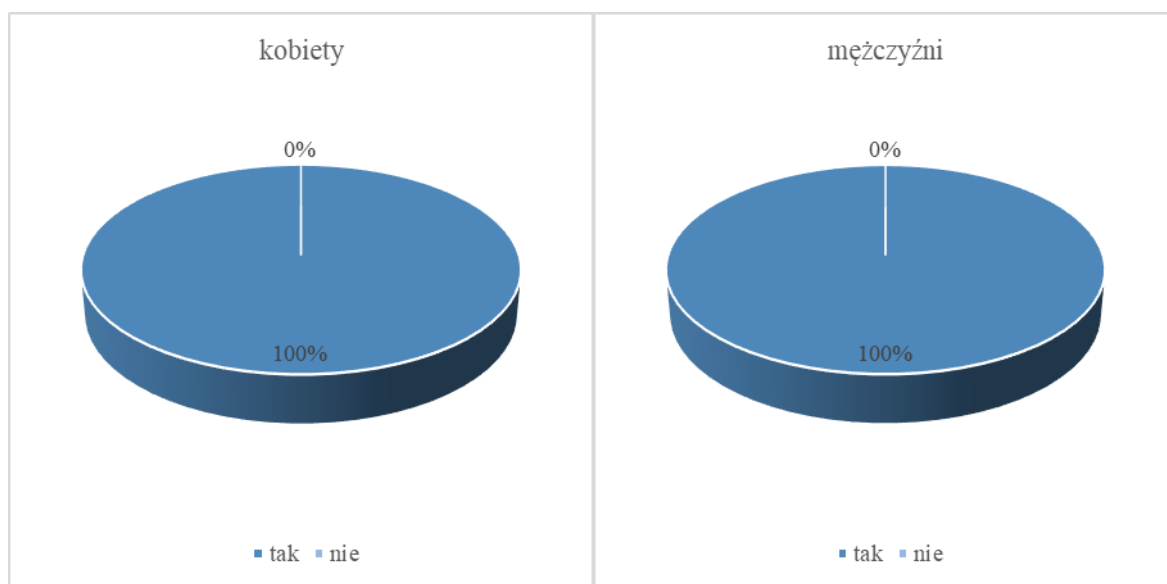
Wykres 6. Sposób radzenia w robieniu zakupów

Źródło: opracowanie własne

Tabela VI. Uczestnictwo w zajęciach z poradnictwa psychologicznego

uczestnictwo w poradnictwie psychologicznym	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
tak	50	100	75	100	125	100
nie	0	0	0	0	0	100
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne

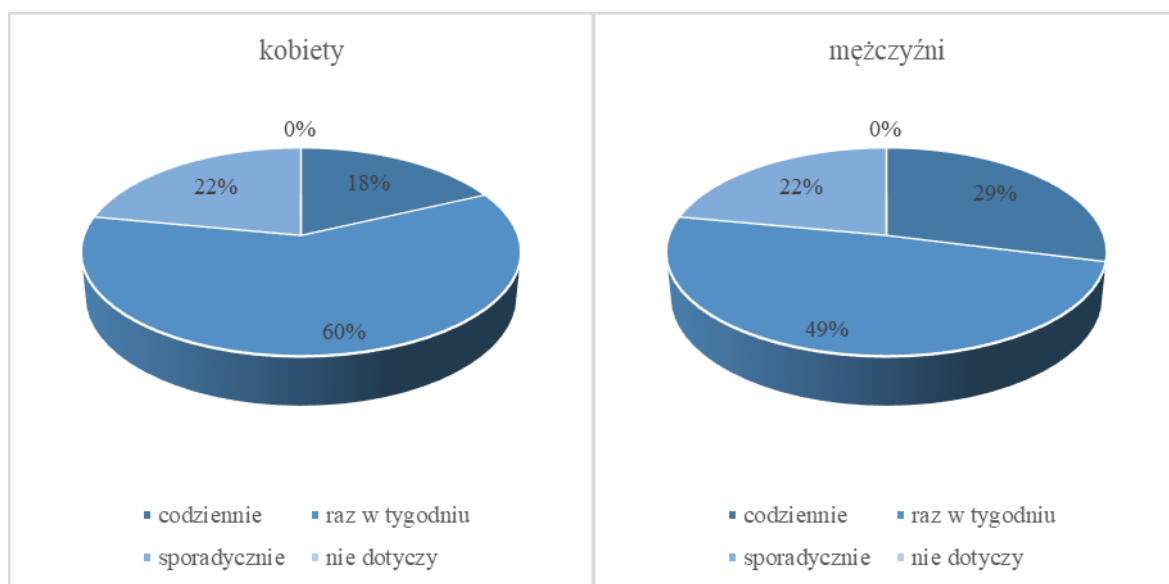


Wykres 7. Uczestnictwo w zajęciach z poradnictwa psychologicznego
Źródło: opracowanie własne

Tabela VII. Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach z poradnictwa psychologicznego

częstotliwość uczestnictwa w zajęciach z poradnictwa psychologicznego	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
codziennie	9	18	22	29	31	25
raz w tygodniu	30	60	37	49	67	54
sporadycznie	11	22	16	22	27	21
nie dotyczy	0	0	0	0	0	0
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 8. Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach z poradnictwa psychologicznego
Źródło: opracowanie własne

Codziennie w zajęciach z poradnictwa psychologicznego uczestniczyło 18% kobiet i 29% mężczyzn, raz w tygodniu 60% kobiet i 49% mężczyzn, sporadycznie 22% kobiet i 22% mężczyzn.

Wśród ankietowanych są osoby, które mają potrzeby duchowe poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej. Tabela IX i wykres 9.

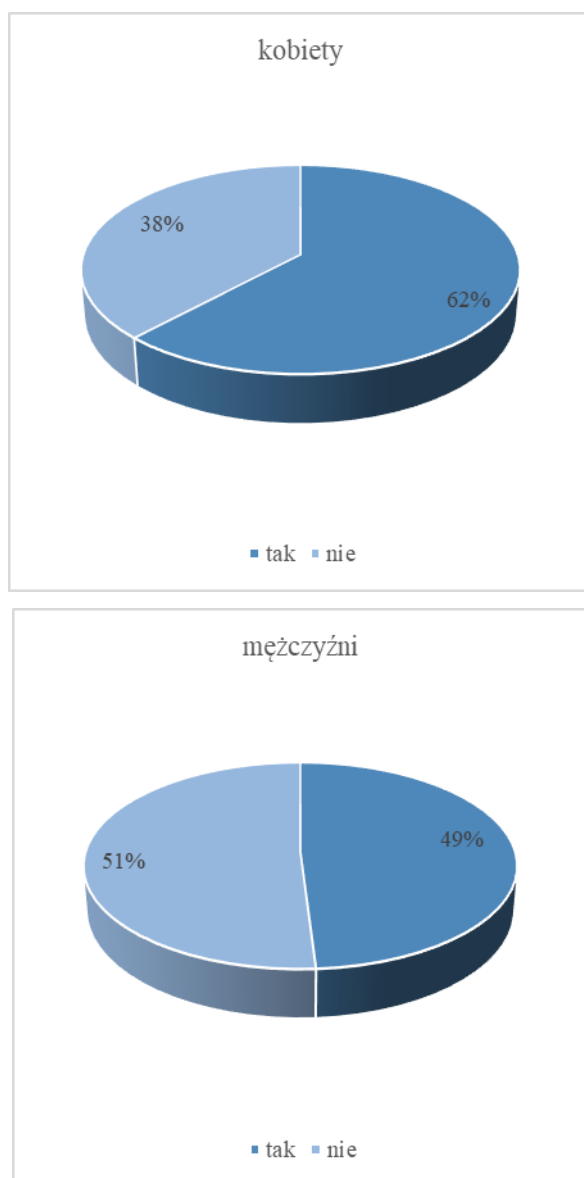
Z analizy powyższego materiału wynika, że 62% kobiet i 49% zaspokajało potrzebę duchową poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej, 38% kobiet i 51% mężczyzn jej nie ma.

W trakcie choroby i pobytu w DPS/ŚDS bardzo ważną rolę w życiu chorego odgrywa rodzina, osoby bliskie (tabela X oraz wykres X).

Tabela IX. Zaspokajanie potrzeb duchowych poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej

zaspokajanie potrzeb duchowych poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
tak	31	62	37	49	68	54
nie	19	38	38	51	57	46
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



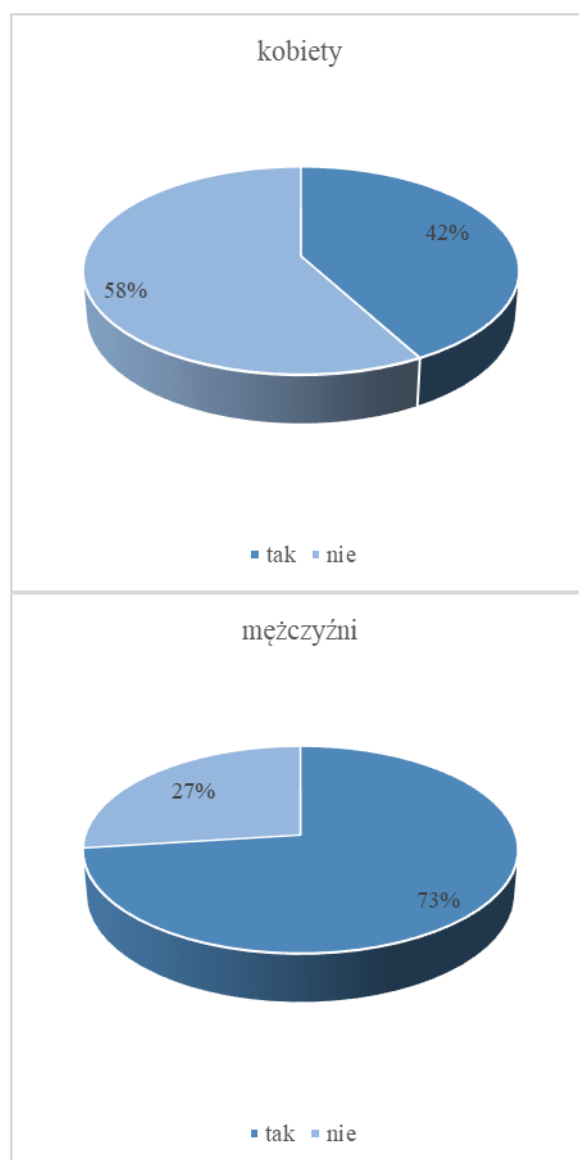
Wykres 1. Zaspokajanie potrzeb duchowych poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej

Źródło: opracowanie własne

Tabela X. Kontakt z rodziną, osobami bliskimi

kontakt z rodziną, osobami bliskimi	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
tak	21	42	55	73	76	61
nie	29	58	20	27	49	39
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres X. Kontakt z rodziną, osobami bliskimi

Źródło: opracowanie własne

Osoby badane utrzymywali kontakt z rodziną 42% kobiet i 73% mężczyzn, jednak są też kobiety 58% i mężczyźni 27%, którzy niestety tego kontaktu nie mieli.

W przypadku osób przebywających w DPS/ŚDS bardzo ważną rolę odgrywa rodzina, bliscy. Formy kontaktów badanych osób z rodziną, osobami bliskimi przedstawia tabela XI oraz wykres 11.

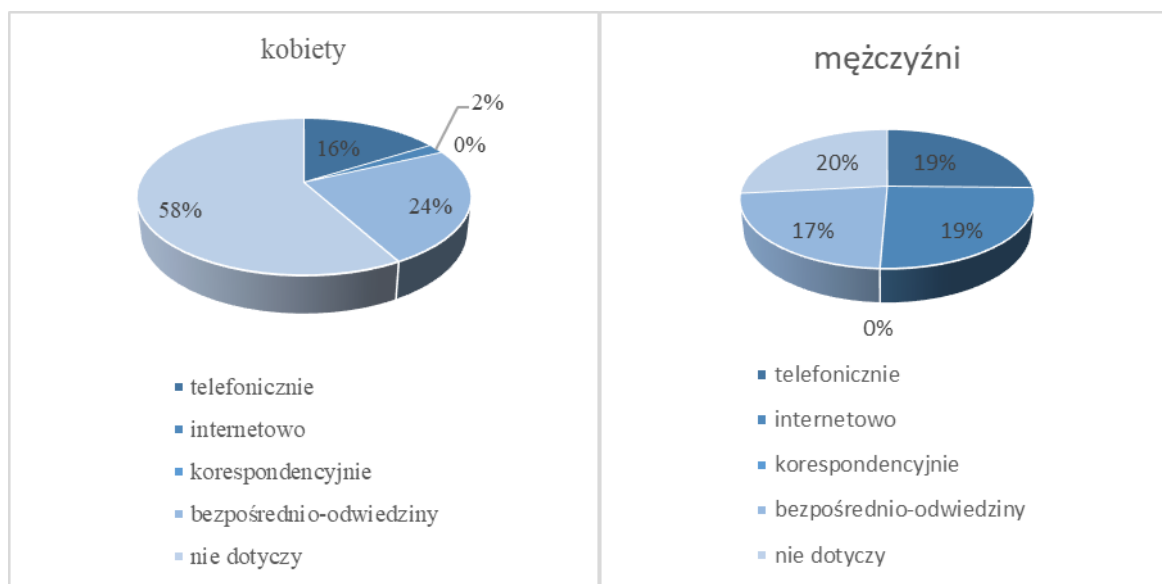
Telefoniczny kontakt z rodziną, osobami bliskimi utrzymywało 16% kobiet i 25% mężczyzn, internetowy 2% kobiet i 25% mężczyzn, kontakt korespondencyjny nie utrzymywały zarówno kobiety jak i mężczyźni, kontakt bezpośredni – odwiedziny 24%

kobiet i 25% mężczyzn, 58% kobiet i 27% zaznaczyło odpowiedź nie dotyczy, ponieważ nie utrzymywali kontaktu ani z rodziną, ani z osobami bliskimi.

Tabela VIII. Formy kontaktu z rodziną, osobami bliskimi

formy kontaktu z rodziną, osobami bliskimi	kobiety		mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
telefonicznie	8	16	19	25	27	22
internetowo	1	2	19	25	20	16
korespondencyjnie	0	0	0	0	0	0
bezpośrednio-odwiedziny	12	24	17	23	29	23
nie dotyczy	29	58	20	27	49	39
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 11. Formy kontaktu z rodziną, osobami bliskimi

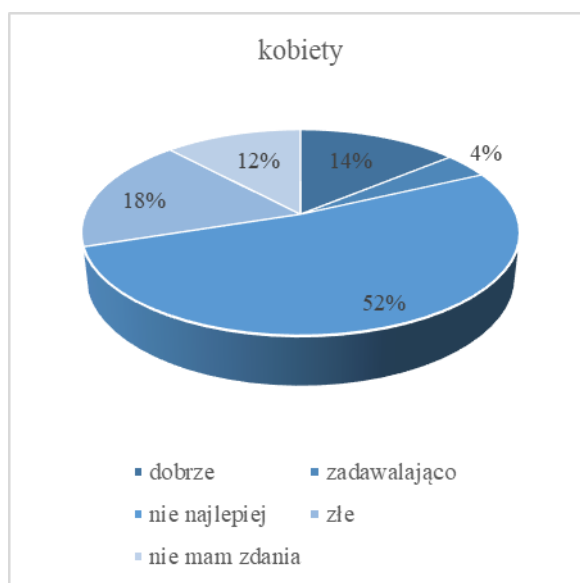
Źródło: opracowanie własne

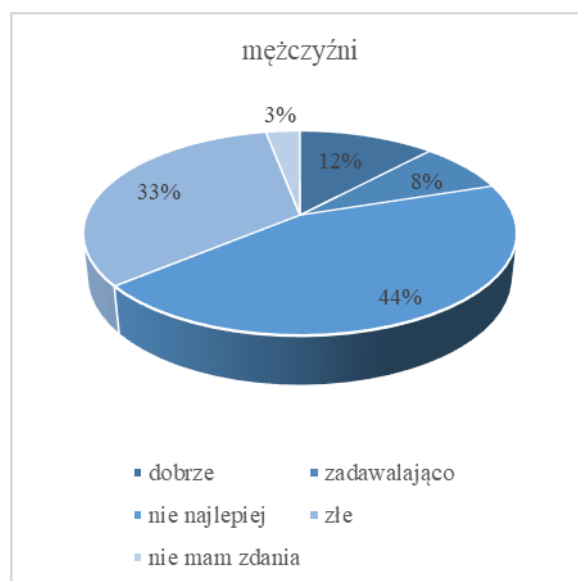
W przeprowadzonym badaniu bardzo ważne było uzyskanie informacji na temat oceny swojego ogólnego stanu zdrowia przez badane osoby, zawiera je tabela XII i wykres 12.

Tabela XII. Ocena ogólnego stanu zdrowia

ocena ogólnego stanu zdrowia	kobiety		mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
dobrze	7	14	9	12	16	13
zadawalająco	2	4	6	8	8	6
nie najlepiej	26	52	33	44	59	47
złe	9	18	25	33	34	28
nie mam zdania	6	12	2	3	8	6
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne





Wykres 12. Ocena ogólnego stanu zdrowia, Źródło: opracowanie własne

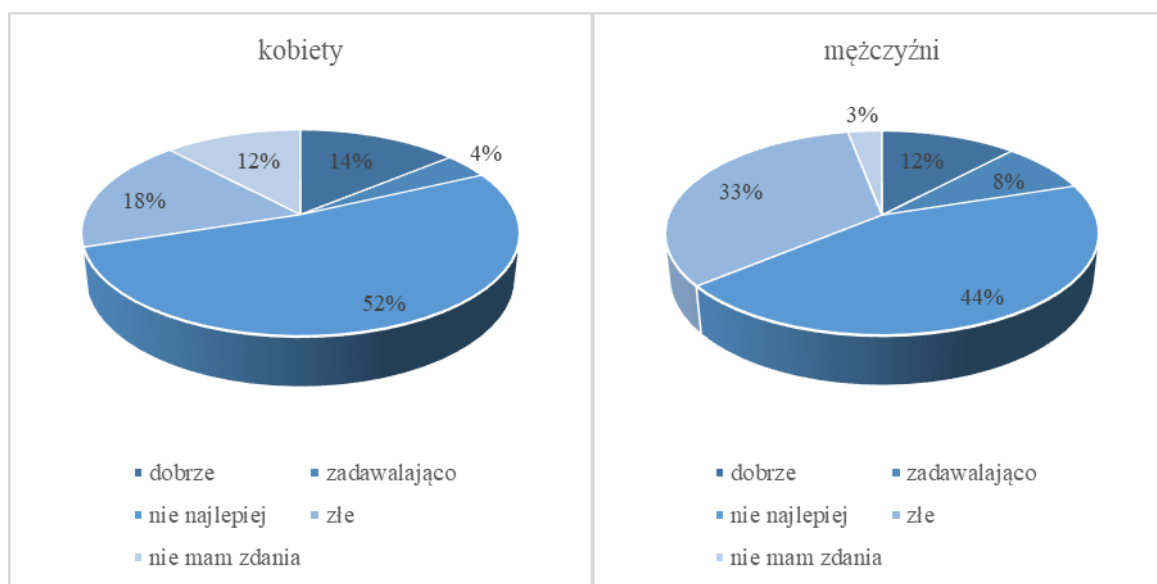
Z uzyskanych informacji wynika, że 14% kobiet i 12% mężczyzn swój stan zdrowia oceniało jako dobry, 4% kobiet i 8% mężczyzn zadawalający, 52% kobiet i 44% mężczyzn, 18% kobiet i 33% mężczyzn zły, 12% kobiet i 3% mężczyzn nie miało zdania.

Istotne było także uzyskanie informacji na temat oceny swojego psychicznego stanu zdrowia przez badane osoby, które zawiera je tabela XIII i wykres 13.

Tabela XIII. Ocena psychicznego stanu zdrowia

ocena psychicznego stanu zdrowia	kobiety		mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
dobrze	7	14	9	12	16	13
zadawalająco	2	4	6	8	8	6
nie najlepiej	26	52	33	44	59	47
złe	9	18	25	33	34	28
nie mam zdania	6	12	2	3	8	6
suma	50	100	75	100	125	100

Źródło: opracowanie własne



Wykres 13. Ocena psychicznego stanu zdrowia

Źródło: opracowanie własne

Osoby badane oceniły swój psychiczny stan zdrowia podobnie jak swój ogólny stan zdrowia, czyli: 14% kobiet i 12% mężczyzn swój stan zdrowia oceniło jako dobry, 4% kobiet i 8% mężczyzn zadawalająco, 52% kobiet i 44% mężczyzn, 18% kobiet i 33% mężczyzn złe, 12% kobiet i 3% mężczyzn nie miało zdania.

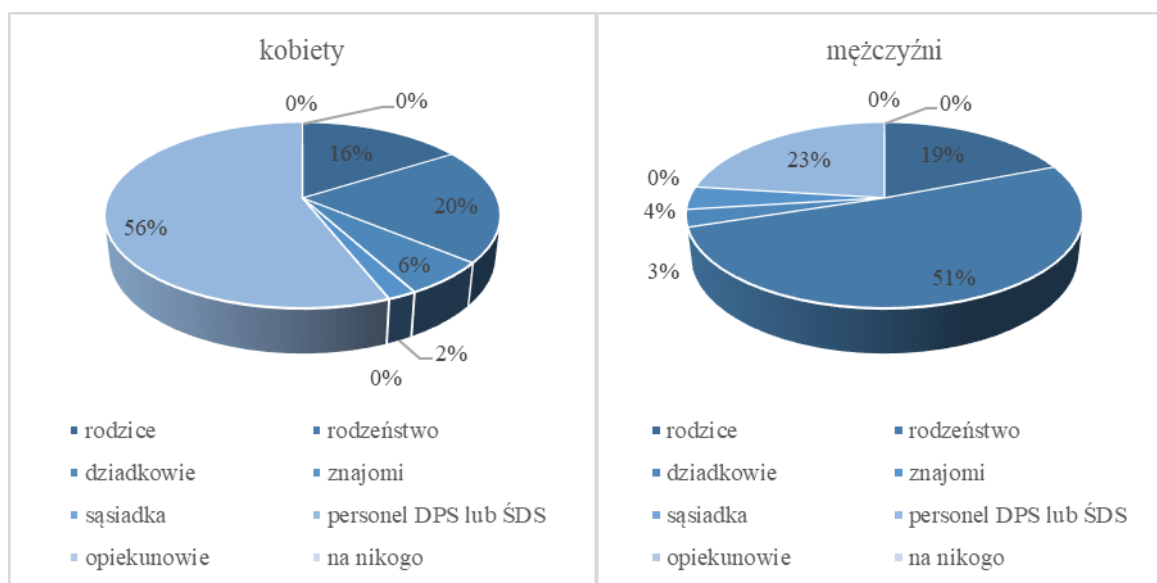
Dla osób przebywających w DPS/ŚDS w trudnych chwilach bardzo ważne jest wsparcie innych osób. Dane zawiera tabela XIV i wykres 14.

Tabela XIV. Wsparcie w trudnych chwilach

wsparcie w trudnych chwilach	kobiety		mężczyźni		Ogółem	
	N=50	%	N=75	%	N=125	%
rodzice	8	16	15	19	23	19
rodzeństwo	10	20	38	51	48	38
dziadkowie	3	6	2	3	5	4
znajomi	1	2	3	4	4	3
sąsiadka	0	0	0	0	0	0
personel DPS lub ŚDS	28	56	17	23	45	36
opiekunowie	0	0	0	0	0	0
na nikogo	0	0	0	0	0	0

suma	50	100	75	100	125	100
------	----	-----	----	-----	-----	-----

Źródło: opracowanie własne



Wykres 14. Wsparcie w trudnych chwilach

Źródło: opracowanie własne

Na wsparcie ze strony rodziców mogło liczyć 16% kobiet i 19% mężczyzn, rodzeństwa 20% kobiet i 51% mężczyzn, dziadków 6% kobiet i 3% mężczyzn, znajomych 2% kobiet i 4% mężczyzn, personelu DPS/ŚDS 56% kobiet i 23% mężczyzn, na wsparcie sąsiadki, opiekunów nie mogła liczyć żadna kobieta i żaden mężczyzna.

Nikt z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi na nikogo.

DYSKUSJA

Pojawienie się choroby staje się wielkim wyzwaniem dla samego chorego jak i członków jego rodziny [5].

W początkowym stadium choroby niektóre osoby z zaburzeniami psychicznymi są częściowo samodzielne, nie wymagają dużego wsparcia osób drugih, ale z postępem choroby osoby stają się całkowicie uzależnione od innych [5].

Badania, które zostały przeprowadzone dotyczyły poznania funkcjonowania osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w życiu codziennym przebywających w Domu Pomocy Społecznej.

Badania własne wykazały liczne trudności i bariery osób zaburzonych psychicznie w codziennym funkcjonowaniu w DPS/ŚDS. Dotyczą one głównie higieny osobistej i otoczenia,

przygotowywania posiłków, załatwiania spraw urzędowych, administracyjno-prawnych, gospodarowania środkami finansowymi oraz robienia zakupów (10% kobiet i 19% samodzielnie radziło sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego, 54% kobiet i 53% mężczyzn wymagało pomocy innych osób, a 36% kobiet i 28% nie radziło sobie w ogóle).

Szulc i Samochowicz w wyniku przeprowadzonych badań dotyczących funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi (głównie chorujących na *schizofrenię*) w życiu codziennym wskazali, że wszystkie badane osoby wymagały aktywizacji i pomocy w różnym zakresie w codziennych, prostych czynnościach (utrzymanie higieny osobistej i otoczenia, przygotowywania posiłków, wsparcie/reprezentowanie w kwestiach administracyjnych lub urzędowych). Pacjenci częściej pomagali w wykonywaniu czynności domowych, aniżeli wykonywali je samodzielnie. Najwięcej, bo ponad połowa 57% chorych pomagała przy sprzątaniu w domu, samodzielnie robiło to 27%, w robieniu zakupów – 46% ankietowanych, samodzielnie – 30%, a w przygotowaniu posiłków – 34%, samodzielnie – 31%. Żadnych czynności domowych nie wykonywało 9% pacjentów. Samodzielność w zakresie inicjatywy do wykonywania codziennych czynności, takich jak np. higiena osobista czy wyjście na spacer wykazywało zaledwie 4% pacjentów. W większości 20% w bardzo dużym stopniu, 39% w dużym stopniu i 23% w małym stopniu pacjenci wymagali motywowania i nakłaniania każdorazowo do wykonania tych czynności [6].

Bartoszek, Kocka, Rząca i wsp. w swoich badaniach wykazali, że najczęściej badanych było całkowicie niesamodzielnych w zakresie mycia/kąpieli ciała – 99,5%, chodzenia po schodach – 93,2%, higieny osobistej – 92,7%, w zakresie: korzystania z toalety – 85,9%, ubierania się i rozbierania – 84,6% oraz poruszania się po powierzchniach płaskich – 81,1%. Najmniej deficytów odnotowano w zakresie spożywania posiłków – 54,5% i przemieszczania się z łóżka na krzesło/siadania 61,1% [7].

Współpraca duchownego i personelu DPS/ŚDS ma duże znaczenie w przygotowaniu chorego do korzystania z sakramentów [8].

Wyniki badań własnych wskazują, że 62% kobiet i 49% zaspokajało potrzebę duchową poprzez kontakt z kapłanem, uczestnictwo we mszy świętej, 38% kobiet 51% mężczyzn jej nie miało.

W instytucjach, w których zostały przeprowadzone badania własne osoby chore mają dostęp do różnego rodzaju wsparcia.

Wśród badanych osób 64% kobiet i 72% mężczyzn korzystało z wyjazdów/spotkań integracyjnych (wycieczki, festyny, spotkania sportowo-rekreacyjne), a 36% kobiet i 18% mężczyzn niestety nie korzystało.

Glinowiecki uważa, że trzy pojęcia: rodzina, choroba, wsparcie są ze sobą ściśle związane i niezwykle ważne w życiu każdego człowieka. W sytuacji ciężkiej choroby człowiek oraz jego rodzina wymagają pomocy ze strony instytucji w których uzyskają wsparcie [9].

Rodzina odgrywa szczególną rolę w sytuacji choroby członka rodziny, świadczą o tym wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia, które wskazują na udział rodziny w 75% sytuacji, w których żaden z członków rodziny nie chorował oraz 85% w ciężkiej chorobie, kiedy osoba chora wymagała stałej opieki. W trakcie choroby i pobytu osoby z zaburzeniami psychicznymi w DPS/ŚDS bardzo ważną rolę w jego życiu odgrywa rodzina, osoby bliskie. Istotna jest wówczas pomoc i wspieranie chorego we wszystkich dziedzinach jego życia.

Analiza wyników badań własnych wskazuje, że 42% kobiet i 73% mężczyzn utrzymywało kontakt z rodziną, jednak 58% kobiet i 27% mężczyzn niestety tego kontaktu nie miało.

Podczas badania ankietowani twierdzili, że utrzymywali kontakty społeczne z najbliższym otoczeniem: rodziną, bliskimi osobami, podkreślały, że bardzo im zależy na utrzymaniu tego rodzaju kontaktów.

Wielu uczestników DPS/ŚDS ma troskliwą rodzinę, bliskich, którzy dość często ich odwiedzają, zabierają do siebie i dbają o ich potrzeby. Jednakże równie często zdarza się, że rodzina nie interesuje się swoimi krewnymi albo osoba chora jest samotna.

U osób chorych objętych opieką diagnozuje się deficyty funkcjonalne dotyczące sfery biologicznej – ograniczenia mobilności, samodzielności dotyczącej wykonywania czynności codziennych, a także psychospołecznej – występowanie stanów depresyjnych, zaburzeń nastroju, pamięci oraz koncentracji uwagi. Do powyższych dysfunkcji dołącza się poczucie samotności i osamotnienia oraz wyobcowania społecznego [7].

Według Patrycji Pięty osoby z zaburzeniami psychicznymi do niedawna były traktowane jako chore, którym trzeba wyłącznie podawać leki, w wyniku czego udaje się w pewnym stopniu niwelować objawy chorobowe. Jednak pojawiają się skutki uboczne przyjmowania leków (np. obojętność), które mogą być podobne do części objawów, a więc jest to pewnego rodzaju błędne koło. Bez wątpienia leki psychotropowe są potrzebne, wydaje się nawet, że wręcz konieczne, szczególnie w ostrym epizodzie chorobowym. Jednak nie są wystarczające, biorąc pod uwagę dobrostan osoby chorej. Od niedawna osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, zaczęto traktować również jako osoby niepełnosprawne, a więc potrzebujące rehabilitacji, pomocy w przystosowaniu do otaczającego świata [10].

Osoby z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w DPS/ŚDS jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta powinny być pod stałą kontrolą lekarza specjalisty i stosować na stałe określonego *leki* zalecone przez lekarza.

W przypadku ankietowanych badań własnych zarówno 100% kobiet jak i 100% mężczyzn było objętych opieką lekarską i przyjmowało na stałe leki.

PIŚMIENNICTWO

1. Kosińska B.: Podręcznik szkoleniowy dla uczestników/uczestniczek kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Warszawa 2022: 15-32.
2. Iwanowska A., Jóźwiak J.: Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Wyd. Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017.
3. Niemczyk-Zajac A.: Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi. Edukacja-Rodzina-Społeczeństwo 2021; 39(6): 223-224.
4. Załustowicz A. L.: Jakość życia dorosłych kobiet z wybranymi zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej[w:] Strategia Rozwoju Usług Społecznych, Wyd. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2021: 38-45.
5. Kwika M.D., Romańczuk E.: Opieka pielęgniarstwa w warunkach domowych nad pacjentem po przebytym udarze niedokrwinnym mózgu w następstwie glejaka mózgu, [w:] Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami z chorobami neurologicznymi, Klimaszewska K., Kułak W. (red.). Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2022: 73-87.
6. Szulc A., Samochowiec J.: Schizofrenia z objawami negatywnymi. Obciążenie chorobą pacjentów i ich bliskich. Wyd. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
7. Bartoszek A. B., Kocka K.H., Rząca M. i wsp.: Zakres i częstość podejmowania interwencji pielęgniarstkich w grupie pacjentów z deficytem sprawności funkcjonalnej w opiece domowej. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2020; 5(2):131-146.
8. Wąchoł G.: Posługa duszpasterska w środowisku osób zaburzonych psychicznie. Polonia Sacra 2021; 1 (63): 23- 29.

9. Glinowiecki M.: Schizofrenia w rodzinie a system wsparcia społecznego. Analiza socjologiczna, <https://depotuw.ceon.pl/handle/item/2159> (data pobrania 03.04.2023).
10. Pięta P.: Sposoby rozwiązywania problemów dnia codziennego wynikających z doświadczenia przewlekłej choroby psychicznej – schizofrenii, *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3 (65): 537-538.

KRWAWIENIE DO ŚWIATŁA PRZEWODU POKARMOWEGO

Anna Domańska¹, Barbara Jankowiak²

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

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Krwawienia do światła przewodu pokarmowego dzielą się ze względu na lokalizację miejsca krwawienia, na krwawienie do górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) to krwawienie w zakresie przełyku, żołądka i dwunastnicy [1].

W Polsce liczba hospitalizacji z powodu krwawienia do GOPP wynosi ok. 40–150 na 100 000 osób rocznie [2].

Krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego, ze względu na odmienny sposób zaopatrzenia i różne rokowanie, dzielą się na krwawienia z żyłaków przełyku lub żołądka oraz krwawienia pochodzenia nie żyłakowego [3].

Przyczyną około 50% nie żyłakowych krwotoków do przewodu pokarmowego są wrzody trawienne dwunastnicy lub żołądka. W tej grupie chorych w 70% przypadków stwierdza się dodatni wynik na obecność *Helicobacter pylori*. W Polsce zakażenie występuje u ponad 90% populacji. Infekcja *Helicobacter pylori* w połączeniu z częstym stosowaniem leków niesterydowych przeciwzapalnych to czynniki zwiększające ryzyko występowania krwawienia, wpływają też negatywnie na rokowanie w ich przebiegu - śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 3,5–14% [4].

Przyczyną około 11% wszystkich krwawień do górnego odcinka przewodu pokarmowego są żyłaki przełyku i żołądka. Śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 15–50%, a ryzyko zgonu rośnie z każdym nawrotem choroby. Z powodu dużej nawrotowości w niektórych przypadkach ryzyko zgonu sięga 100% [5].

Krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego (DOPP), dotyczy krwawień zlokalizowanych w jelicie cienkim dystalnie od więzadła Treitza lub w jelicie grubym. Krwawienia do DOPP stanowią około 20% wszystkich krwawień do przewodu

pokarmowego. W przypadku krwawienia do DOPP około 20 chorych na 100 000 wymaga leczenia szpitalnego, a śmiertelność wynosi około 3–5% [6].

Występowaniu krwawych stolców w ok. 60% przypadków oznacza, że przyczyna krwawienia znajduje się w górnym odcinku przewodu pokarmowego. W tych przypadkach miejsce krwawienia znajduje się zazwyczaj w dwunastnicy i powodując obfite wynaczynienie krwi w przewodzie pokarmowym znacznie przyspiesza pasaż jelitowy.

Przy diagnostyce i różnicowaniu krwawienia oraz analizie objawów należy uwzględnić możliwość występowania substancji imitujących krew lub dających czarne zabarwienie stolca (zażywane przez pacjenta preparaty żelaza, bizmutu lub węgla) [7].

Podstawowe objawy, które świadczą o aktywnym krwawieniu do światła przewodu pokarmowego, wynikają z hipowolemii. Zalicza się do nich:

- obniżone wartości ciśnienia tętniczego;
- przyspieszona czynność serca;
- przyspieszony oddech;
- zawroty głowy;
- osłabienie;
- blada, zimna i złana potem skóra [7].

Leczenie aktywnego krwawienia z przewodu pokarmowego, niezależnie od tego czy jest ono powikłaniem zabiegów endoskopowych czy wynikiem chorób współistniejących (owrzodzenie, nowotwór, zmiany naczyniowe), obejmuje w pierwszym rzędzie techniki endoskopowe.

ROZWINIĘCIE

Pierwotną przyczyną większości krwawień jest uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego i naczyń krwionośnych położonych w zewnętrznej części błony śluzowej, zwanej błoną surowiczą.

Do jej uszkodzenia dochodzi na skutek działania szkodliwych czynników endogennych i egzogennych. Najczęstszym czynnikiem ryzyka wystąpienia krwawienia w świetle przewodu pokarmowego, zarówno w górnym jak i dolnym odcinku, jest przyjmowanie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) [1, 6].

Do leków najbardziej szkodliwych dla przewodu pokarmowego zalicza się:

- niesteroidowe leki przeciwzapalne - NLPZ (Ibuprofen, który jest bardzo często stosowany), niszczą ścianę żołądka i mogą prowadzić do powstawania wrzodów oraz znacznej liczby krwotoków z żołądka;

- kwas acetylosalicylowy (aspiryna), który należy do NLPZ i niszczy błonę śluzową przewodu pokarmowego; jego zażywanie jest drugą najczęstszą przyczyną krwawień z przewodu pokarmowego;
- inne leki przeciwzakrzepowe i zapobiegające agregacji płytek, które powodują krwawienia z przewodu pokarmowego;
- leki osłaniające błonę śluzową przewodu pokarmowego, zawierające glin, mające działanie prooksydacyjne i neurotoksyczne;
- antybiotyki, niszczące florę bakteryjną i zwiększające ryzyko występowania w przyszłości opornych na antybiotyki bakterii;
- suplementy diety zawierające żelazo lub miedź, mające silne działanie prozapalne,
- drażniące środki przeczyszczające, upośledzające wchłanianie niektórych witamin [8].

Najczęstsze przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego

Wśród najczęstszych przyczyn krwawienia do GOPP należy wymienić:

- wrzód żołądka;
- wrzód dwunastnicy;
- ostrą gastropatię krwotoczną [6].

Stanowią one ok. 60% krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Krwawienia do przewodu pokarmowego mogą towarzyszyć innym ciężkim chorobom takim jak: sepsa, uraz wielonarządowy, ciężkie oparzenia czy wstrząs. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego może być spowodowane:

- żylakami przełyku lub żołądka;
- zespołem Mallory'ego i Weissa (pęknięcie błony śluzowej przełyku lub początkowej części żołądka [tzw. wpustu żołądka] spowodowane obfitymi wymiotami, najczęściej występujące u osób nadużywających alkoholu);
- zapaleniem błony śluzowej przełyku lub dwunastnicy;
- zmianami nowotworowymi;
- owrzodzeniem przełyku [6].

Częstą przyczyną krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest choroba uchyłkowa jelita grubego. Krwawienie z uchyłków zwykle jest niebolesne i rozpoczyna się gwałtownie. Najczęściej krwawienia z uchyłków zlokalizowane są w lewej części okrężnicy. W ok. 80% przypadków krwawienie to ustępuje samoistnie, a nawraca u ok. 25%. Należy jednak pamiętać, że u pacjentów z grupy zwiększonego ryzyka, krwawienia mogą utrzymywać się długo lub dawać częste nawroty. W tym przypadku, gdy leczenie

endoskopowe nie przynosi oczekiwanych efektów, konieczna jest odcinkowa resekcja jelita z uchyłkami [7].

Źródła krwawienia znajdujące się w jelicie cienkim są trudne do zdiagnozowania, ponieważ znajdują się poza zasięgiem zwykłego gastrokopu. Są odpowiedzialne za większość krwawień utajonych do przewodu pokarmowego. Krwawienia utajone występują dość rzadko, a najczęściej przyczyną ich są malformacje naczyniowe, charakterystyczne głównie dla osób starszych. Krwawienia do jelita cienkiego dotyczą 5–10% chorych z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego [9].

Krwawienie z przewodu pokarmowego może być także związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi, które są efektem działania leków przeciwplatekcyjnych lub przeciwkrzepliwych. Przy wykonywaniu endoskopii u takich pacjentów opracowano standardy właściwego postępowania endoskopistów. Zalecenia dotyczą wyboru procedur zgodnych ze współczesną wiedzą, obarczonych najmniejszym możliwym ryzykiem wystąpienia krwawienia [10].

Klasyfikacja krwawień z przewodu pokarmowego

Podstawowa klasyfikacja krwawień opiera się na określeniu miejsca, przyczyny krwawienia oraz jego aktywności, a polega na ustaleniu:

- czy krwawienie występuje w górnym czy dolnym odcinku przewodu pokarmowego;
- czy krwawienie zlokalizowane jest w przełyku, żołądku, dwunastnicy czy jelicie;
- jakiego typu jest zmiana krwawiąca;
- czy krwawienie jest aktywne.

Na podstawie obrazu endoskopowego ocenia się etapy gojenia się zmiany będącej źródłem krwawienia, czyli tzw. endoskopowe znamiona krwawienia. Klasyfikację endoskopowych znamion krwawienia opisuje się w skali Forresta [11].

W oparciu o ocenę intensywności krwawienia według skali Forresta opracowano skalę rokowniczą do stratyfikacji chorych na grupy o dużym i małym ryzyku wystąpienia ponownego krwawienia. Do grupy o dużym ryzyku nawrotu krwawienia zalicza się czynne krwawienia tętniące (Ia), sączące (Ib), widoczne niekrwawiące naczynie (IIa) i widoczny przylegający skrzep (IIb). Do grupy o niskim ryzyku nawrotu krwawienia zalicza się zmiany sklasyfikowane w jako IIc i III wg skali Forresta [11].

W celu określenia rokowania w przebiegu krwawienia do przewodu pokarmowego stosuje się ocenę według skali Rockalla.

Zgodnie z powyższą skalą klasyfikuje się pacjentów do trzech grup:

- z rokowaniem dobrym;
- z rokowaniem pośrednim;
- z dużym ryzykiem zgonu [12].

Ocena ciężkości krwawień i postępowanie terapeutyczne

Ocena ciężkości krwawienia i prognozowanie jego przebiegu ma decydujące znaczenie dla całości postępowania medycznego - podjęcia decyzji o hospitalizacji, wyborze miejsca hospitalizacji, pilności wykonania endoskopii, intensywności monitorowania czy leczenia farmakologicznego.

Wstępna ocena prognostyczna opiera się na przedendoskopowej ocenie pacjentów z objawami krwawienia, według skali Rockalla. Na wynik składa się suma punktów za wiek, tętno i ciśnienie krwi oraz choroby towarzyszące [11]. Ocena wynosząca 0 pkt (chory przed 60-ym rokiem życia, bez chorób towarzyszących, zaburzeń hemodynamicznych) jest równoznaczna z bardzo dobrym rokowaniem, natomiast ocena wynosząca 7 pkt (chory w wieku >80 lat, z ciężkimi chorobami towarzyszącymi, we wstrząsie) wiąże się w 50% z ryzykiem wystąpienia zgonu [8].

Na podstawie punktacji wg skali Rockalla podejmuje się decyzję o trybie wykonania badania endoskopowego. Osoby z oceną większą lub równą 3 pkt powinni być hospitalizowani na oddziale internistycznym i poddani endoskopii w trybie pilnym, natychmiast po wyrównaniu zaburzeń hemodynamicznych. U pacjentów z oceną w wysokości 0-2 pkt można zaplanować wykonanie endoskopii w trybie przyspieszonym (następnego dnia roboczego rano, ale nie powyżej niż 24 godz. po przyjęciu) [11]. Postępowanie terapeutyczne powinno być poprzedzone wykonaniem badań laboratoryjnych [11].

Przebieg resuscytacji zależy od nasilenia krwawienia. Podstawą działań terapeutycznych w krwawieniu z przewodu pokarmowego jest uzupełnienie płynów i utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi tętniczej. W przypadku krwawienia o niewielkim nasileniu i bez istotnych czynników ryzyka (młody wiek pacjenta, bez istotnych chorób towarzyszących, zaburzeń hemodynamicznych, z prawidłowym stężeniem hemoglobiny) zaleca się:

- we wszystkich przypadkach zapewnić dostęp do żyły obwodowej;
- nawodnić drogą parenteralną;
- do czasu wykonania endoskopii pozostawić na diecie „0”;
- wykonywać pomiar ciśnienia tętniczego i częstości tętna (początkowo co godzinę);
- kontrolować diurezę [11].

Postępowanie w przypadku dużego nasilenia krwawienia i/lub istotnymi czynnikami ryzyka (starszy wiek, istotne choroby towarzyszące, częstość akcji serca $>100/\text{min}$ i/lub skurczowe ciśnienie tętnicze krwi $<100 \text{ mmHg}$, stężenie hemoglobiny $<10\text{g/dl}$) polega na:

- zaleceniu pacjentowi diety „0”;
- zapewnieniu dostępu do żył obwodowych (przynajmniej 2 kaniule typu wenflon o dużej średnicy) lub żyły centralnej;
- wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego;
- monitorowaniu (częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze krwi, częstości oddechów, wysycenia tlenem krwi tętniczej, EKG);
- kontrolowaniu diurezy godzinowej;
- kontrolowaniu ośrodkowego ciśnienia żylnego (zwłaszcza u osób z chorobami układu krążenia) [11].

Endoskopowa klasyfikacja krwawień umożliwia podejmowanie ukierunkowanych i bardziej skutecznych działań terapeutycznych. Zastosowanie endoskopowych metod hemostazy jest możliwe już w czasie wykonywania endoskopii diagnostycznej. Wczesna hemostaza skraca czas leczenia krwawienia i zapobiega występowaniu powikłań [4].

Endoskopowe metody leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego

Do najczęściej stosowanych a zarazem najbardziej dostępnych metod endoskopowych wykorzystywanych w leczeniu krwawień do przewodu pokarmowego jest **metoda iniekcyjna**. Polega ona na podaniu w okolicę miejsca krwawienia, za pomocą igły, substancji zmniejszających krwawienie. Zabieg polega zazwyczaj na wstrzyknięciu substancji hamującej krwawienie lub sklerotyzującej w trzy lub cztery miejsca położone w okolicy krwawiącej zmiany. Mechanizm hemostazy polega na bezpośrednim ucisku na krwawiące naczynie wstrzykniętego do tkanki środka, przez wytworzenie w błonie śluzowej i podśluzowej zbiorników podanego roztworu. Istotne znaczenie ma działanie swoiste podanej substancji (obkurczenie naczyń przy podaniu adrenaliny, wywołanie odczynu zapalnego przy podaniu substancji drażniących, wytworzenie skrzepu przy podaniu trombiny lub klejów fibrynowych). Powikłaniem techniki iniekcyjnej jest możliwość przeniknięcia stosowanych substancji do krążenia układowego i perforacja [13].

Sklerotyzacja to leczenie obliterujące, stosowane głównie w leczeniu krwawień pochodzenia żylakowego. Jest to metoda iniekcyjna polegająca na wstrzykiwaniu środka drażniącego podśluzówkowo lub do żylaków. Wstrzykiwany preparat powoduje odczyn zakrzepowo -zarostowy w żyłach powodując zgrubienie pokrywającej je osłony tkankowej.

Podany techniką iniekcyjną do krwawiącego miejsca klej fibrynowy (substancja biologiczna), tworzy siatkę włókien fibrynowych, na której osadzają się fibroblasty, co powoduje ziarninowanie i gojenie się tkanek. Zaletą stosowania kleju jest brak właściwości toksycznych w stosunku do otaczających tkanek [14].

Endoskopowa koagulacja jest metodą często wykorzystywaną w leczeniu krwawienia niezwiązanego z żyłakami. Koagulacja naczyń i tkanek, które bezpośrednio otaczają miejsce krwawienia - to metoda koagulacji kontaktowej umożliwiającej uzyskanie efektu szybkiej hemostazy. Przy użyciu sond przeprowadzanych przez kanał roboczy endoskopu stosuje się jedną z trzech koagulacji kontaktowych:

- elektrokoagulację jednobiegunową,
- elektrokoagulację dwubiegunową/wielobiegunową,
- termokoagulację [14].

Koagulacja jednobiegunowa jest techniką koagulacji kontaktowej, w której przepływ prądu odbywa się między elektrodą czynną (na końcu cewnika) i bierną (płytką uziemiającą umieszczoną na skórze pacjenta). W miejscu zetknięcia z tkanką energia prądu zmienia się w ciepło, powodując koagulację, skurcz kolagenu i zamykanie się naczyń. Wadą tej metody jest nie precyzyjna regulacja głębokości koagulacji tkanki co grozi oparzeniem tkanki pod miejscem krwawienia, niesie to za sobą obawę o perforację ściany przewodu pokarmowego [14].

W **elektrokoagulacji dwubiegunowej/wielobiegunowej** efekt koagulacji tkanki jest wynikiem przepływu prądu między elektrodami umieszczonymi na końcówce cewnika. Zmniejszenie ryzyka głębokiego uszkodzenia tkanki decyduje o przewadze tej metody nad koagulacją jednobiegunową. **Techniki koaptywne:** MPEC (*ang. multi-polar elektro-coagulation*), BICAP (*ang. bipolar circumactive probe*) i HPU (*ang. heater probe unit*), polegają na sklejeniu ścian naczynia przy zastosowaniu energii po silnym uciśnięciu końcówką sondy krwawiącego naczynia [14].

Termokoagulacja sondą cieplną HPU polega na koagulacji bez przepływu prądu przy bezpośrednim zastosowaniu ciepła, którego źródłem jest pokryty teflonem metalowy cylinder umieszczony na końcu cewnika [14].

Koagulacja bimerem argonowym (APC – *argon plasma coagulation*), to elektrokoagulacja bezkontaktowa, w której prąd wysokiej częstotliwości zostaje przeniesiony przez zjonizowany argon do koagulowanej tkanki. APC może być zastosowana przy najbardziej niekorzystnych lokalizacjach zmian krwawiących, gdzie niemożliwe jest wykorzystanie innych metod koagulacji ani hemostazy mechanicznej. Ze względu na

ograniczoną penetrację w głąb tkanki i tylko minimalne odparowywanie, zastosowanie APC wiąże się z niskim ryzykiem perforacji [14].

Kolejną techniką bezkontaktową w leczeniu krwawień z przewodu pokarmowego jest zastosowanie **energii laserowej**. Wykorzystuje się dwie główne odmiany laserów: laser argonowy i neodymowo-yagowy. Laser argonowy jest bezpieczniejszy w stosowaniu, ponieważ nie przenika do głębszych tkanek i nie powoduje uszkodzeń. Laser neodymowy ma częstsze zastosowanie w tamowaniu intensywnych krwawień pochodzących z tętnicy, gdyż w tym przypadku do uzyskania hemostazy potrzebny jest laser o głębokiej penetracji. Jego światło nie jest pochłaniane przez hemoglobinę i obecność wynaczynionej krwi w świetle narządu nie wpływa na skuteczność leczenia. Powikłania po leczeniu krwawień z zastosowaniem **fotokoagulacji** laserowej stanowią zaledwie 1-2% [14].

W endoskopowym tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego stosuje się mechaniczne techniki umożliwiające zaciśnięcie krwawiącego naczynia:

- zakładanie klipsów hemostatycznych;
- zakładanie opasek gumowych;
- zakładanie pętli z tworzywa sztucznego [11].

Klipsy hemostatyczne mają zastosowanie w zaopatrzeniu większości zmian krwawiących (zwłaszcza krwawień tętniących i widocznych niekrwawiących naczyń). Optymalną metodą klipsowania jest bezpośrednie zaciśnięcie klipsem hemostatycznym krwawiącego naczynia. Zakładanie metalowych hemoklipsów jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego niezwiązanego z żylakami. Klipsy zakładane na krwawiące naczynie powodują hemostazę mechaniczną. Możliwość zakładania klipsów w pewnej odległości od krwawiącego/widocznego naczynia, pozwala na uchwycenie klipsem także tkanki otaczającej naczynia. Techniczne trudności w założeniu klipsów występują w przypadku lokalizacji zmian krwawiących na tylnej ścianie opuszki dwunastnicy czy tylnej ścianie i krzywiźnie mniejszej trzonu żołądka. Zaletą tej metody jest pewne i trwałe zatrzymanie krwawienia, brak uszkodzenia okolicznych tkanek, istotne jest jednak dobre uwidocznienie krwawiącego naczynia [15].

Opaskowanie (ang. endoscopic varices ligation - EVL), stosuje się głównie w endoskopowym leczeniu żylaków przełyku. Do tego celu wykorzystuje się gumowe opaski, które są zakładane na podstawę żylaka, co powoduje jego zakrzepicę i zamknięcie światła. Technika opaskowania polega na umieszczeniu endoskopu nad żylakiem, który zostaje wessany do światła cylindra, wówczas na wciągnięty żylak zostaje zsunięta gumowa podwiązka. Mechaniczne zaciśnięcie indukuje powstanie zakrzepicy w żylaku i zamknięcie

jego światła. Metoda ta bywa bardziej skuteczna niż skleroterapia. Metodą opaskowania tamuje się krwawienia z żylaków przełyku, w przypadku krwawień pochodzenia nie żylakowego opaskowanie ma zastosowanie jedynie do niewielkich zmian w obszarze niezmienionej błony śluzowej [14].

Zakładanie pętli z tworzywa sztucznego stosuje się głównie do tamowania krwawień z żylaków przełyku. Efekt hemostazy uzyskuje się poprzez zaciśnięcie pętli na żylaku, co powoduje włóknienie warstwy błony śluzowej i podśluzowej. Technika zakładania pętli jest bardzo podobna do opaskowania. Na fragment naczynia żylnego po wcześniejszym zassaniu do cylindra, zaciska się pętlę, którą następnie odczepia się od prowadnicy mocującej. Skuteczność tej metody w zatrzymywaniu aktywnego krwawienia z żylaków przełyku jest nieco wyższa od metody iniekcyjnej [14].

Leczenie endoskopowe krwawienia polega często na połączeniu kilku technik endoskopowych jednocześnie - metody iniekcyjnej z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. Dostępne w literaturze wyniki badań potwierdzają, że tamowanie krwawienia z połączeniem dwóch metod jest skuteczniejsze, niż w przypadku zastosowania tylko jednej metody endoskopowej [15].

Śród nowych metod coraz częściej wykorzystuje się różne substancje o działaniu homeostatycznym, np. hemospray. Metoda ta pozwala na bezkontaktowe zastosowanie proszku o właściwościach hemostatycznych, który naniesiony na krwawiące naczynie powoduje jego obkurczenie i prowadzi do zatamowania krwawienia.

Leczenie farmakologiczne krwawienia z przewodu pokarmowego

Ostre krwawienia z GOPP pochodzenia nie żylakowego wymagają hospitalizacji sześciokrotnie częściej niż krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i częściej są przyczyną zgonów, zwłaszcza u osób starszych oraz pacjentów z wysokim wskaźnikiem wielochorobowości [3]. Leczenia ostrego epizodu krwawienia z objawami niestabilności hemodynamicznej lub obniżeniem stężenia hemoglobiny o co najmniej 2 g/dl w ciągu 24 godzin, powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach dysponujących odpowiednim sprzętem i obejmować wyrównanie zaburzeń hemodynamicznych, a także zapobieganie nawrotowi krwawienia, czyli ponownemu wystąpieniu objawów klinicznych [16]. Wskaźnikami należytego wyrównania utraty płynów są;

- diureza większa lub równa 30 ml/godz.;
- OCŻ większe lub równe 5cm H₂O [16].

W celu uzyskania prawidłowego wypełnienia łożyska naczyniowego stosuje się zazwyczaj 1000-2000 ml roztworu soli fizjologicznej lub płynu wieloelektrolitowego. W przypadku niewyrównania zaburzeń hemodynamicznych po przetoczeniu 2000 ml roztworów krystaloidów zaleca się przetoczenia płynów krwiozastępczych lub krwi. Wskazaniem do pilnego przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) jest stężenie hemoglobiny poniżej 7 g/dl. [16].

Istotnym wskazaniem do transfuzji jest tachykardia przekraczająca 120 uderzeń/min i/lub tachypnoe przekraczające 30 oddechów/min, które mogą świadczyć o utracie krwi powyżej 1500 ml, tj. ok. 30% całkowitej objętości krwi. W tych przypadkach zaleca się wyrównanie wartości hemoglobiny do granicy 9–11 g/dl. Transfuzję KKCz przy wartości hemoglobiny do 9 g/dl należy wykonać u chorych starszych oraz u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca i niewydolnością serca. Postępowanie takie obniża śmiertelność, częstość nawrotów krwawienia oraz konieczność leczenia operacyjnego, skraca ponadto czas hospitalizacji [16].

U wszystkich chorych z objawami krwawienia o dużym nasileniu, obecnością zaburzeń hemodynamicznych lub spadkiem hemoglobiny oraz obecnością innych niekorzystnych czynników prognostycznych, którzy oczekują na endoskopię w trybie pilnym zaleca się wczesne zastosowanie IPP w jednorazowym wstrzyknięciu dożylnym, w dawce 80mg. Parenteralne podanie dużej dawki inhibitor pompy protonowej prowadzi do zmniejszenia odsetka chorych aktywnie krwawiących podczas endoskopii i zmniejsza konieczności stosowania endoskopowych zabiegów hemostatycznych a także zmniejsza odsetek nawrotów krwawienia [17].

Ważnym elementem leczenia krwawień z przewodu pokarmowego jest farmakoterapia. W krwawieniu z GOPP stosuje się leki hamujące wydzielanie kwasu w żołądku powodując stabilizację skrzepów i poprawę rokowania, ponieważ kwas solny hamuje agregację płytek i ułatwia lizę skrzepu poprzez aktywację pepsyny. Dwie podstawowe grupy stosowanych leków to: antagoniści receptora H₂ i inhibitory pompy protonowej [17].

Krwawienie wrzodowe może być spowodowane przyjmowaniem przez pacjenta NLPZ, leków przeciwplatek i / lub antykoagulantów. Głównymi lekami zalecanymi do zapobiegania krwawieniom i w gojeniu owrzodzeń w GOPP powstałych pod wpływem NLPZ i/ lub ASA są IPP [17]. Leki te zmniejszają możliwość uszkodzenia błony śluzowej spowodowanego przez NLPZ i są skuteczne we wtórnej prewencji powikłań wrzodowych związanych z przyjmowaniem ASA lub Kłopidogrelu [17].

W leczeniu krwawień z żyłaków przełyku farmakoterapia ma szerokie zastosowanie. Żyłaki są przyczyną 3-10% wszystkich krwawień z GOPP i obarczone są około 50% śmiertelnością, dlatego farmakoterapia połączona z leczeniem zabiegowym ma decydujący wpływ na zmniejszenie występowania powikłań i nawrotów krwawienia. Czynne krwawienie jest przede wszystkim wskazaniem do leczenia endoskopowego - sklerotyzacji lub założenia opasek gumowych celem jego zatamowania [12].

Celem stosowania leczenia farmakologicznego jest:

- zmniejszenie napływu krwi do żyły wrotnej;
- obniżenie oporów sinusoidów w wątrobie;
- redukcję ciśnienia w żyłę wrotnej [12].

Zastosowanie parenteralnie wazopresyny lub wazopresyny z nitrogliceryną, obniża napływ krwi do żyły wrotnej i zmniejsza opór w sinusoidach wątrobowych. Obecnie najczęściej stosowanym lekiem w celu obniżenia ciśnienia w żyłę wrotnej jest analog wazopresyny (terlipresyna - Remestyp). Leki te zmniejszają przepływ przez tętnice trzewne, w efekcie ograniczając napływ krwi do żyły wrotnej. Badania kliniczne wykazują dużą skuteczność somatostatyny i oktreotydu, jest ona zbliżona do efektów terapii endoskopowej (sklerotyzacji). Połączenie obu tych metod daje jeszcze większą skuteczność leczenia. Po zastosowaniu technik hemostazy endoskopowej w krwawieniu z żyłaków przełyku, przewlekłe stosowanie nieselektywnych beta-blokerów, w skojarzeniu z nitrataми, zmniejsza ryzyko ponownego krwawienia [13, 14].

PODSUMOWANIE

Każde masywne krwawienie może powodować objawy związane z utratą dużej objętości krwi, takie jak zasłabnięcie, spadek ciśnienia tętniczego czy ból w klatce piersiowej. Masywne krwotoki należy traktować zawsze jako stan bezpośredniego zagrożenia życia, gdyż w przypadku bardzo dużej utraty krwi, w krótkim czasie może dojść nawet do nagłego zatrzymania krążenia. Jednak zwykle po wdrożeniu odpowiedniego leczenia udaje się zatrzymać krwawienie z przewodu pokarmowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Durko Ł., Małecka-Panas E.: Krwawienia z przewodu pokarmowego. *Pediatrica Medycyny Rodzinnej* 2011; 7: 17-29.
2. Kurek K., Baniukiewicz A.: Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego - wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa

- Gastroenterologii. Gastroenterologia Praktyczna 2014; 3: 30–48.
3. Kurek K., Dąbrowski A.: Farmakoterapia krwawienia pochodzenia nieżylakowego z górnego odcinka przewodu pokarmowego. *Pediatric Medycyny Rodzinnej* 2013; 9: 15-24.
 4. Gralnek I. M.: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015: 47- 46.
 5. Głowacki S., Komoń H., Kicki K., Ziękiewicz P., Gomuła H., Zinkiewicz K.: Ocena skuteczności leczenia pacjentów z objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2009; 4: 316-320.
 6. Szczeklik A. (red.): Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020.
 7. Frączek M., Szczerba J.: Krwawienie do przewodu pokarmowego. [w:] Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Szmidt J., (red.). Medycyna Praktyczna Kraków 2010; 614-620, 787-926.
 8. Laine L.: Krwawienie z przewodu pokarmowego. [w:] Gastroenterologia i hepatologia. Longo D. L., Fauci A. S. (red.). Czelej, Lublin 2012: 72-79.
 9. Sierżęga M.: Postępowanie w krwawieniach do jelita cienkiego. Omówienie wytycznych American College of Gastroenterology 2015. *Medycyna Praktyczna* 2016; 12: 65–73.
 10. Wosiewicz P., Nowakowska-Duława E.: Endoskopia przewodu pokarmowego u chorych leczonych lekami przeciwplatekowymi i przeciwkrzepliwymi - przegląd zaleceń i rekomendacji. *Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Gastroenterologia Kliniczna* 2015; 4: 103-116.
 11. Marek T., Baniukiewicz A., Wallner G., Rydzewska G., Dąbrowski A.: Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2008; 3: 1-22.
 12. Dąbrowski A. (red.): Wielka interna – gastroenterologia. Medical Tribune Polska, Warszawa 2019.
 13. Ładny R. J.: Masywne krwawienie z żyłaków przełyku jako problem diagnostyczno-leczniczy. Standardy postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 6: 469-473.

14. Baniukiewicz A., Lichwierowicz A., Maluchnik M., Wasilewicz M., Woynarowski M.: Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżylakowej - epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku. *Gastroenterologia Kliniczna* 2018; 2: 39-51.
15. Wierzchowski P.: Urgent endoscopy in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Videosurgery Miniinv* 2012; 7 (4): 246-250.
16. Villanueva C., Colomo A., Bosch A.: Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N England J Medicin* 2013, 368(1): 11–21.
17. Bartnik W.: Komentarz. W: Stosowanie inhibitorów pompy protonowej w sposób przerywany, w porównaniu ze stosowaniem ciągłym, w leczeniu krwawienia z wrzodu żołądka lub dwunastnicy - przegląd systematyczny z metaanalizą. *Medycyna Praktyczna* 2015; 1: 121.

KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO DIAGNOZOWANE W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ SP ZOZ W MOŃKACH W 2022R

Anna Domańska¹, Barbara Jankowiak²

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

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Krwawienie do przewodu pokarmowego jest to każde wynaczynienie krwi do jego światła, którego przebieg i rokowanie zależą od wielu czynników. W każdym z odcinków przewodu pokarmowego mogą występować choroby i nieprawidłowości prowadzące do krwawienia [1]. Pierwotną przyczyną większości krwawień jest uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego i naczyń krwionośnych położonych w zewnętrznej części błony śluzowej, zwanej błoną surowiczą [2].

Diagnostyka endoskopowa ma olbrzymie znaczenie w rozpoznaniu schorzeń przewodu pokarmowego, których częstość występowania jest uzależniona od badanej populacji. Endoskopia jest najczęstszą metodą diagnostyczną krwawień z przewodu pokarmowego, gdyż umożliwia precyzyjną lokalizację miejsca krwawienia, wdrożenie leczenia i monitorowanie przebiegu [3].

CEL PRACY:

Celem pracy było:

1. Ustalenie częstości występowania krwawień do światła przewodu pokarmowego
2. Ustalenie najczęstszych przyczyn krwawienia z przewodu pokarmowego
3. Określenie klasyfikacji aktywności diagnozowanych krwawień z przewodu pokarmowego
4. Oszacowanie ilości zastosowanych metod hemostazy endoskopowej w opanowaniu krwawienia z GOPP i DOPP.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono metodą retrospektywną, w oparciu o zebrane dane, na podstawie istniejącej dokumentacji medycznej, odnoszące się do określonej populacji.

Analizie poddano dokumentację pacjentów, którzy w 2022 roku byli diagnozowani w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. Dane zgromadzono na podstawie analizy wyników badań oraz skierowań na badania 810 pacjentów (51,9% mężczyzn, 48,1% kobiet) w grupie wiekowej 18-75< lat. Zgodę na udostępnienie danych dotyczących diagnostyki endoskopowej GOPP i DOPP otrzymano od Dyrektora placówki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji możliwe było opracowanie rycin, które zawierają dane liczbowe i procentowe dotyczące ilości wykonanych gastroscopii i kolonoskopii w zależności do placówki kierującej oraz częstości występowania, głównych przyczyn i klasyfikacji aktywności oraz metod leczenia krwawień z przewodu pokarmowego w objętej badaniami grupie pacjentów.

W opracowaniu ogólnym zostały zamieszczone dane dotyczące płci, wieku oraz miejsca zamieszkania pacjentów diagnozowanych w Pracowni Endoskopowej w 2022 roku; częstości występowania w badanej populacji poszczególnych jednostek chorobowych zlokalizowanych w górnym i dolnym odcinku przewodu pokarmowego z uwzględnieniem ilości zdiagnozowanych krwawień.

Przeanalizowano także częstość występowania krwawień z GOPP i DOPP w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania badanych osób. Kolejne dane dotyczyły częstości występowania poszczególnych przyczyn krwawienia i klasyfikacji ich aktywności. Analizie poddano również częstość zastosowania endoskopowych metod terapeutycznych oraz rodzaj wykorzystanych technik hemostazy endoskopowej w zależności od aktywności diagnozowanych krwawień z przewodu pokarmowego z podziałem na GOPP i DOPP.

Zebrane dane opracowano przy wykorzystaniu arkusza kalkulacyjnego Excel (Microsoft Office 2007).

WYNIKI

Charakterystyka grupy badawczej

W Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku przebadano 810 osób. Przeprowadzone badania endoskopowe obejmowały diagnostykę górnego i dolnego odcinka

przewodu pokarmowego u pacjentów hospitalizowanych i kierowanych na badania przez lekarzy z Lecznictwa Otwartego, ich odsetek wynosił odpowiednio 37,0% i 63,0%.

W diagnostyce schorzeń DOPP większość stanowili pacjenci hospitalizowani - 55,1%, pozostałe 44,9% kolonoskopii wykonano na podstawie skierowań z Lecznictwa Otwartego. W przypadku badań GOPP odsetek hospitalizowanych pacjentów wynosił zaledwie 19,5%. Zdecydowana większość gastrokopii - 80,5%, wykonana była na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego.

Na podstawie analizy badanej grupy pacjentów pod względem wieku ustalono, iż 36,0% - zdecydowaną większość stanowiły osoby w wieku 56-75 lat, podobna liczba diagnozowanych osób mieściła się w grupie wiekowej 36-55 lat i 76 lat< i wynosiła odpowiednio 25,9% i 25,5%. Najmniej diagnozowanych osób - 12,6%, mieściło się w grupie wiekowej 18-35 lat.

W grupie badanych pacjentów większość stanowili mężczyźni. Odsetek diagnozowanych mężczyzn wynosił 51,9%, a kobiet 48,1%.

Większa grupa pacjentów poddanych diagnostyce przewodu pokarmowego to mieszkańcy wsi - 51,4%. Odsetek badanych pacjentów z miasta wynosił pozostałe 48,6%.

W Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku wykonano 411 badań diagnostycznych GOPP i 399 badań DOPP. Odsetek wykonanych gastrokopii i kolonoskopii był przybliżony i stanowił odpowiednio 50,7% i 49,3% badanej grupy.

W endoskopii przewodu pokarmowego wyróżnia się badania diagnostyczne i zabiegowe. W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły badania diagnostyczne z pobraniem materiału do oceny histopatologicznej. Odsetek gastrokopii z biopsją wynosił 83,7%, a kolonoskopii 53,1%. Endoskopye diagnostyczne bez pobierania materiału do badań histopatologicznych stanowiły w przypadku gastrokopii 2,7%, a kolonoskopii 2,3%. Do endoskopii zabiegowych w badanej grupie zaliczono badania z polipektomią i z zastosowaniem wszystkich metod hemostazy. Odsetek gastrokopii zabiegowych wynosił 13,6%. Zdecydowaną większość stanowiły kolonoskopye zabiegowe. Polipektomię i tamowanie krwawienia zastosowano odpowiednio w 27,3% i 17,3% przeprowadzonych kolonoskopii.

Ilość wykonanych gastroscopii i kolonoskopii u pacjentów w tym samym przedziale wiekowym była bardzo zbliżona, a najwyższy odsetek badań odnotowano w grupie wiekowej 56-75 lat. W przypadku gastroscopii wynosił on 35,8%, a kolonoskopii 36,4%. Wśród pacjentów młodych w wieku 18-35 lat liczba wykonanych gastroscopii była większa i wynosiła 13,1% wszystkich wykonanych badań GOPP. Odsetek przeprowadzonych kolonoskopii u pacjentów w tym przedziale wiekowym wynosił 12,0%.

Ilość wykonanych badań GOPP i DOPP wśród kobiet i mężczyzn była zbliżona. Odsetek gastroscopii w grupie kobiet wynosił 48,2%, a w grupie mężczyzn 51,8%. W przypadku kolonoskopii były to wartości odpowiednio 48,1% i 51,9%.

Odsetek gastroscopii przy uwzględnieniu miejsca zamieszkania pacjentów był wyższy wśród osób zamieszkałych na wsi i wynosił 51,3%, pozostałe 48,7% badań GOPP przeprowadzono u mieszkańców miasta. Podobne dane uzyskano w przypadku kolonoskopii, ich odsetek wśród mieszkańców wsi był wyższy i wynosił 51,4%, natomiast u osób mieszkających w mieście był równy 48,6%.

Analiza diagnozowanych krwawień

W grupie pacjentów przebadanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach w 2022 roku, krwawienie z przewodu pokarmowego zdiagnozowano u 103 pacjentów - 12,7% badanej grupy. Większość stanowiły krwawienia z DOPP rozpoznane w 69 przypadkach, krwawienie z GOPP zdiagnozowano u 34 osób. Odsetek krwawień z DOPP wynosił 67,0%, a z GOPP zaledwie 33,0% wszystkich przypadków.

W trakcie przeprowadzania badań GOPP, krwawienie stwierdzono u 8,2% pacjentów. Gastropatię rozpoznano u 31,3% diagnozowanych osób. Podobną ilość stanowiła gastropatia nadżerkowa - 22,6% i zapalenie przełyku - 20,3%. Rzadziej niż krwawienie diagnozowano wrzody, polipy, heteroplazję i żylaki przełyku. W 5-u przypadkach w trakcie wykonywanej gastroscopii założono PEG, zabiegi te stanowiły 1,0% wszystkich badań GOPP.

Na podstawie analizy wyników badań endoskopowych DOPP ustalono, iż ilość rozpoznanych krwawień była dwukrotnie wyższa od liczby krwawień z GOPP. Odsetek krwawień z DOPP w grupie osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%. Najczęściej stwierdzono polipy stanowiące 27,3% przypadków. Podobną ilość stanowiły żylaki odbytu -

21,0% i uchyłki - 20,8%. Rzadziej od krwawienia diagnozowano nadżerki, owrzodzenia i nowotwory.

W analizie częstości występowania krwawienia z GOPP i DOPP wzięto pod uwagę wiek diagnozowanych pacjentów. Największą ilość krwawień rozpoznano u pacjentów w wieku 56-75 lat. Większość stanowiły krwawienia z DOPP u pacjentów w wieku 56-75 lat, ich odsetek wynosił 56,5%. W tym przedziale wiekowym odnotowano również największą ilość krwawień z GOPP, ich wartość wynosiła 44,1%. Wśród pacjentów w wieku 36-55 lat odnotowano wyższą liczbę krwawień z GOPP, ich odsetek był równy 29,5%, a krwawienia z DOPP w tym przedziale wiekowym stanowiły 15,9%. U pacjentów w ostatnim przedziale wiekowym (76 lat <) odnotowana liczba krwawień z DOPP wynosiła 26,1%, a z GOPP 23,5%. Najmniejszą liczbę krwawień odnotowano u pacjentów w wieku 18-35 lat, u których odsetek zdiagnozowanych krwawień z GOPP i DOPP wynosił odpowiednio 2,9% i 1,5%.

Krwawienia z przewodu pokarmowego w badanym materiale stanowiły większość w grupie mężczyzn. Ich odsetek wynosił 57,3%, a wśród kobiet 42,7%.

Z analizy częstości występowania krwawień z przewodu pokarmowego z uwzględnieniem miejsca krwawienia i płci pacjentów wynika, iż odsetek krwawień z DOPP w grupie kobiet i mężczyzn jest wyższy i wynosi odpowiednio 68,2% i 66,2%. Krwawienia z GOPP w grupie kobiet stanowią 31,8%, a wśród mężczyzn 33,8%.

Większość krwawień z przewodu pokarmowego diagnozowano u mieszkańców wsi, ich odsetek wynosił 53,4%, a wśród mieszkańców miasta 46,6%.

Wśród pacjentów zamieszkałych w mieście odsetek krwawień z DOPP był wyższy i wynosił 66,7%, natomiast krwawienia z GOPP stanowiły 33,3%. Podobne dane zarejestrowano w grupie osób zamieszkałych na wsi. Odsetek krwawień z DOPP był równy 67,3%, a w przypadku krwawienia z GOPP stanowił 32,7%.

Przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego

Przewód pokarmowy obejmuje GOPP i DOPP. Każdy z odcinków pełni różne funkcje, co predysponuje do występowania schorzeń charakterystycznych dla każdego z nich. W grupie badanych pacjentów przyczyną krwawień z GOPP najczęściej były wrzody - 13 przypadków, w 11-u przypadkach stwierdzono krwawienie z nadżerek. Krwawiące żylaki

przełyku diagnozowano u 7-u pacjentów. Najmniejsza ilość krwawień z GOPP spowodowana była zmianami nowotworowymi 3 przypadki.

W przeważającej ilości powodem występowania krwawienia z DOPP były hemoroidy oraz krwawienia po polipektomii, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania. Krwawienia te wystąpiły odpowiednio w 24-ech i 23-ech przypadkach. Owrzodzenia były przyczyną 14-u odnotowanych krwawień. Najmniejsza ich liczba była spowodowana nowotworami - 8 przypadków.

Klasyfikacja krwawień z GOPP i DOPP

Klasyfikacja krwawień z GOPP opiera się o skalę Forrest, oceniającą aktywność diagnozowanych krwawienia na podstawie obrazu endoskopowego. Krwawienia sklasyfikowane w grupie Ia i Ib to krwawienia tętniące manifestujące się ostrym przebiegiem. W badanej grupie dotyczyły 9-u przypadków. Największą ilość 20 przypadków stanowiły krwawienia sączące - aktywne o łagodnym przebiegu, sklasyfikowane jako Forrest IIa, IIb i IIc. W 5-u przypadkach stwierdzono obecność hematyny - cechy oceniane jako Forrest III, świadczące o przebyłym krwawieniu.

Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP w zależności od ich przyczyn wykazała, że w badanej grupie pacjentów najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Krwawienie z wrzodów w 12-u przypadkach opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żylaków przełyku. Krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność. Najłagodniejszy przebieg miały krwawienia z nadżerek.

W grupie badanych pacjentów krwawienia z DOPP były diagnozowane częściej niż krwawienia z GOPP, lecz ich przebieg w większości przypadków był łagodny. Obecność hematyny - cechę ustabilizowanego krwawienia diagnozowano najczęściej. Ilość krwawień o łagodnym przebiegu była różna w zależności od przyczyny krwawienia. Porównywalną ilość niezależnie od przyczyny stanowiły krwawienia o średniej aktywności. Większość tętniących krwawień wystąpiła po polipektomii, w kilku przypadkach przyczyną masywnego krwawienia było owrzodzenie.

Zastosowane metody hemostazy endoskopowej

W zależności od lokalizacji miejsca krwawienia z przewodu pokarmowego oraz jego aktywności stosuje się różne metody hemostazy endoskopowej. Ich dobór był dokonany w oparciu o obraz endoskopowy i dostępność metod stosowanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. W tamowaniu krwawień z GOPP najczęściej stosowana była metoda iniekcyjna, której użyto w 10-u przypadkach. APC i klipsowanie krwawiącego naczynia wykorzystano odpowiednio w 6-u i 7-u przypadkach. Opaskowanie krwawiących żyłaków przełyku wykonano 5 razy. GoldProbe użyto przy tamowaniu 3-ech krwawień. W 3-ech przypadkach konieczne było zastosowanie kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. W tamowaniu krwawień z DOPP przeważającą większość stanowiło klipsowanie i użycie APC, zastosowane odpowiednio w 16-u i 15-u przypadkach. W tej samej ilości przy tamowaniu krwawień wykorzystano GoldProbe i metodę iniekcyjną - 6 przypadków. W tamowaniu krwawienia z DOPP 2 razy zaistniała konieczność zastosowania jednocześnie kilku metod hemostazy endoskopowej.

Miejsce krwawienia i jego stopień aktywności ma decydujący wpływ na dobór odpowiedniej metody hemostazy endoskopowej. W przypadku krwawień o dużej aktywności najczęściej stosowano kliprowanie krwawiącego naczynia. Przy krwawieniach z żyłaków przełyku wykonano opaskowanie. W przypadku krwawienia z małą dostępnością zastosowano GoldProbe i użyto kilku metod jednocześnie. APC i metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach o średniej i małej aktywności.

Przy tamowaniu aktywnych, masywnych krwawień z DOPP najczęstsze zastosowanie miało klipsowanie krwawiącego naczynia - 16 przypadków, w 6-u przypadkach użyto GoldProbe, a trzykrotnie zastosowano kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. Metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach sączących o średnim stopniu nasilenia. W 15-u przypadkach krwawień z DOPP charakteryzujących się małym stopniem aktywności lub z cechami ustabilizowanego krwawienia stosowano APC.

W tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego w badanej grupie pacjentów zastosowano nowoczesne techniki hemostazy endoskopowej uzyskując wysoki odsetek skuteczności, który był równy 102/103 przypadki, co stanowiło 99,1% wszystkich diagnozowanych i leczonych krwawień. Trafny dobór metod tamowania krwawienia dostępnych w placówce był zgodny z obowiązującymi standardami i wytycznymi.

W połączeniu z wykonaniem badań w optymalnym czasie od pojawienia się cech krwawienia, miał decydujące znaczenie w skutecznym i trwałym jego opanowaniu. Analiza częstości zastosowania technik hemostazy endoskopowej w zależności od stopnia aktywności wg skali Forrest wykazała, że w masywnych, aktywnych krwawieniach pochodzenia nieżylakowego - Forrest Ia, Ib, IIa najczęściej używano kilku metod jednocześnie oraz GoldProbe. Klipsowanie krwawiącego naczynia miało zastosowanie w krwawieniach nieżylakowych o różnym nasileniu (sklasyfikowanych jako Forrest Ia, Ib, IIa, IIb i IIc). W tamowaniu krwawień o średniej i małej aktywności (Forrest IIa, IIb, IIc i III) najczęściej używano metody iniekcyjnej. Przy krwawieniach z cechami ustabilizowanego krwawienia (Forrest IIa, IIb i III) decydującą większość stanowiły zabiegi z użyciem APC. Do zabezpieczenia krwawień pochodzenia żylakowego, które manifestowały się dużą masywnością w aktywnym ich przebiegu zastosowano opaskowanie kolumn żylakowych - metody preferowanej w leczeniu tego rodzaju krwawień.

Tylko w 1/103 przypadki krwawień diagnozowanych wśród pacjentów z grupy objętej badaniami, sklasyfikowanym jako masywny, aktywny krwotok z DOPP - Forrest Ia, uzyskano efekt czasowej hemostazy pozwalający na bezpieczne przekazanie pacjenta na oddział Chirurgii w celu leczenia operacyjnego. Procent powikłań po endoskopowym tamowaniu krwawienia w badanej grupie był zadawalający i oscylował w średniej wartości odsetka powikłań po endoskopii zabiegowej stosowanej w tamowaniu krwawienia z przewodu pokarmowego, opisywanych w literaturze i wynosił 0,9%.

DYSKUSJA

Endoskopia jest najczęstszą metodą diagnostyczną schorzeń przewodu pokarmowego, gdyż umożliwia precyzyjne rozpoznanie, leczenie i monitorowanie przebiegu chorób GOPP i DOPP. Rozpoczyna całość postępowania medycznego, obejmującego decyzję o hospitalizacji i jej miejsca oraz pilność wykonania endoskopii zabiegowej, intensywność monitorowania, czy też włączenia leczenia farmakologicznego [4].

Badania endoskopowe układu pokarmowego wykonuje się na podstawie skierowania. W kwalifikacji do endoskopii istotne jest uzyskanie podstawowych danych dotyczących przebiegu choroby, chorób współistniejących i zażywanych przez pacjenta leków, a w szczególności preparatów obniżających krzepliwość krwi [4].

W 2022 roku w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach przeprowadzono 810 badań przewodu pokarmowego. Badania endoskopowe obejmowały diagnostykę górnego

i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Wykonano 411 gastrokopii i 399 kolonoskopii ich odsetek był przybliżony i wynosił odpowiednio 50,7% i 49,3% badanej grupy.

Endoskopię przewodu pokarmowego przeprowadzono u pacjentów hospitalizowanych i kierowanych na badania przez lekarzy z Lecznictwa Otwartego, ich odsetek wynosił odpowiednio 37,0% i 63,0%. Przy czym w diagnostyce schorzeń DOPP większość stanowili pacjenci hospitalizowani - 55,1%, pozostałe 44,9% stanowiły kolonoskopie wykonane na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego.

W przypadku badań GOPP odsetek hospitalizowanych pacjentów wynosił zaledwie 19,5%. Zdecydowana większość gastrokopii - 80,5%, wykonana była na podstawie skierowania z Lecznictwa Otwartego.

Według Daniluka diagnostyka endoskopowa ma olbrzymie znaczenie w rozpoznaniu schorzeń przewodu pokarmowego, których częstość występowania jest uzależniona od badanej populacji [5].

Na podstawie analizy dokumentacji ustalono, że w trakcie przeprowadzania badań GOPP, krwawienie stwierdzono u 8,2% pacjentów, gastropatię zdiagnozowano u 31,3% badanych osób. Podobną ilość stanowiły gastropatie nadżerkowe - 22,6% i zapalenie przełyku - 20,3%. Rzadziej niż krwawienie diagnozowano wrzody, polipy, heteroplazję i żylaki przełyku. W 5-u przypadkach w trakcie wykonywanej gastrokopii założono PEG, zabiegi te stanowiły 1,0% wszystkich badań GOPP.

Odsetek rozpoznanych krwawień z DOPP był dwukrotnie wyższy od liczby krwawień z GOPP i w grupie osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%.

W diagnostyce DOPP najczęściej stwierdzono polipy - 27,3% przypadków. Podobną ilość stanowiły żylaki odbytu - 21,0% i uchyłki - 20,8%. Rzadziej od krwawienia diagnozowano nadżerki, owrzodzenia i nowotwory.

Endoskopia przewodu pokarmowego obejmuje badania diagnostyczne i zabiegowe. Do endoskopii zabiegowych zalicza się badania z polipektomią i z zastosowaniem wszystkich metod hemostazy [6].

W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły badania diagnostyczne z pobraniem materiału do oceny histopatologicznej. Na podstawie analizy wyników badań endoskopowych osób z badanej grupy ustalono, że endoskopię diagnostyczną przeprowadzono u 71,0% pacjentów, a u pozostałych 29,0% wykonano endoskopię zabiegową.

Ilość endoskopii diagnostycznych i zabiegowych była zróżnicowana przy badaniach GOPP i DOPP. Odsetek gastrokopii z biopsją wynosił 83,7%, a kolonoskopii 53,1%,

dodatkowe 2,7% i 2,3% obejmowały odpowiednio gastroskopie i kolonoskopie diagnostyczne bez biopsji.

Zdecydowaną większość stanowiły kolonoskopie zabiegowe: 27,3% polipektomie i 17,3% endoskopie zabiegowe stosowane w tamowaniu krwawienia z DOPP. Przy diagnostyce GOPP gastroskopię z polipektomią i z tamowaniem krwawienia wykonano odpowiednio u 5,3% i 8,3% pacjentów.

Durko, Małecka-Panas [7] przedstawili podział krwawień. Ze względu na lokalizację i odmienną diagnostykę, wyróżnia się krwawienia z górnego i dolnego odcinka. Ponadto w krwawieniach z GOPP ze względu na inny sposób leczenia wyróżnia się: krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego i krwawienia z żylaków przełyku. Ich rozpoznanie i leczenie opiera się przede wszystkim na badaniach endoskopowych.

W analizowanym materiale krwawienie do światła przewodu pokarmowego stwierdzono w 103 przypadkach - 12,7% grupy badawczej. Większość stanowiły krwawienia z DOPP rozpoznane w 69 przypadkach, krwawienie z GOPP zdiagnozowano u 34 osób. Odsetek krwawień z DOPP obejmował 67,0%, a z GOPP zaledwie 33,0% wszystkich zarejestrowanych krwawień.

Baniukiewicz i wsp. w publikacji „Ostre krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżylakowej: epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku”, przedstawili dane dotyczące częstości występowania krwawień [8].

Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego stanowią najczęstszy stan nagły w gastroenterologii. Na świecie występują z szacowaną roczną częstością wynoszącą 40-150 przypadków na 100 000 ludności. Leczenie powinno odbywać się w ośrodkach zapewniających odpowiedni sprzęt i przeszkoloną załogę. Według innych źródeł uzyskano podobne informacje. Podaje się w nich, że częstość występowania krwawienia z GOPP waha się 48-160 przypadków na 100 000 osób dorosłych na rok, a śmiertelność wynosi 10-14% [9].

Krwawienia z GOPP stanowiły zdecydowaną mniejszość wśród wszystkich zarejestrowanych krwawień z przewodu pokarmowego. W trakcie przeprowadzania badań GOPP w grupie obejmującej 411 osób, odsetek krwawień wynosił 8,2%.

Nowakowska-Duława i wsp. w publikacji „Rozpoznanie i leczenie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Omówienie wytycznych British Society of Gastroenterology 2019”, zamieścili dane statystyczne dotyczące częstości występowania krwawienia z DOPP. Według autorów stanowią one około 25-33% wszystkich krwawień

z przewodu pokarmowego. Śmiertelność spowodowana tymi krwawieniami wynosi 5% i jest niższa niż w przypadku krwawień z GOPP [10].

Amerykańskie Towarzystwo Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ASGE) publikuje przybliżone dane: krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego stanowi 20-30% spośród wszystkich rozpoznanych krwawień do przewodu pokarmowego i ma zazwyczaj łagodniejszy przebieg od krwawień z GOPP [11].

Na podstawie analizy wyników badań ustalono, iż ilość rozpoznanych krwawień z DOPP była dwukrotnie wyższa od liczby krwawień z GOPP. Statystyki te różni się znacznie od danych zamieszczonych w literaturze.

Odsetek krwawień w grupie 399 osób poddanych kolonoskopii wynosił 17,2%, a ich przebieg w większości przypadków był łagodny. Obecność hematyny - cechę ustabilizowanego krwawienia diagnozowano najczęściej. Ilość krwawień o łagodnym przebiegu była różna w zależności od przyczyny krwawienia.

Porównywalną ilość nie zależnie od przyczyny stanowiły krwawienia o średniej aktywności. Większość tętniących krwawień wystąpiła po polipektomii, w kilku przypadkach przyczyną masywnego krwawienia było owrzodzenie

Według ASGE krwawienie występuje najczęściej u osób w wieku 63–77 lat [11]. Jest to zgodne z obserwacjami w przeprowadzonym badaniu. W badaniach innych autorów stwierdzono, że u osób starszych występuje więcej chorób współistniejących oraz większy odsetek pacjentów przyjmuje leki przeciwkrzepliwe, co zwiększa ryzyko wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego [12].

W badanej grupie największą ilość krwawień zarejestrowano u pacjentów w wieku 56-75 lat. Większość stanowiły krwawienia z DOPP - 56,5%. W tym przedziale wiekowym odnotowano również największą ilość krwawień z GOPP, ich wartość wynosiła 44,1%. Częstość występowania krwawień u pacjentów w ostatnim przedziale wiekowym (76 lat <) z DOPP wynosiła 26,1%, a z GOPP 23,5%. Wśród osób młodych w pierwszym przedziale wiekowym obejmujących pacjentów w wieku 18-35 lat, odsetek zdiagnozowanych krwawień z GOPP i DOPP wynosił odpowiednio 2,9% i 1,5%.

Bartnik podkreśla rolę zespołu endoskopowego, lekarzy i pielęgniarek, która polega na ustaleniu lokalizacji, przyczyny i stopnia krwawienia oraz prawidłowej kwalifikacji do wdrożenia odpowiedniej zabiegowej techniki endoskopowej. Ustalenia te mają istotne znaczenie, gdyż krwawienia do przewodu pokarmowego przebiegają z różną intensywnością i wymagają podjęcia odmiennego leczenia w zależności od stanu chorego [13].

Marek i wsp. stwierdzili, że krwawienie do przewodu pokarmowego nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej. Jest bowiem powikłaniem wielu pierwotnych przewlekłych i ostrych chorób układu pokarmowego. Każdy z odcinków pełni różne funkcje, co predysponuje do występowania schorzeń charakterystycznych dla każdego z nich. Według publikacji najczęstszą przyczyną krwawień z GOPP są wrzody dwunastnicy - 25%, krwawiące wrzody żołądka stanowią 15,9%, krwawienie z nadżerek 15,4%, nieco rzadziej diagnozuje się krwawienie z przełyku spowodowane żylakami, zapaleniem, czy rozdarciem Mallory'ego-Weissa. Nowotwory są przyczyną 2,3%, a 8,9% krwawień jest z przyczyn niewyjaśnionych [14].

W grupie badanych pacjentów przyczyną krwawień z GOPP najczęściej były wrzody - 13 przypadków, w przybliżonej ilości 11-u przypadków, stwierdzono krwawienie z nadżerek. Krwawiące żylaki przełyku diagnozowano u 7-u pacjentów. Najmniejsza ilość krwawień z GOPP spowodowana była zmianami nowotworowymi.

W przedstawionym materiale 103 chorych z objawami klinicznymi krwawienia z przewodu pokarmowego poddano endoskopii w celu ustalenia lokalizacji i aktywności krwawienia, oraz kwalifikacji i wdrożenia interwencji zabiegowej z zastosowaniem odpowiednich metod hemostazy endoskopowej. Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP w zależności od ich przyczyn wykazała, że w badanej grupie pacjentów najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Krwawienie z wrzodów w 12. przypadkach opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żylaków przełyku. Krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność. Najłagodniejszy przebieg miały krwawienia z nadżerek.

Ze względu na odmienny sposób zaopatrzenia i różne rokowanie w krwawieniu do górnego odcinka przewodu pokarmowego wyróżnia się krwawienia z żylaków przełyku lub żołądka oraz krwawienia nieżylakowe [3].

W przedstawionym materiale krwawienie z żylaków stwierdzono u 7 osób, nieżylakowe krwawienie z GOPP rozpoznano w 27 przypadkach.

Wróblewski i Dąbrowski w artykule „Zasady leczenia krwawień z żylaków przełyku zwracają uwagę na odmienny charakter krwawień w zależności od ich przyczyn” przedstawili, że przebieg krwawienia pochodzenia nieżylakowego jest zwykle mniej intensywny niż krwawienie z żylaków. Głównymi metodami tamowania krwawień z GOPP są metody iniekcyjne, koagulacyjne oraz mechaniczne. W przypadku krwawiących żylaków

przełyku leczenie endoskopowe polega na założeniu opasek lub ostrzykiwaniu - skleroperapii [15].

Ciesielski i wsp. [16] opublikowali dane statystyczne według, których krwawienie z DOPP spowodowana jest najczęściej chorobami okolicy odbytniczej (hemoroidy, szczelina odbytu, zapalenie odbytu i odbytnicy, przetoki, uszkodzenia mechaniczne) są przyczyną 4-10% wszystkich krwawień z DOPP. Do pozostałych przyczyn zalicza się polipy jelita grubego, uchyłki jelita grubego, patologie naczyniowe w jelicie grubym i raka jelita grubego. Według danych statystycznych w cytowanej publikacji, dotyczących częstości występowania poszczególnych przyczyn krwawienia z DOPP wynika, iż największą ich liczbę stanowiły guzki krwawnicze - 25 osób (27%), a następnie polipy - 9 osób (9,7%), szczelina - 4 pacjentów (4,2%), przetoka odbytu - 2 pacjentów (2,1%) i guz jelita grubego - 1 osoba (1%).

W prezentowanej pracy uzyskano bardzo podobne wyniki, według których najczęstszym powodem występowania krwawienia z DOPP były hemoroidy oraz krwawienia po polipektomii, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania. Krwawienia te rejestrowano odpowiednio w 24-ech i 23-ech przypadkach. Owrzodzenia były przyczyną 14-u odnotowanych krwawień, a najmniejsza ich liczba była spowodowana nowotworami.

Rodzaj, intensywność i częstość krwawień uzależniona jest bezpośrednio od przyczyny. W świetle obecnych opracowań za najczęstsze przyczyny krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego o najbardziej intensywnym ich przebiegu wymienia się: guzki krwawnicze, szczelinę odbytu, chorobę uchyłkową jelita grubego, polipy i guzy jelita grubego. Wśród mniej częstych przyczyn, które cechuje mniejsza aktywność krwawienia, wymienia się również choroby zapalne jelit, angiodysplazję jelit [16].

Endoskopia zabiegowa stosowana w tamowaniu krwawienia z układu pokarmowego jest dynamicznie rozwijającą się metodą leczenia, a ciągły rozwój nowych technologii, stwarza możliwości stosowania coraz bardziej zaawansowanej terapii [17].

Leczenie endoskopowe w przypadku krwawienia do przewodu pokarmowego jest uznawane za standard i powinno być przeprowadzone u wszystkich chorych, u których stan ogólny umożliwia wykonanie endoskopii. Dobór metody leczenia opiera się zazwyczaj o ocenę intensywności krwawienia według skali Forrest [11].

U chorych z aktywnym krwawieniem (FIa, FIb), Daniluk i Dąbrowski zalecają zastosowanie endoskopowej terapii skojarzonej z użyciem iniekcji adrenaliny oraz drugiej metody hemostazy (kontaktowej terapii termicznej lub mechanicznej). W przypadku zmian

typu FIIa (niekrwawiące naczynie) w monoterapii zaleca się natomiast terapię termiczną (kontaktową lub bezkontaktową), mechaniczną lub iniekcję środka obliterującego [5].

W leczeniu chorych z krwawieniem do górnego odcinka pochodzenia nieżyłakowego wykorzystuje się najczęściej endoskopowe metody iniekcyjne w połączeniu z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. Dobór odpowiedniej metody zaopatrzenia krwawienia jest ściśle związany z jego źródłem. Inne są możliwości terapeutyczne w górnym i dolnym odcinku przewodu pokarmowego [18].

Jedną z głównych metod endoskopowych wykorzystywanych w leczeniu jest metoda iniekcyjna. Stosowana jest również koagulacja naczyń i tkanek, które bezpośrednio otaczają miejsce krwawienia - ta metoda pozwala na uzyskanie hemostazy. Jedyną stosowaną obecnie metodą koagulacji bezkontaktowej jest plazmowa koagulacja argonowa (ang. argon plasma coagulation – APC). Leczenie endoskopowe zwykle polega na połączeniu metody iniekcyjnej z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. W literaturze dostępne są wyniki badań, które potwierdzają, że kombinacja dwóch metod jest lepsza niż ta, w której zastosowano tylko jedną metodę endoskopową [14].

W wybranych przypadkach aktywnego krwawienia (FIIa i FIIb) z wrzodu o średnicy >2cm, z widocznym naczyniem >2mm, zlokalizowanym w obszarach o bogatym unaczynieniu lub z nasilonym włókniem jako terapię endoskopową pierwszego wyboru można rozważyć zastosowanie klipsa OTS (*over the scope*) [17].

Spośród nowych metod coraz częściej wykorzystuje się różne substancje o działaniu homeostatycznym, np. hemospray. Metoda ta pozwala na bezkontaktowe zastosowanie proszku o właściwościach hemostatycznych, który naniesiony na krwawiące naczynie powoduje jego obkurczenie i prowadzi do zatamowania krwawienia.

W badanej grupie pacjentów z krwawieniem z przewodu pokarmowego zastosowano różne metody hemostazy endoskopowej w zależności od lokalizacji miejsca krwawienia oraz jego aktywności. Ich dobór był dokonany w oparciu o obraz endoskopowy i dostępność metod stosowanych w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Mońkach. W tamowaniu krwawień z GOPP najczęściej stosowana była metoda iniekcyjna, której użyto w 10-u przypadkach. APC i klipsowanie krwawiącego naczynia wykorzystano odpowiednio w 6-u i 7-u przypadkach. Opaskowanie krwawiących żyłaków przełyku wykonano 5 razy. GoldProbe użyto przy tamowaniu 3-ech krwawień. W 3-ech przypadkach konieczne było zastosowanie kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. W tamowaniu krwawień z DOPP przeważającą większość stanowiło klipsowanie i użycie APC, zastosowane odpowiednio w 16-u i 15-u przypadkach. W tej samej ilości przy tamowaniu krwawień wykorzystano

GoldProbe i metodę iniekcyjną - 6 przypadków. W tamowaniu krwawienia z DOPP 2 razy zaistniała konieczność zastosowania kilku metod hemostazy endoskopowej jednocześnie. Skuteczności i bezpieczeństwo wykorzystania terapii endoskopowej w leczeniu krwawień do przewodu pokarmowego potwierdzone zostały w wielu publikacjach. Skuteczność terapii endoskopowej w piśmiennictwie sięga 80–93% w zależności od zastosowanej metody leczenia endoskopowego [19].

W tamowaniu krwawień z przewodu pokarmowego w badanej grupie pacjentów zastosowano nowoczesne techniki hemostazy endoskopowej uzyskując wysoki odsetek skuteczności. Dokonanie trafnego doboru metod dostępnych w placówce i wykonanie badań w optymalnym czasie od pojawienia się cech krwawienia, miało decydujące znaczenie w skutecznym i trwałym jego opanowaniu. W przedstawionej pracy skuteczność zaopatrzenia endoskopowego, czyli liczba udanych zabiegów endoskopowych, wynosiła 102/103 przypadki krwawienia. Odsetek powikłań wyniósł jedynie 0,9%, co jest wynikiem zbliżonym do wyników publikowanych przez innych autorów. Odsetek powikłań w przypadku endoskopowego leczenia krwawienia z przewodu pokarmowego w wynikach przedstawionych przez Eisena wynosi 0,7-5% [20].

Wykonanie endoskopii w masywnym krwawieniu do dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest bardzo trudne, ponieważ możliwość oceny nieprzygotowanego jelita zwykle jest niewielka. W przypadku masywnego krwotoku, endoskopię DOPP wykonuje się, gdy jelito oczyści się w stopniu umożliwiającym ocenę. Marek i wsp., w każdym przypadku niepowodzenia leczenia endoskopowego, a także przy niepewnym zaopatrzeniu u osób z grupy wysokiego ryzyka zgonu zalecają zastosowanie leczenia chirurgicznego [14].

W przedstawionym materiale tylko w jednym przypadku krwotoku z DOPP uzyskano efekt czasowej hemostazy pozwalający na bezpieczne przekazanie pacjenta na oddział Chirurgii w celu leczenia operacyjnego. Biorąc pod uwagę prezentowane wyniki, należy zaznaczyć, że leczenie endoskopowe wdrożone u wszystkich chorych z czynnym krwawieniem do przewodu pokarmowego. W przedstawionym materiale krwawienie do światła przewodu pokarmowego stwierdzono u 103 chorych, co stanowiło 12,7% badanej grupy. Skuteczność leczenia endoskopowego była uzyskana w 102/103 przypadki, ich odsetek był równy 99,1%. W oparciu o powyższe dane można stwierdzić, że leczenie endoskopowe powinno być postępowaniem z wyboru w grupie chorych z krwawieniem z przewodu pokarmowego niezależnie od jego lokalizacji. Odsetek powikłań wynoszący 0,9% świadczy o wysokiej skuteczności i bezpieczeństwie endoskopowych metod hemostazy. Należy jednak pamiętać, że uzyskiwane wyniki mogą się istotnie różnić w odniesieniu do

innej grupy pacjentów, gdyż w dużym stopniu uzależnione są od wieku pacjentów, chorób towarzyszących oraz źródła i stopnia nasilenia krwawienia.

Na podstawie przedstawionych wyników i opinii autorów, które zawarto w dyskusji można stwierdzić, że uzyskane wyniki badań własnych różniły się nieznacznie w przypadku częstości występowania schorzeń przewodu pokarmowego w tym krwawień, gdyż dotyczą cech swoistych badanej grupy. W odniesieniu do zastosowanych metod endoskopowego leczenia krwawień, które wdrożone były zgodnie z publikowanymi wytycznymi i wykonane zostały według obowiązujących procedur, w dużej części korelują z innymi danymi zaczerpniętymi z literatury.

WNIOSKI

1. Krwawienia z DOPP w grupie 399 pacjentów stanowiły 17,2%, a krwawienia z GOPP w grupie obejmującej 411 osób - 8,2%.
2. Największą liczbę krwawień z przewodu pokarmowego zdiagnozowano u pacjentów w przedziale wiekowym 56-75 lat, w grupie mężczyzn i mieszkańców wsi.
3. Najczęstszą przyczyną krwawień z GOPP w badanej grupie były wrzody i nadżerki.
4. Powodem występowania krwawienia z DOPP w przeważającej ilości były hemoroidy oraz krwawienia, które wystąpiły na skutek działań mechanicznych po usunięciu dużych zmian polipowatych i wymagały odnotowania w wyniku badania.
5. Analiza stopnia aktywności krwawień z GOPP wykazała, że najczęściej diagnozowano krwawienia o średniej aktywności. Dużą aktywnością charakteryzowały się krwawienia z żyłaków przełyku. Krwawienie z wrzodów najczęściej opisano jako czynne o nasilonym przebiegu. Natomiast krwawiące zmiany nowotworowe we wszystkich przypadkach miały średnią aktywność.
6. W grupie badanych pacjentów krwawienia z DOPP miały przebieg w większości przypadków był łagodny.
7. W przypadku krwawień z GOPP o dużej aktywności najczęściej stosowano klipsowanie krwawiącego naczynia. Przy krwawieniach z żyłaków przełyku wykonano opaskowanie. W przypadku krwawienia z małą dostępnością zastosowano GoldProbe i użyto kilku metod jednocześnie. APC i metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy krwawieniach o średniej i małej aktywności.
8. W tamowaniu aktywnych, masywnych krwawień z DOPP najczęstsze zastosowanie miało klipsowanie krwawiącego naczynia. Metoda iniekcyjna miała zastosowanie przy

krwawieniach sączących o średnim stopniu nasilenia. W krwawieniach z DOPP, charakteryzujących się małym stopniem aktywności lub z cechami ustabilizowanego krwawienia najczęściej stosowano APC.

PIŚMIENNICTWO

1. Głuszek S.: Chirurgia Podstawy. PZWL, Warszawa 2019: 137-138.
2. Szmidt J., Kużdżał J., (red.): Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
3. Ładny R. J.: Masywne krwawienie z żylaków przełyku jako problem diagnostyczno-leczniczy. Standardy postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. Postępy Nauk Medycznych 2009; 6: 469-473.
4. Daniluk J., Dąbrowski A.: Choroby przewodu pokarmowego - postępy 2021/2022 (cz.1). Medycyna Praktyczna 2022; 7-8: 72-80.
5. Daniluk J., Dąbrowski A.: Choroby przewodu pokarmowego - postępy 2021/2022 (cz.2). Medycyna Praktyczna 2022, 10: 43-53.
6. Konturek S.J., Krwawienie z przewodu pokarmowego. [w:] Konturek S. J. (red.). Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. PZWL, Warszawa 2006: 468–477.
7. Durko Ł., Małecka-Panas E.: Krwawienia z przewodu pokarmowego. Pediatria Medycyny Rodzinnej 2011; 7: 17-29.
8. Baniukiewicz A., Lichwierowicz A., Maluchnik M., Wasilewicz M., Woynarowski M.: Ostre krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego o etiologii nieżylakowej - epidemiologia, etiologia i wyniki leczenia w Polsce w 2014 roku. Gastroenterologia Kliniczna 2018; 2: 39-51.
9. Oakland K., Chadwick G., East J.E. et al.: Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: Guidelines from the British Society of Gastroenterology 2019; 68: 776–789.
10. Nowakowska-Duława i wsp.: Rozpoznanie i leczenie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Omówienie wytycznych British Society of Gastroenterology 2019. Medycyna Praktyczna, 2020;6: 45-50.
11. Shabana F.: The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding - ASGE Standards Of Practice Committee. Gastrointest Endosc 2014; 79(6): 875-885.
12. Gralnek I.M.: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015: 42-46.

13. Bartnik W.: Gastroenterologia - postępy 2009. Medycyna Praktyczna 2010; 5: 24-34.
14. Marek T., Baniukiewicz A., Wallner G., Rydzewska G., Dąbrowski A.: Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego. Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3: 1-22.
15. Wróblewski E., Dąbrowski A.: Zasady leczenia krwawień z żyłaków przełyku. Przegląd Gastroenterologiczny 2010; 5 (3): 123-144.
16. Ciesielski P., Kołodziejczak M., Górnicki K.: Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego pułapką diagnostyczną – badanie prospektywne 200 pacjentów przebadanych w Przyszpitalnej Poradni Chirurgicznej Szpitala w Wołominie. Nowa Medycyna 2008; 4: 5-9.
17. Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J. et al.: Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline - update 2021. Endoscopy 2021; 53: 300-332.
18. Kurek K., Baniukiewicz A.: Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego - wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Gastroenterologia Praktyczna 2014; 3: 30–48.
19. Belletrutti P.J.: Endoscopic management of gastric varices: efficacy and outcomes of gluing with N-butyl-2- cyanoacrylate in a North American patient population. Can J Gastroenterol Hepatology 2008; 22(11): 931-936.
20. Eisen G.M.: Complications of upper GI endoscopy. Gastrointest Endoscop 2002;55(7): 784-793.

STOMIA – I CO DALEJ

Ewa Gryka¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ - SP ZOZ Wojewódzki Szpital i. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Poradnia specjalistyczna

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Wytwarzanie stomii jest częstym zabiegiem w specjalnościach chirurgicznych. Mogą być tworzone jako środek tymczasowy lub stały. Pomimo postępów w technice chirurgicznej i opiece stomijnej powikłania są częste. Pacjenci, u których wystąpiły powikłania związane ze stomią, często zgłaszają się na oddział ratunkowy. Stomia jelitowa odgrywa kluczową rolę w operacjach planowych i nagłych. Często są one niezbędne, aby zapobiec potencjalnie niszczycielskim powikłaniom lub uratować życie. Doradztwo z pacjentami i staranna konstrukcja zapobiegają powikłaniom i minimalizują efekt przetoki jelitowej.

ROZWINIĘCIE

Stomia to greckie słowo i termin medyczny oznaczający „usta” lub „otwarcie”. Stomia powstaje z wielu różnych powodów, w tym z powodu choroby, urazu lub wady wrodzonej [1].

Szacuje się, że każdego roku ponad 13500 osób przechodzi operację stomii, a najczęstszymi przyczynami stomii są rak jelita grubego, rak pęcherza moczowego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna, i wiele innych [1].

Stomia to chirurgiczne otwarcie pomiędzy wydrążonym narządem a powierzchnią ciała, które powstaje, gdy zespolenie nie jest możliwe, albo ze względu na wysokie ryzyko niepowodzenia, albo gdy dystalnie nie ma nic, do czego można by się przyczepić (rycina 1).

Stomię można tworzyć w przewodzie pokarmowym (kolostomie i ileostomie) oraz w układzie moczowo-płciowym (urostomie) jako tymczasowe lub stałe rozwiązania do przekierowania stolca lub moczu. Wytworzenie stomii można wykonać w ramach planowej operacji lub w nagłych wypadkach [2].



Rycina 1. Przykład stomii [1]

Pierwsza celowa stomia została wytworzona w 1776 r. przez francuskiego chirurga M. Pillore, który wyłonił przetokę jelitową w celu leczenia raka odbytnicy [3].

W 1793 roku Duret jako pierwszy przeprowadził skuteczną operację wyłonienia przetoki na jelicie grubym. Przez pozostałe lata XVIII wieku wprowadzano tę interwencję chirurgiczną w leczeniu niedrożności mechanicznej jelit oraz raka jelita grubego. Przetoka na jelicie cienkim (ileostomia) nie była stosowana przez cały wiek XIX [3].

Pionierską ileostomię wyłonił w 1879 roku Wilhelm Baum. Zabieg ten wykonany został z przyczyn niedrożności okrężnicy [3].

W 1952r. Brock opisał metodę operacji chirurgicznej wyłonienia ileostomii. W tym samym czasie Turnbull i Crile stworzyli pracę, która przyczyniła się do zrozumienia fizjologii stomii oraz jej akceptacji przez środowisko naukowe [3].

W 1961r. Turnbull wraz ze swoją pacjentką Gill stworzyli pierwszą szkołę dla specjalistów w opiece nad pacjentem ze stomią [3].

Stomię często tworzy się jako środek odwracający w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit, nowotworów przewodu pokarmowego oraz niedrożności, perforacji i urazów jelit. Tymczasowa stomia może powstać podczas nagłych operacji, takich jak urazy lub perforacje pustych wnękności, lub w ramach planowanego, wieloetapowego zabiegu chirurgicznego

jako środek ochronny, gdzie służy jako środek ochronny przed przedostaniem się treści kałowej do dystalnej części jelita segmentu i powodując powikłania zespolenia. Stałe stomie powstają po usunięciu anorektum, na przykład u pacjentów z rakiem lub cierpiących na choroby zapalne jelit, lub w przypadkach, gdy zespolenie nie jest możliwe, na przykład w przypadku powikłań związanych z urazem lub promieniowaniem [4]. Najczęstsze wskazania do tworzenia stomii są następujące:

- rak i powikłania pokrewne (niedrożność),
- powikłania związane z chorobą uchyłkową,
- powikłania związane z nieswoistymi zapaleniami jelit (choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego),
- uraz,
- perforacja jelita,
- popromienne zapalenie jelit,
- ochrona zespolenia dystalnego,
- leczenie nieszczelności zespolenia.

Stomia jelitowa to chirurgiczne ujście jelita lub dróg moczowych na przednią ścianę jamy brzusznej [4].

Można je sklasyfikować według lokalizacji anatomicznej:

- ileostomia,
- przewód jelita krętego,
- kolostomia poprzeczna/ esicy.

Można je dalej kategoryzować według typu stomii:

- składające się z pojedynczego światła jelita (stomie końcowe),
- dające dostęp do doprowadzającej i odprowadzającej kończyny (stomie „pętlowe” lub „dwulufowe”. Każdy typ może być tymczasowy lub stały, w zależności od ich roli.

Możliwość stomii należy omówić z pacjentami poddawany planowej lub pilnej operacji jelita grubego.

Pielęgniarka stomijna powinna być zaangażowana jak najwcześniej. Lokalizacja i budowa stomii ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia dobrej jakości życia i uniknięcia problemów z zarządzaniem. Przedoperacyjnie ocenia się pacjentów w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej oraz zaznacza najlepsze miejsca. Idealnie byłoby, gdyby skóra otaczająca proponowaną stomię była płaska i dobrze widoczna, dlatego należy unikać pępka, zmarszczek skórnych, wypukłości kostnych, blizn chirurgicznych/przeszczepów skóry i linii pasa. W nagłych

przypadkach, gdy miejsca wyłonienia stomii mogą nie być zaznaczone, stomii nie należy umieszczać zbyt nisko na ścianie brzucha, ponieważ może być trudno widoczna i dostępna (szczególnie u osób otyłych) [4].

W ścianie jamy brzusznej tworzy się otwór (o szerokości około dwóch koniuszków palców) z dobrym wyrównaniem między nacięciami w skórze, powięzi i otrzewnej. Dobrze unaczyniony, wolny od napięcia odcinek jelita powinien być dostarczony przez mięsień prosty brzucha; umieszczenie przez mięsień prosty zmniejsza ryzyko przepukliny okołostomijnej. Po zamknięciu innych ran jelito otwiera się i mocuje do skóry równomiernie rozmieszczonymi szwami wchłanialnymi [5].

Wycieki z ileostomii (często o zasadowym pH i zawierające aktywowane enzymy trawienne) są odprowadzane prawie w sposób ciągły i podrażniają i trawią niechronioną skórę, jeśli są odsłonięte. Dlatego otwór ileostomii jest uniesiony 2–3 cm od skóry, aby zapewnić przepływ ścieków bezpośrednio do worka stomijnego przy minimalnym kontakcie ze skórą. Jelito kręte jest wywinięte na siebie, tworząc dziobek (ileostomia Brooke'a) [5].

Kolostomia okresowo wydziela uformowany kał, który, chociaż może powodować kontaktowe zapalenie skóry, nie jest bezpośrednio żrący dla skóry. Ponadto stały kał zazwyczaj wpada bezpośrednio do worka stomijnego. Dlatego kolostomie są zszywane równo ze skórą i pozostawiane do lekkiego wydymania, aby zapobiec cofaniu się po przybraniu na wadze. Stomia jest zwykle wykonywana podczas laparotomii, ale można ją również wytworzyć przez małe poprzeczne nacięcie skóry lub trepanację bez wykonywania pełnej eksploracji jamy brzusznej. Może to być spowodowane tym, że laparotomia nie jest wskazana (np. posocznica krocza) lub niezdolnością pacjenta do ostatecznej operacji. Czasami ograniczone nacięcie jest problematyczne, ponieważ jelito może być uwiązane i wymagać mobilizacji, aby umożliwić zadowalające wprowadzenie do rany. Ponadto trudno jest mieć pewność, że dostarczony został prawidłowy segment anatomiczny [5].

Ileostomia końcowa jest konwencjonalnie zlokalizowana w prawym dole biodrowym i zwykle jest to stomia stała. Najpowszechniejszym wskazaniem jest proktokolektomia z powodu nieswoistego zapalenia jelit lub rodzinnej gruczolakowatej polipowatości jelita grubego, chociaż operacja worka krętniczoodbytniczego zmniejszyła potrzebę tego zabiegu. Ileostomia końcowa jest zwykle tymczasowa w warunkach nagłych. Jelito cienkie może być obrzęknięte i kruche, a utworzenie wywiniętego dziobka o długości 2–3 cm może być trudne. Nacięcia wzdłuż błony surowiczej ileostomii mogą ułatwić wywinięcie. Subtotalna kolektomia z ileostomią końcową jest postępowaniem pierwszego rzutu w piorunującym lub perforowanym wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego oraz w dystalnej niedrożności jelita

grubego, gdy jelito ślepe jest nieżywotne lub perforowane. Ileostomia końcowa jest konieczna również po resekcji odcinka jelita cienkiego, gdy wykonanie pierwotnego zespolenia jest niebezpieczne (np. perforacja choroby Leśniowskiego-Crohna, zakrzepowo-zatorowe niedokrwienie jelit) [6].

Dalsza część jelita jest zamknięta i pozostawiona w jamie brzusznej lub uzewnętrzniona w postaci przetoki śluzowej (rycina 2).



Rycina 2. Ileostomia końcowa (a) i przetoka śluzowa (b) [6].

Przetoka śluzowa (Ryc. 2) to zdefunkcjonowany odcinek jelita przyszyty do skóry jako nieczynna stomia. Powstaje w trybie pilnym po subtotalnej kolektomii lub resekcji segmentowej i ileostomii końcowej (kiedy zamknięty dystalny koniec jelita może ulec uszkodzeniu pozostawiony w jamie brzusznej). Przetokę śluzową można uzewnętrznąć w oddzielnym miejscu do stomii końcowej lub przyszyć do niej i uzewnętrznąć jako stomię dwubębnową (np. kolostomia dwubębnowa von Mikulicza). Odwrócenie stomii dwulufowej często można osiągnąć bez laparotomii, ale są one nieporęczne i trudne do opanowania [1].

Relaparotomia jest konieczna do przywrócenia ciągłości jelit i jest wykonywana po wyzdrowieniu pacjenta (zwykle 3–4 miesiące później) [6].

Koniec kolostomii (rycina 3) jest często kolostomią esowatą i zwykle jest zlokalizowany w lewym dole biodrowym. Częstym wskazaniem jest wycięcie brzuszno-kroczone w przypadku guzów odbytu i odbytnicy [1].



Rycina 3. Koniec kolostomii [1].



Rycina 4. Kolostomia pętlowa esicy z mostkiem skórnym [1].

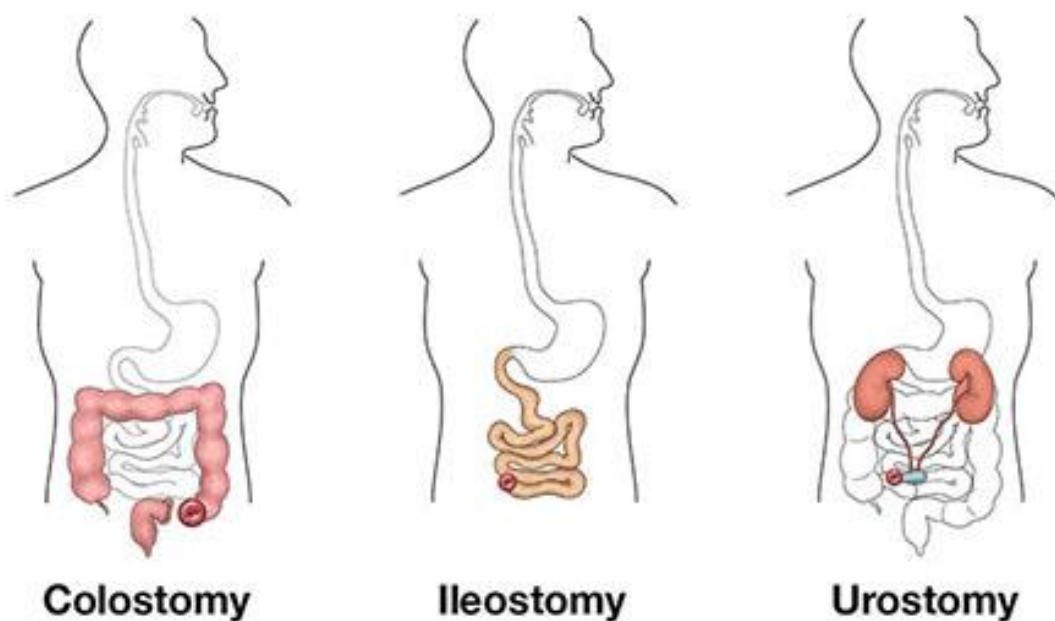
W warunkach nagłych często stosuje się procedurę Hartmanna wykonane z powodu niedokrwienia, perforacji lub niedrożności dystalnej części okrężnicy lub odbytnicy. Powstała kolostomia końcowa jest potencjalnie odwracalna po 3–4 miesiącach, ale jest to znaczące przedsięwzięcie u pacjentów często w podeszłym wieku (śmiertelność 4–5%), a do 40% stomii nie ulega odwróceniu [1].

Kolostomie pętlowe są kształtowane na plastikowym pręcie, aby ograniczyć wczesne wycofywanie. Usuwa się go, gdy zespolenie śluzówkowoskórne dojrzeje (po 5–7 dniach). W nagłych przypadkach stomia pętlowa jest czasami konieczna w leczeniu niedrożności, urazu lub ciężkiej sepsy [1].

RODZAJE STOMII

Istnieją różne rodzaje stomii: kolostomia, ileostomia i urostomia. Każda procedura stomijna jest wykonywana z różnych powodów. Chociaż istnieje wiele podobieństw z tymi trzema stomiami, istnieją również istotne różnice [1].

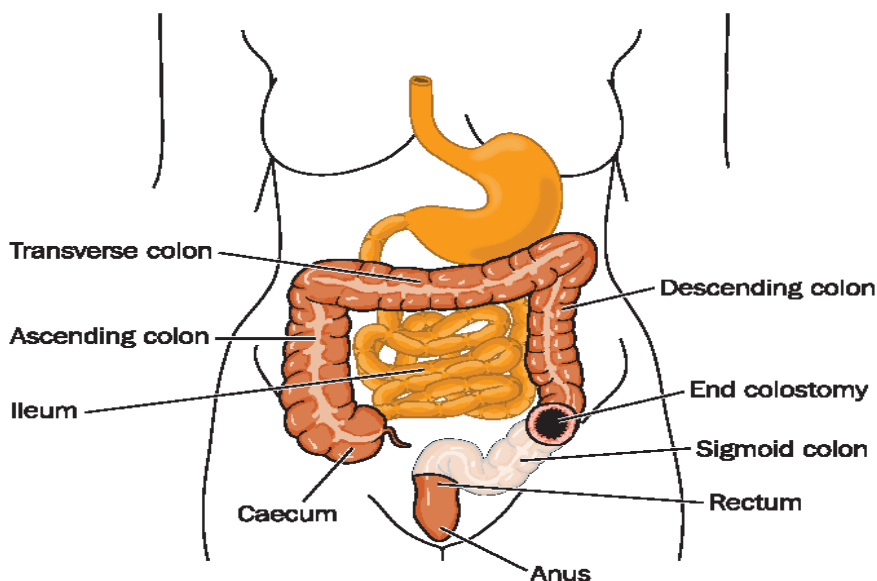
The 3 Types of Ostomies



Rycina 5. Typy stomii [1].

Kolostomia

Chirurgicznie utworzony otwór w jamie brzusznej, w którym kawałek okrężnicy (jelita grubego) jest wyprowadzany na zewnątrz ściany jamy brzusznej w celu utworzenia stomii, przez którą strawiony pokarm przechodzi do zewnętrznego systemu workczków. Kolostomia jest tworzona, gdy część okrężnicy lub odbytnicy zostaje usunięta z powodu procesu chorobowego lub uszkodzonego obszaru okrężnicy (rycina 6) [1].



Rycina 6. Kolostomia [1].

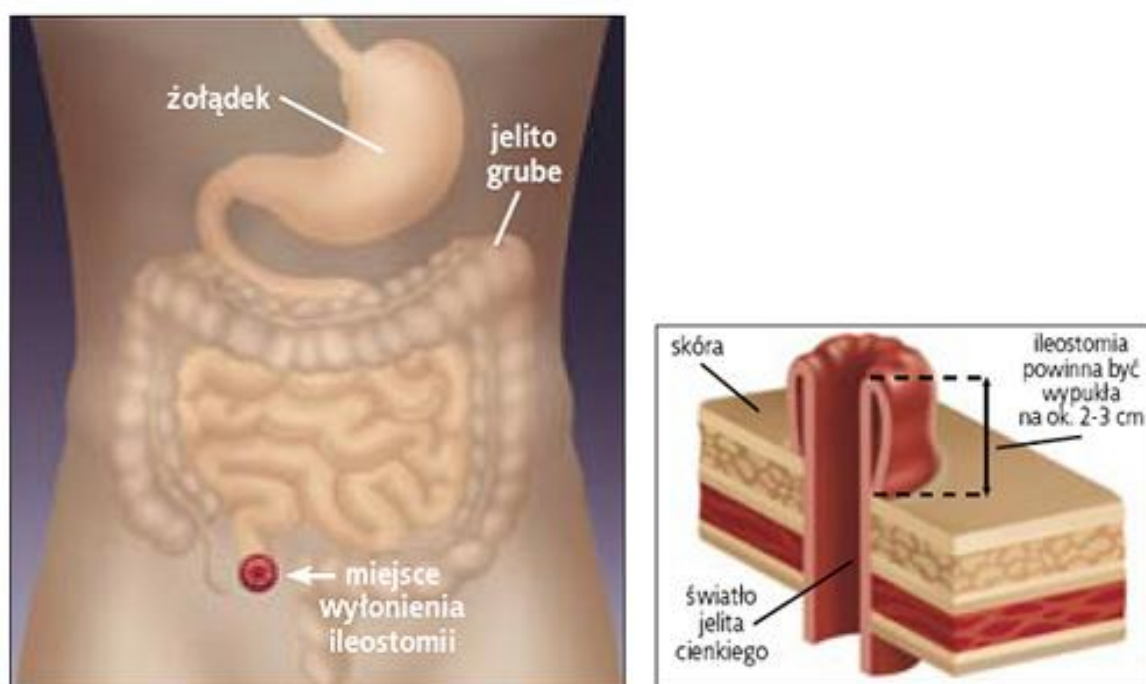
Tymczasowa kolostomia może być wymagana, aby część jelita mogła odpocząć i zagoić się. Po wygojeniu kolostomia może zostać odwrócona i przywrócona normalna czynność jelit. Stała kolostomia może być wymagana, gdy choroba dotyka końcowej części okrężnicy lub odbytnicy. Przyczyny operacji to choroba nowotworowa, zapalenie uchyłka, perforacja odbytu, choroba Hirschsprunga, uraz, inne [1].

Ileostomia

Ileostomia to chirurgiczne otwarcie jelita cienkiego przez brzuch. W przypadku ileostomii usunięto lub pominięto odcinek jelita cienkiego i jelita grubego (okrężnicy). Wyjście z ileostomii po operacji jest na ogół stałym płynnym rodzajem drenażu. Jednak z czasem stolec stanie się grubszy i bardziej przypominający pastę. Ileostomia jest zwykle zlokalizowana w dolnej prawej części brzucha. Enzymy trawienne

sprawiają, że wydzielina ze stomii jest bardzo żrąca, dlatego niezwykle ważna jest ochrona skóry wokół stomii lub skóry wokół stomii [7].

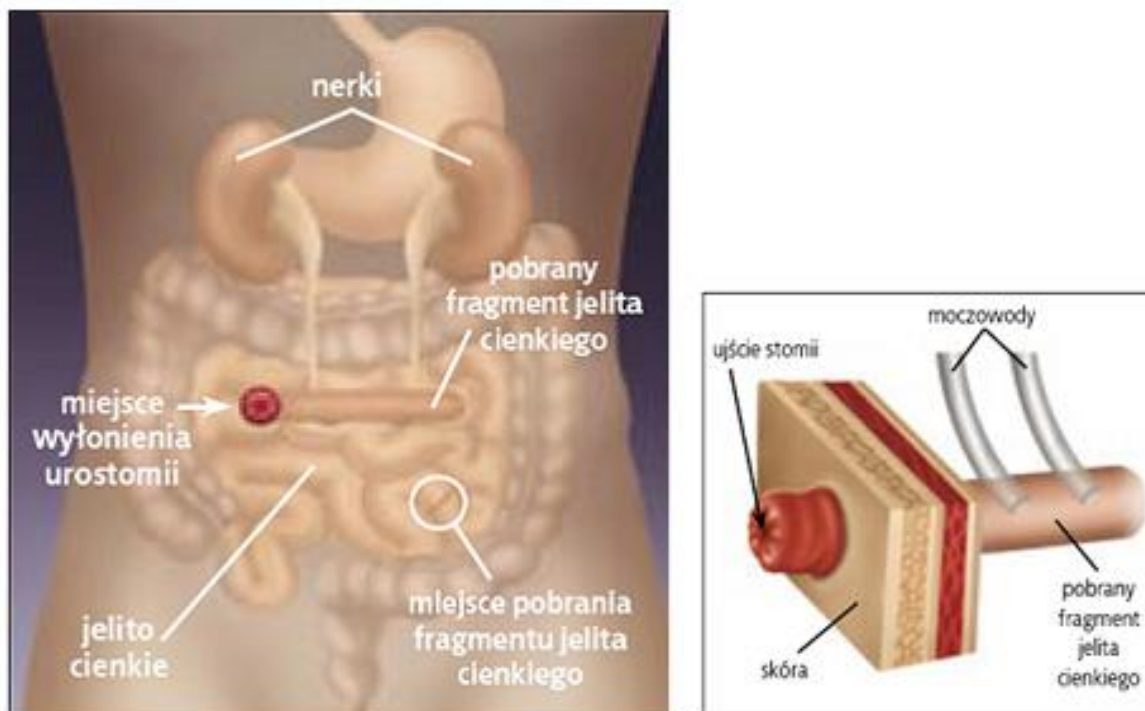
Ileostomia może być tymczasowa lub trwała. Ileostomie są najlepiej tworzone w prawym brzuchu przez mięsień prosty. Istnieją dwa rodzaje ileostomii: ileostomia pętlowa i ileostomia końcowa. Podczas tworzenia ileostomii pętlowej, pętla jelita cienkiego jest wyciągana przez nacięcie brzuszne i przyszywana do skóry. Ten typ stomii ma dwa otwory, które łączą się ze wstępującym i zstępującym odcinkiem jelita. Po całkowitej proktokolektomii tworzy się ileostomię końcową, a zstępujący odcinek jelita wyciąga się przez nacięcie brzuszne i przyszywa do skóry [7].



Rycina 7. Wyłonienie ileostomii [7].

Urostomia

Urostomia to chirurgicznie utworzony otwór do odprowadzania moczu. Urostomia umożliwia wypłynięcie moczu z organizmu po usunięciu lub pominięciu pęcherza. Wyjściem z urostomii jest mocz i prawdopodobnie trochę śluzu. Urostomia jest zwykle zlokalizowana w dolnej prawej części brzucha. Przewód jelita krętego jest najczęstszym rodzajem urostomii. Powstaje poprzez usunięcie krótkiego odcinka jelita cienkiego (jelita krętego) i użycie go jako rurociągu, przez który mocz wypływa z organizmu. Innym rodzajem przekierowania moczu, który jest mniej powszechny, jest przewód okrężnicy [8].



Rycina 8. Wyłonienie urostomii [8].

Urostomia jest ogólnie stomią stałą. Najważniejszą rzeczą w pielęgnacji urostomii jest pielęgnacja skóry, ponieważ mocza działa drażniąco na skórę i może powodować stany zapalne. Najlepiej obserwować urostomię przy każdej zmianie sprzętu, aby móc zauważyć wszystkie niepokojące zmiany [8].

WSKAZANIA DO WYŁONIENIA STOMII

Zabieg wyłonienia stomii jelitowej przeprowadza się ze wskazań pilnych bądź planowych. Najczęstszymi wskazaniami z przyczyn pilnych są: mechaniczne urazy brzucha, ostra niedrożność lub perforacja jelita powodująca rozlane kałowe zapalenie otrzewnej [9].

W przypadkach planowych operację tę wykonuje się z powodu ciężkich, nieswoistych zapaleń jelita takich, jak: choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego, w nowotworach jelita grubego, zmianach w jelitach będących następstwem niedokrwienia, zespole Olgilvie (porażennej niedrożności jelita grubego), mnogiej polipowatości rodzinnej, uchyłkowej chorobie okrężnicy z powikłaniami oraz jako odbarczenie obwodowej części przewodu pokarmowego [9].

Wskazania do utworzenia stomii różnią się od łagodnej choroby, takiej jak złożona przetoka, do choroby złośliwej, takiej jak rak jelita grubego. Wskazania do ileostomii obejmują niedrożność jelit spowodowaną łagodnymi i złośliwymi chorobami, perforacyjne zapalenie otrzewnej, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Wskazania do kolostomii obejmują rozrost okrężnicy, nowotwory jelita grubego, wady rozwojowe odbytu i odbytu oraz wysoką przetokę odbytu [5].

Istnieje wiele czynników zaangażowanych w tworzenie stomii. Może to powodować nadmierną utratę krwi podczas zabiegu chirurgicznego, zapalenie otrzewnej i współistniejące choroby oraz towarzyszące urazy narządów wewnętrznych. Następujące czynniki są odpowiedzialne za powikłania stomii jelitowej, są to:

- czas operacji (planowej lub pilnej),
- stan hemodynamiczny przed operacją,
- lokalizacja stomii,
- ileostomia lub kolostomia,
- choroby współistniejące pacjenta,
- jakość życia [10].

Wskazania do stomii jelitowej u dzieci różnią się od wskazań u osób starszych. W przeciwieństwie do dorosłych, wytworzenie stomii u dzieci najczęściej odbywa się jako operacja tymczasowa, jako opcja leczenia wrodzonych wad rozwojowych jelit. Choroba Hirschsprunga i wady rozwojowe odbytu i odbytu należą do głównych rozpoznań stomii u dzieci. U dorosłych inne stany, takie jak volvulus, zapalenie uchyłków, urazy i nowotwory złośliwe, czasami wymagają utworzenia stomii w ramach leczenia [11].

POWIKŁANIA PO ZABIEGU WYŁONIENIA STOMII

POWIKŁANIA CHIRURGICZNE

W przypadku stomii jelitowej mogą wystąpić podobne potencjalne powikłania, chociaż ich częstość występowania różni się w zależności od rodzaju stomii. Otyłość, słaba czynność krążeniowo-oddechowa i pilna operacja zwiększają ryzyko powikłań [11].

Jednym z powikłań jest niedokrwienie. Występuje częściej w przypadku kolostomii niż ileostomii (szczególnie w przypadku podwiązania lewej tętnicy okrężniczej) (rycina 9).

Do niedokrwienia przyczyniają się czynniki mechaniczne (np. nadmierne napięcie jelita w następstwie niedostatecznej mobilizacji), nieodpowiednie nacięcie powięzi ściany brzucha czy stosowanie leków wazopresyjnych (np. noradrenaliny) [11].



Rycina 9. Kolostomia końcowa [11].

Innym powikłaniem jest wycofanie stomii (rycina 10). Występuje najczęściej u osób otyłych, jeśli doszło do niewystarczającej mobilizacji jelit lub jeśli stomia staje się niedokrwienna z oddzieleniem połączenia śluzówkowo-skórnego [12]. Występuje w stomiach końcowych i pętlowych. Całkowite wycofanie się do jamy otrzewnej prowadzi do zapalenia otrzewnej i wskazana jest pilna reoperacja. Częściowa retrakcja może spowodować ekspozycję tkanki podskórnej na zawartość kału z różnymi skutkami, począwszy od łagodnego zapalenia tkanki okołostomijnej do rozwoju ropni i przetok w obrębie ściany brzucha. Jeśli ma to znaczenie kliniczne, konieczne może być ponowne umieszczenie stomii w alternatywnym miejscu na ścianie jamy brzusznej i oczyszczenie tkanki powierzchniowej wokół pierwotnego miejsca wyłonienia stomii. Retrakcja może również prowadzić do przelewania się treści jelitowej z proksymalnych do dystalnych kończyn w stomiach pętlowych (zwłaszcza ileostomii) [12].

Kolejną przyczyną mogą być długotrwałe komplikacje. Należy do nich między innymi zwężenie stomii. Niedokrwienna stomia często ulega zwężeniu (rycina 11), zwykle na poziomie skóry lub tkanki podskórnej. Najczęściej obserwuje się to w kolostomii końcowej.

Alternatywnie, ciasny otwór rozciągnowy w ścianie jamy brzusznej może spowodować krótkie zwężenie w tym miejscu [12].



Rycina 10. Cofnięta kolostomia końcowa [12].



Rycina 11. Kolostomia końcowa ze zwężeniem [12].

W większości przypadków objawy są minimalne, ale jeśli są poważne, zwężenie może powodować niedrożność jelit. Ręczne lub balonowe poszerzenie zwężenia może przynieść pewną poprawę, ale tylko na krótką metę [12].

Innym problemem jest wypadanie stomii. Duży otwór powięziowy, nadmierna ruchoma długość zbędnego jelita wewnątrzbrzusznego i zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej predysponują do wypadania stomii (rycina 12).



Rycina 12. Wypadnięta kolostomia końcowa [10].

Jest to powszechne w kolostomii pętłowej (szczególnie poprzecznej) i często wiąże się z przepukliną okołostomijną. Interwencja nie jest konieczna, jeśli wypadanie jest łagodne i nie postępuje. Pilna interwencja jest wskazana w przypadku bolesnego, nieredukowalnego wypadania lub zgorzelinowego wypadania, a także planowo w postępującym, przewlekłym wypadaniu z owrzodzeniem lub krwawieniem. Przywrócenie ciągłości jelit jest idealne, jeśli stomia jest tymczasowa. Jeśli nie jest to możliwe lub stomia jest trwała, należy ją zmobilizować, wyciąć zbędne jelito i naprawić związaną z tym ubytek przepukliny. Stomię pętlową prawdopodobnie najlepiej przekształcić w stomię końcową z przetoką śluzową lub bez, natomiast stomię końcową należy przemodelować (najlepiej w innym miejscu) [10].

Czynniki predysponujące do przepuklin okołostomijnych są podobne jak w przypadku wypadania (rycina 8). Większość z nich to przepukliny ślizgowe, zwykle

zawierające jelito cienkie. W większości przypadków pacjenci mają minimalne objawy. Interwencja jest konieczna w przypadku bolesnych przepuklin nieredukowalnych/zwichniętych oraz dużych przepuklin powodujących trudności w dopasowaniu sprzętu stomijnego lub jakości życia [10].



Rycina 13. Przepuklina okołostomijna [10].

Inną przyczyną jest niedrożność jelita cienkiego. Jest ona rzadkością (10–15%), szczególnie u osób ze stomią pętlową. Dzieje się tak zwykle w pierwszym roku po utworzeniu stomii, często ustępuje zachowawczo. Czasami nie ustępuje i podczas laparotomii stwierdza się, że jelito jest skręcone lub „zagięte” wokół stomii [13].

Innym jest zapalenie jelita grubego. Po utworzeniu stomii strumień kału jest kierowany z dala od pozostałej dystalnej części jelita na miejscu. Może to prowadzić do przewlekłych zmian zapalnych zwanych dywersyjnym zapaleniem jelita grubego. Pacjenci są często stosunkowo bezobjawowi, ale mogą wystąpić krwawe upławy przez odbytnicę [13].

Kolejną przyczyną jest zapalenie skóry. Skóra wokół stomii jest narażona na chemiczne zapalenie skóry spowodowane kałem, kontaktowe zapalenie skóry spowodowane aparatami okluzyjnymi, reakcje alergiczne na kleje, a także infekcje grzybicze i bakteryjne. Ostrożna opieka stomijna koordynowana przez wykwalifikowaną pielęgniarkę stomijną ma

kluczowe znaczenie dla zapobiegania i leczenia takich problemów. Częste problemy skórne (np. łuszczyca) oraz objawy nieswoistego zapalenia jelit (np. piodermia zgorzelinowa, przetoki związane z chorobą Leśniowskiego Crohna) mogą dodatkowo upośledzać skórę wokół stomii i może być konieczna interwencja specjalisty [13].

POWIKŁANIA DERMATOLOGICZNE

Jednym z powikłań są podrażnienia skóry. Pomimo postępów w procedurach stomijnych, a także ulepszeń systemów stomijnych, pacjenci nadal doświadczają podrażnienia skóry otaczającej stomię. Jest to najczęściej obserwowane powikłanie przy wszystkich typach stomii. Czynniki ryzyka obejmują otyłość, cukrzycę i wyciek z powodu dużego otworu w kołnierzu lub fałdu skórniego. Można napotkać różnorodne problemy skórne w okolicy stomii, od łagodnego zapalenia skóry po ciężkie owrzodzenia. Pacjenci mogą zgłaszać się ze świądem i otarciami lub owrzodzeniami skóry w wyniku drażniącego kontaktowego zapalenia skóry, a nawet infekcji bakteryjnych lub grzybiczych. Jeśli skóra jest wilgotna, nadżerkowa i zaogniona, wczesne zaangażowanie pielęgniarki stomijnej jest niezwykle ważne, aby zapewnić odpowiednią opiekę i obserwację [14].



Rycina 14 Podrażnienie skóry w okolicy stomii [14].

Podrażnienie skóry w okolicy stomii jest często obserwowanym powikłaniem we wszystkich typach stomii, co jest związane z zawartością enzymatycznie czynnej treści. Dopasowując nowy worek stomijny, należy zmienić rozmiar otworu, aby nie był zbyt duży; w przeciwnym razie może dojść do kontaktu treści jelitowej ze skórą, co pogorszy podrażnienie skóry.

W idealnej sytuacji sprzęt stomijny nie powinien być zmieniany częściej niż raz na 3–7 dni, aby uniknąć uszkodzenia skóry. Jeśli jednak pacjent zgłosi podrażnienie lub wyciek ze skóry, należy zdjąć urządzenie, aby zmniejszyć ryzyko uszkodzenia przez kał lub mocz [14].

POWIKŁANIA PSYCHOLOGICZNE

Niezależnie od rodzaju stomii należy pamiętać, że życie ze stomią może mieć ogromny wpływ psychologiczny na pacjentów i wymaga znacznych zmian w codziennych czynnościach. Wielu pacjentów odczuwa pogorszenie jakości życia, co pogarsza się, jeśli stomia jest źle zlokalizowana lub wykonana. Regularne porady lekarza i pielęgniarki stomijnej są kluczowe w leczeniu powikłań psychologicznych [15].

POWIKŁANIA METABOLICZNE

Ponieważ jelito kręte jest odpowiedzialne za wchłanianie witamin, minerałów i soli żółciowych, odprowadzenie moczu może być związane z poważnymi powikłaniami metabolicznymi, w tym zaburzeniami elektrolitowymi i metabolicznymi, niedoborami żywieniowymi, zaburzeniami kości i kamicą moczową. Nasilenie tych powikłań zależy od długości użytego odcinka jelita. Ponieważ wchłanianie witaminy B12 zachodzi głównie w końcowym odcinku jelita krętego, pacjenci są narażeni na ryzyko niedoboru witaminy B12. Po potwierdzeniu niedoboru witaminy B12 wymagane są dożywotnie iniekcje domięśniowe [16].

Wykorzystanie odcinków jelitowych do odprowadzania moczu wiąże się z innymi długoterminowymi konsekwencjami metabolicznymi. Po wystawieniu na działanie moczu, jelito kręte wchłania amon i chlorek oraz wydala wodorowęglany, co powoduje hiperchloremiczną kwasicę metaboliczną u 70% pacjentów z jelitowym odprowadzeniem moczu [16].

W odpowiedzi na kwasicę metaboliczną, wapń jest uwalniany z kości w celu buforowania protonów. Resekcja jelita krętego może upośledzać wchłanianie wapnia i dodatkowo zmniejszać gęstość mineralną kości, zwiększając o 21% ryzyko złamań [17].

Pacjenci z odprowadzeniem moczu są bardziej narażeni na rozwój kamieni nerkowych w odpowiedzi na zmiany metaboliczne, przewlekłe infekcje, zastój moczu i obecność ciał obcych, takich jak szwy. Pacjenci ci mogą zgłaszać się z bólem, infekcjami, krwimoczem, niedrożnością lub trudnościami w opróżnianiu worka [17].

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

Dobór sprzętu stomijnego jest sprawą bardzo indywidualną dla każdego pacjenta. W przypadku prawidłowo utworzonej stomii, przy zachowaniu podstawowych zasad higieny stomii, pielęgnacja nie sprawia wielu trudności [18]. Najbardziej problematyczna jest stomia wklęsła, w fałdzie brzuszny i wypukła. Właściwy dobór sprzętu zapobiegnie późniejszemu wyciekowi i zmianom skórnym. Poprawi też komfort i jakość życia osób z utworzoną stomią. Rolą pielęgniarki jest odpowiednie dopasowanie sprzętu, który idealnie uszczelni stomię, zapobiegnie przeciekaniu, poluzowaniu się worka stomijnego i sprawi, że pacjent nie będzie polegał na ciągłym myśleniu o swojej chorobie [19]. Sprzęt stomijny dzieli się na :

- Sprzęt stomijny jednoczęściowy,
- Sprzęt stomijny wieloczęściowy.

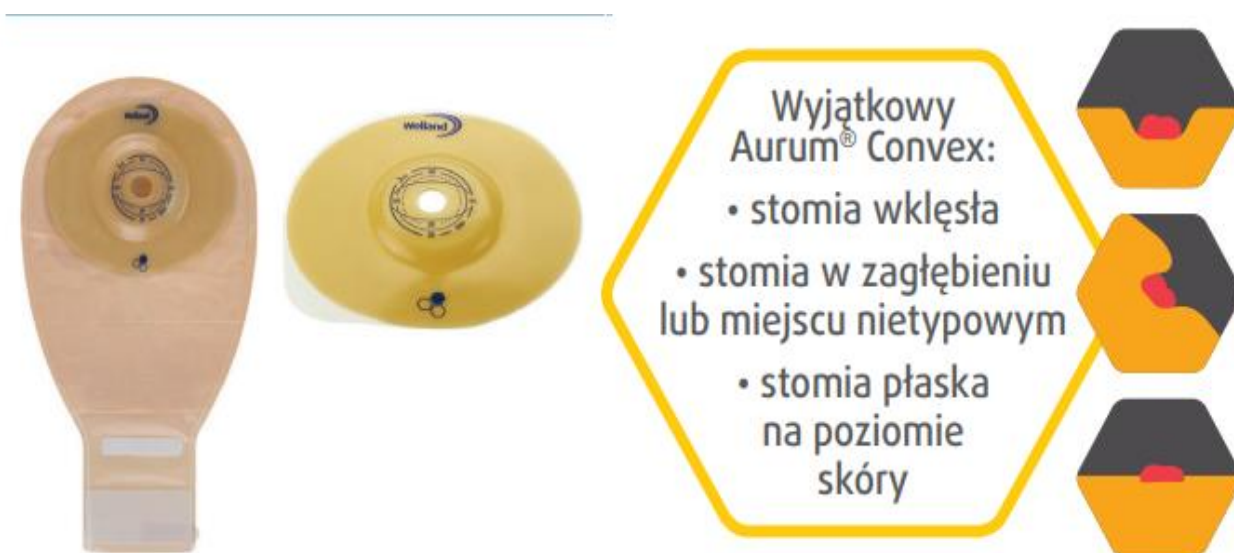
Sprzęt stomijny jednoczęściowy to worek z przymocowanym do niego przylepcem, który przykleja się bezpośrednio do skóry wokół stomii. Ze względu na nieregularny, zmieniający się w czasie kształt i rozmiar stomii pacjenci najczęściej używają worków z przylepcem o minimalnym rozmiarze początkowym (w zależności od rodzaju worka: $\varnothing 10$ mm, $\varnothing 13$ mm lub $\varnothing 19$ mm), z możliwością docięcia otworu nawet do $\varnothing 60$ mm, $\varnothing 70$ mm lub $\varnothing 80$ mm [20]. Pozwala to dopasować otwór w przylepcu dokładnie do kształtu i rozmiaru stomii (rycina 14).

Worki jednoczęściowe dostępne są w różnych rozmiarach, co pozwala dobrać wielkość worka do wzrostu i aktywności pacjenta czy miejsca wyłonienia stomii [20].

Innym przykładem są przylepce i płytki (rycina 15). Są bezpieczne i dostosowują się do ciała. Bezpieczna siła nacisku, bez ryzyka wycieku. Z okienkiem do obserwacji stomii, z uchwyty do paska mocującego. Odpowiednie do stomii o wielkości nawet do 60 milimetrów [20].



Rycina 15. Przykłady jednoczęściowych worków stomijnych [20].



Rycina 16. Przykład przylepca i płytki [20].

Sprzęt dwuczęściowy jest rzadziej stosowany. Składa się z płytki przyklejanej na skórę wokół stomii i worka stomijnego, dopinanego do płytki za pomocą pierścienia. Płytki stomijna utrzymuje się na skórze kilka dni, worki zmienia się w zależności od potrzeb. Decydując się na używanie sprzętu dwuczęściowego należy pamiętać, by średnica pierścienia płytki była około 1-2 cm większa od średnicy samej stomii – aby można było docisnąć pozostałą po wycięciu, środkową część płytki pomiędzy stomią a wewnętrzną stroną pierścienia – przez wykonanie ruchu okrężnego palcem wokół stomii [20].



Rycina 17. System dwuczęściowy [20].

Większość obaw dotyczących funkcjonowania ze stomią dotyczy lęku przed wystąpieniem powikłań oraz ewentualnej nieszczelności sprzętu stomijnego. Prawidłowo dobrany i stosowany sprzęt stomijny zapobiega ewentualnym nieszczelnościom oraz zapewnia użytkownikom komfort i bezpieczeństwo – dlatego tak bardzo ważna jest wiedza o prawidłowej pielęgnacji stomii i różnych rodzajach sprzętu stomijnego. Aby przedłużyć utrzymywanie się sprzętu stomijnego na skórze, co ma szczególne znaczenie przy nierównościach występujących wokół stomii, używa się uszczelniająco-gojących pierścieni/kołnierzy [20].

ŻYWIENIE

Prawidłowe żywienie osoby z kolostomią wygląda trochę inaczej niż przy ileostomii. W każdym przypadku ważne jest przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów – około 2-2,5 l na dobę, w zależności od wagi pacjenta. Odpowiednie nawodnienie organizmu pozwala unikać m. in. zaparć i zaburzeń elektrolitowych. Warto pić także herbaty ziołowe – rumianek, melisę, herbatę goździkową itp. Dieta pacjenta ze stomią powinna być urozmaicona, ale raczej lekkostrawna. Ważne jest dokładne gryzienie i przeżuwanie pokarmu. Posiłki powinno spożywać się powoli. W pierwszym okresie po wyłonieniu stomii dieta powinna być bogata w białko i witaminy, gdyż jest to niezbędne do szybkiego gojenia się ran pooperacyjnych.

W przypadku kolostomii należy uważać na pokarmy, które mogą powodować zaparcia, np. duże ilości pieczywa, mięsa, makarony, ciasta, czekolady. Inaczej jest przy ileostomii, gdzie sposób odżywiania powinien uwzględniać potrzebę zagęszczania treści jelitowej - dobrze jest wprowadzić do posiłków ryż, gęste zupy. Dozwolona jest większa ilość produktów mącznych [21].

Z mięs warto unikać kurczaka i wieprzowiny. Są też produkty, które mogą utrudniać prawidłowe funkcjonowanie stomii, np. surowe owoce w nadmiarze, orzechy, pieczywo z dużą ilością ziaren, produkty powodujące wzdęcia, np. fasola, kapusta. Należy unikać potraw smażonych. W przypadku dysfunkcji przewodu pokarmowego można sięgnąć po naturalne środki jak siemię lniane, kminek, w przypadku zaparć po dobre jakościowo oleje. Nieprzyjemny zapach, na który czasami narzekają osoby ze stomią, można zniwelować włączając do diety żurawiny, natkę pietruszki. Warto także zadbać o prawidłową florę bakteryjną w jelitach – przyjmować dobre jakościowo probiotyki, niewielkie ilości kefiru, jogurtu naturalnego lub maślanki [22].

OPIEKA PIELĘGNIARSKA

Usługa pielęgniarska opieki stomijnej ma na celu zaspokojenie potrzeb osób, które przechodzą operację jelita grubego, która zakończyła się wyłonieniem stomii, oraz długoterminowe wsparcie/porady w razie potrzeby [23].

Celem opieki pielęgniarskiej jest wspieranie w edukacji pacjentów dotyczących następujących zagadnień:

- udzielania informacji przedoperacyjnych dotyczących operacji,
- zwiększonej regeneracji i tworzenie stomii,
- umiejscowienia stomii
- nauczania praktycznej pielęgnacji stomii
- wspierania pacjenta i opiekunów w przystosowaniu się do życia ze stomią.

Osoby z problemami z dysfunkcją jelit często czują się napiętnowane i zawstydzone swoim problemem i mogą mieć trudności z omawianiem go z innymi.

Rolą pielęgniarki jest bycie empatycznym i wrażliwym na uczucia tych pacjentów, aby czuli, że mogą swobodnie rozmawiać o swoich objawach bez poczucia osądzania lub zawstydzienia. Istnieje wiele sposobów komunikowania się z osobą, w zależności od jej potrzeb, zdolności i preferencji.

Niezbędne jest wypracowanie relacji przy użyciu umiejętności aktywnego i empatycznego słuchania oraz nieoceniania.

Pielęgniarki muszą zdawać sobie sprawę, że utworzenie stomii jest poważnym wydarzeniem, a pacjenci mogą odczuwać niepokój i depresję po zabiegu stomii. Poradnictwo jest niezbędne i może wymagać zaangażowania specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Dlatego tak ważne jest dobre przygotowanie pacjentów przed operacją za pomocą pomocy wizualnych i informacji pisemnych. Zapoznanie potencjalnych pacjentów z tymi, którzy już przeszli zabieg, jest cenną metodą przygotowania pacjentów do zabiegu i życia ze stomią po operacji [24].

Jakość życia pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii może ulec pogorszeniu. Najważniejsze są pierwsze tygodnie po operacji wyłonienia stomii. Pacjenci mogą mieć trudności z radzeniem sobie ze stomią przez całe życie, np. wychodzenie na zakupy i konieczność zmiany worka stomijnego bez dostępu do odpowiednich udogodnień. Może to przyczynić się do tego, że pacjent odczuwa obniżony nastrój. Wspierająca rodzina i przyjaciele są niezbędni do pomocy pacjentowi w tej sytuacji [25].

Worki stomijne będą miały również wpływ na obraz ciała pacjenta, a na tym mogą ucierpieć ich intymne relacje. Dobrą praktyką jest zatem zadawanie pytań dotyczących życia osobistego i społecznego pacjenta oraz jego sytuacji zawodowej. W ciągu pierwszych kilku tygodni po utworzeniu kolostomii lub ileostomii pacjenci mogą odczuwać nagłe parcie na stolec. Jest to znane jako „fantomowe odbytnictwo” i może być bardzo niepokojące [24].

Często pacjent zgłasza się do pielęgniarki z powikłaniami typu późnego, aby skonsultować konieczność wizyty u chirurga. Umiejętność rozpoznania i znajomość objawów tych zmian jest więc niezwykle ważna [24].

Również rehabilitacja i powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej w grupie chorych wyleczonych z choroby podstawowej w dużej mierze mieści się w zadaniach pielęgniarki. W chwili obecnej istnieje w Polsce sieć Poradni Stomijnych i punktów dystrybucji sprzętu. Aktywnie działa Pol-ilko, lobbujące na rzecz stomistów i szkolące wolontariuszy. Należy pamiętać, że w wielu przypadkach nie ma już choroby i nie powinno się mówić „chory ze stomią”. Choroba stygmatyzuje i zniechęca do aktywności. „Człowiek” ze stomią pokonał chorobę i oczekuje, że dzięki możliwości wykorzystania nowoczesnego sprzętu oraz wsparcia personelu pielęgniarskiego wróci do tego, co było sensem jego życia przez zabiegiem [24].

ZAKOŃCZENIE

Operacja stomii to nie tylko konieczna z medycznego punktu widzenia interwencja w organizmie, to także punkt zwrotny życiu pacjenta. Nie ma wątpliwości, że przejście do życia ze stomią będzie stanowić stres zarówno emocjonalny, jak i fizyczny. Nie należy jednak zapominać, że stomia na stałe pomoże wyeliminować przyczyny i konsekwencje choroby. Wkrótce pacjent poczuje się zdrowy i weźmie aktywny udział w życiu. Jednocześnie, podobnie jak wielu innych stomików, staje w obliczu nowej sytuacji życiowej. Budzi to często obawy o środowisko rodzinne, społeczne i zawodowe. Jednak należy pamiętać- stomia na zawsze to nie wyrok – można być aktywnym, prowadzić bogate życie towarzyskie i zawodowe, a także realizować swoje pasje.

PIŚMIENNICTWO

1. Jawień A., Banaszkiewicz Z. Stomie jelitowe. *Przew. Lek.* 2013; 6: 89–92
2. Goligher J.C. Extraperitoneal colostomy or ileostomy. *Br. J. Surg.* 2018; 45: 97–103
3. Cierzniańska K., Szewczyk M., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 2: 35–39.
4. Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Jawień A. Powikłania gojenia rany po wyłonieniu stomii. *Przew. Lek.* 2014;10: 102–104.
5. Szczepkowski M., Niemirowicz-Szczytt M. Powikłania stomii jelitowych- leczenie chirurgiczne. *Gastroenterol. Pol.* 2009; 16: 183–188
6. Ponczek D, Rozwora A. Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 3: 140–148.
7. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red.): Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. *Tarmedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań* 2017: 34-45
8. Cierzniańska K., Szewczyk T. M.: Stomia- ukryty problem tysięcy Polaków. *Chirurgia Po Dyplomie* 2018, 13(6):26-33.
9. Kozłowski T. J., Wilkońska E.: Poradnik dla osób ze stomią. *Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli, Lublin* 2012: 63-69
10. Michalak S, Cierzniańska K, Banaszkiewicz Z, Szewczyk MT, Jawień A. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 3: 91–98.

11. Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Zapobieganie powikłaniom skórny wokół stomii, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2015; 3:33-38
12. Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z. Opieka nad chorym z raną wokół stomii. *Przewodnik Lekarza*. 2015; 4: 92–93, 95.
13. Szewczyk J., Bajon A. Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wylonioną stomią jelitową, *Polski Mercuriusz Lekarski*. 2019; 26: 575 – 576.
14. Jankowski M., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Jakość życia osób ze stomią. *Valentudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*. 2014; (9)2: 125 – 126.
15. Bielecki K., Kózka M. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Przew. Lek.* 2012; 5: 89–91.
16. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terach S., Kruk A. Jakość życia osób z wylonioną kolostomią. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 3: 77–84.
17. Chrobak A. Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wylonioną stomią jelitową. *Polski Mercuriusz Lekarski*. 2019; 26: 579 – 580.
18. Bednarek A., Włodarczyk W.: ABC wiedzy o stomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2018; 1 : 20-23
19. Trzcíński R., Kresíńska-Kaba T., Dziki A.: Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań stomii jelitowych u wybranych chorych. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2013; 85 (4): 899-914.
20. Twardak I., Sikorska A., Chybicki M., Lisowska A., Krańska A.: Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą nowotworową. *Onkologia Polska* 2019; 12(4): 150-154.
21. Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska-Kuła A. (red.): Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 34-38
22. Piprek P., Młynarska A.: Wpływa akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2018;7(4): 89-92.
23. Glińska J., Jarosz A., Lewandowska M., Dziki Ł., Dziki A., Brosowska B.: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 8(3): 128-132.

24. Czyżewski P., Piasta Ż., Mackiewicz Ł., Zieliński T., Klimkowski M., Szczepkowski M.: Ocena aktywności fizycznej osób z wylonioną stomią- badanie pilotażowe. *Nowa Medycyna* 2018; 12(4):150-154.
25. Gacek L., Bączyk G., Skokowska B., Bielawska A., Bernard D., Pyszczońska M., Pięćkowska J.: Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012; 4:131-137.

OPINIA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT FUNKCJONOWANIA PACJENTÓW ZE STOMIĄ

Ewa Gryka¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ - SP ZOZ Wojewódzki Szpital i. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Poradnia specjalistyczna

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Stomie jelitowe powstają w stanach nagłych, planowych, łagodnych i złośliwych. Mogą być tymczasowe lub stałe. Odsetek powikłań stomii jelitowej sięga 56%. Istnieje wiele wczesnych i późnych powikłań związanych ze stomią jelitową. Ważne jest, aby pacjenci mieli dostęp do poinformowanego lekarza rodzinnego, pielęgniarki stomijnej i chirurga, aby zapewnić optymalną stałą opiekę. Dobra opieka stomijna przyczynia się do dobrej jakości życia pacjentów. Powstanie stomii jest wydarzeniem zmieniającym życie pacjenta i zwykle wynika z okresu znacznego stresu związanego z nowotworem lub chorobą. Oprócz zmian fizycznych, stomia może wpływać na inne aspekty dobrego samopoczucia, w tym na zdrowie psychiczne i seksualne. W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej zrozumienie stomii i jej powikłań jest ważne dla zapewnienia odpowiedniej opieki tym pacjentom [1].

CEL PRACY

Często pomija się psychologiczny wpływ stomii na obraz ciała pacjenta i jakość życia. Kiedy pojawiają się i kumulują powikłania, nawet niewielkie, stopień ograniczeń społecznych nałożonych na pacjenta prowadzi do poważnego pogorszenia jakości życia, a nawet izolacji społecznej. Ocena pacjenta w porozumieniu z pielęgniarką może przynieść pacjentowi wymierne korzyści.

Celem badań było poznanie opinii społeczeństwa na temat funkcjonowania pacjentów ze stomią.

Wyodrębniono w pracy następujące pytania:

1. Czy pacjent ze stomią może normalnie funkcjonować?

2. Czy występują organizacje lub kampanie społeczne wspomagające pacjentów ze stomią?
3. Jaki jest poziom wiedzy społeczeństwa?
4. Czy osoby ze stomią mogą czuć się gorsze?

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety skonstruowanego w celu oceny poziomu wiedzy na temat oceny funkcjonowania pacjentów ze stomią w opinii społeczeństwa.

W celu dokonania opisu skumulowanych materiałów wykorzystano analizę statystyczną. Na podstawie zgromadzonych danych przygotowano bazę danych wykorzystując program MS Excel.

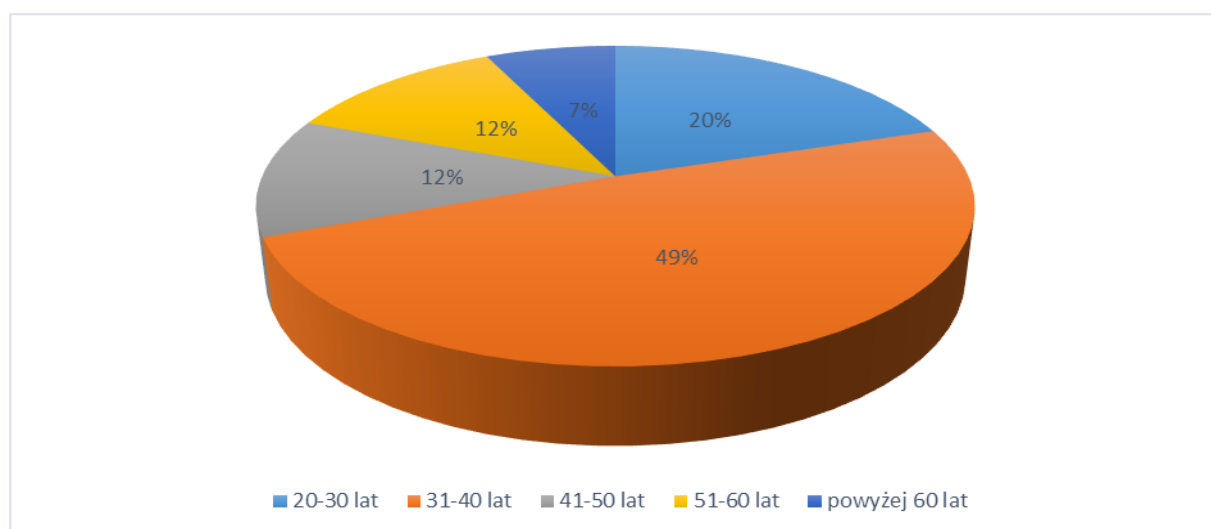
Badania przeprowadzono wśród 100 osób za pomocą platformy ankietowej survio. Link do ankiet został przekazany poprzez media społecznościowe (facebook, instagram, survio, link na grupach itp.).

Grupę badaną stanowiło 100 osób w tym 45 kobiet i 55 mężczyzn.

Ankieta składała się z 25 pytań dotyczących części badawczej oraz 4 pytań znajdujących się w metryczce.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ



Rycina 1. Wiek ankietowanych

Grupę badaną stanowi 100 osób. Kobiety stanowiły 45 osób, zaś mężczyźni 55 osób ankietowanych.

Badani w każdym wieku aktywnie wyrażali swoją opinię o funkcjonowaniu pacjentów ze stomią.

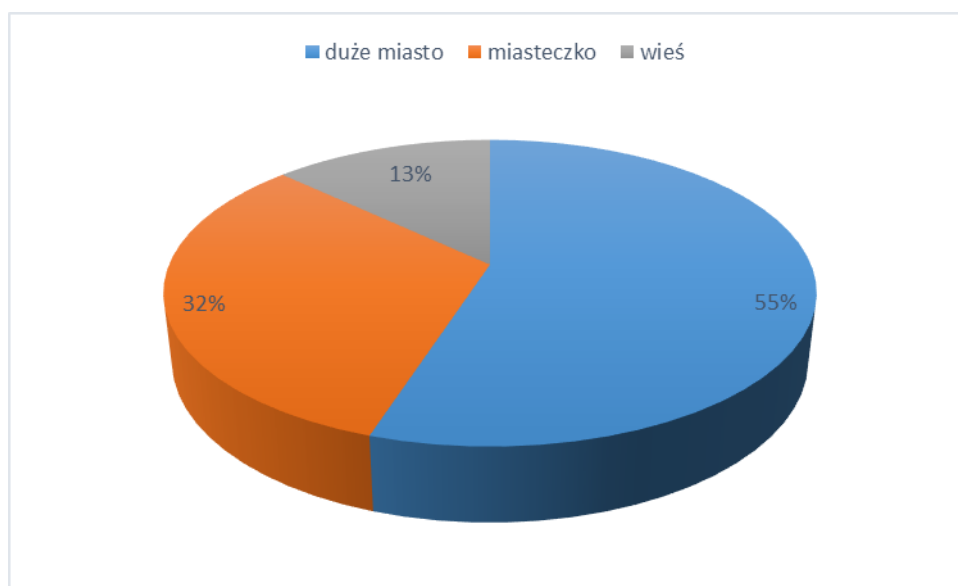
Połowę badanych stanowiły osoby w wieku 31-40 lat (ryc.1).

Osoby młode do 30 roku życia również były w większości (21%). Po 12% badanych było ankietowanych w wieku od 41 do 60 lat.

Powyżej 60 roku życia ankietowani stanowili 5%. Kolejne pytanie związane było z zamieszkaniem badanych (ryc.1).

Ankietowani w 55% zamieszkiwali duże miasta jak np. Białystok, Łomża, Suwałki.

W 32% byli mieszkańcami miasteczek typu Łapy, Bielsk Podlaski, Mońki. Z kolei 13% zamieszkiwało wieś (ryc.2).



Rycina 2. Zamieszkanie ankietowanych

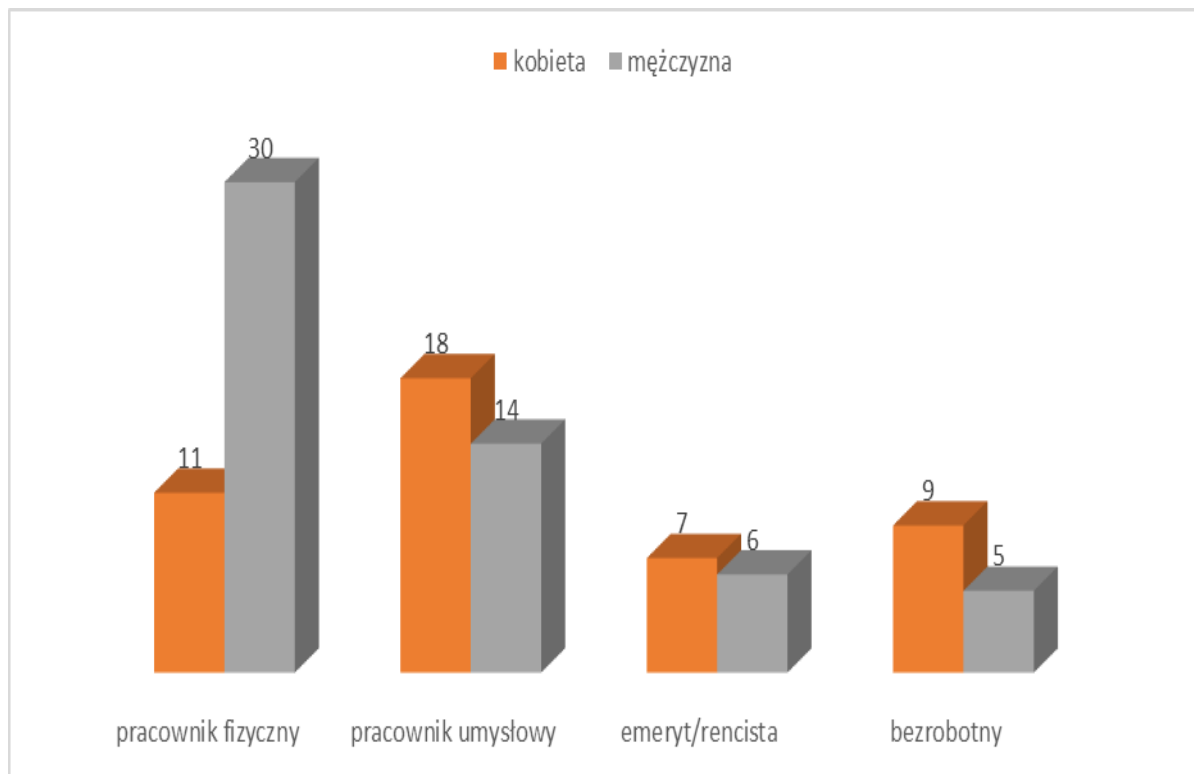
Status zawodowy ankietowanych został również uwzględniony pod kątem płci (ryc.3).

Najwięcej badanych to pracownicy fizyczni (11 kobiet i 30 mężczyzn), co stanowiło 41% badanych.

Drugą grupą byli pracownicy umysłowi (18 kobiet i 14 mężczyzn), co stanowiło 32% ankietowanych. Osoby bezrobotne stanowiły 14% (9 kobiet i 4 mężczyzn). Ostatnią

najmniejszą grupę badanych byli emeryci i renciści (7 kobiet, 6 mężczyzn), co stanowiło 13%

Badani chętnie wyrażali swoją opinię w zakresie funkcjonowania pacjentów ze stomią.



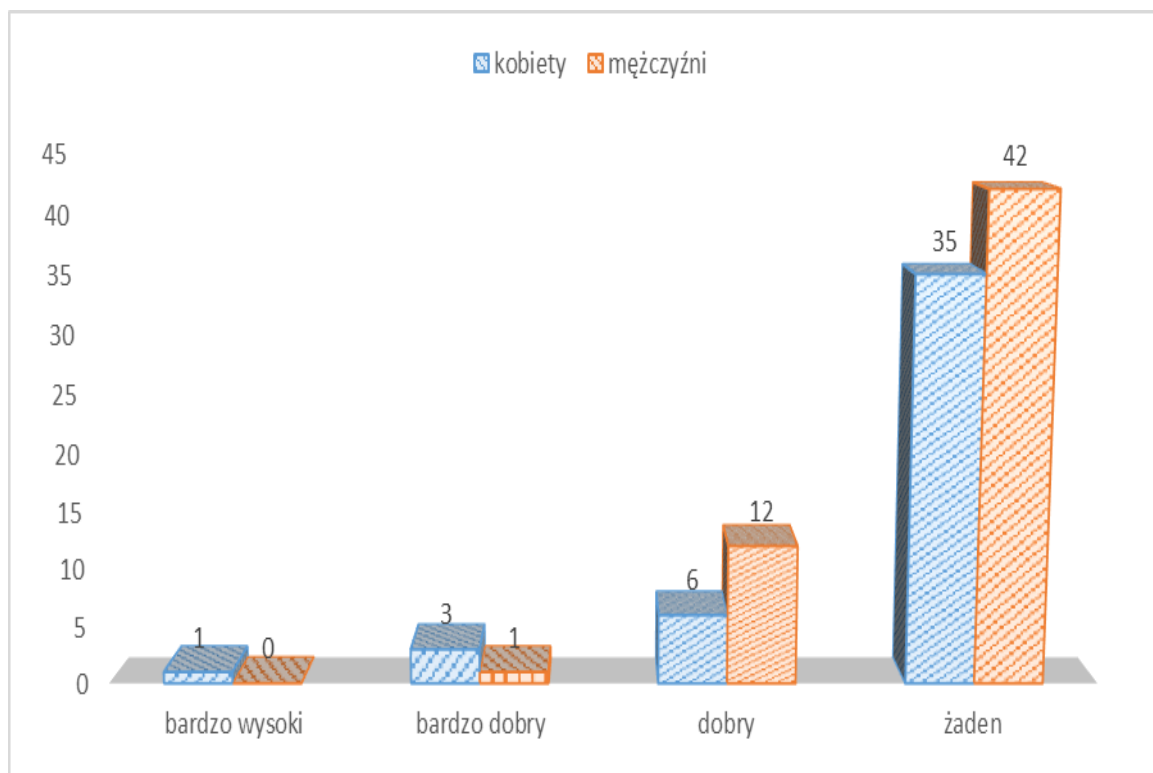
Rycina 3. Status zawodowy ankietowanych

WYNIKI BADAŃ

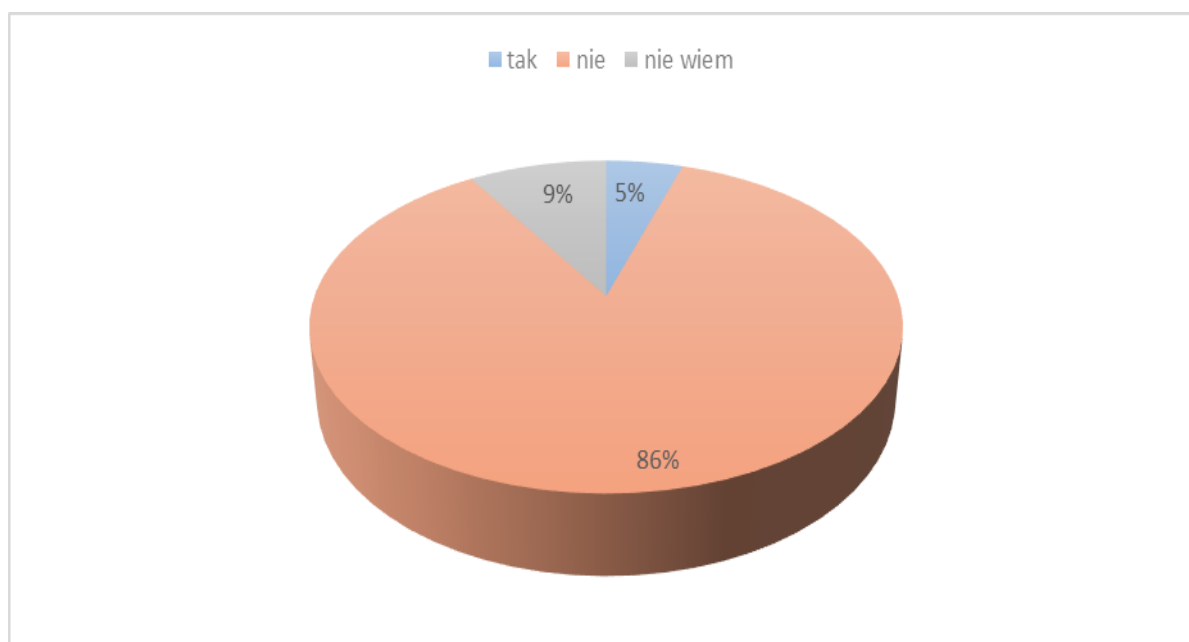
Pierwsze pytanie dotyczyło poziomu wiedzy w zakresie funkcjonowania pacjentów ze stomią.

Badani w 77% (35 kobiet i 42 mężczyzn) nie posiadają żadnej wiedzy w zakresie funkcjonowania pacjentów ze stomią. Z kolei 22% zaznaczyło, że ich wiedza jest dobra (6 kobiet i 12 mężczyzn) lub bardzo dobra (3 kobiety i 1 mężczyzna). Jedynie 1% badanych uważa swoją wiedzę za bardzo wysoką. Odpowiedzi te wynikają także z posiadania wśród swoich znajomych czy rodziny osób ze stomią. Dokładne dane przedstawia rycina 4.

Według ankietowanych 86% nie ma wśród swoich znajomych czy rodziny osób ze stomią. Jedynie 5% badanych dała odpowiedź twierdzącą, co przedstawiono na rycinie 5.



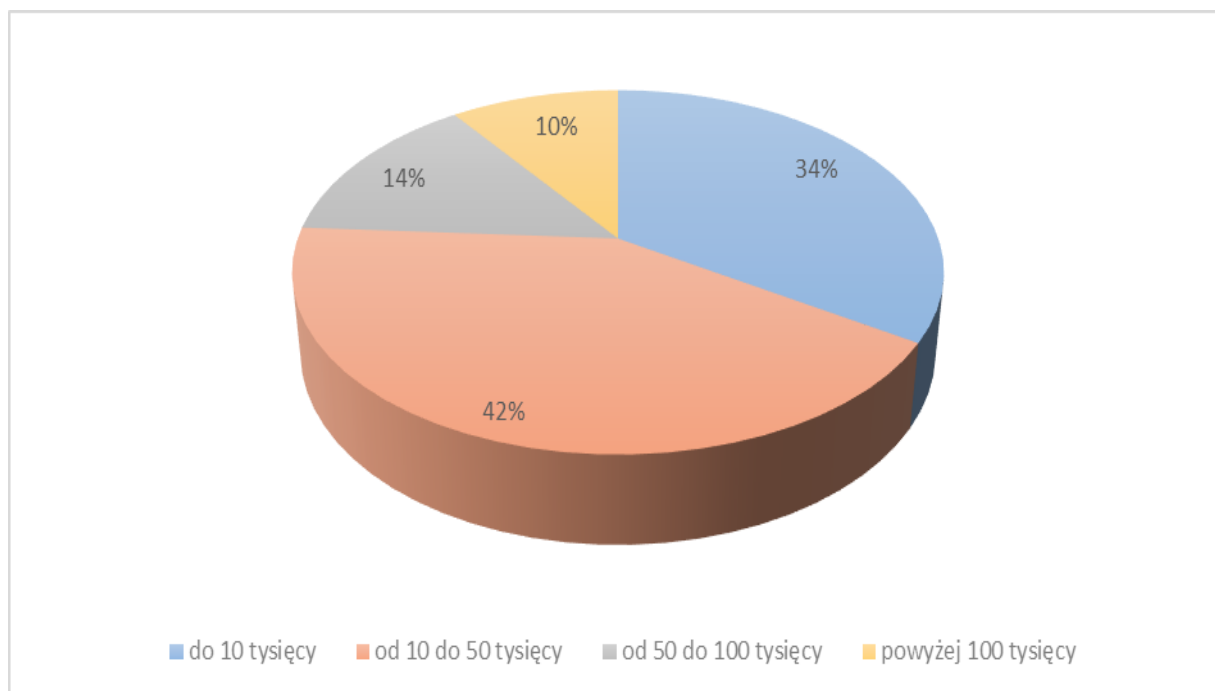
Rycina 4. Poziom wiedzy badanych w zakresie funkcjonowania pacjentów ze stomią



Rycina 5. Znajomość osób ze stomią

Szacuje się, że w Polsce żyje ponad 50 tysięcy osób z wylonioną stomią. Liczba ta wzrosła o 25% zaledwie w ciągu ostatnich 5 lat. Ankietowani również uznali, że w Polsce jest od 10 do 50 tysięcy (42%).

Dużo wskazań badanych było również na odpowiedź do 10 tysięcy (34%). Mniej wskazań było na odpowiedzi od 50 do 100 tysięcy (14%) i powyżej 100 tysięcy (10%). Wyniki przedstawiono na rycinie 6.

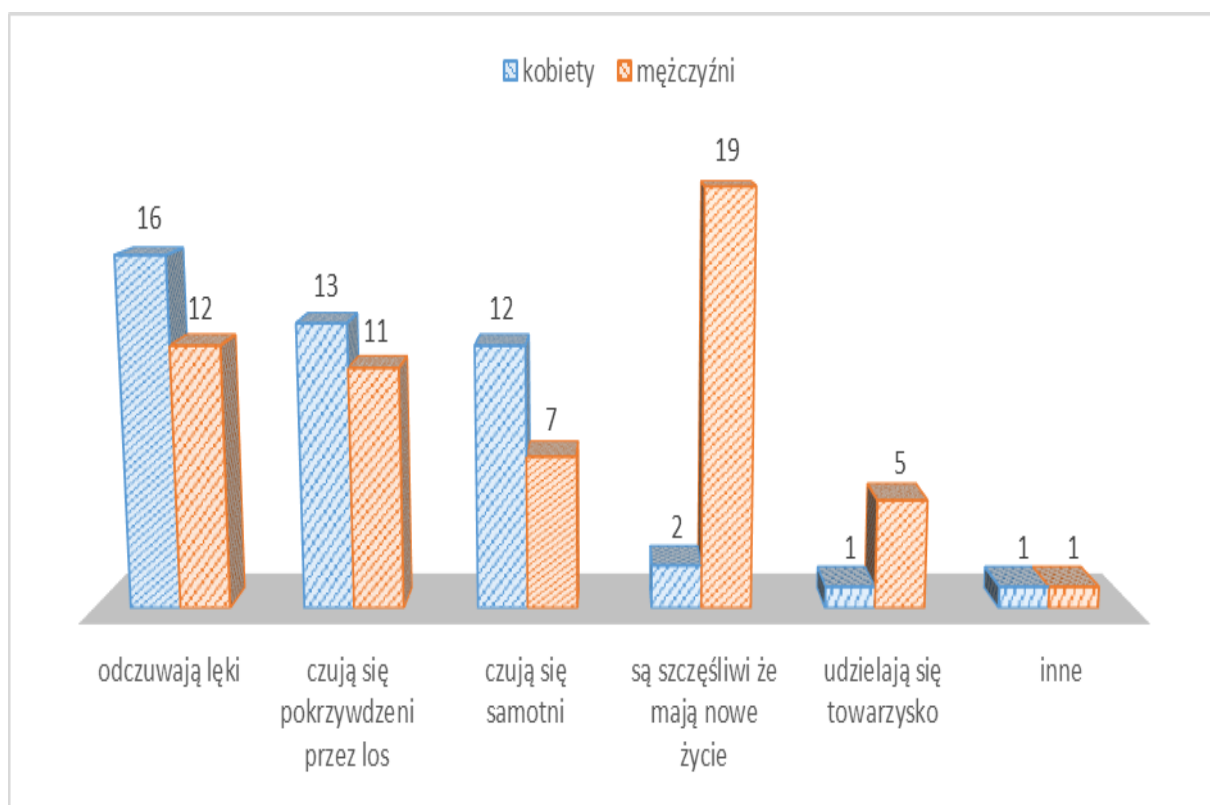


Rycina 6. Wiedza na temat liczby osób w Polsce żyjących ze stomią

Według ankietowanych życie ze stomią nie należy do najłatwiejszych. Kobiety w swoich odpowiedziach były bardziej pesymistycznie nastawione do funkcjonowania osób ze stomią w środowisku niż mężczyźni.

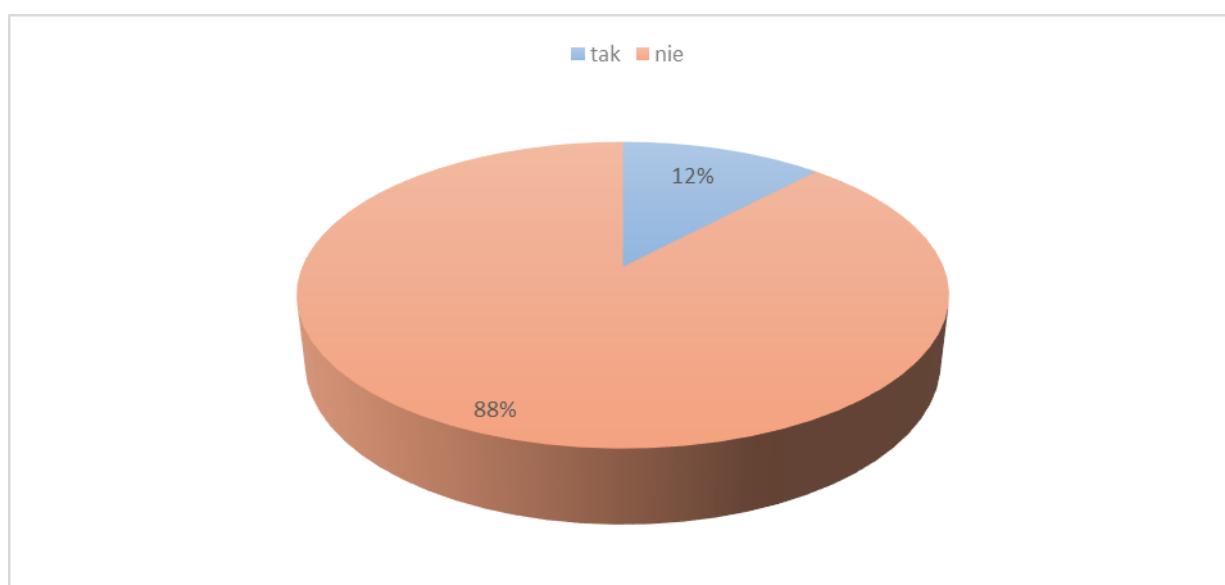
Zdaniem kobiet osoby ze stomią częściej odczuwają lęki (16 odpowiedzi), czują się pokrzywdzeni przez los (13 wskazań) i czują się samotni (12 odpowiedzi). Przeważająca liczba mężczyzn zaś uważa, że są szczęśliwi, że mają nowe życie (19 wskazań) i udzielają się towarzysko (5 wskazań). Obrazuje to rycina 7.

W większości ankietowani odpowiadali, że osoby ze stomią nie mają problemów z dostępnością sprzętu medycznego (88%) (ryc.8).



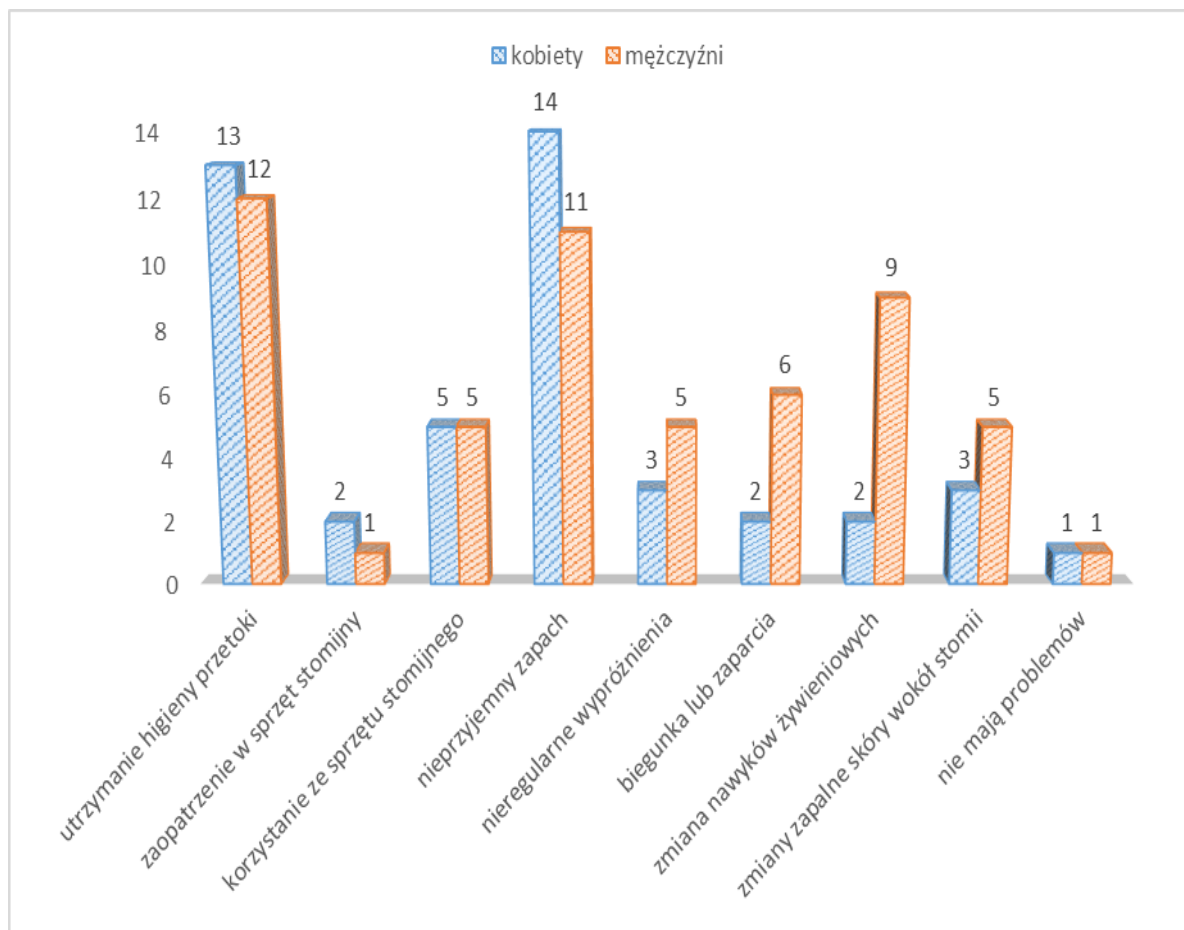
Rycina 7. Funkcjonowanie osób ze stomią w środowisku

Ankietowani dostrzegają wiele problemów osób z wylonioną stomią w ich codziennym funkcjonowaniu.



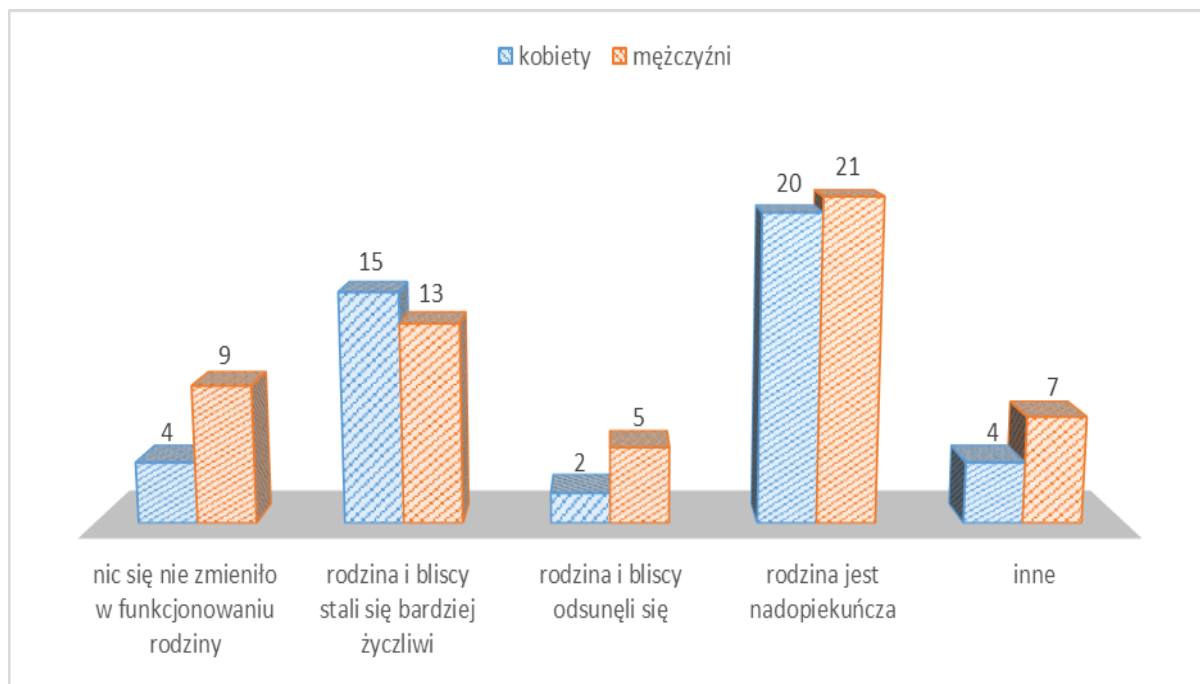
Rycina 8. Dostępność sprzętu dla osób ze stomią

Najczęściej wymienianymi był problem z utrzymaniem higieny przetoki i nieprzyjemny zapach (po 25%). Mężczyźni częściej niż kobiety też wskazywali jako problem zmianę nawyków żywieniowych, biegunkę lub zaparcie i zmiany zapalne skóry wokół stomii (ryc.9).



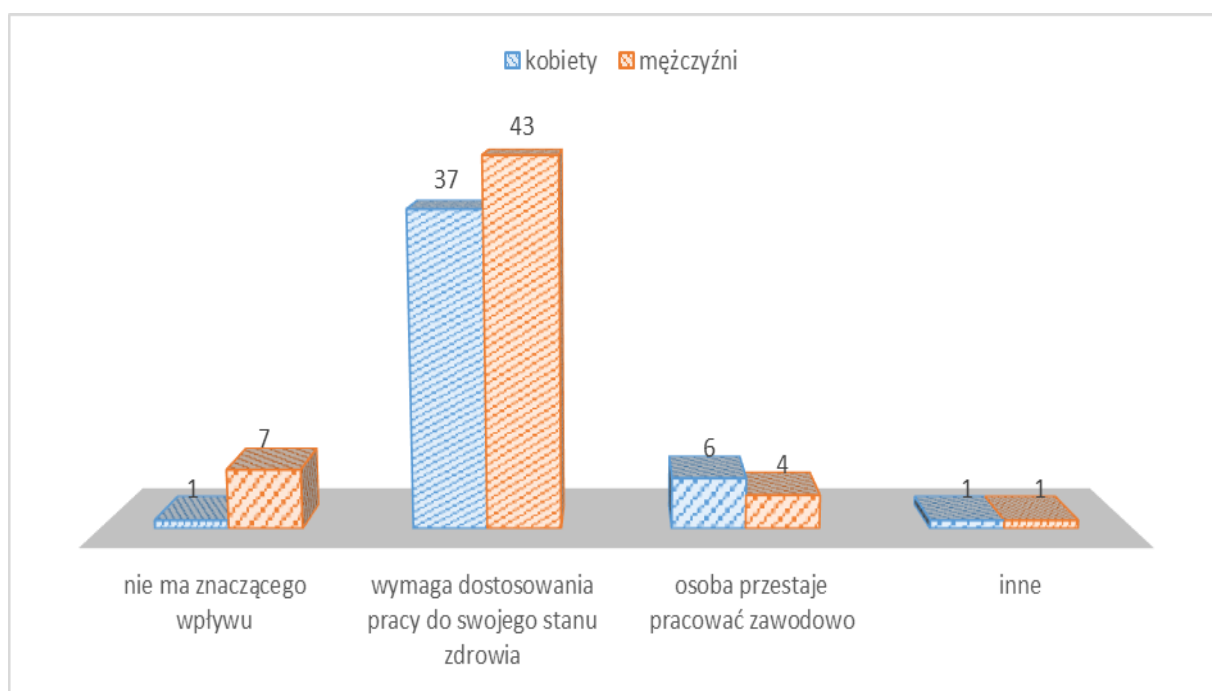
Rycina 9. Problemy osób z wylonioną stomią

W większości przypadków rodzina jest największym wsparciem. I takie jest również zdanie ankietowanych. Zarówno kobiety jak i mężczyźni uważają, że rodzina wówczas staje się nadopiekuńcza (41%) co znacznie ogranicza swobodę funkcjonowania osoby ze stomią. W 28% odpowiedzi badani uznali, że rodzina i bliscy stali się bardziej życzliwi. Ankietowani w 12% odpowiedzi wskazali, że w takich rodzinach nic się nie zmienia w ich funkcjonowaniu. Z drugiej strony 7% badanych uważa, że w takim przypadku rodzina i bliscy odsuwają się od osoby chorej. Przedstawiono to na rycinie 10.



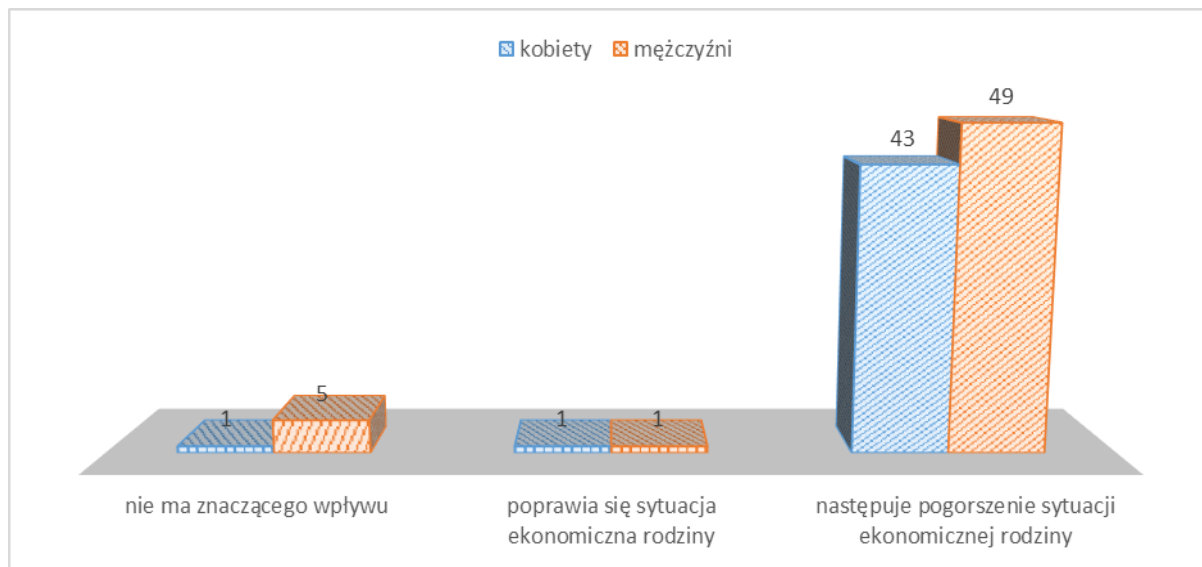
Rycina10. Postrzeganie rodziny osoby ze stomią

Ankietowani zgodnie w 80% uznali, że praca zawodowa powinna być dostosowana do stanu zdrowia. Wiążą się też z tym problemy finansowe rodziny (ryc.11).



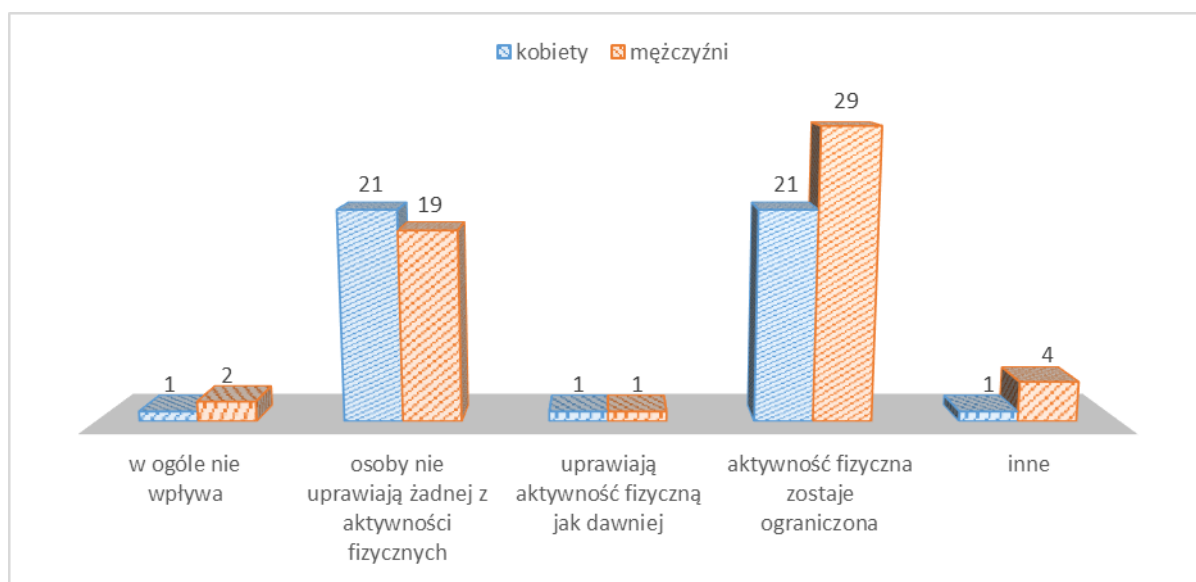
Rycina 11. Praca zawodowa a funkcjonowanie osoby ze stomią

Ankietowani w 92% twierdzą, że w przypadku osoby funkcjonującej ze stomią następuje pogorszenie jej sytuacji ekonomicznej (ryc.12).



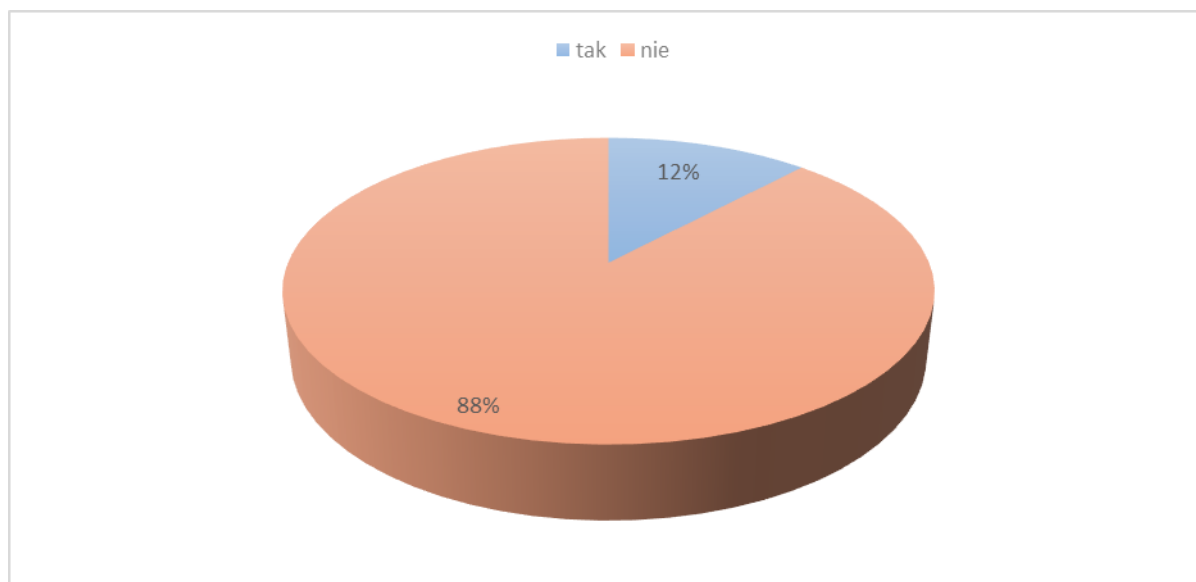
Rycina 12. Osoby ze stomią a ich sytuacja ekonomiczna

Zdaniem ankietowanych aktywność fizyczna osób ze stomią zostaje znacznie ograniczona (50%) bądź osoby te nie uprawiają żadnej aktywności (40%) (ryc.13).



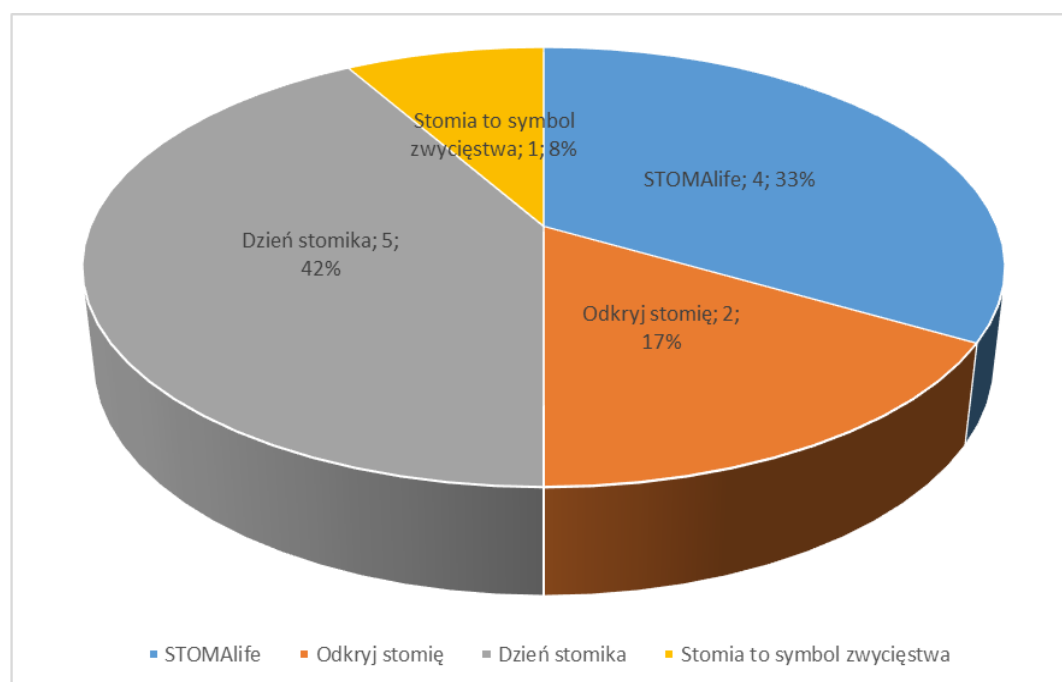
Rycina 13. Aktywność fizyczna osób ze stomią

Ankietowani nie słyszeli i nie znają kampanii społecznych organizowanych na rzecz osób ze stomią. Wśród osób, które słyszały o kampaniach społecznych (12=100%) znajomość ich przedstawiono na wykresie poniżej (ryc.14).



Rycina 14. Wiedza na temat kampanii społecznych

Wśród 12 osób, które znają kampanie społeczne, najczęściej wymienianą jest Dzień stomika (42%) i STOMALife (33%). Przedstawiono to na rycinie 15.



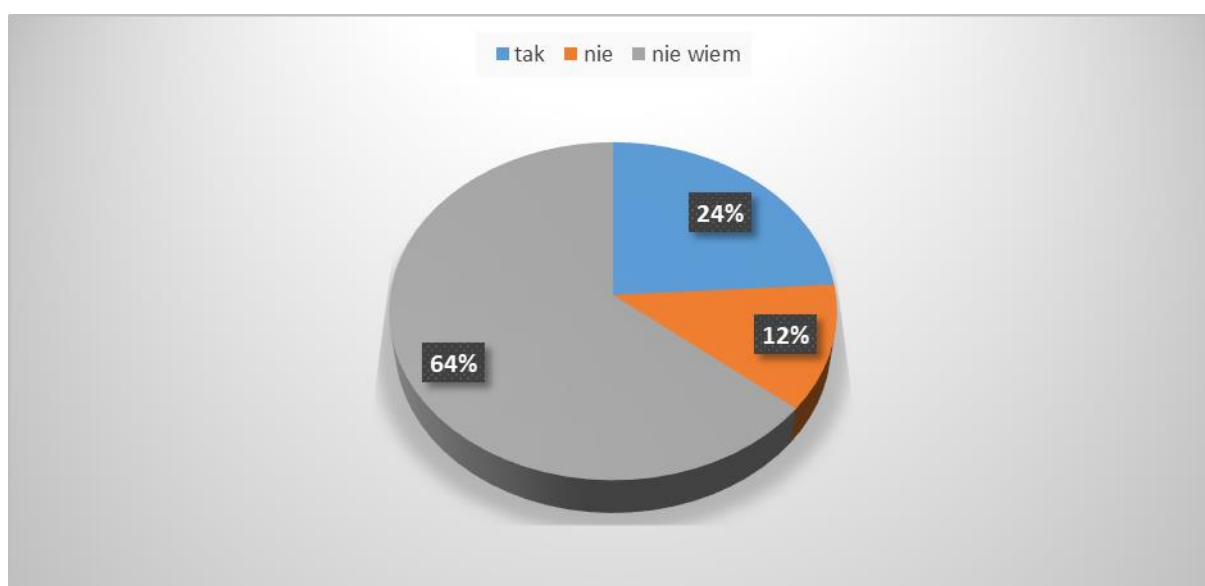
Rycina 15. Znajomość kampanii wspierających osoby ze stomią

Mimo że, część ankietowanych (12%) знаła kampanie społeczne wspierające osoby ze stomią to 92% badanych nie potrafi konkretnie wskazać miejsc w najbliższej okolicy pomagających takim osobom (ryc.16).



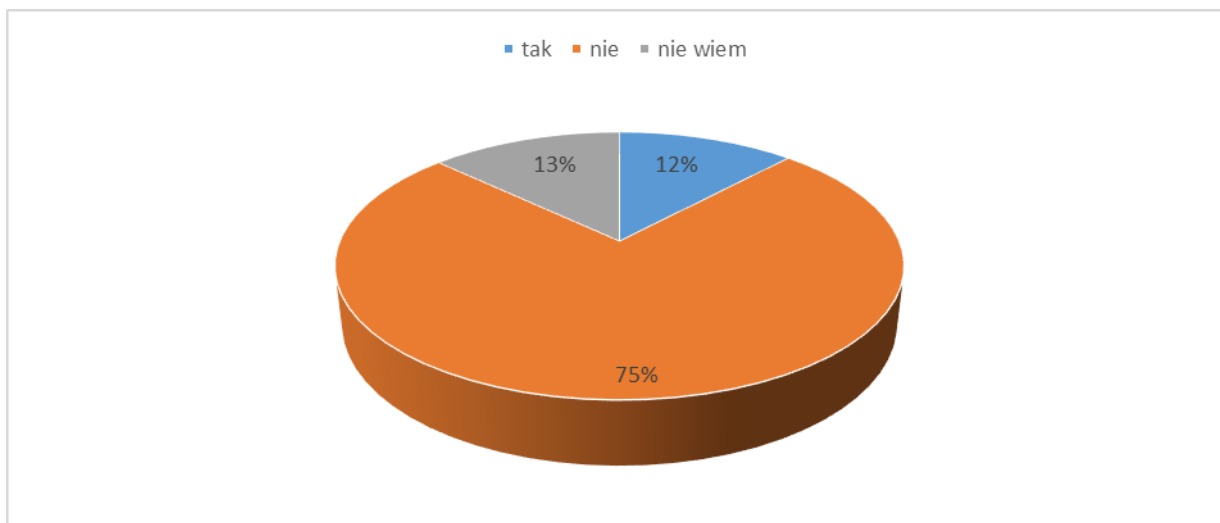
Rycina 16. Znajomość organizacji pomagających osobom ze stomią

Ankietowani posiadają niski poziom wiedzy w zakresie funkcjonowania osób ze stomią, dlatego też na szczegółowe pytanie dotyczące pielęgnacji stomii w 64% odpowiedzieli że nie wiedzą czy ją można samodzielnie pielęgnować. Odpowiedź twierdzącą dało 24% badanych, zaś przeczącą 12%. Obrazuje to rycina 17.



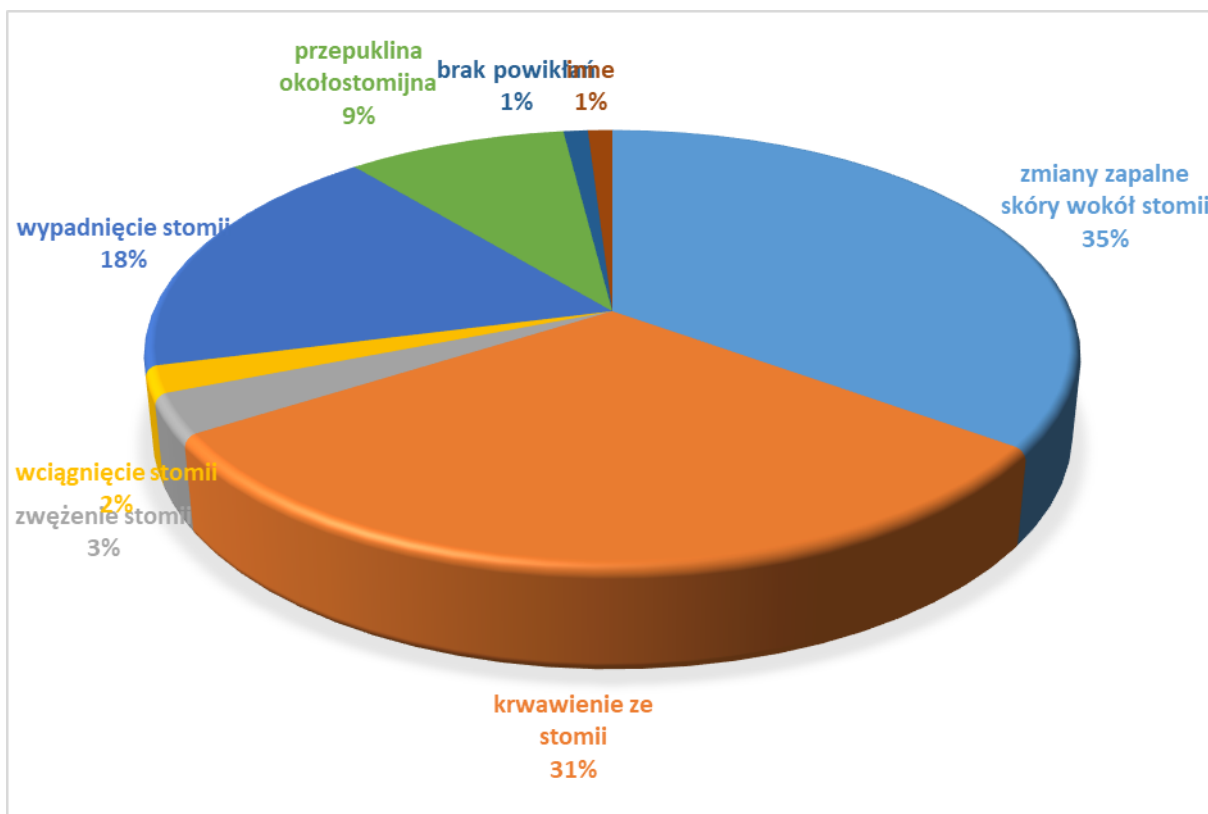
Rycina 17. Wiedza na temat pielęgnowania stomii

Ankietowani nie posiadają dużej wiedzy z zakresu powikłań po stomii (75%). Taką wiedzę posiada zaledwie 12% badanych, a 13% nie zna odpowiedzi na to pytanie (ryc.18).



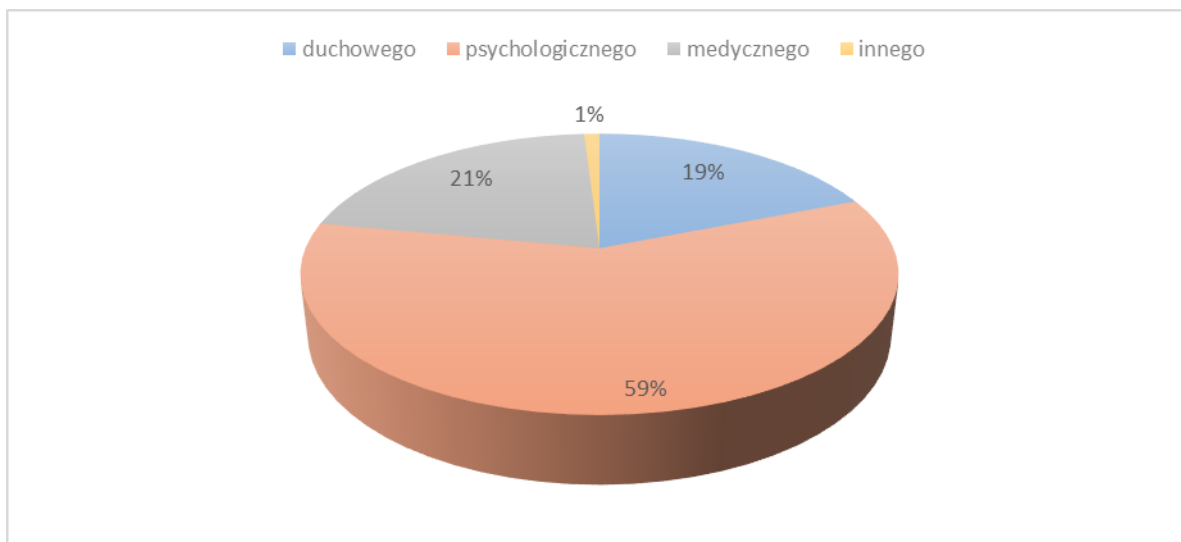
Rycina 18. Wiedza na temat powikłań po stomii

Ankietowani nie znając dokładnie powikłań po stomii wymienili zmiany zapalne skóry wokół stomii (35%) i krwawienie ze stomii (31%). Przedstawia to rycina 19.



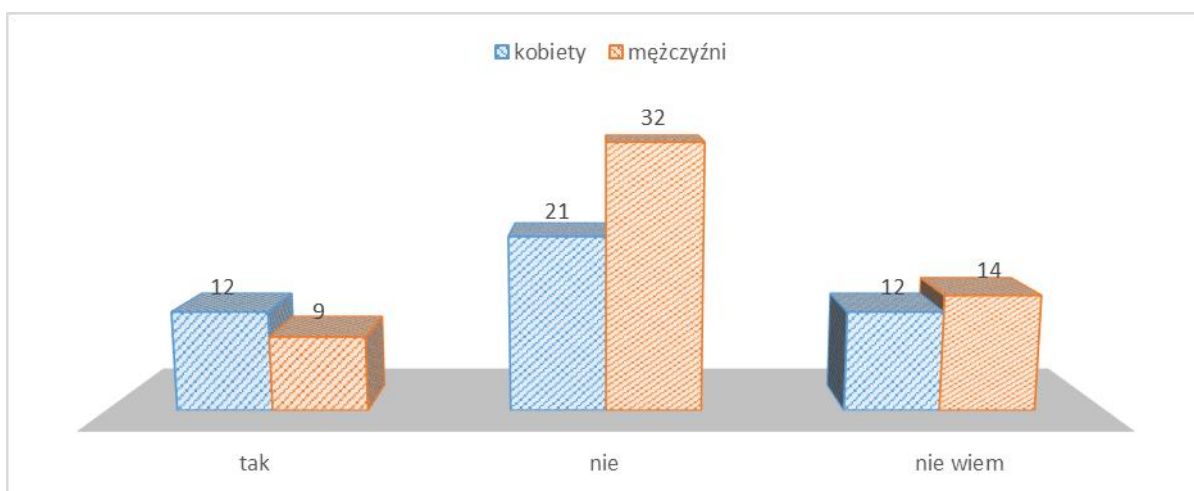
Rycina 19. Rodzaje powikłań po stomii

Według badanych 59% osób ze stomią potrzebuje wsparcia psychologicznego, 21% medycznego, 19% duchowego (ryc.20).



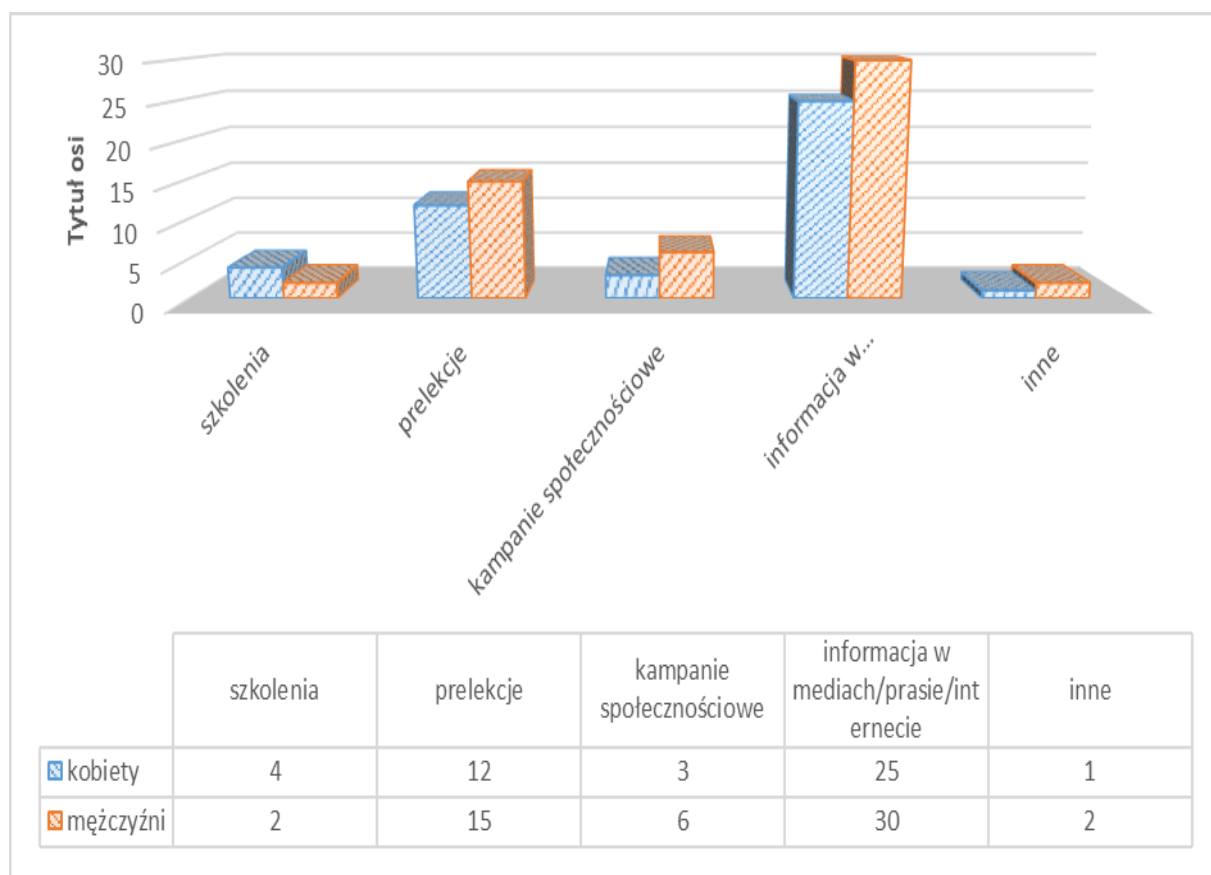
Rycina 20. Oczekiwane wsparcie kierowane do osób ze stomią

Mimo że ankietowani posiadają niski poziom wiedzy na temat funkcjonowania osób ze stomią to nie są zainteresowani jej pogłębianiem (ryc.21). W większości przypadków (53%) badani nie są zainteresowani pogłębianiem wiedzy na temat funkcjonowania osób ze stomią. Szczególnie dotyczy to mężczyzn. Osoby niezdecydowane stanowią 26%. Jedynie 21% twierdząco udzieliła zainteresowania możliwościami poszerzenia swojej wiedzy na temat funkcjonowania osób ze stomią.



Rycina 21. Zainteresowanie pogłębianiem wiedzy na temat stomii

Zarówno mężczyźni jak i kobiety szukają najszybszych i najmniej wymagających źródeł pozyskiwania informacji jak media, prasa czy Internet (55%). Mniejsza grupa zainteresowana jest szkoleniami (6%), prelekcjami (27%), kampaniami społecznymi (9%). Przedstawione to zostało na rycinie 22.



Rycina 22. Źródła pozyskiwania informacji

Świadome społeczeństwo powinno ciągle dążyć do podnoszenia poziomu swojej edukacji. Badanie to wykazało, że życie ze stomią ma większy wpływ na ogólny aspekt jakości życia.

DYSKUSJA

Kiedy pacjenci stają w obliczu diagnozy raka lub wyniszczającej choroby przewlekłej i mają nadzieję na wyleczenie, stomia może wydawać się deską ratunkową. Jakość jest mierzona na podstawie zdrowia fizycznego, stanu funkcjonalnego, dobrostanu społecznego, psychicznego i duchowego. Życie ze stomią jest sytuacją trudną z różnych powodów, w tym niekontrolowanego przepływu gazów, nieprzyjemnego zapachu, biegunki i wycieku wokół

stomii lub sprzętu. Przystosowanie się do tego trudnego czasu według wielu badań, zajęło pacjentom kilka miesięcy. W tym momencie jakość życia pacjentów staje się najważniejsza przez pozostały czas [2].

Tworzenie stomii jest jedną z procedur terapeutycznych stosowanych w leczeniu dysfunkcji jelit z różnych przyczyn, jednak wpływa na jakość życia pacjentów. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako indywidualną perspektywę stanu zdrowia, uwzględniającą kilka aspektów: fizyczny, psychologiczny, ekonomiczny, społeczny i środowiskowy [3].

Stomia może skutkować zmianą obrazu ciała i znacząco wpływa na życie fizyczne, psychiczne, emocjonalne i społeczne pacjentów. Dobra jakość życia jest niezbędna do holistycznego podejścia do leczenia pacjentów. Badanie przeprowadzone w Chinach w celu oceny jakości życia związanej ze stomią przy użyciu skali samoopieki stomijnej i wskaźnika nadziei na zdrowie wykazało, że pacjenci mieli trudności w pracy i instytucjach społecznych. Dodatkowe obawy, na które zwrócono uwagę, dotyczyły seksualności, obrazu ciała i samej stomii [4].

Długoterminowy wpływ na jakość życia Amerykan ze stomią zbadano po 5 latach operacji stomijnej i oceniono za pomocą kwestionariusza. Raport wykazał, że pacjenci czują się lepiej, ponieważ żyją dłużej ze stomią. Z kolei badania przeprowadzone na Irańczykach przez towarzystwo stomijne wykazały, że czynniki takie jak rodzaj stomii, choroba podstawowa, która doprowadziła do powstania stomii, depresja po stomii, niezadowolenie z aktywności seksualnej, problem z umiejscowieniem stomii i zmiana stylu ubioru wpłynęło na jakość życia. Stomia może prowadzić do wzmożonego niepokoju i cierpienia pacjentów w wyniku podrażnienia skóry (76%), wycieku z torebki (62%), nieprzyjemnego zapachu (59%), ograniczenia przyjemnych czynności (54%) oraz depresji/lęku (53 %). W takiej sytuacji warto ocenić jakość życia w ocenie efektów różnych procedur terapeutycznych wraz z ich ostatecznym wpływem na życie pacjentów. Jakość opieki i szkoleń zapewnianych pacjentom może być związana z ich późniejszą jakością. Badanie przeprowadzone w jednym z największych szpitali w Stanach Zjednoczonych wykazało, że tylko połowa pielęgniarek spośród tych, które są odpowiedzialne za opiekę stomijną, ma dobrą wiedzę i umiejętności w zakresie opieki i szkolenia pacjentów [5].

Większość pacjentów (70%) była zmuszona do zmiany stylu odżywiania i obawiała się, że wzdęcia nie wystąpią publicznie. Potrzebowali również co najmniej 3 miesięcy, aby zaznajomić się z samodzielną pielęgnacją stomii, co może mieć wpływ na czas powrotu do rutynowej pracy przed operacją. Zostało to również wykazane w dwóch badaniach irańskich, że większość pacjentów ze stomią została zmuszona do zmiany stylu żywienia. Krótsze pobyty w szpitalu przyczyniają się do tego, że pacjenci po operacji stomii nie mają wystarczających informacji na temat swojego stylu żywienia. Sytuację pogarsza również brak dostępności dietetyków i konieczność powtarzania informacji raz w domu. Wszystko to wpływa na to, jak ludzie postrzegają swój stan w odniesieniu do diety po utworzeniu dla nich stomii w ramach leczenia. Udzielanie odpowiednich i ciągłych porad dotyczących diety przez przeszkolonego dietetyka może być skuteczne w przypadku tych pacjentów w celu zminimalizowania odczuwanego przez nich dyskomfortu psychospołecznego. Te obciążenia psychospołeczne związane ze stylem odżywiania są również odzwierciedlone biorących udział w tym badaniu, czego można było uniknąć dzięki odpowiedniej edukacji pacjentów i ciągłemu wsparciu [6].

Jedną z najbardziej dotkniętych domen jakości życia pacjentów poddawanych operacji wyłonienia stomii jest podskala społeczna. Ta operacja zmieni obraz ciała pacjenta, co ma ogromny wpływ na jego interakcje społeczne. Uczestnicy badania przeprowadzonego przez Roshini i wsp. wyrazili wolę unikania wszelkich spotkań rodzinnych z powodu obawy przed uciążliwą emisją gazów, pełnością i zapachem. Znaczna liczba z nich czuła się niezręcznie przebywając z osobami z zewnątrz i wszyscy czuli, że są ciężarem dla swojej rodziny, a najniższy wynik w ich ocenie jakości życia uzyskano w podskali społecznej. Podobnie wyniki obecnego badania wykazały, że podskala społeczna uzyskała najniższy wynik wśród innych podskal. Być może dlatego, że kulturowo niedopuszczalne jest publiczne podawanie wzdęcia w naszym społeczeństwie, nad którym stomia już straciła kontrolę, co będzie miało ogromny wpływ na pewność siebie człowieka, co ostatecznie obniży jego relacje społeczne. Innym powodem istotnie niskiego wyniku w podskali społecznej w badaniu może być brak grup wsparcia stomijnego i stowarzyszeń stomijnych, a także dostęp do odpowiedniego sprzętu stomijnego. Czynniki te idą w parze i prowadzą do pewnego stopnia izolacji społecznej, co było zgodne z innymi badaniami [6].

Seksualność wśród pacjentów ze stomią jest często zgłaszanym problemem. U mężczyzn problemem może być impotencja i bezpłodność, podczas gdy u kobiet może ich

niepokoić dyspareunia spowodowana zmniejszonym nawilżeniem. Jednak przedoperacyjne libido i zainteresowany partner to prawdopodobnie dwa najważniejsze czynniki w przywróceniu intymności seksualnej po operacji. W badaniu przeprowadzonym w Turcji przez Degera i wsp. niektórzy pacjenci nie odpowiedzieli na pytania dotyczące seksualności/obrazu ciała. Autorzy przypisywali to tureckiemu życiu społeczno-kulturalnemu. W badaniu przeprowadzonym przez Gemmill i wsp. wykazano, że 70% pacjentów miało aktywność seksualną przed operacją wyłonienia stomii, podczas gdy tylko 55% pacjentów wznowiło aktywność seksualną po operacji. W tym badaniu liczba osób, które wznowiły aktywność seksualną po operacji, jest znacznie mniejsza niż (34%) liczba podana w badaniu Gemmill. Może to wynikać z braku odpowiedniego szkolenia w zakresie kwestii seksualności dla pacjentów ze stomią. Dlatego przydatne może być skierowanie pacjentów ze stomią na poradnictwo i szkolenie w zakresie zdrowia seksualnego [7].

Mumtaz Ahmed Khan i wsp. zbadali jakość życia pacjentów żyjących ze stomią wśród muzułmańskich Pakistańczyków. Najlepszy wynik jakości życia dotyczył sfery duchowej (religijnej), a głównym wymienianym powodem było skuteczne poradnictwo psychospołeczne prowadzone przez przywódców religijnych [8].

Podsumowując, wyniki mojego badania wykazały, że życie ze stomią wpływa na ogólny aspekt jakości życia. Właściwe umiejscowienie stomii może zmniejszyć trudności pacjentów. Edukacja przed i pooperacyjna pacjentów i ich rodzin jest ważna dla poprawy jakości życia pacjentów ze stomią. Zaburzenia seksualne i uczucie depresji były głównymi problemami pacjentów ze stomią. Poradnictwo seksualne i psychologiczne może poprawić jakość życia pacjentów. Dostęp do formalnego worka stomijnego jest głównym problemem dla uczestników badania, a rosnąca dostępność worka stomijnego i rosnąca świadomość pacjentów na temat stosowania worka stomijnego może poprawić jakość życia tych pacjentów [9].

WNIOSKI

W pracy zawarto niniejsze wnioski:

1. Według ankietowanych życie ze stomią nie należy do najłatwiejszych. Kobiety w swoich odpowiedziach były bardziej pesymistycznie nastawione do funkcjonowania osób ze stomią w środowisku niż mężczyźni. Zdaniem kobiet osoby ze stomią częściej odczuwają lęki (16 odpowiedzi), czują się pokrzywdzeni przez los

- (13 wskazań) i czują się samotni (12 odpowiedzi). Przeważająca liczba mężczyzn zaś uważa, że są szczęśliwi, że mają nowe życie (19 wskazań) i udzielają się towarzysko (5 wskazań).
2. W większości ankietowani odpowiadali, że osoby ze stomią nie mają problemów z dostępnością sprzętu medycznego (88%).
 3. Ankietowani dostrzegają wiele problemów osób z wyłonią stomią w ich codziennym funkcjonowaniu. Najczęściej wymienianymi był problem z utrzymaniem higieny przetoki i nieprzyjemny zapach (po 25%). Mężczyźni częściej niż kobiety też wskazywali jako problem zmiany nawyków żywieniowych, biegunkę lub zaparcie i zmiany zapalne skóry wokół stomii.
 4. Ankietowani w 92% twierdzą, że w przypadku osoby funkcjonującej ze stomią następuje pogorszenie jej sytuacji ekonomicznej.
 5. Ankietowani nie słyszeli i nie znają kampanii społecznych organizowanych na rzecz osób ze stomią.
 6. Według badanych 59% osób ze stomią potrzebuje wsparcia psychologicznego, 21% medycznego, 19% duchowego.
 7. W większości przypadków (53%) badani nie są zainteresowani pogłębianiem wiedzy na temat funkcjonowania osób ze stomią. Szczególnie dotyczy to mężczyzn.

PIŚMIENNICTWO:

1. Cierzniaowska K., Szewczyk M., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 2: 35–39.
2. Liao C, Qin Y. Czynniki związane z jakością życia pacjentów ze stomią. *Międzynarodowe czasopismo nauk pielęgniarskich.* 2014; 1 (2): 196–201.
3. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Wyniki jakości życia pacjentów ze stomią. *Indyjska opieka paliatywna J.* 2012; 18 (3): 176–180
4. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Jakość życia pacjentów ze stomią: badanie jakościowe. *Preferencja pacjenta.* 2014; 5 :1–5.
5. Sylvia M, Hilde M, Marjolein E, Eddes EH. Problemy związane ze stomią i ich wpływ na jakość życia stomii raka jelita grubego: przegląd systemowy. *Qual Life Res.* 2016; 25:125–133

6. Vonk-Klaassen SM, De Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ Problemy związane ze stomią i ich wpływ na jakość życia stomii raka jelita grubego: przegląd systematyczny. *Kwalifikacja życie* 2016; 25:125–133
7. Shaffy S., Kaur S., Das K., Gupta R. Problemy fizyczne, żywieniowe i seksualne doświadczane przez pacjentów z kolostomią/ileostomią: badanie jakościowe. pielęgniarki. *Położnictwo Res. J.* 2012; 8 :210–222
8. Kimura CA, Guilhem DB, Kamada I., Abreu BS, Modesto KR, Gonçalves JR Jakość życia pacjentów ze stomią: perspektywa w procesie opieki zdrowotnej i pielęgniarskiej. *J. Nurs. Eduk. Pr.* 2016; 7 :22–31
9. Piprek P., Młynarska A.: Wpływa akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2018; 7(4): 89-92.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA PO ZABIEGACH KARDIOCHIRURGICZNYCH

Agata Samojlik¹, Bożena Kopcych², Katarzyna Krystyna Snarska³

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

2/ - Akademia Łomżyńska w Łomży

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

WSTĘP

Pojęcie jakości życia istnieje od początków powstania cywilizacji. Koncepcje filozoficzne traktowały jakość życia jako ogólny dobrostan, przeważanie odczuć pozytywnych nad negatywnymi. We współczesnym świecie jakość życia stanowi wieloaspektowe zagadnienie, które posiada wiele definicji traktowanych równoważnie [1].

Jakość życia (QoL, Quality of Life) według World Health Organization (WHO) jest to: “subiektywna ocena przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań i zainteresowań” [2]. W latach 70. XX wieku pojęcie jakości życia zostało wprowadzone w sferę medycyny, a od tego czasu stale powiększa się zakres znaczeniowy tego wyrażenia. Ze względu na to, że jakość życia odnosi się do każdej sfery życiowej, badacze medycyny wybierają posługiwanie się pojęciem jakości życia zależnej od stanu zdrowia- Health Related Quality of Life (HRQoL) [3].

Problematyka zdrowia oraz przeciwdziałanie jego zagrożeniom stanowi bardzo ważny temat rozważań w dzisiejszych czasach. Zachowania zdrowotne oraz profilaktyka chorób są głównymi czynnikami wpływającymi na jakość życia. We współczesnym świecie coraz częściej odchodzi się od postawy skoncentrowanej przede wszystkim na chorobie, a zwraca się większą uwagę na zachowania zdrowotne, profilaktykę, promocję i ochronę zdrowia [4].

Chorzy ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwinną serca podczas oceny własnej jakości życia zwracają uwagę głównie na: ograniczenia fizyczne, pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, ograniczenie funkcji seksualnych oraz zmniejszenie stopnia zdolności budowania relacji międzyludzkich [5].

CEL PRACY

Choroba niedokrwienna serca jest najczęstszym schorzeniem układu krążenia. Niebezpieczeństwa związane z powikłaniami oprócz pogorszenia jakości życia pacjentów generują koszty powodowane koniecznym leczeniem oraz późniejszą rehabilitacją po ewentualnych operacjach kardiochirurgicznych. Badanie jakości życia pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych stanowi istotną rolę w ocenie wpływu terapii na ogólne samopoczucie chorego oraz pozwala uwzględnić punkt widzenia pacjenta.

Celem pracy jest:

- Ocena jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po zabiegach kardiochirurgicznych w domenie społecznej, somatycznej, psychologicznej oraz w dziedzinie środowiskowej.
- Określenie czynników wpływających na jakość życia pacjentów chorobą niedokrwienną serca po zabiegach kardiochirurgicznych.
- Ocena sprawności chorych z chorobą niedokrwienną serca po zabiegach kardiochirurgicznych.
- Ocena wpływu sprawności chorych (wynik skali Barthel) po zabiegach kardiochirurgicznych na ich jakość życia

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w populacji 100 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po zabiegach kardiochirurgicznych w okresie od 1.09.2022r. do 01.04.2023r. hospitalizowanych w Klinice Kardiochirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Materiał badawczy został zebrany za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszych badań. Ankieta składała się z metryczki, pytań ogólnych z zakresu wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca oraz ankiety standaryzowanej WHOQOL-BREF oraz skali Barthel. Kwestionariusze ankiet zostały uzupełnione przez pacjentów, którzy wyrazili świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza ankiety. Uczestnicy badań samodzielnie zaznaczali odpowiedzi na ankietach. Chorzy na każdym etapie mogli zrezygnować z udzielania odpowiedzi i odstąpić od uczestnictwa w badaniach bez podawania przyczyny.

WYNIKI

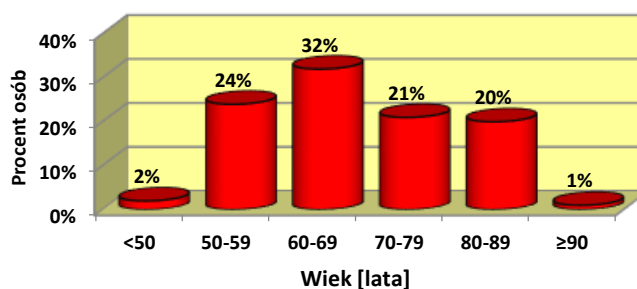
Charakterystyka badanej zbiorowości

W badaniu ankietowym wzięło udział 100 osób, które chorują na chorobę niedokrwienną serca (wieńcową). Rozkład płci w analizowanej zbiorowości był równomierny.

Średni wiek respondentów to ponad 68 lat, mediana jest nieco niższa i wyniosła 67 lat. W poniższej tabeli przedstawiono również dokładne parametry statystyczne¹ BMI ankietowanych pacjentów. W przypadku wieku przedstawiono również jego rozkład po zgrupowaniu pacjentów w 5-letnie grupy wiekowe, a dla BMI wyniki klasyfikacji według norm WHO.

Tabela 1. Wiek i BMI respondentów

Cechy	$\bar{x}$	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
Wiek [lata]	68,6	67	11,5	58,5	77	45	95
BMI	26,2	25,1	6,0	22,9	28,4	15,3	46,7



Ryc.1 Wiek respondentów

W badanej społeczności 44% ankietowanych ma właściwą wagę ciała, co trzecia osoba ma nadwagę natomiast co czwarta cierpi na otyłość.

¹ Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów – oto ich opis:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej;
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze a połowa większe od mediany;
- wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum);
- odchylenie standardowe (s) – jest to miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej;
- dolny i górny kwartył (c_{25} i c_{75}) – są to wartości poniżej (powyżej) której leży co czwarty pomiar danej cechy.

Tabela 2. Klasyfikacja wg BMI

Klasyfikacja wg BMI	Liczność	Procent
niedowaga	4	4%
norma	44	44%
nadwaga	33	33%
otyłość	19	19%
razem	100	100%

Niemal dwie trzecie ankietowanych osób to mieszkańcy miast.

Tabela 3. Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczność	Procent
miasto	61	61%
wieś	39	39%
razem	100	100%

Co druga ankietowana osoba określiła swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre, co trzecia jako dobre zaś pozostałe osoby (14%) oceniły je jako złe.

Tabela 4. Warunki mieszkaniowe respondentów

Warunki mieszkaniowe	Liczność	Procent
bardzo dobre	52	52%
dobre	34	34%
złe	14	14%
razem	100	100%

Najczęściej ankietowani pacjenci znajdują wsparcie i pomoc w najbliższej rodzinie. Prawie połowa (46%) respondentów podała dziecko jako swojego opiekuna, 40% wymieniło współmałżonka.

Tabela 5. Osoba sprawująca opiekę nad respondentem

Osoba sprawująca opiekę	Liczność	Procent
żona/mąż	40	40%
córka/syn	46	46%
zięć/synowa	14	14%
razem	100	100%

Dla zdecydowanej części ankietowanych osób źródłem utrzymania jest emerytura bądź renta, co piąty respondent nadal jest aktywny zawodowo.

W analizowanej grupie najwięcej osób (co trzecia) posiada wykształcenie zawodowe, co szósta wyższe. Jest jeszcze spory odsetek (26%) respondentów, którzy edukację zakończyli na szkole podstawowej.

Tabela 6. Wykształcenie

Wykształcenie	Liczność	Procent
podstawowe	26	26%
średnie	27	27%
zawodowe	32	32%
wyższe	15	15%

Stan zdrowia oraz wiedza na tematy zdrowotne

W badanej grupie najwięcej osób choruje na chorobę wieńcową od roku do pięciu lat – 44%. Dłuższy okres trwania choroby dotyczy jednej trzeciej z ankietowanych pacjentów.

Stan zdrowia oceniono także za pomocą indeksu Barthel, który dotyczy zaburzeń funkcjonalnych. Indeks ten przyjmuje wartości z przedziału 0-100 pkt, przy czym wyższe wartości oznaczają lepszy stan zdrowia pacjentów.

Tabela 7. Czas trwania choroby

Czas trwania choroby	Liczność	Procent
----------------------	----------	---------

<1 rok	22	22%
1-5 lat	44	44%
5-10 lat	20	20%
10-20 lat	14	14%

Osoby z ankietowanej zbiorowości miały niski poziom zaburzeń funkcjonalnych – średnia wartość indeksu Barthel to 94 pkt, a mediana nawet 100 pkt, co oznacza, że co najmniej połowa chorych nie miała żadnych trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Najniższa wartość to 55 pkt.

Tabela 8. Indeks Barthel

Indeks Barthel						
$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
94,3	100	11,6	95	100	55	100

Badana grupa jest pod względem sprawności funkcjonalnej bardzo jednorodna, niemal 90% osób zostało sklasyfikowanych do grupy z lekkimi zaburzeniami funkcjonowania, przy czym z poprzedniego zestawienia wiemy, że oznaczało to dla większości osób brak zaburzeń (indeks na poziomie 100 pkt).

Tabela 9. Zaburzenia funkcjonowania

Zaburzenia funkcjonowania	Liczność	Procent
lekke	88	88%
średnio-ciężkie	12	12%

Dwie ankietowane osoby na trzy umiały podać prawidłową wartość ciśnienia tętniczego u osób dorosłych.

Tabela 10. Prawidłowa wartość ciśnienia tętniczego

Prawidłowa wartość ciśnienia tętniczego	Liczność	Procent
<120mmHg/<80mmHg	13	13%
120-129mmHg/80-84mmHg	67	67%
130-139mmHg/85-90mmHg	16	16%
>140mmHg/90mmHg	4	4%

Zdecydowana większość respondentów (84%) jest zdania, że sposób odżywiania oraz styl życia ma wpływ na pojawienie się u nich miażdżycy.

Tabela 11. Dieta i styl życia a pojawienie się miażdżycy

Dieta i styl życia a pojawienie się miażdżycy	Liczność	Procent
tak	84	84%
nie	16	16%

Większość (choć nie wszystkie!) ankietowane osoby zdają sobie sprawę z faktu, że choroba niedokrwienna może prowadzić do zawału serca.

Tabela 12. Choroba niedokrwienna serca a zawał

Czy choroba niedokrwienna może prowadzić do zawału?	Liczność	Procent
tak	84	84%
nie	13	13%
brak odpowiedzi	3	3%

Większość respondentów (ponad $\frac{3}{4}$ badanej grupy) zgodnie z prawdą potwierdziło fakt istnienia metod leczenia choroby niedokrwiennej serca.

Tabela 13. Sposoby leczenia choroby niedokrwiennej serca

Czy istnieją sposoby leczenia choroby niedokrwiennej serca?	Liczność	Procent
--	-----------------	----------------

tak	79	79%
nie	17	17%
brak odpowiedzi	4	4%

Więcej niż połowa respondentów potrafiła wymienić typowe objawy wskazujące na chorobę wieńcową. Jednakże spory odsetek podawał również odpowiedzi nieprawidłowe (ból brzucha, czy osłabienie kończyn). Zdecydowana większość ankietowanych chorych zdaje sobie sprawę jakie czynniki mogą zwiększyć ryzyko pojawienia się choroby wieńcowej.

Tabela 14. Objawy wskazujące na chorobę niedokrwienną serca

Objawy wskazujące na chorobę niedokrwienną serca	Liczność	Procent ¹⁾
ból w klatce piersiowej	78	78%
zadyszka/brak powietrza	69	69%
ból brzucha	46	46%
osłabienie kończyn	36	36%

1) Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Tabela 15. Czynniki ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej

Czynniki ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej	Liczność	Procent ¹⁾
nadwaga i otyłość	93	93%
nadciśnienie tętnicze	92	92%
mała aktywność fizyczna	91	91%
jedzenie warzyw	35	35%

1) Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca

W zbiorczej tabeli zestawiono informacje na temat rozkładu miar punktowych jakości życia, wyznaczonych na podstawie kwestionariusza WHOQoL w badanej zbiorowości.

Tabela 16. Jakość życia pacjentów wg skali WHOQoL-BREF

WHOQoL-BREF	$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
Dziedzina somatyczna	13,3	13,1	2,5	11,7	14,9	8,6	18,3
Dziedzina psychologiczna	12,9	12,7	2,3	11,3	14,7	8,7	18,0
Dziedzina społeczna	14,4	14,7	2,8	12,0	16,0	6,7	20,0
Środowisko	13,8	14,0	2,2	12,5	15,5	9,5	18,5

Rozkład odpowiedzi na dwa rozważane oddzielnie pytania z kwestionariusza WHOQoL-BREF przedstawiono w formie graficznej. Jak widać, ocena jakości życia dokonana przez ankietowane osoby i stanu ich zdrowia wypada raczej pozytywnie, szczególnie w przypadku jakości życia. Zdrowie jest oceniane najczęściej jako przeciętne – tę odpowiedź wybrało prawie 60% ankietowanych osób.

Czynniki wpływające na jakość życia

W tej części zbadano wpływ na jakość życia osób z chorobą wieńcową wybranych czynników: demograficznych, społecznych, zdrowotnych oraz wiedzy na temat schorzenia. Jakość życia określały cztery miary liczbowe wyznaczone za pomocą kwestionariusza WHOQoL-BREF. W przypadku kiedy rozważany czynnik miał charakter nominalny, analiza polegała na zestawieniu wybranych statystyki (średnia, mediana, odchyleni standardowe) miar jakości życia w porównywanych grupach i ocenie istotności różnic pomiędzy nimi za pomocą – w zależności od liczby porównywanych grup – **testu Manna-Whitneya**² lub **testu Kruskala-Wallisa**³. W sytuacji kiedy rozważany czynnik miał charakter liczbowy do analizy zastosowano **współczynnik korelacji rang Spearmana**⁴. Wyniki interpretowano stosując zwyczajowo przyjęte reguły opisu rezultatów **testów statystycznych**⁵.

² ozeń, czyni go atrakcyjną alternatywą testu *t*. Liczbowym wynikiem testu jest prawdopodobieństwo testowe *p*, którego niskie wartości pozwalają uznać za istotną statystycznie różnicę pomiędzy poziomem cechy liczbowej w dwóch porównywanych grupach.

³ Test Kruskala-Wallisa służy do porównywania rozkładu cechy liczbowej (lub zmierzonej przynajmniej na skali porządkowej) w kilku grupach. Jest to tak zwany test nieparametryczny, nie wymaga więc spełnienia restrykcyjnych założeń, które występują w parametrycznych testach analizy wariancji. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego *p* pozwalają stwierdzić, iż czynnik grupujący różnicuje przeciętny poziom rozważanej cechy liczbowej.

⁴ Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału – 1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego

Czynniki demograficzne

Tabela 17. Płeć a jakość życia

WHOQoL-BREF	Płeć						p
	kobieta (N = 50)			mężczyzna (N = 50)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
dziedzina somatyczna	13,8	13,7	2,3	12,9	12,6	2,6	0,0386*
dziedzina psychologiczna	13,3	13,3	2,3	12,6	12,3	2,2	0,3206
dziedzina społeczna	14,6	14,7	2,7	14,2	14,7	2,9	0,4729
środowisko	14,2	14,3	2,3	13,3	13,5	2,0	0,0671

Płeć różnicuje w niewielkim stopniu jakość życia osób z chorobą wieńcową, aczkolwiek dla dwóch miar różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami są istotne statystycznie ($p = 0,0386^*$ dla dziedziny somatycznej) lub zbliżone do wyniku istotnego ($p = 0,0671$ dla miary środowisko). Dla obu miar nieco wyższe wartości średnie występują w grupie kobiet.

kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy $-0,9$ świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:

- $|r_s| < 0,3$ – brak korelacji;
- $0,3 \leq |r_s| < 0,5$ – słaba korelacja;
- $0,5 \leq |r_s| < 0,7$ – przeciętna korelacja;
- $0,7 \leq |r_s| < 0,9$ – silna korelacja;
- $0,9 \leq |r_s| < 1$ – bardzo silna korelacja;
- $|r_s| = 1$ – idealna korelacja.

Wyniki powinny być uzupełniane rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.

⁵ Testy statystyczne służą do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Wynikiem testu statystycznego jest tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjmuje się przy tym najczęściej następujące reguły:

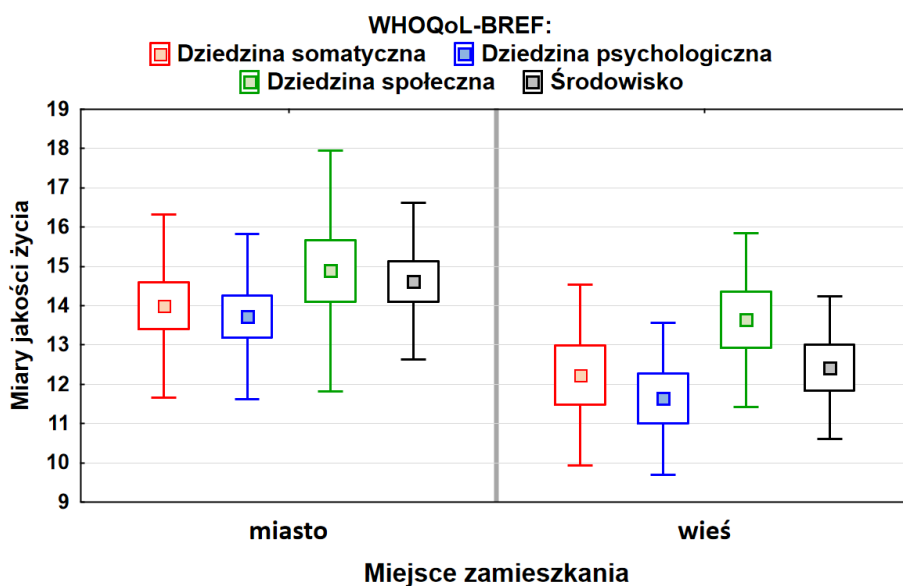
- gdy $p \geq 0,05$ mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamieny statystycznie;
- gdy $p < 0,05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą *);
- $p < 0,01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0,001$ to bardzo wysoce istotna statystycznie zależność (***).

Natomiast czynnikiem, który duŹo wyraŹniej r33nicuje jakořć Źycia ankietowanych os33b jest miejsce zamieszkania. Dla wszystkich miar znacząco wyŹsze wartořci przeciętne można zaobserwować w grupie mieszkańców miast.

Aby zbadać relację wieku i jakořci Źycia wykorzystano analizę korelacji. Wyniki przedstawiono w poniŹszej tabeli 19.

Tabela18. Miejsce zamieszkania a jakořć Źycia

WHOQoL-BREF	Miejsce zamieszkania						<i>p</i>
	miasto (<i>N</i> = 61)			wieś (<i>N</i> = 39)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
dziedzina somatyczna	14,0	13,7	2,3	12,2	12,0	2,3	0,0010**
dziedzina psychologiczna	13,7	14,0	2,1	11,6	11,3	1,9	0,0000***
dziedzina społeczna	14,9	16,0	3,1	13,6	14,7	2,2	0,0055**
środowisko	14,6	14,5	2,0	12,4	13,0	1,8	0,0000***



Ryc. 2 Miejsce zamieszkania a jakořć Źycia

Jak widać, wszystkie korelacje były statystycznie istotne (wartořci prawdopodobieństwa testowego *p* poniŹej 0,05), zaś współczynniki korelacji Źwiadczyły o niewielkiej, bądź przeciętnej sile zaleŹności.

Wiek wpływa najmocniej na jakořć Źycia w dziedzinie somatycznej, co jest dořć zrozumiałe i zapewne dotyczy nie tylko os33b chorych na chorobę wieńcową.

Kluczową sprawą jest ujemny znak współczynnika korelacji, co oznacza, że wraz z wiekiem jakość życia, średnio rzecz biorąc, jest coraz niższa.

Tabela 19 WHOQoL-BREF - wiek

WHOQoL-BREF	Wiek [lata]
Dziedzina somatyczna	-0,62 ($p = 0,0000^{***}$)
Dziedzina psychologiczna	-0,43 ($p = 0,0000^{***}$)
Dziedzina społeczna	-0,46 ($p = 0,0000^{***}$)
Środowisko	-0,50 ($p = 0,0000^{***}$)

Czynniki związane ze statusem społecznym

Tabela 20. WHOQoL-BREF -wykształcenie

WHOQoL-BREF	Wykształcenie												<i>p</i>
	podstawowe (<i>N</i> = 26)			średnie (<i>N</i> = 27)			zawodowe (<i>N</i> = 32)			wyższe (<i>N</i> = 15)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
dziedzina somatyczna	10,9	10,6	1,5	12,9	13,1	1,3	14,1	14,3	1,8	16,5	17,1	2,3	0,0000****
dziedzina psychologiczna	11,0	11,0	1,9	12,1	11,3	1,6	14,0	13,3	1,5	15,5	15,3	1,7	0,0000****
dziedzina społeczna	12,8	12,0	2,0	12,9	13,3	2,8	15,4	16,0	1,6	17,8	18,7	2,2	0,0000****
środowisko	12,2	12,8	1,8	12,9	12,5	1,7	14,6	14,5	1,8	16,2	16,0	1,4	0,0000****

W tej części zbadane zostaną różnice w poziomie jakości życia osób chorych na chorobę wieńcowa w zależności od wykształcenia, warunków mieszkaniowych, osoby sprawującej opiekę oraz źródła utrzymania.

Wykształcenie jest czynnikiem, który w bardzo wysokim stopniu determinuje poziom życia ankietowanych pacjentów. Analizując poniższą tabelę możemy stwierdzić, że wpływa ono w statystycznie istotny sposób na każdy element składowy miary jakości życia, a więc: dziedzinę somatyczną, społeczną, psychologiczną oraz środowiskową. Można podsumować,

że im wyższe wykształcenie tym miary jakości życia są również wyższe. Najlepsze otrzymano dla respondentów posiadających ukończone studia.

Czynniki związane ze zdrowiem

Zbadano, czy jakość życia jest związana ze stanem zdrowia, a konkretnie skłonnością do występowania nadwagi lub otyłości (BMI oraz klasyfikacja BMI), a także z czasem trwania choroby.

Nie ma istotnych statystycznie korelacji BMI z miarami jakości życia. Natomiast okazuje się, że po podzieleniu na grupy występowanie otyłości jest czynnikiem wpływającym na poziom jakości życia. Można stwierdzić, że statystycznie istotne zróżnicowanie względem klasyfikacji BMI dotyczy funkcjonowania „w środowisku”, a na granicy istotności statystycznej dla dziedziny somatycznej. Natomiast czas trwania choroby jest czynnikiem zdecydowanie określającym poziom jakości życia we wszystkich wymienionych dziedzinach. W tym przypadku dłuższa choroba powoduje spadek poziomu jakości życia. Oczywiście, ta zależność może być poniekąd efektem tego, że niewątpliwie schorzenie trwa dłużej u osób starszych, a te jak wynikało z wcześniejszych rozważań miał niższą jakość życia. Tym niemniej różnice pomiędzy grupami są duże i na pewno po części wpływa na to nie tylko sam wiek, ale także czas zmagania się z chorobą.

Tabela 21. WHOQoL-BREF - BMI

WHOQoL-BREF	BMI
dziedzina somatyczna	-0,02 ($p = 0,8197$)
dziedzina psychologiczna	-0,03 ($p = 0,7599$)
dziedzina społeczna	-0,05 ($p = 0,6114$)
środowisko	-0,16 ($p = 0,1150$)

Tabela 22. WHOQoL-BREF - czas trwania choroby

WHOQoL-BREF	Czas trwania choroby												<i>p</i>
	<1 rok (<i>N</i> = 22)			1-5 lat (<i>N</i> = 44)			5-10 lat (<i>N</i> = 20)			10-20 lat (<i>N</i> = 14)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	

dziedzina somatyczna	14,6	15,4	2,3	14,3	13,7	2,0	12,1	12,3	1,1	10,0	10,3	1,5	0,0000***
dziedzina psychologiczna	14,3	14,7	2,4	13,2	13,0	1,8	12,8	12,0	1,8	10,1	10,0	1,9	0,0000***
dziedzina społeczna	14,5	16,0	3,6	15,0	14,7	2,6	14,1	14,7	2,3	12,7	12,0	2,1	0,0136*
środowisko	15,0	15,5	2,0	14,3	14,5	2,0	13,1	13,5	1,3	11,3	9,5	2,2	0,0001***

Osoby mają zaburzenia funkcjonowania według indeksu Barthel, charakteryzowały się niższą jakością życia we wszystkich dziedzinach. Różnica w stosunku do osób sprawnych była istotna statystycznie.

Tabela 23. WHOQoL-BREF - zaburzenia funkcjonowania

WHOQoL-BREF	Zaburzenia funkcjonowania						p
	lekkie (N = 88)			średnio-ciężkie (N = 12)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
dziedzina somatyczna	13,7	13,1	2,3	10,6	10,3	2,1	0,0001** *
dziedzina psychologiczna	13,3	13,3	2,1	10,0	10,0	1,3	0,0000** *
dziedzina społeczna	14,8	14,7	2,7	11,7	11,3	2,3	0,0001** *
środowisko	14,2	14,5	2,0	10,9	9,5	1,7	0,0000** *

DYSKUSJA

W badaniu ankietowym wzięło udział 100 osób, które chorują na chorobę niedokrwinną serca. Materiał badawczy został zebrany za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza. Oceny dokonano za pomocą ankiety standaryzowanej WHOQOL-BREF oraz skali Barthel.

Na podstawie charakterystyki grupy ankietowanych wnioskuje się iż średni wiek to ponad 68 lat. Prawie połowa (44%) ma właściwą masę ciała. 61% badanych to mieszkańcy miast, a co druga ankietowana osoba określiła swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre. Większość badanych posiada wykształcenie zawodowe (32%). Prawie na równi znajdują się grupy z wykształceniem średnim (27%) oraz podstawowym (26%). Wykształcenie wyższe to jedynie 15% z całej grupy ankietowanych. Prawie połowa respondentów (46%) otrzymuje wsparcie od swoich dzieci. Współmałżonek stanowi wsparcie u 40% ankietowych. Emerytura jest źródłem utrzymania prawie połowy badanych (49%). Tylko 24% ankietowych to czynni zawodowo. Wykształcenie zawodowe posiada 32% badanych, wykształcenie średnie to 27% , podstawowe 26%, a wyższe jedynie 15%.

Najwięcej ankietowych choruje na chorobę wieńcową od roku do 5 lat (44%). Ankietowana zbiorowość wykazała niski poziom zaburzeń funkcjonalnych. Według indeksu Barthel połowa chorych nie miała żadnych trudności z wykonywaniem codziennych czynności. Prawie 90% osób to grupa z lekkimi zaburzeniami funkcjonowania. Jedynie 12% ankietowanych wykazała średnio-ciężkie zaburzenia sprawności funkcjonalnej. Przeważnie większość ankietowanych dobrze odpowiadała na pytanie o prawidłową wartość ciśnienia tętniczego krwi. Aż 84% ankietowanych zgadza się co do tego, że sposób odżywiania ma wpływ na pojawienie się u nich miażdżycy. W przypadku właściwego odżywiania 100% ankietowanych odpowiedziało zgodnie co do zdrowotnego działania warzyw i owoców. Nieco niżej plasowały się odpowiedzi ser twarogowy i niskotłuszczowy (71%) oraz drób (46%). Zaskakującym faktem jest to, że 6% ankietowanych stwierdza, że jedzenie typu fast food ma korzystny wpływ na zdrowie. Aż 84 % osób stwierdza, że choroba niedokrwienna serca może prowadzić do zawału. Badani w 79% procentach zdają sobie sprawę z tego, że istnieją metody leczenia choroby niedokrwiennej serca. Zadawalającym faktem jest to, że prawie większość ankietowanych rozumie, że wysoki poziom cholesterolu predysponuje do wystąpienia miażdżycy. Również prawie większość zgadza się co do faktu, że choroba niedokrwienna serca dotyczy także osób przed 50 r. ż. Więcej niż połowa respondentów potrafi wskazać objawy mogące świadczyć o istnieniu choroby niedokrwiennej serca. Niestety spora część ankietowanych wskazuje również nieprawidłowe objawy takiej jak ból brzucha (46%) oraz osłabienie kończyn (36%). Respondenci jednomyślnie, bo prawie w 100 % wskazywali prawidłowe odpowiedzi co do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej.

W badaniach własnych ocena jakości życia osób badanych wypada w dużej mierze

pozytywnie. W przypadku zdrowia oceniane jest ono jako przeciętne (60%). Biorąc pod uwagę czynniki demograficzne sama płeć badanych nie ma wielkiego wpływu na jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca. Wyraźniej różnicującym czynnikiem odnośnie jakości życia jest miejsce zamieszkania. Wyższe wartości przeciętne obserwujemy u mieszkańców miast. W dziedzinie somatycznej to wiek wpływa najbardziej na jakość życia. Im starszy ankietowany tym gorzej określał jakość życia szczególnie biorąc pod uwagę dziedzinę somatyczną.

Wyniki badań własnych wykazały, że osoby z wykształceniem wyższym lepiej oceniły jakość swojego życia. Wpływ wykształcenia w znacznym stopniu determinuje poziom życia osób badanych. Jest to dość logiczne, że im wyższe wykształcenie to wyższe miary jakości życia. Najwyższe wyniki uzyskano dla ankietowych posiadających ukończone studia. Osoby, które oceniały swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre, najwyżej oceniały również poszczególne dziedziny życia. Na jakość życia znacząco wpływa również fakt, kto sprawuje opiekę nad ankietowanymi. Najlepiej wypada to w przypadku kiedy opiekę nad pacjentem sprawuje współmałżonek. Osoby pracujące najlepiej postrzegają swoje życie. Emeryci i renciści mają zbliżony poziom odnośnie jakości życia biorąc pod uwagę szczególnie dziedzinę somatyczną. Biorąc pod uwagę korelacje BMI i miary jakości życia to istotne statystycznie różnice dotyczą funkcjonowania w środowisku. Znaczny spadek poziomu jakości życia we wszystkich dziedzinach jest spowodowany czasem trwania choroby. Należy wziąć pod uwagę, że choroba u osób starszych trwa dłużej, a jak wiadomo, osoby te według badania miały niższą jakość życia.

Aby odpowiedzieć na pytanie czy poziom wiedzy wpływa na jakość życia badanych pacjentów, wyznaczono współczynnik korelacji pomiędzy sumarycznym wynikiem testu wiedzy a miarami jakości życia wyznaczonymi z pomocą WHOQoL-BREF. Zależności nie wyszły bardzo silne ale ewidentnie widać korelację między wiedzą, a codziennym funkcjonowaniem. Wraz z większą wiedzą jakość życia była wyższa.

Nie należy mieć wątpliwości, że choroba niedokrwienna serca jako choroba przewlekła, wpływa na jakość życia pacjentów we wszystkich jego obszarach [6]. Potwierdza to artykuł w czasopiśmie „Choroby Serca i Naczyń”; (...) *zależnie od stopnia zaawansowania choroby — wpływa negatywnie na QoL poprzez ograniczenia na poziomie fizycznym (dolegliwości dławicowe, zmniejszenie tolerancji wysiłku), dysfunkcje w obszarze poznawczo-emocjonalnym (depresja, niepokój, dystress) oraz zaburzenia w relacjach społecznych (gorsza jakość związku partnerskiego, zmniejszona aktywność zawodowa, izolacja społeczna).*”[7]

Tutaj ciekawym porównaniem będzie jak do jakości swojego życia odnieśli się ankietowani. Grupa badanych to głównie pacjenci cierpiący na chorobę niedokrwienną serca od roku do 5 lat, a połowa to osoby w wieku emerytalnym. Zadziwiające jest to, że tylko 12% ankietowanych wykazała średnio-ciężkie zaburzenia sprawności funkcjonalnej. Najbardziej usatysfakcjonowane życiem były osoby czynne zawodowo, posiadające wykształcenie wyższe i mieszkające w mieście. Była to jednak nieliczna grupa badanych. Nie było dość wyraźnych statystycznie różnic. Grupa była dość jednorodna w udzielaniu odpowiedzi. Czy w takim wypadku można poddać wątpliwości rzetelność udzielanych odpowiedzi? Czy prawidłowe było by stwierdzenie, że niechętnie przyznajemy się do dysfunkcji w naszym życiu? Według Małgorzaty Wysockiej-Pleczyk u pacjentów zmagających się z chorobą niedokrwienną serca często można zauważyć nawet wyższy poziom afirmacji życia i pozytywnego stosunku do śmierci. *„Należy zauważyć, że pacjenci cierpiący na chorobę niedokrwienną serca ogólnie dość rzadko stosują nieadaptacyjne style radzenia sobie – dominuje u nich koncentracja na problemach i aktywne rozwiązywanie sytuacji stresowych. Jednakże stosowanie takich strategii radzenia sobie nie jest u tych pacjentów powiązane ze wzrostem poczucia sensu życia, a niektóre dane wskazywałyby na to, że może dochodzić u nich do rozdzielenia tych procesów psychicznych”*. [8] Autorzy dalej porównują wymienione zmienna do nieadaptacyjnego radzenia sobie poprzez stosowanie niedojrzałej obrony. Jest to kolejny aspekt psychologiczny, który wymagałby dalszych badań w celu jego potwierdzenia. Jak wynika z badań własnych jakość życia malała wraz z długością życia. Niezależnie od płci, wykształcenia czy miejsca zamieszkania, pacjent dłużej zmagający się z chorobą, niżej oceniał swoje codzienne funkcjonowanie. Podobne wyniki przedstawia Barbara Cieślík gdzie *„Badania wykazywały też, że jakość życia jest niższa u osób borykających się z chorobami kardiologicznymi w porównaniu ze zdrową populacją, niezależnie od płci, wieku, pochodzenie, rasy czy poziomu wykształcenia(..)”* [9].

WNIOSKI

1. Jakość życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po zabiegach kardiologicznych przeważnie utrzymuje się na dość dobrym poziomie.
2. Domena społeczna somatyczna psychologiczna oraz dziedzina środowiskowa według których dokonywano oceny jakości życia w niewielkim stopniu różnicują poziom

funkcjonowania ankietowanych pacjentów. Występują jednak istotne statystycznie korelacje z jakością życia.

3. Osoby z wyższym wykształceniem najlepiej oceniały jakość swojego życia. Im wyższe wykształcenie tym miary jakości życia są również wyższe. Znacząco podwyższone wartości przeciętne można zaobserwować w grupie mieszkańców miast jak i u osób aktywnych zawodowo.
4. Dość istotne znaczenie miał rodzaj opieki sprawnej nad chorym. Najlepsze wyniki uzyskano wśród osób gdzie opiekę sprawował współmałżonek.
5. Jednym z czynników, który najbardziej wpływa na pogorszenie jakości życia w dziedzinie somatycznej badanej grupy to wiek.
6. W przypadku wiedzy o chorobie nie wykazano silnych zależności ale występują istotne statystyczne korelacje z jakością życia. Im większa wiedza ankietowanych tym wyższa jakość życia.
7. Ankietowana zbiorowość miała niski poziom zaburzeń funkcjonalnych. Co najmniej połowa chorych nie miała żadnych trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

PIŚMIENNICTWO

1. Bąkowska W., Skrypnik D.: Dietoterapia w chorobie niedokrwiennej serca. Forum zaburzeń metabolicznych 2020, 11(1): 11-23.
2. Chmielak Z.: Przygotowanie pacjenta do planowej i pilnej operacji kardiologicznej. Kardiologia po dyplomie 2017, 05.
3. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Imiela J.: Analiza wybranych zachowań zdrowotnych osób po 65 roku życia ze stwierdzoną chorobą niedokrwinną serca. Gerontologia polska 2015, 3: 47-55.
4. Fic P., Kowalczyk K., Grabarska A., Stepulak A.: Mikro- RN- nowe szanse diagnostyczne w chorobie niedokrwiennej oraz zawale serca. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014; 68: 410-418.
5. Kieliszek- Żołnierczyk D., Kulik B. T., Maciejasz A. E., Kawiak-Jawor E., Janiszewska M., Stefanowicz A.: Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(2): 131-135.
6. Cieślak B.: Influence of the heart diseases on quality of life- literature review. Acta Bio- Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna 2014; 20 (2): 101-118.

7. Mościcka S., Wójcik D. L., Mamcarz A.: Jakość życia w chorobie niedokrwiennej serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2015;12(5):282-288.
8. Wysocka-Pleczyk M., Słowik P.: Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(4): 771-778.
9. Cieślik B.: Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, vol. 20, nr 2, 2014: 114-115.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ UROSTOMIĄ

Emilia Karwowska¹, Barbara Jankowiak²

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

2/ -Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Urostomia jest przykładem przetoki moczowo-skinnej. Celem wyłonienia urostomii jest umożliwienie odpływu moczu z dróg moczowych na zewnątrz, w przypadku kiedy pęcherz moczowy musi zostać usunięty lub nie funkcjonuje prawidłowo [1].

Dotyka osób starszych, częściej mężczyzn. Wskazaniem do wyłonienia urostomii jest przede wszystkim nowotwór pęcherza moczowego, którego wykrywalność z roku na rok wzrasta. Rocznie odnotowuje się 330 000 przypadków nowotworu pęcherza moczowego. Czynnikiem, który wpływa na występowanie raka pęcherza moczowego jest palenie tytoniu. [2, 3, 4].

Niezwykle istotne jest, aby pielęgniarki posiadały odpowiednią wiedzę na temat urostomii, gdyż jednym z ich zadań jest edukacja, wsparcie oraz nauka samoopieki i samokontroli.

CELEM PRACY było zdefiniowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z wyłonią urostomią, sporządzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej, przygotowanie zaleceń do dalszej opieki nad pacjentem z urostomią.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto mężczyznę, w wieku 70 lat, który został przyjęty do Kliniki Urologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, z powodu rozpoznania nowotworu złośliwego pęcherza moczowego - ściany bocznej pęcherza moczowego. Badania przeprowadzono w grudniu 2022 roku.

Materiały potrzebne do pracy zostały zebrane na podstawie wywiadu, obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich.

W pracy posłużono się metodą analizy indywidualnego przypadku, w której wykorzystano poniższe techniki badawcze:

- Wywiad – świadoma oraz ukierunkowana rozmowa z pacjentem, która ma na celu uzyskanie niezbędnych informacji na temat stanu pacjenta oraz jego otoczenia.
- Analizę dokumentacji medycznej pacjenta wykonano na podstawie: historii choroby oraz wyników badań laboratoryjnych;
- Obserwacja pacjenta - obejmuje sprawdzanie zmian w wyglądzie i zachowaniu pacjenta w celu rozpoznania niepokojących objawów, które mogą świadczyć o jednostce chorobowej;
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych – rozpoznanie stanu zdrowia za pomocą parametrów : ciśnienie, tętno, temperatura, saturacja.

Proces pielęgnowania to rzeczywisty, wieloetapowy sposób wyodrębniania problemów pielęgnacyjnych pacjenta, ustalenie planu opieki, realizacja oraz ocenienie wyników, które zostały zaplanowane.

WYNIKI

Opis przypadku

W styczniu 2023 roku do Kliniki Urologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku został przyjęty 70-letni mężczyzna z rozpoznaniem nowotworu złośliwego pęcherza moczowego - ściany bocznej pęcherza moczowego.

Pacjenta przyjęto w trybie planowym w celu wykonania zabiegu operacyjnego.

Mężczyzna mieszka z żoną oraz posiada dzieci, które czynnie biorą udział w pomocy rodzicom.

Mieszka w domu, pod miastem, a ich warunki ekonomiczne i bytowe ocenia na dobre.

Ostatnia hospitalizacja odbyła się w październiku 2020 roku z powodu przebytego zawału mięśnia sercowego.

W momencie przyjęcia do Kliniki Urologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku pacjent w stanie ogólnym dobrym z założonym cewnikiem Foleya.

Przeprowadzone przy przyjęciu pomiary wskazywały, że masa ciała wynosi 95 kg, wzrost 175cm, BMI 31.02, RR 167/98 mmHg, HR 66/min, temperatura 36,7 °C.

Zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, pacjent zgłosił problemy w oddawaniu moczu.

Założono wkłucie obwodowe typu Vigo.

Indywidualny plan pielęgnowania

OKRES PRZEDOPERACYJNY

➤ **PROBLEM I Dreszcze, podwyższona temperatura ciała (38 °C) oraz ogólne osłabienie organizmu wynikające z zaostrzenia procesu chorobowego.**

✓ **CEL OPIEKI:** Przywrócenie prawidłowej temperatury ciała oraz poprawa samopoczucia pacjenta.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Monitorowanie temperatury ciała;
- Obserwacja pacjenta pod kątem możliwości wystąpienia kolejnych objawów spowodowanych chorobą;
- Podanie leku przeciwgorączkowego lub antybiotyku na zlecenie lekarza;
- Podanie choremu 2l płynów doustnie w małych ilościach;
- Monitorowanie stanu nawodnienia pacjenta, (poprzez ocenę napięcia oraz elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, sprężystości gałek ocznych, ilości wydalanego moczu);
- Stosowanie okładów ochładzających na czoło;
- Pomoc w utrzymaniu prawidłowej higieny ciała pacjenta.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Zredukowanie temperatury ciała do 36,6 °C, która wcześniej wynosiła 38 °C. Podano 1g paracetamolu na zlecenie lekarza. Choremu podano 2l płynów doustnych oraz wykonano chłodzące okłady na czoło.

➤ **PROBLEM II Niskie ciśnienie tętnicze krwi (80/45 mmHg) wynikające z niedokrwistości spowodowanej krwawieniem z układu moczowego.**

✓ **CEL OPIEKI:** Wyrównanie niedoborów krwi oraz ustabilizowanie ciśnienia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Przetoczenie pacjentowi FFP oraz KKCz na zlecenie lekarza;
- Obserwacja chorego podczas przetaczania krwi oraz wczesne zauważenie objawów niepożądanych (gorączka, ból w miejscu wkłucia, zmiany ciśnienia tętniczego, zaburzenia oddychania, zmiany skórne, nudności, wymioty, ciemny kolor moczu);

- Stały pomiar parametrów życiowych w celu uniknięcia powikłań: alergię na białka osocza lub składniki dodawane do preparatów krwiopochodnych, pokrzywka, zakażenia bakteryjne, wstrząs anafilaktyczny, ostra niewydolność oddechowa, przeciążenie krążenia, hipokaliemia.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Uzupełnienie naczyń preparatami krwi oraz podwyższenie ciśnienia do wartości 95/65mmHg. Powikłania poprzetoczeniowe nie wystąpiły.

➤ **PROBLEM III Trudności w oddychaniu spowodowane wykryciem palczki zapalenia płuc.**

✓ **CEL OPIEKI:** Poprawa wydajności oddychania oraz zwalczenie stanu zapalnego.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Rozpoczęcie antybiotykoterapii na zlecenie lekarza;
- Zastosowanie izolacji kontaktowej;
- Pomiar saturacji (SpO2 %);
- Ułożenie w pozycji półwysokiej, która ułatwi oddychanie;
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej;
- Częste oklepywanie klatki piersiowej i pleców.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Nastąpiła poprawa jakości oddychania oraz spowolnienie narastania procesu zapalnego. Rozpoczęto antybiotykoterapię na zlecenie lekarza, podano 1200 mg Taromentinu drogą dożylną, która zmniejszyła objawy chorobowe. Zastosowano izolację kontaktową. Oklepywano plecy 2x dziennie oraz wietrzono salę. Wartość saturacji wynosiła 97%.

➤ **PROBLEM IV Dolegliwości bólowe oceniane na 6 w skali VAS, które są objawami związanymi zaawansowaniem choroby.**

✓ **CEL OPIEKI:** Złagodzenie bólu oraz poprawa samopoczucia chorego.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- Obserwacja parametrów życiowych tj: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura i ich udokumentowanie;
- Ocena intensywności bólu, lokalizacji i rodzaju;

- Ocena nasilenia bólu dzięki zastosowaniu skali VAS;
- Zapewnienie pacjentowi komfortu psychicznego i fizycznego;
- Rozmowa z pacjentem, zapewnienie kontaktu z drugą osobą.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Dolegliwości bólowe zmniejszyły się (według skali VAS z 6 na 2). Pacjentowi podano 1g Paracetamolu, po którym ból zmniejszył się. Przeprowadzono rozmowę z pacjentem, podczas której okazano wsparcie.

➤ **PROBLEM V Lęk pacjenta wynikający z niewystarczającej wiedzy na temat wytworzenia urostomii.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie lęku oraz zapewnienie edukacji na temat wyłonienia urostomii u pacjenta.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Rozmowa z chorym- poznanie dokładnej przyczyny lęku;
- Wyjaśnienie celu operacji;
- Przedstawienie zmian jakie wynikną po zabiegu (zmiany anatomiczne i fizjologiczne);
- Dostarczenie pacjentowi materiałów informacyjnych odnośnie pielęgnacji i zaopatrzenia urostomii;
- Zapewnienie wsparcia drugiej osoby.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Pacjent jest zorientowany co do celu zabiegu oraz zmian jakie wynikną po operacji, jest spokojniejszy o własne zdrowie. Posiada wiedzę na temat obsługi sprzętu urostomijnego , wie jak pielęgnować stomię.

OKRES POOPERACYJNY

➤ **PROBLEM VI Możliwość wystąpienia krwawienia spowodowana raną pooperacyjną na powłokach brzusznych.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zapobieganie lub wczesne rozpoznanie objawów krwawienia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Kontrola umocowania drenu Precera do rany;
- Prowadzenie karty pooperacyjnej, która ma zawierać podstawowe parametry życiowe;

- Stałe płukanie rany roztworem 0,9% NaCl;
- Obserwacja treści i ilości w drenie, spływa niewielka ilość wydzieliny krwistej;
- Utrzymanie drożności drenu, poprzez przepłukiwanie 0,9% NaCl.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Dren drożny, przepłukiwany w razie konieczności 0,9% NaCl. Z drenu odpływa treść krwista. Nie zaobserwowano ryzyka wystąpienia krwawienia. Parametry życiowe kontrolowane, utrzymują się w granicach normy.

➤ **PROBLEM VII Ryzyko wystąpienia późnych powikłań w funkcjonowaniu stomii pod względem chirurgicznym.**

✓ **CEL OPIEKI:** Wczesne rozpoznawanie powikłań oraz zapobieganie im (przepuklina okołostomijna, niedrożność, wypadnięcie lub wypadnięcie stomii).

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Ocena stomii, jej koloru, wielkości, wycieku treści;
- Pokazanie choremu ćwiczeń fizycznych wzmacniających mięśnie brzucha w celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia przepukliny okołostomijnej;
- Jeśli dojdzie do wypadania stomii, należy wybrać średnicę sprzętu większą niż stosowana dotychczas, aby uniknąć urazu;
- Chory powinien utrzymać stałą masę ciała po zabiegu, aby zmniejszyć ryzyko wypadnięcia stomii. Zapoznano we wskazówkami dietetycznymi.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Podczas hospitalizacji nie wystąpiły objawy powikłań stomijnych. Wyłoniona stomia w kolorze różowym, prawidłowo odpływa czysty mocz.

➤ **PROBLEM VIII Możliwość wystąpienia infekcji dróg moczowych z powodu utrzymania cewnika Foleya do pęcherza moczowego.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji układu moczowego.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Codzienna higiena ujścia cewki moczowej;
- Wymiana cewnika na nowy, jeśli wystąpi taka potrzeba lub zgodnie po upływie czasu zalecanego przez producenta;
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki;

- Zmiana worka z obowiązującym standardem;
- Prowadzenie bilansu płynów;
- Obserwacja odpływu moczu i jego wyglądu (zabarwienia).

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Zmniejszono ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego poprzez codzienną higienę oraz przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki. Odpływa czysty, żółty mocz. Cewnik Foleya zmieniano po 7 dniach na nowy.

➤ **PROBLEM IX Wystąpienie zaparć z powodu błędów żywieniowych.**

✓ **CEL OPIEKI:** Likwidacja zaparć oraz edukacja o zasadach prawidłowej diety.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Podanie leków rozkurczowych;
- Wyeliminowanie z diety produktów wzdymających, którymi są: kapusta, groch, fasola, kalafior, czekolada, kakao, banany;
- Wykonanie lewatywy;
- Stosowanie diety bogatoresztkowej, ciemne pieczywo, płatki owsiane, kasze (jaglana, gryczana, jęczmienna), owoce i warzywa.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Wykonanie lewatywy przyniosło korzystny skutek. Zmieniono dietę pacjenta na bogatoresztkową.

➤ **PROBLEM X Zwiększona podatność na zakażenie miejsca wkłucia do żyły obwodowej wynikająca z założenia igły Vigo.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zapobieganie stanom zapalnym w miejscu wkłucia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Częsta zmiana opatrunków w miejscu wkłucia;
- Przepłukiwanie dostępu żylnego roztworem soli fizjologicznej przed i po każdym podaniu leków;
- Zmiana kaniuli, jeśli wystąpi zaczerwienienie, obrzęk lub niedrożność;
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Podczas pobytu chorego w szpitalu nie wystąpiły objawy zakażenia miejsca wkłucia obwodowego. Dostęp żylny przepłukiwano 0,9 % NaCl podczas procedury z podaniem leku do żyły.

➤ **PROBLEM XI Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań dermatologicznych z powodu kontaktu skóry z moczem, który znajduje się w worku urostomijnym.**

✓ **CEL OPIEKI:** Zapobieganie wystąpienia powikłań dermatologicznych, do których należy kontaktowe zapalenie skóry oraz owrzodzenia skóry.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Używanie sprzętów, które zapewniają szczelność;
- Stosowanie zasad dotyczących pielęgnacji urostomii;
- Obserwacja skóry wokół urostomii przy zmianie sprzętu;
- W przypadku nierówności powierzchni skóry wokół urostomii użyto pastę uszczelniającą.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Przestrzegano zasady prawidłowej pielęgnacji stomii. Używano worków w prawidłowym rozmiarze. Pacjent nie posiada powikłań dermatologicznych w chwili wypisu do domu.

➤ **PROBLEM XII Pacjent osłabiony i wymaga pomocy w zaspokajaniu potrzeb, problem wynika z wycieńczenia organizmu z powodu zabiegu operacyjnego.**

✓ **CEL OPIEKI:** Przywrócenie sprawności i poprawa jakości życia.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Pomoc choremu w toalecie ciała, zmianie bielizny osobistej, pomoc podczas posiłków;
- Stopniowe pionizowanie chorego;
- Zapewnienie odpoczynku psychicznego;
- Ograniczenie wysiłku fizycznego.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Pacjent stara się być bardziej samodzielny, mimo to wymaga nadal pomocy przy podstawowych czynnościach.

➤ **PROBLEM XII Dyskomfort spowodowany bólem głowy w przebiegu nadciśnienia tętniczego (145/92mmHg).**

✓ **CEL OPIEKI:** Zminimalizowanie uczucia dyskomfortu oraz ustabilizowanie ciśnienia tętniczego.

✓ **INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:**

- Stała kontrola pomiarów ciśnienia, w tym celu założono kartę do codziennego pomiaru oraz zapisywanie w nim wyniku, co ułatwi kontrolę;
- Zalecenie pacjentowi unikania sytuacji stresowych;
- Gdy ból głowy utrudnia funkcjonowanie podanie leków na zlecenie lekarza;
- Edukacja pacjenta na temat zmiany stylu życia, dieta bogata w owoce i warzywa, ryby, chude mięso;
- Zachęcenie pacjenta do regularnej aktywności fizycznej, np. jazda na rowerze, bieganie;
- Przedstawienie wpływu palenia papierosów przez pacjenta, które mogą przyczynić się do powstawania powikłań choroby.

✓ **OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ**

Podano pacjentowi 20 mg Enalprilu drogą doustną na zlecenie lekarza, które spowodowały złagodzenie bólu głowy oraz ciśnienie po podaniu leków wynosiło 118/82mmHg. Pacjent jest poinformowany o zaleceniach dietetycznych oraz udzielonych wskazówkach odnośnie zmiany stylu życia.

Wykaz dalszej pielęgnacji urostomii

- Zmieniać worek stomijny co 3 dni lub w razie potrzeby.
- Przed nałożeniem kolejnego worka dokładnie umyć skórę wodą i osuszyć. Nie może być pozostałości jakichkolwiek tłustych substancji (np. kremu czy olejku do kąpieli), bo zmniejszy to przyczepność sprzętu stomijnego.
- Stosować codzienną higienę, należy dokładnie umyć skórę wokół stomii przy użyciu wody lub z dodatkiem łagodnego mydła;
- Podczas zmiany sprzętu jedną ręką przytrzymać skórę nad workiem, a drugą ręką pociągać przylepiec delikatnie do dołu;
- Aby dobrać odpowiedni worek stomijny należy zmierzyć wyłonią stomię za pomocą miarki dołączonej do opakowania worków i dobrać taki rozmiar przylepca jaki ma wyłonią stomia;
- Depilować skórę wokół płytki stomijnej, aby zapewnić całkowitą szczelność;

- Pić co najmniej 2 l wody na dobę, aby zapewnić drożność cewnika i uniknąć zagęszczenia moczu;
- Stosować dietę urozmaiconą celem uniknięcia wystąpienia kamicy moczowej;
- Ograniczyć spożycie szczawianów (zielonych warzyw), które prowadzą do powstawania kamieni moczowych, zrezygnować z picia dużej ilości kawy i alkoholu oraz stosowania pikantnych przypraw, które podrażniają układ moczowy;
- Wykonywać regularnie badania kontrolne u lekarza aby zachować żywotność urostomii. Umożliwi to zapobieganie poważnym powikłaniom;
- Utrzymywać stały kontakt z pielęgniarką stomijną, która umożliwi kontrolę nad urostomią i pomoże podczas problemów z pielęgnacją;
- Należy suplementować witaminy i minerały, takich jak: Witamina B12, Witamina D, Witamina C (szczególnie ważna dla zdrowia układu moczowego i zapobiega infekcjom dróg moczowych), Witamina K, Witamina B6 [5, 6, 7].

WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem, obserwacji, wykonanych pomiarów oraz biorąc pod uwagę dokumentację medyczną wyszczególniono problemy pielęgnacyjne.
2. Najistotniejszym problemem natury biologicznej była wyłoniona urostomia oraz uniknięcie związanych z nią powikłań, zmiana nawyków żywieniowych oraz nauka pielęgnacji stomii.
3. U pacjenta rozpoznano istotny problem natury psychicznej wynikający z obawy o własne zdrowie oraz problem społeczny spowodowany z odizolowania od bliskich przez pobyt w szpitalu.
4. Przygotowano indywidualny plan opieki nad pacjentem z wyłonioną przetoką moczowo-skórną.
5. Opracowano wskazówki dalszej pielęgnacji nad pacjentem z wyłonioną urostomią.

PIŚMIENNICTWO

1. Borkowski A.: Urologia – podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Jabłonowski Z.: Rak pęcherza moczowego – epidemiologia, diagnostyka i leczenie w XXI wieku. Folia Medica Lodziensia 2013; 40(1): 31-52.

3. Długosz A., Królik E.: Bladder cancer prevention. *Journal of Oncology* 2017; 67(4): 251-256.
4. Antoniewicz A.: Analiza przydatności klinicznej własnej metody rekonstrukcji jelitowej pęcherza moczowego u chorych poddanych radykalnemu wycięciu pęcherza z powodu raka. Media-Press, Warszawa 2013.
5. Brodowska K.: Złoty standard w opiece nad pacjentem z wyłonią urostomią i nefrostomii. *Coloplast* 2021; 1: 2-6.
6. Marczyński P., Stopczyk A.: Konsultacja merytoryczna. Poradnik dla osób z nefrostomią 2021; 1: 2-7.
7. Stępień A.: Nadpęcherzowe odprowadzenia moczu. Poradnik dla pielęgniarek i osób z urostomią. *Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu* 2014; 1: 18-27.

TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW – DAR ŻYCIA

Klaudia Ustaszewska¹, Krystyna Klimaszewska²

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

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Po raz pierwszy termin *transplant* został użyty w 1778 roku przez szkockiego anatoma i chirurga Johna Huntera, który przeprowadzał eksperymenty dotyczące przeszczepów jajników i jąder wśród obcych zwierząt. Jako twórca chirurgii doświadczalnej sądził, że mocne złączenie żywych tkanek powoduje zdolność ponownego działania oraz wzrostu. Pomysły przeszczepu narządów oraz tkanek sięgają czasów Biblii, starożytnej Europy, Egiptu, starożytnych Indii, Chin oraz Ameryki Południowej (Azteków, Majów). Opisy pochodzące z tych okresów wskazują na to, że najczęściej przeszczepiano zęby, skórę oraz krew. Transfuzja krwi zwierzęcej człowiekowi prawie zawsze kończyła się zgonem. Został wydany zakaz wykonywania tej procedury. Ważnym wydarzeniem w tej dziedzinie było odkrycie przez Karla Landsteinera grupowych cech krwi oraz opracowanie metod konserwacji. Patronką transplantologii uznana jest Św. Agata z Katanii na Sycylii. W czasie renesansu został dokonany dalszy rozwój transplantacji narządów oraz tkanek. Najczęściej wykonywano przeszczepy skóry policzka dla odbudowy nosa. Stosowano autotransplantacje polegającą na przeniesieniu skóry z ramienia na nos. W tym samym czasie w Polsce Wojciech Oczko pierwszy raz wykonał prawidłową rekonstrukcję nosa za pomocą przeszczepu. Tą technikę zapoczątkował Gasparo Tagliacozzi. W starożytności dokonywano zabiegów w Chinach przez TsinYue Jen, który wykonał przeszczep serca dwóm żołnierzom [1].

W XVII i XVIII wieku po raz pierwszy dokonano implantacji zdrowych zębów przez chirurga Johna Huntera. W tym czasie coraz częściej chirurdzy podejmowali się przeszczepianiu narządów. W 1858 roku zostało wykonane pierwsze doświadczanie przeszczepu kości przez Louis Oliver. W Paryżu zostały wykonywane coraz częściej autoprzeszczepy skóry na trudno gojące się rany. Chirurdzy stwierdzili, że przeszczepiana skóra w mniejszych elementach dobrze się przyjmuje. W 1874 w Lipsku Carl Thiersch

wykonywał małe, płatowe przeszczepy skóry na miejsca poparzone. Stwierdził, że skóra po tak niewielkim pobraniu fragmentu skóry w krótkim czasie zregeneruje się i będzie służyła do ponownej możliwości pobrania [2].

ROZWINIĘCIE

Charakterystyka pojęcia transplantacji

Transplantacja (z łac. Transplantare, czyli „szczepić”) oznacza przeszczepienie narządu w całości lub jego części, tkanki lub komórki z jednego ciała na inne lub w obrębie jednego organizmu. Część swojego ciała może przekazać żywy człowiek (pobranie ex vivo) lub osoba martwa (pobranie ex mortuo) [3].

Transplantacja to coraz częściej stosowana bezpieczna metoda leczenia niewydolności najważniejszych organów potrzebnych do życia człowieka. Transplantologia to dział medycyny klinicznej, która zajmuje się problematyką transplantacji. Transplantacja – przeszczepianie, jest to zabieg polegający na przeniesieniu komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) lub narządów (np. serce, wątroba) w okolicy jednego organizmu lub pomiędzy dwoma organizmami. Według definicji ze słownika języka polskiego transplantacja to „zabieg operacyjny, polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu jednego organizmu do drugiego”. Przeszczepiony fragment jest nazywany transplantem lub przeszczepem. Transplantacja jest uznana za metodę medyczną, jednak nadal budzi ona wątpliwości natury etycznej [3].

Problemy związane z transplantacją w społeczeństwie wynikają z różnej postawy etycznej dawców i biorców, nie zaakceptowaniu przez rodzinę śmierci mózgu pacjenta oraz lęku przed handlem narządami. Ważnym problemem dotyczącym transplantacji jest niska edukacja społeczeństwa na temat zalet i dobra jakie niesie za sobą transplantologia. Zadaniem etyki jest ocena dobra i zła ludzkich działań. U pacjentów zauważalne są problemy natury etycznej. Dotyczą one zarówno dawcy jak i biorcy. Biorca przyjmując przeszczep odczuwa to jako obce, odrażające, występuje lęk dotyczący możliwości zmiany osobowości[4].

Temat o transplantologii w społeczeństwie zawsze nawiązuje do tematu śmierci. Jest to bardzo trudny temat dla dawcy, ale także i dla biorcy. Fakt przeszczepu dla osoby, która go przyjmuje wiąże się z konfrontacją z własną śmiertelnością, a dawca podejmujący decyzję, jest świadomy i akceptuje własną śmierć [4].

Pacjent oraz jego najbliżsi podlegają procesowi związanemu z transplantacją. Składa się on z poszczególnych zdarzeń oraz faz. Pierwszym elementem jest ocena biorcy przeszczepu. Po pozytywnym jej zakończeniu następuje czas czekania na narząd, komórkę, tkankę, zabieg operacyjny, okres okołoperacyjny i długi okres pooperacyjny oraz przystosowanie się do nowej, innej rzeczywistości. Długość trwania tych zdarzeń i faz w każdym przypadku jest inna, ale przebiega w ten sam sposób. Bardzo ważnym aspektem w tym okresie dla pacjenta jest okazanie mu wsparcia, ale także uświadomienie ważnej roli samotroski w tym czasie. Pacjenci dbający o siebie i swój stan zdrowia znacznie lepiej przechodzą okres przed transplantacją, ale także akceptację siebie oraz zmiany, które zaszły w wyniku wykonanej procedury [5].

Najważniejszym czynnikiem udanego przeszczepu jest zgodność tkankowa między dawcą, a biorcą. Pomimo dużej zgodności pacjent, który przyjął przeszczep zobowiązany jest do regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych. Te leki mają za zadanie hamować reakcje odpornościową organizmu, co powstrzymuje proces odrzucania narządu przez organizm biorcy [5].

Aby zostać dawcą narządu za życia obowiązuje domniemana zgoda na bycie dawcą. Oznacza to, że przy braku sprzeciwu tą osobę uznaje się jako dawcę. W Polsce i na Świecie zaleca się noszenia oświadczenia woli, co oznacza wyrażenie woli przez osobę posiadającą taki dokument. Dawcą pośmiertnym może zostać osoba, która nie wyraziła sprzeciwu w formie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów.

Rodzaje transplantacji

Według J. Dudy w transplantacji można wyróżnić pięć typów przeszczepów: przeszczep autogeniczny, izogeniczny, allogeniczny, ksenogeniczny i alloplastyka.

- Przeszczep autogeniczny (autoprzeszczep) – polega na przeszczepianiu własnych komórek, tkanek, komórek macierzystych, ścięgien, włosów w obrębie tego samego organizmu. Jest jednym z najbezpieczniejszych rodzajów przeszczepu i najbardziej akceptowanym przez układ odpornościowy, dlatego powikłania występują bardzo rzadko.
- Przeszczep izogeniczny (sygeniczny) – przeszczep narządu pomiędzy dawcą i biorcą identycznych genetycznie (bliźnięta homozygotyczne, jednojajowe).

- Przeszczep allogeniczny – pobranie narządów od obcego dawcy, u której występuje zgodność antygenów (pomiędzy jednostkami należącymi do tego samego gatunku).
- Przeszczep ksenogeniczny – polega na przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów między osobnikami należącymi do różnych gatunków, np. zwierzę – człowiek.
- Alloplatyka – przeszczep przedmiotu sztucznego, np. zastawka, implant.

Przeszczep można rozróżnić także na kryterium miejsca przeszczepiania. Wyróżnia się tutaj dwa rodzaje przeszczepów:

- Ortotopowe – przeszczep fragmentu narządu, polegający na zmianie dokładnie tego samego fragmentu.
- Heterotopowe – polega na wszczepieniu pobranego, zdrowego narządu w inne miejsce niż jest anatomicznie oraz zostawienie niewydolnego narządu w organizmie.

Innymi rodzajami transplantacji są przeszczepy:

- Ex vivo – narządy są pobierane od żywego biorcy, są to organy parzyste, np. nerka., pobierane są wtedy, gdy nic nie zagraża życiu dawcy.
- Ex mortuo – przeszczep polegający na pobraniu organów od osoby zmarłej, parzystych i pojedynczych i wszczepianie do organizmu biorcy [6].

Statystyka pobierania i przeszczepiania narządów w roku 2021

W 2020 roku do biura Poltransplantu zgłoszono 529 potencjalnych zmarłych dawców narządów. U 393 dawców (74%) pobrano narządy, a u 136 nie pobrano. W 65 przypadkach (12,2%) także nie pobrano narządów, ale z powodów medycznych, a w 54 przypadkach (10,2%) z powodu braku autoryzacji pobrania, w 4 przypadkach (0,9%) zatrzymanie krążenia, a w 3 przypadkach (0,7%) do pobrania nie doszło z powodu braku odpowiednich biorców [7].

Wskaźnik donacji dla całej Polski wyniosła 10,2 dawcy na milion mieszkańców. Najwyższy był w województwie pomorskim (20 dawców na milion mieszkańców). W województwach: śląskim, podkarpackim i lubuskim wzrosła aktywności w zakresie pozyskiwania narządów od zmarłych, a w pozostałych województwach była na poziomie podobnym jak w 2019 roku lub zmalała [7].

Aktywność donacyjna, w tym pandemicznym roku, pozwoliła na przeszczepienie 1183 narządów od dawców zmarłych oraz większą liczbę przeszczepionych płuc i serc w

porównaniu do poprzedniego roku. W 2020 roku do Centralnego Rejestru Sprzeciwów zostało odnotowane 1601 zgłoszeń sprzeciwu i 7 zgłoszeń o cofnięciu sprzeciwu [7].

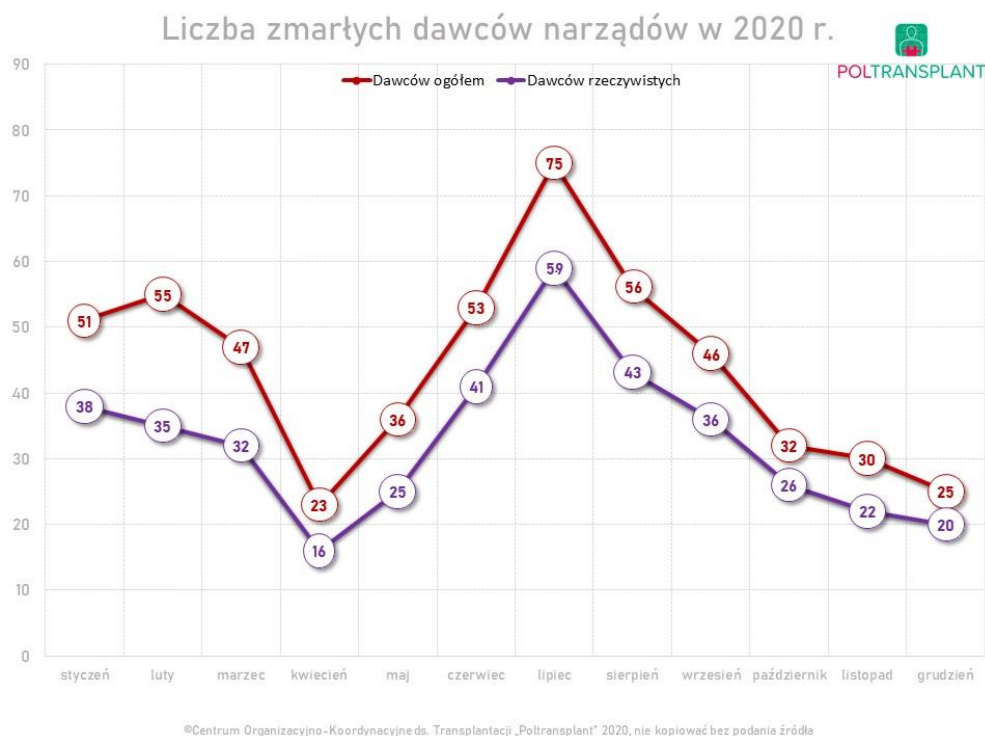
W 2020 roku zostało przeszczepione 31 nerek i 28 fragmentów wątroby pobranych od dawców żywych. Pandemia i obostrzenia spowodowały spadek ilości osób kwalifikowanych do transplantacji narządu. Pod koniec 2020 roku w Krajowej Liście Oczekujących na Przeszczepienie było zarejestrowanych 5 741 aktywnych pacjentów, w tym na przeszczepienie nerki - 2101, nerki i trzustki - 48, wątroby - 138, serca - 415 i płuc - 168. Mimo wykonania w tym pandemicznym roku 1 274 przeszczepień rogówki, liczba pacjentów oczekujących na jej przeszczepienie 31 grudnia 2020 r. wyniosła 2 955 osób [7].

W 2020 roku w Polsce przeprowadzono 1024 autotransplantacje komórek krwiotwórczych i 634 przeszczepienia allogeniczne, w tym 168 transplantacji od dawców rodzinnych, 386 transplantacji od dawców niespokrewnionych i 80 transplantacji haploidentycznych. Pośród wszystkich 386 przeszczepień komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych, materiał przeszczepowy do 243 z nich (63%) pochodził od dawców krajowych, natomiast do pozostałych 143 przeszczepień (37%) materiał pochodził od dawców z rejestrów zagranicznych [7].

Do najważniejszych zadań Poltransplantu należy:

- Koordynacja pobierania oraz przeszczepiania komórek, tkanek, a także narządów na terenie kraju;
- Prowadzeniu rejestru dokonanych przeszczepień;
- Prowadzenie centralnego rejestru sprzeciwów;
- Prowadzenie rejestru dawców żywych;
- Prowadzenie krajowej listy osób, które oczekują na przeszczep;
- Koordynacja niespokrewnionych dawców szpiku oraz krwi pępowinowej ze wstępnym przeszukaniem rejestru szpiku, a także krwi pępowinowej;
- Prowadzenie rejestru szpiku oraz krwi pępowinowej;
- Prowadzenie działalności edukacyjnej, która ma na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, a także tkanek i narządów.

W Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej na koniec 2020 roku zostało zarejestrowane 1 917 214 aktywnych potencjalnych dawców [7].



Rycina 1. Liczba zmarłych dawców narządów w 2020 r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html



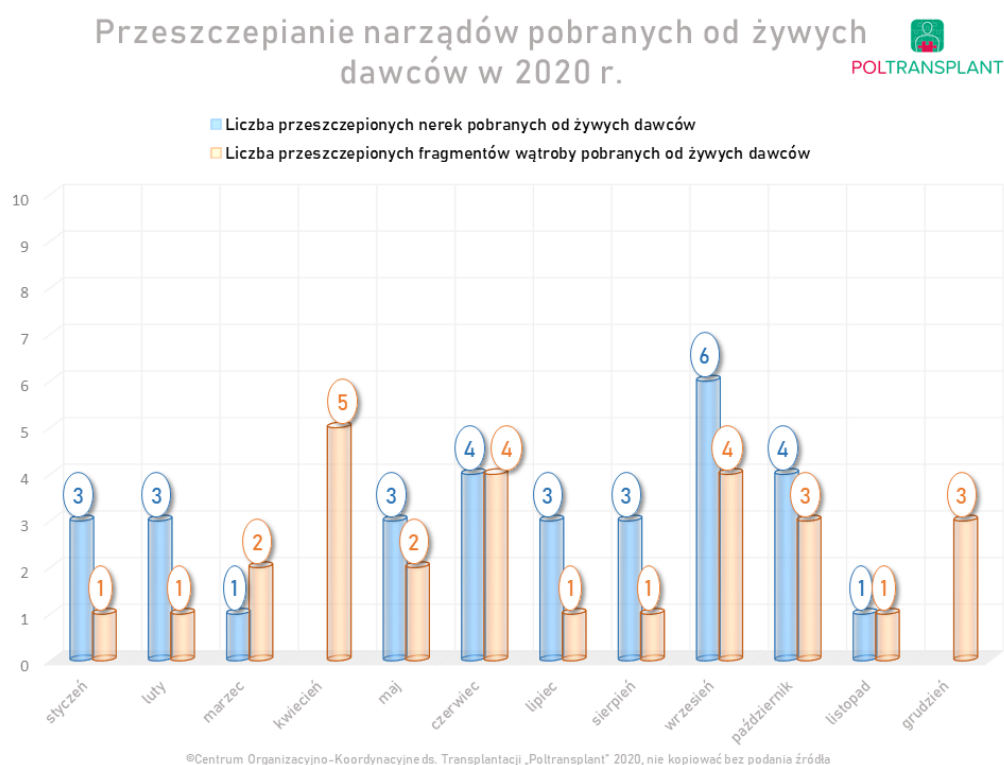
Rycina 2. Przeszczepianie narządów od zmarłych dawców w 2020 r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html



Rycina 3. Liczba przeszczepionych narządów w 2020 r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html



Rycina 4. Przeszczepianie narządów pobranych od żywych dawców w 2020 r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html



Rycina 5. Przeszczepianie tkanek oka w 2020 r.

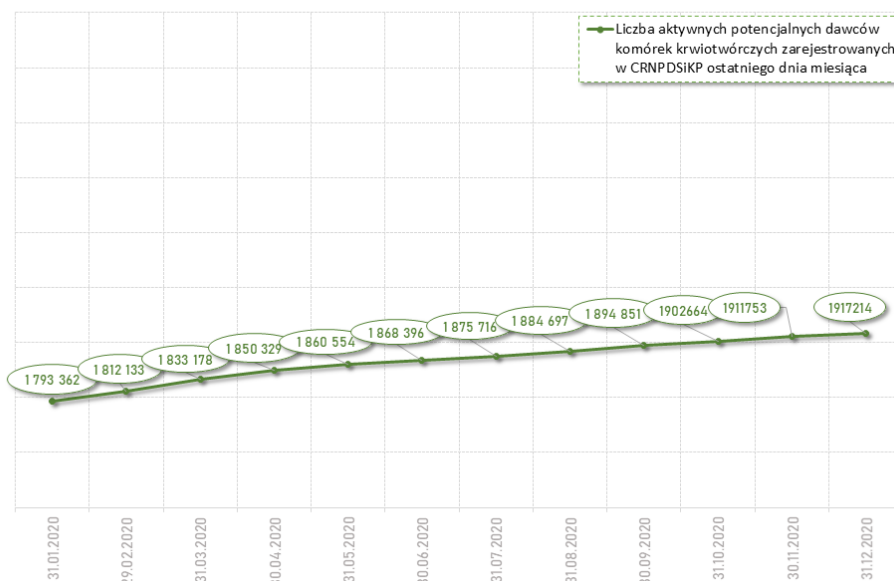
Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html



Rycina 6. Liczba oczekujących na przeszczepienie narządu unaczynionego w 2020 r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html

Liczba aktywnych potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych zarejestrowanych w CRNPDSiKP



©Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” 2020, nie kopiować bez podania źródła

Rycina 7. Liczba aktywnych potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych zarejestrowanych w CRNPDSiKP.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html

Liczba oczekujących na przeszczepienie narządu w 2020 r.



©Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” 2020, nie kopiować bez podania źródła

Rycina 8. Liczba oczekujących na przeszczepienie narządu w 2020r.

Źródło: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html

Procedura rozpoznania i stwierdzenia śmierci mózgu

Podejrzenie śmierci mózgu

Pojęcie śmierci i jej orzeczenia na przestrzeni wieków uległo wielkim zmianom. W wiekach średnich za główny czynnik śmierci uznawano zaburzenia czynności układu oddechowego. W czasach nowożytnych głównie zwracano uwagę na układ krążenia, np.: badając tętno. W I połowie XX w. definicją śmierci była identyfikowana z układem sercowo – płucnym. W latach 50 odkryto rodzaj śmierci osobniczej – mózgowej. W latach 70 XX w. dr Henry Beecher stworzył koncepcję obumarcia kory mózgowej, jako wystarczający dowód stwierdzenia śmierci człowieka.

Śmierć mózgowa, śmierć mózgu jest bezpośrednią przyczyną utracenie kontroli nad podstawowymi procesami fizjologicznymi jakimi są: krążenie, oddychanie, będących skutkiem dużych zmian w mózgu. Śmierć mózgu to ustanie funkcji mózgu (mózgu, mózdzku i pnia mózgowego) [8].

Wyróżniamy etiologię pierwotną oraz wtórną. Etiologia pierwotna: guzy mózgu, uraz czaszkowo – mózgowy, krwawienie wewnątrzczaszkowe. Etiologia wtórna: hipoksja, zatrzymanie krążenia, rozwinięty wstrząs. Bardzo częstą przyczyną groźnych, często śmiertelnych uszkodzeń i zaburzeń mózgu dochodzi podczas wypadku komunikacyjnego, udar, postrzał, zatrucie, oraz trwałe i nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu, co stałą się podstawą uznania osoby za zmarłą. Rozpoznanie śmierci mózgowej umożliwia wykorzystanie narządów zmarłego do zabiegów transplantacji. Charakterystycznym obrazem klinicznym śmierci mózgu jest: śpiączka, bezdech oraz brak odruchów z pnia mózgu. Rozpoznanie nieodwracalnego ustania czynności mózgu składa się z wielu etapów. Diagnostykę stwierdzenia śmierci mózgu najczęściej przeprowadza się na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej. Biorą w niej udział specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii [8].

Śmierć człowieka jest trwającym zjawiskiem w czasie. Wyróżnia się śmierć biologiczną, czyli zaprzestanie czynności narządów, oraz śmierć kliniczną i osobniczą, ustanie czynności oddychania oraz krążenia, a także śmierć mózgowa, którą jest nieodwracalne oraz całkowite zaprzestanie czynności mózgu. Stwierdzenie śmierci mózgowej pacjenta oraz nieodwracalne ustanie krążenia ustanowione jest za definitywny koniec życia, zgon człowieka [9].

W modelu śmierci biologicznej wyróżnia się 7 etapów:

- Via reduta – redukcja czynności układu nerwowego, krwionośnego, oddechowego oraz podstawowych czynności fizjologicznych;
- Via minima – bardzo niska aktywność podstawowych układów, które podtrzymują funkcje życiowe;
- Animato suspensa – ostatnia faza agonii, ustanie funkcji podstawowych układów życiowych;
- Mors clinica – śmierć kliniczna, zatrzymanie akcji serca i oddechu;
- Mors biologia cerebri – śmierć osobnicza, następują nieodwracalne zmiany czynności mózgu;
- Via intermedia – powolne obumieranie tkanek, które reagują na bodźce chemiczne, elektryczne i mechaniczne;
- Mors biologia – rzeczywista śmierć biologiczna, ustanie wszystkich procesów życiowych, początek rozkładu ciała, o którym świadczą znamiona pośmiertne (plamy opadowe, stężenie pośmiertne, bledność, wysuszenie ciała) [9].

Procedura i podmioty biorące udział w orzeczeniu śmierci mózgu

Orzeczenie śmierci mózgu składa się z dwóch etapów. Etap pierwszy rozpoczyna się potwierdzeniem widocznych cech podstawowej arefleksji pniowej oraz wykonanie badań obrazowych. Dokonuje to lekarz, który nie musi posiadać specjalizacji odpowiednio to dokumentując. Etap drugi to dwukrotna analiza stwierdzeń i wykluczeń, dwukrotne badania potwierdzające arefleksję pniową, trwały bezdech oraz czasami wykonanie badania instrumentalnego. W tej procedurze uczestniczy dwóch lekarzy, gdzie jeden lekarz musi posiadać specjalizację z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, a drugi lekarz z dziedziny neurologii, neurochirurgii. Jeden lekarz bierze udział w dwukrotnych badaniach, a drugi lekarz tylko w drugiej turze badań. Podczas etapu pierwszego stwierdza się podstawową arefleksję pniową, która świadczy o zaniku odruchów kaszlowych oraz wymiotnych, brak reakcji źrenic na światło (poszerzone źrenice). Należy wykonać także jedno z badań obrazowych, które potwierdzi ciężkie uszkodzenie mózgu: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny. Aby kontynuować orzeczenie śmierci mózgu, przyczyna uszkodzenia mózgu musi być nieodwracalna i interwencja terapeutyczna nie przynosi skuteczności. Czas obserwacji wstępnej liczony jest od rozpoczęcia pierwszych badań. Taki czas może trwać od

6 godzin przy uszkodzeniach pierwotnych, a 12 godzin przy uszkodzeniach wtórnych. Etap drugi rozpoczyna się od potwierdzenia wyników badania obrazowego, które potwierdza ciężkie, nieodwracalne uszkodzenie mózgu, jego przyczynę oraz odpowiedni czas trwania wstępnej obserwacji. Następuje analiza stwierdzeń: Czy badany jest w śpiączce? Czy badany jest wentylowany mechanicznie? Oraz analiza wykluczeń: Czy wykluczono hipotermię? Czy wykluczono zaburzenia metaboliczne i endokrynne? Czy wykluczono hipotensję? Czy wykluczono zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych? Czasami występuje konieczność wykonania badań instrumentalnych takich jak: badania elektrofizjologiczne, np.: elektroencefalografia; badania przepływu mózgowego, np.: przezczaszkowa ultrasonografia Dopplerowska (TCD), klasyczna angiografia mózgowa, scyntygrafia perfuzyjna. Bezwzględnie badania instrumentalne należy wykonać w tych sytuacjach klinicznych: rozległy uraz twarzoczaszki, uszkodzenia podnamiotowe mózgu, wpływ leków i innych substancji toksycznych, psychoaktywnych, zaburzenia metaboliczne, endokrynne, hiperkapnia oraz w niewyjaśnionych sytuacjach klinicznych. Badanie kliniczne to dwukrotne wykonanie następujących serii badań, które potwierdzą arefleksję pniową:

1. Brak reakcji źrenic na światło;
2. Brak odruchu rogówkowego;
3. Brak ruchów gałek ocznych spontanicznych;
4. Brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej;
5. Brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego;
6. Brak odruchów wymiotnych i kaszlowych;
7. Brak odruchu oczno kaszlowego.

Rekomendowaną próbą bezdechu jest metoda z użyciem CPAP z pomocą respiratora. Polega to na wprowadzeniu przez 10 minut 100 % tlenu. Po zakończeniu wentylacji, zostaje pobrana próbka krwi tętniczej po pierwszych 5 minutach, a następnie w odpowiednich odstępach czasowych na badanie gazometryczne, aby potwierdzić oczekiwany zakres dwutlenku węgla, który musi wynosić co najmniej 60 mmHg i jego przyrost powinien być, o co najmniej 20 mmHg. Protokół Stwierdzenia Śmierci Mózgu podpisuje dwóch lekarzy. Podpisanie tego protokołu oznacza zgon pacjenta [10].

Prawa pacjenta, zgoda domniemana

Prawa pacjenta są jednym z najbardziej szeroko rozumianym zbiorem praw stanowiącym bardzo ważny dział prawa medycznego. Stanowią pozycje pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawa pacjenta zawarte są między innymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoby udzielające świadczenia zdrowotne są obowiązane przestrzegania praw pacjenta [11].

Wyróżniamy 10 podstawowych praw pacjenta:

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych;
2. Prawo pacjenta do informacji;
3. Prawo pacjenta do informacji z nim związanych;
4. Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
5. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności;
6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej;
7. Prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
8. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
9. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej;
10. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie [11].

Pacjent posiada także prawa dotyczące poboru oraz przeszczepu komórek, tkanek, narządów. Aby można było przeszczepić komórki, tkanki lub narządy muszą zostać spełnione kryteria formalne. Dawcą przeważnie jest osoba z ciężkim, nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, u którego wykluczono przeciwwskazania do pobrania narządów. W polskim prawie obowiązuje zgoda domniemana, która świadczy o braku sprzeciwu, który zostaje zgłoszony do Centralnego Rejestru Sprzeciwu. Dane biorcy zostają umieszczone na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów. Biorca poddający się transplantacji musi zostać poddanym wszelkim procedurom medycznym, które zaświadczą o tym, że dany pacjent może zostać biorcą [10, 11].

Zgoda domniemana stanowi rodzaj zgody na wykonanie danych czynności medycznych. Ma ona zastosowanie podczas przeszczepów od osób zmarłych. W Polsce przez prawo regulowane są dwa sposoby dokonywania przeszczepów: przeszczep *ex vivo* (za życia dawcy), przeszczep *ex mortuo* (po śmierci dawcy). Transplantacja narządów regulowana jest

przez jednostkę WHO – zasady dotyczące transplantacji zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia.

Model zgody domniemanej twierdzi, że jeśli osoba za życia nie wyraziła sprzeciwu dotyczącego pobrania narządów po jej śmierci, uznaje że wyraża zgodę na taką czynność w przypadku wystąpienia takiej ewentualności.

Każda z osób, która podpisze oświadczenie woli wyrażając zgodę na pobranie po śmierci tkanek i narządów do przeszczepienia, wykazuje chęć ratowania życia oraz przywracania zdrowia innym pacjentom [12].

Wyróżniono trzy formy rozumienia zgody domniemanej:

- Zgoda bezwarunkowa – na mocy prawa, służby medyczne mogą pobrać od każdego zmarłego pacjenta narządy oraz tkanki;
- Twarda forma zgody domniemanej – podjęta decyzja o pobraniu tkanek/narządów jest komunikowana z rodziną potencjalnego dawcy, jeżeli rodzina wyrazi sprzeciw, działania transplantacyjne zostają natychmiast zaprzestane;
- Miękka forma zgody domniemanej – mimo braku sprzeciwu zmarłego w rejestrze, ta decyzja jest konsultowana z rodziną zmarłego; bardzo ważnym pytaniem jest znajomość deklaracji osoby zmarłej na temat pobrania narządów.

Podmioty biorące udział podczas pobrania narządów

Gdy komisja lekarska stwierdzi śmierć mózgu, zostaje poinformowana o tym rodzina zmarłego. Kiedy lekarz uzyska informację na temat tego, że pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu na pobranie narządów, mogą zostać podjęte czynności związane z transplantacją narządów/tkanek. Pobranie narządów jest operacją chirurgiczną, podczas której ciało zmarłego jest traktowane z szacunkiem. Narządy poddane są badaniom, aby wykluczyć wszystkie choroby.

Koordinator transplantacyjny odgrywa ważną rolę w całym procesie oraz kontakcie z rodziną zmarłego dawcy. Jest on odpowiedzialny za prawidłowy przebieg pobrania narządów oraz utrzymanie odpowiedniego i stosownego kontaktu z rodziną, będąc dla nich wsparciem

w tym bardzo ciężkim okresie w ich życiu. Prowadzenie pełnej szacunku rozmowy, w zrozumiałym języku oraz zastosowanie współodczuwającej postawy [13].

Etapy pobrania i przeszczepu organów:

1. Zgłoszenie potencjalnego dawcy. Koordynacja pobrania narządów rozpoczyna się, gdy zostanie zgłoszone do Centrum Poltransplantu w Warszawie. Zajmują się tym szpitalni koordynatorzy pobierania i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych i koordynatorzy Poltransplantu.
2. Zakwalifikowanie zmarłego dawcy. Najczęściej zgłaszani są potencjalni dawcy, najczęściej z ciężkim uszkodzeniem mózgu. Celem jest zakwalifikowanie dawcy. Sprawdzanie i wykluczanie wpisu przez pacjenta w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu. Sprawdzanie, czy wszystkie wymogi zostały spełnione i ostateczne zakwalifikowanie dawcy.
3. Alokacja i dystrybucja narządów. W trakcie tego etapu koordynator porozumiewa się z koordynatorami regionalnymi z ośrodków transplantacyjnych. Alokacja narządu przebiega zgodnie z określonymi zasadami.
4. Akceptacja narządu do pobrania i przeszczepienia. Narząd, który jest pobierany i poddawany przeszczepowi zatwierdza lekarz z ośrodka transplantacyjnego pod względem cech dawcy, analizując cechy biorcy zakwalifikowanego do przeszczepu.
5. Ustalenie zakresu pobrania narządowego.
6. Zgłoszenie możliwości pobrania tkanek. Dawca narządów może być także dawcą tkanek. Obowiązkiem koordynatora Poltransplantu jest poinformowanie o możliwości pobrania tkanek Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
7. Ustalenie godziny pobrania. Szpital, w którym znajduje się dawca i biorca są często bardzo oddalone od siebie. Ustalenie odpowiedniej godziny, musi zawierać: stopień zaburzeń ustrojowych u zmarłego dawcy, możliwości czasowe i lokalowe w szpitalu dawcy, możliwości transportowe oraz możliwości przygotowania biorcy do przeszczepu.
8. Potwierdzenie pobrania. Po dokonaniu pobrania koordynatorzy odnotowują to w odpowiednim module.
9. Potwierdzenie przeszczepienia. Ten proces kończy koordynację pobrania wielonarządowego. Koordynator regionalny dokumentuje ten fakt w postaci papierowej do Poltransplantu [7].

ROLA PIEŁĘGNIARKI PRZED I PODCZAS POBRANIA NARZĄDÓW

Przygotowanie pacjenta do pobrania narządów

Zawody medyczne pełnią bardzo ważną rolę w przebiegu procedury transplantacyjnej. Koordynator odgrywa bardzo ważną funkcję w szpitalu. Jego głównym zadaniem jest identyfikacja zmarłych dawców organów. Edukuje społeczność szpitala oraz społeczeństwo. Zespół koordynatorów składa się z: lekarzy, pielęgniarek, psychologów .

Zespół transplantacyjny pełni bardzo odpowiedzialną funkcję. Jakość ich pracy znacząco wpływa na życie biorcy. Im więcej członków zespołu, tym praca jest bardziej efektywna. W łatwiejszy sposób mogą zostać podzielone dyżury transplantacyjne. Jako przykład można podać przeszczep wątroby, do którego wymagane jest 30 osób. Zabiegi transplantacyjne nie mogłyby zostać wykonane, gdyby nie współpraca lekarzy oraz pielęgniarek o wielu specjalizacjach i umiejętnościach [14].

Ta dziedzina medycyny daje możliwość drugiego życia pacjentowi. Istotą rolę w budowaniu atmosfery pomagającej w donacji pełnią pielęgniarki. To pielęgniarki są cały czas przy pacjencie, monitorują stan zdrowia, obserwują zachowania, mają bliski kontakt z rodziną pacjenta, od której dostają mnóstwo pytań o stan zdrowia. Niezbędnymi umiejętnościami pielęgniarek są umiejętności psychologiczne, które ułatwiają wsparcie rodziny w trudnych chwilach, oraz komunikacja, która odgrywa bardzo ważną rolę w komunikowaniu z lekarzami.

Jest to wieloetapowy proces transplantologiczny, podczas którego razem współpracują wykwalifikowani medycy. Nadzorowanie nad zmarłym dawcą wymaga wielkiego doświadczenia i umiejętności, które są zdobywane przez wiele lat pracy. Wyniki badań wskazują, że personel pielęgniarski znacząco popiera idee transplantacji.

Pielęgniarki pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii muszą posiadać umiejętności, doświadczenie, wytrzymałość na stres, empatię. Od momentu stwierdzenia śmierci mózgu do procesu transplantacji są prowadzone działania utrzymujące funkcję narządów. Stały kontakt pielęgniarek z pacjentem daje możliwość obserwacji pacjenta przez całą dobę. Kluczowym elementem jest obserwacja Ośrodkowego Układu nerwowego, a zanik jego podstawowych funkcji, np.: brak reakcji na bodźce bólowe, zero odruchu kaszlowego, alarmuje o możliwej śmierci mózgu. Dochodzi do uszkodzenia ośrodków: naczynioruchowego, oddechowego,

termoregulacji oraz przysadki. Najczęstszym problemem monitorowaniu stanu dawcy jest: hipowolemia, hiper/hipotensja, zaburzenia termoregulacji, zaburzeń hormonalnych i zakażeń [15].

Opieka pielęgniarki anestezjologicznej przed i podczas pobrania narządów

Zespół transplantacyjny zmaga się ze śmiercią dawcy organów, która jest niezbędna, żeby uratować życie drugiego człowieka. Bardzo trudno jest pobierać narządy od osób w młodym wieku. Porażką zespołu jest, niepodjęcie funkcji przez narząd – odczuwany jest brak satysfakcji z pracy.

Obecność pielęgniarki anestezjologicznej przy pacjencie od momentu śmierci do przeszczepu budzi wiele emocji. Każda śmierć jest inna i może budzić negatywne postawy wobec transplantacji. Personel pielęgniarski pracujący na Oddziale Intensywnej Terapii zmaga się z największą ilością zgonów pacjentów, traumą rodzin. Możliwe byłoby wsparcie psychologiczne dla pielęgniarek. Pielęgniarkom podczas tej pracy towarzyszy nieustanny stres oraz umiejętność szybkiego reagowania na nagłe zmiany stanu zdrowia, oraz podejmowanie szybkich i stanowczych decyzji [16].

Celem opieki nad dawcą jest: monitorowanie pacjenta, stabilizacja układu krążenia, prawidłowa wentylacja, utrzymanie normowolemii, wyrównanie gospodarki wodno – elektrolitowej, prawidłowa diureza. Stabilizacja układu krążenia pełni kluczową rolę. Niedokrwienie śródmózgowia prowadzi do aktywacji układu parasympatycznego, co skutkuje wystąpieniem bradykardii zatokowej. Nadrzędnym celem jest utrzymanie właściwego średniego ciśnienia tętniczego (MAP), powinno wynosić 70 mmHg, oraz ośrodkowego ciśnienia żylnego (OCŻ), które ma wartość 5 -10 mmHg. Stosuje się także leki wazo aktywne. Utrzymanie prawidłowej wentylacji jest bardzo ważne. Wysokie stężenie amin katecholowych powoduje wzrost ciśnienia w krążeniu płucnym. Należy utrzymywać wartość dwutlenku węgla w drogach oddechowych w granicach 35 – 45 mmHg. Ważne jest także wykonywanie gazometrii krwi tętniczej (100 mmHg). Zaleca się także odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Mogą się pojawić zaburzenia wymiany gazowej związane z: zapaleniem płuc, ostrym uszkodzeniem płuc związanym z obrzękiem mózgu. Zaburzenia termoregulacji zazwyczaj występują na początku po zgonie pacjenta. Na początku pojawia się hipertermia, a później hipotermia. Najważniejszym celem jest utrzymanie temperatury ciała w granicach 35°C. Zaburzenia endokrynologiczne zazwyczaj dotyczą niewydolności przysadki

mózgowej. Należy zapewnić dawcy odpowiednie nawodnienie. Diureza powinna wynosić powyżej 1,0 ml/kg/godz. Leki moczopędne stosuje się tylko i wyłącznie w przypadku skąpomoczu. Od pielęgniarek anestezyjologicznych oczekuje się dużej ilości umiejętności, odpowiedzialności, wiedzy, gotowości na rozmowę z rodziną dawcy [17].

Szybkie i odpowiednie zastosowanie procedur medycznych w przypadku dawcy, ma niewątpliwe znaczenie w dalszym procesie transplantacji. Od tego zależy podjęcie funkcji życiowych przeszczepionego narządu. Stabilne prowadzenie dawcy zwiększa szanse na pobranie wielonarządowe. Transplantacja to szczególny dział medycyny, który potrzebuje poświęcenia i zaangażowania lekarzy, pielęgniarek oraz rodziny pacjenta. Zwiększa to szanse ocalenia innej osobie życia [17].

Stosunek Kościoła Katolickiego do transplantacji

Według nauczania Kościoła Katolickiego podstawowym wyznacznikiem dla wszystkich wierzących jest piąte przykazanie Dekalogu „Nie zabijaj”. Jest to norma zapisana w Deklaracji Praw Człowieka. Dla katolików istotną normą moralną jest pełne poszanowanie ludzkiego życia.

Religie chrześcijańskie, popierają transplantację narządów, uważa go za zgodnym z prawem. Oddawanie narządów po śmierci według katolików uznawane jest za bardzo szlachetne i dobry uczynek dla bliźniego. Kościół Katolicki uznaje przeszczepianie narządów w szczytnym celu: ratowania życia drugiego człowieka. Jedynym najważniejszym warunkiem do spełnienia jest niewymuszone, bezinteresowne podarowanie drugiemu człowiekowi swoich organów [18].

Podobne zdanie na temat transplantacji narządów ma prawie każda religia chrześcijańska, protestantyzm, anglikanizm, prawosławie. Na temat przeszczepów wielokrotnie głosił papież Jan Paweł II. Podczas XVIII Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego w 2001 roku, „*Należy zaszcześcić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów*”. Podczas wielu homilii papież Jan Paweł II wygłaszał jak ważne jest dawstwo narządów, nazywał ten czyn „*autentycznym aktem miłości*” [19].

W Kompendium Katechizmu Kościoła Katolickiego zawarte jest, że przeszczep jest czynem bardzo ważnym, honorowym pod warunkiem, że śmierć dawcy jest naturalna i

została rzeczywiście stwierdzona. Przeszczep jest moralnie nie dopuszczony, gdy dawca jest poddany trwałemu kalectwu .

W encyklice papież Jan Paweł II wypowiada się na temat wymogów etycznych, które muszą wystąpić podczas zgody na pobranie narządów. Transplantacja jest ogromną szansą dla ludzi, którzy nie mogą już inaczej żyć, pracować oraz funkcjonować w społeczeństwie. Dawstwo organów określone jest miłością , która daje Życie innym [20].

Transplantologia stała się bardziej prawdopodobna, kiedy pojawiło się wprowadzenie nowej definicji śmierci, czyli śmierć pnia mózgu. Od pacjentów u których nastąpiło trwałe i nieodwracalne uszkodzenie mózgu, organy mogły zostać pobrane w lepszym stanie, niż od osoby, która już nie żyje. Obowiązkiem lekarzy jest traktowanie ciała człowieka z szacunkiem, a nie przedmiotowo [20].

Najważniejszym elementem do pobrania narządów według Kościoła katolickiego jest zgoda dawcy. Zgoda domniemana jest sprzeczna z nauką Kościoła, ponieważ bardzo mało ludzi wyraża chęć bycia dawcą, gdy jego życie przebiega w sposób normalny. Zgodę na pobranie narządów powinna wyrazić dawca lub opiekun prawny [20].

Wiele inicjatyw w działaniu transplantologii wykazuje, jak istotna jest wiara człowieka, który jest zdolny do czynienia dobra, solidarności dla drugiego człowieka. Jedynym brakującym elementem w tej dziedzinie jest edukacja społeczeństwa na temat dawstwa narządów, który jest szczytnym celem dającym drugie życie innej chorej osobie.

ZAKOŃCZENIE

Stosunek Polaków do transplantologii od lat jest przychylny. Większość dorosłych deklaruje zgodę na oddanie swoich narządów po śmierci, a także nie sprzeciwiłaby się ich pobraniu z ciała zmarłej osoby bliskiej pod warunkiem, że za życia nie zajmowała ona negatywnego stanowiska w tej sprawie.

Problematyczna z punktu widzenia potencjalnych sprzeciwów wobec eksplantacji organów wydaje się wiedza na temat stanowiska osób bliskich w tej kwestii oraz świadomość prawna badanych.

Większość Polaków nie zna opinii bliskich na ten temat, i tylko nieliczni wiedzą, w jaki sposób prawo określa pobieranie narządów od zmarłych.

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju i transplantologii klinicznej, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016; 1 (46):113-118.
2. Sobiak J.: Przeszczenie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny, *Nowiny Lekarskie* 2011; 80 (2): 157-161.
3. Makara-Studzińska M., Kowalska A., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012; 18 (1): 31-36.
4. Sielicka E.: Edukacja ponad granicami – transplantologia, *Teraźniejszość - Człowiek - Edukacja*, 2015; 4(72): 83-94.
5. Lizakowski S., Dudek I., Rutkowski B.: Możliwości poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych u chorych po przeszczepieniu narządów unaczynionych i wpływ tych działań na losy przeszczepionego narządu. *Forum Nefrologiczne* 2016; 9 (3): 189-197.
6. Kimszal E.: Zespół transplantacyjny – rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2020; 2 (76): 122-126.
7. Czerwiński J., Malanowski P., Grzywacz A.: Biuletyn Informacyjny. *Poltransplant*. 2021;1 (30): 1-150.
8. Wróbel J.: Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. *Między biologią, biomedycyną i filozofią. Roczniki Teologii Moralnej*, 2011; 3 (58): 158-178.
9. Kmiecik B.: Śmierć mózgu człowieka, jako problem nie tylko formalny. *Zakład Prawa Medycznego*, 2017; 4 (32): 479-491.
10. Sienkiewicz W., Grabowski R.: Etyczne, medyczne i prawne dylematy wokół śmierci mózgu. *Bydgoszcz*, 2017; 7-134.
11. Jacek A., Ożóg K.: Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health*, 2012; 47 (3): 264-271.
12. Ochotny P.: Zgoda domniemana, a cele transplantacji. 2017; 14 (3): 29-35.
13. Sobczak K.: Procedura powiadamiania o śmierci pacjenta. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2013; 45 (4): 260-263.
14. Sieradzka A.: Tajemnice transplantacji. Warszawa: PWN, 2017: 245-255.
15. Szepietowska M., Hreńczuk M.: Opieka personelu pielęgniarskiego nad dawcą fragmentu wątroby. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 2(64): 226-231.

16. Milaniak I., Dębska G.: Wykorzystanie modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson w opiece nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017; 25 (4): 276-283.
17. Woderska N.: Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2013; 1 (47): 7-11.
18. Dudzińska J., Dobrowolska B.: Zagadnienie śmierci pnia mózgu i transplantacji w świetle nauczania Kościoła Katolickiego, 2016; 1 (54): 55-59.
19. Golebiowska M., Golebiowska B., Chudzik R., Jarosz K., Klatka M.: Role of religion in the promotion of transplantation and organ donation, 2017; 7 (8): 28-38.
20. Stec T.: Donacja organów a logika daru. Chrześcijańskie spojrzenie na problem transplantacji, *Tarnowskie Studia Teologiczne*, 2016; 35 (2): 125–140.

POZIOM WIEDZY OSÓB W WIEKU 18-45 LAT NA TEMAT TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Klaudia Ustaszewska¹, Krystyna Klimaszewska²

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

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Transplantacja to coraz częściej stosowana bezpieczna metoda leczenia niewydolności najważniejszych organów potrzebnych do życia człowieka. Transplantologia to dział medycyny klinicznej, która zajmuje się problematyką transplantacji. Transplantacja – przeszczepianie, jest to zabieg polegający na przeniesieniu komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) lub narządów (np. serce, wątroba) w okolicy jednego organizmu lub pomiędzy dwoma organizmami. Według definicji ze słownika języka polskiego transplantacja to „zabieg operacyjny, polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu jednego organizmu do drugiego”. Przeszczepiony fragment jest nazywany transplantem lub przeszczepem. Transplantacja jest uznana za metodę medyczną, jednak nadal budzi ona wątpliwości natury etycznej [1].

Według J. Dudy w transplantacji można wyróżnić pięć typów przeszczepów: przeszczep autogeniczny, izogeniczny, allogeniczny, ksenogeniczny i alloplastyka. Przeszczep można rozróżnić także na kryterium miejsca przeszczepiania. Wyróżnia się tutaj dwa rodzaje przeszczepów: ortotopowe i heterotropowe.

Innymi rodzajami transplantacji są przeszczepy:

- Ex vivo – narządy są pobierane od żywego biorcy, są to organy parzyste, np. nerka., pobierane są wtedy, gdy nic nie zagraża życiu dawcy.
- Ex mortuo – przeszczep polegający na pobraniu organów od osoby zmarłej, parzystych i pojedynczych i wszczepianie do organizmu biorcy.

Śmierć mózgowa, śmierć mózgu jest bezpośrednią przyczyną utracenie kontroli nad podstawowymi procesami fizjologicznymi jakimi są: krążenie, oddychanie, będących skutkiem dużych zmian w mózgu. Śmierć mózgu to ustanie funkcji mózgu (mózgu, mózdzku i pnia mózgowego).

Orzeczenie śmierci mózgu składa się z dwóch etapów. Etap pierwszy rozpoczyna się potwierdzeniem widocznych cech podstawowej arefleksji pniowej oraz wykonanie badań obrazowych. Dokonuje to lekarz, który nie musi posiadać specjalizacji odpowiednio to dokumentując. Etap drugi to dwukrotna analiza stwierdzeń i wykluczeń, dwukrotne badania potwierdzające arefleksję pniową, trwały bezdech oraz czasami wykonanie badania instrumentalnego. W tej procedurze uczestniczy dwóch lekarzy, gdzie jeden lekarz musi posiadać specjalizację z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, a drugi lekarz z dziedziny neurologii, neurochirurgii [2].

Pacjent posiada także prawa dotyczące poboru oraz przeszczepu komórek, tkanek, narządów. Aby można było przeszczepić komórki, tkanki lub narządy muszą zostać spełnione kryteria formalne. Dawcą przeważnie jest osoba z ciężkim, nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, u którego wykluczono przeciwwskazania do pobrania narządów. W polskim prawie obowiązuje zgoda domniemana, która świadczy o braku sprzeciwu, który zostaje zgłoszony do Centralnego Rejestru Sprzeciwu.

Gdy komisja lekarska stwierdzi śmierć mózgu, zostaje poinformowana o tym rodzina zmarłego. Kiedy lekarz uzyska informację na temat tego, że pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu na pobranie narządów, mogą zostać podjęte czynności związane z transplantacją narządów/tkanek. Pobranie narządów jest operacją chirurgiczną, podczas której ciało zmarłego jest traktowane z szacunkiem [3].

Zawody medyczne pełnią bardzo ważną rolę w przebiegu procedury transplantacyjnej. Koordynator odgrywa bardzo ważną funkcję w szpitalu. Jego głównym zadaniem jest identyfikacja zmarłych dawców organów. Edukuje społeczność szpitala oraz społeczeństwo. Zespół koordynatorów składa się z: lekarzy, pielęgniarek, psychologów.

Religie chrześcijańskie, popierają transplantację narządów, uważa go za zgodnym z prawem. Oddawanie narządów po śmierci według katolików uznawane jest za bardzo szlachetne i dobry uczynek dla bliźniego. Kościół Katolicki uznaje przeszczepianie narządów w szczytnym celu: ratowania życia drugiego człowieka. Jedynym najważniejszym warunkiem

do spełnienia jest niewymuszone, bezinteresowne podarowanie drugiemu człowiekowi swoich organów [4].

CEL PRACY

Transplantacja, to dziedzina zajmująca się przeszczepianiem narządów. Polskie prawo reguluje dwa sposoby przeszczepów: przeszczep ex vivo (za życia dawcy) oraz przeszczep ex mortus (po śmierci dawcy). Przeszczep jest metodą leczenia ratującego życie i zdrowie pacjentów. Transplantacja specjalizuje się w pobieraniu zdrowych komórek, tkanek, narządów od dawcy i przeszczepianiu ich biorcy. Celem transplantacji jest przywrócenie prawidłowych funkcji narządów. Przeszczep narządów stosuje się w przypadku schyłkowej niewydolności organów (nerki, serce, wątroba, płuca, trzustka, jelita). Wyróżniamy pięć rodzajów transplantacji: przeszczep autogeniczny, izogeniczny, allogeniczny, ksenogeniczny i alloplastyka. W Polsce obowiązuje model zgody domniemanej polegający na tym, że jeżeli osoba zmarła za życia nie wyraziła sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci, jest równoznaczne z tym, że zgadza się na wystąpienie takiego zdarzenia. Organizacją i kontrolą przeszczepów w Polsce zajmuje się Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie.

Celem pracy było:

1. Poznanie poziomu wiedzy mieszkańców woj. podlaskiego na temat transplantacji
2. Analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji organów pod względem wieku, płci, miejsca zamieszkania
3. Określenie czynników mających wpływ na opinie i poziom wiedzy na temat transplantacji organów.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone na terenie województwa podlaskiego, wśród osób w wieku 18 - 45 lat, kobiet oraz mężczyzn. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który składa się z 28 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu z zastosowaniem techniki ankiety,

na temat: „Poziom wiedzy osób w wieku 18-45 lat na temat transplantacji narządów.”

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Etyki nr. APK.002.284.2022

Uzyskane wyniki zostały uogólnione i przedstawione w formie zbiorowych opracowań statystycznych w postaci opisowej oraz w formie tabel i rycin. Do analizy statystycznej wykorzystano program Microsoft Excel 2010 i Statistica 13, w którym wykorzystano test Chi kwadrat. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu Chi kwadrat. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

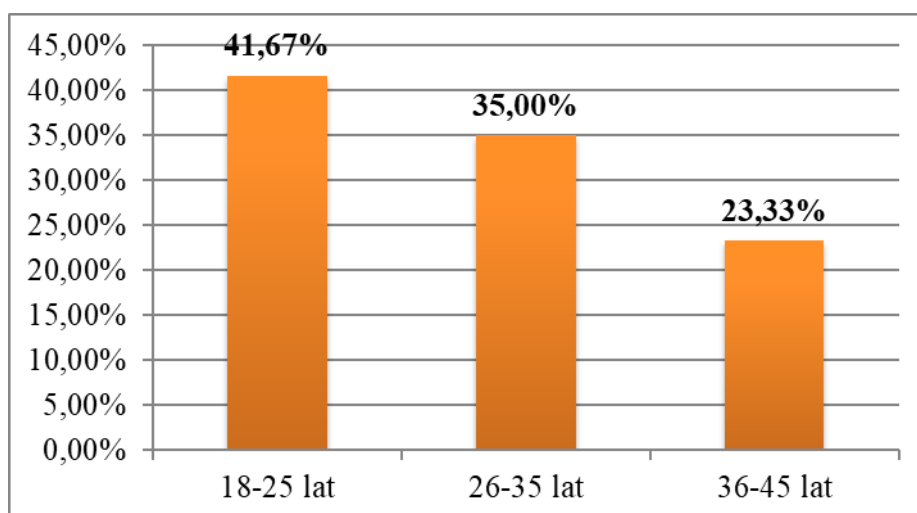
WYNIKI

Zbiór informacji społeczno – socjalnych.

Badana populacja obejmowała osoby obu płci w wieku od 18 do 45 roku życia. Łączna liczba ankietowanych wynosiła 120 ($n=120$; 100,00%).

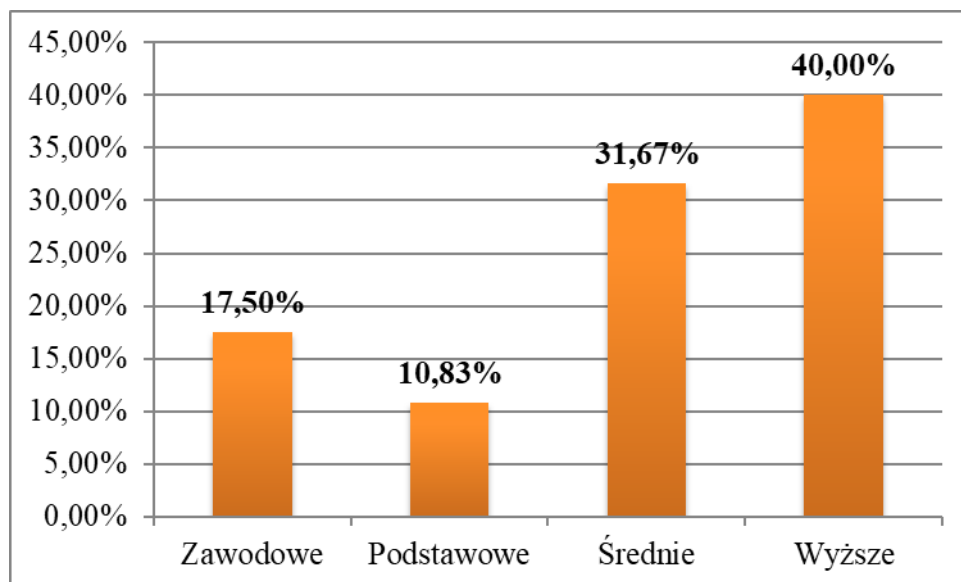
Kobiety stanowiły ponad $\frac{1}{2}$ grupy badanej ($n=78$; 65,00%). Mężczyzn uczestniczących w badaniu było 42 (35,00%).

Dominującą grupą były osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 18 – 25 lat ($n=50$; 41,67%). W gronie badanych między 36, a 45 rokiem życia było 28 uczestników, stanowiło to 23,33%. Pozostałe informacje – rycina 1.



Rycina 1. Wiek respondentów

Wyższe wykształcenie zadeklarowało 40,00% badanych (n=48). O wykształceniu średnim wspomniało 31,67% grupy (n=38). Według wyliczeń wykształcenie podstawowe posiadało 13 respondentów (10,83%). Szczegóły zostały zobrazowane na rycinie 2.



Rycina 2. Wykształcenie respondentów

Ze wsi pochodziło 63 opiniodawców, stanowiło to 52,50% grupy, natomiast o przynależności do terenów miejskich wspomniało 57 badanych (47,50%) .

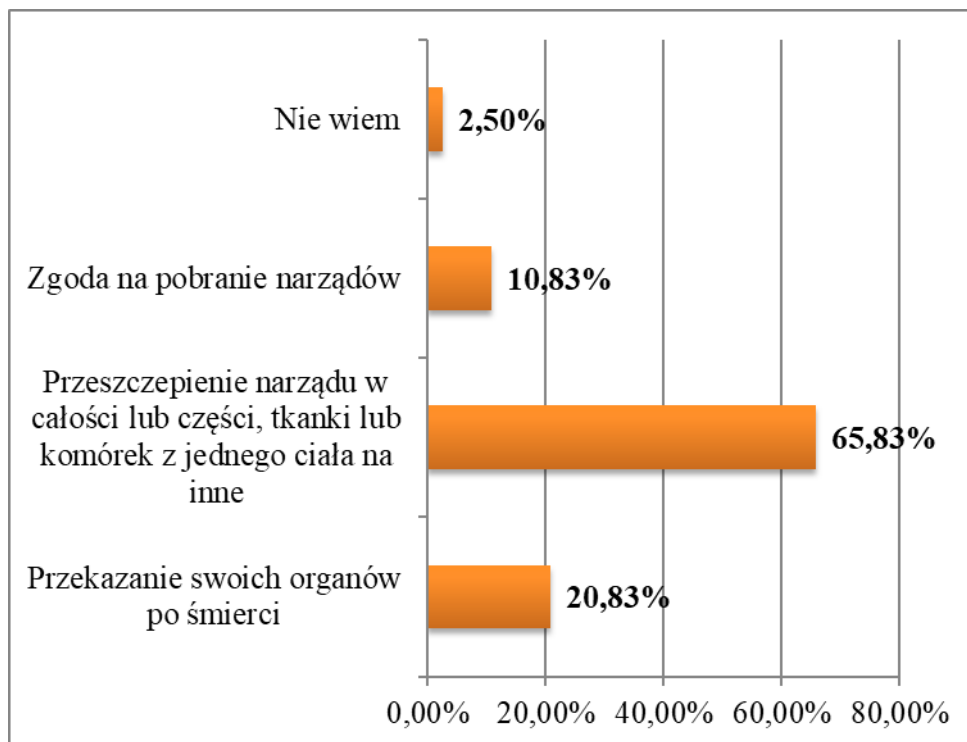
Wśród badanej społeczności 39 osób (32,50%) zadeklarowało pracę w ochronie zdrowia.

Zbiór informacji związanych z transplantacją narządów.

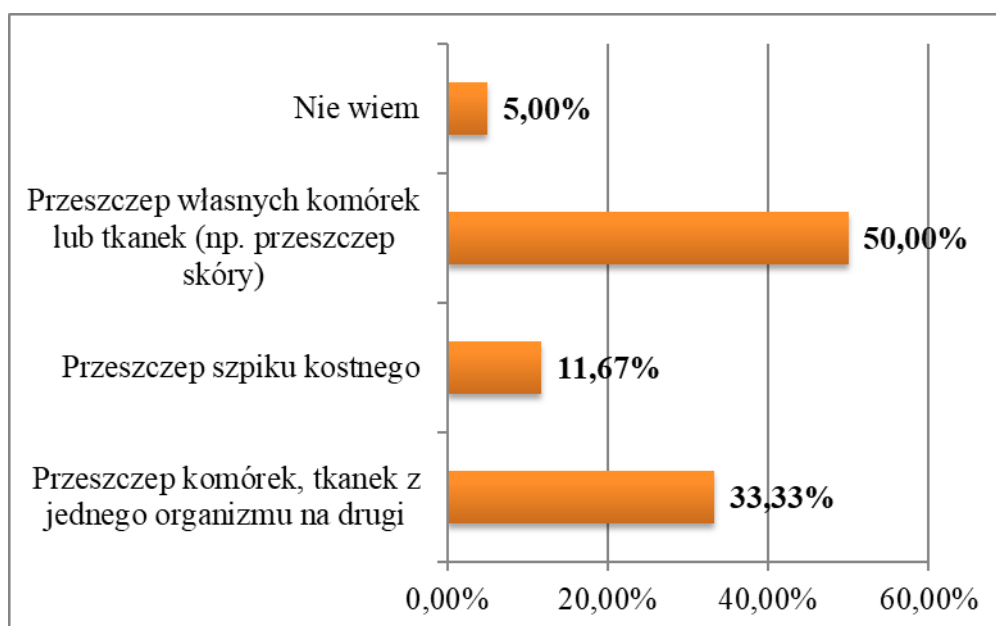
Transplantacja jest to przeszczepienie narządu w całości lub części, tkanki lub komórek z jednego ciała na inne. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 65,83% grupy (n=79). Błędne odpowiedzi wskazało łącznie 38 ankietowanych, a o braku wiedzy poinformowało 3 osoby (2,50%) – rycina 3.

Przeszczepem autogenicznym nazywamy przeszczep własnych tkanek lub komórek, między innymi wyróżniamy przeszczep skóry. ½ grupy badanej udzieliła poprawnej odpowiedzi (n=60; 50,00%). 33,33% badanej populacji wybrała błędny wariant odpowiedzi,

który definiował przeszczep autogeniczny jako przeszczep komórek lub tkanek z jednego organizmu na drugi. Szczegóły zilustrowane zostały na rycinie 4.

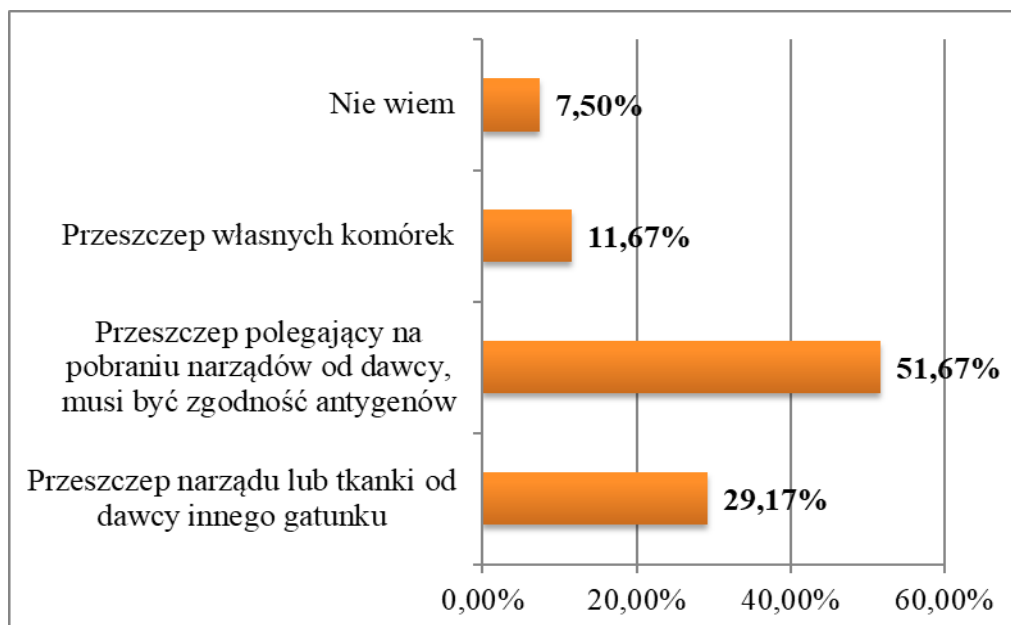


Rycina 3. Definicja transplantacji – zdaniem respondentów



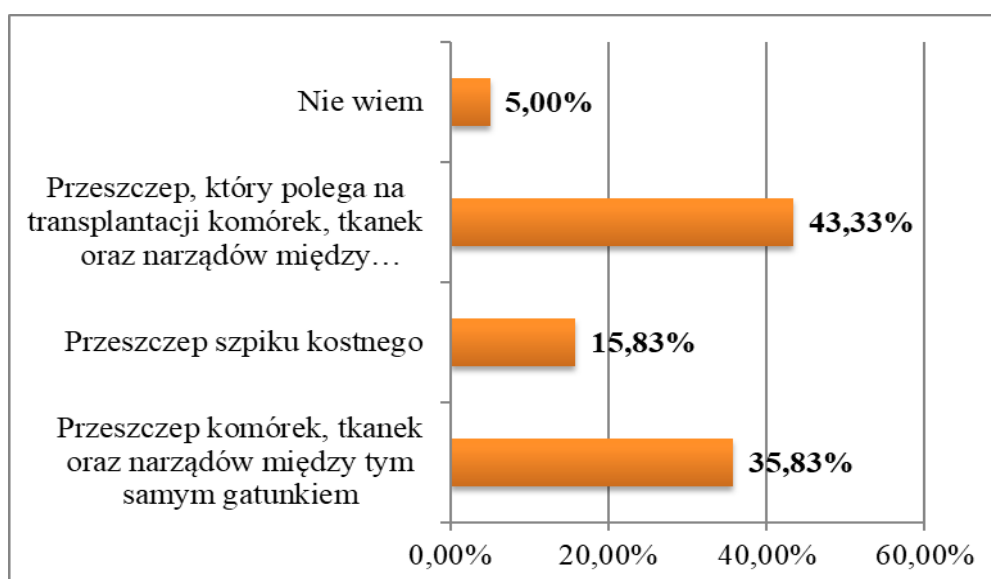
Rycina 4. Definicja przeszczepu autogenicznego – zdaniem respondentów

Przeszczep allogeniczny jest to przeszczep polegający na pobraniu narządów od dawcy, musi występować zgodność antygenowa. Znajomość wiedzy z zakresu przeszczepu allogenicznego wykazało 62 opiniodawców, stanowiło to 51,67%. Wariant „nie wiem” wybrało 9 respondentów (7,50%) – rycina 5.



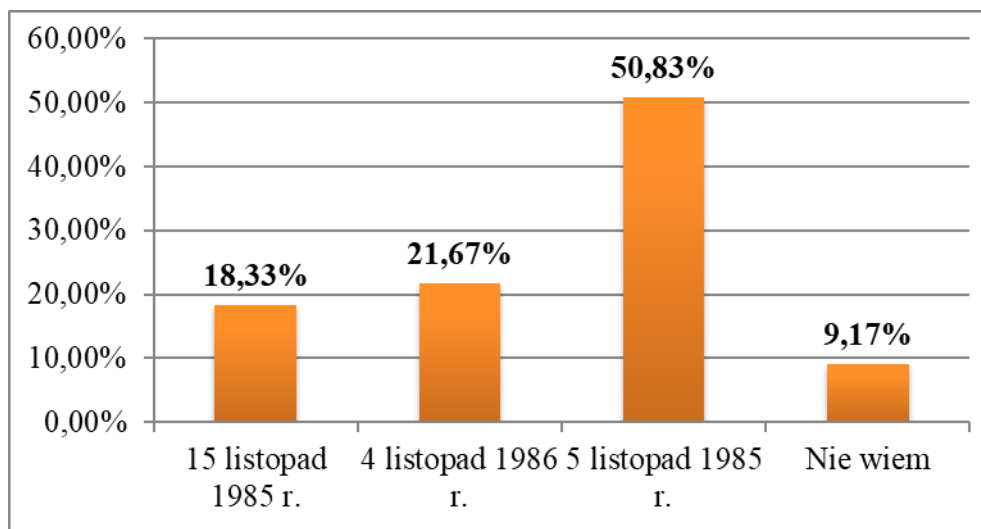
Rycina 5. Definicja przeszczepu allogenicznego – zdaniem respondentów

Przeszczep, który polega na transplantacji komórek, tkanek oraz narządów między różnymi osobnikami to przeszczep ksenogeniczny (n=52; 43,33%). Pozostałe odpowiedzi wybierane przez ankietowanych były błędne. Szczegóły zobrazowano na rycinie 6.



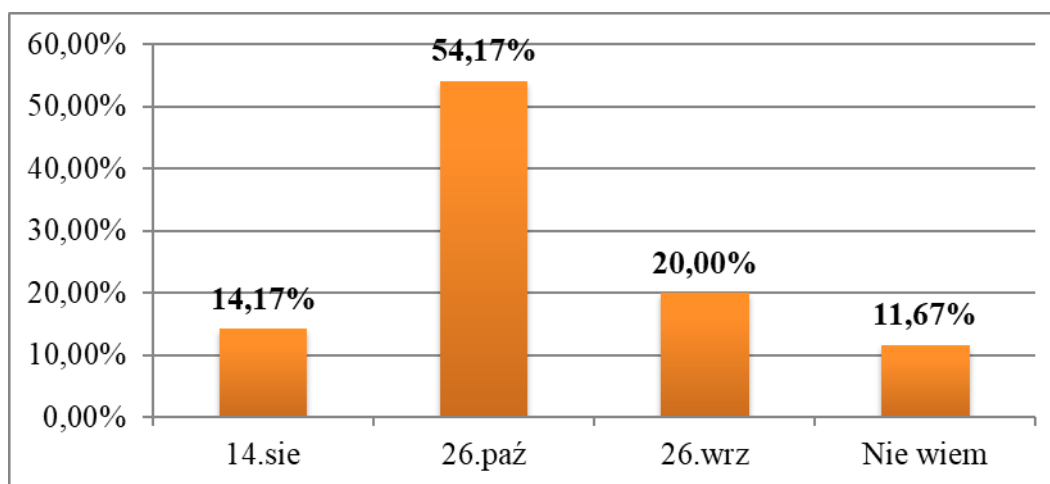
Rycina 6. Definicja przeszczepu ksenogenicznego – zdaniem respondentów

Pierwsza udana transplantacja w Polsce miała miejsce 5 listopada 1985 roku. Ponad ½ grupy wybrała poprawną odpowiedź (n=61; 50,83%). Odpowiedź „nie wiem” zaznaczyło 11 przebadanych, stanowiło to 9,17%. Pozostałe informacje zostały zawarte na rycinie 7.



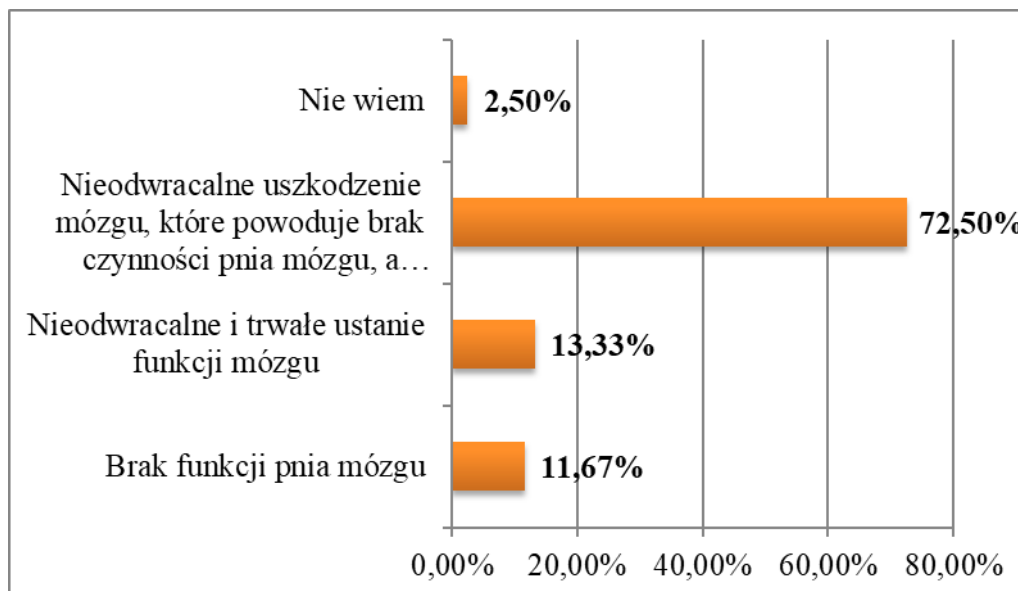
Rycina 7. Pierwsza udana transplantacja w Polsce – zdaniem respondentów

W Polsce 26 października obchodzony jest Światowy Dzień Donacji i Transplantacji (n=65; 53,17%). Brak wiedzy w tym zakresie wykazało 55 przebadanych – rycina 8.



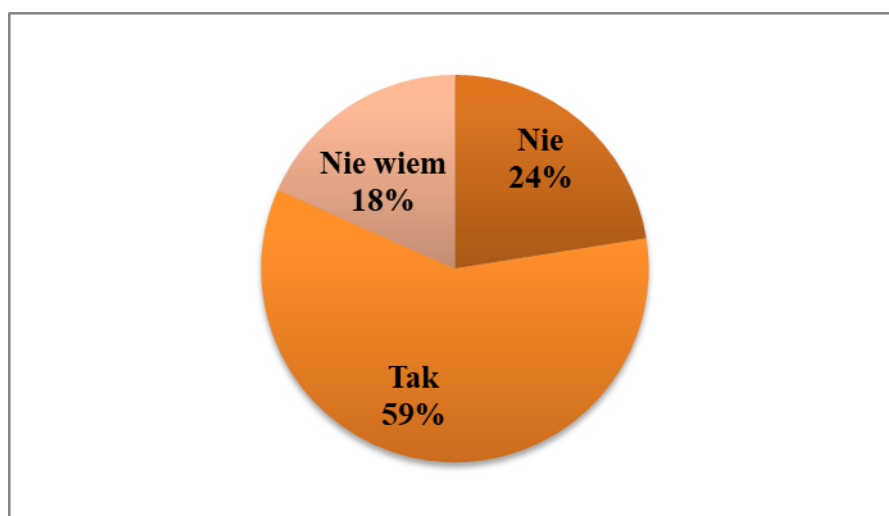
Rycina 8. Obchody Światowego Dnia Donacji i Transplantacji w Polsce – zdaniem respondentów

Śmierć mózgu to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu (odpowiadających za oddychanie, krążenie krwi w ciele), a funkcje życiowe są podtrzymywane sztucznie przez maszyny – prawidłowy wariant odpowiedzi wybrało 87 badanych, stanowiło to 72,50%. Według 14 osób śmierć mózgu to brak funkcji pnia mózgu, była to błędna odpowiedź – rycina 9.



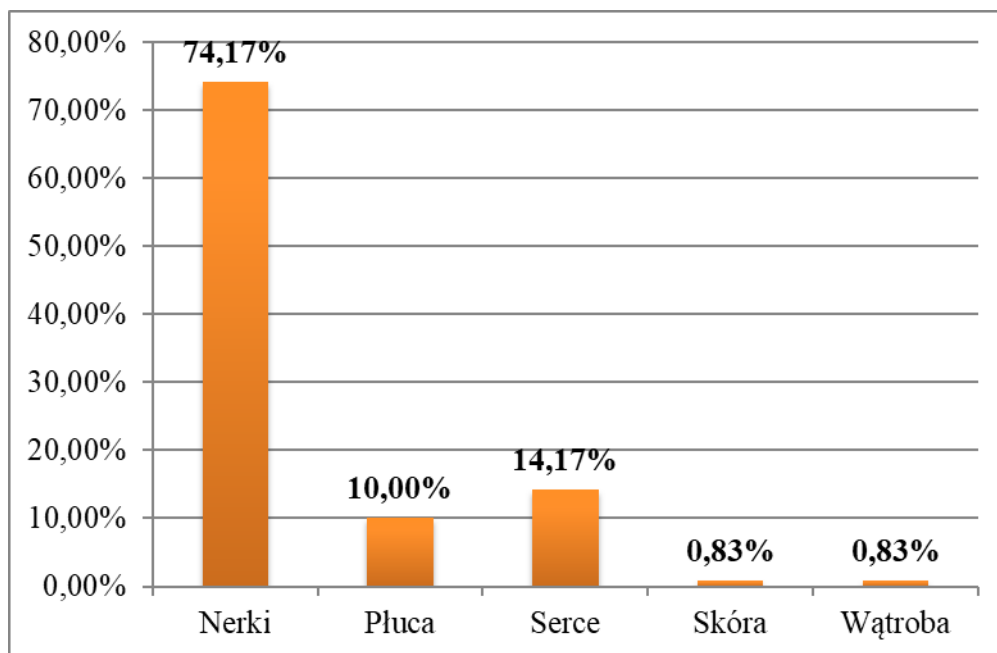
Rycina 9. Definicja śmierci mózgu – zdaniem respondentów

Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka. Zdanie te podzielało 71 badanych, stanowiło to 59,17%. Brak zdania na w/w temat wykazało 22 osoby ankietowane (18,33%) – rycina 10.



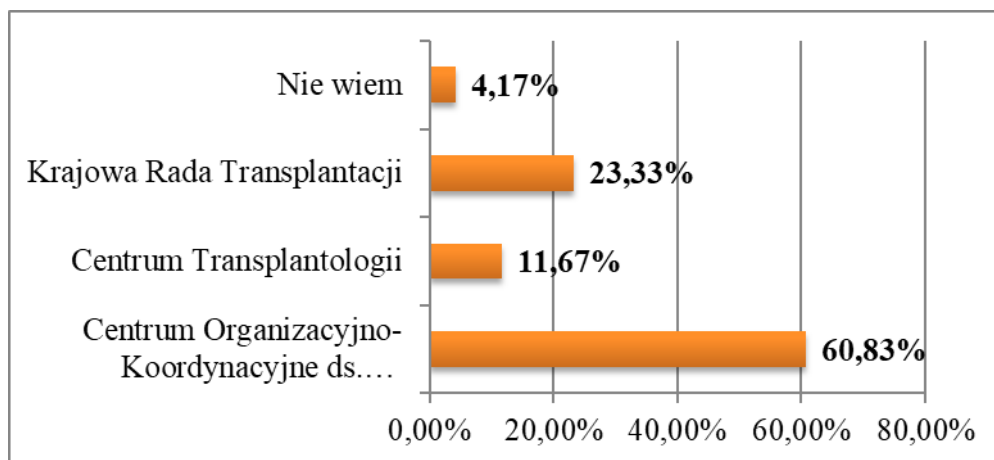
Rycina 10. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka – zdaniem respondentów

Najczęściej przeszczepianym organem w Polsce są nerki ($n=89$; 74,17%). Nieliczni wspomnieli o płucach, sercu, skórze oraz wątrobie. Wyczerpujące dane przedstawiono na rycinie 11.



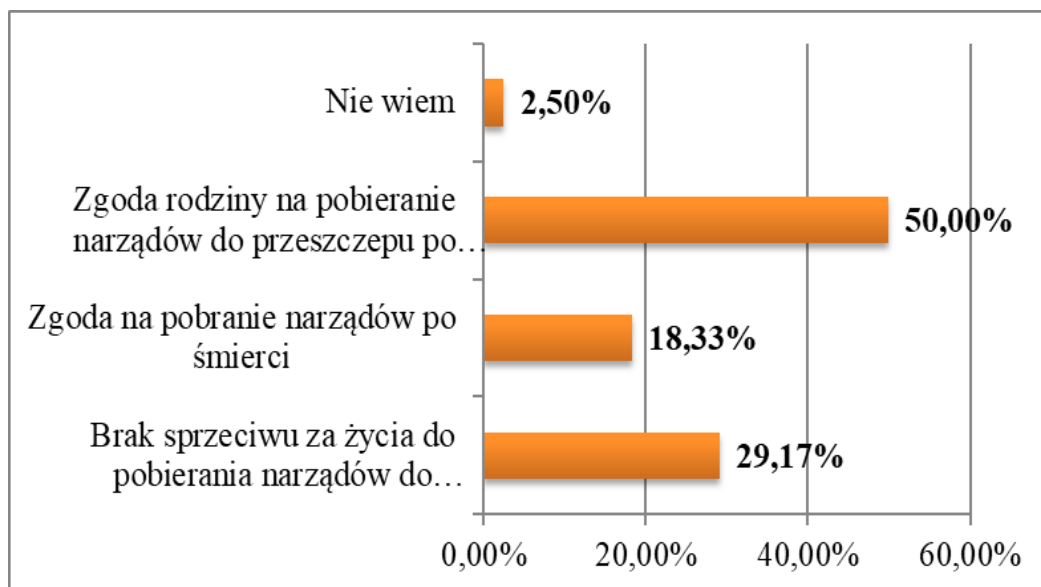
Rycina 11. Najczęściej przeszczepiane organy w Polsce – zdaniem respondentów

Koordinacją przeszczepiania oraz pobierania narządów, tkanek i komórek w Polsce zajmuje się Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do spraw Transplantacji Poltransplant. Poprawną odpowiedź wybrało 60,83% badanej populacji ($n=73$). O Krajowej Radzie Transplantacji wspomniało 28 respondentów (23,33%). Pozostałe warianty odpowiedzi uwidoczniono na rycinie 12



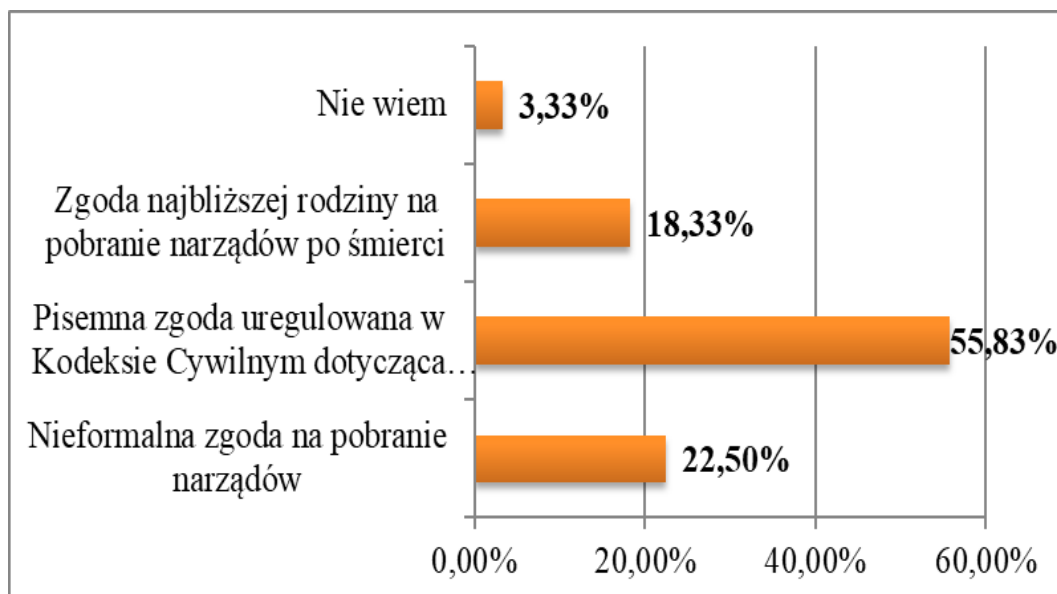
Rycina 12. Instytucja w Polsce zajmująca się koordynacją przeszczepiania i pobierania narządów, tkanek oraz komórek – zdaniem respondentów

Zgodą domniemaną nazywa się brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepu po śmierci (n=35; 29,17%). Największa część badanej populacji wybrała jednak błędną odpowiedź „zgoda rodziny na pobieranie narządów do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby” (n=60; 50,00%) – rycina 13.



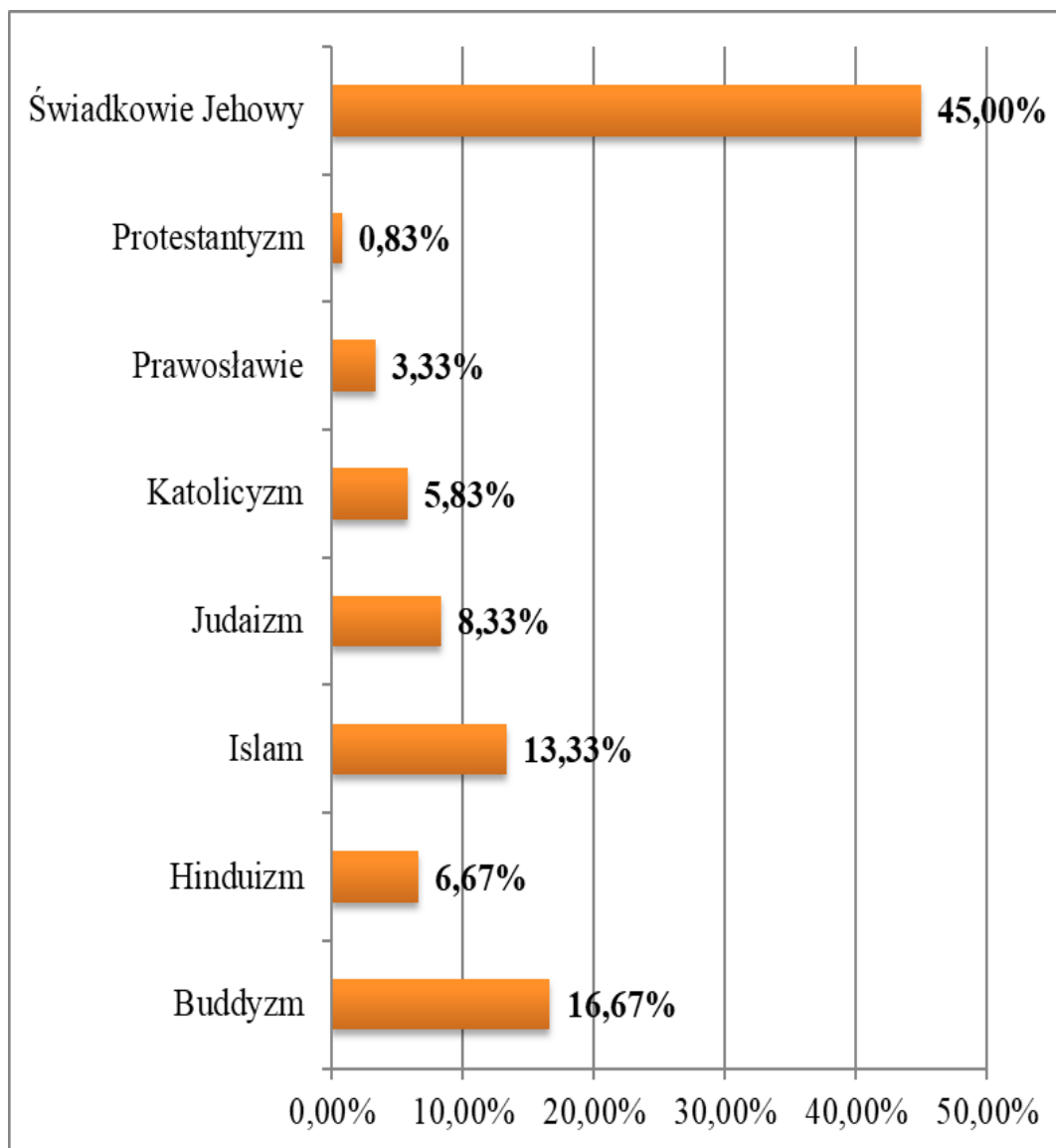
Rycina 13. Definicja zgody domniemanej – zdaniem respondentów

Oświadczenie woli to pisemna zgoda uregulowana w Kodeksie Cywilnym, dotyczy ona pobierania narządów po śmierci. Poprawną odpowiedź udzieliło 55,83% badanych (n=67). Pozostałe warianty odpowiedzi ukazano na rycinie 14.



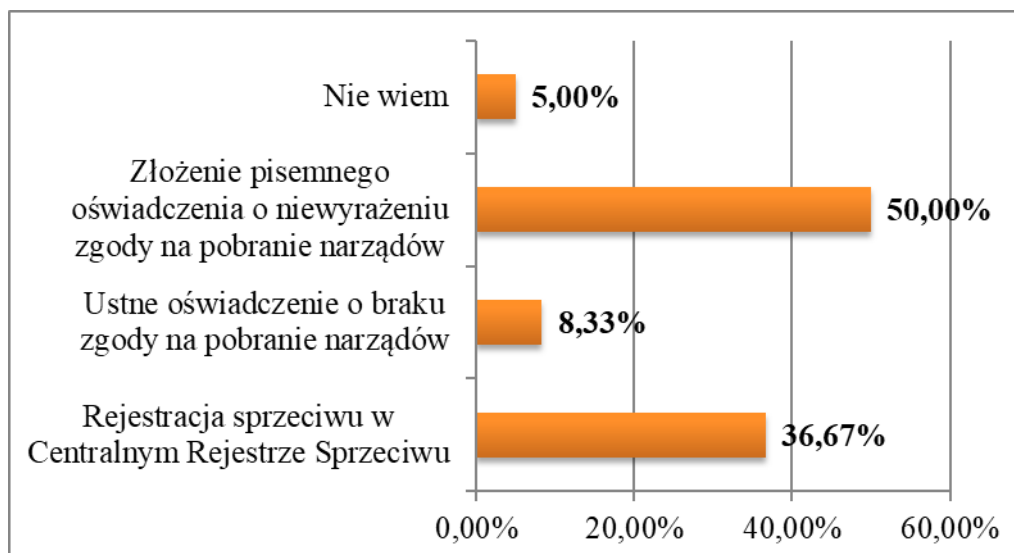
Rycina 14. Definicja oświadczenia woli – zdaniem respondentów

Według 45,00% respondentów Świadkowie Jehowy nie akceptują transplantacji narządów (n=54). O Buddyzmie wspomniało 20 przepytanych (16,67%). Pozostałe odpowiedzi zostały uszeregowane na rycinie 15.



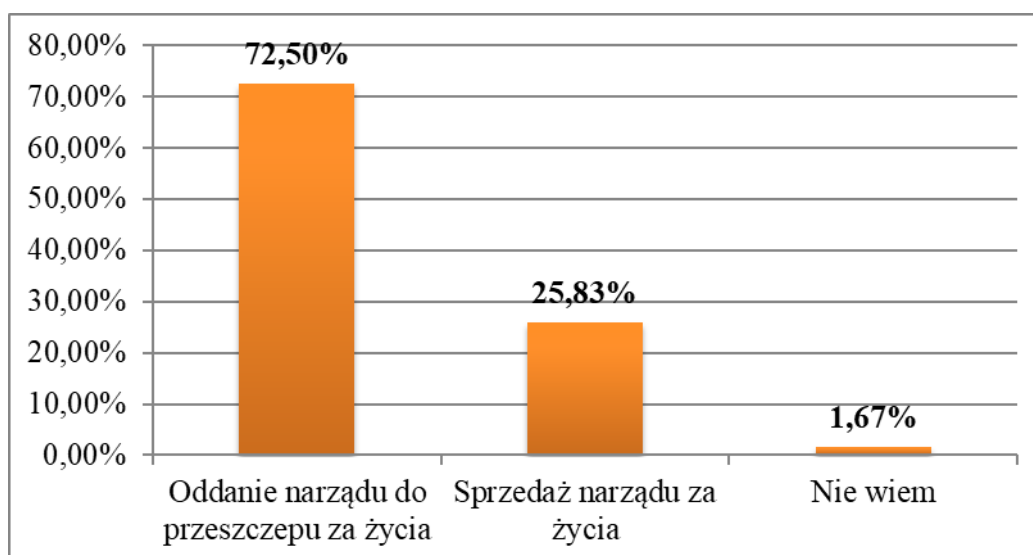
Rycina 16. Wyznanie, które nie akceptuje transplantacji narządów – zdaniem respondentów

W celu zgłoszenia honorowanego prawnie sprzeciwu transplantacji narządów należy zarejestrować sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu (n=44; 36,67%). ½ grupy badanej udzieliło błędnej odpowiedzi dotyczącej złożenia pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na pobranie narządów (n=60; 50,00%) – rycina 16.



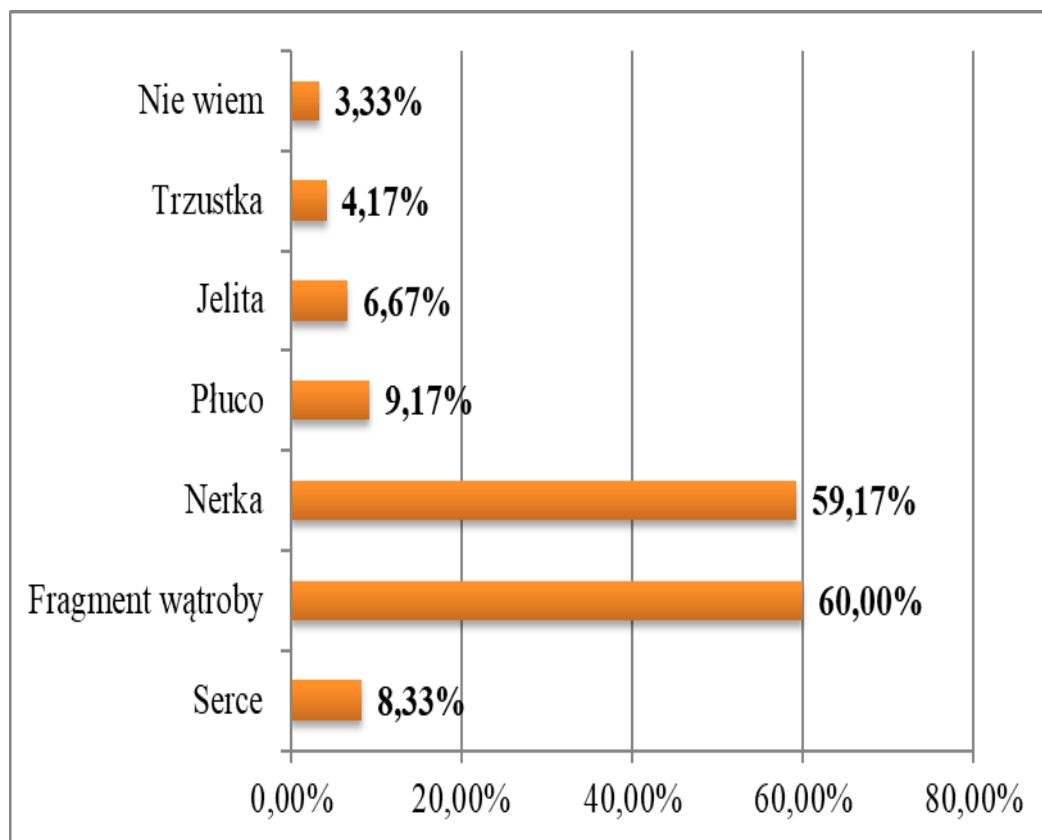
Rycina 16. Sposób zgłaszania sprzeciwu transplantacji narządów honorowanego prawnie – zdaniem respondentów

Pojęcie „żywy dawca” definiuje się jako oddanie narządu do przeszczepu za życia. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 87 ankietowanych (72,50%) – rycina 17.



Rycina 17. Definicja terminu żywy dawca – zdaniem respondentów

Od żywych dawców do przeszczepu można pobrać fragment wątroby (n=72; 60,00%) i nerkę (n=71; 59,17%). Badani wspominali również o płucach, sercu, jelitach i trzustce – były to błędne odpowiedzi. Brak wiedzy wykazało 4 respondentów (3,33%) – rycina 18.

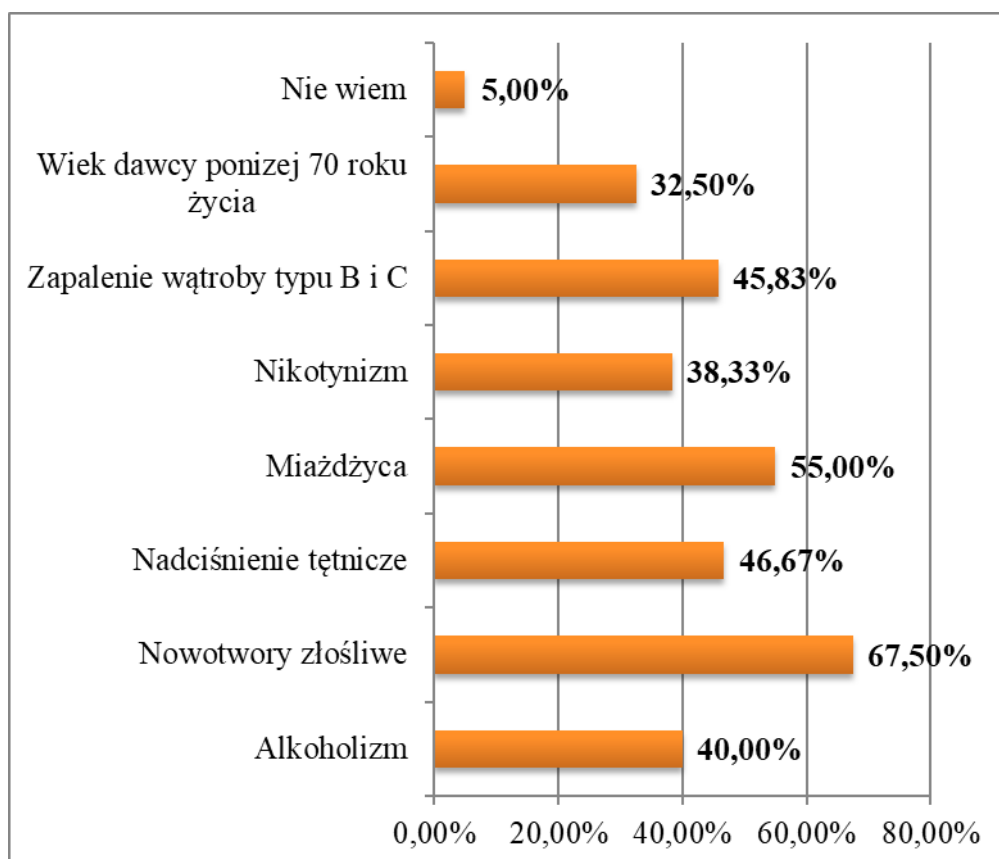


Pytanie wielokrotnego wyboru. Łączna suma wszystkich odpowiedzi $\neq$ 100,00%.

Rycina 18. Narządy, które można pobrać od żywych dawców – zdaniem respondentów

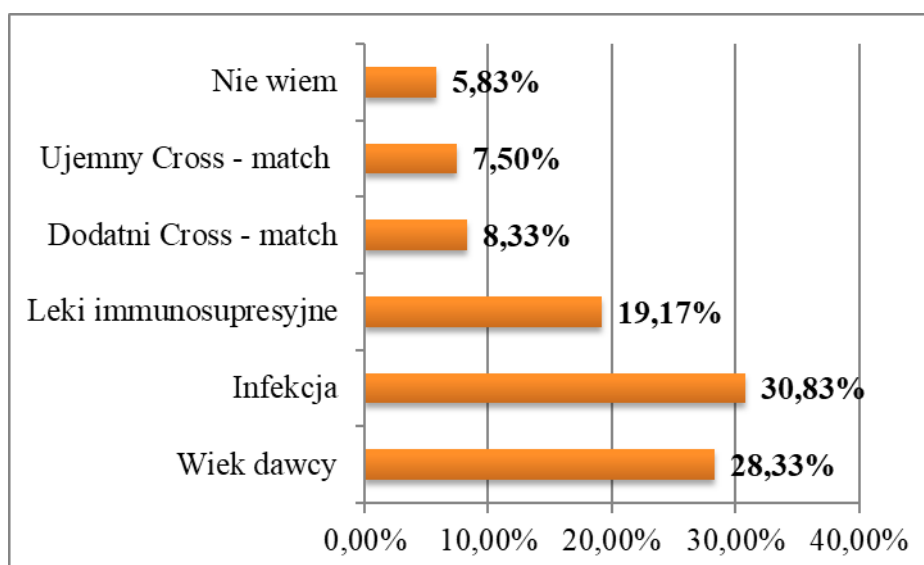
Opiniodawców zapytano o przeciwwskazania do bycia dawcą. Najczęściej wymienianymi czynnikami były nowotwory złośliwe (n=81; 67,50%), miażdżyca (n=66; 55,00%) oraz nadciśnienie tętnicze (n=56; 46,67%). Wszystkie odpowiedzi zaprezentowano na rycinie 19.

Najczęściej wybieranym przez ankietowanych czynnikiem ryzyka, który może spowodować odrzucenie przeszczepu były infekcje (n=37; 30,83%) oraz wiek dawcy (n=34; 28,33%). Niespełna 20,00% badanej populacji wskazało leki immunosupresyjne jako element zwiększający ryzyko odrzucenia przeszczepu (n=23, 19,17%). Inne czynniki zilustrowano na rycinie 20.



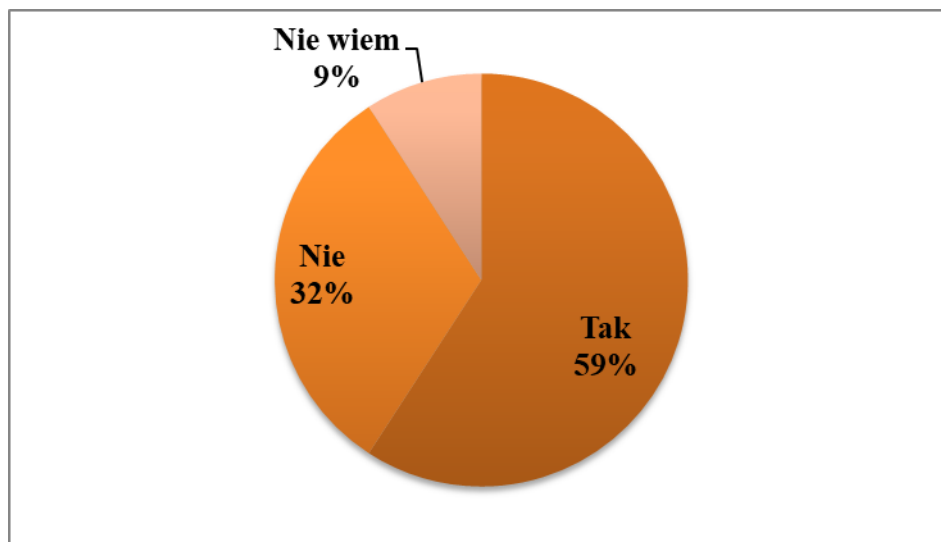
Pytanie wielokrotnego wyboru. Łączna suma wszystkich odpowiedzi $\neq$ 100,00%.

Rycina 19. Przeciwwskazania do bycia dawcą narządów – zdaniem respondentów



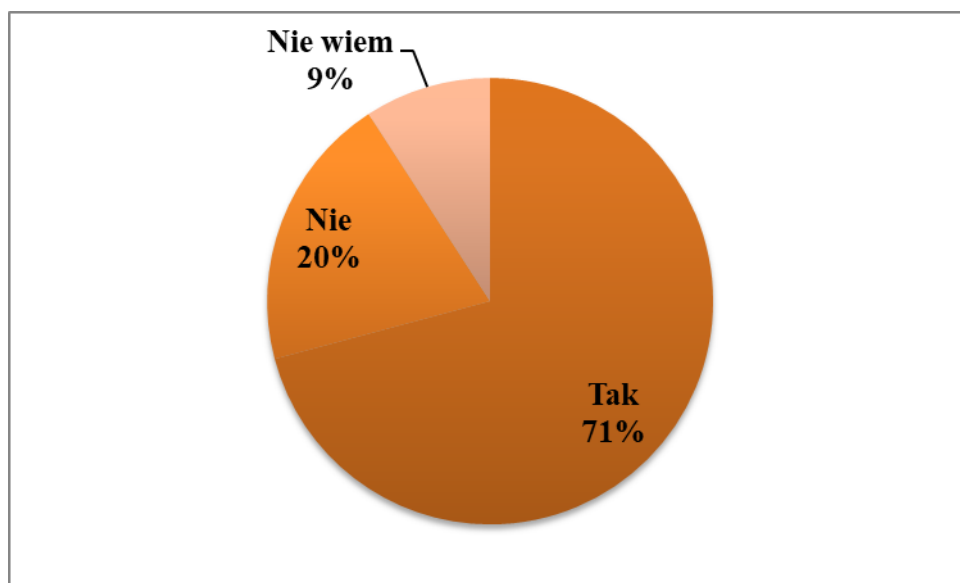
Rycina 20. Czynniki zwiększające ryzyko odrzucenia przeszczepu – zdaniem respondentów

Ponad połowa grupy badanej wyraziłoby zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci (n=71; 59,17%). Brak zgody wykazało 38 respondentów (31,67%) – rycina 21.



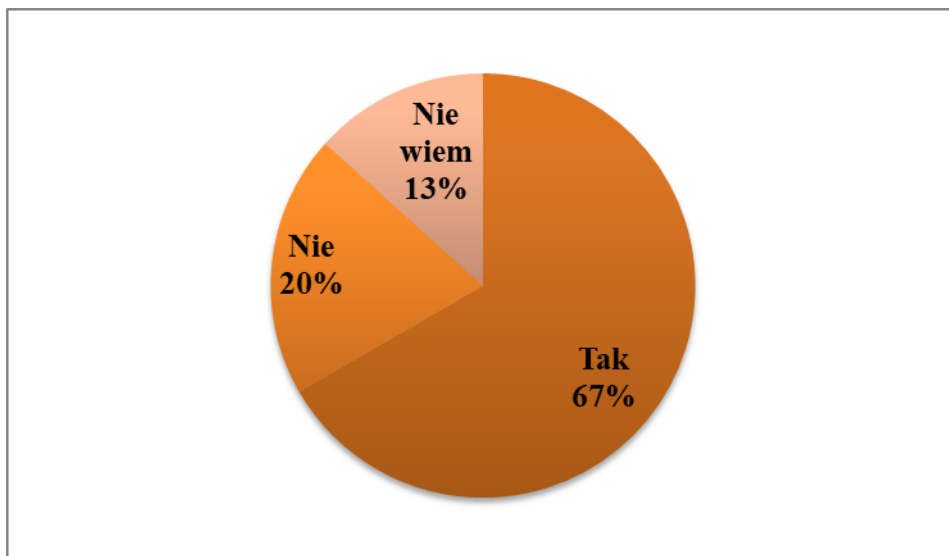
Rycina 21. „Czy wyraziłby Pan/Pani zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci?” – zdaniem respondentów

Aż 70,83% ankietowanych popiera pobieranie narządów od osób zmarłych w celu ratowania życia innych ludzi (n=71). Co piąta osoba badana wyraziła sprzeciw (n=24; 20,00%) – rycina 22.



Rycina 22. „Czy popiera Pan/Pani pobieranie narządów od osób zmarłych w celu ratowania życia innych ludzi?” – zdaniem respondentów

Większość respondentów zgodziłaby się na zostanie żywym dawcą dla osoby bliskiej (n=80; 66,67%). Brak zdania odnotowano w 16 przypadkach (13,33%) – rycina 23.



Rycina 23. „Czy Pani/Pan zgodziłaby/zgodziłby się na zostanie żywym dawcą dla osoby bliskiej?” – zdaniem respondentów

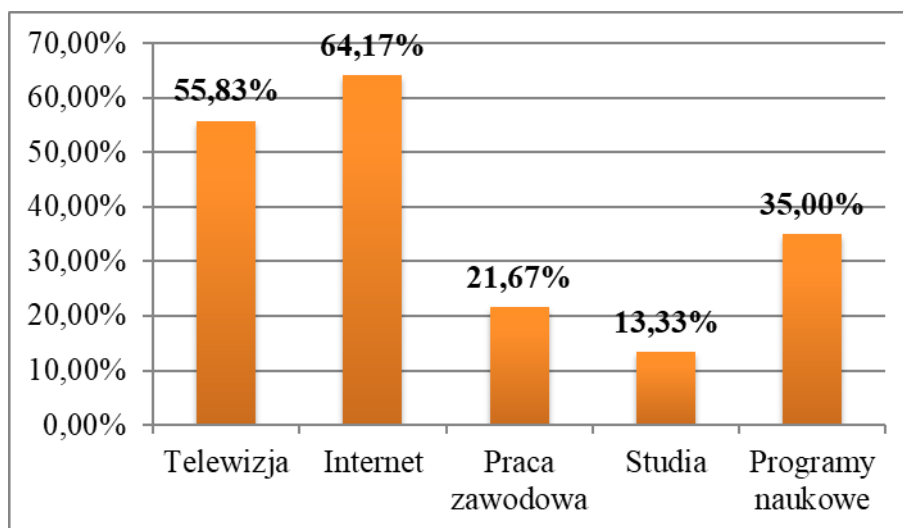
Według 45,00% respondentów dawca powinien znać biorcę (n=54). Przeciwnego zdania było 34,17% badanych (n=41). Brak zdania wyraziło 20,83% ankietowanych (n=25) – rycina 24.



Rycina 24. „Czy biorca powinien znać dawcę?” – zdaniem respondentów

Internet (n=77; 64,17%) i telewizja (n=67; 55,83%) są to najczęściej wymieniane źródła wiedzy z zakresu transplantacji narządów. O programach naukowych wspomniało 35,00%

badanej populacji (n=42) Najbardziej wybierane odpowiedzi dotyczyły pracy zawodowej i studiów – rycina 25.



Pytanie wielokrotnego wyboru. Łączna suma wszystkich odpowiedzi $\neq$ 100,00%.

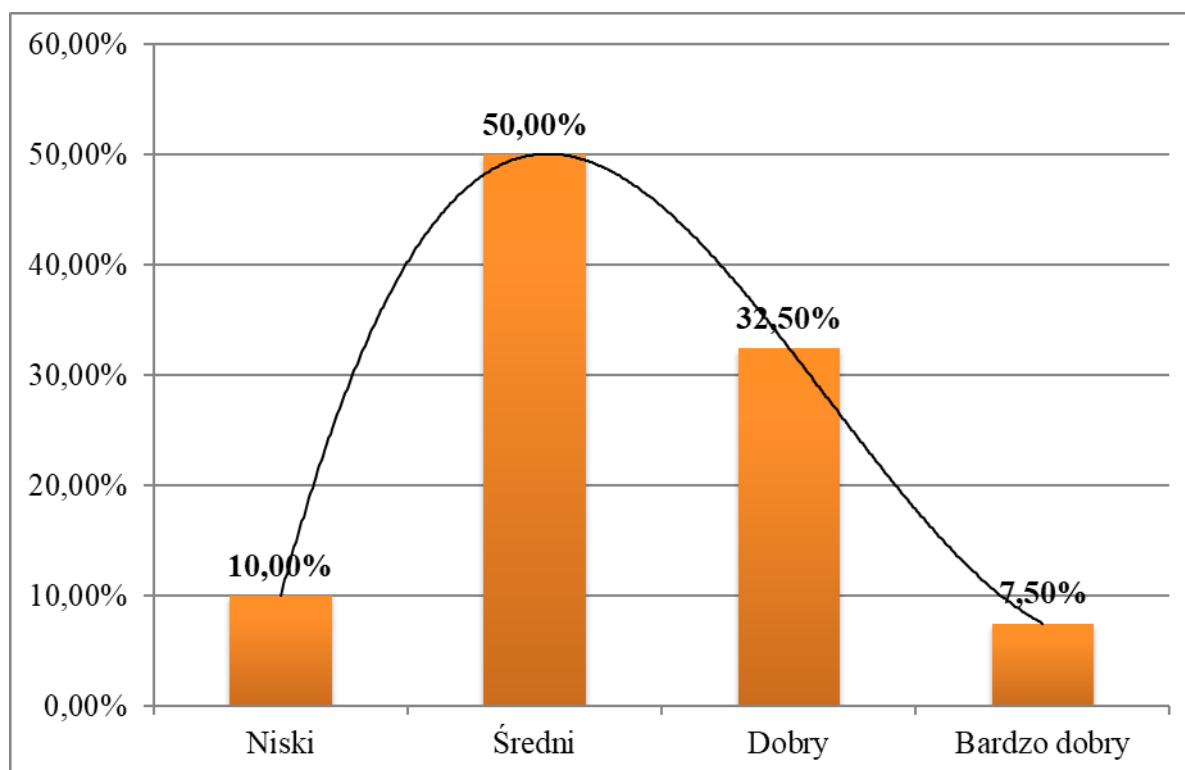
Rycina 25. Źródła wiedzy respondentów o transplantacji narządów

Ocena poziomu wiedzy respondentów na temat transplantacji narządów.

W kwestionariuszu ankiety 15 pytań posiadało poprawne odpowiedzi. W celu określenia poziomu wiedzy respondentów na temat transplantacji narządów dokonano zsumowania wszystkich prawidłowych odpowiedzi. Maksymalna liczba poprawnych rozwiązań wynosiła 16. Badanych uszeregowano według czterostopniowej skali ocen.

- Niski poziom wiedzy: 0 – 29% poprawnych odpowiedzi;
- Średni poziom wiedzy: 30 – 59% poprawnych odpowiedzi;
- Dobry poziom wiedzy: 60 – 85% poprawnych odpowiedzi;
- Bardzo dobry poziom wiedzy: 86 – 100% poprawnych odpowiedzi.

Podsumowując, wykazano, że poziom wiedzy badanej populacji z zakresu transplantacji narządów jest na średnim poziomie (n=60; 50,00%). Poziom dobry i bardzo dobry łącznie reprezentowało 40,00% badanej populacji – rycina 26.



Rycina 26. Ocena poziomu wiedzy respondentów na temat transplantacji narządów

Średnia liczba zebranych punktów przez wszystkich uczestników wynosiła 8,94. Najczęściej odnotowano osoby z wynikiem 9 punktów. Maksymalną liczbę punktów zdobyło 2 respondentów. Pozostałe dane zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 9. Dane statystyczne związane z oceną poziomu wiedzy respondentów na temat transplantacji narządów.

Mediana	9
Średnia arytmetyczna	8,94
Odchylenie standardowe	3,34
Wartość maksymalna	16
Wartość minimalna	1

Analiza statystyczna danych związanych z transplantacją narządów.

Aby związek statystyczny był istotny, wartość współczynnika $p \leq 0,05$. W celu wyliczenia p value należy posłużyć się testem niezależności χ^2 oraz testem Fishera. W momencie, gdy wynik nie wykazuje istotności statystycznej lecz mieści się w granicach $0,05 < p < 0,1$ jest to opisywane jako istotność na poziomie tendencji statystycznej.

Pierwsza z badanych zależności dotyczyła wpływu płci badanych na ich poziom wiedzy z zakresu transplantacji narządów. Płeć nie wpływa na poziom wiedzy respondentów. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p=0,9613$; $\chi^2=0,293$) – tabela 2.

Tabela 10. Zależność statystyczna: Poziom wiedzy, a płeć badanych.

Poziom wiedzy	Płeć badanych			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Niski	7	8,97%	5	11,90%
Średni	39	50,00%	21	50,00%
Dobry	26	33,33%	13	30,95%
Bardzo dobry	6	7,69%	3	7,14%

Również w przypadku miejsca zamieszkania nie odnotowano wpływu na poziom wiedzy badanych. Zależność ta nie jest istotna statystycznie ($p=0,9186$; $\chi^2=0,501$) – tabela 3.

Tabela 11. Zależność statystyczna: Poziom wiedzy, a miejsce zamieszkania badanych.

Poziom wiedzy	Miejsce zamieszkania			
	Miasto		Wieś	
	N	%	N	%
Niski	6	10,53%	6	9,52%
Średni	29	50,88%	31	49,21%
Dobry	17	29,82%	22	34,92%
Bardzo dobry	5	8,77%	4	6,35%

Wiek respondentów nie wpływa na ich poziom wiedzy. Analiza nie wykazała zależności na poziomie istotności statystycznej ($p=0,9349$; $\chi^2=1,826$) – tabela 4.

Wykazano zależność statystyczną pomiędzy wykształceniem respondentów, a ich poziomem wiedzy ($p=0,000011$; $\chi^2=38,919$). 100,00% badanych, którzy posiadali bardzo dobrą wiedzę z zakresu transplantacji reprezentowali wyższe wykształcenie. Spośród grupy

osób z wykształceniem wyższym tylko jeden ankietowany wykazał niski poziom wiedzy – tabela 5.

Tabela 12. Zależność statystyczna: Poziom wiedzy, a płeć badanych.

Poziom wiedzy	Wiek					
	18-25 lat		26-35 lat		36-45 lat	
	N	%	N	%	N	%
Niski	5	10,00%	4	9,52%	3	10,71%
Średni	27	54,00%	21	50,00%	12	42,86%
Dobry	14	28,00%	15	35,71%	10	35,71%
Bardzo dobry	4	8,00%	2	4,76%	3	10,71%

Tabela 13. Zależność statystyczna: Poziom wiedzy, a wykształcenie badanych.

Poziom wiedzy	Wykształcenie							
	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	5	38,46%	4	19,05%	2	5,26%	1	2,08%
Średni	6	46,15%	14	66,67%	23	60,53%	17	35,42%
Dobry	2	15,38%	3	14,29%	13	34,21%	21	43,75%
Bardzo dobry	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	18,75%

Osoby pracujące w ochronie zdrowia reprezentowały dobry poziom wiedzy dotyczącej przeszczepów narządów. Wszyscy respondenci z osiągniętym bardzo dobrym wynikiem wiedzy mieli wykształcenie medyczne. Wykazano zależność istotną statystycznie ($p=0,000016$; $\chi^2=24,817$) – tabela 6.

Ponad 70% osób pracujących w służbie zdrowia przekazałoby po śmierci swoje narządy do przeszczepu osobie potrzebującej. Wykazano istotność na poziomie tendencji statystycznej ($p=0,1433$; $\chi^2=2,135$) – tabela 7.

Tabela 14. Zależność statystyczna: Poziom wiedzy, a praca badanych w ochronie zdrowia.

Poziom wiedzy	Pracownik ochrony zdrowia			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Niski	1	2,56%	11	13,58%
Średni	14	35,90%	46	56,79%
Dobry	15	38,46%	24	29,63%
Bardzo dobry	9	23,08%	0	0,00%

Tabela 15. Zależność statystyczna: Przekazanie narządów do przeszczepu, a praca badanych w ochronie zdrowia.

Pracownik ochrony zdrowia		Przekazanie narządów do przeszczepu	
		Tak	Nie + Nie wiem
Tak	N	28	11
	%	71,79%	28,21%
Nie	N	43	38
	%	53,09%	46,91%

Im wyższy poziom wiedzy z zakresu transplantologii tym badani chętniej przekazaliby swoje narządów po śmierci do przeszczepu. Analiza wykazała silną zależność statystyczną ($p=0,000001$; $\chi^2=30,622$) – tabela 8.

Nie zaobserwowano zależności na poziomie istotności statystycznej między wiekiem respondentów i chęcią przekazania swoich narządów do przeszczepu ($p=0,9714$; $\chi^2=0,058$) – tabela 9.

Tabela 16. Zależność statystyczna: Przekazanie narządów do przeszczepu, a poziom wiedzy badanych.

Poziom wiedzy		Przekazanie narządów do przeszczepu	
		Tak	Nie + Nie wiem
Niski	N	2	10
	%	16,67%	83,33%
Średni	N	27	33
	%	45,00%	55,00%
Dobry	N	33	6
	%	84,62%	15,38%
Bardzo dobry	N	9	0
	%	100,00%	0,00%

Tabela 17. Zależność statystyczna: Przekazanie narządów do przeszczepu, a wiek badanych.

Wiek		Przekazanie narządów do przeszczepu	
		Tak	Nie + Nie wiem
18-25 lat	N	29	21
	%	58,00%	42,00%
26-35 lat	N	25	17
	%	59,52%	40,48%
36-45 lat	N	17	11
	%	60,71%	39,29%

DYSKUSJA

Rozwój medycyny transplantacyjnej w Polsce rozpoczął się w 1966 roku. W tym czasie w Warszawie wykonano pierwszy udany przeszczep nerki. Szacunkowo w Polsce co pięć dni umiera pacjent oczekujący na przeszczep organu. Za sprawą poprawy skuteczności

procedur przeszczepiania narządów i tkanek oraz regulacji prawnych powyższe terapie stają się akceptowanymi rozwiązaniem w leczeniu chorych ze schyłkową niewydolnością narządów [5].

Wyniki uzyskane w autorskim kwestionariuszu wskazują, że niemal 66% respondentów wybrało poprawną definicję określającą transplantację jako przeszczepienie narządu w całości lub części, tkanek lub komórek w obrębie jednego organizmu lub z jednego organizmu na inny. W 2011 roku Ścisło i wsp. wykazali, że ponad 80% uczestników badania posługiwało się prawidłową definicją transplantacji [6]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Perkowską wśród studentów białostockich uczelni znajomością w/w definicji wykazało się 99% ankietowanych [7].

W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej znaczna część ankietowanych popiera transplantację narządów, a 80% badanych Polaków zgadza się na bycie dawcą narządów po swojej śmierci. W badaniach własnych również ponad 70% ankietowanych pochwała powyższy sposób leczenia. Nieco mniej, bo 59% badanej populacji wyraziłoby zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci [8].

Wszyscy uczestnicy badania posiadający bardzo wysoką wiedzę z zakresu transplantologii przekazaliby swoje narządy do przeszczepu. Im niższy poziom wiedzy ankietowanych tym wyższy jest odsetek osób, które wyrażają niechęć do bycia dawcą organów.

Badania Kliś i Trzcińskiej wskazują na poparcie idei transplantacji w grupie pielęgniarek i położnych. Badania własne wykazały, że ponad 70% ankietowanych pracujących w ochronie zdrowia przekazałoby po śmierci swoje narządy do przeszczepu osobie potrzebującej. W przypadku ogółu badanej populacji zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci wyraziłoby 59%. Jednak jeśli chodzi o pomoc bliskiej osobie, jako żywy dawca, zgodę wyraziłoby ponad 70% ogółu [9].

Wykształcenie respondentów ma znaczący wpływ na poziom wiedzy z zakresu transplantacji. Wśród badanej populacji ponad 60% ankietowanych z wyższym wykształceniem wykazało dobrą lub bardzo dobrą znajomość powyższego tematu. Najniższy zasób wiadomości zaobserwowano w grupie respondentów z wykształceniem podstawowym – niski poziom wiedzy wykazano w 40% przypadków. Dodatkowe potwierdzenie znaleziono

w badaniach Ścisło i wsp. oraz w badaniach prowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej [10].

Badania Ścisło i wsp. wykazały, że osoby między 20, a 30 rokiem życia wykazują nieco wyższą wiedzę niż badani w wieku 40 lat i więcej. Różnice te mogą mieć związek z postępowaniem edukacji dotyczącej transplantologii. W badaniach własnych wiedza respondentów niezależnie od grupy wiekowej była średnia [10].

W badaniach własnych także nie zaobserwowano różnicy dotyczącej poziomu wiedzy u respondentów zamieszkujące tereny miejskie i wiejskie. Ścisło i wsp. w swoich badaniach wskazała niewielką przewagę osób pochodzących ze wsi pod względem wiedzy z zakresu transplantacji. Jednakże mieszkańcy miast wyrazili większą akceptację dla przeprowadzania przeszczepów. Ponadto Błądkowska i Witczak udowodnili częściej występujące zachowania protransplantacyjne wśród mieszkańców miast [10].

Zdaniem Skolimowskiej i Łaba znaczna część populacji (45%) nie wykazuje znajomości przepisów prawnych dotyczących transplantacji. W badaniach własnych również 45% respondentów posługiwało się niepoprawną definicją oświadczenia woli. Natomiast Hryciuk i wsp. w badaniach przedstawia znajomość oświadczenia woli przez 70% ankietowanych, co więcej podobny odsetek respondentów wyraził gotowość do złożenia w/w deklaracji [11].

Wśród badanych mieszkańców województwa Podlaskiego 40% nie wykazało znajomości instytucji w Polsce zajmującej się koordynacją przeszczepiania i pobierania narządów, tkanek oraz komórek. Z badań przeprowadzonych przez Czaplińską i wsp. wśród mieszkańców miasta Gdańsk wynika, że aż 70% respondentów miało trudność w sprecyzowaniu w/w organu [12].

Każdy obywatel w Polsce jest potencjalnym dawcą narządów, ponieważ postępowanie transplantacyjne działa w trybie zgody domniemanej. Mimo obserwowania tendencji wzrostowej tylko 30% mieszkańców województwa Podlaskiego biorących udział w badaniu własnym posługiwało się prawidłową definicją „zgody domniemanej”. Według informacji przekazanej przez Centrum Badań Opinii Społecznej w 2016 roku było to 20% populacji, a w latach poprzednich odsetek był jeszcze niższy [8].

Personel medyczny, który uczestniczy w procedurach związanych z transplantacją ma obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu własnym

wskazują, że według 45% badanej populacji biorca powinien znać dawcę, kolejne 34% byli temu przeciwni, pozostali nie mieli zdania. Krajewska – Kułak, Rolka i wsp. w swojej pracy wspomnieli, że ochrona danych osobowych nie obejmuje jedynie informacji dotyczących dawcy i biorcy, ale również dokumentacji medycznej prowadzonej podczas transplantacji [7].

Śmierć mózgu jest to złożony proces, który powoduje brak czynności pnia mózgu. Pogodzenie się ze śmiercią bliskiej osoby jest sprawdzianem nie tylko wiedzy, ale także udźwignięcia ciężaru decyzji, które się z nią wiążą. Badania własne wskazują, że 86% respondentów uważa, że śmierć mózgu jest nieodwracalna i trwała. W badaniach Czerwińskiego i Małkowskiego z 2015 roku 51% Polaków twierdziło, że śmierć mózgu wiązała się ze śmiercią danej jednostki, z kolei 35% było zdania, że śmierć jest równoznaczna z zatrzymaniem akcji serca [11]. Według badań CBOS z 2016 roku 49% respondentów uważało, że śmierć jest jednoznaczna z nieodwracalnym zniszczeniem mózgu. Natomiast kolejne 40% badanej populacji twierdziło, że zatrzymanie akcji serca jest główną przyczyną śmierci [8].

Jednostki chorobowe definiowane jako choroby przewlekłe wpływają negatywnie na funkcjonowanie wielu narządów. Nerka jest najczęściej transplantowanym organem w Polsce. Respondenci uczestniczący w badaniach własnych potwierdzili powyższe stwierdzenie. Również w analizach przeprowadzonych przez Ścisło i wsp. wykazano, że osoby badane mają świadomość, który narząd przeszczepia się najczęściej [10].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wykazano, że poziom wiedzy mieszkańców woj. Podlaskiego na temat transplantacji jest średni.
2. Analizując poziom wiedzy badanej populacji z zakresu transplantacji nie zaobserwowano istotnie statystycznego wpływu wieku, płci oraz miejsca zamieszkania.
3. Wśród respondentów znajdowały się osoby pracujące w ochronie zdrowia. Reprezentowały one dobry lub bardzo dobry poziom wiedzy dotyczącej przeszczepów narządów.

4. Wykształcenie oraz praca w ochronie zdrowia to czynniki mające wpływ na opinię i poziom wiedzy na temat transplantacji organów.
5. Udowodniono, że im wyższy jest poziom wiedzy z zakresu transplantologii tym badani chętniej przekazaliby swoje narządy do przeszczepu.
6. Ponad 70% osób pracujących w służbie zdrowia przekazałoby po śmierci swoje narządy do przeszczepu osobie potrzebującej.

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju i transplantologii klinicznej, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016; 1 (46):113-118.
2. Sielicka E.: Edukacja ponad granicami – transplantologia, *Teraźniejszość - Człowiek - Edukacja*, 2015; 4(72): 83-94.
3. Jacek A., Ożóg K.: Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health*, 2012; 47 (3): 264-271.
4. Dudzińska J., Dobrowolska B.: Zagadnienie śmierci pnia mózgu i transplantacji w świetle nauczania Kościoła Katolickiego, 2016; 1 (54): 55-59.
5. Czerwiński J., Małkowski P. *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
6. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G., Naszydlowska E., Kozieł D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 40-45.
7. Perkowska M.: Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji, stan, uwarunkowania, implikacje. Uniwersytet w Białymstoku. Wydział Pedagogiki i Psychologii. Białystok 2018: 142 – 187.
8. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec transplantacji narządów. Warszawa 2016.
9. Kliś A., Trzcińska A.: Opinia pielęgniarek i położnych na temat tran.splantacjinarządów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015; (3): 182–186.
10. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G., Naszydlowska E., Kozieł D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 40-45.
11. Skolimowska A, Łaba M. Transplantacja wątroby. *Mag PielęgnPołożn* 2008, (10): 35-36.

12. Czaplińska M., Hryciuk M., Heleniak Z., Dębska – Ślizień A.: Wiedza na temat oświadczenia woli i obowiązujących przepisów prawnych w zakresie przeszczepiania narządów wśród mieszkańców Gdańska. Forum Nefrologiczne 2020;13(4):192-200.

AUTOIMMUNOLOGICZNE ZAPALENIE WĄTROBY – PRZYCZYNY, OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE

Weronika Kusik¹, Barbara Jankowiak²

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

2/ -Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby, czyli AIH (*autoimmulogic hepatitis*, autoimmunologiczne zapalenie wątroby). Jest to choroba przewlekła, charakteryzująca się pogłębiającym procesem zapalno-martwiczym tkanki wątrobowej (hepatocytów). U pacjenta podczas diagnozy stwierdza się zwiększone stężenie aminotransferaz, immunoglobuliny klasy G oraz występowanie autoprzeciwciał w surowicy. Choroba ta nie ustaje samoistnie, a postępując prowadzi do marskości, a kolejno do niewydolności wątroby. Chorują częściej kobiety, ale wśród mężczyzn AIH również występuje. Bardziej narażone są osoby, które chorują też na inne choroby autoimmunologiczne takie jak na przykład choroba Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, ponieważ często jedna choroba z autoagresji współwystępuje z drugą. Przypadki AIH zdarzają się także u dzieci. Pierwsze przesłanki na temat tej choroby pojawiły się w 1956 roku dzięki Mackey'owi. Szwedzki lekarz Jan Waldenström jako pierwszy opisał przypadek AIH. Do tej pory nie ma informacji na temat konkretnej etiologii choroby oraz jest to choroba dość rzadko występująca [1, 2].

ROZWINIĘCIE

Klasyfikacja

Można wyróżnić dwa rodzaje AIH, które różnią się między sobą typami autoprzeciwciał w surowicy.

Typ 1: występują przeciwciała- przeciw mięśniom gładkim i przeciwjądrowe, natomiast rzadziej przeciw cytoplazmie neutrofilów, przeciwartynowe i przeciw rozpuszczalnemu antygenowi wątrobowemu i trzustkowemu, ten typ występuje u dzieci i dorosłych, najczęściej w wieku 10-25 lat i 45-70 rokiem życia.

Typ 2: występują przeciwciała- przeciw antygenowi cytozolowemu hepatocytów i przeciw mikrosomom wątroby i nerki, częściej występuje u dzieci, młodzieży płci żeńskiej.

Osoby chore na AIH, które posiadają przeciwciała przeciwartynowe w porównaniu do pacjentów, którzy ich nie mają wyróżnia: częstsze występowanie niewydolności wątroby, a co za tym idzie pojawienie się potrzeby transplantacji, wiek zachorowania zazwyczaj 40-45 lat oraz gorsza odpowiedź na glikokortykosteroidy [1, 2].

Czynniki ryzyka

AIH jest dość rzadko występującą chorobą, gdzie zachorowalność na nią w Europie i Ameryce Północnej wynosi 0,1-1,9/100000/rok. Zachorować może każdy, jednak najbardziej pewnymi czynnikami ryzyka tej choroby są:

- wiek w przedziale 40-60 lat,
- wiek dziecięcy,
- płeć żeńska, gdzie zachorowalność jest 4 razy częstsza niż u mężczyzn,
- osoby z genotypem: HLA (*human leukocyte antigens*, ludzkie antygeny leukocytarne), DR 3, DR 4, B 8,
- zachorowania na inne choroby z autoagresji zwłaszcza:
 - Choroba Hashimoto,
 - Cukrzyca typu 1,
 - Choroba Gravesa-Basedowa,
 - Wrzodziejące zapalenie jelita,
 - Reumatoidalne zapalenie stawów,
 - Choroba trzewna,
 - Twardzina układowa,
 - Niedokrwistość hemolityczna.

Mówiąc o chorobach skóry, to najczęściej współwystępującymi chorobami z AIH są: łuszczyca, bielactwo, liszaj płaski. Wymienione schorzenia mogą tworzyć mozaikę autoimmunizacji, czyli zespół nakładania.

Jak w każdej chorobie tak i w tej istnieją czynniki, które mogą wyzwać autoimmunologiczne zapalenie wątroby, są to:

- wirus zapalenia wątroby: A,B,C,D,
- wirus cytomegalii,

- wirus opryszczki typu 1,
- wirus ospy,
- bakterie,
- drożdże,
- toksyny,
- leki takie jak: diklofenak, atorwastatyna, interferon, ketokonazol, izoniazyd, alfa-metyldopa, propyltiouracyl [1, 2].

Patofizjologia i patogeneza

Wyróżnia się kilka typów przeciwciał, których produkcja spowodowana jest zanikiem autologicznej tolerancji hepatocytów. Osoba, która ma predyspozycje genetyczne jest bardziej narażona na zachorowanie, właśnie z powodu nieprawidłowej prezentacji autoantygenów i mniejszej tolerancji immunologicznej. Patogeneza AIH skupiona jest na polimorfizmie głównego układu zgodności tkankowej, czyli na inicjacji odpowiedzi odpornościowej przez zespół białek naszego organizmu. Reakcja autoagresji może być wyzwalana przez wielorazowy lub pojedynczy kontakt z wirusem, ale także z lekami. Każda komórka układu odpornościowego chorych na AIH, nie potrafi rozpoznać strukturalnie podobnych epitopów wirusów lub leków od własnych, powodując niszczenie źródła, ale również i komórek wątrobowych naszego organizmu. Mimo niewielkich różnic pomiędzy różnymi podtypami choroby, to cel terapii jest jeden- całkowite opanowanie procesów niszczących wątrobę chorego pacjenta poprzez immunosupresję i leczenie podtrzymujące [1, 2].

Zespół nakładania pierwotnej żółciowej marskości na autoimmunologiczne zapalenie wątroby

Definicja zespołu nakładania mówi o współwystępowaniu dwóch, ale też i większej ilości chorób autoimmunologicznych wątroby u tego samego pacjenta. Kryteria, które pomagają rozpoznać zespół nakładania pierwotnej żółciowej marskości na autoimmunologiczne zapalenie wątroby (PBC/AIH- *primary biliary cholangitis/ autoimmune hepatitis*, pierwotne zapalenie dróg żółciowych/ autoimmunologiczne zapalenie wątroby) opierają się przede wszystkim na cechach immunologiczno-biochemicznych, obrazie klinicznym i histopatologicznym. Pochodzenie tego zespołu do tej pory nie jest oczywiste, najczęstsze hipotezy są takie, że u osoby chorej po prostu wystąpiły przypadkowo dwie niezależne choroby lub też mogą to być predyspozycje genetyczne determinujące wystąpienie obu schorzeń, a rokowanie takiego pacjenta jest niepewne.

Rozpoznanie zespołu opiera się na diagnozie oddzielnej dla PBC i oddzielnej dla AIH. Opracowano skrócony system punktowy pomagający rozpoznać choroby, jednak zdiagnozowanie autoimmunologicznego zapalenia wątroby, podczas gdy pacjent choruje już na PBC jest nieco utrudniony z powodu obecności parametrów reprezentatywnych dla cholestatycznych schorzeń wątroby, które w sposób fałszywy zmniejszają punkty.

Leczenie zespołu nakładania pierwotnej żółciowej marskości na autoimmunologiczne zapalenie wątroby nie jest jednoznaczne. Istnieje parę propozycji leczenia, pierwszą z nich jest połączenie UDCA (*ursodeoxycholic acid*, kwas ursodeoksycholowy) z glikokortykosteroidami, drugą jest leczenie na samym początku samym kwasem ursodeoksycholowym, a następnie, gdy efekt leczenia nie będzie zadowalający dodanie do terapii po trzech miesiącach glikokortykosteroidy. Gdy wiadomo, że leczenie będzie trwało długo należy rozważyć zastosowanie azatiopryny zamiast glikokortykosteroidów [3].

Objawy kliniczne

Zdiagnozowanie AIH jest utrudnione z powodu szerokiego spektrum klinicznego tej choroby. Przebieg schorzenia może nie dawać żadnych objawów, przez co pacjenci w porę nie zgłaszają się do specjalisty, czego konsekwencją jest częste diagnozowanie autoimmunologicznego zapalenia wątroby już z obecnością marskości. Gdy już objawy wystąpią, rzadko wskazują na występowanie właśnie tej choroby, gdyż takim objawem może być na przykład ból stawów lub też osłabienie, które w podświadomości pacjenta może być tylko zmęczeniem i takim sposobem problem zostaje zbagatelizowany.

Zdarzają się przypadki, gdy choroba rozpoczyna się w sposób nagły, gwałtowny, przez co porównywana jest do częściej występującej choroby jaką jest wirusowe zapalenie wątroby. Rzadszą postacią jaką przybiera autoimmunologiczne zapalenie wątroby jest ostra niewydolność tego narządu, co zazwyczaj kwalifikuje pacjenta do transplantacji.

Do najczęściej występujących objawów zalicza się [1, 2]:

- żółtaczkę,
- poczucie poboлевania w prawym nadbrzuszu,
- brak łaknienia,
- stany podgorączkowe,
- zaburzenia miesiączkowania, a nawet jej brak,
- osłabienie,
- spadek masy ciała,
- jadłowstręt,

- wymioty i nudności,
- bóle mięśni i stawów,
- bielactwo,
- krwawienie z nosa,
- mogą pojawiać się naczyniaki gwiaździste,
- powiększenie wątroby i/lub śledziony (hepatosplenomegalia).

Nasilenie każdego z objawów jest indywidualne dla każdego pacjenta, ma na to wpływ przede wszystkim wiek, w którym pacjent zachorował. Tok rozwoju AIH u dzieci i młodzieży jest bardziej agresywny i mniej podatny na skuteczne leczenie. Jak każda inna choroba autoimmunologiczna wyróżnia się okresy remisji i zaostrzenia [1, 2].

Dodatkowo należy wspomnieć, że pacjenci ze stwierdzonym autoimmunologicznym zapaleniem wątroby, mają często również marskość wątroby, a to powoduje dodatkowe objawy kliniczne, gdy jest ona w stanie niewyrównanym takie jak:

- zaczerwienienie kłębu i kłębika,
- zanik mięśni,
- obrzęk ślinianek przyusznych,
- ginekomastia,
- zaburzenia krzepliwości krwi,
- zanik jąder,
- skłonność do utrudnionego gojenia ran z powodu niedoborów cynku i magnezu,
- świąd skóry,
- krwawienia z przewodu pokarmowego,
- wodobrzusze,
- obwodowe obrzęki,
- zmienność nastroju,
- zaburzenia rytmu snu [1, 2].

Diagnostyka

Diagnostyka autoimmunologicznego zapalenia wątroby nie należy do najłatwiejszych, jednak jest ona możliwa, biorąc pod uwagę wiele czynników. Często z AIH wiąże się marskość wątroby, gdy diagnoza była zbyt późna, a co za tym idzie wiele innych powikłań jak wodobrzusze, encefalopatia wątrobowa czy też żylaki przełyku, dlatego też tak ważne jest

wykrycie wszystkich problemów i rozpoczęcie odpowiedniego leczenia ukierunkowanego na każdy z nich. Dodatkową trudnością w diagnozie jest to, że należy wykluczyć inne choroby o podobnym przebiegu lub które współistnieją z AIH.

- Kryteria diagnostyczne IAHG (*International Autoimmune Hepatitis Group*, Międzynarodowa Grupa ds. Autoimmunologicznego Zapalenia Wątroby)

Pewna grupa ekspertów z *International Autoimmune Hepatitis Group* stworzyła system punktowy pomagający zdiagnozować AIH. Stosowany jest on dla potrzeb naukowych, natomiast dla potrzeb klinicznych, został on uproszczony [3].

Należy zaznaczyć, że te kryteria nie sprawdzają się w przypadkach, gdy: stadium choroby zaczęło się w sposób gwałtowny, występuje marskość wątroby i w “zespołach nakładania” [4].

Warte zapamiętania jest, że ta skala służy tylko do pomocy przy rozpoznaniu autoimmunologicznego zapalenia wątroby, a nie powinna stanowić jedyny materiał w postawieniu diagnozy. Rozpoznanie choroby powinno opierać się też na wywiadzie, badaniach laboratoryjnych, obrazie klinicznym, badaniu histopatologicznym, oznaczaniu przeciwciał [4].

- Badanie przedmiotowe

Badanie fizykalne, wykonane przez specjalistę może dać sygnał, że coś nie tak dzieje się z naszą wątrobą. Wyróżnia się kilka etapów badania, których wyniki mogą dać nam punkt odniesienia do dalszej diagnozy.

Z badania fizykalnego brzucha, można dowiedzieć się czy wątroba jest powiększona, prawidłowej wielkości albo czy posiada segmenty przerośnięte. Badanie głowy pozwala wykryć nieprawidłowości związane z skórą na przykład zażółcenie, błądź, suchość, z językiem na przykład kolor, powiększenie, z wargami i z oczami, gdzie bardzo istotne jest wytrzeszcz i kolor białek ocznych [1].

- Testy laboratoryjne

W diagnostyce chorób wątroby ważny jest każdy parametr, przede wszystkim w rozpoznaniu AIH, gdyż nie opiera się to na pojedynczym teście diagnostycznym, a fenotypy kliniczne jej są różne.

Do najważniejszych parametrów badanych w diagnostyce chorób wątroby należą: aminotransferazy, fosfataza zasadowa, gamma-glutamylotranspeptydaza, bilirubina, albuminy, czas protrombinowy, płytki krwi.

1. Aminotransferazy- AST (aspartate aminotransferase, aminotransferaza asparaginianowa)

Wysokie stężenie tego wskaźnika może występować w takich chorobach jak: autoimmunologiczne zapalenie wątroby, ostre wirusowe zapalenie wątroby, wstrząs septyczny, ostra postać choroby Wilsona, ostra niedrożność dróg żółciowych, zakrzepica żył wątrobowych. Gdy stężenie osiągnie 300 IU/l to jest to poziom charakterystyczny przede wszystkim dla AIH, polekowych reakcji i zapaleń wirusowych wątroby, natomiast wyklucza to przyczynę związaną z alkoholem lub HCV. Duże stężenie aminotransferaz jest zagrożeniem dla hepatocytów. Należy pamiętać, że nawet jeśli stężenie aminotransferaz jest w górnej granicy normy, to nie powinno się tego bagatelizować, ponieważ może to wskazywać na chorobę wątroby o małej aktywności zapalnej. Przyczynami zwiększonych wartości AST mogą być: niesteroidowe leki przeciwzapalne, narkotyki, antybiotyki, sterydy anaboliczne, statyny, opary pochodzące od klejów, rozpuszczalników i farb [5].

2. Fosfataza zasadowa- ALP (*alkaline phosphatase*, fosfataza zasadowa) i GGTP (*gamma-glutamyl transpeptidase*, gamma-glutamylotranspeptydaza)

ALP naturalnie jest podwyższone u osób młodych i osób po 50-tym roku życia. Sytuacja wymagająca szczególnej uwagi jest wtedy, gdy pacjent ma: niedoczynność tarczycy, niedobory cynku, witaminy B12, wrodzoną hipofosfatemię, ponieważ hamują one aktywność ALP, a to z kolei stanowi problem w rozpoznaniu na przykład cholestazy. Problem z wytwarzaniem i transportem żółci potwierdza zwiększone stężenie ALP i GGTP.

GGTP występuje w błonie komórek nabłonkowych dróg żółciowych, dzięki czemu we wczesnym stadium, gdzie żółć płynie prawidłowo, może dochodzić do większego stężenia GGTP w porównaniu do ALP, co wskazuje na małe uszkodzenia przewodów żółciowych. Nie należy badać samego GGTP, zamiast ALP, gdy potrzebne jest rozpoznanie cholestazy. Gamma-glutamylotranspeptydazę lekarze wykorzystują także do rozpoznania czy dany pacjent stosował się do zaleceń abstynencji alkoholowej, ponieważ wysokie stężenie jest dowodem spożywania napojów wysokoprocentowych. Inne przyczyny wysokiego poziomu GGTP: leki przeciwdrgawkowe, warfaryna, wiek, płeć, masa ciała, palenie papierosów [5].

3. Bilirubina

Prawidłowe normy bilirubiny we krwi wynoszą: 1,1 mg/dl. Można ją podzielić na bilirubinę pośrednią i bezpośrednią. Pośrednia jest produkowana w zwiększonej ilości przy zespołach hemolitycznych, krwinkach czy też przez leki. Ważne natomiast jest to, że podwyższona norma bilirubiny pośredniej jest spowodowana zespołami hemolitycznymi, a one mogą współwystępować z chorobami wątroby takimi jak AIH. W chorobach miąższu wątroby, gdzie zaliczamy AIH podział bilirubiny na pośrednią i bezpośrednią nie ma znaczenia. Parametr ten powoduje niekorzystne rokowanie w marskości wątroby, związane z zakażeniem spowodowanym przez bakterie [5].

4. Albuminy i INR (*international normalized ratio*, czas protrombinowy)

Badanie tego markeru, może być przydatne w zdiagnozowaniu zaawansowanej marskości wątroby, można mówić wtedy o hipoalbuminemii. Gdy odnotowuje się spadek poziomu osoczowych albumin, mamy wtedy do czynienia z chorobami wątroby trwającymi ponad 3 tygodnie. Białko te nie nadaje się do oceny rokowniczej u pacjentów chorujących na ostrą niewydolność wątroby, jednak trzeba pamiętać, że nie tylko stężenie tego markera trzeba brać pod uwagę w diagnozie. INR pomaga zdiagnozować zaawansowaną marskość wątroby i jest zdecydowanie lepszym markerem do oceny wydolności komórek wątroby, niż albuminy, gdyż albuminy jak wcześniej wspomniano wykazują przejawy choroby po 3 tygodniach, natomiast INR po 24 godzinach trwania schorzenia. Dodatkową funkcją INR to pomoc w kwalifikacji pacjentów do przeszczepu wątroby, gdy czas protrombinowy wynosi ponad 100 sekund [5].

5. Płytki krwi

Trombocytopenia to schorzenie charakteryzujące się zmniejszoną ilością płytek krwi, występuje dość często u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami wątroby. U pacjentów z AIH, może występować z powodu występowania przeciwciał przeciwplatek, które niszczą płytki krwi chorego. Płytki krwi to ważny marker oceny czy wątroba pacjenta jest zwłókniona w sposób zaawansowany [5].

- Ocena histopatologiczna

W autoimmunologicznym zapaleniu wątroby bardzo ważna jest ocena histopatologiczna. W obrazie histopatologicznym u osób chorych we wczesnym stadium lub nieleczonym AIH można wyróżnić takie cechy jak:

- gęste nacieki limfocytarno-plazmocytarne w przestrzeniach wrotnych (brak komórek plazmatycznych nie wyklucza AIH), z udziałem eozynofików, wdzierające się do brzeżnej strefy płacika wątrobowego
- martwica okołowrotna lub okołoprzegrodowa
- obecność wielojądrowych hepatocytów i rozetowego układu regenerujących komórek wątrobowych.

Natomiast u pacjentów, których stadium choroby rozpoczęło się w sposób ostry, obraz histopatologiczny wygląda inaczej:

- włóknienie może być nieobecne, lub słabo widoczne,
- nacieki zapalne składają się z neutrofilów,
- martwica przeszłowa, przy braku cech zniszczenia dróg żółciowych.

Wszystkie właściwości, jakie można zauważyć w obrazie histopatologicznym są nie tylko charakterystyczne dla AIH, ale również i dla innych chorób wątroby, dlatego tak ważne jest zbadanie każdego czynnika etiologicznego [2, 4, 5].

- Diagnostyka obrazowa i inwazyjna

1. Biopsja wątroby

Biopsja wątroby po dziś dzień nazywana jest “złotym środkiem”, do rozpoznawania wielu chorób wątroby. Całe badanie opiera się na pobraniu od pacjenta tkanki wątrobowej i ocenie jej histopatologicznie. Pobranie wycinka wątroby odbywa się za pomocą nakłucia igłą skóry badanego w ustalonym miejscu. Inne metody to nakłucie przezżyłne (żyła szyjna główna dolna i żyły wątrobowe) oraz w trakcie laparotomii lub laparoskopii. Można wykonać ją bez aparatury obrazowej, jak i z nią. Ze względu, że jest to metoda inwazyjna, mogą wystąpić takie powikłania jak: ból brzucha, krwiak śródwątrobowy lub podtorebkowy, nadciśnienie, rzadkim powikłaniem jest krwotok. Biopsja oprócz oceny włóknienia, obrazuje także inne parametry takie jak stopień stłuszczenia czy też aktywność zapalna, co daje jej przewagę nad na przykład elastografią wątroby [6].

2. Elastografia wątroby

Istotą tego badania jest ocena stopnia zaawansowania włóknienia i marskości wątroby, wykazano, że ta nieinwazyjna metoda jest wiarygodna i dobrze pokazuje współzależność włóknienia z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby, dlatego też często stosowana jest w ramach kontroli remisji i słabego zapalenia wątroby. W praktyce klinicznej najczęściej stosuje

się elastografię ultrasonograficzną. Nie jest to jednak badanie bez zafałszowań, gdyż może zdarzyć się tak, że elastyczność narządu, nie zawsze jest jednakowa z włóknieniem. Metoda elastografii została zapoczątkowana w 2007 roku. Wykorzystuje się fale mechaniczne, które ulegają rozproszeniu szybciej w zdrowej wątrobie [7, 8].

3. Rezonans magnetyczny, ultrasonografia, tomografia komputerowa

Funkcją rezonansu magnetycznego, ultrasonografii i tomografii komputerowej to także ocena marskości i włóknienia wątroby. Różnica pomiędzy rezonansem magnetycznym, a elastografią wątroby jest taka, że w badaniu wykonanym za pomocą rezonansu nie można wyróżnić stadiów włóknienia wątroby. Te trzy badania nie mają ukierunkowanego znaczenia w diagnostyce AIH, jednak mogą pokazać inne poważne choroby takie jak nowotwór wątrobowokomórkowy [1, 12].

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby ma charakter miąższowy, jednak w przypadku, gdy wystąpi zaostrzenie może zdarzyć się, że ma charakter mieszany, czyli cholestatyczno-miąższowy. W AIH istotne jest zbadanie stopnia postępowania procesu zapalno-martwiczego, zwłaszcza włóknienia. O dużej aktywności zapalnej świadczą wysokie wartości ALT, czyli aminotransferazy alaninowej, które się powtarzają. Współzależność między obrazem histopatologicznym, a aminotransferazami alaninowymi jest słaba. Wszystkie wcześniej wymienione wskaźniki są ważne w diagnozie chorób wątroby, natomiast aby zdiagnozować w pełni AIH potrzebne jest, również: oznaczenie stężenia immunoglobuliny klasy G, wątrobowego panelu autoprzeciwciał oraz wykonanie elektroforezy białek surowicy, czyli określenie ilości poszczególnych frakcji złożonych z białek w surowicy krwi [4, 5],

Diagnostyka autoimmunologicznego zapalenia wątroby jest złożona. Ważne jest zbadanie całej wątroby pacjenta, nie tylko skupiając się na AIH, ponieważ marskość to również bardzo poważny problem prowadzący do niewydolności wątroby. Pewna diagnoza AIH musi spełniać takie kryteria jak: 1,5 razy wyższe stężenie gammaglobulin niż norma, przekroczenie górnej granicy normy stężenia immunoglobuliny klasy G i białek, ANA (*anti-nuclear antibodies*, przeciwciała przeciwjądrowe), ASMA (*anti-smooth muscle antibodies*, przeciwciała przeciw mięśniom gładkim), LKM (*liver/kidneys microsomes*, przeciwciała przeciw mikrosomom nerki i wątroby) mają wyższy poziom niż 1:160, stwierdzony brak obecności AMA (*anti-mitochondrial antibodies*, przeciwciała przeciwmityochondrialne), stwierdzone zmiany w biopsji wątroby, nieobecność zakażenia wirusami hepatotropowymi,

nienadużywanie alkoholu, nieprzyjmowanie leków hepatotoksycznych oraz brak współwystępowania innych chorób autoimmunologicznych [2].

Leczenie

Podstawowym celem leczenia autoimmunologicznego zapalenia wątroby jest dążenie do całkowitej remisji choroby i leczeniu podtrzymującym. Pierwszym lekiem, który włącza się w leczeniu indukującym remisję jest prednison, którego dawkę zaczyna się od 60 mg/24 h przez pierwszy tydzień, a następnie zmniejsza się ją, aż do osiągnięcia dawki 7,5-15 mg/ 24 h, która jest dawką podtrzymującą. Ważne jest podczas przyjmowania prednisonu kontrolowanie poziomu aminotransferaz. Lekarze w dążeniu do remisji, wybierają także alternatywną formę leczenia jak połączenie prednisonu z azatiopryną, jednak azatiopryna może wykazywać działanie hepatotoksyczne, dlatego też pacjenci powinni być stale monitorowani przez pierwsze 4 tygodnie. Zdarzają się, również przypadki, że specjaliści preferują leczenie, tylko azatiopryną. Terapia lekami nie powinna trwać krócej niż dwa lata.

Stosowanie leków drugiego i trzeciego rzutu w leczeniu AIH, jest wskazane wtedy, gdy leczenie wcześniej wymienionymi lekami nie przynosi efektów, występuje steroidooporność i nietolerancja glikokortykosteroidów, gdy obecne jest zapalenie lub gdy choroba zamiast przechodzić w fazę remisji postępuje. Do leków drugiego i trzeciego rzutu zaliczamy: cyklosporynę A, takrolimus, budezonid, mykofenolan mofetylu. Działanie cyklosporyny A jest najbardziej znane w porównaniu do pozostałych leków drugiego i trzeciego rzutu. W Polsce cyklosporynę A stosuje się przede wszystkim u dzieci. Należy pamiętać, że leczenie drugiego rzutu powinno odbywać się tylko w ośrodkach zajmujących się leczeniem AIH [7, 9].

Całkowite przerwanie leczenia podtrzymującego, może powodować nawrót choroby, co jest dość częstym zjawiskiem, obecnym u ponad połowy chorych i występują one najczęściej w pierwszych sześciu miesiącach od odstawienia. Ponowne wdrażenie leczenia jest koniecznością, gdy obecny jest nawrót choroby. W trakcie prowadzenia leczenia podtrzymującego zalecane są kontrole co 3 miesiące. Ostatecznością u chorych z AIH jest transplantacja wątroby, jednak nie eliminuje to nawrotu choroby, który może wystąpić nawet po przeszczepie [1, 7].

Ważną kwestią jest także leczenie AIH w ciąży. Autoimmunologiczne zapalenie wątroby w ciąży wiąże się z powikłaniami, najczęściej występującymi po ciąży jak i ryzykiem poronienia. Występują przypadki, że ciężarna odczuwa zaostrzenie choroby w różnych okresach ciąży, ale częściej występuje ono w okresie połogu. Podczas ciąży macica

kobiety ulega powiększeniu co powoduje wzrost ryzyka wystąpienia żylaków przełyku, które są powikłaniem marskości wątroby. Należy podtrzymywać leczenie immunosupresyjne przez czas trwania ciąży jak i po niej. U kobiet, które mają w planach zajście w ciążę, nie należy stosować leków teratogennych jak azatiopryna [10].

W leczeniu autoimmunologicznego zapalenia wątroby, nie chodzi tylko o aspekt farmakologiczny, ale także o zdrowie psychiczne pacjentów, którzy często posiadają zaniżony poziom życia. Często występującym problemem u pacjentów z AIH jest depresja (występująca nawet u 60 % chorych), o której obecności nie mają nawet pojęcia, gdyż nie jest ona często oceniana w praktyce klinicznej, tak samo jak i stany lękowe. Takimi narzędziami, które mogą pomóc w rozpoznaniu depresji są: Szpitalna Skala Lęku i Depresji oraz Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta, oprócz tego należy przeprowadzić wywiad z pacjentem na temat objawów, wpływu choroby na samopoczucie i codzienne czynności oraz zwrócić uwagę na inne czynniki, które nie są zawarte w wymienionych wyżej narzędziach. Pacjenci chorujący na co dzień na jakąkolwiek chorobę przewlekłą, potrzebują wsparcia i warto o tym pamiętać [7, 11].

Dieta

U pacjentów chorych na choroby wątroby składniki odżywcze których często brakuje w ich diecie to między innymi: białka, lipidy, węglowodany, minerały i witaminy. Ważne jest, aby dieta była dobrana tak by te niedobory uzupełniać przy jednoczesnym nie zwiększaniu syntezy składników powodujących encefalopatię. Powinno się zwrócić uwagę na czynniki, które mogą powodować wzrost aktywności zapalnej w naszym organizmie.

Kwasy omega-3 i omega-6 odpowiadają między innymi za odpowiedź zapalną organizmu jak i ciśnienie krwi, dlatego ważne jest, aby ich ilość znajdowała się w równowadze. Nadmiar kwasu omega-6 może powodować działanie indukujące zapalenie. Kwasy omega-3 można suplementować w postaci tranu.

Cechy diety u pacjentów z chorobami wątroby:

1. Zrównoważona pod względem składników odżywczych.
2. Wskazane warzywa i owoce.
3. Posiłki o małej objętości spożywane często nawet 7 razy na dobę.
4. Ostrożność w spożywaniu posiłków tłustych i smażonych.
5. U chorych ze stwierdzoną encefalopatią, powinien przeważać nabiał i warzywa.
6. Zachowanie abstynencji alkoholowej.

7. Ograniczenie spożywania sodu z powodu występowania obrzęków.
8. Niespożywanie produktów wysoko przetworzonych, zupek chińskich, ale także wody o dużej zawartości minerałów.
9. Ograniczenie spożywania do minimum posiłków typu fast food i czerwonego mięsa.
10. Zalecany sposób przyrządzania posiłków to gotowanie na parze i w wodzie, duszenie bez obsmażania.
11. Ograniczenie produktów powodujących wzdęcia jak warzywa kapustne.
12. Nie zalecane jest spożywanie tłuszczów zwierzęcych.
13. Źródłami węglowodanów powinny być: pieczywo pszenne, makarony, płatki, ryż, ziemniaki.
14. Ostrożność w spożywaniu soli kuchennej z powodu nasilania wodobrzuszy.
15. Przyjmowanie witamin, przede wszystkim A, K i witamin z grupy B [12].

Powikłania

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby, samo w sobie nie powoduje powikłań, natomiast bardzo ważne jest to, że jeżeli nie zostanie rozpoznana ta choroba na czas, wtedy dochodzi do marskości wątroby, gdzie one już występują. Marskość definiowana jest jako “końcowy etap ewolucji wielu postępujących chorób wątroby, niezależnie od ich etiologii.” Ze względu na częstość występowania marskości u pacjentów chorujących na AIH, warto scharakteryzować niektóre powikłania z tym związane.

1. Żylaki przełyku- krwotok

Żylaki przełyku są bardzo częstym powikłaniem marskości wątroby. Ważność tego powikłania polega na tym, że zbagatelizowanie problemu może powodować śmierć z powodu braku możliwości zatrzymania krwawienia lub jego nawrotów. Krwawienie jest to powikłanie występowania nadciśnienia wrotnego. Istnieje profilaktyka wtórna, polegająca na zabiegu endoskopowego podwiązania żyłaków [13].

2. Wodobrzusze

Wodobrzusze powstają w wyniku skulminowania płynu puchlinowego, który może mieć właściwości wysięku lub przesięku w jamie brzusznej. Jama brzuszna staje się powiększona, napięta z wypukłym pępkiem. Przyczyną wodobrzusza może być zbyt małe wydalanie sodu w moczu, przy jednoczesnym zwiększeniu jego retencji.

Aby ustalić przyczynę wodobrzuszy, najczęściej wykonuje się paracentezę diagnostyczną, ona również pozwala rozpoznać trwające zakażenie. Leczenie jest zależne od stopnia zaawansowania.

Przy pierwszym stopniu, nie ma potrzeby wdrażania dodatkowego leczenia, przy drugim zazwyczaj zaleca się dietę ubogą w sód i leki moczopędne, ostatecznością jest upust płynu z jamy otrzewnowej [14].

Podział wodobrzusza ze względu na objętość płynu puchlinowego:

I stopień (łagodne)- wykrywane jedynie w badaniu ultrasonograficznym.

II stopień (umiarkowane)- objętość płynu >0,5 l możliwe do stwierdzenia w badaniu fizykalnym.

III stopień (zaawansowane)- stwierdzone w badaniu fizykalnym, brzuch napięty, wygładzenie pępka bądź obecność przepukliny pępkowej [14].

3. Nadciśnienie wrotne

Nadciśnienie wrotne jest groźnym powikłaniem marskości. Jego następstwem jest zastój krwi w przestrzeni wrotnej i utworzenie krążenia systemowego. Z tym powikłaniem związane są żylaki przełyku, ponieważ nadciśnienie wrotne prowadzi do ich powstawania. Może także powodować poszerzenie żył okołopępkowych, gdzie takim charakterystycznym skutkiem jest występowanie “głowy meduzy” [15].

4. Encefalopatia wątrobowa

Definicja encefalopatii określa ją jako “zespół potencjalnie odwracalnych zaburzeń neuropsychiatrycznych u chorych z niewydolnością wątroby, wynikających z upośledzonej zdolności usuwania z krwi amoniaku i innych produktów przemian związków azotowych” [16]. Do czynników wyzwalających encefalopatię wątrobową należą na przykład: zakażenia, zaparcia, leki hepatotoksyczne, odwodnienie, niewystarczająca ilość elektrolitów w organizmie, spożycie alkoholu. Wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania encefalopatii wątrobowej. Najtrudniejsza do rozpoznania jest minimalna encefalopatia wątrobowa, ponieważ nie posiada jawnych objawów, które są w kolejnych stopniach zaawansowania. MHE (*minimal hepatic encephalopathy*, minimalna encefalopatia wątrobowa) rozpoznaje się za pomocą testów psychometrycznych. Do badań jakie wykonuje się pacjentom z HE (*hepatic encephalopathy*, encefalopatia wątrobowa) należą: stężenie amoniaku we krwi, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa mózgu, testy psychometryczne.

Aktualnie nie ma skutecznej metody wyleczenia encefalopatii wątrobowej, istnieją tylko metody, które hamują jej wyzwalanie.

Ważne jest, również to, że osoby z encefalopatią wątrobową nie powinny kierować samochodem, ponieważ u pacjentów, nawet z minimalną encefalopatią wątrobową występują zaburzenia psychomotoryczne, które przekładają się na poruszanie się w ruchu drogowym [16, 17].

Stopnie zaawansowania encefalopatii wątrobowej z towarzyszącymi zaburzeniami:

Prawidłowy stopień HE:

- Zaburzenia świadomości: bez zaburzeń,
- Zaburzenia intelektualne: bez zaburzeń,
- Zaburzenia personalne: bez zaburzeń,
- Zaburzenia neurologiczne: bez zaburzeń,

Łagodny stopień HE:

- Zaburzenia świadomości: odwrócenie dobowego rytmu snu i czuwania, senność/bezsenność,
- Zaburzenia intelektualne: lekkie spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia koncentracji, wydłużony czas reakcji na bodźce, zapominanie, problemy z liczeniem,
- Zaburzenia personalne: podwyższony lub obniżony nastrój, lęk, drażliwość, słowotok,
- Zaburzenia neurologiczne: ataksja, zaburzenia pisma, pojedyncze drżenia mięśniowe,

Umiarkowany stopień HE:

- Zaburzenia świadomości: apatia, przymglenie, różnie nasilone zaburzenia w czasie i przestrzeni,
- Zaburzenia intelektualne: znaczne spowolnienie psychoruchowe, wyraźne zaburzenia pamięci, znaczne trudności w liczeniu,
- Zaburzenia personalne: nieadekwatne zachowanie, niewielka zmiana osobowości, niepokój, lęk,
- Zaburzenia neurologiczne: wyraźne drżenia mięśniowe, ataksja, dyzartia, wyraźne zaburzenia pisma, osłabienie odruchów,

Ciężki stopień HE:

- Zaburzenia świadomości: patologiczna senność, splątanie, stupor, zachowana reakcja na bodźce głosowe,
- Zaburzenia intelektualne: bardzo nasilone spowolnienie psychoruchowe, niezdolność liczenia,

- Zaburzenia personalne: urojenia, reakcje lękowe, niepohamowany gniew, złość,
- Zaburzenia neurologiczne: wygórowane odruchy ścięgniste, odruchy patologiczne, drgawki kloniczne, oczopląs, objawy pozapiramidowe,

Śpiączka:

- Zaburzenia świadomości: śpiączka wątrobowa, brak reakcji na bodźce,
- Zaburzenia intelektualne, personalne: niemożliwe do oceny
- Zaburzenia neurologiczne: szerokie areaktywne źrenice, sztywność odmóżdzeniowa.

5. Rak wątrobowokomórkowy

Najczęstszą przyczyną występowania tego typu nowotworu jest marskość współwystępująca z zakażeniem HBV (*hepatitis B virus*, wirus zapalenia wątroby typu B) i HVC (*hepatitis C virus*, wirus zapalenia wątroby typu C). Pod względem zachorowań zajmuje on 6 miejsce na świecie. Czynnikiem ryzyka, oprócz marskości wątroby są również: cukrzyca, otyłość, insulinooporność oraz wiek, zespół metaboliczny [15, 18].

Rokowanie

Dzięki właściwemu leczeniu, 91 % chorych przeżywa 10 lat, 70%- 20 lat. Przy braku remisji w ciągu 2 lat leczenia i współwystępowaniu marskości wątroby, statystyki pokazują, że jest duża szansa pojawienia się niewydolności wątroby w ciągu 5 lat. Po przeszczepie 70% chorych na AIH przeżywa 5 lat. Odsetek transplantacji wątroby z powodu tej choroby jest mały i wynosi zaledwie 3% [1].

PODSUMOWANIE

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby jest to choroba przewlekła z autoagresji. Dotyka ona dzieci, osób młodych, ale także w starszym wieku.

Gdy zostanie zbyt późno zdiagnozowana prowadzi do marskości wątroby, a ta niesie za sobą nawet konieczność transplantacji.

Jest to choroba, w której przypadki zachorowań z roku na rok rosną. Ze względu na jeszcze nie tak częste jej występowanie wśród populacji, warto przybliżyć jej charakterystykę, aby pacjenci po zetknięciu z tą chorobą wiedzieli, jak postępować, zwłaszcza, że zadaniem pielęgniarki jest edukacja, wsparcie oraz nauka samoopieki i samokontroli w warunkach domowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P, Szczeklik A.: Interna Szczeklika: mały podręcznik 2021/22. Medycyna Praktyczna, 2021.
2. Ciepał M., Wanot B.: Autoimmunologiczne zapalenie wątroby- mało znany problem kliniczny. Zagrożenia środowiskowe i cywilizacyjne. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie 2020; 1: 101-121.
3. Habor A., Hartleb M., Milkiewicz P. i wsp.: Rekomendacje Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące cholestatycznych chorób wątroby- adaptacja wytycznych europejskich. Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy 2013; 5: 15-17.
4. Habor A.: Najczęstsze błędy w rozpoznawaniu i leczeniu autoimmunizacyjnego zapalenia wątroby. [w:] Jak unikać popełniania błędów w diagnostyce i leczeniu najtrudniejszych problemów hepatologicznych? Hartleb M. (red.). Via Medica, Gdańsk 2021: 46-47.
5. Hartleb M.: Autoimmunologiczne zapalenie wątroby. Wstępna ocena pacjenta hepatologicznego na podstawie badań laboratoryjnych. [w:] Tajemnice hepatologii. Przypadki kliniczne wymskające się podręcznikom. Hartleb M. (red.), Czelej, Lublin 2022: 6-41.
6. Poniewierka E., Chodała K., Hałoń A., Kempński R.: Biopsja wątroby w materiale Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Wydawnictwo Continuo 2013;15 (4): 556-557.
7. Janik M. K., Raszeja-Wyszomirska J.: Leczenie i opieka nad pacjentem z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby. Gastroenterologia Praktyczna 2018; 10 (2): 38-39.
8. Ożóg Ł., Aebisher D., Bober Z., Bartusik-Aebisher D., Guz W., Cholewa M.: Magnetic Resonance Elastography- noninvasive method to asses liver disease. European Journal of Clinical and Experimental Medicine 2017;15 (2): 128-129.
9. Osiecki M., Woźniak M., Kierkuś J.: Zastosowanie cyklosporyny A we wrzodzącym zapaleniu jelita grubego i autoimmunizacyjnym zapaleniem wątroby u dzieci. Pediatria Polska 2016; 9 (1): 49-50.
10. Adamczyk-Gruszka O., Lewandowska-Andruszuk I., Gruszka J., Komar-Gruszka K.: Autoimmune hepatitis vs. Pregnancy. Journal of Education Health and Sport 2017; 7 (7): 479-486.

11. Janik M. K., Wunsch E., Moskwa M., Raszeja-Wyszomirska J., Krawczyk M., Milkiewicz P.: Depression in patients with autoimmune hepatitis: the need for detailed psychiatric assessment. *Polish Archives of Internal Medicine* 2019; 129: 645-647.
12. Gałęcka M.: Dieta w chorobach autoimmunologicznych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017.
13. Szczepanik A. B., Pielaciński K., Oses-Szczepanik A. M., Huszcza S., Misiak A., Dąbrowski W. P., Gajda S.: Skleroterapia żyłaków przełyku u chorych na hemofilię z marskością wątroby- prospektywne, kontrolowane badanie kliniczne. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2017; 89 (6): 35-36.
14. Kucharska M., Simon K.: Algorytmy diagnostyki i terapii u pacjenta z wodobrzuszem w przebiegu marskości wątroby. *Hepatology* 2014; 14: 26-28.
15. Kalinowska P., Kondzior D. J.: Problemy występujące podczas opieki nad pacjentem z marskością wątroby- opis przypadku. [w:] *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia*. Lankau A., Kondzior D., Krajewska- Kułak E. (red.). Białystok, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu 2016: 259-267.
16. Hartleb M.: Encefalopatia wątrobowa u chorych z marskością wątroby. *Gastroenterologia Kliniczna* 2013; 5 (2): 106-113.
17. Panasiuk A.: Kierowca z marskością wątroby i encefalopatią- realne zagrożenia w ruchu drogowym. *Gastroenterologia Praktyczna* 2019; 4: 1-5.
18. Straś W., Małkowski P., Tronina O.: Hepatocellular carcinoma in patients with non-alcoholic steatohepatitis- epidemiology, risk factors, clinical implications and treatment. *Clinical and Experimental Hepatology* 2020; 6 (3): 170–175.

PROCES PIELĘGNOWANIA WOBEC PACJENTA Z AUTOIMMUNOLOGICZNYM ZAPALENIEM WĄTROBY

Weronika Kusiak¹, Barbara Jankowiak²

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

2/ -Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby jest to choroba przewlekła charakteryzująca się postępującym procesem zapalno-martwiczym tkanki wątrobowej. Dotyka ona dzieci, osób młodych, ale także w starszym wieku. Czynnikiem ryzyka są przede wszystkim wiek, płeć oraz współwystępujące inne choroby z autoagresji, jak cukrzyca typu 1. Osoba, która ma predyspozycje genetyczne jest bardziej narażona na zachorowanie na AIH [1-7]. Objawy kliniczne AIH opierają się głównie o objawy związane z marskością lub niewydolnością wątroby. Diagnostyka opiera się na badaniach laboratoryjnych, badaniu przedmiotowym, ocenie histopatologicznej oraz diagnostyce obrazowej i inwazyjnej. Gdy zostanie zbyt późno zdiagnozowana prowadzi do marskości wątroby, a ta niesie za sobą nawet konieczność transplantacji [8-10]. Podstawowymi lekami stosowanymi w leczeniu AIH są prednison i azatiopryna. Dieta u pacjenta z AIH powinna opierać się przede wszystkim na produktach, które będą ograniczać reakcję zapalną organizmu i będą ubogotłuszczowe. Powikłania AIH to przede wszystkim: ryzyko krwotoku z żyłaków przełyku, encefalopatia wątrobowa, wodobrzusze, nadciśnienie wrotne, rak wątrobowokomórkowy [11-15].

CELEM PRACY było zdefiniowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorego na autoimmunologiczne zapalenie wątroby, sporządzenie planu opieki pielęgniarzkiej, przygotowanie pacjenta do życia w środowisku domowym.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 52-letniego mężczyznę chorującego na autoimmunologiczne zapalenie wątroby od 4 lat. Nasilenie objawów choroby wystąpiło u pacjenta od tygodnia. Badania przeprowadzone były w warunkach domowych w terminie 14 grudnia 2022 roku.

Materiały potrzebne do pracy zostały zebrane na podstawie wywiadu, obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich.

Do oceny problemów pielęgnacyjnych wykorzystano metodę indywidualnych przypadków. Metoda indywidualnych przypadków opiera się na jednym przypadku i jest skupiona na analizie i zgromadzeniu danych potrzebnych do diagnozy i pracy nad jednostką.

- Obserwacja- śledzenie zmian w wyglądzie i zachowaniu pacjenta, po to, aby zauważyć niepokojące objawy, które mogą świadczyć o chorobie.
- Wywiad- świadoma oraz celowa rozmowa z pacjentem, w celu uzyskania wszystkich potrzebnych informacji na temat stanu pacjenta oraz jego otoczenia.
- Pomiary parametrów- rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta przy użyciu urządzeń na przykład: ciśnieniomierz, termometr, pulsoksymetr.
- Analizę dokumentacji medycznej pacjenta dokonano na podstawie: Historii Choroby, wyników badań laboratoryjnych.

Proces pielęgnowania to rzeczywisty, mający swoją kolejność sposób określania problemów pielęgnacyjnych pacjenta, ustalania planów opieki, ich realizacji oraz oceniania wyników, które zostały uzyskane.

WYNIKI

Opis przypadku

52-letni pacjent dnia 24.08.2019 r. został przyjęty do Kliniki Hepatologii i Chorób Wewnętrznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. W wywiadzie po czterech latach od wypisania ze szpitala pacjent przyznaje, że zaniedbał swój stan zdrowia, zgłasza że: nieregularnie przyjmował leki, nieregularnie umawiał się na kontrolę do Poradni Hepatologicznej, nie przestrzegał diety oraz nie podjął wysiłku w celu pozbycia się otyłości, sporadycznie wykonywał badania laboratoryjne w celu kontroli stanu zdrowia oraz nie zgłaszał się regularnie na podwiązanie żyłaków przełyku. Wyżej wymienione działania przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

Parametry życiowe w dniu badania:

RR: 127/89 mmHg, HR: 80 u/min, temperatura: 37,3 °C, waga: 110 kg, wzrost: 176 cm, BMI: 35,51

Plan opieki pielęgniarskiej

➤ Diagnoza pielęgniarska 1: Nawracające stany podgorączkowe spowodowane zdiagnozowaną marskością wątroby.

- ✓ **Cel:** Zminimalizowanie stanów podgorączkowych.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarskiej:**
 - regularny pomiar temperatury ciała,
 - zastosowanie zimnych okładów na kark, okolice pachwinowe, pachowe,
 - w razie gorączki zastosowanie Paracetamolu w dawce 500 mg co 6 godzin po uprzedniej konsultacji z lekarzem,
 - utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w pokoju, w którym przebywa pacjent (optymalna temperatura 18-20 °C),
 - zasugerowanie konsultacji z lekarzem problemu nawracających stanów podgorączkowych,
 - zwiększenie podaży płynów.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskiej:**
 - pomiar temperatury wykazał 36,6 °C,
 - zastosowano zimny okład w postaci kompresu na kark pacjenta,
 - pacjent nie potrzebował leków przeciwgorączkowych,
 - zapewniono odpowiedni mikroklimat w pokoju pacjenta,
 - zachęcono pacjenta do spożywania 2 litrów płynów na dobę.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Temperatura pacjenta spadła do wartości prawidłowych (36,6 °C).

➤ Diagnoza pielęgniarska 2: Zaparcia spowodowane obniżoną perystaltyką jelit.

- ✓ **Cel:** Wyeliminowanie zaparć.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarskiej:**
 - zachęcenie pacjenta do kontroli swoich wypróżnień i regularnego dokumentowania ich, aby wiedział, czy zaparcia ustąpiły,
 - zastosowanie odpowiedniej diety bogatej w błonnik,
 - słowna edukacja pacjenta na temat ćwiczeń ogólnousprawniających i zachęcenie do ich wykonywania,
 - wykonanie enemy,
 - zachęcenie pacjenta do noszenia luźnej odzieży w okresie, gdy zaparcia występują.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- wykonano enemę (150 ml),
 - pokazano pacjentowi jak wykonywać ćwiczenia ogólnousprawniające,
 - podano pacjentowi doustnie zleconą Lactulosum w dawce 20 ml zgodnie ze zleceniem lekarza.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Pacjent zapewnił, że będzie kontrolował ilość stolców, spożywał pokarmy bogate w błonnik oraz wykonywał ćwiczenia ogólnousprawniające. Chory przebrał się w luźną odzież. Zaparcia nie ustąpiły.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Ryzyko wystąpienia encefalopatii wątrobowej z powodu widocznych objawów takich jak: spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia pamięci, senność, apatia.**

✓ **Cel:** Zapobieganie rozwojowi encefalopatii wątrobowej.

✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- dalsza obserwacja występujących objawów pod kątem pogłębiania się,
- regularne przyjmowanie zleconej przez lekarza Lactulosum w dawce 2 razy dziennie po 20 mililitrów w celu przyspieszenia pasażu jelitowego,
- zastosowanie na zlecenie lekarza Xifaxanu w dawce 400 mg/dobę, który obniża produkcję amoniaku i innych toksycznych substancji w jelicie grubym, które mogą powodować encefalopatię,
- kontrola ilości, zabarwienia i konsystencji oddawanych stolców w ciągu doby,
- wyjaśnienie choremu istoty zwalczania zaparć, przyjmowania mniejszej ilości białka, unikania zażywania leków uspokajających,
- zasugerowanie konsultacji z lekarzem prowadzącym występujących objawów,
- poinformowanie rodziny, jakie objawy mogą informować o rozpoczynającej się encefalopatii i zasugerowanie większej obserwacji zachowań chorego oraz w razie występowania objawów zgłoszenie się do lekarza,
- wyjaśnienie powikłań nieleczonej encefalopatii wątrobowej.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- obserwacja chorego,
- podanie pacjentowi zleconej Lactulosum w dawce 20 ml doustnie,
- podano Xifaxan w dawce 400 mg/dobę,

- skontrolowanie ilości, zabarwienia i konsystencji stolca oddanego przez pacjenta w czasie wizyty.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Rodzina zgodziła się na głębszą obserwację zachowania chorego. Pacjent zapewnił, że będzie regularnie przyjmował leki oraz umówi się na wizytę do lekarza prowadzącego leczenie. Problem wymaga dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Podwyższone ryzyko wystąpienia krwawienia z istniejących żyłaków przełyku.**
- ✓ **Cel:** Niedopuszczenie do wystąpienia krwawienia.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**
 - regularna kontrola parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze, oddechy,
 - wyjaśnienie choremu, że zakazane jest picie jakiegokolwiek alkoholu,
 - podanie beta-blokerów na zlecenie lekarza, w celu obniżenia ciśnienia wrotnego,
 - wyjaśnienie pacjentowi alarmujących objawów krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego takich jak “fusowate wymioty” i “smoliste stolce” oraz konieczność ich zgłaszania,
 - gdyby pacjent zauważył krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego, poinformowanie go, aby niezwłocznie zgłosił się do lekarza,
 - unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów i dużego wysiłku fizycznego,
 - zapewnienie komfortu psychicznego i fizycznego.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**
 - wartości zmierzonych parametrów życiowych wynosiły: ciśnienie: 127/89 mmHg, tętno: 80 u/min, oddechy: 18/min.,
 - zapewniono komfort psychiczny jak i fizyczny poprzez: zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pokoju, pomoc w zmianie bielizny pościelowej.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Krwawienie nie wystąpiło. Pacjent zrozumiał wyjaśniane kwestie i zapewnił, że w razie wystąpienia krwawienia natychmiast zgłosi się do lekarza.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Występująca trudność w zakresie samoopieki i samopielegnacji z powodu występujących obrzęków kończyn dolnych, które utrudniają poruszanie się.**

- ✓ **Cel:** Zminimalizowanie obrzęków i zmniejszenie trudności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- dalsze regularne przyjmowanie leków moczopędnych przepisanych przez lekarza (Furosemid 1x1 tabletka) w celu zmniejszenia obrzęków,
- zgłoszenie się do lekarza w celu skonsultowania z nim problemu obrzęków, które znacznie utrudniają poruszanie się,
- skontrolowanie masy ciała chorego i wielkości obrzęków, udokumentowanie wyników oraz wyjaśnienie choremu istoty tych obserwacji i zasugerowanie, aby on również je wykonywał,
- pomoc pacjentowi w czynnościach życia codziennego takich jak: toaleta ciała, chodzenie do łazienki, pokazanie, jak poruszać się mimo występujących trudności,
- edukacja rodziny na temat sposobów pomocy choremu oraz żeby nie wyręczała chorego w codziennych czynnościach.

- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- lek moczopędnych przepisany przez lekarza został podany, według zaleceń,
- masa ciała chorego została zmierzona i wynosiła 110 kg,
- kontrolowano wielkość obrzęków,
- toaleta ciała została wykonana,
- umówiono wizytę do lekarza.

- ✓ **Ocena wyników opieki:** Minimalne zmniejszenie obrzęków. Problem wymaga dalszej obserwacji. Pacjent stara się być samodzielny, a rodzina chętnie wspiera chorego. Rodzina i pacjent zapewnili, że rozumieją przekazane informacje.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 6: Ryzyko upadku w związku z zaburzeniami chodu spowodowanymi obrzękami kończyn dolnych.**

- ✓ **Cel:** Zminimalizowanie ryzyka upadku.

- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**

- ocena ryzyka upadku według skali Tinetti,
- obserwacja pacjenta podczas poruszania się oraz przedmiotów znajdujących się w okolicy w celu oceny ryzyka,
- rozmowa z pacjentem o konsekwencjach jakie za sobą niesie upadek,
- pomoc w poruszaniu się,

- zaproponowanie konsultacji z fizjoterapeutą w celu omówienia kwestii problemu do momentu aż obrzęki się nie zmniejszą.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**
- oceniono ryzyko upadku w skali Tinetti i pacjent otrzymał 23 punkty,
- wymienienie pacjentowi konsekwencji upadku takie jak: złamania, obrażenia tkanek miękkich, zespół poupadkowy.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Nie doszło do upadku. Pacjent umówił się na wizytę z fizjoterapeutą.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 7: Zaburzenia rytmu snu spowodowane obniżonym nastrojem i martwieniem się o swój stan zdrowia, który uległ pogorszeniu.**

- ✓ **Cel:** Podwyższenie nastroju pacjenta oraz uregulowanie rytmu snu.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**
- przedyskutowanie z chorym problemów, które powodują zmartwienie,
- wyjaśnienie choremu istoty dbania o swój stan zdrowia i konsekwencji, które zaniedbywanie może powodować,
- wsparcie psychiczne pacjenta,
- pomoc w podjęciu działań, które polepszą stan zdrowia pacjenta takich jak: regularne przyjmowanie leków, regularne kontrole w Poradni Hepatologicznej, regularne wykonywanie badań laboratoryjnych zleconych przez lekarza, zdrowszy styl życia,
- wietrzenie pokoju przed pójściem spać oraz zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- zasugerowanie zasłaniania okien zasłonami w celu ograniczenia bodźców świetlnych,
- zaproponowanie pacjentowi wypicia herbaty uspokajającej przed snem na przykład melisy,
- zapewnienie wizyty u psychologa.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**
- przeprowadzono rozmowę z pacjentem: cierpliwie wysłuchano pacjenta, zachęcono pacjenta do otwartego wyrażania swoich emocji negatywnych jak i pozytywnych i większej komunikacji z rodziną, wsparcie psychiczne zostało okazane,
- cisza i spokój zapewniona,
- bodźce świetlne zostały ograniczone poprzez zasłonięcie zasłon,

- temperatura w pokoju wynosiła 21 °C,
- przed snem podano pacjentowi melisę,
- wizyta u psychologa została umówiona.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Nastrój pacjenta dzięki wsparciu psychicznemu i wskazówkom został podwyższony, a zaburzenia rytmu snu zmniejszyły się. Zamartwianie się ustąpiło, dzięki wiedzy na temat jakie podjąć działania w celu poprawy stanu zdrowia. Chory zapewnił o chęci podjęcia działań w celu zadbania o swój stan zdrowia. Pacjent wietrzy pokój przed każdym pójściem spać. Pacjent wypił melisę.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Otyłość i poboiewanie w prawym nadbrzuszu spowodowane nieprzestrzeganiem diety w przebiegu choroby.**

- ✓ **Cel:** Zredukowanie otyłości i poboiewania w prawym nadbrzuszu.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**
 - przekazanie najważniejszych informacji w postaci broszury o diecie, jaką pacjent powinien stosować w przebiegu swojej choroby,
 - zasugerowanie spotkania z dietetykiem w celu ustalenia zbilansowanego planu żywienia w oparciu o produkty, które pacjent może jeść i lubi,
 - przedstawienie konsekwencji dalszego nieprzestrzegania diety i spożywania alkoholu,
 - wytłumaczenie choremu, że ból w prawym nadbrzuszu spowodowany jest nieodpowiednią dietą zawierającą duże ilości tłuszczu,
 - przedstawienie korzyści wynikających z przestrzegania diety,
 - zaproponowanie pacjentowi większej aktywności fizycznej w celu szybszego zredukowania masy ciała w oparciu o aktywność, którą pacjent może wykonywać w przebiegu swojego schorzenia.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**
 - umówiono spotkanie z dietetykiem w celu skonsultowania diety,
 - przedstawiono konsekwencje spożywania alkoholu i nieprzestrzegania diety takie jak: pogłębienie się procesu chorobowego, niewydolność wątroby, otyłość w większym stopniu, udar mózgu, choroby układu krążenia,
 - przedstawiono korzyści płynące z przestrzegania diety takie jak spowolnienie procesu chorobowego,

- zaproponowano aktywność fizyczną w postaci spaceru czy też jazdy na rowerze, przynajmniej 1,5 godziny dziennie.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Pacjent wykazał chęci do podjęcia działań w celu zredukowania masy ciała i zapewnił o przestrzeganiu diety ustalonej przez dietetyka. Chory rozumie konsekwencję i korzyści z przestrzegania diety.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko pogorszenia stanu zdrowia z powodu braku chęci pacjenta do jego kontroli.**

- ✓ **Cel:** Zachęcenie pacjenta do regularnej kontroli stanu zdrowia.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarstwa:**
 - przedstawienie pacjentowi nawyków, które wykonuje, a mogą one powodować pogorszenie jego stanu zdrowia takie jak: nieregularne przyjmowanie leków przepisanych przez lekarza, nieregularne zgłaszanie się na kontrolę do lekarza prowadzącego, nieprzestrzeganie diety co spowodowało otyłość, nieregularne wykonywanie badań laboratoryjnych, nie zgłaszanie się regularnie na zabieg podwiązki żyłaków co mogło skutkować zagrożeniem życia,
 - wyjaśnienie pacjentowi konsekwencji swoich czynów,
 - przedstawienie planu działania, który umożliwi pacjentowi podjęcia kroków zmierzających do polepszenia jego stanu zdrowia,
 - wsparcie psychiczne i zachęcenie pacjenta poprzez przedstawienie korzyści prawidłowego leczenia,
 - rozmowa na temat przyczyny, która spowodowała brak chęci do dbania o swoje zdrowie.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**
 - wyjaśniono konsekwencję zaniedbania swojego stanu zdrowia,
 - zapewniono wsparcie psychiczne pacjenta,
 - przekazano plan działania, który umożliwi poprawę stanu zdrowia,
 - przedstawiono korzyści prawidłowego leczenia takie jak: dłuższe przeżycie, lepsze samopoczucie, brak ograniczeń przy poruszaniu się,
 - przeprowadzono rozmowę na temat przyczyny braku chęci.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Pacjent zapoznał się ze złymi nawykami i wykazał chęci do regularnej kontroli stanu zdrowia. Plan działania jest dla pacjenta zrozumiały.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10: Zwiększone ryzyko infekcji spowodowane zmniejszoną odpornością.**

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie ryzyka infekcji, poprawa odporności.
- ✓ **Plan interwencji pielęgniarskiej:**
 - nieprzebywanie w miejscach, gdzie może być dużo chorych, w celu uniknięcia zarażenia,
 - wspomaganie odporności, poprzez odpowiednią dietę i aktywność fizyczną,
 - spożywanie produktów bogatych w witaminy B, C, K,
 - dbanie o odpowiednie ubieranie się w stosunku do pogody występującej na zewnątrz,
 - nienarażanie się na czynniki mogące powodować infekcje takie jak bakterie, grzyby, wirusy, pierwotniaki,
 - skonsultowanie z lekarzem innych sposobów wzmacniania odporności, na przykład w postaci leków,
 - przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów przy pacjencie.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarskiej:**
 - aseptyka i antyseptyka została zachowana.
- ✓ **Ocena wyników opieki:** Pacjent dba o odpowiedni ubiór podczas wychodzenia na zewnątrz, spożywa produkty bogate w wymienione wyżej witaminy, unika miejsc, gdzie występuje ryzyko infekcji oraz wyraził aprobatę na konsultację z lekarzem sposobów wzmocnienia odporności. Ryzyko infekcji zostało zminimalizowane, odporność poprawiła się.

Wskazówki dla pacjenta

1. Regularne kontrole w Poradni Hepatologicznej.
2. Regularne przyjmowanie leków oraz wykonywanie badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza.
3. Kontrola istniejących żyłaków przełyku oraz systematyczne zgłaszanie się na ich podwiązywanie w celu uniknięcia krwotoku.
4. Przestrzeganie diety ustalonej przez dietetyka w celu zminimalizowania istniejącej otyłości.
5. Wykonywanie regularnej aktywności fizycznej przynajmniej 1,5 godziny dziennie.

6. Codzienny pomiar parametrów takich jak: ciśnienie tętnicze, tętno, oddechy, temperatura.
7. Stosowanie suplementacji witamin zwłaszcza B, C i K w celu poprawienia odporności.
8. Ubieranie się adekwatnie do pogody.
9. Unikanie miejsc podwyższonego ryzyka infekcji.
10. Rozmowa z psychologiem w celu przedstawienia swoich problemów, powodujących brak chęci do dbania o swój stan zdrowia.
11. Bezwzględny zakaz spożywania alkoholu.
12. Zadbanie o odpowiednią dawkę (30 g/dobę) błonnika dziennie w celu uniknięcia zaparcí.
13. Unikanie tłustych potraw.
14. W przypadku występujących obrzęków należy unikać soli.
15. Dbanie o higienę całego ciała.
16. Dbanie o odpowiednie przygotowanie pokoju do spania w celu zminimalizowania zaburzeń snu.
17. Skupienie większej uwagi na istniejące ryzyko upadku podczas poruszania się.
18. Unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów w celu zminimalizowania ryzyka krwotoku z żyłaków przełyku.
19. W przypadku powtarzających się stanów gorączkowych zgłoszenie się do lekarza.
20. Utrzymywanie dobrych relacji z rodziną.
21. Obserwacja ze strony rodziny zachowań chorego w celu wykrycia wczesnych objawów encefalopatii.

WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem, obserwacji, pomiarów oraz biorąc pod uwagę dokumentację medyczną wyszczególniono problemy pielęgnacyjne.
2. Przygotowano indywidualny plan opieki nad pacjentem z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby i zaproponowano czynności, które pomogą rozwiązać rozpoznane problemy.
3. Opracowano wskazówki dalszej pielęgnacji.
4. Przeprowadzono edukację zdrowotną z chorym w celu poprawy stanu zdrowia dla pacjenta z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Hartleb M.: Budowa i czynność wątroby, Gutkowski K., Hartleb M.: Autoimmunologiczne zapalenie wątroby. [w:] Wielka Interna. Gastroenterologia. Część 1. Dąbrowski A. (red.). Medical Tribune, Warszawa 2019: 551-597.
2. Ralston S. H., Strachan M. W. J., Penman D., Hobson R. P. Róžański J. (red.): Davidson. Choroby wewnętrzne. Tom 2. Urban & Partner, Wrocław 2020.
3. Netter F. H., Ciszek B.: Atlas of Human Anatomy. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
4. Serafińska S.: Diagnostyka autoimmunologicznych chorób wątroby. [w:] Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia. T. 2. Greenberger Norton J. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013: 257- 263.
5. Gajewski P, Szczeklik A.: Interna Szczeklika: mały podręcznik 2021/22. Medycyna Praktyczna, 2021.
6. Ciepał M., Wanot B.: Autoimmunologiczne zapalenie wątroby- mało znany problem kliniczny. Zagrożenia środowiskowe i cywilizacyjne. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie 2020, 1: 101-121.
7. Kozłowska D., Myśliwiec H., Flisiak I.: Stan zapalny i metabolizm lipidów jako silne podłoże łączące łuszczycę oraz choroby wątroby. Przegląd Dermatologiczny 2020, 107: 269-270.
8. Hartleb M.: Autoimmunologiczne zapalenie wątroby. Wstępna ocena pacjenta hepatologicznego na podstawie badań laboratoryjnych. [w:] Tajemnice hepatologii. Przypadki kliniczne wymykające się podręcznikom. Hartleb M. (red.), Czelej, Lublin 2022: 6-41.
9. Habor A.: Najczęstsze błędy w rozpoznawaniu i leczeniu autoimmunizacyjnego zapalenia wątroby. [w:] Jak unikać popełniania błędów w diagnostyce i leczeniu najtrudniejszych problemów hepatologicznych? Hartleb M. (red.). Via Medica, Gdańsk 2021: 46-47.
10. Roszyk E., Krela-Kaźmierczak I., Chmielewski M., Eder P., Dobrowolska A.: Rola elastografii w diagnostyce marskości wątroby. Postępy Biologii Komórki 2018, 45 (1): 6-10.
11. Janik M. K., Raszeja-Wyszomirska J.: Leczenie i opieka nad pacjentem z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby. Gastroenterologia Praktyczna 2018, 10 (2): 38-39.

12. Liberal R., de Boer Y. S., Andrade R. J. et al.: Expert clinical management of autoimmune hepatitis in the real world. *Aliment Pharmacol Ther* 2017, 45: 723-732.
13. Adamczyk-Gruszka O., Lewandowska-Andruszuk I., Gruszka J., Komar-Gruszka K.: Autoimmune hepatitis vs. Pregnancy. *Journal of Education Health and Sport* 2017, 7 (7): 479-486.
14. Gałęcka M.: Dieta w chorobach autoimmunologicznych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017.
15. Łapiński T. W., Łapińska M.: Nutritional status in patients with liver cirrhosis. *Clinical and Experimental Hepatology* 2019, 5 (1): 30-34.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTKI PO ZABIEGU HISTEREKTOMII

Magda Kuźnicka¹, Beata Kowalewska²

1/ - Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Histerektomia jest zabiegiem, mającym na celu usunięcie macicy. Stosowana jest często w leczeniu chorób nowotworowych elementów narządu rozrodczego, ale także w przypadku wypadania macicy, endometriozy lub mięśniakach różnego rodzaju, których nie można wyłuszczyć z uwagi na ich rozmiary. Niektóre mięśniaki powodują bardzo silne krwawienia, które są uciążliwe i nie pozwalają kobiecie na normalne funkcjonowanie [1,2,3].

Wyróżnia się cztery warianty histerektomii :

- częściową - obejmującą jedynie trzon macicy
- całkowitą - zakładającą usunięcie całej macicy, tj. trzonu i szyjki
- całkowitą z usunięciem jajników i jajowodów
- radykalną [3,4].

Zabieg histerektomii wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu ogólnym w chirurgii klasycznej (otwartej) lub metodami małoinwazyjnymi np. laparoscopia czy przy pomocy robota chirurgicznego da Vinci, który znajduje zastosowanie najczęściej w zabiegach ginekologicznych. Dwie ostatnie metody cechują się nie tylko mniejszą interwencją chirurgiczną, ale również mniejszymi dolegliwościami bólowymi, minimalizacją ewentualnych powikłań pooperacyjnych oraz szybszym okresem rekonwalescencji pacjentek [5].

Zabieg ten to radykalna ingerencja w kobiecość więc jego przeprowadzenie zawsze wiąże się z ogromnym stresem pacjentek, który często wymaga zapewnienia odpowiedniego wsparcia i zrozumienia rodziny jak również tego profesjonalnego w postaci psychologa lub psychiatry [6].

Najczęstsze wskazania do histerektomii

Spotyka się wiele przypadków klinicznych, w których leczenie operacyjne jest najlepszą formą pomocy dla pacjentki. Wśród najczęstszych wskazań do wycięcia narządu rodowego wyróżnia się:

- Mięśniaki macicy
- Endometrioza
- Znaczne obniżenie lub wypadanie macicy.
- Nowotwory np. szyjki macicy, endometrium
- Dysplazja szyjki macicy
- Znacznie powiększona macica [2,3,6,7, 8,9,10].

Mięśniak macicy jest to łagodna postać nowotworu tego narządu, a zarazem stanowi ona najczęstszą formę wśród guzów macicy. Guz ten jest zbudowany z mięśniówki gładkiej i z tkanki włóknistej, która ją podtrzymuje. Powierzchnia przekroju mięśniaka jest wybrzuszona, biała i przypomina wir. U kobiet w okresie rozrodczym około 30 % mięśniaków może ujawniać się na przykład w postaci nieprawidłowych krwawień z macicy mogących wywołać anemię. Mięśniaki najczęściej są diagnozowane podczas rutynowych badań ginekologicznych wykrywających guzy w obrębie miednicy mniejszej, znaczne powiększenie macicy lub przy zgłoszeniu obfitych krwawień z jamy macicy. Objawami alarmującymi są również bóle w obrębie miednicy mniejszej, bolesne miesiączkowanie, niepłodność oraz występujące poronienia. Podstawowym badaniem potwierdzającym obecność mięśniaków jest badanie ultrasonograficzne. Wyróżnia się kilka rodzajów mięśniaków macicy zależnie od ich lokalizacji :

- mięśniaki śródściennie
- mięśniaki podśluzówkowe
- mięśniaki podsurowicówkowe
- mięśniaki międzywiązadłowe
- mięśniak uszypułowany [7, 11, 12, 13, 14, 15]

Mięśniaki, które dają wskazania do leczenia operacyjnego to takie, które:

- dają objawy kliniczne
- w krótkim czasie wykazują dużą tolerancję wzrostową
- wielkością odpowiadają 12- 14 tygodniowej lub większej ciąży

- są stwierdzone w przebiegu leczenia niepłodności
- są rodzaju podśluzówkowego
- wykazują znaczący wzrost w czasie leczenia hormonalnego [7,16].

Techniki operacyjne

Wyróżnia się trzy drogi operacyjne wycięcia narządu rodneho:

- Operacja przezbrzuszna (TAH, total abdominal hysterectomy).
Obejmuje możliwość całkowitego wycięcia macicy z przydatkami lub ich pozostawieniem, nadpochwowe wycięcie trzonu macicy z przydatkami lub z ich pozostawieniem oraz wyłuszczenie mięśniaka macicy.
- Operacja laparoskopowa (TLH, total laparoscopic hysterectomy).
Obejmuje możliwość całkowitego wycięcia macicy z przydatkami lub bez nich, nadszyjkowego wycięcia macicy z przydatkami lub bez nich oraz wyłuszczenia mięśniaków macicy.
- Operacja przezpochwowa (TVH, total vaginal hysterectomy).
Obejmuje możliwość usunięcia mięśniaka macicy uszypułowanego lub podśluzówkowego oraz wycięcia macicy przez pochwę bez przydatków lub z przydatkami [1, 3].

Powikłania po histerektomii

Występowanie powikłań pooperacyjnych jest uzależnione od wielu czynników.

Wyróżnia się powikłania:

- wczesne (do 30 dni po operacji)
- późne (powyżej 30 dni po operacji)
- miejscowe
- ogólne [1, 3].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest:

- 1) Ustalenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki po zabiegu histerektomii drogą przezbrzuszną.
- 2) Stworzenie planu opieki w stosunku do pacjentki po zabiegu histerektomii.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 47-letnią pacjentkę, z zawodu sprzedawcę w salonie optycznym, z rozpoznaniem macicy mięśniakowatej, przebywającą w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Patologii Ciąży w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży w dniach od 28.06.2021 do 02.07.2021 roku. Kobieta rodziła w 1997 i 2000 roku siłami natury. Nie roniła.

Pacjentka została przyjęta w Oddział do planowanego zabiegu operacyjnego nadszyjkowego wycięcia macicy z jajowodami z powodu obfitych, przedłużających się krwawień miesięczkowych z rozpoznanymi mięśniakami macicy.

W badaniu posłużono się metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Materiał do badań pozyskano na podstawie wywiadu pielęgniarzkiego, analizy dokumentacji medycznej, obserwacji oraz dokonanych pomiarów. Wykonano analizę dokumentacji medycznej w oparciu o przebieg historii choroby i pielęgnowania.

W pielęgnowaniu pacjentki na obserwację składa się świadome dostrzeganie wyglądu zewnętrznego, zachowania, kondycji poszczególnych narządów i układów w stanie zdrowia jak i choroby w celu zebrania pełnej informacji do ustalenia rozpoznania problemu pielęgniarzkiego, planowania, realizacji oraz oceny podjętych działań pielęgniarzskich [17].

Wywiad pielęgniarzki z pacjentką jest przeprowadzany w celu zdobycia potrzebnych informacji np. o jej stylu życia, środowisku w jakim przebywa, subiektywnych odczuć związanych ze stanem zdrowia. Poprzez taką rozmowę można łatwiej nawiązać kontakt, okazać zrozumienie, a tym samym wzbudzić zaufanie chorej [17].

Pomiary wykonywane przez położną mogą dostarczyć nam dodatkowych informacji na temat stanu zdrowia pacjentki takich jak: waga, wzrost, ciśnienie, tętno, saturacja, temperatura) [17].

Podczas analizy dokumentacji medycznej możemy poznać szczegóły procesu diagnostycznego oraz terapeutycznego [17].

W celu utworzenia indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej zastosowano między innymi założenia i istotę procesu pielęgnowania, który wykorzystuje rozpoznanie stanu psychicznego, biologicznego, społecznego i środowiskowego danej jednostki. Wszystkie działania pielęgniarskie mają na celu uzyskanie lepszych efektów pielęgnacyjnych. Składa się to z czterech etapów:

- 1) Rozpoznanie - Polega na interpretacji danych zgromadzonych o pacjentce, na których podstawie wyłania się diagnoza pielęgniarska. Diagnoza określa problemy zdrowotne obejmujące zaburzenia biologiczne, społeczne, psychiczne, duchowe i kulturowe.
- 2) Planowanie - Na tym etapie ważne jest określenie celów opieki, sprzętu potrzebnego do osiągnięcia wyznaczonego celu, osób trzecich o odpowiednich kwalifikacjach. Następnie jesteśmy w stanie konstruować plan opieki pielęgniarskiej.
- 3) Realizacja – Stanowi profesjonalne wykonanie ułożonego wcześniej planu opieki pielęgniarskiej.
- 4) Ocenianie – Jest to określanie czy podjęte interwencje pielęgniarskie przyniosły korzystny skutek zdrowotny podopiecznej [17].

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto pacjentkę W.K. w wieku 47 lat z rozpoznaniem macicy mięśniakowatej, przebywającą w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Patologii Ciąży w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży w dniach 28.06.21r. - 02.07.21r.

Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że głównymi dolegliwościami pacjentki przed zabiegiem operacyjnym były obfite i częste miesiączki skutkujące niedokrwistością oraz bóle w dole brzucha i pleców.

Zlokalizowany został mięśniak w dnie macicy o wielkości 43 mm. oraz mięśniak podśluzówkowy o wielkości 21 mm.

Zdecydowano o konieczności leczenia operacyjnego – amputacji trzonu macicy z jajowodami drogą przezbrzuszną.

Zabieg odbył się 29.06.2021r. bez powikłań w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Materiał przekazano do badań histopatologicznych. Ranę pooperacyjną zeszyto szwem ciągłym.

Przy pomocy arkusza danych o pacjentce oceniono stan oraz funkcje poszczególnych narządów i układów w pierwszej dobie po operacji chirurgicznej.

1. Układ krążenia:

- RR- 115/75 mmHg.
- Tętno- 70 u./min.
- Obrzęki- brak
- Powłoki skórne- blade

2. Układ oddechowy:

- Oddech- lekko zwolniony
- Odruch kaszlowy- prawidłowy
- Saturacja- 92% SpO₂ – wprowadzono terapię tlenową poprzez założenie wąsów tlenowych, przepływ tlenu w ilości 2 l na minutę.

3. Układ pokarmowy:

- Odżywianie i nawadnianie- drogą pozajelitową
- Występują często wymioty treścią żołądkową
- Waga - 67 kg, Wzrost - 164 cm, BMI- 24.91

4. Układ moczowy:

- Pacjentka jest zacewnikowana cewnikiem Foley'a.
- Mocz ma barwę słomkową
- Płyny przyjęte: 2000ml
- Płyny wydalone: 1400ml

5. Stan rany pooperacyjnej:

- Opatrunek na powłokach brzusznych czysty, suchy

6. Stan dróg rodnych:

- Występuje niewielkie krwawienie z dróg rodnych
- Wkładki są zmieniane zgodnie z potrzebą

7. Zlecone leki:

- Controloc 40mg tabl. dojelitowe 1 op.-14 szt. o działaniu hamującym wydzielanie kwasu solnego w żołądku.
- Brak leków przyjmowanych na stałe

8. Ból:

- Ból w skali NRS o wartości 7 występuje w miejscu rany pooperacyjnej.
- Dolegliwości bólowe ograniczają samodzielne zmiany pozycji ciała oraz uniemożliwiają wykonywanie ćwiczeń usprawniających.

9. Edukacja pacjentki:

- Pacjentka została wyedukowana w zakresie utrzymywania prawidłowej pozycji ułożeniowej oraz został wyjaśniony cel przeprowadzania ćwiczeń usprawniających i tych zapobiegających powikłaniom.

Chora ma osłabioną siłę mięśniową a ponadto jest senna i apatyczna.

Pacjentka nie gorączkuje – temp. 36.5 °C.

Wlew kroplowy według wskazań lekarskich: Glucosum 5% 1000ml, Optilyte 500ml, Natrium Chloratum 0,9% 500ml.

Środki przeciwbólowe według wskazań lekarskich: Paracetamol, Nalpain 10mg/ml, Ibum Forte.

Uzupełnienie żelaza według wskazań lekarskich: Tardyferon 80mg tabl. powlekane o przedłużonym działaniu.

Prowadzono szczególną obserwację stanu ogólnego pacjentki, opatrunku rany pooperacyjnej, kontrole krwawień z dróg rodnych oraz nadzór diurezy.

W wyniku obserwacji oraz przeprowadzonego wywiadu z pacjentką zauważono silny niepokój związany ze stanem zdrowia i przewlekłe zmęczenie.

Chora ocenia relacje w rodzinie jako bardzo dobre, warunki środowiskowe również jako dobre.

Plan opieki pielęgniarskiej

Proces pielęgnowania w pierwszej dobie po operacji.

Rozpoznanie: Mięśniaki macicy (Myomata uteri)

Leczenie: Histerektomia (Hysterectomy)

Lp.	Diagnoza pielęgnarska	Cel	Interwencje pielęgnarskie	Ocena
1.	Dyskomfort spowodowany bólem rany pooperacyjnej. Ocena natężenia bólu w skali VAS równa 8.	Likwidacja lub zniwelowanie odczuwanego dyskomfortu i bólu.	- Ograniczenie wykonywania przez chorą czynności powodujących napinanie powłok skórnych brzucha (pomoc przy zmianie pozycji ciała i przy wykonywaniu toalety). - Nauka chorej zabezpieczania w czasie aktywności, kaszlu i śmiechu rany pooperacyjnej. - Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza. - Rozmowa z pacjentką w celu odwrócenia uwagi od dolegliwości. - Zapewnienie ciszy i spokoju.	Ból znacznie zmniejszył się z wyniku 8 w skali VAS na 4 po zmianie pozycji ciała oraz po podaniu środków przeciwbólowych.
2.	Dyskomfort z powodu nudności i wymiotów.	Zniwelowanie dyskomfortu spowodowanego nudnościami i częstymi wymiotami.	- Ułożenie pacjentki w bezpiecznej pozycji podczas torsji np. półwysokiej. - Zapewnienie woreczków jednorazowych, ligniny, miski nerkowatej. - Podawanie chorej wody w celu popłukania ust i pomoc w utrzymaniu higieny jamy ustnej. - Na zlecenie lekarza podanie leków przeciwwymiotnych. - Wietrzenie sali w celu eliminacji przykrego	Nudności i wymioty ustąpiły.

			zapachu	
3.	Zagrożenie powikłaniami pooperacyjnymi ze strony układu moczowego (uszkodzenie moczowodu, pęcherza moczowego, powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej lub zakażenie układu moczowego poprzez założony cewnik Foley'a).	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.	- Prowadzenie bilansu płynów. - Obserwacja i kontrola barwy i ilości wydalanego moczu. - Pomoc w wykonywaniu toalety krocza. - Obserwacja stanu i zabarwienia skóry w okolicy krocza. - Edukacja pacjentki na temat postępowania z cewnikiem Foley'a. - Kontrola czystości wkładki higienicznej i jej wymiana w razie potrzeby.	Podczas obserwacji i kontroli czynności układu moczowego nie wykryto żadnych powikłań.
4.	Zagrożenie powikłaniem pooperacyjnym w postaci wstrząsu hipowolemicznego (możliwym przy krwawieniu pooperacyjnym).	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłania.	- Prowadzenie stałego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, saturacji. - Obserwacja stanu rany pooperacyjnej, opatrunku oraz krwawień z dróg rodnych. (Wyżej wymienione czynności pomiarowe parametrów życiowych oraz czynności obserwacyjne powtarzane w ciągu pierwszych dwóch godzin co 15 minut, następnie co 2 godziny w ciągu pierwszej doby)	Podczas obserwacji pacjentki nie stwierdzono wystąpienia powikłania wstrząsem hipowolemicznym.

5.	Zagrożenie powikłaniem pooperacyjnym w postaci zaburzeń układu oddechowego (niedodma płuc).	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłania oraz zwiększenie wentylacji płuc.	- Pomoc w doborze pozycji zapewniającej drożność dróg oddechowych. - Kontrola oddechów na minutę (norma wynosi 12-17 oddechów na minutę) - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorej (regularne wietrzenie sali pacjenta) - Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych 2 razy dziennie w ciągu 20 minut (np. Leżenie tyłem, kolana ugięte. Wdech nosem, wydech pogłębiony ustami z dmuchaniem na kartkę papieru lub ligninę; Leżenie tyłem, kolana ugięte. Wdech nosem, wydech ustami. Wydech. Pauza, aż do pogłębionego oddechu zakończonego kaszlem. Ręce pacjentki uciskają podczas kaszlu opatrunek i ranę pooperacyjną, wykonywanie głębokich oddechów) - Podanie tlenu na zlecenie lekarza.	Po odpowiednim ułożeniu i podaniu tlenu pacjentce zmniejszono zagrożenie zaburzeń układu oddechowego.
----	---	--	--	---

6.	Dyskomfort spowodowany bólem rany pooperacyjnej podczas odkrztuszania.	Zmniejszenie dyskomfortu w czasie odkrztuszania.	- Oklepywanie pleców chorej w celu ułatwienia odkrztuszania zalegającej wydzieliny. - Pomoc pacjentce poprzez dobór odpowiedniej pozycji przy odkrztuszaniu. - Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych - Nauka efektywnego odkrztuszania nagromadzonej wydzieliny w drogach oddechowych	Dolegliwości bólowe zmniejszyły się po przyjęciu dobrej pozycji przy odkrztuszaniu oraz oklepywaniu i nacieraniu pleców pacjentce.
7.	Ryzyko wystąpienia zakażenia wewnątrzszpitalnego poprzez obecność rany pooperacyjnej.	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.	- Obserwacja stanu ogólnego pacjentki. - Wykonywanie wszystkich zabiegów zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. - Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej (początkowo co 15 minut, następnie co 2 godziny). - Obserwacja stanu i zabarwienia skóry w okolicy rany pooperacyjnej. - Dbanie o czystość opatrunku i wymieniać go w razie potrzeby.	Dzięki prowadzonym działaniom profilaktycznym nie wystąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne.

8.	Zagrożenie wystąpienia powikłania pooperacyjnego w postaci zapalenia płuc.	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłania.	- Obserwacja stanu ogólnego pacjentki. - Zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta co 2 godziny. - Nacieranie i oklepywanie klatki piersiowej. - Pomoc w prowadzeniu gimnastyki oddechowej. - Obserwacja trudności w oddychaniu.	Obserwując pacjentkę i prowadząc działania profilaktyczne nie stwierdzono objawów zapalenia płuc.
9.	Zagrożenie wystąpienia powikłania pooperacyjnego zakrzepowo-zatorowego w postaci zakrzepicy żył głębokich.	Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakrzepicy żył głębokich.	- Tak wcześnie jak to możliwe uruchomienie chorej. - Pomoc w ćwiczeniu czynnym i biernym kończyn dolnych (Zginanie i prostowanie palców rąk i nóg, dłoni i stóp). - Zachęcenie pacjentki do stopniowego wprowadzania w życie gimnastyki leczniczej. - Pomoc w usprawnieniu pacjentki.	Chora w miarę swoich możliwości starała stosować się do podanych wskazówek.
10.	Niepokój pacjentki o własne zdrowie i życie oraz wynik badania histopatologicznego.	Zlikwidowanie lub zmniejszenie występującego niepokoju.	- Zapewnienie chorej kontaktu z lekarzem, psychologiem. - Rozmowa z pacjentką. - Edukacja na temat postępowania medycznego. - Zapewnienie telefonicznego kontaktu z rodziną.	Niepokój pacjentki znacznie zmniejszył się.

PODSUMOWANIE

Przygotowana praca dotyczy opieki pielęgniarskiej nad chorą w pierwszej dobie pooperacyjnej po zabiegu histerektomii drogą przezbrzuszną, spowodowaną występowaniem mięśniaków macicy.

W niniejszej pracy:

- Opracowano opis przypadku na podstawie szczegółowego arkusza do gromadzenia danych o pacjentce w oddziale ginekologiczno-położniczym.
- Określono problemy dotyczące pielęgnacji chorej po zabiegu nadszyjkowego wycięcia macicy z jajowodami drogą laparotomii biorąc pod uwagę stan bio- psycho- społeczny pacjentki. Do najważniejszych problemów pielęgnacyjnych u objętej badaniem pacjentki należały: ból w miejscu rany pooperacyjnej, towarzyszące nudności i wymioty, niepokój powodujący obniżenie nastroju jak i zagrożenie wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu moczowego, oddechowego oraz krwionośnego.
- Na podstawie dostępnych danych stworzono plan opieki pielęgniarskiej oraz dokonano analizy i oceny wyników podjętych działań pielęgnacyjnych sprawowanych na rzecz konkretnej pacjentki i jej rodziny, dzięki którym to działaniom nie doszło między innymi do wczesnych powikłań pooperacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Malinowski A., Makowska J., Antosiak B.: Całkowite laparoskopowe wycięcie macicy – wskazania i powikłania u 158 pacjentek, *Ginekologia Polska*, 2013; 84: 252-257.
2. Medycyna Praktyczna: Nieprawidłowe krwawienia z macicy [online]. Dostępne: <https://www.mp.pl/ginekologia/wideo/204762,nieprawidlowe-krwawienia-z-macicy>. Data pobrania: 20.05.2022.
3. Śpiewankiewicz B., Powikłania pooperacyjne w ginekologii, PZWL, Warszawa 2022.
4. Medycyna Praktyczna: Czy pozostawienie szyjki macicy podczas histerektomii przynosi korzyści? [online]. Dostępne: <https://www.mp.pl/ginekologia/wideo/225417,czy-pozostawienie-szyjki-macicy-podczas-histerektomii-przynosi-korzysci>. Data pobrania: 20.05.2022.

5. Ginekologia po dyplomie: Robotyka w ginekologii [online]. Dostępne: <https://podyplomie.pl/ginekologia/15585,robotyka-w-ginekologii?page=2>. Data pobrania: 20.05.2022.
6. Bielawska A., Bączyk G., Kozłowska K., Turkiewicz K., Skokowska B., Gacek L., Pyszczońska M., Bernad D., Pieścikowska J.: Jakość życia kobiet po histerektomii jako wskaźnik efektywności działań terapeutycznych i opieki pielęgniarskiej, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015; 3 (57): 307-312.
7. Woźniak S., Pietrzak B., Paszkowski T., Radowicki S., Pawelczyk L., Wielgoś M.: *Farmakoterapia mięśniaków macicy*, Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Lublin 2017.
8. Puls Medycyny: Program "Oblicza Medycyny". Histerektomia powinna być ostatecznością [WIDEO] [online]. Dostępne: <https://pulsmedycyny.pl/program-oblicza-medycyny-histerektomia-powinna-byc-ostatecznoscia-wideo-977978>. Data pobrania: 20.05.2022.
9. Falcone T., Flyckt R.: Clinical management of endometriosis, *Obstetrics and Gynecology*, 2018; 131: 557-571.
10. Bręborowicz G., *Położnictwo i ginekologia*, Tom 2, PZWL, Warszawa 2020.
11. Knapp P., Chabowski A.: Molekularne i cytogenetyczne podstawy rozwoju mięśniaków macicy, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2012; 66: 23-32.
12. Pasztaleniec-Iglik K., Kołodziejczak M., Bierca J., Sudoł-Szopińska I.: Nietypowa lokalizacja mięśniaka w lewym dole kulszowo-odbytniczym - opis przypadku, *Nowa Medycyna*, 2017; 24 (2): 54-58.
13. Laughlin-Tommaso S. K., Stewart E. A.: Moving toward individualized medicine for uterine leiomyomas, *Obstetrics and Gynecology*, 2018; 132: 961–971.
14. Donneza J, Treatment of uterine leiomyoma: how to choose a therapeutic method?. *Journal of the Korean Medical Association*, 2015; 58(12): 1147-1153
15. Laughlin S. K., Stewart E. A.: Uterine leiomyomas. Individualizing the approach to a heterogeneous condition. *Obstetrics & Gynecology*, 2012; 117: 396-403.
16. Medycyna Praktyczna: Jak kwalifikować pacjentki do leczenia zachowawczego mięśniaków macicy? [online]. Dostępne: <https://www.mp.pl/ginekologia/wideo/112064,jak-kwalifikowac-pacjentki-do-leczenia-zachowawczego-miesniakow-macicy>. Data pobrania: 20.05.2022.
17. Kózka M., Lenartowicz H., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2021.

OCENA WIEDZY I POSTAW MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Barbara Aleksiejuk^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1/ -Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

2/ - I Klinika Nefrologii i Transplantologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

3 / -Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Współczesna transplantologia uznawana jest za dość młodą dziedzinę medycyny. Jej największy rozwój nastąpił w pierwszych latach XX wieku. Uważana jest za największe osiągnięcie medycyny. Wiadomo jednak, że pierwsze nieudane próby przeszczepiania narządów sięgają średniowiecza. Obecnie dzięki dynamicznemu rozwojowi medycyny zmieniono definicję śmierci człowieka jako całości, przyjęto iż wyznacznikiem śmierci jest śmierć mózgu [1].

Jednak ciągle pomimo upływu lat ten temat wzbudza liczne kontrowersje zarówno w środowiskach medycznych jak i w opinii publicznej. W społeczeństwie jest wiele obaw związanych z tą ideą, istnieje też wiele mitów, które od lat są powtarzane nie mając żadnych wiarygodnych podstaw. Pomimo wielu kampanii edukacyjnych i aprobaty większej części społeczeństwa w momencie podejmowania decyzji o pobraniu organów nadal lekarze spotykają się z wielkim oporem. Najprawdopodobniej przyczyną tego zjawiska jest brak wiedzy i zaufania społecznego do definicji śmierci mózgowej i procedur, które towarzyszą jej orzekaniu [2].

Kolejnym aspektem jest występujący w każdej kulturze szacunek dla zwłok, w wielu grupach społecznych widzimy sprzeciw dla naruszania zwłok, a pobieranie narządów jest traktowane jako ich bezczeszczenie [3].

Środowiska medyczne również nie mają jednordownej opinii w tej kwestii. Prof. Bogusław Wolniewicz określa transplantację jako pewien rodzaj kanibalizmu, wprowadza określenie neokanibalizm. Inni zarzucają iż osoby oczekujące na przeszczep czekają na czyjś śmierć. Jednak wiadomo, że biorca-osoba ciężko chora, nie oczekuje

śmierci konkretnej osoby ani w żaden sposób się do niej nie przyczynia [4].

Po za problemami etycznymi rozwój transplantologii spowodował powstanie odpowiednich regulacji prawnych. W Polsce aspekty prawne reguluje ustawa z 1 lipca 2005 roku. Regulacje te mają na celu wykluczenie wszelkich nieprawidłowości związanych z kwalifikacją dawców rodzinnych i niespokrewnionych, z kwalifikowaniem do przeszczepów i z eliminacją wszelkich działań komercyjnych w tej dziedzinie [5].

Jednak nadal w Polsce największym problemem jest brak dawców. Każdego roku umiera wiele osób zakwalifikowanych do przeszczepu tylko dlatego, że nie otrzymały odpowiednich narządów.

Główną przyczyną takiego stanu jest brak wiedzy w społeczeństwie, nieuświadomienie korzyści płynących z transplantacji oraz niewiedza na temat pojęcia śmierci mózgowej. Konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na kampanie edukacyjne, które zwiększą poziom wiedzy o przeszczepach w społeczeństwie gdyż badania, które publikowano do tej pory oceniały ten poziom jako niski [6].

CEL PRACY

Celem niniejszych badań była ocena poziomu wiedzy oraz zróżnicowania postaw mieszkańców województwa podlaskiego dotyczących transplantologii.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniem objętych zostało 150 mieszkańców województwa podlaskiego. Osoby biorące udział w badaniu ankietowym stanowiły głównie kobiety (63,3%), w wieku 41-50 lat (36%), zamieszkujące w miastach (88%) oraz posiadające wyższy stopień wykształcenia (66,7%).

Do badań posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 7 pytań zamkniętych charakteryzujących grupę badawczą (metryczka) oraz z 22 pytań szczegółowych sprawdzających wiedzę i badających opinię mieszkańców województwa podlaskiego na temat transplantologii. Badania przeprowadzone zostały drogą internetową w okresie 1.10 – 30.11.2022 r.

Do opracowania statystycznego wyników badań ankietowych oraz celem określenia prawdopodobieństwa zależności w próbie i odniesienia ich do ogółu grupy badawczej, posłużono się metodą opisu, a także badaniem współzależności dla cech ilościowych i jakościowych.

W niniejszej pracy własnej wykorzystano zmienne niezależne takie jak płeć, wiek i wykonywany zawód.

Zebrane dane opisane zostały poprzez grupowanie ich – cechy nominalne, z wyszczególnieniem częstości ich występowania oraz wykonaniu statystyk opisowych dla cech mierzalnych, a uzyskane wyniki zostały zaprezentowane za pomocą wykresów, tabel, a także struktury procentowej i liczbowej.

Obliczenia i wykresy zostały wykonane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2021.

W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystyczne zależności posłużono się analizą przy pomocy nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych, korzystając z kalkulatorem chi – kwadrat Pearsona [<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>].

Prawdopodobieństwo testowe (p) świadczyło o istotności statystycznej badanej zależności. Przyjęto następujące zasady, gdy:

- $p < 0,05$ – zależności istotne statystycznie;
- $p < 0,01$ - zależności wysoce istotne statystycznie;
- $p < 0,001$ - zależności bardzo wysoko istotne statystycznie.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej WSM w Białymstoku.

WYNIKI

Ocena grupy badanej

Badania zostały przeprowadzone w grupie 150 mieszkańców województwa podlaskiego i dotyczyły oceny poziomu wiedzy oraz zróżnicowania postaw dotyczących transplantologii. Wykazano, że większość badanych, bo 63,3% stanowiły kobiety, natomiast mężczyzn było 36,7%.

Analiza wykazała, że badani stanowili zróżnicowaną reprezentatywność we wszystkich przedziałach wiekowych. Osoby w wieku 41-50 lat prezentowały 36% ogółu badanych, nieznacznie mniej niż ¼ badanych (24,7%) stanowiły osoby najmłodsze, mające 18-24 lata, ankietowanych w wieku 31-40 lat było 16%, natomiast zbliżony odsetek respondentów stanowiły osoby mające 25-30 lat oraz 51-69 lat (odpowiednio 11,3% oraz 10%). Zaledwie trzy osoby (2%) miały powyżej 70 lat.

Przeważający odsetek respondentów, bo 88% zamieszkiwał w miastach, natomiast pozostała część badanych (12%) mieszkała w środowisku wiejskim.

Zdecydowana większość badanych, bo 82% zadeklarowało się jako osoby wierzące, natomiast pozostałą część badanych (18%) przyznało, że są ateistami.

Zdecydowana większość badanych, bo 66,7% posiadała wykształcenie wyższe, nieznacznie mniej niż 1/3 ankietowanych (30%) posiadało wykształcenie średnie. Zaledwie trzy osoby (2,7%) ukończyły zawodówkę, natomiast jedna osoba (0,7%) była po szkole podstawowej.

Więcej niż połowę badanych (52,7%) stanowiły osoby zamężne/żonate, respondenci będący stanu wolnego stanowili 44,7% ogółu badanych, natomiast wdów i wdowców było zaledwie 2,7%.

Prawie połowa badanych (47,3%) wykonywało pracę umysłową, zbliżoną część respondentów stanowili uczniowie/studenci, a także pracownicy ochrony zdrowia (odpowiednio 20,7% oraz 20%), natomiast 10% badanych stanowili pracownicy fizyczni. Tylko trzy osoby (2%) przyznały, że są bezrobotne.

Wyniki szczegółowe

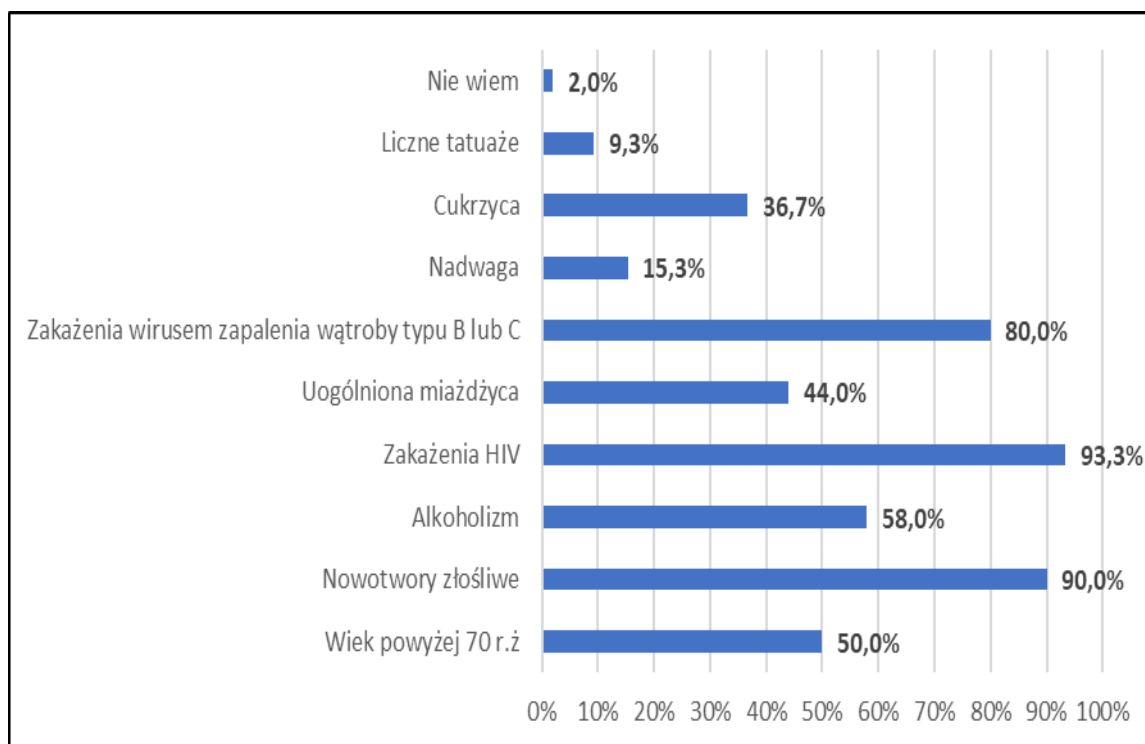
Wykazano, że zdecydowana większość badanych, bo aż 91,3% potrafiło prawidłowo zdefiniować pojęcie transplantologii, wskazując na odpowiedź „przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi”, 8% respondentów błędnie uważało, iż transplantologia jest przekazywaniem swoich organów po śmierci, natomiast jedna osoba (0,7%) przyznała, że nie posiada wiedzy na ten temat.

Więcej niż połowa badanych, bo 57,3% wiedziało, iż narządem najczęściej przeszczepianym w Polsce są nerki, taki sam odsetek mieszkańców województwa podlaskiego (14,7%) błędnie wskazało na serce i wątrobę, natomiast 12% badanych przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat. Zaledwie dwie osoby (1,3%) mylnie sądziło, iż w Polsce najczęściej wykonywane są przeszczepy płuc.

Analiza danych wykazała, że zdecydowana większość respondentów wiedziała, iż od żywego dawcy możliwe jest pobranie nerek (88,7%) oraz fragmentu wątroby (74,7%). Nieznacznie więcej niż ¼ badanych (26%) błędnie wskazało na płuca, 18% wymieniło serce, 10% wskazało na jelita, natomiast 9,3% badanych uznało, że od żywego dawcy możliwe jest pobranie jelit. Odpowiedź „nie wiem” wskazało 3,3% badanych.

Na podstawie danych przedstawionych na Rycinie 1 zauważono, że zdecydowana większość mieszkańców województwa podlaskiego wiedziało, iż bezwzględny przeciwwskazaniem do bycia dawcą narządów są zakażenia wirusem HIV (93,3%), nowotwory złośliwe (90%) oraz zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i C (80%).

Ankietowani w mniejszym stopniu wskazali na uogólnioną miażdżycę (44%). Więcej niż połowa respondentów (58%) błędnie uważało, iż alkoholizm bezwzględnie dyskwalifikuje z bycia dawcą, połowa badanych wskazała na wiek powyżej 70 r.ż., 36,7% wskazało na cukrzycę, 9,3% na posiadanie licznych tatuaży, natomiast trzy osoby (2%) przyznały, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

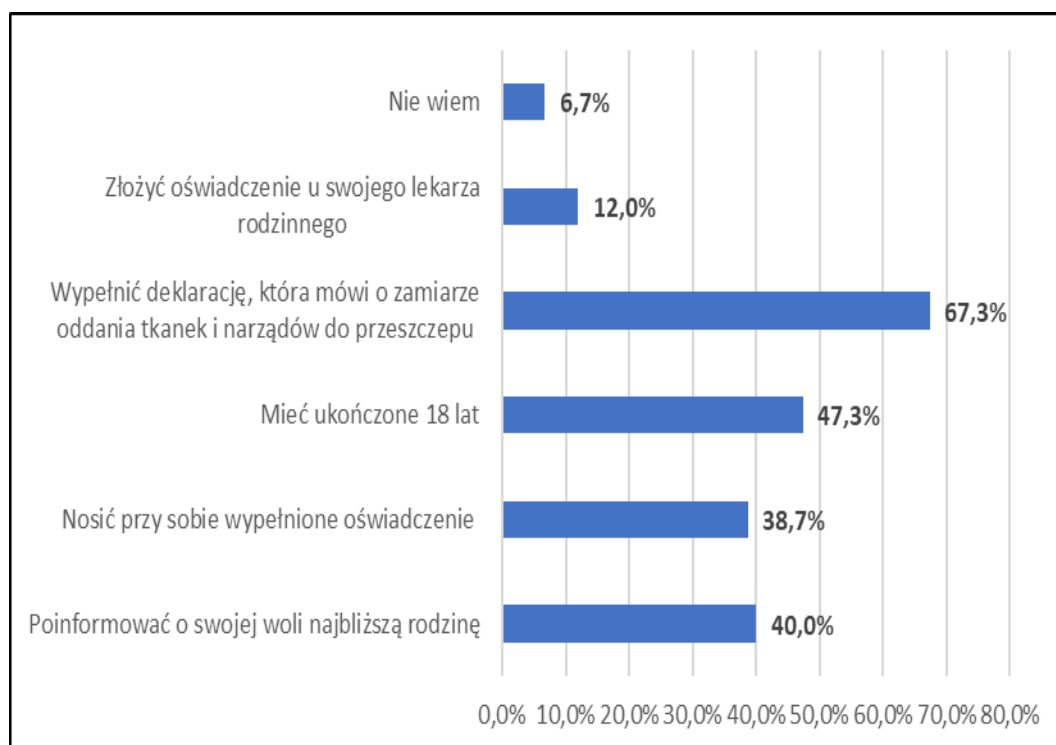


*pytanie wielokrotnego wyboru – wartości nie sumują się do 100%

Rycina 1. Bezwzględne przeciwwskazania do bycia dawcą

Wykazano, że zaledwie 36,7% badanych wiedziało, że koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce zajmuje się Centrum Organizacyjno-Transplantacyjne Poltransplant, 29,3% ankietowanych błędnie wskazało na Krajową Radę Transplantacji, natomiast 34% respondentów wskazało odpowiedź „nie wiem”.

40% badanych wiedziało, iż aby zostać dawcą narządów należy poinformować o swojej woli najbliższą rodzinę. Aż 67,3% ankietowanych błędnie sądziło, iż w celu z bycia dawcą należy wypełnić deklarację mówiącą o zamiarze oddania tkanek i narządów do przeszczepu, 47,3% respondentów mylnie uważało, iż należy mieć ukończone 18 lat, 38,7% sądziło, że należy nosić przy sobie wypełnione oświadczenie, a 12% uważało, że należy złożyć oświadczenie u swojego lekarza rodzinnego. Dziesięciu respondentów (6,7%) przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat (Rycina 2).

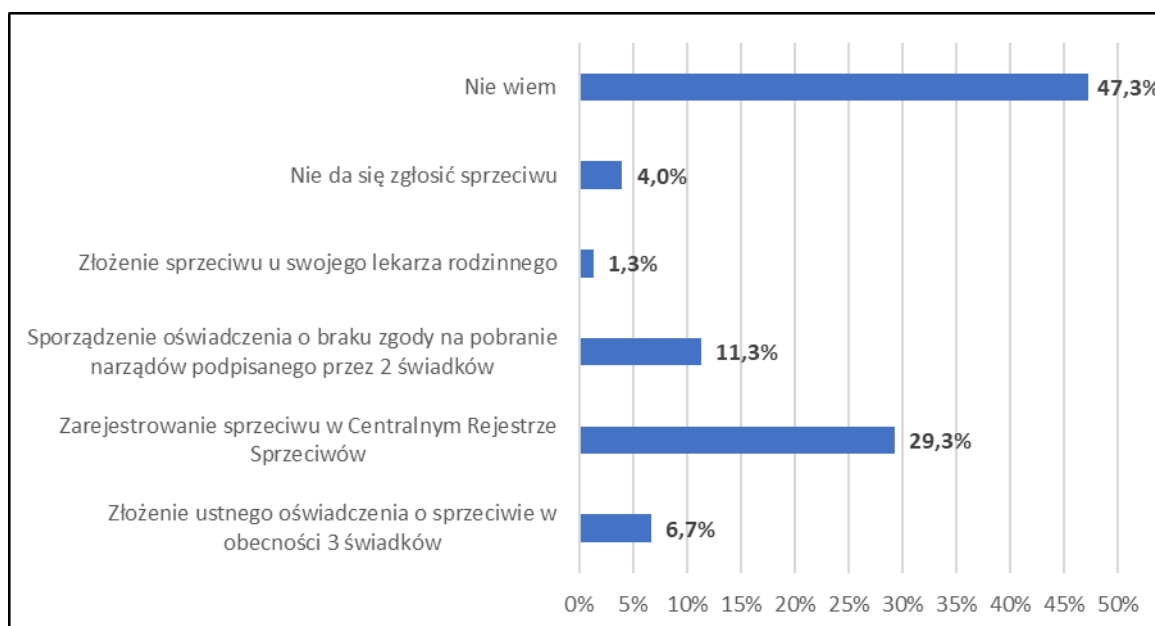


*pytanie wielokrotnego wyboru – wartości nie sumują się do 100%

Rycina 2. Warunki, jakie należy spełnić, aby zostać dawcą

Wykazano, że zdecydowana większość badanych, bo 65,3% potrafiło prawidłowo zdefiniować zgodę domniemaną, wskazując na odpowiedź „brak sprzeciwu wyrażonego za życia odnośnie pobierania narządów”. Zbliżony odsetek mieszkańców województwa podlaskiego błędnie uważało, iż zgoda domniemana oznacza zgodę na pobieranie narządów po śmierci oraz po śmierci osoby bliskiej (odpowiednio 12% oraz 11,3%), natomiast 11,3% badanych przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

Na podstawie danych przedstawionych na Rycinie 3 zauważono, że niespełna 1/3 badanych (29,3%) wiedziało, iż sposobem zgłoszenia sprzeciwu wobec pobrania narządów jest zarejestrowanie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (29,3%) oraz sporządzenie oświadczenia o braku zgody na pobieranie narządów podpisanego przez 2 świadków (11,3%). Zbliżony odsetek respondentów błędnie uważało, iż aby zgłosić sprzeciw wobec pobrania narządów należy złożyć ustne oświadczenie o sprzeciwie w obecności 3 świadków, złożyć sprzeciw u lekarza rodzinnego, a także uważało, iż nie jest możliwe zgłoszenie sprzeciwu (odpowiednio 6,7%, 1,3% oraz 4%). Blisko połowa badanych (47,3%) deklarowało, że nie posiadają wiedzy na temat zgłoszenia sprzeciwu wobec pobierania narządów.



Rycina 3. Sposób zgłoszenia sprzeciwu wobec pobrania narządów

Zauważono, że niespełna $\frac{1}{4}$ badanych (24,7%) potrafiło prawidłowo zdefiniować oświadczenie woli wskazując na odpowiedź „nieformalne wyrażenie zgody na pobranie narządów”. Aż 66,7% badanych mylnie sądziło, iż oświadczenie woli jest formalnym wyrażeniem zgody na pobranie narządów, natomiast 8,7% respondentów nie posiadało wiedzy na ten temat.

Aż 95,3% ankietowanych akceptowało pobieranie narządów od osób zmarłych celem ratowania życia innych osób, dwie osoby (1,3%) nie akceptowały pobierania narządów od osób zmarłych, natomiast 3,3% badanych przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

Wyliczono, że prawie $\frac{3}{4}$ respondentów (73,3%) wyrażało zgodę na pośmiertne pobieranie narządów celem ratowania życia innej osobie, 7,3% mieszkańców województwa podlaskiego zgodziłoby się przekazać narządy po śmierci tylko i wyłącznie dla bliskiej osoby, natomiast trzy osoby (2%) kategorycznie nie wyrażały zgody na pobieranie narządów po śmierci. Odpowiedź „nie wiem” wskazało 17,3% badanych.

Analiza danych wykazała, że prawie połowa mieszkańców województwa podlaskiego biorących udział w badaniu ankietowym (49,3%) nie potrafiło się określić czy wyraziłoby zgodę na zostanie żywym dawcą, 38% ankietowanych wyraziłoby zgodę, natomiast 12,7% respondentów nie wyraziło zgody na zostanie żywym dawcą.

Zauważono, że zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 78% deklarowało, że nie posiadają wypełnionego oświadczenia woli na oddanie narządów do przeszczepu po śmierci, 9,3% respondentów przyznało, że posiada oświadczenie woli, natomiast 12,7%

badanych zadeklarowało, iż jeszcze nie wypełniali oświadczenia woli ale mają zamiar to zrobić.

W opinii badanych do najczęstszych czynników wpływających na ilość transplantacji w Polsce należało brak zgody rodziny zmarłego (68,7%), poglądy religijne (40%), przekonanie, że kryterium śmierci mózgu jest niewystarczające do uznania osoby za zmarłą (34,7%) oraz słabo funkcjonująca służba zdrowia (30,7%). Ankietowani w mniejszym stopniu wskazali na aspekty etyczne (26,7%), natomiast 12,7% badanych nie potrafiło określić jakie czynniki wpływają na ilość transplantacji w Polsce.

Respondenci dokonali subiektywnej oceny poziomu wiedzy na temat transplantacji. Zauważono, że większość badanych (63,3%) przyznało, iż posiadają słaby poziom wiedzy, 31,3% respondentów przyznało, iż posiadają dobry poziom wiedzy na temat transplantacji, dwie osoby (1,3%) wskazały na bardzo dobry poziom wiedzy, natomiast 4% respondentów przyznało, iż nie posiadają wiedzy na temat transplantacji.

Ocena ogólnego poziomu wiedzy na temat transplantologii

Dokonano ogólnej oceny poziomu wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat transplantologii, na podstawie sumy prawidłowych odpowiedzi z 12 pytań weryfikujących ich wiedzę, gdzie 1 właściwa odpowiedź = 1 punkt. Wyniki, które uzyskano zostały uszeregowane do następujących kategorii:

- 0 - 4 pkt. – niski poziom wiedzy;
- 5 – 8 pkt. – przeciętny poziom wiedzy;
- 9 – 12 pkt. – bardzo dobry poziom wiedzy.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 66,7% posiadało przeciętny poziom wiedzy na temat transplantologii, natomiast zbliżony odsetek respondentów posiadało wiedzę na poziomie bardzo dobrym oraz niskim (odpowiednio 17,3% oraz 16%).

W toku niniejszych badań dokonano szczegółowej analizy wiedzy ankietowanych nt. transplantologii.

Na podstawie danych przedstawionych w Tabeli I zauważyć można, że średni poziom wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat transplantacji w skali 0-12 punktowej wynosił $6,61 \pm 2,04$, co oznaczało wiedzę na poziomie przeciętnym. Minimalna wartość wynosiła 1, a maksymalna 12 i była to najwyższa możliwa do zdobycia ilość punktów. Pierwszy kwartył dla poziomu wiedzy badanych wynosił 5, natomiast drugi kwartył wynosił 7.

Tabela I. Szczegółowa analiza poziomu wiedzy respondentów

	Poziom wiedzy
Średnia	6,61
Minimum	1
Maksimum	12
Odchylenie standardowe	2,04
Pierwszy kwartyl	5
Drugi kwartyl	7

W dalszej części badań dokonano oceny zależności pomiędzy poziom wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat transplantologii a ich płcią, wiekiem i wykonywanym zawodem. Szczegółowe dane przedstawione zostały w Tabelach II-IV. Wykazano zależność istotną ze statystycznego punktu widzenia na poziomie wysokim ($p < 0,01$) pomiędzy ogólnym poziomem wiedzy na temat transplantacji a płcią badanych ($\chi^2 = 13,38$; $p = 0,0012$) - Tabela II.

Kobiety prezentowały wyższy poziom wiedzy na temat transplantologii niż mężczyźni. Wiedzę na poziomie bardzo dobrym posiadało 22,1% kobiet i tylko 9,1% mężczyzn. Przeciętną wiedzę charakteryzowało się 68,4% kobiet i 63,8% mężczyzn, natomiast niski stan wiedzy posiadało więcej niż ¼ mężczyzn (27,3%) oraz 9,5% kobiet.

Tabela II. Poziom wiedzy na temat transplantologii a płeć badanych

Płeć badanych		Ogólny poziom wiedzy			Razem
		Niski	Przeciętny	Bardzo dobry	
Kobieta	N	9	65	21	95
	%	9,5%	68,4%	22,1%	100%
Mężczyzna	N	15	35	5	55
	%	27,3%	63,6%	9,1%	100%
Chi square		13,38			
P		0,0012			

Analiza statystyczna wykazała bardzo wysoce istotną statystycznie zależność ($p < 0,00001$) pomiędzy ogólnym poziomem wiedzy badanych na temat transplantologii a ich wiekiem ($\chi^2 = 36,42$) - Tabela III.

Zauważono, że osoby młode i w średnim wieku (25-50 lat) posiadały wyższy poziom wiedzy na temat transplantologii niż osoby poniżej 25 r.ż. oraz mające więcej niż 50 lat. Wiedzę na poziomie bardzo dobrym posiadało zbliżony odsetek mieszkańców województwa

podlaskiego mających 25-40 lat oraz 41-50 lat (odpowiednio 22% oraz 22,2%), 16,7% osób po 50 r.ż., a także 5,4% badanych mających 18-24 lat.

Wiedzę na poziomie przeciętnym charakteryzowało się aż 70,4% respondentów w wieku 41-50 lat, 68,3% badanych mających 25-40 lat, 62,2% respondentów poniżej 25 r.ż., a także 61,1% ankietowanych mających więcej niż 50 lat.

Wiedzę na poziomie niskim posiadało blisko 1/3 badanych (32,4%) w wieku 18-24 lat, 22,2% ankietowanych mających więcej niż 50 lat oraz zbliżony odsetek respondentów mających 25-40 oraz 41-50 lat (odpowiednio 9,8% oraz 7,4%).

Tabela III. Poziom wiedzy na temat transplantacji a wiek badanych

Wiek		Ogólny poziom wiedzy			Razem
		Niski	Przeciętny	Bardzo dobry	
18-24 lata	N	12	23	2	37
	%	32,4%	62,2%	5,4%	100%
25-40 lat	N	4	28	9	41
	%	9,8%	68,3%	22,0%	100%
41-50 lat	N	4	38	12	54
	%	7,4%	70,4%	22,2%	100%
>50 lat	N	4	11	3	18
	%	22,2%	61,1%	16,7%	100%
Chi square		36,42			
P		<0,00001			

Wykazano zależność istotną statystycznie na poziomie bardzo wysokim ($p < 0,00001$) pomiędzy ogólnym poziomem wiedzy badanych na temat przeszczepiania narządów a wykonywanym zawodem (chi square=85,2) - Tabela IV.

Pracownicy medyczni oraz pracownicy umysłowi charakteryzowali się najwyższym poziomem wiedzy na temat transplantologii.

Wiedzę na poziomie bardzo dobrym posiadało 40% pracowników ochrony zdrowia, 24,1% pracowników umysłowych oraz zaledwie 6,7% pracowników fizycznych i 3,2% uczniów/studentów.

Przeciętny poziom wiedzy na temat przeszczepiania narządów posiadało blisko $\frac{3}{4}$ pracowników fizycznych (73,3%), 63,3% pracowników umysłowych, 61,3% uczniów i studentów, a także 60% pracowników medycznych.

Niską wiedzę charakteryzowało się więcej niż 1/3 uczniów i studentów (35,5%), 1/5 pracowników fizycznych oraz 12,7% pracowników umysłowych.

Tabela IV. Poziom wiedzy na temat transplantacji a wykonywany zawód

Wykonywany zawód		Ogólny poziom wiedzy			Razem
		Niski	Przeciętny	Bardzo dobry	
Pracownik fizyczny	N	3	11	1	15
	%	20,0%	73,3%	6,7%	100%
Pracownik umysłowy	N	10	50	19	79
	%	12,7%	63,3%	24,1%	100%
Uczeń/student	N	11	19	1	31
	%	35,5%	61,3%	3,2%	100%
Pracownik ochrony zdrowia	N	0	18	12	30
	%	0%	60%	40%	100%
Chi square		85,2			
P		<0,00001			

DYSKUSJA

Transplantacja jest obecnie jedną z najlepszych, a często jedyną formą leczenia niewydolności różnych narządów. Jednak liczba osób oczekujących na przeszczep jest dużo większa niż liczba dawców i niestety różnica ta ma tendencję wzrostową. Wielu pacjentów nie ma nieograniczonego czasu, aby czekać na zabieg, ich stan stopniowo się pogarsza i umierają nie doczekując przeszczepu. Dużym problemem transplantologii jest to, że nadal jest dziedziną kontrowersyjną i wzbudza w społeczeństwie dużo nie zawsze pozytywnych emocji. Dlatego bardzo ważne jest ciągle podnoszenie wiedzy w społeczeństwie, gdyż wraz ze wzrostem poziomu wiedzy i większym poznaniem zagadnień transplantologii wzrasta świadomość i empatia dla potrzebującego człowieka.

W prowadzonym badaniu na pierwsze pytanie dotyczące definicji transplantacji prawidłowo odpowiedziało 91,3% respondentów, tylko 8% udzieliło złej odpowiedzi, że transplantacja to oddawanie narządów po śmierci, 0,7% nie znało odpowiedzi. Nikt z badanych nie wskazał odpowiedzi mówiącej o sprzedawaniu własnych organów.

W pracy „Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów” prawidłowa odpowiedź udzieliło 80% osób z miasta i 82% ze wsi. 20% z miasta i 18% ze wsi zaznaczyło odpowiedź nieprawidłową, że transplantacja to oddawanie narządów po śmierci i podobnie, jak w autorskich badaniach nikt nie zaznaczył odpowiedzi mówiącej o sprzedawaniu własnych organów [7].

Na temat najczęściej przeszczepianych narządów wiedza w prezentowanej pracy przedstawiała się następująco: 57,3% podawało prawidłową odpowiedź, że najczęściej

przeszczepia się nerki, 14,7% podawało odpowiedź, że serce i wątroba, 1,3% płuca, a 12% wskazało odpowiedź „nie wiem”.

W cytowanej wcześniej pracy prawidłową odpowiedź na temat najczęściej przeszczepianych narządów uzyskano od 88% osób z miasta i 82% ze wsi [7].

W pytaniu „Jakie narządy można pobrać do przeszczepu od żywego dawcy”, które było pytaniem wielokrotnego wyboru odpowiedzi rozłożyły się w następujący sposób: 88,7% badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi, że najczęściej przeszczepianym narządem są nerki, 74,7% jako najczęściej przeszczepiane podało fragmenty wątroby, 26% płuca, 18% serce, 10% jelita, 9,3% trzustka, a 3,3% zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

W analizie „Postawy i wiedza mieszkańców miast i wsi na temat transplantacji narządów” uzyskano podobne dane. Ponad 88% badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi, że najczęściej przeszczepianym narządem od żywego dawcy są nerki oraz wątroba [7].

W prowadzonym badaniu wiedza na temat bezwzględnych przeciwwskazań do bycia dawcą rozkładała się w następujący sposób 93,3% wiedziało, że bezwzględnym przeciwwskazaniem jest HIV, 90% że nowotwory złośliwe, 80% wybrało odpowiedź zapalenie wątroby typu B i C. 58% podało błędna odpowiedź, że bezwzględnym przeciwwskazaniem jest alkoholizm, a 9,3% że tatuaże. 2% nie znało właściwej odpowiedzi.

W badaniu przeprowadzonym w 2018 roku wśród młodzieży dotyczącym wiedzy o dawstwie narządów 56,5% odpowiedziało, iż przeciwwskazaniem jest posiadanie tatuaży, gdyż w trakcie jego robienia mogło dojść do zakażenia wirusami HIV, HCV, HBS [8].

Kolejnym problemem analizowanym badaniu były źródła wiedzy o transplantacji. Ankietowani podawali, iż źródłem wiedzy w 54% jest Internet, 25,3% TV, 17,3% podało odpowiedź, że źródłem wiedzy jest wykonywana praca, byli to pracownicy Ochrony Zdrowia. 16% podało jako źródło wiedzy studia, a 30% zaznaczyło odpowiedź „nie interesuje mnie ten temat”.

W badaniach przeprowadzonych w Sanoku na grupie studentów Wyższej Szkoły Zawodowej w 2017 roku uzyskano odpowiedź, iż 36% czerpało wiedzę o transplantacji z Internetu, 33,5% ze studiów, 31,7% z programów telewizyjnych. Najrzadziej ankietowani uzyskiwali wiedzę w pracy tylko 1,8%. W tym badaniu źródła pozyskiwanej wiedzy różnicował wiek badanych. Najmłodsi ankietowani 18-24 lata, jako źródło najczęściej podawali studia lub Internet, a osoby w wieku powyżej 30 lat, jako główne źródło podawały programy telewizyjne [9].

W badaniu na pytanie o warunki jakie należy spełnić, aby zostać dawcą prawidłowo odpowiedziało 40% respondentów zaznaczając odpowiedź, że należy o swojej woli

poinformować rodzinę. 67,3% sądziło, że należy posiadać przy sobie oświadczenie woli, 47,3% - należy mieć ukończone 18 lat, a 6,7% zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

W badaniach prowadzonych wśród mieszkańców miast i wsi w 2013 roku prawidłową odpowiedź, że wystarczy wyrażenie woli za życia w obecności rodziny lub świadków znało 86% osób z miasta i 74% ze wsi. Pozostałe osoby 2% z miasta i 6% ze wsi podawały, że konieczne jest orzeczenie zgonu pacjenta, a część 12% z miasta i 20% ze wsi, że konieczne jest wyrażenie zgody przez rodzinę [7].

W prowadzonym badaniu na pytanie o definicję zgody domniemanej prawidłowo odpowiedziało 65,3% uznając iż jest to brak sprzeciwu za życia. 12% zaznaczyło, że jest to zgoda na pobranie narządów po śmierci, 11,3% wskazało zgodę po śmierci osoby bliskiej, a 11,3% wybrało odpowiedź „nie wiem”.

W 2012 roku przeprowadzono badanie wśród pielęgniarek „Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów”, gdzie uwzględniono podział na pracę w różnych oddziałach. W ogólnym podsumowaniu 68% pielęgniarek wiedziało co oznacza termin zgoda domniemana w kontekście transplantacji narządów od nieżyjącego dawcy. Najwyższy odsetek znających właściwą odpowiedź było pracownikami oddziału anestezyjologicznego (96%) i chirurgicznego (88%). Największy odsetek pielęgniarek, które zaznaczyły odpowiedź „nie wiem” był na oddziale ginekologicznym [10].

W prezentowanym badaniu na pytanie o sposób zgłoszenia sprzeciwu wobec pobierania narządów 1/3 badanych (29,3%) odpowiedziało, iż należy to zgłosić w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, a 11,3%, że należy sporządzić oświadczenie w obecności dwóch świadków. Aż 47% respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

W badaniach opisanych w artykule „Zachowania studentów dotyczące przeszczepiania narządów z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych” przeprowadzonym w 2018 roku w Sanoku 86,2% studentów zadeklarowało, iż nie zgłosiło sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Sprzeciw zgłosiło tylko 1,2% badanych, 7,7% nie wiedziało w ogóle o takiej możliwości, 1,8% planowało taki sprzeciw w przyszłości, a 3,1% pomimo uzyskania wiedzy o CRS, zadeklarowało nie wniesienie sprzeciwu [11].

W prowadzonym badaniu prawidłowo zdefiniować oświadczenie woli wskazując odpowiedź „nieformalne wyrażenie zgody na pobranie narządów” potrafiło 24,7% badanych, 66,7% sądziło mylnie, że jest to formalne wyrażenie zgody, a 8,7% nie posiadało wiedzy na ten temat.

W badaniu „Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów” 72% badanych z miasta i 68% ze wsi udzieliło złej odpowiedzi dotyczącej

oświadczenia woli zaznaczając odpowiedź „formalne wyrażenie zgody”. Prawidłową odpowiedź, iż jest to nieformalna zgoda wybrało 10% osób z miasta i 6% ze wsi. 18% z miasta i 26% ze wsi uznało, że oświadczenie woli to prawny dokument, który reguluje zgodę na pobranie narządów [7].

Wśród osób ankietowanych 78% deklaroowało nie posiadanie wypełnionego oświadczenia woli, tylko 9,3% zaznaczyło, że takowe oświadczenie posiada, a 12,7 % badanych odpowiedziało, iż jeszcze nie posiadają oświadczenia, ale mają zamiar je wypełnić.

W badaniach, które przeprowadzono na przełomie marca i kwietnia 2017 roku w grupie 325 studentów z Podkarpacia uzyskano tylko 22,5% odpowiedzi osób, które takie oświadczenia mają wypełnione, 77,5% oświadczenia nie posiadało. Osoby deklarujące posiadanie oświadczenia to w większości studenci mieszkający w mieście, w wieku 25-30 lat [11]

Osoby ankietowane odpowiedziały w 95,3% że akceptują pobieranie narządów od osób zmarłych. Tylko 1,3% (2 osoby) odpowiedziało, że nie akceptuje takiej procedury, 3,3% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

W badaniu, które przeprowadzono w Toruniu w grupie młodzieży „Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów” uzyskano wynik 90% osób akceptujących pobranie narządu od osoby zmarłej, a 93,3% zdecydowałoby się taki narząd przyjąć w sytuacji zagrożenia życia [12].

W prowadzonym badaniu zgodę na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich innej osobie zadeklarowało $\frac{3}{4}$ badanych, czyli 73,3%. 7,3% zaznaczyło odpowiedź, że tylko bliskiej osobie, 17,3% wybrało odpowiedź „nie wiem”, a 3 osoby (2%) odpowiedziało, że nie wyraża zgody.

W badaniu przeprowadzonym w grupie pielęgniarek w 2012 roku „zdecydowanie tak” odpowiedziało 34% pytanych, „raczej tak, ale się waham” 39%, „zdecydowanie nie” 12%, a jedynie 15% „nie wiem” [10].

Ankietowani w tym badaniu w 38% wyrazili zgodę na pozostanie żywym dawcą, 49,3% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”, a „zdecydowanie nie” wybrało 12,7% badanych.

„Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów” opisuje badania, w których ankietowani w 70,8 % byliby skłonni oddać tkanki bądź parzysty narząd za życia [12].

Zdecydowana większość respondentów uważa, że niewystarczająca liczba osób oddaje narządy, w tym badaniu odpowiedziało tak 78%, Tylko 1,3% uważało, że ta liczba jest wystarczająca, a 20,7% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

W badaniu przeprowadzonym w grupie studentów 80,8 % badanych stwierdziło, iż z pewnością jest niewystarczająca liczba dawców narządów. Tylko 10,8% udzieliło odpowiedzi, że ta liczba jest wystarczająca, a 3% odpowiedziało „nie wiem” [12].

W prowadzonym badaniu na pytanie „Najczęstsze czynniki wpływające na ilość transplantacji”, które było pytaniem wielokrotnego wyboru badani odpowiedzieli: 68,7% - brak zgody rodziny, 40% - poglądy religijne, 34,7% - przekonanie, że kryteria śmierci mózgu są niewystarczające, 30,7% - słabo funkcjonująca służba zdrowia, 26,7% - aspekty etyczne, a 12,7% osób zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

W innym badaniu przeprowadzonym na Wydziale Zdrowia i Nauk Medycznych w Krakowie uzyskano 60% odpowiedzi, że przyczyną małej liczby transplantacji jest brak zgody rodziny, aż 51% odpowiedzi o tym, że kryterium śmierci mózgu nie jest wystarczające do uznania osoby za zmarłą. 21% odpowiedziało, że źle funkcjonująca służba zdrowia [13].

W niniejszym badaniu ankietowani na pytanie o to jakie czynniki mogą wpływać na poszerzenie wiedzy o transplantologii odpowiedzieli 74% kampanie społeczne w TV, 64% pogadanki w szkołach, akcje informacyjne w placówkach służby zdrowia, 24% billboardy, 22% ulotki, 16,7% inne czynniki.

W badaniach przeprowadzonych w grupie studentów w Sanoku, studenci również dostrzegli niewystraszającą wiedzę w społeczeństwie odnośnie przeszczepiania, aby ją poprawić proponowali konieczność przeprowadzania zajęć na ten temat na uczelni - 79,1%, zwiększenie zaufania do środowiska medycznego - 47,7%, zachęcenie mediów do promowania transplantacji narządów - 30,2%. Blisko 18,2% wskazało na potrzebę większego zaangażowania kościoła w ideę promowania transplantacji, a 17,5% nie miało zdania w tej kwestii [9].

W ostatnim pytaniu badań respondenci ocenili subiektywnie poziom swojej wiedzy o transplantologii. Zauważono, iż 63,3% ocenia swoją wiedzę jako słabą, 31,3% jako dobrą, 4% twierdzi, że nie posiada wiedzy na ten temat, a tylko 1,3% (2 osoby) oceniło swoją wiedzę jako dobrą.

Według badań Lucyny Ścisło dostateczny poziom wiedzy o transplantacji osiągnęło tylko 70% mieszkańców miasta i 50% mieszkańców wsi, a dobry 18% z miasta i 32% ze wsi, poziom bardzo dobry reprezentowała tylko jedna osoba, czyli 2% badanej grupy [7].

Z całą pewnością poziom wiedzy przekłada się na poziom akceptacji transplantacji. Dlatego tak ważne są wszelkie działania mające na celu edukację społeczeństwa.

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość badanych posiadała przeciętny poziom wiedzy na temat transplantologii, wyższą wiedzę charakteryzowały się kobiety ($p<0,01$), osoby w wieku 25-50 lat ($p<0,0001$) oraz pracownicy medyczni i umysłowi ($p<0,00001$).
2. Prawie $\frac{3}{4}$ respondentów wyrażało zgodę na pośmiertne pobranie narządów celem ratowania życia innej osobie, a więcej niż $\frac{1}{3}$ badanych zgodziłoby się na zostanie żywym dawcą narządów.
3. Większość badanych nie posiadała wypełnionego oświadczenia woli na zostanie dawcą narządów.
4. Więcej niż $\frac{3}{4}$ badanych miało świadomość, że narządy do przeszczepów nie są oddawane przez wystarczającą liczbą osób.

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Historical outline of the dynamics of clinical transplantations development. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 113-118.
2. Nowak P. G.: *Etyka, śmierć i transplantacje*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2018.
3. Sieradzka A. : *Tajemnice transplantacji*. PWN, Warszawa 2017.
4. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska Kułak E.: Etyczne granice transplantacji [w:] *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*, H. Rolki, B. Kowalewskiej, B. Jankowiak, E. Krajewskiej- Kułak (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 29-36.
5. Kołdyński P., Drab P.: Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej. *Przegląd Europejski* 2020; 1:39: 52-65.
6. Paszkowska M.: Dopuszczalność prawna transplantacji jako metody leczenia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2015; 4: 544-545.
7. Ścisło L., Partyka E., Walewska E. i wsp.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health* 2013; 48(1): 40-45.
8. Woderska N.: *Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji. Aspekty edukacyjne*. Drukarnia Totem, Poznań 2018.
9. Smoleń E., Budzińska K., Ścieranka M.: Samoocena wiedzy studentów dotycząca transplantacji i zapotrzebowania na działanie promujące przeszczepianie narządów. *Hygeia Public Health* 2018; 53(3): 313-319.

10. Makara-Studzińska M., Kowalska A., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji narządów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(1): 31-36.
11. Mazur A., Lisowska D., Budzińska K., Ścieranka M., Smoleń E.: Zachowania studentów dotyczące przeszczepiania narządów z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. *Hygeia Public Health* 2018; 53(4): 371-376.
12. Humańska M., Dudek K.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2017; 2(1): 69-85.
13. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz., Lipińska M.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających i pomostowych. *Pielęgniarstwo XX wieku* 2012; 4: 123-128.

OPIEKA 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

POChP - Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc jest nieuleczalną chorobą płuc. Polega na postępującym zmniejszeniu przepływu powietrza przez drogi oddechowe (w szczególności oskrzela i płuca), co upośledza oddychanie, nawet w bardzo poważnym stopniu. Jej postępy można tylko mocno powstrzymać, ale zmiany przez nią poczynione są niestety tylko częściowo odwracalne. POChP bywa również określana jako przewlekły bronchit albo rozedma [1.2].

Przyczyny POChP

Podstawową przyczyną Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc jest długotrwała ekspozycja na dym tytoniowy oraz na inne dymy, gazy, pyły i opary o pochodzeniu przemysłowym, gospodarczym lub wynikającym z zanieczyszczenia środowiska [3].

Najczęstszą przyczyną jest jednak wspomniane palenie tytoniu, i to zarówno czynne jak i bierne. Ważny jest przy tym czynnik długotrwałego oddziaływania, POChP rozwija się więc u długoletnich palaczy oraz niepalących członków rodzin czy bliskich współpracowników nałogowych palaczy, narażonych na bierne wchłanianie dymu tytoniowego [4].

Dym czy inne gazowe czynniki drażniące po wdychu dostają się do płuc i zapoczątkowują ciąg złożonych reakcji fizjologicznych. U ich początku tkwi uwalnianie się w płucach pod wpływem dymu (pyłu, gazu) dużych ilości granulocytów i ich późniejszy rozpad zachodzący w ścianach pęcherzyków płucnych i oskrzelach. W wyniku rozpadu uwalniany jest enzym

pod nazwą elastaza, który przyczynia się do niszczenia włókien sprężystych płuc, co w efekcie powoduje rozedmę płuc oraz przerost gruczołów śluzowych oskrzel [5,6].

POChP jeszcze niedawno dotykała niemal wyłącznie mężczyzn, jednak obecnie dotyka obie płcie niemal tak samo często. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest dużo większa wrażliwość kobiet na dym tytoniowy oraz poważny wzrost odsetka kobiet palących nałogowo tytoń [7,8].

Czynniki ryzyka

POChP jest obecnie jedną z najbardziej niebezpiecznych chorób, zajmując wysoką pozycję na liście przyczyn zgonów. Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) choroba ta plasuje się na czwartym miejscu, po zapaleniach płuc, udarach mózgu i zawałach serca. W Polsce na POChP umiera rocznie ponad 15 tys. osób, przy czym obserwuje się tendencję rosnącą [9,10].

Najpoważniejszym czynnikiem ryzyka w POChP jest palenie tytoniu. Choroba ta dotyka nie tylko czynnych palaczy ale również i biernych. Ważny jest również czynnik czasowy - długoletnie wdychanie dymu tytoniowego bardzo poważnie zwiększa ryzyko zachorowania.

Oprócz dymu tytoniowego czynnikiem ryzyka jest długoletnia ekspozycja na inne czynniki wziewne - gazy, dymy i pyły. Zwiększoną zachorowalność obserwuje się u osób pracujących w zakładach w których występują emisje gazów (głównie dwutlenku siarki), dymów, oparów i pyłów [11].

Zwiększona częstość występowania POChP wiąże się ponadto z wysokim zanieczyszczeniem środowiska (przez pyły i gazy). Wpływ na zachorowanie na POChP może mieć również długotrwałe przebywanie w pomieszczeniach słabo wentylowanych, nawet w domowych, w których piece lub kuchnie opalane są drewnem i w których to pomieszczeniach często znajduje się dym.

Czynnikiem ryzyka jest również wiek. Na POChP częściej zapadają (albo częściej jest u nich diagnozowana) osoby po 40. roku życia. Spośród innych warto również wspomnieć czynniki genetyczne oraz częste infekcje dróg oddechowych [12].

Objawy POChP

Pierwszym, najczęściej bagatelizowanym, objawem POChP jest kaszel. Kaszel ten ma charakter przewlekły (czasami napadowy), połączony jest często z wykrztuszaniem wydzieliny oskrzelowej. Ten pierwszy objaw POChP jest bardzo często ignorowany przez nałogowych palaczy, którzy kaszel i odkaszczanie traktują jako naturalnych towarzyszy palenia tytoniu [13].

Kolejnymi, o wiele bardziej niepokojącymi objawami POChP są trudności w oddychaniu i duszności. U palaczy najczęściej dopiero te objawy wzbudzają niepokój, stanowią bowiem w porównaniu do "zwykłego" kaszlu istotną zmianę jakościową. W początkowych etapach rozwoju tej choroby duszności zdarzają się rzadko, dopiero później, w miarę rozwoju choroby pojawiają się coraz częściej - głównie w sytuacjach zwiększonego zapotrzebowania organizmu na tlen, czyli w okolicznościach wymuszających konieczność bardziej intensywnego oddychania, takich jak wzmożony wysiłek fizyczny (bieg, szybki marsz, jazda na rowerze). Niestety i na tym etapie objawy te bywają bagatelizowane i określane jako "chwilowy" spadek kondycji. W miarę dalszego zaostrzania się choroby duszności pojawiają się już w trakcie czynności codziennych, których wykonywanie wcześniej nie sprawiało najmniejszych trudności, takich jak na przykład wchodzenie po schodach [14].

Kolejnym alarmującym objawem jest głośny, świszczący oddech, szczególnie nasilający się podczas wysiłku fizycznego (przy poważniejszym stopniu zaawansowania choroby, nawet podczas prostego wysiłku związanego z codzienną aktywnością ruchową) a także sinica, spowodowana długotrwałym niedotlenieniem. Dalszy rozwój choroby przynosi już bardzo poważne objawy, takie jak niewydolność oddechowa oraz niewydolność serca. Te ostatnie powikłania są najczęstszą przyczyną śmierci osób długotrwale chorujących na POChP [15].

Diagnoza

Podstawowym badaniem diagnostycznym pozwalającym na wykrycie POChP jest badanie spirometryczne połączone z drobiazgowym wywiadem lekarskim, który pozwala określić istnienie czynników szczególnego ryzyka oraz wszystkich występujących objawów choroby. W wywiadzie lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę na występowanie nałogu

palenia tytoniu, występowanie biernego palenia, ekspozycji na inne gazy, pary i dymy oraz zanieczyszczenia gazowe [14].

Badaniem które pozwala niemal jednoznacznie zdiagnozować POChP jest spirometria, czyli badanie objętości płuc oraz parametrów wydechu (szybkości przepływu, czasu pełnego, silnego wydechu), uzupełnione przez badania pozwalające na określenie wydolności oddechowej, czyli określające saturację krwi tlenem i/lub dwutlenkiem węgla (nieinwazyjna pulsoksymetria lub gazometria krwi). W celu wyeliminowania innych chorób wykonuje się również czasami prześwietlenie rentgenowskie klatki piersiowej, tomografię, a przy podejrzeniu niewydolności krążeniowej również echokardiografię i badanie EKG [5].

Leczenie POChP

Metoda leczenia jest uzależniona od stopnia zaawansowania choroby i występowania ewentualnych powikłań. Od stopnia zaawansowania zależy również skala i zakres odwrócenia szkód przez chorobę spowodowanych, choć o całkowitym cofnięciu nie może być mowy.

Oczywistym elementem leczenia jest bezzwłoczne wstrzymanie ekspozycji na czynniki powodujące chorobę, czyli natychmiastowe zaniechanie palenia tytoniu, wdychania dymu tytoniowego (w przypadku palaczy biernych) czy odsunięcie się od pracy w warunkach szkodliwych. Rzucenie palenia na tyle spowalnia postęp choroby, że częstokroć można mówić o jej praktycznym zatrzymaniu [8].

W leczeniu objawów POChP stosuje się leki rozszerzające oskrzela (np. beta-2 mimetyki, leki przeciwcholinergiczne), osobom z POChP mającym częste infekcje dolnych dróg oddechowych podaje się glikokortykosteroidy. Chorym na ciężkie postaci POChP w fazie zaostrzenia i silnych duszności podaje się czasem opioidy (morfinę i podobne).

W ciężkich etapach choroby lub w trakcie zaostrzenia stosuje się tlenoterapię, czyli dodatkowe podawanie tlenu. W leczeniu ważną rolę odgrywa również utrzymywanie zdrowego trybu życia - właściwej wagi, odpowiedniej diety i ruchu fizycznego dopasowane do stanu zdrowia i możliwości osoby chorej [9].

Profilaktyka

Profilaktyka POChP obejmuje głównie wstrzymanie działania czynników ryzyka, czyli rzucenie palenia oraz zaniechanie (albo przynajmniej znaczne ograniczenie) wdychania

dymu tytoniowego w przypadku palaczy biernych. Jeśli ekspozycja na czynniki ryzyka ma związek z aktywnością zawodową, warto zmienić stanowisko pracy albo nawet miejsce pracy [9].

Elementem profilaktyki jest również systematyczne wykonywanie badań spirometrycznych (to proste, nieinwazyjne badanie), szczególnie przez osoby z grupy podwyższonego ryzyka, czyli palaczy powyżej 40. roku życia.

CEL PRACY:

1. Rozpoznanie i usystematyzowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z POChP w wieku podeszłym.
2. Objęcie chorego zindywidualizowanym planem opieki.
3. Przekazanie wskazówek do dalszej pielęgnacji w warunkach domowych.
4. Edukacja chorego i zaangażowanie bliskich do udziału w procesie pielęgnacyjnym.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto pacjenta w wieku lat 80 z wieloletnim wywiadem POChP oraz chorobami współistniejącymi – nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zmiana nowotworowa w obrębie pęcherza moczowego.

Do zebrania danych wykorzystano:

- obserwację,
- wywiad,
- analizę dostępnej dokumentacji,
- pomiary,
- skalę modified British Medical Research Council – mMRC, która jest pięciopunktową skalą, gdzie 0-oznacza duszność jedynie przy wysiłku fizycznym, zaś 4 - ciężka duszność utrudniająca funkcjonowanie. W praktyce klinicznej wykorzystywana jest do określenia stopnia nasilenia duszności oraz do monitorowania jej zmian w czasie u pacjentów z chorobami płuc.
- test CAT (chronic obstructive pulmonary disease assessment test) – test będący narzędziem do oceny wpływu POChP na jakość życia chorego. Punktacja waha się od 0 – 40. Wynik Poniżej 10 punktów wskazuje na niewielkie oddziaływanie choroby na jakość życia chorego, zaś wynik powyżej 20 punktów określa znaczący wpływ

choroby na jakość życia. Wynik pomiędzy 10-20 wskazuje na umiarkowane oddziaływanie choroby na jakość życia.

Do opracowania zgromadzonych materiałów wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z uwzględnieniem czterech etapów: diagnoza, planowanie opieki, realizacja opieki, ocena podjętych działań.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto pacjenta J.K. lat 80 u którego w roku 2011 na podstawie badania spirometrycznego zdiagnozowano POChP. Kilukrotnie hospitalizowany z powodu duszności w ciągu ostatnich kilku lat. Obecnie objęty stałą pieką specjalistyczną w Poradni Pulmonologicznej.

Pacjent mieszka wraz z żoną w bloku na pierwszym piętrze. Swoje warunki mieszkaniowe określa jako dobre. Obecnie źródłem jego dochodu jest emerytura.

Kontakt słowny zachowany, chętnie udziela odpowiedzi na zadawane pytania. Chory wydaje się logiczny w wypowiedziach, ma trudności z prawidłowym określeniem czasu, jednak jest dobrze zorientowany co do miejsca i sytuacji. Chory samodzielny w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Nastrój obniżony ze względu na lęk i niepokój związany ze stanem zdrowia. Wśród chorób współistniejących zgłasza cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, nowotwór pęcherza moczowego – jest pod stałą kontrolą kardiologa i onkologa, przeżył radioterapię w roku 2022. Choroby przebyte w ostatnich latach to COVID-19 w roku 2021 oraz zawał mięśnia sercowego w roku 2021, po którym chory miał wykonane pomostowanie aortalno-wieńcowe. Często występują zakażenia układu moczowego oraz infekcje dróg oddechowych z towarzyszącymi objawami: podwyższona temperatura, kaszel, duszność, odkrztuszanie wydzieliny.

Skóra sucha, cienka, pergaminowa, blada z licznymi zasinieniami i podbiegnięciami krwawymi – podatna na uszkodzenia.

Chory nie stosuje diety w związku z żadnym ze schorzeń, nie zna zaleceń dietetycznych ani profilaktycznych, nie jest zorientowany względem jednostek chorobowych ani ryzyka jakie z sobą niosą. Chory zgłasza także nietrzymanie moczu, z powodu którego ogranicza przyjmowanie płynów. Wielokrotnie przemęcza się pracami

fizycznymi, nieadekwatnymi do wieku. Pacjent nie wykonuje również ćwiczeń oddechowych, nie jest wyedukowany w tym zakresie.

W przeszłości nadużywał wyrobów tytoniowych – palił około dwóch paczek papierosów bez filtra dziennie przez około 55 lat. Zrezygnował z nałogu samodzielnie w 2012 roku.

Obecnie zgłasza pogorszenie stanu zdrowia i nasilenie duszności, trudności w oddychaniu. Występuje także kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny szczególnie w godzinach rannych i po wysiłku według Testu CAT i Skali mMRC chory wykazuje cechy klasyfikacji typ A.

Okresowo wykonuje inhalacje z 0,9% NaCl i stosuje leki wziewne, których nazwy nie pamięta. Często też pomija dawki leków lub zmienia ich dawkowanie w zależności od subiektywnych odczuć nie informując o tym lekarza.

Stosowane leczenie: Asaris (inhalacja) 2x1, Spiriva (inhalacja) 2x1, Hydroxyzyna 25mg 2x1, Pantoprazol 20mg 1x1, Aspargin 250mg 3x1, Siofor 500mg 3x1, Isoptin 80mg 3x1, Doksazosyna 8mg 1x1.

Waga chorego – 98kg,

Wzrost – 180cm,

BMI – 30,25 (I stopień otyłości).

Wynik testu CAT – 11 punktów.

Skala mMRC – 0 punktów.

Problemy pielęgnacyjne

- **Problem pielęgnacyjny: Duszność wysiłkowa w wyniku zaburzonej wentylacji płuc, uczucie braku tchu/powietrza.**
- ✓ **Cel opieki:** zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego, zmniejszenie nasilenia duszności.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena charakteru i stopnia duszności,
 - Eliminacja czynników determinujących duszność,
 - Zastosowanie optymalnego mikroklimatu w pomieszczeniu (ograniczenie przeciągów, dostęp do świeżego powietrza, utrzymanie temperatury w granicach 18-20°C,
 - Zachęcenie chorego do wykonywania ćwiczeń fizycznych i oddechowych dostosowanych do jego indywidualnego stanu (3 razy dziennie 5-15 min) – w zależności od stopnia nasilenia objawów, ogólnego samopoczucia

z uwzględnieniem chorób współistniejących, przekazanie wskazówek i przykładowych zestawów ćwiczeń,

- Edukacja chorego i jego rodziny na temat czynników ryzyka zaostrzeń/ wzmagających objawy,
- Zachęcenie chorego do zmiany nawyków żywieniowych i znormalizowania wagi, przekazanie przykładowych jadłospisów, włączenie rodziny chorego do postępowania dietetycznego
- Polecenie pacjentowi, aby dobierał wygodną odzież, nieograniczającą ruchów klatki piersiowej.

✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Chory potrafi poprawnie wykonać polecony zestaw ćwiczeń jednak robi to niechętnie, nie wykazuje zainteresowania, odmawia wykonywania ich samodzielnie w domu. Nie stosuje się do zaleceń dietetycznych, mimo zaangażowania rodziny – spożywa produkty wysokokaloryczne o dużej zawartości tłuszczu i cukrów. Podniesienie poziomu wiedzy pacjenta.

➤ **Problem pielęgnacyjny: Uciążliwy kaszel, zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym.**

✓ **Cel opieki:** Ułatwienie i zwiększenie efektywności odkrztuszania.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Obserwacja oraz ocena trudności wykrztuszania wydzieliny, jej ilości oraz charakteru, sytuacji i czynników nasilających kaszel
- Zwiększenie podaży płynów w porozumieniu z lekarzem (ryzyko powikłań ze strony układu krążenia),
- Zastosowanie pozycji ułożeniowej wysokiej,
- Edukacja chorego i jego rodziny w kwestii drenażu ułożeniowego – zaprezentowanie prawidłowych technik oraz udzielenie wskazówek (stosowanie 3 razy dziennie 5-10 min),
- Zaprezentowanie technik ćwiczeń oddechowych i zachęcenie chorego do ich wykonywania,
- Oklepywanie pleców chorego przy użyciu spirytusu – udroźnienie dróg oddechowych, pomoc w odkrztuszeniu zalegającej wydzieliny – zachęcenie

rodziny

do wykonywania czynności pielęgnacyjnych,

- Pouczenie chorego o stosowaniu się do zasad higieny podczas kaszlu i odkrztuszania (chusteczki higieniczne, ręcznik papierowy na ewakuowaną wydzielinę),
 - Higiena jamy ustnej środkiem septycznym po efektywnym kaszlu,
 - Pouczenie o konieczności przyjmowania leków wykrztuśnych i rozrzedzających zalegającą wydzielinę zgodnie ze zleceniem lekarskim,
 - Polecenie wykonania inhalacji nawilżającej drogi oddechowej i rozrzedzającej zalegającą wydzielinę (z 0,9% roztworu NaCl).
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Zmniejszenie nasilenia objawów w wyniku zastosowania się chorego do planu opieki. Obniżenie dyskomfortu i poprawa samopoczucia. Rodzina chętnie angażuje się w postępowanie pielęgnacyjne.
- **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko niedotlenienia organizmu wywołane dusznością.**
- ✓ **Cel opieki:** Poprawa parametrów oddechowych, wsparcie chorego w dążeniu do poprawy procesu oddychania.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
- Ocena charakteru i stopnia nasilenia duszności,
 - Eliminacja czynników nasilających objawy,
 - Zapewnienie choremu pomocy w sytuacjach w których duszność ulega nasileniu,
 - Dobór dogodnej pozycji ciała w celu ułatwienia oddychania i zmniejszenia duszności,
 - Pomoc w dostosowaniu mikroklimatu do optymalnych warunków (wietrzenie, dostęp do świeżego powietrza, utrzymanie temperatury w granicach 18-20°C, dostosowanie wilgotności powietrza),
 - Zachęcenie chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych, zaangażowanie i edukacja rodziny chorego w zakresie prawidłowego wykonywania ćwiczeń,
 - Zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia w sytuacjach nasilenia objawów, umożliwienie kontaktu z personelem medycznym,
 - Postępowanie farmakologiczne zgodnie z zleceniem lekarskim.

- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zaobserwowano wzrost świadomości chorego i jego rodziny na temat pomocy choremu i przeciwdziałaniu powikłaniom oraz zmniejszenie objawów duszności.

- **Problem pielęgnacyjny: Wzrost ryzyka zachorowania na infekcje górnych dróg oddechowych.**
- ✓ **Cel opieki:** Przeciwdziałanie infekcjom górnych dróg oddechowych i ich powikłaniom.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Profilaktyka przeziębień, unikanie dużych skupisk ludzkich w okresie wzmożonych zachorowań na grypę,
 - Dostosowanie ubioru do warunków pogodowych,
 - Unikanie przegrzewania organizmu,
 - Propagowanie szczepień – w szczególności przeciw grypie raz do roku oraz zachęcenie do wykonywania szczepień przeciw pneumokokom, gdyż niwelują ryzyko wystąpienia zapalenia płuc,
 - Dostosowanie mikroklimatu w mieszkaniu do warunków optymalnych, unikanie przeciągów.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Obniżenie ryzyka wystąpienia zakażeń dróg oddechowych, poszerzenie wiedzy chorego na temat czynników ryzyka i postępowania profilaktycznego.

- **Problem pielęgnacyjny: Niedostateczna wiedza pacjenta na temat prawidłowego przyjmowania leków wziewnych.**
- ✓ **Cel opieki:** Dostarczenie wiedzy na temat prawidłowego przyjmowania leków drogą wziewną.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - ocena poziomu wiedzy pacjenta na temat właściwego zastosowania inhalatora
 - edukacja w zakresie prawidłowego stosowania inhalatora ciśnieniowego:
 - oczyszczenie oskrzeli, odkrztuszając zalegającą wydzielinę
 - wykonanie głębokiego wydechu
 - włożenie ustnika inhalatora do ust i skierowanie go w kierunku tylnej części gardła

- objęcie wargami ustnika objąć tak aby leżał płasko na języku
 - wzięcie głębokiego wdechu przy jednoczesnym naciśnięciu przycisku uwalniającego lek
 - usunięcie ustnika z ust i wstrzymanie powietrza w płucach na około 10 sekund
 - powolne wypuszczenie powietrza ustami,
 - wypłukanie jamy ustnej wodą,
 - uczulenie chorego na przestrzeganie zaleceń farmakologicznych,
 - ponowna ocena wiedzy pacjenta.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Chory poznał technikę użycia inhalatora i stosuje się do niej w sposób prawidłowy. Początkowo niski poziom wiedzy chorego uległ poprawie.
- **Problem pielęgnacyjny: Zagrożenie wystąpieniem powikłań sercowo – naczyniowych, spowodowane obecnością czynników ryzyka.**
- ✓ **Cel opieki:** Przygotowanie chorego i jego rodziny do modyfikacji czynników ryzyka.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
- Edukacja chorego i rodziny na temat anatomii i fizjologii mięśnia sercowego oraz naczyń wieńcowych, a także eliminacji czynników ryzyka,
 - Obniżenie ciśnienia tętniczego przez zmniejszenie masy ciała.
 - Modyfikacja nawyków żywieniowych - zmniejszenie podaży soli i tłuszczów,
 - Dopasowanie ćwiczeń fizycznych dostosowanych do wydolności i stanu pacjenta,
 - Codzienna kontrola RR, HR, glikemii.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Pacjenta i jego rodzinę zapoznano z czynnikami ryzyka oraz sposobami profilaktyki.
- **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko infekcji układu moczowego z powodu nietrzymania moczu, korzystania z pieluchomajtek.**
- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie infekcjom układu moczowego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
- Ocena trzymania moczu, częstotliwości incydentów nietrzymania,
 - Pomoc w czynnościach higienicznych,
 - Zalecenie systematycznej wymiany pieluchomajtek i bielizny osobistej,

- Edukacja pod kątem wykonywania toalety okolicy krocza,
 - Monitorowanie objawów wskazujących na infekcję układu moczowego, poinformowanie chorego o niepokojących symptomach i postępowaniu w zależności od ich występowania, możliwej konsultacji lekarskiej,
 - Zachęcanie do systematycznego przyjmowania płynów drogą doustną, bogatych w witaminę C.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Zniwelowano ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego, nie wystąpiły niepokojące objawy.
- **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wzrostu wartości ciśnienia tętniczego w wyniku narażenia na stres.**
- ✓ **Cel opieki:** Edukacja w zakresie radzenia sobie ze stresem zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Niwelowanie niepokoju, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
- Zapewnienie wsparcia w sytuacjach trudnych dla chorego, w zależności od sytuacji umożliwienie kontaktu z psychologiem,
 - Zapoznanie chorego i jego rodziny z technikami radzenia sobie ze stresem i nadmiernym napięciem emocjonalnym – ćwiczenia relaksacyjne, słuchanie spokojnej muzyki, znalezienie hobby itp.,
 - W razie konieczności po konsultacji z lekarzem wdrożenie postępowania farmakologicznego – środki uspokajające,
 - Zachęcenie rodziny do pomocy choremu w rozwiązywaniu nawet najmniejszych problemów w celu zapobiegania eskalacjom,
 - Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i wsparcia emocjonalnego, okazanie empatii,
 - Uważne słuchanie chorego, mówienie spokojnym, cichym głosem.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Przeprowadzono pogadankę na temat radzenia sobie w sytuacjach narażenia na stres oraz czynności profilaktycznych i leczniczych. Pacjent podjął się jednej z technik radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, uzyskał wsparcie rodziny.
- **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia dyskomfortu w wyniku wystąpienia powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym.**

- ✓ **Cel opieki:** Podniesienie poziomu wiedzy chorego na temat ryzyka wystąpienia powikłań w przebiegu nadciśnienia tętniczego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Kontrola parametrów życiowych ze szczególnym uwzględnieniem ciśnienia tętniczego, tętna i oddechów,
 - Prowadzenie dzienniczka i odnotowywanie w nim pomiarów minimum 1x dziennie, informowanie lekarza o odchyleniach od normy,
 - W razie wysokich wartości RR i złego samopoczucia zapewnienie spokoju i warunków do wyciszenia się – zachęcenie do położenia się, zasłonięcia okien, wyłączenia telewizora, nieużywanie telefonu komórkowego (ograniczenie pobudzających bodźców zewnętrznych)
 - Przyjmowanie leków hipotensyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
 - Zalecenie choremu unikania sytuacji stresowych, okazanie wsparcia i zrozumienia, łagodzenie objawów lękowych,
 - Zachęcenie chorego do stosowania diety o niskiej zawartości sodu, dbanie o prawidłowe nawodnienie
 - Zapoznanie chorego z technikami relaksacyjnymi – wykonywanie masażu w okolicy skroniowej.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Wzrost świadomości chorego, nabycie umiejętności niwelujących negatywne skutki nadciśnienia tętniczego.

➤ **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań w związku z nieprawidłowo leczonym nadciśnieniem tętniczym.**

- ✓ **Cel opieki:** Przeciwdziałanie wystąpieniu powikłań ze strony układu krwionośnego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Edukacja w zakresie samokontroli nadciśnienia tętniczego (prowadzenie „książeczki samokontroli chorego na nadciśnienie tętnicze”, pomiar parametrów po kilkuminutowym odpoczynku, nierozmawianie podczas wykonywania pomiaru, pomiar w pozycji siedzącej),
 - Udzielenie informacji o zakresie prawidłowych wartości RR, norm do których chory powinien dążyć,
 - Poinformowanie chorego o konieczności konsultowania wyników pomiarów podczas każdej wizyty lekarskiej,

- Omówienie korzyści regularnej farmakoterapii zgodnej z zleceniem lekarskim,
 - Wskazanie na korzyści wynikające z aktywności fizycznej dostosowanej do wieku i stanu zdrowia chorego oraz unikanie sytuacji stresowych,
 - Udzielenie wskazówek względem podejmowania interwencji w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, wskazanie dolegliwości szczególnie zagrażających życiu i zdrowiu wymagających natychmiastowej konsultacji lekarskiej – bóle głowy, nudności, silne dolegliwości bólowe o charakterze wieńcowym,
 - Zachęcenie do regularnych kontroli w poradni specjalistycznej i wykonywaniu badań kontrolnych,
 - Edukacja rodziny w zakresie objawów i postępowania w nagłych wypadkach oraz o istocie regularnego przyjmowania leków.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Unormowanie parametrów ciśnienia tętniczego. Chory korzysta ze wskazówek pielęgnarskich, kontroluje parametry i odnotowuje ich wartości. Regularnie przyjmuje leki hipotensyjne.

➤ **Problem pielęgnacyjny: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej.**

- ✓ **Cel opieki:** Wyrównanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej, zapobieganie występowaniu powikłań zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Stała kontrola glikemii.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
- Ocena wiedzy chorego na temat prawidłowego pomiaru glikemii oraz norm referencyjnych,
 - Zachęcenie chorego do wykonywania pomiaru glikemii na czczo w godzinach rannych i odnotowywania wyników pomiarów – wskazanie korzyści płynących ze stałej kontroli,
 - Kontrola masy ciała i BMI,
 - Propagowanie zachowań prozdrowotnych, edukacja w kierunku diety cukrzycowej, zachęcenie chorego do stosowania się do zasad zalecanej diety – przekazanie broszur informacyjnych, przykładowych jadłospisów, zapoznanie pacjenta z wymiennikami węglowodanowymi,
 - Pouczenie chorego o konieczności przyjmowania leków hipoglikemizujących zgodnie ze zleceniem lekarskim.

- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Chory negatywnie nastawiony do zmiany nawyków żywieniowych, nie chce wyeliminować z diety cukrów prostych – ograniczył ich spożycie. Pacjent stosuje się do farmakologicznych zaleceń lekarskich.

- **Problem pielęgnacyjny: Brak/niski poziom wiedzy na temat symptomów i powikłań zaburzeń glikemii.**
- ✓ **Cel opieki:** Edukacja pacjenta w kierunku powikłań zaburzeń gospodarki węglowodanowej i interwencji medycznych. Minimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań. Zniwelowanie objawów cukrzycy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena poziomu wiedzy pacjenta i jego bliskich o cukrzycy,
 - Omówienie podstawowych zagadnień z zakresu zaburzeń gospodarki węglowodanowej, objaśnienie pojęć, udzielenie odpowiedzi na nurtujące pytania pacjenta i jego rodziny,
 - Nakreślenie ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych wynikających z cukrzycy i wyjaśnienie schematu postępowania w razie ich wystąpienia,
 - Zachęcenie pacjenta do dołączenia do grupy diabetyków,
 - Wskazanie korzyści płynących z samokontroli i dokumentowania wyników pomiarów glikemii
 - Edukacja na temat postępowania dietetycznego (konieczność spożywania 5 posiłków w ciągu dnia, o stałych porach, wprowadzenia diety cukrzycowej, wykluczenia cukrów prostych i tłuszczu zwierzęcych).
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Podniesienie poziomu wiedzy chorego, poprawa świadomości chorego względem schorzenia jakim jest cukrzyca oraz przygotowanie chorego i jego otoczenia do właściwej reakcji w przypadku wystąpienia powikłań, rozpoznania objawów.

- **Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia kolejnego zawału mięśnia sercowego.**
- ✓ **Cel opieki:** Minimalizowanie ryzyka.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Udzielenie informacji o czynnikach ryzyka wystąpienia zawału,

- Zachęcenie pacjenta do założenia dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego i wykonywania codziennych pomiarów ciśnienia tętniczego,
 - Wskazanie zalet płynących z leczenia dietetycznego oraz zachęcenie do wprowadzenia diety niskocholesterolowej w tym spożywania 5 posiłków dziennie, w niewielkich ilościach i o stałych porach, wykluczeniu z diety tłuszczów zwierzęcych i zastąpieniu ich tłuszczami pochodzenia roślinnego i zmiany sposobu przygotowywania potraw na duszone, gotowane na parze, pieczone.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Problem wymaga dalszej realizacji działania.
- **Problem pielęgnacyjny: Obniżony nastrój wynikający z złego stanu zdrowia.**
- ✓ **Cel opieki:** Poprawa samopoczucia, zapewnienie bezpieczeństwa, niwelowanie poczucia lęku i niepokoju.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
- Obserwacja i ocena emocji towarzyszących pacjentowi, zapewnienie wsparcia i bezpieczeństwa,
 - Zapewnienie ciszy i spokoju niezbędnych do efektywnego wypoczynku,
 - Udzielenie wskazówek w kierunku radzenia sobie ze stresem,
 - Odwrócenie uwagi chorego od przykrych myśli,
 - Objasnienie kwestii nurtujących pacjenta,
 - podjęcie prób skrupulatnego ustalenia przyczyn negatywnych emocji występujących u pacjenta,
 - udzielanie choremu informacji dotyczących występujących dolegliwości oraz sposobów ich zmniejszania,
 - zachęcanie pacjenta do aktywnego udziału w leczeniu,
 - rozbudzenie wiary w szansę poprawy oraz utrzymania lepszej kondycji umożliwiające choremu zadowalające życie z chorobą,
 - pomaganie pacjentowi w zagospodarowaniu wolnego czasu,
 - zachęcanie pacjenta do systematycznej aktywności fizycznej, która jest przez niego tolerowana,

- poinformowanie pacjenta o zalecanych formach aktywności oraz ograniczeniach do ich uprawiania - marsz, jazda na rowerze, spacer - stan zdrowia, warunki atmosferyczne – zaangażowanie rodziny do wspierania chorego,
 - okazanie pacjentowi wsparcia i zrozumienia.
- ✓ **Ocena podjętych działań pielęgnacyjnych:** Uzyskano znaczną poprawę samopoczucia chorego niwelując negatywne emocje.

Wskazówki do pielęgnacji chorego w warunkach domowych

1. Regularne przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza.
2. Regularne ćwiczenia oddechowe i fizjoterapia w celu poprawy wentylacji płuc.
3. Ograniczenie aktywności fizycznej do umiarkowanego poziomu, aby uniknąć zaostrzenia objawów POChP.
4. Unikanie drażniących substancji, takich jak dym papierosowy i zanieczyszczenia powietrza.
5. Zachowanie czystości w domu, w tym regularne odkurzanie, wietrzenie pomieszczeń i unikanie alergenów.
6. Stosowanie nawilżacza powietrza, aby utrzymać odpowiedni poziom wilgotności w pomieszczeniach.
7. Zachowanie odpowiedniej diety i nawadnianie organizmu.
8. Zmniejszenie stresu i zachęcanie do regularnego odpoczynku i relaksacji.
9. Śledzenie objawów POChP i skonsultowanie się z lekarzem w przypadku ich zaostrzenia.
10. Utrzymywanie regularnych wizyt kontrolnych u lekarza w celu monitorowania stanu zdrowia i dostosowania leczenia.

WNIOSKI

1. Indywidualizowane podejście do pacjenta oraz edukacja na temat czynników ryzyka i zmian stylu życia są kluczowe dla skutecznego zwiększenia tolerancji wysiłku fizycznego i zmniejszenia nasilenia duszności.
2. Dostosowanie opieki pielęgniarstwa do indywidualnych potrzeb pacjenta poprawia skuteczność leczenia i komfort pacjenta poprzez ułatwienie i zwiększenie efektywności odkrztuszania.

3. Działania pielęgniarские mają kluczowe znaczenie w poprawie parametrów oddechowych oraz wsparciu chorego w dążeniu do poprawy procesu oddychania, a także w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia powikłań związanych z dusznością.
4. Zwiększenie świadomości pacjenta oraz zapewnienie odpowiedniej profilaktyki zmniejsza ryzyko zachorowania i minimalizuje ewentualne powikłania.
5. Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat prawidłowego stosowania leków wziewnych jest kluczowa w zapobieganiu powikłaniom i poprawie skuteczności terapii.
6. Ważnym elementem opieki nad chorym zagrożonym wystąpieniem powikłań sercowo-naczyniowych jest przeprowadzenie szczegółowej oceny czynników ryzyka oraz edukacja chorego i jego otoczenia w zakresie modyfikacji tych czynników w celu zapobiegania powikłaniom.
7. Edukacja pacjentów i personelu medycznego na temat odpowiednich praktyk higieny i profilaktyki infekcji układu moczowego może skutecznie zmniejszyć ryzyko wystąpienia infekcji.
8. Wdrożenie indywidualnego podejścia do pacjenta i jego rodziny oraz dostosowanie edukacji do ich potrzeb i preferencji zwiększa skuteczność niwelowania stresu i sprzyja poczuciu bezpieczeństwa.
9. Podniesienie poziomu wiedzy chorego na temat ryzyka powikłań w nadciśnieniu tętniczym przyczynia się do poprawy jego samopoczucia i zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.
10. Monitorowanie i kontrolowanie czynników ryzyka oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia mają kluczowe znaczenie w zapobieganiu powikłaniom ze strony układu krwionośnego.
11. Zapewnienie stałej kontroli glikemii ma kluczowe znaczenie w wyrównywaniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej i zapobieganiu powikłaniom.
12. Edukacja pacjenta na temat powikłań i interwencji medycznych minimalizuje ryzyko ich wystąpienia i pomaga zniwelować objawy cukrzycy.

PIŚMIENNICTWO

1. 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. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2014; 12(2): 99–112.
2. 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.
3. Bodys-Cupak I., Grochowska A., Łabuzek M., Maciejowska J., Zając P.: Zachowania Zdrowotne pacjentów z POCHP. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2019; 1(58): 44-50.
4. 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.
5. Chorostowska- Wynimko J.: Skuteczna kontrola POChP jest możliwa. KURIER MEDYCZNY menedżera zdrowia 2022; 8: 42-48.
6. Cynowska B., Damps-Konstańska I., Jassem E., Krakowiak P., Kuziemski K.: Zintegrowany model opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego. Forum Medycyny Rodzinnej 2012; 6(1): 14–23.
7. Damps-Konstańska I., Dobek R., Farnik M., Franczuk M. i wsp.: Ścieżka chorego na POChP w Polsce: stan obecny i pożądany kierunek zmian. Perspektywa specjalistów pulmonologów. Pneumologia Polska 2022; 3(1–2): 23–32.
8. 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): 324-1335.
9. 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.
10. Dziedzic E.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Polish Journal of Health and Fitness 1 2016: 12-29.
11. Filipińska 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. Kałucka S.: Trudności w leczeniu POChP u osób starszych. *Geriatrics* 2019; 13: 167-176.
13. Kazberuk A., Osińska M., Rysiak E.: Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farmacja Współczesna* 2017; 10: 115-120.
14. 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

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW LECZONYCH OPERACYJNIE Z POWODU GUZA MÓZGU

Danuta Ponczek¹, Aleksandra Baranowska²

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

Tempo życia i rozwój cywilizacji w dużym stopniu wpływa na powstawanie wielu chorób, między innymi na nowotwory centralnego układu nerwowego. Często są one wykrywane w losowych sytuacjach, podczas diagnostyki obrazowej lub kiedy dają już niepokojące zaburzenia neurologiczne. Na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na nowotwory mózgu w Polsce w 2020 roku wyniosła 2481, w tym 1179 kobiet i 1302 mężczyzn. Z kolei liczba zgonów w tym samym roku to 2936 osób, z czego 1365 kobiet i 1571 mężczyzn. Pierwotne guzy układu nerwowego rzadko są źródłem przerzutów, a guzy przerzutowe do mózgu stanowią ponad 10% guzów wewnątrzczaszkowych. Objawy tej choroby rzutują na wszystkie sfery życia, pogarszając funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne. Mogą stać się przyczyną niepełnosprawności. Człowiek staje się zależny od innych osób, obniża się jego jakość życia, często też wycofuje się z życia towarzyskiego [1, 2].

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego są to zmiany tworzące się w tkankach mózgowia i rdzenia kręgowego. Dzieli się je pod względem pochodzenia na pierwotne i przerzutowe. Terminem guza mózgu określa się różnorodne patologie wewnątrzczaszkowe, które powstały w przebiegu niekontrolowanego rozrostu własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek w mózgu. Należą do nich wszystkie obce dla mózgu struktury, które tworzą ucisk w czaszce i prowadzą do zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Mogą być pochodzenia nowotworowego lub bardzo rzadko nienowotworowego, np. otorbione ropnie mózgu. Objawami klinicznymi nowotworu mózgu

są: bóle głowy, napady padaczkowe, neurologiczne objawy ogniskowe. Przewlekłe nadciśnienie wewnątrzczaszkowe powoduje senność, zaburzenia świadomości, nudności i wymioty, sztywność karku, pogorszenie widzenia, zaburzenia równowagi, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego oraz podwójne widzenie. Z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego łączą się także zaburzenia psychiczne: brak logicznego myślenia oraz zmiany osobowości. Pomimo ryzyka jakie niesie za sobą operacja, jest ona najczęstszym i najlepszym rozwiązaniem w walce z guzem mózgu. Usunięcie guza powoduje zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Właśnie dzięki tej metodzie można liczyć na wyleczenie lub wydłużenie życia [3, 4, 5].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów leczonych operacyjnie z powodu guza mózgu przed i po zabiegu.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 50. dorosłych pacjentów operowanych z powodu guza mózgu w Klinice Neurochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Wykorzystano dwie ankiety autorskie (jedna wypełniana przed operacją, druga 1-2 miesiące po operacji), skalę oceny bólu VAS oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF. W ankietach zawarto pytania o dane społeczno-demograficzne, a także kliniczne: lokalizację guza, objawy, problemy w poruszaniu się, odczuwanie bólu, potrzebę przyjmowania środków przeciwbólowych, styl życia. Dodatkowe pytania wykorzystane przy konstrukcji ankiety po zabiegu operacyjnym to: problemy zdrowotne, które pozostały lub się wycofały, odbycie rehabilitacji, pomoc dodatkowego specjalisty, ocena samopoczucia oraz powrót do wcześniejszej aktywności zawodowej. Skala VAS służy do wizualnej oceny nasilenia bólu. Skala przypomina wyskalowaną linijkę, na której 0 – odpowiada za zupełny brak bólu, a 10 – za ból nie do wytrzymania. Kwestionariusz WHOQOL-BREF pozwala ocenić jakość życia osób zdrowych i chorych w sferze somatycznej, socjalnej, środowiskowej oraz psychologicznej. Zawiera również dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2 dotyczące indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań mieści się w przedziale 1-5 i ma kierunek pozytywny, im wyższa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [6].

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 skale 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 średnia wartość wskaźnika (x) oraz odchylenie standardowe wielkości danego wskaźnika (SD). Wszystkie różnice między wynikami wskazywano za istotne dla przeprowadzonego testu statystycznego przy wartości $p < 0,05$.

WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 50 osób, które miały zachowaną zdolność logicznego kontaktu słownego i rozumienia mowy. Szczegółową charakterystykę przedstawiono w tab. 1.

Tabela. 1 Charakterystyka grupy badanej

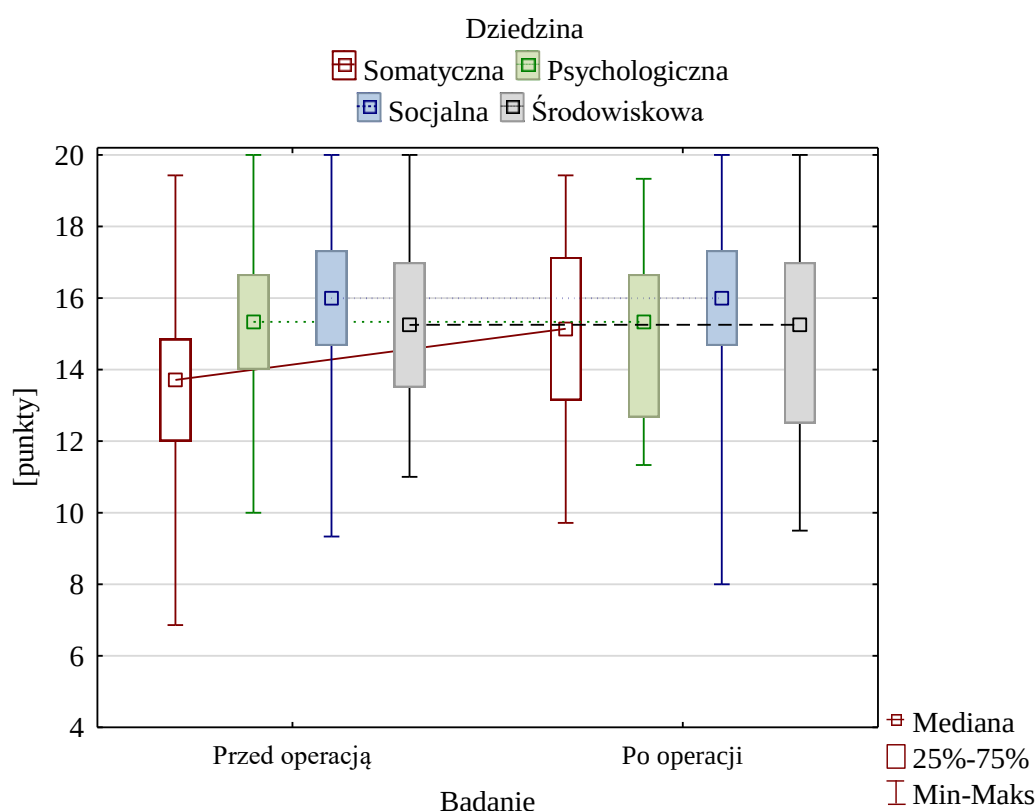
Pytanie	Odpowiedź	N	%
Płeć	Kobieta	25	50
	Mężczyzna	25	50
Wiek	18-35	10	20
	36-50	15	30
	51-65	15	30
	Powyżej 65	10	20
Miejsce zamieszkania	Wieś	17	34
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	17	34
	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	16	32
Stan cywilny	Samotny	18	36
	W stałym związku	32	64
Sposób zamieszkania	Sam/a	11	22
	Z dziećmi	3	6
	Z partnerem	16	32
	Z rodziną	20	40
Wykształcenie	Podstawowe	7	14
	Zawodowe	13	26
	Średnie	14	28
	Wyższe	16	32
Charakterystyka pracy	Student	2	4
	Fizyczna praca	22	44
	Umysłowa	18	36
	Narażenie na czynniki chemiczne	7	14
	Działalność gospodarcza	1	2

Badanym zadano także pytanie o częstość narażenia na stres w życiu codziennym. Aż 38% badanych stwierdziło, że było narażonych na stres bardzo często, a 22%, że kilka razy w tygodniu. Rzadkie narażenie na stres deklarowało 30% ankietowanych. Tylko 10% badanych twierdziło, że stres nie towarzyszy im w codziennym życiu wcale.

U większości badanych (58%) od momentu postawienia diagnozy do pierwszej hospitalizacji upłynął okres od 1 do 12 miesięcy, 36% badanych było poddanych hospitalizacji w ciągu 30 dni od postawienia diagnozy, a tylko w przypadku 6% badanej grupy podjęto ją w czasie dłuższym niż 12 miesięcy. Najczęściej (16%) guz był zlokalizowany w płacie czołowym i potylicznym (14%), najrzadziej (8%) w obszarze pnia mózgu oraz płata ciemieniowego. Ponad połowa (56%) badanych stwierdziło, że czuło się wyczerpująco poinformowane o diagnozie oraz o przebiegu zabiegu operacyjnego. Po 22% badanych udzieliło odpowiedzi, że przekazano im ograniczony zasób informacji lub nie poinformowano ich w sposób wyczerpujący. Zapytano o sposób odżywiania się ankietowanych, 58% oceniło, że stara się odżywiać zdrowo, ale robi to niesystematycznie, 18% że nie czyni starań by odżywiać się w ten sposób. Tylko 24% osób potwierdziło, że zdecydowanie przywiązuje do tego uwagę i stara się zdrowo odżywiać. Zapytano także o problemy zdrowotne jakie towarzyszyły badanym pacjentom, a które wywołane były przez zdiagnozowanego u nich guza mózgu. Pośród badanych 42% stwierdziło, że objawem, który często im towarzyszył był ból głowy. Nieznacznie mniej wskazywało na zaburzenia równowagi (38%) oraz napady padaczki (32%). Wśród najrzadziej wskazywanych dolegliwości znalazły się szумы uszne (4%) oraz zaburzenia mowy (2%). Przed operacją 84% badanych poruszało się samodzielnie. Po operacji odsetek tych osób nieznacznie zmalał do 78%. Odpowiednio, odsetek pacjentów korzystających ze sprzętu pomocniczego ułatwiającego im poruszanie się po operacji nieznacznie wzrósł, z 16% przed operacją do 22% po niej. Nie było to jednak istotne statystycznie ($p=0,371$).

Porównano nasilenie bólu odczuwanego przez pacjentów przed operacją i po niej. Przed operacją badani przeciętnie odczuwali ból o nasileniu $3,1 \pm 2,8$ pkt, po operacji jego nasilenie zmalało do $1,1 \pm 1,5$ pkt ($p < 0,001$). Okazało się, że 48% pacjentów nie doznało żadnych zmian w zakresie nasilenia odczuwanego bólu, jednak 52% zgłosiło jego zmniejszenie. Odsetek osób przyjmujących codziennie środki przeciwbólowe po operacji zmalał do 4% z poziomu 26% przed operacją. Było to istotne statystycznie ($p=0,002$). Zmniejszenie częstości przyjmowania środków przeciwbólowych deklarowało 40% badanych, zwiększenie 8%, dla pozostałych osób nic się nie zmieniło w tym aspekcie.

Zbadano zmiany samopoczucia pacjentów jakie nastąpiły w okresie 1-2 miesięcy po operacji. W tym celu zastosowano skalę punktową – od -2 do +2 pkt – w której wartości dodatnie oznaczały poprawę samopoczucia, a ujemne jego pogorszenie. Najwyższy odsetek pacjentów (42%) informował, że czuło się raczej dobrze. O 10% niższy był odsetek osób, który deklarował, że ich samopoczucie w tym terminie było umiarkowane. 14% i 2% pacjentów informowało, że czuje się, odpowiednio, bardzo dobrze lub bardzo źle ($p<0,001$). Za pomocą takiej samej skali punktowej oceniono także zmiany jakie wywarła operacja na życie badanych. Najwyższy odsetek pacjentów (48%) informował, o raczej pozytywnym wpływie, 30% bez wpływu, 10% i 2% odpowiednio, zdecydowanie pozytywnie lub zdecydowanie negatywnie. Obserwowane zmiany były istotne statystycznie ($p<0,001$).



Rycina 1. Rozkład wyników jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej przed i po operacji.

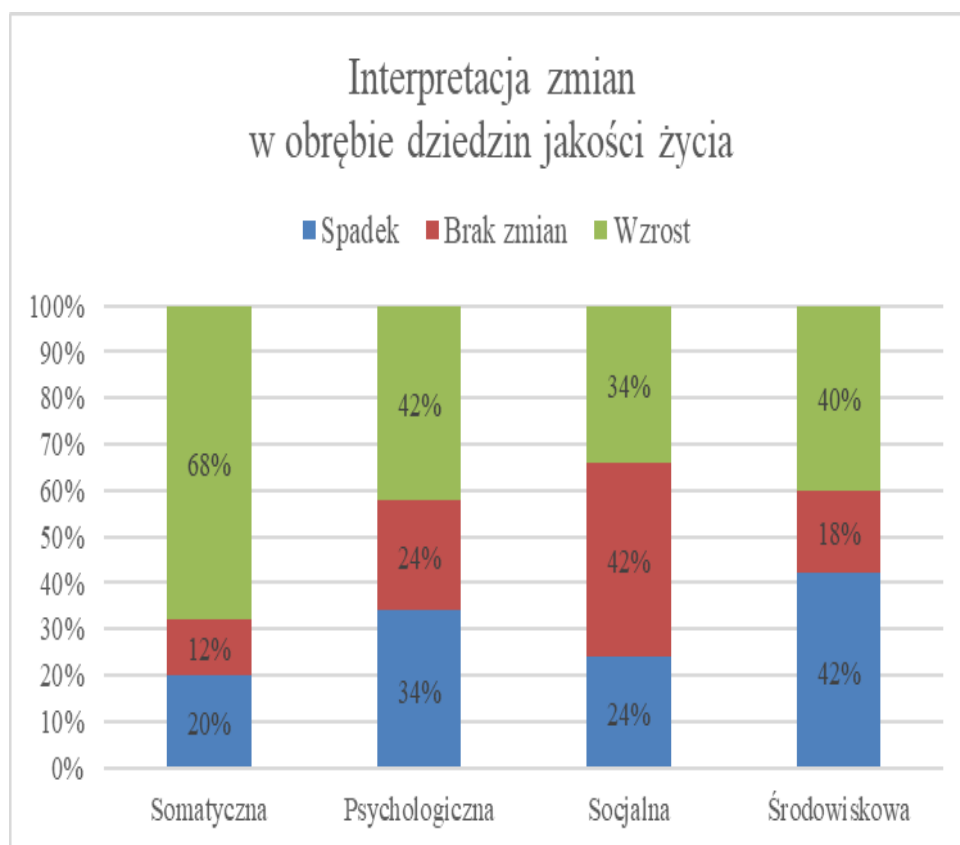
Ocena jakości życia badanych została przeprowadzona za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Podstawowa analiza obejmowała ogólną ocenę jakości życia oraz stanu zdrowia badanych pacjentów. Oceny tej dokonano przed i po operacji, a zebrane wyniki poddano porównaniu.

Średnie wyniki opisujące ogólną jakość życia badanych przed i po przebytej operacji były jednakowe ($3,9 \pm 0,7$ vs. $3,9 \pm 0,9$ pkt). Test statystyczny nie potwierdził występowania istotnych różnic w zakresie tego parametru ($p=0,648$).

W przypadku wyników opisujących zadowolenie ze swojego stanu zdrowia, stwierdzono istotne różnice ($p=0,040$) pomiędzy rezultatami osiąganymi przez pacjentów przed ($3,4 \pm 1,0$ pkt) i po ($3,7 \pm 0,8$ pkt) operacji, gdzie dochodziło do ich wzrostu.

Porównanie średnich wyników jakości życia pacjentów w dziedzinie psychologicznej ($p=0,679$), socjalnej ($p=0,863$) oraz środowiskowej ($p=0,816$) przed i po operacji nie wykazało istotnych zmian. Stwierdzono je natomiast w dziedzinie somatycznej ($p<0,001$), w której w wyniku operacji doszło do poprawy jakości życia ($13,3 \pm 2,7$ vs. $15,1 \pm 2,4$ pkt) (ryc.1).

Analiza zmian przeprowadzona dla poszczególnych jednostek poddanych badaniu wykazała, że 68% pacjentów odnotowało poprawę jakości życia w dziedzinie somatycznej, 42% psychologicznej, 34% socjalnej a 40% środowiskowej (ryc.2).



Rycina 2. Interpretacja zmian w jakości życia dla dziedziny somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej po przeprowadzonej operacji

Starano się ustalić, czy objawy występujące przed operacją, po jej wykonaniu ustąpiły. Tylko 16% badanych informowało o całkowitym ustąpieniu dolegliwości, a 10% w znacznym

stopniu. Z kolei ponad połowa pacjentów (52%) informowała o częściowym ustąpieniu, natomiast 22% nie odczuło by dokuczające im dolegliwości ustąpiły w jakimkolwiek zakresie.

Wśród dolegliwości, które najczęściej nie ustępowały pomimo wykonania operacji znalazły się zaburzenia równowagi (34%) oraz niedowłady (22%). Z kolei wśród dolegliwości, które najczęściej ustępowały po przeprowadzonej operacji znalazły się bóle głowy (32%) oraz napady padaczki (22%).

Badanych pacjentów zapytano także o to, czy korzystali z pomocy specjalistycznej. Ponad połowa ankietowanych (54%) po przeprowadzeniu operacji nie korzystała z pomocy żadnego ze specjalistów.

Pacjenci, którzy korzystali z takiej pomocy, najczęściej korzystali z usług fizjoterapeuty (32%). Znacznie niższy odsetek osób korzystał także z pomocy psychologa (18%), logopedy (10%), dietetyka (6%) oraz psychiatry (2%).

Wśród 46% osób, które korzystały z pomocy różnych specjalistów, 34% napisało, że występujące u nich objawy dzięki udzielonej im pomocy częściowo ustąpiły, 8% pacjentów nie stwierdziło żadnych zmian w nasileniu dolegliwości, natomiast 4% informowało o ich całkowitym ustąpieniu.

Badanych zapytano także o plany dotyczące ich ewentualnego powrotu do wcześniejszej aktywności zawodowej. Wśród nich 14% deklarowało, że raczej nie zamierza, a 10% nie zamierza powracać do pracy, 30% nie miało w tym zakresie zdania. Natomiast pozostali (46%) deklarowali pewny (16%) lub raczej pewny (30%) powrót do dawnej aktywności zawodowej.

W ramach prowadzonego badania dokonano także analizy rozkładu płci, wieku, wykształcenia oraz sposobu zamieszkania wśród osób, które dokonały odmiennej samooceny swojego stanu zdrowia w okresie 1-2 miesięcy od przeprowadzonej u nich operacji. Dodatkowo, przeanalizowano wśród tych osób także okres czasu jaki upłynął w ich przypadku od postawienia diagnozy do hospitalizacji oraz to, czy po zabiegu zastosowano u nich leczenie rehabilitacyjne.

Istotność statystyczną stwierdzono tylko w przypadku płci ($p < 0,001$). Żadna z kobiet nie oceniała po operacji swojego stanu zdrowia jako bardzo lub raczej zły, w przeciwieństwie do 6 mężczyzn, którzy takiej samooceny dokonali.

Dokładniejsza analiza wykazała, że kobiety po operacji najczęściej oceniały stan swojego zdrowia jako raczej dobry lub bardzo dobry, podczas gdy mężczyźni oceniali go najczęściej jako umiarkowany.

DYSKUSJA

Operacja jest podstawową metodą leczenia guza mózgu. Może być on przyczyną wielu zaburzeń wynikających ze zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, takich jak bóle głowy, nudności, wymioty oraz ogniskowych wynikających z uszkodzenia określonego obszaru mózgu. Jakość życia pacjentów z guzami mózgu jest zagadnieniem rzadko poruszonym w okresie okołoperacyjnym i prezentowanym w dostępnych publikacjach [7].

W niniejszej pracy porównano jakość życia pacjentów z guzem mózgu przed i 1-2 miesiące po zabiegu operacyjnym. Nie wykryto różnic w ogólnej jakości życia ani w sferach: psychicznej, socjalnej i środowiskowej. Odnotowano je natomiast w zadowoleniu ze swojego zdrowia oraz sferze somatycznej. Miały one aspekt pozytywny.

Podobne badania przeprowadziła Jabłońska i wsp. [8], którzy również wykorzystali kwestionariusz WHOQOL-BREF, jednakże tylko po leczeniu neurochirurgicznym. Prawie $\frac{3}{4}$ ankietowanych pozytywnie oceniło swoją ogólną jakość życia, co przełożyło się na wysoki wynik średni – 73,7 pkt. Zadowolonych ze swojego zdrowia było już tylko $\frac{1}{3}$ badanych, określając tym samym go na poziomie przeciętnym (59,63 pkt). W analizowanej grupie wyżej została oceniona sfera psychologiczna niż fizyczna, ale zarówno w jednej, jak i w drugiej większość badanych oceniła swoją jakość życia pozytywnie.

Królikowska i wsp. [9] skupili się na zbadaniu wpływu czynników demograficznych na jakość życia 236 pacjentów poddanych leczeniu guza mózgu za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ-C30 oraz modułu EORTC QLQ-BN20 w dniu przyjęcia na oddział, piątej dobie po usunięciu guza mózgu oraz trzydziści dni po zabiegu chirurgicznym. Okazało się, że miały na nią wpływ takie czynniki jak: wiek, sytuacja rodzinna i status zawodowy. Natomiast płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania pozostały bez wpływu istotnego statystycznie.

W innej publikacji [7] za pomocą tych samych narzędzi i okresów badania autorzy analizowali jakość życia pacjentów w grupach o różnym rozpoznaniu histopatologicznym. Okazało się, że w piątej dobie po operacji wszystkie grupy pacjentów wykazywały obniżoną jakość życia, natomiast po 30 dniach nastąpiła znaczna poprawa, osiągając poziom jakości życia sprzed zastosowanego leczenia. Najbardziej znaczące wyniki, które uległy poprawie zaobserwowano w przypadku takich objawów jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból, bezsenność, brak apetytu.

Zahid i wsp. [10] również badali jakość życia pacjentów z guzami mózgu przy pomocy kwestionariusza EORTC QLQ-C30 i QLQ-BN20. Ich średni globalny wynik jakości

życia wyniósł 75,73 pkt. Wartości pięciu skal funkcjonowania wahały się od 81,2 do 87,93 pkt. Najniższą jakość życia badani prezentowali w sferze fizycznej i pełnienia ról, najwyższą w sferze społecznej. W skali objawów najwyższe wyniki, co jest równoznaczne z gorszą jakością życia badani uzyskali w zakresie bólu głowy, utraty apetytu, bezsenności oraz osłabienia.

Jakość życia, sprawność funkcjonalna, procedury neurochirurgiczne, to słowa kluczowe opracowania Lorencowicz i wsp. [11]. Ponad ¼ opisywanych w nim pacjentów była operowana z powodu guza mózgu. Celem autorów była weryfikacja powszechnej opinii, że interwencja chirurgiczna w obrębie układu nerwowego wiąże się z bardzo poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Wykazano, że niemal połowa (48,15%) pacjentów określiła swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry. Ponad dwie trzecie (68,52%) respondentów zadeklarowała pełną wydolność funkcjonalną, 29,63% potrzebowało niewielkiej pomocy, a tylko dwóch (1,85%) chorych wymagało stałej opieki osób trzecich w dniu wypisu z oddziału. Dotyczyło to jednak wszystkich badanych. Autorzy ponadto sprawdzili, jakie schorzenia są przyczyną najczęstszych dysfunkcji funkcjonalnych. I tu można było już się przyjrzeć tylko grupie operowanej z powodu guza mózgu. Samodzielnych w zakresie kąpieli było 74,43% osób, w ubieraniu się 85,71%, w chodzeniu na zakupy 32,14%, w dotarciu do przychodni 53,57%. Wysłunięto wniosek, że leczenie neurochirurgiczne nie stanowi istotnego zagrożenia dla codziennego funkcjonowania chorego po operacji. Oceny wydolności czynnościowej pacjentów po operacji guza mózgu podjęli się również Ślusarz i wsp. [12]. Okazało się, że większość badanych zarówno w dniu przyjęcia, jak i w dniu wypisu wykazała się bardzo dobrą wydolnością funkcjonalną.

Guz mózgu i związane z nim leczenie neurochirurgiczne są trudnymi i budzącymi lęk zdarzeniami w życiu osób, których dotyczą. Mają niewątpliwie bardzo duży wpływ na wszystkie sfery ich codziennego funkcjonowania, a co za tym idzie na jakość życia, której badanie staje się ważnym elementem procesu leczenia i opieki nad pacjentem.

WNIOSKI

1. Nasilenie bólu odczuwanego przez pacjentów przed operacją znacząco zmalało po operacji, tym samym istotnie zmniejszyła się częstość zażywania leków przeciwbólowych.

2. Ze wszystkich wymiarów kwestionariusza WHOQOL-BREF jakość życia badanych osób po operacji poprawiła się w istotny sposób w sferze fizycznej i zadowolenia ze swojego stanu zdrowia. Lepiej oceniały jakość swojego życia po operacji kobiety.

PIŚMIENNICTWO

1. Krajowy Rejestr Nowotworów. Raporty. <https://onkologia.org.pl/pl/raporty> (dostęp 02.08.2023).
2. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2019.
3. Łebkowski W.J., Zajkowska J.: Ropień mózgu. *Neurologia po Dyplomie* 2013; 8 (5): 38-43.
4. Błaszczak B., Michalak A., Kowalczyk A. i wsp.: Porównanie metody endoskopowej i klasycznej w leczeniu torbieli pajęczynówki i guzów wewnątrzkomorowych. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2014; 68 (5): 268-274.
5. Stienen M.N., Zhang D.Y., Broggi M. et al.: The influence of preoperative dependency on mortality, functional recovery and complications after microsurgical resection of intracranial tumors. *Journal of Neuro-Oncology* 2018; 139 (2): 441-448.
6. Cieślik B., Podbielska H. Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica, Inżynieria Biomedyczna* 2015; 21 (2): 102-135.
7. Królikowska A., Filipowska-Blejder K., Jabłońska R. et al.: Quality of life after surgical treatment of brain tumors. *Journal of Clinical Medicine* 2022; 11 (13): 3733.
8. Jabłońska R., Wieczorkiewicz-Świtała B., Królikowska A. Jakość życia chorych z guzem układu nerwowego a rodzaj i umiejscowienie nowotworu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013; 2 (4): 140-148.
9. Królikowska A., Jabłońska R., Antczak A. et al.: Selected determinants of the quality of life after surgical treatment of brain tumors. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2016; 5 (4): 128–135.
10. Zahid N., Martins R.S., Brown N. et al.: Psychosocial factors influencing quality of life in patients with primary brain tumors in Pakistan: an analytical cross-sectional study. *BMC Research Notes* 2023; 16: 89.
11. Lorencowicz R., Jasik J., Czerwińska N. i wsp.: Wpływ leczenia neurochirurgicznego na wydolność funkcjonalną. *Zdrowie i Dobrostan* 2014; 3: 29-41.

12. Ślusarz R., Królikowska A., Jabłońska R. et al.: Evaluation of everyday activities in patients after brain tumor surgery. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2018; 7 (3): 111–117.

POZIOM WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT DEPRESJI

Dorota Rutkowska-Mojcieczuk^{1,2} Barbara Jankowiak³

1/ - Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

2/ - SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

3/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Depresja (dawniej zwana melancholią), jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Przede wszystkim kojarzona jest ze smutkiem i przygnębieniem. Nieleczona może doprowadzić do groźnych następstw, a nawet samobójstwa [1, 2].

W znaczeniu medycznym słowem „depresja” określa się zespół objawów utrzymujących się stale przez minimum 2 tygodnie, związanych ze znacznym obniżeniem nastroju i zdolności do przeżywania przyjemności, pesymistycznym myśleniem oraz osłabieniem aktywności życiowej, a także zaburzeniami życia popędowego i czynności wegetatywnych [3].

Objawy depresji to dolegliwości zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które mogą być zagrożeniem dla zdrowia i życia chorego. Choroba pojawia się niepostrzeżenie i dlatego może zostać niezauważona przez otoczenie pacjenta.

CELEM PRACY było:

1. Ocena ogólnej wiedzy społeczeństwa na temat problemu depresji.
2. Rozpoznanie głównych źródeł wiedzy na temat depresji.
3. Weryfikacja subiektywnej oceny poziomu wiedzy respondentów na temat depresji.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniem objęto 150 mieszkańców województwa podlaskiego.

Badania zostały przeprowadzone drogą internetową w okresie od 01.10 do 30.11.2022r. Obliczenia i wykresy zostały wykonane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2019.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa. Formularz stworzono w oparciu

o literaturę przedmiotu dotyczącą depresji. Ankieta była anonimowa, a udział w niej był dobrowolny. Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań podzielonych na 2 części:

1. 6 pytań (metryczkowych) dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego i obecnego źródła utrzymania.
2. 20 pytań zasadniczych:
 - 5 pytań wielokrotnego wyboru,
 - 15 pytań zamkniętych (jednokrotnego wyboru).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

WYNIKI

Ocena grupy respondentów

W badaniu udział wzięło 150 osób, w tym 88,7% kobiet i 11,3% mężczyzn. Większość badanych stanowiły kobiety (88,7%) w wieku 41-50 lat (37,6%) zamieszkujących w miastach (82,7%) oraz posiadający wyższy stopień wykształcenia (67,7%). Mężczyźni stanowili 11,3% badanych. Większość z nich była w wieku 41-50 lat (29,4%), zamieszkiwała w mieście (70,6%) i posiadała wyższe wykształcenie (41,2%).

Wśród respondentów przeważały osoby w wieku 41-50 lat (37%). Najmniej spośród uczestniczących mieściło się w przedziale wiekowym: 80 i powyżej. Największą grupę stanowiły osoby zamężne i żonate (63,3%). Najmniej osób zadeklarowało się jako osoby rozwiedzione (7,3%). Wśród ankietowanych najwięcej było osób pracujących umysłowo (58%). Najmniejszą grupę stanowili bezrobotni (1%), renciści (1%) oraz uczniowie (3%).

Respondenci jako najczęstsze źródło wskazywali Internet (70,7%) oraz środki masowego przekazu (54,7%). Zaledwie 2,7% badanych nie wykazało zainteresowania tematem depresji. Znaczna część osób (44,7%) uzyskała wiedzę na temat depresji dzięki kontaktom z osobami z objawami depresji oraz lekturze książek (44,7%).

Wyniki szczegółowe

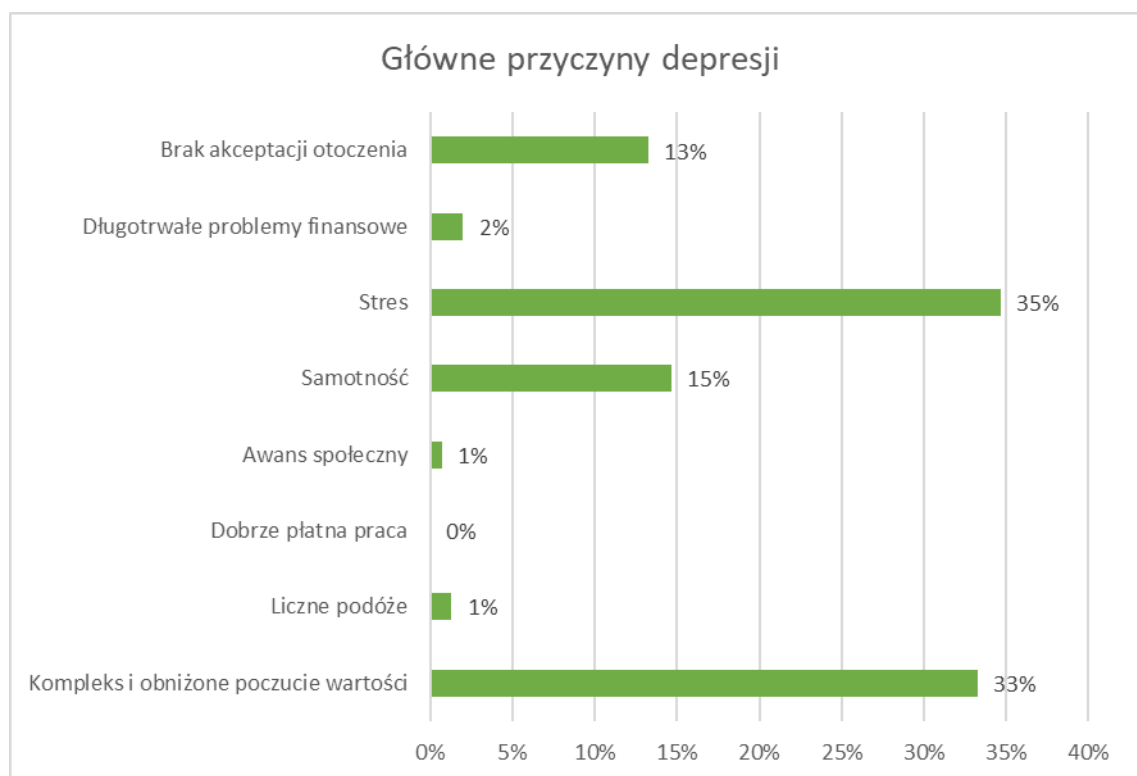
Dla większości badanych słowo „depresja” kojarzyło się z brakiem sensu życia (86%) oraz smutkiem i przygnębieniem (84%). Znaczna część respondentów zauważyła też skojarzenie z chorobą (69%) oraz myślami o śmierci (65%).

Zdaniem większości ankietowanych objawami depresji był brak energii, poczucie bezradności, utrata sensu życia (93%), bezsenność lub nadmierna senność (86%) oraz niepokój (81%). Objawami najmniej wskazującymi na depresję były: wesołkowatość,

nadmierne pobudzenie, chęć do działania (7%). 1% badanych przyznał, że nie zna objawów depresji.

Zdecydowana większość (54%) zauważyła, że osoba z depresją w towarzystwie stara się uśmiechać, ale w samotności często płacze i 45% postrzegało osoby z depresją jako te, które lubią samotność i unikają spotkań towarzyskich. 1% badanych odpowiedział, że nie zna odpowiedzi.

Ankietowanym zadano pytanie o główne przyczyny depresji. Największa grupa osób (35%) wskazała jako przyczynę depresji stres oraz kompleksy i obniżone poczucie własnej wartości (33%). Najmniej wyborów uzyskały odpowiedzi dotyczące licznych podróży (0%) oraz awansu społecznego (1%). Długotrwałe problemy finansowe zdaniem większości respondentów, nie stanowiły głównej przyczyny depresji (2%) - Rycina 1.



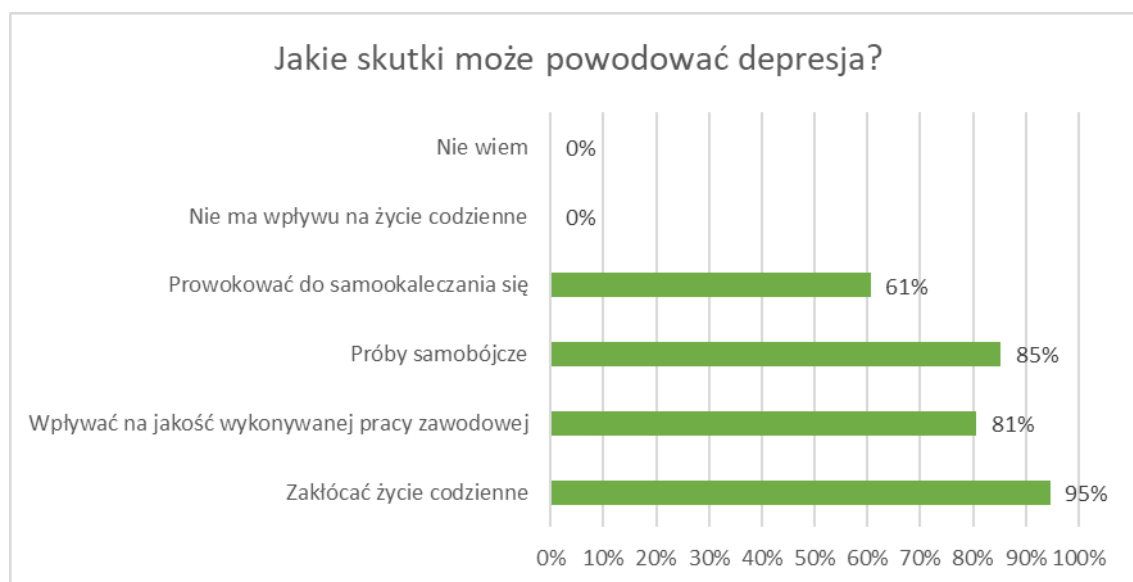
Rycina 9. Główne przyczyny depresji (N=150)

Kolejnym pytaniem, na które poszukiwano odpowiedzi u respondentów było: „Czy według Pani/Pana depresja zalicza się do chorób, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive bojąc się stygmatyzacji?”. Większość osób badanych stwierdziła, że raczej tak (53%) i zdecydowanie tak – depresja jest chorobą wstydlivą (42%). Jedyne 1%

badanych udzieliło odpowiedzi, że depresja nie zalicza się do chorób wstydlivych oraz 1% badanych nie wiedziało czy tak jest.

Respondenci udzielali również odpowiedzi na pytanie: „Czy wg Pani/Pana depresję można nazwać chorobą cywilizacyjną XXI wieku?”. Ich zdaniem (92% badanych) depresja jest chorobą wynikającą ze zmian cywilizacyjnych naszego wieku. 2% badanych nie zgodziło się z tym twierdzeniem.

Osoby badane zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Jakie skutki może powodować depresja?”. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Zdecydowana większość respondentów (95%) była zdania, że depresja może zakłócać życie codzienne. Żadna z osób nie stwierdziła, że depresja nie ma wpływu na życie lub, że nie wie jakie skutki może powodować (Rycina 2).



*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

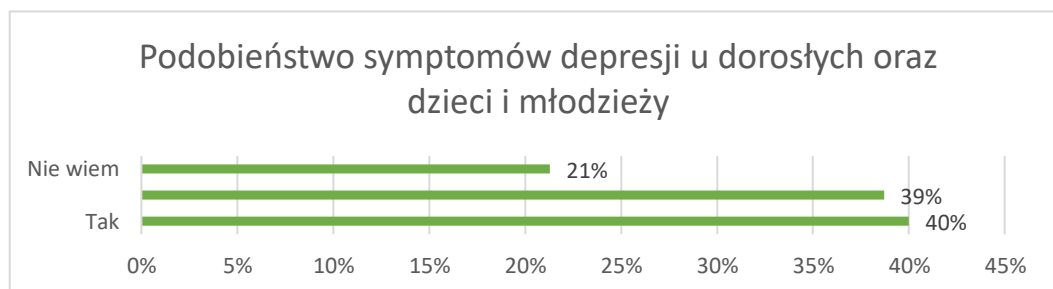
Rycina 2. Jakie skutki może powodować depresja? (N=150)

Zapytano respondentów o to, w jakich grupach wiekowych depresja występuje najczęściej? W opinii 37% badanych depresja dotyczy młodych ludzi w wieku 19 - 35 lat. 29% ankietowanych uważało, że choroba ta dotyka najczęściej osoby w wieku 36 – 55 lat. Żadna z osób nie wskazała najmłodszej grupy wiekowej – dzieci do lat 10 jako najczęściej doświadczających depresji.

Większość ankietowanych (69%) uważała, że depresja częściej dotyka kobiet. 13% badanych wskazało, że częściej chorują mężczyźni.

Zdecydowana większość badanych (77%) uważała, że osoby z depresją są w grupie ryzyka związanej z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Natomiast 7% ankietowanych stwierdziło, że nie jest to współzależne, 16% nie znało odpowiedzi.

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów, aby wypowiedzieli się w sprawie podobieństwa symptomów depresji u dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Okazało się, że zdania są podzielone. 40% badanych uważało, że objawy depresji są takie same u obu grup wiekowych, a według 39% badanych objawy te różnią się - Rycina 3.

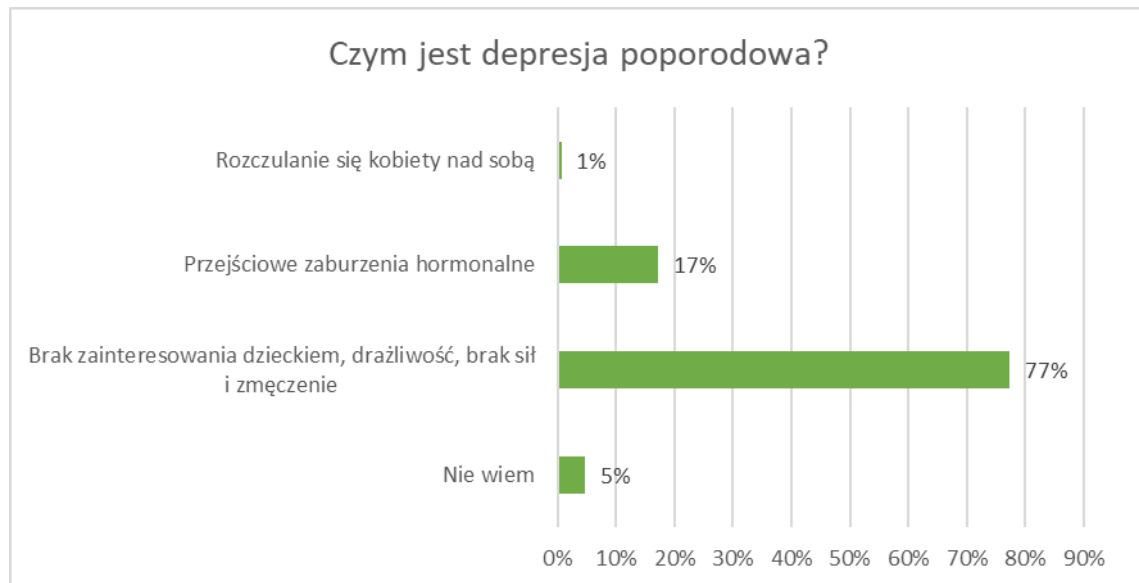


Rycina 3. Czy objawy depresji wśród dzieci/młodzieży są takie same jak wśród osób dorosłych? (N=150)

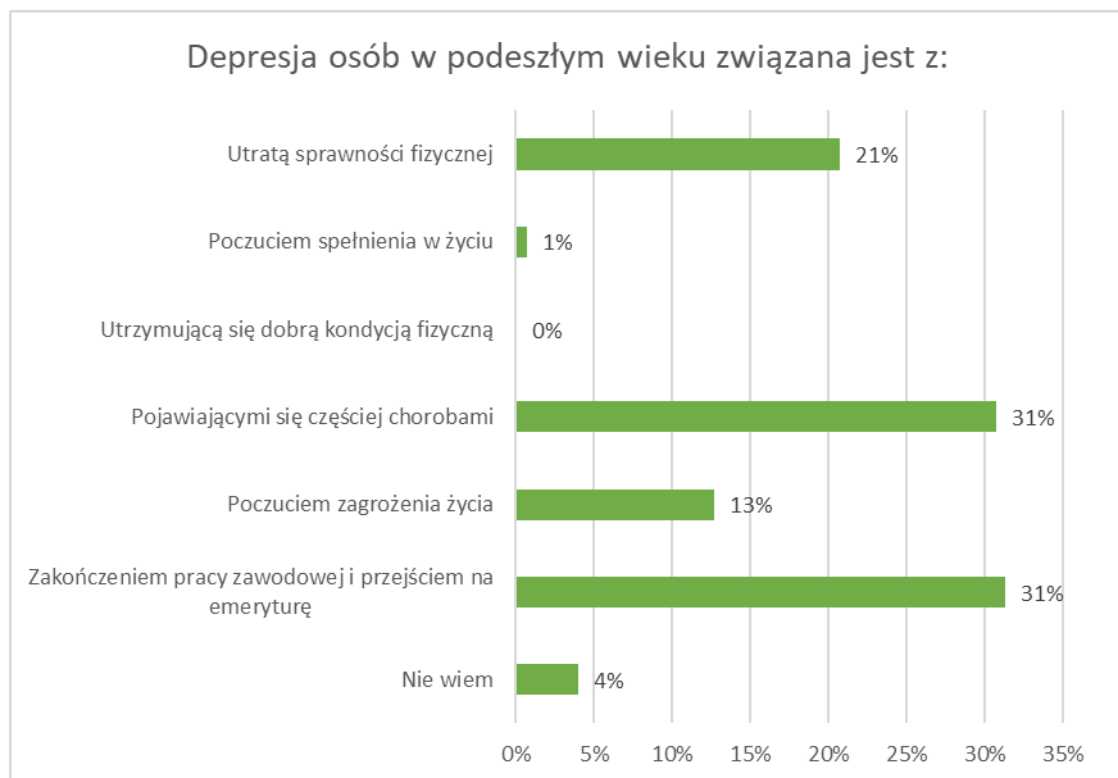
Osoby badane udzielały odpowiedzi na pytanie: „Czy według Pani/Pana tzw. bunt nastolatka można pomylić z rozwijającą się depresją u młodzieży?”. Większość osób badanych (67%) stwierdziło, że taki błąd jest prawdopodobny. Natomiast 16% osób nie miało zdania na ten temat.

Respondentów zapytano też o opinie na temat symptomów depresji poporodowej. 77% z nich odpowiedziało, że depresja poporodowa objawia się brakiem zainteresowania dzieckiem, drażliwością, brakiem sił i zmęczeniem. Tylko 1% badanych uważało rozczulanie się kobiety nad sobą za sygnał dotyczący depresji (Rycina 4).

Na pytanie: „Według Pani/Pana depresja osób w podeszłym wieku (po 65 r.ż.) jest przede wszystkim związana z:...?” większość ankietowanych (31%) odpowiedziała, że depresja związana jest z zakończeniem pracy zawodowej i przejściem na emeryturę oraz pojawiającymi się chorobami. Nikt nie zauważył związku depresji z utrzymującą się dobrą kondycją fizyczną (Rycina 5).



Rycina 4. Czym jest depresja poporodowa? (N=150)



Rycina 10. Według Pani/Pana depresja osób w podeszłym wieku (po 65 r.ż.) jest przede wszystkim związana z:...? (N=150)

Respondenci zostali zapytani o to, co ich zdaniem jest najważniejsze we wsparciu osoby z depresją. Zdecydowana większość osób wskazała na kluczową rolę rodziny (87%). Doceniono też rolę psychoterapii (77% osób badanych) oraz bliskość przyjaciół (67%).

Według większości osób badanych (87%) pora roku może wpływać na nasilenie się objawów tzw. depresji sezonowej. 5% respondentów uważało, że pora roku nie ma wpływu na rozwój depresji.

Prawie wszyscy badani (95%) byli zdania, że zaburzenia depresyjne mają tendencję do nawracania.

Większość respondentów (93%) zauważyło wpływ aktywności fizycznej na profilaktykę i terapię depresji. Tylko 1% badanych twierdziło, że uprawianie sportu nie jest współzależne z zapobieganiem lub łagodzeniem objawów tej choroby.

Badani poproszeni byli o ocenę subiektywnego posiadania wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych i ich objawów. Zauważono, że większość osób (57%) miała poczucie, że ich wiedza nie jest wystarczająca, a 43% osób uznało, że mają odpowiedni zasób informacji na ten temat. Nikt jednak nie stwierdził, że nie jest zainteresowany tym tematem.

Statystyczne opracowanie wyników

W toku niniejszych badań dokonano oceny zależności pomiędzy subiektywną oceną posiadania wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych i ich objawów a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym i poziomem wykształcenia badanych.

Wykazano zależność istotną statystycznie na poziomie bardzo wysokim $p < 0,05$ pomiędzy subiektywnym poziomem wiedzy badanych na temat zaburzeń depresyjnych a ich płcią (chi square=5,49; $p=0,02$) - Tabela 1. Kobiety miały poczucie znacznie wyższego poziomu wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych (45,1%) niż mężczyźni (29,4%). Wyliczono, że aż 70,6% mężczyzn przyznało, że posiadają niewystarczający poziom wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych.

Tabela 1. Wiedza nt. zaburzeń depresyjnych a płeć badanych

Płeć		Posiadanie wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych		Razem
		Tak	Nie	
Kobieta	N	60	73	133
	%	45,1%	54,9%	100%
Mężczyzna	N	5	12	17
	%	29,4%	70,6%	100%
Chi square		5,49		
P		0,02		

Nie wykazano zależność istotnej ze statystycznego punktu widzenia ($p>0,05$) pomiędzy wiedzą badanych nt. depresji i jej symptomów a wiekiem ($\chi^2=5,64$; $p=0,06$) - Tabela 2.

Wraz z wiekiem badanych malał subiektywny poziom wiedzy nt. depresji. Wyliczono, że wiedzę nt. zaburzeń depresyjnych posiadało 53,3% ankietowanych mających 18-40 lat, 40,7% badanych w wieku 41-50 lat (53,7%), a także 37,3% respondentów mających więcej niż 50 lat.

Tabela 2. Wiedza na temat zaburzeń depresyjnych a wiek badanych

Przedział wiekowy		Posiadanie wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych		Razem
		Tak	Nie	
18-40 lat	N	24	21	45
	%	53,3%	46,7%	100%
41-50 lat	N	22	32	54
	%	40,7%	59,3%	100%
Więcej niż 50 lat	N	19	32	51
	%	37,3%	62,7%	100%
Chi square		5,64		
P		0,06		

Wykazano zależność istotną statystycznie ($p<0,05$) pomiędzy posiadaniem wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych a miejscem zamieszkania badanych ($\chi^2=4,75$; $p=0,03$) - Tabela 3.

Mieszkańcy miast wykazali się wyższym poziomem wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych i ich objawów (46%) niż mieszkańcy wsi (30,8%).

Wykazano zależność istotną ze statystycznego punktu widzenia na poziomie bardzo wysokim ($p<0,001$) pomiędzy subiektywnym poziomem wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych a stanem cywilnym badanych ($\chi^2=20,67$; $p=0,0001$) - Tabela 4.

Osoby zamężne/żonate posiadały zdecydowanie wyższy poziom wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych i ich symptomów (50,5%) niż panny/kawalerowie (35,7%), osoby rozwiedzione (21,4%) oraz wdowy i wdowcy (30,8%).

Tabela 3. Wiedza na temat zaburzeń depresyjnych a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania		Posiadanie wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych		Razem
		Tak	Nie	
Miasto	N	57	67	124
	%	46,0%	54,0%	100%
Wieś	N	8	18	26
	%	30,8%	69,2%	100%
Chi square		4,75		
P		0,03		

Tabela 4. Wiedza na temat zaburzeń depresyjnych a stan cywilny

Stan cywilny		Posiadanie wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych		Razem
		Tak	Nie	
Panna/kawaler	N	10	18	28
	%	35,7%	64,3%	100%
Zamężna/żonaty	N	48	47	95
	%	50,5%	49,5%	100%
Wdowa/wdowiec	N	4	9	13
	%	30,8%	69,2%	100%
Rozwiedziona/ rozwiedziony	N	3	11	14
	%	21,4%	78,6%	100%
Chi square		20,67		
P		0,0001		

Analiza statystyczna wykazała zależność istotną ze statystycznego punktu widzenia na poziomie $p < 0,05$ pomiędzy subiektywnym poziomem wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych a stopniem wykształcenia badanych (chi square=6,2; $p=0,045$) - Tabela 5. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych, wzrastała subiektywna ocena poziomu wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych i ich symptomów. Wykazano, że 46,7% badanych posiadających wykształcenie wyższe i nieznaczenie więcej niż 1/3 respondentów posiadających średni stopień wykształcenia (37,1%) deklarowali posiadanie wystarczającego poziomu wiedzy nt. depresji.

Niewystarczający poziom wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych deklarowało aż 70% badanych posiadających wykształcenie podstawowe czy zawodowe.

Tabela 5. Wiedza na temat zaburzeń depresyjnych a stopień wykształcenia

Wykształcenie		Posiadanie wystarczającej wiedzy nt. zaburzeń depresyjnych		Razem
		Tak	Nie	
Wyższe	N	49	56	105
	%	46,7%	53,3%	100%
Średnie	N	13	22	35
	%	37,1%	62,9%	100%
Podstawowe/ zawodowe	N	3	7	10
	%	30,0%	70,0%	100%
Chi square		6,2		
P		0,045		

DYSKUSJA

Depresja, to współcześnie jedna z najbardziej powszechnych chorób cywilizacyjnych. Wywołany przez nią stres psychologiczny powoduje pogorszenie jakości życia, spadek aktywności społecznej, zwiększone ryzyko występowania chorób układu sercowo-naczyniowego oraz wzrost śmiertelności na skutek prób samobójczych. Znajomość symptomów tej choroby może pomóc we wczesnym rozpoznaniu depresji i szybkim rozpoczęciu terapii, a co za tym idzie zmniejszeniu ryzyka popełnienia samobójstwa.

W prezentowanych badaniach 71% ankietowanych przyznało, że wiedzę na temat depresji czerpie z Internetu, natomiast 55% ankietowanych jako źródło wskazało środki masowego przekazu. Dzięki kontaktom z osobami z objawami depresji wiedzę zdobyło 45% i tyle samo osób (45%) dzięki lekturze książek. Zaledwie 3% respondentów nie wykazało zainteresowania tematem depresji.

Według badań przeprowadzonych przez Kuźel najwięcej osób czerpało wiedzę z mediów 66,5%, z Internetu 60,5%, z prasy 46,5%. Natomiast 35% ankietowanych jako źródło wiedzy wskazało zajęcia na uczelni oraz 29,5% od znajomych. Tylko 18,5% wiedzę uzyskało od rodziny, 13,5% od lekarza, a 4% od pielęgniarki [4].

W badaniach Charzyńskiej-Gula, którym poddano młodzież w wieku 15-20 lat wykazano, że ta grupa pozyskuje głównie swoją wiedzę na temat depresji z Internetu (41%) oraz programów telewizyjnych (16%) [5].

W prezentowanych wynikach większość ankietowanych (86%) słowo „depresja” kojarzyło z brakiem sensu życia oraz smutkiem i przygnębieniem (84%). Duża część respondentów 69% słowo to łączyło z chorobą, a 65% z myślami o śmierci. Dla 52% depresja była jednoznaczna z poczuciem winy i niską samooceną. Znacznie mniej, bo 19% depresję kojarzyło ze skupieniem na sobie i swoich problemach, a tylko 4% ze skłonnościami do obrażania się na innych.

W opinii respondentów uczestniczących w badaniach przeprowadzonych przez Kužel, depresja to poważna choroba utrudniająca normalne funkcjonowanie (77%), wynik traumatycznych przeżyć (21,5%), obniżenie nastroju trwające nie dłużej niż kilka dni (12%), użalanie się nad sobą (7,5%) i wymysł osób słabych psychicznie (1,5%) [4].

Natomiast w badaniach przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa przez Bogusz, największa ilość respondentów 45,7% depresję określiła jako „melancholię, poczucie braku sensu życia, ochoty do życia”, 33,6% uznało, że jest to „okres bardzo niskiego nastroju wynikający z negatywnych przeżyć, stresów”. Najmniej ankietowanych 17,2% określiło, że jest to „choroba neurologiczna wynikająca ze zbyt niskiego poziomu serotoniny w mózgu” [6].

W wynikach badań własnych, większość ankietowanych (93%) za objaw depresji uznało brak energii, poczucie bezradności i utratę sensu życia. Na bezsenność lub nadmierną senność wskazało 86% respondentów, a na niepokój 81%. Trudności w koncentracji zostały zaznaczone w ankiecie jako symptom depresji przez 71,3% badanych, a brak apetytu przez 66%. Objawami najmniej wskazującymi na depresję okazała się: wesołkowatość, nadmierne pobudzenie i chęć do działania 7%. Natomiast 1% badanych przyznał, że nie zna objawów tej choroby.

Według respondentów z badań Kužel przede wszystkim objawami mogącymi świadczyć o depresji były: smutek, przygnębienie, niemożność odczuwania radości (84%). Na drugim miejscu, 82,5% ankietowanych zaznaczyło: zmniejszenie aktywności, apatię, spowolnienie i niechęć do działania. Według 79,5% osób objawem depresji mogło być poczucie beznadziejności i niska samoocena. Na problemy ze snem (bezsenność lub nadmierną senność) wskazało 79% ankietowanych, czyli 7% mniej niż w niniejszych badaniach. Znaczna część respondentów, bo 68,5% wskazało na uczucie ciągłego zmęczenia i brak energii. 66,5% osób jako objaw świadczący o depresji zaznaczyło zmniejszenie

zainteresowań. Jako symptom opisywanej choroby przez 62% badanych zostało uznane zmniejszenie apetytu, spadek wagi ciała i suchość w ustach. Odmienne niż w niniejszych badaniach, bo 58% osób (u mnie 81%) wskazało na lęk, uczucie wewnętrznego napięcia i „niepokój w środku” jako objaw depresji. Również trudności w koncentracji zaznaczyło 51,5% ankietowanych, czyli o 19,8% mniej osób niż w przeprowadzonych badaniach. U Kuźel 49,5% respondentów zwróciło uwagę, że również dolegliwości bólowe (ból głowy, brzucha, w klatce piersiowej, nerwobóle) mogą świadczyć o depresji [4].

W prowadzonych badaniach ankietowanym zadano pytanie o główne przyczyny depresji. Największa grupa 34,7% osób wskazała na stres oraz 33,3% osób na kompleksy i obniżone poczucie wartości. Znacznie mniej respondentów za przyczynę tej choroby uznało samotność (14,7%) i brak akceptacji otoczenia (13,3%). Tylko 2% ankietowanych wskazało na długotrwałe problemy finansowe. Najmniej osób opowiedziało się za tym, że przyczyną depresji mogą stać się liczne podróże (1,3%) lub awans społeczny (0,7%).

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Kuźel wśród pielęgniarek i nauczycieli, za najważniejszą przyczynę uznano utratę bliskiej osoby (88,1%). Na drugim miejscu znalazły się problemy w pracy (73,4%). W odmiennej ilości niż w moich badaniach duża grupa osób wskazała jako przyczynę: problemy finansowe (72,9%), samotność (65,5%), utratę własnej wartości (64,4%) i izolację 48%). Najmniejsza ilość ankietowanych 33,3% uznała nieodpowiednią dietę za źródło depresji [4].

Kolejne zadane w ankiecie pytanie dotyczyło tego czy depresja zalicza się do chorób wstydlivych, ukrywanych przed innymi z powodu strachu przed stygmatyzacją. Większość opiniodawców stwierdziła, że raczej tak (53%) i zdecydowanie tak (42%) depresja jest chorobą wstydlivą. Jedynie 1% respondentów uważało, że depresja nie zalicza się do chorób wstydlivych i 1% badanych nie wiedział czy tak jest.

Podobnie w wynikach badań Kuźel, większość ankietowanych, bo 58,5% osób stwierdziło, że depresja zalicza się do chorób wstydlivych [4].

Również w badaniach przeprowadzonych przez CBOS w 2018 roku większość ankietowanych (72%) postrzegało depresję jako chorobę wstydlivą, którą zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi. 15% odpowiedziało, że raczej tak nie uważa, a 7% nie miało wyrobionego zdania na ten temat. Najmniejsza ilość osób, za ledwie 6% zdecydowanie nie uznała depresji jako choroby wstydlivej.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że depresja dotyczy głównie młodych ludzi wieku 19-35 lat (37%). Za najczęstszym występowaniem tej choroby w wieku 36-55 lat opowiedziało się 28,7% ankietowanych. Znacznie mniej osób 13,3% wskazało na wiek 10-18

lat i 11,3% na wiek powyżej 55 lat. Natomiast 9,3% badanych przyznało, że nie zna odpowiedzi na to pytanie. Żadna z osób nie wskazała najmłodszej grupy wiekowej- dzieci do lat 10.

W badaniach przeprowadzonych przez Kuźel, 93,5% respondentów była przekonana, że na depresję mogą zachorować ludzie w każdym wieku. Jedynie 3,5% ankietowanych przyznało, że choroba ta dotyczy tylko ludzi w podeszłym wieku, a 3% osób, że tylko osób dorosłych. Żadna z osób nie sądziła, że jedynie dotyczy to dzieci lub tylko młodzieży [4].

W wynikach własnych większość ankietowanych (69%) uważało, że depresja częściej dotyka kobiety, a tylko 13% uznało, że częściej chorują mężczyźni.

Natomiast u Kuźel zdaniem 95% respondentów na tą chorobę mogą zachorować zarówno kobiety, jak i mężczyźni, a pozostałe 5% osób uznało, że są to kobiety [4].

W przeprowadzonych badaniach zdecydowana większość ankietowanych (77%) stwierdziła, że osoby chorujące na depresję są bardziej narażone na nadużywanie substancji psychoaktywnych, a jedynie 7% twierdziło, że nie jest to współzależne.

W sondażu Kubik, aż 86% respondentów stwierdziło, że problem nadużywania alkoholu i innych substancji chemicznych np. leków może dotyczyć osób chorych na depresję [7].

Natomiast w doniesieniach naukowych uzależnienie od substancji psychoaktywnych dotyczy 40% osób borykających się z depresją [8].

Również Dudek w swojej pracy: „Prawdziwi mężczyźni też płaczą, czyli czy depresja naprawdę jest kobietą?” stwierdza, że liczne badania potwierdzają „że osoby z zaburzeniami depresyjnymi są bardziej podatne na częstsze używanie alkoholu jako formy samoleczenia i ryzyko rozwoju uzależnienia [9].

Wyniki badań własnych wykazały, że 77% ankietowanych, depresję poporodową kojarzyło z brakiem zainteresowania dzieckiem, drażliwością, brakiem sił i zmęczeniem. 17,3% respondentów uznało, że są to przejściowe zaburzenia hormonalne. 4,7% badanych przyznało, że nie ma wiedzy na ten temat. Natomiast 0,7% opiniodawców uznało, że jest to rozczulanie się kobiety nad sobą.

Natomiast sondaż przeprowadzony przez Fejfer-Szpytko wśród matek małych dzieci wykazał, że kobiety jako symptomy depresji poporodowej wskazały: myśli samobójcze (97,5%), nieustanny smutek i negatywne myśli (95,08%), ciągłą potrzebę płaczu u matki i brak reakcji na płacz dziecka (88,52%), również zaburzenia odżywiania (74,18%), zaburzenia snu (66,8%) oraz izolację społeczną (67,62%), a także nieustanny lęk o zdrowie dziecka (66,8%) i poczucie, że jest się złą matką (65,98%) [10].

W przeprowadzonej ankiecie zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że depresja osób w podeszłym wieku (po 65 rż.) jest przede wszystkim związana z zakończeniem pracy zawodowej i przejściem na emeryturę (31,3%) oraz pojawiającymi się chorobami (30,7%). Część podmiotu badawczego 20,7% uznała, że główną rolę odgrywa utrata sprawności fizycznej, natomiast 12,7% jako przyczynę podało poczucie zagrożenia życia.

W badaniach przeprowadzonych przez Babiarczyk wykazano istotną statystycznie dodatnią zależność depresji u osób w podeszłym wieku z ilością występujących u nich chorób [11].

W wynikach badań stwierdzono, że większość respondentów (93%) zauważyło pozytywny wpływ aktywności fizycznej na profilaktykę i terapię depresji, 6% nie miało zdania na ten temat, a tylko 1% ankietowanych nie zgadzał się z tym, że uprawianie sportu jest współzależne z zapobieganiem występowaniu stanów depresyjnych.

Według badań Pascoe przeprowadzonych na populacji 30 tys. zdrowych dorosłych w średnim wieku, obserwowanych przez okres 11 lat, 1 godzina aktywności fizycznej w tygodniu zmniejsza o 12% liczbę przypadków depresji. W innej analizie prowadzonej wśród młodzieży stwierdzono, że aktywność fizyczna może być skuteczną metodą zapobiegania pierwszemu epizodowi zaburzeń depresyjnych [12].

W badaniach własnych ankietowani zostali poproszeni o ocenę subiektywną posiadanej wiedzy na temat depresji. 57% uznało, że nie ma wystarczającej wiedzy na temat tej choroby, a grupa 43%, że jest wystarczająco poinformowana. Nikt nie stwierdził, że ten temat go nie interesuje.

Respondenci z badań Kuźel w większości (73%) ocenili poziom swojej wiedzy jako średni, 17,5% uznało, że ma niski poziom znajomości tematu depresji, a zaledwie 9,5% stwierdziło, że posiada wysoki poziom wiedzy [4].

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Podlecką-Żyła, wśród rodzin chorych na depresję, aż 84% uznało, że posiadana przez nich wiedza jest dobra i wystarczająca [13].

Pomimo zakrojonych na szeroką skalę kampanii informacyjnych o depresji promowanych w Internecie i środkach masowego przekazu większość badanych nadal uznaje tą chorobę za wstydliwą i nie ocenia swojej wiedzy na ten temat wysoko. Z całą pewnością poszerzenie edukacji społeczeństwa w tym temacie może przełożyć się na zmianę postrzegania tej choroby.

WNIOSKI

1. Dla większości badanych pojęcie depresji wiązało się z brakiem sensu życia oraz ze smutkiem i przygnębieniem.
2. Jako główne objawy depresji badani wskazali brak energii, poczucie bezradności i utratę sensu życia, nadmierną senność oraz uczucie niepokoju.
3. Jako główne przyczyny depresji badani wymienili stres, kompleksy i obniżone poczucie własnej wartości.
4. Większość respondentów uznało depresję za chorobę cywilizacyjną XXI wieku oraz chorobę wstydliwą, mogącą zakłócać codzienne życie.
5. Więcej niż 1/3 badanych wiedziało, że na depresję chorują najczęściej osoby w wieku 19-35 lat; a 69% wiedziało, iż częściej dotyczy ona kobiet;
6. Więcej niż połowa badanych miało poczucie, że ich wiedza na temat depresji jest niewystarczająca.
7. Subiektywnym poczuciem wyższego poziomu wiedzy na temat depresji wykazały się kobiety, osoby w wieku 18-40 lat, zamieszkujące w miastach, w związkach małżeńskich oraz posiadające wyższy stopień wykształcenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Orzechowska A., Gałęcki P., Pietras T.: Nawracające zaburzenia depresyjne-etologia, diagnoza, terapia. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017.
2. Imielski W.: Zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
3. Blikiewicz A.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Kuźel A., Krajewska-Kuła E., Śmigielska-Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015; 21(3): 295-302.
5. Charzyńska-Gula M., Sabat A., Ślusarska B., Maciaszczyk P., Rożek G.: Wiedza i ocena ryzyka depresji wśród młodzieży w okresie pandemii COVID-19. Journal of Education, Health and Sport. 2022; 12(7): 535-548.
6. Bogusz R., Nowakowski M.: Poglądy studentów pielęgniarstwa na temat stanów, zachowań i naturalnych procesów biologicznych poddawanych medykalizacji. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2016; XLI(2): 61-76.
7. Kubik B., Kołpa M., Schlegel-Zawadzka M.: Wiedza i świadomość mieszkańców małego miasta w zakresie profilaktyki depresji. Pielęgniarstwo XXI w. 2011; (2): 23-26.

8. Pompili M., Venturini P., Palermo M., Stefani H., Seretti M.E., Lamis D.A., Serafini G., Amore M., Girardi P.: Mood disorders medications: predictors of nonadherence – review of the current literature. *Expert Review Neurother* 2013; 13(7): 809-825.
9. Dudek D.: Prawdziwi mężczyźni też płaczą, czyli czy depresja naprawdę jest kobietą? In: Dudek D., Rymaszewska J., (eds.): *Psychiatria pod krawatem*, Warszawa: Medical Education; 2016; 179-201.
10. Fejfer-Szpytko J., Włodarczyk J., Trąbińska-Haduch M.: Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko krzywdzone: teoria, badania, praktyka*. 2016; 15(3): 91-116.
11. Babiarczyk B., Schlegel-Zawadzka M., Turbiarz A.: Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65 roku życia. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*. 2013; 19(4): 453-457.
12. Pascoe MC, Parker AG.: Physical activity and exercise as a universal depression prevention in young people: A narrative review. *Early Interview Psychiatry* (October 10, 2018).
13. Podlecka-Żyła A.: *Wiedza społeczeństwa na temat depresji jako jednostki chorobowej*. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU I POŁOGU U KOBIET Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ**Marzena Kaźmierczak¹, Julia Anna Splawska^{2,3}, Grażyna Gebuza⁴**

1/ - *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

2/ - *Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

3/ - *Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej*

4/ - *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Otyłość jest obecnie najczęściej występującą chorobą metaboliczną, osiągającą według WHO rozmiary epidemii i będącą w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się największym problemem zdrowotnym. Otyłość jest chorobą przewlekłą, dla której charakterystyczna jest podwyższona zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie. Wskaźnik masy ciała (*BMI - Body Mass Index*), zdefiniowany jako waga w kilogramach podzielona przez kwadrat wzrostu w metrach, służy do klasyfikowania osób z niedowagą, nadwagą, otyłością lub o normalnej masie ciała. U dorosłych otyłość rozpoznaje się, gdy BMI wynosi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, a nadwagę, gdy BMI wynosi $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$. Przyczyna występowania otyłości jest złożona i wieloczynnikowa. Dotyczy głównie czynników: biologicznych, behawioralnych, socjalnych czy środowiskowych [1]. Równolegle ze wzrostem populacji ogólnej, częstość występowania nadwagi i otyłości zwiększyła się również u kobiet w ciąży. Nadwaga i otyłość są związane z różnymi powikłaniami ciąży, zarówno dla matek, jak i ich dzieci. Powikłania te obejmują między innymi: poronienia, nadciśnienie tętnicze krwi, stan przedrzucawkowy, poród przedwczesny, cukrzycę ciążową (*GDM - Gestational Diabetes Mellitus*), powikłania zatorowo-zakrzepowe, porody operacyjne, krwotok poporodowy oraz częstsze występowanie martwych urodzeń i wad wrodzonych, makrosomii płodu, alergii, astmy i zwiększonej umieralności noworodków. W grupie dzieci matek otyłych szczególnie częściej występują wady cewy nerwowej [2,3,4]. Nadwaga i otyłość matki są związane ze zmianami w strukturze

i funkcji łożyska, charakteryzującymi się zwiększonym stanem zapalnym i działaniem lipotoksycznym wpływającym na transport składników odżywczych, homeostazę energii, angiogenezę i dojrzewanie kosmków [5]. Otyłość matki ma niekorzystny wpływ na wyniki płodu, takie jak: wcześniactwo i wady wrodzone, a także zwiększa ryzyko otyłości u potomstwa oraz zaburzeń sercowo-metabolicznych, oddychania i funkcji poznawczych. Otyłość matki zwiększa ryzyko zaburzeń neuropsychiatrycznych u potomstwa, takich jak: zaburzenia ze spektrum autyzmu (*ASD - Autism Spectrum Disorder*), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), lęk i depresja, schizofrenia i inne zaburzenia neuropsychiatryczne [6]. Z uwagi na istniejące zagrożenie powikłaniami, ciężarna otyła powinna rodzić w ośrodku posiadającym odpowiednie doświadczenie i wyposażenie. W przypadku ciężarnych z otyłością II stopnia ($BMI >35\text{kg/m}^2$) poród powinien być prowadzony w ośrodku na poziomie referencyjności II° lub III°. Kobiety z otyłością chorobliwą powinny bezwzględnie rodzić w ośrodku III° referencyjności [4].

CEL PRACY

Ocena przebiegu ciąży, porodu i połogu u kobiet z nadwagą i otyłością oraz ustalenie czy wskaźnik BMI miał związek z występowaniem powikłań okołoporodowych.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy KB 505/2020. Badanie realizowano w 2021 roku na forach społecznościowych. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzie stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa opartego na literaturze przedmiotu. Do badania włączono 229 kobiet z wynikiem BMI 25 i więcej. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,88 lat. Ponad 60% badanych stanowiły kobiety w wieku 26-35 lat. Respondentki podzielono na dwie grupy A i B. Grupę A stanowiło 113 kobiet z nadwagą ($BMI 25-29,99$). Grupę B stanowiło 116 kobiet z otyłością ($BMI \geq 30$). Większość (ok.46%) stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym. Ponad połowę badanych stanowiły pierworódki (54%). Średni czas trwania ciąży u respondentek wynosił 39 tygodni. Drogą cięcia cesarskiego ukończono ciążę u 40% badanych, poród indukowany stanowił 27% przypadków. Poród zabiegowy za pomocą kleszczy ukończono u 6

kobiet, a za pomocą próżniociągu położniczego u 3 badanych. Drogami i siłami natury urodziło 26,2% respondentek.

Zebrany materiał poddany został analizie statystycznej za pomocą pakietu PQStat wersja 1.8.2.156. Związki między grupą pod względem BMI a odpowiedziami na pytania ankiety analizowano testem zależności χ^2 oraz dokładnym testem Fishera. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$ a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

WYNIKI

Ustalenie związku między nadwagą i otyłością a przebiegiem ciąży

W tabeli 1 przedstawiono brak istotnego związku ($p > 0,05$) między nadwagą lub otyłością a rodnością badanej próby kobiet.

Tabela 1. Rodność w porównywanych grupach A i B

Ile razy Pani urodziła?	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
Dwa lub więcej	52	46,02%	53	45,69%
Raz	61	53,98%	63	54,31%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochra	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,0025			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,9603			
Test dokładny Fishera ($p=$)	1,0000			

Nie stwierdzono związku między nadwagą lub otyłością a występowaniem poronień u badanych kobiet (tabela 2).

Tabela 2. Poronienia w porównywanych grupach A i B

Poronienia	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	97	85,84%	95	81,9%
TAK	16	14,16%	21	18,1%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochra	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,6573			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,4175			
Test dokładny Fishera (p=)	0,4747			

Tabela 3. Występowanie cukrzycy w porównywanych grupach A i B

Cukrzyca w ciąży	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
GDMG1	15	13,27%	20	17,24%
GDMG2	11	9,73%	33	28,45%
Cukrzyca typu I	2	1,77%	4	3,45%
NIE WYSTĘPUJE	85	75,22%	59	50,86%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochra	Niespełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	17,039			
Stopnie swobody	3			
Wartość p	0,0007			
Test dokładny Fishera (p=)	0,0004			

Na podstawie analizowanych danych stwierdzono, że występowanie cukrzycy w ciąży było wysoce istotnie ($p < 0,01$) zależne od grupy badanych. Cukrzyca występowała w blisko 50% przypadków u kobiet z otyłością (B) i w 25% przypadków u kobiet z nadwagą (A). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 3.

W tabeli 4 przedstawiono brak związku nadwagi lub otyłości z występowaniem nadciśnienia tętniczego krwi w ciąży ($p = 0,05$).

Tabela 4. Występowanie nadciśnienia tętniczego krwi w porównywanych grupach A i B

Nadciśnienie tętnicze krwi w ciąży	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	98	86,73%	89	76,72%
TAK	15	13,27%	27	23,28%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochрана	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	3,8231			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,0506			
Test dokładny Fishera ($p =$)	0,0606			

Tabela 5. Występowanie stanu przedrzucawkowego w porównywanych grupach A i B

Stan przedrzucawkowy	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	111	98,23%	105	90,52%
TAK	2	1,77%	11	9,48%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochрана	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	6,3592			
Stopnie swobody	1			

Wartość p	0,0117
Test dokładny Fishera (p=)	0,019

Występowanie stanu przedrzucawkowego jest zróżnicowane w zależności od grupy i stan ten jest częstszy u kobiet z otyłością niż w grupie z nadwagą ($p=0,01$) – tabela 5.

Ustalenie związku między nadwagą i otyłością a przebiegiem porodu

Termin ukończenia porodu był istotnie zróżnicowany ($p<0,05$) w zależności od grupy kobiet. Porody przedwczesne były istotnie częstsze w grupie B niż A - tabela 6.

Tabela 6. Termin ukończenia porodu w porównywanych grupach A i B

Poród	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
W terminie	108	95,58%	100	86,21%
Przedwczesny	5	4,42%	16	13,79%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochra	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	6,0313			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,0141			
Test dokładny Fishera (p=)	0,0204			

W tabeli 7 przedstawiono sposób ukończenia porodu w badanych grupach kobiet. Kobiety z otyłością istotnie częściej rodzą drogą cięcia cesarskiego ($p=0,03$).

Tabela 7. Sposób ukończenia porodu w porównywanych grupach A i B

W jaki sposób Pani urodziła?	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
poród siłami natury	36	31,86%	24	20,69%

poród drogami natury, indukowany	38	33,63%	30	25,86%
cięcie cesarskie	34	30,09%	58	50%
zabiegowy przy pomocy kleszczy	4	3,54%	2	1,72%
zabiegowy przy pomocy próżniociągu	1	0,88%	2	1,72%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochra	Niespełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	10,5646			
Stopnie swobody	4			
Wartość p	0,0319			
Test dokładny Fishera (p=)	0,021			

Nie stwierdzono związku między występowaniem nadwagi lub otyłości a częstością obrażeń krocza podczas porodu – tabela 8.

Tabela 8. Obrażenia krocza w porównywanych grupach A i B

Obrażenia krocza	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	14	17,72%	13	22,41%
TAK	65	82,28%	45	77,59%
Razem	79	---	58	---
Warunek Cochra	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,4654			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,4951			
Test dokładny Fishera (p=)	0,5208			

Nie wykazano związku między nadwagą lub otyłością a wystąpieniem dystocji barkowej ($p>0,05$) – tabela 9.

Nie stwierdzono związku między nadwagą lub otyłością u kobiet a występowaniem krwotoku poporodowego ($p>0,05$) – tabela 10.

Tabela 9. Występowanie dystocji barkowej w porównywanych grupach A i B

Dystocja barkowa	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	75	94,94%	52	89,66%
TAK	4	5,06%	6	10,34%
Razem	79	---	58	---
Warunek Cochрана	Niespełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	1,5023			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,2203			
Test dokładny Fishera ($p=$)	0,3189			

Tabela 10. Występowanie krwotoku w porównywanych grupach A i B

Występowanie krwotoku	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
Nie	107	94,69%	108	93,1%
Tak	6	5,31%	8	6,9%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochрана	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,2511			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,6163			
Test dokładny Fishera ($p=$)	0,7841			

Ustalenie związku między nadwagą i otyłością a przebiegiem porodu

Nie wykazano związku między nadwagą lub otyłością wśród badanych kobiet a zmiennymi: nietrzymanie moczu po porodzie, zakażenie rany krocza, zakażenie miejsca operowanego ($p>0,05$). Szczegółowe obserwacje zawarto w tabelach 11-13.

Tabela 11. Nietrzymanie moczu w porównywanych grupach A i B

Nietrzymanie moczu po porodzie	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	101	89,38%	105	90,52%
TAK	12	10,62%	11	9,48%
Razem	113	---	116	---
Warunek Cochрана	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,0819			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,7748			
Test dokładny Fishera ($p=$)	0,8284			

Tabela12. Występowanie zakażenia rany krocza w porównywanych grupach A i B

Zakażenie rany krocza	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	74	93,67%	52	89,66%
TAK	5	6,33%	6	10,34%
Razem	79	---	58	---
Warunek Cochрана	Niespełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,7304			
Stopnie swobody	1			

Wartość p	0,3928
Test dokładny Fishera (p=)	0,5271

Tabela 13. Występowanie zakażenia rany po cięciu cesarskim w porównywanych grupach A i B

Zakażenie rany po CC	Grupa			
	A		B	
	N	%	N	%
NIE	28	82,35%	49	84,48%
TAK	6	17,65%	9	15,52%
Razem	34	---	58	---
Warunek Cochra	Spełniony			
Statystyka chi-kwadrat Pearsona	0,0713			
Stopnie swobody	1			
Wartość p	0,7895			
Test dokładny Fishera (p=)	0,7784			

DYSKUSJA

Nadmierna masa ciała u kobiet ciężarnych stanowi jeden z największych problemów położniczych XXI wieku. Otyłość nie tylko stanowi klinicznie istotne zagrożenie dla zdrowia kobiet w czasie ciąży i po porodzie, ale ma również długoterminowe konsekwencje zdrowotne, które wymagają rozpoznania i leczenia. W badaniu podjęto próbę analizy przebiegu ciąży, porodu oraz porodu u kobiet z nadmierną masą ciała przed ciążą oraz ustalenie czy wskaźnik BMI miał związek z występowaniem powikłań okołoporodowych.

Otyłość kobiet może mieć wpływ na implantację endometrium, a niektóre z możliwych skutków to: opóźnione poczęcie, zwiększony wskaźnik poronień i gorsze wyniki leczenia technikami wspomaganego rozrodu. Tak więc prawdopodobieństwo poronienia u kobiet z otyłością jest większe niż u kobiet z prawidłową masą ciała, niezależnie od tego czy poczęcie było spontaniczne, czy wspomagane [7]. Badanie własne nie wykazało jednak związku między częstością poronień w badanej próbie kobiet a ich wskaźnikiem BMI. U kobiet z nadwagą doszło do ok. 14% poronień (n=16), a w grupie z otyłością 18% przypadków (n=21). Badanie nasze wykazało, że występowanie cukrzycy w ciąży było

wysoko istotne i zależne od grupy pacjentek. Cukrzyca wystąpiła blisko u połowy przypadków kobiet z otyłością i blisko 25% przypadków kobiet z nadwagą. Badania donoszą, że kobiety z otyłością są 3 do 4 razy bardziej narażone na cukrzycę ciążową niż kobiety o prawidłowej masie ciała. Cukrzyca rozwija się nawet u 70% takich kobiet 22–28 lat po ciąży [7]. W badaniu Lautenbacha i wsp. istotny statystycznie okazał się związek między występowaniem otyłości a cukrzycą ciążową. Szansa rozwinięcia się GDM w tej grupie kobiet okazała się 5,5 razy większa niż u kobiet z prawidłową masą ciała [8]. W innym badaniu wykazano, że cukrzyca ciążowa wystąpiła u 11% kobiet z nadwagą i u 19% kobiet z otyłością (3% kobiet z prawidłową masą ciała), co daje 2,43 razy większą szansę na wystąpienie tego schorzenia u kobiet z nadwagą i 4,07 razy większą u kobiet z otyłością w porównaniu do ciężarnych z prawidłową masą ciała [9]. Badania naukowe donoszą, że nadciśnienie ciążowe i stan przedrzucawkowy występują częściej u kobiet z otyłością niż u kobiet o prawidłowej masie ciała, przy czym szacowane ryzyko stanu przedrzucawkowego podwaja się przy każdym zwiększeniu BMI o 5 do 7 [7]. W materiale własnym wykazano, że występowanie stanu przedrzucawkowego było istotnie częstsze u kobiet z otyłością niż u kobiet z nadwagą. Patogeneza stanu przedrzucawkowego jest w dużej mierze nieznana, ale uważa się, że pewną rolę odgrywają stan zapalny i zwiększona oporność na insulinę. Metaboliczny i naczyniowy fenotyp otyłości w ciąży może częściowo wyjaśniać zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych w późniejszym życiu u kobiet z nadciśnieniem w czasie ciąży [7].

W naszym badaniu wykazano, że wśród ciężarnych otyłych notuje się wyższe ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego niż u kobiet z nadwagą. Nie wyjaśniono dotychczas mechanizmów łączących nadmierną masę ciała z obserwowanym wzrostem ryzyka porodu przedwczesnego. Być może związane jest to z tym, że u kobiet z otyłością częściej dochodzi do konieczności wcześniejszego zakończenia ciąży ze względu na występowanie powikłań, zagrażających zdrowiu lub życiu matki i/lub dziecka. Badania donoszą, że istotne pozytywne powiązania między otyłością a przedwczesnym porodem są większe we wcześniejszym wieku ciążowym [10]. Sama otyłość nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego. Ryzyko cięcia cesarskiego u kobiet z otyłością jest dwukrotnie większe niż u kobiet o prawidłowej masie ciała. Czynniki medyczne i niemedyczne prawdopodobnie przyczyniają się do wyższego odsetka cięć cesarskich wśród kobiet z otyłością, w tym: zmniejszony wskaźnik rozwarcia szyjki macicy, obecność chorób współistniejących, obawa przed dystocją barkową, nadmierny przyrost masy ciała podczas ciąży, częstsze zastosowanie indukcji porodu,

zwiększenie podawania oksytocyny, niepowodzenia porodu i porodu instrumentalnego. Kobiety z otyłością są również narażone na powikłania związane z cięciem cesarskim, takie jak: powikłania związane ze znieczuleniem, powikłania związane z ranami, nadmierna utrata krwi, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, poporodowe zapalenie błony śluzowej macicy oraz niepowodzenie porodu drogą pochwową po cięciu cesarskim [7].

Przeprowadzona analiza własna pozwala stwierdzić, że cięcie cesarskie i porody zabiegowe były istotnie częstsze w grupie kobiet z otyłością w porównaniu do grupy z nadwagą. Najczęstszymi wskazaniami do cięcia cesarskiego w grupie badanej były: masa płodu >4000g, zagrożenie wewnątrzmacicznym niedotlenieniem płodu oraz stan po cięciu cesarskim. Dystocja barkowa jest bardziej powszechna wśród kobiet z otyłością niż wśród kobiet z prawidłową masą ciała, a ryzyko jest znacznie zwiększone o czynnik 2 do 2,5 wśród kobiet z BMI 35 lub wyższym [11].

W materiale własnym nie wykazano związku między nadwagą lub otyłością a wystąpieniem dystocji barkowej (5% vs 10% w porównywanych grupach). Badania naukowe pokazują, że u kobiet z otyłością prawdopodobieństwo wystąpienia krwotoku poporodowego jest większe niż u kobiet o prawidłowej masie ciała. Ryzyko krwotoku poporodowego może wynikać z większej objętości dystrybucji środków naskurczowych oraz większych trudności w identyfikacji dna macicy i wykonywaniu masażu oburęcznego u kobiet z otyłością niż u kobiet z prawidłową masą ciała [7].

W grupie A krwotok poporodowy dotyczył 5,3% przypadków, a w grupie kobiet otyłych 6,9%, jednak była to różnica nieistotna statystycznie. Otyłe kobiety rodzące, które są poddawane cesarskiemu cięciu lub nacięciu krocza, są znacznie bardziej narażone na zakażenia miejsca operowanego niż kobiety o prawidłowej masie ciała, a badania dokumentują dwukrotny wzrost tego ryzyka [12].

W autorskim badaniu na 92 kobiety, które przebyły poród drogą cięcia cesarskiego, u 15 doszło do zakażenia rany po cięciu cesarskim – 6 kobiet z nadwagą i 9 z otyłością. Elementy te okazały się jednak nieistotne statystycznie. Alanis i wsp. [13] podają, że powikłania w związku z gojeniem się rany po cięciu cesarskim wystąpiło u 58 kobiet, z czego u 52 doszło do uszkodzenia rany. Aż 14 pacjentek wymagało ponownego przyjęcia do szpitala na leczenie, a 8 z nich wymagało operacji z powodu komplikacji związanych z raną. Jedna z pacjentek doświadczyła wytrzewienia i wymagała resekcji martwiczej powięzi 10 dni po cięciu cesarskim. Badaniem objęto 194 kobiety z BMI wynoszącym 50 kg/m² i więcej. W

badaniu przeprowadzonym przez Vogel i wsp. [14] wykazano, że wskaźnik zakażeń miejsca operowanego rósł wraz ze wzrostem BMI, przy czym najwięcej zakażeń zaobserwowano u pacjentów z otyłością olbrzymią z $BMI \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$. To potwierdza, że otyłość jest czynnikiem ryzyka rozwoju zakażenia miejsca operowanego, niezależnie od rodzaju zamknięcia powięzi. Incydent nietrzymania moczu (NTM) w czasie ciąży lub porodu jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu w późniejszym życiu. Jednym z zaleceń dotyczącym profilaktyki NTM jest dążyć do osiągnięcia prawidłowej masy ciała przed ciążą, a po porodzie dążyć do odzyskania masy ciała sprzed ciąży. Należy zalecać sporadyczne treningi o niskiej intensywności oraz unikać zaparć w czasie ciąży i po porodzie. Kobietom należy zalecić wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy w okresie ciąży i porodu oraz stosowanie ciepłych okładów krocza w czasie porodu [15]. Badanie nasze nie dowodzi związku otyłości i nadwagi z występowaniem nietrzymania moczu po porodzie.

Przeprowadzone badanie pozwala stwierdzić, że u wszystkich kobiet z nadmierną masą ciała powinno zalecać się uzyskanie optymalnej wartości BMI (20–25 kg/m^2) przed planowanym poczęciem. Pracownicy ochrony zdrowia powinni informować kobiety o ryzyku otyłości, w tym zmniejszeniu płodności oraz o korzyściach płynących z utraty wagi przed ciążą (np. zmniejszone ryzyko poronienia, stanu przedrzucawkowego i cukrzycy ciążowej) oraz w dłuższej perspektywie (np. zmniejszone ryzyko nadciśnienia tętniczego, bezdechu sennego, chorób serca i cukrzycy). U kobiet z nadwagą i otyłością występuje zwiększone ryzyko wystąpienia w ciąży powikłań w postaci stanu przedrzucawkowego czy cukrzycy ciążowej. Stany te zagrażają zdrowiu i życiu matki oraz dziecka. Wpływają na wystąpienie porodu przedwczesnego, a także na częstsze rozwiązywanie ciąży przez cięcie cesarskie. Szczególnie zagrożone wystąpieniem tych powikłań są kobiety otyłe. Warto wspomnieć o ograniczeniach badania. Niewielka próba badana nie pozwala na uogólnienie wyników do populacji polskiej. Po drugie, dane dotyczące masy ciała uzyskane od kobiet z grupy badanej mogą być mało precyzyjne dla dokładnego określenia przedciążowego BMI. W badaniu kobiety zostały podzielone na grupę A (kobiety z nadwagą) i grupę B (kobiety z otyłością). Brak jest, więc odniesienia do grupy z prawidłowym przedciążowym BMI. Porównanie kobiet z nadwagą i otyłością do kobiet z prawidłową masą ciała mogłoby szczegółowiej ukazać wpływ nadwagi i otyłości na przebieg ciąży, porodu i porodu. Wydaje się jednak, że podział na takie właśnie podgrupy umożliwia postawienie wstępnych wniosków odnośnie wpływu nieprawidłowej masy ciała matki na przebieg ciąży, porodu i porodu. Podsumowując, praca Autorów stanowi cenny wkład w badania nad wpływem nadmiernej masy ciała na

przebieg ciąży i porodu i jest podstawą do dalszych badań mogących zweryfikować wstępne wnioski.

WNIOSKI

1. Nadwaga i otyłość kobiet miały wpływ na przebieg ciąży. Cukrzyca ciążowa i stan przedrzucawkowy dotyczył istotnie częściej kobiet z otyłością niż kobiet z nadwagą. Zmienne: poronienia, rodność i nadciśnienie indukowane ciążą nie stanowiły różnicy istotnej statystycznie w analizowanych grupach kobiet.
2. Nadwaga i otyłość kobiet miały wpływ na przebieg porodu. Porody przedwczesne i porody operacyjne (cięcie cesarskie, zabiegowe) dotyczyły istotnie częściej kobiet otyłych niż kobiet z nadwagą. Zmienne: obrażenia krocza podczas porodu, dystocja barkowa i krwotok poporodowy nie stanowiły różnicy istotnej statystycznie w analizowanych grupach kobiet.
3. Nadwaga i otyłość nie miały wpływu na przebieg porodu. Nietrzymanie moczu, zakażenie rany krocza, zakażenie miejsca operowanego oraz rozejście rany po cięciu cesarskim występowały w porównywalnych częstościach, zarówno u kobiet z otyłością, jak i nadwagą.

PIŚMIENNICTWO

1. Tsigos C., Halner V., Basdevant A., et al.: Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat.* 2009;5(3):87-98.
2. Reichetzeder C.: Overweight and obesity in pregnancy: their impact on epigenetics. *Eur J Clin Nutr.* 2021;75(12):1710-1722.
3. Dow ML., Szymanski LM.: Effects of Overweight and Obesity in Pregnancy on Health of the Offspring. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2020;49(2):251-263.
4. Wender-Ożegowska E., Bomba-Opoń D., Brązert J.: Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Opieka położnicza nad ciążarną otyłą. *Ginekol Pol.* 2012;10(83):795-799.
5. Kampmann U., Knorr S., Fuglsang J., et al.: Determinants of Maternal Insulin Resistance during Pregnancy: An Updated Overview. *Journal of Diabetes Research* 2019 <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2019/5320156/> (data pobrania 25.07.23).
6. Kong L., Chen X., Gissler M., et al.: Relationship of prenatal maternal obesity and diabetes to offspring neurodevelopmental and psychiatric disorders: a narrative

- review. *Int J Obes (Lond)*. 2020;44(10):1981-2000. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0609-4> (data pobrania 25.07.23).
7. Creanga A.A., Catalano P.M., Bateman B.T.: Obesity in pregnancy. *N Engl J Med* 2022; 387:248-259. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMr1801040> (data pobrania 25.07.23).
 8. Lautenbach D., Kardasz K., Rolnik A., i wsp.: Ocena wpływu nieprawidłowej masy ciała przed zajściem w ciążę na masę urodzeniową noworodków oraz występowanie powikłań matczynych. *Zagrożenie Życia i Zdrowia Człowieka* 2016;14:203-216.
 9. Heude B., Thiébauges O., Goua V., et al.: Pre-pregnancy body mass index and weight gain during pregnancy: relations with gestational diabetes and hypertension, and birth outcomes. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):355-63.
 10. Vats H., Saxena R., Sachdeva M.P., et al.: Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract* 2021;15:536-545.
 11. Zhang C., Wu Y., Li S., et al.: Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta-analysis. *BJOG* 2018;125:407-413. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14841> (data pobrania 25.07.23).
 12. Heslehurst N., Simpson H., Ells L.J., et al.: The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev* 2008;9:635-683.
 13. Alanis M. C., Villers M. S., Law T. L., et al. Complications of cesarean delivery in the massively obese parturient. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203(3):271.
 14. Vogel A.J., Benden D.M., Borgert A.J., et al.: Impact of Obesity on Cesarean Delivery Outcomes. *WMJ*. 2017;116(4):206-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29323807/> (data pobrania 25.07.23).
 15. Wesnes S.L., Lose G.: Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J*. 2013;24(6):889-99. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-2017-3> (data pobrania 25.07.23).

PACJENT Z OWRZODZENIEM ŻOŁĄDKA

Agnieszka Topczewska¹, Beata Kowalewska²

1/ - Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Psychiatrii USK

2/ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,

WSTĘP

Choroba wrzodowa jest to okresowe występowanie wrzodów trawiennych w trzonie lub na krzywiźnie większej lub mniejszej żołądka. Choroba najczęściej jest związana z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej o etiologii *Helicobacter pylori* lub obecnością innych czynników uszkodzających [1]. Wrzód to ubytek w błonie śluzowej żołądka z naciekiem zapalnym oraz martwicą skrzepową w otoczeniu [2]. Zakażenie *Helicobacter pylori* leży u podstaw choroby wrzodowej żołądka, raka żołądka i choroby wrzodowej dwunastnicy [3]. *Helicobacter pylori* jest gram-ujemną bakterią mikroaerofilną, która występuje w organizmie człowieka zarówno w stanach normalnych, jak i patologicznych. Jest to związane z różnymi chorobami przewodu pokarmowego, takimi jak ostre i przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka, wrzód żołądka, chłoniak żołądka czy nowotwór [4].

Drugą z kolei najczęstszą przyczyną występowania wrzodów żołądka jest stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Rzadziej występujące przyczyny to np. zespół Zollingera i Ellisona, choroba Leśniowskiego-Crohna, rak żołądka, leczenie na Oddziale Intensywnej Terapii lub stosowanie glikokortykosteroidów w skojarzeniu z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi [2].

W drugiej połowie XIX wieku przewidywano, że ewolucja zanikowego zapalenia błony śluzowej żołądka będzie stosunkowo szybka ze względu na czynniki środowiskowe, takie jak zła higiena i nieprawidłowe odżywianie. Efektem tego było zmniejszenie wydzielania kwasu żołądkowego. Natomiast z poprawą czystości wody, warunków sanitarnych i higieny prawdopodobieństwo nabycia infekcji zmniejszało się [5].

Według danych epidemiologicznych choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy dotyczy 5 - 10 % populacji ogólnej. Roczna częstość występowania wynosi 0,1 - 0,3 %. Wrzody żołądka najczęściej występują u kobiet po 60. roku życia. W ostatnich latach

zaobserwowano spadek liczby zachorowalności, hospitalizacji i śmiertelności. Mimo to choroba wrzodowa żołądka wciąż jest poważnym problemem klinicznym. Występowanie wrzodów żołądka u pacjentów u których w rodzinie występowała dana choroba wzrasta aż trzykrotnie [6].

Zakażenie *H. pylori* jest niezwykle rozpowszechnione i dotyczy wszystkich rejonów świata. Badania epidemiologiczne wykazały, że ponad połowa ludności na świecie jest zakażona tą bakterią. Częstość występowania zakażenia *H. pylori* w różnych rejonach świata:

- Europa Wschodnia - 70% - 90%
- Europa Zachodnia - 30%
- Ameryka Północna - 30%
- Ameryka Południowa - 70 % - 90 %
- Afryka - 70% - 90%
- Azja - 70% - 80%
- Australia - 20 %

Średnie zakażenie = 58,8% [7].

Czynniki ryzyka choroby wrzodowej żołądka

Za najczęstszą przyczynę wrzodu trawiennego uznaje się obecne zakażenie wywołane przez *Helicobacter pylori*. Współistnienie zakażeń stwierdza się w ponad 80% przypadków wrzodów żołądka [8].Prawdopodobny mechanizm przyczynienia się bakterii do powstania wrzodu jest następujący: dzięki obecności ureazy bakteria obniża kwasność soku żołądkowego, co jest bodźcem do patologicznego wydzielania hormonu zwanego gastryną, który powoduje wzrost wydzielania kwasu solnego przez żołądek. W normalnych warunkach gastryna wydzielana jest po spożyciu posiłków. Gdy tak silnie zakwaszona treść uszkadza ona i tak już zmienioną zapalnie przez infekcję bakteryjną śluzówkę, prowadząc do powstania wrzodu [9].

Helicobacter pylori wytwarza szereg substancji uszkadzających błonę śluzową i jej warstwę ochronną. Wywiera również wpływ na wydzielanie kwasu solnego. Eliminacja współistniejącego z chorobą wrzodową zakażenia przyspiesza gojenie się owrzodzeń żołądka oraz zmniejsza liczbę nawrotów wrzodów w ciągu roku z 70% na 10%. Obniża również ryzyko wystąpienia groźnych powikłań takich jak krwawienie i perforacja wrzodu [8]. Warto

też wspomnieć, że wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania i nasilenie większości chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego [10].

Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych również jest częstą przyczyną owrzodzenia żołądka. Głównie chodzi o powszechne stosowanie leków przeciwbólowych takich jak: aspiryna, ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak i inne środki z tej grupy.

Poza dwoma wyżej wymienionymi przyczynami występowania wrzodów żołądka musimy jeszcze wziąć pod uwagę czynniki genetyczne oraz styl życia. Ryzyko wystąpienia wrzodów żołądka wzrasta, gdy w rodzinie również występowała dana jednostka chorobowa.

Natomiast jeżeli chodzi o styl życia to do czynników predysponujących do wstąpienia choroby wrzodowej zaliczamy:

- Nikotyzm. Składniki dymu tytoniowego mają ogromny wpływ na powstawanie wrzodów. U palaczy tytoniu częściej dochodzi do nawrotów choroby, a także wydłuża się czas gojenia ubytków.
- Nadużywanie alkoholu. Napoje wysokoprocentowe uszkadzają śluzówkę żołądka i wzmagają produkcję kwasu solnego.
- Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Choroba wrzodowa w wyniku spożywania NLPZ-tów jest spowodowana ich działaniem miejscowym oraz ogólnoustrojowym. Przez co mają bezpośredni wpływ na uszkodzenie komórek nabłonka żołądka.
- Stres. Choroba wrzodowa częściej atakuje osoby nerwowe, żyjące w ciągłym stresie i nieumiejące odpoczywać. Napięcie nie da się uniknąć, ale trzeba je rozładowywać. Szczególnie skutecznymi metodami relaksacji ciała i umysłu są zajęcia ruchowe połączone ze świadomym oddychaniem, np. joga [11].
- Dieta. Nie należy jednorazowo zbyt obciążać przewodu pokarmowego większą ilością pożywienia, najlepiej podzielić je na 5-6 posiłków. Śniadanie stanowi 20-25% wartości energetycznej całodobowej, na drugie śniadanie należy przeznaczyć 10-15% zapotrzebowania dobowego. Obiad powinien być największym posiłkiem i zawierać 30-45% wartości energetycznej dziennej racji pokarmowej, podwieczorek 10% i kolacja 15-20%. Kolacja powinna być spożywana 2-3 godziny przed snem i powinna być lekkostrawna [12]. Najlepiej jest, jeżeli potrawy są gotowane na parze lub w wodzie. Przy

zaostorzonych objawach choroby posiłki powinny mieć konsystencję papkowatą. Z kolei w okresie remisji można wrócić do normalnego odżywiania, jednak cały czas należy zwracać uwagę na spożywane produkty i stosować się do zasad dietetycznych zalecanych w tej chorobie. Składnikiem diety mogą być także probiotyki. Mogą one wpływać na mikrobiotę żołądka przez hamowanie kolonizacji błony śluzowej żołądka przez *Helicobacter pylori*. Poza tym mogą zwiększyć skuteczność eradykacji *H. pylori* oraz zmniejszyć częstotliwość działań niepożądanych antybiotyków [13].

W przypadku niewielkiego odsetka pacjentów choroba wrzodowa nie rozwija się wskutek działania głównych czynników ryzyka (infekcja *H.pylori*, stosowanie NLPZ i aspiryny) i wówczas określana jest mianem wrzodu idiopatycznego. Powstawanie wrzodu idiopatycznego wynika prawdopodobnie z zaburzenia równowagi pomiędzy czynnikami ochronnymi błony śluzowej przewodu pokarmowego a procesami uszkadzającymi, jednak dokładne mechanizmy patogenetyczne nie zostały do końca wyjaśnione. Do czynników ryzyka wystąpienia wrzodu idiopatycznego zaliczane są: stres psychiczny, niedokrwienie błony śluzowej, niektóre leki oraz zaburzenia metaboliczne [6].

Objawy i rozpoznawanie choroby wrzodowej żołądka

Podstawowym objawem choroby wrzodowej jest ból w jamie brzusznej (często dość silny, palący, uporczywy). Ból występuje po upływie 1-3 godzin od posiłku i zmniejsza się po jedzeniu lub po przyjęciu leków alkalizujących czy zmniejszających wydzielanie żołądkowe. Ból może występować w nocy oraz zaraz po przebudzeniu na czczo. Chory może mieć uczucie pełności w nadbrzuszu. Oprócz bólu i dyskomfortu mogą pojawiać się inne objawy takie jak nudności, wzdęcia czy wymioty. Choroba wrzodowa ma przebieg przewlekły. U chorych występują okresy objawowe oraz bezobjawowe. Okres bezobjawowy może trwać nawet kilka miesięcy po czym mogą pojawić się nawroty.

Kto objawy choroby wrzodowej bagatelizuje, w momencie postawienia diagnozy może już mieć poważne owrzodzenie, niedokrwistość albo inne powikłania. Zdarza się też, że choroba wrzodowa przebiega bezobjawowo. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych, ponieważ z wiekiem włóknieją ścianki żołądka, co powoduje zmniejszenie percepcji bólu. Również seniorzy przyjmujący przez długi czas, np. po operacjach i urazach leki przeciwbólowe mogą nie odczuwać pierwszych objawów choroby wrzodowej [14].

Jeżeli chodzi o rozpoznawanie choroby wrzodowej żołądka podstawą jest badanie fizykalne, wywiad oraz badania diagnostyczne wśród których na plan pierwszy wysuwa się badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego czyli gastroskopia. To najważniejsza metoda badania żołądka. Polega ona na wprowadzeniu do żołądka cienkiej elastycznej sondy. Lekarz ogląda błonę śluzową górnego odcinka przewodu pokarmowego i z reguły na tej podstawie może postawić trafną diagnozę. Aby mógł wszystko dobrze zobaczyć, na co najmniej sześć godzin przed badaniem nie należy nic jeść. Dopuszczalne jest wyłącznie picie wody [15]. Lepiej też nie palić papierosów i nie żuć gumy. Tuż przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe. Rano należy przyjąć wszystkie leki z wyjątkiem tych na cukrzycę (bo pacjent przecież nic nie zjada) lub jeśli tak zaleci lekarz, także preparatów wpływających na krzepnięcie krwi. Warto przynieść ze sobą dokumentację medyczną. Przeciwwskazań jest niewiele i są nimi: świeży zawał, ostra niewydolność oddechowa, wstrząs, niekontrolowane nadciśnienie oraz brak współpracy z pacjentem [16].

W przypadku stwierdzenia owrzodzenia żołądka pobiera się wycinki zmienionej chorobowo tkanki do badania histologicznego w celu wykluczenia nowotworu w tej części przewodu pokarmowego [17].

Najczęściej pobiera się jednocześnie 2-krotnie wycinki z części przed odźwiernikowej żołądka w celu wykonania testu ureazowego, wykrywającego obecność bakterii *Helicobacter pylori*. Zakażenie *H. pylori* narusza ochronną barierę błony śluzowej i prowadzi do zwiększonego wydzielania kwasu solnego. Znane są różne metody wykrycia infekcji *Helicobacter pylori* [17].

Testy wykrywające zakażenie *H. pylori*:

- test ureazowy - Do najbardziej rozpowszechnionych należy test ureazowy, polegający na zmianie zabarwienia krążka diagnostycznego z żółtego na czerwony kolor pod wpływem jonów amonowych uwalnianych z mocznika rozkładanego przez ureazę bakteryjną [17].
- badanie histologiczne wycinków z części przedodźwiernikowej i z trzonu żołądka [18].
- hodowla bakteryjna – ocenia wrażliwość *pylori* na antybiotyki [18].

- test oddechowy - pacjent wypija podawaną w laboratorium substancję i 30 min później wydycha powietrze do specjalnego urządzenia. Wykrywalność obecności bakterii sięga 98% [14].
- test wykrywający antygeny *H. pylori* w kale (szczególnie przydatny u dzieci) [18].
- test serologiczny – służy do wykrywania w surowicy krwi przeciwciał klasy IgG przeciwko *H. pylori* – nie diagnozuje aktualnej infekcji, przydatny w badaniach przesiewowych [18].

Niewykrycie tego zakażenia sugeruje inne przyczyny wrzodu, co z kolei wymaga dalszej diagnostyki.

W przypadkach powikłań, takich jak zwężenie odźwiernika, należy dodatkowo przeprowadzić badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego z zastosowaniem środka kontrastującego, a w przypadku podejrzenia przebicia wrzodu należy wykonać zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej oraz badanie USG jamy brzusznej [7].

W przypadkach mnogich owrzodzeń opornych na leczenie, oprócz badań histologicznych mających na celu wykrycie choroby Leśniowskiego–Crohna oraz chłoniaka oznacza się stężenie gastryny we krwi (rozpoznanie zespołu Zollingera–Ellisona), a także wykonuje się u części chorych podstawowe badania laboratoryjne (morfologia itp.) [7].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z owrzodzeniem żołądka.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa wobec pacjenta z owrzodzeniem żołądka.
3. Sporządzenie zaleceń pielęgniarstwa dla pacjenta z owrzodzeniem żołądka.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 51-letniego pacjenta leczonego w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w dniach od 13.09.2021 do 20.09.2021 r. z powodu zaostrzenia się objawów choroby wrzodowej żołądka.

Materiał do pracy zebrano za pomocą wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów oraz obserwacji.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent lat 51 przyjęty do Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu zaostrzenia się objawów stwierdzonej choroby wrzodowej żołądka. Mężczyzna waży 80kg, ma 180 cm wzrostu, co oznacza prawidłową wagę. Pacjent jest żonaty pracuje w Domu Pomocy Społecznej jako konserwator. Mieszka w domu jednorodzinnym z żoną i córką. Mężczyzna został przyjęty do szpitala: 13.09.2022 z zaostrzeniem objawów choroby wrzodowej żołądka. Pacjent ma stwierdzoną astmę oskrzelową, WZW typu C, jaskrę, kamicę nerkową, reumatoidalne zapalenie stawów, migrenę. Przebyte operacje: operacja kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym w 2013 roku, operacja kręgosłupa w odcinku szyjnym w 2015 roku. Występujące alergie: pokarmowa - ryba, jajka, musztarda i wziewna: kurz domowy, pyłki drzew, sierść zwierząt. Pacjent zgłasza występowanie duszności oraz klucie w klatce piersiowej nasilające się w sytuacjach stresowych w pracy. Chory odczuwa uczucie ciągłego zmęczenia oraz czuje się osłabiony. Często występujące zawroty głowy nasilające się po całym dniu spędzonym w pracy. Bóle brzucha zaczynające się około 30 min po posiłku i ustępujące po 2 godzinach. U pacjenta występują wzdęcia, zaparcia, nudności którym czasami towarzyszą wymioty. Często występuje również zgaga. Mężczyzna ma zmniejszony apetyt. Dodatkowo chory zgłasza pieczenie i ból przy oddawaniu moczu. Pacjent nosi okulary do czytania o mocy +1 dioptrii. Zgłasza uczucie suchości i pieczenie oczu. Dodatkowo występują dolegliwości bólowe głowy oraz kręgosłupa spowodowane stwierdzoną dyskopatią. Pacjent ocenia swój ból na 8 w skali VAS. Żona pacjenta dodaje, że mężczyzna często jest przygnębiony i smutny. Chory ma trudności w zasypianiu.

Parametry życiowe:

Temperatura - 36.6°C

Tętno - 78 uderzeń/minutę

Ciśnienie tętnicze krwi - 130/86 mmHg

Oddech - 18 oddechów/minutę

Glikemia (na czczo): 90 mg/dl

Saturacja - 99%

Plan opieki pielęgniarskiej

➤ Problem pielęgniarski: Występowanie duszności i nerwobóli w klatce piersiowej z powodu stresującej atmosfery w pracy.

- ✓ **Cel:** Zmniejszenie lub likwidacja dolegliwości, uspokojenie pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.
 - Zaproponowanie wizyty u psychologa w celu nabycia umiejętności radzenia sobie ze stresem.
 - Ocena liczby i jakości oddechów.
 - Kontrola i dokumentacja parametrów życiowych pacjenta.
 - Zapewnienie odpowiedniej temperatury i wilgotności pomieszczenia.
 - Zlikwidowanie czynników wywołujących i nasilających duszność, unikanie stresu i dużego wysiłku fizycznego.
 - Nauka ćwiczeń oddechowych (np. powolnego wdechu przez nos i 2 razy dłuższego wydechu przez usta) oraz zachęcanie do ich wykonywania.
 - Zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia w trakcie duszności.
- ✓ **Ocena:** Występowanie duszności i nerwobóli zmniejszyło się.

➤ Problem pielęgniarski: Uczucie ciągłego zmęczenia spowodowane trudnościami z zasypianiem.

- ✓ **Cel:** Zapewnienie dobrej jakości snu i efektywnego wypoczynku nocnego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.
 - Przewietrzenie sali chorego przed snem.
 - Zapewnienie choremu ciszy i spokoju przed snem.
 - Rozmowa z pacjentem w celu uspokojenia go przed snem.
 - Zachęcanie pacjenta do wybranej formy relaksu przed snem np. słuchanie muzyki relaksacyjnej.

✓ **Ocena:** Uzyskano poprawę jakości snu.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Zawroty głowy spowodowane zbyt krótkim czasem spędzonym na świeżym powietrzu.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie zawrotów głowy.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Zachęcanie pacjenta do spędzania wolnego czasu na świeżym powietrzu.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny jak ważny jest czas spędzany na świeżym powietrzu.
- Wietrzenie bezpośrednie i pośrednie pomieszczenia, w którym przebywa pacjent.

✓ **Ocena:** Zawroty głowy zmniejszyły się.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Bóle brzucha spowodowane zaostrzeniem się objawów choroby wrzodowej żołądka (VAS 6).**

✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Ocena nasilenia bólu za pomocą skali VAS
- Podanie leków na zlecenie lekarza.
- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do gastroskopii.
- Edukacja pacjenta na temat choroby wrzodowej żołądka.
- Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem i opracowanie jadłospisu dozwolonego przy chorobie wrzodowej żołądka.
- Zachęcanie do unikania stresu, który może wywoływać nawrót choroby.

✓ **Ocena:** Ból brzucha zmniejszył się (VAS 2).

➤ **Problem pielęgniarstwa: Dyskomfort spowodowany występowaniem wzdęć i zaparc.**

✓ **Cel:** Unormowanie perystaltyki jelit, regulacja wypróżnień.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Zastosowanie diety lekkostrawnej.
- Podanie leków przeczyszczających na zlecenie lekarza.
- Wykonanie lewatywy na zlecenie lekarza.

- Obserwacja i dokumentacja obecności i konsystencji stolca.
 - Edukacja pacjenta na temat korzyści stosowania diety lekkostrawnej.
 - Zalecanie picia 1,5 - 2 litrów wody dziennie.
 - Zalecenie spożywania suszonych śliwek (poproszenie rodziny o dostarczenie pacjentowi suszonych śliwek).
 - Zalecenie pacjentowi wykonywania masażu brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara.
 - Zastosowanie suchej rurki do odbytu.
- ✓ **Ocena:** Wzdęcia i zaparcia zmniejszyły się.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Ryzyko odwodnienia organizmu spowodowane występowaniem nudności i wymiotów.**

- ✓ **Cel:** Zapobieganie zaburzenia wodno-elektrolitowej gospodarki organizmu.
- ✓ **Interwencja pielęgniarstwa:**
- Zachęcanie do picia płynów obojętnych często w małych ilościach (małymi łykami).
 - Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.
 - Zapewnienie miski nerkowatej i ligniny w razie wymiotów oraz płynu do płukania ust.
 - Zapewnienie warunków do wykonania higieny jamy ustnej pacjenta.
 - Obserwowanie i notowanie częstości wymiotów oraz zawartości treści wymiocin.
 - Kontrola elektrolitów we krwi na zlecenie lekarza.
 - W razie poprawy, stopniowe urozmaicanie diety.
 - Podanie płynów wieloelektrolitowych na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena:** Ryzyko zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej zmniejszyło się.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Ograniczone spożywanie posiłków przez pacjenta spowodowane strachem przed dolegliwościami bólowymi po zjedzeniu posiłku.**

- ✓ **Cel:** Poprawa ilości spożywania posiłków.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
- Edukacja pacjenta o konsekwencjach dla organizmu wynikających z braku dostarczania odpowiedniej porcji posiłków.
 - Pomoc przy utworzeniu odpowiedniego i smacznego dla pacjenta jadłospisu.

- Edukacja pacjenta i rodziny pacjenta na temat jego prawidłowego odżywiania i wpływu regularności posiłków na stan zdrowia.
- Zapewnienie pacjenta o wpływie przestrzegania określonych zasad żywienia oraz stosowania leków na zmniejszenie dolegliwości bólowych.
- Edukacja pacjenta na temat wskaźnika BMI i zasad utrzymania prawidłowej masy ciała.
- Kontrola i zapisywanie ilości posiłków spożytych przez pacjenta.
- ✓ **Ocena:** Wzrost liczby spożywanych posiłków przez pacjenta w ciągu dnia.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Ból i pieczenie podczas oddawania moczu spowodowane infekcją układu moczowego.**

- ✓ **Cel:** Zlikwidowanie bólu i pieczenia podczas oddawania moczu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Przyjmowanie przez pacjenta minimum 2 litrów wody dziennie.
 - Kontrola temperatury ciała 3 razy dziennie.
 - Obserwowanie i dokumentowanie barwy i ilości oddawanego moczu.
 - Pobranie moczu do badań na zlecenie lekarza.
 - Edukacja pacjenta jak ważna jest higiena krocza po każdym oddawaniu moczu.
 - Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta do badań zleconych przez lekarza np. badanie ogólne moczu, badanie moczu na posiew, USG, urografia, cystoskopia itd.
 - Zalecanie spożywania soku żurawinowego, (poproszenie rodziny o dostarczenie pacjentowi soku żurawinowego) który może zapobiegać przyleganiu bakterii do ścian cewki moczowej.
 - Noszenie dobrej jakości, bawełnianej bielizny i codzienna zmiana bielizny.
 - Edukacja pacjenta na temat oddawania moczu w razie potrzeby. Nie przetrzymywanie moczu w pęcherzu moczowym.
 - Podanie leków na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena:** Ból i pieczenie zostało zlikwidowane.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Ból i pieczenie oczu spowodowane suchością oka.**

- ✓ **Cel:** Nawilżenie oczu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Podanie kropli do oczu na zlecenie lekarza.
 - Edukacja pacjenta i jego rodziny jak prawidłowo zapuszczać krople do oczu.
 - Edukacja pacjenta jak ważna jest higiena oczu.
 - Zachęcenie do kontroli w poradni okulistycznej.
 - Edukacja na temat unikania nadmiernego używania telefonu, komputera czy telewizora, szczególnie bezpośrednio przed snem.
- ✓ **Ocena:** Oczy zostały odpowiednio nawilżone.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Ból kręgosłupa spowodowany dyskopatią (VAS 8).**

✓ **Cel:** Zlikwidowanie dolegliwości bólowych.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Rozmowa z pacjentem na temat napięcia, lokalizacji oraz rodzaju bólu.
- Zastosowanie skali VAS do oceny napięcia dolegliwości bólowych. (VAS = 8)
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Rozmowa z pacjentem na temat ewentualnej zmiany pracy.
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Edukacja pacjenta na temat prawidłowej postawy ciała.
- Odpowiednia pozycja ciała przeważnie podczas snu i odpoczynku.

Pozycja leżenia na plecach z wałkiem ortopedycznym.

Pozycja boczna - należy położyć się na boku a pomiędzy kolana i uda włożyć np. poduszkę.

Pozycja embrionalna - należy położyć się na boku z nogami przyciągniętymi do klatki piersiowej.

Pozycja leżenia na brzuchu - należy położyć się na brzuchu, złączyć dłonie i oprzeć na nich czoło, a na wysokości pępka i pod stopami położyć np. poduszki.

✓ **Ocena:** Ból zmniejszył się do 4 w skali VAS. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Bóle głowy spowodowane stwierdzoną migreną (VAS = 8).**

✓ **Cel:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Rozmowa z pacjentem na temat napięcia, lokalizacji oraz rodzaju bólu.

- Zastosowanie skali VAS do oceny natężenia dolegliwości bólowych.
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Stosowanie zimnych okładów na czoło i skronie zmniejszających ból.
- Wietrzenie pomieszczeń.
- Zapewnienie ciszy i spokoju pacjentowi.
- Zachęcanie do picia 1,5 - 2 litrów płynów dziennie.

✓ **Ocena:** Ból głowy zmniejszył się (VAS 3).

➤ **Problem pielęgniariski: Ryzyko wystąpienia depresji spowodowane częstym stresem oraz przygnębieniem.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentem przy każdej możliwej okazji i poprawienie mu nastroju poprzez okazanie życzliwości i zainteresowania.
- Edukacja rodziny pacjenta na temat ryzyka rozwinięcia się depresji.
- Zaproponowanie konsultacji psychologicznej.
- Edukacja pacjenta o sposobach radzenia sobie ze stresem.
- Szukanie z pacjentem odpowiedniej dla niego formy relaksu i zachęcanie do regularnego stosowania.
- Uświadomienie pacjenta jak ważne jest nie tłumienie emocji w sobie ale dzielenie się nimi z bliskimi.
- Edukacja rodziny pacjenta na temat radzenia sobie z problemami pacjenta.
- W razie potrzeby podanie pacjentowi leków na zlecenie lekarza.

✓ **Ocena:** Ryzyko wystąpienia depresji zmniejszyło się.

ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE DLA PACJENTA Z OWRZODZENIEM ŻOŁĄDKA

- WSKAZÓWKI DLA PACJENTA W ZAKRESIE ŻYWIENIA

- Spożywanie maksymalnie 5 niewielkich objętościowo posiłków o stałych porach dnia, średnio co 3 godziny.

- Ostatni posiłek powinien być spożywany 2-3 godziny przed snem.
- Posiłki powinny być lekkostrawne.
- Wykluczenie z diety wszystkie produkty które powodują nadmierne wydzielanie soku żołądkowego oraz takie, które są źle tolerowane i nasilają dolegliwości bólowe np. tłuste produkty, potrawy smażone na tłuszczu, nasiona roślin strączkowych, alkohol.
- Posiłki nie mogą być ani zbyt zimne, ani zbyt gorące, gdyż skrajne temperatury mogą powodować przekrwienie błony śluzowej żołądka.
- Unikanie doprawiania posiłków zbyt ostrymi przyprawami.
- Unikanie używania soli.
- Warzywa i owoce zaleca się spożywać w formie soków lub przecierów.
- Spożywanie posiłków spokojnie, bez pośpiechu i dokładnie przeżuwać pokarm.

WSKAZÓWKI DLA PACJENTA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Aktywność fizyczna jest bardzo ważnym elementem w naszym życiu. Niektóre choroby niestety mogą ją ograniczyć. Po operacjach kręgosłupa nie można uprawiać sportu wymagającego np. podnoszenia ciężarów. Co nie zmienia faktu, że można np. spacerować albo chodzić na basen. Każdy ruch jest dobry dla naszego zdrowia fizycznego jak i psychicznego.

- Należy zwiększyć aktywność fizyczną np. poprzez regularne chodzenie na basen.
- Spędzanie większej ilości czasu na świeżym powietrzu.
- Warto zacząć od spacerów stopniowo zwiększając dystans.
- Ze względu na problemy z kręgosłupem nie należy obciążać go zbyt mocno.
- Uprawianie sportu może spowodować poprawę samopoczucia.

WSKAZÓWKI DLA PACJENTA DOTYCZĄCE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Przewlekły stres nie przynosi nam żadnych pozytywnych skutków. Działa negatywnie na wiele układów. Przeważnie na układ nerwowy, pokarmowy, krążenia itd. Przewlekły stres może także przerodzić się w choroby psychiczne. Dlatego lepiej zapobiegać sytuacjom stresowym niż później leczyć np. depresję.

- Należy unikać sytuacji stresowych.
- Należy rozważyć zmianę pracy, jeżeli przez stresującą atmosferę cierpi zdrowie psychiczne.
- Nie należy gromadzić w sobie negatywnych emocji.
- Warto starać się rozmawiać z bliskimi o swoich codziennych problemach.
- Należy szukać pozytywów w każdej sytuacji.
- Nie należy zadręczać się.
- Warto spróbować technik relaksacyjnych np. słuchanie muzyki relaksującej.
- Dobrze jest znaleźć hobby, które pomoże odreagować stres.

PODSUMOWANIE

W pracy zostały określone problemy pacjenta z owrzodzeniem żołądka. Informacje o stanie zdrowia pacjenta były zebrane poprzez wywiad z chorym i jego rodziną, pomiary, analizę dokumentacji i obserwację.

Opracowano indywidualny plan opieki nad pacjentem z chorobą wrzodową żołądka, co pozwoliło na dobranie odpowiednich działań pielęgniarских dostosowanych do stanu zdrowia pacjenta.

Przygotowano dobrane indywidualnie zalecenia pielęgniarские dla pacjenta z owrzodzeniem żołądka oraz mające na uwadze inne problemy zdrowotne z jakimi boryka się pacjent.

PIŚMIENNICTWO

1. Mach T., Zwolińska-Wcisło M., Palka M.: Zasady postępowania w dyspepsji, chorobie wrzodowej i infekcji *Helicobacter pylori*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
2. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018: 556-560.
3. Graham D.Y. : History of *Helicobacter pylori*, duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer. World Journal of Gastroenterology 2014; 20 (18): 5191-204.

4. Gladyshev N. , Taame M. , Kravtsov W. : Clinical and laboratory importance of detecting *Helicobacter pylori* coccoid forms for the selection of treatment. Przegląd Gastroenterologiczny 2020; 15 (4): 294 – 300.
5. Roberts-Thomson I. : Rise and fall of peptic ulceration: A disease of civilization? Journal Gastroenterology and Hepatology 2018; 33: 1321-1326.
6. Pawlak K., Kurek K.: Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy bez tajemnic. Kompendium dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pacjentów. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2020.
7. Jarosz M., Dzieniszewski J.: Choroby żołądka i dwunastnicy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
8. Rajtar-Cynke G.: Farmakologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
9. Dziurzyński S., Kultys J. : Choroba wrzodowa wczoraj i dziś. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2008.
10. Huang Q. , Jia X., ChuY. , Zhang X. , Ye H. : *Helicobacter pylori* Infection in Geriatric Patients: Current Situation and Treatment Regimens. Huang, Frontiers in Medicine 2021; 8: 713 – 908.
11. Jarosz A.: Choroba wrzodowa. 10 przykazań dla wrzodowców. Zdrowie, 2012. [online]<https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-pokarmowy/choroba-wrzodowa-10-przykazan-dla-wrzodowcow-aa-aq8-UwXm-8xrv.html> Data pobrania: 30.12.2021.
12. Panasiuk A.: Choroby infekcyjne przewodu pokarmowego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
13. Panasiuk A., Kowalińska J.: Mikrobiota przewodu pokarmowego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
14. Wiśniewska A., Radwan K.: Wrzody żołądka i dwunastnicy. Jak najszybciej je wyleczyć. Co jeść, by zapobiec nawrotowi choroby. 92 lecznicze przepisy. Zioła i inne naturalne terapie pomocne w leczeniu. Wydawnictwo JOT, Warszawa 2021.
15. Hobelsberger B., Storr M., König I. : Dr.Food w trosce o żołądek, jelita i trawienie. Wydawnictwo Esteri, Wrocław 2020.
16. Jaworska A.: Vademecum pacjenta. Choroba wrzodowa. Wydawnictwo Ringier Axel Springer, Warszawa 2021.
17. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.

18. Tarnowska B. : Wrzody żołądka i dwunastnicy (wrzody trawienne). [online]
<https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/wrzody-zoladka-i-dwunastnicy-wrzody-trawienne,7197,n,192> Data pobrania: 16.10.2021.

ZMĘCZENIE W PRACY POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W ODDZIAŁACH ONKOLOGICZNYCH SZPITALI BYDGOSKICH

Maja Bandura-Sroka

1/ - Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Zmęczenie zaliczane jest do zjawisk będących przedmiotem poznania przeróżnych dziedzin naukowych, takich jak medycyna, biologia, psychologia, czy też socjologia, w jakich zwraca się uwagę na jego inne mechanizmy, czynniki oraz następstwa [1].

Zmęczenie, pomimo tego, iż jest to stan subiektywny, próbowano naukowo zanalizować, gdyż mechanizm jego powstawania oraz funkcjonowania zarazem pod względem fizjologicznym jak i psychicznym nie został całkowicie rozpoznany [2]. Każdy rodzaj pracy sprowadza odrębny rodzaj zmęczenia. Zmęczenie określić można jako okresowe zakłócenie równowagi podstawowych procesów życiowych, prowadzące do spadku zdolności do pracy. Zmęczenie nie jest groźnym stanem dla organizmu. Staje się nim w chwili, gdy objawy zmęczenia fizycznego bądź psychicznego zaczynają wpływać na sprawność oraz zdrowie pracownika. Dzieje się tak w wyniku istotnego wydatku energii, bądź długotrwałego obciążenia uwagi doprowadzając do wyczerpania organizmu.

Zmęczenie człowieka zdrowego polega na zmniejszeniu zdolności czynnościowej narządów, spowodowanych nadmierną pracą, czemu towarzyszy swoiste uczucie osłabienia [3]. Zmęczenie to również subiektywny stan nierównowagi oraz niezdolności do wykorzystywania zasobów wewnętrznych niezbędnych do sprawnej aktywności fizycznej oraz psychicznej [4].

Praca zawodowa w życiu każdego człowieka ma istotne znaczenie. Jest jedną z głównych aktywności dorosłej osoby. Położne ze względu na wykonywane obowiązki mają często do czynienia z dużym obciążeniem, nie tylko fizycznym, ale również psychospołecznym. Pracy zawodowej położnych, towarzyszy zmęczenie i jest ono nieodłącznym elementem wykonywania tak odpowiedzialnego zawodu. Z tego to powodu przedmiotem zainteresowania środowiska medycznego w ostatnich latach stała się

problematyka zagrożeń, jakie występują w miejscu pracy oraz ich profilaktyka.

W związku ze specyfiką oddziałów położne pracujące w ośrodkach onkologicznych poddawane są działaniu bardzo silnych bodźców emocjonalnych. Często mają kontakt z nieuleczalnymi chorobami oraz z chorymi, którzy są poddawani leczeniu skojarzonemu między innymi radioterapii, chemioterapii czy zabiegom chirurgicznym. Mają także kontakt z osobami, u których występuje wiele niepożądanych objawów w wyniku stosowanego leczenia, z chorymi w terminalnej fazie choroby nowotworowej, a także z umierającymi [5].

Emocjonalne wyczerpanie – uczucie pustki i odpływu sił wywołane nadmiernymi wymaganiami psychologicznymi i emocjonalnymi, jakie stawia przed położną praca w stresujących warunkach może prowadzić do wypalenia zawodowego. Według Pinesa i Aronsona, wypalenie zawodowe związane jest ze stanem fizycznym, emocjonalnym oraz psychicznym wyczerpaniem, spowodowanym poprzez długofalowe zaangażowanie w sytuacje, jakie są szkodliwe pod względem emocjonalnym [6].

Praca badawcza próbuje odpowiedzieć zatem na zasadnicze pytania. Jaki jest poziom zmęczenia przewlekłego wśród położnych? Czy wiek, wykształcenie i staż pracy różnicuje poziom odczuwanego zmęczenia? Wykonane na podstawie badań obliczenia statystyczne oraz przedstawiony do nich komentarz w sposób czytelny, przejrzysty i dokładny ilustrują odpowiedzi na postawione problemy badawcze.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było określenie poziomu zmęczenia przewlekłego wśród położnych pracujących w oddziałach onkologicznych szpitali bydgoskich. Ponadto w pracy podjęto próbę wykazania różnic w poziomie zmęczenia w zależności od wieku, wykształcenia oraz stażu pracy.

MATERIAŁ I METODY

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy wśród położnych pracujących w oddziałach placówki. Zostały one zrealizowane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej oraz za zgodą dyrekcji szpitala. Wypełnienie ankiet było jednoczesną zgodą na udział w dobrowolnych i anonimowych badaniach. W badaniach udział wzięły 24 kobiety w wieku od 36 do 56 lat. W

pracy wykorzystano Kwestionariusz Oceny Samopoczucia CIS20R oraz Kwestionariusz do oceny czynników związanych z pracą.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Poniżej przedstawiono charakterystykę grupy ze względu na zmienne socjodemograficzne.

Tabela 1. Wiek badanych położnych.

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch.std
WIEK	44,92	35	57	6,20

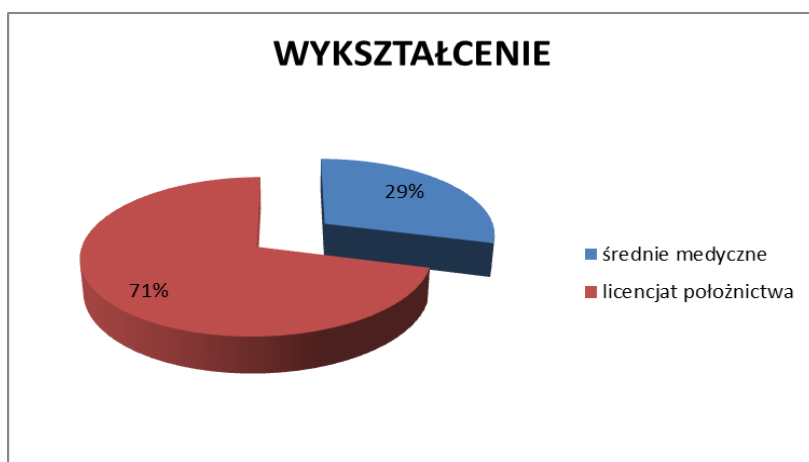
Średnia wieku w badanej grupie wyniosła prawie 45 lat, przy odchyleniu 6,2. Najmłodsza badana osoba miała 35 lat, a najstarsza 57 lat.

Wśród badanych położnych nie było żadnego przedstawiciela płci męskiej.

Tabela 2. Wykształcenie badanych osób.

wykształcenie	Liczba	%
średnie medyczne	7	29,17
licencjat położnictwa	17	70,83

Grupa badana składała się z 29,17% położnych z wykształceniem średnim medycznym i z 70,83% z licencjatem z położnictwa.



Rycina 1. Wykształcenie badanych osób.

Tabela XVIII. Staż pracy respondentów.

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch.std
STAŻ PRACY	19,17	10	35	6,19

Średni staż pracy w badanej grupie wyniósł 19 lat, przy odchyleniu 6,19. Osoba z najkrótszym stażem to 10 lat pracy, a z najdłuższym 35 lat pracy.

Poziom zmęczenia przewlekłego w badanej grupie położnych

Tabela 4. Poziom zmęczenia w badanej grupie osób.

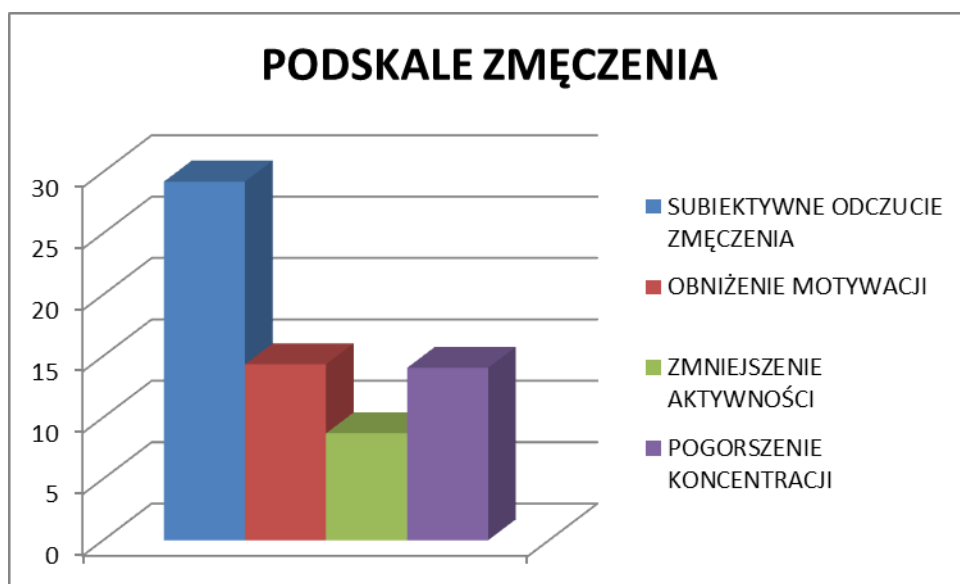
	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch.std
SUBIEKTYWNE ODCZUCIE ZMĘCZENIA	29,21	8	53	12,41
OBNIŻENIE MOTYWACJI	14,33	4	22	4,90
ZMNIEJSZENIE AKTYWNOŚCI	8,71	3	21	5,20
POGORSZENIE KONCENTRACJI	14,04	5	35	7,09
ZMĘCZENIE surowe	66,29	20	128	25,63
ZMĘCZENIE steny	5,25	1	9	1,85

Średnia wyników surowych zmęczenia przewlekłego w badanej grupie wyniosła 66,29, przy odchyleniu 25,63.

Średnia zmęczenia w wynikach przeliczonych (steny) wyniosła 5,25, przy odchyleniu 1,85.

Najwyższą średnią w podskalach zamęczania odnotowano w subiektywnym odczuciu zmęczenia ($\bar{x}=29,21$), a najniższą w zmniejszeniu aktywności ($\bar{x}=8,71$).

Największe zróżnicowanie w podskalach odnotowano dla subiektywnego odczucia zmęczenia ($Sd=12,41$), a najniższe dla obniżenia motywacji ($Sd=4,9$).



Rycina 2. Poziom zmęczenia w badanej grupie osób.

Wiek a poziom zmęczenia przewlekłego w badanej grupie położnych

Powyższą hipotezę weryfikowano za pomocą korelacji liniowej r-Pearsona. Tabela zawiera:

r- współczynnik korelacji

r^2 -współczynnik determinacji

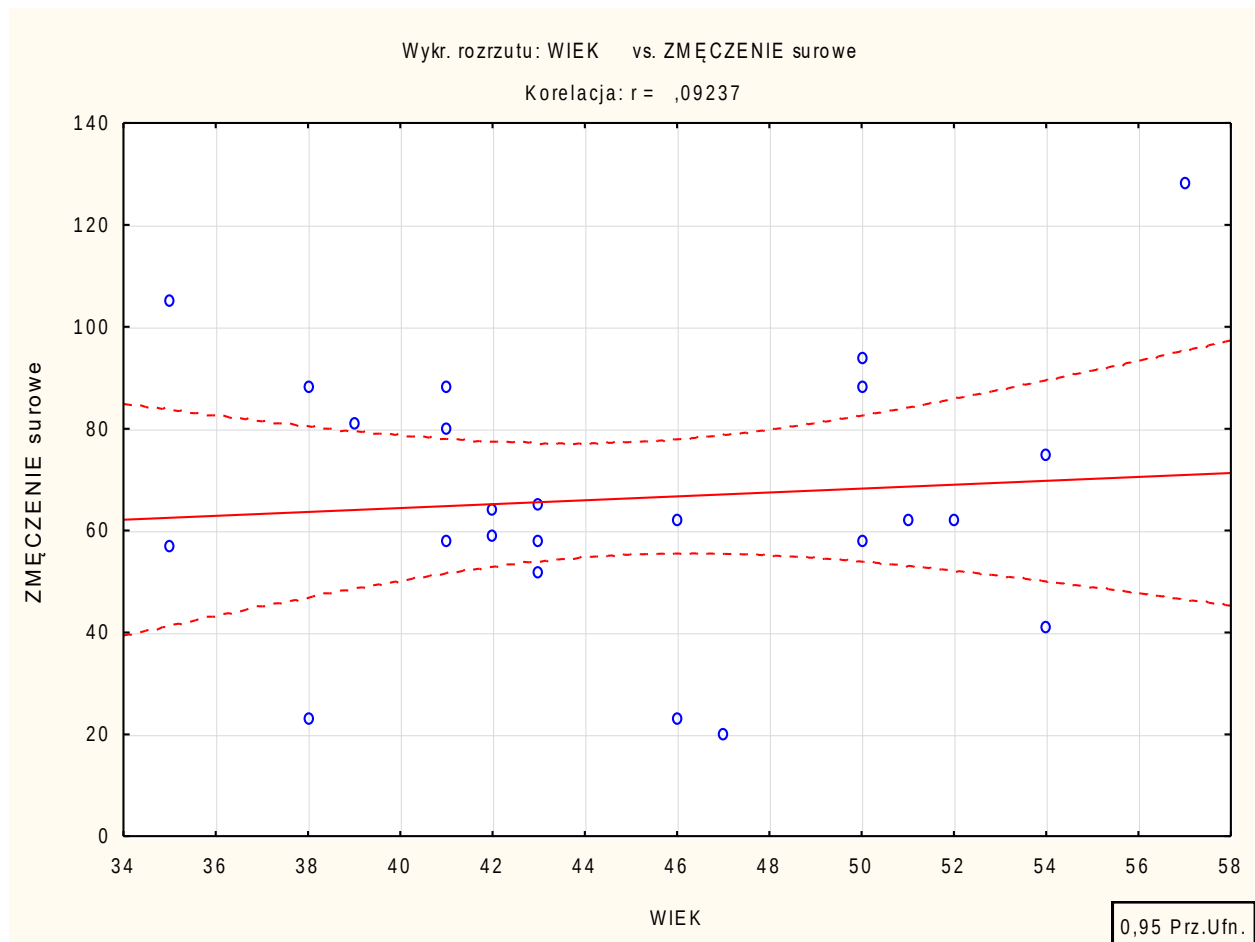
t- test istotności siły związku

p- poziom istotności

Tabela 5. Korelacja wieku respondentów z przewlekłym zmęczeniem.

WIEK	r	r^2	t	p
SUBIEKTYWNE ODCZUCIE ZMĘCZENIA	0,052	0,003	0,243	0,811
OBNIŻENIE MOTYWACJI	0,199	0,039	0,951	0,352
ZMNIEJSZENIE AKTYWNOŚCI	0,034	0,001	0,161	0,874
POGORSZENIE KONCENTRACJI	0,081	0,007	0,382	0,706
ZMĘCZENIE surowe	0,092	0,009	0,435	0,668

Analiza statystyczna wykazała brak związku wieku z przewlekłym zmęczeniem zarówno dla wyniku ogólnego, jak i wszystkich podskal. Wiek nie wpływa na poziom zmęczenia.



Rycina 3. Korelacja wieku respondentów z przewlekłym zmęczeniem.

Poziom wykształcenia a poziom zmęczenia przewlekłego w badanej grupie położnych

Powyższą hipotezę weryfikowano za pomocą testu istotności różnic t-Studenta. Tabela zawiera:

średnie w grupach

t-wynik testu

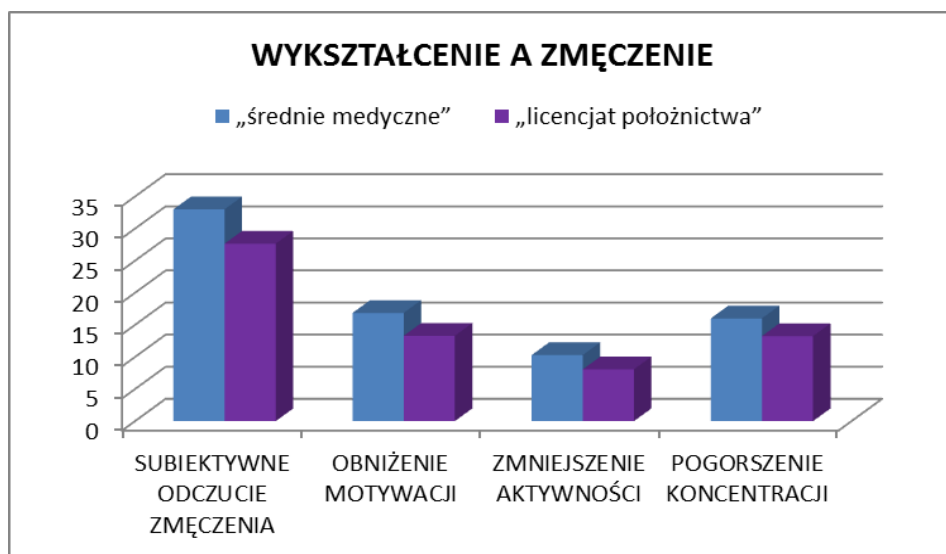
df-stopnie swobody

p-poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała brak istotnych różnic w odczuciu przewlekłego zmęczenia w zależności od wykształcenia. Położne z ukończonymi studiami I stopnia wykazują podobny poziom przewlekłego zmęczenia jak położne z wykształceniem średnim.

Tabela 6. Korelacja wykształcenia położnych z poziomem zmęczenia.

	Średnia „średnie medyczne”	Średnia „licencjat położnictwa”	t	df	p
SUBIEKTYWNE ODCZUCIE ZMĘCZENIA	33,00	27,65	0,959	22	0,348
OBNIŻENIE MOTYWACJI	16,86	13,29	1,684	22	0,106
ZMNIEJSZENIE AKTYWNOŚCI	10,29	8,06	0,951	22	0,352
POGORSZENIE KONCENTRACJI	16,00	13,24	0,863	22	0,397
ZMĘCZENIE surowe	76,14	62,24	1,221	22	0,235

**Rycina 4.** Korelacja wykształcenia położnych z poziomem zmęczenia.**Staż pracy a poziom zmęczenia przewlekłego w badanej grupie położnych**

Powyższą hipotezę weryfikowano za pomocą korelacji liniowej r-Pearsona. Tabela zawiera:

r- współczynnik korelacji

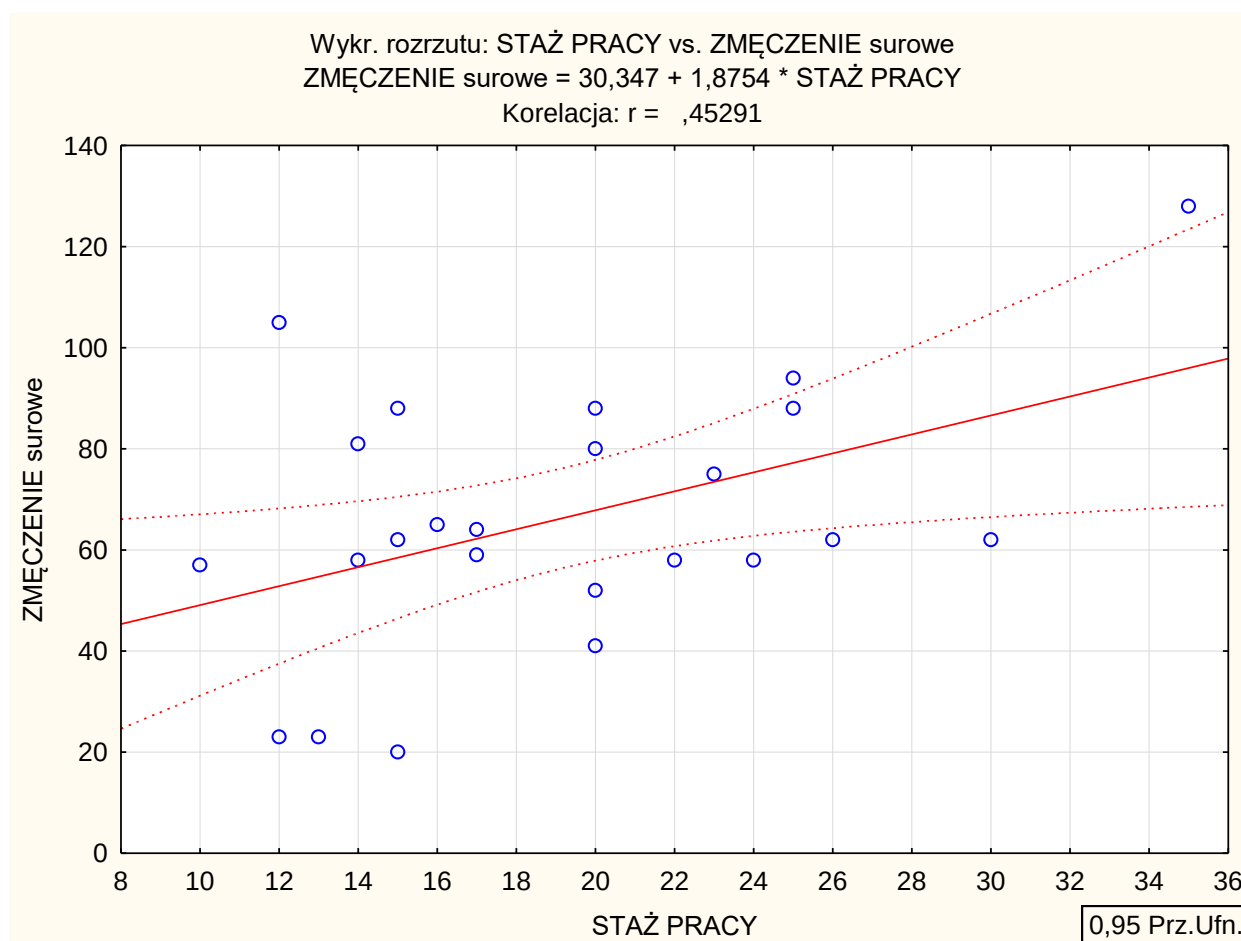
r^2 -współczynnik determinacji

t- test istotności siły związku

p- poziom istotności

Tabela 7. Wpływ stażu pracy na poziom odczuwanego zmęczenia.

STAŻ PRACY	r	r ²	t	p
SUBIEKTYWNE ODCZUCIE ZMĘCZENIA	0,422	0,178	2,182	0,040
OBNIŻENIE MOTYWACJI	0,454	0,206	2,392	0,026
ZMNIEJSZENIE AKTYWNOŚCI	0,313	0,098	1,548	0,136
POGORSZENIE KONCENTRACJI	0,355	0,126	1,783	0,088
ZMĘCZENIE surowe	0,453	0,205	2,383	0,026

**Rycina 5.** Wpływ stażu pracy na poziom odczuwanego zmęczenia.

Analiza statystyczna wykazała związek stażu pracy z poczuciem przewlekłego zmęczenia w badanej grupie położnych, zarówno w przypadku wyniku ogólnego jak i podskalach subiektywnego odczucia zmęczenia i obniżenia motywacji. Im dłuższy staż pracy,

tym wyższy wynik w ogólnym zmęczeniu oraz w wymienionych podskalach. Wszystkie zależności są przeciętne (zbliżone do $r=0,5$).

DYSKUSJA

Niniejsza praca jest przedstawieniem wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród 24 położnych pracujących w bydgoskich oddziałach onkologicznych. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że poziom zmęczenia w grupie położnych wyniósł 5,25 stena. Podsumowując wyniki należy stwierdzić, że odczucie zmęczenia wśród ankietowanych pracowników utrzymuje się na umiarkowanym poziomie. Najczęściej jest to subiektywne odczucie zmęczenia, z kolei najrzadziej respondentki łączą zmniejszenie aktywności pracowniczej wskazując na przemęczenie.

Analiza statystyczna nie wykazała zauważalnego związku wieku i wykształcenia położnych ze zmęčeniem, natomiast zaobserwowany został wpływ stażu pracy, wiążący się długotrwałym stresem i powodujący przemęczenie. Im dłuższy staż pracy, tym większe odczucie zmęczenia wśród ankietowanych położnych.

Wiek najmłodszej ankietowanej to 35 lat, a najstarszej 57 lat. Wśród badanych położnych, w tych granicach wiekowych nie zaobserwowano zauważalnego wpływu wieku na odczuwanie zmęczenia. Warto zauważyć, że samopoczucie oraz kondycja fizyczna i psychiczna badanych kobiet nie zależała od wieku, lecz od innych czynników.

Jak wynika z badań nie ma też różnic w odczuwaniu zmęczenia w zależności od stopnia wykształcenia położnych. Położne z wykształceniem licencyjnym wykazują takie samo zmęczenie, jak położne z wykształceniem średnim. Wywnioskować można, że stopień wykształcenia personelu nie musi być wytyczną umiejętności oraz zdolności radzenia sobie z obowiązkami, stresem oraz zmęčeniem w miejscu pracy.

Wśród ankietowanych położnych przeważają osoby czynne zawodowo, najdłuższy czas pracy wyniósł 35 lat, najkrótszy 10 lat. Badania wykazały wpływ stażu pracy na odczuwane zmęczenie, co może służyć jako dowód na możliwość pojawienia się zespołu zmęczenia przewlekłego czy wypalenia zawodowego z biegiem lat.

Mimo, iż poziom zmęczenia wśród respondentek określony został jako umiarkowany, istnieje ryzyko pojawienia się niebezpiecznych zagrożeń zdrowotnych personelu. Przewlekłe zmęczenie, trwające miesiącami, któremu towarzyszą fizyczne symptomy może prowadzić do wystąpienia zespołu zmęczenia przewlekłego. To choroba, której rozpoznanie i terapia wciąż sprawiają lekarzom duże trudności. Postawienie właściwej diagnozy wiąże się z szeregiem badań, a leczenie wymaga współpracy wielu specjalistów z różnych dziedzin.

Ważną rolę w tworzeniu sektora ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zatrudnionych pracowników pełni pracodawca. Działania, w szczególności profilaktyczne odgrywają tu bardzo ważną rolę, a optymalizacja warunków pracy, zmianowość oraz przeciwdziałanie nadmiernym obciążeniom są najistotniejszymi czynnikami, jakie zapobiegają powstawaniu zmęczenia u pracowników.

Najcenniejszym kapitałem każdego szpitala jest personel medyczny - lekarze, pielęgniarki, położne, a także pozostali pracownicy szpitala, którzy podczas codziennego dnia pracy mogą być wielokrotnie narażeni na ryzyko. W sektorze ochrony zdrowia ich bezpieczeństwo powinno stanowić ważną, wręcz kluczową kwestię.

WNIOSKI

1. Średnia wyników surowych zmęczenia przewlekłego w badanej grupie wyniosła 66,29 z kolei średnia zmęczenia w wynikach przeliczonych (steny) wyniosła 5,25. Najwyższą średnią w podskalach zmęczenia odnotowano w subiektywnym odczuciu zmęczenia, a najniższą w zmniejszeniu aktywności. Największe zróżnicowanie w podskalach odnotowano dla subiektywnego odczucia zmęczenia, a najniższe dla obniżenia motywacji.
2. Analiza statystyczna wykazała brak powiązania zróżnicowania wieku z przewlekłym zmęczeniem. Wiek nie wpływa na poziom zmęczenia w badanej grupie osób.
3. Wyniki badań wykazały brak istotnych różnic w poczuciu zmęczenia zarówno ogólnego, jak i w podskalach. Położne z ukończonymi studiami I stopnia wykazują zbliżony poziom zmęczenia do położnych z wykształceniem średnim, choć można zauważyć niewielką tendencję do występowania silniejszego poziomu zmęczenia u położnych posiadających niższy stopień medyczny.
4. Analiza statystyczna wykazała związek stażu pracy z poczuciem przewlekłego zmęczenia. Staż pracy wpływa na zwiększone poczucie zmęczenia w badanej grupie położnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Chojnacka – Szawłowska G.: Zmęczenie a zdrowie i choroba (perspektywa psychologiczna), Impuls, Kraków 2009
2. Dawidowicz A., Eberhardt A., Ronikier A.: Zmęczenie Wypoczynek, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978.

3. Górską E.: Ergonomia, projektowanie, diagnoza, eksperymenty, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2002.
4. Jethon Z.: Zmęczenie jako problem współczesnej cywilizacji, PZWL, Warszawa 1977.
5. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005:167-172.
6. Henzel – Korzeniowska A.: Wypalenie zawodowe, fanaberia intelektualnaczy rzeczywisty problem. Lek. Rodz., 2004;9(2): 146-150.

WYSTĘPOWANIE ZJAWISKA POLIPRAGMAZJI W POPULACJI GERIATRYCZNEJ

Aleksandra Prusko¹, Elżbieta Beata Ortman²

1/ - Oddział Rehabilitacji, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży

2/ - Akademia Łomżyńska, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

WSTĘP

We współczesnych czasach zauważa się, że sukcesywnie wzrasta liczba ludności w wieku starszym. Zjawisku temu sprzyjać może w dużej mierze wydłużenie czasu życia, z jednoczesnym skróceniem czasu pracy. Rezultatem tego zjawiska jest fakt, że okres starości coraz bardziej należy do istotnego etapu życia człowieka. Natomiast starzenie się społeczeństw skutkuje wieloma problemami, zarówno samych jednostek, jak również problemami społecznymi oraz ekonomicznymi [1].

Wśród istotnych problemów populacji geriatrycznej można wymienić samotność, lęk przed śmiercią, biedę, odczuwanie niższej wartości, lekceważenie przez innych, dyskryminację, utratę sensu życia, odrzucenie, a przede wszystkim obniżanie się jakości życia oraz stanu zdrowia. Wymienione problemy w dużym stopniu mogą wpływać na narastanie problemów społecznych. Tutaj najważniejszymi, które należy wymienić są: wzrost liczby osób chorych, a tym samym uzależnienie od dawców opieki, ich marginalizacja czy wręcz dyskryminacja. Wymienione problemy społeczne skutkują problemami ekonomicznymi, wśród których szczególnie istotny jest wzrost kosztów opieki społecznej oraz zdrowotnej. Należy również zauważyć, że następuje wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym, zaś stale maleje liczba osób pracujących na tę grupę społeczną [2].

Obecnie wzrost średniej długości życia ma wpływ na postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa. To może przyczyniać się do wzrostu liczby osób o wysokiej wielochorobowości, którzy korzystają z usług wielu specjalistów. Konsekwencją jest przyjmowanie wielu leków, co może przybrać formę polipragmazji tej niekorzystnej. Chodzi tu o zjawisko, które polega na niewłaściwym albo nieracjonalnym przyjmowaniu leków [3]. Łatwa dostępność leków na rynku może powodować to, że chorzy nierzadko też stosują dwa preparaty tylko pod inną nazwą handlową, które zawierają tą samo substancję aktywną [4].

Konsekwencją nadmiernego spożywania leków mogą być problemy zdrowotne. Poniżej opisano związek polipragmazji ze schorzeniami, które są charakterystyczne dla

populacji geriatrycznej. Można wskazać na wystąpienie takich problemów [5, 6, 7, 8, 9]:

- upośledzona funkcja wydalnicza nerek (do 40 r_z wartości eGFR utrzymują się w na poziomie 140 ml/min/1.73 m² , z czasem dochodzi do stopniowego obniżania filtracji kłębuszkowej o około 8 ml/ min/1.73 m² na każde 10 lat);
- upadki i złamania (złamania stawu biodrowego, urazy wewnątrzczaszkowe);
- powikłania krwotoczne oraz zakrzepowe (terapia antykoagulacyjna jest szczególnie trudne u pacjentów ≥ 65 r. ż., ponieważ wraz z wiekiem rośnie zarówno ryzyko prozakrzepowe, krwotoczne);
- zaburzenia funkcji poznawczych (polipragmazja połączona z zażywaniem leków sedatywnych oraz psychoaktywnych);
- depresja (zauważono związek depresji z występowaniem polipragmazji) ;
- nietrzymanie moczu (najczęściej prowokują blokery kanału wapniowego, benzodiazepiny, inne leki o działaniu ośrodkowym, ACE inhibitory oraz preparaty estrogenu).

CEL PRACY

Ocena skali występowania zjawiska polipragmazji w populacji geriatrycznej.

MATERIAŁ I METODA

Badanie oceniające występowanie zjawiska polipragmazji w populacji geriatrycznej zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Badaną grupę stanowiło 100 pełnoletnich osób, powyżej 60 roku życia .

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz zamieszczony został na platformie Formularze Google.

Kwestionariusz zbudowany był z metryczki informacyjnej oraz części głównej- zawierającej 29 pytań. Pierwsze z nich odnosiły się do danych socjodemograficznych respondentów. Obejmowały taki zakres jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, a także rodzaj otrzymywanego świadczenia (umowa o pracę, inny rodzaj umowy o pracę, renta, emerytura). Pytania te umożliwiały wybór jedynie jednej z kilku proponowanych odpowiedzi. Kolejne 24 pytania kwestionariusza dotyczyły występowania zjawiska polipragmazji wśród populacji geriatrycznej. Ankietowani zapytani zostali o porę oraz ilość przyjmowanych leków, znajomość nazw przyjmowanych farmaceutyków. Respondenci poproszeni zostali o subiektywną ocenę ilości przyjmowanych tabletek- czy jest zbyt duża. Kwestionariusz zawierał także pytania dotyczące potrzeby pomocy w

przyjmowaniu leków, wpływu mediów, reklam na zakup leków oraz ceny na realizowanie recept przez osobę ankietowaną. Badani zapytani zostali również o zażywanie leków zgodnie z zaleceniami, przerwanie terapii lekowej bez wiedzy, konsultacji z lekarzem, zmianę dawki leczniczej. Kwestionariusz zawierał pytania odnoszące się do przyjmowania farmaceutyków innych niż te przepisane przez lekarza oraz oceniające wiedzę respondenta na temat skutków ubocznych. Ankieta, oprócz pytań zamkniętych posiadała 4 pytania półzamknięte, umożliwiające wybór odpowiedzi z proponowanych lub wpisanie własnej. Dotyczyły one hospitalizacji respondenta z powodu objawów chorobowych, badań laboratoryjnych zlecanych przez lekarza, ich częstości oraz schorzeń towarzyszących. W 7 pytaniach osoba ankietowana mogła zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Kwestionariusz nie zawierał pytań otwartych

Zebrane wyniki poddane zostały analizie za pomocą programu Microsoft Excel.

WYNIKI

Badaną populację stanowiły 53 kobiety oraz 47 mężczyzn. Największe grono respondentów (32 osoby) znajdowało się w przedziale wiekowym 66- 75 lat. 30% ankietowanych biorących udział w przeprowadzonym badaniu należała do przedziału wiekowego 76- 80 r.ż. Wśród ankietowanych 26% posiadało 60- 65 lat. Najmniejsze grono stanowili ankietowani powyżej 81 roku życia- 12% badanych. Respondenci w głównej mierze zamieszkiwali terytorium miast od 50 tys. do 150 tys. mieszkańców – 41%. Ponad 1/3 badanych osób mieszkała w miejscowościach liczących 1000-50 tys. mieszkańców. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby mieszkające na terytorium dużej aglomeracji powyżej 500 tys. mieszkańców (6 osób). Wśród respondentów dominowało wykształcenie na poziomie zawodowym – 35% ankietowanych oraz podstawowym- 25% ankietowanych. Odpowiednio po 20 osób biorących udział w badaniu własnym posiadało wykształcenie średnie oraz wyższe.

W kwestionariuszu uwzględniony został rodzaj otrzymywanego świadczenia przez osobę ankietowaną. 43% ankietowanych było na emeryturze, 29% respondentów posiadało umowę o pracę. Rentę pobierało 18% badanych. Inny rodzaj umowy o pracę zadeklarowało 10% ankietowanych. Wykształcenie na poziomie zawodowym posiadało 42% mężczyzn biorących udział w badaniu oraz blisko 27% respondentek płci żeńskiej. Odpowiednio po 25% ankietowanych kobiet zadeklarowało wykształcenie na poziomie podstawowym oraz wyższym. Nieco mniej respondentek- 23% posiadało wykształcenie na poziomie średnim. Blisko 26% ankietowanych mężczyzn biorących udział w przeprowadzonym badaniu

wykształciło się na poziomie podstawowym. Wykształcenie średnie wśród respondentów płci męskiej posiadało 17%.

Ponad połowa respondentów -57% cierpiała na choroby układu krążenia. Odpowiednio po 45% ankietowanych wskazało, iż choruje na schorzenia układu ruchu oraz endokrynologiczne. Choroby układu nerwowego zadeklarowało 44% respondentów. Schorzenia pochodzące z układu pokarmowego, a także oddechowego towarzyszyły odpowiednio po 42% ankietowanym. Blisko 30% respondentów cierpiała na schorzenia układu moczowego. Nietrzymanie moczu stanowiło chorobę towarzyszącą 27% osobom. Depresja została wskazana przez 17% ankietowanych biorących udział w przeprowadzonym badaniu.

Blisko 30% ankietowanych płci męskiej biorących udział w przeprowadzonym badaniu średnio przyjmowało powyżej 8 tabletek dziennie. Wśród kobiet średnia ilość tabletek zażywanych w ciągu jednego dnia to 6. Respondenci znajdujący się w przedziale wiekowym 60-65 lat najczęściej zadeklarowali przyjmowanie 3-4 tabletek. Ankietowani, którzy ukończyli 66-75 r.ż. z największą częstotliwością wskazywali spożywanie 5-6 pigułek. Osoby biorące udział w badaniu, w wieku 76-80 często wskazywali zażywanie powyżej 8 oraz 5-6 tabletek dziennie. Przyjmowanie powyżej 8 pigułek w ciągu dnia zadeklarowało 60% ankietowanych w wieku 81-90. Najstarsi respondenci, powyżej 90 lat odpowiednio po równo zadeklarowali spożywanie 3-4 oraz 7-8 tabletek w ciągu doby. Ani jedna osoba ankietowana w tym przedziale wiekowym nie zażywała powyżej 8, a także 1-2 pigułek dziennie. Zauważalny był wzrost ilości suplementowanych leków wraz ze wzrostem wieku osoby ankietowanej.

Znajomość wszystkich nazw przyjmowanych leków zadeklarowało 55% kobiet oraz taka samą ilość mężczyzn. Do tego grona respondentów należały głównie osoby przyjmujące 1-2 oraz 3-4 tabletki dziennie. 20% ankietowanych płci żeńskiej oraz 30% respondentów płci męskiej nie posiadało wiedzy na temat wszystkich nazw zażywanych leków. W głównej mierze były to osoby powyżej 76 roku życia oraz przyjmujące 7 leków i więcej leków dziennie.

Wśród grupy badanej 14% respondentów, w sposób znaczny czuła presję płynącą z reklam na realizowanie zakupu danych farmaceutyków. Oddziaływanie wpływu telewizji odczuło również 23% ankietowanych biorących udział w przeprowadzonym badaniu. Około 28% respondentów nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić, czy reklamy powodują chęć zakupu leków. Za brakiem presji odpowiedziało się 26%. Zdecydowanej, negatywnej odpowiedzi udzieliło zaledwie 9% ankietowanych. Kobiety zażywające 1-2 oraz 3-4 tabletki

dziennie odczuwały wpływ mediów na pojawienie się potrzeby zakupu leku w stopniu większym, niż mężczyźni przyjmujący taką samą Liczbę pigułek. Wszyscy- 100% respondenci płci męskiej zażywający 1-2 tabletki dobowo odpowiedzi negatywnie na oddziaływanie mediów na realizowanie zakupów farmaceutyków. Ankietowani, którzy przyjmują większą ilość leków, częściej zauważali zjawisko wpływu płynącego z telewizji, w porównaniu do osób spożywających mniejszą liczbę pigułek. Zdecydowanej twierdzącej odpowiedzi wśród pacjentów przyjmujących powyżej 8 tabletek udzieliło 33% kobiet oraz 40% mężczyzn.

Ponad połowa ankietowanych biorących udział w przeprowadzonym badaniu- 52% nie pokazuje listy przyjmowanych leków lekarzowi. Na prośbę lekarza spis farmaceutyków okazuje 30% respondentów, na każdej wizycie zaledwie 7%. Od czasu do czasu listę pokazuje 11% osób badanych. Wśród ankietowanych kobiet na każdej wizycie spis leków posiada 20% przyjmująca 1-2 pigułki, 15%- 3-4 tabletki oraz 8%- powyżej 8. Wśród mężczyzn przy każdej wizycie lekarskiej listę farmaceutyków posiada 9% zażywająca 7-8 tabletek w ciągu dnia oraz 13%- powyżej 8. Spis zażywanych leków na prośbę lekarza okazywało 67% mężczyzn przyjmujących 1-2 pigułki dziennie, blisko połowa kobiet stosująca 7-8 tabletek w ciągu doby- 44%. Sporadycznie- 21% respondentek płci żeńskiej zażywająca 5-6 pigułek, 17%- powyżej 8. Wśród ankietowanych płci męskiej od czasu do czasu listę miało przygotowaną po 18% badanych osób stosująca 5-6 oraz 7-8 tabletek dobowo, a także mężczyźni przyjmujący powyżej 8 pigułek. Nigdy listy stosowanych farmaceutyków nie okazywało 60% kobiet stosujących 1-2 tabletki, prawie połowa respondentek przyjmujących 3-4 pigułki-46%, 43%- 5-6 tabletek, ponad połowa- 56% 7-8 tabletek, a także 50%- ponad 8 pigułek dziennie. Wśród mężczyzn za brakiem okazywania spisu przyjmowanych farmaceutyków lekarzowi odpowiedziało się 33% przyjmująca 1-2 tabletki, 86%- 3-4 tabletki, 64%- 5-6 tabletek, 45%- 7-8 tabletek oraz blisko połowa- 48% respondentów spożywających ponad 8 tabletek na dobę.

Respondenci biorący udział w przeprowadzonym badaniu nie zawsze przyjmowali leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Wyjątek stanowili mężczyźni spożywający 1-2 pigułki dobowo. Średnio 68% ankietowanych stwierdziło, że przyjmuje leki zgodnie z tym, jak polecił im lekarz, a 20% odpowiedziało przeciwnie. 12% ankietowanych nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić, czy zawsze w przyjmowaniu tabletek postępuje zgodnie ze wskazówkami lekarza. Wśród badanych kobiet 60% respondentek spożywających 1-2 pigułki dziennie odpowiedziało się twierdząco, 40% przecząco. Zdecydowana większość ankietowanych płci żeńskiej przyjmujących 3-4 pigułki- 92% zawsze przyjmowała leki zgodnie z zaleceniami. Ponad połowa- 56% kobiet zażywająca 7-8 tabletek słuchała

wskazówek lekarza, 22% natomiast nie zawsze. Ankietowane stosujące ponad 8 farmaceutyków dobowo w 25% nie przyjmowały leków zgodnie ze słowami lekarza, 67% jednak stosowała się do zaleceń. Wśród badanych mężczyzn odsetek stosujących się do wskazówek w przypadku 3-4 tabletek w ciągu dnia wynosił 86%, przy 5-6 pigułkach- 73%, 7-8- 73%, w przypadku liczby farmaceutyków powyżej 8- 47% badanych słuchało zaleceń, a 33%- nie.

Na pytanie, czy kiedykolwiek samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem osoba badana zmieniła dawkę przyjmowanego leku 24% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, 10% nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić, a 66% nigdy tego nie zrobiło. Wśród respondentów płci męskiej przyjmujących 1-2 tabletki dziennie, ani jedna osoba nie zmieniła nigdy dawki leku. Wśród kobiet przyjmujących taką samą ilość pigułek 20% ingerowało w dawkę leczniczą.

W przypadku ankietowanych zażywających 3-4 tabletki, porcję częściej zmieniały kobiety- 38%, mężczyźni- 15%. Podobna ilość ankietowanych, przyjmująca 5-6 pigułek dobowo przyznało się do zmieniania samodzielnie dawki, tj. - 14% kobiet, 18% mężczyzn. Wśród kobiet zażywających 7-8 pigułek 22% ingerowało w proces leczenia, 22% nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić. U mężczyzn przyjmujących tyle samo leków odsetek twierdzących odpowiedzi wynosił 27%. Osoby przyjmujące powyżej 8 tabletek, w przypadku mężczyzn zmieniały dawkę najczęściej- 34% respondentów, u kobiet wartość ta wynosiła 25% wszystkich odpowiedzi ankietowanych płci żeńskiej.

Ponad połowa respondentów- 62% zadeklarowała, iż przyjmuje dodatkowo inne leki, niż te przepisane przez lekarza. 33% badanych przyjmuje jedynie tabletki wykupione z recepty. Nieliczni- 5% badanych nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić, czy zażywa inne farmaceutyki, niż te zrealizowane na polecenie lekarza. Wszystkie- 100% kobiety spożywające 3-4 pigułki dobowo przyznało się do faktu wykupowania dodatkowych leków. Ponad połowa respondentek- 57% zażywająca 5-6 tabletek, połowa- 50%- ponad 8 tabletek, blisko połowa- 44% spożywająca 7-8 farmaceutyków, a także 40% kobiet zażywająca 1-2 tabletki również przyjmowała dodatkowo wykupione przez siebie środki lecznicze. W przypadku ankietowanych mężczyzn przyjmujących 5-6 pigułek 100% spożywało nadprogramowe tabletki. Ponad połowa badanych płci męskiej – 57% w przypadku 3-4 tabletek dobowo, 53%- powyżej 8 tabletek, blisko połowa- 45% przy 7-8 pigułkach oraz 33%- 1-2 tabletki także przyjmowała inne, dodatkowe leki niż te przepisane przez lekarza.

Do najczęściej stosowanych, nadprogramowych wyrobów medycznych przez respondentów biorących udział w przeprowadzonym badaniu należą środki przeciwbólowe-

76% badanych. Ponad połowa ankietowanych wskazało witaminy- 67%. Suplementy diety były przyjmowane przez 44% badanych. Odpowiednio po 31% respondentów spożywało leki przeciwzapalne oraz zioła.

Zdecydowaną wiedzę na temat wszystkich przyjmowanych przez siebie leków zadeklarowało zaledwie 12% wszystkich respondentów, 36% ankietowanych stwierdziło, że raczej posiada wiedzę w tym zakresie, 33% osób biorących udział w przeprowadzonym badaniu nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić swojego stanowiska. Blisko 17% respondentów raczej nie miało wiedzy w zakresie przyjmowanych leków, a 2% udzieliło zdecydowanej, przeczącej odpowiedzi. Wśród kobiet zauważalna była tendencja spadkowa, wraz ze wzrostem ilości dziennych przyjmowanych tabletek malała ilość zdecydowanych odpowiedzi co do zdecydowanej wiedzy. Wśród badanych mężczyzn, natomiast stanowcze, twierdzące odpowiedzi pojawiały się nielicznie. Przy ilości tabletek 1-2 oraz 5-6 większość ankietowanych mężczyzn stwierdziło, iż raczej ma wiedzę na temat zażywanych leków.

Respondenci biorący udział w przeprowadzonym badaniu najczęściej – 89% czerpali wiedzę na temat leków od lekarza. Blisko połowa ankietowanych -49% edukowała się z ulotek. Farmaceuta, był osobą którą wskazało 38% osób biorących udział w badaniu własnym. Reklamy oraz media stanowiły źródło informacji o lekach dla odpowiednio 29% oraz 28% badanych. Po 20% ankietowanych edukowało się od rodziny oraz znajomych. Około 12% respondentów jako źródło informacji wskazało literaturę. Zaledwie 9% ankietowanych pobierało informacje na temat leków od pielęgniarki.

DYSKUSJA

Starsi pacjenci przyjmują coraz więcej leków. Potwierdziły to także analizy przeprowadzone w różnych krajach. Wykazały one, iż wielolekowość rośnie razem z wiekiem, jak i ilością chorób współistniejących [10]. Również trzeba podkreślić, iż zgodnie z udzielonymi odpowiedziami prawie 30% ankietowanych mężczyzn przyjmowało powyżej 8 tabletek dziennie. Z kolei wśród kobiet średnia ilość tabletek zażywanych w ciągu jednego dnia to 6. Badani w przedziale wiekowym od 60 do 65 roku życia zwykle deklarowało przyjmowanie od 3 do 4 tabletek. Badani w przedziale wiekowym od 66 do 75 roku życia z największą częstotliwością wskazywali spożywanie od 5 do 6 pigułek. Z kolei badani od 76 do 80 roku życia wskazywali zażywanie powyżej 8 oraz od 5 do 6 tabletek dziennie. Badani w wieku od 81 do 90 lat deklarowali przyjmowanie powyżej 8 pigułek w ciągu dnia. A już najstarsi respondenci, czyli ci powyżej 90 roku życia odpowiednio po równo zadeklarowali spożywanie od 3 do 4 i od 7 do 8 tabletek w ciągu doby. Istotnym jest zwrócić uwagę, iż ani

jeden badany w tym przedziale wiekowym nie zażywał powyżej 8, jak i od 1 do 2 pigułek dziennie. Można było zauważyć wzrost ilości przyjmowanej farmakoterapii wraz ze wzrostem wieku badanych.

W badaniach przeprowadzonych na potrzeby pracy ponad połowa badanych biorących w nich udział w znajdowała się w przedziale wiekowym od 66 do 75 roku życia. Największa ilość ankietowanych mężczyzn była w wieku 76-80lat (38%). W przypadku kobiet biorących udział w badaniu większość (36%) ukończyła 60-65 r.ż. Blisko 20% ankietowanych- 8% kobiet, 13% mężczyzn znajdowała się w przedziale wiekowym 81-90 lat. Najmniej respondentów posiadało powyżej 90 lat- 4%.

Trzeba podkreślić, iż polipragmazja zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się działań ubocznych leków. To z kolei może odnosić skutek nasileniem zaburzeń poznawczych, upośledzeniem zwyczajnego funkcjonowania, potrzebą hospitalizacji i zwiększoną śmiertelnością, tak podają Fried T.R., O'Leary J., Towle V. i wsp. [11]. Zdecydowaną wiedzę na temat wszystkich przyjmowanych przez siebie leków zadeklarowało zaledwie 12% wszystkich respondentów. 36% ankietowanych stwierdziło, że raczej posiada wiedzę w tym zakresie. Ponad połowa -56% respondentów biorących udział w przeprowadzonym badaniu własnym nie była hospitalizowana z powodu powikłań lekowych. 15% ankietowanych była leczona z powodu wystąpienia objawów niepożądanych. Z powodu samodzielnego zmniejszenia dawki leczniczej hospitalizowanych było 13% osób badanych. 10% ankietowanych znalazło się w szpitalu z powodu odstawienia leku, a 5%- przedawkowania leku. 1% respondentów wskazało inny powód hospitalizacji- interakcja pomiędzy stosowanymi farmaceutykami.

Zgodnie z tym co twierdzą L. Pasina, A.L. Brucato i C. Falcone [12] pogarszanie stanu zdrowia starszych pacjentów wynikać może z niestosowania się do zaleceń lekarza związanych ze schematem przyjmowania leków. Wielu chorych nie rozumie, dlaczego ma przyjmować konkretne leki. To z kolei może odnosić skutek w postaci ich nieodpowiedniego stosowania czy przedwczesnego odstawienia. [12] Badania wykazały, iż większa ilość przepisanych leków wiąże się z brakiem przestrzegania zaleceń dotyczących ich stosowania [12]. Ponad połowa respondentów biorących udział w badaniu własnym- 62% zadeklarowała, iż przyjmuje dodatkowo inne leki, niż te przepisane przez lekarza. 33% badanych przyjmuje jedynie tabletki wykupione z recepty. Nieliczni- 5% badanych nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić, czy zażywa inne farmaceutyki, niż te zrealizowane na polecenie lekarza. Do najczęściej stosowanych, nadprogramowych wyrobów medycznych przez respondentów biorących udział w przeprowadzonym badaniu należą środki przeciwbólowe- 76% badanych.

Ponad połowa ankietowanych wskazała witaminy- 67%. Suplementy diety były przyjmowane przez 44% badanych. Odpowiednio po 31% respondentów spożywało leki przeciwzapalne oraz zioła.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Ankietowani biorący udział w przeprowadzonym badaniu czerpią informację na temat leczenia od lekarza oraz z ulotek. Rzadziej z mediów czy reklam.
2. Autorytetem w zakresie farmakoterapii dla respondentów stanowił lekarz.
3. Respondenci często przyjmowali leki niezgodne z zaleceniami lekarza.
4. Badani często ingerowali w proces leczenia poprzez np. samodzielną zmianę dawki leku, zaprzestanie farmakoterapii przez brak widocznej poprawy stanu zdrowia.
5. Leki przeciwbólowe, przeciwzapalne, witaminy, suplementy diety oraz zioła były najczęściej zażywanyymi lekami przez ankietowanych.
6. Respondenci powyżej 60 lat i częściej byli narażeni na niepożądane działania leków.

PIŚMIENNICTWO

1. Hryniewicz J.: Los starca zależy od kontekstu społecznego - Wprowadzenie (w:) pod red. Hryniewicz J.: O sytuacji ludzi starszych. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012: 11 -18.
2. Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012: 16-28.
3. Czech M., Kardas P.: NFZ o zdrowiu. Polipragmazja. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Innowacji, Warszawa 2020.
4. Wojtczak D., Kasznicki J., Drzewoski J.: Dobre i złe strony polifarmakoterapii u osób w wieku podeszłym chorych na cukrzycę, Diabetologia Praktyczna, 2017; 3(1): 39-44.
5. Czarkowski W. M., Bisch S., Mleczko K., Dziadkiewicz P., Kmita D.A., Wójcik M., Janecki M.: Polipragmazja jako problem terapeutyczny w populacji pacjentów objętych opieką paliatywną geriatryczną, Medycyna Paliatywna, 2021; 13(1): 24-31.
6. Czarkowski W.M., Bisch S., Mleczko K. i wsp.: Polipragmazja jako problem terapeutyczny w populacji pacjentów objętych opieką paliatywną i geriatryczną.

Medycyna Paliatywna 2021; 13(1):24-31.

7. Berková M, Berka Z.: Falls, a significant cause of morbidity and mortality in elderly people. Vnitřní Lekarství 2018; 64:1076-1083.
8. Stein P.D., Hull R.D., Kayali F. et al.: Venous thromboembolism according to age. Archives of Internal Medicine 2004; 164: 2260.
9. Fang M.C., Go A.S., Hylek E.M., i wsp. Age and the risk of warfarin-associated hemorrhage: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation study. Journal of the American Geriatrics Society 2006; 54: 1231-1236
10. Hovstadius B, Hovstadius K, Åstrand B i wsp.: Increasing polypharmacy – an individual-based study of the Swedish population 2005–2008. BMC Clinical Pharmacology 2010; 12:10-16.
11. Fried T.R., O’Leary J, Towle V. et al.: Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. Journal of the American Geriatric Society 2014; 62(12): 2261-72.
12. Pasina L., Brucato A.L., Falcone C. et al.: Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. Drugs- Aging 2014; 31(4):283-9.

ZASADY STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH

Małgorzata Lipiszko¹, Krystyna Klimaszewska²

1/- Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

2/- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Egzystencja człowieka opiera się na wielu filarach, jednak najbardziej definiuje ją zdrowie. To od zdrowia zależy, jak człowiek przeżyje własne życie; czy będzie ono naznaczone bólem, cierpieniem, niesprawnością, czy wręcz przeciwnie – upłynie na zdobywaniu szczytów, zarówno w sensie przenośnym, jak i dosłownym.

Pojęcie „zdrowie” jest wieloznaczne i dość trudne do zdefiniowania, dlatego istnieją dwa rodzaje definicji zdrowia:

- definicje *potoczne*, czyli *laickie* – w których zdrowie jest rozumiane jako brak dolegliwości;
- definicje *profesjonalne*, czyli formułowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin nauki (np. WHO – *World Health Organization*) [1].

Najczęściej używaną definicją jest definicja zamieszczona w 1948 r. w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia: „*Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności*” [Dz.U. Nr 61, Poz. 477].

Poprawne – zdrowe - funkcjonowanie jednostki społecznej jest definiowane również przez inne czynniki, takie jak: zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku, potencjał fizyczny i psychiczny, dający możliwości samorozwoju, harmonia i równowaga możliwości fizycznych, psychicznych i osobistych istoty ludzkiej. Na zdrowie ogólne największy wpływ mają jednak:

- styl życia (53%), który determinują: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, podatność na stres, stosowanie używek, zachowania seksualne;
- środowisko fizyczne (21%), tj. dostęp do czystego powietrza i wody, bezpieczne i higieniczne warunki pracy i edukacji;
- czynniki genetyczne (16%);
- opieka zdrowotna (10%) [2].

ROZWINIĘCIE

Ból jest subiektywnym uczuciem, który zaburza prawidłowe funkcjonowanie, samopoczucie oraz ogranicza aktywność człowieka, w związku z czym zaburzone jest ogólnopojęte „zdrowie” danej jednostki. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, powstałej w latach 70. XX wieku i aktualnej do dziś, „ból to subiektywnie przykre oraz jednoznacznie negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkankę lub zagrażających jej uszkodzeniu albo opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [3].

Ból jako mechanizm ma na celu wywołanie reakcji obronnej w organizmie, która w teorii powinna zahamować dalszy rozwój czynnika bólotwórczego, np. urazu bądź choroby. Wraz z upływem czasu, odczucie bólu przeradza się z funkcji ostrzegawczej w źródło cierpienia, co znacznie obniża jakość życia [3].

W związku z tym, iż dolegliwości bólowe powodują znaczny dyskomfort podczas podejmowania rutynowych czynności, ludzie wykorzystują wszelkie możliwości, by te negatywne odczucie zmniejszyć. Jedną z takich opcji jest stosowanie leków przeciwbólowych, które w obecnych czasach są dostępne pod wieloma postaciami, zawierają przeróżne substancje czynne, dostępne są w prawie wszystkich sklepach, dyskontach, galeriach i stacjach paliwowych. Większość analgetyków jest sprzedawana bez recept, jednak silniejsze środki wymagają konsultacji lekarskiej oraz wystawienia odpowiedniej recepty.

Powszechna dostępność leków niewymagających recepty powoduje, iż każda jednostka przyjmująca środki przeciwbólowe staje się odpowiedzialna za ich stosowanie i dawkowanie. Samodzielne zażywanie analgetyków przez ludzi rozwija zjawisko samoleczenia oraz samodzielnej terapii bólu. Wyżej wymienione procesy w polskim społeczeństwie zachodzą bardzo powszechnie, jednakże, jak większość form podejmowanych terapii, mają swoje wady i zalety. Niewystarczająca wiedza w zakresie stosowania i dawkowania analgetyków może doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, złego samopoczucia, a w skrajnych przypadkach do uszkodzenia narządów wewnętrznych (np. nerek bądź wątroby). Do zalet samoleczenia należą zaś: szybka efektywność terapii, oszczędność czasu oraz pieniędzy [4].

Rodzaje bólu

Biorąc pod uwagę patomechanizm powstawania bólu, najpowszechniejszą formą występujących dolegliwości bólowych jest **ból receptorowy**. Powstaje wskutek podrażnienia swoistych receptorów bólowych, tzw. *nocyceptorów*, lub wskutek ich

nadreaktywności na zwykły bodziec, wynikającej z obniżenia ich progu pobudliwości (tzw. progu bólowego) [5]. Następuje zazwyczaj na skutek uszkodzenia tkanek w wyniku oddziaływania na nie bodźców mechanicznych, chemicznych bądź termicznych.

Kolejnym rodzajem bólu jest **ból niereceptorowy – neuropatyczny**, który powstaje w następstwie uszkodzeń w strukturze układu nerwowego; może być również spowodowany uciskiem (np. w dyskopatii), infekcją (w przebiegu półpaśca) bądź niedokrwieniem. Jest rodzajem bólu przewlekłego; w niektórych publikacjach określany mianem bólu patologicznego. Charakterystyczne cechy bólu neuropatycznego to: palenie, pieczenie, pulsacyjność, uczucie miazdżenia. Jego cechą charakterystyczną jest również fakt oporności na działanie środków farmaceutycznych.

Specyficznym rodzajem bólu jest **ból niereceptorowy psychogeny**. Jest to dolegliwość o genezie sięgającej wewnętrznych konfliktów danej osoby. Emocje te i rozterki zazwyczaj są tak nasilone, iż mózg manifestuje je również w postaci trudnego do dokładnego zlokalizowania bólu. Występuje on najczęściej w okolicy głowy, jamy brzusznej, pleców bądź klatki piersiowej. W odróżnieniu do bólu receptorowego, który nasila się w porze nocnej, ból psychogeny podczas snu ulega wyciszeniu. Cechą charakterystyczną tejże dolegliwości jest fakt, iż nieskuteczne w jej terapii są leki przeciwbólowe, zaś ulgę przynoszą leki przeciwdepresyjne [6].

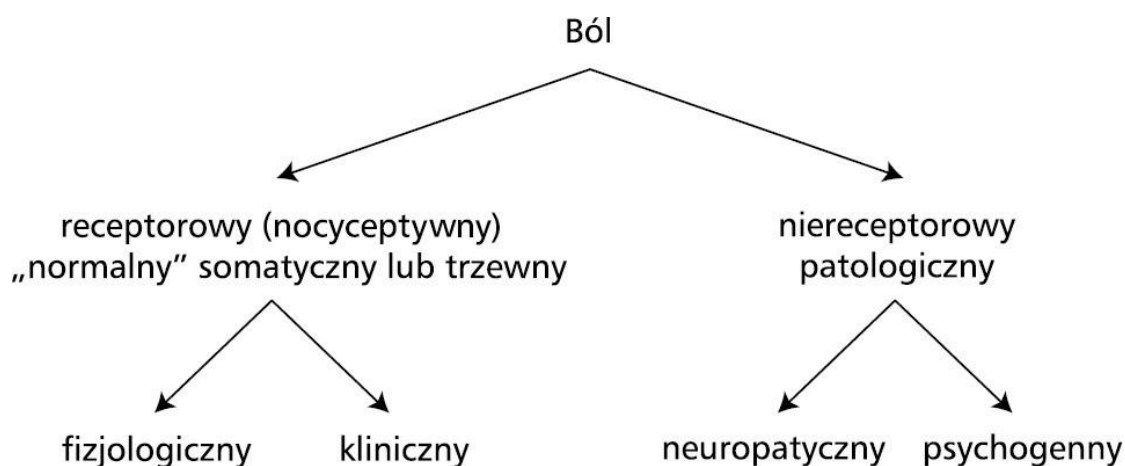
Ból powoduje odruchowe pobudzenie układu nerwowego współczulnego i hormonalnego, których celem jest wyzwolenie reakcji o charakterze „walki lub ucieczki”. W związku z tym w psychologii ból jest uznawany za popęd uruchamiający odpowiednie formy zachowania się człowieka, pełniący funkcję ostrzegawczo-obronną.

Są jednak takie sytuacje, gdy ból przestaje być sygnałem ostrzegawczym, a staje się źródłem cierpienia i jednocześnie czynnikiem obniżającym znacząco jakość życia człowieka. Takim zjawiskiem jest **ból przewlekły**, który trwa pomimo wygojenia tkanek po urazie czy zabiegu operacyjnym, towarzyszy chorobie przewlekłej, jak np. choroba nowotworowa czy choroba zwyrodnieniowa stawów. Doznania bólowe wówczas tracą swój ostrzegawczo-obronny charakter, a ból przewlekły staje się chorobą samą w sobie, wpływającą negatywnie na emocjonalne, fizyczne i socjalne funkcjonowanie człowieka. Ból przewlekły jest zwykle definiowany jako „ból, który wykracza poza normalny przewidywany czas zdrowienia”. Przyjmuje się, że granica pomiędzy bólem ostrym a przewlekłym to zwykle 3 miesiące, natomiast dla potrzeb badawczych często przyjmowany jest okres 6 miesięcy.

Wspomniany powyżej **ból ostry** jest to rodzaj dolegliwości występującej nagle, o charakterze napadowym, cechujący się dużym nasileniem. Trwa zazwyczaj

do 1 miesiąca, ale nie dłużej niż 3 miesiące, a występuje zazwyczaj po urazach, operacjach, zabiegach diagnostycznych z naruszeniem ciągłości tkanek. Pojawia się również w wyniku procesów chorobotwórczych, oparzeń, skurczów mięśni, zaburzeń układu nerwowego. Klasycznym przykładem bólu ostrego jest kolka nerkowa lub ból wieńcowy [5].

Dzięki odpowiedniej klasyfikacji dolegliwości bólowych można dokonać właściwego rozpoznania oraz odpowiedniego podjęcia leczenia lub doboru środków terapeutyczno-leczniczych.



Ryc. 1. Klasyfikacja bólu

Mechanizm powstawania bólu

Proces powstania odczucia bólu nazywamy **nocycepcją**. Mechanizm ten obejmuje cztery etapy:

➤ **Etap I: transdukcja** – polega na przetwarzaniu bodźca bólowego (uszkodzającego), np. mechanicznego, termicznego, chemicznego na impuls elektryczny przewodzony włóknami nerwowymi. Do tego procesu dochodzi w obwodowych zakończeniach nocyceptorów. Na etapie tym następuje również wyrzut substancji odpowiadających za stan zapalny w miejscu uszkodzenia, tj. histaminy, serotoniny, cytokiny, bradykininy.

➤ **Etap II: transmisja** – jest to inaczej przewodzenie bodźca z receptorów do zwoju rdzeniowego. Bodziec zostaje przetransportowany do rogów tylnych rdzenia kręgowego przy pomocy włókien aferentnych. Pod wpływem impulsu nerwowego

z zakończeń presynaptycznych zostają uwolnione transmitery bólu, m.in. substancja P i glutamina.

➤ **Etap III: modulacja** – to etap polegający na dalszym generowaniu impulsów i wzmacnianiu bądź hamowaniu bodźca bólowego. Informacja bólowa przekazywana jest do m.in. istoty białej rdzenia kręgowego oraz sznurów tylnych.

➤ **Etap IV: percepcja** – zachodzi w korze mózgowej, jej zadaniem jest uświadomienie bólu, jego subiektywna ocena oraz odpowiednia reakcja organizmu. W tym etapie kształtowane są zachowania i emocje związane z zapamiętanym bólem, czyli m.in. lęk, gniew, agresja [7].

Definicja i podział leków przeciwbólowych

Leki przeciwbólowe, nazywane także analgetykami, to substancje chemiczne powodujące analgezję, czyli zniesienie czucia bólu [8]. Należą do nich związki o różnej budowie, mechanizmie oraz sile działania.

Leki przeciwbólowe można podzielić na 2 główne grupy farmakologiczne:

- opioidowe leki przeciwbólowe;
- nieopiodowe leki przeciwbólowe.

Opioidowymi lekami przeciwbólowymi nazywamy substancje naturalne bądź syntetyczne, które działają poprzez pobudzenie receptorów opioidowych w organizmie. Receptory te znajdują się w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym [5].

Opioidy wykazują bardzo silne i skuteczne działanie przeciwbólowe, a także są najbardziej uzależniającymi substancjami znanymi człowiekowi. Objawy zależności psychicznej mogą pojawić się w krótkim okresie po rozpoczęciu stosowania opioidów, na przestrzeni nawet kilku dni. Uzależnienie fizyczne następuje zazwyczaj po dłuższym i regularnym przyjmowaniu leków opioidowych. W związku z tym, nazywane są często lekami narkotycznymi. Wykazują także właściwości euforyczne.

Dłuższemu przyjmowaniu leków opioidowych towarzyszą inne objawy, takie jak:

- zespół abstynencyjny,
- nerwowość,
- lęki nocne,
- nerwobóle,
- bezsenność.

Przedawkowanie leków opioidowych wiąże się z wyższym w stosunku do innych

rodzajów leków ryzykiem zgonu ze względu na to, iż powodują one depresję oddechową.

Inne skutki uboczne stosowania opioidów to:

- senność
- apatia
- bóle i zawroty głowy
- zanik głodu
- zaburzenia pamięci
- spowolnienie akcji serca
- spowolnienie perystaltyki jelit, zaparcia
- zwężenie źrenic [5].

Opioidy dzielą się na:

1. Naturalne peptydy

- występujące w organizmie człowieka, np. endorfiny;
- alkaloidy opium (substancji otrzymywanej z maku lekarskiego), np. kodeina, morfina, papaweryna;

2. Półsyntetyczne pochodne

- heroina;
- hydrokodon;
- oksykodon;

3. Syntetyczne pochodne

- morfiniany, np. leworfanol;
- benzomorfany, np. cyklazocyna;
- fenylopiperydyny, np. petydyna;
- anilidopiperydyny, np. fentanyl;
- difenylopropyloaminy, np. metadon, loperamid;
- inne, np. tramadol [8].

Zastosowanie opioidy znajdują przede wszystkim w leczeniu silnych, ostrych bóli, np. pooperacyjnych bądź pourazowych. Skuteczne są również w leczeniu bólów nowotworowych. Morfinę i kodeinę zaleca się pacjentom w terapii łagodzenia duszności i kaszlu, ze względu na jej korzystne właściwości w krążeniu płucnym. Morfina wykazuje także pozytywne działanie w krążeniu ogólnoustrojowym [8]

Opioidy nie działające ośrodkowo nie mają działania uzależniającego, w związku z czym stosuje się je również w terapii odwykowej. Taką substancją jest np. metadon. Loperamid, który również nie wykazuje właściwości narkotycznych, jest składnikiem

środków przeciwbiegunkowych.

Nieopiodowe leki przeciwpalne, inaczej niesteroidowe leki przeciwpalne (NLPZ) są to leki o słabszym działaniu ogólnoustrojowym, które nie uzależniają równie silnie jak opioidy. Ponadto wykazują inne działania, takie jak:

- działanie przeciwgorączkowe,
- działanie przeciwpalnie,
- działanie przeciwpakrzepowe.

W związku ze stosunkowo mniejszą toksycznością NLPZ w porównaniu do opiodów, stosowane są one dużo częściej oraz powszechniej. Niesteroidowe Leki Przeciwpalne znajdują szerokie działanie w wielu dolegliwościach dnia codziennego, poczynając od przeziębienia, kończąc na bólu zębów, kości i stawów. W związku z tym, bardzo często dochodzi do nadużywania NLPZ. Powoduje to szereg ogólnoustrojowych objawów zatrucia [9].

Mechanizm działania Niesteroidowych Leków Przeciwpalnych

Mechanizm działania NLPZ opiera się na zmniejszeniu aktywności cyklooksygenazy (COX). Substancja ta jest enzymem, który katalizuje kwas arachidonowy (AA) w prostaglandyny. Prostaglandyny należą do grupy hormonów powstających w tkankach ludzkiego organizmu, odpowiedzialne są za rozwój objawów zapalnych, takich jak zaczerwienienie, obrzęk i ból. W efekcie tego mechanizmu działania niesteroidowych leków przeciwpalnych omija bezpośrednie oddziaływanie na ośrodkowy układ nerwowy, w przeciwieństwie do leków opiodowych [10].

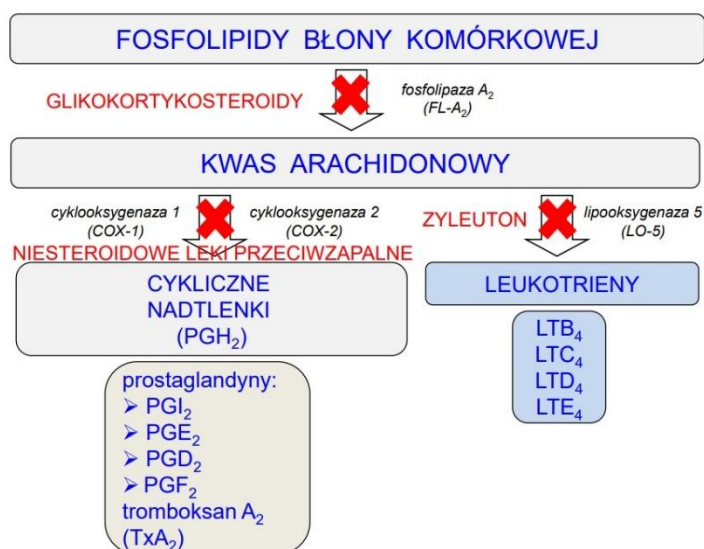
Cyklooksygenaza, która w procesie uśmierzania bólu jest hamowana przez NLPZ, dzieli się na trzy podtypy o różnej lokalizacji i działaniu:

➤ cyklooksygenaza COX-1 – bierze udział w utrzymaniu homeostazy organizmu w warunkach fizjologicznych; w komórkach organizmu człowieka występuje zawsze. Jest głównym źródłem prostaglandyn w płytkach krwi, błonie śluzowej i w nerkach, a także w śluzówce przewodu pokarmowego. Jej hamowanie przez NLPZ przynosi działania niepożądane, np. zmniejszenie przepływu krwi przez nerki, zaburzenia czynności trombocytów, owrzodzenia i stany zapalne błony śluzowej układu pokarmowego; cyklooksygenaza COX-2 – ulega aktywacji w procesie zapalnym i odpowiada za jego efekt. Oprócz miejsca reakcji zapalnej, występuje również w mózgu, komórkach nabłonka tchawicy, podobnie jak COX-1 – w nerkach, a ponadto w jądrach oraz jajnikach.

Współtworzy powstawanie prostacykliny, która wykazuje właściwości obkurczające naczynia i antyagregacyjne. W związku z tym, hamowanie aktywności COX-2 prowadzi do zwiększenia ryzyka powstania zakrzepów. COX-2 bierze udział również w procesie jajczkowania, zapłodnienia, złuszczenia się błony śluzowej podczas miesiączki.

➤ cyklooksygenaza COX-3 – jest to enzym odkryty stosunkowo niedawno, w związku z czym jego funkcje oraz role, jakie odgrywa, nie są do końca znane. Jest kodowany przez ten sam gen co COX-1, jednak powstałe mRNA różni się od mRNA COX-1. Jej główną lokalizacją jest mózg [11].

NLPZ hamując działanie cyklooksygenazy powodują blokowanie syntezy nadtlenków kwasu arachidowego, co skutkuje zablokowaniem powstających prostaglandyn oraz tromboksanów. Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne są substancjami, które działają podczas znoszenia słabych bólów nocycyptycznych, neurogennych. Podczas stosowania NLPZ nie stwierdza się wpływu na pochodzenia psychogenne [12].



Ryc. 2. Schemat blokady bólu przez NLPZ

Większość Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych ma większe powinowactwa z COX-1, dlatego też główne działania niepożądane tych substancji są na tle wrzodotwórczym. Istnieją też leki hamujące aktywność zarówno COX-1, jak i COX-2 [12].

Zasady stosowania leków przeciwbólowych

Najpopularniejszym schematem leczenia bólu jest **drabina analgetyczna**, stworzona w 1986 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

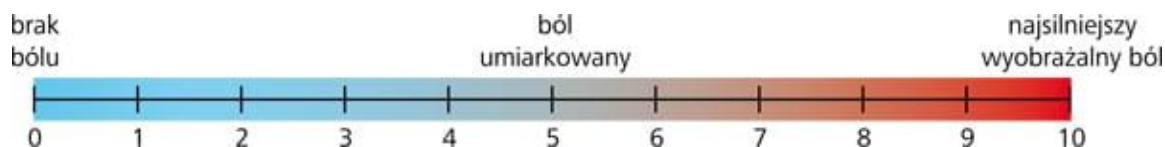
Drabina analgetyczna przedstawia propozycje leczenia wybranymi środkami w odniesieniu do natężenia bólu. To właśnie pomiar stopnia nasilenia dolegliwości bólowych jest pierwszym krokiem do poprawnego skorzystania z drabiny analgetycznej, od którego zależy wybór leku głównego, jego dawka oraz dobór leków dodatkowych i wspomagających [8].

Tab. 1. Drabina analgetyczna

STOPIEŃ BÓLU	STOSOWANE LEKI	DODATKOWO STOSOWANE LEKI	LEKI WSPOMAGAJĄCE
I STOPIEŃ	<u>analgetyki nieopiodowe</u> - paracetamol - NLPZ	ewentualnie lek wspomagający	➤ <u>leki przeciwdepresyjne</u> , np. mianseryna, citalopram ➤ <u>leki przeciwpadaczkowe</u> , np. karbamazepina, gabapentyna
II STOPIEŃ	<u>słaby opioid</u> - dihydrokodeina - etylomorfina - kodeina - tramadol	ewentualnie analgetyki nieopiodowe / lek wspomagający	➤ <u>kortykosteroidy</u> ➤ <u>leki uspokajające</u> , np. hydroksyzyna, diazepam
III STOPIEŃ	<u>silny opioid</u> - morfina - fentanyl - buprenorfina - oksykodon - metadon	ewentualnie analgetyki nieopiodowe / lek wspomagający	➤ <u>bisfosfoniany</u> ➤ <u>klonidyna</u> ➤ <u>leki znieczulające miejscowo</u>

By prawidłowo określić stopień nasilenia bólu stosuje się tzw. skalę oceny bólu. Najpopularniejszą z nich jest skala numeryczna (NRS – ang. Numerical Rating Scale). NRS cechuje łatwość zastosowania ze względu na wysoką zrozumiałość przez pacjentów.

Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu, przy czym 0 to całkowity brak bólu, zaś 10 to najgorszy wyobrażalny ból [8].



Ryc. 3. Skala NRS

Stopień I drabiny analgetycznej przedstawia leczenie bólu o niewielkim nasileniu (w skali NRS od 0 do 4). Na tym szczeblu drabiny analgetycznej zalecane jest stosowanie nieopiodowych leków przeciwbólowych, do których należą niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), paracetamol.

Drugi poziom drabiny analgetycznej przedstawia poziom nasilenia bólu powyżej 4 do 6 w skali NRS. W tym szczeblu drabiny analgetycznej stosujemy leki należące do grupy słabych opioidów, podtrzymując leczenie z szczebla 1, gdyż uzupełniają one działanie analgetyczne, co pozwala na ograniczenie nasilenia potencjalnych działań niepożądanych.

Trzeci poziom drabiny analgetycznej to poziom, w którym mamy do czynienia z bólem przekraczającym nasilenie według skali NRS 6. W tym szczeblu drabiny analgetycznej stosujemy leki z grupy tzw. „silnych” opioidów. Łączenie „silnych” opioidów z NLPB pozwala na uzyskanie synergizmu działania pomiędzy analgetykami oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Charakterystyka wybranych leków przeciwbólowych

Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne (NLPZ)

Niesteroidowe leki przeciwzapalne NLPZ – są to leki, po które najchętniej sięgają Polacy. Zaliczają się do nich substancje o różnym zastosowaniu, sile działania i budowie chemicznej, co czyni je bardzo zróżnicowaną grupą analgetyków. Charakteryzują się działaniem przeciwzapalnym, przeciwbólowym oraz przeciwgorączkowym [9].

Do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych zaliczają się:

1) Kwasy karboksylowe

- kwas salicylowy i salicylany, np. popularny kwas acetylosalicylowy (główny składnik Aspiryny)

- kwasy arylooctowe, np. diklofenak
- kwasy arylopropionowe, np. ibuprofen, naproksen, ketoprofen
- pochodne kwasu fenamowego
- pochodne kwasu pirazonowego;

2) Związki niebędące kwasami karboksylowymi

- pirazolony, np. metamizol
- oksykamy, np. piroksykam
- koksyby, np. celekoksyb
- inne, np. nabutemon, nimesulid.

Wskazania do stosowania NLPZ to m.in.:

- bóle o słabym i silnym natężeniu, w tym menstruacyjne
- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)
- choroby tkanki łącznej
- bóle migrenowe
- gorączka
- nowotwory [7].

Wybór substancji przeciwbólowej zależy od nasilenia oraz czasu trwania bólu. Terapia bólu przewlekłego powinna być prowadzona przy użyciu substancji o przedłużonym okresie półtrwania, zaś ból ostry, przemijający kwalifikuje do użycia substancji o krótszym okresie połowicznego rozpadu [13].

NLPZ, jak każda substancja chemiczna wprowadzana do organizmu człowieka, może powodować skutki uboczne. Ze względu na łatwość i powszechność dostępności tych analgetyków społeczeństwo często nadużywa tych środków, co może prowadzić do zatrucia i przedawkowania.

Działania niepożądane NLPZ obejmują większość układów w organizmie człowieka. Niektóre z działań niepożądanych to m.in.:

- układ pokarmowy: krwawienia, owrzodzenia i perforacje (głównie żołądka bądź jelit), zwężenie i zapalenie jelita grubego, dyspepsja, utrata apetytu, poposiłkowe uczucie pełności, biegunka, zaparcia, wzdęcia;
- układ wydalniczy: retencja sodu i wody z nerek, zmniejszenie filtracji kłębuszkowej, ostre śródmiąższowe zapalenie nerek z naciekiem zapalnym, ostra martwica cewek, ostra niewydolność nerek z oligurią poniżej 500 ml na dobę, przewlekła niewydolność nerek;
- OUN: halucynacje, depresja, psychozy, zaburzenia snu;

- wątroba: zaburzenia procesów metabolicznych, stres oksydacyjny, indukcja apoptozy, uszkodzenie komórek wątroby, zespół Reye'a, utrudniony odpływ żółci (tzw. cholestaza);
- odczyny alergiczne: rumienie, pokrzywki, obrzęki naczynioruchowe, astma, martwicze oddzielanie się naskórka;
- układ krwionośny: anemia, zakrzepowe powikłania sercowo-naczyniowe, zwiększone ryzyko zawału serca i udaru mózgu, rozwój nadciśnienia, zastoinowa niewydolność krążenia [3, 9].

Zapobieganie działaniom niepożądanym w trakcie trwania terapii NLPZ polega w głównej mierze na rozważnym ich stosowaniu oraz ograniczaniu przyjmowania farmaceutyków do niezbędnego minimum. Najpopularniejszym działaniem farmaceutycznym w celu ochrony układu pokarmowego jest stosowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP), np. w postaci specyfiku o nazwie Polprazol. Jest to grupa leków podawana profilaktycznie, która przynosi zadowalające efekty. Głównie przepisuje się ją osobom chorującym przewlekłe na chorobę wrzodową żołądka oraz cierpiącym na krwawienia z przewodu pokarmowego. Stosowanie IPP zmniejsza ryzyko dalszych owrzodzeń nawet dziesięciokrotnie [14].

Niesteroidowe leki przeciwzapalne należą do leków najczęściej stosowanych w polifarmakoterapii, co powoduje, iż mogą wchodzić w interakcje międzylekowe. NLPZ reagują między innymi z doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, lekami przeciwdrgawkowymi, lekami hipotensyjnymi, glikokortykosteroidami oraz lekami moczopędnymi. Przykładowo, stosowanie kwasu acetylosalicylowego (ASA) z ibuprofenem osłabia przeciwwzakrzepowe działanie ASA [15].

Kwas acetylosalicylowy (ASA) - pod względem chemicznym jest pochodną kwasu salicylowego (a dokładniej jest estrem salicylowym kwasu octowego). Laboratoryjną metodę syntezy kwasu acetylosalicylowego opracowano już w XIX wieku. Preparat pod nazwą handlową Aspirin został wprowadzony do sprzedaży ponad 100 lat temu przez firmę Bayer. Ze względu na to, potocznie używa się określenia aspiryna na wszystkie preparaty zawierające w swym składzie kwas acetylosalicylowy. ASA jest dziś jednym z najchętniej stosowanym lekiem z grupy NLPZ, a na rynku w Polsce dostępnych jest kilkadziesiąt preparatów zawierających go w swoim składzie. Najpopularniejsze z nich to: Polopiryna, Aspiryna, Polocard, Acard.

Kwas acetylosalicylowy wykazuje działania charakterystyczne dla grupy NLPZ,

tj. działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe oraz hamujące agregację płytek krwi. Działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe jest słabsze w stosunku do innych leków NLPZ; rozpoczyna się zwykle do 30 minut od chwili zastosowania, osiągając maksimum po 1–3 godzinach. Po zastosowaniu pojedynczej dawki działanie przeciwbólowe utrzymuje się przeciętnie przez 3–6 godzin. Najbardziej intensywne działanie ASA to działanie przeciwagregacyjne, które jest głównym powodem, dla którego pacjenci po niego sięgają [16].

Szybkość wchłaniania kwasu acetylosalicylowego z przewodu pokarmowego zależy w dużej mierze od stosowanej postaci farmaceutycznej. Zawiesiny lub tabletki uwalniające substancję czynną w żołądku warunkują szybkie wchłanianie, lecz taka postać sprzyja bezpośredniemu drażniącemu działaniu kwasu acetylosalicylowego na błonę śluzową żołądka. Tabletki powlekane dojelitowe warunkują wolniejsze wchłanianie, lecz uwalnianie substancji czynnej następuje dopiero w jelicie cienkim, co zmniejsza bezpośrednie działanie drażniące na błonę śluzową żołądka.

Stosowanie kwasu acetylosalicylowego ogranicza się do minimum z powodu wystąpienia efektów ubocznych. W dawce od 75 do 150 mg na dobę kwas acetylosalicylowy znajduje zastosowanie w prewencji po przebytym zawale, w profilaktyce przeciwzakrzepowej bądź w niestabilnej chorobie wieńcowej. ASA stosowany jest również w stanach świeżego zawału mięśnia sercowego w jednorazowej dawce 300 mg. W celu zniesienia dolegliwości bólowych, gorączkowych bądź stanu zapalnego, u młodzieży powyżej 16 roku życia i dorosłych zaleca się dawkę 500 mg. Przeciwwskazane jest stosowanie ASA u dzieci poniżej 12 roku życia, ze względu na ryzyko wystąpienia Zespołu Reye'a. Zespół ten powoduje wymioty, a w silniejszych przypadkach może doprowadzić do śpiączki bądź nawet zgonu.

Innymi przeciwwskazaniami do stosowania ASA są: choroba wrzodowa żołądka bądź dwunastnicy, astma oskrzelowa, ciąża, karmienie piersią, przyjmowanie metotreksatu, ciężka niewydolność wątroby.

Działania niepożądane po przyjęciu większej niż zalecana dawki kwasu acetylosalicylowego to: szum w uszach, bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia, nudności, wymioty [15].

Diklofenak - zaliczany jest do pochodnych kwasu fenylooctowego. Diklofenak został wprowadzony do leczenia w 1979 roku. Na rynku w Polsce występuje w preparatach takich

jak: Diclac, DicloDuo, Glimbax, Voltaren (żel).

Może być podawany doustnie, doodbytniczo, domięśniowo, we wlewie dożylnym a także zewnętrznie w postaci kropli do oczu oraz na żelu na skórę. Po podaniu doustnym diklofenak jest szybko i całkowicie wchłaniany. Maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest zwykle w ciągu 0,5–3 godzin po podaniu. Domięśniowe stosowanie diklofenaku pozwala na uzyskanie maksymalnego stężenia we krwi w czasie około 20 minut. Diklofenak ma zdolność kumulacji w mazi stawowej, gdzie jego stężenia pozostają większe niż w osoczu krwi przez okres do 12 godzin, w związku z czym długotrwale zmniejsza stan zapalny stawów [17].

Diklofenak wykazuje silne działanie przeciwbólowe, natomiast działanie przeciwgorączkowe, typowe dla NLPZ, w przypadku tego analgetyku jest znikome.

Stosowanie diklofenaku jest zalecane w terapii dolegliwości takich jak: stany zapalne i ból pochodzenia reumatoidalnego, bóle pooperacyjne i pourazowe (rzadko), napady dny moczanowej, kolki nerkowe i wątrobowe, bóle gardła podczas anginy / po zabiegu usunięcia migdałów, w zmniejszeniu dolegliwości bólowych w przypadku wystąpienia aft i pleśniawek w jamie ustnej. Zazwyczaj pacjentom przepisywana jest dawka 100-150 mg diklofenaku na dobę, której nie powinno się przekraczać ze względu na ryzyko przedawkowania. W łagodniejszych przypadkach, skuteczna jest dawka 75 mg na dobę.

Diklofenaku nie powinny stosować dzieci do 12 roku życia, a także osoby cierpiące na choroby wrzodowe układu pokarmowego, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię bądź cukrzycę. Niespecyficznym przeciwwskazaniem do jego stosowania jest też palenie papierosów. Działania niepożądane po jego zażyciu obejmują działania typowe dla NLPZ.

Ibuprofen - jest pierwszym NLPZ z grupy pochodnych kwasu propionowego, inne opracowane później to np. ketoprofen czy naproksen. Wykazuje silniejsze niż ASA działanie przeciwzapalne, redukuje ból, obrzęk oraz podwyższoną temperaturę. W mniejszym stopniu hamuje proces zlepiania się płytek krwi.

Ibuprofen został wprowadzony do leczenia w latach 60-tych XX wieku, przez brytyjską firmę farmakologiczną Boots, która odkryła jego skuteczność i opracowała metodę syntezy. Ibuprofen jest dziś powszechnie stosowanym lekiem. Na rynku

w Polsce dostępnych jest mnóstwo preparatów zawierających go w swoim składzie, m.in. Ibuprom, Ibum, Nurofen, Ibufen, Mig.

Ibuprofen wchłania się w żołądku i jelicie cienkim w stosunkowo szybkim czasie od zażycia. Jego maksymalne stężenie we krwi jest osiągalne od 1 h do 2 h. Szybkość wchłaniania ibuprofenu z przewodu pokarmowego zależy też od stosowanej postaci farmaceutycznej. W przypadku kapsułek tzw. żelowych, maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest po około 30 minutach po podaniu (ponad 2 razy szybciej niż w przypadku ibuprofenu stosowanego w postaci tabletek powlekanych).

Ibuprofen jest lekiem powszechnie stosowanym w leczeniu bólów o małym i umiarkowanym nasileniu, różnego pochodzenia, takich jak: bóle głowy, zębów, mięśni, kości i stawów, bolesne miesiączkowanie. Jako lek przeciwbólowy i przeciwzapalny stosowany jest w chorobach reumatycznych (w tym w reumatoidalnym zapaleniu stawów), jak również w przypadku zmian pourazowych i przeciążeniowych (np. skręcenia, zwichnięcia). Stosowany jest także jako lek przeciwgorączkowy [16, 17].

Bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania farmaceutyku jest alergia na jakikolwiek składnik preparatu, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy. Skutkami niepożądanymi występującymi po zastosowaniu ibuprofenu są: ból brzucha, nudności, wymioty, ból głowy, wysypka, świąd, pokrzywka, biegunka, wzdęcia. Dawkowanie zależy od wskazania i stanu pacjenta. Dla ibuprofenu doustnego dostępnego bez recepty maksymalna dawka dobową wynosi 1,2 g. Pod nadzorem lekarza i na jego zlecenie, w niektórych wskazaniach stosowane są większe dawki, nawet do 3,2 g na dobę [18].

Analgetyk ten jest dozwolony do stosowania nawet u małych dzieci. Wtedy jego dawkowanie wynosi od 7 mg do 10 mg na 1 kg m.c., zaś maksymalna dobową dawka wynosi 30 mg na kg m.c. dziecka.

Ketoprofen – jest kolejną pochodną kwasu propionowego, obok ibuprofenu i naproksenu. Został wprowadzony do leczenia w 1970 roku jako doustny lek przeciwbólowy. Obecnie występuje w preparatach takich jak: Fastum (żel), Ketonal Active (kapsułki), Ketonal Forte (tabletki powlekane), Ketonal (roztwór do wstrzykiwań).

Ketoprofen wykazuje działania charakterystyczne dla grupy NLPZ, tj. działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe oraz hamujące agregację płytek krwi. Działanie przeciwapagregacyjne ketoprofenu jest jednak słabsze i krótsze w stosunku do kwasu acetylosalicylowego.

Po podaniu doustnym ketoprofen jest szybko i całkowicie wchłaniany. Działanie przeciwbólowe rozpoczyna się w czasie do 30 minut od momentu zastosowania. Maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest zwykle w ciągu 1–2 godzin po podaniu (w przypadku kapsułek o przedłużonym uwalnianiu maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest w ciągu około 7 godzin po podaniu). Stosowanie domięśniowe pozwala na uzyskanie maksymalnego stężenia we krwi w czasie 20–30 minut [18].

Omawiany analgetyk jest stosowany w leczeniu stanów zapalnych i bólowych związanych przede wszystkim z chorobami reumatycznymi lub urazami, ze względu na znacznie silniejsze działanie przeciwbólowe w porównaniu do ibuprofenu. Dawkowanie zależy od wskazania i stanu pacjenta. Zwykle doustnie stosuje się dawki 50–200 mg na dobę. Innymi wskazaniami do stosowania ketoprofenu są: bóle głowy, bóle miesiączkowe, kamica nerkowa, kolki pochodzenia nerkowego.

Ketoprofen bardzo powszechnie występuje w żelach i w maściach stosowanych powierzchniowo, w związku z czym zminimalizowane jest ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w obrębie układu pokarmowego, charakterystycznych dla niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Aplikowany w tej postaci, może powodować działanie fotouczulające, ze względu na swoje zdolności do reagowania ze światłem słonecznym.

Inne działania niepożądane wywoływane przez ketoprofen to:

- ryzyko wystąpienia tzw. astmy aspirynowej;
- ryzyko wystąpienia zakrzepów, a co za tym idzie: udarów bądź zawału serca;
- występowanie krwawienia z przewodu pokarmowego;
- zaburzenia pracy wątroby.

Farmaceutyk ten może być stosowany również doodbytniczo, domięśniowo i dożylnie [19].

Metamizol – stanowi on w grupie niesteroidowych leków przeciwzapalnych jeden z najsilniejszych leków przeciwbólowych o działaniu przeciwzapalnym, przeciwgorączkowym, wykazuje również słabe działanie spazmolityczne. Pod względem budowy chemicznej należy do pochodnych pirazonu. Wyniki badań wskazują, że metamizol i jego główny metabolit, 4-N-metyloaminoantypiryna (MAA), działają prawdopodobnie zarówno poprzez ośrodkowy, jak i obwodowy układ nerwowy, co zwiększa natężenie jego działania. Został wprowadzony na polski rynek w 1949 roku; najpopularniejsze środki farmaceutyczne z metamizolem w składzie to Pyralgina bądź Scopolan [20].

Metamizol to farmaceutyk, który dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego;

maksymalne stężenie osiąga w czasie od 1,5 h do 2 h od podaży. Podawany poprzez iniekcję, rozpoczyna swoje działanie już po 9 minutach. Metabolizowany jest w wątrobie, a wydalany w głównej mierze przez nerki.

Metamizol jest lekiem przydatnym w leczeniu bólu, zwłaszcza o charakterze spastycznym, u osób, których stosowanie farmaceutyków opioidowych może być niebezpieczne. Innymi wskazaniami do jego stosowania są: migreny, bóle głowy, zębów, kolka żółciowa, kolka nerkowa, bóle mięśni i stawów, terapia stanów gorączkowych [21].

Maksymalna dawka dobową metamizolu wynosi 4 g; u dzieci poniżej 14 roku życia maleje wraz z masą ciała. Lek należy stosować maksymalnie 5 dni w najmniejszej skutecznej dawce. Podczas jego stosowania mogą wystąpić niespecyficzne objawy, takie jak czerwone zabarwienie moczu. Oprócz tego lek może wywołać następujące działania niepożądane:

- niedociśnienie tętnicze,
- tachykardia,
- wymioty,
- nudności,
- uszkodzenie narządów mięszkowych (nerki, wątroba),
- zaparcia i krwawienie z przewodu pokarmowego,
- suchość w ustach,
- Zespół Lyella – martwicze oddzielanie się naskórka.

Ze względu na ogólnoustrojowe działania niepożądane, stosowanie metamizolu jest niewskazane jeśli istnieją zaburzenia bądź niewydolności w pracy nerek i wątroby, pacjent kiedykolwiek cierpiał na schorzenia szpiku kostnego, istnieje możliwość ciąży oraz w zaburzeniach hematopoezy.

Metamizol wykazuje skłonność do interakcji międzylekowych, w związku z tym nie należy go przyjmować równocześnie z innymi pochodnymi pirazolonu [9].

Paracetamol

Paracetamol, nazywany również acetaminofen, pod względem budowy chemicznej to hydroksylowa pochodna acetanilidu. Na rynek farmaceutyczny został wprowadzony w 1955 roku, początkowo jedynie na terenie Wielkiej Brytanii. Obecnie jest jednym z najpopularniejszych środków przeciwbólowych na całym świecie. W Polsce występuje w preparatach takich jak: Apap, Panadol, Paracetamol, Calpol, Efferalgan, Excedrin, Gripex i

wiele, wiele innych [22].

Paracetamol to lek o głównym działaniu przeciwbólowym; dodatkowo wykazuje działania przeciwgorączkowe oraz rozkurczowe. Ze względu na brak działań przeciwzapalnych, nie zalicza się do grupy NLPZ. Paracetamol uznawany jest za lek bezpieczny, ponieważ jego dawka toksyczna jest 6-10 razy większa od dawki terapeutycznej. Farmaceutyk ten działa w ośrodkowym układzie nerwowym, przenika przez barierę krew-mózg. Metabolizowany jest w 90% w wątrobie, w 5% przez nerki, zaś kolejne 5% ulega przekształceniu w postać N-acetylo-p-benzochinoiminy (NAPQI). To właśnie ten toksyczny metabolit w głównej mierze odpowiada za uszkodzenie wątroby.

Stosowany jest bardzo powszechnie, zazwyczaj w leczeniu umiarkowanych dolegliwości bólowych. Zalecany jako lek pierwszego rzutu w stanach gorączkowych. Paracetamol jest składnikiem wielu preparatów złożonych, np. leków zalecanych w leczeniu objawów grypy i przeziębienia [Farmacja Współczesna, 2010]. Często występuje w skojarzeniu z sympatykomimetykami (np. fenylefryna, pseudoefedryna, difenhydramina), które wspomagają udrażnianie nosa, zmniejszają obrzęk i przekrwienie błony śluzowej, a także z lekami przeciwhistaminowymi (np. chlorfenamina, feniramina), o działaniu łagodzącym objawy reakcji alergicznej, np. kichania, wycieku z nosa. Paracetamol w połączeniu z NLPZ w znacznym stopniu zwiększa skuteczność działania przeciwbólowego, w tym uśmierzania bólu pourazowego, pooperacyjnego, zwyrodnieniowego [18, 22].

Zalecana doustna, pojedyncza dawka paracetamolu u pacjentów pełnoletnich wynosi 500 - 1000 mg. Lek można przyjmować 3-4 razy na dobę. Maksymalna dopuszczalna dawka dobową leku osób dorosłych o wadze powyżej 50 kg wynosi 4 g na dobę. Standardowa dawka paracetamolu w dawkowaniu dla dzieci to 10-15 mg/kg masy ciała. Można ją powtarzać co 4-6 godzin. Nie zaleca się przekraczania maksymalnej dawki dobowej 60 mg/kg masy ciała. U dzieci do 2. roku życia paracetamol może być stosowany wyłącznie na zlecenie lekarza. Zwykle nie zaleca się stosowania paracetamolu u dzieci do 3. miesiąca życia [9].

Analgetyk ten występuje na rynku pod wieloma postaciami; najpopularniejsze z nich to tabletki doustne, czopki bądź syropy. W warunkach szpitalnych podawany jest pacjentom i.m., bądź i.v.. Przyjęta postać paracetamolu, jak w przypadku innych leków, ma wpływ na szybkość jego działania. Po podaniu doustnym paracetamol dobrze i szybko wchłania się z przewodu pokarmowego; głównie w jelicie cienkim. Maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest w ciągu 30–120 minut po doustnym przyjęciu preparatu. Po podaniu

doodbytniczym wchłanianie jest wolniejsze niż po podaniu doustnym. Maksymalne stężenie we krwi uzyskiwane jest wtedy w ciągu 2–3 godzin. Podany dożylnie paracetamol zaczyna działać przeciwbólowo w ciągu 5–10 minut po rozpoczęciu podawania. Działanie przeciwbólowe utrzymuje się przez 4–6 godzin, a działanie przeciwgorączkowe przez 6–8 godzin.

Paracetamol jest to środek, po który społeczeństwo sięga bardzo często, gdyż jego powszechna dostępność bez recepty lekarskiej pozwala na zdobycie go we wszelkiego rodzaju sklepach spożywczych, stacjach benzynowych czy drogeriach. Taka powszechność oraz brak kontroli nad ilością sprzedaży prowadzi do nadużywania leku, czego konsekwencją może być wystąpienie działań niepożądanych, zatruc, a nawet zagrożenia życia. Ze względu na częste występowanie paracetamolu jako składnika uzupełniającego w wielu farmaceutykach, istnieje jeszcze większe ryzyko przedawkowania tego leku. Każdy pacjent stosujący polifarmakoterapię powinien upewnić się, że stosowane równolegle leki nie zawierają tych samych substancji czynnych. Dodatkowo, ogromna ilość pacjentów zapomina, iż Paracetamol może być stosowany bez konsultacji z lekarzem jedynie przez kilka dni; w przeciwnym razie może to doprowadzić do m.in. ciężkiej niewydolności nerek lub wątroby.

Paracetamol, w odróżnieniu do NLPZ, nie powoduje skutków ubocznych w postaci owrzodzenia błony śluzowej żołądka, zaburzeń czynności płytek oraz nie powoduje depresji ośrodka oddechowego [9]. Działania niepożądane wywołuje zazwyczaj w przypadku przyjęcia dawki dobowej większej niż zalecana, które obejmują:

Przewlekłe stosowanie Paracetamolu zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Najbardziej na nie narażone są osoby niedożywione, będące na restrykcyjnej diecie, zakażone wirusem HIV bądź HCV, albo nadużywające alkoholu. Wymienione czynniki wpływają na organizację pracy wątroby, co w efekcie naraża ją wielokrotnie bardziej na uszkodzenie w wyniku stosowania tego analgetyku [9].

Wspomniany wielokrotnie wyżej efekt hepatotoksyczny jest najpoważniejszym działaniem niepożądanym, który może doprowadzić do poważnych i długotrwałych zaburzeń funkcjonowania organizmu, a w efekcie uniemożliwić podejmowanie codziennych czynności życiowych bądź doprowadzić do śmierci. Bardzo ważne jest szybkie i skuteczne rozpoznanie objawów zatrucia paracetamolem. Szybka diagnoza i podanie swoistej odtrutki – acetylocysteiny - zmniejsza uszkodzenia wątroby [23].

Tabela 2. Działania niepożądane podczas stosowania paracetamolu [9].

<i>Miejsce oddziaływania</i>	<i>Skutki uboczne</i>
Układ pokarmowy	✓ wymioty ✓ nudności ✓ biegunka ✓ zaburzenia trawienia ✓ ostra niewydolność wątroby ✓ uszkodzenie bądź martwica wątroby
Układ krążenia	✓ trombocytopenia ✓ granulocytopenia ✓ hemoliza krwinek ✓ leukopenia ✓ neutropenia ✓ małopłytkowość
Układ sercowo-naczyniowy	✓ nadciśnienie ✓ obrzęk naczynioruchowy ✓ nadciśnienie tętnicze (przy długotrwałym stosowaniu) ✓ wstrząs anafilaktyczny
Układ wydalniczy	✓ zaburzenia pracy i czynności nerek
Powłoki skórne	✓ rumień ✓ pokrzywka ✓ wysypka ✓ Zespół Stevensa ✓ Zespół Johnsona

Zatrucie paracetamolem oraz występujące przy tym objawy dzielimy na cztery fazy:

➤ **Okres I:** trwa od 30 minut do 24 godzin po przyjęciu leku; w jego trakcie występują tzw. objawy wczesne: złe samopoczucie, zaburzenia świadomości bez utraty przytomności, nudności i wymioty, bóle brzucha oraz osłabienie. U niektórych pacjentów okres ten jest bezobjawowy;

➤ **Okres II:** zaczyna się po 24 godzinach od przyjęcia farmaceutyku i trwa do maksymalnie 72 godzin; u pacjentów obserwuje się wzrost bilirubiny i aminotransferaz, wydłużenie czasu protrombinowego z objawami skazy krwotocznej; u 1/3 pacjentów pojawia się hipoglikemia; inne objawy to: żółtaczka, świąd skóry, zaburzenia świadomości, głównie senność;

➤ **Okres III (72–96 h):** w okresie trzecim postępuje niewydolność wątroby, pojawiają się jej pełne objawy: nasila się żółtaczka, dochodzi do kwasicy metabolicznej, pogłębienia zaburzeń wątrobowych. Następnie narasta encefalopatia wątrobowa, prowadząc do śpiączki wątrobowej; pojawiają się objawy wtórnego uszkodzenia innych narządów, m.in. nerek: dochodzi do ich ostrej niewydolności ze skąpomoczem. Spada ciśnienie tętnicze, pojawiają się zaburzenia rytmu serca, może dojść do niewydolności krążeniowo-oddechowej;

➤ **Okres IV:** od 4 dni do 2–4 tyg.; następuje zdrowienie pacjenta bądź jego zgon. Jeśli pacjent przeżyje okres III, stopniowo dochodzi do regeneracji i powrotu funkcji wątroby. Ustępują objawy występujące we wcześniejszym okresie. W tej fazie dochodzi do przeszczepu wątroby, jeśli jest to konieczne [23].

Działanie uzależniające środków przeciwbólowych

Wszystkie farmaceutyki, w tym leki przeciwbólowe, wprowadzane do organizmu człowieka mają na niego wpływ. Z uwagi na to, należy ostrożnie oraz rozważnie stosować te substancje. Szczególnie niebezpieczne jest przewlekłe zażywanie leków bądź przyjmowanie dawek większych niż zalecane.

Regularne stosowanie leków przeciwbólowych może powodować uzależnienie. Powinowactwo do wystąpienia zależności fizycznych oraz psychicznych jest różne dla różnych substancji; najbardziej uzależniają opioidy, np. morfina, zaś leki NLPZ uzależniają zdecydowanie rzadziej i słabiej. Ciekawym zjawiskiem w przypadku NLPZ jest odczucie wzmożonych dolegliwości bólowych w przypadku rezygnacji z ich regularnego stosowania.

Ze względu na to, iż ból jest bardzo subiektywnym odczuciem, każdy pacjent

odmiennie reaguje na te dolegliwości, a co za tym idzie, ryzyko uzależnienia jest różne u poszczególnych osób. Czynniki wzrostu ryzyka uzależnienia to m.in.:

- wcześniejsze uzależnienia, np. narkomania, alkoholizm;
- wiek powyżej 65 roku życia;
- epizody depresyjne;
- wcześniejsze stosowanie leków psychotropowych [23].

Uzależnienie od leków nazywane jest lekomanią bądź toksykomanią. Polega na stałym odczuwanym przymusie psychicznym bądź fizycznym do przyjmowania leków. W przypadku braku przyjęcia uzależnionej dawki, pacjent często odczuwa silne dolegliwości bólowe, których nie jest w stanie znieść, więc mimowolnie sięga po kolejną dawkę farmaceutyku. Organizm człowieka przyzwyczaja się do preparatu, co powoduje konieczność przyjmowania większych jego dawek, gdyż te dotychczas stosowane nie przynoszą zamierzonych efektów. Zwiększenie dawek przyczynia się do nasilenia działań niepożądanych i skutków ubocznych, przez co pacjent odczuwa większe cierpienie. Psychiczny strach przed jeszcze większym cierpieniem zmusza pacjenta do zażywania jeszcze wyższych dawek leku [24].

Tabela 3: Zasady stosowania najpopularniejszych leków przeciwbólowych [9].

<i>Nazwa analgetyku</i>	<i>Jednorazowa dawka</i>	<i>Częstotliwość stosowania</i>	<i>Maksymalna dobową dawka</i>
<i>Kwas acetylosalicylowy</i>	500 – 1000 mg	4 – 8 godz.	4000 mg
<i>Diklofenak</i>	100 – 150 mg / raz na dobę 30 – 50 mg / trzy razy na dobę	co 6 – 8 godz.	150 mg
<i>Ibuprofen</i>	200 – 400 mg	co 4 – 6 godz.	1200 mg
<i>Ketoprofen</i>	50 – 100 mg	co 6 – 12 godz.	200 mg
<i>Metamizol</i>	1000 mg	co 6 – 8 godz.	5000 mg
<i>Paracetamol</i>	500 – 1000 mg	co 6 – 12 godz.	4000 mg

Nagle odstawienie preparatu może spowodować zaburzenia pracy narządów

wewnętrznych, m.in. problemy z oddychaniem, gwałtowny wzrost lub spadek ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, dolegliwości ze strony układu pokarmowego [24].

ZAKOŃCZENIE

Niezależnie od argumentów, których używamy podczas sięgania po farmaceutyki, ich nadużywanie jest groźne dla organizmu. Nie tylko w dużej mierze prowadzi organizm do uzależnienia, ale zarówno oddała prawdziwą przyczynę poznania bólu i schorzenia go wywołującego. Najważniejsze jest, by pacjent posiadał wiedzę o odpowiednich dawkach oraz zasadach stosowania leku, który zamierza przyjąć.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995:7-9.
2. Stawarz B., Sulima M., Lewicka M., Brukwicka I., Wiktor H.: Health and determinants of health - a review of literature, p.I. JPHNMR 2014; (2): 4-10.
3. Wordliczek J.: Autonomiczny układ nerwowy i ból [w:] Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu, pod red. Andresa J., Dobrogowskiego J., Wordliczka J. CEEA-Ośrodek Regionalny, Kraków 2014:237-245.
4. Paż A.: Leki przeciwbólowe dostępne bez recepty- czy zawsze są bezpieczne? Terapia i Leki, 2008;1: 47-50.
5. Dobrogowski J., Zajączkowska R., Woron J. i wsp.: Opioidowe leki przeciwbólowe [w:] Leczenie bólu, pod red. Wordliczek J., Dobrogowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 54-83.
6. McMahon S., Koltzenburg M.: Wall and Melzack's Textbook of Pain. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005.
7. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Mechanizm powstania bólu [w:] Leczenie bólu, pod red. Wordliczek J., Dobrogowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 1-29.
8. Woron J., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Wybór opioidów i ich dawkowanie w leczeniu bólu. Medycyna po Dyplomie, 2011; 181(4): 77-8.
9. Korzeniowska K., Jankowski J., Jabłeczka A.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne. Farmacja Współczesna, 2010; 3: 192 – 197.

10. Litalien C., Beaulieu P., *Molecular Mechanisms of Drug Actions*, Elsevier, 2011: 1553–1568.
11. Duda M., Olczyk P., Fenig A., Komosińska-Vassev K.: Cyklooksigenaza – znaczenie w biotechnologii, medycynie i farmacji. *Farmakologia Polska*, 2014; 11(70): 619- 628.
12. Szkutnik-Fiedler D., Sierżant M., Madziała J.: Mechanizmy powstawania bólu. *Farmacja Współczesna*, 2013; 6: 1-3.
13. Puszczewicz M.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne. *Przewodnik Lekarza*, 2007; 3: 32-8.
14. Rell K.: Wybrane aspekty bezpieczeństwa leczenia NLPZ. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2011; 197): 41-48.
15. Czyż M., Watała C.: Aspiryna – cudowne panaceum? Molekularne mechanizmy działania kwasu acetylosalicylowego w organizmie. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2005; 59: 105-115.
16. McNeil J.: Effect of Aspirin on Cardiovascular Events and Bleeding in the Healthy Elderly, „*The New England Journal of Medicine*”, 2018; 379 (16):1509–1518.
17. Rupiński R., Woron J.: Miejsce diklofenaku w standardach terapeutycznych w reumatologii; *Medycyna Faktów* 2021; 14(3(52): 274-278.
18. Zając M., Pawełczyk E.: *Chemia leków*. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2000: 264-27.
19. Rupiński R.: Ketoprofen – dobry przyjaciel reumatologa . *Medycyna Faktów* 2014; 7(4(25): 75-75.
20. Drobnik L.: Metamizol – lek ciągle nowoczesny. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2004; 2: 135-142.
21. Krzyżak-Jankowicz M., Jankowicz R.: Metamizol i paracetamol — leki podobne, ale nie takie same. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2015; 2(9): 59-65.
22. Janiec W., Śliwiński L., Nowińska B.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe oraz leki przeciwgorączkowe [w:] *Kompedium farmakologii*, PZWL, Warszawa 2008: 264-265.
23. Szymańska J. *Zatrucia lekami*. W: Seńczuk W. *Toksykologia Współczesna*. PZWL, Warszawa 2005: 288-289.
24. Seńczuk W.: *Toksykologia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i farmaceutów*; Wyd. IV; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH

Małgorzata Lipiszko¹, Krystyna Klimaszewska²

1/- Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

2/- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zdrowie człowieka jest warunkiem determinującym zadowolenie z życia oraz komfort życiowy. Jednym z czynników, które zaburzają ogólnopojęte zdrowie, są odczuwane dolegliwości bólowe. Ból jest to bardzo subiektywne, nieprzyjemne odczucie, które w założeniu pełni funkcję ostrzegawczą – obronną, natomiast w wyniku przedłużenia jego trwania w czasie staje się chorobą samą w sobie, która skutecznie uniemożliwia podejmowanie czynności dnia codziennego [1].

Na przestrzeni lat powstało wiele różnych środków przeciwbólowych, wzrosła ich powszechność oraz dostępność. W czasach współczesnych analgetyki można nabyć w prawie każdym dyskoncie, stacji benzynowej, kiosku czy sklepie spożywczym, w większości bez wymaganej recepty, co skutecznie wpływa na częstotliwość ich przyjmowania.

Farmaceutyki przeciwbólowe, jak każde inne leki, mają wpływ na funkcjonowanie organizmu. Stosowane niewłaściwie bądź w zbyt wysokich dawkach mogą wywołać szereg działań niepożądanych. Do najpoważniejszych należą: uzależnienia, uszkodzenie wątroby, uszkodzenie nerek, owrzodzenia w obrębie układu pokarmowego, zaburzenia świadomości, śpiączka, a nawet zgon [2].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Dolegliwości bólowe w życiu człowieka z natury pełnią funkcję ostrzegawczą-obronną, natomiast w momencie, gdy ulegają przedłużeniu i znacznie zmniejszają funkcjonalność pacjenta, stają się chorobą samą w sobie.

Ból towarzyszy większości społeczeństwa w życiu codziennym, dlatego w dobie powszechnego dostępu do podstawowych środków przeciwbólowych, ludzie wchodzą na

drogę samodzielnej terapii bólu [3].

Głównym zamiarem w terapii bólu jest zminimalizowanie dolegliwości bądź całkowite jego uśmierzenie. Dodatkowo, pacjenci często dążą do zapobiegania wystąpieniu dolegliwości bólowych. W celu osiągnięcia komfortu sięgają po środki przeciwbólne bez konsultacji z lekarzem bądź farmaceutą, przez co nie zawsze stosują je prawidłowo. Może to doprowadzić do wystąpienia działań niepożądanych, uszkodzenia narządów wewnętrznych, a w najgorszym przypadku – zgonu.

Cele pracy:

1. Określenie poziomu wiedzy badanych grup wiekowych, zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego, na temat prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych.
2. Analiza powodów, dla których mieszkańcy województwa podlaskiego sięgają po leki przeciwbólne.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Materiał do pracy zebrano z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, złożony z 20 pytań, na które składały się pytania mające na celu określenie płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania badanej osoby, a także pytania ogólne dotyczące leków przeciwbólowych oraz pytania mające na celu określenie poziomu wiedzy nt. prawidłowego stosowania analgetyków przez badaną osobę.

Badanie przeprowadzono wśród 112 mieszkańców województwa podlaskiego, w terminie od 1 maja 2023 roku do 30 czerwca 2023 roku. Badanie było skierowane wyłącznie do osób, które ukończyły pełnoletność.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Ankietowani otrzymywali kwestionariusz w formie elektronicznej; został on zamieszczony na stronie internetowej, z informacją, że ankieta jest anonimowa, dobrowolna, i istnieje możliwość rezygnacji z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie.

Uzyskane informacje z ankiety poddano analizie statystycznej i opisowej.

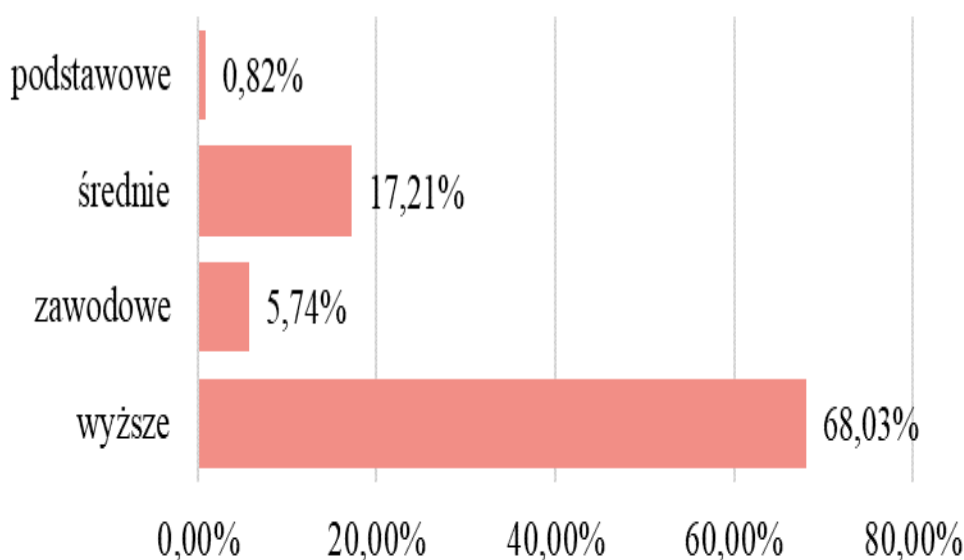
WYNIKI

W badaniu udział wzięło 112 osób (100,00%). Analizując dane dotyczące płci respondentów, stwierdzono, że 81,15% (N=99) to kobiety, podczas gdy mężczyźni było jedynie 10,66% (N=13).

Jeśli chodzi o wiek, 47,54% (N=58) ankietowanych miało między 18 a 30 lat. Osoby w przedziale wiekowym 31-45 lat stanowiły 30,33% (N=37) badanej populacji, a w grupie wiekowej 46-60 lat było 13,93% (N=17) uczestników badania.

Większość respondentów mieszkała w mieście (84,43%; N=103).

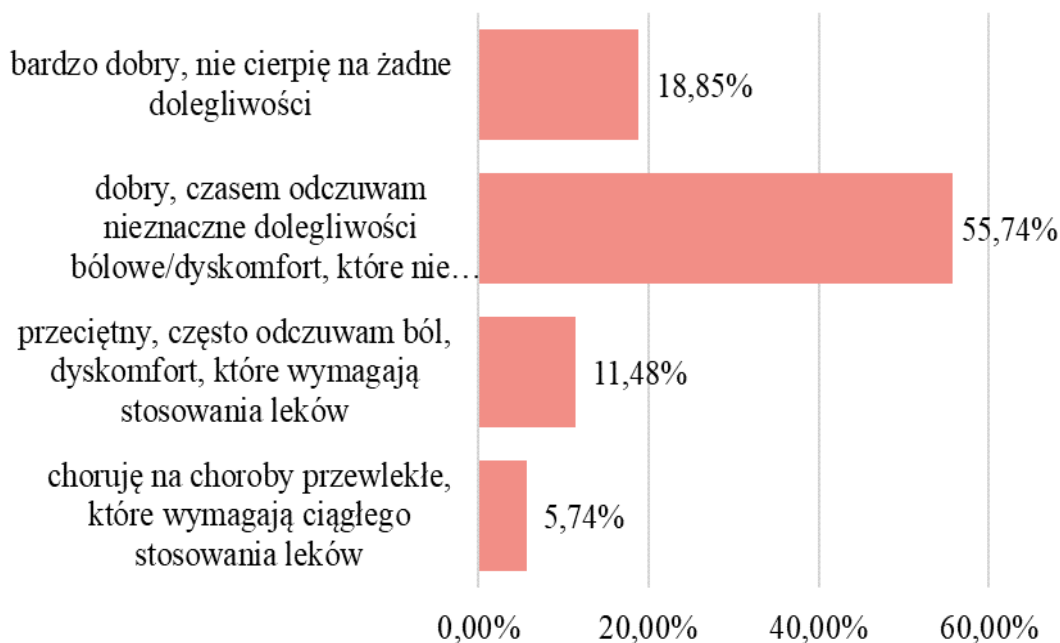
Zaledwie 0,82% (N=1) osób miało wykształcenie podstawowe. Osoby z wykształceniem średnim stanowiły 17,21% (N=21), a z wykształceniem wyższym aż 68,03% (N=83). Dane ukazano na rycinie 1.



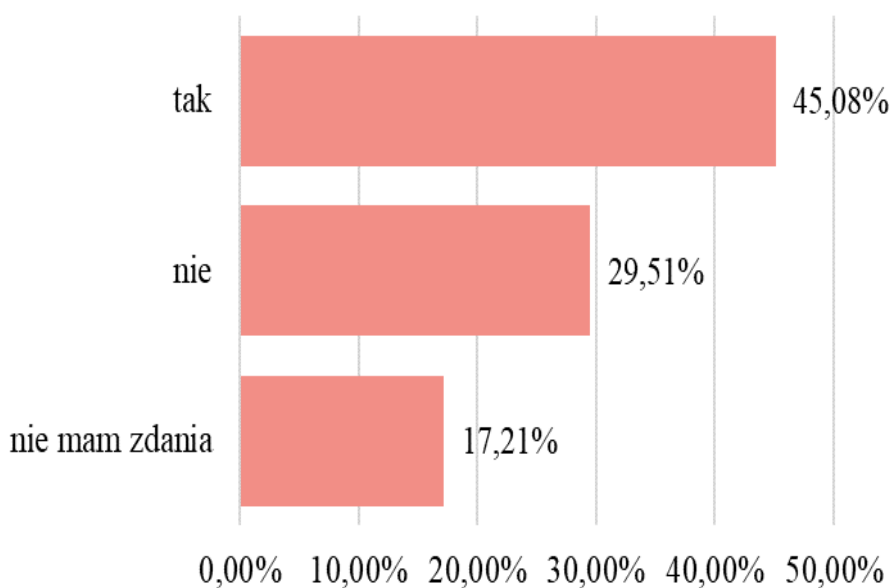
Rycina 1. Wykształcenie badanych

Większość, bo 55,74% (N=68) oceniła swój stan zdrowia jako dobry, ponieważ od czasu do czasu odczuwają nieznaczne dolegliwości bólowe lub dyskomfort, które nie wpływają na codzienne czynności i tryb życia. Inne odpowiedzi uszeregowano na rycinie 2.

Aż 45,08% (N=55) respondentów uważało, że prowadzi zdrowy tryb życia – rycina 3.

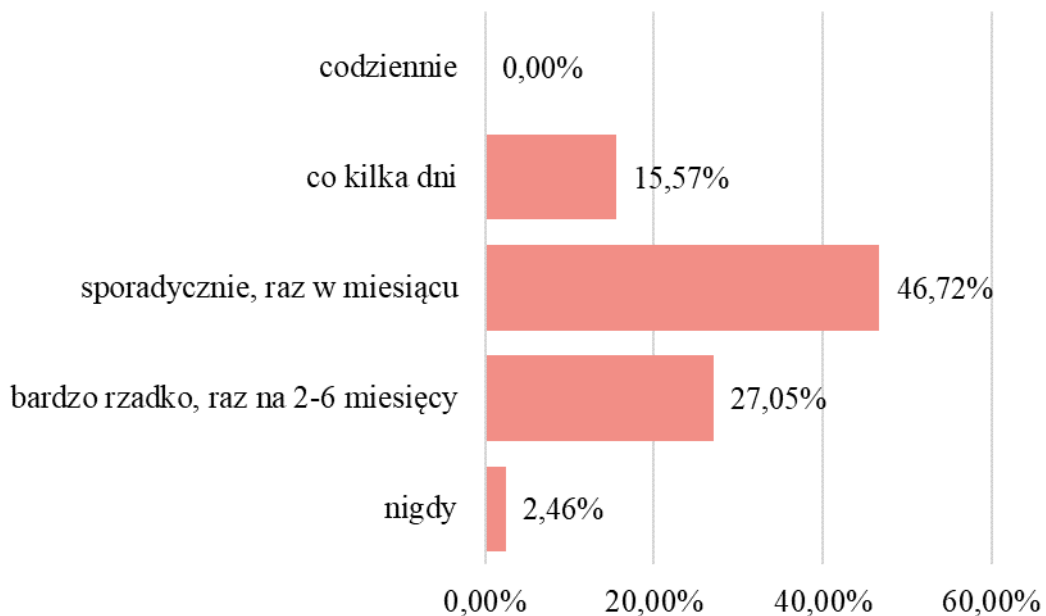


Rycina 2. Samoocena aktualnego zdrowia badanych

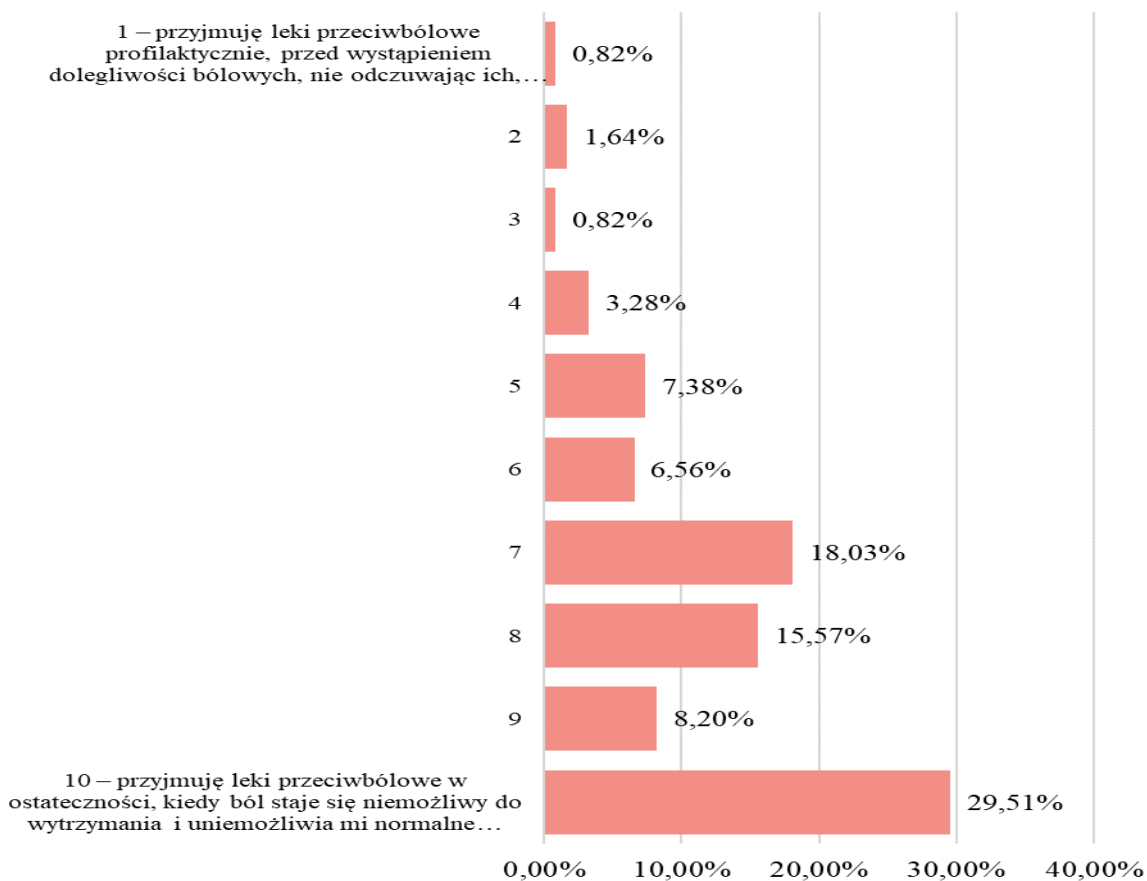


Rycina 3. Samoocena prowadzonego przez respondentów trybu życia

Odpowiadając na pytanie o częstotliwość stosowania leków przeciwbólowych, 46,72% (N=57) ankietowanych wskazało, że robią to sporadycznie, raz w miesiącu. O bardzo rzadkim przyjmowaniu w/w leków wspomniało 27,05% (N=33) – rycina 4.



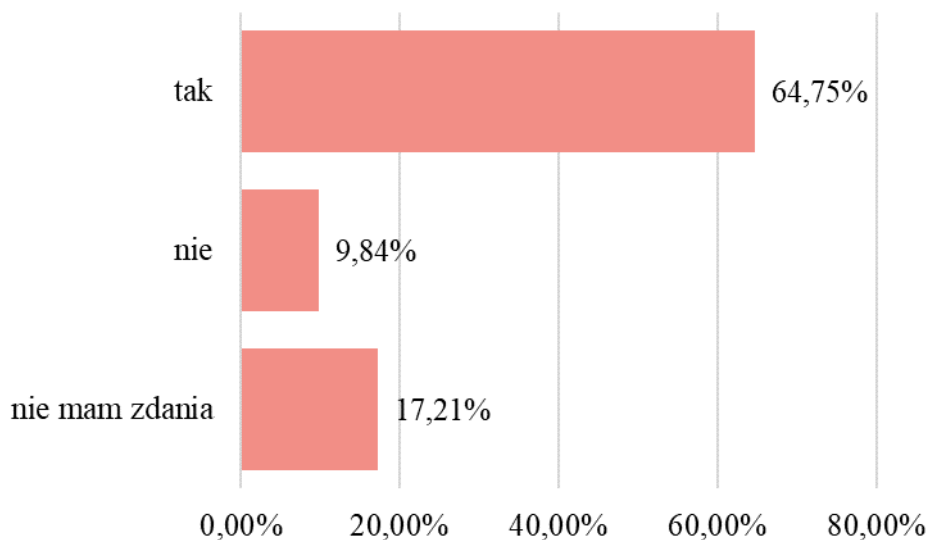
Rycina 4. Częstotliwość stosowania leków przeciwbólowych przez ankietowanych



Rycina 5. Natężenie bólu, przy którym badani decydują się przyjmować leki przeciwbólowe

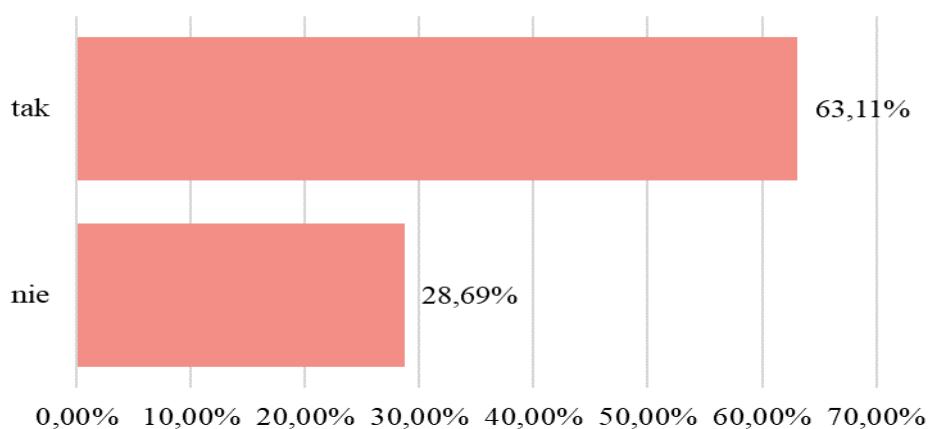
Większość, czyli 29,51% (N=36) osób objętych badaniem, przyznaje się do przyjmowania leków przeciwbólowych tylko wtedy, gdy ból jest nie do zniesienia. O przyjmowaniu leków przeciwbólowych profilaktycznie, przed wystąpieniem dolegliwości bólowych wspomniało 0,82% grupy (N=1). Wszystkie odpowiedzi ukazano na rycinie 5

Aż 64,75% (N=79) badanych ludzi uważa, że leki przeciwbólne mają negatywny wpływ na organizm i jego funkcjonowanie – rycina 6.



Rycina 6. Ocena respondentów na temat występowania negatywnego wpływu leków przeciwbólowych na organizm i jego funkcjonowanie

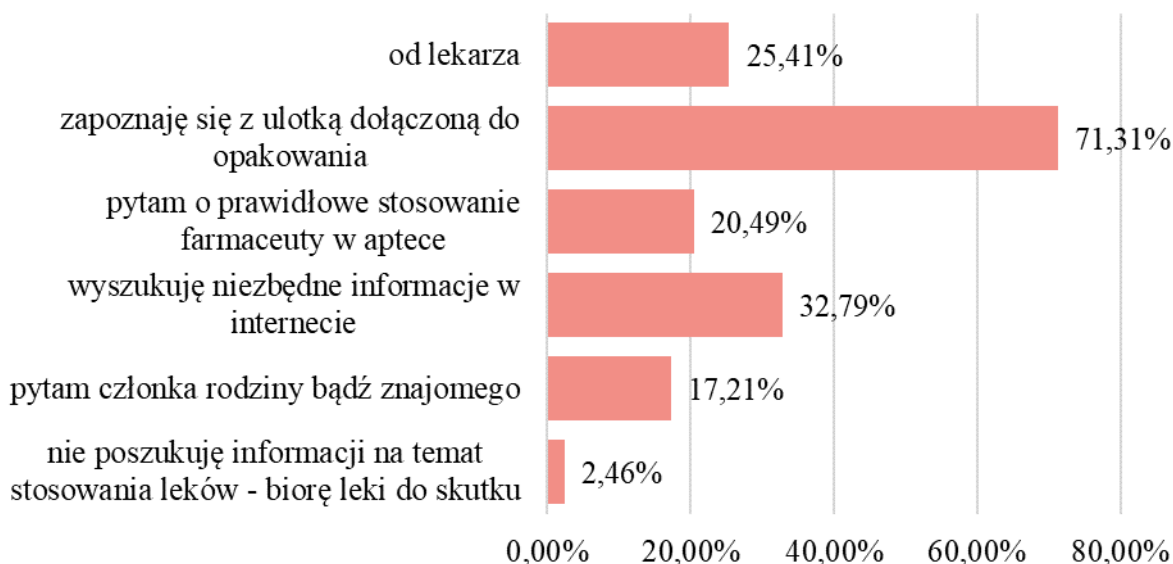
Większość, czyli 63,11% (N=77) ankietowanych, zapoznaje się z zasadami prawidłowego stosowania leku przeciwbólowego przed jego zażyciem – rycina 7.



Rycina 7. Podział badanych ze względu na zapoznanie się z zasadami prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych

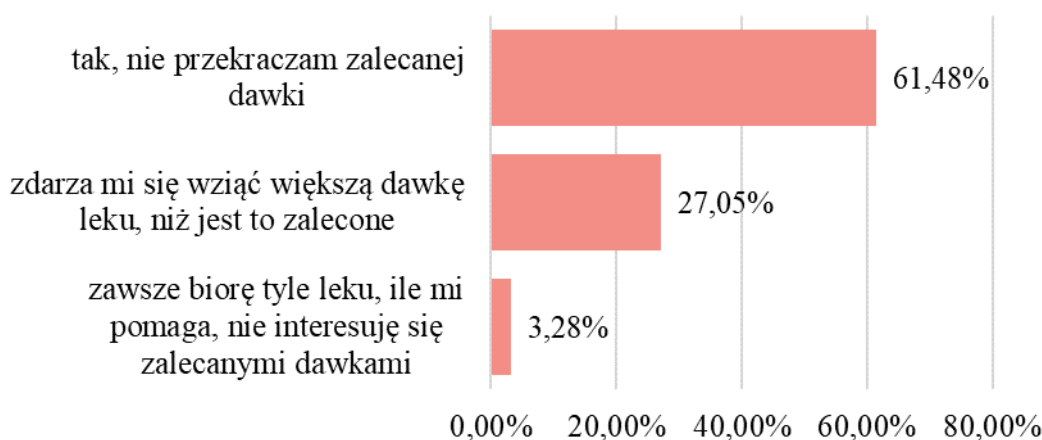
Głównym źródłem informacji o lekach była ulotka dołączona do opakowania, co wskazało 71,31% (N=87) respondentów. Co więcej, 32,79% badanych (N=40) wyszukiwało niezbędne informacje na temat leków przeciwbólowych w Internecie. Wszystkie odpowiedzi uszeregowano na rycinie 8.

Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi $\neq 100,00\%$.



Rycina 8. Źródła wiedzy na temat prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych przez badanych

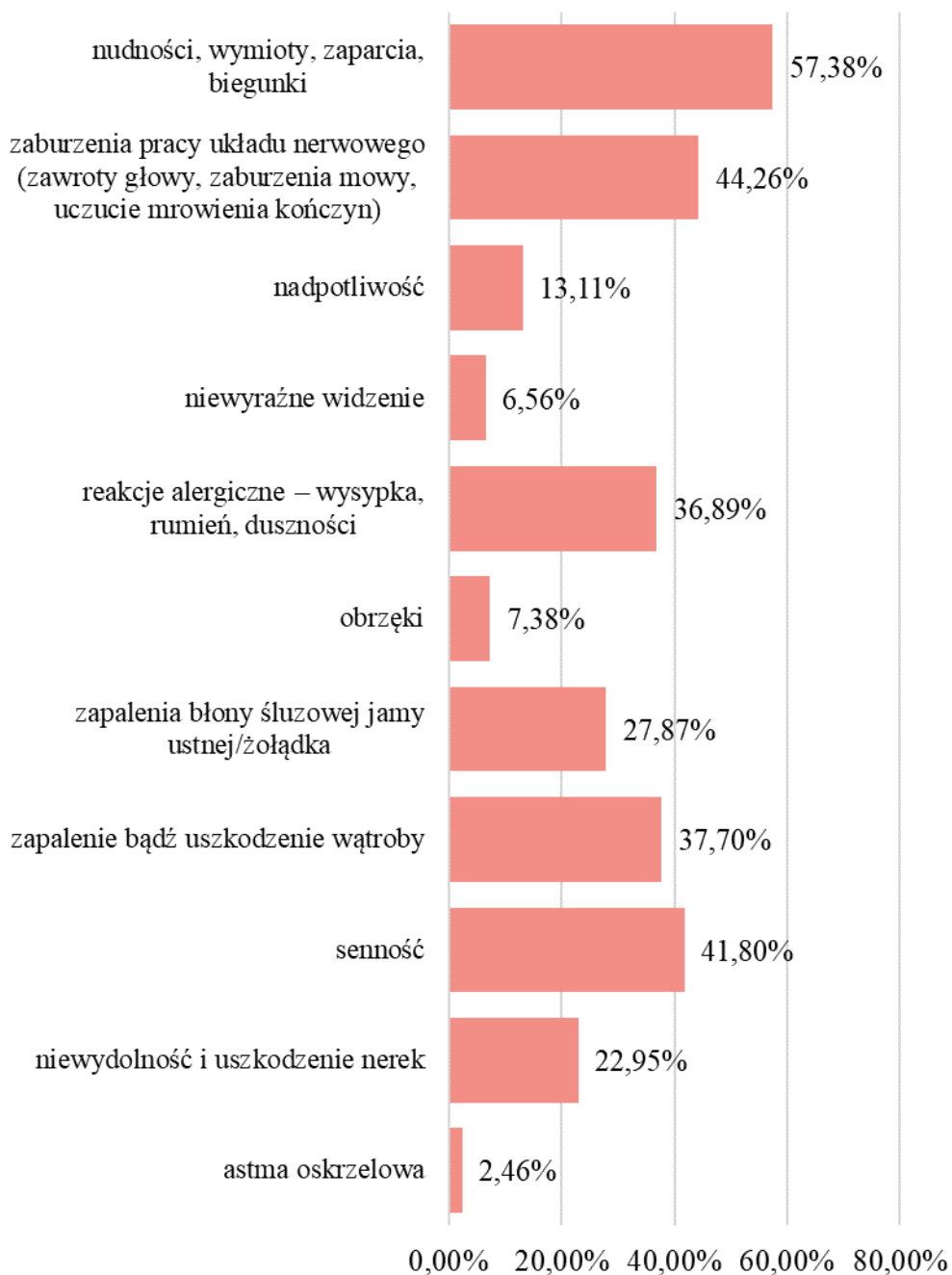
W kwestii stosowania się do zalecanej dawki leku, 61,48% (N=75) ankietowanych nie przekraczała zalecanej dawki. Inne odpowiedzi uszeregowano na rycinie 9.



Rycina 9. Stosowanie przez badanych zalecanej dawki leków przeciwbólowych

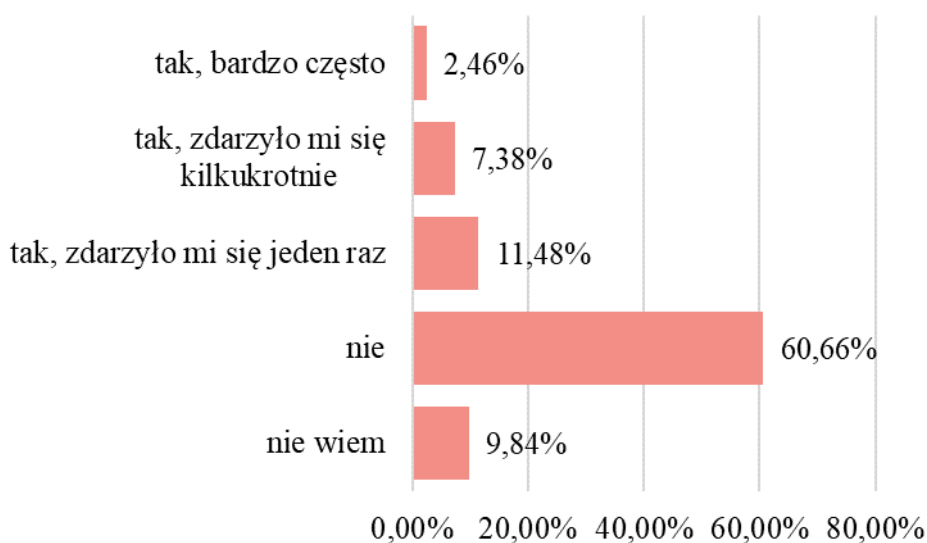
Większość, 57,38% (N=70), wskazała, że nudności, wymioty, zaparcia i biegunki to skutki uboczne po stosowaniu leków przeciwbólowych. O zaburzeniach pracy układu nerwowego takich jak zawroty głowy, zaburzenia mowy oraz uczucie mrowienia kończyn wspomniało 44,26% badanych (N=54). Reakcje alergiczne wskazało 36,89% grupy (N=45). Inne odpowiedzi zaprezentowano na rycinie 10.

Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi $\neq 100,00\%$.



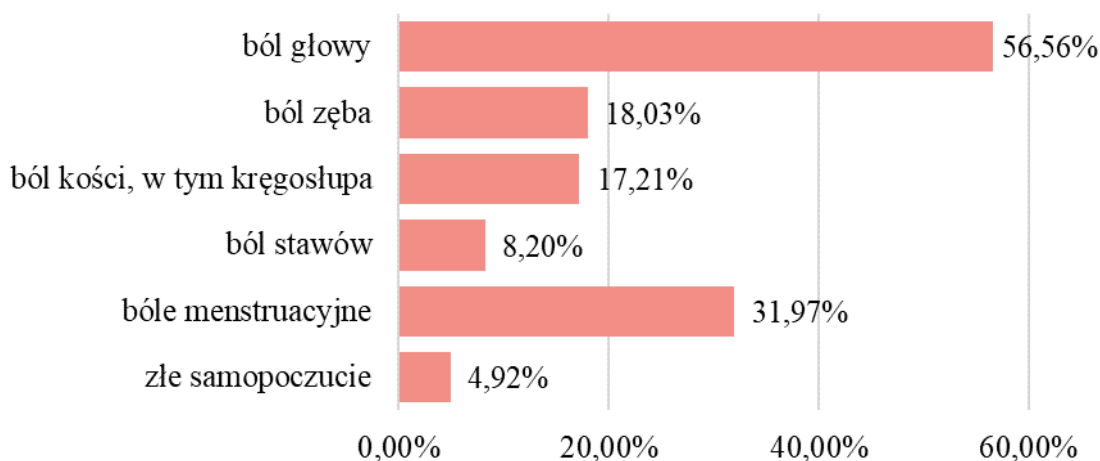
Rycina 10. Skutki uboczne stosowania leków przeciwbólowych – zdaniem badanych

Aż 60,66% (N=74) ankietowanych nigdy nie doświadczyło działań niepożądanych po zastosowaniu leku przeciwbólowego. Inne dane zaprezentowane zostały na rycinie 11.



Rycina 11. Występowanie działań niepożądanych wśród badanych po zastosowaniu leków przeciwbólowych

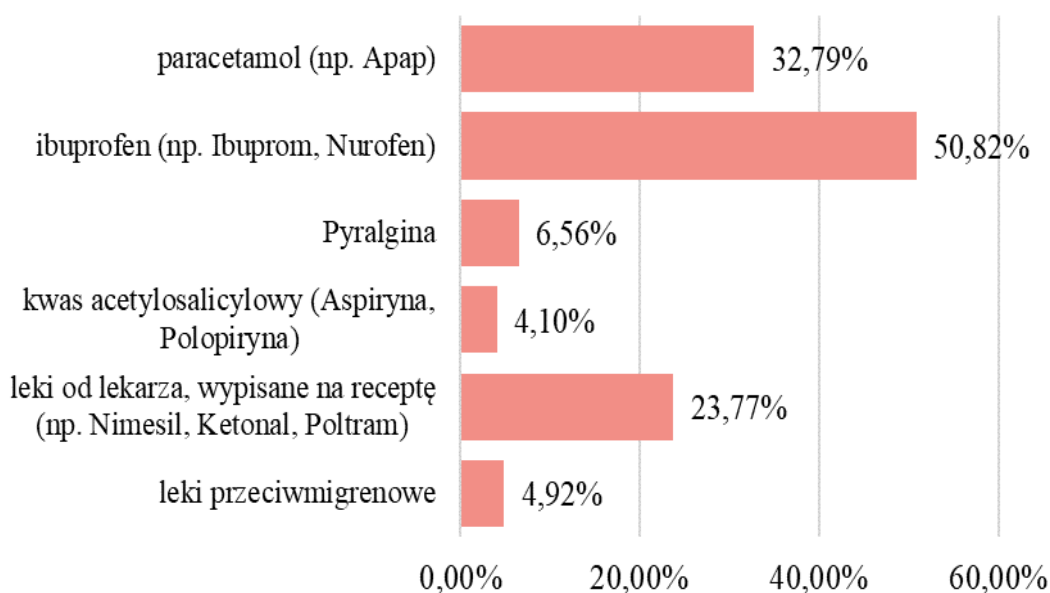
Główną przyczyną sięgania po leki przeciwbólowe był ból głowy, co potwierdziło 56,56% (N=69) uczestników badania. Na drugim miejscu znalazły się bóle menstruacyjne (31,97%, N=39) – rycina 12. Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi $\neq 100,00\%$.



Rycina 12. Powody dla których badani najczęściej sięgają po leki przeciwbólowe

Najczęściej stosowanym lekiem przeciwbólowym był ibuprofen, co wskazało 50,82% (N=62) respondentów. Kolejne 32,79% grupy (N=40) używało paracetamolu – rycina 13.

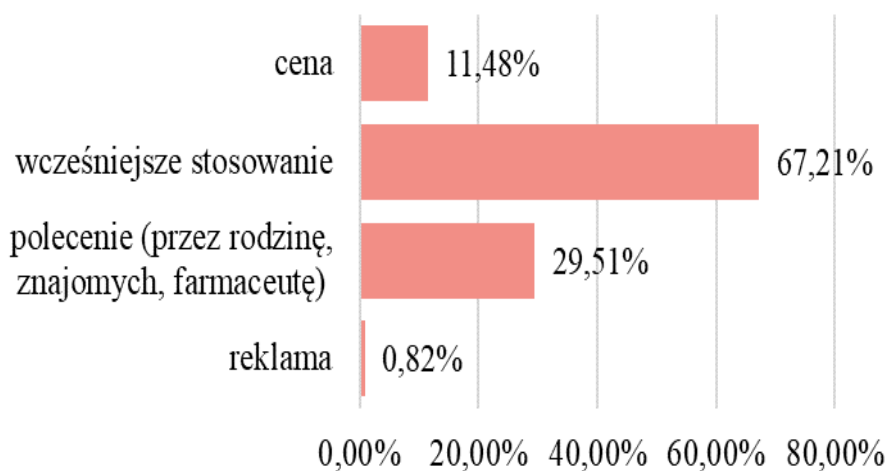
Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi $\neq 100,00\%$.



Rycina 13. Najczęściej stosowane przez respondentów leki przeciwbólne

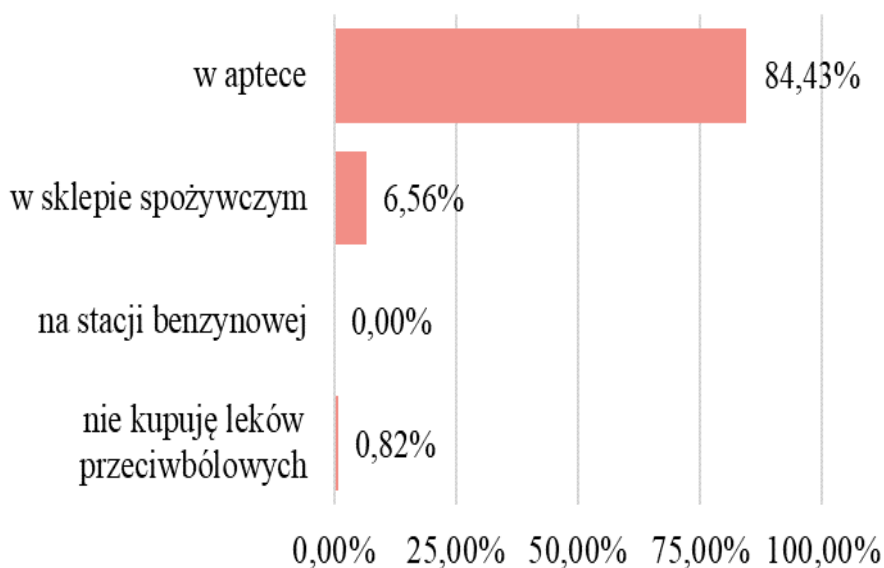
W kwestii wyboru leku przeciwbólowego, wcześniejsze stosowanie było decydującym czynnikiem dla 67,21% (N=82) ankietowanych – rycina 14.

Pytanie wielokrotnego wyboru, suma wszystkich odpowiedzi $\neq 100,00\%$.



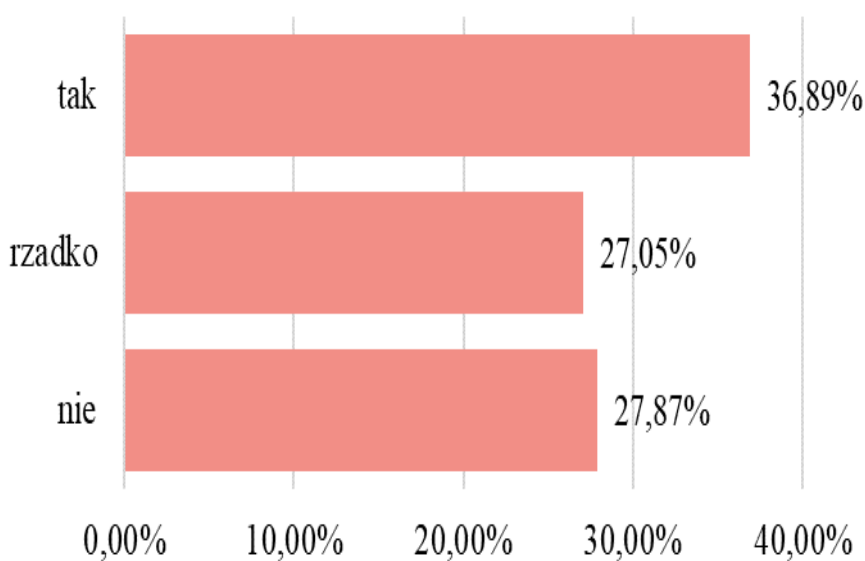
Rycina 14. Sugestie, którymi kierują się badani podczas wyboru leków przeciwbólowych

Większość, czyli 84,43% (N=103), zaopatruje się w leki przeciwbólne w aptece – rycina 15.



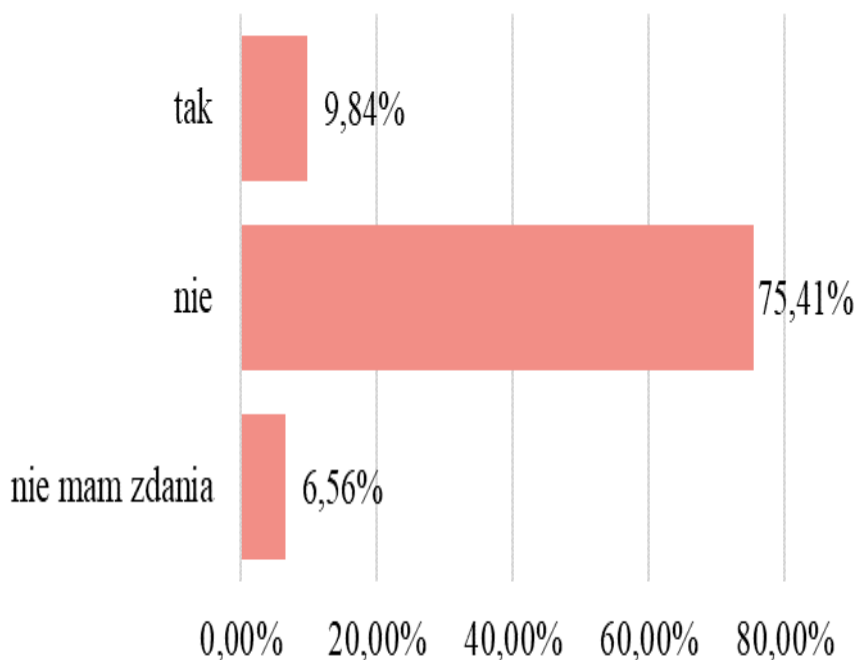
Rycina 15. Miejsce, gdzie badani zaopatrują się w leki przeciwbólowe

Uwagę na skład leków przeciwbólowych zwraca 36,89% respondentów (N=45) – rycina 16.



Rycina 16. Dokonywanie analizy składu leku przeciwbólowego przez badanych

Większość ankietowanych jest zdania, że nie zażywa zbyt często leków przeciwbólowych (75,41%, N=92) – rycina 17.



Rycina 17. Zbyt częste zażywanie leków przeciwbólowych – zdaniem badanych

Analiza statystyczna to proces badania i interpretowania zbiorów danych w celu zrozumienia ich charakterystyki i wyciągnięcia wniosków. Wykorzystuje ona różnorodne techniki matematyczne i statystyczne, by zidentyfikować wzorce, tendencje czy relacje między zmiennymi.

Zależność istotna statystycznie oznacza, że zaobserwowana relacja między zmiennymi jest mało prawdopodobna do wystąpienia przez sam przypadek, co sugeruje, że zmienną tę można uznać za istotny czynnik wpływający na badane zjawisko.

Współczynnik p (często nazywany wartością p lub poziomem istotności) to miara w statystyce, która pokazuje prawdopodobieństwo uzyskania obserwowanych, lub bardziej skrajnych, wyników pod warunkiem, że hipoteza zerowa jest prawdziwa.

Jeśli wartość p jest niska (poniżej poziomu istotności 0,05), odrzuca się hipotezę zerową na rzecz hipotezy alternatywnej.

W kontekście testów statystycznych niska wartość p zazwyczaj wskazuje, że zaobserwowane różnice lub związki są istotne statystycznie.

Zaobserwowano, że kobiety częściej niż mężczyźni stosują leki przeciwbólowe. Wartość p -value (0,00151139) potwierdza, że różnice te są statystycznie istotne – tabela 1.

Tabela 1. Płeć badanych a częstotliwość stosowania leków przeciwbólowych.

Jak często stosuje Pan/i leki przeciwbólowe?	Płeć			
	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
codziennie	0	0,00%	0	0,00%
co kilka dni	16	84,21%	3	15,79%
sporadycznie, raz w miesiącu	56	98,25%	1	1,75%
bardzo rzadko, raz na 2-6 miesięcy	26	78,79%	7	21,21%
nigdy	1	33,33%	2	66,67%
p-value:	0,00151139			
Chi-square:	17,549			

Wraz z wiekiem częstotliwość stosowania leków przeciwbólowych wzrasta. Pomimo obserwowanych różnic w częstości stosowania leków przeciwbólowych między poszczególnymi grupami wiekowymi, wartość p-value wynosząca 0,78517677 wskazuje, że te różnice nie są istotne statystycznie. Dane ukazano w tabeli 2.

Tabela 2. Wiek respondentów a częstotliwość stosowania analgetyków.

Jak często stosuje Pan/i leki przeciwbólowe?	Wiek w latach					
	18-30		31-45		46-60	
	N	%	N	%	N	%
codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
co kilka dni	11	57,89%	3	15,79%	5	26,32%
sporadycznie, raz w miesiącu	29	50,88%	21	36,84%	7	12,28%
bardzo rzadko, raz na 2-6 miesięcy	16	48,48%	12	36,36%	5	15,15%
nigdy	2	66,67%	1	33,33%	0	0,00%
p-value:	0,78517677					
Chi-square:	4,738					

Osoby z wyższym wykształceniem wydają się zwracać najczęściej uwagę na skład leku przeciwbólowego. W porównaniu, osoby z wykształceniem zawodowym najczęściej nie zwracają uwagi na skład. Pomimo obserwowanych różnic w zwracaniu uwagi na skład leku w

zależności od poziomu wykształcenia, wartość p-value wynosząca 0,10889858 wskazuje, że te różnice nie są istotne statystycznie – tabela 3.

Tabela 3. Wykształcenie ankietowanych i jego wpływ stosowania leków przeciwbólowych.

Wykształcenie	Czy zwraca Pan/i uwagę na skład leku przeciwbólowego?					
	tak		rzadko		nie	
	N	%	N	%	N	%
podstawowe	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
średnie	7	33,33%	9	42,86%	5	23,81%
zawodowe	1	14,29%	1	14,29%	5	71,43%
wyższe	37	44,58%	23	27,71%	23	27,71%
p-value:	0,10889858					
Chi-square:	10,397					

Bez względu na prowadzenie zdrowego trybu życia, większość badanych sięga po leki przeciwbólowe sporadycznie. Wartość p-value wynosi 0,99718228, co oznacza, że różnice w stosowaniu leków przeciwbólowych w zależności od postrzegania prowadzenia zdrowego trybu życia nie są istotne statystycznie – tabela 4.

Tabela 4. Prowadzenie zdrowego trybu życia przez badanych, a częstotliwość stosowania leków przeciwbólowych.

Jak często stosuje Pan/i leki przeciwbólowe?	Czy uważa Pan/i, że prowadzi zdrowy tryb życia?					
	tak		nie		nie mam zdania	
	N	%	N	%	N	%
codziennie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
co kilka dni	9	47,37%	7	36,84%	3	15,79%
sporadycznie, raz w miesiącu	28	49,12%	18	31,58%	11	19,30%
bardzo rzadko, raz na 2-6 miesięcy	16	48,48%	10	30,30%	7	21,21%
nigdy	2	66,67%	1	33,33%	0	0,00%
p-value:	0,99718228					
Chi-square:	1,142					

Osoby, które zwracają uwagę na skład leku przeciwbólowego, są również bardziej skłonne zapoznawać się z zasadami jego prawidłowego stosowania. Wartość p-value wynosi 0,00055198, co wskazuje, że zaobserwowane różnice są istotne statystycznie. Oznacza to, że istnieje silny związek między zwracaniem uwagi na skład leku przeciwbólowego a zapoznawaniem się z zasadami jego stosowania – tabela 5.

Tabela 5. Zapoznavanie się przez badanych z zasadami prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych a analiza składu w/w leków.

Czy zwraca Pan/i uwagę na skład leku przeciwbólowego?	Czy przed zastosowaniem leku przeciwbólowego zapoznaje się Pan/i z zasadami jego prawidłowego stosowania?			
	tak		nie	
	N	%	N	%
tak	38	84,44%	7	15,56%
rzadko	24	72,73%	9	27,27%
nie	15	44,12%	19	55,88%
p-value:	0,00055198			
Chi-square:	15,004			

Na podstawie pobranych danych nie można stwierdzić, że wiek ma istotny wpływ na występowanie działań niepożądanych po zastosowaniu leku przeciwbólowego. Wartość p-value wynosi 0,12657729, co oznacza, że różnice w odsetku osób zgłaszających działania niepożądane w różnych grupach wiekowych nie są istotne statystycznie – tabela 6.

Tabela 6. Wiek badanych, a wystąpienie działań niepożądanych po zastosowaniu leku przeciwbólowego,

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana działania niepożądane po zastosowaniu leku przeciwbólowego?	Wiek w latach					
	18-30		31-45		46-60	
	N	%	N	%	N	%
tak	12	46,15%	7	26,92%	7	26,92%
nie	42	56,76%	23	31,08%	9	12,16%
nie wiem	4	33,33%	7	58,33%	1	8,33%
p-value:	0,12657729					
Chi-square:	7,182					

Różnice w przestrzeganiu zalecanej dawki leku przeciwbólowego w różnych grupach wiekowych nie są istotne statystycznie. Oznacza to, że wiek nie wydaje się być istotnym czynnikiem wpływającym na sposób stosowania leku przeciwbólowego wśród ankietowanych – tabela 7.

Tabela 7. Wiek badanych a stosowanie się do zalecanej dawki leku przeciwbólowego.

Czy stosuje się Pan/i do zalecanej dawki leku przeciwbólowego?	Wiek w latach					
	18-30		31-45		46-60	
	N	%	N	%	N	%
tak, nie przekraczam zalecanej dawki	38	50,67%	24	32,00%	13	17,33%
zdarza mi się wziąć większą dawkę leku, niż jest to zalecone	19	57,58%	10	30,30%	4	12,12%
zawsze biorę tyle leku, ile mi pomaga, nie interesuję się zalecanymi dawkami	1	25,00%	3	75,00%	0	0,00%
p-value:	0,3983467					
Chi-square:	4,057					

Większość kobiet twierdzi, że zapoznaje się z zasadami prawidłowego stosowania leku przeciwbólowego przed jego zastosowaniem. Różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie zapoznawania się z zasadami stosowania leku przeciwbólowego są bliskie granicy istotności statystycznej – tabela 8.

Tabela 8. Płeć badanych a zapoznawanie się z zasadami prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych.

Czy przed zastosowaniem leku przeciwbólowego zapoznaje się Pan/i z zasadami jego prawidłowego stosowania?	Płeć			
	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
tak	71	92,21%	6	7,79%
nie	28	80,00%	7	20,00%
p-value:	0,06155441			
Chi-square:	3,495			

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Powszechność oraz łatwa dostępność, a także częste promowanie w mediach sprawiły, iż leki przeciwbólowe stały się najczęściej nabywanymi przez społeczeństwo farmaceutykami. Łatwa dostępność leków OTC wiąże się często z postrzeganiem ich jako bezpieczniejszych w porównaniu z lekami wydawanymi na receptę, a co jest z tym związane – lekceważeniem zagrożeń wynikających z ich niewłaściwego stosowania.

W mass mediach analgetyki OTC przedstawiane są jako bezpieczne, a fakt, iż mogą powodować działania niepożądane, jest gładko pomijany. W związku z tym, wzrasta również ryzyko ich nadużywania. Długotrwałe stosowanie leków przeciwbólowych może wywołać skutki uboczne, w tym krwawienia z przewodu pokarmowego, zaburzenia układu krążenia, zatrucia, uszkodzenie nerek czy uszkodzenie wątroby [4].

Pacjenci często nie posiadają odpowiedniej wiedzy na temat działania analgetyków i ich efektów niepożądanych. Według niektórych badaczy, jedynie 17% osób zdaje sobie sprawę, że przedawkowanie paracetamolu może zakończyć się śmiercią, a 35% jest świadomych, że przyjmowanie tego leku w zbyt dużych dawkach może prowadzić do uszkodzenia wątroby [5, 6].

Wśród badanych w województwie podlaskim odsetek pacjentów deklarujących czytanie ulotek informacyjnych jest wysoki – wynosi 71,31%. Jest to ogromny spadek w porównaniu do badań przeprowadzonych przez Bażydło M. oraz współautorów z 2010 roku wynika, gdzie 93% badanych osób stwierdziło, iż czyta dołączoną ulotkę do opakowania z lekiem [1]. Coraz częściej podkreśla się problem związany ze złożonością języka stosowanego w ulotkach leków OTC, który często nie jest zrozumiały dla przeciętnego pacjenta.

Przemysł farmaceutyczny rozwija się bardzo prężnie, powstają nowe preparaty przeciwbólowe, które zawierają jednak tą samą substancję czynną, co ich starsze odpowiedniki. Z przeprowadzonych badań wynika, iż tylko 36,89% badanych zapoznaje się ze składem leku przeciwbólowego, który przyjmują. W związku z tym, zachodzi poważne ryzyko przedawkowania substancji czynnej z powodu zażywania preparatów o różnej nazwie, ale takim samym składzie. Najpopularniejszym preparatem wśród respondentów przeprowadzonej ankiety jest ibuprofen – tak wskazało 50,82% Badania Małgorzaty Cichońskiej oraz współautorów z 2012 roku wskazują, iż równie popularny jest paracetamol

[2]. Z przedstawionych odpowiedzi wynika, iż istotną staje się edukacja oraz nakłanianie społeczeństwa do czytania ulotek dołączonych do leków.

Zebrane za pomocą przeprowadzonej ankiety dane pozwalają na wysunięcie wniosku, iż stosowanie analgetyków jest wśród danej grupy badawczej dość powszechne, bo prawie połowa ankietowanych zadeklarowała stosowanie analgetyków raz w miesiącu (46,72%). Jest to większy odsetek respondentów w porównaniu do badań przeprowadzonych przez Derkacza M. i współautorów z 2014 r., gdzie taką odpowiedź zadeklarowało 39% respondentów [7]. Badania na temat stosowania środków przeciwbólowych Aleksandry Czerw oraz współautorów z 2013 r. przedstawiają dane, że w 90% badane społeczeństwo sięga po leki przeciwbólne dostępne bez recepty [3].

Doznania bólowe skutecznie zaburzają tryb życia człowieka, w związku z czym naturalnym odruchem jest chęć uśmierzenia ich. Respondenci pytani o powód stosowania środków przeciwbólowych najczęściej wskazywali ból głowy (56,56% badanych) oraz bóle menstruacyjne (31,97% badanych). Trzecią z kolei odpowiedzią jest ból zęba (18,03% badanych). Do podobnego wniosku doszła Aleksandra Czerw i współautorzy, gdzie ankietowani w odpowiedzi na to samo pytanie, wskazywali również bóle głowy oraz bóle pochodzenia menstruacyjnego [3].

Badani zapytani o to, czy leki przeciwbólne mają negatywny wpływ na organizm, w 64,75% odpowiedzieli twierdząco. Do innych wyników badań doszła Małgorzata Cichońska oraz współautorzy, w ich badaniach grupa badawcza uznała środki przeciwbólne za bezpieczne specyfiki w 52% [2]. Może to wskazywać na fakt, iż w przeciągu jedenastu lat, które upłynęły pomiędzy przeprowadzonymi badaniami, społeczeństwo zostało bardziej uświadomione, jeśli chodzi o skutki uboczne, działania niepożądane oraz wpływ analgetyków na funkcjonowanie organizmu.

XXI wiek jest to era Internetu, mass mediów oraz portali społecznościowych. Producenci leków przeciwbólowych wykorzystują je w celu rozpromowania swoich środków. Przeprowadzone badania wykazały, iż 32,7% badanych czerpie informacje na temat analgetyków z Internetu, ale o ostatecznym wyborze leku decyduje wcześniejsze stosowanie (67,21%) oraz polecenie przez rodzinę, znajomych bądź farmaceutę (29,51%). Tylko 0,82% badanych wskazało reklamę jako sugestię w wyborze leku. Do odmiennych wyników doszła autorka przeprowadzonych badań Monika Szpringer i współautorzy, gdzie głównymi

czynnikami kierującymi konsumentów do zakupu środków przeciwbólowych była reklama [8].

Zebrane za pomocą ankiety dane ukazują, iż respondenci zakupują środki przeciwbólowe głównie w aptece – tak wskazało 84,43% badanych. W sklepie spożywczym zaopatrza się jedynie 6,56% ankietowanych. Bardzo podobne wyniki uzyskała Marta Cichońska – w przeprowadzonych przez nią badaniach, 72% respondentów wskazało aptekę jako główne miejsce zakupu analgetyków [2].

Przeprowadzone badanie objęło również samoocenę grupy badawczej odnośnie ilości stosowanych analgetyków. Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała, iż wedle własnej oceny nie zażywa leków przeciwbólowych zbyt często – 75,41%. Do zbyt częstego stosowania przyznało się 9,84% badanych. Do podobnych wniosków doszli Derkacz M. i współautorzy – wyniki przeprowadzonych przez nich badań wskazały, iż 8,1% badanych uważało, że stosuje zbyt dużą dawkę leków lub stosuje je zbyt często [7].

Współczesne społeczeństwo, które ma olbrzymi dostęp do informacji z najróżniejszych źródeł, zdaje się być bardziej świadome negatywnego wpływu środków przeciwbólowych na funkcjonowanie organizmu. Pomimo szerokiego dostępu do analgetyków OTC, pacjenci starają się stosować je rozważnie oraz zapoznają się z zasadami ich prawidłowego stosowania, na co wskazują przeprowadzone badania. Na przestrzeni lat zmieniło się przeświadczenie, iż popularne środki przeciwbólowe nie wpływają negatywnie na organizm człowieka. W porównaniu do badań przeprowadzonych w minionej dekadzie, zmieniły się również źródła, z których badani czerpią informacje o lekach – wcześniej była to reklama, teraz – głównie Internet. Łatwy i przejrzysty dostęp do informacji w Internecie wpłynął negatywnie na czytanie ulotek przez społeczeństwo. Ponad 20% badanych, w stosunku do badań przeprowadzonych w 2010 roku, uważnie czyta ulotkę. Niezbędna jest więc edukacja społeczeństwa na temat tego, iż Internet nie zawsze jest równie rzetelnym źródłem informacji, co ulotka, farmaceuta bądź lekarz.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Potwierdzono powszechność stosowania leków przeciwbólowych wśród mieszkańców województwa podlaskiego.

2. Częstotliwość przyjmowania analgetyków określono na poziomie kilku razy w miesiącu.
3. Najpopularniejszym środkiem przeciwbólowym wśród badanych jest ibuprofen.
4. Najczęstszymi przyczynami stosowania leku jest ból głowy, bóle menstruacyjne, ból zęba oraz ból kości, w tym kręgosłupa.
5. Leki najczęściej nabywane są w aptece.
6. Większość badanych zwraca uwagę na skład i prawidłowe stosowanie analgetyków.
7. Największy wpływ na wybór leku przeciwbólowego ma doświadczenie z ich wcześniejszego stosowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Bażydło M., Żuławski B., Bączkowska K., Zaremba-Pechmann L.: Analiza stosowania leków OTC bez konsultacji z lekarzem w poszczególnych grupach wiekowych oraz ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w tym zakresie. *Family medicine & primary care review*, 2010; 2(12): 127-130.
2. Cichońska M., Sudy J., Kawa A., Pasiak K.: Stosowanie leków przeciwbólowych i witamin dostępnych bez recepty. *ACTA Scientifica Academia Ostroviensis*, 2012; 3: 165-198.
3. Czerw A., Religioni U., Dziedzic D., Augustynowicz A.: Wpływ czynników socjo-demograficznych na zjawisko samoleczenia bólu. *Hygeia Public Health*, 2013; 4(48): 560-565.
4. Roumie C.L., Griffin M.R.: Over-the-counter analgesics in older adults: a call for improved labelling and consumer education. *Drugs Aging* 2004; 21(8): 485–498.
5. Hurwitz J., Sands S., Davis E., et al.: Patient knowledge and use of acetaminophen in over-the-counter medications. *J Am Pharm Assoc* 2014; 54(1): 19–26.
6. Ramlawi M., Marti C., Sarasin F.: Paracetamol overdose. *Rev Med Suisse* 2013; 9(394): 1478–1482.
7. Derkacz M., Wicha J., Flisek J., Tarach J.: Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego (The use of OTC drugs by patients of GP practices), *Family Medicine & Primary Care Review* 2014; 16(3): 216–218
8. Szpringer M., Olędzka M., Kosecka J., Sobczyk B., Grabowska P.: Stosowanie leków dostępnych bez recepty przez osoby dorosłe oraz ocena wpływu reklamy na konsumentów. *Studia Medyczne*, 2015; 193(1): 42–47.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6

ISBN IX tom 978 - 83 - 67454 - 41 - 4