

MULTIODBOROVÁ KOOPERÁCIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Zborník odborných a vedeckých prác

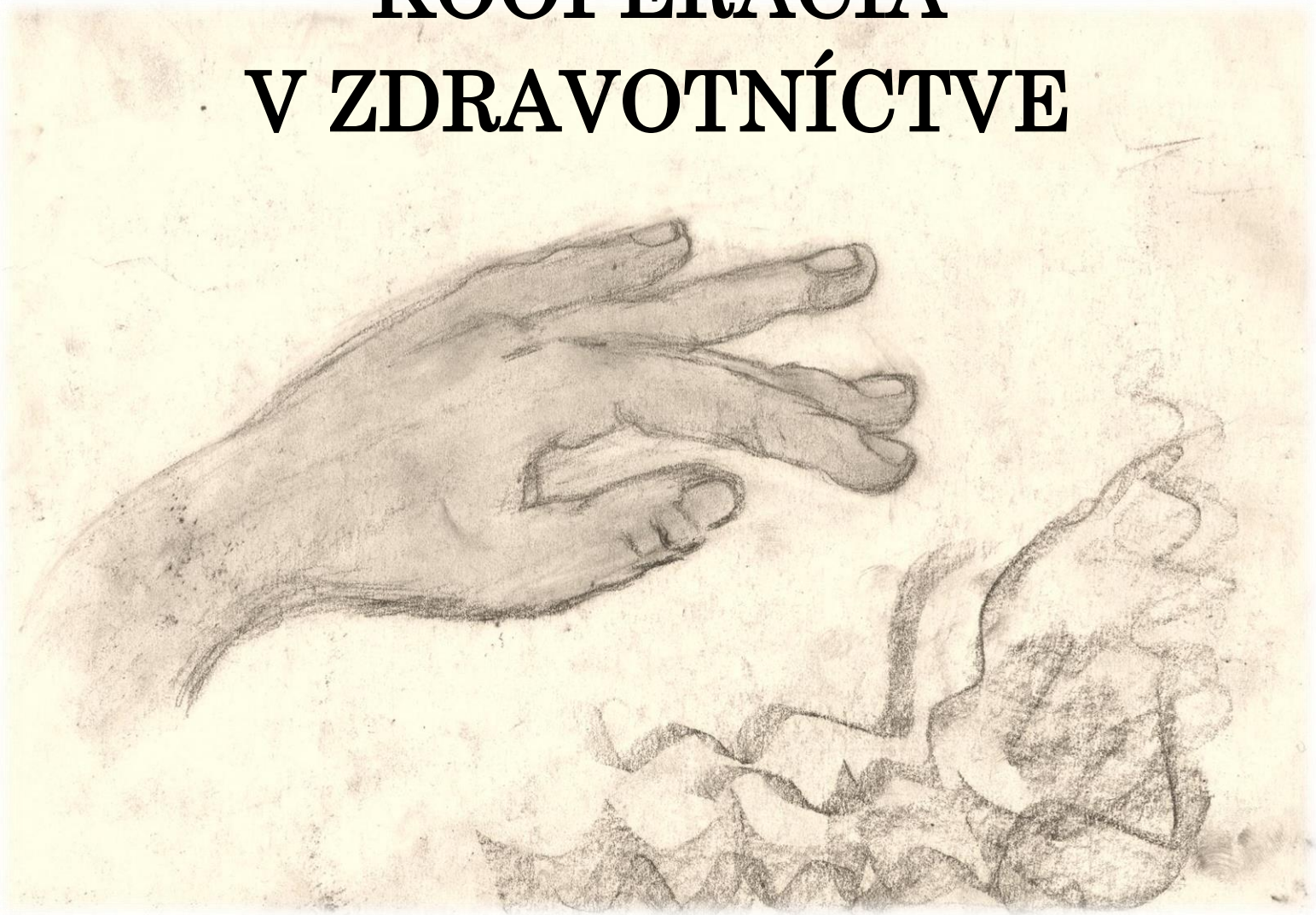


Zostavené autorským kolektívom

Iveta Lazorová, Lukáš Kober

Vysoké Tatry, 2015

MULTIODBOROVÁ KOOPERÁCIA V ZDRAVOTNÍCTVE



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

Recenzenti

Doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD. (SK)
PhDr. Andrea Bratová, PhD. (SK)
PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s. (SK)
Mgr. Ivana Harvanová, PhD. (SK)
Mgr. Jana Kopinecová (SK)
PhDr. Libuša Repiská, PhD. (SK)
Mgr. Jana Slováková, PhD. (SK)
PhDr. Dana Zrubcová, PhD. (SK)
PhDr. Mária Kožuchová, PhD. (SK)
Prof. dr sci. med. Vida Živanović (SRB)
Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN (UA)
dr n. med. Ewa Molka, RN (PL)
MA. Renata Mroczkowska, RN (PL)
mgr Wojciech Nyklewicz (PL)
dr n. med. Mariola Glowacka (PL)
dr n. ekon. Bogusława Serzysko (PL)
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA (CZ)
PhDr. Renáta Zoubková, RN (CZ)
Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN (UK)
Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT. (IE)
Josip Božić, MSN, RN (HRT)

Editori

Iveta Lazorová
Lukáš Kober

Kontrola textu

Katarína Kovalčíková
Wojciech Nyklewicz

Dizajn obálky

Ivana Harvanová

ISBN 978-80-89542-49-9

EAN 9788089542499

Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu. Za údaje a prípadné chyby sú zodpovední autori príspevkov.

Copyright by Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Vysoké Tatry 2015

Vydavateľ

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71, 821 06 Bratislava, Slovenská republika
tel.: +421 2 40 20 20 66
e-mail: sksapa@sksapa.sk
web: www.sksapa.sk

OBSAH

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO TRANSKATÉTROVEJ AORTÁLNEJ VALVULÁRNEJ IMPLANTACÍ NA ODDELENÍ AKÚTNEJ KARDIOLÓGIE A KORONARNEJ STAROSTLIVOSTI Gabriel Bálint	str. 10
BOLA TO MOLLY? Dagmar Bodáková	str. 16
WPLYW PALENIA TYTONIU NA WYSTĘPOWANIE CHORÓB UKŁADU SERCOWO – NACZYNIOWEGO Lucyna Boratyn – Dubiel, Barbara Gugąła, Dorota Gutkowska	str. 23
EMOCJONALNE OBJAWY ZWIĄZANE Z ZESPOŁEM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W SZPITALACH NA PODBESKIDZIU Jolanta Borgosz, Bogusława Kupczak-Wiśniowska, Izabela Lichańska-Góra, Renata Pięta, Beata Podsiadło, Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko	str. 29
HORIZONT Andrea Bratová, Jozef Vago, Oľga Salmová, Jana Vagová	str. 42
POZIOM WIEDZY OSÓB DIALIZOWANYCH NA TEMAT SAMOOPIEKI Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Magdalena Jakubowska	str. 46
PROBLEMATYKA WSPÓŁCZESNEJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ W SZKOLE NA PRZYKŁADZIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 79 W ŁODZI Anna Cisińska , Monika Brucka-Stempkowska	str. 51
ZACHOWANIA ZDROWOTNE I ANTYZDROWOTNE W GRUPIE DWUDZIESTOLATKÓW Urszula Cisoń-Apanasewicz, Halina Potok, Anna Stawiarska, Bogumiła Lubińska- Źądło, Stanisława Talaga	str. 66
PRÁCE SESTRY VE SPECIALIZOVANÉM CENTRU PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná, Eva Králíková	str. 80

KONTINUÁLNE MONITOROVANIE SRDCOVÉHO VÝDAJA SYSTÉMOM FLOTRAC	str. 83
Helena Gondárová-Vyhničková, Marián Berešík, Monika Matejová	
PIELUSZKOWE ZAPALENIE SKÓRY JAKO CZĘSTY PROBLEM PIELĘGNACYJNY WIEKU NIEMOWLĘCEGO I WCZESNODZIECIĘCEGO – PROFILAKTYKA I POSTĘPOWANIE LECZNICZE	str. 89
Bogumiła Grabowska	
PIELĘGNIARKA W OPIECE NAD CHORYM UMIERAJĄCYM	str. 93
Lucyna Graf, Mariola Śleziona, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek, Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko	
WSTYDLIWY PROBLEM - NIETRZYMANIE MOCZU U MEŻCZYŹN	str. 103
Lucyna Graf, Mariola Śleziona, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek, Karina Wawros	
REHABILITACJA PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ PALIATYWNĄ	str. 112
Lucyna Graf, Mariola Śleziona, Jolanta Czajkowska-Fesio	
POKROČILÁ PRAX SESTIER V KONTEXTE MULTIDISCIPLINARITY, INTERDISCIPLINARITY A TRANSDISCIPLINARITY	str. 122
Beáta Grešš Halász, Darina Wiczmányová	
ANALIZA RÓŻNIC WYBRANYCH ASPEKTÓW JAKOŚCI ŻYCIA W OCENIE OSÓB SPRAWNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	str. 127
Barbara Gugąła, Dorota Gutkowska, Lucyna Boratyn-Dubiel	
ZACHOWANIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z ODŻYWIANIEM ORAZ WYSTĘPOWANIE NADWAGI I OTYŁOŚCI W GRUPIE PACJENTÓW LECZONYCH W ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH	str. 131
Dorota Gutkowska, Barbara Gugąła, Lucyna Boratyn-Dubiel	
OPIEKA I PIELĘGNACJA PACJENTA W PODESZŁYM WIEKU Z NOWO ROZPOZNANĄ STOPĄ CUKRZYCOWĄ	str. 135
Marzena Agnieszka Humańska, Martyna Piasecka, Mirosława Felsmann	
NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE U CHOREGO Z OTEPIENIEM STARCZYM	str. 146
Marzena Agnieszka Humańska, Marcin Andrzej Popiński, Mirosława Felsmann	

ZADANIA EDUKACYJNE W ZAPOBIEGANIU POWIKŁAŃ CUKRZYCOWYCH U PACJENTÓW W WIEKU PODESZŁYM Marzena Agnieszka Humańska, Alicja Orszewska, Mirosława Felsmann	str. 159
BIODERMÁLNE NITE V AKUPUNKTÚRE Boris Ivanič	str. 169
KOMUNIKÁCIA S CHIRURGICKÝM PACIENTOM Elena Janiczeková, Tatiana Rapčíková	str. 173
PRÁCE SESTRY NA OKRUŽNÍCH PLAVBÁCH LUXUSNÍMI VÝLETNÍMI LODĚMI Helena Kisvetrová, Libuše Danielová, Jana Bermellová	str. 177
REKONSTRUKCJA PIERSI Z UŻYCIEM PŁATA USZYPUŁOWANEGO Z MIĘŚNIA NAJSZERSZEGO GRZBIETU – OPIS PRZYPADKU Bogusława Kupczak-Wiśniowska, Rafał Wiśniowski, Jolanta Borgosz, Beata Podsiadło, Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko	str. 181
EDUKACJA PRZEDPORODOWA W SZKOLE RODZENIA Magdalena Lewicka	str. 195
WPLYW RODZINY NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO PRZEBYTYM UDARZE MÓZGU Bogumiła Lubińska-Żądło, Bożena Kowalczyk, Maryla Leja, Bogumiła Kiełtyka	str. 199
PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY PRZYSTOSOWANIA MIESZKAŃCÓW DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ Bogumiła Lubińska-Żądło, Bożena Kowalczyk, Anna Kaim, Stanisława Talaga	str. 211
ZAPOTRZEBOWANIE NA EDUKACJĘ W ZAKRESIE ZMIANY STYLU ŻYCIA, CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC Dorota Maciag, Małgorzata Cichońska, Anna Chaber	str. 227
VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V INTERVENCÍCH U KUŘÁKŮ - DEVÍTILETÉ ZKUŠENOSTI Z ČR Kateřina Malá, Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná, Eva Králíková	str. 233
SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA OSÓB STARSZYCH MIESZKAJĄCYCH NA OBSZARACH WIEJSKICH W POLSCE - IMPLIKACJE DLA PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO Anna Mirczak	str. 236

PLEĆ SERCA A CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO

Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko, Gabriela Ptaszek,
Barbara Stołecka, Karina Wawros, Lucyna Graf, Mariola Śleziona,
Jolanta Borgosz, Bogusława Kupczak -Wiśniowska, Renata Pięta

str. 242

WPLYW CIĘCIA CESARSKIEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA MATKI I NOWORODKA

Beata Podsiadło, Astrid Świercz, Bogusława Serzysko, Celina Gogola,
Mariola Czajkowska, Iwona Gałązka, Bogusława Kupczak-Wiśniowska,
Jolanta Borgosz, Violetta Skrzypulec-Plinta

str. 254

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DOROSŁYCH

Halina Potok, Urszula Cisoń-Apanasewicz, Irena Majerska,
Bogumiła Lubińska- Żądło, Stanisława Talaga

str. 270

ZWALCZANIE BÓLU POOPERACYJNEGO – ROLA PIELEŃNIARKI W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM

Gabriela Ptaszek, Barbara Stołecka, Renata Mroczkowska, Mariola Śleziona,
Lucyna Graf , Katarina Wawros, Bogusława Serzysko

str. 282

SPRÁVNNA PREANALYTICKÁ PRAX

Jana Ragančíková

str. 293

RIZIKÁ PRI ODBERE KRVI - OPAKOVANÉ POUŽÍVANIE ODBEROVÝCH POMÔCOK

Jana Ragančíková

str. 302

CHOROBA V KONTEXTE ETICKÉHO UVAŽOVANIA

Tatiana Rapčíková, Elena Janiczeková

str. 307

METODY ZAPEWNIENIA JAKOŚCI USŁUG W OPIECE ZDROWOTNEJ

Bogusława Serzysko, Renata Mroczkowska, Gabriela Ptaszek, Lucyna Graf,
Mariola Śleziona, Jolanta Borgosz, Bogusława Kupczak - Wiśniowska,
Renata Pięta, Beata Podsiadło, Agnieszka Wróbel-Bania

str. 311

WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY – ŚWIADOMOŚĆ CHORYCH, ODNOŚNIE MOŻLIWOŚCI ICH PRZENIESIENIA

Mariola Śleziona

str. 328

GINEKOMASTIA – PRZYCZYNY, DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Mariola Śleziona, Lucyna Graf, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek

str. 341

WYZWANIA PIELEŃNACYJNE WYNIKAJACE Z OPIEKI NAD CHORYM Z ZAPALENIEM OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Mariola Śleziona, Lucyna Graf

str. 352

NOSICIELSTWO WIRUSÓW HBV I HCV A ŚWIADOME RODZICIELSTWO Mariola Śleziona, Lucyna Graf, Renata Mroczkowska, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek, Bogusława Serzysko, Karina Wawros	str. 364
MOŻNOSTI VYUŽITÍ PRVKŮ VČASNÉ NEUROREHABILITACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI NA JIP Monika Struhařová – Žofčáková	str. 375
PROFILAKTYKA RAKA SZYJKI MACICY- ZADANIA POŁOŻNEJ Magdalena Sulima	str. 376
ÚLOHY A POSTAVENIE SESTRY V ZDRAVOTNÍCKOM TÍME Mária Šupínová, Iveta Drahoňová, Jana Virgulová	str. 381
PRIPRAVENOSŤ DETÍ NA POSKYTOVANIE PRVEJ POMOCI Arpád Varjaši, Andrea Ševčovičová	str. 385
VÝZNAM KOLONOSKOPIE V PREVENČII KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU Virgulová J., Šupínová M., Grichová M.	str. 390
PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA OKOLOOPERACYJNA U PACJENTA PODDANEGO ZABIEGOWI ABLACJI MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW Z ZASTOSOWANIEM PRADU O CZĘSTOTLIWOSCI RADIOWEJ Karina Wawros, Krzysztof Myrda, Renata Mroczkowska	str. 395
ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE Karina Wawros, Renata Mroczkowska, Gabriela Ptaszek, Piotr Gurowiec, Barbara Stołecka, Lilianna Gawłów – Nowak, Mariola Śleziona, Lucyna Graf	str. 409
SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Dana Zrubcová, Andrea Solgajová, Gabriela Vörösová	str. 422

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO TRANSKATÉTROVEJ AORTÁLNEJ VALVULÁRNEJ IMPLANTACII NA ODDELENÍ AKÚTNEJ KARDIOLÓGIE A KORONARNEJ STAROSTLIVOSTI

Gabriel Bálint

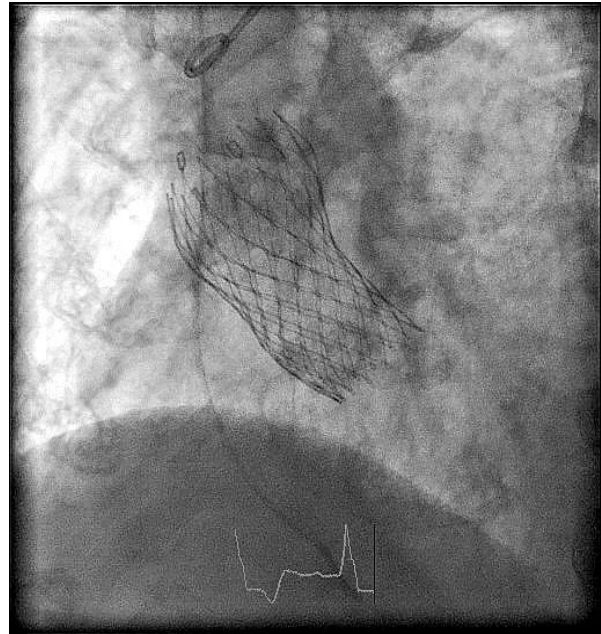
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb a.s.,
Oddelenie akútnej kardiológie a koronárnej starostlivosti

Súhrn : Transkatétrová aortálna valvulárna implantácia (TAVI) je novým štandardom starostlivosti o pacientov s hemodynamicky závažnou aortálnou stenózou s vysokým operačným rizikom. Prvoradým cieľom tejto metódy je predĺžiť život a zlepšiť kvalitu života u týchto pacientov, ktorí v dôsledku tohto ochorenia trpia značným fyzickým obmedzením so somatickými a psychickými prejavmi. TAVI dáva nádej pre lepšiu kvalitu života u ľudí, u ktorých je chirurgická náhrada aortálnej chlopne kontraindikovaná. Od roku 2009 bolo na NŪSCH a.s., Bratislava, implantovaná aortálna bioprotéza transfemorálnym prístupom u 82 pacientov.

Kľúčové slová: *Aortálna stenóza. Monitoring vitálnych funkcií. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Potreby pacienta. Psychický komfort pacienta.*

Aortálna stenóza (AoS) je najčastejšia chlopňová chyba, ktorá predstavuje prekážku vo vyprázdňovaní ľavej komory v dôsledku zúženia aortálneho ústia. Viac ako 30% pacientov so závažnou aortálnou stenózou nemôže podstúpiť chirurgickú náhradu aortálnej chlopne najmä v dôsledku vysokého veku a polymorbidity. Transkatétrová aortálna valvulárna implantácia (TAVI) predstavuje moderný postup pri liečbe hemodynamicky závažnej aortálnej stenózy u polymorbidných pacientov. Bioprotéza aortálnej chlopne prvej generácie bola prvý krát implantovaná u človeka so závažnou AoS vo Francúzku v roku 2002. Priekopníkom v rozvoji tejto metódy bol francúzsky intervenčný kardiológ Alain Cribier. Od roku 2004 sa začali implantovať bioprotéza Medtronic CoreValve, ktorej konštrukciu tvorí nitinol, na ktorý je prišitý prasací perikard. Najčastejšie prístupy pri transkatétrovej implantácii bioprotéz sú via a.femoralis, via a.subclavia a via a.iliaca. Celý zákrok prebieha na intervenčnej sále, počas ktorého je pacient pod analgosedáciou.

Obrázok 1. Bioprotéza Medtronic CoreValve a bioprotéza po implantácii



Do roku 2014 celosvetovo podstúpilo túto intervenčnú metódu viac ako 60 000 pacientov s hemodynamicky závažnou AoS. Tento invazívny prístup minimalizuje riziká a následné potenciálne pooperačné komplikácie, ktoré sa môžu vyskytnúť pri chirurgickej náhrade aortálnej chlopne u vysokorizikových pacientov, okrem toho skracuje hospitalizáciu a rekonvalescenciu po transkatérovej implantácii v porovnaní s operačným prístupom. Tento spôsob náhrady aortálnej chlopne je indikovaná najmä u polymorbidných pacientov nad 70.rokov, ktorí spadajú do skupiny vysokorizikových pre chirurgické riešenia. Títo pacienti musia okrem veku a hlavnej diagnózy spĺňať aj anatomicke a klinické kritériá. Dôležitými súčasťami pred TAVI je bezprostredná príprava pacienta k invazívnemu zákroku, periproceduálna starostlivosť na intervenčnej sále a následná starostlivosť na jednotke intenzívnej starostlivosti. Neoddeliteľnou a podstatnou súčasťou je ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po TAVI na JIS, kde sestra v procese starostlivosti o pacienta zohráva dôležitú úlohu pri prevencii potenciálnych komplikácií, riešení reálnych komplikácií počas kontinuálneho monitoringu a ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra sa zameriava hlavne na monitoring vitálnych funkcií, ako srdcová frekvencia, poruchy srdcového rytmu, hodnoty invazívneho tlaku krvi, hodnoty neinvazívneho tlaku krvi, centrálny venózný tlak, frekvenciu a kvalitu dýchania, saturáciu krvi, telesnú teplotu, hodinovú diurézu, bilanciu tekutín a neurologický status pacienta. Zvýšenú pozornosť venuje sestra bolesti u pacienta, punkčným miestam po TAVI, krvácaným komplikáciám, prejavom zápalu, ako lokálneho, tak i

celkového, funkčnosti dočasného kardiostimulátora, centrálnym venóznym katétrom a periférnym linkám. Pacient je štandardne monitorovaný na JIS počas 48 hodín po implantácii. V prípade komplikácií pacient ostáva na JIS dlhšie, najčastejšími komplikáciami sú cievne komplikácie v mieste punkcie po TAVI, poruchy srdcového rytmu, vznik a rozvoj kardiálnej nedostatočnosti, aortálna regurgitácia, poškodenie obličiek a tranzitórna ischemická ataka.

Popri monitorovaní vitálnych funkcií sestra v počas starostlivosti o pacienta monitoruje bolesť a tíši ju podľa ordinácie. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť sa mení a prispôbuje podľa klinického stavu pacienta. Dôležitou úlohou sestry v procese starostlivosti o pacienta je, sa zamerať popri somatickej schránky aj na psychickú schránku pacienta. Sestra musí brať na zreteľ aj psychickú schránku pacienta dostatočnou empatiou a holistickým prístupom, čím minimalizuje vplyv stresorov a ich dopad, čím prispieva k pacientovmu psychickému komfortu počas hospitalizácie a skorej rekonvalescencii. Pre pacienta je často hospitalizácia a s ňou spojené zákroky životnou záťažovou situáciou.

„ Rozsah poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na oddelení intenzívnej starostlivosti závisí na diagnóze a zdravotnom stave pacienta. Rovnako ako sa neustále vyvíja zdravotný stav pacienta, vyvíjajú sa neustále jeho potreby a nároky na ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra má obvykle s pacientom ďaleko bližší vzťah ako lekár. Preto je dôležité, aby sestra poznala všetky jeho potreby, trpezlivo ho vypočula, poradila mu a nedávala mu len príkazy a zákazy. Mala by vždy maximálne podporovať jeho sebestačnosť a zároveň dostatočne saturovať jeho potreby.“ (Kapounová, 2007, s.21)

Neodmysliteľnou úlohou sestry pri starostlivosti o pacienta na jednotke intenzívne starostlivosti je dostatočné saturovanie jeho potrieb, ako biologických, psychických a sociálnych najmä počas prvých 24 hodín, kým má pacient prísny kl'ud na lôžku. Následne aj počas celej hospitalizácie, v dôsledku nedostatočnej saturácie potrieb pacienta, ako v oblasti biologickej, psychickej a sociálnej, môže byť pacient často frustrovaný a vnútorne prežívať negatívne psychické emócie, čo sa často odzrkadlí v jeho správaní a v spolupráci s personálom.

„ Poslaním zdravotných sestier je pomáhať jednotlivcom, rodinám, i skupinám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú (Mastiliaková, 2005). Dostatočne naplniť toto poslanie znamená nielen starostlivosť o telesnú stránku ochorenia, ale aj úsilie o podporu sebadôvery, sebestačnosti, znižovanie neistoty a úzkosti u pacientov, čím sa pôsobí na psychickú stránku ochorenia.“ (Verešová, 2007, s. 166)

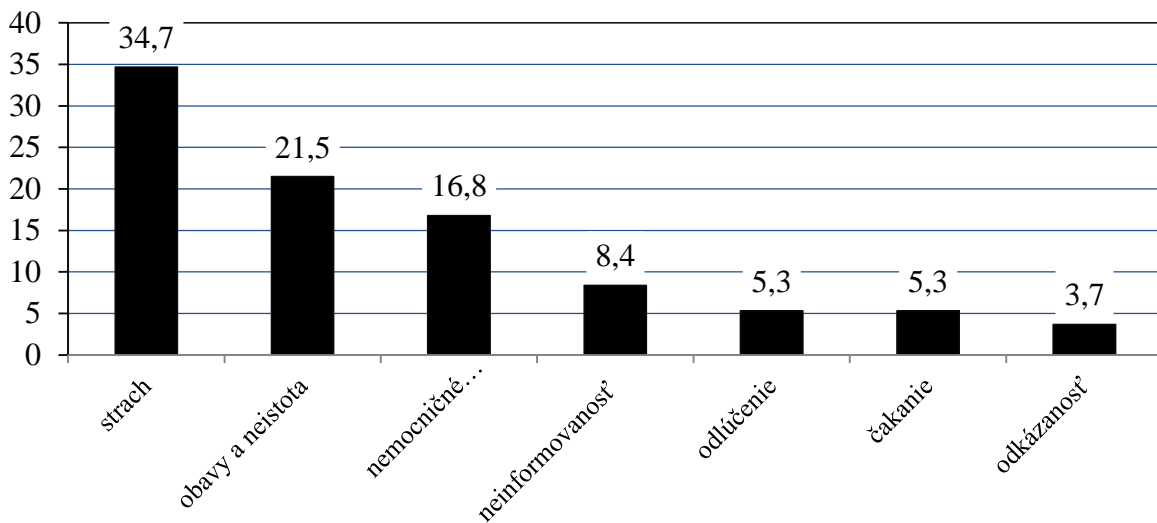
Sestra a zdravotnícky personál musí brať do úvahy ten fakt, že sa starajú o seniorov, ktorí popri hlavnej diagnóze trpia rôznymi inými pridruženými chronickými ochoreniami, ktoré môžu vyústiť po zákroku do komplikácií. Zdravotnícky personál nesmie zabúdať, že dlhodobé chronické ochorenia majú vplyv aj na psychický stav, správanie pacienta a psychické prežívanie rôznych emócií počas hospitalizácie.

„ Somatické ochorenie pôsobí taktiež na psychiku chorého. Ochorenie sa môže všeobecne chápať ako narušenie určitých funkcií organizmu, ktoré nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života chorého jedinca. Akékoľvek závažné ochorenie je veľkou životnou záťažou, ktorá nejakým spôsobom ovplyvní i psychiku chorého. Môže zmeniť nie len aktuálne prežívanie a reagovanie, ale i niektoré vlastnosti a jeho osobnosť.“ (Vágnerová, 2008, s. 75)

Starší ľudia ťažšie zvládajú nadmerný stres a ťažšie sa s ním vyrovnávajú. Hospitalizácia sama o sebe, všetky obmedzenia a zmeny, ktoré prináša, ako zmena priestoru, strata súkromia, sociálna izolácia, vyšetrenie, zákroky, bolesť sú len malou časťou tých stresorov, ktoré majú vplyv na psychické prežívanie a reakcie starších pacientov. Sestra počas hospitalizácie pacienta môže dostatočnou empatiou, psychologickým prístupom a vhodnou komunikáciou minimalizovať prežívaný stres u pacientov.

„ Stresory majú veľký vplyv na našu náladu, na to, ako je nám dobre alebo zle, na naše správanie a jednanie i na naše zdravie. Akútne stresové reakcie mladých ľudí môžu byť adaptabilné a zvyčajne nevedú k zdravotným ťažkostiam. Avšak v situáciách, kde je stres neutíchajúci alebo sa jedná o starších a nie celkom zdravých ľudí, môže jeho pôsobenie poškodzovať fyzický stav človeka. Psychosociálne intervencie sa ukázali byť efektívne pre odstraňovanie ťažkostí, ktoré boli spôsobené stresom, a môžu ovplyvňovať priebeh chronického ochorenia.“ (Asbjørn, 2010, s. 46)

Výskum realizovaný na Oddelení akútnej kardiológie a koronárnej starostlivosti, NÚSCH a.s., Bratislava, u 190 respondentov (Bálint, 2014, s. 56), kde odpovede opýtaných respondentov na otázku čo u nich vyvolávalo nadmerný stres a úzkosť počas hospitalizácie, nám dali najavo nakoľko je podstatný a neodmysliteľný vhodný psychologický a holistický prístup k minimalizácii prežívaniu negatívnych psychických emócií. V tejto otázke najčastejšou príčinou nadmerného stresu a úzkosti bol strach ako z vyšetrení, zákrokov a smrti, ďalšími príčinami boli obavy a neistota o budúcnosť, o kvalitu života a zdravie, nemocničné prostredie, ako prevádzka, tak anonymita personálu, neposlednou dôležitou príčinou bola neinformovanosť pacientov v oblastiach liečby, prognózy a zákrokov. Tu sestra zohráva dôležitú úlohu prejavom záujmu a emocionálnej podpory a pacienta, a tým získaní si dôvery a dosiahnutie lepšej spolupráce s pacientom.



Graf 1. Príčiny prežívania nadmerného stresu a úzkosti počas hospitalizácie

„ Všetky obmedzenia v tejto oblasti, spojené s pocitom neistoty a nezaujmu, ovplyvňujú duševný stav človeka, vyvolávajú smútok, nepokoj, pocit sklamania, úzkosť, podráždenosť, môžu byť prežívané veľmi intenzívne a oberajú pacienta o chuť do života.“

(Zacharová, 2007, s. 23)

Je evidentné, že napriek všetkým technickým vymoženostiam dnešnej doby, prostriedkom modernej medicíny, aj modernému vybaveniu jednotiek intenzívnej starostlivosti a modernej farmakoterapii, je vždy dôležitá ľudská schránka, ako z pohľadu somatického, tak i psychického. Sestra musí byť dostatočne odborne zdatná, aby vedela posúdiť klinický stav pacienta a podľa toho aj adekvátne reagovať na zmeny. Sestra v procese starostlivosti o pacienta by nemala opomenúť empatiu a holistický prístup k pacientovi. Vhodným prístupom k pacientovi sestra vie zmierniť prežívanie psychicky negatívnych emócií počas hospitalizácie a tým dopomôcť rýchlejšej rekonvalescencii a liečbe.

Použitá literatúra:

ASBJØRN, O. F. – LILLEBA, B. L. – EYOLF, K. F. 2010. Vliv psychiky na zdraví - Soudobá psychosomatika. Praha : Grada, 2010. 240 s. Preklad z nórskeho orig.: Symptom og meaning. Moderne psykosomatisk tankegang. ISBN 978-80-247-2864-2.

BÁLINT, G. 2014. Psychické a sociálne aspekty u pacienta s instabilnou angínou pectoris a akútnym koronárnym syndrómom: rigorózna práca. Trnava : TU FZ a SP. 2014. 110 s.

ECKHOUT, E. et al. 2012. Percutaneous interventional cardiovascular medicine. The PCR-EAPCI. Textbook, 2012, [2013-05-12]. Dostupné na internete: <http://www.pcronline.com/eurointervention/textbook/pct-textbook>, ISBN: 99990060.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha : Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. Psychológia. Martin : Osveta, 2007. 185 s. ISBN 80-8063-239-1.

WERNER, N. 2013. Transcatheter aortic valve replacement – Evidence and Indication update. 2013, roč.12, č. 4 [cit. 2014-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.escardio.org/communities/councils/ccp/e-journal/volume12/Pages/Transcatheter-aortic-valve-replacement-Werner-N.aspx>

Adresa autora:

Mgr. Gabriel Bálint

NÚSCH a.s.,

Pod Krásnou hôrkou 1.,

833 48, Bratislava 37

E-mail: GABRIEL.BALINT@nusch.sk

BOLA TO MOLLY ?

Dagmar Bodáková

KAIM FN Nitra

Abstrakt

MDMA (3,4 – metyléndioxy – metamfetamín) známy ako Molly – Extáza, je syntetická, psychoaktívna látka podobná psychotropnému amfetamínu a halucinogénnemu meskalínu. Navodzuje pocity zvýšenej energie, eufóriu, emocionálnu vášnivost' a empatiu, poruchy senzorickej a časovej percepcie. MDMA začala byť populárna u adolescentov a mládeže na scéne nočných tanečných klubov, postupne sa konzumná sieť rozrástla na rôzne vrstvy konzumentov a etník (1).

MDMA je perorálne užívaná látka vo forme kapsulí alebo tabliet. Efekt trvá v priemere 3 – 6 hodín, napriek tomu nie je pre konzumentov výnimočné užiť druhú dávku za účelom urýchlenia nástupu a zintenzívnenia účinku drogy. MDMA sa obvykle kombinuje s ďalšími látkami typu kokaín, GHB, metamfetamín, ketamín, s látkami na erektilnú dysfunkciu typu sildenafil (Viagra). Pri predávkovaní extázou v klinickom obraze dominuje sérotonínový syndróm, ktorý vedie k ďalším závažným nežiadúcim psychologickým a patofyziologickým účinkom drogy ako sú kardiotoxicita a poškodenie myokardu, pľúcna hypertenzia, závažná hypertermia s rhabdomyolýzou vedúcou k hepatorenálnemu syndrómu, multiorgánovému zlyhaniu, poruchám vedomia, kóme a náhlejš smrti (2).

Úvod

MDMA (3,4 – metyléndioxy – N – metylamfetamín) je empatogénny derivát fenetylamínu a amfetamínu, vo Veľkej Británii nazývaný Mandy a v USA má prezývku Molly. Indukuje eufóriu, anxiétu, ľahkú psychedéliu. Droga môže mať i terapeutický efekt v prípadoch posttraumatickej stresovej reakcie alebo v terminálnom štádiu malígnych ochorení. Vo väčšine krajín je užívanie MDMA kriminalizované, výnimku má vedecký a medicínsky výskum. V roku 2008 užilo MDMA ročne aspoň raz 25 miliónov ľudí, čo je porovnateľné s užívateľmi kokaínu, amfetamínu a iných opioidov vrátane kanabisu. Konzumácia sa jednoznačne spája s diskotékami, tanečnými klubmi produkujúcimi elektronickú hudbu.

Subjektívne príznaky

Prvé účinky sa dostavujú 30 – 60 minút od požitia, vrchol dosahujú v rozsahu 75 – 120 minút, hladina je udržiavaná v priemere 3,5 hodiny. Eliminácia je pozvoľná, sprevádza ju únava, poruchy spánku, dysfória, retrográdna amnézia.

Medzi najčastejšie pocity konzumentov patrí derealizácia, depersonalizácia, porucha vnímania miesta a času, pozitívna nálada, manické správanie, anxiózna derealizácia, strata sebakontroly, vizuálne halucinácie, pseudohalucinácie, patologické predstavy, emocionálna excitácia.

Objektívne patofyziologické zmeny

Medzi imunomodulačné účinky patrí inhibícia proliferácie T – buniek, produkcia TNF, IL – 12 a 15, zmeny hladiny cirkulujúcich lymfocytov a cell – killerov v krvi.

Psychotropné účinky zahŕňajú anxiétu a paranoju, depresiu, iritabilitu, únavu, poruchy koncentrácie, pozornosti, poruchy empatie, emocionálnej senzitivity a racionálneho vyhodnocovania situácie.

Patofyziologické zmeny zahŕňajú závrate, svetloplachosť, stratu chuti do jedla, poruchy pasáže, poruchy spánku, exhausciu, chronickú bolesť, bolestivý trizmus spojený s bruxizmom.

Predávkovanie je spojené s dezorientáciou, zmätenosťou, agitáciou, nepokojom, paranojou, halucináciami, poruchami rovnováhy, titubáciami, kognitívnymi poruchami rôzneho stupňa, retrográdnou a anterográdnou amnéziou. Medzi somatické príznaky patrí svalová rigidita, konvulzie, hyperreflexia, hyperaktivita, hemodynamická instabilita, tachykardia, tachypnoé, palpácie, angina pectoris, pľúcna hypertenzia, vaskulitída, kardiotoxicita, kardiálne zlyhanie, náhla cievna príhoda, hypertermia, rabdomyolýza, hepatorenálny syndróm, ARDS, poruchy vedomia rôzneho stupňa až po kómu, multiorgánové zlyhanie a smrť (3).

Efekt MDMA na ľudský organizmus

Účinok MDMA na centrálnu nervovú sústavu a ostatné orgánové systémy je komplexný. Biochemicky ide o nekontrolovateľné vyplavovanie sérotonínu, dopamínu a noradrenalínu, o ich väzbu na α_2 – adrenergne a 5-HT_{2A} sérotonínové receptory. MDMA pôsobí i na vylučovanie vazopresínu a dihydroergotamínu. Pozitronovou emisnou tomografiou (PET) bola dokázaná jednoznačná alterácia aktivity kortexu, limbického systému a paralimbických štruktúr. Za neurotoxicitu MDMA je zodpovedná indukcia oxidatívneho

stresu na podklade vyplavenia kyslíkových radikálov a zníženie hladiny antioxidantov v mozgu. Voľné radikály narúšajú bunkové membrány, destabilizujú tak elektrickú aktivitu neurónov. Dochádza tak k indukovanej difúznej polyneuropatii a následnej komplexnej dysbalancii homeostázy fundamentálnych fyziologických subcelulárnych procesov.

Toxické sérotonínerné zmeny sú závislé na dávke MDMA a dĺžke intervalov administrácie. Preto k ťažkým toxickým zmenám dochádza u konzumentov, ktorí užijú vyššie dávky MDMA v krátkych časových intervaloch (4).

Liečba

Komplexná podpora vitálnych funkcií zahŕňa:

- Hemodynamickú podporu (fluid replacement, katecholamíny),
- UPV podľa princípov LPVS,
- Podporu renálnych funkcií,
- Parenterálnu a enterálnu výživu,
- Obnovenie koagulačného potenciálu,
- Antibakteriálnu liečbu,
- Eliminačné postupy v prípade ARI,
- Rehabilitáciu,
- Manažment neuropatickej bolesti,
- Riešenie syndrómu z odňatia.

Kazuistika

22 – ročný pacient privezený zo Špecializovaného ústavu pre TaRCH Sv. Svorada Nitra – Zobor so septickým stavom nejasnej etiológie a multiorgánovým zlyhaním. V klinickom obraze dominuje biventrikulárne kardiálne zlyhanie s hyperdynamickou cirkuláciou, intersticiálny edém pľúc, na CT pľúc II. štádium ARDS s bilaterálnymi škvrnitými infiltrátmi, ťažká porucha ventilačno-perfúzných pomerov, plášťový fluidothorax bilaterálne, hypoxémia, normokapnia a desaturácia. Prítomná hyperpyrexia, leukocytóza, pozitivita CRP a PCT, ACS bez peristaltiky, difúzne intersticiálne edémy, hepatorenálny syndróm s urémiou a oligúriou, vzostup septických markerov, distorzia ľavého členka s periférnou léziou n. fibularis. Pacientovi ordinujeme širokospektrálnu ATB terapiu v spolupráci s klinickým farmakológom a infektológom, neinvazívnu ventiláciu via mask s inspiračnou podporou a potrebou vyššieho podielu kyslíka vo vdychovej zmesi.

Realizujeme rozsiahlu diferenciálnu diagnostiku formou kultivačného a sérologického samplingu, kultiváciu bronchoalveolárnej laváže. Postupne získavame výsledky kultivácií a sérologických vyšetrení, všetky atypické etiologické faktory sú negatívne, vylučujeme vírusovú etiológiu, antropozoonózy, špecifický zápal. Toxikologické vyšetrenie moča na bežné drogy je negatívne. Stav progreduje do endotoxínového šoku so zlyhaním vitálnych funkcií. Pacienta intubujeme, v hlbokjej analgosedácii umelo ventilujeme, napájame na CVVHD pre progresiu urémie za účelom eliminácie N - katabolitov i cirkulujúcich imunokomplexov. Počas komplexnej podpory vitálnych funkcií a eliminácie toxínov dochádza postupne k obnove renálnych funkcií. Pacient počas hospitalizácie prekonáva atak ventilátorom asociovej pneumónie na podklade infekcie *Acinetobacter baumani*, ktorý so vyžiadal rotáciu ATB liečby. Na 15. deň hospitalizácie po 24 – hodinovom weaningu pacienta extubujeme, pacient s dostatočnou dychovou aktivitou bez neurologického deficitu, dlhodobo kolonizovaný. Ide o pacienta s dlhodobou anamnézou konzumácie opioidov, narkotík a alkoholu, liečeného psychiatrom na schizofréniu depotnými antipsychotikami, preto pacientovi ordinujeme buprenorfinové náplaste a atypické neuroleptiká. Periférna lézia n. fibularis na ústupe v štádiu rehabilitácie. Na 27. deň hospitalizácie pacient preložený na internú kliniku so stabilizovanými vitálnymi funkciami, čiastočne sebestačný a samoobslužný, v starostlivosti psychológa.

Patognomické vyšetrenia

- Le 8,7..9,2..**19,2**..11,9..9,0..5,3..11,5..13,5..11,4..9,9 x 10⁹/l
- Tr 153..162..**66.48**..135..182..198..234..351..337..326..206..215..230..349 x10⁹/l,
- Fbg 5,5..5,18..4,45..3,48..5,70..4,21..5,35..4,87 g/l,
- CRP 90,2..112..110..193..**226.230**..125..107..59,6..81,6..57,9..33,0..29,2..81,70 mg/l
- Urea
37,5..37,1..38,3..40,9..33,6..36,6..41,0..48,1..51,8..42,7..29,6..39,1..40,5..32,3..15,6..12,5..10,0..8,4..6,8..6,7..6,0..5,2..4,0..3,5..2,1..2,5..3,4 mmol/l
- Kreatinín
790,2..854,9..861,0..924,8..688,2..731,6..645,5..545,1..451,8..444,3..519,3..553,4..435,2..179,5..185,6..189,2..159,6..140,1..123,6..112,7..99,3..88,5..75,9..64,5..59,6..54,2..53,9..47,3 mmol/l
- Albumín 24,2..26,9..29,9..28,8..25,8..26,9..26,7 g/l

- Prokalcitonín
5,310..3,760..6,310..5,170..4,600..3,280..7,060..3,320..1,560..0,844..0,693..0,825..0,53
1..0,395..0,313..0,282..0,173 ng/ml

Bronchoalveolárna laváž 17.08. sterilná

Kultivácie spúta

- Od 16.08.-19.08. sterilné,
- 23.08. Acinetobacter baumani,
- 29.08. Pseudomonas aeruginosa,

Kultivácie moča opakovane sterilné,

Hemokultúry

- opakovane sterilné
- 26.08. Acinetobacter baumani, Staphylococcus haemolyticus

Ďalšie kultivácie

- 28.08. tip CVK: Staphyl. coag. negat
- 30.08. BAL: Acinetobacter baumani

Sérológia

- mykoplazmy, chlamýdie, herpes, chrípka, toxoplazma, toxocara, hepatitídy, legionella, BWR, TBC, HIV, EBV, antropozoonózy negatívne

Toxikológia moča negatívna

ATB liečba

- 16.08. Abricef, Ciprofloxacín, Fluconazol
- 18.08. + Herpesin
- 19.08. + Imipenem
- 20.08. + Tamiflu. Abricef ex
- 24.08. + Colimycin, Ciprofloxacín ex
- 29.08. Tamiflu a Herpesin ex, pokračovanie Colimycin, Fluconazol, Tienam
- 08.09. Tienam ex, Vankomycin, Augmentin, Colimycin, Fluconazol

Diskusia

V našom prípade išlo o ťažkú fudrojantnú formu systémovej zápalovej reakcie organizmu na neznámu noxu, mikrobiologický a sérologický sampling bol pri príjme

negatívny. Pozitívne kultivácie po 72 hodinách považujeme za rozvoj ventilátorom asociovej pneumónie. Postupne dopĺňame anamnestické údaje od rodiny pacienta.

Pacient niekoľko týždňov pred hospitalizáciou žil v Londýne, podľa okolia navštevoval diskotéky, evidentne konzumoval drogy, postupne sa menilo jeho správanie i pracovné návyky, povahové črty. Prestal pracovať, bol popudlivý, negativistický, posledné dni dezorientovaný, s poruchami vnímania, anxiózný. Pacient si tento interval vôbec nepamätá. Tesne pred priletom z Londýna domov utrpel úraz za nejasných okolností, distorziu členka a množstvo drobných oderiek a exkoriácií na predkoleniach. Okolnosti úrazu si pacient pamätá len hmlisto.

Pacient docestoval z Londýna s plne rozvinutým multiorgánovým zlyhaním bez evidentného dôkazu bakteriálneho agens, pričom cytokíny signalizovali rozsiahlu imunokomplexovú reakciu s pulmonálnym a hepatorenálnym zlyhaním, navyše s poruchami mnestických a gnostických funkcií. Preto predpokladáme, že klinický stav zodpovedá toxickému účinku drogy MDMA, ktorá v súčasnosti medzi konzumentmi drog v Londýne dominuje.

Záver

Dlhodobá konzumácia drog typu MDMA akcentovaná depotnými antipsychotikami spôsobila u pacienta ťažkú orgánovú toxicitu a systémovú zápalovú reakciu, ktorá viedla k závažným pľúcnym komplikáciám a hepatorenálnemu zlyhaniu, ktoré boli príčinou endotoxínového šoku, multiorgánového zlyhania a následnej nutnosti komplexnej podpory vitálnych funkcií spolu s kontinuálnymi eliminačnými technikami. Liečba si vyžiadala neúmerne finančné náklady, ktoré finančný limit na hospitalizáciu pacienta určený zdravotnou poisťovňou mnohonásobne prekročili. Je len otázkou času, kedy sa trend masívnej spoločenskej konzumácie drogy Molly dostaví i na Slovensko.

Zoznam použitej literatúry:

1. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/mdma-ecstasy-abuse>
2. Sprague, J. E.; Banks, M. L.; Cook, V. J.; Mills, E. M. (2003). Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis and Sympathetic Nervous System Involvement in Hyperthermia Induced by 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy). *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 305(1):159-166,

3. De La Torre, R.; Farré, M.; Roset, P. N.; Pizarro, N.; Abanades, S.; Segura, M.; Segura, J.; Cami, J. (2004). „Human pharmacology of MDMA: Pharmacokinetics, metabolism, and disposition“. Therapeutic drug monitoring 26 (2): 137-144,
4. Liechti, M. E.; Vollenweider, F. X. (2001). „Which neuroreceptors mediate the subjective effects of MDMA in humans? A summary of mechanistic studies“. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 16 (8): 589-598.

Kontaktná adresa autora:

MUDr. Dagmar Bodáková, MBA

FN Nitra KAIM

bodakova@fnnitra.sk

WPLYW PALENIA TYTONIU NA WYSTĘPOWANIE CHOROÓB UKŁADU SERCOWO – NACZYNIOWEGO

Lucyna Boratyn – Dubiel, Barbara Gugala, Dorota Gutkowska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp

Nałóg palenia tytoniu uznaje się za główną przyczynę zgonów w krajach uprzemysłowionych, a coraz częściej także w krajach słabiej rozwiniętych gospodarczo oraz w krajach rozwijających się. Ocenia się, że na świecie ponad 1 mln ludzi pali tytoń [1]. Szacuje się, że w 2025 roku będzie ponad 1,5 mln palaczy. Badania epidemiologiczne WOBASZ, przeprowadzone na terenie Polski wykazały, że 42% mężczyzn oraz 25% kobiet paliło papierosy [2]. Średnia liczba papierosów wypalanych dziennie to 18 sztuk wśród mężczyzn i 14 sztuk wśród kobiet. Każdego roku na całym świecie umiera około 1,3 mln osób palących tytoń. Przewiduje się, że jeżeli skala palenia nie ulegnie zmniejszeniu, w 2030 roku liczba zgonów wyniesie rocznie 10 mln [3]. W raporcie WHO określono dziewięć największych zagrożeń dla zdrowia. Wśród nich na pierwszym miejscu wymienia się palenie tytoniu, jako jedną z najczęstszych przyczyn wielu schorzeń przewlekłych, w tym choroby niedokrwiennej serca i innych postaci klinicznych miażdżycy [4]. W badaniach epidemiologicznych wykazano, że osoby palące 2,2 razy częściej niż osoby niepalące zapadają na chorobę wieńcową, zespół płucno-sercowy, tętniaka aorty i schorzenia obwodowego układu naczyniowego.

Wpływ palenia tytoniu na układ sercowo-naczyniowy

Negatywny wpływ palenia tytoniu na układ krążenia jest wielokierunkowy i spowodowany działaniem substancji zawartych w dymie tytoniowym. Zawiera on około 4 tys. związków chemicznych, z tego ponad 40 to substancje rakotwórcze [5]. W skład tych związków wchodzi m.in.: nikotyna, substancje smołowate, substancje drażniące, tlenek węgla, tlenki azotu. Mają one działanie toksyczne, kancerogenne, mutagenne, teratogenne. Wykazano, że na skutek palenia papierosów wzrasta sztywność ścian naczyń tętniczych, dochodzi do spadku rozszerzalności i zwężenia światła tętnic. Nikotyna wpływa na pobudzenie układu sympatycznego i wytwarza stan hiperadrenergiczny, powodując przyspieszenie akcji serca, wzrost kurczliwości mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych,

a wtórnie zwiększa też zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Tlenek węgla, który jest wdychany wraz z dymem tytoniowym, charakteryzujący się ponad 200 razy większym powinowactwem do hemoglobiny niż tlen, zwiększa stężenie karboksyhemoglobiny i nasila niedotlenienie. Zarówno niedotlenienie, jak i wpływ wolnych rodników tlenowych, powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyń, inicjując w nich proces zapalny i zmiany zwyrodnieniowe. Ponadto u palaczy dochodzi do zaburzeń w układzie krzepnięcia, co zwiększa ryzyko powstania zmian zakrzepowych, dlatego też wśród osób palących dwa razy częściej obserwuje się zawał serca z uniesieniem odcinka ST [2, 6,7].

Rozpowszechnienie palenia wśród pacjentów ze schorzeniami układu krążenia

Wśród pacjentów z chorobami układu krążenia obserwuje się dużą liczbę palaczy. W badaniach Gąsior i wsp., w grupie 1176 chorych z zawałem mięśnia sercowego, aż 63,8% przyznało się do palenia papierosów, tylko 36,2% ankietowanych nigdy nie paliło tytoniu [8]. Inne badania prowadzone wśród 324 pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, wykazały nieco mniejsze rozpowszechnienie palenia (17,3%). Częściej paliły osoby w wieku do 50 lat (31,3%), niż starsze (8,3%). Znacznie częściej robili to mężczyźni (32,3%), kobiety (8%) [9]. W badaniach Kobus i wsp., prowadzonych u pacjentów z chorobą niedokrwienną i cukrzycą, 10,7% osób przyznało się do palenia [10]. W badaniach Pająk i wsp. prowadzonych wśród pacjentów z 66 przychodni z 16 województw Polski wykazano, iż ponad 60% ankietowanych paliło papierosy [11]. Inne badania prowadzone wśród pacjentów z OZW hospitalizowanych w Krakowskich Ośrodkach Kardiologicznych wykazały, iż w grupie 2279 pacjentów, aż 36% paliło tytoń [12].

Korzyści wynikające z zaprzestania palenia dla pacjentów

Nałóg palenia tytoniu inicjuje i przyspiesza proces miażdżycowy poprzez zmniejszenie dotlenienia tkanek, działanie tlenku węgla i innych składników dymu tytoniowego na śródbłonek naczyń oraz zwiększenie aktywności agregacyjnej, sprzyjając wewnątrznaczyniowemu wykrzepianiu. Udowodniono, że kontynuowanie palenia przez pacjentów, po przebytych zawałach mięśnia sercowego wpływało negatywnie na jakość życia, dotyczącą wielu aspektów somatycznych, w tym występowania bólów dławicowych. Zaprzestanie palenia papierosów jest skutecznym sposobem zmniejszenia ryzyka wielu chorób, w tym choroby niedokrwiennej serca [13]. Już w 1975 r. Wilhelmson i wsp. wykazali, że osoby z udokumentowaną chorobą niedokrwienną, które rzuciły palenie, mają o 50% mniejsze ryzyko zgonu lub wystąpienia zdarzeń sercowych, niż osoby nadal palące [14].

Według stanowiska grupy ekspertów zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem zespołu uzależnienia od tytoniu, po roku od zaprzestania palenia, ryzyko występowania incydentów sercowo-naczyniowych zmniejsza się prawie o połowę. Natomiast ryzyko zgonu po zawale serca w grupie pacjentów, którzy kontynuują palenie jest prawie dwukrotnie wyższe niż u osób, które zrezygnowały z nałogu [15]. Mechanizmy, w jakich zaprzestanie palenia tytoniu wpływa na zmniejszenie ryzyka powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego, są przedmiotem wieloletnich badań. Zerwanie z nałogiem powoduje m.in. zwiększenie podaży tlenu, zmniejszenie tendencji do kurczu naczyń, zmniejszenie stresu oksydacyjnego, redukcję LDL i trójglicerydów, wzrost HDL, poprawę funkcji śródbłonna naczyniowego, zmniejszenie tendencji do zakrzepów i zatorów [16]. Znaczenie, jakie przywiązuje się do skutecznego zwalczania palenia tytoniu, znalazło także swoje odbicie w wytycznych europejskiego i amerykańskich towarzystw kardiologicznych. Zalecenie zaprzestania palenia papierosów przez chorego i osoby z jego otoczenia umieszczone zostało w klasie I- B według AHA/ACC [17].

Powszechnie wiadomo, że zaprzestanie palenia tytoniu niesie liczne korzyści zdrowotne. Jednak porzucenie nałogu dla wielu pacjentów jest bardzo trudne. Jak wykazano w badaniu EUROASPIRE, aż 21% osób z udokumentowaną wcześniej chorobą niedokrwinną serca, paliło nadal albo wracało do palenia, pomimo świadomości swojej choroby [18]. Zaprzestanie palenia po epizodzie niedokrwienia mięśnia sercowego jest efektywną metodą profilaktyki wtórnej zawału i wiąże się ze znacznym zmniejszeniem śmiertelności w porównaniu z osobami palącymi. Zaleca się zaprzestanie palenia papierosów wszystkim chorym jeszcze w czasie hospitalizacji, jednak leczenie uzależnienia od tytoniu ciągle stanowi ogromne wyzwanie. Pacjenci zazwyczaj nie palą podczas leczenia szpitalnego, ale często bezpośrednio po wypisie, wracają do nałogu [19].

Nikotyna, jeden ze składników dymu tytoniowego, jest substancją wywołującą uzależnienie, co u osób palących manifestuje się przymusem jej używania [20]. Działanie uzależniające nikotyny sprawia, że często pacjenci, którzy podejmują próbę rzucenia palenia papierosów bez odpowiedniej motywacji i wsparcia, wracają do nałogu. Okres bezpośrednio po zawale mięśnia sercowego lub po inwazyjnych zabiegach kardiologicznych, sprzyja zaprzestaniu palenia, ponieważ w tym czasie palacze są najbardziej skłonni do zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń [4,5]. Wykazano, że zaprzestanie palenia w wieku 25-34 lat pozwala zyskać 10 lat życia w porównaniu z palącymi, a długość przeżycia jest porównywalna z niepalącymi mężczyznami. Rzucenie palenia w wieku 35-44 lat wiąże się z wydłużeniem życia średnio o 9 lat w porównaniu z palącymi nadal, w wieku 45-54 o 6 lat, a

w wieku 55-64 o 3 lata. U pacjentów z CHNS zaprzestanie palenia tytoniu zmniejsza ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych po 2–4 latach o ok. 35%. Natomiast po 10–15 latach, ryzyko to obniża się do poziomu osób nigdy niepalących [21]. Ponadto, jak opublikowali Critchley i Capewell (na podstawie przeglądu 665 prac i wyborze 20, w których uwzględniony był okres dwuletniej obserwacji), pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, którzy zaprzestali palenia mają o 36% mniejsze ryzyko przedwczesnego zgonu w porównaniu z nadal palącymi. Badacze dowiedli także, że rzucenie palenia powoduje istotną, ponad 40% redukcję ryzyka wystąpienia zawału serca nie zakończonemu zgonem [22].

Duże znaczenie w walce z nikotynizmem przypisuje się edukacji prozdrowotnej, której celem jest przede wszystkim przekazanie wiedzy pacjentom na temat szkodliwości palenia tytoniu oraz wzmocnienie motywacji do wyzbycia się nałogu lub przynajmniej zmniejszenia ilości wypalanych papierosów. Jedną z zalecanych metod edukacji jest indywidualna praca z pacjentem, dzięki której może on uzyskać podstawowe informacje, m.in. o szkodliwym wpływie palenia tytoniu na układ sercowo-naczyniowy, a także wsparcie i pomoc w walce z nałogiem. Nie bez znaczenia, szczególnie w pierwszym, najtrudniejszym etapie rzucania palenia, jest zastosowanie nikotynowych gum lub plastrów, a w długofalowym wspomaganie zaprzestania palenia, stosowanie leków przeciwdepresyjnych [15].

Warto podjąć trud walki z nikotynizmem, ponieważ rzucenie lub nawet ograniczenie palenia istotnie zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz ma duże znaczenie, zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej. U osób, które zerwały z nałogiem tytoniowym, zdecydowanie poprawia się także ogólny stan zdrowia.

Wnioski

1. Wśród pacjentów ze schorzeniami sercowo - naczyniowymi obserwuje się duże rozpowszechnienie palenia tytoniu
2. Wykazano, że zaprzestanie palenia niesie liczne korzyści zdrowotne, zmniejsza także ryzyko powikłań sercowo - naczyniowych
3. Bardzo ważnym narzędziem w walce z nałogiem wśród pacjentów ze schorzeniami układu sercowo - naczyniowego jest profesjonalna edukacja zdrowotna.

Piśmiennictwo:

1. Gielan S et al.: Rehabilitacja kardiologiczna [w:] Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Tom II. Camm AJ, Luschner TF, Serruys PW. (red), Blackwell Publishing Ltd, Oxford. Wydanie Polskie: Termedia 2006.
2. Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A. i wsp. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol* 2005; 63: 6 (supl. 4).
3. Sztuczka E., Szewczyk M T. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 1: 5–11.
4. Wojtowicz – Chomicz K., Lis E., Cichoż - Lach H. i wsp. Stopień uzależnienia od nikotyny pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Gastroenterologii SPSK 4 w Lublinie. *Przegl Lek* 2009 / 66 / 10,736-737.
5. Kawalec E., Malinowska – Lipień I., Brzostek T. i wsp. Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce – przegląd aktualnych badań. *Pielęg XXI w* I(18)/2007,113- 11.
6. Dżugan M., Juszczak M. Rakotwórcze substancje w dymie tytoniowym. *Zdr Publ* 2006, 116, 627.
7. Rosengren A., Wallentin L., Simoons M. et al. Cardiovascular risk factors and clinical presentation in acute coronary syndromes. *Heart* 2005; 91: 1141-7.
8. Gąsior M., Gierlotka M., Wasilewski J. i wsp. Wpływ palenia tytoniu na wczesne wyniki leczenia chorych z zawałem serca za pomocą angioplastyki wieńcowej. *Folia Kardiol* 2007; 10: 6.743-749
9. Kossak .J, Jędrzejczak M., Kossak D., Dudek T. Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia. *Med Rodz* 2008; 2, 78-85.
10. Kobus G., Małkińska E., Bachórzewska-Gajewska H. Czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Kardiologii* 2010; 5 (2): 87–92.
11. Pająk A., Szafraniec K., Janior M. i wsp. Wpływ ogólnopolskiego programu profilaktyki chorób układu krążenia na jakość pierwotnej prewencji chorób układu sercowo naczyniowego w praktyce klinicznej. *Kardiol Pol* 2010; 68,12:1332-1341
12. Owsiak M., Pelc – Nowicka A., Badacz L. I wsp. Częstość występowania czynników ryzyka sercowo- naczyniowego jest zwiększona u chorych z ostrym zespołem

- wieńcowym ze wskazaniami do leczenia doustnym antykoagulantem. *Kardiologia Polska* 2011; 69,9:907-912.
13. Tonstad S. Smoking cessation: how to advise the patient. *Heart*, 2009; 95: 1635–1640.
 14. Wilhelmsen C., Elmfeldt D., Vedin JA. et al. Smoking and Myocardial Infarction. *Lancet* 1975; 1:415-420.
 15. Zatoński W., Jankowski P., Banasiak W. i wsp. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu” *Kardiologia Polska* 2011; 69, 1: 96–100.
 16. Jaxa -Chamiec T. Prewencja wtórna schorzeń sercowo-naczyniowych jako stały element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. *Post Nauk Med* 10/2008, 677-697.
 17. Smith SC et al. AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:2130-2139.
 18. EUROASPIRE I and II Group. Clinical Reality of Coronary Prevention Guidelines: a Comparison of EUROASPIRE I and II in Nine Countries. *European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events*. *Lancet* 2001; 357:995-1001.
 19. Strzelak A. Modyfikacja stylu życia w profilaktyce wtórnej choroby niedokrwiennej serca u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia Polska* na co Dzień 2008; 3 (4): 105–108.
 20. Piekoszewski W., Florek E. Tytoń w liczbach na początku nowego stulecia. *Przeegl Lek* 2006, 63,823.
 21. Bała M., Leśniak W. Skuteczność nefarmakologicznych metod leczenia uzależnienia od tytoniu - metaanaliza. *Pol Arch Med Wewn* 2007; 117: 1–8.
 22. Critchley JA., Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary artery disease: a systemic review. *JAMA* 2003; 290:86-97.

Adres do korespondencji:

Uniwersytet Rzeszowski

Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,

ul Al. mjr. W. Kopisto 2 a, 35-310 Rzeszów

tel. 17 872 1111, sekretariat_ipnz@ur.edu.pl

Lucyna Boratyn – Dubiel, tel. 660856878, l.dubiel@poczta.onet.pl

EMOCJONALNE OBJAWY ZWIĄZANE Z ZESPOŁEM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELEŃNIAREK PRACUJĄCYCH W SZPITALACH NA PODBESKIDZIU

Jolanta Borgosz¹, Bogusława Kupczak-Wiśniowska¹, Izabela Lichańska-Góra¹, Renata Pięta²,
Beata Podsiadło³, Renata Mroczkowska⁴, Bogusława Serzysko^{5,6}

¹Bielskie Centrum Onkologii – Szpital Miejski w Bielsku-Białej

¹Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Centrum Leczenia Oparzeń Siemianowice Śląskie

³Zakład Propedeutyki Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁴Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁵Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

⁶Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego Dąbrowa Górnicza, Wydział Społeczno - Medyczny

Wstęp. Praca z „ludźmi i dla ludzi” powoduje duże napięcie i stres, które w stanie chronicznym może przyczynić się do ujawnienia zjawiska, jako wypalenie zawodowe. Konsekwencją długotrwałego stresu, poczucia niespełnienia i braku pozytywnego realizowania się w zawodzie są rozmaite zaburzenia somatyczne i psychiczne obejmujące sferę emocji, funkcjonowanie w poszczególnych rolach społecznych oraz sferę wartości (Leszczyńska, 2006, s.31-32). Działalność zawodowa może stanowić źródło satysfakcji i samorealizacji, ale również frustracji i niezadowolenia (Lewandowska, Litwin, 2009, s.86-89). Alana Pines definiuje wypalenie jako: „stan fizycznego, emocjonalnego i umysłowego wyczerpania przejawiającego się poprzez chroniczne zmęczenie, któremu towarzyszy negatywna postawa wobec pracy, ludzi i życia, poczucie bezradności oraz beznadziejność położenia. Obniżona samoocena manifestuje się poczuciem własnej nieadekwatności, niekompetencji i zniechęceniem (Sapilak, Steciwko, 2002, s.337-341). Cristina Maslach

wyróżnia objaw wyczerpania emocjonalnego prowadzące do depersonalizacji, a następnie do poczucia braku osiągnięć osobistych. Charakterystyczne dla tego wymiaru są: poczucie ogólnego zmęczenia, brak naturalnej energii i zapału do działania, brak radości życia, zwiększona drażliwość oraz impulsywność (Tucholska, 2001, s.301-317).

Cel pracy. Celem pracy była analiza dominujących objawów emocjonalnych wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w podmiotach działalności leczniczej na Podbeskidziu.

Materiał i metody. W celu realizacji założonego celu przeprowadzono badania ankietowe, skierowane do pielęgniarek, pracujących w szpitalach na Podbeskidziu w oddziałach: zabiegowych, zachowawczych, intensywnej terapii i izbie przyjęć. Narzędziem użytym do oceny częstości występowania fizycznych objawów wypalenia zawodowego była ankieta opracowana w oparciu o kwestionariusz Christiny Maslach. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu STATISTI 6.1 PL for Windows XP, co pozwoliło na uzyskanie średnich wartości badanych parametrów, a także określenie 95,0% przedziału ufności. Różnice częstości występowania poszczególnych objawów określono za pomocą testu różnicy między dwoma wskaźnikami struktury-dwustronnego, test X^2 .

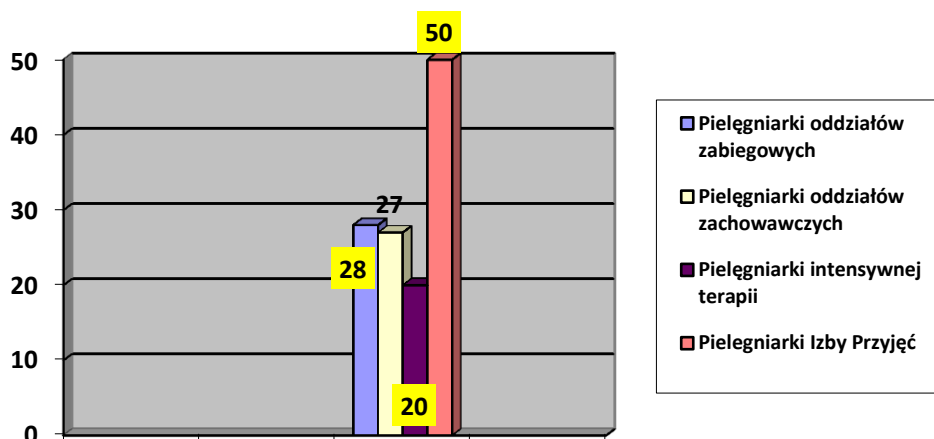
Wyniki badań.

Badaniami ankietowanymi objęto 140 pielęgniarek pracujących w szpitalach na Podbeskidziu w oddziałach: zabiegowych, zachowawczych, intensywnej terapii i izbie przyjęć. Najlichnieszą grupę zawodową (43,6%) stanowiły pielęgniarki w wieku 22 - 58 lat natomiast najmniej liczną (10,7%) respondentki powyżej 51 i więcej. Staż pracy pielęgniarek był zróżnicowany. Najlichnieszą grupę (39,3%) stanowiły pielęgniarki pracujące od 11 do 20 lat, najmniej (2,9%) pielęgniarki pracujące do 1 roku. Wśród badanych pielęgniarek w systemie jednozmianowym pracowało 17 pielęgniarek, co stanowi 12,1%, podczas gdy zdecydowana większość 123 pielęgniarki (87,9%) pracowała w systemie zmianowym, przede wszystkim 12-godzinny system pracy. Wykazano, iż 77,9% pielęgniarek posiadało wykształcenie średnie, a 22,1% wykształcenie wyższe.

Pielęgniarki pracujące w poszczególnych oddziałach nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia, stażu oraz systemu pracy.

Częstość występowania emocjonalnych objawów związanych z zespołem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek w analizowanych poszczególnych miejscach pracy przedstawiają ryciny 1-5 oraz tabele 9-12. Jak zilustrowano w rycinie 1 największy odsetek stanowiły pielęgniarki izby przyjęć, które deklarowały niemożność zrelaksowania się po

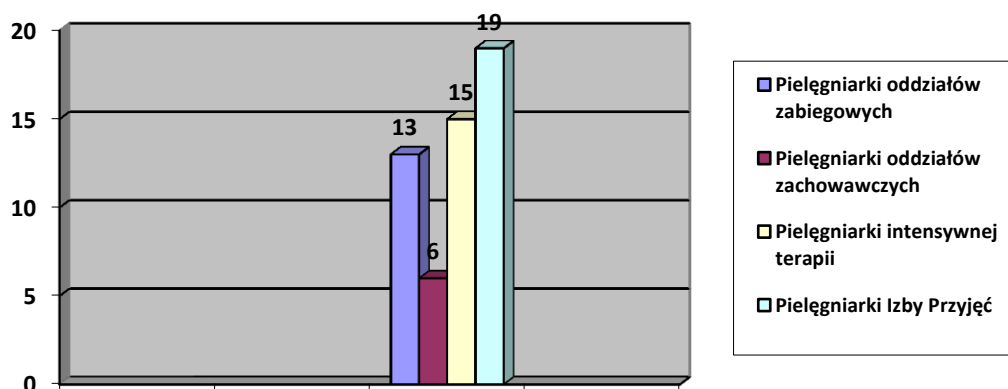
wysiłku fizycznym. Częstość ta jest znamienne większa od częstości występowania wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych i zachowawczych.



$p=0,0217$ vs pielęgniarki intensywnej terapii

Rycina 1. Pielęgniarki deklarujące niemożność zrelaksowania się po wysiłku fizycznym.

Z powyższej ryciny wynika, iż pielęgniarki nie potrafią się zrelaksować po pracy, co potwierdzają otrzymane wyniki badań. Z wyników wynika, że występują niewielkie różnice pomiędzy pielęgniarkami oddziałów zabiegowych (28,6%) i zachowawczych (27,5%). Natomiast pielęgniarki Izby Przyjęć stanowią najliczniejszą grupę (52,4%), które nie umieją się zrelaksować. Być może wynika to z intensywności i przemęczenia bądź nie znajomości technik relaksu.



Rycina 2. Częstość sięgania po „fachową” literaturę przez pielęgniarki.

Według uzyskanych wyników częstość sięgania po „fachową” literaturę przez pielęgniarki jest nie wielki. Najmniejszy odsetek stwierdza się w grupie pielęgniarek pracujących w oddziałach zachowawczych (5.9%). Chociaż nie stwierdza się cech

znamienności statystycznej w porównaniu do pielęgniarek innych oddziałów, jest on w porównaniu z innymi wyraźnie niższy.

Tabela 1. Deklarowanie odczuwania obniżonego nastroju i poczucia znużenia przez ankietowane pielęgniarki.

Wyszczególnienie	n	%
Pielęgniarki oddziałów zabiegowych	42	52,4
Pielęgniarki oddziałów zachowawczych	51	68,6
Pielęgniarki intensywnej terapii	26	57,7
Pielęgniarki Izby Przyjęć	21	81,0#

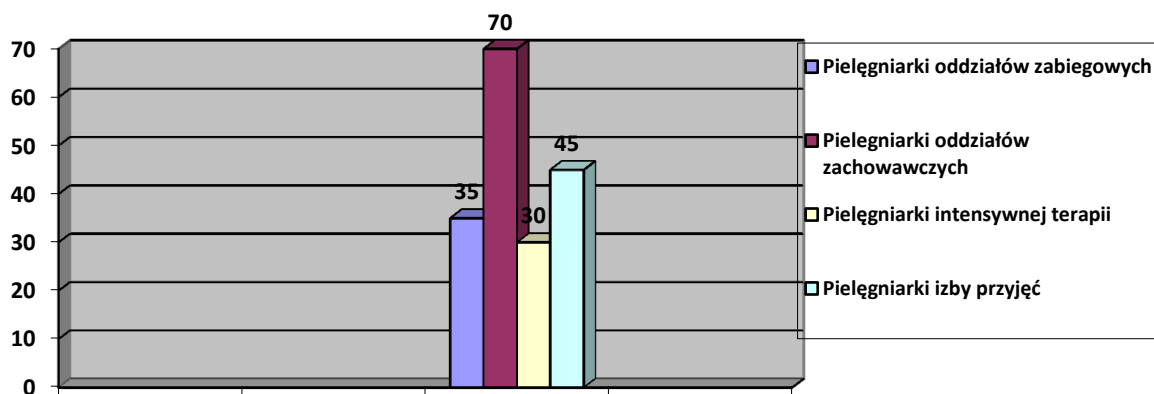
p= 0,0293 vs pielęgniarki oddziałów zabiegowych

Z tabeli 1 wynika, iż 81,0% pielęgniarek izby przyjęć odczuwa obniżony nastrój, co świadczy o znamienności statystycznej w porównywaniu do innych grup pielęgniarek. Obniżony nastrój występuje również u pielęgniarek oddziałów zachowawczych (68,6%), intensywnej terapii (57,7%), oddziałów zabiegowych (52,4%).

Tabela 2. Deklarowane zmiany nastroju od apatii do agresji.

Wyszczególnienie	n	%
Pielęgniarki oddziałów zabiegowych	42	33,3
Pielęgniarki oddziałów zachowawczych	51	54,9
Pielęgniarki intensywnej terapii	26	38,5
Pielęgniarki Izby Przyjęć	21	47,6

Przedstawione wyniki w tabeli 2 pokazują, że 54,9% respondentek oddziałów zachowawczych zaobserwowało u siebie zmiany nastroju od apatii do agresji, 47,6% pielęgniarek izby przyjęć, 38,5% intensywnej terapii i tylko 33,3% oddziałów zabiegowych. Różnice występujące pomiędzy poszczególnymi pielęgniarkami pracującymi w zróżnicowanych oddziałach jest mała i nie nosi cech znamienności statystycznej.



p= 0,0016 vs pielęgniarki intensywnej terapii

*p=0,08 vs pielęgniarki izby przyjęć

!p=0,0015 vs pielęgniarki oddziałów zabiegowych

Rycina 3. Odsetek pielęgniarek deklarujących wystąpienie przygnębienia spowodowanego wykonywaną pracą.

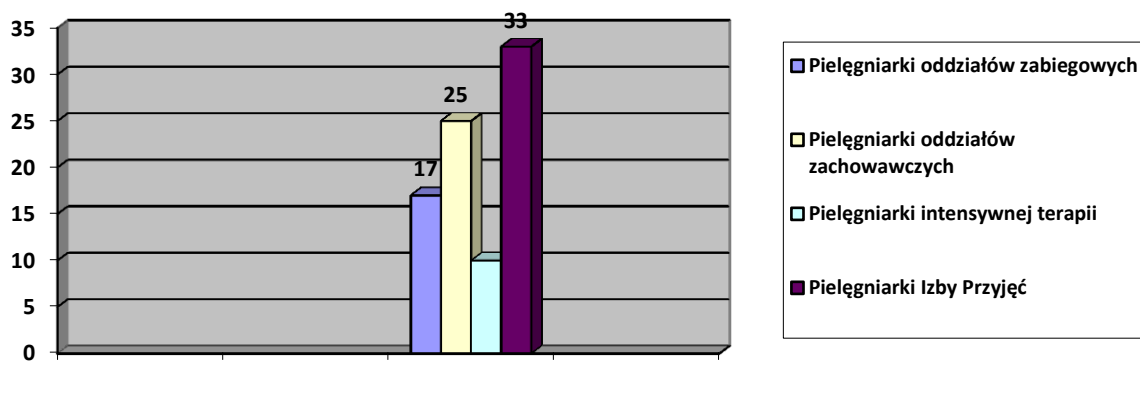
Powyższa rycina przedstawia odsetek pielęgniarek deklarujących wystąpienie przygnębienia spowodowanego wykonywaną pracą. Odsetek ten jest znamienne większy w porównaniu do pielęgniarek oddziału intensywnej terapii i oddziałów zabiegowych i na pograniczu znamienności statystycznej z izbą przyjęć.

Tabela 3. Zrażanie się niepowodzeniami, to kolejny objaw emocjonalny, który deklarowały ankietowane pielęgniarki.

Wyszczególnienie	n	%
Pielęgniarki oddziałów zabiegowych	42	33,3
Pielęgniarki oddziałów zachowawczych	51	49,0#
Pielęgniarki intensywnej terapii	26	19,2
Pielęgniarki Izby Przyjęć	21	28,6

#p=0,0127 vs pielęgniarki intensywnej terapii

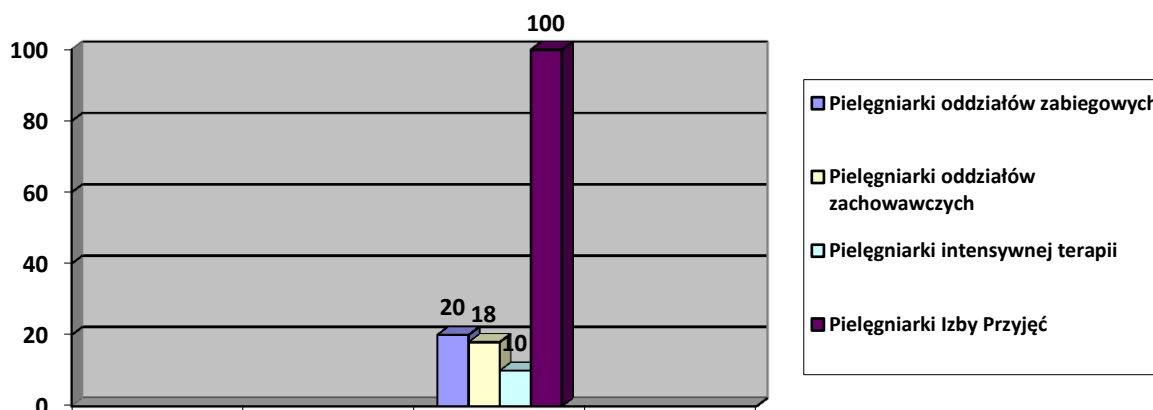
Jak wynika z powyższej tabeli prawie $\frac{1}{2}$ (49,0%) pielęgniarek oddziałów zachowawczych deklaruje zrażanie się niepowodzeniami. Częstość ta jest znamienne większa od częstości występowania owych objawów wśród pielęgniarek pozostałych oddziałów.



p= 0,0877 vs pielęgniarki intensywnej terapii

Rycina 4. Odsetek pielęgniarek deklarujące poczucie pustki i braku celu w codziennych działaniach.

Jak wynika z ryciny 4, 33,3% pielęgniarek izby przyjęć odczuwa poczucie pustki i braku celu w porównaniu do pozostałych pielęgniarek. Różnice te są na pograniczu znamienności statystycznej.



Rycina 5. Zadeklarowane przez pielęgniarki osamotnienie, a także unikanie spotkań towarzyskich

Z badań wynika, iż niepokojącym objawem związanym z emocjami jest zadeklarowane przez pielęgniarki izby przyjęć osamotnienie (100%), a także unikanie spotkań towarzyskich. Częstość ta jest znamienne większa od częstości występowania owych objawów wśród pielęgniarek pozostałych oddziałów.

W tabeli 4 przedstawiono częstość występowania poszczególnych objawów emocjonalnych wypalenia zawodowego pielęgniarek pracujących w różnych oddziałach. W wyniku przeprowadzonych badań odnotowano: niemożność zrelaksowania po wysiłku

fizycznym na co uskarżało się 52,4% pielęgniarek izby przyjęć, 27,5% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 19,2% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 28,6% pielęgniarek oddziału zabiegowego. Natomiast częstość sięgania po literaturę „fachową” zadeklarowało 19,0 % pielęgniarek izby przyjęć, 5,9% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 15,4% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 11,9% pielęgniarek oddziału zabiegowego. Odczuwanie znużenia i obniżonego nastroju zauważyło u siebie aż 81,0% pielęgniarek izby przyjęć, 68,6% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 57,7% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 52,4 % pielęgniarek oddziału zabiegowego. Odczuwanie zmian nastroju 47,6% pielęgniarek izby przyjęć, 54,9% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 38,5% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 33,3 % pielęgniarek oddziału zabiegowego Stany przygnębienie spowodowane pracą odczuwało 47,6% pielęgniarek izby przyjęć, 70,0% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 28,6% pielęgniarek izby przyjęć, 49,0% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 19,2% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 33,3 % pielęgniarek oddziału zabiegowego 30,8% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 35,7 %,.. Również jako czynnik wpływający na stany emocjonalne - zrażanie niepowodzeniami zadeklarowało 28,6% pielęgniarek izby przyjęć, 49,0% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 19,2% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 33,3 % pielęgniarek oddziału zabiegowego, poczucie pustki i braku celu 33,3% pielęgniarek izby przyjęć, 25,5% pielęgniarek oddziału zachowawczego, 11,5% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 19,0 % pielęgniarek oddziału zabiegowego. Osamotnienie czy unikanie spotkań towarzyskich zadeklarowało 100,0% pielęgniarek izby przyjęć, 17,6 % pielęgniarek oddziału zachowawczego, 11,5% pielęgniarek oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, 21,4 % pielęgniarek oddziału zabiegowego.

Tabela 4. Częstość (w odsetkach) występowania poszczególnych objawów emocjonalnych u 140 pielęgniarek pracujących na poszczególnych oddziałach.

Wyszczególnienie	Pielęgniarki oddziałów zabiegowych n=42	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych n=51	Pielęgniarki intensywnej terapii n=26	Pielęgniarki Izby Przyjęć n=21
Umiejętność zrelaksowania	28,6	27,5	19,2	52,4
Czytanie pism i książek zawodowych	11,9	5,9	15,4	19,0
Odczuwanie znużenia i obniżonego nastroju	52,4	68,6	57,7	81,0
Odczuwanie zmian nastroju	33,3	54,9	38,5	47,6
Przygnębienie spowodowane pracą	35,7	70,0	30,8	47,6
Zrażanie się niepowodzeniami	33,3	49,0	19,2	28,6
Poczucie pustki i braku celu	19,0	25,5	11,5	33,3
Osamotnienie, unikanie spotkań towarzyskich	21,4	17,6	11,5	100,0
Średni odsetek	29,5	40,0+	25,4	51,2

Dyskusja

Wyczerpanie emocjonalne dotyczy poczucia przeciążenia na skutek kontaktów z innymi. Zaczynają dominować objawy psychosomatyczne takie jak: ból głowy, niechęć do pracy czy unikanie zainteresowania sprawami dotyczącymi samej pracy (Mroczkowska, Serzysko, 2013, s.20-22), dlatego najczęściej dotyczą zawody medyczne. Zawód pielęgniarki jest związany z narażeniem na rozwój objawów emocjonalnych wypalenia zawodowego. Profesja ta wymaga stałej i pełnej dyspozycyjności psychofizycznej pomimo obciążeń związanych z zapewnieniem wysokiej jakości opieki medycznej (Anczewska, Roszyńska, 2004). Objawy wypalenia zawodowego w oparciu o literaturę są związane z wieloma sferami życia. Z badań przeprowadzonych w Polsce i na świecie wynika, że największe narażenie na wypalenie zawodowe występuje wśród personelu medycznego i najczęściej dotyczy pielęgniarek. Pielęgniarka pracuje w sytuacji silnego i długotrwałego napięcia emocjonalnego, stykając się z różnorodnymi problemami pacjentów natury zdrowotnej, psychologicznej i społecznej (Grzegorzewska, 2008, s.20-21).

Maslach i Jackson określają wypalenie zawodowe „jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” (Maslach, 2007, s.15). Niewątpliwie wypalenie zawodowe nie jest zjawiskiem łatwym do opisanego w jednoznaczny sposób, chociażby ze względu na jego wielowymiarowość. Ponadto na podstawie przeprowadzonych badań ankietowanych, trudno jest zobiektywizować stopień nasilenia, a jedynie ich występowanie. Innym stopniem trudności w interpretacji badań spowodowany jest również fakt, że poszczególne pielęgniarki nie zawsze prezentowane przez nie objawy wiązały z wypaleniem zawodowym. W celu zminimalizowania tego błędu systemowego, ankietę opracowano na podstawie objawów ostrzegawczych umieszczonych w dostępnej literaturze. Badania, które zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek, pozwoliły na zdiagnozowanie objawów sfery emocjonalnej, które subiektywnie odczuwały. Otrzymane wyniki badań empirycznych są w dużym stopniu porównywalne z wynikami zawartymi w dostępnych opracowaniach naukowych.

W badaniach własnych przeprowadzonych na grupie 140 pielęgniarek największy odsetek stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym 31-40 lat, co stanowiło 43,6%. Staż pracy był zróżnicowany. Najliczniejszą grupą 39,3%, stanowiły pielęgniarki w przedziale od 11 do 20 lat. Większość pracowała w systemie zmianowym, bo aż 87,9%. Nadrzędnym problemem badawczym była próba odpowiedzi na pytanie, które objawy wypalenia zawodowego dominują wśród obserwowanych u siebie przez badany personel. Uwzględniając fizyczne warunki pracy w poszczególnych oddziałach i ich wpływ na ograniczenie regeneracji się w związku ze zmęczeniem pracą ułatwia zrozumienie mechanizmów, które powodują jego negatywne konsekwencje takie jak zmęczenie oraz narastanie objawów sfery emocjonalnej (Cox, Griffiths, Rial-Gonzales, 2000).

Innym czynnikiem predysponującym do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego w badanej grupie, mógł być między innymi nieregularny czas pracy. Badania Hoffman i Scotta wykazały, iż charakter pracy zmianowej przyczynia się do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego (Grzegorzewska, 2008, s. 20-21). Jednym z wielu czynników predysponujących do rozwoju wypalenia zawodowego jest stres, który występuje w środowisku pielęgniarek z powodu dużej odpowiedzialności za wartości, jakie jest życie i zdrowie człowieka (Głowacka, Nowakowska, 2006, s.126-129). W konsekwencji dochodzi do zniechęcenia, wzrostu napięcia, pojawia się niezadowolenie i brak motywacji.

Objawy wypalenia zazwyczaj ewoluują w czasie i stopniowo narastają. Mogą obejmować sferę psychiczną lub fizyczną (Grab, 2000, s.4-6) W badaniach przeprowadzonych przez

Kędra i Sanak, czynnikami wywołującymi stres decydującym w dużym stopniu okazała się odpowiedzialność za zdrowie i życie drugiego człowieka oraz nadmiar obowiązków. (Kędra, Sanak, 2013, s.119-132).

W przedstawionych badaniach własnych najczęściej występującymi objawami emocjonalnymi związanymi z zespołem wypalenia wymienione przez respondentki były: odczuwanie znużenia i obniżonego nastroju, które były u 52,4% pielęgniarek oddziałów zabiegowych, 57,7% pielęgniarek intensywnej terapii, 68,6% pielęgniarek oddziałów zachowawczych oraz 81% pielęgniarek izby przyjęć. Odczuwanie zmian nastroju zadeklarowało 33,3% pielęgniarek oddziałów zachowawczych, 38,5% intensywnej terapii, 54,9% oddziałów zachowawczych oraz 47,6% pielęgniarek izby przyjęć. Przygnębienie spowodowane pracą wymieniło 35,7% pielęgniarek oddziałów zabiegowych, 30,8% intensywnej terapii, 70% pielęgniarek oddziałów zachowawczych oraz 47,6% izby przyjęć. Poczucie pustki i braku celu największy odsetek zadeklarowało 33,3% pielęgniarek oddziałów izby przyjęć. Osamotnienie, unikanie spotkań towarzyskich również największy odsetek wymieniło 100% pielęgniarek izby przyjęć. Zrażanie niepowodzeniami wymieniło 33,3% pielęgniarek oddziałów zabiegowych, 19,2% pielęgniarek intensywnej terapii, 49% pielęgniarek oddziałów zachowawczych oraz 28,6% izby przyjęć. Podobnie przedstawiały się wyniki przeprowadzonej analizy przez Kędra oraz Sanak. Najczęściej obserwowanymi objawami, sfery emocjonalnej, występującymi z dużą częstotliwością były: bezradność, bezsilność - 41 wskazań, poczucie zawodu i rozczarowania - 39 wskazań, depresyjność i obniżenie nastroju - 30 wskazań, irytacja spowodowana drobnymi problemami w pracy - 24 wskazania (Kędra, Sanak, 2013, s.119-132). Lewandowska i Litwin, odnotowały następujące objawy: rozdrażnienie, na które skarżyło się 46% badanych, obniżony nastrój zauważyło u siebie 46%, brak motywacji 35%, brak entuzjazmu 30%, bezradność i bezsilność 14%, uczucie gniewu i złości odczuwało 19% (Lewandowska, Litwin, 2009, s.86-89). W badaniach Ramuszewicz i wsp. dominującymi objawami natury psychicznej były zaburzenia snu 30% oraz drażliwość i obniżenie nastroju 17% (Ramuszewicz, Krajewska - Kułak, i wsp, 2004, s.25-30). Również w badaniach przeprowadzonych przez Uchmanowicz, Jankowska-Polańska i Bronowicka 60% ankietowanych jako częsty objaw wyczerpania emocjonalnego wskazało zmęczenie, obniżenie nastroju 47% i 45% szybka irytację (Uchmanowicz, Jankowska-Polańska, Bronowicka, 2013, s.481).

W badaniach przeprowadzonych przez Basińską i Wilczek – Rużyczką wynikało, że pielęgniarki doświadczające w swojej pracy stresu zawodowego były bardziej wyczerpane

emocjonalnie i miały większą skłonność do przyjmowania cynicznych postaw (Basińska B, Wilczek -Rużyczka, 2006, s.11-12).

Charakter i specyfika pracy na różnych oddziałach w różnym stopniu wpływały na nasilenie emocjonalnych objawów wypalenia zawodowego. W badaniach własnych wykazano, że syndrom wypalenia zawodowego, w każdej z czterech badanych grup rozwinął się w różnym nasileniu. Wśród pielęgniarek pracujących w izbie przyjęć i oddziałach zachowawczych dominowały najczęściej objawy związane z: odczuwaniem znużenia i obniżonym nastrojem, odczuwaniem zmian nastroju, przygnębieniem spowodowanym pracą, wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych z mniejszą częstotliwością wystąpiły objawy związane z odczuwaniem znużenia i obniżonego nastroju oraz przygnębieniem związanym z pracą, natomiast z większą częstotliwością, niż u pielęgniarek izby przyjęć wystąpił objaw związany ze zrażaniem spowodowanym niepowodzeniami. Wśród pielęgniarek intensywnej terapii dominował objaw związany z odczuwaniem znużenia i obniżonego nastroju. Podobne wyniki dotyczące problemu wśród pielęgniarek pracujących w dwóch szpitalach na różnych oddziałach uzyskali Orzechowska i wsp. W grupie 53 pielęgniarek zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu, prawie połowa 49% odczuwała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego (Orzechowska, Talarowska, Drozda i wsp., 2008, s. 150,507).

Wyniki uzyskanych badań sugerują najczęstsze wystąpienie objawów wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w izbie przyjęć. Wy tłumaczyć je można tym, że praca w izbie przyjęć związana jest z dużą odpowiedzialnością za stan zdrowia pacjentów będących w różnym stanie zagrożenia życia, szybkością podejmowania samodzielnych decyzji, dużą ilością niezdiagnozowanych pacjentów, częstym wykonywaniem czynności niezwiązanych bezpośrednio z pacjentem, obciążeniem pracą administracyjną, rosnącą agresją pacjentów. Ponadto Izba Przyjęć jest miejscem pracy, gdzie pielęgniarki narażone są cały czas na stres i w konsekwencji ujawnieniem się objawów wyczerpania emocjonalnego.

Należy pamiętać, że choroba nadmiernego zaangażowania przyczynia się do patrzenia na siebie i swoje działania z perspektywy bezradności i braku wpływu na nie. Człowiek zaczyna nie wierzyć w swoje umiejętności, proste czynności wykonuje od zniechęcenia (Mroczkowska, Serzysko, 2013, s.12-13), dlatego istotne jest, by objawy wyczerpania emocjonalnego szybko zostały uchwycone i nie dopuszczono do ich nadmiernego rozwoju. Osoby z wypaleniem emocjonalnym lub subiektywnymi jego objawami, powinni mieć korzystać z technik relaksu, które wpłyną na minimalizację powyższych objawów oraz na lepsze samopoczucie, co odzwierciedli się w wykonywanej pracy.

Wnioski.

1. Wiek, jak i staż pracy respondentek nie wpłynął znacząco na częstość występowania syndromu wypalenia zawodowego.
2. Pielęgniarki pracujące w różnych oddziałach różniły się między sobą częstością występowania objawów wypalenia zawodowego.
3. Miejsce pracy wpływało na pojawienie się objawów emocjonalnych wypalenia zawodowego.
4. Najczęściej dominującymi objawami sfery emocjonalnej wypalenia zawodowego było: odczuwanie znużenia i obniżonego nastroju, osamotnienie a także unikanie spotkań towarzyskich, przygnębienie spowodowane pracą, odczuwanie zmian nastroju, zrażanie się niepowodzeniami, poczucie pustki i braku celu.
5. Częstość występowania objawów emocjonalnych wypalenia zawodowego była największa wśród pracowników izby przyjęć i oddziałów zachowawczych.

Bibliografia

1. Anczakowska M., Roszczyńska J.: Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2004,14,27:37 ISBN 978-83-7405-296-2
2. Basińska B., Wilczek – Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych Burnout, fatigue In surgical nurses 2006,11-12
3. Cox, T., Griffiths, A., & Rial – Gonzales, E. (2000). Research. Research on work – related stress. European Agency for Safety and Health AT Work. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
4. Głowacka M.D., Nowakowska I.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek – niebezpieczeństwa, koszty i sposoby zapobiegania.: Pielęgniarstwo Polskie 2006,2:126-129 ISSN 0860-8466
5. Grab S.: Zmęczenie pracą czy zawodowe wypalenie? Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 2000,4:4-6
6. Grzegorzewska M. Zawód nadmiernie obciążony.: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2008,3:20-21
7. Kędra S, Sanak K., Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek.: Piel. Zdr. Publ.2013,3,2,119-132 ISSN 2082-9876

8. Leszczyńska A.: Zaburzone relacje i niedopasowanie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2006,3:31-32
9. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki.: Annales 2009; 55,3,86-89.
10. Maslach C. Wypalenie w pespektywie wielowymiarowej. W: Sęk H(red.) Wypalenie zawodowe przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2000:13-31
11. Mroczkowska R., Serzysko B. Choroba nadmiernego zaangażowania, czyli wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki i położnej. Nasze Sprawy. Miesięcznik - Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Katowice marzec 2013, s.12-13 cz.1
12. Mroczkowska R., Serzysko B. Choroba nadmiernego zaangażowania, czyli wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki i położnej. Nasze Sprawy. Miesięcznik - Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Katowice kwiecień 2013, s.20-22 cz.2
13. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. i wsp. Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. Pol. Merk. Lek. 2008: XXV;150,507
14. Ramuszewicz m., Krajewska – Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C. Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. Pielęg. XXI w 2004;3(8):25-30
15. Sapilak B.J., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe-predyspozycje, objawy, przeciwdziałanie. Polska Medycyna Rodzinna 2002, 1:27-28
16. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcje wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. Przegląd Psychologiczny 2001, Tom 44,3:301-317
17. Uchmanowicz I, Jankowska – Polańska B, Bronowicka G.: Problemy Pielęgniarstwa 2013;21(4):481.ISNN 1233-9989.

Adres do korespondencji:

Jolanta Borgosz

Beskidzkie Centrum Onkologii w Bielsku-Białej,

ul. Wyspiańskiego 21,

43-300 Bielsko-Biała

tel. 508 295 642

e-mail: jolaborg@wp.pl

HORIZONT

^{1,2} Andrea Bratová, ^{2,3} Jozef Vago, ² Oľga Salmová, ^{2,3} Jana Vagová

¹Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

²Slovenský Červený kríž

³Alfa Rescue

Abstrakt

Príspevok prezentuje činnosti zdravotníckej služby ozbrojených síl spolu s asistenciou Slovenského Červeného kríža a ostatných zložiek ozbrojených síl, ozbrojených zborov, ktoré vykonali takticko-poradové cvičenie „Nový horizont 2015“. Cvičenie sa konalo 27. – 29.7.2015 v priestore Koliňanský vrch a kasárne Nitra Krškany. Zameranie cvičenia smerovalo k vysoko aktuálnej problematike migrantov. Špecifikovali sme sa na identifikáciu ohrozenia, ktoré by mohli vzniknúť pri reálnom spoločnom nasadení, stanovenie zodpovednosti a právomocí v rámci reťazca velenia, a riadenia, hodnotením spôsobilostí, súčinnosti medzi zložkami, a návrhom opatrení. Činnosti boli vyhodnotené najmä s aspektom na možné zdravotné hrozby, ktoré by pravdepodobne vznikli pri nasadení síl a opatrenia zdravotníckej ochrany síl, ktoré by vykonávala zdravotnícka služba v súčinnosti s ostatnými nasadenými zložkami.

Kľúčové slová: Ošetrovanie. Migranti. Cvičenie. Multiodborová spolupráca. Slovenský Červený kríž. Humanitárna jednotka.

Úvod

V dňoch 27. – 29.7.2015 sa konalo takticko-poradové cvičenie „Nový horizont 2015“ v priestore Koliňanský vrch a kasárne Nitra Krškany. Zameranie cvičenia smerovalo k vysoko aktuálnej problematike migračnej krízy a migrantov.

Počas cvičenia sme sa špecifikovali na identifikáciu ohrozenia, ktoré by mohli vzniknúť pri reálnom spoločnom nasadení, stanovenie zodpovednosti a právomocí v rámci reťazca velenia, a riadenia, hodnotením spôsobilostí, súčinnosti medzi zložkami, a návrhom opatrení. Pre potreby cvičenia bol vytvorený tábor, ktorý bol vybudovaný na základe požiadaviek, ktoré boli stanovené v priebehu plánovacích konferencií k pripravovanému cvičeniu (1).

Jadro

V rámci spôsobilosti sme zabezpečovali primárnu zdravotnú starostlivosť, odbornú prvú pomoc, stabilizáciu a transport ranených s ich ošetrovaním (2). Bezpečnostné riziká v prípade reálneho zásahu súvisia s tým, že v rámci pracoviska stanu BRIOB (brigádne obväzisko) sú umiestnené ostré predmety (injekčné ihly, nožnice a iné zdravotnícke pomôcky), ktoré môžu byť použité, ako improvizované chladné zbrane. Zároveň ide o miesto kde je riziko šírenia prenosných ochorení, nakoľko dochádza ku kríženiu trás epidemiologicky závažných činností akými sú príprava a podávanie stravy, poskytovanie zdravotnej starostlivosti a izolácia chorých (viď mapa na obrázku 1). V priestoroch stanu sa okrem toho zhromažďuje aj odpad, ktorý vzniká pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (použité injekčné ihly a pod.), takže ide opäť o možné bodné zbrane, v tomto prípade ešte navyše kontaminované biologickým materiálom (1).

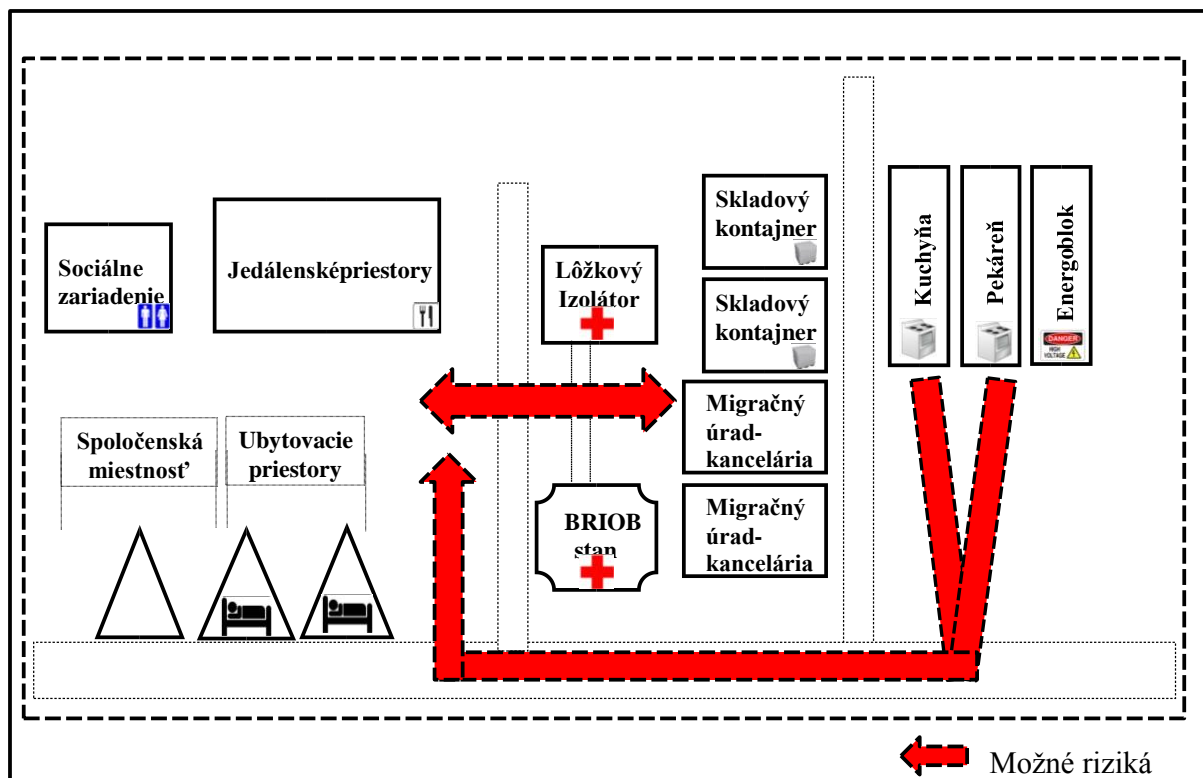
V BRIOB stane dominantné úlohy riešili príslušníci Slovenského Červeného kríža. Avšak je tu riziko, nakoľko zloženie tímu tvoria dobrovoľníci a nemajú veľké skúsenosti s manažmentom bezpečnostných rizík, ktoré sa môžu pri činnosti takéhoto tábora vyskytnúť. V prípade reálnej situácie bude tábor v správe Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky, v ktorom budú plniť asistenčné úlohy aj príslušníci zdravotníckej služby, ktorí pravdepodobne nebudú ozbrojení služobnou zbraňou je takéto ohrozenie potrebné pri plánovaní tábora zvážiť. Veľký otáznik pre nás predstavujú tieto situácie, pričom je vo všeobecnosti známy názor, že sa zástupcovia bezpečnostných komunit plne nestotožňujú s tvrdením, že migranti umiestnení v táboroch nepredstavujú žiadne bezpečnostné riziká. V prípade, že dôjde k nasadeniu OS SR bude už pravdepodobne potrebné aplikovať výraznejšie represívne prostriedky na nastolenie verejného poriadku a ochranu verejného zdravia.

Dôležité je v rámci činnosti tábora zvážiť aj kompetencie náčelníkov alebo vedúcich vybraných stanovísk/služieb, nakoľko pri cvičení samotnom sa vo viacerých prípadoch vyskytla nejasnosť, kto rozhodne kedy má byť špecifický úkon alebo úloha splnená. V prípade spolupráce s členmi Slovenského Červeného kríža bola spolupráca pri plnení úloh bezproblémová a po vysvetlení jednotlivých bezpečnostných rizík, a spôsoboch fungovania ozbrojených síl, bolo velenie a riadenie v danej situácii vždy vykonané po dohode zástupcov oboch zložiek. Pri praktickej realizácii vykonávaní činností bude bezpodmienečne nevyhnutné určiť jednu zodpovednú osobu, ktorá bude riadiť činnosť konkrétneho pracoviska alebo vykonávanej činnosti (1).

Hlavnou úlohou zdravotnej starostlivosti bolo vykonávať zdravotnícke zabezpečenie v súčinnosti s príslušníkmi Slovenského Červeného kríža za materiálnej podpory OS SR.

Plnenie úloh prebiehalo koordinovane a takmer všetci zúčastnení boli zdravotníckymi pracovníkmi, preto nebolo potrebné do priebehu ukážky žiadnym spôsobom zasahovať alebo inak ovplyvňovať činnosť pracoviska. U príslušníkov Slovenského Červeného kríža panovalo plné nasadenie a ochota podriadiť sa podmienkam špecifického prostredia, spôsobom komunikácie a velenia, bez toho aby tieto zásahy do ich fungovania ohrozili postihnuté osoby alebo fungovanie pracoviska.

Obrázok 1 Možné bezpečnostné a zdravotné riziká – Záchytný utečenecký tábor v správe Migračného úradu MV SR „Nový Horizont 2015 (Letanovský, 2015).



Záver

Cvičenie pre nás predstavovalo výzvu, ktorú sme všetci chceli zvládnuť. V tom čase sme nepredpokladali, že problematiky migrantov bude naberať na stále väčšej sile a rozmeroch. Cvičením sme chceli zosúladiť a nasmerovať postup pre riešenie problematiky v prípade situácie kde je potrebnú koordináciu a kooperáciu v multidoborovom tíme. Úlohou zdravotníckej služby bolo vykonávať zdravotnícke zabezpečenie v súčinnosti s príslušníkmi Slovenského Červeného kríža za materiálnej podpory OS SR. Plnenie úloh prebiehalo koordinovane a takmer všetci zúčastnení boli zdravotníckymi pracovníkmi, preto nebolo potrebné do priebehu cvičenia žiadnym spôsobom zasahovať alebo inak ovplyvňovať činnosť

pracoviska. Všetky stanovené ciele sme splnili. Všetci ukázali svoje zručnosti i schopnosti a taktiež bezproblémové fungovanie pri simulácií krízovej situácií. Medzi príslušníkmi Slovenského Červeného kríža – Humanitárnej jednotky v Nitre bola vysoko ocenená veľká snaha, nasadenie a ochota podriaďiť sa podmienkam špecifického prostredia, spôsobom komunikácie a velenia, bez toho aby tieto zásahy do ich fungovania ohrozili postihnuté osoby alebo fungovanie pracoviska.

Zoznam bibliografických odkazov

1. LETANOVSKÝ, P. 2015. *Hodnotiacia správa k cvičeniu „Nový horizont 2015“*. Odbor zdravotníckej podpory. Úrad hlavného lekára OS SR.
2. NATO STANDARD AJP-4.10 *ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL SUPPORT* Edition B Version 1

Kontaktná adresa:

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

e-mail: andrea.bratova@gmail.com

POZIOM WIEDZY OSÓB DIALIZOWANYCH NA TEMAT SAMOOPIEKI

Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Magdalena Jakubowska
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo

Cel

Celem badania jest określenie poziomu wiedzy osób dializowanych, chorych na schyłkową niewydolność nerek na temat samoopieki.

Material, metody

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a techniką badawczą była ankieta zawierająca 38 pytań zamkniętych, przeprowadzona wśród 96 mieszkańców województwa świętokrzyskiego, leczonych hemodializą.

Wyniki

W grupie badanych było 53% kobiet i 47% mężczyzn. Badani byli w wieku od 20 do 69 lat. Najlicniejszą część grupy stanowiły osoby w wieku powyżej 50 lat (74,0%). 40-49 lat miało 15,6%, a w wieku od 30 -39 lat było 10,4%. Największą grupą wg statusu zawodowego byli emeryci (39%), pozostających bez pracy było 30%, zaś 31% to osoby pracujące. Z wyższym wykształceniem było 37 % badanych, ze średnim 31%, zawodowym 30%, a podstawowym tylko 2%.

Dominująca część badanych mieszkała w mieście (59,4%). Uwarunkowania genetyczne, jako przyczynę niewydolności nerek podało 12,5% badanych, komplikacje innych chorób 51,4%, a inne powody 36,4% osób.

Największym problemem wskazywanym przez leczonych metodą hemodializ było ograniczenie w zakresie spożywania płynów (25,0%), dojazdu na hemodializę (21,8%), godziny dializ (17,7%), ograniczenia dietetyczne (18,7%) oraz uporczywe wklucia (16,6%).

Obecny stan zdrowia dializowanych w sposób średni wpływa na wykonywanie przez nich codziennych czynności (42,6% badanej populacji), zaś odczucie, że tryb życia zmienił się bardzo ma 57,4% badanych.

Po wykonywanych dializach pacjenci zgłaszali, jako skutki uboczne: szybkie męczenie (38,5%), osłabienie (42,6%), brak apetytu (54,1%), nudności (14,6%) lub bóle głowy (23,9%).

W przypadku osób dializowanych przez opiekę pielęgniarską należy rozumieć nie tylko całokształt zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy technicznych, ale cały obszar

kontaktów międzyludzkich, wiedzę pielęgniarek oraz ich zdolność do podejmowania decyzji i wspierania podopiecznych. W ramach wsparcia otrzymanego od personelu medycznego chorzy otrzymali drukowane materiały lub instrukcje (78,2%) oraz zapewniono im (81,9%) łatwy dostęp do lekarza specjalisty. W radzeniu sobie z chorobą ogromne znaczenie ma fachowość personelu pielęgniarskiego (53,2%), więcej informacji na temat dializoterapii oczekuje od pielęgniarek 20,8% badanych, a większej życzliwości 26%. W opinii badanych personel Stacji Dializ pracuje na rzecz pacjentów bardzo dobrze (43%) i dobrze (36%).

Pielęgniarka pracująca w Stacji Dializ, aby spełniać oczekiwania chorych powinna być: stale obecna na sali podczas zabiegu (51,2%) i cierpliwa (21,8%).

W procesie terapii w opinii 17,7% osób pielęgniarka jest najważniejsza w oddziale. 51,2% uważa, że jej obecność daje poczucie bezpieczeństwa, a 21,8% uważa, że tak naprawdę od pielęgniarek wiele zależy.

W toku badania zapotrzebowania na edukację oceniano poziom wiedzy badanych uwzględniając poprawność odpowiedzi na pytania dotyczące samoopieki tj.: dopuszczalnego przyrostu masy ciała między dializami, stosowania diety, ograniczania ilości płynów, pierwiastków w diecie, sposobów dbania o przetokę tętniczo- żylną, zasad monitorowania parametrów, znajomości technik higienicznych oraz sposobów zapobiegania powikłaniom w czasie trwania i po dializach. Końcowy wynik oceny uzyskano po przeanalizowaniu odpowiedzi na pytania z ww. zakresu, przypisując każdej poprawnej odpowiedzi jeden punkt. Zsumowana liczba punktów pozwoliła określić, że u 21,8% dializowanych poziom wiedzy jest niski, u 36,4% średni, a u 41,6% wysoki. Na podstawie wyników można stwierdzić, że ciągle jeszcze istnieje zapotrzebowanie na edukację (58,2%) wśród dializowanych pacjentów chorych na schyłkową niewydolność nerek.

Ocenę poziomu wiedzy pogłębijono poszukując zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między płcią, miejscem zamieszkania, a poziomem wiedzy badanych ($p > 0,05$).

Stwierdzono natomiast zależność pomiędzy wiekiem, a poziomem wiedzy dializowanych ($p < 0,05$), pomiędzy statusem zawodowym, a poziomem.

U osób z wyższym wykształceniem wiedzę najczęściej oceniono, jako wysoką (20,8%), ze średnim jako wysoką i średnią (po 12,5%), z zawodowym średnią (11,4%) i niską (10,4%), a z podstawowym tylko niską (2,1%). Stwierdzono zależność pomiędzy wykształceniem, a poziomem wiedzy, a siła tego związku jest przeciętna ($r_c = 0,49$).

Dyskusja

We współczesnej terapii dializowanych edukacja jest najistotniejszą częścią opieki nefrologicznej, która zapewnia większe szanse na wczesne przeszczepienie nerki, poprawę rokowania chorego po rozpoczęciu dializoterapii oraz lepszą jakość życia [1-6].

Rzeczywistość jednak jest taka, że większość pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, mimo wieloletniej opieki ma jedynie bardzo ograniczoną wiedzę o swojej chorobie i możliwościach terapeutycznych [7,8], co nie powinno oznaczać rezygnacji z podejmowania wysiłku edukacji, ponieważ podniesienie świadomości chorego i zaangażowanie go do współuczestniczenia w procesie leczenia może zwiększyć jego szansę na osiągnięcie celów terapeutycznych i w efekcie poprawę rokowania.

Coraz powszechniej realizuje się koncepcję uzupełniania i rozszerzania standardowej opieki nefrologicznej o zespoły wielodyscyplinarnej opieki przeddializacyjnej oparte na pielęgniarkach, a wyniki badań własnych wykazały, że większość pacjentów ocenia bardzo dobrze wiedzę, umiejętności i postawę edukacyjną pielęgniarek, a ich zadowolenie byłoby jeszcze większe, gdyby pielęgniarki więcej czasu poświęcały oraz częściej inicjowały rozmowy z pacjentami na interesujące ich tematy.

Porównanie spostrzeżeń własnych z wynikami innych badaczy [9] pozwoliło stwierdzić, że są one podobne, gdyż pacjenci dializowani są zadowoleni z opieki oraz gotowości pielęgniarek do niesienia pomocy, cenią sumiennosc, fachowosc, obowiazkowość i wysokie kompetencje pielęgniarek, zwracają uwagę na miłe podejście, uśmiech i życzliwość doceniając profesjonalizm w opiece, bez narzucania im swojej woli [10].

Najkorzystniejsza dla dializowanego edukacja to model, w którym nauka jest postrzegana przez odbiorców, jako wsparcie emocjonalne, przekazywanie wiedzy oparte na traktowaniu chorego jako partnera świadomie wpływającego na swój stan zdrowia, z zachowaniem zasad prawidłowej komunikacji, z selekcją treści edukacji, z możliwością sprawdzenia przekazanej wiedzy zarówno teoretycznej jak i praktycznej, co wpływa na zwiększenie świadomości chorych, poprawia stan samopoczucia, ogranicza przypadki hospitalizacji, powikłań [11], poprawia stan psychiczny i fizyczny [12] oraz skutkuje zmniejszeniem cierpienia i ubocznych skutków dializoterapii [13].

Odpowiedzialna edukacja to stan kiedy chory poprzez swoją świadomość odczuwa korzyści, gdyż opóźnia progresję choroby, zyskuje lepszy stan kliniczny oraz aktywny styl życia, zaś edukatorzy widzą korzyści dla zespołu terapeutycznego, ponieważ pacjent doskonale współpracuje, a poprzez umiejętne zapobieganie powikłaniom dializacyjnym, zmniejszają się przypadki hospitalizacji co znacznie obniża koszty leczenia [14].

Podsumowując warto podkreślić, iż wszelkie działania na rzecz dializowanych powinny być oparte na ciągłej edukacji chorego, gdyż są korzystne dla samego dializowanego, edukatorów oraz systemu [15].

Wnioski

Analiza zgromadzonych wyników badań pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy osób dializowanych jest niezadowalający, gdyż w badanej populacji przeważają osoby, które posiadają niski i średni poziom wiedzy.
2. Istnieje ciągle zapotrzebowanie na edukację wśród osób dializowanych, chorych na schyłkową niewydolność nerek.
3. Na poziom wiedzy osób dializowanych z niewydolnością nerek mają wpływ wiek, wykształcenie i status zawodowy.
4. Pacjenci oceniają bardzo pozytywnie pracę pielęgniarek „dializacyjnych” widząc w nich źródło wsparcia, bezpieczeństwa i wiedzy dzięki czemu pielęgniarki mogą pretendować do rangi najlepszych edukatorów nefrologicznych.

Piśmiennictwo

1. Winkelmayr W.C., Mehta J., Chandraker A. i wsp., Predialysis nephrologist care and access to kidney transplantation in the United States. *Am. J. Transpl.* 2007; 7, s. 872.
2. Devins G.M., Mendelssohn D.C., Barre P.E. i wsp., Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. *Am. J. Kidney Dis.* 2003; 42 (4), s. 693.
3. Marron B., Ortiz A., de Sequera P. i wsp., Impact of endstage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy — a Spanish multicentre experience. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (supl. 2), s. 51.
4. Goovartes T., Jadoul M., Goffin E. Influence of a pre-dialysis education programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20, s. 1842.
5. Ravani P., Marinangeli G., Stacchiotti L., Malberti F. Structured pre-dialysis programs: more than just timely referral? *J. Nephrol.* 2003; 16, s. 862.
6. Curtis B.M., Ravani P., Malberti F. i wsp. The short and long term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcome. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20, s. 147.

7. Finkelstein F.O., Story K., Firanek C. i wsp. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int.* 2008; 74, s.1178.
8. Mehrotra R., Marsh D., Vonesh E. i wsp. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis. *Kidney Int.* 2005, 68, s. 378.
9. Niedźwiecka A., Nowicki M., Tkaczyk M., Oczeiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarskiego w stacji dializ, *Pol. Merk. Lek.*, 2009, XXVI, 154, s. 311.
10. Czekalski S., Leczenie uzupełniające jako część standardu hemodializy, *Forum nefrologiczne* 2010, tom 3, 3, s.193-200.
11. Białobrzaska R., Bielińska-Ogrodnik D., Szczegółowy program edukacji chorych na przewlekłą niewydolność nerek, Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Nefrologicznego Gdańsk 2008, s.14.
12. Rutkowski B.(red), Postęp choroby nerek do niewydolności nerek końcowego stopnia (ESRD), *Dializa otrzewnowa, Podręcznik szkoleniowy dla pacjenta*, Fresenius Medical Care Deutschland GmbH, 2007, s. 9.
13. Rutkowski B. , *Dializoterapia w codziennej praktyce*, Wyd. Makmed, Gdańsk 2004, s. 398-399.
14. Wojtaszek E., Zintegrowana opieka nad pacjentem ze schyłkową niewydolnością nerek – rola dializy otrzewnowej, *Terapia*, Wyd. WARSAW VOICE S. A. , Warszawa 2008, 11, s. 37.
15. Manitius J., Bułło B. , O czym powinien pamiętać każdy pacjent? [W] *Dializoterapia*, Wyd. Makmed, Gdańsk 2002, s. 32.

Dane kontaktowe do autora:

Małgorzata Cichońska

ul. Ogrodowa 32

27-425 Kunów

e-mail: malgosia1307@op.pl

PROBLEMATYKA WSPÓŁCZESNEJ PRAKTYKI PIELEŃNIARSKIEJ W SZKOLE NA PRZYKŁADZIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 79 W ŁODZI

Anna Cisińska^{1,2}, Monika Brucka-Stempkowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Narutowicza 58, 90-136 Łódź

Department of Social Care Sciences and Nursing Management Medical University of Łódź.

²Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji Oddział Łódzki

²Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Łódzki

²Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział UM Łódź

*Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych,
dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności.
Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe
postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse
na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia
społeczności, w których żyją.*

Hiroshi Nakajima, Dyrektor Generalny WHO

Wstęp:

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym wymagają zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej ze względu na specyficzny okres dynamicznego rozwoju. Zgodnie ze strategią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” zdrowie uczniów zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym szczególnie od statusu ekonomiczno-społecznego rodziny, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole i miejsca zamieszkania. Mając na uwadze powyższą politykę w ochronie zdrowia dzieci powinni brać udział: rodzice, sami uczniowie, szkoła oraz pracownicy ochrony zdrowia. Wszystkie ogniwa powinny ze sobą współdziałać i wzajemnie się wspierać w kształtowaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych, wiedzy i umiejętności, z którymi młodzi ludzie wkraczają w dorosłe życie. Znaczenie inwestycji w zdrowie dzieci podkreślono w „Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dziecka i nastolatka”: Dzieci są naszą inwestycją w przyszłe społeczeństwo. Ich zdrowie i sposób wychowania będą wpływać na stabilność i rozwój ekonomiczny krajów w regionie europejskim w nadchodzących dekadach.

W szkole uczeń spędza 2/3 całego wieku rozwojowego człowieka. W okresie tym występuje dynamiczny wzrost, w przebiegu którego u znacznego odsetka dzieci ujawniają się lub pogłębiają zaburzenia rozwoju i zdrowia. Z tego powodu populacja dzieci w wieku szkolnym, obok zapewnienia stosownych warunków życia, oddziaływań wychowawczych, wymaga szczególnej opieki medycznej w miejscu nauki [1]. Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do sprawowania opieki w środowisku szkolnym zobowiązani są: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, lekarz-dentysta, pielęgniarka [2]. Obecnie w zmodyfikowanym systemie ochrony zdrowia główną rolę w opiece medycznej nad uczniami pełni pielęgniarka szkolna, która jest w tej chwili jedynym profesjonalistą, pracującym na terenie szkoły samodzielnie [3]. Świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania realizowane są w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te są świadczeniami gwarantowanymi, czyli finansowanymi w całości ze środków publicznych. Płatnikiem tych świadczeń jest Narodowy Fundusz Zdrowia [4]. Świadczenia są finansowane w ramach stawki kapitałowej na ucznia, która jest korygowana wskaźnikami uwzględniającymi stan zdrowia ucznia (wyższy wskaźnik dla ucznia niepełnosprawnego i przewlekle chorego) lub typ szkoły (wyższy wskaźnik dla szkół specjalnych, klas integracyjnych, szkół i klas sportowych oraz szkół prowadzących naukę zawodu z warsztatami).

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie aktualnych problemów z jakimi spotyka się pielęgniarka sprawująca opiekę nad uczniami w szkole na przykładzie Szkoły Podstawowej nr 79 im. Olimpijczyków Łódzkich w Łodzi.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na przestrzeni lat 2000-2013 w szkole podstawowej nr im. Olimpijczyków Łódzkich 79 w Łodzi.

Grupę badaną stanowiło ogółem 6 479 uczniów tejże szkoły. Materiał badawczy pochodzi z dokumentacji medycznej, której obowiązek prowadzenia należy do kompetencji pielęgniarki zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [5]. Pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych prowadzi dokumentację indywidualną ucznia i zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji sprawozdawczej. Przykładem tego typu dokumentu jest sprawozdanie z działalności gabinetu profilaktycznego oraz roczne sprawozdanie pielęgniarki z realizacji

profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach (MZ-06) – w terminie do 30 września za poprzedni rok szkolny.

Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była analiza wspomnianej dokumentacji z wykorzystaniem metaanalizy, polegającej na ilościowej syntezie wyników wiarygodnych badań.

Wyniki:

Szkoła Podstawowa nr 79 im. Olimpijczyków Łódzkich jest jedną z wielu placówek działającą na terenie miasta Łodzi, należąca do placówek promujących zdrowy styl życia. W celu dbania o zdrowie fizyczne i psychiczne uczniów na terenie szkoły są podejmowane liczne działania profilaktyczne i promujące zdrowy styl życia. Wspomagają w tym przedsięwzięciach studenci Uniwersytetu Medycznego, pedagog, psycholog oraz inni specjaliści z określonych dziedzin. Pielęgniarka pracująca w Szkole Podstawowej nr 79 im. Olimpijczyków Łódzkich realizuje swoje zadania i obowiązki w znajdującym się na terenie placówki gabinecie profilaktycznym. Pielęgniarka realizuje swoje obowiązki w wymiarze 15 godzin tygodniowo (od poniedziałku do czwartku). Pielęgniarka zobowiązana jest do udzielania w środowisku nauczania i wychowania, na rzecz dzieci świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej, która obejmuje w szczególności wykonywanie testów przesiewowych. Polegają one na wstępnej identyfikacji odchyleń od normy rozwojowej, niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad przy zastosowaniu szybkich metod badania. Testy mają na celu wczesne wykrycie zaburzeń w okresie, gdy jeszcze można je odwrócić lub zahamować tempo ich rozwoju. Testy przesiewowe dzieci i młodzieży w wieku szkolnym obejmują: ocenę rozwoju fizycznego (pomiar: wysokości i masy ciała) z określeniem współczynnika masy ciała, układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, zniekształceń statycznych kończyn dolnych, ocenę ostrości wzroku i funkcjonowania słuchu oraz pomiar ciśnienia tętniczego krwi [6]. Wyniki przeprowadzonych testów są odnotowywane w Karcie Zdrowia Ucznia.

Tabela nr 1. Liczba uczniów objętych testami przesiewowymi w latach 2000-2013

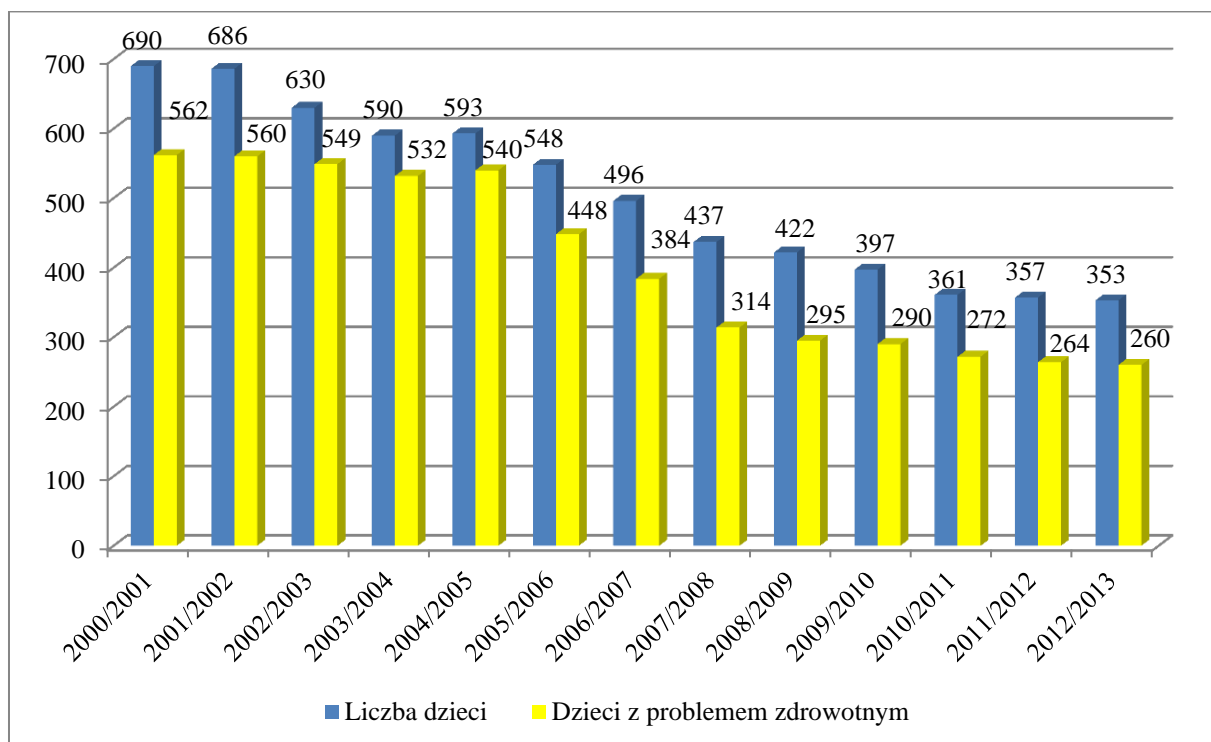
Rok szkolny	Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń				
	rozwoju fizycznego	narządu wzroku		narządu ruchu	ciśnienia krwi
		ostrość wzroku	widzenie barw		
2000/2001	160	190	88	160	220
2001/2002	320	328	88	218	138
2002/2003	225	336	115	225	126
2003/2004	192	192	95	95	95
2004/2005	214	310	100	214	126
2005/2006	548	259	88	259	548
2006/2007	237	237	95	175	175
2007/2008	224	224	66	224	152
2008/2009	222	222	62	222	151
2009/2010	178	178	46	178	132
2010/2011	181	181	65	181	125
2011/2012	205	205	0	205	205
2012/2013	202	202	45	202	202

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przeprowadzonych testów przesiewowych, a następnie analizy dokumentacji, uzyskano informację dotyczącą problemów zdrowotnych występujących u dzieci.

Dane przedstawione na wykresie nr 1. dotyczą problemów zdrowotnych dzieci.

Wykres nr 1. Liczba dzieci z problemem zdrowotnym w latach 2000-2013



Źródło: opracowanie własne

Przedstawione wyżej dane ilustrują dwa negatywne zjawiska, pociągające za sobą niepokojące skutki społeczne i ekonomiczne. Wyrażna tendencja spadkowa w liczbie uczniów opisywanej szkoły jest egzemplifikacją problemu niżu demograficznego. Ujemny przyrost naturalny w połączeniu z migracją ludności powodują systematyczne zmniejszanie populacji Łodzi. Na przestrzeni lat 2000-2012 liczba mieszkańców tego miasta spadła z 793 tys. do 680 tys. Równocześnie obserwuje się sukcesywne starzenie się społeczeństwa, co w konsekwencji wyjaśnia kolosalny spadek liczby dzieci w wieku szkolnym. Równie dramatyczny wydzźwięk ma wysoki odsetek dzieci, dotkniętych różnego rodzaju problemami zdrowotnymi i dysfunkcjami.

Tabela nr 2. Najczęstsze schorzenia występujące wśród uczniów w latach 2000-2013

Rok szkolny	Liczba uczniów	Wady wzroku		Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa		Alergie	
		Liczba ogółem	%	Liczba ogółem	%	Liczba ogółem	%
2000/2001	690	147	21,3	510	73,9	124	17,9
2001/2002	686	140	20,4	505	73,6	120	17,4
2002/2003	549	125	22,7	441	80,3	113	20,5
2003/2004	590	89	15,0	474	80,3	91	15,4
2004/2005	593	91	15,0	487	82,1	92	15,5
2005/2006	548	91	16,6	367	66,9	114	20,8
2006/2007	496	76	15,3	287	57,8	106	21,3
2007/2008	437	78	17,8	197	45,0	108	24,7
2008/2009	422	84	19,9	192	45,5	105	24,8
2009/2010	397	69	17,3	192	48,3	94	23,6
2010/2011	361	61	16,8	197	54,5	83	22,9
2011/2012	357	54	15,1	174	48,7	97	27,1
2012/2013	353	53	15,0	165	46,7	80	22,6

Źródło: opracowanie własne

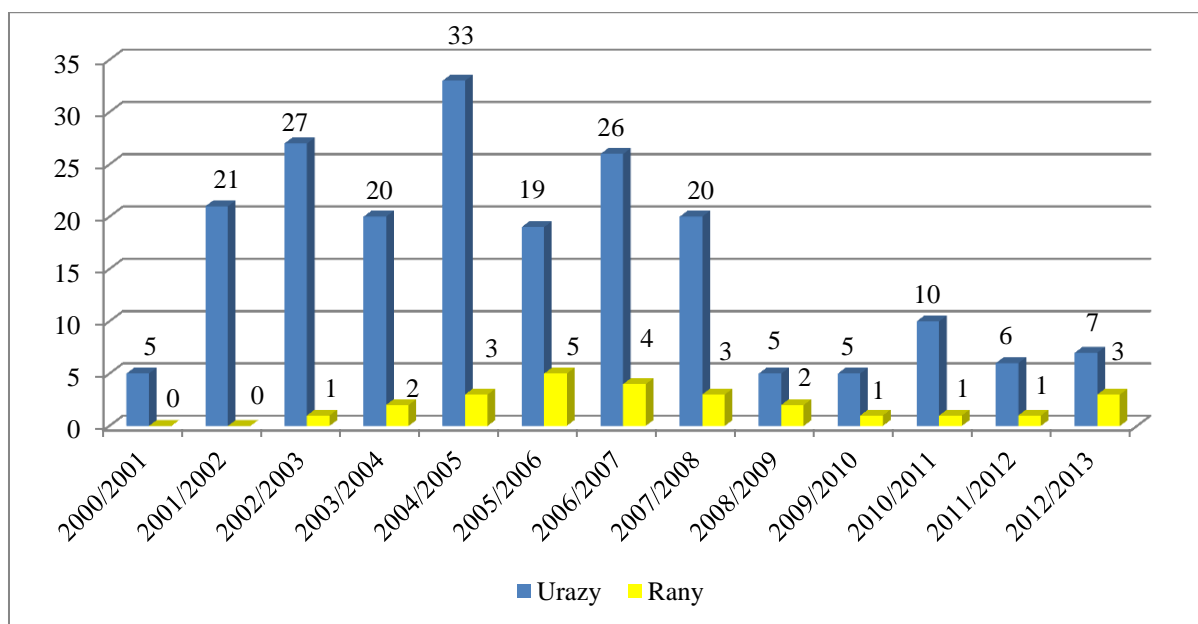
Najczęstszym problemem zdrowotnym, obserwowanym wśród uczniów, były wady postawy i skrzywienia kręgosłupa, dotyczące w poszczególnych latach od 45 do ponad 80 % badanej populacji. W ciągu ostatniej dekady nastąpiła optymistyczna tendencja spadkowa, którą można tłumaczyć m.in. skuteczną akcją prewencyjną w postaci edukacji prozdrowotnej, programami profilaktycznymi, realizowanymi w oparciu o rekomendacje Ministerstwa Zdrowia z 2009 r. oraz wczesną diagnostyką ortopedyczną dzieci i stosowaniem terapii korygujących (np. stosowanie specjalistycznych wkładek ortopedycznych do obuwia, gimnastyka korekcyjna) [7].

Drugim co do częstotliwości występowania schorzeniem są alergie, dotyczące niemal 1/4 uczniów. Niestety, w tym przypadku problem ulega systematycznej eskalacji, co wiąże się z uwarunkowaniami środowiskowymi i genetycznymi. Szerokie pojęcie alergii w opisywanym przypadku obejmuje najczęściej katar sienny, będący wynikiem uczulenia na pyłki roślin, kurz, sierść zwierzęcą, rzadziej astma oddechowa, a także inne groźne reakcje autoimmunologiczne organizmu w zetknięciu z alergenem w postaci składnika pokarmu, leku lub toksyny owadów. Jak wynika z obserwacji pielęgniarki szkolnej, w przypadku zdiagnozowanej alergii dzieci na ogół wykazują dużą odpowiedzialność, polegającą na unikaniu czynnika uczulającego oraz umiejętności zareagowania w sytuacji krytycznej (np. aplikacja leku, posługiwanie się inhalatorem itp.).

Istotną grupę schorzeń, wykrywanych u dzieci, stanowią wady wzroku. Z problemem tym boryka się ok. 15-20 % dzieci, przy czym zauważalna jest tendencja spadkowa w porównaniu do początków XXI wieku. Poza czynnikami stricte medycznymi, nie bez znaczenia pozostaje postęp technologiczny: zastąpienie bardziej szkodliwych ekranów typu CRT (np. monitory kineskopowe) zastąpiła generacja produktów LCD, bardziej przyjaznych dla wzroku. Biorąc pod uwagę przeciętny czas, jaki dziecko spędza przed telewizorem, komputerem czy innym urządzeniem wyposażonym w ekran, jest to prozdrowotna zmiana jakościowa. Inną kwestię stanowi potrzeba ograniczania biernego spędzania czasu na rzecz aktywności ruchowej; wydaje się, że i w tej dziedzinie dokonuje się stopniowa poprawa, znajdująca swój wyraz w świadomości zarówno rodziców, jak i dzieci.

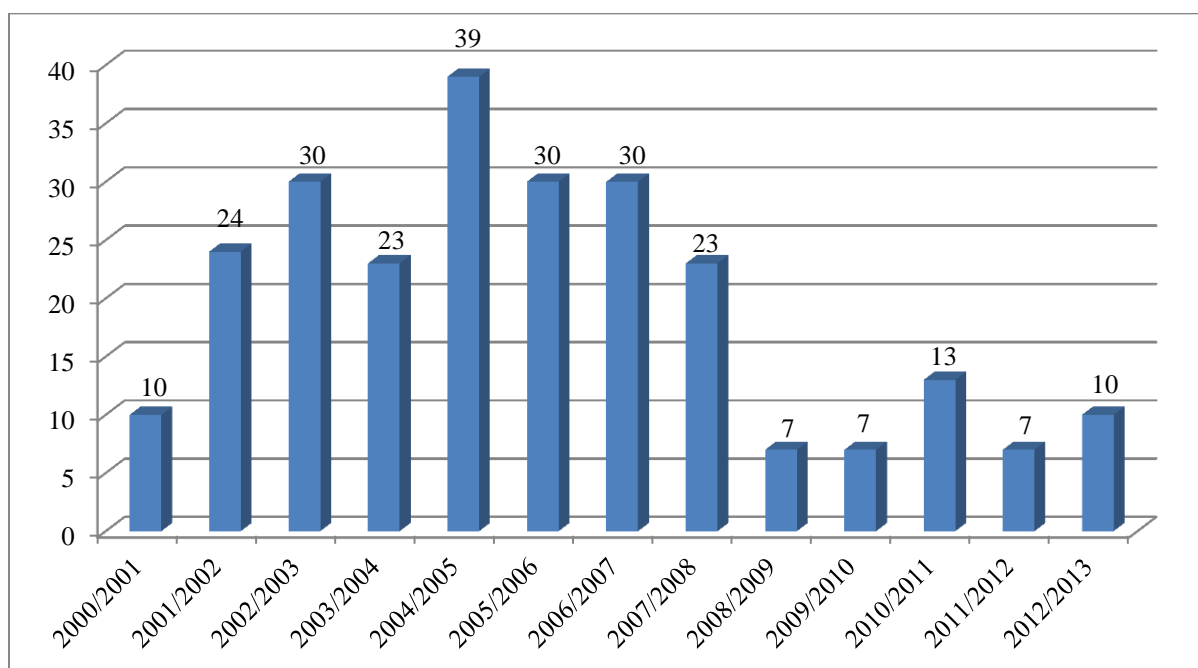
Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji stwierdzono, że najczęściej występującym zagrożeniem zdrowia u dzieci w wieku szkolnym były urazy; najczęściej dotyczyły one kończyn, rzadziej dochodziło do urazów głowy. Statystyki medyczne nie odzwierciedlają bezpośrednio przyczyn lub okoliczności zaistnienia poszczególnych urazów, jednak wyobrażenie o nich dają protokoły sporządzane przez szkolnych inspektorów BHP. Okazuje się, że urazy powstają najczęściej w wyniku upadku w trakcie przemieszczania się uczniów w obrębie budynku szkolnego, rzadziej podczas zajęć wychowania fizycznego. Urazom częściej ulegali chłopcy niż dziewczęta.

Wykres nr 2. Liczba uczniów, która uległa wypadkom w latach 2000-2013



Źródło: opracowanie własne

Wykres nr 3. Liczba dzieci skierowana przez pielęgniarkę do specjalisty chirurga w latach 2000-2013



Źródło: opracowanie własne

W szkole przybywa dzieci cierpiących na choroby przewlekłe, tj. choroby układu krążenia, ośrodkowego układu nerwowego czy inne schorzenia wymagające czynnej opieki medycznej. Wśród nich należy wymienić m. in. cukrzycę, która jest jedną z najczęstszych

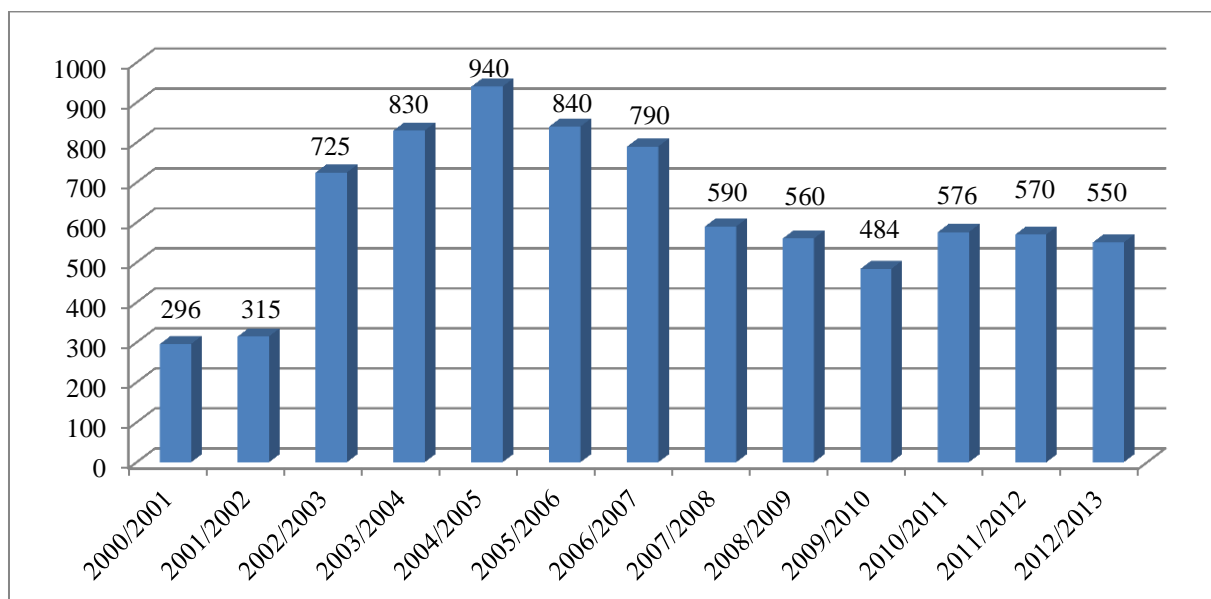
chorób przewlekłych u dzieci. W ostatnich dekadach w całej Europie obserwuje się wzrost zachorowalności na tę chorobę. Od roku szkolnego 2011/2012 w szkole uczy się dwoje dzieci z cukrzycą.

Dokumentacja pielęgniarki szkolnej odnotowuje również przypadki nadwagi i otyłości. W opisywanej szkole w poszczególnych latach szkolnych problem dotyczył kilkunastu uczniów; równocześnie u 10-15 odnotowywano niedobór masy ciała. Ustalenia te pielęgniarka przekazywała rodzicom/prawnym opiekunom jako istotne wskazówki dietetyczne lub sugestie konsultacji lekarskiej.

Obowiązkiem pielęgniarki jest udzielanie pierwszej pomocy przedlekarskiej w nagłych wypadkach lub zachorowaniach na terenie szkoły oraz roztoczenie opieki nad uczniem chorym do czasu przybycia lekarza. Wśród nagłych zachorowań do najbardziej niepokojących należą omdlenia, utraty przytomności oraz zatrzymania krążenia.

Najczęściej powodem wizyty ucznia w gabinecie profilaktycznym były dolegliwości bólowe poszczególnych części ciała. Dzieci najczęściej skarżyły się na bóle brzucha. Przyczyny takich dolegliwości u dziecka w wieku szkolnym mogą być różnorodne. Należy brać pod uwagę stres w szkole, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego (np. zaparcia, nadwrażliwość bólowa na zmiany ciśnienia w jelitach), nietolerancję laktozy, celiakię, alergię, zaburzenia wchłaniania i trawienia, lambliozę, a nawet chorobę wrzodową i nieswoiste zapalenie jelit. W przypadku dziewcząt w związku z dojrzewaniem pojawiają się także bóle menstruacyjne. Z uwagi na ten szeroki zakres możliwości oraz specyfikę komunikacji z dzieckiem istotne znaczenie ma wstępne rozpoznanie sytuacji i zastosowanie adekwatnych działań.

Wykres nr 4. Liczba uczniów korzystająca z pomocy pielęgniarki szkolnej w latach 2000-2013

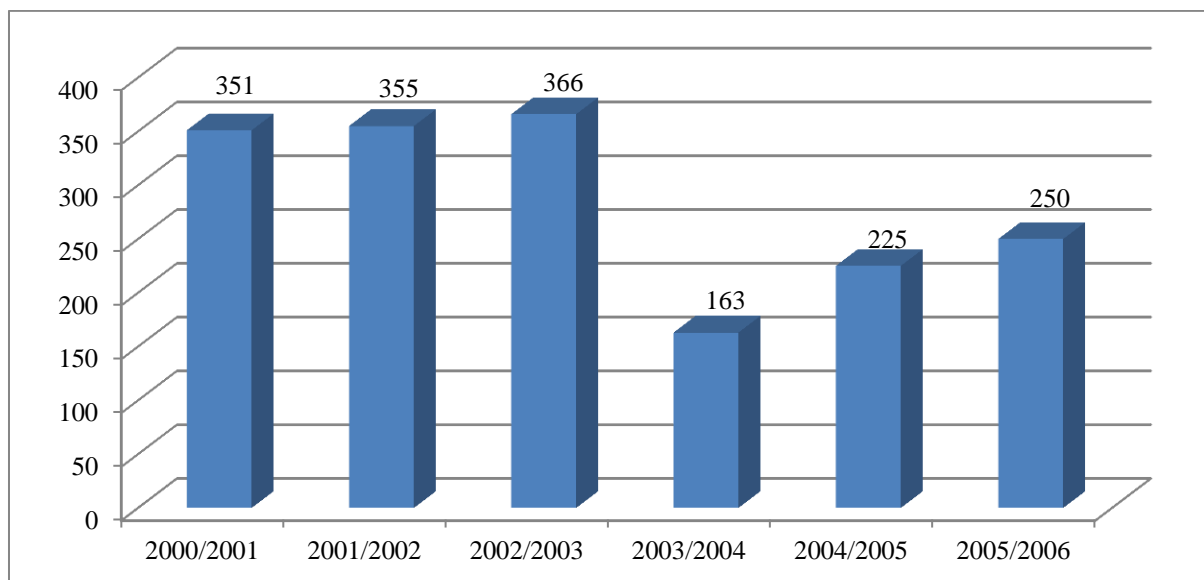


Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przedstawionych wyżej statystyk, w ostatnich latach niemal każdego dnia do gabinetu profilaktycznego, czynnego – przypomnijmy – przez cztery dni w tygodniu, zgłaszało się 2-3 uczniów. Ilościowa ocena efektywności byłaby w przypadku opieki zdrowotnej w szkole z gruntu błędna; należy bowiem dostrzec indywidualny charakter każdego problemu, a także walory wychowawcze funkcjonowania gabinetu profilaktycznego. W ten sposób dziecko nabiera nawyków troski o swoje zdrowie i rozwija instynkt pomocy innym (niemal zawsze uczeń zgłasza się w towarzystwie zaprzyjaźnionej osoby), a także kształci prawidłowe reakcje psychologiczne w zakresie kontaktu z pracownikami opieki zdrowotnej. W ten sposób przełamuje się dość powszechny stres, wstyd i obawy. Częstotliwość udzielania porad należy zatem uznać za jeden z wielu argumentów, przemawiających za dalszym rozwojem opieki zdrowotnej w szkołach, polegającym na zapewnieniu ciągłości dyżuru profesjonalnego pracownika w czasie zajęć lekcyjnych. Niestety, nie wszystkie zmiany systemowe zyskały uznanie środowisk teoretyków i praktyków medycyny szkolnej, a także samych zainteresowanych – zwłaszcza rodziców. Przypomnijmy, że nowelizacja przepisów w 2007 r. wyeliminowała z zakresu obowiązków pielęgniarki wykonywanie szczepień ochronnych oraz prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości w tym zakresie. Obowiązujące wcześniej regulacje prawne umożliwiały realizację obowiązkowych szczepień ochronnych zarówno w gabinetach lekarzy, jak i w

gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne.

Wykres nr 5. Szczepienia ochronne dzieci w latach 2000-2006



Źródło: opracowanie własne

Etap edukacji w szkole podstawowej nie stwarza na ogół tak poważnych reperkusji w zakresie zażywania przez uczniów substancji psychoaktywnych, jak to się dzieje w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. W opisywanej szkole pielęgniarka nie odnotowała przypadków zażycia takich substancji, choć należy pamiętać, że niejednokrotnie w tym okresie życia dziecko wiedzione ciekawością próbuje alkoholu i papierosów. Z tego powodu w szkole prowadzi się kampanię informacyjną w ramach programu wychowawczego oraz programu profilaktycznego. Polega ona na edukowaniu dzieci w zakresie szkodliwego wpływu używek na organizm ludzki. W procesie tym uczestniczy również pielęgniarka szkolna, realizując – obok kadry pedagogicznej – określone moduły edukacji prozdrowotnej (w formie pogadanek dla uczniów, organizacji konkursów na opracowanie plakatów profilaktycznych itp.).

Ważną czynnością pielęgniarki w szkole jest prowadzenie u uczniów grupowej profilaktyki zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. Zgodnie ze standardem zabieg szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi wykonuje pielęgniarka tylko u uczniów szkół podstawowych sześć razy w roku, w odstępach co 6 tygodni. Należy podkreślić, że zabiegi stanowią ważny element edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów. Niestety,

spotyka się przypadki niewyrażania przez rodziców zgody na przeprowadzenie u dziecka fluoryzacji, co należy tłumaczyć brakiem wiedzy. W poszczególnych latach liczba takich przypadków wahała się od 15 do 20.

Biorąc pod uwagę szeroki katalog zadań pielęgniarki szkolnej, zgromadzone w ramach obowiązkowej dokumentacji medycznej dane powinny być podstawą do planowania i realizacji szkolnych programów profilaktyki, zintegrowanych z programami wychowawczymi szkoły – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31 stycznia 2002 r. [8]. Zasób informacji, którymi dysponuje pielęgniarka szkolna, może mieć pierwszorzędne znaczenie dla efektywności pracy wychowawczej szkoły w zakresie edukacji prozdrowotnej, gdyż umożliwia wyeksponowanie zagadnień realnie najbliższych indywidualnym potrzebom danego środowiska.

Dyskusja:

W badaniach obejmujących uczniów opisywanej szkoły stwierdzono, że najczęstszym problemem zdrowotnym u dzieci są wady postawy i schorzenia kręgosłupa. Według ogólnokrajowych statystyk schorzenia te dotyczą ok. 70 % dzieci i młodzieży, u ponad 30 % występują poważne problemy zdrowotne, dotyczące narządu ruchu, z czego około 10% można zaliczyć do patologii, czyli wad o charakterze strukturalnym, wymagających złożonej, specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Występowanie wad i schorzeń narządu ruchu ma charakter wrodzony lub nabyty. Według Katarzyny Maciańczyk-Pawłowskiej u około 14 % noworodków występują wady rozwojowe w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (dane z lat 2001-2006) [9]. Z kolei wady i schorzenia nabyte mają zazwyczaj związek ze zmniejszoną aktywnością ruchową, a także nieprawidłowymi zachowaniami, zwłaszcza niewłaściwą postawą podczas siedzenia. Problematyce tej poświęca się wiele uwagi w ramach podejmowanych badań naukowych. Skalę występowania problemu potwierdza Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego, które w roku 2010 stwierdziło występowanie wad postawy u 44,9 % uczniów szkół podstawowych i 39, 2 % uczniów gimnazjum [10]. Na marginesie odnotujmy, że niewiele osób z tej grupy korzystało z zajęć gimnastyki korekcyjnej - jedynie 22,4 % (zdecydowaną większość stanowili uczniowie szkół podstawowych).

Taki stan rzeczy potwierdzają również wyniki badań w skali ogólnokrajowej wskazujące na występowanie zaburzeń układu narządu ruchu u 8-10 % populacji dzieci w wieku szkolnym. Podobne wyniki badań uzyskała Kocka i wsp., w których wady postawy zaobserwowano u 29,7 % uczniów szkoły podstawowej i 24,6 % młodzieży gimnazjalnej[11].

Wyniki przeprowadzonej analizy dotyczącej problemów zdrowotnych dzieci potwierdzają tezę, że jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych dzieci są wady wzroku. Podobne wyniki uzyskano w badaniach uczniów przeprowadzonych w Łodzi w ramach obowiązkowych testów przesiewowych i badań profilaktycznych, w których stwierdzono wady wzroku u 16 % ogółu uczniów [12].

Podobna ilościowo grupa uczniów wykazuje nadwagę i otyłość. W skali kraju problem ten dotyczy 16,4 % dzieci w wieku szkolnym. Niepokoić powinien fakt, że z każdą dekadą grupa ta powiększa się o kolejne 2-3 % populacji w wieku 6-19 lat [13]. Warto podkreślić, że niejednokrotnie nadwaga lub niedowaga pociągają za sobą problemy psychologiczne, a nawet zaburzenia psychiczne (anoreksja, bulimia itp.).

Choroby przewlekłe w populacji dzieci i młodzieży są istotnym problemem w praktyce pielęgniarstwa szkolnego. Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że coraz więcej dzieci i młodzieży zmagają się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Na chorobę przewlekłą cierpi 27 % populacji do 14. roku życia i 23 % nastolatków w wieku 15–19 lat. Jak wiadomo, choroba przewlekła rzutuje na funkcjonowanie młodego człowieka nie tylko w środowisku domowym, ale także szkolnym. Znajomość problematyki funkcjonowania w szkole dziecka przewlekle chorego jest istotna dla pielęgniarstwa szkolnego. Uczniowie z chorobą przewlekłą często fizycznie nie różnią się od swoich rówieśników, ale objawy zaostrzenia chorób mogą nawet w bezpośredni sposób zagrozić życiu dziecka [14].

Wypadki i urazy u dzieci to ważny problem medyczny, z którym spotyka się pielęgniarstwo pracujące w środowisku nauczania i wychowania. Urazy u dzieci są najczęstszym powodem hospitalizacji w oddziałach chirurgii dziecięcej oraz stanowią najczęstszą przyczynę umieralności w tej grupie wiekowej. Najczęściej dochodzi do urazów w obrębie układu kostno-stawowego, które stanowią ok. 25 % wszystkich urazów dziecięcych.

Z badań przeprowadzonych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy wynika, że w szkołach polskich każdego roku dochodzi od 74 do 100 tys. wypadków. W tej liczbie średnio 340 zdarzeń to wypadki ciężkie; niektóre z nich kończą się trwałą niepełnosprawnością, a zdarzają się również wypadki śmiertelne. Z badań wynika, że większość wypadków zdarza się w szkołach podstawowych - aż 82 % ogólnej ich liczby. Do grupy najczęstszych urazów, będących efektami wypadków szkolnych, należą przede wszystkim urazy nóg i rąk (76 % wszystkich urazów) oraz głowy (powyżej 20 %) [15]. Najczęściej do wypadków dochodzi na salach gimnastycznych, boiskach i placach gier i zabaw (49 %; często zdarzenia te mają

miejsce podczas lekcji wychowania fizycznego) i korytarzach (22%) [16]. Zwraca się również uwagę na zauważalną korelację między zwiększonym ryzykiem urazu a występowaniem nadpobudliwości psychoruchowej u dziecka (badania Davida Schwebla w USA). Ponadto wyższa urazowość jest obserwowana wśród uczniów gimnazjów (w szkołach podstawowych współczynnik urazowości jest o połowę niższy) [17].

Pielęgniarka w swojej codziennej pracy coraz częściej spotyka się z dziećmi chorującymi na różnorodne postacie alergii. Dzieje się tak, dlatego, ponieważ systematycznie wzrasta liczba dzieci chorujących na alergię. Alergie stają się ogólnoswiatowym problemem zdrowia publicznego [18]. Według badań B. Samolińskiego, ponad 24 % dzieci w wieku 6-7 lat z rejonów miejskich cierpi na alergiczny nieżyt nosa (dla porównania: wśród dzieci z rejonów wiejskich jedynie 3,7 %); astma dotyka 4,4 % dzieci, zaś zmiany skórne – 11,2 %. Niekorzystne zmiany środowiskowe wskazują, że problem ten będzie się pogłębiał [19].

Wnioski:

1. U znaczącego odsetka uczniów szkół podstawowych występują różnorodne schorzenia i wady, rzutujące na rozwój psychofizyczny i emocjonalny.
2. Zadania pielęgniarki szkolnej, polegające na zapewnieniu kompleksowej opieki uczniom, wymagają nieustannej aktualizacji wiedzy oraz aktywnego udziału w moderowaniu i realizacji szkolnego programu profilaktycznego.
3. Etap edukacji szkolnej jest okresem, w którym wykrywa się różnego rodzaju nieprawidłowości u dziecka i niejednokrotnie ma w tym swój udział pielęgniarka szkolna. Wiąże się to z dużą odpowiedzialnością i potrzebą specjalistycznego przygotowania w ramach systemu kształcenia i dokształcania zawodowego.

Piśmiennictwo:

1. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości, Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2008, www.krc.pan.pl, dostęp 10.07.2015.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. RP 2009, nr 139; poz. 1133).
3. Cisińska A., M. Brucka-Stempkowska, Rola i zadania pielęgniarki szkolnej w świetle obowiązujących przepisów, Zborník plných textov zo IV. Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Belianske dni o štruktúre zdravotníctva, 2014, s. 69-77.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. RP 2013, poz.1248).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U., RP 2010, nr 252, poz. 1697).
6. Jadcowska G., Woynarowska B., Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, Warszawa 2002, s.8-11.
7. Górecki A., i wsp., Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania, Warszawa 2009, ss. 11.
8. Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31 stycznia 2002 r. (Dz. U., 2002, nr 10, poz. 96).
9. Maciałczyk-Pawłowska K., Epidemiologia wad postawy u dzieci i młodzieży, Poznań 2013, s. 18.
10. Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego. Analiza stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej w województwie Warmińsko-Mazurskim w roku szkolnym 2008/2009, Olsztyn 2010, s. 15.
11. Kocka K., Kachaniuk H., Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym- na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2013, nr 4, s. 509.
12. Brackowska B., Cyran W., Problemy zdrowotne młodzieży szesnastoletniej- uczniów szkół ogólnokształcących w Oświęcimiu, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2008, nr 89, s. 359.
13. B.Woynarowska., A. Oblacińska., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne, „Studia BAS”, 2014, nr 2, s. 54-55.
14. Łukasik R., Pollok - Waksmańska W., Woś W., Problematyka funkcjonowania dziecka z chorobą przewlekłą w szkole, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2013, s. 524.
15. www.ciop.pl, dostęp 10.08.2015.
16. Czupryna A., Poździejoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., Zdrowie Publiczne, Kraków 2001, s. 397-407.
17. A. Guzik, K. Bazarnik-Mucha, A. Wolan-Nieroda, Częstość występowania i czynniki ryzyka urazów na lekcjach wychowania fizycznego u uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych województwa podkarpackiego, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, 2014, nr 4, s. 359.

18. Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T., Lockey R.F., Biała Księga Alergii Światowej Organizacji Alergii 2011-2012, s. 1.
19. B. Samoliński i wsp., Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce, „Alergologia Polska”, 2014, nr 1, s. 12.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Anna Cisińska

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Narutowicza 58, 90-136 Łódź

Adres e-mail: anna.cisinska@umed.lodz.pl

ZACHOWANIA ZDROWOTNE I ANTYZDROWOTNE W GRUPIE DWUDZIESTOLATKÓW

Urszula Cisoń-Apanasewicz¹, Halina Potok¹, Anna Stawiarska², Bogumiła Lubińska- Żądło³,
Stanisława Talaga¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Społecznego, Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

³Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Psychologii Zdrowia, Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Wstęp

W 1948r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała pojęcie zdrowia, według której zdrowie to nie tylko brak choroby i kalectwa, ale także pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Wprowadzenie tej definicji stało się momentem istotnym dla rozwoju nauk medycznych, nauk o zdrowiu, psychologii zdrowia, socjologii i innych nauk pokrewnych,

w pracach nad zdefiniowaniem czynników, które mają pozytywny, lub negatywny wpływ na stan zdrowia jednostki i społeczeństwa. Styl życia oraz składające się na niego zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie poczynając od wczesnego dzieciństwa. Wśród nich można wyróżnić zachowania sprzyjające zdrowiu czyli tzw. czynniki prozdrowotne oraz zachowania antyzdrowotne czyli takie, które niekorzystnie wpływają na stan zdrowia poszczególnych jednostek, a tym samym całej populacji. Troska o zdrowie społeczeństwa powinna dotyczyć działań edukacyjnym w odniesieniu do wszystkich grup społecznych i wiekowych. Istotnym jest to, aby rozpocząć ją jak najwcześniej, najlepiej wśród dzieci i młodzieży, bo pozytywne zachowania ukształtowane we wczesnym wieku, będą kontynuowane przez osoby dorosłe, starsze co niewątpliwie wpłynie na ich stan zdrowia, zmniejszy zachorowalność, a tym samym poprawi jakość życia [4,5,6].

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy, zachowań i postaw prozdrowotnych i antyzdrowotnych. wśród osób młodych, a także subiektywna ocena ich stanu zdrowia.

Material i metody

Zastosowaną metodą do oceny poziomu wiedzy i postaw zdrowotnych ludzi młodych był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono w miesiącach: styczeń - marzec 2015r. Badaniem objęto 40 osobową grupę młodych ludzi (20 kobiet i 20 mężczyzn), w wieku 20-29 lat, zamieszkujących na terenie miasta Nowego Sącza oraz powiatu nowosądeckiego.

Charakterystyka badanej grupy

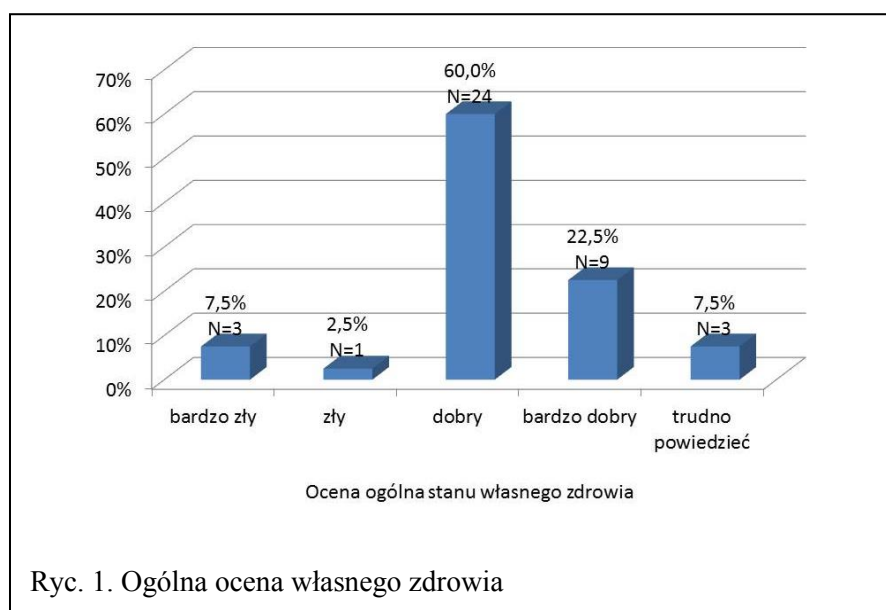
W tabeli nr 1. przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem jej cech społeczno-demograficznych.

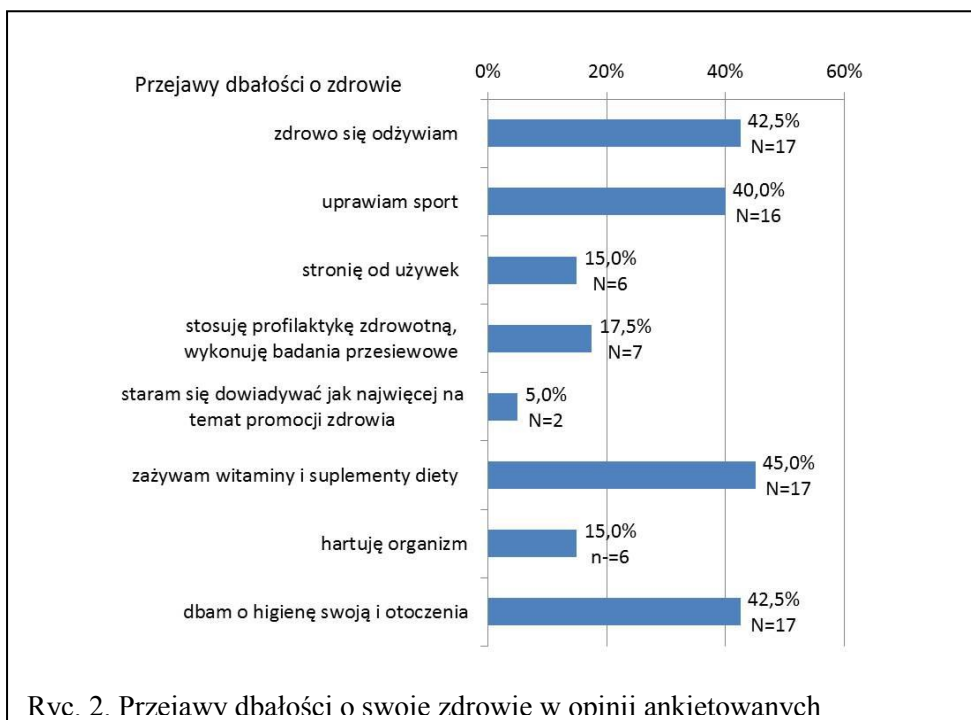
Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

Czynniki społeczno-demograficzne				Razem
Wiek	20-21 lat	21-25 lat	powyżej 25 lat	
	10 %	72,5 %	17,5%	100 %
Płeć	K	M		
	50%	50%		100 %
Miejsce zamieszkania	miasto	wieś		
	62,5 %	37,5 %		100 %
Rodzaj aktywności zawodowej	aktywny zawodowo	bezrobotny	student	
	80,0%	12,5 %	7,5 %	100 %

Wyniki badań

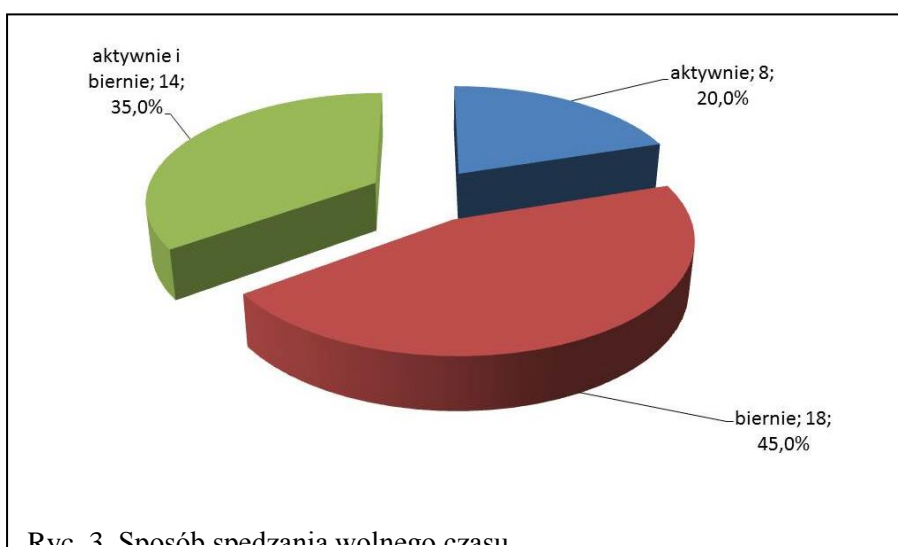
Jedno z pytań dotyczyło subiektywnej oceny stanu zdrowia respondentów.



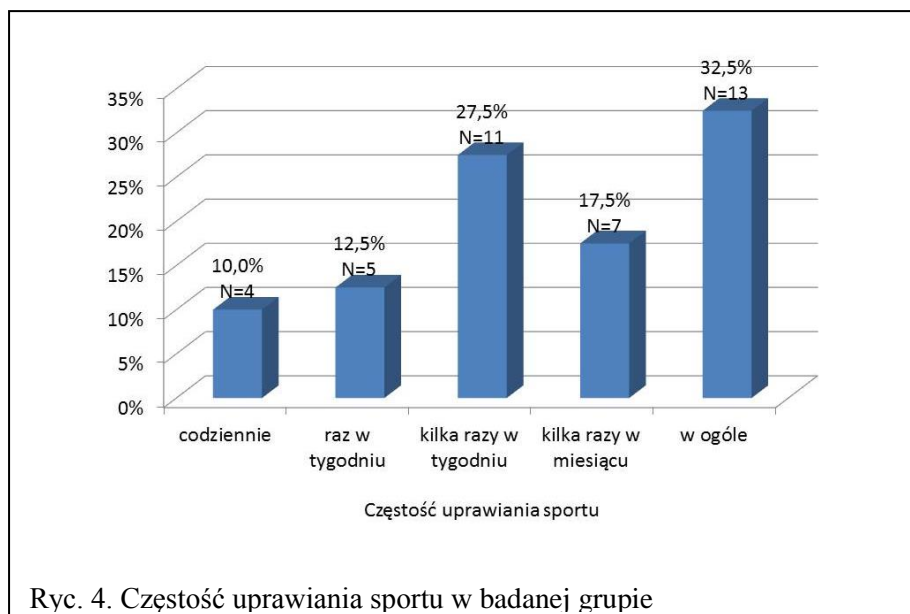


Według większości respondentów podstawowym przejawem dbałości o swoje zdrowie było: zażywanie witamin i suplementów diety (45%), dbałość o higienę (42,5%), zdrowe odżywianie (42,5%) i uprawianie sportu (40%). Jedynie 17,5% respondentów dbało o swoje zdrowie poprzez wykonywanie badań przesiewowych, a 15% respondentów uważało, że przejawem dbałości o zdrowie jest hartowanie organizmu i unikanie odżywek. Tylko 2 osoby (5%) badanych pogłębiało wiedzę na temat czynników prozdrowotnych.

Kolejną kwestią poruszana w ankiecie była aktywność ruchowa oraz motyw jej podejmowania, co przedstawiono na ryc. 3, 4.

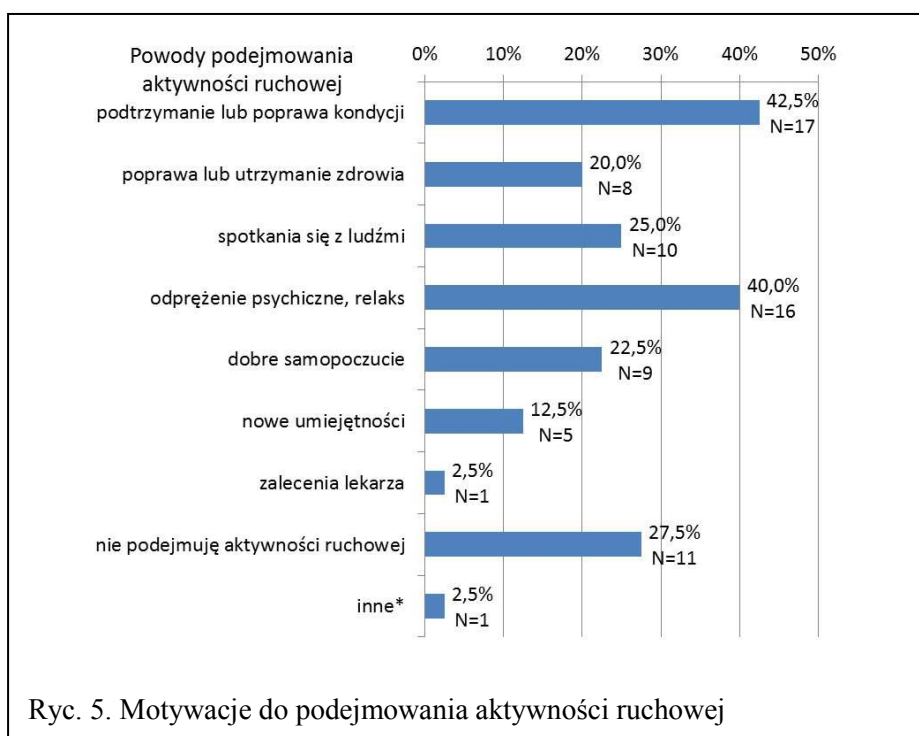


Aktywnie czas wolny spędzało 8 osób (20%), wyłącznie biernie 18 osób (45%). Pozostałych 14 osób (35%) spędzało wolny czas zarówno aktywnie jak i biernie.



Ryc. 4. Częstość uprawiania sportu w badanej grupie

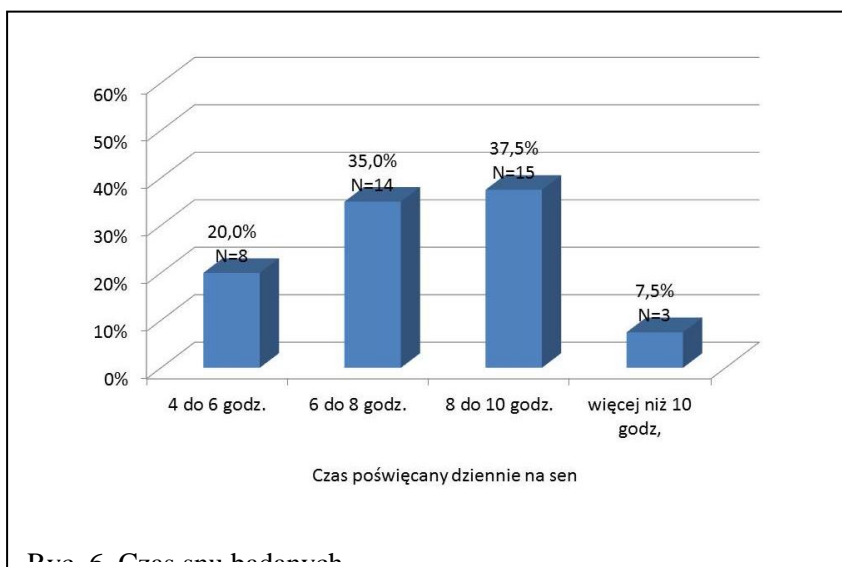
Żadnego sportu nie uprawiało 13 respondentów (32,5%). Intensywnie czyli codziennie sport uprawiało 4 respondentów (10%), a 5 respondentów (12,5%) uprawiało sport raz w tygodniu. Większość respondentów uprawiała sport nawet kilka razy w tygodniu (27,5%). Kilka razy w miesiącu sport uprawiało 7 respondentów (17,5%).



Ryc. 5. Motywacje do podejmowania aktywności ruchowej

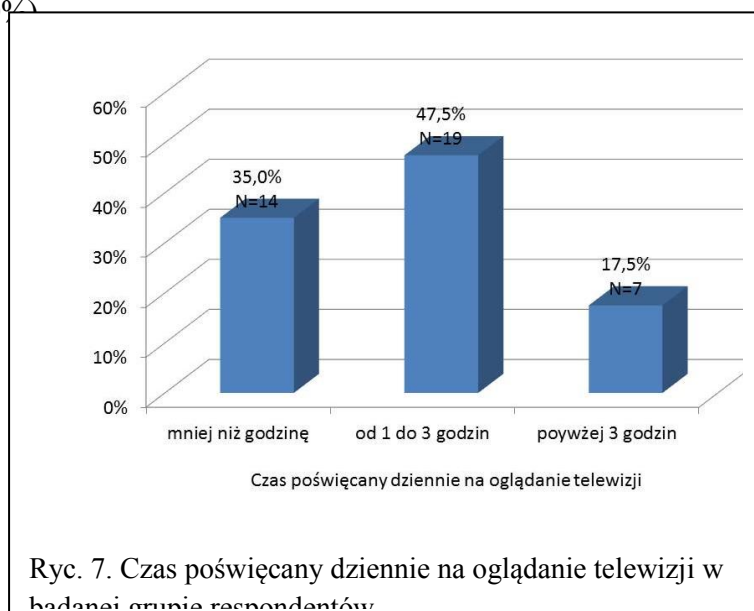
W grupie badanej najczęściej jako motywację do uprawiania aktywności ruchowej ankietowani podawali chęć podtrzymania lub poprawienia kondycji (42,5%) oraz odprężenie psychiczne (40%). Następne w kolejności podawano: okazja do spotkania z ludźmi (25%), dobre samopoczucie (22,5%) i poprawa lub utrzymanie zdrowia (20%). Najmniej respondentów wskazywało na poznawanie nowych umiejętności (12,5%) i zalecenia lekarza (2,5%), aż 11 osób (27,5%) respondentów stwierdziło, że w ogóle nie podejmuje aktywności ruchowej.

Istotnym elementem zdrowego stylu życia jest ilość godzin przeznaczonych na sen i wypoczynek oraz oglądanie telewizji i pracę lub korzystanie z komputera.



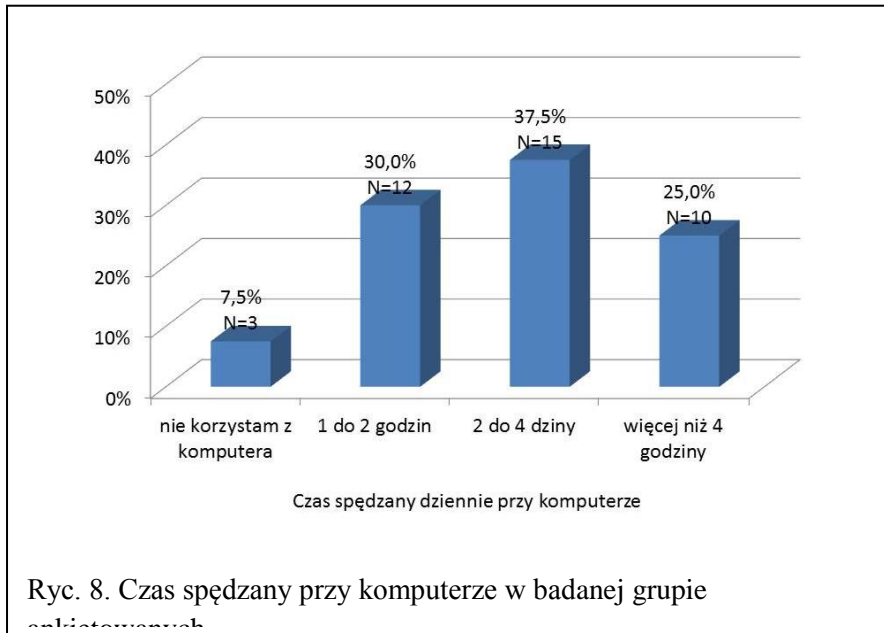
Ryc. 6. Czas snu badanych

Respondenci najczęściej wskazywali, że spali od 6 do 8 godzin dziennie 14 osób (35%) i 8 do 10 godzin dziennie 15 osób (37,5%), tylko od 4 do 6 godzin dziennie spało 8 osób (20%)



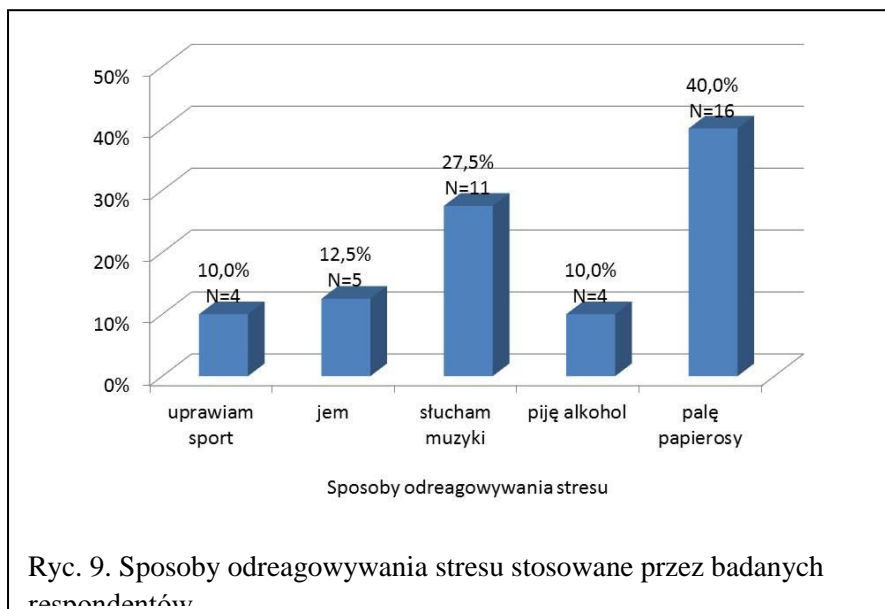
Ryc. 7. Czas poświęcany dziennie na oglądanie telewizji w badanej grupie respondentów

Od 1 do 3 godzin spędzało czas przed telewizorem 47,5% respondentów, mniej niż godzinę 35%, a 7 respondentów (17,5%) dłużej niż 3 godziny dziennie oglądało telewizję.



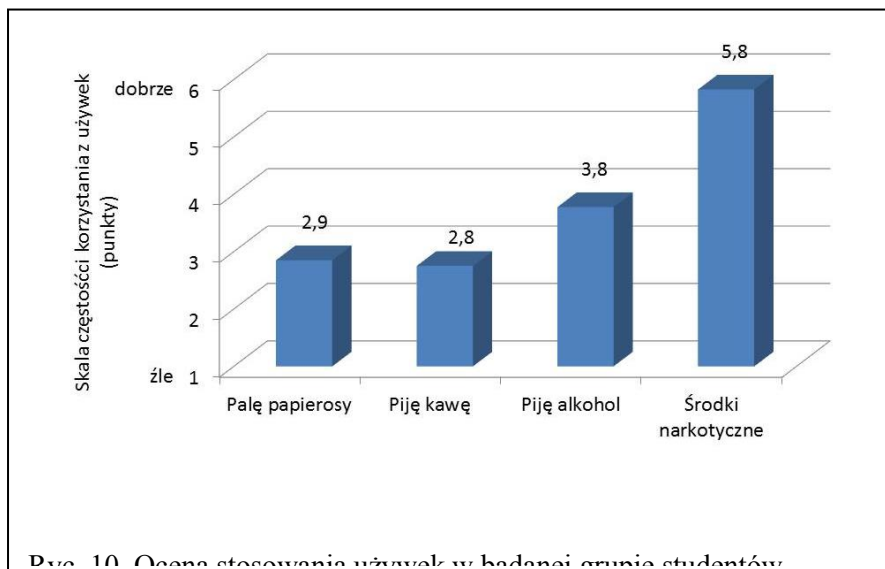
Z komputera w ogóle nie korzystało trzech respondentów (7,5%). Najwięcej z nich bo aż 67,5% pracuje od 1 do 4 godzin przy monitorze komputera.

Kolejne zagadnienie dotyczyło sposobów i technik radzenia sobie ze stresem.

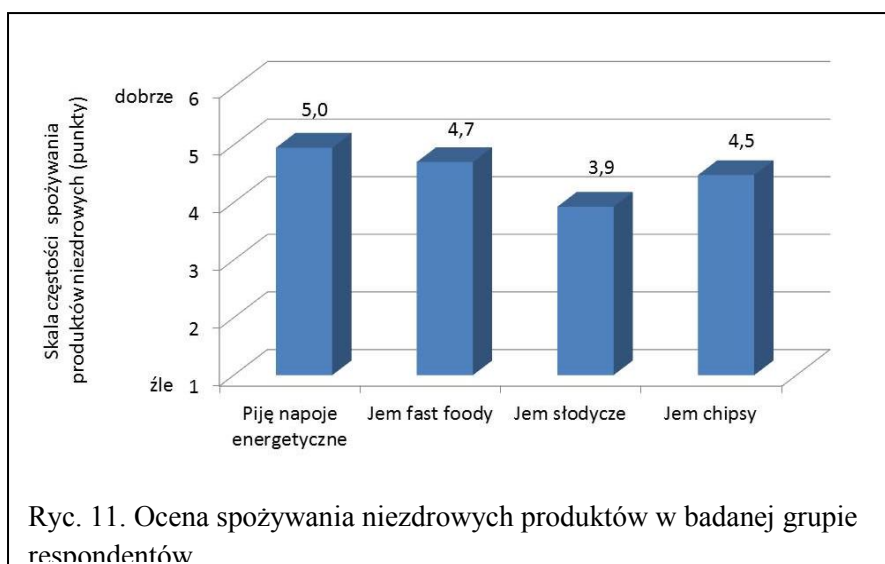


Najczęstszym sposobem stosownym do odreagowania stresu w badanej grupie było palenie papierosów 40% respondentów i słuchanie muzyki 27,5%.

W ankiecie zapytano także młodych ludzi o stosowanie używek oraz innych produktów określanych jako niezdrowe.

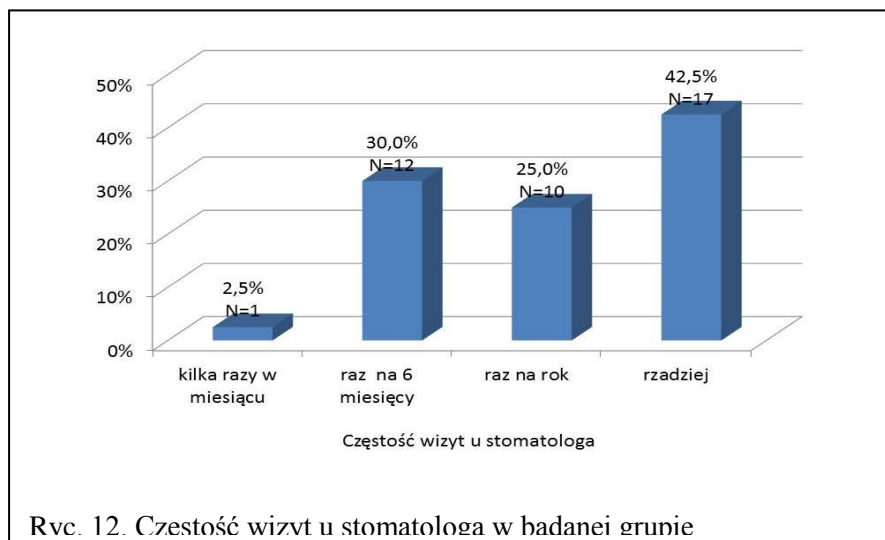


Stosowania używek wśród młodych ludzi takich jak: alkohol, środki narkotyczne znajduje się w górnej, a zatem pozytywnej części skali ocen. Picie kawy (2,8 pkt) i palenie papierosów (2,9 pkt) znajdują się poniżej połowy skali, a ich wartości średnie świadczą o przeciętnym poziomie stosowania używek.

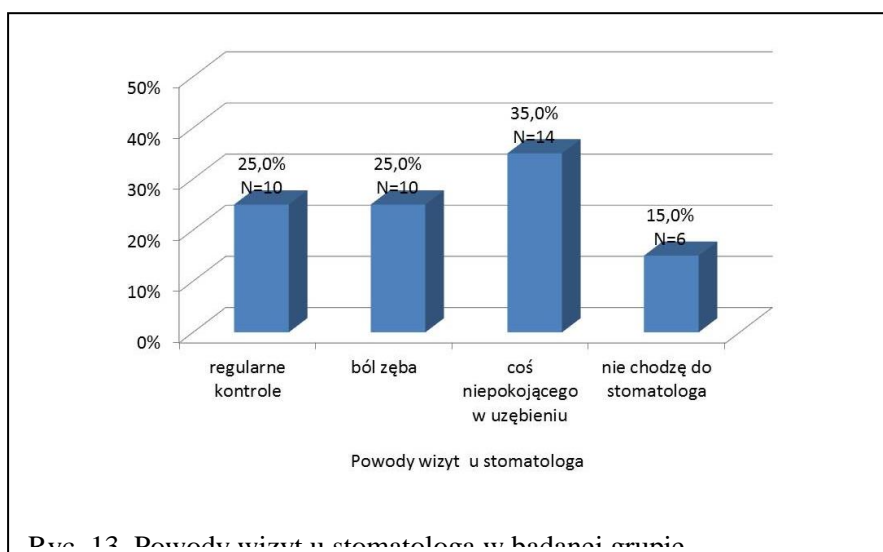


Średnie oceny spożywania produktów niezdrowych kształtowały się w górnym poziomie tj. na poziomie pozytywnym w skali i wynosiło średnio 5 pkt dla napoi energetycznych, 4,7 pkt dla fast foodów i 4,5 pkt dla chipsów. Najmniej respondentów z pośród niezdrowej żywności wybierało spożywanie słodczy (średnio 3,9 pkt.).

Mało jest badań, które zwracają uwagę na korzystanie przez młodzież z opieki stomatologicznej, dlatego też w tej ankiecie zawarto podstawowe pytania dotyczące wizyt w gabinecie stomatologicznym.

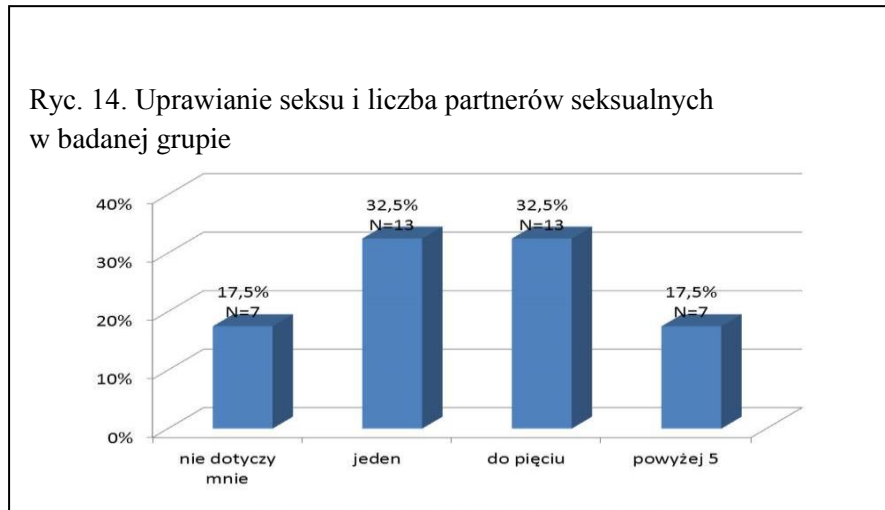


Respondenci dbali o swoje uzębienie poprzez wizyty u stomatologa przynajmniej raz na pół roku 30% badanych. Z wizyt u stomatologa raz w roku korzystało 25% respondentów, niestety aż 42,5 % ankietowanych odwiedza gabinet stomatologiczny rzadziej niż raz na rok.

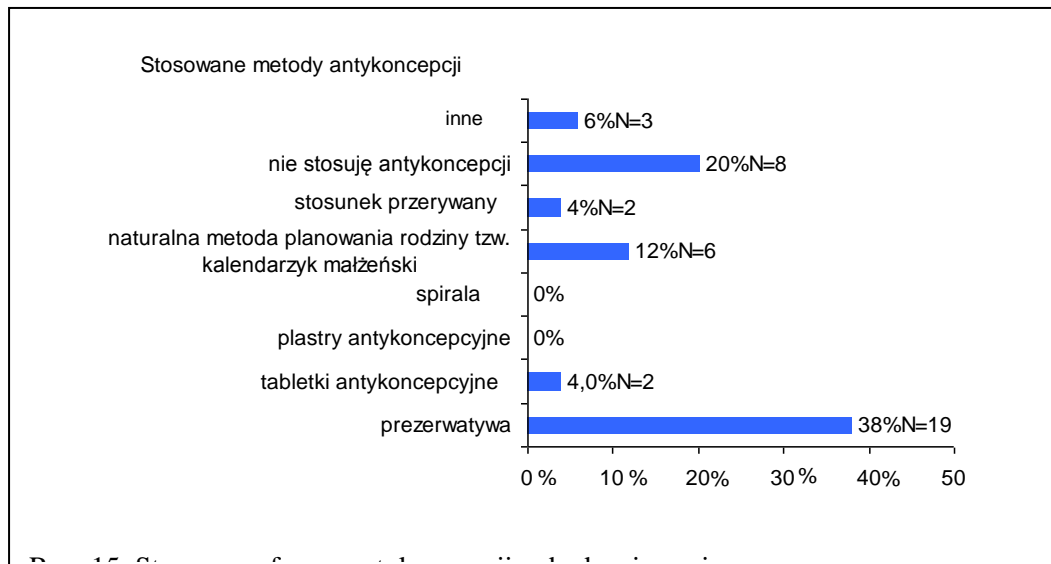


Do stomatologa na regularne kontrole przychodziło 10 respondentów (25%). Najczęściej wizyty w gabinecie stomatologicznym spowodowane były zaobserwowaniem niepokojących zmian w uzębieniu 35% badanych oraz nagłym bólem zęba 25%.

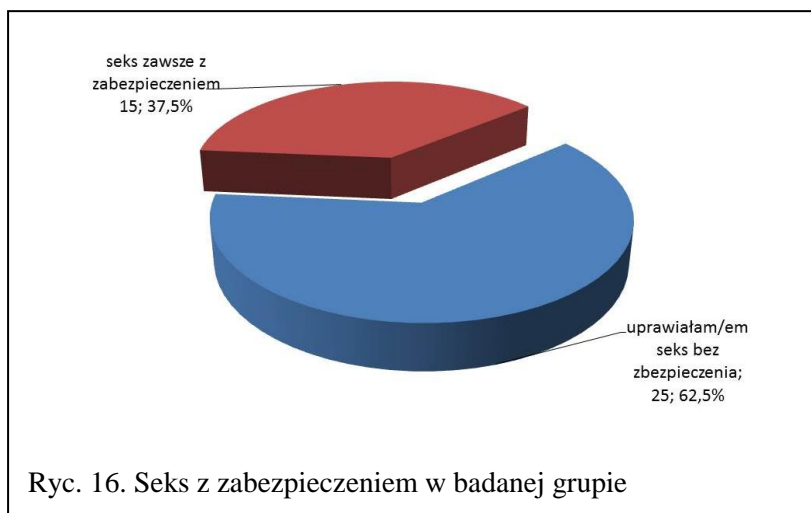
Kolejnym zagadnieniem były zachowania zdrowotne w obszarze sfery i aktywności seksualnej respondentów.



W badanej grupie seksu nie uprawiało 7 osób (17,5%). Seks z jednym stałym partnerem uprawiało 13 osób (32,5%), z wieloma (do pięciu) partnerami 13 osób (32,5%), natomiast więcej niż 5 różnych partnerów miało 7 osób (17,5%) badanych.

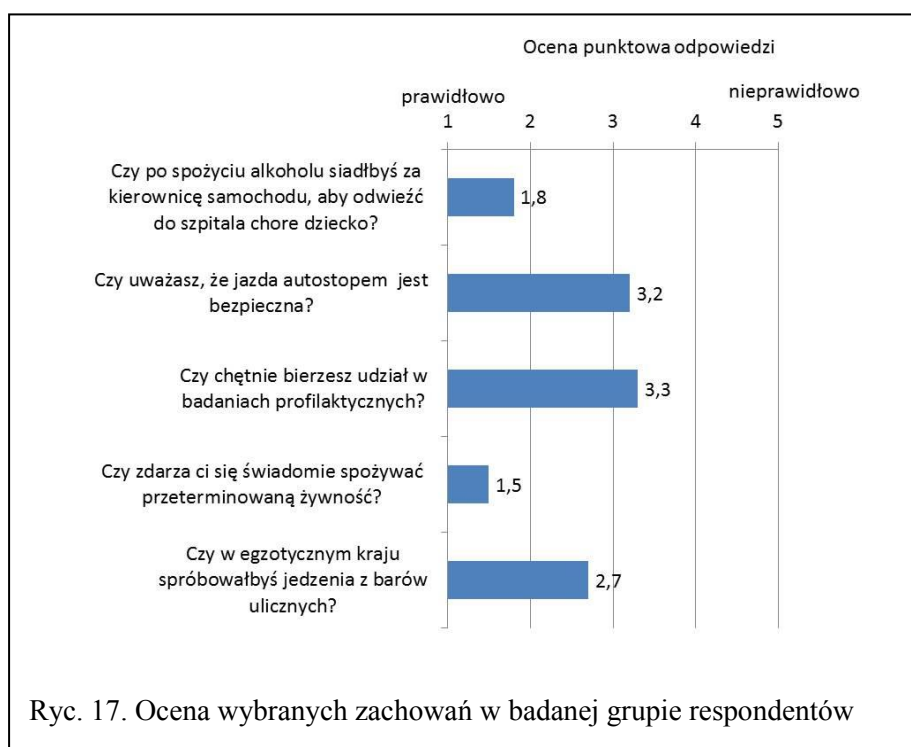


Spośród respondentów, którzy uprawiali seks 20% z nich (tj. 8 osób) nie stosowało żadnej antykoncepcji. Najczęściej wśród badanych stosowane były prezerwatywy 19 osób (38%).



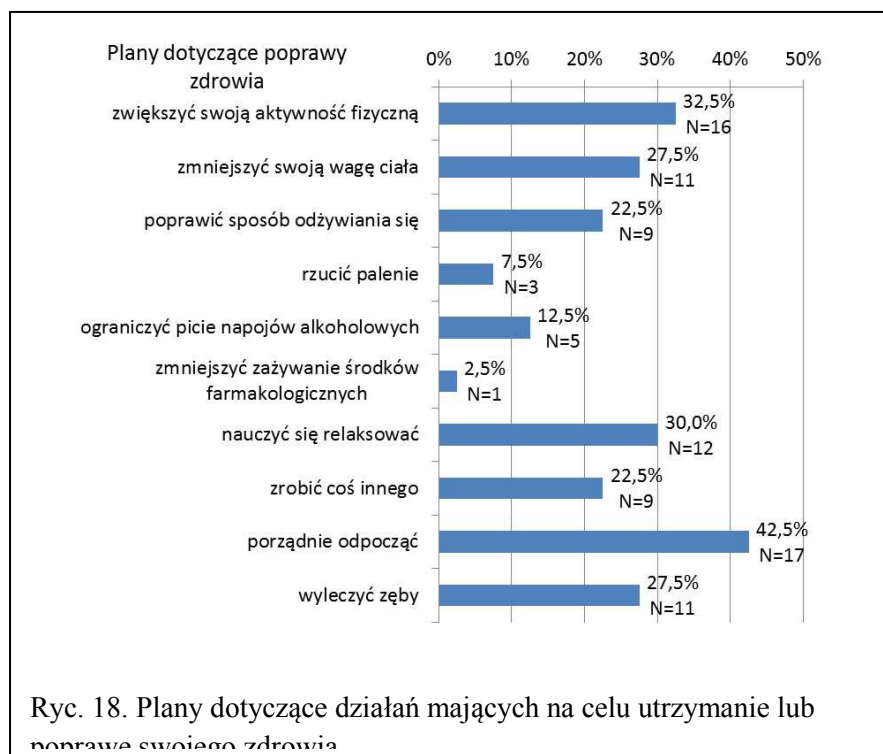
Aż 25 respondentów (62,5%) uprawiało seksu bez zabezpieczeń, natomiast 15 osób, co stanowi 37,5% stosowało zawsze zabezpieczenie podczas stosunku seksualnego.

Rycina 17 przedstawia ocenę wybranych zachowań zdrowotnych w badanej grupie respondentów. Wszystkie pytania za wyjątkiem *jednego* „Czy chętnie bierzesz udział w prowadzonych badaniach profilaktycznych?”, zostały porównane w skali oceny 5 punktowej, w której odwrócono tak, że wykazanie mniejszej wartości było korzystniejsze.



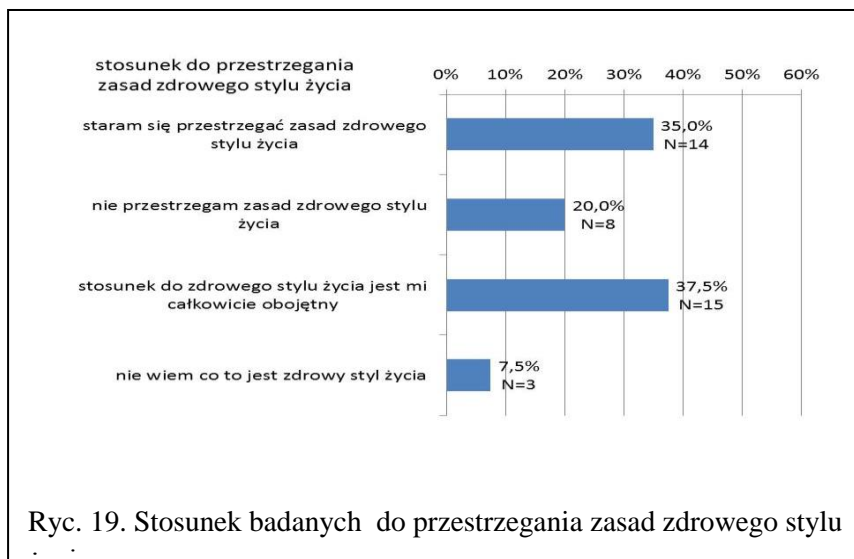
Średnie oceny dla zachowań zdrowotnych takich jak: prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu (1,8 pkt) oraz świadome kupowanie i spożywanie przeterminowanej żywności (1,5 pkt) znajdują się w dolnej, a zatem pozytywnej części skali ocen. Świadczy to o rozważnym stosunku do tych zachowań, które uważane są za niebezpieczne. Pozostałe zachowania zostały ocenione na poziomie powyżej 2,5 pkt czyli mieszczące się w drugiej połowie skali. Świadczy to o ryzykownych zachowaniach zdrowotnych w sytuacjach niebezpiecznych takich jak jazda autostopem (3,2 pkt), jedzenie w przydrożnych, ulicznych barach w krajach egzotycznych (2,7 pkt) oraz udział w prozdrowotnych badaniach profilaktycznych (3,3 pkt).

Zapytano także respondentów jakie mają plany na najbliższy czas w zakresie podjęcia działań poprawiających ich stan zdrowia.



W planach dotyczących utrzymania lub poprawy zdrowia na pierwszym miejscu znalazł się odpoczynek (42,5%). Następnymi w kolejności malejącej były: zwiększenie aktywności fizycznej (32,5%), nauka relaksu (30%), zmniejszenie wagi ciała (27,5%) i wyleczenie zębów (27,5%). Tylko jedna osoba postanowiła zmniejszyć ilość środków farmakologicznych.

Respondenci jednakowo po 25% skategoryzowali czynniki ważne dla utrzymania zdrowia takie jak aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, higiena osobista i komfort psychiczny. Nikt z ankietowanych nie wskazał pozytywnych relacji międzyludzkich jako czynnik ważny dla zdrowia.



Aż dla 15 osób (37,5%) badanych całkowicie obojętny jest stosunek do zdrowego stylu życia a 7,5% nie widziało co to jest zdrowy styl życia. 35% respondentów starało się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia, ale już 20% nie przestrzega tych zasad.

Dyskusja

Nowoczesność niesie za sobą nowe zjawiska i zapotrzebowanie na zmieniające się podejście do istotnych dla społeczeństwa zagadnień w zakresie rozwoju i promocji zdrowia. Problematyka zdrowotna musi wejść w spektrum zainteresowań i działań społeczeństwa, gdyż zdrowie ludzkości stanowi o jego rozwoju i poziomie życia [4,5].

Dążenie do długiego życia, a przede wszystkim życia w zdrowiu, stało się normą w nowoczesnym społeczeństwie. Przez ostatnie kilkanaście lat staliśmy się świadkami znaczących zmian w problematyce zdrowotnej, a także roli zdrowia w społeczeństwie. Wydłużenie oczekiwanej długości życia jest jednym z wyznaczników dobrego stanu zdrowia. Powszechna zamożność a także proces modernizacji gospodarczej ukształtowały wartości w dążeniu do nowych wzorców życia. Centralne miejsce w stylu życia każdego człowieka zajmuje aktywność fizyczna. Na kolejnych pozycjach zdrowego stylu życia są takie składowe jak: właściwe odżywianie, niepalenie tytoniu, radzenie sobie ze stresem, ograniczenie używek i leków, kontrola masy ciała, właściwe stosunki między ludzkie, kontakt z

przyrodą, czystość ciała i otoczenia, dostateczna ilość snu, ochrona przed substancjami toksycznymi i nadmiernym nasłonecznieniem, zachowania bezpieczne, badania okresowe. Wszystkie te czynniki to pewna *filozofia* ściśle związana z obszarami zdrowia, gotowością do działania na rzecz zdrowia jak również zachowań zdrowotnych razem wzięte [1, 2].

Gotowość do działania nie jest tak trudna, jak podjęcie i realizacja w długim czasie zachowań prozdrowotnych, które często wymagają weryfikacji i przewartościowania dotychczasowego stylu życia, dużej determinacji, samodyscypliny, systematyczności w podejmowaniu działań na rzecz szeroko pojętego zdrowia [3, 5, 6].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Większość respondentów oceniła stan swojego zdrowia jako bardzo dobry bądź dobry.
2. Młodzi ludzie czas wolny spędzają w sposób bierny i czynny. Wielu ankietowanych nie uprawiało żadnego sportu. Motywem podejmowania aktywność ruchowej było uzyskanie odprężenia psychicznego oraz poprawa kondycji fizycznej.
3. Dbalność o uzębienie wśród badanych była poniżej przeciętnej, natomiast do wizyt u stomatologa skłaniał ból zęba lub inne niepokojące objawy w jamie ustnej.
4. W wielu przypadkach wiedza ludzi młodych na temat zasad zdrowego stylu życia jest stosunkowo duża, pomimo to praktyczne jej zastosowanie jest niewielkie.
5. Promowanie i monitorowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych powinno stać się zasadniczym elementem edukacji młodych ludzi, aby te zachowania stały się podstawowym element życia każdego człowieka.

Piśmiennictwo

1. Cylkowska-Nowak M.: *Edukacja Zdrowotne, możliwości, problemy, ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008 r.
2. Drabik J., Resiak M.: *Styl życia i promocji zdrowia* wyd. Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, Gdańsk 2010 r.
3. Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: *Edukacja Prozdrowotna*, wyd. SGGW, Warszawa 2003 r.
4. Karski J.B.: *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*, wyd. CeDeWu Sp. z o.o., Warszawa 2009 r.
5. Lwów F., Milewicz A.: *Promocja zdrowia, podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych*, Wyd. Medyczne Urban& Partner, Wrocław 2004 r.

6. Wrona-Polańska, Mastalski J.: *Promocja zdrowia i teorii i praktyce psychologicznej*,
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009 r.

Autor

Urszula Cisoń-Apanasewicz

Tel. 48 608135 413, 48 18 44 88 649

witapan@interia.pl

Nowy Sącz ul. Nawojowska 265 c

PRÁCE SESTRY VE SPECIALIZOVANÉM CENTRU PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU

Vladislava Felbrová^{1,2}, Stanislava Kulovaná^{1,2}, Eva Králíková^{1,2,3}

¹ Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

² Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

³ Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod

Závislost na tabáku je diagnóza týkající se více než dvou milionů obyvatel ČR a je zde příčinou každého šestého úmrtí. Jako v případě jiných nemocí, i zde existuje účinná léčba, která by měla být široce dostupná a nabízená všemi, kdo se v klinické praxi setkají s kuřákem, při každém klinickém kontaktu alespoň formou krátké intervence (1, 3). Kromě toho by měla být dostupná intenzivní léčba pro ty, kdo ji potřebují. Takovou léčbu poskytují v ČR již více než 10 let Centra pro závislé na tabáku. Tato léčba je navíc ekonomicky velice výhodná (2). Práce sester tu hraje důležitou roli.

Text

První **Centrum pro závislé na tabáku** v ČR, které slouží i jako referenční centrum, bylo založeno v r. 2005 při III. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Střídají se tu čtyři lékařky na částečný úvazek a dvě všeobecné sestry. Toto pracoviště je zatím v ČR jediné, které je po celou pracovní dobu k dispozici pouze kuřákům. Celkem je u nás podobných pracovišť na 40, ale jejich časové možnosti pro léčbu závislosti na tabáku jsou omezenější. Tato centra jsou vždy v nemocnicích, většinou na pneumologických, interních či kardiologických klinikách. Kontakty, mapku i popis léčby lze najít na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz.

Po telefonickém nebo osobním objednání (možno bez doporučení lékaře) přichází pacient na **screeningovou návštěvu**, která trvá přibližně hodinu. Většina tohoto času probíhá mezi sestrou a pacientem. Po úvodní informaci pacient vyplní několik dotazníků a testů, např. test týkající se závislosti na nikotinu (Fagerströmův test závislosti na cigaretách), odpoví na dotazy, do jaké míry je připraven přestat kouřit, jak si věří a jak je motivován (škálování 1-10) či popíše své stravovací návyky. Vzhledem k vysoké psychiatrické komorbiditě kuřáků včetně našich pacientů, jichž je kolem 30 % s psychiatrickou diagnózou (2), používáme také Beckovu škálu deprese. Sestra se zeptá na kuřáckou anamnézu: v kolika letech pacient/ka vykouřil/a první cigaretu, od kolika let začal/a pravidelně kouřit a kolik čeho kouří cigaret za den, zda byly v minulosti pokusy přestat kouřit a jak dlouho pacient/ka nekouřil/a, popřípadě

jakou pomoc vyhledal/a – jské léky závislosti na tabáku užíval/a, případně zda využil/a jiných metod (léčitele, hypnózu a jiné). Součástí dokumentace je osobní i rodinná anamnéza, u žen anamnéza gynekologická a abusus alkoholu a drog. Vzhledem ke spolupráci s Klinikou adiktologie naší nemocnice nejsou jiné závislosti v minulosti či přítomnosti vzácné. Tato návštěva zahrnuje základní antropometrické měření (výška, hmotnost, výpočet body mass indexu, % tělesného tuku a základní plicní funkce), dále změříme krevní tlak a tepovou frekvenci. Nejpodstatnějším měřením je stanovení oxidu uhelnatého ve výdechu a tím i procentuální zjištění zablokovaných červených krvinek pro přenos kyslíku. Toto jednoduché měření ukáže, jak pacient intenzivně kouří a pomůže odhadnout množství nikotinu z jedné cigarety, což je pak jedním z vodítek pro stanovení farmakoterapie. Sestra motivuje pacienta v jeho správném rozhodnutí přestat kouřit a seznámí ho s průběhem návštěv. Na konci této screeningové návštěvy posoudí lékař případnou potřebu dalších vyšetření – je třeba zhruba v 10 % (2).

Takto připravený pacient je objednan k lékaři na **vstupní intervenci**, která je v malé skupině nebo individuální a trvá přibližně 2 hodiny. Lékař vysvětlí princip závislosti na tabáku, např. jak se připravit na dobu nekouření, jak předejít zvyšování hmotnosti. Na této návštěvě se pacient také stanoví den D, od kterého už nebude kouřit. Součástí léčby není jen psychobehaviorální intervence, ale také léky, které zmírní abstinenci příznaky. Mezi abstinenci příznaky patří např. podrážděnost, nespokojenost zlost, úzkost, nervozita, pocit napětí, obtížné soustředění, zvýšená chuť k jídlu, neschopnost odpočívat, poruchy spánku, netrpělivost a další. Existují 3 skupiny léků na potlačení abstinenci příznaků: *náhradní nikotinová terapie* (náplast, žvýkačky, ústní sprej, pastilky, orodispergovatelny film), kterou může doporučit i každá sestra, protože jsou volně prodejné v lékárně. Další dva léky (*vareniklin a bupropion*) jsou vázané na recept.

Na kontrolní návštěvu, která trvá zhruba 30 minut, se pacient dostaví většinou do týdne ode dne D, abychom se dozvěděli, jak se cítí a do jaké míry je léčba úspěšná. Opět měříme oxid uhelnatý ve výdechu, sledujeme hmotnost, krevní tlak a tepovou frekvenci. Při každé návštěvě pacienta pochválíme a motivujeme ho v jeho správném rozhodnutí. Pacienty sledujeme rok od poslední cigarety, průměrný počet návštěv pacientů je kolem 7 za tuto dobu – ale frekvence je vždy individuální podle potřeb a přání pacienta.

Při roční kontrole se opakuje komplexnější vyšetření jako při první návštěvě, které slouží k porovnání a vyhodnocení výsledků. Po roce na nás pacienti často zapomenou a jejich opakované kontaktování a zvaní na roční kontrolu je také na sestřích centra – bez této intenzivní práce bychom většinu z nich už neviděli.

Pro posouzení úspěšnosti tvoří 100 % všichni, kdo se do našeho centra přišli léčit. Jako abstinující jsou jen ti, kdo po roce přišli, nekouří a mají negativní hodnoty CO ve výdechu. Ze souboru 4355 našich pacientů, v jejichž případě uplynul nejméně rok od první návštěvy do ledna roku 2015, mělo kompletní záznam 3368. Celkem po roce nekouřilo 34 % z nich, ale z těch, kdo vyslechli úvodní intervenci, nekouřilo 39 %. Z těch, kdo absolvovali jen screeningovou návštěvu (= převážnou dobu se sestrou), nekouřilo po roce 10 %. To lze označit za výsledek intenzivní sesterské intervence.

Závěr

Sestry mohou hrát důležitou roli v ovlivňování kouření pacientů nejen v běžné klinické praxi, ale i v intenzivní léčbě závislosti na tabáku. Svým nekuřáckým příkladem a profesionálním přístupem v ošetrovatelské péči ke kouření může sestra pozitivně ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta.

Podpořeno projektem International Society of Nurses in Cancer Care "Eastern Europe Nurses Helping Smokers Quit" a grantem IGA MZ ČR 12170-5/2011

Odkazy na literaturu:

1. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Zvolský, M.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, Vnitř Lék 2015; 61(5, Suppl 1): 1S4-1S15, zdarma ke stažení na http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/doporuceni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-52291?confirm_rules=1
2. Králíková, E., Kmeťová, E., Felbrová, V., Kulovaná, S., Štěpánková, L., Zvolská, K., Skoupá, J.: Centra pro závislé na tabáku, Čas. Lék. čes., 153, 2014, 4, 248 – 252
3. Malá, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Nohavová, I.: Užívání tabáku – informace a pracovní postup pro intervenci sestry, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2015, 23 s.

KONTINUÁLNE MONITOROVANIE SRDCOVÉHO VÝDAJA SYSTÉMOM FLOTRAC

Helena Gondárová-Vyhničková, Marián Berešík, Monika Matejová

¹Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP
Ružomberok, Fakultná nemocnica

²Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

Abstrakt: Kardiovaskulárne ochorenia môžu byť spojené so zvýšeným srdcovým výdajom ako je to v priebehu infekcie a sepsy, alebo zníženým srdcovým výdajom pri kardiomyopatii a inom srdcovom zlyhávaní. Základným parametrom, ktorý informuje o perfúzii tkanív a ich zásobení kyslíkom je srdcový výdaj. Jednou z metód je kontinuálne monitorovanie srdcového výdaja na základe hodnôt meraných v artérii cez arteriálnu kanylu zavedenú za účelom merania hodnôt arteriálneho tlaku a odberu krvných vzoriek.

Kľúčové slová: Srdcový výdaj. Monitorovanie. FloTrac systém.

Základnou funkciou srdca je doprava krvi do organizmu, t. z. dodávanie kyslíka, živín a iných chemických látok do buniek s cieľom zabezpečiť ich prežitie, správnu funkciu a odstrániť z nich odpady bunkového metabolizmu. Kontinuálne monitorovanie srdcovej činnosti, vrátane srdcového výdaja je jedným z podkladov pre určenie primeranej liečby. Pri monitoringu zohráva dôležitú úlohu ošetrojúca sestra.

Hlavným parametrom zistenia dostatočného prietoku krvi tkanivami je **srdcový výdaj** (cardiac output, CO), čiže **minútový srdcový objem**. Je to množstvo krvi vypudenej komorou za 1 minútu. **Srdcový výdaj = SV x HR**. Priemerný srdcový výdaj je 5,0 l / min. u muža a 4,5 l / min. u ženy. Je súčinom tepového objemu (**SV**) - asi 70 ml a tepovej frekvencie (**HR**) - cca 70 za minútu (4, 7).

Faktory ovplyvňujúce srdcový výdaj:

- Srdcové – Angina pectoris, arytmie, kardiomyopatie...
- Cievne
- Šok
- Pľúcne
- Endokrinné
- Hematologické poruchy
- Poruchy elektrolytov

- Anestézia
- Stimulácia n.vagus
- Stres – sympaticus
- Liečivá
- Iné (7).

Základné sledovanie vitálnych funkcií (krvný tlak, srdcová frekvencia, dychová frekvencia a teplota) nemusí byť dostatočné ako prediktívny ukazovateľ u pacienta v kritickom stave. V resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti je často potrebné sledovať i ďalšie ukazovatele hemodynamiky. (1, 2,, 3).

Kardiovaskulárne ochorenia môžu byť spojené so zvýšeným srdcovým výdajom, ako je to v priebehu infekcie a sepsy, alebo zníženým srdcovým výdajom pri kardiomyopatii a srdcovom zlyhávaní.(7)

Metódy merania srdcového výdaja **môžeme orientačne rozdeliť na:**

- **neinvazívne:** transezofageálny Doppler, bioimpedancia cez párové EKG elektródy
- **invazívne:**
 - intrakardiálne katetrizácie,
 - z pľúcnice cez Swan-Ganzov katéter,
 - Fickov princíp zahŕňa výpočet kyslíka spotrebovaného za určité časové obdobie od merania koncentrácie kyslíka v žilovej krvi a artériálnej krvi (sú potrebné odbery krvných vzoriek),
 - LiDCO - Lithium Dilution Cardiac Output, LiDCO plus,
 - PiCCO technológia je založená na monitorovaní hemodynamiky metódou, ktorá je kombináciou transpulmonárnej termodilúcie a analýzy arteriálnej pulzovej vlny,
 - Flo Trac senzor a monitor Vigileo (4, 5, 6).

Na našom pracovisku používame FloTrac systém, pozostávajúci z monitora Vigileo a FloTrac senzoru.

FloTrac systém využíva klinicky overený algoritmus kontinuálneho sledovania srdcového výdaja (**CCO**), zdvihového objemu (**SV**) a zdvihového objemu variácie (**SVV**) **v reálnom čase**. Algoritmus FloTrac vychádza pri výpočte SV z arteriálneho tlaku, veku, pohlavia a telesného povrchu. Hodnoty sú aktualizované každých 20 sekúnd. Merané hodnoty získavame cez kanylu zavedenú do periférnej artérie – najčastejšie do artérie radialis na nedominantnej končatine, ktorá sa súčasne používa na kontinuálne monitorovanie arteriálneho tlaku a odber krvných vzoriek. To znamená, že na získanie týchto hodnôt

nevykonávame ďalší invazívny zásah – kanyla, katéter, vpich. Z toho dôvodu je táto metóda považovaná za **minimálne invazívnu metódu monitorovania srdcového výdaja**. Systém FloTrac sa nastavuje rýchlo (5 minút), je ľahko ovládateľný a nevyžaduje žiadne manuálne kalibrácie. Táto jednoduchosť použitia vedie k rýchlejšiemu začatiu adekvátnej liečby kriticky chorého pacienta (4, 5, 6).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti

1. Príprava pomôcok:

- roztok na dezinfekciu miesta zavedenia arteriálnej kanyly (Betadine roztok),
- na fixáciu arteriálnej kanyly (najčastejšie transparentná lepiaca sterilná fólia), sterilné prekrytie (gázové štvorce),
- dlaha na znehybnenie končatiny – podľa potreby,
- preplach arteriálnej kanyly: (Fyziologický roztok 500ml + 5000 j Heparín v plastovom obale, pretlakový vak),
- arteriálna kanyla,
- FloTrac systém (Flo Trac senzor + monitor Vigileo + kompatibilné prevodníky).



Obr. 1 Flo Trac systém (zdroj 6)

2. Spolupráca pri zavádzaní artériálnej kanyly

Sestra pri spolupráci s lekárom sa riadi vypracovaným ošetrovateľským štandardizovaným postupom pri zavádzaní artériálnej kanyly.

3. Inštalácia a prepojenie Flotrac systému s artériálnou kanylou

Sestra vykoná prepojenie FloTrac senzoru a prevodníkov s analógovým výstupom na monitore Vigileo. Správne umiestni FloTrac senzor (bod nula) a zabezpečí jeho fixáciu na stojane, čo je potrebné pre správnosť merania. Spolu s lekárom vykoná automatickú kalibráciu monitorovacieho zariadenia a nastavenie alarmov meraných hodnôt.

4. Zabezpečenie preplachu artériálnej kanyly

Sestra vykoná:

- naloženie pretlakového vaku na infúzny roztok v plastovom obale,
- naplnenie infúzneho setu infúznym roztokom (F 1/1 500ml + 5000 j. Heparín),
- dôkladnú kontrola odvzdušnenia celého setu a následné pripojenie setu na artériálnu kanylu,
- udržiavanie tlaku 300 mm Hg v pretlakovom vaku čo zabezpečí kontinuálny preplach artériálnej kanyly roztokom rýchlosťou 3 ml/h.

U pacienta následne začína kontinuálne monitorovanie **CO** – srdcového objemu (cardiac output) lekár môže navoliť zobrazovanie ďalších parametrov: **SV** – zdvihového objemu (stroke volume), zdvihového objemu variácie (**SVV**) a súčasne na ďalšom (bed side) monitore prebieha kontinuálne monitorovanie hodnôt artériálneho tlaku (**AP**). Doba monitorovania je limitovaná funkčnosťou artériálnej kanyly, maximálne 5 dní.



Obr. 2 Časť FloTrac systému – snímač a prevodník pre bed side monitor a Vigileo monitor
(zdroj: Fotoarchív autorov)

5. Zabezpečenie kontinuálneho sledovania pacienta a monitorovaniaho systému, manažment riešenia alarmových situácií.

Je potrebné aby pacient v kritickom stave, resp. vyžadujúci intenzívnu starostlivosť bol pod kontinuálnym dohľadom skúsenej sestry špecialistky pre anestéziológiu a intenzívnu starostlivosť, ktorá kontinuálne sleduje pacienta, monitorovacie zariadenie, rozozná technický problém pri odchýlkach meraných hodnôt, správne lekárovi interpretuje nielen aktuálne merané hodnoty ale i vývoj patologickej odchýlky na základe čoho môže lekár rozhodnúť o zmene liečby, resp. úprave alarmových hraníc meraných hodnôt. Sestra

vykonáva i zápis meraných hodnôt do dokumentácie pacienta v časových intervaloch podľa ordinácie lekára. Sleduje funkčnosť systému – zalomenie, rozpojenie (artéria !!!), upchatie, správne umiestnenie. Pravidelne 1x za 48 hodín a podľa potreby ošetruje miesto zavedenia arteriálnej kanyly, cez transparentnú fóliu sleduje lokálne zmeny. Samozrejmosťou je „štandardný“ monitoring pacienta. Sestra pri tvorbe ošetrovateľského plánu vychádza z biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb pacienta.

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti závisí od mnohých faktorov. Jedným z nich je aj personál primerane vzdelaný a s dostatočnými skúsenosťami. Pacient, ktorý sa ocitne na „resuscitačnom“ alebo „intenzívnom“ lôžku si zaslúži aj sestru ktorá spĺňa toto kritérium. Veď práve sestra pri ňom trávi najviac času spomedzi všetkých zdravotníckych pracovníkov, Výsledkom je potom zvládnutie aj uvedeného monitoringu v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta.

Použité zdroje:

1. BRATOVÁ, A., LAURINC, M. Kompetencie sestier špecialistiek v Slovenskej republike. Prednáška. *XX. Kongres Českej spoločnosti anesteziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny*. 19. – 21. 9. 2013, Brno (CZ).
2. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H., BEREŠÍK, M., MACKOVÁ, M. Úloha sestry pri sledovaní srdcového výdaja prístrojom Vigileo. Poster. *I. Celoslovenská konferencia s medzinárodnou účasťou Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. 25 – 26. 3. 2010, Ružomberok.
3. KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE ANESTÉZIOLOGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA. Uverejnené vo Vestníku MZ SR č. 29589-1/2006 - OZSO, čiastka 11, ročník 55 [online] 2007. (Citované 10.11.2014). Dostupné na: www.health.gov.sk/swift_data/source/.../vestnik0704.pdf.
4. MINIMALY INVASIVE HEMODYNAMIC MONITORING. [online]. 2007. (Citované 10.11.2014). Dostupné na: www.sh.lsuhs.edu/policies/policy_manuals_via.../h_9.6.0.pdf.
5. QUESTIONS ABOUT PA PRESSURES. [online]. 2009. (Citované 10.11.2014). Dostupné na: Page2-Nursing_for_Nurses_allnurses.com/ccu.../questions-about-pa-425277-page2.html/.
6. SERVICE MED-VIGILEO MONITOR, FLOTRAC, CARDIAC. [online]. 2007. (Citované 10.11.2014). Dostupné na: www.edwards.com/products/mininvasive/.
7. ŠTEJFA, M, et al.. *Kardiologie*, Grada, 1995. 560 s. ISBN 80-7169-110-0.

Kontakt:

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Ústredná vojenská nemocnice SNP

Fakultná nemocnica

Ružomberok

helenagondar@centrum.sk

PIELUSZKOWE ZAPALENIE SKÓRY JAKO CZĘSTY PROBLEM PIELĘGNACYJNY WIEKU NIEMOWLĘCEGO I WCZESNODZIECIĘCEGO – PROFILAKTYKA I POSTĘPOWANIE LECZNICZE

Bogumiła Grabowska

NZOZ Vita-Med Suwałki – Poradnia pediatryczna, Polska

Wstęp

Pieluszkowe zapalenie skóry – Diaper dermatitis (PZS), klasyfikacja według kodu ICD 10 – L22 pieluszkowe (serwetkowe) zapalenie skóry to jedna z najczęściej obserwowanych dermatoz okresu niemowlęcego i wczesnodziecięcego. Rozwijają się na tle podrażnienia skóry moczem lub kałem, któremu sprzyja wilgotne środowisko pod założoną pieluszką, w przeciwieństwie do alergicznego zapalenia skóry powstającego na tle reakcji alergicznej. Jak sama nazwa wskazuje w miejscu gdzie przylega założona pieluszka na skórze krocza pojawia się zaczerwienienie i obrzęk, a w przypadku bardziej nasilonych zmian pojawiają się nadżerki, pęcherzyki i grudki. Stan ten jest dużym dyskomfortem dla dziecka oraz przysparza dużego kłopotu dla rodziców, dlatego też ważne jest właściwe postępowanie edukacyjno - zapobiegawcze personelu medycznego mające na celu profilaktykę, jak również właściwe postępowanie pielęgnacyjne - lecznicze w przypadku już powstałych zmian.

Przyczyny predysponujące do powstania pieluszkowego zapalenia skóry:

- Wilgotne środowisko;
- Czynniki drażniące zawarte w kale i moczu (chymotrypsyna, elastaza, lipaza);
- Delikatna i wrażliwa skóra dziecka, zwłaszcza u wcześniaków i noworodków o niskiej masie urodzeniowej, z powodu niedojrzałości warstwy rogowej;
- Wzrost pH skóry;
- Stan zdrowia dziecka;
- Dieta mająca wpływ na drażniące właściwości kału;
- Antybiotykoterapia;
- Częste oddawanie moczu u noworodków;
- Biegunka;
- Zaniedbania higieniczne i błędy przy pielęgnacji.

Wilgotne i ciepłe środowisko sprzyja maceracji skóry krocza, która dodatkowo narażona jest na podrażnienie moczem i stolcem, w wyniku czego dochodzi do rozwoju reakcji zapalnej.

Klinicznie w przebiegu PZS wyróżnić można trzy fazy:

Faza I – rumień i powierzchowne złuszczenie się naskórka w okolicy krocza, pośladków, pachwin i ud;

Faza II – na rumieniowym podłożu pojawiają się grudki, krosty, pęcherzyki i nadżerki widoczny jest obrzęk i zaostrenie stanu zapalnego, może wystąpić nadkażenie drożdżakowe lub bakteryjne;

Faza III – jeśli nie zostało wdrożone odpowiednie postępowanie pojawiają się nasilone zmiany rumieniowo-naciekowe, nadżerki, a nawet owrzodzenia, widoczne jest złuszczenie i lichenifikacja naskórka.

Chorobowo zmieniona skóra jest podatna na występowanie dodatkowych nadkażeń najczęściej wywołanych *Candida species* lub *Staphylococcus aureus*. Do powikłania kandydozą klasycznego PZS dochodzi stosunkowo często. Widoczne są ostro odgraniczone żywoczerwone wykwity otoczone grudkami i krostami tworzącymi charakterystycznie wyglądające zmiany zwane satelitami. W przypadku zakażenia gronkowcem złocistym pojawiają się łatwo pękające cienkościenne krosty na rumieniowym podłożu wokół, których dochodzi do złuszczenia naskórka. Dziecko z PZS jest płaczliwe i niespokojne, ponieważ zmianom na skórze towarzyszy ból i pieczenie.

Postępowanie w przypadku wystąpienia PZS polega przede wszystkim na wdrożeniu prawidłowej pielęgnacji polegającej na:

- odpowiednio częstej zmianie pieluch, zwłaszcza u noworodków minimum co 2-4godz., a w razie potrzeby częściej;
- częste tzw. wietrzenie krocza, czyli pozostawienie dziecka bez założonej pieluchy;
- używanie dobrej jakości jednorazowych pieluch z wkładami chłonnymi, pokrytymi oddychającym materiałem wierzchnim, zapobiegającym powstawaniu zjawiska okluzji częstego podczas stosowania pieluch wielorazowych i ceratowych majteczek lub pieluch jednorazowych z nieprzepuszczalnym pokryciem zewnętrznym;
- właściwa higiena krocza polegająca na myciu krocza delikatnymi środkami myjącymi o neutralnym pH po każdej zmianie pieluchy oraz delikatne jej osuszanie poprzez dotyk unikając pocierania;
- nie należy zastępować mycia chorobowo zmienionego krocza używając do tego celu chusteczek pielęgnacyjnych ponieważ mogą nasilać zmiany na skórze;
- stosowanie środków pielęgnacyjno-ochronnych na skórę po każdej zmianie pieluchy w celu uzyskania bariery ochronnej przed czynnikami drażniącymi. Dostępne na rynku preparaty mogą zawierać tlenek cynku, wazelinę, lanolinę, emolienty,

dexapanthenol i glicerynę (tabela I). Niektórzy dermatolodzy nie polecają stosowania wazeliny i lanoliny, ponieważ jej zastosowanie daje efekt okluzji. Dobre efekty leczniczo-pielęgnacyjne przynoszą robione maści recepturowe przygotowane w aptece np. tzw. „maść pośladowa”.

- w przypadku zmian znacznie nasilonych właściwe może być krótkotrwałe zastosowanie na skórę preparatów zawierających słabe kortykosteroidy.
- jeśli doszło do nadkażenia drożdżakowego lub bakteryjnego konieczne jest zastosowanie miejscowo środków farmakologicznych. W przypadku kandydozy preparatów przeciwgrzybiczych np.: Nystatyna, klotrimazol, mikonazol, a w przypadku nadkażenia gronkowcem preparatów przeciwbakteryjnych. Niekiedy dochodzi do zakażeń mieszanych wówczas należy zastosować preparaty złożone.

Tabela I. Substancje najczęściej występujące w preparatach pielęgnacyjno-ochronnych i opis ich działania

Substancja	Opis działania
Tlenek cynku	Absorbuje wodę, działa antybakteryjnie
Wazelina	Tworzy okluzję, izolując od czynników drażniących
Lanolina	Tworzy okluzję, izolując od czynników drażniących
Dimethicon	Emolient, tworzy barierę ochronną
Dexapanthenol	Stymuluje procesy naprawcze uszkodzonej skóry
Gliceryna	Posiada właściwości nawilżające i emulgujące
Kaolin	Duże właściwości absorpcyjne

Pieluszkowe zapalenie skóry powstające w wyniku zadziałania czynników drażniących potęgowanych poprzez podwyższoną temperaturę i wilgotne środowisko w miejscu przylegania pieluszki jest często obserwowane u dzieci do drugiego roku życia. Powoduje duży dyskomfort i dolegliwości bólowe, dlatego niezwykle ważne jest aby poprzez prawidłową pielęgnację nie dopuszczać do jego wystąpienia, a w razie pojawienia się pierwszych symptomów chorobowych podjąć odpowiednie działanie pielęgnacyjno – lecznicze. Personel medyczny (pielęgniarki, położne i lekarze) mający kontakt z rodzicami dziecka powinni edukować jak powinna wyglądać prawidłowa pielęgnacja wrażliwej skóry małego dziecka, a w razie wystąpienia problemów pomóc w ich niwelowaniu. Działania zapobiegawcze polegają przede wszystkim na przestrzeganiu prawidłowych zasad higieny, używaniu dobrej jakości jednorazowych pieluch o dużych właściwościach absorpcyjnych z oddychającą warstwą zewnętrzną, stosowaniu środków pielęgnacyjnych takich jak kremy, maści, pasty mających na celu ochronę i pielęgnację delikatnej skóry u dzieci.

Piśmiennictwo:

1. Cohen B.: Dermatologia noworodka [w]: Dermatologia pediatryczna, Cohen B. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, 15-66.
2. Zalewska-Jankowska A., Błaszczuk H. (red.): Choroby skóry, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 141-148.
3. Szepietowski J., Reich A.: Grzybice [w]: Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową, Szepietowski J., Reich A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 83-103.
4. Czarnecka-Operacz M.: Choroby skóry [w]: Podstawy neonatologii, Szczapa J. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 465-483.
5. Alkiewicz K.: Choroby skóry – wybrane zagadnienia [w]: Zarys pediatrii, Pawlaczyk B. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 573-579.
6. Zalewska M., Rusin-Tupikowska A., Baran E.: Pieluszkowe zapalenie skóry – miejsce drożdżaków wśród czynników etiopatogenetycznych, Mikologia Lekarska 2010, 17,1, 53-56.
7. Wilmont A., Doboszyńska A.: Pieluszkowe zapalenie skóry u dzieci, Pediatria i Medycyna Rodzinna 2012, 8, 3, 272-274.

Kontakt do autora:

mgr Bogumiła Grabowska

e-mail: bogda_g1@o2.pl

PIELĘGNIARKA W OPIECE NAD CHORYM UMIERAJĄCYM

Lucyna Graf, Mariola Śleziona, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek,
Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko

Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego W Katowicach

Streszczenie

Pomoc i wsparcie dla cierpiących, umierających pacjentów oferuje opieka paliatywna, w której szczególne miejsce zajmuje pielęgniarka. U schyłku życia pacjenta największy kontakt zarówno fizyczny, jak i psychiczny, czy też duchowy ma z nim pielęgniarka, która zdobywając jego zaufanie staje się dla niego kimś szczególnym, staje się jego powiernikiem. Do podstawowych zadań pielęgniarki w opiece nad chorym umierającym jest niesienie ulgi w cierpieniu i okazywanie troskliwości. Pielęgniarka paliatywna powinna cechować się serdecznością, empatią, dobrocią, przestrzegać zasad etyki zawodowej. Do podstawowych zasad etycznych zalicza się szacunek do osób, poszanowanie godności, autonomii, czynienie dobra i niekrzywdzenie, odpowiedzialność, sprawiedliwość, poufność a także prawdomówność i wierność. Głównym założeniem opieki paliatywnej jest przestrzeganie zasad etycznych jest powiązane z podnoszeniem jakości życia pacjentów w schyłkowym okresie życia. Pielęgniarka opiekując się pacjentem umierającym powinna również przestrzegać praw umierającego, które gwarantują pacjentowi respektowanie jego godności aż do śmierci. Prawidłowa pielęgnacja chorego polega na zaplanowaniu i dostosowaniu do stanu pacjenta uwzględniając pielęgnację bez cierpienia. W zawodzie pielęgniarki oprócz posiadania wiedzy medycznej, pielęgniarskiej, wymaga się również wiedzy w zakresie religii, wyznań i kultury pacjentów. Pielęgniarka niezależnie od swojej wiary i wyznania powinna pomagać w zakresie duchowym, gdyż pomoc religijna jest częścią opieki nad pacjentem. W kontakcie z umierającym człowiekiem pielęgniarki spotykają się z wieloma trudnościami, zwłaszcza emocjonalnymi, ich praca wiąże się także ze stresem, dlatego przyjmują różne postawy. Z chwilą, gdy pacjent umiera, niektóre pielęgniarki nie potrafią poradzić sobie ze swoimi uczuciami. Zaś inne dojrzałe akceptują śmierć i traktują ją jako zjawisko naturalne. Opieka paliatywnie intensywnie rozwija się w Polsce i na całym świecie, jednak w Polsce rozwój ten jest jeszcze na niewystarczającym poziomie. Zatem istnieje potrzeba w kształceniu pielęgniarek w zakresie opieki paliatywnej, wdrażania osiągnięć naukowych w praktyce,

tworzenia wytycznych i standardów postępowania opartych na dowodach naukowych oraz inicjowania prowadzenia własnych badań.

Słowa kluczowe: pacjent umierający, rola pielęgniarki, emocje pielęgniarki

Wprowadzenie

Śmierć jest biologicznym faktem, zarówno w medycynie w ogóle, jak i w medycynie paliatywnej. Zaś cierpienie chorych nieuleczalnie jest dla ludzi zdrowych niewyobrażalne. Cierpienie, umieranie i śmierć są doświadczeniem tylko osób, które tego doświadczają. Śmierci nie można przeżyć i opowiedzieć jaka ona jest. Natomiast pomoc i wsparcie dla cierpiących, umierających pacjentów oferuje opieka paliatywna, w której szczególne miejsce zajmuje pielęgniarka. W ostatnich miesiącach, tygodniach, dniach życia człowieka pielęgniarka ma z nim największy kontakt, fizyczny i duchowy, zaś zdobywając zaufanie u pacjenta staje się jego powiernikiem, kimś szczególnym. Do podstawowych zadań pielęgniarki w opiece nad chorym umierającym jest niesienie ulgi w cierpieniu i okazywanie troskliwości.

Rozwinięcie

Śmierć wpisana jest w ludzkie doświadczenie, ze śmiercią mamy do czynienia każdego dnia i dotyczy ona nie tylko ludzi, którzy zostali objęci opieką paliatywną. Opieka paliatywna obejmuje opieką osoby, które chorują na postępujące nieuleczalne choroby i cierpiące. Jej celem jest utrzymanie lub poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez usunięcie lub zminimalizowanie dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz cierpień duchowych. Opieka paliatywna przygotowuje pacjenta i jego rodzinę do zbliżającej się śmierci [Cmiel I., 2011]. Opiekę paliatywną sprawuje wyspecjalizowany, współpracujący ze sobą interdyscyplinarny zespół, do którego zalicza się lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, duszpasterz i inni. Wysoko wyspecjalizowany zespół interdyscyplinarny opieki paliatywnej ma szczególne znaczenie ze względu na całodobową dostępność do świadczeń, zwłaszcza pielęgniarskich, dlatego od pielęgniarki wymaga się posiadanie wiedzy oraz uprawnień zawodowych. Całodobową opiekę nad pacjentami objętymi opieką paliatywną/hospicyjną domową lub stacjonarną, w pierwszej kolejności sprawuje pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia pielęgniarka musi realizować świadczenia, wobec chorego i umierającego, w pełni samodzielnie [Dz.U.Nr 139, poz. 1138 z późn.zm.].

Od 1999 roku opieka paliatywna stała się dyscypliną pielęgniarstwa. Specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiada wiedzę z dziedziny pielęgniarstwa onkologii,

chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, chirurgii i geriatrici. W swojej pracy łączy umiejętności praktyczne z aspektami organizacyjnymi, medycznymi, pielęgnacyjnymi, psychologicznymi, filozoficznymi, społecznymi. Fachowość pielęgniarki paliatywnej polega na stałym zdobywaniu wiedzy, dokształcaniu się, dążeniu do wprowadzania zmian na rzecz jakości pielęgnowania, a także prowadzeniu badań naukowych. Pielęgniarka paliatywna powinna cechować się serdecznością, empatią, dobrocią, przestrzegać zasad etyki zawodowej. Etyka zawodowa według Wrońskiej (1995) „jest zespołem norm i dyrektyw, wynikających z tradycji zawodu, z ducha kultury narodowej, z podstawowych wskazań etycznych przyjętych w danym społeczeństwie, a zastosowanych do wykonywania danego zawodu” [de Walden – Gałuszko K., 2005]. Etyka pielęgniarstwa obejmuje zasady moralne z racji wykonywania zawodu, czyli co wolno, a czego nie wolno wykonywać biorąc pod uwagę dobro pacjenta. Etyka określa również zakres pracy zawodowej pielęgniarki, która obejmuje relacje pomiędzy pielęgniarką a pacjentem oraz zespołem interdyscyplinarnym, a także pracę na sobie, czyli własnym rozwojem moralnym [Wrońska I., 1995]. Warto, żeby pielęgniarka pamiętała, że naczelną normą moralną odnosi się do naczelnego dobra człowieka [Szostek A., 1998].

Do podstawowych zasad etycznych zalicza się szacunek do osób, poszanowanie godności, autonomii, czynienie dobra i niekrzywdzenie, odpowiedzialność, sprawiedliwość, poufność a także prawdomówność i wierność. W czasie opieki nad pacjentem umierającym, który zdany jest na pomoc pielęgniarzką, buduje się więź międzyludzka, poprzez zaufanie oraz dochodzi do wzajemnej wymiany dóbr duchowych. Pielęgniarka, by zdobyć zaufanie pacjenta umierającego powinna posiadać cechy osobowościowe oraz przestrzegać zasad etycznych zawodu. Przestrzeganie zasad etycznych jest powiązane z podnoszeniem jakości życia pacjentów w schyłkowym okresie życia, co jest głównym założeniem opieki paliatywnej [Chrostowski W., 2000]. Warto pamiętać, aby być dobrą pielęgniarką, trzeba być dobrym człowiekiem [Biesaga T., 2005].

Pielęgniarki w swojej pracy borykają się również z dylematami etycznymi. Wrońska podaje, że dylematy te wiążą się z trudnością ustalenia hierarchii ważności powinności moralnych, które mogą wchodzić ze sobą w konflikt. Są to:

- czynienia tego, co najlepsze dla danego pacjenta,
- uwzględnienia potrzeb pozostałych pacjentów,
- poszanowania ich autonomii [Wrońska I., 2002].

Przykłady dylematów etycznych, wypowiedziane przez uczestniczki specjalizacji i kursu kwalifikacyjnego z opieki paliatywnej w Krakowie, zostały przedstawione w pracy Kłis-Kalinowskiej A. i wsp., oto dwa z nich:

1. Pacjent nie został poinformowany przez lekarzy i rodzinę o niepomyślnym rokowaniu. Rodzina kategorycznie zabrania informowania chorego, tymczasem chory pyta pielęgniarkę „czy ja umieram?” Prosi, by porozmawiała z nim o jego obecnej sytuacji. Co zrobić? Ulec choremu i narazić się rodzinie? Wykręcić się brakiem czasu? Zaprzeczyć?

2. Pacjent w agonii ma zlecone leki dożylnie. Są duże problemy z wkłuciem dożylnym, wielokrotne próby męczą chorego i nie przynoszą rezultatu. Lekarz nie modyfikuje leczenia, utrzymuje dotychczasowe leczenie. Czy dalej męczyć chorego nakłuwając kolejne cieniutkie żyłki, które wciąż pękają?

Na podstawie tych dylematów można stwierdzić, że pielęgniarki w pracy z ciężko chorym, umierającym człowiekiem powinny posiadać wiedzę z zakresu etyki, psychologii i filozofii [Kliś – Kalinowska A., 2011].

Pielęgniarka opiekując się pacjentem umierającym powinna również przestrzegać praw umierającego, które gwarantują pacjentowi respektowanie jego godności aż do śmierci. Są to prawa:

- Prawo do traktowania należnego osobie aż do śmierci
- Prawo do informacji o własnym stanie i udziału w podejmowaniu decyzji
- Prawo do ulgi w bólu fizycznym
- Prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania
- Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego, zgodnie ze swoim światopoglądem
- Prawo do kontaktu z rodziną i swoim środowiskiem, aby nie umierać w samotności
- Prawo do wyrażania swoich uczuć na temat śmierci
- Prawo do naturalnej i godnej śmierci [Bołoz W., 2008].

U pacjenta umierającego stan ogólny ulega stopniowemu pogorszeniu, występuje utrata kondycji fizycznej i możliwości samoobsługi, nasilają się dolegliwości związane z chorobą lub pojawiają się nowe, występuje poczucie osamotnienia, wyobcowania w środowisku rodzinnym, zawodowym i społecznym, występuje lęk przed cierpieniem, a także lęk o rodzinę oraz poczucie uzależnienia od innych osób. W związku z wyżej wymienionymi objawami niezbędna jest funkcja pielęgnacyjno – opiekuńcza. Prawidłowa pielęgnacja chorego polega na zaplanowaniu i dostosowaniu do stanu pacjenta uwzględniając pielęgnację bez cierpienia. Indywidualne podejście do pacjenta zapewni komfort pacjentowi i jego rodzinie, pozwoli na zachowanie godności, a także zapobiegnie powstaniu odleżyn, przykurczów, czy patologicznych zmian w jamie ustnej. Pacjent w schyłkowym okresie ma potrzeby

psychologiczno – duchowe, dlatego też od pielęgniarki wymagane są predyspozycje w tym zakresie. Opieka pielęgniarska psychologiczno – duchowa polega na wzajemnym zaufaniu, utrzymywaniu bliskiego kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Szczególne znaczenie ma edukacja rodziny w zakresie pielęgnacji chorego w warunkach domowych, obserwacji objawów oraz podawania leków [opiekawdomu.info].

W zawodzie pielęgniarki oprócz posiadania wiedzy medycznej, pielęgniarskiej, wymaga się również wiedzy w zakresie religii, wyznań i kultury pacjentów. Potwierdza to Kodeks Etyki Zawodowej, gdzie pielęgniarki zobowiązują się „*Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice*”. Zaś każdy pacjent posiada prawo do opieki duszpasterskiej, niezależnie od wyznawanej wiary. W czasie trwania choroby, zwłaszcza nieuleczalnej zmieniają się wartości człowieka, dlatego wiara pomaga wielu chorym podtrzymywać nadzieję. Ważne jest by pielęgniarka posiadała informacje na temat religii panujących na świecie. Niestety badania Sienkiewicz pokazały, że tylko 18% pielęgniarek posiada wiedzę w zakresie innych wyznań i religii. Zadawalające są wyniki tych badań, gdyż 63% pragnie poszerzać wiedzę w tym zakresie. W Polsce pielęgniarka może spotkać się z wyznaniami takimi, jak: Katolicyzm, Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny, Kościół Ewangelicko-Augsburski, Wspólnota Zielonoświątkowa, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, Związek Wyznania Świadków Jehowy, Muzułmański Związek Religijny (Islam), Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich [Sienkiewicz Z., 2011].

Od pielęgniarki oczekuje się, że będzie ona zaspakajała podstawowe potrzeby pacjenta te biologiczne, psychiczne, jak i kulturowe oraz duchowe. Warto wiedzieć, że potrzeba duchowa jest jedną z ważniejszych potrzeb w opiece pielęgniarskiej. Sienkiewicz podaje, że 93% chorych leczonych na nowotwór podtrzymuje nadzieję poprzez wiarę [Sienkiewicz Z., 2011]. Rolą pielęgniarki jest przeprowadzenie pacjenta przez najtrudniejsze chwile dla niego samego oraz jego rodziny. Dlatego tak ważne jest, by pielęgniarki wiedziały jak pomóc pacjentowi i jego rodzinie, jak się zachować, rozmawiać, a nawet uczestniczyć w obrzędach religijnych. Na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, że wiele pielęgniarek informuje pacjenta lub jego rodzinę o możliwości wezwania duszpasterza na prośbę pacjenta, nawet wówczas kiedy pacjent nie jest w stanie sam podjąć takiej decyzji. Pielęgniarka niezależnie od swojej wiary i wyznania powinna pomagać w zakresie duchowym, gdyż pomoc religijna jest częścią opieki nad pacjentem [Saunders C., 1973]. Niezależnie od różnic kulturowych i wyznawanej religii pielęgniarka winna towarzyszyć pacjentowi u schyłku jego życia. Pomoc w znoszeniu cierpienia fizycznego, psychicznego oraz duchowego powinna odbywać się z

wycuciem potrzeb pacjenta, troskliwością, spokojem, zapewniając pacjentowi bliskość, między innymi poprzez trzymanie go za rękę. Pomocne zasady postępowania wobec opieki nad chorym opisuje Kramer (2007):

- być „troskliwie obecnym”,
- słuchać głosu serca,
- w stosownej chwili odpowiednio dotykać umierającej osoby,
- unikać żargonu psychologicznego lub religijnego,
- dostrzegać, kiedy umierający cierpi,
- wezwać osobę zawodowo towarzyszącą umierającemu, by wysłuchał ostatnich wyznań i udzielił ostatniego błogosławieństwa,
- zaoferować pomoc przy załatwianiu praktycznych spraw związanych ze zgonem [Sienkiewicz Z., 2011].

Pielęgniarki poprzez wykonywanie pracy przy pacjencie umierającym, zarówno przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno – leczniczych, jak i przez towarzyszenie oraz wsparcie, a także przez codzienny widok cierpienia uczą się przede wszystkim pokory. Pokora jest cechą bardzo cenną, lecz rzadką w dzisiejszych czasach.

Trudności w kontakcie z chorym umierającym

Praca pielęgniarki z pacjentem umierającym wiąże się także ze stresem. Niewątpliwie staż pracy pielęgniarki wpływa na wzrost zaangażowania w ideologię hospicyjną i paliatywną, a także przyczynia się do wzrostu więzi emocjonalnej pomiędzy pielęgniarką a chorym i jego rodziną. Z chwilą, gdy pacjent umiera, niektóre pielęgniarki nie potrafią poradzić sobie ze swoimi uczuciami. Obwiniają się za śmierć pacjenta, odczuwają lęk przed własną śmiercią lub kogoś z członków swojej rodziny, wpadają w gniew, a nawet depresję. Pielęgniarki odczuwają również pozytywne emocje, doświadczając słabość pacjentów, walczących z chorobą, otwierając się wobec nich, z ogromną wrażliwością są gotowe przejmować odpowiedzialność za jakość życia chorych, a w chwili ich odejścia są świadome tego, że zrobiły dla pacjenta, co tylko mogły, i że zmarł on spokojnie. Niewątpliwie wszystko to jednak sprawia, że podatność na stres w pracy pielęgniarki opiekującej się chorym umierającym, jest duża i zwiększa się.

Warto też wspomnieć, że w kontakcie z umierającym człowiekiem pielęgniarki spotykają się z wieloma trudnościami, zwłaszcza emocjonalnymi, dlatego przyjmują różne postawy. Pierwsza postawa to lęk w kontakcie z chorym umierającym. Niektóre pielęgniarki obawiają

się rozmów, udzielać odpowiedzi na pytania zadawane przez chorego lub jego rodzinę, boją się także zwykłych spojrzeń, a nawet refleksji, które nasuwają się, a które dotyczą własnego życia. Drugą postawę prezentują te pielęgniarki, które unikają kontaktu z chorym i jego rodziną, zwłaszcza rozmów na temat umierania i śmierci. Następną postawę prezentują te pielęgniarki, które nie akceptują śmierci, czyli za wszelką cenę, bez względu na koszty i środki, pomijając potrzeby chorego walczą do samego końca o życie chorego. Do ostatniej grupy postaw zaliczamy te pielęgniarki, które dojrzałe akceptują śmierć i traktują ją jako zjawisko naturalne wkomponowane w ludzkie życie, które uważają, że jeśli walka o życie jest już niemożliwa, to wówczas należy pogodzić się z odejściem chorego. Te pielęgniarki potrafią też komunikować się zarówno z pacjentem, jak też jego rodziną, potrafią słuchać i prawidłowo rozpoznawać potrzeby chorego i jego bliskich.

Rozwój w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej

W Polsce początkowo opieka hospicyjna była w postaci opieki domowej. Początkowo w wielu miejscach kraju pielęgniarki były wolontariuszkami, następnie inicjatorkami i organizatorkami, przez cały czas podnosiły poziom wiedzy, kształciły się i nauczały z zakresu opieki paliatywnej, aż w końcu stały się specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. W opiece nad pacjentami w schyłkowym okresie życia, pielęgniarki uzyskały samodzielność w podejmowaniu działań. Często to pielęgniarki są zarządzającymi jednostkami opieki hospicyjnej i paliatywnej. Obecnie pielęgniarka jest liderem zespołu opieki paliatywnej i hospicyjnej, który powinien mieć holistyczne podejście do pacjenta, dzięki któremu jest możliwe rozpoznawanie potrzeb pacjenta. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej intensywnie rozwija się na całym świecie. W Polsce opieka paliatywna została włączona w program studiów pielęgniarstwa, powstają nowe ośrodki szkolące, przez co następuje rozwój szkoleń pielęgniarek na poziomie wyższym. Pielęgniarki w ramach kształcenia podyplomowego mają możliwość podniesienia kwalifikacji również w ramach kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych oraz specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa w opiece paliatywnej. Specjalizacja z opieki paliatywnej podnosi zakres wiedzy i umiejętności z zakresu opieki paliatywnej oraz kształtuje postawy pożądane w kontakcie z osobami umierającymi w schyłkowym okresie choroby. Przygotowuje do opieki nad osieroconymi, wspierania rodziny i bliskich w momencie odejścia chorego. Specjalizacja przygotowuje pielęgniarki do umiejętności w sytuacji zetknięcia się z wybuchem silnych emocji chorego lub jego rodziny, do badania i poprawy jakości chorych, monitorowania terapii, postępowania farmakologicznego i nefarmakologicznego [<http://www2mz.gov.pl>].

Tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej w 2006 roku uzyskało 40 osób, natomiast na koniec 2014 roku liczba ta wynosi 648. Liczby są rosnące, natomiast w dalszym ciągu jest to niewystarczająca ilość, biorąc pod uwagę, że rośnie zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną z powodu wzrostu liczby zachorowań na choroby nowotworowe. Zatem istnieje potrzeba w kształceniu pielęgniarek w zakresie opieki paliatywnej, aby podnieść jakość kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, W tym celu są weryfikowane i uszczegółowiane programy kształcenia kursów oraz specjalizacji, a także opracowywane aktualnego podręcznika. O rozwoju pielęgniarstwa w opiece paliatywnej świadczy fakt powstania w 2006 roku Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej oraz powołanie w 2011 roku Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej. Według Anny Białoń – Janusz Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej „rozwój pielęgniarstwa opieki paliatywnej w najbliższych latach powinien skupiać się na zacieśnieniu współpracy Stowarzyszenia jako towarzystwa naukowego, środowiska akademickiego, coraz liczniej reprezentowanego przez pielęgniarki z tytułem doktora czynnie związane z opieką paliatywną, pielęgniarek specjalistek oraz grona pielęgniarek konsultantów, której celem będzie implementowanie osiągnięć naukowych w praktyce, tworzenie wytycznych i standardów postępowania opartych na dowodach naukowych oraz inicjowanie prowadzenia własnych badań” [<http://www.uj.edu.pl/>].

Podsumowanie

Kontakt z chorym umierającym jest sztuką trudną, powoduje przewartościowanie własnych oczekiwań i może także dawać nam satysfakcję. W sytuacji kiedy nie można dać nadziei na wyzdrowienie i zachowanie życia, można ofiarować to, co możliwe: towarzyszenie, wsparcie, jak najlepszą pielęgnację, skuteczną minimalizację dolegliwości, opiekę nad bliskimi, dobrą komunikację, przygotowanie rodziny do opieki nad chorym. Opieka paliatywna jest tylko wtedy skuteczna, kiedy jest dobry kontakt z pacjentem i jego bliskimi. Podstawą dobrego porozumiewania się jest empatyczne słuchanie, dzięki czemu osoba opiekująca się chorym może określić potrzeby pacjenta: fizyczne, emocjonalne, psychospołeczne. Podstawą praktyki pielęgniarstwa powinna być komunikacja pozawerbalna. Dlatego też pielęgniarki potrzebna jest systematycznie poszerzana wiedza i doświadczenie, dzięki któremu pielęgniarka może pomóc odejść pacjentowi w sposób godny, nie narażając go na cierpienie. Ulgę w cierpieniu przynosi dotyk, który ma ważne znaczenie w opiece nad chorym umierającym, również okazywanie miłości, cierpliwości i troskliwości. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w

sztuce komunikowania się z pacjentem. Podstawą komunikacji z pacjentem u schyłku życia jest aktywne słuchanie, które pomaga odbierać od chorego przekazy werbalne i niewerbalne. Nieodpowiednia komunikacja może być przyczyną złego samopoczucia u pacjentów. Opieka nad umierającymi pacjentami jest szkołą uczącą, mówiącą o tym jak można stawać się człowiekiem. Istnieje konieczność, by pielęgniarka posiadała wrażliwość oraz wiedzę, stale ją poszerzała, przez co będzie potrafiła zauważać potrzeby człowieka umierającego, będzie potrafiła rozmawiać z nim. Rozmowy z osobami umierającymi nie należą do łatwych, lecz dzięki nim można zyskać niezwykłą mądrość i nauczyć się żyć pełnią życia.

„Kontakt z człowiekiem śmiertelnie chorym jest kontaktem trudnym [...]. Wszystkie rozwinięte kultury i cywilizacje przywiązywały wielką wagę do relacji z umierającymi. Zdolność do podjęcia takiej relacji, umiejętność bycia z umierającym są wskaźnikami prawdziwej dojrzałości człowieka. [...] trzeba powiedzieć, że człowiek w obliczu śmierci mobilizuje nieraz ogromne pokłady mądrości i dojrzałości, z których i my możemy czerpać”

Krzysztof Jedliński

Piśmiennictwo

Cmiel I., Kliś-Kalinowska A., Iwaszczyszyn J., Gnidek A., Jakóbczyk G., Czekaj J., Pieniążek I., Znaczenie zasad etycznych w opiece świadczonej przez pielęgniarkę paliatywną. W drodze do brzegu życia. Tom IX. Białystok 2011

de Walden-Gałuszko K.: Podstawowe pojęcia. [W:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. de Walden-Gałuszko K. i Kopacz A. (red). Warszawa, PZWL 2005, 14–15

Wrońska I.: Zasady etyczno-deontologiczne pracy pielęgniarki. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Zachradniczek K. (red.) Warszawa, PZWL 1995, 54–58.

Szostek A.: Pogadanki z etyki, Częstochowa 1998, 62–63.

Chrostowski W.: Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego, Collectanea. Theologica, 2000, 3, 89–108.

Biesaga T. : Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, Medycyna Praktyczna, 2005, 6, 20–24.

Wrońska I.: Dylematy etyczne pielęgniarek. [W:] Etyka w pracy pielęgniarskiej. Wrońska I., Mariański J. (red.) Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 195–201.

Kliś-Kalinowska A., Chmiel I., Czyżowicz K., Iwaszczyszyn J., Pieniążek I., Czekaj J. O dylematach etycznych w pracy pielęgniarek paliatywnych. W drodze do brzegu życia. Tom IX. Białystok 2011.

Bołoz W. : Prawa człowieka umierającego. Medycyna Praktyczna, 2008, 11.

opiekawdomu.info/ Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej. Głowacka A

Sienkiewicz Z., Paszek T., Wysokiński M., Leńczuk – Gruba A., Kobos E., Fidecki W., Wrońska I., Imiela J., Rola Pielęgniarki w zaspakajaniu potrzeb duchowych pacjenta. W drodze do brzegu życia. Tom IX. Białystok 2011

Saunders C.: Śmierć i umieranie; Chwile prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym, Warszawa 1973

<http://www2.mz.gov.pl/> Stanowisko ds. opracowania kompetencji pielęgniarki opieki paliatywnej powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie opieki paliatywnej z dnia 29.03.2012r.

<http://www.uj.edu.pl/> Perspektywy pielęgniarstwa w opiece paliatywnej jako dziedziny specjalistycznej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej hospicyjnej. Dz.U. Nr 139, poz. 1138 z późn.zm.

Dane kontaktowe:

Lucyna Graf

43 – 100 Tychy, ul. Wieniawskiego 28/8

Tel. 507 300 943

e-mail: lucyna.graf@ceiwr.pl

WSTYDLIWY PROBLEM - NIETRZYMANIE MOCZU U MĘŻCZYŹN

Lucyna Graf , Mariola Śleziona, Barbara Stołecka, Gabriela Ptaszek , Karina Wawros

Śląski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Nietrzymanie moczu (NTM) to każdy stan niekontrolowanego wycieku moczu z cewki moczowej bez udziału świadomości.

Nietrzymanie moczu jest najczęściej występującym problemem polskiego społeczeństwa, jest chorobą społeczną, dotyczy 5%-10% społeczeństwa, w tym również mężczyzn, jest schorzeniem przewlekłym, które nasila się z wiekiem. Powszechnie uważa się, że choroba dotyczy przede wszystkim kobiet starszych, jednak dolegliwości NTM coraz częściej dotyczą mężczyzn (1-39%), należy zaznaczyć, że z wiekiem ten odsetek wzrasta. Najczęstszą przyczyną nietrzymania moczu u mężczyzn jest przerost prostaty, nowotwór prostaty, powikłanie pooperacyjne po wykonaniu radykalnej prostatektomii, oraz schorzenia neurologiczne takie jak: Stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, Parkinsona. Dla mężczyzn zarówno zaburzenia erekcji, jak i nietrzymanie moczu jest bardzo wstydlive. Niestety w dalszym ciągu w społeczeństwie dolegliwości te są tematem tabu. Nieprawidłowości w układzie moczowo – płciowym nie powodują dolegliwości bólowych, dlatego pierwsze objawy są lekceważone. Między innymi z tego względu mężczyźni zbyt późno zgłaszają się do lekarza, dodatkowym czynnikiem późnego leczenia jest lęk przed badaniem doodbytniczym. Warto jednak wiedzieć, że objawy nie ustąpią samoistnie, a nieleczona inkontynencja może się nasilać i prowadzić do poważnych zmian, które mogą być przyczyną powikłań. Obecnie medycyna oferuje wiele terapii nietrzymania moczu, dlatego istotna jest edukacja w tym zakresie, po to by mężczyźni, których problem dotyczy wcześniej zgłaszali się do lekarza, poprawili swoją jakość życia i nie wycofywali się z życia towarzyskiego.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, mężczyźni, problem, leczenie, rehabilitacja

Wprowadzenie

Nietrzymanie moczu występuje u mężczyzn znacznie rzadziej niż u kobiet, jednak zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn stanowi poważny problem, który znacząco obniża jakość życia. Inkontynencja jest objawem wstydlivym, dlatego bardzo często mężczyźni bagatelizują te

objawy do czasu, kiedy niekontrolowany wyciek moczu nasili się do tego stopnia, że niemożliwe stanie się ukrywanie owego problemu. Od momentu zaobserwowania objawów choroby, do zgłoszenia się do specjalisty często mija nawet kilka lat. Większości osób wiadomo jest, że naturalnym elementem procesu starzenia się, u mężczyzn, jest łagodny rozrost prostaty, co jest przyczyną nietrzymania moczu. Jednak nietrzymanie moczu u mężczyzn nie jest tylko oznaką starzenia się, objaw ten powiązany jest również z innymi chorobami, takimi jak: przerost prostaty, nowotwór prostaty czy schorzenia neurologiczne (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona czy Alzheimer). W mniejszym stopniu nietrzymanie moczu u mężczyzn może także wywoływać cukrzyca, nadwaga lub inne czynniki. Przyczyną nietrzymania moczu może być nadreaktywność pęcherza moczowego, czyli występowanie uczucia wypełnienia pęcherza oraz parcia, po którym następuje mimowolne oddawanie moczu. Natomiast najczęstszą przyczyną nietrzymania moczu u mężczyzn jest pooperacyjne powikłanie po wykonaniu prostatektomii z powodu raku gruczołu krokowego. Niestety pomimo stale udoskonalanych technik operacji radykalnego usunięcia stercza, istnieje ryzyko poważnych powikłań, z którymi pacjent musi się borykać.

Podział nietrzymania moczu u mężczyzn

Ze względu na charakter dolegliwości, nietrzymanie moczu u mężczyzn dzielimy na cztery grupy:

- nietrzymanie moczu z parciem (urgency urinary incontinency – UUI)
występuje u 10-26% mężczyzn, częstość wzrasta wraz z wiekiem. Przyczyną są zaburzenia neurologiczne infekcje dróg moczowych, nowotwór pęcherza moczowego. W przypadku nietrzymania moczu z parciem u mężczyzn w leczeniu należy zwracać uwagę na utrudnienia w opróżnianiu pęcherza moczowego spowodowane rozrostem stercza. Leczenie polega na dążeniu do poprawy opróżniania pęcherza moczowego poprzez farmakoterapię lub postępowanie chirurgiczne, które polega na usunięciu przeszkody podpęcherzowej
- wysiłkowe nietrzymanie moczu (stress urinary incontinency – SUI)
przyczyną jest uszkodzenie pooperacyjne aparatu trzymającego mocz podczas wykonania radykalnej prostatektomii, częstość występowania od 2-43% Wysiłkowe nietrzymanie moczu może wystąpić po operacji usunięcia gruczolaka stercza. Przyczyną może być również uraz miednicy, myelomeningocoele, czy też wada wrodzona związana z niewydolnością zwieracza w przebiegu wierzchniactwa,

- mieszane nietrzymanie moczu, czyli występowanie wysiłkowego nietrzymania i parć naglących
- wykapywanie moczu po mikcji (post-micturition dribbling), które jest charakterystyczne dla mężczyzn i uważane za zaburzenie czynnościowe. Chorego należy dokładnie zbadać. Zaleca się lepsze opróżnianie cewki sterkowej po mikcji poprzez silne skurcze mięśni lub wymasowywanie resztek moczu z cewki palcem [Matuszewski M., 2013].

Diagnostyka wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn

Konieczne jest przełamanie wstydu i strachu przed wizytą u specjalisty, by mógł on ustalić skuteczne leczenie. Wczesne rozpoczęcie odpowiedniej terapii zdecydowanie podnosi jakość życia i pozwala na szybszy powrót do zdrowia. Postępowanie diagnostyczne polega na tym, że należy:

- zebrać szczegółowy wywiad dotyczący przebytych chorób, operacji, leków przyjmowanych w przeszłości i aktualnych, liczby epizodów popuszczania moczu w ciągu doby, okoliczności mimowolnego oddawania moczu, czasu trwania dolegliwości, ilości zużywania wkładek higienicznych, objętości spożywanych płynów
- po zebranych wywiadzie wykonuje się badania dodatkowe: badanie ogólne moczu, posiew moczu, aby wykluczyć zakażenia dolnych dróg moczowych. Wykonuje się również USG jamy brzusznej, aby ocenić stan narządów oraz zaleganie moczu
- zachęcić do prowadzenia dziennika mikcji, który jest bardzo ważnym źródłem informacji dla lekarza. W dzienniku mikcji notuje się liczbę mikcji, odstępy czasowe między nimi i kiedy dochodzi do bezwiednego oddawania moczu
- w celu ustalenia stopnia nasilenia zaburzeń wykonuje się jednogodzinny test podpaskowy (1h pad test)
 - stopień I (małe nietrzymanie moczu), gdy występuje utrata moczu mniej niż 10g, czyli 1 wkładka na dobę
 - stopień II (umiarkowane nietrzymanie moczu), gdy jest utrata moczu 1-50g, czyli mniej niż 5 wkładek na dobę
 - stopień III (znaczne nietrzymanie moczu), gdy jest utrata moczu 51-100g, czyli powyżej 5 wkładek na dobę

- stopień IV (całkowite nietrzymanie moczu), gdy utrata moczu występuje powyżej 100g
- w przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania nietrzymania moczu wykonuje się badanie urodynamiczne, które pozwala wyjaśnić, czy przyczyną nietrzymania moczu nie jest zmniejszona podatność pęcherza lub niestabilność wypieracza, a także pozwala ustalić stopień osłabienia zwieracza za pomocą oceny leak point pressure. Badanie polega na tym, że mierzy się ilość oddawanego moczu, czas mikcji oraz ciśnienie wewnątrz pęcherza i odbytnicy, a także ocenia się napięcie mięśni zwieraczy, które zatrzymują mocz.
- w przypadku planowanego zabiegu operacyjnego wykonuje się uretrocystoskopię w celu oceny stanu cewki moczowej i zaplanowania ewentualnego leczenia współistniejącego zwężenia cewki [Matuszewski M., 2013].

Poprawa jakości życia z inkontynencją

Niekontrolowany wyciek moczu jest problemem wstydlwym i stanowi duże wyzwanie dla pacjentów pod względem utrzymania czystości w miejscach intymnych. Wyciek moczu może prowadzić do infekcji i podrażnień skóry, dlatego ważne jest by po każdym epizodzie inkontynencji możliwie szybko umyć okolice miejsc intymnych, stosując łagodne środki do higieny intymnej. Na rynku dostępnych jest kilka rodzajów wkładek ochronnych dla mężczyzn. Mają one różne rozmiary i chłonność, dzięki czemu można dobrać odpowiedni produkt do nasilenia problemu. Istotne jest, że wkładki i pieluchomajtki neutralizują również przykre zapachy.

Informacja ta jest szczególnie istotna dla osób opiekujących się chorymi unieruchomionymi, ponieważ u tych chorych w znacznym stopniu występuje ryzyko narażenia skóry, co może przyczynić się do powstawania odparzeń i odleżyn. Ryzyko problemów skórnych można zminimalizować poprzez stosowanie preparatów z dodatkiem tlenku cynku lub argininy.

Ważną informacją, zwłaszcza dla osób starszych, że nie należy ograniczać ilości przyjmowanych płynów w nadziei, że częstotliwość wycieku moczu będzie mniejsza. Zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów powoduje zagęszczenie moczu, a tym samym intensywniejszy zapach moczu. Ograniczenie przyjmowania płynów może być tylko wieczorem, na 2-4 godziny przed snem.

Symptomy inkontynencji mężczyźni mogą złagodzić poprzez wprowadzenie zmian w stylu życia, co może znacznie poprawić jakość ich życia. Wskazówki są następujące:

- Ograniczenie spożycia napojów z kofeiną oraz słodkich napojów gazowanych i nie spożywanie więcej niż jednej jednostki alkoholu dziennie, gdyż spożywanie ich powoduje popędliwość pęcherza moczowego. Nietrzymanie moczu w czasie upojenia alkoholowego nie jest związane z chorobami układu moczowego. Natomiast patologiczne upijanie się powoduje zaburzenia funkcji ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego co może skutkować nietrzymaniem moczu. Jedynym zaleceniem w takim przypadku jest zakaz nadużywania alkoholu.
- Włączenie do diety produktów spożywczych bogatych w błonnik, przez co zapobiegnie się zaparciom, które zwiększają objawy nietrzymania moczu. Zaleca się ciemne pieczywo, zwiększenie ilości warzyw i owoców, natomiast ograniczenie owoców cytrusowych, które działają moczopędnie.
- Rzucenie palenie
- Utrzymanie prawidłowej wagi, ponieważ nadmiar tkanki tłuszczowej w okolicach pasa wywołuje zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej, zaś pęcherz mocno otyłego mężczyzny musi wciąż bronić się przed napierającymi nań dodatkowymi kilogramami. Dźwiganie brzucha z czasem powoduje osłabienie mięśni odpowiadających za kontrolę oddawania moczu, a zwiększony napór na pęcherz powoduje, że zaczyna opróżniać się on w sposób mimowolny.
- Regularny trening kontynencji. Aby uniknąć wycieku moczu w czasie treningu należy przed ćwiczeniami ograniczyć ilość przyjmowanych płynów, często oddawać mocz, pamiętać by opróżnić pęcherz tuż przed treningiem, a na czas ćwiczeń nałożyć wkładkę urologiczną, która pochłonie wilgoć w razie wycieku moczu.
- Korzystanie z toalety o określonych porach dnia
- Noszenie ubrań, które można szybko zdjąć, w celu przebrania się.
- Ćwiczenie podwójnej mikcji – po oddaniu moczu zrelaksowanie się i ponowne spróbowanie wykonanie tej czynności
- Prowadzenie dziennika, w którym będą zapisywane epizody inkontynencji. Notatki są ważne dla lekarza podczas ustalania optymalnej metody leczenia nietrzymania moczu [[www.tena.pl.](http://www.tena.pl), [https://portal.abczdrowie.pl.](https://portal.abczdrowie.pl)].

Metody leczenia operacyjnego nietrzymania moczu u mężczyzn

W przypadku nietrzymania moczu, które nie ustępuje po leczeniu zachowawczym medycyna oferuje leczenie operacyjne. Stosuje się zabiegi:

- z użyciem taśmy. Zabiegi taśmowe u mężczyzn są mało inwazyjne, są atrakcyjną możliwością leczenia, ponieważ są stosunkowo proste i tanie. Wskazaniem do operacji z użyciem taśm jest tylko małe lub umiarkowane nietrzymanie moczu. Skuteczność tej metody spada u chorych po prostatektomii, którzy byli poddani radioterapii. Jak dotąd brak jest jednoznacznych wyników co do uzyskania procentów wyleczeń. Przyjmuje się, że połowa pacjentów z nietrzymaniem moczu odnosi korzyści z leczenia z zastosowaniem taśm. Interesujące są doniesienia, które mówią o tym, że nieudany zabieg założenia taśm nie wyklucza możliwości założenia sztucznego zwieracza cewki.
- zabiegi wykorzystujące substancje wstrzyknięte w okolicy zwieracza, które wywierając ucisk na cewkę powodują zwiększenie oporów w jej świetle i tym samym poprawia trzymanie. Wykorzystując tą metodę uzyskuje się umiarkowany, jedynie przejściowy efekt poprawiający trzymanie i tym samym jakość życia w nietrzymaniu umiarkowanym i małego stopnia.
- wszczepienie sztucznego zwieracza cewki. Jest to najbardziej pewny sposób leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn, zwłaszcza przy nietrzymaniu znacznego stopnia. Metoda ta jest godna polecenia i rozpowszechnienia, ponieważ przynosi dobre wyniki umożliwiające znaczącą poprawę jakości życia chorych [Matuszewski M., 2013].

Leczenie, rehabilitacja po radykalnej prostatektomii

Problem nietrzymania moczu po zabiegach i operacjach urologicznych przyczynił się do powstawania ośrodków, w których odbywa się specjalistyczna rehabilitacja z bezpośrednim udziałem lekarzy specjalistów urologów. Rehabilitacja po zabiegu operacyjnym, takim jak usunięcie stercza, odbywa się bezpośrednio po zabiegu lub najpóźniej 4 tygodnie po wyjściu ze szpitala. Rehabilitacja jest kontynuacją leczenia operacyjnego, która jest nastawiona na zindywidualizowane działania, gdyż pacjentowi ustala się indywidualny plan terapii. Standardem leczenia nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej jest multimodalne leczenie oparte na współpracy urologów, fizjoterapeutów oraz innych specjalistów.

Rehabilitacja przynosi efekty tylko wówczas, gdy spełnia się trzy jej warunki: wiedza (zarówno przekazywana pacjentom, jak i ta, która jest przyswajana przez pacjentów), wytrzymałość i cierpliwość. Warto uświadamiać pacjenta, że czas, który poświęca na rehabilitacji, jest w celu nauczenia się jak właściwie postępować po opuszczeniu kliniki

rehabilitacyjnej. Należy pacjentowi udzielić wskazówek dotyczących postępowania w życiu codziennym, technik ćwiczeń oraz leczenia farmakologicznego.

Wiele prac naukowych potwierdza dużą skuteczność treningu kontynencji, który wywodzi się od ćwiczeń mięśni dna miednicy tak zwanych ćwiczeń mięśni Kegla. Trening kontynencji jest odmianą ćwiczeń Kegla, ćwiczenia są bardzo do siebie zbliżone, lecz nie są jednakowe. Podstawową różnicą pomiędzy treningiem kontynencji a treningiem mięśni dna miednicy - Kegla, jest nauczenie pacjenta selektywnych i izolowanych skurczów właściwych mięśni odpowiedzialnych za kontynencję bez współudziału innych mięśni.

Efekty treningu kontynencji osiąga się ok. 18 miesięcy po operacji, natomiast właściwa specjalistyczna opieka pozwala niektórym pacjentom uzyskać efekt terapeutyczny nawet po 2 latach od zabiegu operacyjnego. Niestety zarówno w Polsce, jak i krajach zachodnich wciąż brakuje lekarzy i fizjoterapeutów wyspecjalizowanych w prowadzeniu treningu kontynencji.

W rehabilitacji nietrzymania moczu u mężczyzn stosuje się również elektroterapię, elektroneurostymulację, urządzenia wibracyjne, masaże, kąpiele lecznicze, a nawet akupresurę i akupunkturę. Wskazania do wyżej wymienionych terapii powinien podejmować lekarz urolog z doświadczeniem z dziedziny rehabilitacji.

W rehabilitacji pacjenta z nietrzymaniem moczu, po radykalnej prostatektomii bardzo istotna jest opieka psychoterapeutyczna, ponieważ psychika człowieka stanowi istotny element w procesie rehabilitacji. Dla mężczyzn poważny problem stanowi wieść o chorobie nowotworowej, brak erekcji oraz fakt konieczności noszenia pieluch. Są to wystarczające powody do tego, by psychika pacjenta załamała się, dlatego nie można tej sfery pomijać.

W czasie trwania rehabilitacji można prowadzić równocześnie terapię farmakologiczną, uzależniona od przyczyn nietrzymania moczu u mężczyzn. W terapii farmakologicznej zastosowanie mają: leki antycholinergiczne, duloksetyna, którą stosuje się dopiero po wyczerpaniu zachowawczych metod leczenia), leki rozkurczowe, a także małe zabiegi, jak wstrzyknięcia okołozwieraczowe, czy też wlewki dopęcherzowe [Przybyła A.K., 2014, Górecki R., 2006].

Podsumowanie

Nietrzymanie moczu u mężczyzn jest poważnym problemem, który dotyczy tysięcy pacjentów w Polsce.

Pomimo wzrastającego znaczenia społecznego, zbyt mało osób wie o istnieniu choroby, jak zapobiegać przykrym dolegliwościom i jak je leczyć. Wiele osób nie zna przyczyn nietrzymania moczu, kojarzą ten problem z naturalnym procesem starzenia się organizmu.

Brak dostatecznej wiedzy o chorobie, sprawia, że pacjenci zajmują bierną postawę wobec problemu, zaś informacje na temat nietrzymania moczu, profilaktyki i leczenia uzyskują od przyjaciół, rodziny, z Internetu, od pracowników służby zdrowia. Niestety przekazywanie wiedzy na temat nietrzymania moczu poprzez media i materiały edukacyjne w dalszym ciągu są niewystarczające. Działania edukacyjne personelu medycznego powinny dążyć do przełamania wstydu pacjentów, zachęcać zainteresowanych do eliminowania czynników ryzyka oraz przekonywać o kluczowym znaczeniu wczesnego rozpoznania nietrzymania moczu i podjęciu leczenia

O wszystkich szczegółach dotyczących dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu powinien dokładnie informować personel medyczny: pielęgniarka, terapeuta, a zwłaszcza lekarz pierwszego kontaktu (który nie może bagatelizować problemu), poprzez zaopatrzenie pacjentów w wyczerpujące materiały informacyjne na temat choroby. Najlepszą formą przekazu informacji mogą być materiały edukacyjne w postaci broszur, ulotek, książek.

Bardzo ważna jest rozmowa indywidualna polegająca na uświadomieniu możliwości leczenia, możliwości wystąpienia problemów np. dotyczących zmian chorobowych na skórze na skutek drażnienia jej przez moczu i możliwości zmniejszenia problemu. Należy uczulić pacjentów, aby uważnie obserwowali skórę i utrzymywali ją w czystości. Zaleca się prowadzenie odpowiedniego trybu życia, unikanie ciężkiej pracy fizycznej, palenia papierosów, alkoholu, otyłości, zaparć, należy wskazać konieczność ograniczenia ilości przyjmowanych płynów zwłaszcza w godzinach wieczornych i nocnych.

Nietrzymanie moczu to nie tylko problem medyczny, ale także psychiczny, który może zupełnie dezorganizować życie osoby nim dotkniętej. Wstyd, bezradność, obniżenie poczucia własnej godności oraz poczucie niepełnej wartości społecznej - to uczucia, które często towarzyszą osobom z objawami nietrzymania moczu. Pogorszeniu ulega ich jakość życia - zarówno osobistego jak i zawodowego. Wiele osób ogranicza wychodzenie z domu, rezygnuje z pracy i kontaktów towarzyskich, co w skrajnych przypadkach prowadzi do zupełnej izolacji społecznej, a nawet depresji. Nietrzymanie moczu niejednokrotnie jest też przyczyną zaburzeń seksualnych, a w rezultacie całkowitej rezygnacji z życia płciowego. Z pacjentem należy przeprowadzić wspierającą rozmowę, która uświadomi mu, jaką pełni rolę w rodzinie i grupie społecznej.

Nietrzymanie moczu często wpływa na pogorszenie jakości życia nie tylko osób dotkniętych tą dolegliwością, ale także ich rodzin. Dotyczy to zwłaszcza opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi ruchowo.

Nietrzymanie moczu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn to problem wieloaspektowy, dlatego jego leczenie powinno mieć charakter wielokierunkowy, a opieka nad pacjentem musi być intensywna i kompleksowa. Nietrzymanie moczu, tak jak każda choroba społeczna, wymaga stworzenia kompleksowego systemu działań obejmującego profilaktykę, leczenie i edukację (lekarzy, chorych i ich rodzin oraz całego społeczeństwa). Polsce potrzeba długotrwałego i kompleksowego systemu, który doprowadziłby do zmniejszenia liczby osób, które z powodu nietrzymania moczu zapadają na inne choroby. Osoby takie zwiększają bowiem koszty państwa - przestają pracować i udają się na rentę, czyli zostają na utrzymaniu państwa.

Piśmiennictwo:

Fiodorenko-Dumas Ż., Paprocka-Borowicz M., Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 1, 12–1

Górecki R., „Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju”, Przegląd Urologiczny 2006/7/2 (36)

<http://www.jestemchory.pl/>

<https://portal.abczdrowie.pl>

Matuszewski M., Nowoczesne metody nietrzymania moczu u mężczyzn. Przegląd Urologiczny 2013/1 (77)

Przybyła A.K., Urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna. Przegląd Urologiczny 2014/2 (84)

Steciwo A., Wojtal M., Żurawicka D.: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi – nietrzymanie moczu. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.

www.ntm.pl

www.seni.com.pl

www.tena.pl

Dane kontaktowe

Lucyna Graf

43-100 Tychy, ul. Wieniawskiego 28/8

Tel. 507 300 943

e-mail: lucyna.graf@ceiwr.pl

REHABILITACJA PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ PALIATYWNĄ

Lucyna Graf, Mariola Śleziona, Jolanta Czajkowska-Fesio
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Sterszczenie

Rehabilitacja stanowi integralną część opieki paliatywnej. Celem podejmowania kompleksowych działań terapeutycznych jest wspomaganie leczenia dokuczliwych objawów, które towarzyszą chorobie i bezpośrednio wpływają na polepszenia jakości życia chorego objętego opieką paliatywną, minimalizowanie procesów chorobowych i następstw choroby poprzez usuwanie dolegliwości i przywracanie sprawności. Do głównych celów fizjoterapii zalicza się: zwalczanie bólów, w tym także bólów spowodowanych skurczem mięśni, a także stanów zapalnych, usprawnianie czynności narządów, zwiększanie siły mięśniowej, stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się ran, oraz nauka utrzymania najlepszego stanu funkcjonowania pomimo oznak choroby.

Analiza potrzeb pacjentów paliatywnych intensyfikuje poszukiwania optymalnych oddziaływań terapeutycznych. Reakcje te są różne, tak jak różny jest przebieg choroby nowotworowej. Do przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych zalicza się: brak wsparcia społecznego, złą komunikację z personelem medycznym, cechy osobowości, skłonność do pesymizmu, ciężkie przeżycia współistniejące z chorobą, bądź bezpośrednio ją poprzedzające, oraz przeżywane w przeszłości zaburzenia psychiczne, głównie nerwicowe (Walden-Gałuszko, 2005). Od stanu emocjonalnego zależy obraz choroby i sytuacja chorego. Dlatego kiedy ciało chorych nieodwracalnie niszczy choroba, zaleca się też inne formy rehabilitacji, takie jak: terapie zajęciowe, biblioterapia, muzykoterapia, dogoterapia, dzięki którym pacjenci mogą doświadczać psychicznego i duchowego zdrowienia.

W ostatnim czasie coraz więcej doniesień naukowych analizuje zasadność i ocenia metody rehabilitacji stosowane w opiece paliatywnej [Popko Ł., 2012].

Słowa kluczowe: rehabilitacja/fizjoterapia, pacjent paliatywny, opieka paliatywna

Wprowadzenie

Osoby chorujące na postępujące, nieuleczalne choroby trafiają pod opiekę paliatywną. Celem opieki paliatywnej jest utrzymanie lub poprawa jakości życia chorych i ich bliskich poprzez usunięcie lub zminimalizowanie dolegliwości fizycznych, psychicznych i duchowych

[Cmiel I., 2011]. Rehabilitacja w opiece paliatywnej jest częścią leczenia objawowego. Rehabilitacja chorego u schyłku życia powinna obejmować sferę fizyczną pacjenta, psychiczną, somatyczną i społeczną. Niezależnie od stadium zaawansowania choroby podejmowane działania rehabilitacyjne powinny być wykonywane na każdym etapie życia chorego. Podstawowym celem rehabilitacji pacjentów u schyłku życia w opiece paliatywnej jest aktywizowanie pacjenta i utrzymanie jego sprawności fizycznej i psychicznej, poprawa jakości życia do poziomu akceptowanego przez chorego. Rehabilitacja powinna przyczynić się do łagodzenia uciążliwych objawów i umożliwienia choremu funkcjonowanie na odpowiednim poziomie, powinna poprawić funkcjonowanie w życiu społecznym oraz nauczyć pacjenta żyć z chorobą, a także przygotowywać chorego do godnego odejścia.[www.zwrotnikraka.pl].

Rozwinięcie

Rehabilitacja w opiece paliatywnej/ hospicyjnej powinna być prowadzona przez zespół rehabilitacyjny w skład, którego wchodzi: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, lekarze innych specjalności (onkolog, neurolog, ortopeda, reumatolog, specjalista medycyny paliatywnej, kardiolog, pediatra), fizjoterapeuci, terapeuta zajęciowy, logopeda, pielęgniarka, psychoonkolog, neuropsycholog, pracownik socjalny, oraz co jest bardzo istotne - RODZINA [Żułtak-Bączkowska K., 2014]. Fizjoterapia/rehabilitacja wprowadzana jest do opieki paliatywno –hospicyjnej ze względu na holistyczne ujęcie problemów pacjenta i jest ona bardzo pożądana. Ważne jest by pacjent objęty opieką paliatywną/hospicyjną był jak najdłużej samodzielny, przez co czuje się potrzebny. W postępowaniu fizjoterapeutycznym należy uwzględnić wiek i płeć pacjenta, postęp choroby podstawowej, dotychczasowy sposób leczenia, istotne jest ustalenie najważniejszego problemu pacjenta z uwzględnieniem jego stanu i możliwości, aby pod tym kątem prowadzić działania. Przebieg fizjoterapii powinien mieć określone cele do osiągnięcia przez chorego, bliższe i dalsze, kolejność powinna być omówiona z pacjentem i jego rodziną, a w trakcie rehabilitacji pacjenta przebieg fizjoterapii powinien być elastycznie modyfikowany. Warto wiedzieć o naczelnej zasadzie w rehabilitacji pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, która mówi o tym, że pacjentów rehabilituje się „często, ale po trochu”. W rehabilitacji pacjentów objętych opieką paliatywną/hospicyjną ważne jest dostosowanie się do oczekiwań pacjenta, hierarchizacja ustalonych celów do osiągnięcia, zaś osoba prowadząca rehabilitację/fizjoterapię powinna wykazać się cierpliwością, umiejętnością przewidywania powikłania lub progresję choroby.

W opiece paliatywnej najczęściej realizuje się zabiegi z zakresu:

- kinezyterapii
- masażu, masażu relaksacyjnego,
- fizykoterapii,
- kompleksowej terapii obrzęku limfatycznego
- muzykoterapii z aromatoterapią

Kinezyterapia

Zajmuje się leczeniem bodźcami kinetycznymi, czyli ruchem, ćwiczeniami usprawniającymi, gimnastyką leczniczą. Do tej grupy zaliczamy ćwiczenia bierne, bierno - czynne, czynne, izometryczne oraz masaże. Ruch jest bardzo ważny, gdyż wpływa korzystnie na wszystkie elementy anatomiczne stawu, dlatego też kinezyterapia zalecana jest przy bólach stawów i mięśni – rozpoczynając od ćwiczeń bierno-czynnych, które mają na celu utrzymanie ruchu na pożądanym poziomie lub jego poszerzenie. Stosowanie gimnastyki leczniczej pozwala niwelować następstwa bezruchu, które objawiają się zaburzeniami ruchomości stawowej, spadkiem masy mięśniowej, obniżeniem wydolności układu krążeniowo-oddechowego, podwyższonym ryzykiem wystąpienia zakrzepicy żyłnej, zaburzeniami metabolicznymi oraz zwiększonym ryzykiem powstania odleżyn. Unieruchomienie ma także niekorzystny wpływ na funkcje układu nerwowego, gdyż może dochodzić do zmian reakcji reflektorycznych, koordynacji ruchów, zaburzeń równowagi oraz upośledzenia wyższych czynności psychicznych [Kiwski J.E, 2003].

Najczęściej zgłaszanym objawem przez pacjentów paliatywnych jest ból, który w znacznym stopniu obniża jakość życia chorych. Kluczem efektywnego leczenia bólu jest właściwa diagnostyka, leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne w tym fizjoterapia. Wyjątek stanowi ból mięśniowo – powięziowy, przy którym fizjoterapia jest leczeniem z wyboru. Ból ten nasila już przy próbie wykonywania ruchów. Przyczyną bólu mięśniowo – powięziowego jest ograniczenie aktywności ruchowej, unieruchomienie, a także wysoki poziom stresu emocjonalnego. U pacjentów paliatywnych stosując kinezyterapię zmniejsza się natężenie bólu, obniża się wzmożone napięcie mięśniowe, poprawia się ruchomość poszczególnych segmentów ciała. W celu zminimalizowania bólu mięśniowo – powięziowego można stosować izometryczne ćwiczenia mięśni bolesnej okolicy lub też elementy relaksacji poizometrycznej[Nyka W., 2004]

Wbrew stereotypom, u pacjentów z nowotworowymi przerzutami do kości stosuje się kinezyterapię. Fizjoterapia odgrywa tu rolę uzupełniającą, jej celem jest oddziaływanie

przeciwbólowe oraz zapobieganie patologicznym złamaniom. Jednak zanim to nastąpi należy przeprowadzić edukację w zakresie profilaktyki patologicznych złamań. Chorych należy nauczyć jak bezpiecznie poruszać się i asekurować oraz jakie są sposoby radzenia sobie w przypadku gdy nastąpi upadek. Pacjentów należy również zaopatrzyć w odpowiedni sprzęt ortopedyczny na przykład kule, balkoniki. W ramach profilaktyki złamań patologicznych lub też zabezpieczenia złamań w okolicy kręgosłupa należy zaopatrzyć pacjentów w gorsety stabilizujące. Zastosowanie ortez kręgosłupa powoduje stabilizację odpowiednich jego odcinków, w ten sposób uzyskuje się także zmniejszenie dolegliwości bólowych. Zadaniem fizjoterapeuty jest poinstruowanie chorego i/lub jego rodziny, osób opiekujących się nim w zakresie celowego użytkowania sprzętu ortopedycznego. Ważnym elementem w działaniach fizjoterapeuty jest zabezpieczenie lokomocji oraz wykluczenie potencjalnych zagrożeń. W tym celu konieczna jest dobra komunikacja z pacjentem i osobami opiekującymi się nim, aby dostosować mieszkanie do potrzeb pacjenta, na przykład zastosowanie specjalnych uchwytów, poręczy, które będą pomocne w poruszaniu się chorego. W bólu kostnym u pacjentów paliatywnych ze względu na ryzyko powstania złamania lub nasilenia dolegliwości bólowych, niewskazane są intensywne ćwiczenia fizyczne, szczególnie te stosowane z zewnętrznym oporem. Główną rolą fizjoterapeuty w leczeniu bólu kostnego i profilaktyce złamań patologicznych jest edukacja pacjenta i jego opiekunów.[Przeździak B., 2003; Pyszora A., 2010].

W objawowym postępowaniu w przypadku duszności, ćwiczenia ruchowe mają również zastosowanie. Objaw ten najczęściej towarzyszy w zaawansowanej chorobie nowotworowej i w przewlekłej niewydolności oddechowej wynikającej z przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Liczne badania potwierdziły skuteczność działań fizjoterapeutycznych u osób z dusznością w przebiegu choroby nowotworowej płuc. Do elementów interwencji fizjoterapeutycznej zalicza się: ćwiczenia oddechowe, wzmacniające mięśnie oddechowe oraz relaksacyjne. Istotna jest również naukowa efektywnego kaszlu oraz drenaż ułożeniowy i oklepywanie klatki piersiowej. Elementy fizjoterapii stosuje się do profilaktyki napadów paniki oddechowej. Do zadań fizjoterapeuty należy przeprowadzenie edukacji kierowanej do pacjenta, która będzie dotyczyła informacji w jaki sposób radzić sobie w napadzie duszności, czyli przyjęcie właściwej pozycji w napadzie duszności, nauka oddechu, który powinien być kontrolowany i spokojny.

Zaparcia są częstym objawem zgłaszanym przez pacjentów paliatywnych. Zastosowanie fizjoterapii może modyfikować czynniki sprzyjające powstawaniu zaparć, są to: obniżona aktywność fizyczna, unieruchomienie, nienaturalna pozycja, która przyczynia się do

problemów z defekacją. Działania fizjoterapeutyczne powodują zwiększenie perystaltyki jelit oraz zmniejszenie zaburzeń równowagi mięśniowo – powięziowej powłok brzusznych. W celu zwiększenia aktywności fizycznej stosuje się ćwiczenia czynne i bierne. Bardzo istotna jest pionizacja chorego cierpiącego na zaparcia. Do technik ogólnousprawniających, pozwalających na szybszą pionizację należą: terapia oddechowa, praca z żebrami i przeponą oraz uwolnienie górnego otworu klatki piersiowej [Pyszora A., 2006; Pyszora A., 2010].

U pacjentów paliatywnych często występuje problem uczucia zmęczenia chorobą. W artykule Buss (2004) przedstawione zostały wyniki dotyczące celowości stosowania kinezyterapii jako jednej z metod leczenia zmęczenia. Do skutecznych interwencji fizjoterapeutycznych zalicza się: ćwiczenia czynne o umiarkowanej intensywności, ćwiczenia oddechowe, trening na cykloergometrze lub na bieżni ruchomej [Buss T., 2004].

Masaż leczniczy, masaż relaksacyjny

Masaż jest metodą znaną od tysięcy lat. Jest metodą, którą wykorzystuje się do terapeutycznego oddziaływania bodźców mechanicznych. Badania potwierdzają pozytywne efekty masażu w leczeniu

- bólu, zwłaszcza bólu mięśniowo – powięziowego, w celu minimalizacji bólu stosuje się masaż klasyczny. Wysoka ocena skuteczności wymienionych metod leczenia bólu mięśniowo-powięziowego w populacji pacjentów paliatywnych opiera się przede wszystkim na praktycznych doświadczeniach fizjoterapeutów korzystających z tych form leczenia.

- zaparcé,

W przypadku zaparcé stosuje się masaż klasyczny powłok brzusznych z wykorzystaniem technik głaskania, rozcierania i ugniatania. Stosując tą formę terapii należy wykluczyć przeciwwskazania, do których należą: niedrożność przewodu pokarmowego, procesy zapalne w obrębie jamy brzusznej, radioterapia (do 6 tygodni od naświetlania w obrębie jamy brzusznej) oraz dolegliwości bólowe brzucha o nieznannej etiologii.

- zmęczenia,
- nudności,
- lęku i depresji.

Bardzo często w opiece paliatywnej masaż łączy się z aromatoterapią [Pyszora A., 2006; Pyszora A., 2010].

Fizykoterapia

Fizykoterapia to leczenie za pomocą sztucznie wytworzonych bodźców, na przykład światłem, prądem elektrycznym czy ciepłem. Fizykoterapia, poprzez miniaturyzację sprzętu, staje się coraz bardziej dostępna w opiece paliatywnej/hospicyjnej zwłaszcza w opiece chorego w domu. W opiece paliatywnej w ramach leczenia przeciwbólowego, głównie leczenia bólu obwodowego, bólu mięśniowo – powięziowego, stosuje się metody z zakresu elektroterapii, do której należy przezskórna elektrostymulacja nerwów – TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation). Skuteczne również są zabiegi z zakresu światłolecznictwa, które często stosuje się w celu łagodzenia bólu i wspomagania procesu gojenia się odleżyn i ran przewlekłych.

Do światłolecznictwa należą:

- lampa Sollux – naświetlanie promieniami podczerwonymi,
- lampa Bioptron – naświetlanie światłem widzialnym,
- „kwarcówka” – naświetlanie promieniami UV
- naświetlanie promieniami laserowymi [Pyszora A., 2006; Pyszora A., 2010].

Kompleksowa terapia obrzęku limfatycznego

Szczególny uwagę należy zwrócić na problem obrzęku limfatycznego, ponieważ dotyka on dużej liczby chorych po przebytych chorobach, operacjach i urazach. Obrzęk limfatyczny jest jednym z głównych wskazań do zastosowania fizjoterapii u chorych paliatywnych. Celem postępowania fizjoterapeutycznego w obrzęku limfatycznym jest poprawa jakości życia chorych paliatywnych. Fizjoterapia przyczynia się do redukcji obrzęku, zmniejszenia zwłóknienia tkanek, poprawy ruchomości stawów w kończynie, w której występuje obrzęk limfatyczny, a także do łagodzenia dolegliwości, które towarzyszą obrzękowi, są to: ból, uczucie rozpiekania skóry, uczucie ciężkości, drętwienia i mrowienia oraz przewyciężenia problemów natury psychologicznej [Grądalski T., 2001].

Jeśli znana jest konkretna przyczyna obrzęku limfatycznego, wówczas określa się go jako obrzęk wtórny. Zaś obrzęk pierwotny, nazywany również idiopatyczny często pojawia się bez uchwytej przyczyny w różnym wieku, zarówno u małych dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych [opiekawdomu.info]. Zanim rozpocznie się terapię należy określić potencjalne przyczyny obrzęku, które są bezpośrednio związane z układem limfatycznym oraz zidentyfikować czynniki pozalimfatyczne. Istotnym elementem kwalifikacji pacjenta do zabiegów fizjoterapeutycznych jest wykluczenie przez lekarza przeciwwskazań do

prowadzenia tego typu leczenia. Fizjoterapii nie stosuje się u pacjentów z obrzękiem limfatycznym mającym równocześnie zakrzepicę żył głębokich i zapalenie tkanki podskórnej, zaawansowaną niewydolność krążenia NYHA III/IV, upośledzenie krążenia obwodowego, cukrzycę z objawami neuropatii cukrzycowej. Dobór elementów terapii może być różny. Jednak Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne (ISL, International Society of Lymphology) jako główną metodę leczenia obrzęku limfatycznego, zaleca kompleksową terapię przeciwobrzękową (CDT, complex decongestive therapy), do której zalicza się: manualny drenaż limfatyczny (MLD, manual lymphatic drainage), kompresoterapię – bandażowanie wielowarstwowe, wykonywanie odpowiednich ćwiczeń fizycznych poprawiających odpływ chłonki i pielęgnację skóry. U pacjentów paliatywnych ze względu na dużą dynamikę zmian w wielkości obrzęku stosuje się głównie bandażowanie, nie stosuje się gotowych materiałów kompresyjnych takich jak: rękawy uciskowe, pończochy, podkolanówki. Bandażowanie stanowi istotny element leczenia przeciwbólowego, zwłaszcza gdy obrzęk szybko narasta i jest źródłem dolegliwości bólowych opisywanych przez pacjentów jako nieprzyjemne rozrywanie skóry połączone z uczuciem ciężkości. Ważne są przeciwwskazania do stosowania manualnego drenażu limfatycznego w miejscach gdzie występują są limfotoki ze względu na ryzyko powstania infekcji. W przypadku wystąpienia limfotoków stosuje się w ramach fizjoterapii stosuje się bandażowanie wielowarstwowe. Głównym celem wykonywania drenażu limfatycznego jest pobudzenie aktywności naczyń limfatycznych, opróżnianie dróg chłonnych i odprowadzanie przez nie powstałego obrzęku, poprzez delikatną i powolną kombinacją ruchów okrężnych, obrotowych, pompujących i czerpiących [Pyszora A., 2006; Pyszora A., 2010].

Muzykoterapia z aromatoterapią

Jej zadaniem jest uaktywnianie muzycznie inspirowanych, kontrolowanych wyobrażeń, w celu pobudzenia wzrostu samopoznania i wzrostu osobowego chorych. Terapeuta asystuje pacjentom w słuchaniu muzyki relaksacyjnej, którą wcześniej pacjenci mogą wybrać i zaakceptować, stwarzając w ten sposób warunki do głębokiego relaksu. Terapeuta zachęca do odprężenia, minimalizuje bodźce zewnętrzne, które mogą utrudniać wyciszenie, uczy panowania nad ciałem, w celu zmniejszenia nasilenia przykrych objawów. Jednocześnie uruchamia pozytywną wyobraźnię wizualną pacjentów, oddziałując przy tym odpowiednio dobranym zapachem. Prawidłowo zastosowane naturalne olejki eteryczne pobudzają układ immunologiczny, poprawiają krążenie krwi, działają analgetycznie. Badania naukowców donoszą, że zastosowanie niektórych esencji zapachowych wywołuje w mózgu człowieka fale

alfa, pojawiające się w czasie pełnej relaksacji lub medytacji [Kolczyńska-Wrzeszcz E., 2007]. Poprzez odwrócenie uwagi od choroby, powodowanej koncentracją na słuchanej muzyce oraz stosowaniem technik relaksacyjnych, można także wpłynąć na zmniejszenie natężenia odczuwanego przez pacjenta bólu. Połączenie muzyki jako wprowadzenie do relaksu lub kończące trening umożliwia zmniejszenie nudności, liczbę oraz intensywność wymiotów osób cierpiących na choroby nowotworowe lub osób przyjmujących leki, które powodują takie działania niepożądane [apostol-milosierdzia.pl].

Terapie zajęciowe

Terapie zajęciowe skierowane są na poprawę sprawności fizycznej chorych paliatywnych w trosce o poprawę jakości ich życia. Terapia zajęciowa jest to leczenie wykorzystujące różne formy pracy i rekreacji jako środków leczniczych wspomagających powrót utraconych funkcji i sprawności. Gdy wystąpią zmiany nieodwracalne, takich jak brak funkcji, terapia polega na wykształceniu funkcji zastępczych. Jest ona jedną z form usprawniania osoby częściowo niesprawnej ruchowo. Do form terapii zajęciowej należą:

- ergoterapia – czyli terapia poprzez pracę, pacjenci wykonują pracę manualną, zajmują się dziewiarstwem, hafciarstwem, tkactwem, wikliniarstwem, krawiectwem, kaletnictwem, garncarstwem i ceramiką, metaloplastyką, stolarstwem, ogrodnictwem
- socjoterapia – terapia ta pomaga w zaburzeniach zachowania, zaburzeniach emocjonalnych, do terapii wykorzystuje się ludoterapię, czyli zabawę ruchem, rekreację oraz treningi umiejętności
- arteterapia – jest to terapia poprzez sztukę, pacjenci zajmują się rysunkiem, malarstwem, grafiką, rzeźbą, filmoterapią, sztukami użytkowymi, zdobnictwem i dekoratorstwem, muzykoterapią, biblioterapią, choreoterapią, czyli leczeniem poprzez taniec, dramatoterapią, czyli terapią wykorzystującą elementy teatru [apostol-milosierdzia.pl].

Biblioterapia

Korzystanie z terapeutycznej roli książek może chronić przed odczuwaniem negatywnych emocji lub nadać im sens i dostrzec ich przyczynę. Czytając książki można dotrzeć do potencjału pacjentów i do odkrywania w ich życiu prawdziwej nadziei. Literatura może dawać wsparcie, kompensować niezaspokojone potrzeby, zmieniać sposoby myślenia i stymulować rozwój [apostol-milosierdzia.pl].

Dogoterapia

Poprzez terapię dotykową, głaskanie, dotykanie, przytulanie, zabawy, osoby szybciej, sprawniej i dokładniej próbują wykonać ćwiczenia. Udział zwierząt widoczny jest także w oddziaływaniu na psychikę pacjentów. Kontakt z odpowiednio przygotowanym psem może wpłynąć na rozluźnienie siły mięśniowej, a beztroska, bezstresowa zabawa pozwala oderwać się przynajmniej na chwilę od swoich problemów, problemów bardzo często związanych z nieuleczalnością choroby [apostol-milosierdzia.pl.].

Podsumowanie

Zasadne jest stosowanie rehabilitacji u pacjentów paliatywnych, ponieważ wpływa ona bezpośrednio na polepszenie jakości życia pacjentów. Rehabilitacja stanowi integralną część opieki paliatywnej. Poprzez działania fizjoterapeutyczne wspomaga się leczenie w opiece paliatywnej polegające na zlikwidowaniu lub zminimalizowaniu dokuczliwych objawów, które towarzyszą osobom z zaawansowaną chorobą nowotworową. Pomimo, iż w ostatnim czasie pojawia się coraz więcej doniesień naukowych, które analizują zasadność oraz oceniają skuteczność metod rehabilitacji stosowanych w opiece paliatywnej, to w dalszym ciągu istnieje potrzeba przeprowadzania prób klinicznych o wysokim stopniu wiarygodności i trafności, które obejmowałyby duże grupy chorych. Jak również istnieje potrzeba współpracy z coraz szerszą rzeszą specjalistów w zespołach paliatywno-hospicyjnych w celu prowadzenia terapii komplementarnych, dzięki czemu pacjenci poprzez zdrowienie psychiczne i duchowe w subiektywnym odczuciu poprawiają jakość życia. A jednym z podstawowych celów rehabilitacji jest właśnie poprawa jakości życia pacjentów u schyłku życia.

Piśmiennictwo

- apostol-milosierdzia.pl. Rola innych specjalności w opiece paliatywno-hospicyjnej
- Buss T., Modlińska A. Zmęczenie w chorobie nowotworowej.II. Przyczyny i sposoby zwalczania. Pol. Merk. Lek. 2004; 93: 285–288.
- Cmiel I., Kliś-Kalinowska A., Iwaszczyszyn J., Gnidek A., Jakóbczyk G., Czekaj J., Pieniążek I., Znaczenie zasad etycznych w opiece świadczonej przez pielęgniarkę paliatywną.
- Grądalski T., Ochałek K. Podstawy patofizjologii i postępowania w obrzuku limfatycznym w chorobie nowotworowej. Nowa Medycyna 2001; 97: 55–58.
- Kiwerski J.E. Następstwa unieruchomienia dla funkcji organizmu.W: Kwolek A. red. Rehabilitacja medyczna. Tom 2. Urban & Partner, Wrocław 2003: 1–9.

Kolczyńska – Wrzeszcz E., Terapia komplementarna na oddziale dziennym paliatywnym. Polskie Forum Psychologiczne, 2007, tom 12, numer 1, 43-50

Nyka W. Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej. W: de Walden-Gałuszko K. red. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004: 195–212.

opiekawdomu.info. Rola rehabilitacji w opiece nad przewlekle chorym

Popko Ł., Sapała R., Milanowski J., Rehabilitacja jako integralna część leczenia paliatywnego – studium przypadków. Fizjoterapia. Zamojskie Studia i Materiały. Zamość 2012, 1(35)

Przeździak B. Zaopatrzenie ortopedyczne. Via Medica, Gdańsk 2003: 91–102.

Pyszora A., Graczyk M., Rehabilitacja w opiece paliatywnej. Polska Medycyna Paliatywna 2006, 5, 2, 82-86

Pyszora A., Wójcik A., Fizjoterapia w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4,4:159-167

Walden-Gałuszko, K. (red.) (2005). Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa: PZWL.

www.zwrotnikraka.pl. Rehabilitacja pacjenta onkologicznego w opiece paliatywnej

Wyzwania dla rehabilitacji w opiece paliatywnej, wykład dr n. med. Katarzyny Żułtak-Bączkowskiej podczas konferencji Opieka paliatywna w Polsce 2014, Warszawa, 4-5 kwietnia 2014

Dane kontaktowe

Lucyna Graf

43-100 Tychy, ul. Wieniawskiego 28/8

Tel. 507 300 943

e-mail: lucyna.graf@ceiwr.pl

POKROČILÁ PRAX SESTIER V KONTEXTE MULTIDISCIPLINARITY, INTERDISCIPLINARITY A TRANSDISCIPLINARITY

Beáta Grešš Halász, Darina Wiczmányová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Úvod

Zmeny v demografii, ako starnúca populácia a z nej vyplývajúca vysoká prevalencia a incidencia multisystémových chronických ochorení znamená výzvy pre systémy zdravotníctva. Vzniká neustály tlak zo strany spoločnosti a vyplývajúcich potrieb poskytovať komplexné intervencie. Problémom sú však limitované zdroje a nedostatok kvalifikovaných profesionálov s adekvátnym vzdelaním.¹ Situácia je alarmujúca a vyžaduje si pozitívne zmeny. Cieľmi kooperácie majú byť bezpečnosť, využiteľnosť, dostupnosť, akceptovateľnosť, kvalita, efektívne využívanie a prerozdelenie zdrojov, ako aj implementácia najnovších vedeckých poznatkov a technológií. Interprofesionálna kolaborácia je jedným z esenciálnych podmienok pre splnenie cieľov. Podstatná je tímová spolupráca viacerých odborov a odvetví. Vysvetliť, pochopiť a implementovať tímovú spoluprácu môže byť niekedy náročné vzhľadom na zovšeobecnenie niektorých súvisiacich pojmov. V úvode práce definujeme úlohu tímu a jeho členov v rámci multidisciplinarity, interdisciplinarity a transdisciplinarity. V kontexte interprofesionálnej spolupráce zohráva významnú úlohu ošetrovateľstvo. V poslednej dekáde prešiel tento odbor transformáciou, no napriek tomu v súčasnosti zaznamenávame značné problémy v oblasti jasného zadefinovania kompetencií, personálneho zabezpečenia, adekvátneho pracovného času a odmeňovania. To vedie nielen k nezáujmu a neatraktívnosti povolania/odboru, ale aj k ohrozeniu zdravia obyvateľstva. V súvislosti s globálnym nedostatkom pracovných síl v zdravotníctve a jeho predpokladanému nárastu sú potrebné okamžité riešenia a kooperácia na transdisciplinárnej úrovni. Jedným z čiastkových, ale zato významných riešení je implementácia pokročilej praxe sestier do systému zdravotníctva na Slovensku. Je zadefinovaná ako profesionálna, efektívna, zdroje - šetriaca a humánna rola sestier, ktorej predpokladom sú prax, zručnosti a vzdelanie pokročilej úrovne. Vedie k systémovému riadeniu ošetrovateľskej praxe, zefektívneniu poskytovanej starostlivosti a zatraktívneniu odboru.

Definície pojmov

Aby sme dôkladnejšie pochopili podstatu interprofesionality a tímovej spolupráce, je nutné vysvetliť význam pojmov multidisciplinarita, interdisciplinarita, transdisciplinarita. Slovníky definujú pojmy takto:

Multidisciplinarita je chápaná ako kombinovanie, zainteresovanie, alebo kombinácia niekoľkých oddelených akademických disciplín alebo profesionálnych špecializácií v prístupe k nejakej téme/problému.¹ Pojem **interdisciplinarita** znamená kombináciu, zahrňovanie, metódu prepojenia a aktívnu spoluprácu dvoch alebo viacerých akademických odborov, disciplín, profesií, technológií, odvetví za účelom dosiahnutia integrovaného a synergického výsledku v teoretickej i praktickej odbornej činnosti, vo vede i výskume.^{1,2} Veľmi podobne je definovaná aj **transdisciplinarita**- medziodborová/nadodborová spolupráca zahŕňajúca viac ako jednu disciplínu.^{1,2}

Z uvedeného je zrejmé, že pojmy nie sú presne zadefinované, sú príliš zovšeobecnené a chabo diferencované. Choi a Pak (2006) v prehľade literatúry to potvrdzujú a ďalej uvádzajú, že pojmy sú relatívne nové, mätúce a často zamieňané. Vysvetľujú pojmy detailnejšie a presnejšie:

Multidisciplinárny tím je teda skupina zdravotníckych pracovníkov rôznych disciplín alebo profesií nezávisle poskytujúcich služby pacientom pre ich odbor špecifické. Na druhej strane koncept interdisciplinarity spočíva v prepojení jednotlivých členov tímu z rôznych odborov, kde členovia postupujú v procese tak, aby dosahovali priaznivé výsledky pre pacienta. Transdisciplinarita je považovaná za najpokročilejší level, kde v tíme spolupracujú vedci, nevedeckí pracovníci a iní členovia, ktorí pracujú nad rámec alebo prekračujú disciplinárne hranice. Spoločným menovateľom multidisciplinarity, interdisciplinarity a transdisciplinarity je zapojenie viacerých disciplín vzájomne prepojených a závislých v rôznej miere na rovnakom kontinuu.³ Zámerom je spoločne pracovať ako tím a využiť najnovšie vedecké poznatky, technológiu a zdroje, relevantné znalosti a schopnosti členov tímu tak, aby bol dosiahnutý cieľ sústredujúci sa na potreby a očakávania pacientov/klientov.

Pracovná sila v ošetrovatel'stve

Globálnu pracovnú silu v systéme zdravotníctva predstavujú zdravotnícki pracovníci- sú to ľudia zainteresovaní v aktivitách s primárnym cieľom zlepšovať stav všeobecného zdravia¹. WHO v roku 2006 z dostupných dát vypracovalo správu zahrňujúcu konečný počet 59 zdravotníckych pracovníkov na 10 000 obyvateľov a z výpočtov vyplývajúci nedostatok približne 4,3 miliónov lekárov, sestier, pôrodných asistentiek a podporných zdravotníckych

pracovníkov vo svete.⁴ WHO v publikácii z roku 2014 s názvom Nie je zdravie bez ďalej predpokladá globálny deficit až 12,9 milióna zdravotníckych pracovníkov do roku 2035.⁵ Priemer počtu sestier v krajinách OECD predstavuje 9,1 na 1000 obyvateľov. Slovenský priemer predstavuje 5,8 sestier na 1000 obyvateľov, čo znamená značný nedostatok v našom zdravotnom systéme.⁶ Problém je značne komplexný. Zahŕňa predovšetkým nedostatočné spoločenské uznanie, finančné ohodnotenie a náročnosť povolania.

Pokročilá prax v kontexte multidisciplinarity, interdisciplinarity a transdisciplinarity.

ICN definuje pokročilú prax sestier ako registrovanú sestru s expertízou, vedomosťami, komplexnými rozhodovacími zručnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorých charakteristika je formovaná kontextom a/alebo krajinou, v ktorej sa povolenie pre prax vydáva.⁷

Pokročilá prax sestier je využívaná v mnohých krajinách sveta. Jej história sa začala v USA a siaha do 60. rokov minulého storočia, kedy sa rola začala kreovať na základe cieľa optimalizovať narastajúce náklady na starostlivosť a nedostatku zdravotníckych pracovníkov.¹⁰ Pre získanie registrácie pre pokročilú prax sestry je dôležitým faktorom splnenie podmienok, a to v oblasti vzdelávania a praxe. Podľa odporúčaní by sestra s pokročilou praxou mala mať minimálne magisterský stupeň vzdelania v ošetrovatelstve a odpracovaných minimálne 3 až 5 rokov v danom odbore (rôzne legislatívne zadané v tej- ktorej krajine).^{7,8} V súčasnosti sa diskutuje o doktorskom stupni vzdelania vzhľadom na fakt, že minimálny limit počtu kreditov v doktorskom stupni je takmer zhodný z počtom kreditov v iných príbuzných odboroch, ako je lekár a farmaceut.⁹

Mnoho zahraničných štúdií uvádza vynikajúce výsledky uplatnenia pokročilej praxe sestier ako v inštitucionalizovanej, tak aj v komunitnej praxi.¹⁰ Sestry s pokročilou praxou ako súčasť multidisciplinárnych tímov majú nezastupiteľnú úlohu pri poskytovaní dostupnej, adekvátnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ich uplatnenie vytvára komplexnosť a kontinuitu starostlivosti o pacientov/klientov. Dôležitým faktorom sú práve kompetencie pokročilej praxe vytvárané na základe vzdelania a praktických zručností. Podmienkou pokročilej praxe je adekvátne vzdelanie a prax, ale aj pokročilá schopnosť posudzovať zdravotný stav pacientov/klientov, schopnosť rozhodovania a zručnosť pri diagnostikovaní. Sestra s pokročilou praxou je autonómna, nezávislá, spolupracujúca so špecialistami z iných odborov, uskutočňuje prvý kontakt a realizuje vstupné posudzovanie pacienta/klienta, plánuje, implementuje a vyhodnocuje, poskytuje konzultácie, realizuje tzv. „case management“, a uplatňuje sa aj ako výskumník, pedagóg, mentor a manažér.⁷

Jedným z podstatných východísk zatraktívnenia odboru ošetrovateľstvo a povolania sestry na Slovensku by mohla byť práve rola sestry s pokročilou praxou. Táto rola nie je na Slovensku zadefinovaná, no vzhľadom na vzdelanostnú úroveň a praktickú expertízu slovenských sestier existujú predpoklady na jej implementáciu. Zatiaľ sa výskum v tejto oblasti na Slovensku nerozvíja. V blízkej budúcnosti plánujeme zrealizovať štúdiu, ktorá by mala obsahovať teoretické zázemie pre uplatnenie pokročilej praxe na Slovensku a uskutočniť výskum podmienok pre implementáciu role do systému slovenského zdravotníctva.

Záver

Sestry s pokročilou praxou sú nezastupiteľnými členmi tímov v oblasti multidisciplinárnej, intersciplinárnej a transdisciplinárnej spolupráce pri poskytovaní starostlivosti, uspokojovaní potrieb a očakávaní pacientov/klientov. Vo svete je táto rola využívaná a prináša pozitívne výsledky na všetkých úrovniach. Je nielen efektívna, bezpečná a kvalitná, ale zároveň spoločensky oceňovaná a finančne odmeňovaná. Z hľadiska neatraktívnosti povolania a súčasného poddimenzovania počtu sestier sa dá pokročilá prax považovať za jedno z významných riešení. Predpoklady pre implementáciu pokročilej praxe na Slovensku sú významné. Je však nutné realizovať výskum a identifikovať potrebné kroky pre jej možné uplatnenie v slovenskom systéme zdravotníctva.

Zoznam literatúry:

1. Oxford dictionary. "multidisciplinary; interdisciplinary; transdisciplinary." [cit. 2015-04-07] Dostupné na internete: <<http://www.oxforddictionaries.com/definition/learner/multidisciplinary;interdisciplinary;transdisciplinary>>.
2. Dictionary.com. Collins English Dictionary - Complete & Unabridged. "multidisciplinary; interdisciplinary; transdisciplinary.". 10th Edition, HarperCollins Publishers. [cit. 2015-04-07] Dostupné na internete: <<http://dictionary.reference.com/browse/multidisciplinary;interdisciplinary;transdisciplinary>>.
3. CHOI, B., PAK, A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: I. definitions, objectives, and evidence of effectiveness. 2006. In *Clinical and Investigative Medicine*. 29 (6), 351- 364 s.

4. WHO. Working Together for Health. [online]. 2006. [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf?ua=1>.
5. WHO. A Global Truth: No Health without Workforce. [online]. 2014. [Geneva (Switzerland)]: WHO Press. [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1>. ISBN: 978- 92- 4- 150676- 2.
6. OECD. Health Statistics 2014- Frequently Requested Data, 2014. [online] Dostupné na internete: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>>.
7. ICN. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics [online]. ICN Nursing Matters Fact Sheet. [Geneva (Switzerland)]: ICN, 2009 [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf>.
8. DELAMAIRE M- L., LAFORTUNE G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries [online]. OECD Health Working Paper No. 54. [Paris (France)]: Head of Publications Service OECD, Jul. 2010 [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/health/hwp%282010%295&doclanguage=en>>.
9. American Association of Colleges of Nursing. The Doctor of Nursing Practice (DNP). 2015. 2 s. [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <<http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/DNPFactSheet.pdf>>.
10. GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336- 9326.

ANALIZA RÓŻNIC WYBRANYCH ASPEKTÓW JAKOŚCI ŻYCIA W OCENIE OSÓB SPRAWNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

Barbara Gugala¹, Dorota Gutkowska¹, Lucyna Boratyn-Dubiel¹

¹Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Katedra Pielęgniarstwa

Wstęp: Analizując termin jakości życia łatwo zauważyć, że w zależności od specyfiki analizowanych problemów jest on różnie interpretowany co ściśle związane jest z jego interdyscyplinarnym charakterem. Na ocenę jakości życia mają wpływ nie tylko obiektywne warunki życia jednostki, lecz także subiektywne odczucia satysfakcji i zadowolenia. Ocena jakości życia przez osoby niepełnosprawne ruchowo jest zatem swoistym odzwierciedleniem warunków życia, doznawanych przeżyć i doświadczeń. Osoby z niepełnosprawnością ruchową w swoim codziennym życiu spotykają się z wieloma ograniczeniami, które utrudniają, czasami wręcz uniemożliwiają wykonywanie wielu czynności, które dla osób sprawnych ruchowo nie stanowią problemu. Istotne zatem jest poznanie czynników determinujących jakość życia i podnoszenie jej poziomu we wszystkich aspektach, ponieważ jej wysoki poziom ma pozytywny wpływ na motywację do działania i osobisty rozwój tych osób.

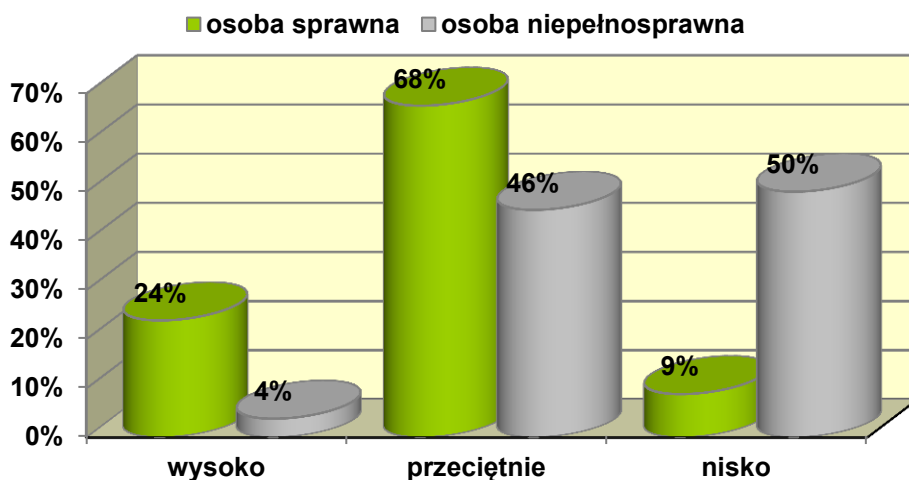
Celem badań jest ocena jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo w aspektach zdrowia, sytuacji rodzinnej, zawodowej i materialnej oraz ukazanie różnic w ocenie osób z dysfunkcją i pełnosprawnych.

Materiał i metody: W badaniu udział wzięło 160 respondentów, których podzielono na dwie grupy: niesprawnych ruchowo z orzeczonym stopniem niepełnosprawności (80 osób) oraz sprawnych ruchowo (80 osób). Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety, składający się z 29 pytań, dotyczących osoby badanej (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny), oraz ogólnej jakości życia w kategoriach: zdrowia, sytuacji rodzinnej, zawodowej i materialnej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Średnia wieku badanych była zbliżona w obydwu grupach kształtując się w grupie niepełnosprawnych ruchowo na poziomie 55,1 lat a w grupie osób sprawnych na poziomie 54,3. Dobór grup pod względem płci był również zbliżony, gdyż w obydwu grupach mężczyźni i kobiety reprezentowani byli przez bardzo podobny odsetek: kobiety niepełnosprawne stanowiły 51% badanej populacji osób niepełnosprawnych, sprawne 55%,

zaś mężczyźni niepełnosprawni stanowili 49% populacji a sprawni 45%. Miejsce zamieszkania badanych w podziale na grupy osób niepełnosprawnych i sprawnych było również zbliżone: w grupie osób niepełnosprawnych 56% badanych mieszkało w mieście a 44% na wsi zaś w grupie osób sprawnych w mieście jak i na wsi mieszkało po 50% respondentów. W gronie osób niepełnosprawnych, najliczniejszą grupą były osoby z wykształceniem zawodowym (36%) i podstawowym (16%) zaś w grupie osób sprawnych najczęściej było respondentów z wykształceniem średnim (45%) i wyższym (13%). Wśród osób sprawnych ruchowo największą grupę stanowiły osoby będące w związku małżeńskim (3/4 ankietowanych) zaś w grupie osób niepełnosprawnych taki sam status cywilny miała połowa badanych. W stanie wolnym (kawaler/panna) w grupie osób niepełnosprawnych było 33 % badanych zaś w grupie sprawnych 17 %.

Osoby niepełnosprawne ruchowo w odniesieniu do osób sprawnych niżej oceniali ogólną jakość życia. W podziale na obszary, w kategorii zdrowie, wybierali ocenę niską (50% vs. 9%), lub przeciętną (46% vs. 68%), ocena wysoka podawana była znacznie rzadziej (4% vs. 24%) ($p=0,0000$) (ryc. 1).

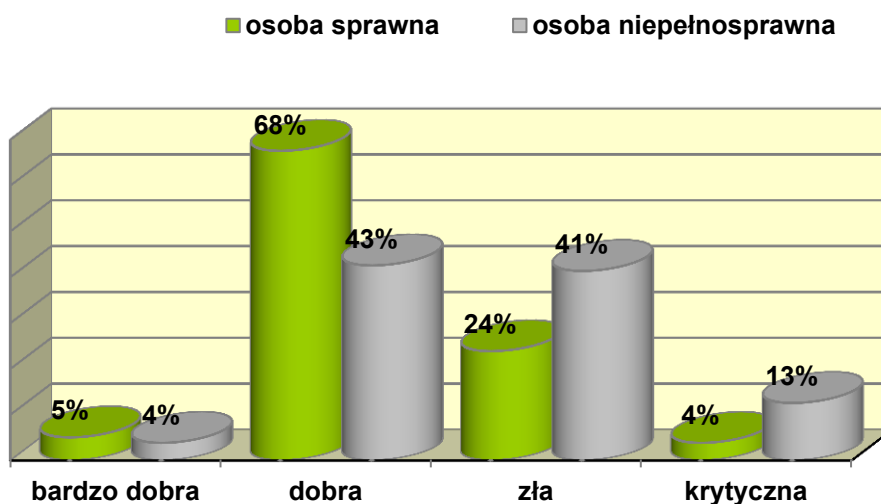


Ryc. 1. Ocena jakości życia w kategorii zdrowie

Niezależnie od wieku i płci osoby niepełnosprawne ruchowo oceniały swoje zdrowie na niskim bądź przeciętnym poziomie. W porównaniu z grupą kontrolną zależności nie były istotne statystycznie. W analizie sytuacji rodzinnej, własną rodzinę posiadało 65% vs. 80% osób niepełnosprawnych ruchowo ($p=0,0336$). W ocenie jakości życia w kategorii rodzina różnice w grupach osób sprawnych i niepełnosprawnych nie były istotne statystycznie ($p=0,1205$). Respondenci na zbliżonym poziomie oceniali jakość życia wybierając najczęściej ocenę przeciętną (46% vs. 55%).

W analizie zatrudnienia badanych, odsetek osób zatrudnionych był na niekorzyść grupy niepełnosprawnych ($p=0,0072$) gdyż w tej zbiorowości było 61% bezrobotnych. W ocenie jakości życia w kategorii sytuacji zawodowej osoby sprawne wyżej oceniały swoją jakość życia ($p=0,0000$), wybierając najczęściej ocenę przeciętną (74% vs. 59%). Co trzecia niepełnosprawna osoba oceniała własną sytuację zawodową nisko (35% vs. 4%). Wiek i płeć nie miały wpływu na ocenę sytuacji zawodowej badanych. Można natomiast zauważyć, że między wykształceniem a oceną własnej sytuacji zawodowej istnieje statystycznie istotna zależność. Najwięcej niepełnosprawnych osób z wykształceniem wyższym (prawie co trzecia) określała swoją sytuację zawodową na poziomie wysokim ($p=0,0257$).

W ocenie sytuacji materialnej badanych, osoby sprawne oceniały swoją sytuację materialną wyżej niż osoby niepełnosprawne ($p=0,0067$). Osoby niepełnosprawne najczęściej wybierały ocenę niską (49% vs. 23%) lub przeciętną (48% vs. 70%), ocenę wysoką (4% vs. 8%) ($p=0,0023$). Ponad dwie trzecie ankietowanych sprawnych było zdania, iż ich sytuacja materialna jest dobra (68%), w grupie niepełnosprawnych aż 41% oceniało ją jako złą. Dokładne dane prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2 . Ocena sytuacji materialnej badanych

Zmienne wiek i płeć nie różnicowały uzyskanych wyników zaś wykształcenie badanych odgrywało istotną rolę statystyczną gdyż jedynie wśród osób niepełnosprawnych posiadających wykształcenie wyższe pojawiły się wysokie oceny dotyczące statusu materialnego ($p=0,0014$).

Dyskusja

Analiza wyników badań wykazała, iż niepełnosprawność ruchowa ma negatywny wpływ na ocenę jakości życia. Osoby z dysfunkcją ruchową oceniają niżej własną jakość życia nie tylko

w porównaniu do osób sprawnych ruchowo, ale również w porównaniu do grup osób z innymi rodzajami niepełnosprawności. Badania przeprowadzone przez Parchomiuka M. i Byry S. w populacji osób z różnymi typami niepełnosprawności (osoby słabo słyszące, słabo widzące, z niepełnosprawnością ruchową, z lekką niepełnosprawnością intelektualną) potwierdzają to stwierdzenie. Spośród tych czterech grup osoby z dysfunkcją ruchową w skali jakości życia uzyskały najgorszy wynik a największym ich problemem było brak samodzielności oraz niezależności [1]. Problem ten potwierdzają badania statystyczne które podają, iż wskaźnik bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych w Polsce jest dwukrotnie większy w porównaniu do osób sprawnych [2] a źródłem utrzymania osób niepełnosprawnych jest renta z powodu niezdolności do pracy 47% oraz emerytura 23% [3]. Fakt ten nie napawa optymizmem, gdyż jak wskazują badania Koniecznej E.J. aktywność zawodowa ma istotny wpływ na poczucie sensu życia wśród osób niepełnosprawnych ruchowo [4].

Wnioski:

1. Osoby niepełnosprawne ruchowo wykazują niski poziom ogólnej jakości życia. Ocena sytuacji zdrowotnej, materialnej oraz zawodowej jest niższa w porównaniu do osób sprawnych i kształtuje się na poziomie niskim bądź przeciętnym.
2. W analizowanych aspektach zmienne, takie jak wiek i płeć nie mają wpływu na poziom deklarowanej jakości życia.
3. Ocena jakości życia w kategorii sytuacji materialnej i zawodowej zmienia się wprost proporcjonalnie do wykształcenia badanych.

Piśmiennictwo:

1. Parchomiuk M, Byra S. Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia. w: Palak Z (red). Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006; str. 25- 33
2. Europejskie forum osób niepełnosprawnych 1997 – 2007: 10 lat walki o prawa osób niepełnosprawnych. <http://www.1million4disability.eu>; data wejścia 05.05.2015
3. Biuro pełnomocnika rządu ds.osób niepełnosprawnych <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/warunki-zycia/>; 05.05.2015
4. Konieczna E. J. Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010; str. 38- 79.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z ODŻYWIANIEM ORAZ WYSTĘPOWANIE NADWAGI I OTYŁOŚCI W GRUPIE PACJENTÓW LECZONYCH W ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

Dorota Gutkowska, Barbara Gugąła, Lucyna Boratyn-Dubiel
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny
Uniwersytetu Rzeszowskiego (Polska)

Wstęp. Nadwaga i otyłość to problem zdrowotny w ujęciu globalnym dotyczący nie tylko krajów rozwiniętych, ale także państw rozwijających się. Epidemia otyłości stała się jednym z poważniejszych wyzwań dla współczesnego społeczeństwa, przede wszystkim z powodu jej klinicznych i społecznych konsekwencji. Spadek wydatku energetycznego wynikający ze stylu życia, w którym realizowane jest minimum aktywności fizycznej potrzebnej do codziennego funkcjonowania, w połączeniu z niekorzystnymi zwyczajami żywieniowymi sprawia, że na świecie systematycznie wzrasta liczba osób z nadmierną masą ciała [1].

Wśród krajów europejskich ponad 50% mieszkańców ma nadwagę, a u 30% rozpoznano otyłość [2]. W największym stopniu problem ten występuje w Grecji, gdzie z powodu nadwagi cierpi 51% mężczyzn i 37% kobiet, zaś 28% mężczyzn i 38% kobiet to osoby otyłe. Do krajów gdzie nadwaga i otyłość występują najrzadziej należą Francja, Szwecja, Dania i Norwegia. Nadwagą dotkniętych jest tam 35-41% mężczyzn i 20-24% kobiet, natomiast otyłość występuje u 7-9% mężczyzn i 6-8% kobiet [2]. Stale wzrastająca liczba osób z nadmierną masą ciała przybierająca rozmiary epidemii spowodowała konieczność zajęcia się tą problematyką i potrzebą szerokiego promowania prozdrowotnych zachowań związanych z prawidłowym odżywianiem. **Cel.** Ocena zachowań zdrowotnych związanych z odżywianiem, które mogą wpływać na występowanie nadwagi i otyłości w grupie pacjentów leczonych w oddziale chorób wewnętrznych. **Material i metody.** Badaniem objęto 150 pacjentów leczonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Miejskim Szpitalu w Przemyślu. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 30 pytań. Zgromadzony materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20. Za istotne statystycznie uznano wartości statystyk dla $p < 0,05$. **Wyniki.** Populację badanych stanowiło 48,0% kobiet i 52,0% mężczyzn. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby w wieku 65 i więcej lat (40,7%). Prawidłową masę ciała posiadało 34,7% ankietowanych, natomiast nadwagę stwierdzono u 28,0% badanych. Otyłość I stopnia dotyczyła 20,7% respondentów, otyłość II

stopnia 8,0% osób, zaś otyłość III stopnia stwierdzono u 4,0% badanych. Z niedowagą było 4,7% pacjentów. Dane dotyczące rodzinnego występowania nadmiernej masy ciała wykazały, że najczęściej, bo aż 36,0% osób potwierdziło jej występowanie u swoich rodziców. Według 25,3% respondentów nadwaga/otyłość występowała u ich rodzeństwa. W najmniejszym stopniu (10,0%) problem ten był stwierdzony u dziadków. Analiza danych dotyczących średniej liczby posiłków spożywanych w ciągu dnia wykazała, że najwięcej ankietowanych (65,3%) spożywało 2-3 posiłków w ciągu dnia. Średnie dzienne spożycie 4-5 posiłków zadeklarowało 31,3% pacjentów. Nieliczni ankietowani (3,3%) spożywali przeciętnie 6 posiłków w ciągu dnia. Najczęściej stosowanym przez respondentów sposobem przyrządzania potraw było gotowanie (69,3%), a najrzadziej duszenie (6,0%) i grillowanie (2,0%). Na podstawie danych dotyczących regularności spożywanych posiłków stwierdzono, że zaledwie 35,3% badanych spożywało posiłki zawsze o tych samych porach dnia natomiast pozostali odżywiali się nieregularnie. W oparciu o informacje dotyczące średniej częstości spożywania wybranych produktów spożywczych stwierdzono u badanych stosunkowo niskie spożycie warzyw, owoców i produktów mlecznych oraz częste spożycie mięsa i wędlin. Przeciętnie kilka razy dziennie warzywa i owoce spożywało odpowiednio 22,7% i 12,0% pacjentów. Produkty mleczne kilka razy w ciągu dnia przyjmowało tylko 9,3% respondentów. Aż 36,0% pacjentów kilka razy dziennie konsumowało mięso i wędliny. Tylko 22,7% respondentów nie podjadało między posiłkami, pozostałe osoby robiły to sporadycznie (58,0%) lub często (19,3%). Osoby podjadające między posiłkami najczęściej sięgały po słodczyce (47,4%). Badania własne wykazały, że wartość wskaźnika BMI badanych była istotnie związana z występowaniem u nich chorób współistniejących ($p < 0,05$). Nadciśnienie tętnicze występowało częściej u osób otyłych (75,5%) oraz z nadwagą (64,3%), rzadziej u pacjentów z normalną masą ciała (33,9%). Z powodu cukrzycy istotnie częściej leczyli się ankietowani ze stwierdzoną otyłością (30,6%) i z nadwagą (26,2%), rzadziej osoby z prawidłową masą ciała (3,4%). Analiza wyników badań własnych wykazała, że występowanie nadmiernej masy ciała było istotnie uzależnione od regularności spożywanych przez respondentów posiłków ($p < 0,05$). Osoby jedzące posiłki o tych samych porach dnia częściej charakteryzowały się prawidłową masą ciała (49,2%). Osoby często odżywiające się nieregularnie w 59,5% miały nadwagę lub otyłość (53,1%). Badani, którzy zawsze jedli nieregularnie częściej byli otyli (24,5%).

Dyskusja. Zagrożenia związane z występowaniem nadmiernej masy ciała zostały dostrzeżone w wielu krajach jako priorytet w aspekcie zdrowia publicznego, co znalazło odzwierciedlenie w programach Unii Europejskiej a także w polskiej wersji „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015”. Rosnące zagrożenie przewlekłymi chorobami

niezakaźnymi spowodowało, że ich prewencja uznana została za główne wyzwanie dla zdrowia publicznego, wymagające wznowienia przez rządy, społeczeństwa i społeczność międzynarodową zaangażowania w promocję zdrowej diety i aktywności fizycznej. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), na wniosek krajów członkowskich Unii Europejskiej, opracowała dokument pt. *Global strategy on diet, physical activity and health (Globalna strategia dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia)*. Kraje członkowskie, zatwierdzając tę strategię, zobowiązały się do określenia, wdrożenia i ewaluacji działań promujących zdrową dietę i aktywność fizyczną oraz zmniejszających ryzyko występowania przewlekłych chorób niezakaźnych [3]. W Polsce występowanie nadwagi i otyłości jest bardzo częste. W badaniu WOBASZ (Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badania Stanu Zdrowia Ludności), przeprowadzonym w latach 2003-2005 wśród dorosłych w wieku 20-74 lata, występowanie nadwagi u mężczyzn oszacowano na 40,4%, a u kobiet na 27,9%. Otyłość dotyczyła 21,2% mężczyzn i 22,4% kobiet [4]. Wysoki odsetek osób z nadmierną masą ciała stwierdzony w badaniach własnych potwierdza ogólnopolską tendencję w tym zakresie. Nadwagę miało 28,0% badanych, zaś otyłość dotyczyła prawie co trzeciego pacjenta (32,7%). Z doniesień naukowych wynika, że nadmierna masa ciała może wynikać m.in. z nieodpowiedniego składu diety, małej liczebności i częstości spożywania posiłków. Osoby spożywające 1-2 posiłki dziennie wykazują większą tendencję do tycia, mają wyższe stężenie cholesterolu i częściej zaburzoną tolerancję węglowodanów niż te, które spożywają 5 posiłków w ciągu dnia. Poza tym posiłki bogate w tłuszcze i węglowodany oraz mała aktywność fizyczna sprzyjają odkładaniu tkanki tłuszczowej [5]. Z uzyskanych w trakcie badania danych wynika, że przeważająca większość respondentów (65,3%) spożywała przeciętnie tylko 2-3 posiłków w ciągu dnia i zaledwie 35,3% osób przyjmowało posiłki zawsze o tych samych porach dnia. Oprócz czynników środowiskowych, społecznych i kulturowych w patogenezie otyłości ważną rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne [6]. Dane z literatury wskazują na to, że występowanie otyłości u jednego z rodziców zwiększa ryzyko występowania otyłości w wieku dorosłym 4-5-krotnie. W przypadku, kiedy otyłość dotyczy obojga rodziców, ryzyko to wzrasta aż 13-krotnie [7]. Prawidłowość tą częściowo można dostrzec w wynikach badań własnych, które wskazują na rodzinne występowanie nadmiernej masy ciała. Aż 36,0% badanych potwierdziło występowanie nadwagi/otyłości u swoich rodziców i 25,3% respondentów u rodzeństwa. Z danych dostępnych w literaturze wynika, że otyłość przyczynia się do zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Według WHO nadwaga i otyłość odpowiedzialne są za 80% przypadków cukrzycy typu 2, 35% przypadków choroby niedokrwiennej serca i 55% przypadków nadciśnienia tętniczego [8].

Uzyskane w badaniu własnym dane potwierdzają zależność występowania niektórych chorób cywilizacyjnych od wartości wskaźnika BMI. Nadciśnienie tętnicze występowało częściej u osób otyłych (75,5%) oraz pacjentów mających nadwagę (64,3%). Z powodu cukrzycy częściej leczyli się respondenci ze stwierdzoną otyłością (30,6%) i z nadwagą (26,2%). **Wnioski.** Ponad połowa badanych posiada nadmierną masę ciała. Wysoka wartość wskaźnika BMI u ankietowanych koreluje z występowaniem u nich nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Najczęściej stwierdzanymi u respondentów nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi są: niskie dzienne spożycie warzyw, owoców i produktów mlecznych, nieregularnie przyjmowanie posiłków oraz zbyt mała liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia.

Piśmiennictwo

1. Szymocha M., Bryła M., Manicka-Bryła I., Epidemia otyłości w XXI wieku, Zdr Publ 2009, 2, 207-212.
2. Kłosowicz-Latoszek L., Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy, Probl Hig Epidemiol 2010, 3, 339-343.
3. Narodowy Program Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/3.08.2015>.
4. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności, Program WOBASZ, Wyd Instytut Kardiologii Warszawa, 2005, 90, 1-128.
5. Suchocka Z., Otyłość – przyczyny i leczenie, Biul. Wydz. Farm. AMW, 2003, 1, 1-10.
6. Kottke T.E., Wu L.A., Hoffman R.S. i wsp., Economic and psychological implications of the obesity epidemic, Mayo Clin Proc 2003, 78, 92-94.
7. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B., Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się, Pol Merk Lek 2008, 143, 472.
8. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact. Sheet. No. 311, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/JSs311/en/index.html>.| 3.08.2015.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Dorota Gutkowska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
Al. Rejtana 16A , 35-310 Rzeszów
e-mail: dgutski@wp.pl

OPIEKA I PIELEGNACJA PACJENTA W PODESZŁYM WIEKU Z NOWO ROZPOZNANĄ STOPĄ CUKRZYCOWĄ

Marzena Agnieszka Humańska, Martyna Piasecka, Mirosława Felsmann
Z Katedry Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Streszczenie:

Wstęp: Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych, przebiegających z hiperglikemią, wynikająca z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. W Polsce około dwa miliony ludzi choruje na cukrzycę, w tym 1,5. miliona stanowią chorzy na typ 2. Wśród osób chorujących dominują ludzie po 60. roku życia. Niezależnie od typu cukrzycy, mogą wystąpić przewlekłe powikłania, w tym zespół stopy cukrzycowej. Charakteryzuje się on infekcją, owrzodzeniem i/lub uszkodzeniem głębokich tkanek stopy, związaną z nieprawidłowościami neurologicznymi oraz obecnością patologicznych zmian w obrębie tętnic kończyn dolnych.

Rozwinięcie: Niezbędna jest holistyczna ocena stanu bio-psycho-społecznego, motywacji, umiejętności cukrzyka, jego najbliższych do przyjęcia, przestrzegania zasad terapii. Edukacja skupia się na działaniach zorientowanych na wczesnym wykrywaniu i prewencji zagrożeń, w tym na: regularnym oglądaniu stóp, unikaniu czynników zwiększających ryzyko ich uszkodzenia, kontroli poziomu glikemii. Pielęgniarka/ka powinien/na opierać się na założeniach modelu zadaniowego.

Wnioski:

1. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania ZSC u osób w wieku podeszłym jest prewencja oraz wczesne wykrywanie niepokojących zmian patologicznych na stopach.
2. Opieka nad starszym pacjentem z ZSC powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny.
3. Opieka i pielęgnacja, jest tym skuteczniejsza, im lepiej jest przygotowany zespół terapeutyczny, pacjent oraz jego najbliżsi.
4. Niezbędna w pracy pielęgniarki/ki jest znajomość funkcjonowania organizmu osoby starszej, specyfiki objawów klinicznych cukrzycy u chorego w wieku podeszłym.
5. Prawidłowo przeprowadzona edukacja stwarza możliwość szybkiego wykrycia zmian na stopach.
6. Znajomość przyczyn powstawania owrzodzeń, zasad prowadzenia samoopieki,

samopielęgnacji zmniejszają ryzyko ZSC .

7. Zadaniem pielęgniarka/ki jest dbanie o sferę biologiczną i psychiczną pacjenta.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, cukrzyca, stopa cukrzycowa, diabetologi

Wstęp: Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1999 roku, cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią, wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny [1]. Uważana jest za chorobę cywilizacyjną XXI wieku. Według prognoz WHO częstość zachorowań w krajach uprzemysłowionych i rozwijających się wzrośnie co najmniej dwukrotnie i osiągnie w 2025 roku 300 mln. Wpływ na to zjawisko mają: procesy starzenia się społeczeństw, siedzący tryb życia, nawyki żywieniowe, prowadzące do otyłości [2].

W Polsce około dwa miliony ludzi, czyli około 5,6% całej populacji choruje na cukrzycę. Zdecydowaną większość, bo około 1,5. miliona stanowią chorzy na typ 2. Powołując się na szacunki WHO, prawdopodobnie za ćwierć wieku liczba chorych na cukrzycę osiągnie w Rzeczypospolitej Polskiej około cztery miliony, czyli około 10% populacji ogólnej. Należy podkreślić, że tylko około połowa przypadków zachorowań jest wykryta i leczona. Rzeczywista liczba cukrzyków może być nawet dwukrotnie wyższa, niż ta, która jest zawarta w aktualnych danych statystycznych [3].

Często pomijaną kwestią jest problem cukrzycy u osób w starszym wieku. Tymczasem, wśród osób, chorujących na cukrzycę, dominują ludzie po 60. roku życia [4].

Z cukrzycą wiąże się ryzyko pojawienia się przewlekłych powikłań. Dynamika ich rozwoju jest zróżnicowana i nie pozwala się przewidzieć w chwili rozpoznania choroby. Stanowią one istotny problem społeczno-ekonomiczny, prowadzą do inwalidztwa, śmierci. Jednym z powikłań cukrzycy, który w znacznym stopniu wpływa na jakość życia chorych cukrzyków w wieku podeszłym jest zespół stopy cukrzycowej (ZSC).

Rozwinięcie: Wskaźnik chorobowości na cukrzycę u pacjentów powyżej 65. roku życia wynosi 8.6%. Jest to wartość dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej. Częstość występowania cukrzycy sięga 25-30% ludzi po 65. roku życia, z czego 95% przypadków to typ 2. Około 40-50% Polaków nie ma świadomości choroby, a czas od wystąpienia cukrzycy typu 2 do postawienia rozpoznania szacunkowo wynosi około 9-12 lat. Wynika to z faktu, że przebieg cukrzycy u osób po 65. roku życia często ma charakter skąp- lub bezoobjawowy, a charakterystyczne dla zaburzeń metabolizmu glukozy objawy mogą wiązać się z innymi schorzeniami [4].

Diabetycy w wieku podeszłym wymagają kompleksowego i indywidualnego podejścia.

Jest to szczególnie ważne u chorych w okresie późnej starości, po 80. roku życia. Wielochorobowość oraz wielolekowość stanowią cechy charakterystyczne dla tej grupy wiekowej. Stąd potrzeba kompleksowej oceny stanu zdrowia chorego, przewidywanej długości życia w przypadku ustalania długoterminowej terapii. Należy również wziąć pod uwagę zdolność i zaangażowanie chorego oraz najbliższych pacjenta do przyjęcia, i przestrzegania zasad zaproponowanej terapii [4].

U osób starszych istotną kwestią jest zapobieganie epizodom hipoglikemii, która w znacznym stopniu oddziałuje na funkcjonowanie układu nerwowego, krążenia. Skutkuje również zaburzeniami równowagi, które objawiają się upadkami i urazami, czyli jednym z głównych problemów geriatrycznych]. Za czynniki ryzyka jej wystąpienia uważa się między innymi: zaawansowany wiek pacjenta, polipatologię, wielolekowość, zły stan odżywienia, błędy terapii insuliną oraz nieodczuwanie objawów, wskazujących na hipoglikemię [4].

Powikłania cukrzycy wśród osób w podeszłym wieku stanowią główną przyczynę amputacji kończyn dolnych. Zgodnie z szacunkami u 50% starszych diabetyków rozwija się zespół stopy cukrzycowej, a wraz z wiekiem ryzyko pojawienia się owrzodzeń wzrasta. Jeden na pięciu chorych z owrzodzeniem stopy wymaga amputacji kończyny dolnej [5].

Udowodniono ponadto, że koszty, wynikające z powikłań ZSC – miażdżycy zarostowej tętnic obwodowych, owrzodzeń stóp, neuropatii obwodowej, stanowią około 30% całkowitych nakładów finansowych, związanych z opieką nad cukrzykami, szczególnie świadczonej w warunkach leczenia zamkniętego [5].

U diabetyków w wieku podeszłym często cukrzycy, głównie typu 2., towarzyszą objawy depresyjne. Wpływ na wykształcenie się tych zaburzeń mają następujące czynniki: płeć żeńska, samotność, brak oparcia w najbliższych, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nieprzestrzeganie diety, wyższy wskaźnik BMI (body mass index) – nadwaga, otyłość, dłuższy czas trwania cukrzycy, występowanie neuropatii, polipatologia, polipragmazja, wielokrotne hospitalizacje. U każdego pacjenta, będącego w podeszłym wieku należy przeprowadzić Całościową Ocenę Geriatryczną (COG). Jednym z elementów poddawanych analizie powinno być występowanie objawów depresyjnych u chorych w tej grupie wiekowej. Planując opiekę, pielęgniarz/ka powinien/na zwrócić uwagę na stan psychiczny pacjenta. Stanowi to istotny element oceny skuteczności zastosowanej u diabetyka terapii [5].

Mając na uwadze poruszone wcześniej kwestie, istotnym elementem planowanych

wobec chorego działań będą formy aktywnego włączania pacjenta w podeszłym wieku w proces terapeutyczny i traktowanie go w sposób podmiotowy, a nie przedmiotowy.

Zespół stopy cukrzycowej – opieka i pielęgnacja pacjenta w starszym wieku, zgodnie z założeniami modelu zadaniowego

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) to jedno z najpoważniejszych powikłań cukrzycy, stanowiącej epidemię XXI wieku. Obecnie zaobserwowano, że coraz większy procent diabetyków zmaga się z piętnem rany przewlekłej. Powikłanie to w znaczący sposób wpływa na jakość życia chorego i sposób sprawowania przez niego samoopieki.

Zespół stopy cukrzycowej to zakażenie, owrzodzenie i/lub uszkodzenie głębokich tkanek stopy, które wiąże się z nieprawidłowościami pochodzenia neurologicznego oraz zmianami, które dokonały się w tętnicach kończyn dolnych [6, 7].

Wczesne wykrywanie ZSC i działania prewencyjne umożliwiają zmniejszenie liczby dokonywanych u diabetyków amputacji kończyn dolnych. O wystąpieniu stopy cukrzycowej decydują czynniki: etiopatogenetyczne, ryzyka, sprawcze, mechaniczne [8].

Czynniki etiopatogenetyczne [8, 9]:

- neuropatia obwodowa;
- obwodowe zmiany niedokrwienne;
- obecność zakażenia;
- czynniki mechaniczne.

Czynniki ryzyka, czyli stany wpływające na wzrost ryzyka powstania owrzodzenia [8]:

- starszy wiek chorego;
- wysoka masa ciała chorego;
- długotrwała, nieprawidłowo wyrównana cukrzyca;
- choroba naczyń obwodowych;
- braku odczuwania bólu, związany z wystąpieniem neuropatii;
- czynniki społeczne, ekonomiczne;
- ograniczona ruchomość w stawach, nieprawidłowy rozkład sił nacisku, deformacje stopy;
- owrzodzenie, stwierdzone w wywiadzie;
- ignorowanie przez chorego swojego stanu zdrowia, brak dbania o siebie;
- obecność powikłań, w tym osłabienie wzroku chorego.

Czynniki sprawcze, wpływające bezpośrednio na owrzodzenie stopy cukrzycowej [19]:

- nieprawidłowa higiena stóp, w tym niewłaściwe przycinanie paznokci, stosowanie maści na odciski;

- urazy mechaniczne;
- błędy w doborze obuwia;
- urazy chemiczne;
- urazy termiczne.

Czynniki mechaniczne - wewnętrzne i zewnętrzne, które powodują wyższe wartości ciśnienia, wywieranego na stopę oraz jego błędny rozkład. W okolicach stopy o zwiększonym nacisku bardzo łatwo i szybko tworzą się owrzodzenia [8, 10]:

Czynniki mechaniczne wewnętrzne:

- wyniosłości kostne;
- deformacje stopy, stawów;
- deformacje stopy powstałe po ostrym epizodzie stawu Charcota, neuroartropatia;
- ograniczona ruchomość stawów (nieprzystosowanie stopy do podłoża w trakcie chodzenia, obciążanie tych samych okolic na stopie);
- modzele, czyli okolice najsilniejszego ucisku i braku ukrwienia;
- zmienione właściwości tkanek, występowanie w skórze patologicznego glikowanego kolagenu.

Czynniki mechaniczne zewnętrzne:

- błędy w doborze obuwia – buty nieprawidłowo dopasowane, zbyt mocno zasznurowane, za małe buty ze zbyt niskimi czubami, nierównymi powierzchniami wkładek;
- urazy mechaniczne, stanowiące wynik błędów przy obcinaniu paznokci u stóp przez pacjentów w podeszłym wieku, chorych na cukrzycę;
- chodzenie boso, ponieważ zwiększeniu ulega ryzyko doznania urazu podczas chodzenia bez butów, ponadto noszenie skarpet, wkładek zmniejsza nacisk wywierany na stopy.

Cechą charakterystyczną cukrzyków w podeszłym wieku jest polipatologia i polipragmazja, dlatego niezwykle ważna jest regularna kontrola stanu zdrowia oraz kompleksowa opieka sprawowana nad chorym przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny. Planując i realizując opiekę wobec osób w wieku podeszłym konieczna jest holistyczna ocena stanu fizycznego, funkcjonowania społecznego i sprawności intelektualnej chorego. Determinują one kształt sprawowanej wobec chorego opieki, zdolność pacjenta do samoopieki.

Wczesne wykrywanie zespołu stopy cukrzycowej dokonuje się poprzez regularne badanie stóp, umożliwiające identyfikację stopy wysokiego ryzyka.

Zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2008 roku na badanie stóp składają się następujące elementy [3, 11, 12]:

- wzrokowa ocena stanu stóp podczas każdej wizyty u lekarza, w poradni stopy cukrzycowej, ocena biomechaniki stopy – ruchomości w stawach, deformacji, jej kształtu;
- pełne badanie przedmiotowe stóp, w tym ocena: koloru skóry, ucieplenia, owłosienia, potliwości, występowania obrzęków, zmian troficznych, modzeli, drobnych urazów, zakażeń skóry, jej przydatków, stanu płytki paznokciowej;
- w przypadku, gdy stwierdzona została obecność owrzodzenia, martwicy — lokalizacja, głębokość, cechy zakażenia, kontrola zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego;
- ocena tętna w punktach charakterystycznych.

Badań stóp dokonuje lekarz na każdej wizycie kontrolnej. Zgodnie z zaleceniami PTD z 2011 roku u dorosłych, chorych na cukrzycę, pełnego badania stóp powinno się dokonywać raz do roku. Konieczna jest również ocena stóp przez samego chorego i jego najbliższych, w momencie, gdy pacjent nie jest w stanie dokonywać w pełni samoopieki. W sytuacji występowania ryzyka wykształcenia się owrzodzenia i/lub infekcji częstotliwość przeprowadzanej kontroli stóp jest zależna od aktualnego stanu zdrowia pacjenta. U cukrzyków z grup ryzyka powinno się przeprowadzać pełne badanie stóp w trakcie każdej wizyty u lekarza, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące [1].

Niezwykle ważne we wczesnym wykrywaniu i prewencji ZSC jest zaangażowanie pacjenta oraz chęć do pogłębiania wiedzy na temat cukrzycy i jej powikłań [13]. Jedną z najpowszechniejszych i najtańszych metod prewencyjnych jest edukacja [6].

Edukacja chorego w podeszłym wieku z ZSC skupia się na działaniach zorientowanych na wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu zagrożeniom. Wśród nich wyróżnić można [6]: regularne oglądanie stóp, unikanie czynników zwiększających ryzyko uszkodzenia stóp, w tym chodzenia na bosą oraz kontrolę poziomu glikemii.

Poniżej przedstawiono zasady przeprowadzania higieny stóp oraz doboru właściwego dla cukrzyków obuwia [6]:

I. Zasady dbania o higienę stóp:

- codzienna kąpiel stóp pod bieżącą wodą o temperaturze poniżej 37°C, z dokładnym osuszeniem stóp, przestrzeni między palcami przy użyciu miękkiego ręcznika;
- stosowanie skarpet z włókien naturalnych, a nie elastycznych, bezszwowych;
- stosowanie pumeksu drobnoziarnistego, niemetalowej tarki do usunięcia zgrubiałego naskórka, - używanie olejków, kremów nawilżających do stóp, dostosowanych do skóry suchej;
- zakaz stosowania maści, płynów na odciski oraz samodzielnego usuwania modzeli w celu

uniknięcia uszkodzeń skóry;

- skracanie paznokci u stóp pilnikiem, „na prosto”, z zachowaniem jednego kierunku piłowania;
- osoby z zaburzeniami czucia powinny udać się do profesjonalisty w celu obcięcia paznokci.

II. Zasady doboru właściwego dla cukrzyków obuwia:

- obuwie wytworzone z miękkiej, naturalnej skóry, opatrzone rekomendacją dla cukrzyków, z szerokim przodem, wnętrzem większym o jeden, dwa numery od długości stopy, z twardą podeszwą;
- dostosowanie obuwia do aktualnego wyglądu stóp, z uwzględnieniem obecnych zniekształceń, pól wzmożonego nacisku, narażonych na tworzenie w ich obrębie zmian patologicznych;
- codzienna, regularna kontrola wnętrza butów, w przypadku pojawienia się otarć na stopach zaprzestanie ich używania, stosowanie indywidualnie dobranych wkładek profilaktycznych;
- zakaz nakładania obuwia na „gołe” stopy oraz zbyt silnego wiązania sznurowadeł w celu zapobieżenia tworzeniu się otarć;
- stosowanie do chodzenia po domu kapci z miękkiej skóry z zakrytym przodem;
- noszenie w ogrodzie pełnych, ale przewiewnych butów, które chronią palce, jak i pięty.

Niezwykle istotnym elementem edukacji pacjenta starszego jest nauka prawidłowej kontroli poziomu glikemii. Pacjent powinien zostać nauczony obsługi glukometru oraz interpretacji stanów hiperglikemicznych. U osób w tej grupie wiekowej niezwykle istotną kwestią jest wcześniej podkreślona, umiejętność rozpoznawania hipoglikemii. Oprócz objawów charakterystycznych, takich, jak zmęczenie, senność, błądzenie, drżenie rąk, czy tachykardia, niezwykle ważna jest interpretacja wyniku, wskazanego na wyświetlaczu glukometru. Za wartość nieprawidłową uznaje się poziom glikemii poniżej 55 mg/dl (3,0 mmol/l). Pacjent powinien prowadzić dzienniczek samokontroli. Umożliwi on pielęgniarce/rzowi oraz lekarzom obiektywną ocenę poziomu glikemii oraz stopień, w jakim pacjent dokonuje samokontroli.

Nazewnictwo stanów hiperglikemicznych [1]:

- prawidłowa glikemia na czczo: 60–99 mg/dl (3,4–5,5 mmol/l);
- nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, *impaired fasting glucose*): 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l);
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, *impaired glucose tolerance*): w 120. minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT, *oral glucose tolerance test*) według WHO

glikemia 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l);

— stan przedcukrzycowy — nieprawidłowa glikemia na czczo i/lub nieprawidłowa tolerancja glukozy;

— cukrzyca — jedno z następujących kryteriów:

1. objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l);
2. 2-krotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l);
3. glikemia w 2. godzinie doustnego testu tolerancji glukozy według WHO ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l).

W swojej pracy z pacjentem w wieku podeszłym z nowo wykrytą stopą cukrzycową pielęgniarka powinna opierać się na założeniach modelu zadaniowego. Wyznacza on zadania, które powinny zostać wykonane w toku planowanej opieki nad danym chorym.

Wśród nich wyróżnić można zadania, które zostały opisane poniżej, a są to: diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, edukacyjne [14].

Zadania diagnostyczne mają na celu określenie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta. Oceny dokonuje się na podstawie przeprowadzenia wywiadu, wykonania pomiarów podstawowych parametrów życiowych, wnikliwej obserwacji, analizy dokumentacji medycznej oraz rozmowy z najbliższymi chorego. Prawidłowo przeprowadzony wywiad umożliwi uzyskanie od pacjenta cennych informacji, dotyczących nie tylko stanu zdrowia fizycznego, ale również kondycji psychicznej. Pielęgniarka powinien/na zwrócić uwagę na przedstawione subiektywnie przez chorego objawy, oraz na te, które są obiektywnie widoczne i stwierdzone na podstawie badań. Ważna jest znajomość odrębności funkcjonowania organizmu starszego człowieka oraz charakterystycznych objawów chorobowych, swoistych dla tego wieku [14].

Oceniając sferę biologiczną starszego pacjenta z ZSC należy wziąć pod uwagę [14, 15]:

- ocenę stopnia deficytu sprawowania przez chorego samoopieki, możliwości poruszania się;
- stan higieniczny skóry oraz jej kolor, nawodnienie, elastyczność, ucieplenie, czucie, obecność zmian patologicznych i ich ewentualną ocenę;

Oceniając stan psychiczny starszego pacjenta z ZSC należy wziąć pod uwagę [14]:

- nastawienie chorego do choroby, stopień motywacji do jak najwcześniejszego wykrywania niepokojących zmian. Starsi ludzie często chorują na depresję, co wiąże się z rezygnacją i niechęcią wobec choroby i przyjęcia edukacji;
- nastawienie chorego do procesu leczenia i ewentualnej hospitalizacji;
- stopień frustracji pacjenta, wynikający z braków wiedzy, umiejętności praktycznych;

- relację chorego z najbliższym otoczeniem oraz jego sytuację socjo-ekonomiczną.

Zadania lecznicze to czynności realizowane w ramach procesu leczniczego. Wykonywane są na zlecenie lekarza, podczas asystowania lekarzowi przy badaniach [14].

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze to czynności, mające na celu wyrównanie istniejącego deficytu samoopieki. Dokonywane są poprzez gotowość do świadczenia pacjentowi pomocy, kontrolę oraz mobilizację chorego, jego najbliższych, a także towarzyszenie choremu w sytuacjach, gdy nie jest on w stanie wykonać ich samodzielnie [14].

Zadania edukacyjne polegają na przekazaniu pacjentowi oraz jego najbliższym niezbędnych informacji teoretycznych, umiejętności praktycznych, a także na kształtowaniu prozdrowotnych postaw życiowych [14]. Należy pamiętać o dostosowaniu edukacji do możliwości indywidualnych starszego pacjenta.

Podsumowanie: Cukrzyca stanowi chorobę cywilizacyjną XXI wieku i w znacznym stopniu dotyczy osób starszych. U ludzi po 60. roku życia szczególnie rozpowszechniona jest cukrzyca typu 2. Tą grupę wiekową charakteryzuje polipatologia i polipragmazja, a organizm, objęty zmianami inwolucyjnymi funkcjonuje inaczej, niż osoby dorosłej w wieku produkcyjnym.

Obserwowany, szczególnie w krajach uprzemysłowionych i wysoko rozwiniętych wzrost zachorowań, a w szczególności na typ drugi cukrzycy, niesie za sobą bardzo wiele wyzwań dla współczesnej medycyny i polityki społecznej.

Istotnym problemem stanowią powikłania cukrzycy, występujące niezależnie od jej typu. Stanowią one bardzo duży problem społeczno-ekonomiczny, prowadzą do inwalidztwa oraz śmierci chorego. Jednym z najpoważniejszych powikłań jest zespół stopy cukrzycowej, będący ogromnym wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym.

Pielęgniarka/pielęgniarski, podejmując działania wobec pacjenta, powinna opierać się na założeniach modelu zadaniowego, planować opiekę, uwzględniając indywidualne możliwości, stan psychiczny i stopień motywacji pacjenta oraz jego najbliższych. Opieka i pielęgnacja starszego pacjenta z nowo wykrytym ZSC jest tym skuteczniejsza, im lepiej jest przygotowany zespół terapeutyczny, sam pacjent oraz jego najbliższe otoczenie.

W momencie przyswojenia przez pacjenta, jego najbliższych edukacji, dotyczącej opieki i pielęgnacji oraz weryfikacji przez pielęgniarkę/kę, czy omawiane treści zostały w pełni zrozumiane i przyswojone, dochodzi do zaangażowania chorego i jego bliskich w proces terapeutyczny. Udział ten skupia się na stosowaniu odpowiedniej diety z ograniczeniem zawartości soli, zwiększeniu aktywności fizycznej poprzez wdrożenie

odpowiednich ćwiczeń fizycznych, adekwatnych do stanu zdrowia i wieku chorego, znajomości działania leków, insuliny i przestrzeganiu zasad ich stosowania, aktywnym, i świadomym dążeniu do założonych celów podjętej terapii.

Wnioski:

1. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zespołowi stopy cukrzycowej u osób w wieku podeszłym oraz jego konsekwencjom, czyli inwalidztwu oraz amputacjom kończyn dolnych jest prewencja oraz wczesne wykrywanie niepokojących zmian patologicznych na stopach.
2. Opieka nad starszym pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej powinna być prowadzona przez dobrze wykwalifikowany interdyscyplinarny zespół terapeutyczny.
3. Opieka i pielęgnacja starszego pacjenta z nowo wykrytą stopą cukrzycową jest tym skuteczniejsza, im lepiej jest przygotowany zespół terapeutyczny, sam pacjent oraz jego najbliższe otoczenie.
4. Niezbędnym elementem w pracy pielęgniarki jest znajomość odrębności funkcjonowania organizmu osoby starszej, a także specyfiki objawów klinicznych, charakterystycznych dla cukrzyki u chorego w wieku podeszłym.
5. Prawidłowo przeprowadzona przez pielęgniarkę edukacja stwarza możliwość szybkiego wykrycia niepokojących zmian na stopach.
6. Umiejętność identyfikacji przyczyn powstawania owrzodzeń, czynników ryzyka, czynników sprawczych oraz znajomość zasad prowadzenia samoopieki i samopielęgnacji zmniejszają ryzyko wytworzenia zmian patologicznych i konieczności przeprowadzenia amputacji kończyny dolnej.
7. Istnieje bardzo duża zależność między samopoczuciem, a stanem fizycznym, dlatego zadaniem pielęgniarki jest dbanie nie tylko o sferę biologiczną, ale również o psychiczną pacjenta.

Piśmiennicwo

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol. Klin. 2014, tom 3, supl.A, A1-A67.
2. Ropacz A., Kózka M., Ogarek M.: Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. Probl.Pielęgn. 2007, 15 (1), 44-48.
3. Koziarska-Rościszewska M.: Stopa cukrzycowa a orzecznictwo lekarskie. Orzecznictwo Lekarskie 2009, 6(2), 117-124.
4. Borucka K., Niedźwiecki P., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Pacjenci w wieku podeszłym

- z zaburzeniami metabolizmu glukozy w świetle zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego – ocena kliniczna. GERIATRIA 2012, 6, 26-33.
5. Koblík T., Sieradzki J., Sendur R. i wsp.: Wpływ stosowania insuliny i sulodeksydu (*Vessel Due F*) na leczenie zespołu stopy cukrzycowej. Badanie pilotażowe przeprowadzone wśród starszych chorych. Diabetol. Prakt. 2002, 3(1), 49-56.
 6. Ducka B., Strojek K.: Rola diabetologa w zapobieganiu rozwojowi stopy cukrzycowej. Przew Lek 2007, 4, 43-51.
 7. Robaczewska I., Filanowicz M., Cegła B.: Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu specjalistycznych opatrunków ratujących stopę cukrzycową. Pielęg. Pol. 2014, 1 (51), 41-48.
 8. Koblík T.: Wczesne wykrywanie stopy cukrzycowej. Diabet. Prakt. 2008, 9, 48-53.
 9. Olczyk M., Pluta R., Tomasiak G.: Opieka farmaceutyczna nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Farm. Pol. 2009, 65(5), 338-341.
 10. Nesbitt J.A.A.: Approach to managing diabetic foot ulcers. Can Fam Physician 2004, 50, 561-567.
 11. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2008. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol. Prakt. 2008, 9, supl. A, A31-A34.
 12. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2008. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol. Prakt. 2008, 9, supl. A, A21-A23.
 13. Żmijewska E., Kozak-Szkopek E.: Wiedza o cukrzycy chorych z zespołem stopy cukrzycowej. Probl Pielęg 2011, 19 (4), 525-532.
 14. Robaczewska I., Filanowicz M., Cegła B.: Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu specjalistycznych opatrunków ratujących stopę cukrzycową. Pielęg. Pol. 2014, 1, 51, 41-48.
 15. Dębska G., Rogala-Pawelczyk G., Zięba E.: Projekt edukacji chorego z zespołem stopy cukrzycowej oparty na teorii Dorothy Orem. Piel. Zdr. Publ. 2012, 2 (1), 57-65.

Adres do korespondencji:

Dr n med Marzena Humańska

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Ul. Łukasiewicza 1

85-821 Bydgoszcz, e-mail: marzenahumanska@tlen.pl, tel: +48 52 585 5806

NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE U CHOREGO Z OTEPIENIEM STARCZYM

Marzena Agnieszka Humańska , Marcin Andrzej Popiński, Mirosława Felsmann
Z Katedry Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Streszczenie:

Ze względu na wydłużającą się średnią i maksymalną długość życia rośnie problem otępień u osób starszych. Zespoły otępienne należą do tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Postawiona diagnoza jest trudna do zaakceptowania zarówno dla chorego jak i dla jego rodziny. Celem pracy było przedstawienie najczęstszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z chorobą otępienną oraz tego, jak sobie z nimi radzić.

Opieka nad pacjentem z demencją wymaga cierpliwości, zrozumienia, posiadania wiedzy o chorobie i zachowaniach, które mogą się pojawić i szokować. Ważne jest, by ciężar opieki nie spoczął na jednej osobie, gdyż może pojawić się u niej tzw. zespół opiekuna, szkodliwy zarówno dla niego jak i dla samego pacjenta. W edukacji rodziny ważne jest przekazanie wiedzy o przebiegu choroby, odpowiednie przystosowanie mieszkania i pokoju pacjenta, unikanie jakichkolwiek zmian w otoczeniu chorego a także sposobów na unikanie agresji.

Wnioski:

1. Ze względu na duży postęp w medycynie wydłuża się średnia i maksymalna długość życia, zwiększa się liczba osób borykających się z demencją, a to z kolei powoduje wzmożone zapotrzebowanie na opiekę nad seniorami.
2. Należy pamiętać, że dziwne, złośliwe czy nawet agresywne zachowania nie są zamierzone przez pacjenta a są elementem choroby. Można je zniwelować przez zachowanie codziennej rutyny, planu dnia i niepodejmowanie gwałtownych działań.
3. Opieka nad pacjentem z chorobą otępienną spoczywa zwykle na jednej osobie. Ważne jest, by miała ona zastępstwo i wsparcie.

Słowa kluczowe: geriatria, otępienie, pielęgniarstwo, edukacja

Wstęp: Otępienie wg ICD-10 jest to zespół objawów spowodowany przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu z towarzyszącymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych (myślenia, orientacji, rozumienia, planowania), które wpływają negatywnie na kontrolę emocji, zachowania społeczne i czynności zawodowe, trwające przynajmniej pół roku.

Otępienie nie może być rozpoznane w wypadku wystąpienia jedynie zaburzeń świadomości (np. w delirium czy majaczeniu) [1, 2, 3]. Jest ono poważnym problemem i obciążeniem psychicznym dla pacjenta. Najtrudniejsze dla chorego jest zapewne świadome i przynajmniej w początkowych fazach, przeżywanie nasilającego się pogarszania funkcji poznawczych: chory zapomina co miał zrobić, gdzie położył daną rzecz, z trudem czyta i pisze a czasem nie potrafi sobie przypomnieć imienia osoby, z którą rozmawia [4].

Wg Deutsche Alzheimer Gesellschaft na otępienie obecnie choruje 44 mln osób na świecie. Prognozuje się, że w 2030 roku będzie ich 76 mln a w 2050 nawet 135 mln [5].

Otępienie dotyka głównie ludzi starszych. Można jednak zaobserwować wzrost zachorowań u osób w wieku poniżej 65 lat. Starzenie się ludności ma ogromny wpływ na powstawanie globalnej epidemii demencji. Wg prognoz najpoważniejszy wzrost zachorowań oraz proporcji ludzi starszych wystąpi w Chinach, Indiach i Ameryce Południowej. Do 2050 roku ludzie sześćdziesięcioletni i starsi będą stanowić 22% populacji światowej [6, 7, 8].

W 2005 roku Światowa Federacja Stowarzyszeń Alzheimerowskich (ADI) zwołała posiedzenie ekspertów, by rozpatrzyć wszystkie dostępne dane epidemiologiczne i osiągnąć porozumienie co do częstości występowania choroby w czternastu regionach świata. Eksperci oszacowali, że w 2001 roku demencję zdiagnozowano u 24,3 mln ludzi powyżej 60. roku życia. Przewiduje się, że każdego roku przybędzie 4,6 mln nowych zachorowań a w 2040 będzie ich aż 81,1 mln. Wg danych z 2010 roku otępienie diagnozowano u 35,6 mln ludzi a rocznie będzie ich przybywać 7,7 mln [7, 8].

Rozwinięcie: Opieka nad osobą z demencją jest niezwykle trudna, odpowiedzialna, męcząca oraz wymaga ogromnej cierpliwości i zrozumienia. Przede wszystkim niezbędna jest wiedza o przebiegu choroby, początkowych objawach, nietypowych lub nawet krępujących zachowaniach chorego. Przydatne jest także posiadanie informacji w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach agresji chorego. Chorymi najczęściej zajmują się dzieci lub współmałżonkowie. Progresywna i postępująca choroba ma ogromny wpływ na rodzinę i często wiąże się z ogromnymi, wymuszonymi, czasem ciężkimi do zaakceptowania przez opiekuna zmianami: rezygnacja z pracy zawodowej, ograniczenie kontaktów towarzyskich, istotne obciążenie finansowe.

Pierwsze objawy powodują u bliskich niedowierzanie, obawę, niepewność co do przyszłości; często rodzina uważa, że chory „udaje” lub „jest złośliwy, bo negatywne cechy uwydatniają się na starość”. Postawiona diagnoza często brzmi jak wyrok; z drugiej strony pozwala na rozpoczęcie przygotowywania się do nowej i bardzo trudnej sytuacji rodzinnej. Często świadomość czekających zmian bywa przygnębiająca a nawet przerażająca. Ważne jest, by

ciężar opieki nie spoczywał na jednej osobie. Oczywiście wkład w opiekę powinien być proporcjonalny do możliwości czasowych, finansowych, zdrowotnych, ale także można się porozumieć, że jedna osoba zajmuje się wyłącznie sprząaniem, ktoś inny robi zakupy, itd.

W przypadku, gdy jedna osoba jest przeciążona opieką może wystąpić u niej tzw. „zespół opiekuna”. Jest on zbiorem objawów fizycznych, psychosomatycznych i psychospołecznych. Stan taki występuje u osób obciążonych odpowiedzialnością za opiekę nad osobą chorą przy jednoczesnym spotęgowaniu przewlekłego zmęczenia oraz zaniedbywaniem własnych potrzeb. Opiekunowie osób chorych na otępienie odczuwają smutek, zniechęcenie, osamotnienie, frustrację, bezsilność, poczucie winy, utratę nadziei. Zdecydowana większość opiekunów jest przygnębiona i przemęczona. Najgroźniejsze są jednak objawy depresji, gdyż rozwijają się one powoli, proporcjonalnie do pogarszania się stanu zdrowia podopiecznego oraz „zespół opiekuna”. W przypadku wyczerpania wieloletnią opieką i borykania się z wieloma problemami codzienności, opiekunowie miewają myśli samobójcze [6].

„Zespół opiekuna” jest groźny zarówno dla opiekuna jak i dla pacjenta, dlatego konieczna jest pomoc psychologiczna w celu podjęcia odpowiednich działań terapeutycznych. W trakcie terapii należy choremu uzmysłowić, że ma on prawo do realizacji swoich planów, marzeń na takim samym poziomie jak przed rozpoczęciem opieki. Opiekun z poczuciem celu w życiu i z nadzieją na przyszłość jest zdecydowanie lepszym opiekunem niż osoba przemęczona, depresyjna, sfrustrowana, niepanująca nad swoimi negatywnymi emocjami [6]. Istotną sprawą jest również uczestnictwo w grupach samopomocy, częściowo wspomaganych przez towarzystwa alzheimerowskie. W czasie spotkań opiekunowie mogą porozmawiać z innymi osobami o problemach dotyczących opieki, wymienić doświadczenia lub po prostu chociaż przez kilka godzin nie myśleć o codzienności [10].

Osoby cierpiące na choroby otępienne mają dużo problemów pielęgnacyjnych. Ważne jest, by wiedzieć jak sobie z nimi radzić. Do najważniejszych problemów należą:

1. Zagrożenie bezpieczeństwa pacjenta spowodowane możliwością zaginięcia chorego w związku z zaburzeniami pamięci i częstym wędrowaniem.

Celem opieki jest zapewnienie choremu bezpieczeństwa przez:

- Objęcie chorego ścisłą obserwacją i częste sprawdzanie czy chory jest w domu;
- Zamontowanie urządzeń sygnalizujących opuszczenie domu przez chorego;
- Założenie choremu na rękę opaski z danymi personalnymi i numerem kontaktowym opiekuna;

- Umieszczenie wszywki w ubraniu chorego i/lub urządzenia ułatwiającego lokalizację aktualnego miejsca przebywania chorego.

2. Ryzyko upadku i urazu spowodowane niestabilnością postawy i zaburzeniami równowagi.

Celem opieki jest zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i zapobieganie upadkom przez:

- Usunięcie przeszkód z drogi pacjenta (dywaniki, progi, itp.);
- Zapewnienie możliwości korzystania z poręczy;
- Włączenie oświetlenia w nocy;
- Zadbanie o możliwość korzystania przez pacjenta z laski, kuli lub balkonika (konsultacja z rehabilitantem w celu prawidłowego dobrania pomocy ortopedycznej);
- Kontrola utrzymywania postawy wyprostowanej (uniesiona głowa, podbródek cofnięty, wzrok skierowany przed siebie, wyprostowane plecy, ręce skrzyżowane z tyłu na pośladkach);
- Ćwiczenia postawy kilka razy dziennie (im więcej, tym lepiej);
- Pomoc pacjentowi w trakcie stawania z pozycji siedzącej (przesunięcie się na brzeg krzesła, stopy lekko cofnąć, lekko rozstawić, opręć mocno na podłodze, ręce opręć na siedzisku krzesła lub poręczy fotela, pochylając się do przodu odepchnąć się i wyprostować tułów – konieczna asekuracja innej osoby)
- Umożliwić pacjentowi siadanie na wózku/łóżku itp. jeśli nie ma już siły chodzić (często zmieniać pozycję z fotela na łóżko oraz jak najbardziej opóźnić moment przebywania pacjenta wyłącznie w łóżku).

3. Ograniczenia w samoopiece spowodowane zaburzeniami funkcji poznawczych.

Celem opieki jest pomoc choremu w zaspokojeniu potrzeb biologicznych i jak najdłuższym utrzymaniu niezależności przez:

- Ocenę deficytów w zakresie samoopieki oraz oszacowanie wymaganej pomocy;
- Zapewnienie pomocy dostosowanej do stanu niesprawności i stopniowe przejmowanie odpowiedzialności za pacjenta;
- Stworzenie warunków bezpieczeństwa i komfortu:
 - Regularne, przewidywalne i proste schematy dotyczące codziennych czynności (przyjmowanie leków, spożywanie posiłków, wykonywanie ćwiczeń, sen, itd.);
 - Czynności wykonywane w ten sam sposób, o tej samej porze, w takiej samej kolejności każdego dnia, instruowanie chorego krok po kroku;
 - Niewyręczanie chorego w czynnościach, które potrafi sam wykonać;

- Organizowanie otoczenia w sposób funkcjonalny i bezpieczny (nieprzestawianie mebli, zachowanie ładu);
- Umożliwienie choremu uczestnictwa w procesie pielęgnowania (na miarę jego możliwości);
- Współpraca z rodziną w zakresie przejęcia odpowiedzialności prawnej za chorego, gdy nie jest on w stanie podejmować decyzji dotyczących swojego życia.

4. Zaburzenia komunikacji spowodowane zmianami w OUN.

Celem opieki jest podtrzymanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej przez:

- Inicjację kontaktu i podtrzymywanie kontaktu przez chorego;
- Przedstawienie się gdy jest się osobą obcą dla chorego lub chory nie może sobie przypomnieć kim jesteście;
- Zwracanie się do chorego po nazwisku;
- Utrzymywanie kontaktu wzrokowego, mówienie powoli, wyraźnie, łagodnym tonem, używanie krótkich zwrotów;
- Używanie komunikatów werbalnych i pozawerbalnych, szczególnie gdy chory nie rozumie mowy (pokazywanie, naprowadzanie, wręczanie przedmiotów, opisywanie danej czynności gestami, np. jedzenie czy mycie);
- Stosowanie zasad aktywnego słuchania (unikanie ośmieszania, pokazywanie choremu, że jest słuchany, dawanie czasu na odpowiedź, po uprzedzeniu chorego stosowanie dotyku);
- Próbę zmiany tematu lub odwrócenia jego uwagi jeśli chory powtarza wypowiedzi, pytania;
- Eliminację hałasu i bodźców utrudniających koncentrację chorego;
- Uzyskiwanie informacji od chorego na temat samopoczucia psychicznego i formułowanie pytań o konkretne potrzeby (czy chce jeść/pić/spać, czy ma wygodne ubranie);
- Okazywanie zainteresowania oraz obecność przy chorym nawet gdy utracił zdolność porozumiewania się z innymi osobami i otoczeniem.

5. Możliwość wystąpienia agresji z powodu postępującej choroby i niewłaściwego postępowania z chorym.

Celem opieki jest pomoc choremu w opanowaniu niewłaściwych zachowań i ich korekcja przez:

- Minimalizowanie występowania niewłaściwych zachowań oraz zapobieganie niekontrolowanym reakcjom katastroficznym;
- Zachowanie spokoju, unikanie reakcji i gniewu, złości, używania siły, ograniczenie liczby i nasilenia bodźców jeśli wystąpią gwałtowne zachowania;
- Jeśli agresja występuje przy wykonywaniu rutynowych czynności (ubieranie, mycie, karmienie) przed wykonaniem danej czynności należy dotknąć np. ręki, którą chory ma włożyć w rękaw lub dotknąć części ciała, która ma być umyta;
- Odwrócenie uwagi od bodźca, który wywołał gwałtowną reakcję lub identyfikację przyczyny, by zapobiec jej ponownemu wystąpieniu;
- Ignorowanie bezsensownych czynności w trakcie ich wykonywania lub zaproponowanie „pożytecznej” czynności; nieprzerywanie na siłę.

6. Izolacja pacjenta z powodu zaburzeń w kontroli emocji, narastającej nieufności i sporadycznych objawów psychotycznych.

Celem opieki jest pomóc choremu w jak najdłuższym utrzymaniu aktywności dającej poczucie przydatności przez:

- Koncentrację na działaniach wykonywanych przez chorego i stosowanie pozytywnych wzmocnień;
- Zaprzestawanie aktywności gdy chory się męczy, wykazuje niepokój oraz w momencie gdy istnieje ryzyko wystąpienia reakcji katastroficznej
- Motywowanie chorego do kontynuowania hobby z dawnych lat, zmodyfikowanych i uproszczonych (jeśli chory lubił kiedyś czytać, teraz może kartkować strony w książkach lub czasopismach);
- Umożliwienie choremu z zaawansowanym otępieniem przebywania w towarzystwie innych osób (nawet gdy nie rozumie co się wokół niego dzieje);
- Przebywanie z chorym, słuchanie, mówienie, śpiewanie, głaskanie pacjenta (nawet jeśli chory nie jest do końca świadomy co się do niego mówi, może odczuwać zadowolenie z przebywania z bliską osobą).

7. Zaburzenia snu spowodowane brakiem aktywności.

Celem opieki jest pomoc choremu z zachowaniem odpowiedniego rytmu dobowego przez:

- Podtrzymywanie aktywności chorego (zapobieganie przysypianiu w dzień);
- Zapewnienie zaspokojenia potrzeb fizjologicznych przed pójściem spać;
- Stworzenie optymalnych warunków do snu (wywietrzenie, zapewnienie ciszy, odpowiedniej temperatury, zasłonięcie okien, pozostawienie nocnego oświetlenia);

- Prześcielenie łóżka, używanie lekkiej kołdry zamiast koca;
- Pozwolenie choremu na zasypianie w późnych godzinach nocnych;
- Podawanie leków nasennych i uspokajających (na zlecenie lekarskie).

8. Chora nie chce zażywać leków z powodu zaburzeń funkcji poznawczych.

Celem opieki jest to, by pacjentka zażywała leki wg zlecenia lekarskiego przy zastosowaniu poniższych metod:

- Próby przekonania pacjentki do zażycia leków;
- Próby „przekupienia” pacjentki (tabletkę w zamian za ulubione ciasto/deser, itp.);
- Podawanie leków w posiłkach;
- Jeśli producent leku tego nie zakazuje można leki przekroić na mniejsze lub pokruszyć.

9. Możliwość wystąpienia niedożywienia z powodu zmniejszonego apetytu spowodowanego zaburzeniami funkcji poznawczych

Celem opieki jest nakłonienie pacjentki do przyjmowania pokarmów w ilości niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania przez:

- Przygotowywanie potraw lekkostrawnych, urozmaiconych;
- Wyłączenie „rozpraszaczy” – radio, telewizor, itp.;
- Umożliwienie choremu jak najdłuższego samodzielnego spożywania posiłków;
- Kontrolę czy chory zjada posiłki;
- Próba „pertraktacji” (zjedz jeszcze 10 łyżek zupy a resztę zostaw);
- Podawanie jednej potrawy w danym momencie (chory nie powinien mieć wyboru kilku potraw, gdyż nie będzie wiedział, co wybrać; może to powodować problemy z jedzeniem a także napady agresji);
- Odpowiednie przyprawienie dania; chory nie powinien mieć dostępu do przypraw.

Edukując rodzinę pacjenta należy pamiętać o tym, że pacjent z chorobą otępienną wymaga przede wszystkim okazywania cierpliwości, zrozumienia, miłości oraz pewnego rodzaju rutyny codzienności. Ważne jest, by w życiu i otoczeniu pacjenta dokonywać jak najmniej modyfikacji, gdyż każda zmiana może wywołać niepokój a w konsekwencji agresję [10].

Osoba chora powinna mieć zapewniony pokój lub kącik w mieszkaniu, w którym czuje się bezpiecznie. Jeśli to możliwe należy umieścić: wygodny fotel i stoliczek, na którym dostępne będą ulubione przedmioty chorego (albumy, robótki ręczne, krzyżówki, itp.). Pomieszczenie musi być czyste, jasne, należy unikać jaskrawych światła i głębokich cieni [10, 12, 13, 14].

Zmiany, których trzeba dokonać w pokoju chorego [10, 11, 12, 13]:

- Należy usunąć przeszkody na drodze chorego: utorować „ulubioną” drogę, po której chory lubi się poruszać, meble ustawiać pod ścianą, dywaniki usunąć lub umocować, zniwelować (przy użyciu specjalnych listew) lub usunąć progi;
- W pokoju chorego ważne jest zabezpieczenie okien i drzwi balkonowych przy użyciu specjalnych zamknięć, do których chory nie będzie miał dostępu;
- Gniazdka od prądu należy zabezpieczyć specjalnymi zatyczkami, a kable powinny być pochowane w listwach maskujących;
- Należy usunąć niestabilne krzesła, zabezpieczyć rogi mebli oraz zlikwidować szyby w szafkach (chory może się skaleczyć); z tego samego powodu należy schować lub postawić poza zasięgiem chorego wszelkie wazony, porcelanę;
- Łóżko powinno mieć dostęp z obu stron; ważne też są drabinki zabezpieczające przed upadkiem;
- Pacjent musi mieć dostęp do włącznika światła i ewentualnie dzwonka;
- W pokoju chorego powinien być umieszczony zegar (duży, z wyraźnymi wskazówkami, bez sekundnika) i kalendarz (taki, w którym zaznacza się aktualny dzień);
- Ze wszystkich drzwi powinno się usunąć zasuwki i haczyki, by chory nie mógł zamknąć się od wewnątrz w danym pomieszczeniu.

Modyfikacje w przedpokoju [11]:

- Powinno się zamontować zabezpieczenie (zamek lub alarm), który utrudni choremu wyjście z domu bez wiedzy opiekuna (pomocne jest także maskowanie drzwi tapetą w kolorze ściany);
- Klucze do mieszkania powinny znajdować się poza zasięgiem chorego; zapasowe klucze warto powierzyć zaufanej osobie lub umieścić w bezpiecznym miejscu;
- Jeśli w domu znajdują się schody, konieczne jest zabezpieczenie ich barierkami z obu stron;
- Należy zasłonić lustro – czasem pacjenci nie rozpoznają się i na swoje odbicie mogą reagować strachem lub agresją.

Kuchnia jest miejscem, w którym istnieje wiele zagrożeń dla chorego. Należy [11, 12]:

- Zabezpieczyć przed chorym zapalki, noże, widelce, płyny itp.;
- Piec gazowy stanowi szczególne zagrożenie. Należy pamiętać o zakręcaniu dopływu gazu specjalnym zaworem (zwłaszcza w czasie, gdy chory pozostaje bez opieki);

- Czajnik elektryczny z samodzielnym wyłącznikiem sprawdzi się lepiej niż czajnik z gwizdkiem;
- Przy nadmiernym apetycie pacjenta, żywność należy przechowywać w zamkniętych szafach lub pomieszczeniach;

Łazienka [11, 12]:

- Przy sedesie należy zamontować specjalne uchwyty ułatwiające siadanie i wstawanie; należy też wzmocnić uchwyty na ręczniki;
- Łazienkę i drogę do niej powinno się oświetlić oraz oznaczyć specjalnymi znakami;
- Zabezpieczyć należy środki czystości i apteczkę z lekami;
- Pomocne przy kąpeli może okazać się siedzisko montowane w wannie lub pod prysznicem; a na dno wanny warto położyć matę antypoślizgową;
- Wszelkie urządzenia elektryczne powinny być przechowywane poza zasięgiem chorego, a ich używanie powinno odbywać się wyłącznie pod nadzorem;
- Konieczne jest nadzorowanie odkręcania gorącej wody lub zamontowanie termostatu.

W utrzymywaniu higieny pacjent początkowo jest samodzielny. Z czasem jednak zdolność dbania o siebie zanika, więc potrzebna jest pomoc w trakcie wykonywania czynności higienicznych. Jest ona bardzo potrzebna nie tylko ze względu na obniżenie samodzielności chorego, ale także dlatego, że w pewnym momencie u pacjenta zanika potrzeba czystości i dbania o swój wygląd. Dodatkowo powinno się stosować do poniższych informacji [11, 12]:

- Codzienna kąpiel powinna wyglądać rutynowo, przebiegać w miłej atmosferze, bez pośpiechu i poganiania; ważne jest zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu i temperatury wody;
- Powinno się nadzorować panów przy goleniu – ryzyko skaleczenia;
- Na niektórych pacjentów kojąco działają kosmetyki zapachowe;
- Jeśli chory nie chce się kąpać, należy zmienić porę kąpieli na taką, w której nie jest aż tak zmęczony;
- Należy dbać o higienę jamy ustnej – można np. pokazać choremu co po kolei robić;
- Problemy z kąpielą są często potykane – jeśli zawiodą wszystkie metody, pozostaje mycie gąbką;
- Brak kontroli potrzeb fizjologicznych pojawia się mniej więcej w połowie rozwoju choroby;
- Ważne jest pilnowanie stałych pór korzystania z toalety, najlepiej co dwie godziny a także zaprowadzenie chorego do toalety przed snem;

- Ubranie powinno łatwo się zdejmować (np. spodnie z gumką);
- Należy pamiętać o zapewnieniu odpowiedniej ilości ruchu i odpowiedniej diety w celu poprawienia perystaltyki jelit;
- Jeśli chory traci całkowitą kontrolę nad wydalaniem, konieczne jest stosowanie podkładów i jednorazowych pieluch.

Wraz z pogłębianiem się procesu chorobowego, chory będzie miał coraz większy problem z dobraniem sobie właściwej garderoby. Dodatkowo pojawiają się problemy z zakładaniem ubrań. Jeśli pacjent jest w stanie ubrać się samodzielnie, trzeba motywować go do jak najdłuższej samodzielności. Należy do wspierać, przygotować mu rzeczy do ubrania oraz ułożyć je w takiej kolejności, w jakiej chory ma je ubrać. Ubrania chorego powinny być łatwo zakładane (suwak, rzepy, buty wsuwane zamiast wiązanych). Konieczne należy kontrolować czy chory ubiera się odpowiednio do aktualnej pogody [10, 11, 12, 13].

O ile u pacjenta z demencją nie występują choroby towarzyszące to nie wymaga on stosowania specjalnej diety. Ważna jest regularność i urozmaicenie posiłków. Posiłki powinny być podawane o stałych porach i przebiegać bez pośpiechu. Ważnym elementem dla chorego jest stałe miejsce przy stole. O ile jest on sprawny, można poprosić go o nakrycie do stołu. Warto także stosować poniższe wskazówki [10, 11, 13]:

- Jeśli u pacjenta nie ma apetytu – należy serwować mu jego ulubione potrawy;
- Potrawę można pokroić na mniejsze kawałki, ale nawet wtedy należy namawiać chorego do samodzielności;
- Należy kontrolować spożywanie posiłków (chory często zapomina zjeść lub zapomniał, że już zjadł);
- Jeśli po zjedzeniu posiłku chory nadal jest głodny, należy mieć przygotowane ciastka/owoce, itp. przez co można uniknąć zachowań stresowych a w rezultacie agresji;
- Zawsze należy przypilnować by chory zażył leki; jeśli notorycznie tego odmawia – można spróbować podawania ich np. w kisielu, budyniu, a jeśli producent leku tego nie zakazuje, leki można pokruszyć i podawać w posiłkach.

Wypełnienie każdego dnia zajęciami przeznaczonymi dla pacjenta jest bardzo istotnym elementem w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną. Każda aktywność, zarówno fizyczna, jak i umysłowa, jest bardzo ważna, bo chory poczuje się potrzebny i pomocny a także wypełni czas chorego i uspokoi go. Powinno się przestrzegać poniższych wskazówek [11]:

- Opiekun musi być inicjatorem aktywności chorego oraz w nich uczestniczyć;
- Warto zadbać o zajęcia podtrzymujące umiejętności umysłowe (układanie puzzli, rysowanie, itp.);
- We wcześniejszych stadiach choroby chorego można zaangażować w lżejsze prace domowe (ścieranie kurzu, obieranie ziemniaków, przygotowanie wypranych rzeczy do prasowania, prace ogrodowe);
- Ważne są codzienne spacery – lepsze samopoczucie, poprawa apetytu oraz snu;
- Warto jest ustalić stały plan dnia z powtarzającymi się czynnościami.

W procesie opieki i pielęgnacji pacjenta z otępieniem może być konieczna pomoc specjalistów i grup wsparcia. Specyfika choroby wymaga, by również opiekun brał udział w grupach wsparcia dla opiekunów osób z chorobą otępienną. W trakcie takich spotkań opiekunowie mogą wymienić się doświadczeniami, przekonać się, że nie tylko oni mają problemy ze sprawowaniem opieki, że nie tylko ich członek rodziny jest chory lub po prostu wyjść z domu i się „rozerwać” i nie myśleć o trudzie opieki [14, 15].

Grupy wsparcia znajdują się w wielu miastach: Wrocław, Katowice, Kraków, Koprzywnica (Świętokrzyskie), Siedlce, Lublin, Poznań, Wejherowo, Sopot, Olsztyn, Elbląg [15].

Stowarzyszenia Alzheimerowskie i fundacje pomagające osobom borykającym się z chorobą otępienną znajdują się w większych miastach Polski. W niektórych z nich prowadzona jest także edukacja rodzin opiekujących się takimi chorymi [15].

Wnioski:

4. Ze względu na duży postęp w medycynie wydłuża się średnia i maksymalna długość życia, zwiększa się liczba osób borykających się z demencją, a to z kolei powoduje wzmożone zapotrzebowanie na opiekę nad seniorami.
5. Należy pamiętać, że dziwne, złośliwe czy nawet agresywne zachowania nie są zamierzone przez pacjenta a są elementem choroby. Można je zniwelować przez zachowanie codziennej rutyny, planu dnia i niepodejmowanie gwałtownych działań.
6. W pierwszej fazie choroby pacjent jest dosyć sprawny i nie potrzebuje zbyt dużej pomocy w codziennym życiu. Z biegiem czasu może potrzebować coraz więcej opieki. W pewnym momencie konieczne będzie sprawowanie całodobowej opieki nad pacjentem lub rozważenie decyzji o umieszczeniu seniora w ośrodku opieki instytucjonalnej.

7. Opieka nad pacjentem z chorobą otępienną spoczywa zwykle na jednej osobie. Ważne jest, by miała ona zastępstwo i wsparcie. Opiekun musi pamiętać, że ma on prawo do realizacji swoich planów w takim samym stopniu jak przed podjęciem opieki. Istotny wkład w pomoc opiekunom stanowią stowarzyszenia alzheimerowskie i grupy wsparcia dla opiekunów.

Piśmiennictwo:

1. Józwiak A.: Otępienie u osób w wieku starszym. *Geriatr* 2008, 2, 237-246.
2. Motyl R.: Otępienie – kryteria diagnostyczne. *Pol Przegl Neurol* 2007, tom 3, nr 2, 46-49.
3. Sobów T.: „Otępienie odwracalne” - historia koncepcji, krytyczny przegląd badań i praktyczne implikacje kliniczne. *Post Psychiatr Neurol* 2005, 4 (14), 331-336.
4. Schwarzw G.: Choroba Alzheimera, poradnik dla chorych i opiekunów. Tłum.: Michalak S. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 50-52, 104-106.
5. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft beim Demenzgipfel in London. Gipfel der G8-Länder diskutiert die weltweite Herausforderung durch Demenzerkrankungen, Berlin 2013.
6. Nicewicz B., Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J.: Wczesna postać Huntingtona jako przyczyna otępienia u 34-letniej pacjentki. *Psychiatr Pol* 2008, tom XLII, nr 3, 383-392.
7. Czarnowska M., Cubała W., Taraszewska M.: Różnicowanie otępień w obrazach neuroradiologicznych. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej* 2004, tom 4, nr 1, 27-32.
8. Rosenthal T.: Przewlekłe zaburzenia pamięci. W: Geriatria, Rosenthal T. (red.), Williams M. (red.), Naughton B. (red.), Pączek L. (polska red.), Niemczyk M. (polska red.). wyd. Czelej 2009, 299.
9. Misiak K., Kopydłowska E.: Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. *Piel Zdr Publ* 2011, 1, 1, 65–75.
10. Schwarzw G.: Choroba Alzheimera, poradnik dla chorych i opiekunów. Tłum.: Michalak S. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 50-52, 104-106.
11. Misiak K., Kopydłowska E.: Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. *Piel Zdr Publ* 2011, 1, 1, 65–75.
12. Jurczak W., Porzych K., Polak-Szabela A.: Nurse’s role in taking care of a patient with Alzheimer’s disease. *Medical and Biological Sciences* 2014, 28/2, 5-10.

13. Kochaniuk M.: Wybrane formy opieki instytucjonalnej nad starszym pacjentem. W: Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne, Wieczorkowska-Tobis K. (red.), Talarska D. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 391-396.
14. Mace N., Rabins P.: 36 godzin na dobę. Borzym A. (polska red.), Długoń U. (polska red.), tłum.: Soprych P. Wydawnictwo MediPage, Warszawa 2005, 65-106.
15. Stowarzyszenia i organizacje alzheimerowskie w Polsce, dostępne w Internecie: <http://www.chorobaalzheimer.pl/index.php5?Strona=stowarzyszenia>, dostęp: 20.07.2015, 18²⁰.

Adres do korespondencji:

Dr n med Marzena Humańska
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego
Zakład Teorii Pielęgniarstwa,
Ul. Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
e-mail: marzenahumanska@tlen.pl
tel: +48 52 585 5806

ZADANIA EDUKACYJNE W ZAPOBIEGANIU POWIKŁAŃ CUKRZYCOWYCH U PACJENTÓW W WIEKU PODESZŁYM

Marzena Agnieszka Humańska, Alicja Orszewska, Mirosława Felsmann
Z Katedry Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Streszczenie:

Cukrzyca charakteryzuje się zróżnicowanym obrazem klinicznym i występuje w różnych okresach życia człowieka. Zdecydowaną większość osób starszych po 65 roku życia stanowią chorzy na cukrzycę typu 2.

Cukrzyca insulinoniezależna u osób w podeszłym wieku wyróżnia się podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań cukrzycowych oraz utrudnionym leczeniem. Dlatego, głównym celem poprawy rokowania są ulepszenia oraz nowości w profilaktyce i leczeniu powikłań w cukrzycy. U osób starszych oprócz choroby zasadniczej występują schorzenia współistniejące, które utrudniają terapię chorego. Ważna w leczeniu pacjenta jest edukacja w zakresie samokontroli cukrzycy. Szczególnie istotna jest umiejętność zapobiegania powstawaniu powikłań cukrzycowych u osób w podeszłym wieku.

Najistotniejszym elementem w profilaktyce powikłań jest uzyskanie jak najlepszej kontroli metabolicznej cukrzycy. Innymi czynnikami, które odgrywają ważną rolę w zapobieganiu powikłań są dieta cukrzycowa, wysiłek fizyczny, kontrola ciśnienia tętniczego krwi oraz regularne wykonywanie badań diagnostycznych.

Wnioski:

1. Edukacja diabetologiczna jest niezbędnym elementem w zapobieganiu powikłań cukrzycowych wśród pacjentów w podeszłym wieku.
2. Pacjenci w podeszłym wieku są najliczniejszą grupą chorych na cukrzycę typu 2, gdyż częstość występowania cukrzycy wzrasta z wiekiem.
3. Samokontrola u pacjenta z cukrzycą jest niezwykle ważna, ponieważ pomaga uzyskać prawidłowe wyrównanie metaboliczne u chorego.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, diabetologia, edukacja, geriatryka, pielęgniarstwo

Wstęp: Osoby w wieku podeszłym zmagają się z problemami wpływającymi na ich funkcjonowanie i samodzielność. Na stan funkcjonowania człowieka składają się wielkie zespoły geriatryczne, do których można zaliczyć: choroby układu krążenia, nowotwory,

cukrzyca, zaburzenia równowagi, upadki, zespoły otępienne, depresję, bezsenność, nietrzymanie moczu i stolca, odleżyny [1,2].

Cukrzyca to przewlekła choroba metaboliczna. Charakterystyczną cechą tej choroby jest hiperglikemia (zwiększone stężenie glukozy we krwi), która pojawia się na skutek upośledzenia lub braku wydzielania insuliny albo z powodu występowania czynników zakłócających jej działanie. Chorobę tę można zdefiniować, także jako zespół zaburzeń metabolicznych, z którą związana jest z nieprawidłowa regulacja metabolizmu węglowodanów, białek i lipidów. Na skutek tego dochodzi w organizmie do złego funkcjonowania wielu narządów i układów: nerek, serca, oczu, układu nerwowego i naczyń krwionośnych [3,4,5,6].

Cukrzyca typu 2 to najczęściej występujący na świecie typ cukrzycy. Wyróżnia się jej dwa podstawowe defekty: upośledzenie wydzielania i działania insuliny (uwarunkowane genetycznie) oraz obniżenie wrażliwości na hormon w tkankach obwodowych (insulinooporność), czyli serca, wątroby, mięśni szkieletowych [5].

U osób w podeszłym wieku cukrzyca typu 2 może przebiegać bez jawnych objawów. W znacznej części przypadków rozpoznanie tej choroby odkryte zostaje przypadkowo. Jest kilka czynników utrudniających ujawnienie cukrzycy np. choroby współistniejące, które mają wiele typowych symptomów dla różnych schorzeń [6].

Cukrzyca typu 2 jest chorobą, która obniża jakość życia pacjentów oraz skraca ich długość życia. Większość przypadków śmiertelności oraz chorobowości w przebiegu cukrzycy insulino niezależnej nie są skutkiem choroby, ale wynikiem towarzyszących jej powikłań naczyniowych. Leczenie powikłań cukrzycowych wiąże się z dużymi kosztami. Głównymi celami poprawy rokowania są ulepszenia oraz nowości w profilaktyce i leczeniu powikłań w cukrzycy [5,6,7].

Celem pracy jest opisanie w jaki sposób można zapobiec powikłaniom cukrzycowym u pacjentów w wieku podeszłym poprzez edukację.

Rozwinięcie: Jednym z najczęściej występujących przewlekłych chorób u osób w podeszłym wieku jest cukrzyca. Zaliczana jest do chorób społecznych, ponieważ jest szeroko rozpowszechniona, przewlekła oraz wymaga długiej i regularnej opieki lekarskiej. W Polsce zajmuje ona szóste miejsce pod względem umieralności. Obecnie w Polsce na cukrzyce choruje 2 mln ludzi, co stanowi 5,6% całego kraju, a w roku 2030 rokowania przewidują wzrost do 2,5 mln populacji. Stanowi to narastający problem, gdyż częstość występowania cukrzycy wzrasta z wiekiem. Na całym świecie przybliżona ilość ludzi chorych

na cukrzycę wynosi 170 milionów. Przewiduje się, że w 2030 roku liczba ta wzrośnie do 360 milionów osób [3,4]. Liczba ta podwoi się dwukrotnie na przestrzeni około 15 lat. Istnieje, także lista państw z szacunkową największą ilością występowania cukrzycy typu 2, która przypada na Indie, Chiny, USA, Rosja. Wynika to głównie z niewłaściwego stylu życia prowadzonego przez pacjenta. Szacowana ilość chorych na cukrzycę typu 2 stanowi 90-95% przypadków ludzi, gdzie szczyt zachorowań następuje po 65 roku życia [3,4]. Najważniejszymi czynnikami, które doprowadziły do tego stanu są zmniejszenie wysiłku fizycznego u ludzi oraz spożywanie większej ilości tłuszczów nasyconych w diecie. Łączy się to z epidemią nadwagi i otyłości. Powodując przy tym wiele powikłań i przyczyniając się bezpośrednio do rozwoju cukrzycy insulinozależnej. Współistnienie wcześniej wspomnianych dwóch chorób prowadzi do wzrostu ryzyka powikłań ze strony układu krwionośnego.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, której leczenie wymaga dużego nakładu finansowego. Poszukuje się nowych metod terapii, które są możliwe dzięki edukacji pacjenta. Edukacja chorego powinna obejmować nie tylko samą chorobę i jej powikłania, ale też dotyczyć samokontroli i samoopieki. Edukacja jest niezbędnym elementem w leczeniu chorych na cukrzycę i umiejętności w zakresie samokontroli.

Wiedza na temat cukrzycy typu 2 jest szczególnie ważna, gdyż stosowanie się do zaleceń i zapobieganie powikłaniom cukrzycowym w dużej mierze wpływają na jakość życia. Edukacja w cukrzycy składa się z elementów terapii takich jak: zdrowe odżywianie, wysiłek fizyczny, farmakoterapia. Uzyskiwanie prawidłowego wyrównania metabolicznego w cukrzycy zapobiega rozwojowi powikłań cukrzycowych.. Oprócz normalizacji glikemii ważna jest dieta, aktywność fizyczna, kontrola ciśnienia tętniczego i regularne badania diagnostyczne. Rodzina chorego, także powinna opanować podstawowe wiadomości na temat cukrzycy oraz jej możliwych powikłań i umiejętność odpowiedniej reakcji w razie zaostrzenia choroby. Edukacja rodziny chorego i pacjenta z cukrzycą to nie tylko teoria, ale także praktyczne wykorzystywanie wiedzy z życia codziennym [8,9].

Do głównych celów zapobiegania powikłaniom cukrzycowym należą:

- uzyskanie jak najlepszej kontroli metabolicznej cukrzycy,
- dieta cukrzycowa,
- wysiłek fizyczny.
- kontrola ciśnienia tętniczego krwi,

- regularne wykonywanie badań diagnostycznych,
- insulinoterapia.

Jednym z podstawowych celów edukacji pacjenta w cukrzycy jest uświadomienie pacjentowi zmiany stylu życia. Do podstawowych zadań w edukacji będzie należało:

Stosowanie regularnego wysiłku fizycznego

1. Wysiłek fizyczny jest jednym z najważniejszych elementów niefarmakologicznego leczenia zaburzeń w cukrzycy typu 2. Prowadzi przede wszystkim do zwiększenia wrażliwości tkanek na insulinę, co wpływa istotnie na kontrolę glikemii. Przy wysiłku fizycznym komórki mięśni szkieletowych wychwytyją glukozę i wypalają je na szlakach nie zależnych od insuliny. Poprzez zwiększony wysiłek energetyczny, następuje redukcja masy ciała. Wysiłek fizyczny angażuje się również w obniżenie glikemii, a nawet na całkowite ustąpienie hiperglikemii. Korzystnie aktywność fizyczna reguluje, także ciśnienie tętnicze i profil lipidowy, poprawia parametry krążenia wieńcowego i obwodowego. Pozytywnie wpływa na samopoczucie człowieka, gdyż zwiększa uwalnianie endorfiny i podwyższa próg bólowy. U chorych na cukrzycę typu 2 występują coraz częściej objawy depresji, dlatego wskazane jest uprawianie sportu [4,6,10].
2. Do rozpoczęcia aktywności fizycznej należy określić jaką intensywność wysiłku można wykonywać, dlatego należy wybrać się do lekarza. W celu przeprowadzenia badań diagnostycznych np. EKG, próba wysiłkowa i innych badań, które są konieczne do oceny serca i naczyń. W cukrzycy typu 2 wysiłek powinien być dawkowany stopniowo i odbywać się regularnie. Na początku jego czas wynosić ma od 10 do 15 minut z rozgrzewką. Zalecane ćwiczenia to wysiłek areobowy (tlenowy), który polega na systematycznym wykonywaniu dynamicznego wysiłku o średnim nasileniu np. spacery i marsze, gimnastyka, gry ruchowe oraz pływanie. Wskazane są też ćwiczenia oporowe, gdyż większa ilość mięśni uczestniczy w wysiłku i zwiększa się masa mięśniowa. Nie zalecane są ćwiczenia, które angażują tylko niektóre mięśnie np. boks oraz wysiłki statyczne, czyli te w których wstrzymuje się oddech. Jednak najlepszą formą wysiłku u ludzi w podeszłym wieku jest spacer, który powinien trwać około 30 minut najlepiej 5 razy w tygodniu, co łącznie daje 150 min tygodniowego wysiłku. Należy wykonywać ćwiczenia tak, aby częstość akcji serca nie przekraczała 120 uderzeń na minutę. Aktywność fizyczną można też wykonywać poprzez np. rezygnację z

używania windy w miarę możliwości i wcześniejsze wysiadanie z autobusu lub zakup psa, który jest dobrym towarzyszem spacerów [11,12].

3. Chorzy na cukrzycę typu 2 w wieku podeszłym z nadwagą powinni spacerować 3-5 razy w tygodniu. Ważne, aby wysiłek był regularny i najlepiej każdego dnia. Pamiętać należy o monitorowaniu glikemii włośniczkowej przed, w trakcie oraz po wysiłku. Przed planowaną aktywnością trzeba rozważyć redukcję o 30-50% dawki insuliny krótko/szybko działającej lub spożyć 20-30g węglowodanów przed wysiłkiem. Intensywna krótka aktywność może spowodować hiperglikemię i ketozę [4,11,12,13]
4. Istnieje wiele przeciwwskazań do stosowania wysiłku fizycznego: zaburzenia rytmu serca, świeży zawał mięśnia sercowego, duża sytuacja stresowa lub psychoza, niestabilna dusznica bolesna, zapalenie mięśnia serca lub ostra choroba z gorączką. Do względnych przeciwwskazań zaś należą: glikemia powyżej 250 g/dl, nadciśnienie powyżej 140/90mmHg, tętniak serca, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, niedokrwistość. Hipoglikemia należy, także do ryzyka związanego z wysiłkiem fizycznym. Występuję u chorych leczonych doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi oraz chorych leczonych insuliną i jej analogami. Jeżeli wysiłek jest zaplanowany, wskazana bywa redukcja dawek leków w zależności od intensywności wysiłku, jego długości oraz stosowanego leku i wcześniejszego doświadczenia chorego [4,6,11,12].

Przestrzeganie zaleceń diety cukrzycowej

1. Dieta cukrzycowa powinna opierać się na założeniach diety zdrowego człowieka, a także spełniać zalecenia dietetyczne zdrowego żywienia. Przy zaplanowaniu diety u chorego należy pamiętać, aby była zindywidualizowana i uwzględnić: stan metaboliczny chorego, nawyki żywieniowe, styl życia, stan nerek, wartości ciśnienia tętniczego oraz możliwości finansowe dla chorego [6,14].
2. Głównym celem leczenia cukrzycy typu 2 dietą jest zmniejszenie i utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz ma ona za zadanie przywrócić prawidłowy metabolizm węglowodanów oraz lipidów. Ustalając dietę cukrzycową należy zapoznać się z podstawowymi zaleceniami. Pierwszą ważną zasadą jest kontrola ilości spożywanych węglowodanów. Ważne jest, aby obliczać podawaną ilość węglowodanów, gdyż wpływa to na stężenie glukozy we krwi oraz wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Istnieją wymienniki węglowodanowe, które pomagają obliczyć spożywaną ilość węglowodanów. Urozmaicają dietę przy zachowaniu

zawartości węglowodanów w posiłkach na stałym poziomie. Można stosować indeks glikemiczny w leczeniu żywieniowym cukrzycy, który przynosi korzyść i wpływa na zmniejszenie wzrostu glikemii po posiłku. U chorych na cukrzycę jest znacznie wyższy niż u osób zdrowych. Wzrost glikemii po posiłku w 20–40% odpowiada za hiperglikemię w przebiegu cukrzycy. Nie powinno się stosować diety niskowęglowodanowej (<130g/dobę węglowodanów). Spożywanie dziennie 4-5 posiłków zwiększa wydatek energetyczny, a węglowodany są właśnie źródłem łatwo przyswajalnej energii, witamin i soli mineralnych. Drugą ważną zasadą jest kontrola spożywanych kalorii na dobę [15,16,17,18].

3. U osób z cukrzycą typu 2 występuje otyłość lub nadwaga, dlatego celem jest redukcja masy ciała. Zapotrzebowanie kaloryczne jest uzależnione od obecnej masy ciała oraz wykonywanego wysiłku fizycznego. Należy stopniowo zmniejszać kaloryczność diety, na początek o 500 kcal/dobę w porównaniu z dotychczasowym zapotrzebowaniem chorego [10,11,12]. Zwykle zaleca się, aby zmniejszanie masy ciała wynosiło od 0,5-1 kg na tydzień i stosowane były diety dostarczające 1000-1500 kcal. W zależności od płci, wieku, masy ciała oraz zapotrzebowania energetycznego. Ważna jest codzienna kontrola wagi, nawet redukcja o 10% znacznie poprawia tolerancję glukozy, przyczynia się do zmniejszenia insulinemii oraz stężenia cholesterolu. Istotne jest, aby planowane posiłki oraz wysiłek fizyczny był systematyczny oraz podaż kalorii i proporcjonalna ilość węglowodanów, białek, tłuszczu była stosowana według zaleceń. Najnowsze zalecenia PTD (Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego) : węglowodany w diecie powinny dostarczać 40-50% wartości energetycznej, tłuszcze 30-35%, białka 15-20% [15,16,17,18].

Kontrola metaboliczna cukrzycy

1. Normalizacja glikemii jest najważniejszym celem leczenia cukrzycy. Wyrównanie stężenia glukozy we krwi powoduje zmniejszenie występowania i zaostrzeń powikłań cukrzycowych. Uzyskać normalizację glikemii można dzięki właściwemu leczeniu oraz systematycznej kontroli glukozy. Samokontrola chorego pomaga w możliwości samodzielnej modyfikacji dawki leków hipoglikemizujących oraz zmianie kaloryczności spożywanych posiłków. Jednak każda modyfikacja w dawkach leków powinna być uzgodniona z lekarzem prowadzącym. Oznaczanie samemu stężenia glukozy we krwi za pomocą glukometru i pasków testowych jest wygodną metodą samokontroli pacjenta.

Umożliwia to choremu systematyczne notowanie wyników stężenia glukozy w dzienniku cukrzyka, czyli samoobserwacji niepokojących podwyższonych lub obniżonych wyników glukozy. Niezbędnym elementem w monitorowaniu glikemii jest regularne oznaczenie HbA_{1c} (hemoglobina glikowana). Określa ona średnie stężenie glukozy w krwi o czasie około 3 miesięcy. Oznaczenie HbA_{1c} należy wykonywać raz w roku ze stabilnym przebiegiem cukrzycy, lecz u chorych z niestabilną cukrzycą badanie wykonuje się raz na kwartał [8,18].

Normalizacja ciśnienia tętniczego krwi

Okolo 50% osób chorujących na cukrzycę typu 2 ma nadciśnienie tętnicze krwi. Normalizacja ciśnienia tętniczego opóźnia rozwój powikłań makroangiopatycznych i mikroangiopatycznych cukrzycy. Pojęcie normalizacji w przypadku ciśnienia tętniczego oznacza utrzymanie jego wartości u osób starszych w zakresie 130/80 mm Hg. Kontrola ciśnienia opiera się, także na prowadzeniu dzienniczka ciśnień i regularnym leczeniu farmakologicznym [19,20].

Regularne badania diagnostyczne

1. Z uwagi na duże występowanie cukrzycy typu 2 wśród osób w starszym wieku z istniejącą już chorobą wiele lat przed rozpoznaniem, należy pamiętać o poddawaniu się rutynowym badaniom. Mają one na celu wykrycie istniejących powikłań np. retinopatii, neuropatii, nefropatii. Do przykładowych badań, które zapobiegają przewlekłym powikłaniom jest: kontrola dna oka, lipidogram, badania elektrokardiograficzne, i radiologiczne klatki piersiowej oraz ocena wydolności nerek [19,20].

Stosowanie insulinoaterapii

1. Leczenie insuliną chorego na cukrzycę typu 2 daje alternatywę w wyrównaniu glikemii przy nieskuteczności leków przeciwcukrzycowych stosowanych w monoterapii i terapii skojarzeniowej. Przed rozpoczęciem insuliny, należy upewnić się czy nie istnieją inne przyczyny źle wyrównanej cukrzycy np. przez stres, błędy dietetyczne, zmniejszona aktywność fizyczna.
2. Istnieje także problem w podawaniu insuliny przez pacjentów za pomocą iniekcji oraz niewłaściwym jej dawkowaniu, co może przyczyniać się do hipoglikemii. Dlatego ważnym elementem jest samokontrola po przez użycie glukometru, który służy do pomiaru i bieżącego odczytu poziomu glukozy we krwi. Urządzeniem stosowanym do podawania insuliny jest pen [21,22,23].

Podsumowanie: Cukrzyca typu 2 u osób w podeszłym wieku obniża jakość życia pacjentów i skraca ich długość przeżycia. Cukrzyca u osób starszych kojarzy się z chorobami współistniejącymi i zmianami spowodowanymi starzeniem się. Obecność innych chorób, powoduje indywidualny sposób terapii. Dlatego, ważna jest w cukrzycy typu 2 indywidualizacja leczenia cukrzycy. Znaczna częstość występowania cukrzycy u osób starszych jest typowym zjawiskiem w wielu krajach.

Powikłania cukrzycowe stanowią główną przyczynę umieralności u chorych na cukrzycę insulinoniezależną. W leczeniu powikłań cukrzycowych nie ma nadal skutecznej metody w ich zapobieganiu. Dlatego, konieczny jest na przykład program medyczno-społeczny dla cukrzyków w starszym wieku dotyczący prewencji, leczenia i ich rehabilitacji. Uważa się, że wczesne intensywne wyrównanie zaburzeń metabolicznych ogranicza powstanie i ryzyko rozwoju powikłań.

W terapii powikłań, ważna jest edukacja pacjenta oraz samokontrola stosowana przez chorego i jego rodzinę. Głównym celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą oraz zmianą stylu życia pod względem sposobu żywienia i aktywności fizycznej. W cukrzycy typu 2 istotne jest, także zagadnienie otyłości. Samokontrola dotyczy oceny na przykład stężenia glukozy we krwi, nadzoru nad ciśnieniem tętniczym oraz dbaniem o dietę i aktywność fizyczną.

Optymalizacja leczenia cukrzycy jest najważniejszym celem zapobiegania powikłaniom cukrzycowych. Ma za zadanie uzyskać, na wysokim poziomie jakość życia pacjenta, wyeliminować inwalidztwo, zwiększyć sprawność fizyczną i znormalizować tryb życia chorego.

Wnioski:

1. Edukacja diabetologiczna jest niezbędna w zwiększeniu świadomości w zakresie prawidłowego leczenia i zapobiegania powikłaniom cukrzycowych zarówno pacjentów i jego rodziny.
2. Samokontrola wśród osób w podeszłym wieku chorych na cukrzycę typu 2 jest zasadniczym elementem skutecznej terapii.
3. W leczeniu cukrzycy typu 2 oprócz terapii farmakologicznej, ważne jest równoczesne stosowanie diety i wysiłku fizycznego w celu zapobieganiu powikłaniom.

4. W zapobieganiu powikłań cukrzycowych należy dbać o dietę i aktywność fizyczną, nadzorować ciśnienie tętnicze, kontrolować stężenie glukozy we krwi oraz wykonywać badania kontrolne.
5. Cukrzyca typu 2 u osób w podeszłym wieku stanowi poważny problem, gdyż liczba chorych stale wzrasta i stanowi główną przyczynę chorób sercowo-naczyniowych, a wynika to z nieprawidłowego stylu życia pacjentów.
6. Większość przypadków śmiertelności oraz umieralności w przebiegu cukrzycy typu 2 nie są skutkiem choroby, ale towarzyszącym jej powikłaniami cukrzycowym.

Piśmiennictwo:

1. Kulik T., Janiszewska M., Piróg E. i wsp.: Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*. 2011, 17 (2), 90-95.
2. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M.: *Choroby wieku podeszłego*. PZWL. Warszawa 2009.
3. Górską-Ciebiada M., Ciebiada M., Barylski M. i wsp.: Cukrzyca u osób w wieku podeszłym w świetle nowych wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Geriatrics*. 2009, 3, 228-233.
4. Karnafel W.: *Cukrzyca typu 2*. Czelej. Lublin 2007.
5. Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L.: *Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie*. PZWL. Warszawa 2007.
6. Fabian W., Koziarska-Rościszewska M., Szymczyk I.: *Cukrzyca*. PZWL. Warszawa 2008.
7. Korzeniowska K., Jabłecka A.: Cukrzyca I. *Farmacja Współczesna*. 2008., 1, 231-235.
8. Drozd E., Stanisławska J., Wierusz- Wysocka B., Zozulińska- Ziółkiewicz D.: Opieka pielęgniarska nad osobami z cukrzycą. W: *Pielęgniarstwo internistyczne*, Talarska D., Zozulińska- Ziółkiewicz D. (red). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, 261-286.
9. Boratyn- Dubiel L., Chmiel Z.: Znaczenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą. *Zdr. Publ.* 2010. 120 (3), 316-324.
10. Rokicka D.: Niefarmakologiczne metody leczenia cukrzycy. W: *Diabetologia. Praktyczny poradnik*, Strojka K. (red). Termedia, Poznań 2014, 57-66.
11. Franek E.: Leczenie niefarmakologiczne chorych na cukrzycę typu 2. W: *Farmakoterapia w cukrzycy*, Grzeszczak W. (red). Via Medica. Gdańsk 2010, 55-63.

12. Colwell J.A.: Cukrzyca. Nowe ujęcie diagnostyki i leczenia. Urban&Partner, Wrocław 2004.
13. Colberg S. R., Sigal R.J., Regensteiner J.G.: Exercise and Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2010, nr 12, 147-167.
14. Mędreła-Kuder E.: Prawidłowa dieta w cukrzycy typu II jako forma rehabilitacji chorych. Roczn. Państw. Zakł. Hig. 2011, 62, nr 2, 219-223.
15. Cichocka A., Szostak W., Szostak- Węgierek D.: Leczenie nefarmakologiczne cukrzycy. W: Cukrzyca T.1., Sieradzki J. (red). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007, 396-407.
16. Ciok J., Dolna A.: Indeks glikemiczny w patogenezie i leczeniu diabetologicznym cukrzycy. Diabetol Prakt. 2006, tom 7, nr 2, 78-85.
17. Cichocka A., Szostak W.B.: Leczenie dietą dorosłych chorych na cukrzycę. Diabetol. Prakt. 2008, tom 9, nr 1, 18-27.
18. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014. Diabetologia Kliniczna, tom 3 supl.A, 3-21.
19. Bernas M., Czech A., Tatoń J.: Intensywne leczenie cukrzycy typu 2, PZWL, Warszawa 2005.
20. Małecki M., Skupień J.: Wytyczne dotyczące postępowania w cukrzycy typu 2 u osób starszych. Gerontol. Pol. 2008, tom 6, nr 2, 74-79.
21. Bernas M., Czech A., Szczeklik- Kumala Z.: Nowe ujęcie insulinoterapii cukrzycy typu 2. Przew. Lek. 2009, 2, 42-47.
22. Pietrzak M.: Intensywna czynnościowa insulinoterapia- analogi czy insuliny ludzkie krótko działające. Przew. Lek. 2005, 3, 133-139.
23. Orłowska- Kunikowska E.: Rola insuliny w leczeniu cukrzycy typu 2. Choroby serca i naczyń. 2006, tom 3, nr 1, 13-17.

Adres do korespondencji:

Dr n med Marzena Humańska

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego. Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Ul. Łukasiewicza 1

85-821 Bydgoszcz. e-mail: marzenahumanska@tlen.pl. tel: +48 52 585 5806

BIODERMÁLNE NITE V AKUPUNKTÚRE

Boris Ivanič

Aklinik Bratislava

Úvod

Biodermálne nite predstavujú vynikajúce doplnenie našej akupunktúrnej praxe , hlavne v oblastiach, kde potrebujeme dlhodobejšiu stimuláciu, prípadne ak sa pacient nemôže pravidelne dostaviť na terapiu. V dnešnej dobe sa využívajú hlavne prírodné materiály, ktoré po zavedení do organizmu majú rôznu dobu vstrebateľnosti, bez výraznejšieho iritačného efektu v mieste vpichu. Jednorázové zavádzacie ihly výrazne znížili počet infekčných komplikácií spojených so zavedením cudzorodého materiálu do aktívneho bodu.

História

Prvé zmienky o aplikácii cudzieho materiálu do tela , za účelom terapie boli popisované už 2000 rokov pred Kristom v Egypte . V 10 st. nášho letopočtu v Číne používali ovčiu vlnu a jej vlákna zavádzali do bolestivých miest. Najväčší rozmach tejto techniky nastal v 60 rokoch minulého storočia najmä v Číne , ale postupne aj v Kórei , kde sa od terapeutického využitia prešlo ku kozmetickému.

Spôsoby stimulácie akup. bodov. cudzorodým materiálom

1.Tetovanie. Hlavne z historického hľadiska , tetovanie sa ukázalo , ako tiež jedna z foriem zavedenia cudzorodého materiálu na miesta aktívnych bodov . Zaujímavým príkladom je práve praveký lovec Otzi, nájdený v rakúskych alpách.

2. Incízie ,iritácie kože v mieste aktívnych bodov. Pri tejto metóde nedochádza jednoznačne k zavedeniu cudzieho materiálu do aktívneho bodu, ale dochádza tu k podobnému procesu. Nevýhodou je iba povrchová stimulácia a časté vedľajšie účinky v zmysle progresie zápalového ložiska. V Číne sa používala skarifikačná metóda pomocou aplikácie moxy.

3.Chirurgické sutúry v mieste aktívnych bodov

4. Hari systém – metodika používaná v japonskej akupunktúre, pri ktorej sa používajú jemné zlaté ihly. Tieto ihly po zavedení zlomíme tak, že časť špičky zostáva v tele pacienta.

5. Ihlové systémy na zavedenie cudzieho materiálu – sú dnes najčastejšie používanou metodikou , nakoľko predstavujú najjednoduchší systém zavedenia cudzieho materiálu . Skladajú sa z jednorázovej ihly, ktorá slúži na zavedenie nite, najčastejšie z prírodných

biopolymérov . V organizme sa postupne takáto niť rozloží. V dôsledku toho dochádza k rôznym sprievodným javom, ktoré vedú k stimulácii aktívneho bodu (aktivácia nešpecifických pro aj protizápalových komponentov, tvorba „kolagénovej kostry“).

Indikácie

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že indikácie používania tejto formy akupunktúry sú rovnaké , ako pri bežnej akupunktúre. Sú však oblasti, kde pomocou tejto techniky získame rýchlejšie a lepšie výsledky , ktoré sú založené na dlhodobejšej stimulácii aktívnych bodov a procesov súvisiacich so zavedením cudzieho materiálu. Indikácie su zhrnuté v tabuľke č 1.

Obrovskou výhodou tejto formy akupunktúry je to, že pacient nemusí chodiť pravidelne každý týždeň na terapiu. V závislosti od použitého materiálu sa môžu sedenia predĺžiť až na 1 x do mesiaca, prípadne ešte dlhšie.

Tabuľka č.1

NCMP a jej komplikácie
Športové zranenia
Bolestivé stavy
Degeneratívne ochorenia CNS
Detská mozgová obrna.
Následky úrazov

Výber ihiel a materiálu na zavedenie

Náš trh neposkytuje veľký výber pomôcok pre túto terapiu . V minulosti to riešili napr. použitím detských epidurálnych ihiel, do ktorých sa sterilne zaviedol vstrebateľný šicí materiál a takto sa zavádzal pod kožu. Nevýhodou tohto spôsobu je bolestivosť (hlavne u detí), pri zavedení hrubých epidurálnych ihiel pod kožu, alebo do svalu, nedostatočné sterilné podmienky . V našich podmienkach asi jediným na trhu je korejský výrobca BIO-MEYISUN ihiel , ktorý ako základ pre bionite používa materiál z výhonku zemiaka a ich vstrebateľnosť je približne 150 dní. Ďalšou výhodou BIO – MEYISUN je široký výber veľkostí ihiel, s väčšou možnosťou použitia napríklad aj u pediatrického pacienta.

Aplikácia ihiel

Pri aplikácii vždy striktno dodržiavame aseptické podmienky. Nikdy neaplikujeme do infikovaných miest. Po zavedení ihly dbáme na to, aby niť „nevytrčala“ z vpichu. Takúto niť vždy odstránime, pretože môže byť zdrojom infekcie.

Využitie mikrosystémov pri použití biodermálnych nití

Hlavne v terapii ťažkých neurologických ochorení môžeme kombinovať dlhodobé pôsobenie biodermálnych nití, so zavedením do rôznych mikrosystémov . V praxi je často používaná YNSA (Yamamoto scalp acupuncture) a je aj najviac osvedčenou metódou , vzhľadom na jej jednoduchosť. Podobne sa osvedčil o niečo zložitejší model čínskej skalpovej akupunktúry a v poslednej dobe systém abdominálnej akupunktúry. Pri použití mikrosystémov aplikujeme ihly raz za mesiac , prípadne podľa efektu tento čas predlžujeme.

Príklady použitia:

Tenisový laket'

Pri vyšetrení hľadáme miesta s maximom bolesti .Ihly pri laterálnom epikondyle , zavádzame súbežne s bodom LI 11. Orientujeme ich viac smerom do kosti. Maximálne aplikujeme do 5 ihliel.

Aplikácia do spúšťacích bodov a spastických oblastí

V takomto prípade biodermálne nite aplikujeme priamo do miesta s najväčšou bolestivosťou a ošetríme tak všetky citlivé miesta. Dominantne doporučujem tento spôsob na ošetrenie oblastí tzv. opakovane sa vyskytujúcich spúšťacích bodov , často v miestach prekonaného zranenia chirurgickej jazvy. Častou oblasťou je napríklad aj podlopatkové svalstvo , kedy ihly aplikujeme v smere pod lopatku v celom jej priebehu. Technicky môžeme použiť jednu ihlu , alebo vytvoríme tzv. „slniečko“ okolo celej oblasti. V prípade typického vyžarovania z miesta bolesti , aplikujeme ihly aj v priebehu radiácie bolesti.

Bolesti v priebehu chrbtice , radikulopatie.

V takomto prípade sa osvedčilo ošetrenie tzv. Hua tuo jia ji bodov (extrabody , 0,5 cun od chrbtice) , aj v prípadoch koreňovej symptomatologie , ošetríme jia ji body zodpovedajúcich segmentov .

Kontraktúry svalov

Ihly aplikujeme súbežne so šlachou , ak sa dá začínáme od úponu svalu . Vyhľadáme miesta s najväčšou kontraktúrou a do každého takéhoto miesta zavedieme po jednej ihle.

Abdominálny typ obezity

V terapii obezity majú biodermálne nite svoje výsostné zastúpenie. Existujú viaceré spôsoby aplikácie , ktoré môžu kombinovať aj teórie akupunktúry. Biodermálne nite najčastejšie aplikujeme do miest s najväčším nahromadením tuku. Podľa rozsahu aplikujeme ihly v rade , 2 prsty od seba, Podľa rozsahu aplikujeme ihly do viacerých radov , min aspoň 2 prsty od seba. Podobným spôsobom aplikujeme ihly aj na iné problematické miesta , ako boky, vnútorná strana stehien a ramená. Pridávame zostavu akupunktúrnych bodov a to : CV4,CV6,CV9,CV12, a ST25, SP6,SP9,ST36,PC6 bilat. Postup sa doporučuje aplikovať raz za 3 týždne.

„Zmrznuté rameno“

Pri použití biodermálnych nití sa sústreďíme hlavne na spúšťacie body v oblasti ramenného pletenca a vyžarovanie bolesti. Aplikujeme 2- 3 ihly súbežne do spúšťacieho bodu a 3-5 ihl pozdĺž vyžarovania bolesti. Netreba zabudnúť prepalpovať aj oblasť lopatky a ošetriť príslušné body.

Zdroje

1. Taiwan 2010-2012 stáže na China medical university
2. Semináre Praha 2013 a Bratislava 2014 s Professor Ph. Dr. Hong Seong Gyun OMD.
3. 16 th International congress of oriental medicine Soeul, Korea 2012

KOMUNIKÁCIA S CHIRURGICKÝM PACIENTOM

Elena Janiczeková, Tatiana Rapčíková

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Úvod

Komunikácia s chirurgickým pacientom sa odvíja už od zamerania samotného odboru chirurgie a špecifickosti práce sestry v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti. Pacienti hospitalizovaní na chirurgickom oddelení si najčastejšie vyžadujú operačný spôsob liečby. Väčšina z nich je prijatých na plánované chirurgické zákroky, ale veľmi často prichádzajú aj ako akútne stavy úrazovej alebo neúrazovej etiológie. Profesionalita sestry a lekára spočíva v ich odbornej erudovanosti, ktorej súčasťou je aj profesionálna komunikácia s pacientom ovplyvňujúca jeho meniaci sa zdravotný stav. Môžeme povedať, že komunikácia je špecifická, neplánovaná, zameraná na individuálne osobitosti každého pacienta.

Komunikácia je schopnosť vyjadriť svoje názory, pocity, ale aj schopnosť správne pochopiť to, čo vyjadrujú iní, preto komunikácia nie je jednoduchým procesom. Šatánek (2004) chápe komunikáciu ako transakčný proces, v ktorom každý komunikujúci je zároveň vysielateľom a prijímateľom informácií. Škavareninová (2004) definuje komunikáciu ako rozhovor a slovo komunikovať ako sprostredkovať, spájať, dohovárať sa.

Aj v metaparadigme ošetrovateľstva, kde je ohniskom starostlivosti a v centre klinického diania pacient, sa zdôrazňuje participovanie pacienta na rozhodovaní o postupoch súvisiacich s jeho zdravotným stavom, čo si od sestry a lekára vyžaduje efektívnu a empatickú komunikáciu. Tongue et al. (2005) uvádzajú niektoré veľmi praktické rady na vedenie správnej a efektívnej komunikácie medzi chirurgickým pacientom, sestrou a lekárom, ktoré logicky zhrnuli do tzv. štyroch E (E-E-E-E), ktorých vysvetlením je: Engaging - Empathy - Educating - Enlisting.

Engaging – znamená vedieť pacienta správne zapojiť do komunikácie. Ide o osobné spojenie s pacientom cez neverbálnu a verbálnu komunikáciu. V neverbálnej komunikácii využívame všetko to, čo „neobliekame“ do slov. Z neverbálnych prejavov je pre sestru a lekára najdôležitejšie využívať hlavne mimické prejavy, predovšetkým - úsmev, pretože pozitívne ovplyvňuje správanie pacienta už tým, že aktivuje spätnú väzbu, kým absencia úsmevu ju utlmuje (Klincková, 2011). Neprimeraný úsmev (neistý, plachý) nie je vhodný na komunikáciu, pretože vyvoláva u pacienta neistotu a nedôveru v sestru a lekára. Úsmev sestry pred operačným zákrokom dokáže pacienta zbaviť strachu, napätia a zároveň dodá istotu, že

pacient sa nachádza v dobrých rukách. Prebúdžajúcemu sa pacientovi po operácii dodáva pocit bezpečia a istoty v procese pooperačnej starostlivosti. Taktiež aj správne využívaný očný kontakt nás informuje o sebadôvere hovoriaceho a vysiela informácie o vzťahu komunikátorov (lekára, sestry a pacienta). Priamy pohľad vyjadruje záujem sestry a lekára o pacienta. Naopak, dlhý a neprerušovaný pohľad vyvoláva u pacienta znepokojenie, agresiu, nepriateľstvo (Klincková, 2011). Posturologiu v komunikácii s chirurgickým pacientom využívame hlavne pri zabezpečení správnej, pre pacienta pohodlnej, niekedy tzv. úľavovej polohy, a to predovšetkým pri bolestivých stavoch.

Haptiku v komunikácii s chirurgickým pacientom využívame často, pretože už v samotnom názve chirurgia – čo znamená pracovať rukou (z gréčtiny cheir – ruka a ergon – pracovať) má ruka a dotyk dominantné postavenie (Slezáková, 2010). Haptika je nositeľom dôležitého psychologického a emocionálneho obsahu a zohráva významnú úlohu v komunikácii s chirurgickým pacientom. Sestra a lekár musia vedieť vycítiť, kedy je dotyk pre pacienta dôležitý, kedy ho obťažuje, je mu nepríjemný a naopak, kedy mu je príjemný a pacient ho dokáže opätovať.

Vo verbálnej komunikácii s chirurgickým pacientom sa odporúča použiť päť jednoduchých, ale veľmi silných slov sformulovaných do otázky: „Ako vám dnes môžem pomôcť?“ Cieľom je aktivizácia pacienta a jeho zapojenie do poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Tongue so spoluautormi (2005) zdôrazňujú nevyhnutnosť aktívneho počúvania. Uvádzajú, že pacienti budú rozprávať 80 % toho, čo potrebujú zdravotnícki pracovníci vedieť a dokážu za dve minúty porozprávať históriu svojho ochorenia. Napriek tomu ich lekár preruší v priemere po 18 až 23 sekunde a pýta sa na ich zdravotný stav jednoduchými otázkami. Avšak takéto otázky nemusia vždy odhaliť, čo je pre pacienta najväčším problémom, resp. aký má pacient názor na daný problém alebo situáciu. Taktiež Tongue et al. (2005) odporúčajú použiť frázy, ako napríklad: „Povedzte mi o tom viac.“, alebo „Čo si myslíte, ako situácia ovplyvní váš život?“ Tieto otázky umožňujú pacientovi, aby sa aktívne zapojil do komunikácie, porozprával svoj problém a vyjadril svoj vlastný názor.

Empathy – v komunikácii znamená nielen uznanie a detekciu emócií, ale aj účasť na emocionálnom obsahu informácií. Keďže emocionálna reakcia chirurgických pacientov na ochorenie je rôzna, sestra a lekár musia vedieť primerane prejavíť empatiu v komunikácii hlavne pri bolestivých a nepríjemných výkonoch akými sú prevazy rán, malé chirurgické zákroky (incízia, sutúra exkochleácia...), invazívne diagnostické metódy i výkony spojené s narušením intimity. Mať plnú účasť na prežívaných emóciách pacienta bez sympatie,

prípadne antipatie k nemu, je pre sestru i lekára niekedy problematické. Ak pacienti pri komunikácii vyjadrujú svoje emócie, sestra a lekár by mali vedieť túto skutočnosť reflektovať v pripravovanom rozhovore, a tak napomôcť tomu, aby ich rozhovor s pacientom bol nielen empatický, ale aj efektívny. Napríklad: „Chápem, bolo to pre vás veľmi bolestivé.“ Práve empatická a pozitívne ladená komunikácia zo strany sestry a lekára je faktorom významne ovplyvňujúcim úspešnosť operačnej liečby a pooperačnej rekonvalescencie pacienta.

Eduating - v komunikácii znamená informovať a poskytovať pacientovi informácie o diagnóze, prognóze a možnosti liečby v jazyku, ktorému pacient rozumie. Najvhodnejšou metódou správneho využitia edukácie v komunikácii je metóda dialógu medzi pacientom a sestrou, pretože udáva komunikácii dynamiku a tempo. V praxi sa niektorí pacienti musia domáhať potrebných informácií, prípadne by privítali viac a podrobnejšie informácie, naopak, iní pacienti potrebujú informácií menej. Táto skutočnosť je pre sestru a lekára dôležitá z dôvodu správne sformulovanej otázky zameranej na to, či pacienti porozumeli všetkému. Snahou je umožniť pacientovi premýšľať o danom probléme a zodpovedať mu na nevyriešené otázky. V komunikácii sestier a lekárov na chirurgických pracoviskách prevláda tendencia byť lepšími „odosielateľmi“ než „prijímateľmi“ - poslucháčmi informácií, pretože zdravotnícki pracovníci by chceli oznámiť pacientom veľa detailov súvisiacich s ich ochorením a diagnostickými a terapeutickými postupmi. Je dôležité sa uistiť, či všetky informácie sú pre pacienta dôležité a nevyhnutné. Tongue et al. (2005) odporúča použiť v edukácii i písomné komunikačné materiály obsahujúce dôležité predoperačné alebo pooperačné pokyny, pretože pacienti rýchlo zabúdajú mnohé z toho, čo im bolo povedané v priebehu niekoľkých minút.

Enlisting – v komunikácii znamená ochotu pacienta komunikovať a byť aktívnym v procese starostlivosti o seba. Je dôležité, aby si lekári, sestry a pacienti uvedomili, že pracujú spoločne a výsledok ich práce závisí práve od vhodne zvolenej komunikácie v zmysle implementovania pacienta do procesu perioperačnej starostlivosti a otvorenej diskusie nielen o chirurgických postupoch, ale aj o ich komplikáciách a rizikách. Na druhej strane je dôležité povzbudiť pacientov v očakávaní dobrého výsledku operácie vhodne formulovanými vetami, napríklad: „Nabudúce, keď prídete, sa vás opýtam, ako sa zmenil váš zdravotný stav po operácii...“, „Rád vás uvidím na ďalšej kontrole...“, „Poviete mi neskôr, keď prídete, ako „funguje“ vaše koleno...“. Najsilnejšou technikou v komunikácii s chirurgickým pacientom je tá, ktorá mu dáva nádej.

Záver

Komunikačné schopnosti sú kľúčovou výbavou sestier a lekárov pracujúcich na chirurgických pracoviskách. Komunikačným zručnostiam sa dá naučiť a je možné ich neustále zlepšovať. K tomu je však potrebná ochota zo strany sestier a lekárov urobiť zmenu. Zdravotnícki pracovníci si musia uvedomiť, že pacient ako jednotlivец je pre nich hodnotou, ktorú je potrebné rešpektovať a individuálne k nej pristupovať na všetkých klinických úrovniach. Špecifický komunikačný prístup sestier a lekárov k pacientom je potrebný pri príprave pacienta na náročnú operáciu, pri komplikovanom pooperačnom priebehu, úrazoch, prípadne vtedy ak je stav pacienta infaustný. V rámci perioperačnej starostlivosti je možné vypracovanie štruktúrovaných protokolov s cieľom zjednotiť komunikáciu zdravotníckych pracovníkov, smerom k pacientom a tým aj efektívnejšieho uspokojenia potrieb, ktoré s perioperačným obdobím najviac súvisia.

Odkazy

BRADLEY, C. T. - BRASEL K. J. 2007. Core competencies in palliative care for surgeons: interpersonal and communication skills. In *Am J Hosp Palliat Care*, 2007, vol. 24, p. 499-507.

KLINCKOVÁ, J. 2011. *Neverbálna komunikácia alebo komunikujeme nielen slovami*. Banská Bystrica: UMB, 2011. 91 s. ISBN 978-80-557- 0168-4

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 258 s. ISBN978-80-247-3129-2.

ŠATÁNEK, J. 2004. *Komunikácia v rodine*. Banská Bystrica: UMB, 2004. 84 s. ISBN 80-8055-981-32.

ŠKVARENINOVÁ, O. 2004. *Rečová komunikácia*. Bratislava: SPN, 2004. 278 s. ISBN 801-00-0290-9.

TONGUE, J. R. - EPPS, H. R. – FORESE, L. L. Communication skills. In *Instr Course Lect* 2005, vol. 54, p. 3-9.

Kontakt autorov:

PhDr. Elena Janiczeková, PhD. elena.janiczekova@szu.sk

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD. tatiana.rapcikova@szu.sk

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

PRÁCE SESTRY NA OKRUŽNÍCH PLAVBÁCH LUXUSNÍMI VÝLETNÍMI LODĚMI

Helena Kisvetrová¹, Libuše Danielová², Jana Bermellová²

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

²Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení geriatric

Úvod

Odvětví okružních plaveb výletními loděmi má neustále rostoucí tendenci (Cramer et al., 2012). Jen v Evropě se v roce 2009 plavilo 188 výletních lodí, což je o 41 % více než v roce 2006. Zdraví přepravovaných osob tak získává status veřejného zdraví. Mezi zdravotní obory zaměřené přímo na námořní medicínu patří „cruise medicine“ (medicína na okružních plavbách výletními loděmi). Zahrnuje zdravotnické pracovníky (lékaře a sestry), kteří pracují a žijí na palubě plavidla, a starají se jak o pasažéry, tak i o posádku (European Cruise Council, 2010).

Lodní ošetrovna – hlavní místo výkonu práce sestry

Zajištění zdravotní péče na jednotlivých výletních lodích závisí na velikosti lodi, trase, složení pasažérů a frekvenci návštěv. Tyto faktory ovlivňují množství zdravotnického personálu, vybavení, zásob a dostupnost léků. ACEP stanovuje minimální požadavky, které by měly být splněny všemi výletními loděmi, jež na svých palubách nesou více jak sto osob (Healthcare Guidelines, 2014). Plavební společnosti chtějí svým hostům nabídnout bezpečné a pohodlné prostředí, a proto jejich ošetrovny často i převyšují standardy ACEP. Hlavním úkolem ošetrovny na lodi je poskytovat pasažérům a členům posádky zdravotní služby a urgentní péči, dokud se pacient neuzdraví nebo je předán k dalšímu ošetření na pevnině (Baniela et al., 2013). Loď je často mimo dosah helikoptéry, a proto musí zdravotnický tým spoléhat pouze na sebe a na prostředky, které má k dispozici. Zvláště při řešení urgentních stavů, jako infarkt myokardu, respirační tíseň, mozkové poškození, uskřínutá kýla nebo cizí těleso v jícnu. Všechny tyto situace byli lékař a sestry schopni na palubě zvládnout. Kromě běžného život zachraňujícího vybavení (defibrilátory, externí kardiostimulátory), mají některé lodi k dispozici EKG, RTG a laboratoř (Medical Services, 2015). Vybavení lodní ošetrovny záleží nejen na velikosti lodi, ale i na cílové destinaci. Při transatlantické plavbě, kdy nejsou v blízkosti žádné přístavy, musí být schopná se postarat až o 3 500 pasažérů během celé této doby. Ošetrovna je zařízena vybavením, které je možné běžně nalézt na urgentních

odděleních nemocnic v Severní Americe (Handley, 2010). Na lodi bývají pokoj pro intenzivní péči, standardní pokoj, ošetrovna, lékárna a márnice (Patti, 2007).

Náplň práce lodní sestry

EU vydala doporučení minimálních požadavků na počet registrovaných sester na palubách osobních lodí (Hadjichristodoulou et al., 2011). Např. společnost Princess Cruises (Cruise ship Medicine, 2015) uvádí, že její zdravotnický tým zahrnuje vedoucího lékaře, dalšího lékaře, hlavní sestru a 2 až 3 sestry. Na některých lodích se k nim přidávají i dva zdravotničtí záchranáři. Poměr zdravotnického personálu a pasažérů na jednotlivých lodích se může velmi lišit. Ze směrnic ACEP (Healthcare Guidelines, 2014) musí všichni členové zdravotnického týmu ovládat přístroje a zařízení, které má zdravotnické centrum k dispozici.

Sestry reagují jako první na zavolání ohledně zdravotnické pomoci. Jejich úkolem je vyhodnocovat příchozí hovory, provádět prvotní ošetření na místě nehody, popřípadě transportovat pacienty do zdravotnického centra. Sestry také pomocí speciálně upraveného protokolu samostatně hodnotí jednotlivé pacienty a poskytují odpovídající ošetření. Mezi hlavní povinnosti sestry na lodi patří:

- *Zodpovědnost za otevření zdravotnického centra během jeho provozní doby a zabezpečení jeho chodu* (Baniela et al., 2013). Otevírací doba se může lišit dle jednotlivých lodních společností. Mění se v závislosti na tom, zda je loď na moři nebo v přístavu.
- *Zajištění 24 hodinové pohotovostní služby mimo otevírací hodiny zdravotnického centra* (Baniela et al., 2013). Na lodi existuje rozpis služeb, který zaručuje, aby minimálně jedna sestra a jeden lékař drželi pohotovost (Pati, 2007).
- *Pravidelná aktualizace a doplnění zdravotních záznamů o pasažérech a posádce*. Udržování správnosti dat je nezbytné nejen z epidemiologického hlediska na lodi, ale také kvůli přehledu možného šíření nemocí po celém světě. K tomu může dojít v momentě, kdy se pasažéři a posádka vrací domů. Do lodních záznamů nahlíží inspekce a hygienická služba v rámci rutinních kontrol i v případech propuknutí nálezů. Záznamy o gastroenteritidě se vedou ve zvláštní knize (Baniela et al., 2013).
- *Objednávání pasažérů a členů posádky ke specialistům v přístavech*, pokud jejich zdravotní problémy nemohou být vyřešeny na lodi, a sledování vývoje jejich zdravotního stavu po případném návratu na loď (Baniela et al., 2013).
- *Udržování lékárny a dostatečných zásob zdravotnického materiálu* (Baniela et al., 2013).
- Lékař může sestře svěřit *prohlídky pacientů i posádky*. V rámci sesterských konzultací

mohou sestry provádět i *očkovaní a testy na přítomnost alkoholu či drog* (Baniela et al., 2013). Dahl (2005) uvádí, že 59 % sesterských konzultací patřilo členům posádky.

- Sestra se *zapojuje do preventivních opatření na lodi*, mezi něž patří prevence úrazů a onemocnění, hygienická opatření, očkovací program (chřipka, žlutá zimnice, spalničky, příušnice, zarděnky, plané neštovice, žloutenka, tetanus), testy na alkohol a drogy, vyšetřování napadení na lodi a účast při přípravě krizových plánů (Baniela et al., 2013).

Mnohé z těchto činností vymezuje Royal College of Nursing v rámci kompetencí, jež by měla ovládat sestra pracující v oblasti cestovní medicíny (Chiodini, 2012). Ty mimo jiné požadují, aby sestra ve své praxi postupovala dle nejnovějších poznatků založených na důkazech, prokazovala dobré geografické znalosti a měla znalosti o aktuálních doporučeních týkajících se profylaxe a očkovaní. Sestra by také měla být schopná poskytovat informace o prevenci úrazů, základních hygienických opatření během cestování a také o nebezpečí sexuálně a krví přenosných chorob.

ACEP (Health Care Guidelines for Cruise Ship Medical Facilities, 2014) vyžaduje pro činnost lodní sestry platnou registraci, tříletou praxi po ukončení vzdělání a certifikát z rozšířené neodkladné resuscitace. Kulturní a náboženské rozdíly je nutné respektovat i při poskytování ošetrovatelské péče na lodi. Týká se to především osobních zón, očního kontaktu, mlčení a gestikulace rukama. Respektováním multikulturních rozdílů eliminuje riziko subjektivního pocitu ohrožení osobní důstojnosti pasažérů, kterým je poskytovaná ošetrovatelská péče. Ohled musí být brán také na náboženské svátky a další spirituální záležitosti (Clutter, Boheemen, 2007). Dle směrnic ACEP (Health Care Guidelines for Cruise Ship Medical Facilities, 2014) sestry musejí ovládat oficiální jazyk používaný na lodi. Často je vyžadována i znalost oficiálního jazyka plavební společnosti a většiny pasažérů (Baniela et al., 2013).

Závěr

Odvětví cestování luxusními výletními loděmi se v posledních letech stalo velmi oblíbeným způsobem trávení dovolené a tento trend má rostoucí tendenci. Díky doporučením ACEP a projektu Shipsan, které stanovují i doporučený počet sester na palubě lodi, se otevírají stále širší možnosti působení sester v tomto atraktivním prostředí.

Příspěvek je dedikován projektu č. IGA_FZV_2015_002.

Literatura

- BANIELA, S. I. et al. 2013. *Textbook of maritime medicine* [online]. 2. dopl. vyd. Norwegian Centre for Maritime Medicine, Dostupné z: <http://textbook.ncmm.no/>.
- CHIODINI, J. et al. 2012. *Travel Health Nursing: career and competence development: RCN guidance*. [online] London. Dostupné z: <http://www.rcn.org.uk/>.
- CLUTTER, P., BOHEEMEN, S. 2007. Cruise Ship Nursing: An International Experience. *J Emerg Nurs*. 33(1), 65-68.
- CRAMER, E. H. 2012. Management and Control of Varicella on Cruise Ships: A collaborative Approach to Promoting Public Health. *J Travel Med*. 19(4), 226-232.
- CRUISE SHIP MEDICINE. 2015. *Atlantic Medical Recruitment* [online]. Dostupné z: <http://shipsdoctor.co.za/cruise-ship-medicine/>.
- DAHL, E. 2005. Medical practice during a world cruise: a descriptive epidemiological study of injury and illness among passengers and crew. *Int Marit Health*. 56(1-4), 115-128.
- EUROPEAN CRUISE COUNCIL. 2010. *The Cruise Industry - A E34 Billion Partner in Europe's Economic Growth: Contribution of Cruise Tourism to the Economies of Europe* [online]. 2010 Edition. Dostupné z: <http://www.irn-research.com/>.
- HADJICHRISTODOULOU, C. et al. 2011. *European Manual for Hygiene Surveillance on Passenger Ships Standards and Communicable Diseases: EU Ship Sanitation Training Network - SHIPSAN Trainet Project (2007206)*. Larissa: Executive Agency for Health and Consumers [online]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/>.
- HANDLEY, A. 2010. A life on the ocean wave. *Nurs Stand*. 24(46), 18-19.
- Health Care Guidelines for Cruise Ship Medical Facilities. *American College of Emergency Physicians* [online]. Dostupné z: <http://www.acep.org/>.
- Medical services: FAQ - Is there a doctor?. 2015. CARNIVAL CRUISE LINES. *Cruising* [online]. Dostupné z: http://www.carnival.com/CMS/FAQs/Medical_Services.aspx.
- PATI, A. 2007. Cruise Control. *Emerg Nurse*. 15(5), 6-10.

Kontakt na autory:

PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství; e-mail: helena.kisvetrova@upol.cz

Mgr. et Bc. Libuše Danielová, Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení geriatric

Mgr. et Bc. Jana Bermellová, Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení geriatric

REKONSTRUKCJA PIERSI Z UŻYCIEM PŁATA USZYPUŁOWANEGO Z MIĘŚNIA NAJSZERSZEGO GRZBIETU – OPIS PRZYPADKU

Bogusława Kupczak-Wiśniowska^{1,3}, Rafał Wiśniowski¹, Jolanta Borgosz^{1,3}, Beata Podsiadło²,
Renata Mroczkowska⁴, Bogusława Serzysko^{4,5}

¹Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski w Bielsku-Białej

²Zakład Propedeutyki Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu

³Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁴Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

⁵Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego Dąbrowa Górnicza, Wydział Społeczno - Medyczny

Streszczenie

Rak piersi należy do najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet nie tylko w Polsce, ale i na świecie, stanowiąc poważny problem zdrowotny. Leczenie chirurgiczne polegające na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z leczeniem uzupełniającym pozostają do dzisiaj podstawową metodą leczenia tej choroby. Utrata piersi wpływa niekorzystnie na sferę zarówno fizyczną, psychiczną jak i zawodową, dlatego też częścią nowoczesnego postępowania w raku piersi jest chirurgiczne leczenie odtwórcze, którego podstawowym celem jest poprawa jakości życia kobiety.

Celem pracy było przedstawienie opisu przypadku 42 letniej kobiety z rozpoznaniem rakiem piersi lewej, u której najpierw wykonano procedurę polegającą na pobraniu do badania histopatologicznego węzła wartowniczego pachy lewej a następnie dokonano podskórnej lewostronnej mastektomii z uzupełnieniem ubytku płatem skórno-mięśniowym z mięśnia najszerszego grzbietu. Przedstawiona w pracy procedura węzła wartowniczego wraz z zastosowaną techniką operacji odtwórczej piersi przy użyciu płata LD skutkuje uzyskaniem komfortu psychicznego poprzez uniknięcie przeżycia szoku u kobiety z powodu amputacji piersi.

Słowa kluczowe: Rak piersi, rekonstrukcja piersi, rekonstrukcja piersi przy użyciu płata LD

Wstęp

Utrata piersi to silny czynnik stresogenny zwiększający lęk przed chorobą nowotworową, mający niekorzystny wpływ na jakość życia w trakcie i po zakończonym leczeniu. Leczenie raka piersi stało się leczeniem wielodyscyplinarnym i polega na współpracy lekarzy ze specjalnością z onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii onkologicznej oraz chirurgii plastycznej. Bardzo skomplikowany proces leczenia raka gruczołu piersiowego zależy od stopnia zaawansowania choroby, od wieku oraz stanu ogólnego pacjentki[3,8,10].

Rekonstrukcja piersi stała się nieodłącznym elementem kompleksowego leczenia chorych na raka piersi, przywracając kobiecość, atrakcyjność, poczucie pewności siebie, zmniejszając ryzyko skrzywień kręgosłupa. Operacja ta powinna zapewnić możliwie najlepszy wynik estetyczny i funkcjonalny, nigdy nie kolidując z leczeniem zasadniczym[1,2].

Rozwinięcie

Raki gruczołu piersiowego dzielą się na 2 podstawowe grupy: raki przedinwazyjne i naciekające. Przedinwazyjny rak przewodowy jest często wykrywaną postacią raka piersi w skriningowych badaniach mammograficznych. Rak zrazikowy przedinwazyjny jest rozrostem obejmującym końcowe odcinki układu zrazikowo-pęcherzykowego[8,10,16].

Według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) nabłonkowe nowotwory złośliwe piersi dzielimy na raki nie naciekające (*In situ*) stanowiące 10% zachorowań oraz raki naciekające stanowiące 80-85% zachorowań. Wśród rzadziej spotykanych raków wymienia się rak rdzeniasty, rak śluzowy i rak brodawkowaty [8,10].

Czynnikami predysponującymi do występowania raka piersi są:

- Płeć - rak gruczołu piersiowego występuje u obu płci, jednakże 99% raków piersi występuje u kobiet,
- Czynniki geograficzne - częstość występowania raka piersi nie tylko różni się w poszczególnych krajach, ale w obrębie krajów - także w zależności od rasy, sytuacji ekonomicznej, miejsca zamieszkania. Do krajów, w których ryzyko raka piersi jest największe, należą Ameryka Północna i północna Europa.
- Czynniki genetyczne - omawiana predyspozycja ujawnia się pod postacią tak zwanego dziedzicznego raka piersi (HBC), dziedzicznego raka piersi-jajnika (HBOC), i dziedzicznego raka jajnika (HOC). Zespoły HBC , HBOC, HOC są heterogenne klinicznie i molekularnie. Do najczęstszych przyczyn ich powstawania należą mutacje konstytucyjne w genach BRCA1 i BRCA2,

- Wiek - ryzyko wystąpienia raka piersi wzrasta z wiekiem począwszy od 30 roku życia, W grupie młodych kobiet w wieku 20-29 lat występuje tylko około 0,3%, w grupie wiekowej 30-49 lat możliwość zachorowania wynosi około 20%. Natomiast najwięcej bo około 50% zachorowań występuje pomiędzy 50 a 70 rokiem życia.
- Czynniki hormonalne - hormony pełnią ważną rolę w powstawaniu raka piersi dlatego też takie informacje jak: wiek kobiety w czasie pokwitania i przekwitania, wiek w czasie pierwszego porodu oraz całkowity czas trwania miesiączkowania są ważnymi czynnikami rokowniczymi. Ryzyko zachorowania u kobiet, u których menarche wystąpiło przed 13 rokiem życia jest 2-krotnie większe od tych, u których wystąpiło później. Po każdym porodzie, przez krótki czas, istnieje podwyższone ryzyko zachorowania na raka piersi. Najnowsze doniesienia sugerują, że ryzyko zachorowania może być podwyższone w grupie kobiet, które rozpoczęły stosowanie tabletek antykoncepcyjnych w bardzo młodym wieku i przyjmowały je przez długi czas (więcej niż 8 lat). Hormonoterapia zastępcza (HTZ) obecnie w okresie przekwitania stosowana jest coraz powszechniej. Istnieje zwiększone ryzyko (około 6%) w porównaniu do pozostałej populacji kobiet. Natomiast w grupie kobiet z rodzinną historią raka lub stosujących hormonoterapie substytucyjną przez ponad 10 lat ryzyko może być większe nawet o 30%,
- Choroby piersi - zwyrodnienie włóknisto - torbielowate nie jest uważane za czynnik ryzyka. Jednak rozpoznane w biopsji zmiany rozrostowe, takie jak hyperplasia lub dysplasia, związane są ze względnym ryzykiem. Natomiast rozpoznanie rozrostu wewnątrzprzewodowego z atypią jest uważane za stan przedrakowy. Osoby już chorujące, są narażone na większe ryzyko powstawania raka w drugiej piersi. W aż 7% przypadków rak występuje obustronnie. Ryzyko powstania raka w drugiej piersi od momentu zdiagnozowania wzrasta, co roku o 1%.
- Ekspozycja na promieniowanie jonizujące - ryzyko związane z naświetlaniem promieniowaniem jonizującym obejmującym klatkę piersiową zwiększa ryzyko powstawania raka piersi.
- Otyłość - nadwaga przed menopauzą chroni przed rakiem sutka, prawdopodobnie poprzez podwojenie cykli bezowulacyjnych, natomiast po menopauzie zwiększa z powodu produkcji estrogenów w tkance tłuszczowej,
- Spożycie alkoholu - wiele badań epidemiologicznych sugeruje, że spożywanie alkoholu nawet w umiarkowanej ilości, może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi. Mechanizm działania alkoholu polega prawdopodobnie na wywieraniu wpływu na

gruczoły wydzielania wewnętrznego, zwłaszcza na układ przysadkowo-podwzgórzowy, oraz na zmianę metabolizmu estrogenów w wątrobie [3,7,8,10,19].

Rak piersi w okresie początkowym często przebiega bezobjawowo i najczęściej zostaje wykryty na podstawie profilaktycznej mammografii lub samobadania. Objawy, jakie mogą występować to zmiany w obrębie skóry piersi, obrzęk, „skórka pomarańczy”, zaczerwienienie, czasem owrzodzenie skóry. Może dojść do wycieku płynu z brodawki sutkowej lub wciągnięcia brodawki. Ból jest objawem występującym rzadko [7,8,10].

Badania kliniczne obejmują :

- ✓ badanie podmiotowe polegające na określeniu informacji dotyczących zmian, jakie występują wraz z objawami z okolic gruczołu piersiowego,
- ✓ badanie fizykalne polegające na oglądaniu i ocenie palpacyjnej piersi oraz okolicznych węzłów chłonnych,
- ✓ badania obrazowe takie jak: mammografia, USG piersi, rezonans magnetyczny.

Leczenie raka gruczołu piersiowego w zależności od stopnia zaawansowania choroby i stanu ogólnego pacjentki jest związane z leczeniem chirurgicznym, radioterapią, chemioterapią i hormonoterapią [7,8,14].

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne jest podstawową metodą leczenia raka piersi. Przed podjęciem decyzji o leczeniu chirurgicznym raka gruczołu piersiowego niezbędna jest zgodność trzech badań:

- Klinicznego
- Mammograficznego
- Cytologicznego

Wybór metody leczenia chirurgicznego uzależniony jest od:

- Stopnia zaawansowania raka według klasyfikacji TNM
- Wielkości guza, jego umiejscowienia oraz wieku pacjentki
- Przeciwwskazań do napromieniowania

Ocena stopnia zaawansowania, na podstawie wyniku badania histopatologicznego preparatu operacyjnego jest określana, jako klasyfikacja histopatologiczna i jest miarodajną oceną stanu zaawansowania choroby co pozwala na podejmowanie decyzji terapeutycznych dotyczących radioterapii czy chemioterapii [3,7,8,15].

Operacje oszczędzające pierś

Biopsja węzła wartowniczego jest to zabieg polegający na usunięciu pierwszych węzłów, znajdujących się na drodze sływu chłonki, a następnie poddaniu ich badaniu histopatologicznemu. W przypadku stwierdzenia zmian przerzutowych w węzle wartowniczym przeprowadza się zabieg limfadenektomii regionalnej, natomiast gdy w węzle wartowniczym nie ma komórek nowotworowych - od zabiegu można odstąpić [9,8].

Leczenie oszczędzające (BCT) obejmuje zabieg oszczędzający pierś, zabieg diagnostyczno- leczniczy w obrębie węzłów pachowych oraz uzupełniającą radioterapię [9].

Radyczna amputacja piersi. Istotą tego zabiegu jest usunięcie w jednym bloku: guza pierwotnego z całym gruczołem piersiowym, całej skóry wraz z brodawką i otoczką oraz pachowych węzłów chłonnych.

Część raków gruczołu piersiowego może być operowana dopiero po uzyskaniu remisji polegającej na zmniejszeniu rozmiarów guza oraz zmniejszeniu przerzutów w węzłach chłonnych pachowych po wdrożeniu indukcji radioterapii [8,11,13,17].

Prosta amputacja. Zabieg prostej amputacji piersi polega na wycięciu całego gruczołu sutkowego, bez pachowych węzłów chłonnych [8].

Chirurgiczne leczenie odtwórcze

Pierwsze próby rekonstrukcji piersi za pomocą tkanek własnych odbyły się już w roku 1895, kiedy to Vincent Czerny w miejsce amputowanej piersi przeszczepił tłuszczaka pacjentki. Zabieg ten stał się inspiracją do dalszego działania. W roku 1906 Louis Omebredanne użył płata skórno i mięśniowego do odtworzenia amputowanej piersi. Podobnego zabiegu dokonał w roku 1912 Tanisini. Rozwój mikrochirurgii spowodował, że zabiegów kolejno podejmowali się Orticochea i Fuino. W roku 1977 Schneider i Hill wykorzystali płat LD z mięśnia najszerzego grzbietu, a płat skórno - tłuszczowy z podbrzusza oparty na szypule mięśnia prostego brzucha, został przeszczepiony w miejsce po mastektomii przez Carla Hartrampf w roku 1982.

Przełomem jednak w chirurgii odtwórczej piersi był rok 1963 ponieważ to wtedy po raz pierwszy została użyta proteza silikonowa [4,12,18].

Chirurgiczne leczenie odtwórcze (rekonstrukcyjne) jest integralną częścią nowoczesnego postępowania w raku gruczołu piersiowego, dlatego każda pacjenta powinna zostać poinformować o takiej możliwości leczenia. Rekonstrukcję można wykonać w trybie natychmiastowym (jednoczasowe) lub odroczone - w tym odroczone wczesne wykonywane 3-4 miesiące po mastektomii i odroczone późne, które wykonuje się po upływie 8 - 12

miesiący od zakończenia pooperacyjnej radioterapii. Wybór metody zależy od: stanu zdrowia, budowy ciała, rozmiaru piersi, ilości pozostałych tkanek, stylu życia, osobistego wyboru, przewidywanego leczenia uzupełniającego oraz doświadczenia chirurga [7,8].

Rekonstrukcje jednoczasową wykonuje się u pacjentek, u których stopień zaawansowania raka piersi nie jest wyższy niż T2N0M0 oraz nie planuje się radioterapii pooperacyjnej. Zabiegi te można zaproponować pacjentką, które są nosicielkami mutacji genu BRCA1/2 jako zabieg profilaktyczny.

Zabiegi rekonstrukcji jednoczasowej wykonuje się w dwóch etapach. Najpierw usuwa się gruczoł piersiowy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pozostawienie płatów skórno - tłuszczowych, usunięciem powięzi mięśnia piersiowego większego, wykonaniem limfadenektomii lub wykonaniem biopsji węzła wartowniczego. Drugi etap polega na rekonstrukcji wyniosłości piersi za pomocą szerokiego wachlarza technik chirurgicznych. Wybór technik zależy od zastosowania ekspanderów, ekspanderoprotez, protez czy też wykorzystaniu tkanek własnych. Zastosowanie tkanek własnych daje lepsze wyniki estetyczne odległe, jednak wiąże się z większymi powikłaniami, jakie mogą wystąpić po zabiegu. Rekonstrukcja jednoczasowa pozwala ograniczyć uraz psychiczny i uniknięcie szoku, jakiego doznaje kobieta po odjęciu piersi [5,7,8,17].

Rekonstrukcje odroczone wykonuje się po upływie przynajmniej 4 - 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym oraz do 12 miesięcy od zakończenia uzupełniającego leczenia radioterapii i chemioterapii. Rekonstrukcja odroczone może być wykonana, jeżeli chora wykazuje silną wolę rekonstrukcji piersi, równocześnie nie stwierdza się cech nawrotu nowotworu i nie ma ogólnych przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego. Obecność niekorzystnych czynników rokowniczych nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do rekonstrukcji piersi. Rekonstrukcję piersi wykonuje się w zależności od zastosowanej techniki operacyjnej. Wykonać można zabieg, do którego zostaną użyte materiały sztuczne oraz zabieg z wykorzystaniem tkanki własnej. Istnieje możliwość zastosowania obu wymienionych metod [5,7,8].

Rekonstrukcje przy użyciu materiałów sztucznych (implantów), można wykonać u pacjentek z zachowanym po operacji mięśniem piersiowym większym, niepoddawanego radioterapii. Zabieg ten przebiega wieloetapowo. *I etap* polega na tym, że pod skórę i mięsień piersiowy wszczepiany jest początkowo pusty, pojemnik silikonowy - **ekspander** - zaopatrzony w port, a wypreparowana pod mięśniem piersiowym większym kieszeń powinna odpowiadać wymiarom ekspandera - by zapobiec jego rotacji i przemieszczeniu. *II etap* polega na wielotygodniowym rozprężaniu drogą wstrzyknięć przezskórnych, bezpośrednio do

portu roztworu soli fizjologicznej. Pierwsze dopełnienie następuje w trakcie zabiegu, kolejne dopełnienia co 2-3 tygodnie, objętość wstrzykiwanego płynu zależy od podatności tkanek na rozciąganie - 60-120 ml 0,9%NaCl. Dopełnianie kończy się po uzyskaniu oczekiwanej wyniosłości w miejscu odtwarzanej piersi a całość zabiegu trwa od ok. 1,5 miesiąca do kilku miesięcy. *III etap* - podczas kolejnego zabiegu usuwa się ekspander, a w jego miejsce wprowadza się ostateczny implant silikonowy. Preferowane są protezy silikonowe, teksturowane o kształcie anatomicznym, czasem dokonuje się ewentualnej korekty ułożenia protezy. Wielkość protezy zwykle mniejsza jest o ok. 20% w stosunku do ekspandera, a nadmierne rozciągnięcie tkanek odpowiada za bardziej naturalny wygląd. Przeciwwskazaniem do wykonania takiego zabiegu u kobiet jest operacja Halsteda oraz przebyta lub planowana radioterapia ze względu na ryzyko powikłań infekcyjnych i niedokrwiennych.

Ekspanderoproteza łączy w sobie cechy ekspandera rozprężającego tkanki, jak i ostatecznej protezy, składającej się z dwóch komór - zewnętrznej wypełnionej żelem silikonowym i wewnętrznej - dopełnianej solą fizjologiczną. Po zakończeniu rozprężania wszczep pozostaje na stałe w łóży, nie wymaga kolejnej operacji wymiany na ostateczną protezę. Zastosowanie ekspanderoprotezy daje możliwość leczenia jednoczasowego, ale zwykle gorszy efekt kosmetyczny [7,8,17].

Metody rekonstrukcji tkankami własnymi

Uszypułowane płaty skórno-mięśniowe

- **TRAM** - rekonstrukcja płatem uszypułowanym z mięśnia prostego brzucha; oparty na naczyniach nadbrzusznych górnych;
- **LD** - rekonstrukcja płatem uszypułowanym z mięśnia najszerszego grzbietu; oparty na naczyniach piersiowo-grzbietowych;

Wolne płaty skórno-mięśniowe

- zespolenia z naczyniami piersiowymi wewnętrznymi lub piersiowo-grzbietowymi,
- **fTRAM**,
- **DIEP** (deep inferior epigastric perforator),
- **SGAP** (superior gluteus artery perforator),
- **IGAP** (inferior gluteus artery perforator)

Do innych metod można zaliczyć wykorzystywanie komórek macierzystych

Rekonstrukcja piersi z użyciem mięśnia prostego brzucha (płat - TRAM).

Metoda ta należy do najpopularniejszych metod, podczas których wykorzystuje się do rekonstrukcji piersi tkanki własne. Pozwala na odtworzenie nawet dużych piersi, ważnym elementem jest tutaj odpowiednia ilość tkanki tłuszczowej. Przeciwwskazaniem do tego rodzaju operacji jest palenie tytoniu, obciążenia w układzie krążenia, cukrzyca, wcześniejsza laparotomia. TRAM płat, składa się z wyspy skórno-tłuszczowej położonej na mięśniu prostym brzucha, której ukrwienie zapewniają naczynia przesywające mięśniowo-skórne odchodzące od naczyń nadbrzusznym górnych. Mięsień prosty wypreparowywany jest z torebki, aż do poziomu łuku żebrowego a wyspa preparowana jest w podbrzuszu następnie przenoszona na szypule mięśnia prostego brzucha wraz z systemem ukrwienia tunelem podskórnym, na miejsce biorcze po tej samej lub przeciwnej stronie. Z wyspy modelowana jest pierś. Niekorzystnym efektem ubocznym w tej metodzie jest osłabienie powłok brzusznych, dlatego w miejsce po wypreparowanej wyspie zaleca się wszywanie się siatki chirurgicznej aby zapobiec powstaniu przepukliny brzusznej [7,5,8,17].

Rekonstrukcja piersi przy użyciu uszypułowanych płatów skórno – mięśniowych - płat LD oparty na naczyniach piersiowo- grzbietowych jest dobrze unaczyniony. Płat składa się z wyspy skórno-mięśniowej położonej na mięśniu najszerszym grzbietu. Uwolniony i podniesiony płat przesuwany jest w tunelu podskórnym w okolicy pachowej na przednią ścianę klatki piersiowej a wyspę skórną wszywa się w skórę po mastektomii odtwarzając niedobór powłok. Niedobór objętości uzupełnia się umieszczając pod płatem endoprotezę. Zabiegi te mają mały odsetek powikłań i szczególnie są polecane u kobiet napromienianych z małymi piersiami. Powodują niewielką deformację miejsca dawczego, ponieważ blizna widoczna pozostaje na plecach. Nie poleca się zastosowania tej metody w przypadku niestabilnej obręczy miednicznej, u kobiet poruszających się na wózku inwalidzkim oraz u uprawiających takie sporty jak: pływanie, golf i tenis [1,8,17].

Rekonstrukcji piersi można także dokonywać przy użyciu przeszczepów własnego tłuszczu. Metoda ta polega na pobraniu tkanki tłuszczowej z powłok brzucha, pośladków lub ud przy pomocy igieł do liposukcji. Tkanka tłuszczowa jest odwirowywana i przenoszona dużo cieńszymi igłami w miejsce biorcze. Decydujące znaczenie w powodzeniu tej metody mają komórki macierzyste (tzw. komórki pnia) zawarte w tkance tłuszczowej, które są odpowiedzialne za trwałość przeszczepu. Warto wymienić także rekonstrukcję kompleksu brodawka - otoczka, zwykle wykonywanych w kolejnym etapie rekonstrukcji i nie ma znaczenia sposób głównego zabiegu odtwórczego. Jednak wiele kobiet nie decyduje się na ten rodzaj rekonstrukcji, gdyż są usatysfakcjonowane samym odtworzeniem wyniosłości piersi [1,8,17].

Powikłania po zabiegach rekonstrukcji piersi można podzielić na wczesne i późne. Do wczesnych należą: krwawienie, krwiak, surowiczak, zakażenie bakteryjne, martwica skóry. Późne powikłania związane są z procesem gojenia i należą do nich tworzenie się bliznowatej pseudotorebki i przemieszczenie się implantu. Wpływ na występowanie powikłań mają także takie czynniki jak: palenie papierosów, otyłość, wiek pacjentki, przebyta radioterapia bądź chemioterapia oraz choroby współistniejące [6].

W krajach wysoko rozwiniętych ilość zabiegów rekonstrukcji piersi po mastektomii stale rośnie i wynosi ok. 20 - 39%. W ostatnich latach w Polsce również coraz więcej wykonuje się tego rodzaju zabiegów. Pacjentka poddająca się zabiegowi odtwórczemu powinna być pewna swojej decyzji i świadoma konsekwencji, jakie niesie za sobą rekonstrukcja. Pacjentki, które zdecydowały się na rekonstrukcję piersi w sposób wyraźny poprawiły swój komfort życia. Jest to związane z uzyskaniem pożądanego efektu kosmetycznego i odzyskaniem atrybutu kobiecości jakim jest pierś dla kobiety [2].

Opis przypadku

Kobieta lat 42 w grudniu 2013 roku podczas samobadania piersi wyczuła guzka w lewej piersi. W rodzinie pacjentki wystąpił już przypadek raka piersi dlatego też kobieta pełna obaw niezwłocznie zgłosiła się do Poradni Onkologicznej BCO -SM w Bielsku -Białej. Po konsultacji z onkologiem klinicznym, pacjentka została skierowana na następujące badania:

- ✓ USG piersi i pachy (wykonane w grudniu 2013 roku), gdzie stwierdzono: obustronnie w kwadrantach górnych bocznych pojedyncze torbiele, największa 4,5mm. Ponadto w pł na godzinie drugiej obwodowo widoczny hipoechogenny naciek wielkości 7-9 mm o cechach mieszanych,
- ✓ BGI piersi lewej styczeń 2014: Biopsja pod kontrolą USG. Wykonana w znieczuleniu miejscowym, pobrano dwa wycinki z guza piersi lewej. Carcinoma ductale invasium G1. Na podstawie powyższych badań rozpoznano raka piersi lewej T1N0M0,
- ✓ Mammografia wykonana styczeń 2014: struktura piersi gruczołowo - tłuszczowa. Niewielka symetria zagęszczeń gruczołowo - włóknistych w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi lewej obwodowo, widoczna zwłaszcza na zdjęciu w projekcji CC na obszarze 2 cm.
- ✓ RTG klatki piersiowej wykonane styczeń 2014: pola płucne bez zmian. Cień śródpiersia w normie. Widoczne części i kostne zmian nie wykazują. Doły pachowe bez zmian.

Po usłyszeniu diagnozy pacjentka przeżyła ogromny stres. Pojawił się u niej lęk i obawa przed zmianami jakie mogą pojawić w jej życiu wskutek choroby.

Chora mogła jednak liczyć na wsparcie ze strony męża i córki co stanowiło podstawę do podjęcia walki z chorobą. Została ponadto poinformowana o możliwościach leczenia oraz pomocy psychologicznej z której mogą korzystać pacjenci naszego szpitala.

W procesie planowania leczenia zaproponowano chorej wykonanie biopsji węzła wartowniczego oraz w zależności od uzyskanego wyniku tego badania dalszego postępowania chirurgicznego.

W lutym 2014 roku pacjentka została przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej celem wykonania procedury węzła wartowniczego pachy lewej. Pacjentka została zakwalifikowana do operacji w trybie planowym. Na oddziale pacjentka na około 30 minut przed mającym odbyć się zabiegiem operacyjnym miała podane drogą iniekcji około 2 ml ferromagnetyku Sienna ++ w okolicę zabrodawkową piersi lewej. Następnie w warunkach sali operacyjnej za pomocą sondy SentiMag odnaleziono miejsce o największym polu elektromagnetycznym w pasze lewej. Kolejno nacięto skórę i tkankę podskórną, kierując się wskazaniem sondy, odnaleziono obszar węzłowy o największym natężeniu pola. Wycięto tkanki chłonne z piętra dolnego, których natężenie pola $er\ viro$ wynosiło 200. Materiał pobrany w czasie zabiegu operacyjnego zastał przekazany do badania histopatologicznego.

Przebieg pooperacyjny odbył się bez powikłań. Zastosowano leczenie Clexane 40 mg, Pyralginę i Ketonal. Pacjentka w dobrym stanie ogólnym została wypisana do domu z zaleceniami dotyczącymi pielęgnacji rany pooperacyjnej.

Po upływie 14 dni został przekazany wynik z pracowni histopatologicznej w którego opisie stwierdzono, że węzeł chłonny jest bez przerzutu nowotworowego.

W dalszym etapie postępowania zaproponowano chorej leczenie chirurgiczne polegające na wykonaniu podskórnej mastektomii wraz z przeprowadzeniem jednoczasowej rekonstrukcji piersi przy użyciu płata LD. Pacjentka uzyskała wyczerpujące informacje na temat , przebiegu zabiegu, możliwych powikłań a także korzyści z niego wynikających. Silnie zmotywowana i pełna oczekiwań postanowiła poddać się temu zabiegowi.

Zgodnie z planem w marcu 2014 pacjentka została ponownie przyjęta na oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Bielsku Białej. W wywiadzie przeprowadzonym z pacjentką uzyskano następujące dane: apetyt dobry, waga stała. Mocz, stolec bez zmian. Użytki neguje. Chora nie zgłasza uczuleń. Pierwsza miesiączka w wieku 13 lat. Ciąża 1, Poród 1x

siłami natury, Poronienia 0, Hormonoterapia: AK(-),HTZ(-), Lecznicza (-).W wywiadzie rodzinnym: matka rak szyjki macicy, ciotka rak piersi. Choroby współistniejące: nie podaje.

W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdzono: stan ogólny pacjentki dobry, krążeniowo i oddechowo wydolna. Budowa prawidłowa. Tarczyca niepowiększona, jednorodna, ruchoma połykowo. Szmer pęcherzykowy prawidłowy, wypuk jawny. ASM 72/min. RR 120/70 mmHg. Tony serca czyste. Brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Narządy mięszone niepowiększone. Tętno symetryczne na obwodzie, prawidłowe. Układ żylny bez zmian. Obrzęków brak. Piersi małe, symetryczne. Pierś prawa bez obecności guza. W piersi lewej okołotoczkowo zasinienie skóry po SLNB. W Piersi lewej wyczuwalny spoisty guz średnicy 1 centymetra. Brodawki uwypuklone, bez wydzieliny, pachy i nadobojcza wolne, w pasze lewej blizna po SLNB wygojona, gładka.

Wykonano podstawowe badania podstawowe, EKG, odbyła się konsultacja anestezyjologiczną.

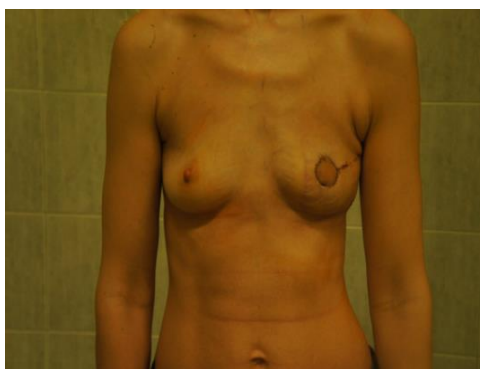
Chora trafiła na sale operacyjną gdzie dokonano podskórnej lewostronnej mastektomii z uzupełnieniem ubytku płatem skórno-mięśniowym z mięśnia najszerzego grzbietu. Cięciem okalającym otoczkę brodawki piersi lewej przedłużonym w kierunku pachy lewej wytworzono skórno - podskórnie na całym obszarze gruczołu piersiowego. Stopniowo wycięto w całości wraz z kompleksem otoczka – brodawka cały gruczoł piersiowy razem z guzkiem średnicy 1 centymetra i fragmentem skóry nad guzem i powięzią mięśnia piersiowego większego. Po zmianie pozycji pacjentki i ułożeniu chorej na prawym boku cięciem eliptycznym okrojono skórę wokół uprzednio oznaczonej wyspy wypreparowano i podniesiono mięsień najszerzy grzbietu po stronie lewej, odcinając go od przyczepów do kręgosłupa i talerza kości biodrowej. Stopniowo odpreparowano, aż do wysokości przyczepu ramiennego gdzie uwidoczono szypułę naczyniową płata. Następnie wytworzono tunel podskórny w pasze lewej i przemieszczono tam wytworzony uprzednio płat z wyspą skórą. Po ponownej zmianie pozycji pacjentki i ułożeniu na plecach wszyto przemieszczony płat LD do łoży po usuniętym gruczole piersiowym, a z wyspy skórnej wytworzono otoczkę. Całość została pokryta pozostawioną po mastektomii podskórne skórą.



*Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej – materiał własny.
Etap mastektomii podskórnej.*



*Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej – materiał własny
Preparat po wykonaniu mastektomii podskórnej.*



*Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej – materiał własny
Stan po rekonstrukcji za pomocą płata LD*



*Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej – materiał własny
Blizna w miejscu dawczym*

Przebieg operacji odbył się bez powikłań. Chora nie zgłaszała dolegliwości bólowych, nie gorączkowała. Krążeniowo i oddechowo był wydolna. W drenie założonym do łoży pooperacyjnej grzbietu znajdowało się 340 ml treści surowiczo - krwistej, a z drenu założonego do piersi około 10 ml. Opatrunki były suche, rany bez cech krwaka, płat bez cech martwicy.

Następnie pacjentka została poddana rehabilitacji.

W dalszych dobach po zabiegu ilość treści surowiczej z rany na grzbiecie sukcesywnie zmniejszała się, a stan pacjentki ulegał poprawie. W siódmej dobie po rekonstrukcji piersi, pacjentka została wypisana do domu w sanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszej kontroli w Poradni Onkologicznej.

Dokonano także Onkologicznej Konsultacji Genetycznej. W badanej próbce DNA nie stwierdzono nosicielstwa mutacji genu BRCA1.

Pacjentka systematycznie zgłasza się do Poradni Onkologicznej celem badań kontrolnych. Czuje się dobrze i jest zadowolona z efektu kosmetycznego po rekonstrukcji piersi.

Stan psychiczny pacjentki uległ znacznej poprawie od momentu postawienia diagnozy. Chora nie ma problemów z akceptacją własnego ciała. Funkcjonuje bez specjalnych ograniczeń. Pacjentka planuje powrót do pracy zawodowej.



*Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej – materiał własny
Stan po rekonstrukcji za pomocą płata LD 2 miesiące od zabiegu*

Wnioski

1. Ogromny stres związany z leczeniem raka piersi ma negatywny wpływ na sferę emocjonalną kobiet i znacznie upośledza ich funkcjonowanie psycho - społeczne.
2. Kobiety decydujące się na ten zabieg są zwykle dobrze przystosowane do sytuacji, dobrze poinformowane o chorobie, aktywne społecznie i pragnące poprawić swój wygląd.
3. Zabiegi polegające na rekonstrukcji piersi wpływają w sposób znaczący na poprawę jakości życia kobiet po mastektomii.
4. Rekonstrukcja piersi poprawia poziom satysfakcji psychicznej, seksualnej i społecznej a poziom zadowolenia jest niezależny od wieku czy wykształcenia

Piśmiennictwo:

1. Cieśla S.: Rekonstrukcja piersi z zastosowaniem tkanek własnych u chorych po mastektomii. [w] Przegląd Lekarski 2005: 62 (8) s.810-812
2. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii. [w] Wiadomości Lekarskie 2004: 57 (5/6) S. 221-216
3. Czekanowski R.: Choroby gruczołu sutkowego. Wydawnictwo Medyczne Borgis Warszawa 2002, s. 41-164
4. Goldwyn R.M., Vincenz Czerny and beginnings of Brest reconstructions [w] Plast Reconstr. Surg. Vol 61, No.5 673-681

5. Hodorowicz - Zaniewska D., Raczowska- Muraszko M., Kibil W., Jankau J.: Jednoczasowa i odroczonej rekonstrukcja piersi. [w] Med.Prakt.Chir. 2013/06
6. Jankau J., Hodorowicz- Zaniewska D., Graczyk M.: „Powikłania zabiegów rekonstrukcji piersi [w] Med. Prakt. Onkologia 4(45) 2014 s. 59-65
7. Jassem J., Krzakowski J., Rak piersi . Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Wyd. 2 Via Medica Gdańsk 2014
8. Jeziorski A., Szawłowski A. ,W.,Towpik E. :Chirurgia Onkologiczna Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2009 s. 811-869
9. Jeziorski A.: Węzeł chłonny wartowniczy Wyd.. Via medica Gdańsk 2014
10. Krzakowski M.: Onkologia kliniczna t.1 Wyd. BORGIS Warszawa 2006
11. Krzakowski M., Kawecki A.: „Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne” tom I Wyd.Czelej Lublin 2012 s. 97 – 187
12. Losken A., Jurkiewicz M.J: History of Breast Reconstructions. [w] Breast Disease 16(2012) s. 3-9
13. Pawlicki M., Rak piersi – nowe nadzieje i nowe możliwości leczenia. L Medica Press 2011
14. Pieńkowski T. Rak piersi leczenie ogólnoustrojowe Via medica Warszawa 2011
15. Połom K., Murawa D.: Nowe wyzwania w leczeniu loko regionalnym raka gruczołu piersiowego – część II Farmacja Współczesna 2010; 3:s.1385-138
16. Szmidt J., Kuźdzał J., Podstawy Chirurgii T1. Wyd.2, 2009
17. Taria A.King., Patrick I. Borgen: „ Atlas chirurgii piersi” Wyd. Medipage Warszawa 2006 s. 41- 49, 79 -159, 171-199
18. Teimourian B., Adham M.N.Luis Ombredanne and the Origin of Muscule Flap Use for Immmediate Breast Mounol Reconstruction.[w] Plast. Reconstr. Surg. Vol 72,No.6. s. 905-910
19. Wallace R. B., Woolson R. F.: The epidemiological study of the elderly. New York, Oxford University Press 200

Adres do korespondencji:

Mgr Bogusława Kupczak –Wiśniowska

Bystra nr 7

bokuwi@poczta.onet.pl

EDUKACJA PRZEDPORODOWA W SZKOLE RODZENIA

Magdalena Lewicka

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego,

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

Wstęp

Wiedza na temat ciąży, porodu, położu oraz opieki na noworodkiem zawsze była nieodłącznym elementem edukacji młodych kobiet, którą nabywały w kręgu rodzinnym.

W Polsce, od lat 80-tych XX wieku, edukacja przedporodowa realizowana jest na kursach szkoły rodzenia. Szkoła rodzenia stawia sobie za cel staranne przygotowanie obojga partnerów do urodzenia dziecka w zgodzie z naturą, z pełnym zaangażowaniem możliwości i sił, jakimi dysponuje organizm kobiety.

Rozwinięcie

Program szkół rodzenia uzależniony jest między innymi od wyboru współpracy z kobietą i jej partnerem, jednak zazwyczaj tematyka zajęć, dotycząca okresu okołoporodowego, opiera się na edukacji w zakresie:

- przebiegu fizjologicznym i patologicznym ciąży, porodu i położu,
- ćwiczeń w ciąży, które umożliwią efektywniejszy przebieg porodu,
- objawów zwiastujących poród oraz świadczących o jego rozpoczęciu,
- aktywnego pierwszego okresu porodu – technik relaksacyjnych, pozycji wertykalnych, udogodnień położniczych, technik oddychania,
- technik skutecznego parcia oraz metod prawidłowego oddychania podczas drugiego okresu porodu,
- roli ojca w okresie ciąży, porodu,
- psychologicznych aspektów przygotowania do porodu [1, 2, 3, 4].

W większości szkół rodzenia kobiety ciężarne zapoznawane są z korzyściami ćwiczeń fizycznych, ich rodzajami oraz sposobem wykonania. Nie należy zbyt szybko wprowadzać ćwiczeń, gdyż na początku ciąży kobieta może łatwo się zniechęcić, co będzie spowodowane faktem, że jeszcze nie oswoiła się ze zmianami zachodzącymi w jej ciele a proces adaptacji, zarówno fizycznej, jak i psychicznej nie został ukończony. Ponadto kobieta może cierpieć na nudności, wymioty lub chroniczne zmęczenie, co dodatkowo będzie utrudniało wykonywanie

ćwiczeń. Dobrym momentem na wprowadzenie dodatkowej aktywności ruchowej jest druga połowa ciąży, kiedy to kobieta czuje się lepiej, ma więcej energii oraz zapału do działania. Jednak nawet wtedy nie wolno zmuszać przyszłej mamy do nadmiernego wysiłku gdyż może to przynieść odwrotny skutek. Zawsze przed rozpoczęciem edukacji należy upewnić się czy nie istnieją przeciwwskazania do wprowadzenia ćwiczeń u danej kobiety [2, 5, 6].

Odpowiednio dobrany i dostosowany do możliwości ciężarnej zestaw ćwiczeń pozwala jej na świadome uruchamianie podczas porodu określonych mięśni, których praca jest niezbędna do przeprowadzenia aktywnego porodu. Rodząca, która potrafi adekwatnie do potrzeb użyć pracy mięśni podczas skurczów, unika nadmiernego wysiłku, zbędnego zużycia energii, przez co zapobiega niedotlenieniu płodu. W trzecim trymestrze ciąży znacznie zwiększa się masa ciała płodu, dlatego tak istotne są ćwiczenia wzmacniające i chroniące nie tylko kręgosłup, ale także całe ciało. Aktywność fizyczna pozwala na lepszą tolerancję skutków przeciążenia organizmu oraz zmian zachodzących w trakcie ciąży takich jak: wzrost ilości krwi, rozciągnięcie przepony czy rozluźnienie w chrząstkozrostach miednicy i stawach biodrowych, dzięki czemu możliwe jest zwiększenie wymiarów miednicy. Kobiety ćwiczące regularnie zarówno przed ciążą, jak i w trakcie jej trwania, mają znacznie wyższą tolerancję wysiłkową, co przekłada się na bardziej dynamiczny poród oraz szybszy powrót do formy sprzed ciąży. Mięśnie macicy i krocza wzmocnione ćwiczeniami znacznie ułatwiają dziecku przejście przez kanał rodny oraz zmniejszają ryzyko urazów okołoporodowych w tym uszkodzeń szyjki macicy. Bardzo ważne jest, aby ucząc ciężarną wykonywania określonych ćwiczeń uwzględnić też właściwą technikę oddychania [1, 2, 6].

W niektórych szkołach rodzenia można się spotkać z wykorzystaniem ćwiczeń jogi, które jak twierdzą zwolennicy uspokaja umysł oraz rozluźnia ciało dzięki osiągnięciu równowagi z siłą ciężkości. Kobieta uczy się skupiać uwagę na sobie oraz nienarodzoneму dziecku, co pomaga jej przejść przez ciążę i poród. Ćwiczenia te wymagają systematyczności, precyzji i wytrwałość, dzięki czemu ich skuteczność jest widoczna nie tylko w poprawie kondycji fizycznej, ale i psychicznej ciężarnej [1, 2, 6, 7].

Ciekawym urozmaiceniem jest wykonywanie kinezystymulacji w grupie lub z partnerem. Działa to motywująco na przyszłe mamy a także zacieśnia więź z partnerem dzięki jego wsparciu, co daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa i akceptacji.

Istotnym elementem edukacji w szkole rodzenia jest psychoprofilaktyka, czyli uświadomienie kobiecie, że poród nie musi być bolesnym i negatywnym przeżyciem. Kobieta świadoma tego, co się dzieje z jej ciałem przejawia niższy poziom lęku zarówno przed porodem, jak i w trakcie jego trwania, co korzystnie wpływa na dynamikę porodu [1,2, 8, 9].

Strach demobilizuje siły organizmu oraz przyczynia się do wystąpienia kaskady niekorzystnych następstw, jakimi są: wzrost ciśnienia tętniczego krwi matki, przyspieszenie tętna oraz zwiększenie wydzielania kortykosteroidów, co podczas akcji porodowej powoduje jej wydłużenie a także potęguje odczucia bólowe [1, 2].

Według angielskiego lekarza-położnika G.D. Read'a ciężarna w odpowiedzi na ból odruchowo reaguje lękiem, który z kolei powoduje wzmożone napięcie mięśni prowadząc do wzrostu natężenia bólu odczuwanego przez kobietę. Jednak dzięki edukacji w szkole rodzenia dotyczącej koncentracji na akcji porodowej, pozycjach wertykalnych oraz niefarmakologicznych metodach łagodzenia bólu możliwa jest znaczna redukcja zarówno lęku, jak i bólu u rodzącej [1, 2, 9, 10]. Niefarmakologiczne metody, jakie są wykorzystywane przez rodzącą do radzenia sobie z bólem porodowym można podzielić na 3 podstawowe grupy:

- metody, które rodząca jest w stanie stosować sama: korzystanie z udogodnień porodowych, immersja wodna, joga, relaksacja, pozycje wertykalne, techniki oddechowe, muzykoterapia
- metody możliwe do wykonania dzięki pomocy położnej lub osoby towarzyszącej: masaż, podtrzymywanie, kierowanie porodem, wsparcie psychiczne, motywacja, ciepłe i zimne okłady
- terapie uzupełniające: zioła, aromaterapia, akupresura, akupunktura, hipnoza, refleksologia, elektryczna stymulacja przezskórna [1, 2, 11, 12, 13].

„Uświadomienie kobiecie ciężarnej, jak istotny wpływ na jej dziecko ma jej postawa podczas porodu, ukazanie porodu, jako odpowiedzialnego zadania, w którego wypełnieniu matka nie może być przez nikogo zastąpiona, powinny stać się naczelnym celem psychoprofilaktyki” [10 s.43].

Wnioski

Szkoła rodzenia jest właściwym miejscem, w którym ciężarna otrzymuje niezbędną wiedzę do prawidłowego przygotowania się do porodu. Odpowiednie przygotowanie ciężarnej do odbycia porodu ma kluczowe znaczenie, zarówno dla dynamicznego postępu porodu, jak i zminimalizowania prawdopodobieństwa uszkodzenia tkanek kanału rodnego lub urazów okołoporodowych u dziecka.

Piśmiennictwo

1. Ćwiek D., Iwanowicz-Palus G., Stobnicka D. Szkoła Rodzenia. (W:) Iwanowicz-Palus G. (red.). Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Warszawa, Wyd. Lek. PZWL; 2012: 109-123.
2. Ćwiek. D. Szkoła rodzenia. Warszawa, Wyd. Lek. PZWL: 2010.
3. Lisius E., Michalik A. Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, jako forma psychoprofilaktyki. Położ Nauka Prakt, 2008; (4): 42-49.
4. Piziak W. Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009; 7(3): 282-292.
5. Karawicz-Bilińska A., Sikora A. Fizjoterapia w położnictwie. Ginekol Pol, 2010; 81(6): 441-445.
6. Rybka D., Durka A. Przebieg ciąży i porodu u kobiet praktykujących jogę. Położ Nauka Prakt, 2014; (1): 40-44.
7. Sass A. Gimnastyka z elementami pilatesa. Propozycja i promocja programu dla szkół rodzenia. Położ Nauka Prakt, 2014; (1): 48-51.
8. Stangret A., Cendrowska A., Szukiewicz D. Kurs szkoły rodzenia jako sposób na obniżenie poziomu lęku przed porodem. Fam Med Primary Care Rev, 2009; 11 (1): 2-6.
9. Iwanowicz-Palus G., Stobnicka D., Ćwiek D. Psychoprofilaktyka porodowa, (W:) Iwanowicz-Palus G. (red.): Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Warszawa, Wyd. Lek. PZWL; 2012: 164-186.
10. Lisius E., Michalik A. Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, jako forma psychoprofilaktyki. Położ Nauka Prakt, 2008; (4): 42-49.
11. Datta S. Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Warszawa, Wyd Lek PZWL; 2008.
12. Fenrych-Beecroft Z. HypnoBirthing, czyli co? Nowa metoda w Polsce. Mag Pielęg Położ, 2013; (6): 30-31.
13. Kubicka-Kraszyńska U. O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Warszawa, Fundacja Rodzić po Ludzku; 2010: 58.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Magdalena Lewicka, Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin, email: m.lewicka@umlub.pl

WPLYW RODZINY NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO PRZEBYTYM UDARZE MÓZGU

VPLYV RODINY NA KVALITU ŽIVOTA U PACIENTOV PO PREDCHÁDZAJÚCEJ CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Bogumiła Lubińska-Żądło¹, Bożena Kowalczyk¹, Maryla Leja², Bogumiła Kiełtyka¹,

¹Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

²Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu

Streszczenie

Udar mózgu jest najpoważniejszą chorobą naczyniową mózgu oraz jednym z największych problemów w medycynie. Na całym świecie stanowi on trzecią w kolejności przyczynę zgonów i główny powód niesprawności u osób powyżej 40. roku życia. Chorym, którym udaje się przeżyć ostrą fazę choroby, wymagają zwykle opieki bliskich ze względu na występujący po udarze niedowład bądź częściowy paraliż ciała. Chory po udarze ma mniejszą zdolność zarobkowania, pogarsza się sytuacja materialna. Problemy, które ich dotyczą wpływają również na najbliższe osoby i funkcjonowanie rodziny. Bardzo ważną rolę w procesie rehabilitacji chorego po udarze mózgu pełni rodzina gdyż w większości przypadków to współmałżonek, rodzice, dzieci po zakończonym leczeniu szpitalnym przejmują opiekę nad nim.

Celem pracy było określenie roli rodziny w procesie fizjoterapeutycznym oraz wpływ jej na jakość życia chorych po przebytych udarach mózgu.

Niniejsze badania pozwoliły na sformułowanie wniosków: Rodzina pełni ważną rolę w procesie rehabilitacji osób po udarach mózgu wpływając na poprawę jakości życia. Rodzina bardziej niż personel medyczny motywuje pacjenta do ćwiczeń dając mu możliwość ćwiczenia z fizjoterapeutą, indywidualnych lub też z członkiem rodziny.

Wstęp

Udar mózgu jest obecnie jedną z głównych przyczyn zgonów w populacji ludzi dorosłych i główną przyczyną inwalidztwa we współczesnym świecie. W krajach uprzemysłowionych i rozwijających stanowi drugą lub trzecią przyczynę zgonów po chorobach nowotworowych i układu serowo-naczyniowego, natomiast pierwszą przyczynę trwałego inwalidztwa, głównie u osób po 60 roku życia [1,2]. Statystycznie pierwszy udar następuje około 48 roku życia, a do rzadkości nie należy, że występuje w trzeciej lub czwartej

dekadzie życia. Za grupę największego ryzyka wśród młodych osób uchodzą mężczyźni w wieku 40-50 lat (kobiety zapadają na tę chorobę później 50-60 lat) [1]. W zależności od mechanizmu, udary mózgu dzieli się na dwa rodzaje: niedokrwienne i krwotoczne. Udary niedokrwienne, zwane inaczej zawałem mózgu stanowią 80% wszystkich udarów i są następstwem blokady przepływu krwi w tętnicy [2].

Rodzina jako mała grupa społeczna szczególnego rodzaju, charakteryzująca się silnymi więzami emocjonalnymi i formalnymi istniejącymi pomiędzy jej członkami opiera się na dwóch rodzajach więzi małżeńskiej i pokrewieństwa. Jest ona również grupą pierwotnej, ponieważ należy do niej każdy od momentu narodzin, aż do śmierci, bez względu na to czy się tego chce czy nie. Rodzina jest także grupą formalną mającą określoną prawnie strukturę, cele i normy w ramach, których funkcjonuje w społeczeństwie. Rodzina od zawsze była i w dalszym ciągu jest podstawową grupą społeczną. Składają się na nią ludzie spokrewnieni ze sobą więzami krwi jak i ci którzy są ze sobą spowinowaceni. Na wielu płaszczyznach rodzina posiada wiele zagrożeń, od spraw codziennego funkcjonowania po zachowania psychologiczne [3]. W literaturze socjologicznej rozróżnia się dziesięć funkcji rodziny: prokreacyjna, socjalizacyjna, kulturotwórcza, wspomagająca rozwój osobowości, religijna, ekonomiczna, stratyfikacyjna, integracyjna, rekreacyjna oraz opiekuńczo-zabezpieczająca polegającą na zapewnieniu środków niezbędnych do życia oraz sprawowaniu opieki nad niepełnosprawnymi, chorymi lub starszymi członkami rodziny, którzy ze względu na wiek i stan zdrowie nie mogą sami zaspokoić własnych potrzeb [4,5,6].

Wsparcie społeczne wpływa korzystnie na układ endokryny i immunologiczny, wzmacnia odporność na stres, działa profilaktycznie, ochronnie i hartująco. Przejawia się to między innymi w zmniejszeniu zachorowalności, zachowaniach prozdrowotnych, zmniejszeniu ponownej hospitalizacji. Pozytywny wpływ wsparcia daje się zauważyć w lepszym funkcjonowaniu i w poprawie jakości życia [7]. Udział rodziny chorego tak naprawdę zaczyna się już od momentu wystąpienia udaru mózgu. Bliscy zwykle towarzyszą pacjentowi w szpitalu, przeżywając z nim jego nagłą chorobę. Od tego momentu powinni być przygotowywani na właściwą współpracę w poszczególnych etapach zdrowienia i odzyskania sprawności [8].

Jakość życia to kategoria filozoficzna określająca stopień w jakim życie dostarcza człowiekowi zadowolenie w długim okresie czasu. Nie mierzymy jej w danym momencie, ale oceniamy ją w dającym się wyodrębnić okresie czasu. Każda osoba pojmuje jakość życia inaczej i w inny sposób postrzega jej wartości, które wpływają na poziom jej jakości życia. Historia badań nad jakością życia sięga lat 60. Za inicjatora w tej dziedzinie uważa się

A. Campbella, który w 1971 roku zajął się określeniem zadowolenia z życia Amerykanów. W roku 1994 WHO określiło jakość życia jako postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, zależne od indywidualnych celów, oczekiwań [9]. U chorych po udarze mózgu na jakość życia wpływają uszkodzenia mózgowia i powikłania ogólnoustrojowe. Chorzy borykają się z ograniczeniem sprawności ruchowej w wyniku niedowładu, zaburzeniami procesów poznawczych, intelektualnych, emocji [10].

Cel pracy

Celem pracy było określenie roli rodziny w procesie fizjoterapeutycznym oraz wpływ jej na jakości życia chorych po przebytych udarach mózgu.

Metoda i materiał

Do zebrania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 18 pytań. Dotyczyły one m.in.: wieku, płci, rodzaju udaru mózgu, wpływu fizjoterapii i rodziny na życie chorego. Zastosowano również kwestionariusz WHOQOL-Bref do oceny jakości życia, którego wyniki przekształcono do skali 0-100. Zawierał on 26 pytań z zakresu czterech dziedzin życia: psychologicznej, społecznej, środowiskowej oraz fizycznej. Dwa spośród 26 pytań analizowane są oddzielnie i dotyczą indywidualnej oceny poczucia jakości życia (Bref1) oraz ogólnej, indywidualnej percepcji własnego zdrowia (Bref2). Badania zostały przeprowadzone w miesiącach od stycznia do marca 2015r. w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu. W badaniu wzięło udział 79 pacjentów po przebytych niedokrwiennym udarach mózgu. Byli to pacjenci Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego a także pacjenci ambulatoryjni oraz korzystający z zabiegów w zakładzie rehabilitacyjnym w/w szpitala. Pacjentów podzielono na trzy grupy: grupa badana – osoby które wskazały, iż od rodziny uzyskują najważniejsze wsparcie w procesie rehabilitacji od momentu wystąpienia udaru mózgu, grupa kontrolna – osoby, które wskazały osobę z personelu medycznego (lekarze, pielęgniarka, fizjoterapeuta) za najważniejszą i najbardziej pomocną w procesie rehabilitacji od momentu wystąpienia udaru oraz grupa, w której została wskazana inna osoba (duchowny, przyjaciółka). Grupa ta ze względu na zbyt małą liczebność (4 osoby) nie była analizowana w dalszej części pracy.

Wyniki

Średnia wieku chorych z grupy badanej 57,56 lat, a średnia wieku grupy kontrolnej 56,89. Średnia czasu jaki upłynął od udaru w grupie badanej wyniósł 31,97 miesięcy a 29,94 miesięcy wyniósł w grupie kontrolnej. W grupie badanej było 39 osób a w grupie kontrolnej 36 osób. W grupie badanej była przewaga mężczyzn, w grupie kontrolnej sytuacja była

odwrotna. Uwzględniając stan cywilny zaobserwowano, iż w grupie badanej dominowały osoby zamężne (62%), natomiast w grupie kontrolnej najliczniejszą grupą były osoby owdowiałe (36%). W obu grupach dominowały osoby z wykształceniem zawodowym. Pod względem zamieszkania przeważały osoby mieszkające w mieście. W obu grupach przeważały osoby z połowicznym niedowładem lewostronnym. Analizując miejsce pobytu badanych grup obserwuje się wyraźną różnicę, gdyż, aż 87% respondentów mieszka z rodziną a w grupie kontrolnej tylko 33% badanych (tabela 1).

Tabela 1. Parametry socjodemograficzne w poszczególnych analizowanych grupach (wyniki w liczbach i %)

Zmienne	Kategoria odpowiedzi	Grupa badana		Grupa kontrolna		Ogółem	
		N	%	n	%	n	%
Płeć	mężczyzna	23	58,97	12	33,33	35	46,67
	kobieta	16	41,03	24	66,67	40	53,88
Stan cywilny	kawaler/panna	3	7,69	8	22,22	11	14,77
	żonaty/zamężna	24	61,54	9	25,00	33	44,00
	po rozwodzie	1	2,56	6	16,67	7	9,37
	wdowiec/wdowa	11	28,21	13	36,11	24	32,38
Wykształcenie	podstawowe	6	15,38	3	8,33	9	12,21
	zawodowe	14	35,90	15	41,67	29	39,15
	średnie	13	33,33	12	33,33	25	33,78
	wyższe	6	15,38	6	16,67	12	16,21
Miejsce zamieszkania	wieś	16	41,03	15	41,67	31	41,88
	miasto	23	58,97	21	58,33	44	58,67
Strona niedowład	prawostronny	15	38,46	17	47,22	32	43,18
	lewostronny	24	61,54	19	52,78	43	57,33
Miejsce pobytu	samotnie	1	2,56	13	36,11	14	18,70
	z rodziną	34	87,18	12	33,33	46	61,33
	ZOL	4	10,26	11	30,56	15	20,14

Tabela 2 ukazuje jakość życia wg skali WHOQOL-Bref w zależności od osoby jaką chory wskazał jako najważniejszą w procesie rehabilitacji. Zadowolenie z jakości swojego życia (Bref1) w grupie, w której chorzy wskazali na członków rodziny jako osoby, od których uzyskali najwięcej wsparcia w procesie rehabilitacji, było powyżej 3 punktów natomiast w grupie, która wskazała członka personelu medycznego (lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę) jako osobę, od której uzyskała najwięcej wsparcia od momentu wystąpienia udaru mózgu w procesie rehabilitacji zadowolenie z jakości swojego życia było niższe i wyniosło poniżej 3 punktów. Średnia wartość oceny własnego zdrowia (Bref2) była niższa w obu badanych grupach i tak w grupie badanej wynosił 2,85 punktu a w grupie kontrolnej 2,56

punktu. W dziedzinie fizycznej średnia wartość w grupie badanej wyniosła 45 punktów, natomiast w grupie kontrolnej była niższa i wyniosła 40 punktów. W dziedzinie psychologicznej w grupie badanej średnia wartość wyniosła 51 punktów a w grupie kontrolnej 39 punktów. Największa różnica średnich wartości między analizowanymi grupami wystąpiła w dziedzinie społecznej i tak w grupie badanej wyniosła 60 punktów a w grupie kontrolnej 46 punktów. Jakość życia w dziedzinie środowiskowej była na poziomie 58 punktów w grupie badanej a w grupie kontrolnej na poziomie 51 punktów. W tym przypadku nie ma różnic pomiędzy grupą badaną a kontrolną w zakresie Bref1, Bref2 i dziedziny fizycznej. Rodzaj grupy różnicuje statystycznie znamienne jakość życia w dziedzinie psychologicznej ($p=0,013$), dziedzinie społecznej ($p=0,004$) i środowiskowej ($p=0,026$). Jakość życia pacjentów z grupy badanej we wszystkich trzech przypadkach jest lepsza niż jakość życia pacjentów z grupy kontrolnej.

Tabela 2. Zależność między jakością życia wg WHOQOL-Bref a wpływem rodziny

Jakość życia	Rodzaj grupy	Średnia	Odch.std	Me	Min	Max	Test Manna-Whitneya
Bref1	kontrolna	2,92	0,94	3	1	5	p=0,084
	badana	3,28	0,92	3	1	5	
Bref2	kontrolna	2,56	1,03	2	1	4	p=0,216
	badana	2,85	0,93	3	1	4	
Dziedzina fizyczna	kontrolna	40,08	20,0	38	6	81	p=0,207
	badana	45,18	13,6	44	13	81	
Dziedzina psychologiczna	kontrolna	39,56	20,1	38	0	81	p=0,013
	badana	51,21	19,8	50	0	94	
Dziedzina społeczna	kontrolna	46,89	22,6	44	0	100	p=0,004
	badana	60,38	17,6	56	19	100	
Dziedzina środowiskowa	kontrolna	51,22	16,4	44	25	88	p=0,026
	badana	58,10	17,0	56	19	94	

W tabeli 3 przedstawiono zależność między jakością życia wg WHOQOL-Bref a miejscem pobytu z uwzględnieniem wpływu rodziny. Wartości średnich nie pokazują znacznych różnic w stosunku do średnich wartości zależność między jakością życia wg WHOQOL-Bref a wpływem rodziny. Różnica punktowa nie przekracza poziomu 3 punktów w obrębie poszczególnych dziedzin.

Tabela 3. Zależność między jakością życia wg WHOQOL-Bref a miejscem pobytu z uwzględnieniem wpływu rodziny

Jakość życia	Zamieszkali z rodziną	Mieszkający samotnie lub w ZOL	Ogółem
Bref1	3,15	3,03	3,09
Bref2	2,76	2,62	2,69
Dziedzina fizyczna	45,22	38,79	42,01
Dziedzina psychologiczna	49,26	39,83	44,54
Dziedzina społeczna	60,17	43,97	52,07
Dziedzina środowiskowa	57,57	50,41	53,99

W tabeli 4 analizowano zależność między czasem rozpoczęcia rehabilitacji a wsparciem rodziny w procesie rehabilitacji. W obu grupach 58% rozpoczęło rehabilitację w przeciągu siedmiu dni od wystąpienia udaru mózgu. Ponad co czwarta osoba w obu grupach rehabilitację rozpoczęła w ciągu miesiąca od wystąpienia udaru mózgu. Najmniej liczna grupa respondentów w grupie badanej i kontrolnej rozpoczęła rehabilitację dopiero po miesiącu. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 2) = 0,062, p = 0,97$ n.s.) pomiędzy momentem podjęcia pierwszej rehabilitacji, a badaną grupą osób.

Tabela 4. Zależność między momentem podjęcia pierwszej rehabilitacji a analizowanymi grupami chorych

	Grupa badana		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Pierwsza rehabilitacja						
W pierwszym tygodniu	23	58,97	21	58,33	44	58,67
W pierwszym miesiącu	10	25,64	10	27,78	20	27,01
Po miesiącu	6	15,38	5	13,89	11	14,87
$\chi^2(n = 75, df = 2) = 0,062, p = 0,97$ n.s. – nieistotne statystycznie						

W tabeli 5 przedstawiono dane dotyczące formy kontynuacji rehabilitacji lub też jej braku w miejscu zamieszkania. Najwięcej bo ponad co trzecia osoba z grupy badanej ćwiczy w domu z członkami rodziny, natomiast ponad co trzecia osoba z grupy kontrolnej w ogóle nie kontynuuje rehabilitacji.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,53, p = 0,46$ n.s.) pomiędzy kontynuacją rehabilitacji w miejscu pobytu – ćwiczenia z rehabilitantem, a badaną grupą. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 4,79, p = 0,029$) pomiędzy kontynuacją rehabilitacji w miejscu pobytu – ćwiczenia z członkami rodziny, a badaną grupą. Statystycznie znacznie mniej było osób w grupie kontrolnej, które ćwiczyły z członkami rodziny w miejscu pobytu w ramach kontynuacji rehabilitacji, w porównaniu do

osób z grupy badanej. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,0078, p = 0,93$ n.s.) pomiędzy kontynuacją rehabilitacji w miejscu pobytu – ćwiczeń samodzielnie, a badaną grupą. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,96, p = 0,33$ n.s.) pomiędzy brakiem kontynuacji rehabilitacji w miejscu pobytu – nie ćwiczeń, a badaną grupą.

Tabela 5. Kontynuacja rehabilitacji w miejscu zamieszkania przez chorych

Kontynuacja rehabilitacji	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Ćwiczeń z rehabilitantem	10	25,64	12	33,33	22	29,33
Ćwiczeń z członkami rodziny	14	35,90	5	13,89	19	25,33
Ćwiczeń sam	9	23,08	8	22,22	17	22,67
Nie ćwiczeń	11	28,21	14	38,89	25	33,33
$\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,53, p = 0,46$ n.s. – ćwiczeń z rehabilitantem $\chi^2(n = 75, df = 1) = 4,79, p = 0,029$ – ćwiczeń z członkami rodziny $\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,0078, p = 0,93$ n.s. – ćwiczeń sam $\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,96, p = 0,33$ n.s. – nie ćwiczeń						

W tabeli 6 zaprezentowano uczestnictwo chorych w warsztatach terapii zajęciowej jako dodatkowej dostępnej formy rehabilitacji dla osób po udarze mózgu. W grupie, która może liczyć na wsparcie rodziny w procesie rehabilitacji 38% respondentów deklaruje uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej w grupie, w której nie ma takiego wsparcia, aż 63% uczestniczy w takiej formie rehabilitacji. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 4,84, p = 0,028$) pomiędzy uczestnictwem w warsztatach terapii zajęciowej, a badaną grupą. Statystycznie znacznie mniej było osób w grupie kontrolnej, które *nie uczestniczyły w warsztatach terapii zajęciowej* (więcej było osób w grupie kontrolnej, które *uczestniczyły w warsztatach terapii zajęciowej*), w porównaniu do osób z grupy badanej.

Tabela 6. Uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej w miejscu pobytu przez chorych

Uczestnictwo w warsztatach zajęciowej	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%
Tak	15	38,46	23	63,89	38	50,67
Nie	24	61,54	13	36,11	37	49,33
$\chi^2(n = 75, df = 1) = 4,84, p = 0,028$						

W tabeli 7 przedstawiono stopień samodzielności w grupie ze wsparciem rodziny w procesie rehabilitacji oraz bez jej wsparcia. Bardziej samodzielni byli pacjenci, którzy nie mieli wsparcia ze strony rodziny.

Tabela 7. Stopień samodzielności badanych

Samodzielność chorego	Grupa badana		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Potrzeba stałej pomocy	12	30,77	14	38,89	26	34,67
Potrzeba częściowej pomocy	11	28,21	3	8,33	14	18,67
Potrzeba niewielkiej pomocy	7	17,95	7	19,44	14	18,67
Samodzielny	9	23,08	12	33,33	21	28,00

W tabeli 8 analizowano wpływ rodziny na użycie wyrobów tytoniowych po udarze mózgu. Pozytywnym aspektem jaki wynikł z tego badania jest fakt, iż połowa respondentów z grupy kontrolnej deklaruje, że są osobami niepalącymi, nie oznacza to jednak, że nie były biernymi palaczami. W grupie badanej co trzecia osoba zaprzestała używania wyrobów tytoniowych podczas choroby pod wpływem rodziny. W grupie badanej ponad 40% przyznaje, iż po udarze nie zmniejszyła ilości wypalanych papierosów. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 2) = 2,30, p = 0,32$ n.s.) pomiędzy wpływem rodziny na spożycie wyrobów tytoniowych, a badaną grupą.

Tabela 8. Używanie wyrobów tytoniowych po przebytych udarach mózgu

Palenie wyrobów tytoniowych	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	N	%	n	%
Tak	10	25,64	8	22,22	18	24,00
Nie	16	41,03	10	27,78	26	34,67
Nie dotyczy	13	33,33	18	50,00	31	41,33

$\chi^2(n = 75, df = 2) = 2,30, p = 0,32$ n.s.

Tabela 9 ukazuje wpływ członków rodziny na spożycie wyrobów alkoholowych. Ponad 40% zarówno w grupie, w której najczęściej wsparcia chorzy uzyskali od rodziny jak i w grupie, w której wsparciem były osoby z personelu medycznego deklaruowało, iż od momentu zachorowania nie spożywali wyrobów alkoholowych. 35% chorych z grupy badanej i 47% z grupy kontrolnej przyznaje się do sporadycznego spożywania alkoholu. Nadużywanie dotyczy co dziesiątej osoby z grupy kontrolnej i około co czwartej osoby z grupy badanej. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 2) = 2,13, p = 0,34$ n.s.) pomiędzy wpływem rodziny na spożycie alkoholu, a badaną grupą osób.

Tabela 9. Spożycie alkoholu po przebytych udarze mózgu

Spożycie alkoholu	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%
Tak	9	23,08	4	11,11	13	17,33
Nie	14	35,90	17	47,22	31	41,33
Nie dotyczy	16	41,03	15	41,67	31	41,33

$\chi^2(n = 75, df = 2) = 2,13, p = 0,34$ n.s.

Tabela 10 przedstawia dane dotyczące częstotliwości wykonywania pomiarów ciśnienia krwi po przebytych udarze mózgu. Ponad ¾ chorych z grupy badanej zwiększyło pomiar ciśnienia krwi, w grupie kontrolnej było to 80% chorych. Prawdopodobnie wpłynęła na to obecność chorych w grupie kontrolnej zamieszkujących w ZOL-ach gdzie pomiar ciśnienia jest powszechnie dostępny, wręcz obowiązkowy. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,15, p = 0,70$ n.s.) pomiędzy zwiększeniem częstotliwości wykonywania pomiarów ciśnienia, a badaną grupą osób.

Tabela 10. Zwiększenie częstotliwości wykonywania pomiarów ciśnienia po przebytych udarze mózgu

Pomiar ciśnienia	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%
Tak	30	76,92	29	80,56	59	78,67
Nie	9	23,08	7	19,44	16	21,33

$\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,15, p = 0,70$ n.s.

W tabeli 11 zaprezentowano źródła informacji dotyczące stylu życia osób po przebytych udarze mózgu. Wiodącym źródłem informacji w obu grupach są przedstawiciele świata medycznego (lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty). Drugim co do częstotliwości źródłem informacji po które sięgają chorzy jest masmedia. Co dziesiąty chory z grupy badanej deklaruje, iż to rodzina jest jego źródłem informacji. W grupie kontrolnej nikt nie wskazał członków rodziny jako źródła bezpośredniej informacji. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,10, p = 0,75$ n.s.) pomiędzy korzystaniem ze źródła informacji na temat stylu życia jakim jest personel medyczny, a badaną grupą osób.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 2,51, p = 0,11$ n.s.) pomiędzy korzystaniem z literatury jako źródła informacji na temat stylu życia, a badaną grupą osób. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,59, p = 0,44$ n.s.) pomiędzy korzystaniem z internetu i TV jako źródeł informacji na temat stylu życia, a badaną grupą osób. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($\chi^2(n = 75, df = 1) = 3,90, p =$

0,048) pomiędzy korzystaniem ze źródła informacji na temat stylu życia jakim jest rodzina, a badaną grupą osób. Statystycznie znamiennej było osób w grupie kontrolnej, dla których *rodzina* była źródłem informacji odnośnie stylu życia osób po udarze mózgu, w porównaniu do osób z grupy badanej.

Tabela 11. Źródła informacji dotyczące stylu życia dla osób po udarze mózgu

Źródła informacji	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%
Personel medyczny	22	56,41	19	52,78	41	54,67
Literatura	14	35,90	7	19,44	21	28,00
Internet i TV	15	38,46	17	47,22	32	42,67
Rodzina	4	10,26	0	0,00	4	5,33
Inne	1	2,56	1	2,78	2	2,67
$\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,10, p = 0,75$ n.s. – personel medyczny $\chi^2(n = 75, df = 1) = 2,51, p = 0,11$ n.s. – literatura $\chi^2(n = 75, df = 1) = 0,59, p = 0,44$ n.s. – internet i TV $\chi^2(n = 75, df = 1) = 3,90, p = 0,048$ – rodzina inne – nie można oszacować, z powodu zbyt małych liczebności						

Dyskusja

Niepodważalna i udowodniona niejednokrotnie jest skuteczność procesu rehabilitacyjnego związana z plastycznością mózgu oraz samoistnym zdrowieniem. W miarę upływu czasu od wystąpienia incydentu udaru mózgu sprawność fizyczna ulega poprawie, jednak poprawa stanu fizycznego nie zawsze gwarantuje poprawę jakości życia na którą wpływa wiele poza fizycznych czynników jak: pozytywne uczucia, relacje personalne czy środowisko domowe [12,13]. Członkowie rodziny po powrocie chorego do domu są dla niego źródłem wsparcia emocjonalnego i fizycznego. Brak medycznej wiedzy, który niezbędny jest do kontynuowania procesu rehabilitacyjno-pielęgnacyjnego nie przeszkadza im we włączeniu się w usprawnianie chorego a ich potencjał niejednokrotnie nie jest w pełni wykorzystany. Aktywny udział członków rodziny w ćwiczeniach prowadzonych przez fizjoterapeutę dostarcza niezbędnej im wiedzy praktycznej, którą mogą wykorzystać dopełniając holistyczny proces rehabilitacji [14,15]. Edukacja rodziny na temat rehabilitacji, pielęgnacji i stylu życia po udarze może poprawić wyniki w procesie rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu [16]. Niezwykle istotna w procesie rehabilitacji chorego po udarze mózgu jest motywacja. Rodzina w tej materii może zarówno być budująca przez pozytywne uczucia (miłość najbliższych), poczucie, że jest się niezbędnym w rodzinie jak i destrukcyjna przez nadopiekuńczość czy brak uznania [17]. Zmotywowana rodzina zapewni pacjentowi niezbędną mu opiekę która

pomoże w poprawie jakości życia pacjentów po przebytych udarach mózgu. Udar destabilizuje dotychczasowe życie rodzinne, ale mimo trudności z jakimi każdego dnia zmagają się członkowie najbliższej rodziny chorego czerpią również korzyści z zaistniałej sytuacji w postaci większego szacunku dla swojego życia i sprawności fizycznej jaką posiadają [12].

Wnioski

1. Rodzina pełni ważną rolę w procesie rehabilitacji osób po udarze mózgu wpływając na poprawę jakości życia.
2. Pomaga przetrwać chorobę i związane z nią inwalidztwo wpływając na lepszą jakość życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej.
3. Jako podstawowa komórka społeczeństwa rodzina powinna pomagać choremu w walce z nałogami, niestety do nadużywania alkoholu przyznaje się co czwarty chory z grup, dla których rodzina jest głównym filarem w procesie rehabilitacji.
4. Istotną, wartościową i rzetelną wiedzę na temat stylu życia po udarze mózgu chorzy czerpią od personelu medycznego.
5. Warsztaty terapii zajęciowej w procesie rehabilitacji osób, które wskazały na rodzinę jako źródło największego wsparcia od momentu wystąpienia choroby, nie są doceniane i rzadziej biorą w nich udział.
6. Rodzina bardziej niż personel medyczny motywuje pacjenta do ćwiczeń dając mu możliwość ćwiczenia z fizjoterapeutą, ćwiczeń indywidualnych lub też z członkiem rodziny.

Piśmiennictwo

1. Barcikowska M.: Epidemiologia udaru niedokrwienego i krwotocznego: częstość występowania, chorobowość, śmiertelność i czynniki ryzyka. *Neurologia po dyplomie* 2009, tom 4, nr 2: 18-30
2. Prusiński A.: *Neurologia Praktyczna*. Wyd. PZWL, Warszawa 2011
3. Adamski F.: *Rodzina. Wymiar społeczno – kulturowy*. Wyd. UJ, Kraków 2002
4. Hałoń E.: *Rodzina współczesna*. Wyd. UJ, Warszawa 2002
5. Karpowicz M., Karpowicz R.: Współczesna rodzina polska i jej funkcjonowanie. *Problemy Rodziny* 2001, 4/6: 33 – 38
6. Tyszką Z.: *Rodzina we współczesnym świecie*. Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2002

7. Opara J., Błaszczyszyn M., Barszcz J.: Kontynuacja rehabilitacji po udarze mózgu w domu według modelu EHSD, „Rehabilitacja medyczna”, Wyd. JAIM-ELIPSA-JAIM, 2009, 3
8. Leibold G.: Udar mózgu-jak zmniejszyć ryzyko, jak leczyć, jak żyć po udarze. Wyd. AWM, Warszawa 2004
9. Papuć E.: Jakość życia- definicje i sposoby jej ujmowania. CurrProbl Psychiatri 2011; 12
10. Rykała J., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009, 4: 384- 391
11. Wołowiecka L.: Jakość życia w naukach medycznych. Poznań 2001
12. Kozieł vel Kozłowska A., Kwolek A.: Rola rodziny w rehabilitacji osoby po udarze pnia mózgu – opis przypadku. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009, 3, 293-297
13. Clark M.S., Smith D.S.: Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their familie, Int J Rehabil Res. 1999 Sep; 22(3): 171-179
14. Ski C, O’Connell B.: Stroke: the increasing complexity of carer needs. J Neurosci Nurs. 2007 Jun;39(3):172-9
15. Galvin R., Cusack T., Stokes E.: To what extent are family members and friends involved in physiotherapy and the delivery of exercises to people with stroke? Disabil Rehabil. 2009;31(11):898-905
16. Clark M.S, Rubenach S., Winsor A.: A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke Clin Rehabil, 17 (7) (2003), pp. 703–712
17. Maclean N., Pound P., Wolfe C., Rudd A.: Qualitative analysis of stroke patients’ motivation for rehabilitation, BMJ. 2000 Oct 28; 321(7268):1051- 4.

Dane kontaktowe:

Bogumiła Lubińska-Żądło

bogda_alina@o2.pl

34-745 Spytkowice 17

Instytut Fizjoterapii Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

34-400 Nowy Targ, ul. Kokoszków 71

**PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY PRZYSTOSOWANIA MIESZKAŃCÓW DOMU
POMOCY SPOŁECZNEJ**
PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY ADAPTÁCIE ĽUDÍ ŽIJÚCICH V DOMOVOCH
SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Bogumiła Lubińska-Żądło¹, Bożena Kowalczyk¹, Anna Kaim², Stanisława Talaga¹,

¹Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

²Dom Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej

Streszczenie

We współczesnym społeczeństwie opieka nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi coraz częściej przyjmuje formę zinstytucjonalizowaną. Każdy człowiek do swojego prawidłowego funkcjonowania potrzebuje zaspokojenia swoich potrzeb. Zachowanie równowagi ludzkiego organizmu jako całości jest uwarunkowane zaspokojeniem jego różnego rodzaju potrzeb, tj. biologicznych, psychicznych, społecznych, duchowych. Niezaspokojenie potrzeb ma odbicie w zaburzeniach funkcjonowania człowieka w poszczególnych sferach jego życia. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na to, iż w naszym społeczeństwie żyje pewna grupa osób, która z różnych przyczyn, najczęściej zdrowotnych, mieszka w domach pomocy społecznej, a także poznanie jej różnego rodzaju problemów związanych z pobytem w tych instytucjach. Badania przeprowadzono wykorzystując technikę ankiety, analizy dokumentacji, obserwacji i rozmowy, wśród zróżnicowanych pod względem płci i wieku mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej. Zdecydowana większość respondentów czuje się w DPS bezpiecznie i jest zadowolona z warunków bytowych, jakie się im oferuje. Pozytywnie też oceniony został stosunek personelu do mieszkańców. Dużą trudnością dla respondentów jest konieczność podporządkowania się regułom zorganizowanego życia w domu pomocy społecznej i ograniczenie możliwości swobodnego zaspokajania swoich potrzeb, jak to czynili przed pobytem w DPS. Dużym problemem większości mieszkańców jest oderwanie od rodziny i ich dotychczasowego środowiska oraz zbyt rzadki kontakt z rodziną. Ponad połowa mieszkańców nigdy nie była na przepustce u rodziny, zdecydowana większość chciałaby wrócić do swojego domu. Sytuacja skłaniająca badanych do zamieszkania w DPS nie musi być powodem, by czuli się oni życiowo nieszczęśliwi.

Słowa kluczowe: dom pomocy społecznej, potrzeby psychospołeczne,

Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się zmiany demograficzne m. in.: starzenie się społeczeństwa, wydłużenie długości życia, niewydolność rodzin z różnych przyczyn, a także znaczny wpływ czynników ekonomicznych na funkcjonowanie rodziny. Zadanie opieki nad ludźmi starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi coraz częściej przejmują instytucje pomocy społecznej, w tym domy pomocy społecznej.

Pomoc społeczna w Polsce jest instytucją polityki społecznej państwa, której celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których sami nie są w stanie pokonać. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej (minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, wojewodowie) i samorządowej (marszałkowie województw, starostowie na poziomie powiatów oraz wójtowie, burmistrzowie (prezydenci miast) na poziomie gmin [1].

Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone po uzyskaniu zgody od wojewody, przez: organy jednostek samorządu terytorialnego, Kościół Katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, inne osoby prawne i fizyczne [1].

Pomoc w instytucjach opiekuńczych typu: domy pomocy społecznej, polega na zapewnieniu w nim usług o określonym standardzie oraz kierowanie do niego osób ubiegających się o przyjęcie.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej w dziale II *świadczenia z pomocy społecznej rozdział 1 zasiłki i usługi* Art.50.1. i art. 51.1. prawo do umieszczenia w domu pomocy przysługuje osobie, która wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych [1].

Dom pomocy społecznej świadczy usługi:

- bytowe – miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości,
- opiekuńcze – pielęgnacja, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, w załatwianiu spraw osobistych,
- wspomagające – możliwość udziału w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców, możliwość zaspokajania potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, utrzymywania, rozwijania kontaktu z rodziną i środowiskiem, działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańca,

- edukacyjne (dotyczą dzieci) – pobieranie nauki, zajęcia rewalidacyjne, uczenie i wychowanie przez doświadczenie życiowe [2].

Ważnym zadaniem realizowanym w DPS jest aktywizacja mieszkańców. Jest ona programowym, systematycznym i zindywidualizowanym procesem pracy z jednostką lub grupą osób mający na celu poznanie ich możliwości, ograniczeń oraz pobudzenie do aktywności w ramach tych możliwości [3].

Aktywizacja sprzyja nawiązywaniu kontaktów z współmieszkańcami, personelem, z rodziną, ze środowiskiem zewnętrznym. Daje możliwość rozwoju własnej twórczości i rozwijania zainteresowań. Aktywny mieszkaniec domu pomocy, który ma poczucie własnej przydatności i użyteczności, z reguły, odznacza się dużo lepszą kondycją psychosomatyczną, niż osoba przekonana o własnej nieużyteczności, nie posiadająca zainteresowań, bierna, często przyjmująca postawę zależności, wrogości skierowanej na siebie lub otoczenie [4].

Każdy człowiek do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje zaspokojenia swoich potrzeb. Gdy nie są one zaspokojone, trudno jest radzić sobie w codziennym życiu, pojawia się frustracja, poczucie wyizolowania, problemy z wypełnianiem ról społecznych. Zachowanie równowagi ludzkiego organizmu jako całości jest uwarunkowane zaspokojeniem potrzeb, tj. biologicznych, psychicznych, społecznych, duchowych. Niezaspokojenie potrzeb ma odbicie w zaburzeniach funkcjonowania człowieka w poszczególnych sferach jego życia. Zaspokojenie potrzeb wyższych pociąga za sobą pożądane konsekwencje społeczne. Dążenie do zdobycia szacunku, miłości wymaga udziału innych ludzi, rozwijają się takie cechy jak lojalność, życzliwość. Ludzie o takich cechach stają się lepszymi małżonkami, rodzicami, nauczycielami. Stwierdzono też, że ludzie z zaspokojoną potrzebą samorealizacji są bardziej przyjaźni innym, a sami są specyficznymi indywidualistami [5].

Mieszkańcy domu pomocy społecznej mają takie same potrzeby jak wszyscy ludzie, jednak ze względu na ograniczenia wypływające z wieku, choroby i niepełnosprawności mogą mieć problemy z ich sygnalizowaniem i zaspokajaniem. Znaczenie mają tu też prawa, jakimi rządzi się ta instytucja. Dlatego dom pomocy społecznej powinien umożliwić swoim mieszkańcom w jak największym stopniu zaspokojenie potrzeb, aby jakość ich życia pozostawała na dobrym poziomie jak najdłużej.

Ważne jest także przełamanie lęków u mieszkańców, pokazanie im, że pobyt w domu pomocy społecznej jest alternatywną formą normalnego życia, a w niektórych aspektach bezpieczniejszym i lepszym wariantem spędzenia starości; gdy pogarsza się stan zdrowia w domu rodzinnym, rozsądne i uczciwe staje się przekazanie go fachowemu opiekunom w sytuacji, gdy domownicy wiele godzin przebywają poza domem [6,7].

W wypadku wycofywania się podopiecznego lub odrzucenia go przez społeczeństwo dochodzi do izolacji społecznej, która jest często czynnikiem ryzyka przedwczesnej śmierci. Korzystnym rozwiązaniem problemu samotności jest integracja międzypokoleniowa oraz utrzymywanie kontaktów między seniorami [8].

Ograniczenie możliwości praktykowania wiary. Większość ludzi wyznaje jakąś wiarę. Wiara w Boga jest dla wielu punktem odniesienia dla sensu życia, pomaga pokonywać problemy, daje nadzieję. Jest to ważne szczególnie dla ludzi starzejących się, cierpiących, którzy w wierze poszukują odpowiedzi na pytania związane z sensem istnienia czy cierpienia. Religia zajmuje w życiu seniora dużo ważniejszą pozycję niż w poprzednich okresach jego życia, z wiekiem zwiększają się potrzeby duchowe, intensywność doświadczeń religijnych i otwartość na praktyki religijne, wyraźnie przejawia się wiara w życie pozagrobowe. Socjologia wyróżnia 5 wymiarów życia religijnego: płaszczyzna doświadczenia, płaszczyzna ideologiczna, płaszczyzna rytualna, płaszczyzna intelektualna, płaszczyzna konsekwencji. W oparciu o ten podział można zauważyć, w jakiej płaszczyźnie będzie nam łatwiej dotrzeć do podopiecznego. Jeden podopieczny np. będzie chętnie dyskutował o nakazie miłości bliźniego, natomiast inny przyłączy się z radością do wspólnej modlitwy w kaplicy [9].

W Europie praktykowane są 2 koncepcje opieki duszpasterskiej nad mieszkańcami domu pomocy społecznej: pierwsza zakłada autonomiczność wspólnoty z możliwością normalnej posługi kapłańskiej (jak w małej parafii), często sprawowanej przez emerytowanego księdza będącego mieszkańcem domu; druga koncepcja traktuje mieszkańców domu jako normalnych członków wspólnoty lokalnej i wszystkie formy opieki duszpasterskiej na terenie parafii dotyczą również domu [10].

Cel pracy

Celem pracy było zwrócenie uwagi na to, że w naszym społeczeństwie żyje pewna grupa osób, która z różnych przyczyn, najczęściej zdrowotnych, mieszka w domach pomocy społecznej, a także poznanie problemów związanych z pobytem w tych instytucjach. Uzyskane wyniki badań mogą zostać wykorzystane w staraniach o poprawę jakości usług w domach pomocy społecznej.

Material i metoda

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując technikę ankiety, analizy dokumentacji medycznej, a także obserwacji i rozmowy. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety skonstruowany dla potrzeb niniejszej pracy.

Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej (DPS) dla osób przewlekle psychicznie chorych w Mszanie Dolnej.

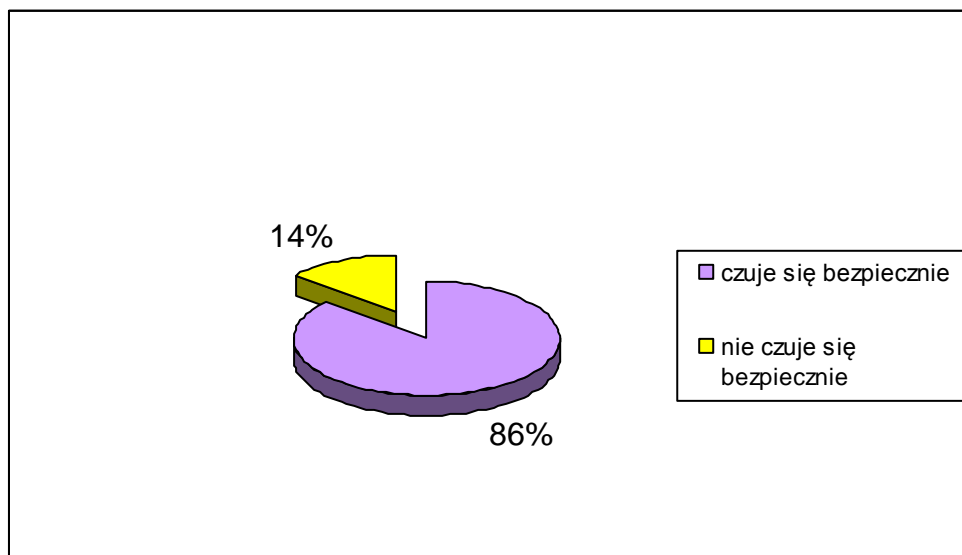
Badaniami objęto 44 z 48 mieszkańców DPS, z którymi możliwości komunikowania były na tyle dobre, by zastosować kwestionariusz ankiety.

Większość badanych stanowiły kobiety 37 (84%) a mężczyźni 7 osób (16%). Najlicniejszą grupą byli respondenci w przedziale wiekowym 51 – 60 lat 14 osób (32%), kolejno osoby powyżej 70 lat to 11 osób (25%), następnie 61 - 70 lat 10 osób (23%), z kolei w wieku 41 - 50 lat 7 respondentów (16%), a do 40 roku życia 2 osoby (5%). Zdecydowana większość 28 respondentów (64%) to osoby stanu wolnego, 10 osób (23%) stanowili respondenci owdowiali, a 6 osób (13%) pozostaje w związku małżeńskim.

Wśród mieszkańców DPS, 19 respondentów (43%) wcześniej mieszkało w mieście, a 25 osób (57%) na wsi. Połowa respondentów 22 osoby (50%) posiadała wykształcenie podstawowe, 9 osób (20%) średnie, po 6 respondentów (14%) zawodowe, z wykształceniem wyższym była 1 osoba (2%) a także 1 osoba (2%) nie posiadała żadnego wykształcenia,

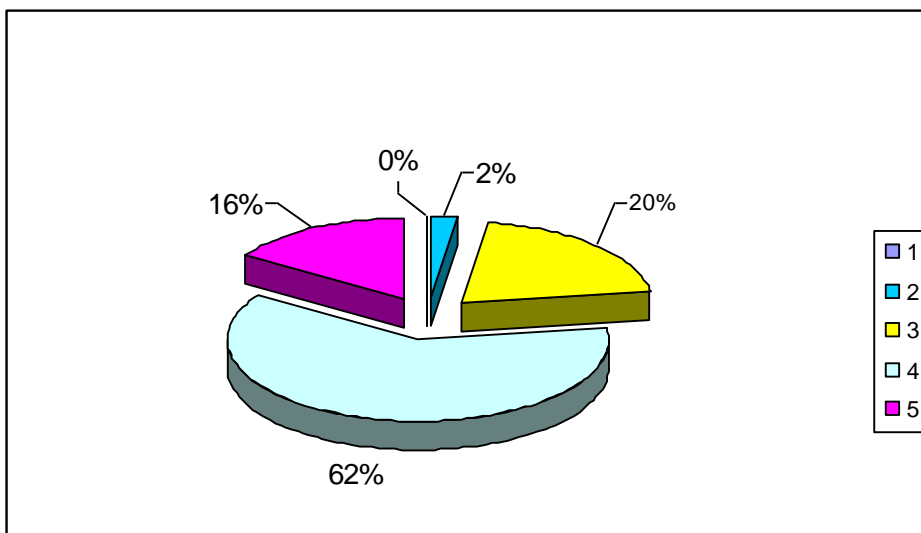
Wyniki

Problemy sfery psychospołecznej



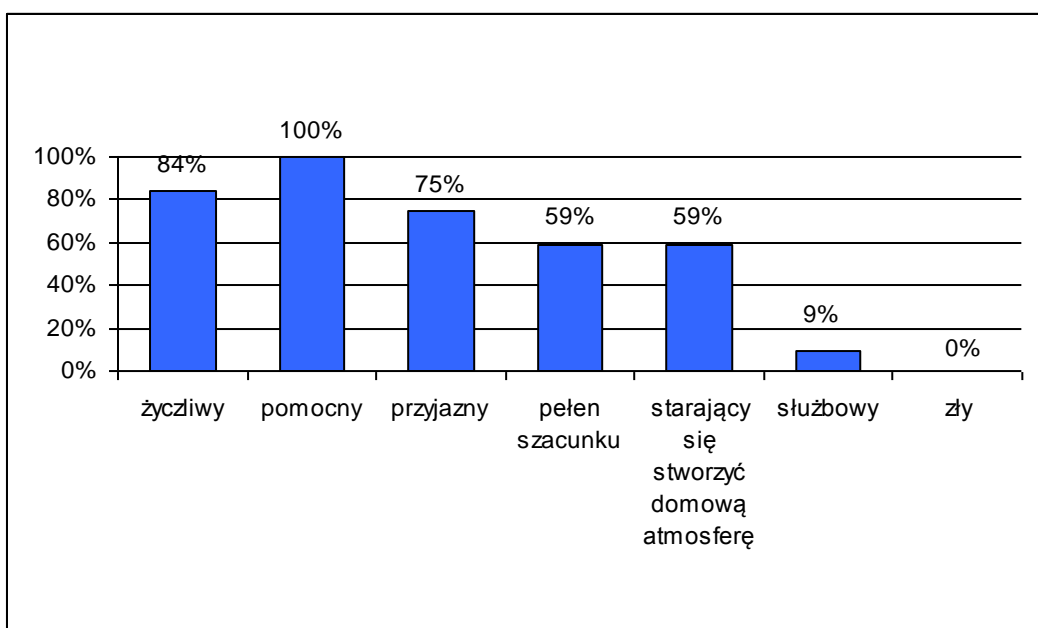
Rycina 1. Subiektywna ocena bezpieczeństwa

Zdecydowana większość respondentów 38 osób (86%) stwierdziła, że w domu pomocy społecznej (DPS) czuje się bezpiecznie, 6 osób (14%) wskazało, że nie czuje się bezpiecznie.



Rycina 2. Subiektywna ocena atmosfery panującej wśród mieszkańców

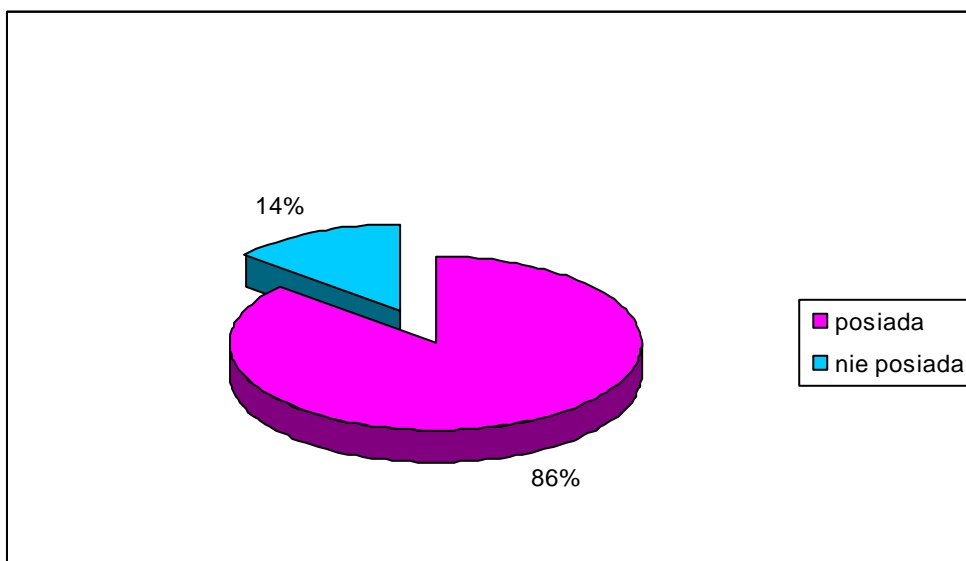
Atmosferę panującą wśród mieszkańców oceniono wg. skali punktowej, gdzie 1 oznacza - bardzo złą, a 5 - bardzo dobrą. Bardzo dobrze na 5 pkt oceniło atmosferę 7 osób 16% respondentów, na 4 pkt oceniło większość respondentów, bo 27 osób (62%), na 3 pkt 9 osób (20%), a 2 pkt - 1 osoba (2%) .



Rycina 3. Subiektywna ocena stosunku personelu do mieszkańców

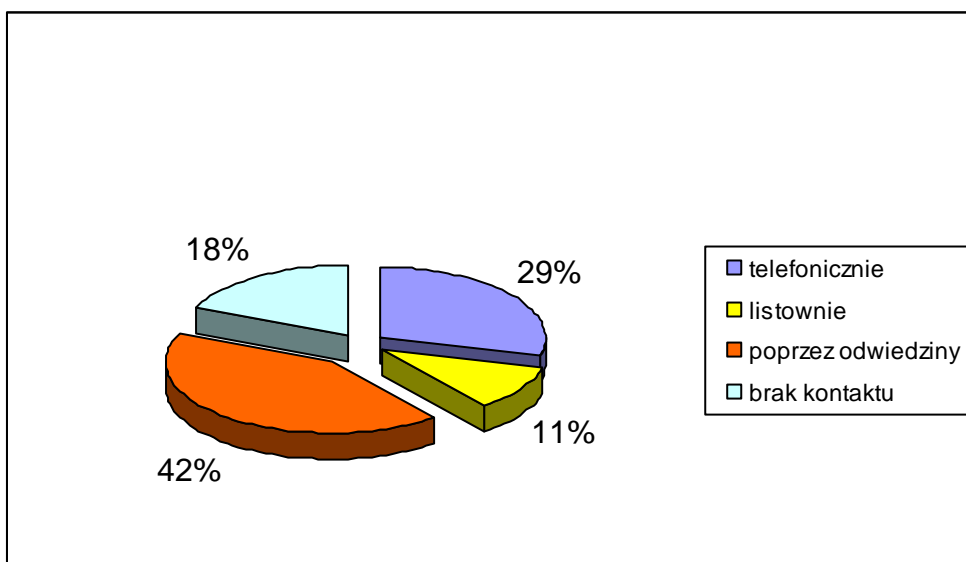
Ocenę stosunku personelu DPS do mieszkańców, badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Wszyscy respondenci ocenili personel jako pomocny 100%, 37 osób (84%) jako życzliwy, po 26 osób (59%) jako pełen szacunku oraz, że personel stara się stworzyć

domową atmosferę, 33 osoby (75%) oceniły stosunek jako przyjazny, 4 osoby (9%) jako służbowy.



Rycina 4. Posiadanie rodziny

Zdecydowana większość respondentów, bo 38 posiada rodzinę, co stanowi 86% ogółu badanych, 6 osób (14%) nie posiada rodziny.



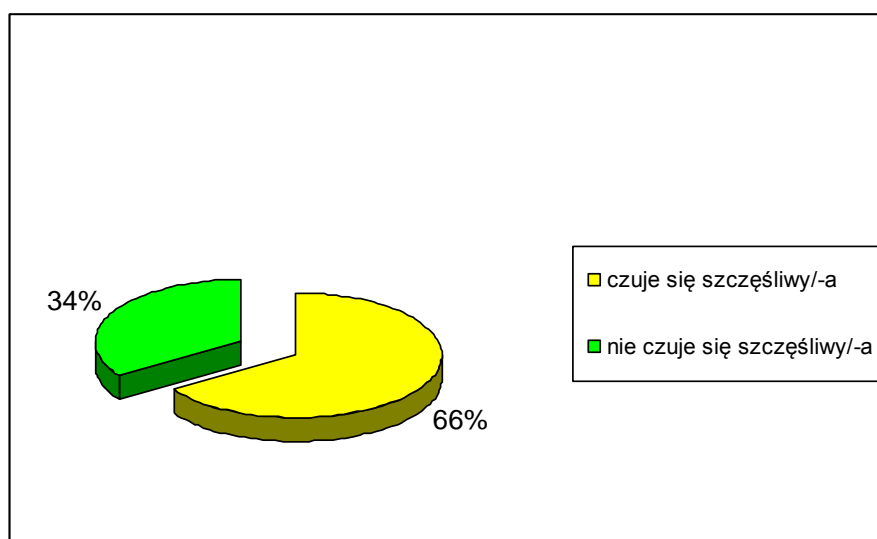
Rycina 5. Najczęstsze sposoby kontaktowania się z rodziną

Respondenci, którzy posiadali rodzinę, wskazywali w jaki sposób najczęściej kontaktują się z nią. Tylko 16 osób (42%) kontaktowało się dzięki odwiedzinom, 11 osób

(29%) poprzez kontakt telefoniczny, 4 osoby (11%) listownie, a 7 osób (18%) nie utrzymuje z rodziną żadnego kontaktu.

Dla 11 osób (29%) kontakt z rodziną był wystarczający, a 27 (71%) uznało go za niewystarczający, ponieważ był zbyt rzadki.

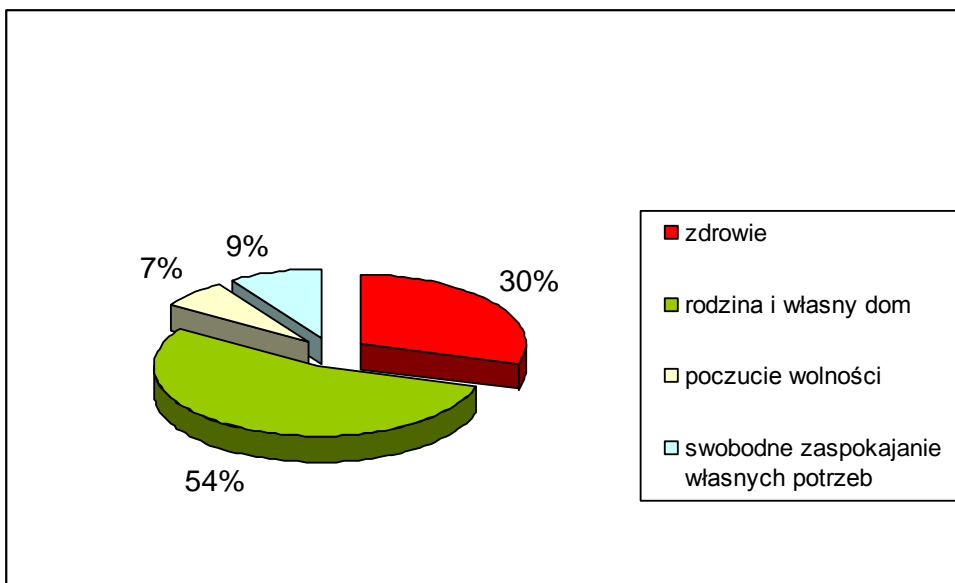
Częstości zabierania mieszkańców przez rodzinę na przepustkę. 24 osoby spośród badanych (63%) nie były nigdy na przepustce, 3 z nich (8%) bywa na przepustce rzadziej niż raz w roku, 4 osoby (11%) 1 do 2 razy w roku, a 7 osób (18%) częściej niż 2 razy w roku.



Rycina 6. Subiektywne poczucie szczęścia

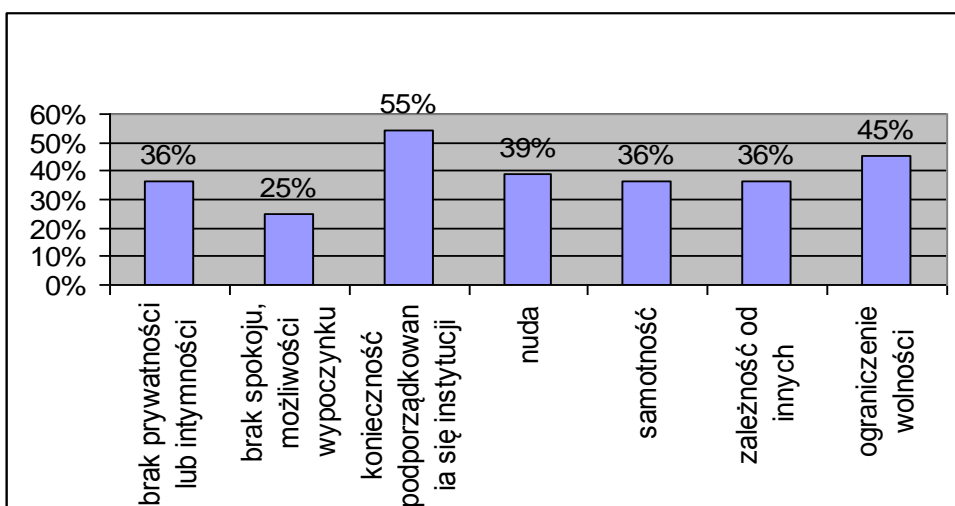
Zdecydowana większość respondentów 29 osób (66%) podaje, że są szczęśliwi, natomiast 15 osób 34% nie czuło się szczęśliwymi, najczęściej z powodu złego stanu zdrowia 8 osób (53%), pozostałe powody to: zbyt rzadki kontakt z rodziną – 4 osoby (27%) oraz po jednej osobie (6,67%) brak poczucia wolności, niska samoocena i częste konflikty ze współmieszkańcami.

Najczęstszymi powodami zadowolenia w opinii respondentów było: dobre samopoczucie 10 osób (23%), odwiedziny rodziny lub znajomych 19 (42%), kontakty z innymi ludźmi 6 osób (14%), wystarczyło zaspokojenie podstawowych potrzeb 7 osobom (16%), natomiast 2 osoby (5%) wskazały na imprezy i wyjazdy organizowane przez DPS .



Rycina 7. Najczęściej odczuwane braki

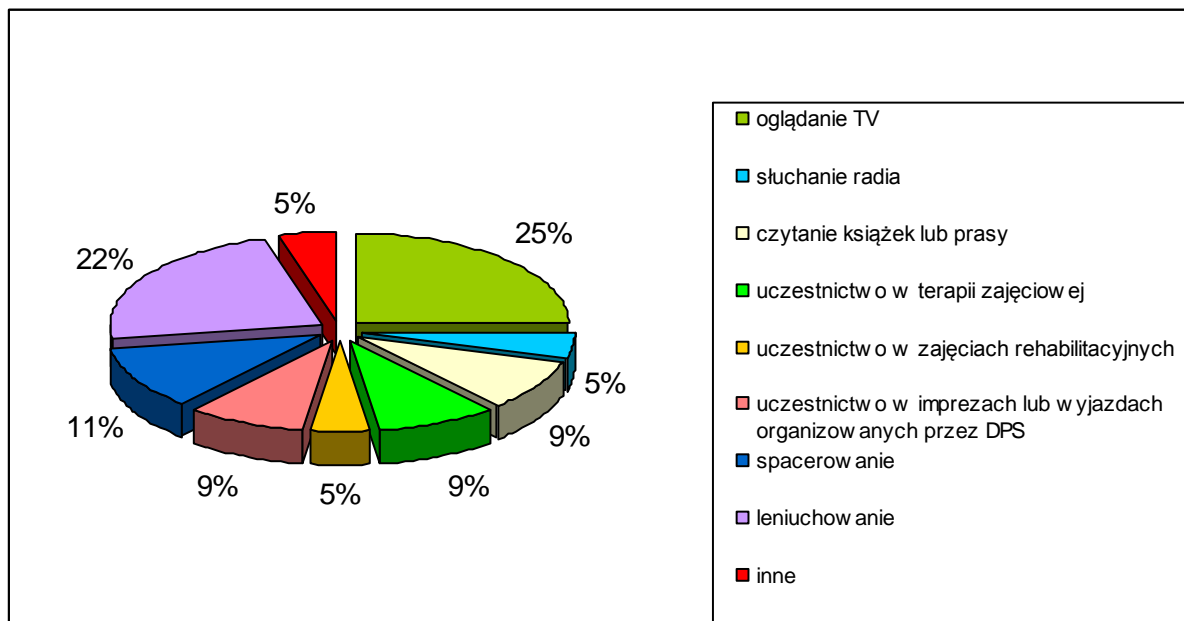
Najczęściej odczuwane braki według respondentów to brak zdrowia wskazało 13 osób (30%), brak rodziny i własnego domu najbardziej odczuwało 24 osoby (54%), brak poczucia wolności odczuwało 3 respondentów (7%), na brak swobodnego zaspokajania potrzeb wskazały 4 osoby (9%).



Rycina 8. Ujemne aspekty codziennego funkcjonowania w DPS

Respondenci zostali zapytani o to, co najbardziej przeszkadza im w DPS. Można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Ponad połowa respondentów 55% wyraziło opinię, że najbardziej przeszkadza im konieczność podporządkowania się regułom zakładu, na poczucie ograniczenia wolności wskazało 20 osób (45%), samotność odczuwało 16 osób (36%), a

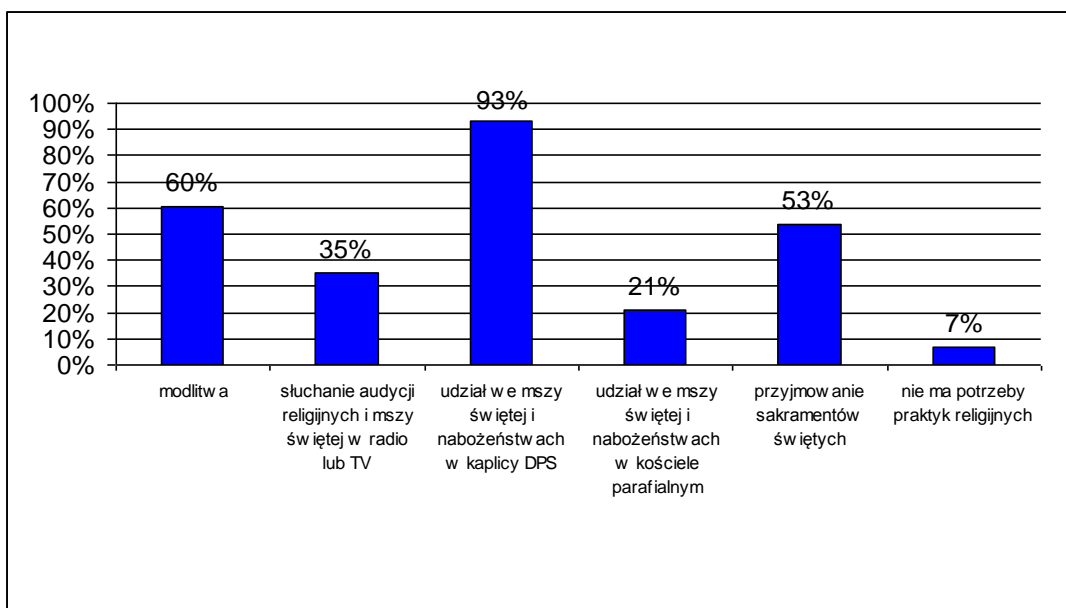
także zależność od innych oraz brak prywatności i intymności, nuda przeszkadzała najbardziej 17 osobom (39%), na brak spokoju i możliwości wypoczynku wskazało 11 respondentów (25%).



Rycina 9. Najbardziej preferowane formy spędzania czasu

Wśród najbardziej preferowanych formy spędzania czasu, mieszkańcy wskazywali: oglądanie telewizji 11 osób (25%), spacerowanie 5 osób (11%), czytanie książek lub prasy i uczestnictwo w terapii zajęciowej 4 osoby (9%), słuchanie radia 2 osoby (5%), także uczestnictwo w imprezach oraz wjazdach organizowanych przez DPS oraz zajęciach rehabilitacyjnych po 2 osoby (5%), natomiast znaczna grupa respondentów wskazała, że lubi leniuchować 10 osób, co stanowi 22% ogółu badanych.

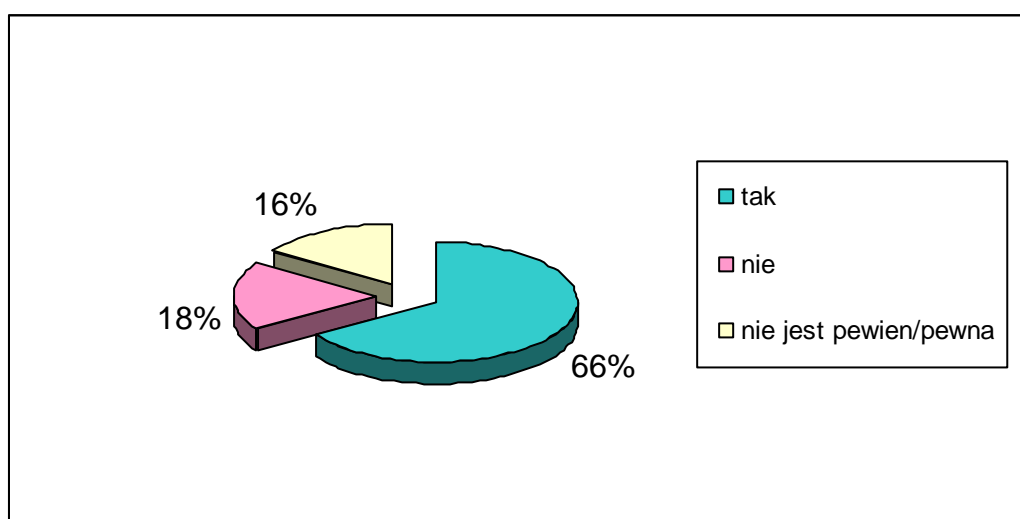
Zapytano respondentów czy są osobami wierzącymi nie miało znaczenia jakiego są wyznania. Zdecydowana większość ankietowanych 43 osoby (98%) deklarowało, że są wierzącymi, 1 osoba (2%) była niewierząca.



Rycina 10. Sposoby zaspokajania potrzeb religijnych

W pytaniu o sposoby zaspokajania potrzeb religijnych respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Na modlitwę wskazało 26 osób (60%), słuchanie audycji religijnych i Mszy świętej w telewizji i radio 15 osób (35%), na udział we Mszy świętej odprawianej w kaplicy DPS 40 osób, tj. 93%, udział we Mszy świętej w kościele parafialnym 9 osób (21%). Dla 23 respondentów ważne było przyjmowanie sakramentów świętych (53%), natomiast 3 osoby (7%) nie miały potrzeby praktyk religijnych.

Możliwość zaspokajania potrzeb religijnych w DPS była wystarczająca dla 28 osób (65%), natomiast nie była wystarczająca dla 15 respondentów (35%), głównie z powodu zbyt rzadko odbywających się Mszy świętych w kaplicy DPS, poza tym 3 osoby (7%) wskazały na zbyt rzadko odbywające się wycieczki religijne.



Rycina 11. Chęć powrotu do domu rodzinnego

Zdecydowana większość respondentów deklarowała chęć powrotu do domu, gdyby to było możliwe 28 osób (66%), natomiast 8 osób (18%) nie wyrażało chęci powrotu, a 7 osób (16%) nie była tego pewna.

Omówienie wyników

Badana grupa to w większości kobiety, gdyż w przeszłości Dom Pomocy Społecznej w Mszanie Dolnej był przeznaczony wyłącznie dla kobiet, od kilku lat przyjmuje się również mężczyzn. Większość mieszkańców to osoby stanu wolnego, co pozwala przypuszczać, że nie mają najbliższej osoby, która mogłaby sprawować nad nimi opiekę w chorobie. Rozpiętość wiekowa badanych mieszkańców jest dość duża od ok. 30 lat do ponad 90. Wprawdzie przeważają mieszkańcy powyżej 60. roku życia, ale choroba i niepełnosprawność mogą dotyczyć także ludzi młodych i dzieci, dlatego DPS posiada różne profile i uwarunkowania wiekowe. Większość mieszkańców przed przybyciem do DPS mieszkała na wsi. Wśród badanych przeważa wykształcenie podstawowe.

Respondenci zapytani o poczucie bezpieczeństwa, w 90% wskazywali, że w DPS czują się bezpiecznie. Na to poczucie wpływa z pewnością zaspokojenie potrzeb bytowych, a także atmosfera panująca wśród mieszkańców i personelu DPS. Przeważająca większość respondentów dobrze oceniła atmosferę panującą wśród mieszkańców, a także stosunek personelu do podopiecznych, nacechowany życzliwością, gotowością niesienia pomocy, szacunkiem. Mimo, że wśród mieszkańców zdarzają się konflikty, nie psują one atmosfery na długo. Z obserwacji i rozmów z mieszkańcami wynika, że personelowi udaje się dość skutecznie likwidować konflikty.

Większość mieszkańców to osoby posiadające rodzinę. Najbardziej dotkliwym problemem jest zbyt rzadki i powierzchowny z nią kontakt (dla 61% respondentów). Tęsknota za domem i bliskimi to objaw zachwiania elementarnej ludzkiej potrzeby bliskości, miłości i przynależności, związany z oderwaniem od swojego naturalnego środowiska. Kierownictwo DPS stara się umożliwiać mieszkańcom kontakty z rodziną. Najczęstszą formą są odwiedziny bliskich i rozmowy telefoniczne, a także wyjazdy mieszkańców na przepustki do rodziny. Oprócz tego, dwa razy do roku DPS organizuje tzw. zjazd rodzin. Wtedy do DPS licznie przybywają bliscy mieszkańców, by w miłej atmosferze spędzić z nimi kilka godzin przy muzyce, kawie i ciastku, biorąc udział w prezentacji dorobku artystycznego mieszkańców. Jest też możliwość noclegu dla osób, które przyjeżdżają z daleka. Niestety, aż 18% badanych

mieszkańców po umieszczeniu w DPS nigdy nie miało kontaktu z rodziną. Jest to widoczne szczególnie w okresach świątecznych. Okazuje się, że nawet mieszkańcy posiadający rodzinę, nigdy nie zostali zabrani przez nią na przepustkę. Pozostali rzadziej lub częściej odwiedzają swoich bliskich. Nawet jeśli nie jest to dłuższa przepustka, DPS umożliwia mieszkańcom transport i pobyt u rodziny choćby przez kilka godzin.

Pytając o poczucie szczęścia, aż 66% ankietowanych, odpowiedziało, że czuje się szczęśliwymi ludźmi, mimo wielu niedogodności, ograniczeń, chorób i niewystarczającego kontaktu z bliskimi. Przy odpowiednim wzmacnianiu pozytywnych stron życia w zinstytucjonalizowanej formie, staje się ono znośniejsze, a nawet szczęśliwe. Najwięcej zadowolenia dają mieszkańcom odwiedziny rodziny lub znajomych (43%), poza tym dobre samopoczucie, kontakty z innymi ludźmi, imprezy, wyjazdy. Innym natomiast wystarczało zaspokojenie podstawowych potrzeb, by czuli się zadowoleni.

Respondenci zapytani o to, czego im najbardziej brakuje, najczęściej odpowiadali, że rodziny i pobytu w domu (54%), w następnej kolejności zdrowia (30%). Części ankietowanych bardzo brakuje poczucia wolności oraz możliwości swobodnego zaspokajania swoich potrzeb. Jest to na pewno trudne dla kogoś, kto przez lata sam dysponował swoim czasem, przemieszczał się swobodnie w dowolne miejsce, w miarę możliwości zaspokajał swoje potrzeby. Instytucja, w której się znalazł, w jakiś sposób go ogranicza. Ze względów organizacyjnych i przy ograniczonej liczbie personelu, pewne czynności wykonywane są w wyznaczonych ramach czasowych i nie zawsze jest możliwość dostosowania się do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Dlatego problemem dla respondentów jest konieczność podporządkowania się regułom instytucji. Także przy dużej liczbie mieszkających pod jednym dachem, trudno jest o poczucie prywatności, intymności, spokoju. Z chwilą zamieszkania w DPS będzie się zdanym na pomoc innych, uzależnienie zaspokojenia własnych potrzeb od pracujących tu ludzi nie jest optymistyczną perspektywą.

Mimo, że problemem części mieszkańców są nuda i samotność, często odrzucają oni propozycje różnych form spędzania wolnego czasu. Nie chcą, by im je narzucano. Mając do wyboru różne formy spędzania czasu, częściej wybierają te bierne, nie wymagające od nich dużego zaangażowania i wysiłku, np. oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie książek lub prasy, a prawie 25% badanych lubi po prostu poleniuchować i mieć „święty spokój”. Część ankietowanych (5%) wybrała zajęcia rehabilitacyjne, terapię zajęciową (9%), spacer (11%) lub uczestnictwo w imprezach i wyjazdach organizowanych przez DPS (9%). Zadaniem personelu o szczególnym prioryecie jest aktywizowanie mieszkańców zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej, co pozwoli im jak najdłużej cieszyć się dobrą formą

fizyczną i czerpać radość z życia. Odbywa się to z różnym skutkiem, jednak podejmowane są nieustanne wysiłki, by nie dopuszczać do zbytnej bierności i postawy rezygnacji u mieszkańców. Skutkiem małej aktywności fizycznej ankietowanych jest problem otyłości. Badania wykazują, że połowa mieszkańców jest otyłych, a 32% ma nadwagę.

Wśród respondentów tylko 1 osoba (2%) deklaruje, że jest niewierząca. Pozostali to osoby wierzące, w przeważającej części praktykujące i wyznające wiarę rzymskokatolicką. Respondenci mogli w różny sposób praktykować wiarę, m. in. poprzez udział w Mszach świętych sprawowanych w kaplicy DPS dwa razy w miesiącu, mogli też uczestniczyć w Mszach świętych w pobliskim kościele parafialnym, również mieszkańcy mają udzielane sakramenty święte. Ci mniej sprawni chętnie słuchają Mszy św. w mediach, duża część wyraża swoją wiarę poprzez modlitwę indywidualną lub wspólną, przy okazji nabożeństw majowych, różańcowych itp. Zdecydowanej większości ankietowanych wystarczają te sposoby i możliwości wyrażania wiary.

Respondenci zapytani czy chcieliby wrócić do domu rodzinnego, w większości wskazali, że tak 66%, natomiast 18% nie chciałoby wrócić, a 16% nie jest zdecydowanych. Niezdecydowanie lub brak chęci powrotu do domu można tłumaczyć tym, że część mieszkańców po prostu nie ma dokąd wrócić, a niektórym odpowiada życie w DPS, może pod pewnymi względami lepsze niż w domu, czują się tu bezpiecznie, osiągnęli stabilizację i nie chcą tego zmieniać.

Wnioski

1. Zdecydowana większość respondentów czuje się w DPS bezpiecznie i jest zadowolona z warunków bytowych, jakie się im oferuje. Pozytywnie też oceniony został stosunek personelu do mieszkańców.
2. Dużą trudnością dla respondentów jest konieczność podporządkowania się regułom zorganizowanego życia w domu pomocy społecznej i ograniczenie możliwości swobodnego zaspokajania swoich potrzeb, jak to czynili przed pobytem w DPS.
3. Dużym problemem większości mieszkańców jest oderwanie od rodziny i ich dotychczasowego środowiska oraz zbyt rzadki kontakt z rodziną. Ponad połowa mieszkańców nigdy nie była na przepustce u rodziny. Zdecydowana większość z nich chciałaby wrócić do swojego domu.
4. Sytuacja skłaniająca badanych do zamieszkania w DPS nie musi być powodem, by czuli się oni życiowo nieszczęśliwi.

Z wniosków podsumowujących badania wpływają postulaty dla przedstawicieli tych grup zawodowych, które na co dzień pracują z mieszkańcami domu pomocy społecznej: pielęgniarek, opiekunów, terapeutów zajęciowych, rehabilitantów:

- 1) Należy starannie wsłuchiwać się w problemy mieszkańców, każdy z nich jest indywidualnością, z osobną historią życiową i problemami. Duże pole do działania mają tu pracownicy pierwszego kontaktu.
- 2) Ważne jest stworzenie przyjaznej atmosfery, by mieszkańcy mniej boleśnie odczuwali rozłąkę z domem i rodziną.
- 3) Z wnikliwej obserwacji mieszkańców i ich zachowań wpływają wnioski, które mogą stanowić podstawę dla bardziej elastycznego dostosowania przepisów wewnętrznych do indywidualnych potrzeb podopiecznych w celu poprawy jakości ich funkcjonowania na różnych poziomach.
- 4) Należy podejmować nieustanne starania, by motywować mieszkańców do większej aktywności fizycznej i psychospołecznej, co przyczyni się do poprawy ich ogólnej kondycji.
- 5) Ponieważ dom pomocy społecznej nie jest zakładem opieki zdrowotnej, lekarz nie jest na stałe zatrudniony. Nakłada to na pielęgniarkę obowiązek szczególnej staranności w wypełnianiu swojej roli zawodowej, w każdym jej aspekcie – profilaktycznym, diagnostycznym, terapeutycznym, pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym, a także edukacyjnym. W działaniach tych pielęgniarka często jest samodzielna, co akcentuje się w założeniach nowoczesnego pielęgniarstwa.

Piśmiennictwo

1. USTAWA z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. 2012 poz. 964.
3. Zaniewska A. B.: Wspólne tematy. Głos w dyskusji aktywizacja seniorów w Domach Pomocy Społecznej. 1995:10, 14.
4. Zawada A.: Aktywizowanie mieszkańców domów pomocy społecznej. Prace Socjalne. Warszawa 2007: 1-2, 93-95.
5. Maslow A.: Motywacja i osobowość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 62-71, 115-119.
6. Gielas J.: Organizacja i struktura domu spokojnej starości cz. 1. Efekt pierwszego wrażenia. Przyjmowanie nowego mieszkańca. Wspólne tematy 2006; 10:14-22.

7. Mika A., Tomasik M.: Analiza czynników kształtujących stan psychofizyczny osób przebywających w domu pomocy społecznej. *Fizjoterapia* 2005; 4: 25.
8. Kachaniuk H. Problemy psychospołeczne osób w starszym wieku. Klich – Rączka A. Otepienie. [W:] Wieczorkowska – Tobis K., Talarska D. red. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL, Warszawa 2008: 53-54, 203-204, 255-262, 303-311, 353-354.
9. Reichmann V.: Ewolucja pojmowania Boga u osoby w podeszłym wieku. Jak wspomagać życie religijne seniora. *Wspólne tematy* 2000; 1: 25-26.
10. Reichmann V.: Koncepcje opieki duszpasterskiej nad seniorami. *Wspólne tematy* 2006; 10: 25-27.

Dane kontaktowe:

Bogumiła Lubińska-Żądło

bogda_alina@o2.pl

34-745 Spytkowice 17

Instytut Fizjoterapii Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

34-400 Nowy Targ, ul. Kokoszków 71

ZAPOTRZEBOWANIE NA EDUKACJĘ W ZAKRESIE ZMIANY STYLU ŻYCIA, CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC

Dorota Maciag, Małgorzata Cichońska, Anna Chaber
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.

Cel pracy

Celem badań była ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie zmiany stylu życia wśród pacjentów z POChP.

Material i metody

Badania przeprowadzono od grudnia 2013 r. do kwietnia 2014 r. Badaniami objęto 114 pacjentów Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli oraz SPZ ZOZ w Górnem. Badani byli w różnym stopniu zaawansowania choroby, różny był także czas trwania choroby, dobór był losowy i reprezentatywny. Do realizacji procesu badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 29 pytań. Analizę statystyczną przeprowadzono testem chi – kwadrat.

Wyniki

Analiza materiału badawczego wykazała, iż najliczniejszą grupę - 90% stanowili ankietowani w wieku pomiędzy 45-65 a mężczyźni to 59% badanych. Zdecydowana większość – 54% to mieszkańcy miasta. Najwięcej bo 43% stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym – 43%, wykształcenie podstawowe posiadało 32%, średnie – 20%, wyższe tylko 5%. W związku małżeńskim pozostaje 64 % ankietowanych, pozostali to osoby stanu wolnego (wdowy, wdowcy, samotni). Chorujących na POChP od 2 do 10 lat – było 71%, ponad 10 lat choruje – 11%, nowo rozpoznaną chorobę ma 18% badanych. Najliczniejszą grupą byli emeryci i renciści – 66%, pozostałe 24% to osoby czynne zawodowo. Większość ankietowanych – 54% była średnio zadowolona ze swojej sytuacji ekonomicznej, 26% określiło ją jako złą i bardzo złą, 19% jako dobrą, tylko 4% stwierdziło, że ich sytuacja materialna jest bardzo dobra

Wśród badanych 58 osób (50% ogółu) to trwający w nałogu wieloletni palacze, byli palacze stanowili 36% ogółu, niepalący to zaledwie 14% badanych.

Wiedzę dotyczącą istoty choroby, zasad leczenia, technik przyjmowania leków, badań kontrolnych - 39% badanych określa na poziomie średnim, 16% jako niską tylko 1% jako bardzo dobrą, pozostali - 36% nie potrafili ocenić poziomu posiadanej wiedzy.

Wiedzę z zakresu czynników ryzyka choroby i jej zaostrzeń, 43% badanych określiło jako średnią, natomiast jako dobrą 29%, małą wiedzę ma 20%, jej brak deklaruje 7%. Tylko 1% podaje, iż poziom ich wiedzy na temat choroby jest bardzo dobry.

Dobłą i bardzo dobrą znajomość zasad postępowania w czasie zaostrzeń choroby ma 62% badanych, na poziomie średnim - 22%, małą i zupełny brak wiedzy posiada 16% badanych.

Wśród badanych, aż 63% uważa, iż źródłem informacji na temat wpływu stylu życia na przebieg choroby powinien być lekarz pulmonolog i pielęgniarka z gabinetu pulmonologicznego. W badanej grupie 45% nie otrzymało informacji na temat rehabilitacji oddechowej a 43% nie było informowanych o konieczności utrzymania prawidłowej masy ciała i o wpływie diety na samopoczucie

Zdecydowana większość ankietowanych - 76% twierdzi, że palenie papierosów jest zachowaniem, które pogarsza przebieg choroby.

Stopień wiedzy o chorobie koreluje wyraźnie z grupą społeczną wyznaczoną na podstawie aktywności zawodowej.

Tabela I. Wpływ poziomu wiedzy na aktywność zawodową badanej grupy

Aktywność zawodowa	Wiedza na temat czynników chorobotwórczych ($p = 0,016^{**}$)					Razem
	Bardzo dobra	Dobra	Średnia	Mała	Bardzo mała	
Renta	0 (0%)	10 (52%)	6 (32%)	3 (16%)	0 (0%)	19
Emerytura	0 (0%)	12 (26%)	28 (60%)	6 (12%)	1 (2%)	48
Praca umysłowa	1 (8%)	7 (58%)	3 (26%)	1 (8%)	0 (0%)	12
Praca fizyczna	0 (0%)	3 (11%)	8 (30%)	11 (41%)	5 (18%)	27
Bezrobotny	0 (0%)	1 (12%)	4 (50%)	1 (12%)	2 (26%)	8
Razem	1	33	49	23	8	114

Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono istotną zależność statystyczną między poziomem wiedzy na temat zasad życia z chorobą a pozostawaniem w aktywności zawodowej. Dobry i średni poziom wiedzy odnotowano wśród rencistów, emerytów i pracujących umysłowo, zaś niski i bardzo niski poziom wiedzy mają pracujący fizycznie i bezrobotni.

Tabela II. Wpływ czasu trwania choroby na radzenie sobie w okresie zaostrzeń.

Czas trwania choroby	Znajomość zasad postępowania w czasie zaostrzeń ($p = 0,006^{***}$)					Razem
	Bardzo dobra	Dobra	Średnia	Mała	Brak wiedzy	
Nowe rozpoznanie	0 (0%)	2 (15%)	4 (31%)	4 (31%)	3 (23%)	13
2 – 5 lat	1 (2%)	29 (66%)	8 (18%)	5 (12%)	1 (2%)	44
6 – 10 lat	1 (3%)	24 (66%)	6 (16%)	4 (12%)	1 (3%)	36
Ponad 10 lat	2 (9%)	13 (61%)	6 (28%)	1 (2%)	0 (0%)	21
Razem	4	67	24	14	5	114

Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono silną zależność statystyczną między czasem trwania choroby a poziomem wiedzy na jej temat. Osoby chorujące od 2 do ponad 10 lat wykazują dobry poziom wiedzy na temat postępowania w czasie zaostrzeń choroby. Największy odsetek osób wykazujących małą wiedzę lub jej brak występuje u osób z nowo rozpoznaną chorobą

Tabela III. Zależność pomiędzy stosowaniem się do zaleceń lekarza a płcią badanych

Płeć	Stosowanie zaleceń lekarskich ($p = 0,005^{***}$)					Razem
	Tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Nie	
Kobiety	10 (21%)	27 (58%)	10 (21%)	0 (0%)	0 (0%)	47
Mężczyźni	5 (8%)	39 (58%)	21 (31%)	2 (3%)	0 (0%)	67
Razem	15	66	31	2	0	114

Źródło: Opracowanie własne

Analiza wyników wykazała wysoką zależność statystyczną między płcią a stosowaniem się do zaleceń lekarza. Kobiety bardziej przestrzegają wskazówek lekarskich. 21% kobiet i tylko 8% mężczyzn bezwzględnie stosuje się do podanych zaleceń. Po 58% kobiet i mężczyzn stwierdziło, że raczej w pełni stosuje wskazówki lekarskie, natomiast 21% kobiet i 31% mężczyzn przyznało, że nie są w stanie określić czy stosuje się do przekazanych zasad postępowania.

Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi istotny ogólnoswiatowy problem zdrowia publicznego z uwagi na wysoki wskaźnik zgonów. Szacuje się, że do 2020 roku POChP zajmie piąte miejsce na Świecie wśród przyczyn zgonów. Jest to choroba nieuleczalna, a celem podejmowanych działań jest spowolnienie procesu chorobowego i poprawa komfortu życia. Zmiana stylu życia, wpływa modyfikująco na przebieg choroby, jakość i długość życia. Właściwa edukacja, dostosowana do poziomu intelektualnego i wieku pacjenta uzupełnia terapię, poprawia jej efekty oraz daje choremu świadomość, że aktywnie uczestniczy w leczeniu i staje się odpowiedzialny za swoje zdrowie.

Celem badań była ocena zapotrzebowania na edukację w zakresie zmiany stylu życia wśród pacjentów z POChP.

W 2013 r. *European Respiratory Society* (ERS) oraz *European Lung Foudation* (ELF) opublikowały raport *European Lung White Bok* (ELWB) [1]. Zawiera on dane na temat epidemiologii, czynników ryzyka, leczenia, kosztów i polityki zdrowotnej w zakresie chorób płuc. Według danych *WHO Europe* na POChP choruje obecnie 5 – 10% osób dorosłych w wieku powyżej 40 lat, przy czym częściej występuje ona u mężczyzn niż u kobiet [2, 3].

Opublikowane w 2007 roku wyniki badania *BOLD*, wykazały występowanie POChP w Polsce aż u 28% mężczyzn i u 17% kobiet po 45 r.ż. Zanotowano niepokojący fakt wzrostu liczby kobiet chorujących na POChP [4]. Wyniki badań własnych pozostają w zgodności w wynikami dużych badań populacyjnych.

Najważniejszym czynnikiem etiologicznym rozwoju choroby jest palenie tytoniu. Na POChP zachoruje około 40 – 50% osób palących całe życie i zaledwie 10% niepalących nigdy papierosów. Nałóg palenia tytoniu w populacji Polskiej na podstawie wielośrodowego *WOBASZ* wynosi 42% wśród mężczyzn i 25% wśród kobiet. [5]. Według badań przeprowadzonych przez *Ziętkowskiego i wsp.* [6] wśród chorych hospitalizowanych 14% aktualnie pali papierosy, 29% to byli palacze a tylko 2% nigdy nie paliło papierosów. [7,8]. Jedną z metod leczenia chorych na POChP jest rehabilitacja oddechowa [9,10]. *Lacasse i wsp.* [11] oceniali wpływ poszczególnych składowych rehabilitacji na jakość życia stwierdzając, iż u pacjentów poddanych treningowi fizycznemu wzrasta jakość życia oraz wydolność wysiłkowa, a wsparcie psychosocjalne znacznie redukuje uczucie duszności, poprawia współpracę pacjenta podczas ćwiczeń. Efekty kliniczne rehabilitacji oddechowej są dobrze udokumentowane i nikt nie kwestionuje ich znaczenia także ekonomicznego [12,13,14].

Ryzyko rozwoju POChP związane jest także z niższym statusem społeczno – ekonomicznym i niskim poziomem edukacji [1,3], potwierdzają to także badania własne.

W badaniach własnych ankietowani wykazują niski poziom wiedzy na temat choroby 77 %. Zapotrzebowanie na wiedzę w zakresie zmiany stylu życia chorych na POChP, jest duże a najlepszym źródłem informacji są lekarz pulmonolog i pielęgniarka. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami uzyskanymi przez innych autorów i wynika z nich, że postępowanie terapeutyczne, zmiana stylu życia chorych na POChP ma duży wpływ na jakość życia..

Wnioski

1. Poziom wiedzy na temat choroby i prozdrowotnych składowych stylu życia jest na poziomie średnim, konieczne jest prowadzenie działań edukacyjnych, dzięki którym można poprawiać stan zdrowia chorych i zdolność radzenia sobie z chorobą.

2. Głównym źródłem informacji na temat choroby jest lekarz pulmonolog, ale pacjenci oczekują także profesjonalnej porady pielęgniarki poradni pulmonologicznej.

3. Wiedza na temat czynników wywołujących chorobę i jej zaostrzenia wpływa na poziom aktywności zawodowej badanych.

4. Czas trwania choroby ma duży wpływ na znajomość zasad postępowania w okresie zaostrzeń POChP.

5. Płeć ma duży wpływ na stosowanie się do zaleceń lekarskich. Stwierdzono, iż to kobiety bardziej przestrzegają wskazówek lekarskich.

Piśmiennictwo

1. European Lung Book, European Respiratory Society 2013. www.ers-education.org/IrMedia/2004/PDF/40552.pdf
2. World Health Statistics 2011, World Health Organization, 2011 www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf Date last accessed: June 20, 2013
3. Instytut Zarządzania w ochronie zdrowia. Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Warszawa 2014, s. 8 – 10
4. Rozpowszechnienie POChP w różnych krajach świata – badanie BOLD, opracowano na podstawie A.S. Buist, M.A. McBurnie, W.M. Vollmer, S. Gillespie, P. Burney, D.M. Mannino, A.M.B. Menezes, S.D. Sullivan, T.A. Lee, K.B. Weiss, R.L. Jensen,

- G.B. Marks, A. Gulsvik, E. Nizankowska-Mogilnicka, on behalf of the BOLD Collaborative Research Group *The Lancet*, 2007; 370: 741–750; *Medycyna Praktyczna, Przegląd badań* 2007
5. Chorostowska – Wynimko i wsp.: European COPD Audit w Polsce – jak leczymy chorych z zaostrzeniem POChP?. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2012, 80, 6; s. 493 – 497
 6. POChP — choroba cywilizacyjna XXI wieku. Kontrowersje i pytania. Stanowisko Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN, Warszawa 2008. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2011; 79, 2: s. 70 – 74
 7. Ziętkowski Z., Ziętkowska E., Tomasiak – Łozowska M.M., Bodzenta – Łukaszyk A.: Poziom wiedzy o czynnikach ryzyka i zasadach postępowania u chorych na przewlekłą chorobę płuc. *Alergologia Info*, 2009, IV, 5 – 6, s. 227 – 236
 8. Anthonisen N.R, Connett J.E., Murray R.P. for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of the Lung Health Study participants after 11 years. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 166: 675–679
 9. Górecka D., Puścińska E.: Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2011, 79, 3: s. 239 – 245
 10. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc *Medycyna praktyczna Kraków* 2002 Wydanie specjalne 1/2002
 11. Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein R S.: The components of a respiratory rehabilitation program: a systematic overview. *Chest* 1997; 111: 1077- 1088
 12. Wojda W., Nowiński A., Śliwiński P.: Rehabilitacja oddechowa. *Przewodnik Lekarza* 2007, Suplement, s. 129 – 132
 13. Frassanito M. i wsp.: Quality of life and psychologic features of subjects with chronic respiratory disease *Arch Mo-naldi Mal Torace* 1992; 47: 31-40
 14. Bąk – Drabik K., Ziora D.: Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2004, 72, s. 128 – 133, 131

Dorota Maciąg
Rzepin drugi 101
27-225 Pawłów
dorotamaciag@wp.pl
tel. 48 600 642 141

VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V INTERVENCÍCH U KUŘÁKŮ - DEVÍTILETÉ ZKUŠENOSTI Z ČR

Kateřina Malá^{1,2}, Vladislava Felbrová^{2,3}, Stanislava Kulovaná^{2,3}, Eva Králíková^{2,3,4}

¹ Centrum pro závislé na tabáku Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN v Praze

² Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

³ Centrum pro závislé na tabáku III. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

⁴ Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod

Sestry jsou největší profesní skupinou ve zdravotnictví na světě i v české republice, kde nás je téměř 100 000. Sestry by měly být dostatečně vzdělané k léčbě závislosti na tabáku a to jak v intenzivní, tak v plošném měřítku zejména ke krátké intervenci při každém klinickém kontaktu s pacientem. Praktický nácvik zatím není součástí pregraduálního vzdělávání českých sester, o pomalu se rozebíhajícím postgraduálním vzdělávání budeme referovat.

Text

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) sdružuje sestry, lékaře a další pracovníky, které se zabývají prevencí a léčbou závislosti na tabáku. Význam naší profesní skupiny reflektuje sesterská sekce SLZT. Jedním z jejích hlavních cílů je vzdělávání sester v praktickém intervenování u kuřáků a v kontrole tabáku obecně (4).

Tato sekce publikovala již druhou verzi doporučeného postupu pro sestry 2009, 2015 (3) s podporou české Hlavní sestry a největší naší profesní organizace České asociace sester. Součástí doporučení je Etický kodex kontroly tabáku pro profesní organizace lékařů a dalších zdravotníků.

V roce 2007 začala sesterská sekce SLZT organizovat jednodenní kurzy o důležité roli sester v odvykání kouření a o tom, jak intervenovat u kuřáků. Cílem kurzů bylo sestrám poskytnout dostatek relevantních informací o této nemoci (diagnóza F17 podle Mezinárodní klasifikace nemocí). Účastníci kurzu se mohou dozvědět, jak se pacienta ptát na kouření, jak motivovat kuřáka k odvykání, jak správně edukovat pacienty v ambulantní i lůžkové části, jaké jsou možnosti léčby této nemoci, kam se obrátit pro odbornou pomoc a řadu dalších užitečných informací do každodenní praxe zdravotníka. To vše v rozsahu několika desítek

vteřin až několika minut podle časových možností. Teoretické poznatky jsou doplněny o praktický nácvik odpovědí na nejčastější otázky pacientů a o návštěvu referenčního Centra pro závislé na tabáku na III. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Za devět let těmito kurzy prošlo již více než 600 českých sester. Na začátku byl problém kurz naplnit (do 20 míst), nyní máme několik kurzů ročně nabitých, nemocnice žádají o školení svých sester a poptávka převyšuje naši kapacitu.

K tomuto stále se zvyšujícímu zájmu jistě přispěla spolupráce s Mezinárodní společností sester v onkologické péči, International Society for Nurses in Cancer Care (ISNCC), www.isncc.org od roku 2012. Tato mezinárodní společnost považuje za samozřejmé, že adekvátní intervence u kuřáků je samozřejmým standardem kvalitní ošetrovatelské péče včetně onkologie. Jednou z překážek proč není, např. v ČR, je nedostatečná edukace sester v tom, jak pacientům pomoci přestat kouřit, znalosti, léčba, ale i praktické nácviky otázek a odpovědí (2).

V rámci projektu podpořeného ISNCC a grantem Bristol-Myers Squibb „Bridging Cancer Care“ jsme zorganizovaly dva celodenní workshopy o roli sester v kontrole tabáku. Účastníci workshopu mohli požádat o minigranty na školení dalších svých kolegyně na svých pracovištích po celé České republice.

Díky aktivitám ve vzdělávání sester v rámci sesterské sekce SLZT se stalo Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky VFN a 1. LF UK centrem excelence pro sestry východní Evropy v kontrole tabáku. Projekt „Sestry pomáhají přestat kouřit“ má za cíl především prohlubování znalostí, jak kuřáky motivovat k odvykání a správně intervenovat. Zorganizovaly jsme jednodenní kurzy pro sestry v ČR, Rumunsku, Slovensku, Slovinsku, Bulharsku a Maďarsku, je připravován e-learning v daných jazycích a pokoušíme se zmapovat bariéry, které sestrám v tomto intervenování brání. Jednou z nich je jistě i vlastní kouření. Bohužel nás kouří dvakrát víc než žen v české populaci – kolem 40 %. V USA je to 7 % (1, 5).

Závěr

Standardem kvalitní ošetrovatelské péče v rozvinutých zemích je strukturovaná a jasně daná pozornost věnovaná kouření. Doufejme, že i Česká a Slovenská republika se k nim v tomto ohledu přidá. Devítileté zkušenosti nás naplňují optimismem. Hlavní je začít.

Podpořeno projektem International Society of Nurses in Cancer Care “Eastern Europe Nurses Helping Smokers Quit” a PRVOUK P25/LF1/2

Odkazy na literaturu:

1. Králíková E: Kouření zdravotníků, in: Králíková E. A kol.: Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba, Adamira, Břeclav, 2013: 63-64
2. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Zvolský, M.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, Vnitř Lék 2015; 61(5, Suppl 1): 1S4-1S15, zdarma ke stažení na http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/doporuceni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-52291?confirm_rules=1
3. Malá, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Nohavová, I.: Užívání tabáku – informace a pracovní postup pro intervenci sestry, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2015, 23 s., volně ke stažení na http://www.slzt.cz/dokumenty/pokyny_pro_sestry_2015.pdf
4. Sarna, L., Wewers, M.E., Brown, J. K., Lillington, L., & Brecht, M. L. Barriers to tobacco cessation in clinical practice: Report from a national survey of oncology nurses. Nursing Outlook, 2001;49(4):166-172
5. Sarna, L., Malá, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Roubíčková, E.: Role zdravotních sester v léčbě závislosti na tabáku, in: Králíková E. A kol.: Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba, Adamira, Břeclav, 2013: 424-425

SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA OSÓB STARSZYCH MIESZKAJĄCYCH NA OBSZARACH WIEJSKICH W POLSCE- IMPLIKACJE DLA PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

Anna Mirczak

Katedra Gerontologii Społecznej

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji narodowej w Krakowie

Cele

Wraz z wiekiem sprawność fizyczna staje się wartością priorytetową. W znacznym stopniu determinuje ona jakość życia ludzi starszych (Farquhar, 1995), wpływając na przebieg procesu starzenia się (pomyślne lub niepomyślne), a także stopień uzależnienia od pomocy osób drugich. W badaniach Borowiak i Kostki (2010) wykazano, że starsi mieszkańcy środowiska wiejskiego charakteryzują się gorszym poziomem sprawności funkcjonalnej w zakresie instrumentalnych czynności dnia codziennego niż osoby starsze mieszkające w mieście. Celem pracy było zbadanie poziomu sprawności funkcjonalnej osób starszych mieszkających na obszarach wiejskich oraz zbadanie jej determinantów. Na tej podstawie podjęto próbę wskazania działań priorytetowych dla pielęgniarstwa rodzinnego w celu poprawy jakości życia seniorów.

Metody

Prezentowane wyniki stanowią część badań zrealizowanych w ramach pracy doktorskiej na temat jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia osób starszych mieszkających na obszarach wiejskich (Mirczak, 2013). Badaniem objęto 203 osoby w wieku 65 lat i powyżej mieszkające w wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego w Polsce. Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu, który składał się z kilkunastu części. W pierwszej części zawarto pytania dotyczące charakterystyki społeczno-demograficznej badanych, natomiast kolejne odnosiły się odpowiednio do ich: sytuacji rodzinnej, sytuacji zawodowej i materialnej, warunków mieszkaniowych, stanu zdrowia (w tym sprawność funkcjonalna w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego), dostępności i zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, ryzyka niedożywienia (skala NSI Determine Checklist- Nutritional Screening Initiative „Determine Your Nutritional” Health Checklist)

(Barrocas, et al., 1996), sposobu spędzania czasu wolnego, wsparcia społecznego, satysfakcji życiowej, a także jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Sprawność funkcjonalną zmierzono za pomocą skali **GARS** (Groningen Activity Restrain Scale) (Kempen, et al., 1996). Skala GARS zawiera pytania skali ADL (Activity of Daily Living) dotyczących sprawności w zakresie prostych czynności dnia codziennego oraz pytania skali IADL (Instrumental Activities of Daily Living) odnoszących się do złożonych czynności dnia codziennego. Skala ADL złożona jest z sześciu pytań o stopień samodzielności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego takich jak: utrzymanie higieny, ubieranie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie zwieraczy, jedzenie oraz samodzielne poruszanie się. Natomiast skala IADL zawiera osiem wymiarów instrumentalnego funkcjonowania obejmującego zdolność do: posługiwania się telefonem, robienia zakupów, sprzątanía, przygotowywania posiłków, sprzątanía, prania, korzystania ze środków transportu publicznego, przyjmowania leków oraz posługiwania się pieniędzmi. Według autorów skali, im większa liczba uzyskanych punktów, tym mniejsza samodzielność badanych osób. Do celów prowadzonej analizy odpowiedzi skali zostały zsumowane i przekodowane w taki sposób aby wyższy poziom uzyskanych punktów oznaczał lepszą sprawność, a jej przedział mieścił się w zakresie od 0 do 54 punktów. Analizę statystyczną zgromadzonych danych przeprowadzono za pomocą modelu regresji liniowej z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 20. Przyjęty poziom istotności dla testowanych hipotez zerowych wynosił 0,05.

Wyniki

Grupę badanych stanowiło 203 osoby w wieku wynoszącym średnio 75,5 lat (SD=5,7). W większości były to osoby posiadające wykształcenie podstawowe oraz w przeszłości pracujące w gospodarstwie rolnym. Prawie połowa badanych seniorów była owdowiała, przy czym odsetek ten był dwukrotnie wyższy u kobiet w porównaniu do mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy (n=203)

Zmienne		n	%
Płeć	Kobiety/Women	125	61,6
	Mężczyźni/Men	78	38,4
Wiek	65-69 lat	34	16,7
	70-74 lat	43	21,2
	75-79 lat	75	36,9
	80-84 lat	39	19,2
	85 i więcej	12	5,9
Wykształcenie	Podstawowe niepełne	22	10,8

	Podstawowe	128	63,1
	Zasadnicze zawodowe	37	18,2
	Średnie	16	7,9
Stan cywilny	Kawaler/Panna	19	9,4
	Żonaty/Zamężna	80	39,4
	Rozwiedziony/a/ W separacji	8	3,9
	Wdowiec/Wdowa	96	47,3
Praca w rolnictwie	Tak	146	71,9
	Nie	57	28,1

Średnia liczba wszystkich chorób występująca u badanych była większa od 5 i w istotnym stopniu wzrastała wraz z wiekiem. Do chorób najczęściej występujących w badanej grupie osób starszych należały odpowiednio: nadciśnienie tętnicze krwi, choroba zwyrodnieniowa stawów z silnym odczynem zapalno-bólowym, miażdżycy, zaćma starcza, zaburzenia rytmu serca, żyłaki kończyn dolnych oraz cukrzyca. Mediana liczby punktów w skali GARS uzyskana przez badanych seniorów wynosiła 38 (kwartył 1=31, kwartył 3=52) co wskazuje, że proste i złożone czynności dnia codziennego respondenci wykonywali samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami. Według modelu regresji liniowej na sprawność funkcjonalną seniorów w sposób istotny wpływał: wiek, ryzyko niedożywienia, średnia częstość dolegliwości oraz choroby układu krążenia. W grupie osób w wieku 80 lat i więcej oraz w wieku 75-79 lat, stan funkcjonalny był istotnie niższy niż wśród respondentów w przedziale wiekowym 65-69 lat. Natomiast sprawność funkcjonalna pomiędzy badanymi z młodszych grup wiekowych: 70-74 lata vs 65-69 lat nie różniła się w sposób istotny. Wraz ze wzrostem średniej częstości dolegliwości występujących u badanych osób starszych, obniżała się ich sprawność funkcjonalna. Ponadto, osoby chorujące na choroby układu krążenia oraz o wysokim ryzyku niedożywienia, charakteryzowały się istotnie niższą sprawnością fizyczną w porównaniu do seniorów bez chorób układu krążenia, a także o średnim lub bez ryzyka niedożywienia. Także respondenci oceniający swoje zdrowie jako złe, mieli istotnie niższą sprawność funkcjonalną niż seniorzy, którzy ocenili je na poziomie dobrym (tabela 2).

Tabela 2. Zmienne niezależne warunkujące stan funkcjonalny mierzony skalą GARS według modelu regresji liniowej

Zmienne niezależne	B	±95% CI		p
Wiek				
80 lat i więcej vs 65-69 lat	-8,69	-4,05	-13,34	<0,05
75-79 lat vs 65-69 lat	-3,38	-0,58	-6,24	<0,05
70-74 lat vs 65-69 lat	0,25	1,10	-0,60	ns

Ryzyko niedożywienia wg skali NSI Determine Checklist				
Wysokie vs średnie i brak ryzyka	-5,09	-1,44	-8,74	<0,05
Częstość dolegliwości				
Bardzo często vs rzadko	-16,35	-10,77	-21,93	<0,05
Często vs rzadko	-7,68	-4,20	-11,16	<0,05
Średnio vs rzadko	-2,99	-0,78	-5,20	<0,05
Choroby układu krążenia				
Tak vs nie	-3,67	-1,54	-5,80	<0,05
Samoocena stanu zdrowia				
Źle vs dobrze	-4,22	-6,35	-2,09	<0,05
Źle vs średnio	-0,45	-5,1	4,2	ns

Skróty: B- współczynnik regresji, $\pm 95\%$ CI- zakres przedziału ufności dla B, p- istotność, ns- nieistotne

Dyskusja

Badana grupa osób starszych czynności dnia codziennego na ogół wykonywała samodzielnie, aczkolwiek z pewnymi trudnościami. Sprawność funkcjonalna respondentów malała wraz z wiekiem, co potwierdzają także inne polskie badania (Bień, 2002), (Wojszel, 2009), (Wizner, et al., 2012). Dodatkowo, warunkowana była także częstością zgłaszanych dolegliwości, dokonywaną samooceną stanu zdrowia, stopniem narażenia na niedożywienie oraz występującymi chorobami układu krążenia.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna odgrywa kluczową rolę w opiece nad osobami z ograniczoną sprawnością funkcjonalną, które mieszkają w środowisku domowym. Sprawując opiekę nad osobą starszą pielęgniarka powinna przede wszystkim dokonywać regularnej diagnozy sprawności funkcjonalnej (za pomocą ogólnie dostępnych narzędzi) i na tej podstawie wdrażać celowe świadczenia zdrowotne. Realizując te działania, niezmiernie ważna jest współpraca z innymi profesjonalistami w celu świadczenia holistycznej opieki, skoncentrowanej wokół aktualnych potrzeb i problemów podopiecznego. Jak wynika z przeprowadzonych badań, niezmiernie ważna w grupie seniorów mieszkających w środowisku wiejskim jest edukacja zdrowotna w zakresie zdrowego odżywiania. Biorąc pod uwagę powszechność występowania niedożywienia wśród osób starszych oraz jego konsekwencje, koniecznym jest wdrażanie specjalnych programów profilaktycznych

mających na celu minimalizowanie tego niekorzystnego zjawiska, skierowanych do samych zainteresowanych oraz osób mających częsty kontakt z osobą starszą np. członków rodziny.

Wnioski

1. Determinantami sprawności funkcjonalnej osób starszych jest przede wszystkim wiek oraz stan zdrowia, w tym ryzyko niedożywienia oraz występujące choroby i dolegliwości.
2. Pamiętając, iż rodzina wciąż odgrywa dużą rolę w życiu osób starszych, a w przypadku seniorów niesamodzielnych to na nią spada główny ciężar opieki, należy podjąć działania mające na celu częściowe odciążenie rodzin poprzez sukcesywne zwiększenie działalności pielęgniarstwa rodzinnego.

Piśmiennictwo

1. Barrocas, A., White, J. V., Gomez, C. i Smithwick, L., 1996. Assessing health status in the elderly: the nutrition screening initiative. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 7 3, pp. 210-218.
2. Bień, B., 2002. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: B. Synak, red. *Polska starość*. Gdańsk
3. Borowiak, E. i Kostka, T., 2010. Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych. *Gerontologia Polska*, 18 4, pp. 207-214.
4. Farquhar, M., 1995. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, pp. 1439-1446.
5. Kempen, G. I., Miedema, I., Ormel, J. i Molenaar, W., 1996. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Social Science & Medicine*, pp. 1601-1610.
6. Mirczak A., Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia osób starszych mieszkających na obszarach wiejskich, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Lekarski, Kraków 2013.
7. Wizner, B. i inni, 2012. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. W: M. Mossakowska, A. Więcek i P. Błędowski, redaktorzy *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia.

8. Wojszel, Z. B., 2009. Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego. Białystok: Trans Humana.

Dane kontaktowe do autora:

Dr n.med. Anna Mirczak

Katedra Gerontologii Społecznej

Instytut Pracy Socjalnej

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji narodowej w Krakowie

os. Stalowe 17

31-922 Kraków

e-mail: amirczak@up.krakow.pl

PLEĆ SERCA A CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO

Renata Mroczkowska¹, Bogusława Serzysko⁵, Gabriela Ptaszek²,
Barbara Stołecka², Karina Wawros², Lucyna Graf³, Mariola Śleziona⁴,
Jolanta Borgosz⁶, Bogusława Kupczak -Wiśniowska⁶, Renata Pięta⁷

¹Doktorantka w Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze, Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,

²Doktorantka w Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze, Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej,

³Doktorantka w Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej w Tychach,

⁴Doktorantka w Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 w Tychach,

⁵Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze, Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,

⁶Beskidzkie Centrum Onkologii Bielsko – Biała,

⁷Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich.

Naprawdę, jaka jesteś nie wie nikt....

Wstęp

Serce jest centralnym elementem układu krążenia. Przez wieki uważano je za siedzibę duszy ludzkiej i wiązano z misterium życia i śmierci. Tajemnica jego budowy rozbudzała wyobraźnię wielu badaczy. Do czasu Leonarda da Vinci nikt nawet nie przypuszczał, że przyjdzie dzień, gdy człowiek dotknie serca drugiego człowieka, pozna jego budowę, działanie, weźmie je w dłonie, naprawi, wymieni (Rożnowska K, 2006). W XV wieku, Da Vinci wraz z Andreasem Vesaliusem, zwanym ojcem kardioanatomii, otworzył klatkę piersiową człowieka, obejrzał i opisał ten narząd, jako niezwykle mięsień o bardzo przejrzystej architekturze. Kształtem i wielkością przypominającym ściśniętą w pięść dłoń właściciela.

Serce dzieli się na część prawą, podłucną (przedsionek i komora) i lewą warunkującą krążenie systemowe. Ta swoista pompa ssaco-tłocząca pracuje nieustannie, a szybkość i miarowość jej akcji zależy od funkcjonowania: układu nerwowego, temperatury ciała, stężenia jonów wapnia i potasu oraz steroidów płciowych (estrogenów, progestagenów (np. progesteron) i androgenów). Z tymi ostatnimi nierozzerwalnie łączą się kwestie zależnych od płci, odrębności występujących pomiędzy kobietami i mężczyznami w częstości i oddziaływaniu tradycyjnych czynników ryzyka, prezentacji klinicznej chorób układu krążenia, odpowiedzi na terapię. Co prawda, już wcześniej wykazywano różnice dotyczące struktury serca pomiędzy mężczyzną, a kobietą, ale wyniki badań i obserwacji dotyczących chorób serca, które przeprowadzono wśród mężczyzn, odnoszono w tej samej mierze do kobiet i nie analizowano ich w odniesieniu do płci. Większość prób klinicznych, stanowiących obecnie podstawę standardów leczenia chorób układu krążenia, obejmowała mężczyzn. Tymczasem okazało się, że serce kobiety wykazuje odrębności dotyczące nie tylko budowy, ale i funkcjonowania. Poza tym obraz tych samych patologii u mężczyzn i u kobiet znacząco się różni (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007). Odkrycie to, pozwoliło na rozwój *kobiecej kardiologii*, która zajęła się żeńskimi chorobami serca, ich uwarunkowaniami społecznymi, kulturowymi i psychologicznymi. Według prof. dr hab. med. Marianny Janion, przewodniczącej Sekcji Chorób Serca u Kobiet, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wiedza na temat różnic determinowanych płcią, jest kluczem do rozwoju nowych strategii diagnostycznych, terapeutycznych i pielęgnacyjnych. Jest ogniwem w procesie zmiany nieprawidłowego postrzegania chorób układu krążenia u kobiet, poprawy stratyfikacji ryzyka, diagnostyki oraz terapii.

Omówienie

Serce kobiety, w porównaniu z sercem mężczyzny, leży nieco wyżej i bardziej poprzecznie. Jest mniejsze i lżejsze. Przeciętna waga to około 220g. Masa narządu, zarówno u kobiet jak i mężczyzn, wraz z upływem lat ulega zmianom. Najcięższe serce posiadają osoby w wieku 55-65 lat. Istnieje też pewna zależność pomiędzy wagą ciała a masą serca, które stanowi 0,5% masy ciała (Rożnowska K, 2006). Ujścia przedsionkowo-komorowe i ujścia tętnic są mniejsze, co predysponuje do powstawania zatorów, a naczynia wieńcowe węższe i drobniejsze (w stosunku do masy ciała) niż u mężczyzn. Pobudzenie nerwu błędnego częściowo wywołuje reakcję Bezolda-Jarisha (BJR) polegającą na gwałtownej, odruchowej bradykardii, hipotensji oraz wazodylatacji (zwłaszcza naczyń wieńcowych i nerkowych). Dochodzi do niej m.in. w czasie omdlenia wazowagalnego, hipowolemii, badań koronarograficznych, a także

niedotlenienia, zawału mięśnia sercowego i udanej reperfuzji. Co więcej, może ona być zaangażowana w mechanizm nagłej śmierci sercowej, w następstwie niedokrwienia mięśnia sercowego, szczególnie tylna-dolnej i dolnej ściany komór serca (Łupiński L., et al., 2009). Prezentowane wcześniej różnice nie mają większego wpływu na pracę serca, dopóki jest ono zdrowe. Zapadalność kobiet na choroby układu krwionośnego i ich przebieg uzależnione są od procesów metabolicznych ściśle związanych z etapem życia: menstruacją, ciążą czy menopauzą, a więc z hormonami.

Ciąża

Okresem powodującym wiele zmian w budowie i funkcjonowaniu serca, jest dla kobiet stan ciąży. Masa lewej komory, rośnie proporcjonalnie do wzrostu wagi matki i płodu. Zmiany hormonalne powodujące rozkurcz mięśniówki gładkiej, a następnie tworzenie łożyska i krążenia płodowego, prowadzą do zwiększenia, w układzie krwionośnym ciężarnej, objętości krwi - głównie osocza, średnio o 40-50%. Proces ten zaczyna się już od szóstego tygodnia ciąży. W ostatnim trymestrze jest jej prawie 4l więcej. W związku z tym, serce przyspiesza swoją akcję o około 10-20 uderzeń, przy jednoczesnym wzroście objętości wyrzutowej i minutowej. Zmianom ulegają wartości ciśnienia tętniczego (RR). Niewielki wzrost RR w drugim i trzecim trymestrze, o 25/15 mm Hg w stosunku do wartości sprzed ciąży, ale nieprzekraczający wartości 140/90 mm Hg, uznawany jest za fizjologię. Zwykle w 1 do 3 tygodni po porodzie wraca ono do normy. Należy w tym miejscu przypomnieć o technice pomiaru RR u kobiet ciężarnych. Pomiaru dokonuje się w pozycji siedzącej lub leżącej na boku. Pomiar dokonany w pozycji na wznak, jest niemiarodajny. Powiększona macica uciskając na żyłę główną dolną może wywołać obniżenie wartości ciśnienia. Nadciśnienie tętnicze ciążowe rozpoznaje się, jeżeli wartości ciśnienia tętniczego przekraczające 140/90 mmHg (podczas dwóch niezależnych pomiarów), stwierdzono po raz pierwszy po 20. tygodniu ciąży. Kobiety te, wymagają ścisłego nadzoru, ponieważ u około połowy z nich, dochodzi do rozwoju stanu przedrzucawkowego.

Szybki przyrost masy, podniesienie przepony, ucisk rozwijającego się płodu na narządy jamy brzusznej, serce i inne organy może prowokować szereg dolegliwości sugerujących chorobę serca, takich jak: duszność (zwłaszcza w czasie wysiłku), zawroty głowy, omdlenia, kołatania serca, szmery w sercu, obrzęki nóg, poszerzenie żył szyjnych. W większości przypadków są one fizjologicznym następstwem wyżej opisanych zmian. Jeżeli jednak objawy nie ustępują, trzeba rozpocząć diagnostykę w celu wykluczenia ewentualnej choroby. Ciężarną dużo trudniej się diagnozuje i leczy ze względu na jej szczególny stan i dobro płodu - dlatego,

każdy przypadek choroby rozpatruje się indywidualnie. *European Society of Cardiology* (ESC), podjęło się opracowania wytycznych dotyczących leczenia chorób serca u kobiet w ciąży. Niniejszy dokument jest przeznaczony dla kardiologów, których pacjentki mogą planować ciążę, zgłaszać się po poradę w ciąży lub, u których chorobę serca rozpoznano podczas ciąży. Wytyczne dotyczą przede wszystkim chorób układu krążenia stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia matki lub dziecka, takich jak: wady serca, kardiomiopatie czy zaburzenia rytmu. Mniej uwagi poświęcono schorzeniom dobrze tolerowanym w ciąży (Cybulska, 2003). Według cytowanych wytycznych badanie echokardiograficzne i ekg zazwyczaj wystarczają do postawienia ostatecznego rozpoznania. Literatura podaje, że u większości kobiet z wadą serca, w klasie czynnościowej NYHA I lub II, ciąża kończy się pomyślnie. W przypadku niektórych wad, takich jak: zwężenie zastawki mitralnej lub aortalnej, problemy mogą występować nawet u kobiet, u których przebieg choroby przed ciążą był całkowicie bezobjawowy, a fakt istnienia wady serca mógł być dotychczas nieznan. Istotne zagrożenie stwarzają: choroby naczyń płucnych (niezależnie od przyczyny), osłabienie ściany aorty, np. w przebiegu zespołu Marfana, zwężenia w obrębie lewego serca oraz stany prowadzące do rozstrzeni i niewydolności lewej komory. Niewątpliwie, większe ryzyko istnieje u każdej kobiety w III lub IV klasie czynnościowej NYHA (Cybulska, 2003). Leki stosowane w ciąży wprowadzono do codziennej praktyki bez wcześniejszych badań klinicznych. Kryterium zatwierdzenia do użytku, jest brak istotnych działań niepożądanych. Wyjątek stanowią doustne antykoagulanty, dopuszczone do stosowania w czasie ciąży u kobiet ze sztucznymi zastawkami serca jedynie dlatego, że nie ma obecnie innej, równie skutecznej metody leczenia (Cybulska, 2003). Główne problemy związane z leczeniem przeciwkrzepliwym np. u pacjentek z implantowaną zastawką mechaniczną to: utrzymujący się w trakcie całej ciąży stan nadkrzepliwości oraz skutki uboczne podawania antagonistów witaminy K takie jak embriopatia, ryzyko wczesnego poronienia i porodu przedwczesnego. Istnieją różne szkoły w zakresie leczenia przeciwkrzepliwego w pierwszym trymestrze ciąży. Kontynuacja podawania antagonistów witaminy K zapewnia bezpieczną i stabilną ochronę, tym bardziej, że ostatnie badania wskazują na niewielkie ryzyko poronienia i embriopatii u kobiet przyjmujących mniej niż 5 mg warfaryny na dobę. Alternatywę stanowi podskórne podawanie heparyny niefrakcjonowanej od 6. do 12. tygodnia ciąży, co wiąże się z niebezpieczeństwem wystąpienia zakrzepicy sztucznej zastawki, trombocytopenii i osteoporozy. Wyboru metody leczenia należy dokonać po dokładnym poinformowaniu pacjentki i jej partnera o ryzyku związanym z różnymi metodami leczenia przeciwkrzepliwego (Cybulska 2003).

Ciąża to czas, w którym mogą się pojawić również zaburzenia rytmu. Są nimi zarówno pojedyncze pobudzenia dodatkowe jak i utrwalone arytmie. Sposób leczenia jest taki sam jak w przypadkach niezwiązanych z ciążą. Należy pamiętać, że wszystkie antyarytmiki pokonują barierę łożyska, a ze względu na zmienioną farmakokinetykę zaleca się, aby prowadzoną kurację ściśle monitorować, oznaczając stężenia leków w surowicy. Złotym standardem jest wybieranie metod zachowawczych, oczywiście tylko wtedy, gdy jest to bezpieczne dla płodu i matki.

Niestety coraz więcej kobiet, wcześniej borykających się z chorobami serca, np. z wrodzonymi wadami, zachodzi w ciążę bez odpowiedniego przygotowania. Nawet bardzo złożona patologia sercowo-naczyniowa nie stanowi przeszkody w rozpoczęciu aktywności seksualnej, pod warunkiem wcześniejszego omówienia kwestii możliwości zajścia w ciążę oraz opieki podczas ciąży i porodu z prowadzącym kardiologiem (a. Mroczkowska, et al, 2015). Dokładne informacje na temat antykoncepcji i wpływu ciąży na serce, powinny być podane przez inicjacją zachowań seksualnych, czyli przed okresem dojrzewania. Adolescencja to czas szczególnie newralgiczny zarówno dla formowania się osobowości jak i rozwoju zachowań ryzykownych, które mogą ulec utrwaleniu w życiu dorosłym. Dlatego interwencje edukacyjne należy rozpoczynać wcześniej, aby faza przejściowa pomiędzy dzieciństwem a dorosłością przebiegała płynnie, a pacjentki w pełni przejęły odpowiedzialność za swoje zdrowie. (b.Mroczkowska, et al, 2015).

Menopauza

Okres rozrodczy, to czas kiedy hormony płciowe wywierają ochronny wpływ na serce i naczynia krwionośne. Główną rolę przypisuje się tu estrogenom. Ich działanie dotyczy głównie śródbłonna naczyń, będącego jedyną fizjologiczną powierzchnią o potencjale przeciwzkrzepowym, i jest określane, jako:

- natychmiastowe, wywołane bezpośrednią obecnością. Aktywują uwalnianie tlenku azotu i prostacykliny PGI₂, wykazujących działanie: wazodylatacyjne (poprawiające przepływ krwi) oraz hamujące agregację i aktywację płytek (procesów odpowiedzialnych za tworzenie się zakrzepów),
- długofalowe, odległe, związane z ekspresją genów. Prowadzące do zahamowania niekorzystnej przebudowy ścian naczyń i rozwoju miażdżycy (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007).

Hormony chronią serca kobiet, ale w okresie menopauzy lub u młodych kobiet po usunięciu jajników, gdy poziom estrogenów wyraźnie spada, ryzyko zachorowania na chorobę

niedokrwieną serca i nadciśnienia znacznie wzrasta. Stan serca i naczyń kobiety pogarsza się. Dochodzi do dysfunkcji śródbłonna wieńcowych naczyń włosowatych, a w następstwie, do pogrubienia ściany naczyń i upośledzenia perfuzji (Baszczuk A., et al., 2014). Proces ten nosi nazwę arteriosklerozy jeżeli dotyczy tętnic oraz flebosklerozy, gdy toczy się w naczyniach żylnych. Jeszcze dziesięć lat temu wydawało się, że sytuację uratuje hormonalna terapia zastępcza (HTZ) czyli dodatkowa suplementacja hormonów płciowych w okresie okołomenopauzalnym. Okrzyknięto ją lekiem na wszystkie dolegliwości i eliksirem młodości dla kobiet menopauzalnych. Rzeczywiście korzystnie wpływa na stan naczyń obwodowych, ale jednocześnie powoduje znaczny wzrost ryzyka krążeniowego i onkologicznego u kobiet po menopauzie (duże badania: HERS, WHI, Million Women Study). Największą zachorowalność notuje się w pierwszym roku stosowania (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007). *Amerykańskie Stowarzyszenie Serca* rekomenduje, aby nie rozpoczynać i nie kontynuować HTZ w celu zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym u kobiet po menopauzie. Każdy przypadek rozpatrywać indywidualnie, rozważając korzyści i ewentualne zagrożenia. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne ogranicza stosowanie HZT do sytuacji przedwcześnie menopauzy i nasilonych objawów zespołu klimakterycznego, równocześnie rekomendując zasadę jak najmniejszej dawki, w jak najkrótszym czasie, podawanej drogą przezskórną. Bezwzględny przeciwwskazaniem jest natomiast: czynna choroba zakrzepowo-zatorowa, ciężka postać choroby wieńcowej serca oraz nowotwory estrogenozależne (sutka i endometrium). U kobiet młodych, przed menopauzą stosowanie HTZ, według aktualnego stanu wiedzy, nie jest obarczone tak dużym ryzykiem i przynosi konkretne efekty terapeutyczne. Niemniej jednak, kobiety powyżej 40 roku życia, przed rozpoczęciem kuracji, powinny być powiadomione zarówno o zaletach jak i ryzyku związanym z HTZ (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007). Na chwilę obecną nie można jeszcze jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie: zażywać hormony czy też nie?, ale jedno wiemy na pewno: chemiczny substytut hormonów, nie jest tą samą substancją, którą wytwarza organizm kobiety w wieku rozrodczym.

Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u kobiet

Główną rolę w rozwoju chorób sercowo naczyniowych przypisuje się czynnikom środowiskowym i behawioralnym. Wieloośrodkowe badanie INTERHEART (2004) zwróciło uwagę na znaczenie sześciu niezależnych czynników, takich jak: hiperlipidemia, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna i problemy psychosocjalne oraz trzech czynników kardioprotekcyjnych tj. zwiększenie spożycia warzyw i owoców,

umiarkowane spożycie alkoholu, aktywność ruchowa (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007), które odpowiadają za 90% zawałów serca u mężczyzn i 94% u kobiet (Yusuf S., et al. 2004). Powszechnie wiadomo, że w takim samym stopniu szkodzą obu płciom, ale niektóre, jak chociażby palenie tytoniu, cukrzyca czy hipertriglicydemia, bardziej szkodzą kobietom. Pomimo, że u kobiet choroby serca i naczyń rozwijają się średnio o 10 lat później niż u mężczyzn, śmiertelność z powodu tych schorzeń jest większa u kobiet. Kobiety postrzegają się, szczególnie w wieku prokreacyjnym, jako grupę *chronioną* przed chorobą niedokrwienną serca, co wpływa na niedoszacowanie grożącego ryzyka, brak wczesnych działań profilaktycznych oraz leczenia. Efekty uwidaczniają się po menopauzie w postaci zwiększenia narażenia na wystąpienie zawału, niewydolności serca i nagłego zgonu sercowego. Dlatego Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zwraca uwagę na ogromną potrzebę identyfikacji różnic związanych z płcią w poznaniu czynników ryzyka i czynników protekcyjnych, w obrazie klinicznym i patofizjologii. Jest to zadanie priorytetowe w poprawie jakości opieki nad kobietami.

Działania edukacyjne i kampanie uświadamiające powinny podkreślać istotną rolę determinantów behawioralnych w powstawaniu miażdżycy, takich jak: nieodpowiedni styl życia oraz czynniki psychosocjalne. Tylka w publikacji *Zdrowie menadżera. Psychologiczne ramy dla relacji: styl życia a zdrowie i choroba*, definiuje styl życia jako sumę zachowań uwarunkowanych czynnikami poznawczymi, nastawieniami, motywacją i preferencjami. Zachowania te warunkowane są przez osobowość, wiedzę, wychowanie, tradycję, modę oraz presję środowiska. (Tylka J., 2002). Postrzegając styl życia jako ważny element profilaktyki i terapii chorób należy dokładać starań aby każdy człowiek poznał przyczyny rozwoju miażdżycy i zaangażował się w proces zmian. Mówiąc nieodpowiedni styl życia myślimy przede wszystkim o paleniu tytoniu, wysokokalorycznej diecie, nadmiernym spożyciu alkoholu i małej aktywności fizycznej.

W tym opracowaniu autorzy chcieliby zwrócić szczególną uwagę na palenie tytoniu, które jest najważniejszym czynnikiem ryzyka wczesnego zgonu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (Pechacek T.F., et al., 2005). Kobiety palą prawie tak samo często jak mężczyźni, a w młodszym pokoleniu niestety dziewczęta dominują. Jest to niepokojący trend, ponieważ papieros szkodzi kobietom zdecydowanie bardziej niż mężczyznom. Ryzyko choroby wieńcowej u palaczek jest 4-10 razy wyższe w stosunku do niepalących kobiet (dla porównania u mężczyzn 3-5 razy większe). Zależy w głównej mierze, nie od zawartości substancji smolistych czy nikotyny w papierosie, ale od liczby wypalonych papierosów. Palenie tytoniu przyczynia się do dysfunkcji śródbłonna naczyń, obkurczenia tętnic

wieńcowych oraz stanu nadkrzepliwości. Te trzy elementy implikują nieprawidłową perfuzję wieńcową i wtórne narastanie niedotlenienia mięśnia sercowego. Zwążonymi naczyniami wieńcowymi doprowadzana jest krew z obniżonym stężeniem utlenowanej hemoglobiny, ponieważ tlenek węgla zawarty w dymie tytoniowym wyparł tlen. Ostatnim elementem układanki jest nikotyna. Jako silny antagonistą układu współczulnego powoduje uwalnianie amin katecholowych, odpowiedzialnych za przyspieszenie czynności serca, podwyższenie ciśnienia tętniczego z następowym wzrostem zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen. Reasumując, palenie tytoniu przyczynia się do wzrostu zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen, jednocześnie porażając perfuzję w naczyniach wieńcowych i wypierając tlen z hemoglobiny. Klasyczne błędne koło. Na domiar złego, u kobiet nikotyna znamienne obniża poziom estrogenów. Pozostając w temacie hormonów płciowych nie można pominąć korelacji pomiędzy doustnymi środkami antykoncepcyjnymi (DSA), a paleniem. Do zawału związanego ze stosowaniem DSA dochodzi najczęściej na skutek zakrzepicy, a nie pęknięcia blaszki miażdżycowej. A ryzyko jest ściśle uzależnione od liczby wypalonych papierosów. Obecnie dopuszcza się przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych przez kobiety powyżej 35 r.ż. palące mniej niż 15 papierosów dziennie. Z kolei palące kobiety w wieku do 35 lat, mogą przyjmować DSA, pod warunkiem że w ich rodzinie nie występowały choroby zakrzepowo-zatorowe.

Znaczny wpływ na ryzyko i rokowanie w chorobie wieńcowej mają: niektóre cechy osobowości, depresja, stres, status socjoekonomiczny i zdarzenia losowe. Związek psychiki z chorobami serca dostrzegano już od najdawniejszych lat czego dowodem są używane do dnia dzisiejszego sformułowania: *serce pękające z rozpacz, kamień z serca* itp. Już w XIX wieku, opisywano człowieka zagrożonego śmiercią sercową w następujący sposób: *pierwszy wstaje, ostatni kładzie się spać, jego chlebem powszednim jest dokładność, dążenie do sukcesu finansowego, zawodowego lub politycznego* (William Osler). Czynniki psychospołeczne mogą w znaczący sposób modyfikować styl życia. Wspaniałym przykładem jest depresja. Osoby depresyjne borykają się z dużymi wahaniami ciśnienia, częściej i więcej palą, nieracjonalnie się odżywiają, obca jest im aktywność fizyczna i motywacja do zmian (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007).

Wyzwaniem naszej epoki jest edukacja dzieci w kierunku zmiany norm behawioralnych, modyfikacji takich zachowań jak: zbyt pośpieszne jedzenie, chodzenie, mówienie, przerywanie innym, wykonywanie kilku rzeczy jednocześnie. Nauka kontroli nad zachowaniami agresywnymi, zwiększenie tolerancji i akceptacji wobec ludzi oraz nabywanie umiejętności odpoczynku (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007). W tym bowiem okresie

najłatwiej wdrożyć prozdrowotny styl życia w myśl zasady *czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość traci*. W miarę upływu lat zmiana nawyków staje się coraz trudniejsza. Jeżeli w porę nie wdrożymy prozdrowotnego wzorca zachowań behawioralnych, nie przekonamy ludzi do zmiany stylu życia, to nadal będzie rosła liczba pacjentów ze zdarzeniami sercowo-naczyniowymi.

Choroba niedokrwienna serca

Według aktualnego stanu wiedzy, choroba niedokrwienna serca dotyka zarówno mężczyzn jak kobiety. Co prawda w znacznie większym stopniu dotyczy mężczyzn, ale po 60. roku życia różnice pomiędzy płciami zacierają się. Po menopauzie, ryzyko drastycznie wzrasta. Następuje gwałtowny wzrost zmian niedokrwiennych w sercu, które stają się główną przyczyną zgonów. Dodatkowymi utrudnieniami są: nieco odmienny obraz kliniczny choroby u kobiet oraz mocno zakorzenione poglądy ochronnego znaczenia płci żeńskiej w rozwoju miażdżycy, co skutkuje mniejszą częstotliwością kierowania kobiet na badania związane z diagnostyką chorób serca, mniej intensywnym leczeniem w przypadku zawałów oraz niedostatecznym leczeniem kobiet cierpiących inne choroby serca (undertreatment) (Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, 2007).

Podsumowując należy zwrócić uwagę na następujące fakty:

- kobiety chorują częściej niż mężczyźni, ale 10-15 lat później,
- w mechanizmie powstawania choroby niedokrwiennej serca u kobiet, większą rolę niż u mężczyzn, odgrywa mikrokrażenie i proces przebudowy ściany naczynia, niż sama obecność blaszek miażdżycowych,
- zawał bywa rzadko pierwszym objawem choroby.

Charakterystycznym objawem jest uczucie dyskomfortu i bólu zamostkowego bez ewidentnego ograniczenia przepływu w dużych naczyniach. Gorsza kapilaryzacja serca jest najprawdopodobniej przyczyną pojawiania się u kobiet bólu zamostkowego, nawet przy niewielkim upośledzeniu czynności śródbłonna i przy braku blaszek miażdżycowych w angiografii. Zwykle są to bóle nietypowe, spoczynkowe o charakterze emocjonalnym, występujące w nocy.

Główne dolegliwości zgłaszane przez kobiety to:

- brak powietrza (50%),
- nudności i wymioty (35%),
- bóle za mostkiem i w nadbrzuszu (30%),

- bóle szyi, szczęki czy gardła (25%),
- zawroty głowy (20%).

Poza tym zmęczenie, potliwość, bóle promieniujące do rąk, dłoni, ramion, pleców oraz zaburzenia nastroju. Dlatego w rozpoznawaniu *wieńcówki* u kobiet, ocena typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej nie ma takiej wysokiej wartości diagnostycznej jak u mężczyzn.

Kardiologiczny zespół X

Niektóre dolegliwości bólowe serca sprawiają znaczne trudności diagnostyczne. Tak jest min. z kardiologicznym zespołem X. Choroba dotyka głównie kobiety po menopauzie czyli między 45. a 50. r.ż. Jej istotą są wieńcowe dolegliwości bólowe bez uchwytnych zmian w naczyniach. Bóle są bardzo dotkliwe, głównie powysiłkowe, czasem w godzinach nocnych. Trwają do 30 min. Prawie wcale nie reagują na nitraty. Dolegliwościom towarzyszy silny lęk, osłabienie, duszność i tachykardia. Istnienie tego schorzenia potwierdza jedynie elektrokardiogram wysiłkowy. Przeprowadzono wiele badań próbując wyjaśnić pochodzenie tak dużych dolegliwości bólowych. Nadal nie ma jasnej odpowiedzi czy przyczyną jest niedokrwienie (na poziomie serca), czy zaburzona percepcja (na poziomie mózgu) czyli obniżenie progu bólowego. Pociuszającym jest fakt, że choroba bardzo rzadko prowadzi do zawału. Leczenie opiera się o terapię hormonalną, uspokajającą i przeciwbólową. Często rozważa się wprowadzenie hormonalnej terapii zastępczej. Kardiologiczny zespół X to nadal zagadka dla medycyny. Pewnym jest jedynie to, że dotyka głównie kobiety w wieku menopauzalnym, ma związek z niedostatkim estrogenów, zaburzeniem w mikrokrążeniu wieńcowym i obniżonym progiem bólowym.

Podsumowanie

Medycyna genderowa jest młodą dyscypliną naukową zajmującą się zagadnieniami odrębności medycznych wynikających z płci. Podobnie krótki, bo pięcioletni staż ma czasopismo *Gender Medicine*, w którym publikowane są prace z tego zakresu. Pionierami badań są Amerykanie, którzy przed dziesięcioma laty przy *National Institutes of Health* powołali *Office of Research on Women Health*. Zdawano sobie bowiem sprawę, że zainteresowanie zarówno władz, jak i społeczeństwa zdrowiem płci żeńskiej nie będzie łatwe, dopóty nie zostaną przeprowadzone badania wykazujące, że kobiety chorują inaczej niż mężczyźni. W 2001 r. Instytut of Medicine opublikował raport zatytułowany *Exploring the Biological Contributions to Human Health. Does Sex Matter?*, w którym napisano m.in.: *pleć*

wywiera wpływ na zdrowie; kobiety i mężczyźni mają różne obrazy chorób i różny styl życia. Zrozumienie opartych na różnicy płci odrębności jest ważne w celu opracowania nowego podejścia do profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Jednak samą esencję raportu zawarto w - jakże typowym dla amerykańskiego stylu komunikacji - krótkim stwierdzeniu: *Every cell has a sex*.

Rozwój medycyny genderowej wymusił nowe spojrzenie na epidemiologię, objawy, możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a tym samym tempo progresji oraz rokowanie chorób układu sercowo-naczyniowego u kobiet. Zaczęto je traktować jako problem zarówno z medycznego, jak i społecznego punktu widzenia. Udowodniono, że prawdopodobieństwo wystąpienia choroby układu sercowo-naczyniowego i związanej z tym niepełnosprawności jest u kobiet większe w porównaniu z mężczyznami, mimo że zachorowania i zgony spowodowane chorobą układu sercowo-naczyniowego w grupie kobiet występują później o około 10 lat niż w grupie mężczyzn. Ocenia się, że w Europie 55% kobiet umrze z powodu chorób układu krążenia, zaś z powodu choroby wieńcowej (CHD, *coronary heart disease*) - 23% (Kawalec E., et al. 2008). Dlatego programy profilaktyczne zmierzające do zmiany indywidualnych zachowań należy zacząć kierować także do kobiet, ponieważ czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego są podobne u obu płci, co potwierdziły opublikowane w 2004 roku wyniki badania INTERHEART.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) choroby układu krążenia określa mianem *chorób stylu życia*, w których poziom śmiertelności zależy od jakości opieki medycznej, zaś zapadalność jest sumą działań edukacyjnych i świadomości społeczeństwa na temat czynników mających wpływ na rozwój miażdżycy. Indywidualne postępowanie sprzyjające utrzymaniu lub wzmocnieniu zdrowia, zmiana stylu życia to klucz do zmniejszenia niekorzystnych wskaźników stanu zdrowia kobiet.

Bibliografia

1. Rożnowska K., *Płeć serca. O chorobach układu krążenia u kobiet*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006, IBAN 83-2003280-6.
2. Świątecka G, Kornacewicz-Jach Z, *Choroby serca u kobiet*, Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica, 2007, ISBN 9788375550061.
3. a. Mroczkowska R., Ślezione M., Graf L., Stołecka B., Ptaszek G., Podsiadło B., Serzysko B., *Rola pielęgniarki w opiece nad dorosłym z wrodzoną wadą serca - doniesienie wstępne*, Współczesne pielęgniarstwo specjalistyczne. Wiedza, kompetencje, praktyka.

T.2. Praktyka./ Pod red.: R. Mroczkowskiej, E. Molki, Bytom: Wydawnictwo DUX, 2015, s. 129 - 137, ISBN: 978-83-940799-1-8.

4. b. Mroczkowska R., Ptaszek G., Stołecka B., Wawros K., Graf L., Śleziona M., Gurowiec P., Serzysko B., *Wpływ edukacji zdrowotnej w okresie wczesnej adolescencji na niwelowanie ryzykownych zachowań zdrowotnych, psychospołecznych i behawioralnych u dorosłych z wrodzoną wadą serca*, Rzeszów, 2015.
5. Cybulska K., *Leczenie chorób układu krążenia u kobiet w ciąży. Standardy ESC. Task force report European Society of Cardiology, Tom VI*, Wydawnictwo Kardiologia Polska, 2003, ISBN 83-86203-53-6.
6. Baszczuk A., Kopczyński Z., Thielemann A., Dysfunkcja śródbłonna naczyniowego u chorych na pierwotne nadciśnienie tętnicze z hiperhomocysteinemią, *Postępy Hig Med Dosw (online)*, 2014; 68, s: 91-100, e-ISSN 1732-2693.
7. Łupiński S., Hryniewicz A., Pędzińska-Betiuk A., Malinowska B., *Odruch Bezolda-Jarischa w niedokrwieniu mięśnia sercowego*, 2009, *Kardiologia Polska*, 67, s:10
8. Pechacek T.F., Asma S., Blair N., Eriksen M.P., *Tytoń: globalna skala problem i rozwiązania na poziomie społeczności*. W: Yusuf S., Cairns J.A., Camm J., *Kardiologia faktów*, Warszawa, Wydawnictwo Medyczne, 2005, s:129-141,
9. Tylka J. *Zdrowie menadżera. Psychologiczne ramy dla relacji: styl życia a zdrowie i choroba*, Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2002, s:118,
10. Kawalec E., Gabryś T., Brzostek T., Reczek A., Malinowska-Lipień I., Cichoń B., *Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca u kobiet pracujących umysłowo*, 2008, *Via Medica, Problemy Pielęgniarstwa*, 16, 4, s: 325–330,
11. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. i wsp. *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*, 2004, *Lancet*, 364, s: 937–952,

Adres autora

mgr Renata Mroczkowska

renata.mroczkowska@tlen.pl

WPLYW CIĘCIA CESARSKIEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA MATKI I NOWORODKA

Beata Podsiadło¹, Astrid Świercz², Bogusława Serzysko³, Celina Gogola¹, Mariola Czajkowska¹, Iwona Gałązka¹, Bogusława Kupczak-Wiśniowska⁴, mgr Jolanta Borgosz⁴, Violetta Skrzypulec-Plinta⁵

1. Zakład Propedeutyki Położnictwa Katedry Zdrowia Kobiety Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
 2. Zakład Propedeutyki Położnictwa Katedry Zdrowia Kobiety Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Magister Położnictwa
 3. Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca I Kardiologii Dziecięcej Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca I Elektroterapii Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
 4. Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
 5. Zakład Profilaktyki Chorób Kobięcych i Seksuologii Katedry Zdrowia Kobiety Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
-
1. Department of Propaedeutics of Obstetrics School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland
 2. Department of Propaedeutics of Obstetrics School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland
 3. Department of Congenital Heart Defects and Children's Cardiology School of Medicine with the Division of Dentistry in Zabrze, Medical University of Silesia, Katowice, Poland
 4. Department of Gynaecological Diseases Prevention and Sexuology School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Wstęp

Poród jako zjawisko fizjologiczne i naturalne, współcześnie ze względu na jego medykalizację jest traktowany jako patologia, którą należy wspomagać z zewnątrz interwencjami typu premedykacja farmakologiczna, nacięcie krocza czy znieczulenie zewnątrzoponowe matki.

Postęp technologii przyczynił się do ratowania życia matki i dziecka w stanach zagrożenia ciąży bez względu na tydzień jej trwania, poprzez wykonanie cięcia cesarskiego,

jednak wiele procedur medycznych jest nadużywanych, dlatego większość rodzących może się spodziewać co najmniej jednej interwencji w trakcie porodu.

Poczucie bezpieczeństwa w czasie porodu siłami natury wynikające z możliwości wykonania w każdym momencie elektywnego cięcia cesarskiego nie odzwierciedla jego krótko lub długofalowych konsekwencji dla matki i dziecka.

Sposoby wykonywania cięcia cesarskiego zmieniały się na przestrzeni wielu lat. Ich ewolucja miała na celu ograniczenie liczby powikłań po zabiegu i zminimalizowanie przypadków śmiertelności pacjentek. Wybór sposobu wykonania cięcia cesarskiego uzależniony był wielokrotnie od decyzji operatora, oceny sytuacji położniczej oraz warunków anatomicznych miejsca operowanego (Sikora J, 2012, s. 115-120, Oleszczuk J, 2007, s. 153-163, Pajszczyk- Kieszekiewicz T, 2007, s. 182-185).

Należy uwzględnić stopień trudności zabiegu, pilność operacji, wiek ciążowy, położenie płodu, wielkość i liczbę płodów, stan rodzącej i płodu, przebyte operacje brzuszne, możliwość dostępu do ciężarnej macicy, konieczność ewentualnego rozszerzenia nacięcia, możliwość gojenia się rany, a także bardzo ważny przede wszystkim dla młodych kobiet efekt kosmetyczny zabiegu (Oleszczuk J, 2007, s. 153-163).

Wśród obecnie stosowanych metod cięcia cesarskiego wymienia się rzadko obecnie stosowane cięcie cesarskie klasyczne i pozaotrzewnowe oraz często wybierane cięcie poprzeczne w tym metodą Misgav Ladach (Sikora J, 2012, s. 115-120, Poręba R, 2009, Słomko Z, 2008, s. 399-402).

Cięcie cesarskie metodą klasyczną definiuje się ze względu na sposób nacięcia mięśnia macicy a nie skóry i polega na podłużnym nacięciu macicy w linii środkowej (Sikora J, 2012, s. 115-120, Gillham J, 2011, s. 105-126).

Obecnie z powodu wielu wad mogących wiązać się z licznymi powikłaniami pooperacyjnymi wykonywane jest niezmiernie rzadko i zarezerwowane wyłącznie dla ściśle określonych sytuacji klinicznych, w których korzyści przewyższają ewentualne ryzyko (Sikora J, 2012, s. 115-120, Słomko Z, 2008, s. 399-402).

Wiąże się z nim duża utrata krwi, utrudnione gojenie rany, tworzenie się zrostów, doraźne rozejście się rany pooperacyjnej, niebezpieczeństwo pęknięcia macicy w kolejnej ciąży oraz zwiększony odsetek zakażeń (Sikora J, 2012, s. 115-120, Oleszczuk J, 2007, s. 153-163).

Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe ma znaczenie historyczne. Metoda ta została opracowana na początku XX wieku i miała na celu zmniejszenie śmiertelności kobiet w wyniku zakażenia otrzewnej. Cięcie pozaotrzewnowe polegało na dojściu do dolnego

odcinka macicy bez konieczności przecinania otrzewnej poprzez odpreparowanie jej od pęcherza moczowego w linii środkowej lub bocznie od pęcherza po prawej lub lewej stronie. Macicę otwierano poprzecznie w dolnym odcinku. Metoda ta była wielokrotnie modyfikowana, jednak na skutek wprowadzenia zasad aseptyki i antybiotykoterapii doszło do poprawy efektów cięć wewnątrztrzewnowych i zaniechano stosowania tego sposobu operacji (Czajkowi K, 2011, s.58-71, Terui K, 2009, s. 86-94).

Profesor Michael Odent uznał cięcie cesarskie Misgav Ladach jako uniwersalną i zalecaną metodę. Nazwa tego rodzaju cięcia cesarskiego pochodziła od nazwy szpitala w Jerozolimie, w którym pracował jego prekursor Michael Stark (Sikora J, 2012, s. 115-120).

Metoda ta została zaproponowana w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku i jest obecnie najczęściej stosowana. Jest to modyfikacja metody Joel Cohena polegająca na uproszczeniu i skróceniu poszczególnych etapów zabiegu. Cięcie cesarskie sposobem Misgav Ladach niesie ze sobą wiele korzyści. W wyniku jego zastosowania ulega skróceniu czas zabiegu, znieczulenia oraz pobytu pacjentki w szpitalu. Następuje ograniczenie do minimum krwawienia śródoperacyjnego oraz stopnia uszkodzenia tkanek, naczyń krwionośnych i nerwów przez otwieranie tkanek na tępo.

Obserwuje się po zabiegu zmniejszenie liczby występujących krwiaków pooperacyjnych przez pozostawienie otrzewnej trzewnej niezamkniętej. Pacjentka podczas zabiegu traci mniej krwi, po operacji odczuwa mniejszy ból, jest w lepszej kondycji psychofizycznej, szybciej dochodzi do formy. Po porodzie już w 1 dobie opiekuje się noworodkiem, karmi je piersią na żądanie, tak jak to się dzieje po naturalnym porodzie (Sikora J, 2012, s. 115-120).

Poród drogą cięcia cesarskiego wymaga również odpowiedniej opieki anestezjologicznej, która polega na rygorystycznym przestrzeganiu zasad anestezjologii położniczej. Anestezjolog ma obowiązek zapewnić pacjentce bezpieczne znieczulenie, czyli takie, przy którym matka, płód i noworodek nie będą narażone na niebezpieczeństwo. Dlatego podczas operacji konieczna jest obecność zespołu terapeutycznego złożonego z lekarza anestezjologa, lekarza neonatologa, położnej, pielęgniarki anestezjologicznej oraz położnej oddziału noworodkowego (Pajszczyk- Kieszkiewicz T, 2007, s.182-185, Terui K, 2009, s.86-94).

Niezależnie od rodzaju znieczulenia w czasie operacji rodząca nie powinna leżeć płasko na wznak, gdyż powoduje to ucisk ciężarnej macicy na aortę i żyłę główną dolną a co za tym idzie może wystąpić spadek ciśnienia tętniczego krwi i zmniejszenie przepływu maciczno-łożyskowego. W celu uniknięcia zespołu żyły głównej dolnej u pacjentek

ciężarnych po 20 hbd stosuje się pozycję leżącą z odchyleniem ciała na lewą stronę dzięki pochyleniu stołu operacyjnego o 10-15° w lewo lub też podłożenie klina pod prawe biodro (Oleszczuk J, 2007, s.153-163 Czajkowi K, 2011, s.58-71, Terui K, 2009, s. 86-94).

Wybór sposobu znieczulenia z medycznego punktu widzenia powinno zależeć od potrzeb zespołu operacyjnego i pacjentki oraz dostępnego sprzętu medycznego. Obecnie do wykonania cięcia cesarskiego stosuje się znieczulenie kanałowe: zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe oraz znieczulenie ogólne dotchawicze, choć w ostatnich latach wzrasta popularność połączonego znieczulenia podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowego. Zaleca się, aby w położnictwie znieczuleniem z wyboru było znieczulenie przewodowe ze względu na duże bezpieczeństwo zarówno dla matki jak i dziecka, mniejszą okołoperacyjną utratę krwi oraz możliwość niezwłocznego rozpoczęcia karmienia piersią. Znieczulenie ogólne zaleca się pozostawiać dla sytuacji szczególnych (Poręba R, 2009, s. 9-12, Durek G, 2009, s. 43-46, Billert H, 2012, s.277-290, Szczygieł A, 2013, s.34-37).

Obecnie znieczulenie podpajęczynówkowe jest powszechne i chętnie wybierane, a swoją przewagę nad znieczuleniem zewnątrzoponowym zyskało dzięki łatwej i szybkiej technice wykonania, pewnej identyfikacji przestrzeni podpajęczynówkowej, szybkości występowania analgezji, dobremu zwiótczeniu mięśni w obszarze znieczulenia, małej ilości analgetyku potrzebnego do znieczulenia, braku powikłań u płodu oraz zachowania pełnej świadomości podczas zabiegu operacyjnego, co wiąże się z możliwością karmienia piersią zaraz po zabiegu operacyjnym (Czajkowi K, 2011, s. 58- 71, Billert H, 2012, s.277-290).

Wady analgezji podpajęczynówkowej występujące sporadycznie podczas znieczulenia, których nie można całkowicie wyeliminować to znaczące spadki wartości ciśnienia tętniczego krwi, nudności, wymioty, uczucie duszności, występowanie popunkcyjnych bólów głowy oraz upośledzenie czynności ruchowej kończyn dolnych.

Przeciwwskazaniem do stosowania tego znieczulenia jest brak zgody pacjentki, występowanie stanu zapalnego w miejscu wkłucia, zaburzenia krzepnięcia krwi, zaburzenia kardiologiczne u pacjentki, a także zmiany zwyrodnieniowe w odcinku krzyżowo-lędźwiowym kręgosłupa i wstrząs oligowolemiczny(Billert H, 2012, s.277-290, Gaca M, 2007, s. 89-98).

Drugi rodzaj znieczulenia proponowanego podczas cięcia cesarskiego, to znieczulenie zewnątrzoponowe stosowane rzadziej od podpajęczynówkowego ze względu na dłuższy czas wykonania i konieczność zastosowania większej dawki środka znieczulającego.

Można wskazać wiele zalet znieczulenia zewnątrzoponowego, do których należą rzadziej występujące popunkcyjne bóle głowy, możliwa stała kontrola głębokości i czasu

znieczulenia, opóźnione odczuwanie bólu pooperacyjnego, który pomaga zapobiec u pacjentki wystąpieniu stanu niepokoju i zmniejsza znacznie zapotrzebowanie na analgetyki we wczesnym okresie pooperacyjnym. Ogranicza prawdopodobieństwo wystąpienia nudności i wymiotów (Billert H, 2012, s.277-290, Datta S, 2009, Kotarski J, 2009, s. 13-25).

Wśród wad anestezji zewnątrzoponowej wskazano najczęściej: mniejszą skuteczność blokady, opóźniony efekt analgetyczny w stosunku do czasu podania leku, przebicie opony twardej i wprowadzenie środka znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej a w konsekwencji do występowania popunkcyjnych bólów głowy oraz konieczność podania większej dawki leku i możliwość jego przedawkowania (Billert H, 2012, s.277-290, Datta S, 2009).

W ostatnich latach szeroką popularność wśród anestezjologów położniczych zyskało połączone znieczulenie podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowe (CSE). Jest ono obecnie uważane za optymalne do wykorzystania podczas cięcia cesarskiego (Billert H, 2012, s.277-290, Datta S, 2009).

Technika ta umożliwia wykorzystanie zalet znieczulenia podpajęczynówkowego i możliwość przedłużenia blokady za pomocą znieczulenia zewnątrzoponowego, jednak jej wykorzystanie może być związane z wystąpieniem objawów niepożądanych, charakterystycznych dla każdego z tych znieczuleń (Billert H, 2012, s.277-290, Datta S, 2009).

O ile niewątpliwą zaletą jest redukcja ilości środków stosowanych podpajęczynówkowo w celu minimalizacji efektów ubocznych takich jak: nudności i wymioty, występowanie popunkcyjnych bólów głowy, hipotensji u matki oraz kwasicy płodu, o tyle jej wadą jest trudniejsza technika wykonania, dłuższy czas wykonania, większe koszty sprzętu medycznego, a także mogące wystąpić ryzyko przemieszczenia się cewnika przez otwór w oponie twardej, przeciekanie środka znieczulającego, długi czas wykonania, możliwość powikłań związanych z wystąpieniem zakażenia w tym zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wśród najczęstszych powikłań CSE wymienia się: świąd skóry, wahania ciśnienia tętniczego krwi u rodzącej i zaburzenia akcji serca płodu (Billert H, 2012, s.277-290, Durek G,2009,s. 43-46).

Typem znieczulenia wykonywanym stosunkowo rzadko jest znieczulenie dotchawicze, stosowane z wyboru w postępowaniu ze wskazań nagłych, ze względu na szybkość jego wykonania. Stosuje się go zwłaszcza w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia matki lub płodu, gdy nie ma czasu na wykonanie znieczulenia podpajęczynówkowego, jeśli nie

założono wcześniej cewnika do znieczulenia zewnątrzoponowego i kiedy występują przeciwwskazania do znieczulenia regionalnego. Anestezja ogólna dotchawicza niesie za sobą duże ryzyko powikłań, dlatego też zadaniem anestezjologa wykonującego znieczulenie jest minimalizacja ryzyka zachłyśnięcia matki i wystąpienia depresji oddechowej u płodu (Terui K, 2009,s. 86-94, Billert H, 2012, s.277-290, Gaca M, 2007, s. 89-98).

Kompleksowa opieka nad matką, płodem i noworodkiem świadczona według Standardu Opieki Okołoporodowej powinna spełniać oczekiwania kobiet i ich partnerów pod wieloma względami. Określenie „wskazanie do operacji” sugeruje zarówno celowość jak i uzasadnienie tego działania. Wskazania do wykonania operacji powinny wynikać z występujących w czasie ciąży i porodu powikłań a nie na życzenie pacjentki (Oleszczuk J,2007, s.153-163, Słomko Z, 2008,s.399- 402).

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wyniku narastającego odsetka wykonywanych cięć cesarskich w 2008 roku opracowało zbiór wskazań do ukończenia ciąży drogą operacyjną dzieląc je na położnicze i pozapołożnicze, względne i bezwzględne (Poręba R, 2008, s. 399- 402, Dudenhausen JW, 2010, s. 306, 327-328, 384-392).

W podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu cięcia cesarskiego zawsze należy brać pod uwagę zagrożenia wynikające z tej metody ukończenia ciąży dla matki, płodu i noworodka. Pomimo ogromnego postępu w dziedzinie medycyny, śmiertelność matek spowodowana powikłaniami wczesnymi lub późnymi po cięciu cesarskim jest wciąż wysoka, a ryzyko związane z operacją jest wyższe w przypadku wskazań nagłych. Do wystąpienia powikłań po operacji mogą się przyczynić czynniki takie jak : wiek ciążowy poniżej 32 hbd, zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, występowanie chorób indukowanych ciążą, otyłość ciężarnej, nieprawidłowe położenie płodu po odpłynięciu płynu owodniowego oraz zakażenie okołoporodowe (Gillham J, 2011, s. 105-126, Krasomski G, 2012,s.134-140, Józwick M, 2011, s.89-95).

Wystąpienie powikłań po cięciu cesarskim może być związane nie tylko z samą operacją, ale może powstać w wyniku zastosowanego znieczulenia lub na skutek schorzeń współistniejących z ciążą (Krasomski G, 2012,s.134-140).

Wśród najczęstszych powikłań wczesnych występujących po cięciu cesarskim wymienia się: krwotok okołoporodowy mogący wystąpić na skutek atonii mięśnia macicy, uszkodzenia naczyń macicznych, trudności w oddzieleniu łożyska, krwiak lub pęknięcie macicy oraz atonia macicy skutkująca okołoporodowym jej wycięciem.

Równie często obserwuje się występowanie zapalenia błony śluzowej macicy, powikłań zakrzepowo-zatorowych, uszkodzenie pęcherza moczowego, moczowodów

i jelit, niedrożność porażenną jelit, zator płynem owodniowym, zator powietrzny oraz zgon pacjentki (Gillham J, 2011, s. 105-126, Krasomski G, 2012, s.134-140, Józwik M, 2011, s.89-95, Suchocki S, 2011, s. 9-14).

Istotnymi czynnikami w aspekcie funkcjonowania położnic po cięciu cesarskim są występujące powikłania późne, obserwowane w okresie pooperacyjnym, nawet do ośmiu miesięcy po jego wykonaniu (Krasomski G, 2012, s.134-140, Józwik M, 2011, s.89-95).

Niewłaściwe zaopatrzenie tkanek podczas cięcia cesarskiego lub nierozpoznanie uszkodzenia pęcherza moczowego prowadzi do powstania przetok: pęcherzowo-maciczej, moczowodowo-pochwowej lub pęcherzowo-pochwowej wymagających długotrwałego leczenia zabiegowego w tym urologicznego. Późne powikłanie w postaci zakażenia może ujawnić się w pod postacią: zapalenia błony śluzowej macicy, ropnia rany pooperacyjnej czy zakażenia dróg moczowych. Wszystkie te powikłania wymagają specjalistycznej diagnostyki: bakteriologicznej, radiologicznej i ultrasonograficznej.

Zatorowość może być przyczyną i skutkiem powikłania pooperacyjnego. Jest czynnikiem ryzyka, które dotyczy ciężarnych, a jej prawdopodobieństwo wzrasta we wczesnym połogu, gdyż kobieta przez dłuższy czas pozostaje unieruchomiona. Odpowiednio wcześnie wykryta żylna choroba zakrzepowo – zatorowa pozwala zaplanować leczenie farmakologiczne zmniejszające ryzyko wystąpienia zatorowości płucnej lub mózgowej. Inne również ważne powikłania późne to: martwicze zapalenie powięzi, zapalenie płuc, niedokrwistość, przewlekłe bóle brzucha spowodowane zrostami, endometrioza w bliźnie rany po cięciu cesarskim, zapalenie przymacicz i przydatków, zakażenie otrzewnej, ropień miednicy mniejszej lub krwiak w powłokach brzusznych.

Powikłania anestezjologiczne po cięciu cesarskim mogą występować na skutek zastosowanych środków anestetycznych oraz rodzaju znieczulenia. Objawy powikłań obserwowane u położnic to: popunkcyjne bóle głowy, krwiak nadtwardówkowy, hipotonia, regurgitacja treści żołądkowej do dróg oddechowych, zachyłkowe zapalenie płuc, trudności w oddawaniu moczu i stolca, bóle kręgosłupa po znieczuleniu zewnątrzoponowym oraz zatrzymanie krążenia (Terui K, 2009, s. 86-94, Suchocki S, 2011, s. 9-14).

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie najczęściej występujących powikłań po wykonanym cięciu cesarskim oraz wykazanie:

1. Jaki rodzaj powikłań wczesnych najczęściej rozpoznano u położnic po cięciu cesarskim

2. Jaki rodzaj powikłań późnych zaobserwowano najczęściej u położnic po cięciu cesarskim
3. Jaką techniką najczęściej wykonywano cięcie cesarskie
4. Czy technika wykonania cięcia cesarskiego miała wpływ na występowanie powikłań wczesnych i późnych po cięciu cesarskim
5. Czy sposób ukończenia poprzedniej ciąży (poród siłami natury lub cięcie cesarskie) miał wpływ na wystąpienie ewentualnych powikłań wczesnych i/lub późnych po obecnym cięciu cesarskim

Material i metody

W pracy dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej (historii chorób pacjentek) hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w oddziale Perinatologii i Ginekologii oraz oddziale Ginekologii i Położnictwa. Grupa badana liczyła 200 pacjentek przebywających w ośrodku medycznym o III stopniu referencyjności w latach 2010-2014, u których po porodzie drogą cięcia cesarskiego wystąpiły powikłania. Analizę dokumentacji medycznej przeprowadzano od maja do czerwca 2015 roku.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz analizy dokumentacji medycznej składający się z dwóch części. W pierwszej części kwestionariusza zawarte zostały pytania socjo-demograficzne dotyczące: wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia. W drugiej części kwestionariusza zamieszczono pytania specjalistyczne dotyczące przeszłości położniczej pacjentek: ilości przebytych ciąży, porodów, sposobu ukończenia poprzedniej ciąży, schorzeń ogólnoustrojowych występujących przed i po ukończeniu ciąży, przebytych operacji, rodzaju znieczulenia zastosowanego podczas porodu, techniki wykonania zabiegu, powikłań wczesnych i późnych, jakie wystąpiły po cięciu cesarskim.

Analizę danych uzyskanych podczas badań przeprowadzono za pomocą statystyki opisowej i analitycznej. Do wykonania statystyki opisowej wykorzystano arkusz programu Microsoft Excel. Część analityczna została przeprowadzona za pomocą programu PQ Stat 1.6.0. Został on wykorzystany do określenia związku pomiędzy danymi z wykorzystaniem testu Chi-kwadrat, który wykazał zależności pomiędzy dwiema zmiennymi bazując na porównaniu ze sobą wartości obserwowanych w badaniach oraz wartości oczekiwanych. Przyjęty poziom istotności wynosił $\alpha=0,05$.

Omówienie wyników i dyskusja

Cięcie cesarskie to jeden z najczęściej wykonywanych zabiegów w położnictwie. Pomimo rozwoju technik zabiegowych oraz stosowanych zasad aseptyki nie jest on zupełnie pozbawiony powikłań (Czajkowski K, 2011, s. 58- 71, Durek G, 2009, s. 43-46).

Badana grupa była zróżnicowana pod względem wieku, wykształcenia stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Spośród 200 respondentek objętych badaniem najliczniejszą grupę stanowiły osoby z przedziału wiekowego 19- 39 lat (94,0%), pozostające w stałym związku partnerskim/małżeńskim (76,0%), posiadające wykształcenie wyższe (56,0%) i zamieszkujące miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców (64,0%). Wśród badanych 39,0% kobiet było w ciąży po raz pierwszy, 35,0% po raz drugi natomiast 26,0% respondentek było w ciąży trzy razy i więcej. Wśród badanych - pierwiastki stanowiły 45,0% a wieloródki 44,0%, co stanowiło ważny czynnik predysponujący do wystąpienia powikłań po cięciu cesarskim. W badanej grupie 200 kobiet, w 61,8% przypadków poprzednia ciąża zakończyła się cięciem cesarskim natomiast 38,2% respondentek urodziło siłami natury.

Obecnie odnotowuje się istotny wzrost odsetka cięć cesarskich zarówno w klinikach prywatnych, jak i w wiodących ośrodkach klinicznych, pomimo nadal panującego przekonania, że poród drogą naturalną jest bezpieczniejszy. Według Kurian R i wsp. w latach 70 i 80 ubiegłego wieku odsetek cięć cesarskich wynosił od 5 do 13% (Kurian R, 2003, s. 63).

W latach 90 liczba cięć cesarskich wzrosła od 12,5 do 24,7% , a obecnie waha się w granicach 20–30% (Insunza A, 2003, s.57).

Bednarowska A i Dębski R twierdzą, że w niektórych ośrodkach medycznych odsetek wykonywanych cięć cesarskich wynosi 55%, a w skrajnych przypadkach nawet 80% (Bednarowska A, 2002, s.23).

Obserwowane tak duże zwiększenie liczby cięć cesarskich w różnych ośrodkach, szczególnie w prywatnych klinikach, może wynikać z wyboru tej drogi porodu przez pacjentkę, czyli wykonywania cięcia cesarskiego na życzenie. Obecnie w sytuacji zmniejszenia się ogólnej liczby porodów, liczby dzieci przypadających na rodzinę oraz zwiększenia się liczby par z obniżoną płodnością celem, szczególnie ważnym w krajach rozwiniętych jest urodzenie zdrowego noworodka. W związku z tym wybór sposobu rozwiązania ciąży bezpiecznego zarówno dla matki, jak i dla dziecka nadal stanowi najistotniejszy problem we współczesnym położnictwie (Mazurek-Kantor J, 2007, s.90-98).

Ważnym czynnikiem w przypadku rozpatrywanych powikłań pooperacyjnych były choroby internistyczne rozpoznane u pacjentek przed zajściem w ciążę. Wśród badanych kobiet 21,0% chorowało przed ciążą na choroby inne niż podane w kwestionariuszu, 14,0% zgłaszało choroby narządu wzroku, 8,0% choroby kardiologiczne, 7,0% choroby tarczycy, 6,0% choroby metaboliczne (cukrzycę, choroby wątroby), nadciśnienie tętnicze i choroby nerek deklarowało po 4,0% badanych kobiet.

Schorzenia związane z rozwijającą się ciążą odnotowano u respondentek pod postacią: infekcji dróg moczowych (30,0%), nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą (12,0%), infekcji dróg rodnych (12,0%) oraz cukrzycy ciężarnych (9,0%).

W trakcie cięcia cesarskiego kobieta narażona jest na szereg powikłań, które mogą być związane ze stanem zdrowia, współistniejącymi chorobami, znieczuleniem, techniką operacyjną oraz specjalistycznymi procedurami medycznymi.

Operacja cięcia cesarskiego niesie za sobą czterokrotnie wyższe ryzyko poważnych powikłań dla matki w porównaniu do porodu drogami natury. Ryzyko związane z cięciem cesarskim ze wskazań nagłych jest większe niż w przypadkach wskazań elektywnych a śmiertelność ciężarnych/rodzących związana z cięciem cesarskim może być nawet dziesięciokrotnie wyższa niż po porodzie drogami natury (Jóźwik M. 2008, s.57-65).

Analizując wyniki badań Suchockiego S., który wskazała iż wśród powikłań po cięciu cesarskim najczęściej występowały: popunkcyjne bóle głowy (31,0%), krwotok okołoporodowy (6,0%), uszkodzenie pęcherza moczowego (3%), okołoporodowe wycięcie macicy (1%) i uszkodzenie jelit (0,5%) (Suchocki S. 2011, s. 9-14).

W materiale własnym największy odsetek wśród powikłań wczesnych po cięciu cesarskim stanowiły krwotoki okołoporodowe (9,0%), których podłożem mogły być skazy krwotoczne lub zaburzenia w układzie krzepnięcia o złożonym charakterze.

Według Hema K. R., przeciętna utrata krwi podczas cięcia cesarskiego wynosi do 700 do 1000 ml. Badania wykazały, że śródoperacyjna ocena utraty krwi do objętości 500 ml jest wiarygodna, natomiast gdy objętość utraconej krwi przekracza 600 ml, to znamienne częściej ma miejsce niedoszacowanie objętości utraconej krwi (Hema K. R, 2002, s. 16-39).

Do czynników ryzyka zwiększających śródoperacyjną utratę krwi Jóźwik M. i wsp. zaliczają: przedłużający się poród, wykonie cięcia cesarskiego w II okresie porodu, stan przedrzucawkowy z zaburzeniami w układzie krzepnięcia, anomalie w budowie i lokalizacji łożyska w jamie macicy pod postacią łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielenia się łożyska prawidłowo usadowionego i łożyska przyrośniętego (Jóźwik M. 2008, s.57-65).

Specyficznym stanem predysponującym do zaburzeń homeostazy w opinii autorów był krwotok przed i po przebytym uprzednio porodzie, zapalenie błon płodowych, cięcie cesarskie wykonane techniką klasyczną, znieczulenie ogólne oraz cięcie cesarskie wykonane w ciąży niedonoszonej.

Jóźwik M. i wsp. zwracają szczególną uwagę na operacyjne ukończenie ciąży u kobiet otyłych, po wcześniejszych interwencjach chirurgicznych i kolejnym z kolei cięciu cesarskim. Wymienione sytuacje położnicze powodują utrudniony dostęp do jamy otrzewnej z powodu powstałych zrostów i ograniczenia widoczności w dolnym odcinku macicy (Jóźwik M. 2008, s.57-65).

W retrospektywnych badaniach Lurie S. i wsp. stwierdzili, że relaparotomia po cięciu cesarskim była związana głównie z krwotokiem poporodowym a zakres podjętej interwencji obejmował histerektomię, podwiązanie tętnic macicznych lub naczyń podbrzuszných z koniecznością powtórne go zeszyca mięśnia macicy (Lurie S, 2007, s. 184-187).

W badaniach własnych stwierdzono, że jednym z powikłań wczesnych po cięciu cesarskim było okołoporodowe usunięcie macicy - histerektomia (4,0%) spowodowane jego atonią (9,0%) oraz zaburzeniami krzepnięcia wynikającymi ze stanu przedrzucawkowego i rzucawki.

Inne powikłania to nieprawidłowości w budowie łożyska i jego usytuowaniu w mięśniu macicy skutkujące zniszczeniem jego struktury i utratą zdolności obkurczania się a tym samym możliwości fizjologicznego funkcjonowania. Większość krwotoków położniczych ma burzliwy przebieg, stwarza zagrożenie dla życia kobiety i niejednokrotnie kończy się usunięciem macicy w celu ratowania życia.

Suchocki S. wskazuje, że wśród powikłań późnych najczęściej występowały: zapalenie błony śluzowej macicy (20%), zaburzenia zakrzepowo zatorowe, w tym zatorowość płuc, porażenna niedrożność jelit (3%) oraz przetoki pęcherzowo – maciczne (Suchocki S. 2011, s. 9-14).

Analiza zgromadzonego materiału pozwoliła ustalić, że wśród późnych powikłań po cięciu cesarskim najczęściej występowały: zapalenie błony śluzowej macicy (21%), reinfekcje dróg moczowych powstałe na skutek zastosowania cewnika Foley'a (16%), krwiak i ropień powłok brzucha (4%), dehiscencja rany pooperacyjnej (4%), zakażenie rany pooperacyjnej (4%), zapalenie tkanki łącznej miednicy (3%), niedokrwistość (3%), zapalenie płuc (3%), choroba zakrzepowo – zatorowa (3%), ropień miednicy mniejszej (1%) i pooperacyjna atonia pęcherza moczowego i jelit (1%).

W obrębie badanej grupy nie odnotowano takich powikłań jak: martwicze zapalenie powięzi, przetoki pęcherzowo – macicznej, przetoki moczowodowo – pochwowej, przetoki pęcherzowo – pochwowej, zatoru mózgowego, zapalenia przymacicz i przydatków, zakażenia otrzewnej, wstrząsu septycznego, ostrej niewydolności nerek, zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) i bólów kręgosłupa po znieczuleniu zewnątrzoponowym.

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania a występowaniem wczesnych i późnych powikłań po cięciu cesarskim.

Wykazano, że pomimo znacznego zwiększenia bezpieczeństwa cięcia cesarskiego na przestrzeni lat problem powikłań w stosunku do porodów siłami natury jest wciąż istotny. Ich odsetek jest tym większy im więcej ciąż zakończyło się poprzez cięcie. W przypadku kolejnych porodów zabiegowych można spodziewać się wystąpienia tak zwanych powikłań zabiegu pierwszorazowego. Często pojawiają się także patologie łożyska (Krasomski G, 2012, s. 134-140).

Analiza materiału własnego wykazała brak zależności pomiędzy powikłaniami wczesnymi a patologią łożyska i sposobem ukończenia poprzedniej ciąży. Oceniono natomiast, że taka zależność zachodzi w przypadku powikłań późnych.

U pacjentek chorujących przed ciążą wzrasta ryzyko wystąpienia powikłań po cięciu cesarskim. Głównie obserwuje się wzrost występowania chorób zakrzepowo – zatorowych, w tym zatorowości płucnej u pacjentek chorujących przed ciążą. Zaleca się więc w przypadku tych pacjentek stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej. Czynniki zwiększające ryzyko powikłań to także cukrzyca i choroby obniżające odporność (Krasomski G, 2012, s. 134-140).

W badaniach własnych wykazano, że choroby występujące przed ciążą, zwłaszcza choroby metaboliczne zwiększają liczbę powikłań zarówno wczesnych jak i późnych. Nadciśnienie tętnicze krwi powoduje występowanie powikłań wczesnych natomiast choroby tarczycy wpływają na występowanie powikłań późnych.

W materiale własnym analizie poddano także zależność pomiędzy chorobami pojawiającymi się w czasie ciąży a występowaniem powikłań. Około 45,5% pacjentek w czasie ciąży zgłaszało infekcje dróg moczowych. U tych kobiet najczęściej pojawiały się powikłania wczesne po cięciu cesarskim, drugą z kolei chorobą najczęściej je wywołującą była cukrzyca ciężarnych. Na występowanie powikłań późnych największy wpływ miały: infekcje dróg moczowych i rodnych.

Krasomski podkreśla, że niektóre z chorób wikłających ciążę takich jak nadciśnienie i cukrzyca ciążowa, wpływają zarówno na sam przebieg operacji jak i stan pooperacyjny powodując większe ryzyko krwawień, zakażeń, zaburzeń krzepnięcia oraz powikłań anesteziologicznych (Krasomski G, 2012, s. 134-140).

Zabiegi chirurgiczne, zwłaszcza laparotomie prowadzą do powstawania zmian w obrębie jamy brzusznej - zrosty, które przy kolejnych cięciach cesarskich mogą być przyczyną powikłań. Głównie przypadkowych zranień innych narządów czy struktur (Krasomski G, 2012, s. 134-140).

Wśród pacjentek 29% zadeklarowało, że w przeszłości miało wykonywane operacje położnicze, natomiast 30,5% przechodziło zabiegi pozapochwicze. 43% pacjentek nie miało wykonywanych żadnych zabiegów. Analiza wykazała, że w obu przypadkach zachodzi zależność pomiędzy przeprowadzanymi w przeszłości operacjami a występowaniem powikłań.

Cięcie cesarskie jest najczęściej wykonywaną procedurą położniczą. Dzięki rozwojowi medycyny, pomimo stałej tendencji wzrostowej ilości wykonywanych cięć cesarskich, rośnie także poziom bezpieczeństwa związany z procedurą wykonania tego zabiegu. Niestety poziom powikłań w dalszym ciągu utrzymuje się na stałym poziomie ze względu na powiększającą się liczbę kobiet z obciążonym wywiadem.

W Polsce nie ma opracowanych odrębnych wytycznych dotyczących procedur znieczulenia. Anestezjolodzy kierują się amerykańskimi i brytyjskimi zaleceniami. Obecnie zalecana i najchętniej stosowana jest analgezja regionalna (podpajęczynówkowa, zewnątrzoponowa) (Billert H, 2012, s. 277-290).

Podobny wynik uzyskano w badaniach własnych. Potwierdza się, że najczęściej wybierane jest przede wszystkim znieczulenie regionalne – podpajęczynówkowe (93%), znieczulenie ogólne stosuje się jedynie w 7%.

W badaniach własnych analizie poddano również zestawienie wyboru techniki operacyjnej z następstwem powikłań. Sikora J. (Sikora J. 2012, s.115-120) podkreśla jednak, że obecnie istnieją różne modyfikacje technik cięcia cesarskiego, które wciąż ulegają rozwojowi. Niemal na każdym z oddziałów stosuje się inne modyfikacje, które według operatorów stanowią optymalne rozwiązanie chroniące przed występowaniem powikłań.

Należy jednak pamiętać, że cięcie cesarskie jest operacją gdzie narażenie na powikłania matki i dziecka są większe niż podczas porodu naturalnego, w związku z tym należy postawić jednoznaczne wskazania do jego wykonania.

Wnioski

W wyniku dokonanej analizy dokumentacji medycznej przedstawiono następujące wnioski:

1. Do najczęściej występujących powikłań wczesnych po cięciach cesarskich należały: atonia macicy, krwotok okołoporodowy, uszkodzenie pęcherza moczowego, popunkcyjne bóle głowy i zapalenie błony śluzowej macicy.
2. Powikłania późne obserwowane po cięciu cesarskim to: zaburzenia w oddzieleniu się łożyska, endometrioza w bliźnie pooperacyjnej, bóle miednicy mniejszej, atonia macicy z okołoporodową histerektomią.
3. Cięcia cesarskie wykonywano najczęściej techniką Misgav Ladach.
4. Technika wykonania cięcia cesarskiego nie miała wpływu na występowanie powikłań wczesnych i późnych po cięciu cesarskim
5. U pacjentek, u których poprzednią ciążę zakończono porodem siłami natury, po cięciu cesarskim w kolejnej ciąży wśród powikłań wczesnych odnotowano atonię macicy, krwiak okołoporodowy i uszkodzenie pęcherza moczowego. Wśród powikłań późnych zaobserwowano zapalenie błony śluzowej macicy i reinfekcje rany pooperacyjnej.
6. Pacjentki, których ciążę zakończono dwa lub więcej razy przez cięcie cesarskie jako powikłania wczesne wskazano: ropień miednicy mniejszej, zakażenie rany pooperacyjnej oraz infekcje dróg moczowych. Do powikłań późnych należały przypadki występowania endometriozy w bliźnie pooperacyjnej oraz zaburzenia w oddzieleniu się łożyska.

Literatura

1. SIKORA J. Techniki cięcia cesarskiego. W: Położnictwo. Tom 3. Operacje w położnictwie. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012, t. 3, s. 115-120, ISBN: 978-83-200-4272-6
2. OLESZCZUK J, PIETRAS G, LESZCZYŃSKA-GORZELAK B, SAWULICKA - OLESZCZUK H. Cięcie cesarskie - nowe spojrzenie na stary problem. W: Postępowanie przed- i pooperacyjne w ginekologii i położnictwie. Red. Paszkowski T. IZT; Lublin 2007, s.153-163, ISBN: 978-83-7599-443-8
3. PAJSZCZYK-KIESZKIEWICZ T. Położnictwo i ginekologia. Uniwersytet Medyczny w Łodzi; Łódź, 2007, s. 182-185, ISBN: 9788388940996

4. POREBA R I WSP. Cięcie cesarskie. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia po Dyplomie, 2009, s. 9-12
5. SŁOMKO Z, BRĘBOROWICZ G.H. Operacje położnicze. W: Położnictwo i ginekologia. Tom 1. Położnictwo. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008, s. 399-402, ISBN: 9788320036787
6. GILLHAM J. Operacje położnicze. W: Położnictwo dla anestezjologów. Heazell A, Clift J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011, s. 105-126, ISBN: 8320041147 ISBN13: 9788320041149
7. CZAJKOWSKI K. Operacja cięcia cesarskiego - jaką metodą w zasadzie operujemy. Ginekologia i Położnictwo Medical Project 2011, s.71-58
8. TERUI K, KUCZKOWSKI K. M. Znieczulenie ogólne do cicia cesarskiego: zanikająca sztuka? W: Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej. Kuczowski KM, Drobnik L. Med. Media, 2009, s. 86-94
9. DUREK G. Miejsce połączonego znieczulenia zewnątrzoponowo-podpajęczynówkowego w nowoczesnym położnictwie. Ból, 2009, s. 43-46
10. BILLERT H, GACA M. Znieczulenie do operacji położniczych. W: Położnictwo. Tom 3. Operacje w położnictwie. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012, t. 3,s. 277-290, ISBN: 9788320042726
11. SZCZYGIEŁ A, PAJĄK A, MUSIAŁ-MORSZTYN D. I WSP. Noworodek donoszony, urodzony za pomocą cięcia cesarskiego. Postępy neonatologii 2013, 1(19), s.34-37
12. GACA M, KOKOT N. Znieczulenie w położnictwie i ginekologii. W: Anestezjologia i intensywne opieka - klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wołowicka L, Dyk D. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2007, s. 89-98, ISBN:9788320048599
13. DATTA S. Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, ISBN 978-83-200-3833-0
14. KOTARSKI J. I WSP. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie. Część II: Leczenie bólu u kobiet ciężarnych, rodzących oraz w połogu. Ginekologia po Dyplomie 2009; 11 wyd. spec. wrzesień, s.13-25
15. DUDENHAUSEN J. W, PSCHYREMBEL W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2010,s. 306, 327-328, 384-392, ISBN: 8320039932, ISBN13: 9788320039931

16. KRASOMSKI G. Powikłania po cięciu cesarskim. W: Położnictwo. Tom 3. Operacje w położnictwie. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2012, t. 3, s. 134-140, ISBN: 9788320042726
17. JÓŹWIK M, JÓŹWIK M, SZYMANOWSKI P, JÓŹWIK M. Stare i nowe powikłania matczyne po cięciu cesarskim. Ginekologia i Położnictwo 2011; 2, s. 89-95, ISSN: 1896-3315
18. SUCHOCKI S. Jak ograniczyć epidemię cięć cesarskich? Ginekologia i Położnictwo Medical Project 2011; 3(21),s.9-14
19. KURIAN R, JOSEPH K, SURAMA L. Vaginal birth after caesarean section in developing. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement November 6th 2003, s.63
20. INSUNZA A, CARRILLO J, LATORRE R. Caesarean section rate in patients with "high prospects of vaginal delivery". XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement. November 4th 2003, s. 57
21. BEDNAROWSKA A, DĘBSKI R. Poród siłami natury po przebytych cięciach cesarskich. Ginekologia po Dyplomie 2002, s. 23
22. MAZUREK-KANTOR J., OSUCH B., TIMOREK A. Analiza wskazań do cięć cesarskich w materiale własnym w latach 2002–2007, GINEKOLOGIA PRAKTYCZNA, 2009, s. 37-40
23. JÓŹWIK M. I WSP. Powikłania matczyne związane z cięciem cesarskim. Perinatologia. Ginekologia . Neonatologia. Tom1. Zeszyt 1.2008, s. 57-65
24. HEMA K. R., JOHANSON R. Techniques for performing caesarean section. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 15: 17-47. oraz w języku polskim: Hema K. R., Johanson R. Techniki wykonywania cięcia cesarskiego. Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo, 2002, s. 16-39
25. LURIE S., SADAN O., GOLAN A. Re-laparotomy after cesarean section. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2007, 134:s. 184-187

Adres do korespondencji:

Dr n. o zdr. Beata Podsiadło

42- 440 Ogrodzieniec

Ul. Bzowska 12, Polska

Tel. + 48 600 718453

e- mail: roksi889@wp.pl

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DOROSŁYCH

Halina Potok, Urszula Cisoń-Apanasewicz, Irena Majerska, Bogumiła Lubińska- Żądło,
Stanisława Talaga

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Streszczenie

Tytuł: Jakość życia pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych.

Cel badań: : Głównym celem badań była ocena jakości życia pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych. W pracy dokonano próby ustalenia dziedzin życia istotnie modyfikujących jakość życia pacjentów, wskazana związku jakości życia z czynnikami społeczno-demograficznymi i różnicy w dokonanej przez pacjenta subiektywnej ocenie jakości życia i stanu zdrowia.

Materiał i metody: W pracy skoncentrowano się na wyodrębnieniu aspektów jakości życia w oparciu o kwestionariusz WHOQOL-BREF składający się z 26 pytań zamkniętych z odpowiedziami na 5-stopniowej skali Likerta. Badania przeprowadzono w grupie 50 pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych.

Wyniki: Najniższą wartość wskaźnika jakości życia ustalono dla dziedziny psychologicznej. Pytania zawarte w tej dziedzinie pozwalały na analizę oceny pacjenta związanej z wyglądem zewnętrznym, negatywnymi i pozytywnymi uczuciami, samooceną, myśleniem/koncentracją uwagi, duchowością. W badaniach ustalono, że poczucie jakości życia ma związek z czynnikami społeczno-demograficznymi. Gorszą jakość życia we wszystkich badanych dziedzinach ustalono w grupie mężczyzn, u pacjentów z wykształceniem zawodowym i podstawowym, wykonujących pracę fizyczną oraz w grupie pacjentów w wieku 61-75 lat.

Wnioski: Przeprowadzone badania dowodzą, że dokonanie przez pacjenta oceny jego jakości życia jest ważnym elementem w procesie leczenia i pielęgnowania w holistycznie rozumianym zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego. Należy nieustannie podnosić standardy opieki, by zapewniać pacjentom lepsze warunki życia, a przez to poprawiać ich jakość życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, pacjent, hospicjum domowe.

Wstęp

Jakość życia jest pojęciem dynamicznym i wielowymiarowym, obejmującym wiele obszarów funkcjonowania człowieka. Sposób definiowania jakości życia najczęściej jest uwarunkowany kontekstem badań prowadzonych w jej obszarze [1]. Ważnym elementem w procesie leczenia i pielęgnowania jest dokonanie przez pacjenta oceny jego jakości życia z zastosowaniem subiektywnych i obiektywnych narzędzi badawczych. Stanowi to ogromne wyzwanie dla współczesnej medycyny wymagające ciągłego monitorowania i analizy. Wyniki tych badań są źródłem cennych informacji, pozwalających na zapewnienie pacjentowi profesjonalnej opieki. Badając jakość życia pacjentów, niejednokrotnie odkrywamy fakty, które wcześniej w odczuciu lekarza czy pielęgniarki były mało istotne, natomiast okazują się niezmiernie ważne dla pacjenta, rzutując w znaczny sposób na jego sytuację zdrowotną. Lekarz na podstawie swego dotychczasowego doświadczenia i danych o stanie zdrowia pacjenta może jedynie określić ogólnie ewentualne korzyści w zakresie przeżycia i możliwości działania ubocznego proponowanego leczenia. Jednak dopiero sam pacjent może określić jakość życia w trakcie i po leczeniu. Obecnie postęp medycyny prowadzi do zwiększenia przewidywalnej długości życia. Zatem ważne jest by móc zapewnić godne życie każdemu człowiekowi do końca jego dni. Cały czas trwa dyskusja, które aspekty ludzkiego życia powinny być uwzględniane w ocenie jakości. Istnieje jednak zgodny pogląd, iż nie mogą to być wyłącznie objawy fizyczne. Definicja jakości życia sformułowana przez Międzynarodową Grupę Roboczą powołaną przez Światową Organizację Zdrowia wskazuje, iż jest to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości i w relacji do własnych celów, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [2, 3]. Zgodnie z założeniami, zwraca uwagę na fakt, że obszary badań jakości życia powinny obejmować m.in. sposób postrzegania przez chorego jego materialnych warunków i zasobów, informację o funkcjonowaniu człowieka w życiu codziennym, jego ocenę i satysfakcję z tego funkcjonowania.

Idea opieki hospicyjnej dotyczy człowieka w końcowej fazie jego życia. Ma za zadanie eliminowanie bólu oraz łagodzenie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Podstawowym warunkiem opieki hospicyjnej jest jej interdyscyplinarność, dzięki której możliwe jest uzyskanie jak najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin. Pacjenci objęci opieką hospicjum domowego pozostają w środowisku domowym, otoczeni bliskimi osobami i środowiskiem bytowania dobrze im znanym, co ma pozytywny wpływ na ich jakość życia [4]. Definicja opieki paliatywnej konkretyzuje cel

podejmowanych działań w opiece nad pacjentem wskazując go, jako „osiągnięcie jak najwyższej jakości życia zarówno chorego jak i jego rodziny” [5]. W trosce o pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej jakość życia jest określana jako różnica między indywidualnymi oczekiwaniami chorego a rzeczywistością w jakiej się znajduje lub innymi słowy, między sytuacją upragnioną, a sytuacją realną. Im większa jest ta różnica, tym gorsza jest jakość życia. W myśl tego założenia konkretyzują się dwa główne kierunki działań. Jeden z nich ukierunkowany jest głównie na poprawę warunków sytuacji rzeczywistej, natomiast drugi polega na wprowadzeniu działań pozwalających na wpłynięcie na zmianę oczekiwań chorego, np. zmienienie niemożliwego do osiągnięcia pragnienia powrotu do zdrowia na chęć uczynienia czegoś dobrego lub osiągnięcia jakiejś duchowej wartości. Cały program opieki paliatywnej dąży do uzyskania jak najwyższej jakości życia chorego w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym [6].

Opieka hospicyjna jest otwarciem bram medycyny i społeczeństwa na człowieka w końcowej fazie jego życia oraz stanowi integralne spojrzenie na ludzkie cierpienie. Podobnie jak w okresie starożytnym, tak również w czasach współczesnych hospicjum wyrasta z doświadczenia ogólnoludzkiego oraz z dziedzictwa chrześcijańskiego. W Polsce istotne są dwa ważne aspekty rodzimej opieki nad umierającymi. Pierwszą jest fakt, iż u fundamentu ruchu hospicyjnego stały osoby ściśle związane z Kościołem, które wraz z osobami związanymi z świeckim humanizmem zainicjowały posługę wobec umierających. Drugą kwestią godną podkreślenia jest wyraźna przewaga modelu opieki domowej nad innymi formami opieki paliatywnej. Z tego też względu mówi się o „Polskim modelu hospicjum domowego”. Forma hospicjów ma związek z kulturą i warunkami właściwymi danemu społeczeństwu, formacji ludzi je tworzących, zdobytych doświadczeń i samego rozumienia śmierci. Spontaniczne formy opieki nad chorymi terminalnie, ich zinstytucjonalizowane postacie da się sprowadzić do trzech głównych typów:

- Zespoły opieki domowej – złożone są one z lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy i duchownych bez wykształcenia medycznego. Troszczą się o chorych, którzy są w swoich domach pielęgnowani przez rodzinę lub bliskich. Ocenia się, że przy właściwie rozplanowanej domowej opiece hospicyjnej, dobrze wykształconych lekarzach rodzinnych i pielęgniarkach, przy zaangażowaniu społeczności lokalnej jest możliwe objęcie tą opieką około 90% potrzebujących bez angażowania ośrodków specjalistycznych. W nielicznych przypadkach niezbędne są konsultacje, badania czy hospitalizacja;

- Hospicja stacjonarne – są zalecane dla osób zupełnie samotnych, bezdomnych bądź potrzebujących całodobowej, specjalistycznej opieki ze względu na przebieg choroby. Wskazaniami do tego typu opieki są trudne warunki domowe, potrzeba czasowego odciążenia rodziny, konieczność prowadzenia terapii farmakologicznej lub żywieniowej;
- Ośrodki opieki dziennej – zorganizowane są zwłaszcza w dużych aglomeracjach miejskich i dopełniają działania ośrodków stacjonarnych, a także zespołów opieki domowej. Obejmują one głównie mieszkających w pobliżu chorych w pierwszej fazie choroby terminalnej. Ośrodki te ułatwiają korzystającym z ich usług uzyskanie optymalnej jakości życia mimo zaawansowanej choroby. Pacjenci korzystają tu z pomocy doświadczonej kadry pomagającej im w osiągnięciu jak największego stopnia samodzielności, w polepszeniu kondycji fizycznej i samopoczucia, ułatwiają aktywne spędzanie czasu w przyjaznym otoczeniu, gwarantują kompetentne poradnictwo, indywidualne i grupowe zajęcia wyrównawcze, terapeutyczne, relaksacyjne, przeciwdziałające apatii, depresji, osamotnieniu. Podejmowane inicjatywy pozwalają chorym zachować własną godność, lepiej rozumieć siebie, swoją sytuację, osiągnąć równowagę wewnętrzną, odnaleźć się w nowej sytuacji oraz korzystać z doświadczeń innych.

Pielęgniarka powinna być liderem zespołu interdyscyplinarnego, opiekującego się danym pacjentem. To ona najczęściej odwiedza go w domu, poznaje jego upodobania, zwyczaje, światopogląd. Pielęgniarka precyzyjnie może ocenić zmieniającą się sytuację w stanie zdrowia chorego, może odczytać przekazy niewerbalne. Będąc częstym gościem w domu chorego, często cieszy się zaufaniem pacjenta, to w jej ręce chory oddaje swoje chore i słabe ciało w celu wykonania wszystkich potrzebnych czynności [6].

Cel badań

Celem badań była ocena jakości życia pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych. W odniesieniu do celu ogólnego sformułowano cele szczegółowe:

1. Jakie dziedziny istotnie wpływają na jakość życia badanych?
2. Jaki jest związek jakości życia z czynnikami społeczno-demograficznymi?
3. Czy jest różnica w dokonanej przez pacjenta subiektywnej ocenie jakości życia i stanu zdrowia?

Material i metoda

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz kwestionariusz wywiadu obejmujący pytania dotyczące: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy oraz ustalonego rozpoznania dotyczącego schorzenia nowotworowego.

Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF należy do grupy narzędzi niespecyficznym służących do oceny jakości życia zarówno zdrowych jak i chorych. Kwestionariusz umożliwia ocenę jakości życia badanych w zakresie czterech dziedzin (somatycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej), 24 podskal oraz samooceny stanu zdrowia i jakości życia.

W dziedzinie somatycznej ocenie podlegają takie elementy składowe jak: czynności życia codziennego, mobilność, energia i zmęczenie, ból i dyskomfort, zdolność do pracy, wypoczynek, sen, zależność od leków i leczenia.

Dziedzina psychologiczna oceniana na podstawie 6 pytań obejmuje płaszczyzny życia w zakresie: wyglądu zewnętrznego, negatywnych i pozytywnych uczuć, samooceny, myślenia/koncentracji, duchowości (religijność, wiara).

Dziedzina socjalna oceniana na podstawie 3 pytań obejmuje zagadnienia dotyczące związków osobistych, wsparcie społeczne i aktywności seksualnej.

Dziedzina środowiskowa oceniana na podstawie 8 pytań analizuje zagadnienia dotyczące: zasobów finansowych, bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, środowiska domowe i zewnętrznego, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości uczestniczenia w rekreacji i wypoczynku, zdrowia i opieki zdrowotnej, transportu.

Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań zamkniętych z odpowiedziami w 5-stopniowej skali Likerta. Uzyskane wyniki przelicza się zgodnie z algorytmem i dokonuje gradacji od najniższej do najwyższej wartości wskaźnika. Większa wartość wskaźnika wskazuje na lepszą jakość życia [7].

Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono w miesiącach listopad i grudzień 2014 roku wśród 50 pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych. Udział w przeprowadzonych badaniach był dobrowolny oraz anonimowy. W trakcie badania zebrano dodatkowo wywiad dotyczący danych społeczno-demograficznych oraz rozpoznania lekarskiego z zakresu jednostki chorobowej.

W analizie uwzględniono wybrane czynniki społeczno-demograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy (Tab.1).

Tabela 1. Czynniki społeczno-demograficzne

Cecha społeczno-demograficzna	kobieta [N]	%	mężczyzna [N]	%
płeć	30	60	20	40
wiek	N	%	N	%
do 40 r. ż.	11	36,7	1	5
41-60 lat	10	33,3	10	50
61-75 lat	6	20	8	40
powyżej 75	3	10	1	5
miejsce zamieszkania	N	%	N	%
wieś	14	46,7	8	40
miasto do 20 tys.	16	53,3	12	60
wykształcenie	N	%	N	%
podstawowe	4	13,33	3	15
zawodowe	5	16,67	10	50
średnie	15	50	4	20
wyższe	6	20	3	15
rodzaj pracy	N	%	N	%
umysłowa	13	43,33	1	5
fizyczna	11	36,66	16	80
brak	6	20	3	15

Wśród badanych kobiet najczęstszym problemem zdrowotnym był nowotwór złośliwy trzonu macicy 16,66%, natomiast najrzadziej występującymi jednostkami chorobowymi były: rak płuca, rak krtani, rak pęcherza i rak trzustki, po 6,67%. Wśród mężczyzn najczęstszą chorobą był rak jelita grubego 30% a najrzadziej występującą był rak trzustki 5%.

Wyniki badań

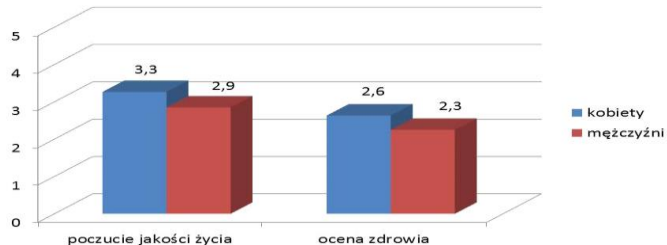
Pierwsze dwa pytania kwestionariusza WHOQOL-BREF dotyczyły subiektywnej oceny jakości życia i stanu zdrowia. Badani oceniali swoją jakość życia na poziomie przeciętnym średnio na 3,1 pkt. w pięciopunktowej skali wg WHOQOL-BREF (Tab.2).

Tabela 2. Poczucie jakości życia i ocena zdrowia badanych

zmienna /punkty	bardzo niezadowolony [1]	niezadowolony [2]	ani niezadowolony ani zadowolony [3]	zadowolony [4]	bardzo zadowolony [5]	średnia punktacja
jakość życia [N]	1	14	17	15	3	3,1
%	2,00%	28,00%	34,00%	30,00%	6,00%	
ocena zdrowia [N]	3	29	10	7	1	2,5
%	6,00%	58,00%	20,00%	14,00%	2,00%	

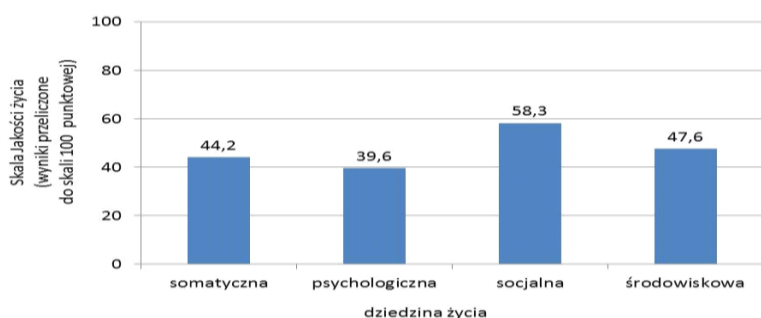
Sumarycznie ponad połowa badanych określała swoją jakość życia w kategoriach „ani nie zadowolony ani zadowolony” i „zadowolony”. Gorzej niż jakość życia badani oceniali swoje zdrowie, średnio na 2,5 pkt. w pięciopunktowej skali. Niezadowolonych z własnego zdrowia było 58% badanych (Tab.2).

Kobiety lepiej oceniły zarówno swoją jakość życia jak i stan zdrowia (Rys. 1).



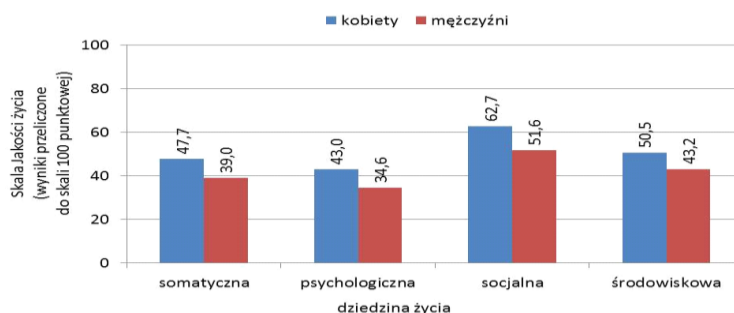
Rys.1. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od płci badanych.

Jakość życia badanych wg kwestionariusza WHOQOL-BREF analizowano w czterech dziedzinach życia: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Najgorszą jakość życia respondentów ustalono dla dziedziny psychologicznej a najlepszą dla dziedziny socjalnej $p < 0,05$ (Rys.2).



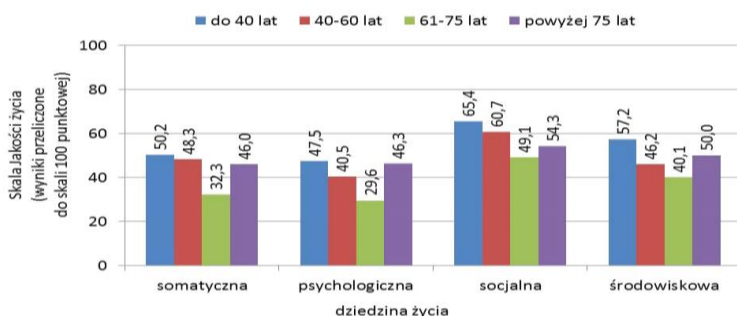
Rys.2 Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL-BREF

We wszystkich analizowanych dziedzinach kobiety oceniały swoją jakość życia znacznie wyżej niż mężczyźni $p < 0,05$ (Rys. 3).



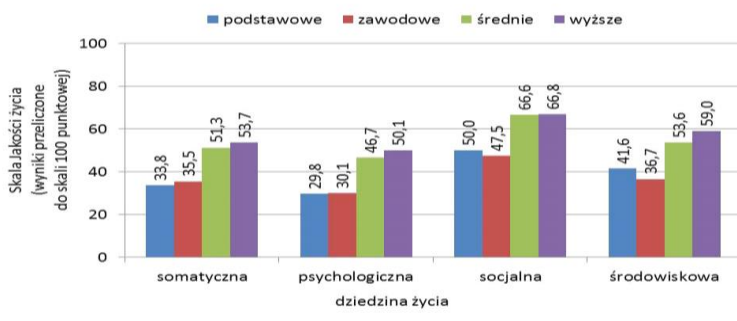
Rys. 3 Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL-BREF w zależności od płci badanych.

Przeprowadzona analiza jakości życia w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że jakość życia maleje wraz z wiekiem wyłączając grupę wiekową powyżej 75 lat a najniższy wskaźnik uzyskano w grupie wiekowej pacjentów 61-75 lat (Rys. 4)



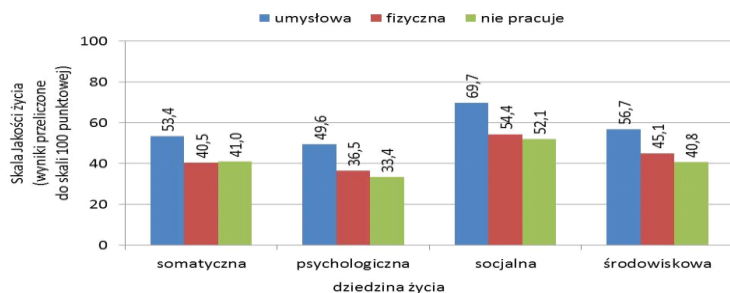
Rys. 4. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL-BREF w zależności od wieku badanych.

Jakość życia badanych analizowana w czterech dziedzinach WHOQOL-BREF wykazała zdecydowanie wyższe wartości w grupie osób z wykształceniem średnim i wyższym $p < 0,05$ (Rys. 5).



Rys. 5. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach WHOQOL-BREF w zależności od wykształcenia.

Analiza związku jakości życia z rodzajem wykonywanej pracy wykazała lepszą jakość życia w grupie pacjentów pracujących umysłowo (Rys. 6).



Rys.6. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL-BREF w zależności od rodzaju pracy

Dyskusja

Dla personelu medycznego opieka nad umierającymi stanowi bardzo trudne doświadczenie. Towarzystwo osobie umierającej, dostrzeganie dynamiki procesu umierania oraz zrozumienie zmienności przeżyć poszczególnych osób jest fundamentem profesjonalnego pielęgowania. Prowadzone badania w obszarze jakości życia stanowią element holistycznego wymiaru sprawowanej opieki, pozwalając na skutecznie ustalenie diagnozy pielęgniarskiej i wdrożenie interwencji przyczyniających się do zapewnienia pacjentowi i jego najbliższymi jakości życia spełniającej ich oczekiwania [8,9].

Bezpośredni kontakt z pacjentami dał autorom badań możliwość subiektywnej oceny postawy pacjentów wobec własnej niepełnosprawności i aktualnej sytuacji życiowej. Wielu pacjentów wykorzystowało w swoim toku myślenia relatywizację „pocieszające porównywanie w dół” zgodnie z twierdzeniem „mogło być gorzej” [10]. Porównując swoją sytuację zdrowotną z problemami innych, dochodzili do wniosku, że inni pacjenci są w gorszym położeniu. Wyjaśnia to paradygmat salutogenezy A. Antonovsky’ego, gdzie poczucie koherencji odgrywa ważną rolę w wyjaśnieniu tzw. „paradoksu zadowolenia”, czyli poczucia wysokiej jakości życia pomimo złej sytuacji zdrowotnej. W myśl tej koncepcji każdy człowiek musi szukać źródła siły, która pozwoli mu myśleć pozytywnie i szukać rozwiązań [11]. Własne spostrzeżenia autorów badań wynikające z bezpośredniego kontaktu z pacjentami, potwierdzają założenia określone przez P. Fayers oraz E. Syrek. Pierwsza z autorek twierdzi bowiem, że sama czynność wypełniania przez pacjentów kwestionariuszy do badań jakości życia służy celowi „oczyszczającemu”. Pacjenci utwierdzają się bowiem w przeświadczeniu, że personel medyczny wykazuje prawdziwe zainteresowanie wszelkimi aspektami ich stanu zdrowia. Myślenie takie przyczynia się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa a pośrednio wpływa na poprawę ich jakości życia. Natomiast E. Syrek

wskazuje, że bezpośredni kontakt z osobami badanymi jest ważny nie tylko w wymiarze profesjonalnym, ale także osobistym [12].

W kontekście przeprowadzonych badań własnych ustalono, że subiektywna ocena poczucia jakości życia jest wyższa od oceny stanu zdrowia (odpowiednio 3,1 i 2,5 w 5-stopniowej skali) co zapewne jest konsekwencją choroby i jej uwarunkowań. Podobne wyniki uzyskano również w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów [13].

W przeprowadzonych badaniach próbowano uzyskać m.in. odpowiedź na pytanie, w jakich dziedzinach poczucie jakości życia zmienia się w sposób istotny statystycznie oraz czy ta zmiana ma związek z czynnikami społeczno-demograficznymi.

Ocena jakości życia w czterech podstawowych dziedzinach analizowanych w oparciu o kwestionariusz WHOQOL-BREF wykazała, że każda z nich uległa zaburzeniu w różnym stopniu w grupie badanych pacjentów co pokrywa się z wynikami uzyskanymi przez innych autorów. Największe ograniczenia ustalono dla dziedziny psychologicznej. Pytania zawarte w tej dziedzinie pozwalały na analizę oceny pacjenta związanej z wyglądem zewnętrznym, negatywnymi i pozytywnymi uczuciami, samooceną, myśleniem/koncentracją uwagi, duchowością. Uzyskany średni wynik przeliczony do skali 100-punktowej na poziomie wartości punktowej 39,6 był statystycznie istotnie mniejszy od wartości pozostałych dziedzin.

W przeprowadzonych badaniach wykazano m.in. związek jakości życia z czynnikami społeczno-demograficznymi. Ważnym kryterium w kontekście uzyskanych wyników okazała się płeć. We wszystkich analizowanych dziedzinach lepszą jakość życia ustalono w grupie kobiet. Poczucie jakości życia w badanej grupie było zależne od wykształcenia i rodzaju wykonywanej pracy. Wyższy wskaźnik uzyskano w grupie pacjentów z wykształceniem średnim i wyższym oraz wykonujących pracę umysłową. W literaturze przedmiotu przedstawiane analizy w zakresie zależności jakości życia od czynników społeczno-demograficznych wykazują zróżnicowanie w wynikach.

W opinii autorów badania w obszarze jakości życia powinny dla zespołu sprawującego opiekę nad pacjentami stanowić podstawę do wprowadzenia konkretnych implikacji praktycznych polegających m.in. na mobilizowaniu pacjenta do spostrzegania swojej sytuacji chorobowej nie poprzez pryzmat strat i zagrożeń, ale w kategoriach nowych zadań.

Wnioski

1. Ustalono dziedziny istotne dla jakości życia pacjentów. Najniższy wskaźnik dysfunkcji uzyskano dla dziedziny psychologicznej natomiast najwyższy dla dziedziny socjalnej.

2. Poczucie jakości życia pacjentów ma związek z czynnikami społeczno-demograficznymi. Gorszą jakość życia we wszystkich badanych dziedzinach ustalono w grupie mężczyzn, u pacjentów z wykształceniem zawodowym i podstawowym, wykonujących prace fizyczną oraz w grupie pacjentów w wieku 61-75 lat.
3. Istnieje różnica w subiektywnej ocenie jakości życia i stanu zdrowia. Pacjenci wyżej ocenili poczucie jakości życia wskazując jednocześnie na niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Kolman R.: Kwalitologia. Wiedza o różnych dziedzinach jakości. Warszawa: Placet, 2009
2. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000
3. World Health Organization: Measuring quality of life. Genewa: World Health Organization, 1997.
4. Derbis R., Machnik-Czerwik A.: Zróżnicowanie jakości życia u pacjentów z chorobą z hospicjum stacjonarnego i domowego. Psychologia-prace naukowe Akademii im. J. Długosza w Częstochowie, 2006; (XIII): 5-14.
5. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Farmakologia Polska, 2010; 66(2): 93-100
6. De Walden Gałuszko K., Kaptacz A.[red.]: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
7. Wołowicka L, Jaracz K: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. [W:] Wołowicka L (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001: 231-238
8. Modlińska A.: Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury: Medycyna paliatywna 4/2013, tom 5.
9. Jabłońska I., Drabik U.: Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17(2): 144-151.
10. Wojtczak A.: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009
11. Motyka M.: Koncepcja salutogenetyczna A. Antonovsky'ego z perspektywy psychologii zdrowia. Pielęgniarstwo XXI Wieku 2005; 3(12): 39-42.

12. Syrek E.: Jakość życia w chorobie: społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls", 2001
13. Śliwa E.: Jakość życia chorych z rozpoznaniem nowotworem płuc leczonych chemicznie [W:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Wyd. Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, 2010

Dane kontaktowe;

Halina Potok, halina.potok@interia.pl

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

33-300 Nowy Sącz

ul. Staszica 1

ZWALCZANIE BÓLU POOPERACYJNEGO – ROLA PIELEŃNIARKI W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM

Gabriela Ptaszek¹, Barbara Stołecka¹, Renata Mroczkowska¹, Mariola Ślezionea²,
Lucyna Graf³, Katarina Wawros, Bogusława Serzysko^{1,4}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego W Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 w Tychach

³Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej w Tychach

⁴Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Wydział Społeczno-Medyczny

Streszczenie

Wstęp: Ból jest normalną reakcją biologiczną, która pozwala ochronić organizm w starciu ze szkodliwym bodźcem środowiskowym. Ból jest bardzo nieprzyjemnym doznaniem emocjonalnym i czuciowym, spowodowanym między innymi śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek lub narządów. Skuteczna terapia przeciwbólowa jest podstawowym elementem prawidłowego leczenia pooperacyjnego.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie patofizjologii bólu, omówienie tematu leczenia bólu pooperacyjnego oraz przedstawienie roli pielęgniarki w pracy zespołu terapeutycznego.

Metoda: Przegląd i analiza literatury polskiej i zagranicznej w temacie bólu.

Wnioski: Pacjenci poddawani różnym zabiegom operacyjnym postrzegają ból jako jeden z najtrudniejszych aspektów towarzyszącym okresowi pooperacyjnemu. Pielęgniarka opiekująca się chorym w okresie pooperacyjnym odgrywa kluczową rolę w prowadzeniu terapii przeciwbólowej.

Słowa kluczowe: ból, terapia, pielęgniarka

Wstęp

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu zdefiniowało ból w 1979 roku jako „Nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”[1].

Ból nieustannie towarzyszy ludziom w całym ich życiu. Jest najczęściej podawanym i stwierdzanym objawem podczas badania chorego oraz najczęstszą przyczyną wizyt ludzi w

placówkach ochrony zdrowia. To właśnie ból pozwala lekarzowi na uzyskanie informacji o procesie chorobowym, który toczy się w organizmie chorego. Ból jest bardzo nieprzyjemnym doznaniem zarówno emocjonalnym jak i uczuciowym, spowodowanym śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek i narządów. Odczuwanie bólu jest odczuciem subiektywnym, modyfikowanym zarówno przez czynniki psychologiczne jak i środowiskowe. Ból pełni zarówno rolę pozytywną : jest sygnałem ostrzegającym przed uszkodzeniem tkanek jak i negatywną: staje się źródłem przynoszącym choremu niepotrzebne cierpienie np. w chorobach przewlekłych. Do negatywnych następstw bólu zaliczmy cierpienie fizyczne, psychiczne, emocjonalne, zaburzenia snu, obniżenie nastroju oraz szereg powikłań ze strony układu krążenia, oddychania oraz kostno- mięśniowego [2].

Podstawą nowoczesnego leczenia pooperacyjnego jest uśmierzanie bólu występującego po operacji. Działanie takie zmniejsza cierpienie pacjenta, poprawia jakość życia w tym okresie jak również zmniejsza liczbę powikłań co skraca czas pobytu chorego w szpitalu i zmniejsza koszty leczenia. Na skuteczność leczenia bólu pooperacyjnego wpływa wiele czynników, do najważniejszych należą:

- Sprawna organizacja zespołów uśmierzających ból ostry
- Regularne kształcenie personelu
- Edukacja pacjentów
- Stosowanie analgezji multimodalnej
- Regularny pomiar natężenia bólu i prowadzenie dokumentacji wszystkim pacjentom po zabiegach operacyjnych.

Skuteczne niwelowanie bólu pooperacyjnego zmniejsza częstość występowania przetrwałego bólu pooperacyjnego.

Historia bólu

Mimo iż ból towarzyszy człowiekowi od zawsze, trudno go jednoznacznie zdefiniować, ponieważ doznania bólowe są złożone i wielowymiarowe. Pierwszych prób opisu bólu dokonał Arystoteles, który określił ból jako pasję duszy, zjawisko czysto emocjonalne. W średniowieczu uważano że ból jest zsyłany przez Boga, więc uśmierzanie go jest niezgodne z religią. Początek rozwoju nauki o bólu przypadła na lata czterdzieste ubiegłego wieku, gdy zaistniała potrzeba leczenia żołnierzy z obrażeniami wojennymi. John J. Bonica rozpoczął badania nad bólem i sposobami jego leczenia. Swoje doświadczenia opisał w „ The Management of Pain” Pisał, że ból jest problemem złożonym wymagającym ogromnej

wiedzy i doświadczenia a jednocześnie przekraczającym możliwości jednej osoby. Wprowadził w życie działalność Kliniki Leczenia Bólu, która zajmowała się leczeniem bólu przewlekłego [3]. Poznano i zbadano mechanizmy procesu zapalnego, odkryto receptory opioidowe i endogenne związki opioidowe.

Mechanizm powstawania bólu

Najczęściej stosowana klasyfikacja bólu rozróżnia trzy rodzaje bólu:

1. Ból nocyceptywny (receptorowy) – powstaje na wskutek podrażnienia bodźcami ponadprogowymi receptorów bólowych.
2. Ból neuropatyczny – powstaje na wskutek uszkodzenia lub dysfunkcji struktur układu nerwowego.
3. Ból psychogeny – powstaje bez uszkodzenia tkanek, jednak do takiego uszkodzenia się odnosi [4].

Najczęściej spotykanym rodzajem bólu jest ból receptorowy. Nocycepcja to proces zachodzący między miejscem zadziałania bodźca uszkodzającego a percepcja. Rozróżniamy dwa rodzaje bólu, z powodu na rodzaj bodźca wywołującego stymulację:

1. Ból fizjologiczny, który pojawia się jako wynik stymulacji receptorów bólowych o wysokiej intensywności, ale bez uszkodzenia tkanek.
2. Ból kliniczny, który jest charakterystyczny np. dla bólu pooperacyjnego i jest związany z uszkodzeniem tkanek.

Dochodzi wówczas do zmiany wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych tzw. sensytyzacja obwodowa, oraz zmian w ośrodkowym układzie nerwowym [5].

Zjawisko nocycepcji obejmuje cztery procesy fizjologiczne:

- I. Transdukcja; przetwarzanie energii bodźca uszkodzającego, niezależnie czy jest to bodziec termiczny, chemiczny czy mechaniczny na impuls elektryczny. Dzieje się to w pierwotnych zakończeniach nerwowych, zlokalizowanych w obwodowych zakończeniach nerwowych włókien A, delta i C. Na wskutek urazu tkanek dochodzi do wzrostu poziomu potasu i uwolnienia prozapalnych mediatorów – bradykininy, histaminy, cytokininy, prostanoidyny.
- II. Transmisja; przewodzenie impulsu włóknami nerwowymi od miejsca powstania bólu do miejsca percepcji bólu. Impuls zostaje przenoszony do wyższych pięter układu nerwowego, kory mózgu i układu limbicznego.
- III. Modulacja; modyfikacja przewodzonych impulsów. Efektem jest zahamowanie albo nasilenie uwalniania neuroprzekaźników lub modulowanie aktywności neuronów w ośrodkowym układzie nerwowym.

IV. Percepcja; odbywa się w korze mózgowej.

W procesie tym przetwarzanie, przewodzenie oraz modulacja działając wspólnie z indywidualną strukturą emocjonalną wywołują doznanie postrzegane jako ból. Tutaj następuje jego ocena, powstanie reakcji afektywnych i emocjonalnych, a także lęk agresja i gniew. Poza tym kształtują się modele zachowań, które związane są z zapamiętanym bólem [6]. Ból neuropatyczny, jest rodzajem bólu patologicznego i powstaje pod wpływem urazu lub też innego uszkodzenia nerwów obwodowych, rdzenia kręgowego lub innych okolic mózgu. Pojawiają się rozległe zmiany w obrębie całego układu nerwowego.

Konsekwencje bólu

Ból jest bardzo silnym czynnikiem stresogennym. Pobudzenie przez ból układu współczulnego prowadzi do wzrostu ciśnienia tętniczego, zwiększenia wzrostu zużycia tlenu przez mięsień sercowy i zmniejszenie obwodowego przepływu krwi. Dochodzi również do zmniejszenia motoryki jelit, pęcherza moczowego i skurczu zwieraczy przewodu pokarmowego. W układzie wewnątrzwydzielniczym dochodzi do wzrostu stężenia hormonu adenokortykotropowego, hormonów nadnerczy i spadku stężenia insuliny. W konsekwencji prowadzi to do przewagi katabolizmu, retencji sodu i wody i niewydolności krążenia. Spadek odporności spowodowany zmianami w układzie wewnątrzwydzielniczym, prowadzi do wzrostu ryzyka infekcji i zaburzeń procesu gojenia.

Ból powoduje również wzrost napięcia mięśniowego co prowadzi do zmniejszenia aktywności ruchowej lub unieruchomienia chorego i zastoju żylnego. Ponadto dochodzi również do upośledzenia wentylacji płuc i hamowaniu odruchów kaszlowych i odksztuszaniu wydzieliny co może prowadzić do zapalenia płuc. Silny ból wpływa obciążająco na psychikę chorego, doprowadzając do zmian behawioralnych. Niepokój, lęk, złe samopoczucie, a w konsekwencji depresja to częste stany spotykane wśród cierpiących pacjentów oddziałów zabiegowych.

Uśmierzenie bólu pooperacyjnego jest korzystne z wielu powodów, zmniejsza cierpienie pacjenta i częstość występowania powikłań pooperacyjnych. Zmniejsza również koszty leczenia i zwiększa przepustowość oddziałów zabiegowych [7].

Ból ostry

Acute Pain Service –APS. Pierwsze zespoły leczenia bólu ostrego powstały w latach osiemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych na oddziale Anestezjologii Uniwersytetu w Seattle. Brien Ready dowiódł, że leczenie bólu jest skuteczne wtedy, kiedy jest zorganizowane zespołowo. Zespół składający się z lekarzy anestezjologów i pielęgniarek objął grupę pacjentów 24-godzinnym leczeniem. Wdrożono nowe metody leczenia bólu m.in. ciągle

znieczulenie zewnątrzoponowe oraz analgezję sterowaną przez pacjenta. Wymienione sposoby stały się podstawowym narzędziem zespołów APS [8]. APS zajął się leczeniem bólu towarzyszącego: miażdżycy, zapaleniu trzustki, nowotworom złośliwym. Zaczęto stosować bardziej zaawansowane techniki analgezji. Wymusiło to zastosowanie specjalistycznego sprzętu takiego jak: pompy infuzyjne, cewniki zewnątrzoponowe, pompy do analgezji kontrolowanej przez pacjenta, stymulatory nerwów. Najbardziej popularna metoda stosowaną przez ASP jest analgezyja dożylna kontrolowana przez pacjenta oraz podawanie leków znieczulających miejscowo przez cewnik w blokadach obwodowych i centralnych [9].

W zależności od sytuacji finansowej służby zdrowia, stworzono różne modele funkcjonowania APS-u na świecie.

Model amerykański

Model ten polega na istnieniu w większości szpitali zespołu, który działa 24 godziny na dobę i zapewnia pacjentom skuteczną analgezję. W skład zespołu wchodzi anestezyjolog, przeszkolone pielęgniarki, stały personel anestezyjologiczny, farmaceuci a czasem fizjoterapeuci. Usługi te nie są dostępne dla wszystkich chorych co powoduje iż mniej niż 30% pacjentów chirurgicznych ma dostęp do zespołów APS.

Model skandynawski

W krajach skandynawskich jest on oparty na opiece pielęgniarskiej, nadzorowanej przez anestezyjologa. Pielęgniarka wchodząca w skład zespołu ma za zadanie dokonywać oceny skali bólu w obowiązującej skali, realizują i zlecenia lekarskie. Mają prawo do podawania analgetyków w razie potrzeby. Model ten został opracowany po to, aby służyć chorym leczonym chirurgicznie.

Model brytyjski

Istnieje tu duża różnorodność zespołów ASP. Zwykle opierają się one na opiece pielęgniarskiej, nadzorowanej przez konsultantów. Chirurgzy kwalifikują chorych do leczenia przeciwbólowego. Większość działa tylko w ciągu dnia od poniedziałku do piątku, poza tymi godzinami opieka jest sprawowana tylko doraźnie przez anestezyjologa.

ASP w Polsce

Pierwsze informacje o pracy Zespołu Leczenia Bólu Ostrego w naszym kraju pochodzą z 1996 roku z Instytutu Onkologii w Warszawie [10]. W 1993 roku Zespół Leczenia Bólu Ostrego zorganizowano we Wrocławiu. W ośrodku tym analgezyja pooperacyjna prowadzona była metodą podawania leków przez cewnik do przestrzeni zewnątrzoponowej. Opisywany APS w 1999 roku rozwinął się wprowadzając metodę PCA drogą dożylną, jak i zewnątrzoponową(PCEA)[11]. W Zabrze zespół APS jest zorganizowany dla chorych po

zabiegach torakochirurgicznych. Głównym problemem w Polsce jest ograniczona ilość sprzętu dozującego i monitorującego oraz niedostateczna ilość wyszkolonego personelu.

Ból pooperacyjny

Od zarania dziejów czarownicy szamanie ziołarze próbowali uśmierzyć ból. Zнали i stosowali wyciągi z roślin, z których, po tysiącletniach rozwinęły się dwie najważniejsze grupy leków przeciwbólowych: salicylany i opioidy. Niemożność zapanowania nad bólem, obok infekcji okołoooperacyjnych, stanowiła główną przeszkodę rozwoju chirurgii.

W XIX wieku przed wprowadzeniem narkozy i znieczuleń przewodowych francuski chirurg Alfred Velpea, uważał że niebolesna operacja to mrzonka, która nigdy nie zostanie urzeczywistniona [12]. Współcześnie mimo postępów w rozumieniu patofizjologii bólu jego leczenia nadal panuje przekonanie iż ból jest nieodzownym elementem leczenia pooperacyjnego. Do przyczyn, które utrudniają skuteczne uśmierzenie bólu po operacjach należą:

- Trudności w ocenie natężenia bólu
- Niedostateczna wiedza personelu
- Brak czasu spowodowany nadmiarem obowiązków
- Zła organizacja pracy
- Strach personelu przed wystąpieniem objawów niepożądanych

Ból pooperacyjny spowodowany jest uszkodzeniem tkanki powierzchniowej: skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe oraz struktur głębiej położonych: mięśni, powięzi, więzadeł. Gdy interwencja chirurgiczna dotyczy jamy brzusznej oprócz bólu somatycznego pojawia się również ból trzewny spowodowany uszkodzeniem tych struktur oraz krezki. Ból powodują także zmiany zapalne w obrębie jamy otrzewnej [13].

Natężenie i rozmiar bólu zależą od rozległości zabiegu i czasu jego trwania. Na odczuwanie bólu wpływa lokalizacja zabiegu, rozległość, stopień traumatyzacji tkanek. Ponieważ ból jest doznaniem czuciowym i emocjonalnym, przez każdego chorego jest odczuwany indywidualnie i odmiennie interpretowany. Wynika to zarówno z uwarunkowań genetycznych, doświadczeń własnych oraz wrodzonej wrażliwości na ból. Rozwój cywilizacji, komfortowe warunki życia, powszechne stosowanie środków przeciwbólowych wpływa na obniżenie odczucia bólu. Najbardziej dokuczliwy jest ból w pierwszej dobie pooperacyjnej, kiedy przestaje działać analgezja śródoperacyjna, zmniejsza się dzięki samoograniczeniu w następnych dniach i ustępuje zazwyczaj w trzeciej, czwartej lub piątej dobie po zabiegu [14].

Obecnie znane są różne sposoby leczenia bólu pooperacyjnego od bardzo prostych metod do nowoczesnych zaawansowanych technik. Do najczęściej używanych zaliczamy:

1. Frakcjonowane dawkowanie leków polegające na podawaniu choremu godzinowo dawki leku w odstępach określonych zleceniem lekarza dyżurnego.
2. Ciągły wlew opioidów w celu osiągnięcia minimalnego, skutecznego stężenia analgetycznego leku w surowicy i utrzymaniu go przez cały okres leczenia bólu.
3. Dawkowanie na życzenie w zależności od potrzeb sygnalizowanych przez chorego.
4. Patient Controlled Analgesia- PCA – analgezja sterowana przez człowieka. Metoda ta pozwala pacjentowi na samodzielne aplikowanie dawek leku w chwili odczuwania bólu, poprzez włączenie strzykawki automatycznej. System zabezpieczający PCA uniemożliwia przedawkowanie leków.
5. Nurse Controlled Analgesia- NCA – analgezja sterowana przez pielęgniarkę. Technika w której upoważniona przez lekarza pielęgniarka na żądanie chorego podaje mu analgetyk z zachowaniem okresu refrakcji, tj. czasu po podaniu opioidu, w którym chory nie powinien otrzymać kolejnej dawki, aby zapobiec incydentom przedawkowania.

W okresie pooperacyjnym środki przeciwbólowe podaje się głównie drogą dożylną. Metoda podaży leków przeciwbólowych, drogą iniekcji podskórnej lub domięśniowej nie jest obecnie preferowana, z powodu takich powikłań jak:

- Ból w miejscu podania leku
- Przypadkowe podanie do naczynia krwionośnego
- Wydłużony czas oczekiwania na działanie leku
- Wahania stężeń leków we krwi

Drugą metodą podaży leków w okresie pooperacyjnym jest podaż leków przez cewnik w okolicę struktur nerwowych z zastosowaniem techniki znieczulenia przewodowego. Spośród technik znieczulenia przewodowego w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego preferowane są:

- Ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe
- Ciągłe znieczulenie podpajęczynówkowe
- Ciągłe blokady obwodowe, np. blokada przykręgową, blokada splotu ramiennego

W okresie pooperacyjnym ważne jest zastosowanie właściwych metod w celu zwalczania bólu. Metody te należy różnicować w zależności od rodzaju i rozległości operacji. Po zabiegach z rozległym uszkodzeniem tkanek warto wprowadzić analgezję multimedialną, która polega na stosowaniu różnych leków lub metod. Preferowane jest ciągłe znieczulenie

zewnątrzoaponowe, jako podstawowa metoda analgezji. Jako alternatywę można stosować też inne techniki analgezji regionalnej lub PCA skojarzone z dożylnym wlewem metamizolu lub acetaminofenu w połączeniu z ketoprofenem. Stosowanie zaawansowanych metod analgezji, wymaga zreorganizowania istniejących struktur w szpitalu, głównie po to aby analgezja prowadzona była w sposób skuteczny i bezpieczny. Dla kontroli skuteczności leczenia przeciwbólowego konieczne jest monitorowanie bólu. Wykorzystywane są różne skale badające ból w sposób ilościowy subiektywnie przez pacjenta. Należy pamiętać o tym, że to chory jest jedyną osobą mogącą ocenić nasilenie bólu.

Skale ilościowej oceny bólu:

1. Skala VAS (Visual Analogue Scale). Skala ta polega na ocenie bólu według przesuwnej podziałki dziesięciocentymetrowej, gdzie 0 to brak bólu, a 10 najsilniejszy ból. Bóle w granicy 1-3 określane są jako słabe, 4-6 umiarkowane, 7-10 bardzo silne.
2. Skala NRS (Number Rating Scale). Ocena bólu w skali liczbowej od 0- 10. Chory próbuje określić stopień natężenia bólu jaki odczuwa w danej chwili, wskazując na odpowiednią cyfrę). 0 odpowiada „wcale nie odczuwam bólu”, a 10 „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić”. Jest to skala łatwa w zastosowaniu, pozwala na ocenę zmiany bólu w czasie, oraz ocenę skuteczności stosowanego leczenia.
3. Skala VRS (Verbal Rating Scale). Ocena bólu w sposób opisowy. Zawiera szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu. Cyfra 1- oznacza bardzo małe natężenie bólu, 2- małe , 3- średnie , 4- duże , 5- bardzo duże natężenie bólu. Zawarte w tej skali określenia są różnie interpretowane przez pacjenta, nie zawsze odpowiadają tym, w których chory opisuje swój ból [15].
4. Diagramy bólu - diagram przedstawia dwie postaci ludzkie, jedna naszkicowana od przodu, druga od tyłu. Ciało jest podzielone na 45 obszarów, każdemu z tych obszarów jest przyznany jeden punkt, jeżeli występują tam dolegliwości bólowe i 0 gdy bólu nie ma. Oblicza się sumę uzyskanych punktów i porównuje z całkowitą proporcją ciała jakie te obszary zajmują [16].
5. Kwestionariusz bólu McGill jest narzędziem pozwalającym na ilościową jak i jakościową ocenę bólu. Jego głównym zadaniem jest opis bólu. Składa się z: wskaźnika natężenia bólu, grup przymiotników opisujących ból oraz z diagramu bólu.
6. Skala Szpitala Księcia Henryka (Prince Henry Hospital Pain Score- PHHPS).

Skala Szpitala Księcia Henryka (*PHHPS - Prince Henry Hospital Pain Score*)

Punkty skali	Skala oceny natężenia bólu
0	Brak bólu przy kaszlu
1	Ból przy kaszlu, brak przy głębokim oddychaniu
2	Ból przy głębokim oddychaniu, brak w spoczynku
3	Ból w spoczynku- nieznaczny
4	Ból w spoczynku- silny

Rola pielęgniarki

Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w leczeniu bólu pooperacyjnego. Działania przez nie podejmowane powinny być oparte na wzajemnej współpracy zarówno z lekarzem anestezyjologiem jak i chirurgiem. Ważnym elementem jest edukacja pacjenta przed zabiegiem chirurgicznym o stosowanych sposobach zwalczania bólu, oraz o możliwych objawach niepożądanych na które chory powinien zwrócić uwagę. Funkcjonowanie w szpitalu Zespołu Leczenia Bólu ułatwia wczesne rozpoznawanie powikłań i podejmowanie odpowiednich działań [17].

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym po zabiegu powinna rozpoznawać niewerbalne objawy bólu, takie jak: przyspieszenie tętna, niewielki wzrost ciśnienia, przyspieszenie i spłyconie oddechu, grymasy twarzy, jęczenie, płacz oraz reagować na sygnalizowane dolegliwości w celu zapobiegania niekorzystnym skutkom i powikłaniom. Do zadań pielęgniarki należy regularna ocena nasilenia bólu i odnotowywanie tych danych w specjalnych kartach obserwacji. Konieczne opracowanie jednolitych standardów postępowania, zabezpieczenie dostępu do leków i sprzętu reanimacyjnego oraz stworzenie pisemnych protokołów w przypadku wystąpienia powikłań. Stanowisko pielęgniarskie na oddziałach pooperacyjnych powinno być wyposażone w sprzęt niezbędny do reanimacji oraz leki reanimacyjne. W czasie stosowania leczenia bólu opioidami konieczne jest monitorowanie objawów depresji oddechowej. Pielęgniarka monitoruje stopień nasilenia bólu, prowadzi obserwacje takich parametrów jak tętno, ciśnienie tętnicze. Monitoruje i odnotowuje parametry wentylacji: częstość oddechów, saturację i perystaltykę jelit.

W przypadku opieki nad pacjentem z cewnikiem zewnątrzoponowym do kanału kręgowego ważna jest kontrola i obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika, obserwacja opatrunku mocującego cewnik przed wysunięciem [18]. Pielęgniarka pozostając w ścisłej współpracy z

lekarzem, podaje leki przeciwbólowe. Dawka leku jest dostosowana do wagi chorego, zaleca się podawanie leków z wyprzedzeniem, a chory nie powinien odczuwać bólu.

Pielęgniarka jako osoba spędzająca najwięcej czasu z pacjentami odczuwającymi ból, odgrywa kluczową rolę zarówno w zakresie monitorowania bólu jak również jego zwalczania. Ponieważ pielęgniarki są zaangażowane w zwalczanie bólu pooperacyjnego, powinny mieć wiedzę w zakresie znajomości mechanizmów powstawania bólu, metod oceny bólu jak również określone umiejętności w zakresie edukacji pacjentów. Konieczne jest ciągłe uaktualnianie szkoleń personelu, organizowanie pokazów obsługi pomp i sprzętu monitorującego. Duży nacisk należy kłaść na obowiązkowe szkolenie zespołu a także współpracę z personelem oddziałów zabiegowych [19].

Wnioski

- Ból po zabiegu operacyjnym należy do najbardziej uciążliwych sytuacji jakie dotyczą chorych po zabiegu operacyjnym
- Pielęgniarki, opiekujące się chorym po zabiegu operacyjnym, odgrywają bardzo ważną rolę w prowadzeniu terapii przeciwbólowej.
- Upowszechnienie jak i usprawnienie zespołów do leczenia bólu znacznie poprawi komfort oraz jakość opieki pacjentów po zabiegach operacyjnych.

Bibliografia

1. Pyszkowska J. : Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu przy pomocy zmodyfikowanego arkusza oceny bólu. Psychoonkologia 1999.
2. Dobrogowski J., Mayzner- Zawadzka E., Drobnik L., Kusza K., Woroń J., Wordliczek J.: Uśmierzenie bólu pooperacyjnego- zalecenia. Ból 2005, 6 (nr specjalny), 5-12.
3. Bonica J.J.: History of pain concepts and pain therapy. Mt Sinai J Med 1991, 58(3): 191- 202.
4. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Patomechanizmy bólu. Terapia 2004, 10, 6-10.
5. Misiołek H., Kwosek A., Kucia H., Stoksik Piotr., Knapik P.,: Anestezjologia i Intensywna Terapia 2004: 36(3) 214-219.
6. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Patomechanizmy bólu. Terapia 2004, 10, 6-10.
7. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Ból ostry. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002

8. Ready L.B., Wild L.M.: Organization of an acute pain service: training and manpower. *Anesth Clin N Am* 1989.
9. Symonowicz I.: Organizacja systemu leczenia bólu pooperacyjnego w Szpitalu Powiatowym w Miliczu- analiza i ocena efektywności nowych rozwiązań. *Ból* 2004, 5(4): 20-34.
10. Górąj E., Pieczonka A., Stendel A.: Organizacja Zespołu Leczenia Bólu Ostrego w Instytucie Onkologii w Warszawie. *Med. Sci Monitor* 1996; 2: 330-334.
11. Kúbler A, Żółnowska A , Zieliński S Maślanka P , Zamirowska A :Organizacja zespołu do leczenia bólu pooperacyjnego 3-letnie doświadczenia własne . *Przegl Lek* 1998 .
12. Seyda B.: *Dzieje medycyny w zarysie*. Wyd. trzecie. Warszawa: PZWL 1997.
13. Larsen R.: *Anestezjologia*. Wydanie drugie polskie . Red. Kubler A. Wrocław: Wydawnictwo medyczne Urban& Partner 2003.
14. Mayzner-Zawadzka E.: Leczenie bólu pooperacyjnego w chirurgii. W: *Współczesne metody zwalczania bólu*. Red. Gomułka W., Meszaros J. Warszawa: Ośrodek Informacji Naukowej,, Polfa” 2000, s.191-207.
15. . www.ptbb.pl skala numeryczna
16. Strong J., Unruh A.M., Wright A., Baxter G.D.: *Ból Podręcznik dla Terapeutów* 2008:133- 141.
17. Symonowicz I.: Organizacja systemu leczenia bólu pooperacyjnego w Szpitalu Powiatowym w Miliczu- analiza i ocena efektywności nowych rozwiązań. *Ból* 2004, 5(4): 20-34.
18. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Czelej, Lublin 2006.
19. Błaszczyk B., Pładzyk K., Mayzner-Zawadzka E.: Leczenie bólu pooperacyjnego badanie ankietowe przeprowadzone w Polsce w 2004 roku. *Ból* 2005, 6 Nr specjalny – V Sympozjum Regionalnej Anestezji.

Dane autora:

Gabriela Ptaszek

41-709 Ruda Śląska

ul. Pokoju 10/19

Tel. 887 811 816

e-mail: gabi.ptaszek@gmail.com

SPRÁVNA PREANALYTICKÁ PRAX RIGHT PREANALYTICAL ADMINISTRATIVE PRACTICE

Jana Ragančíková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Abstrakt

Základným predpokladom pre precíznu laboratórnu diagnostiku s vysokou mierou vypovedajúcej hodnoty je optimálna preanalytika. Laboratórne hodnoty môžu byť správne iba vtedy, ak sú štandardizované všetky podmienky za ktorých je vzorka odoberaná. Radi by sme pomohli zlepšiť a štandardizovať preanalytickú fázu odberu krvi. Preanalytika zahŕňa všetky procesy, ktoré prebiehajú pred laboratórnymi dverami. Problémy, ktoré sa vyskytujú v tejto oblasti, nikdy nemôžu byť riešené izolovane, ale v úzkej spolupráci so zúčastnenými osobami, ku ktorým patria lekári, sestry, ošetrovatelia a laboranti.

Kľúčové slová : Preanalytika, ovplyvňujúce faktory, pacient, chyby pri odbere, bezpečnosť

Abstract

Optimal preanalytical work is a basic prerequisite for precise and conclusive laboratory diagnostics. Laboratory values can be correct only if all conditions prevailing at the time of blood collection are standardised. Preanalytics encompasses any and all procedures prior to laboratory work. Preanalytical issues can never be settled by individuals alone but require the cooperation of physicians, nurses and laboratory personnel involved in the overall procedure.

Keywords: Preanalytical , influence factors , patient, wrong handling during blood collection, safety.

ÚVOD

Laboratórna medicína poskytuje 70% informácií o človeku (pacientovi). Ak informácie nie sú relevantné, nepomôžu ani lekárovi ani pacientovi , skôr naopak. Definície o kvalite laboratórnej medicíny (a je ich veľa) možno interpretovať ako vytvorenie takých podmienok , pri ktorých kvalita laboratórných testov pomáha klinikom praktizovať dobrú medicínu. Laboratórne testy by mali vyhovovať potrebám klinikov, mali by zaistiť dôveru lekárov i pacientov k laboratórnym vyšetreniam a v neposlednom rade zabezpečiť efektívnosť vynaložených prostriedkov. Služby medicínskych laboratórií patria v procese starostlivosti o pacienta k základným a preto majú byť dostupné všetkým pacientom . Tieto služby obsahujú požiadavky a opatrenia na žiadanky, prípravu pacientov a ich identifikáciu , odbery vzoriek , ich transport, uskladnenie, spracovanie a vyšetrenie, s následnou validáciou, interpretáciou,

oznamovaním a poradenstvom , pričom sa má brať do úvahy bezpečnosť a etika práce medicínskeho laboratória

PREANALYTICKÉ OVPLYVŇUJÚCE FAKTORY

Poznáme ovplyvňujúce faktory na strane pacienta a rozdeľujeme ich na :

Permanentné ovplyvňujúce faktory

Populácia (rasa)

Signifikantné rozdiely nájdeme medzi čiernym obyvateľstvom v porovnaní s bielym obyvateľstvom .

- ✓ Hodnoty leukocytov sú markantne nižšie
- ✓ Koncentrácia vitamínu B12 je 1,35 krát vyššia
- ✓ CK(kreatínkináza) a α amyláza sú zvýšené

Pohlavie

Okrem komponentu špecifického pre pohlavie (hormónov) pôsobí na meranú veličinu napríklad svalová hmota

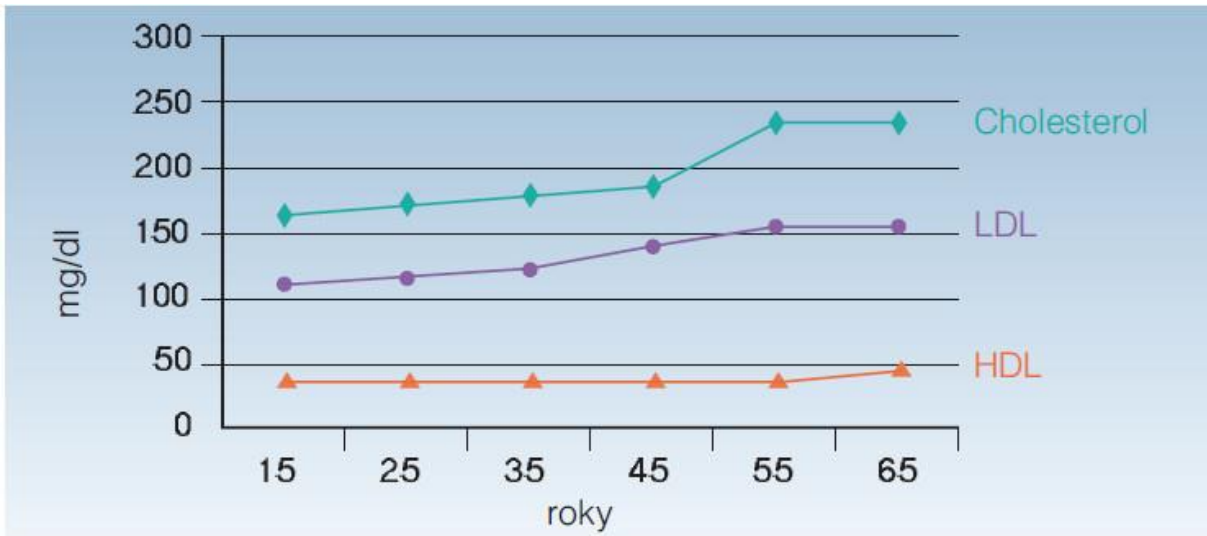
- ✓ CK a kreatín závisí na svalovej hmote

Dlhodobé ovplyvňujúce faktory

- Vek
- Gravidita
- Alkohol/ drogy /nikotín

Vek

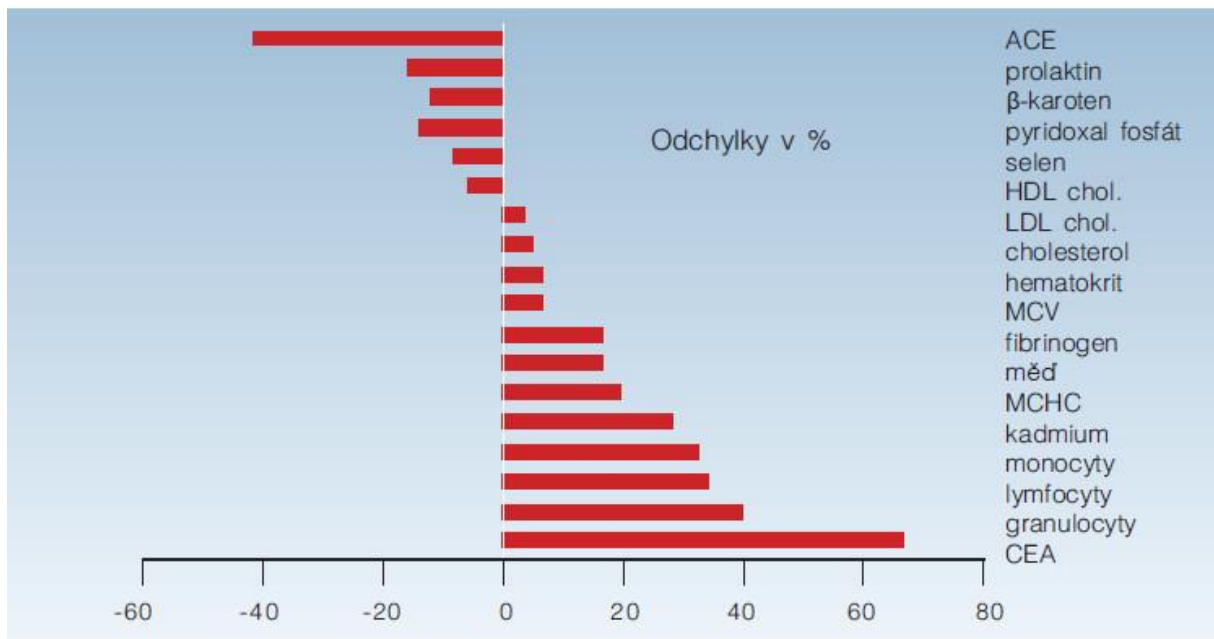
S pribúdajúcim vekom u obidvoch pohlaví často stúpa cholesterol (primárne samozrejme závislý na výžive)



Guder, Narayanan, Wisser, Zawta, „Vzorky mezi pacientem a laboratoř“ GIT-VERLAG GmbH and Co. KG, Darmstadt

Fajčiari alebo nefajčiari

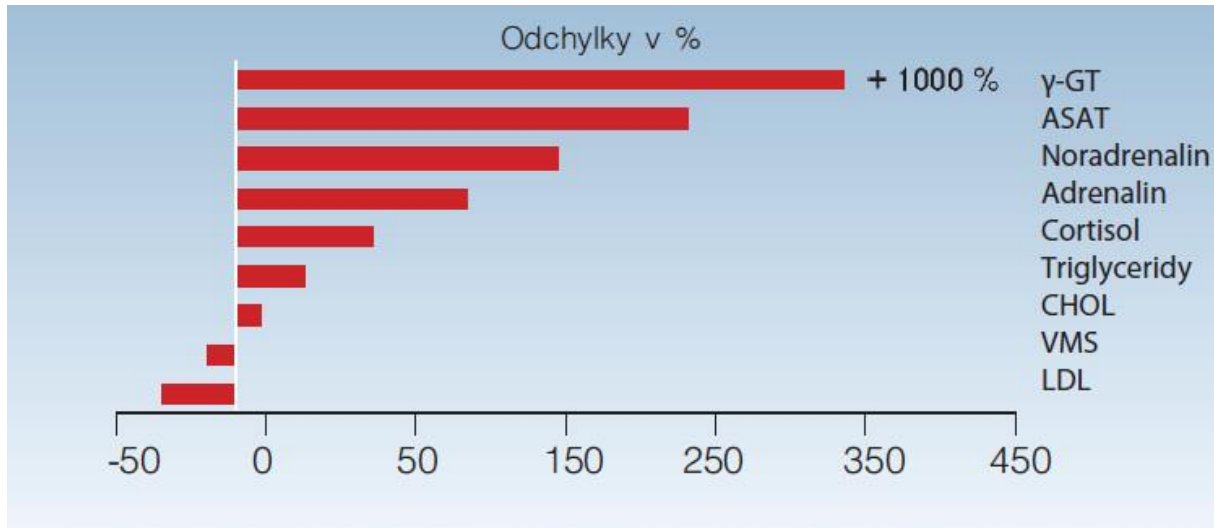
Chronické užívanie nikotínu zvyšuje počet leukocytov, niektoré hodnoty enzýmov a tumor markery -najmä CEA(karcinoembryonálny), ACE(Angiotensin I-converting enzyme), MCV(stredný objem erytrocytov), MCHC(stredná koncentrácia hemoglobínu v erythrocyte)



Guder, Narayanan, Wisser, Zawta, „Vzorky mezi pacientem a laboratoř“ GIT-VERLAG GmbH and Co. KG, Darmstadt

Alkohol ako ovplyvňujúci faktor

Pri chronickom nadmernom užívaní alkoholu sú zvýšené aktivity pečevných enzýmov ako γ -GT (Gamma-glutamyl transferaza) , ALT((alaninaminotransferáza) a AST(aspartátaminotransferáza), kyselina listová a vitamín B6 sú ale znížené.



Guder, Narayanan, Wisser, Zawta, „Vzorky medzi pacientem a laboratoř“ GIT-VERLAG GmbH and Co. KG, Darmstadt

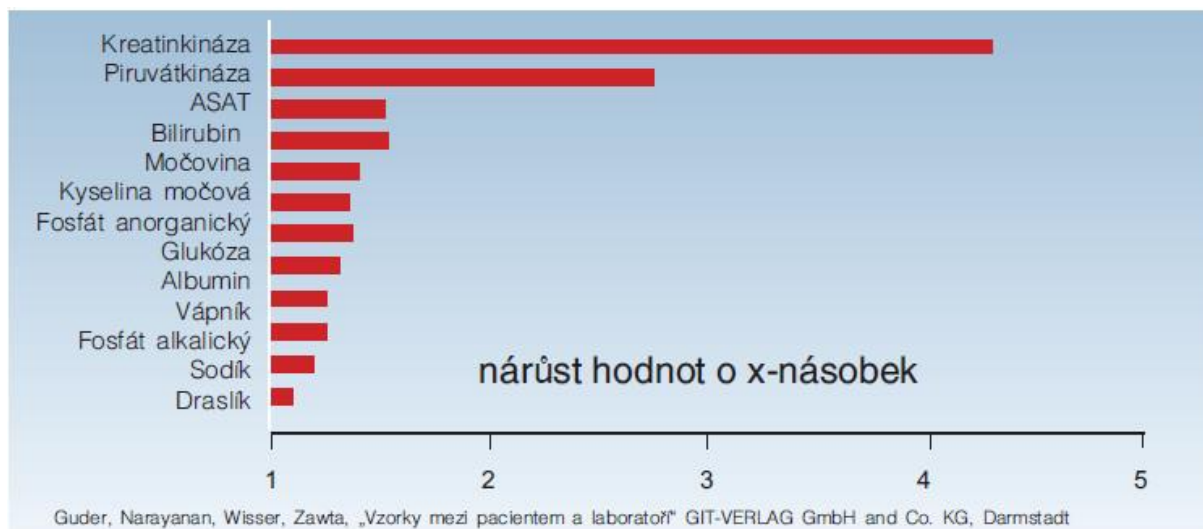
Krátkodobé ovplyvňujúce faktory

Vplyv polohy tela

Nárast koncentrácie pri zmene z ležiacej do priamej pozície

Parameter	nárast v %
Hematokrit	13 %
Erytrocyty	15 %
HDL- cholesterol	10 %
Aldosterón	15 %
Epinefrín	48 %
Renin	60 %

Telesná záťaž Nárast rôznych analytov po mimoriadnej telesnej záťaži, napr. po maratóne



Vplyv doby škrtenia paže

Porovnanie 1 min. s 3 min. škrtením

Parameter	zmena v %
Bilirubín	+ 8 %
Cholesterol	+ 5 %
Kreatinin	- 9 %
Kreatinkináza	- 4 %
Železo	+ 7 %
Glukóza	- 9 %
γ - Glutamyltransferáza	- 10 %
Kalium	+ 5 %

PRÍPRAVA A IDENTIFIKÁCIA

Príprava pacienta

Pacienta informujeme zrozumiteľným spôsobom o plánovanom diagnostickom opatrení a o jeho zmysle a účele. To napomáha redukovať strach a stres. Doplníme si informácie o užívaní liekov, dodržovaní diét a vysvetlíme odber vzorky nalačno. V presnom návode na použitie má byť vysvetlená manipulácia s močom a stolicou. Hlavne u detí je nutné postupovať opatrne, pričom informácia musí byť prispôbená ich schopnostiam.

Identifikácia pacienta

Správna identifikácia pacienta **je najvyšším príkazom** – priezvisko, meno, dátum narodenia, prijímacie číslo, číslo izby... K zámenám dochádza nielen u častých mien. V prípade nejasej identity pacienta by mal byť odmietnutý akýkoľvek odber vzorky.

Identifikácia vzorky

Prvoradou zásadou bezchybnej identifikácie pacientovej vzorky je pravidlo dvoch identifikátorov (zhody identifikácie odberovej nádoby a žiadanky) , striktno vyžadovanej organizáciou Joint Commission, ktorá hrá vedúcu úlohu pri tvorbe zásad bezpečnosti pacientov v USA a vo svete [1]. Vzorky, ktoré zrejme majú identifikačnú chybu, majú byť v laboratóriu identifikované podľa druhu chyby ako:

- zle označené
- neoznačené
- nedostatočne označené (chýba jeden identifikátor)

Takéto vzorky je nutné v záujme bezpečnosti pacienta odmietnuť a pracovníci laboratórií musia byť účinne chránení pred nátlakom zo strany požadujúcich subjektov, ktoré sa s odmietnutím často nechcú zmieriť a často ponúkajú zmenu identifikácie pacienta. [2]. Preznačenie vzorky by malo byť možné iba v krajných prípadoch nenahraditeľnej vzorky (bioptické vzorky, likvor u detí a pod.) a vždy iba so súhlasom predstaviťa vrcholového managementu zdravotníckeho zariadenia. Je známe, že existencia takého pravidla je vo veľmi krátkej dobe schopná eliminovať nátlak na laboratórny personál k preznačovaniu identifikácie na nulovú hodnotu [6]. Znami infekčný materiál musí byť na skúmavke a s doklade s požiadavkou vyšetrenia zreteľne označený.

Identifikácia odoberajúcej osoby

U každej vzorky by malo byť možné zistiť identitu odoberajúcej osoby, príp. označiť na doklade s požiadavkou vyšetrenia. Je to veľká pomoc v prípade nejasných nálezov.

Identifikácia lekára požadujúceho odber

Identita lekára, ktorý požaduje odber vzorky umožňuje spätné otázky v prípade nečitateľných požiadaviek, chybných požiadaviek, alebo pri malom množstve materiálu (zistiť najdôležitejšie analýzy).

ODBER KRVI

Poznáme dve odberové techniky a to aspiračnú (piestovú) a vákuovú techniku. *Aspiračná technika* odberu krvi je šetrnejšia a zabraňuje kolapsu aj najkrehkejších žíl.

V pediatrii, geriatrii a onkológií má táto šetrnejšia a jemnejšia technika osobitný význam. Až 47,3 % pacientov má menej ako 5 a viac ako 65 rokov.

Vákuová technika u S-Monovette predstavuje odber krvi pomocou čerstvého a jemnejšieho vákua. To znižuje výskyt hemolýzy pod 2%. Nie je tu potrebný žiadny držiak ihly a všetky časti odberovej sústavy- bezpečnostná ihla a skúmavka sú použité výlučne jednorázovo. Vylúči sa tak opakované použitie držiaka ihly (klobúčika), ktorý tu nie je potrebný. Znížime tak náklady na spotrebný materiál a tiež aj objem infekčného odpadu.

Chyby pri odbere krvi :

- tzv. pumpovanie päšťou vedie vďaka svalovej aktivite k nárastu K^+ (katión draslíka) a Mg^{2+} (katión horčíka)
- príliš dlhé škrtenie paže (viac ako 1 min.) zmení parametre ako napr. K^+ a γ -GT
- tzv. ohýbanie ihly nie je u S-Monovette nutné, pretože uhol vpichu je štandardne veľmi plochý (pod 30°)
- príliš tenká ihla môže spôsobiť hemolýzu

Chyby po odbere krvi

- nedostatočné premiešanie vzorky (vznik mikrozrazenín)
- príliš silné miešanie (trepanie) vzorky vedie k hemolýze
- pred centrifugáciou je nutné dodržať dobu zrážania u vzorky séra (cca 30 min.) po odbere , lebo inak dochádza k dodatočnému zrážaniu
- dodržanie doporučení týkajúcich sa centrifugácie vzorky – zlepšuje kvalitu vzorky

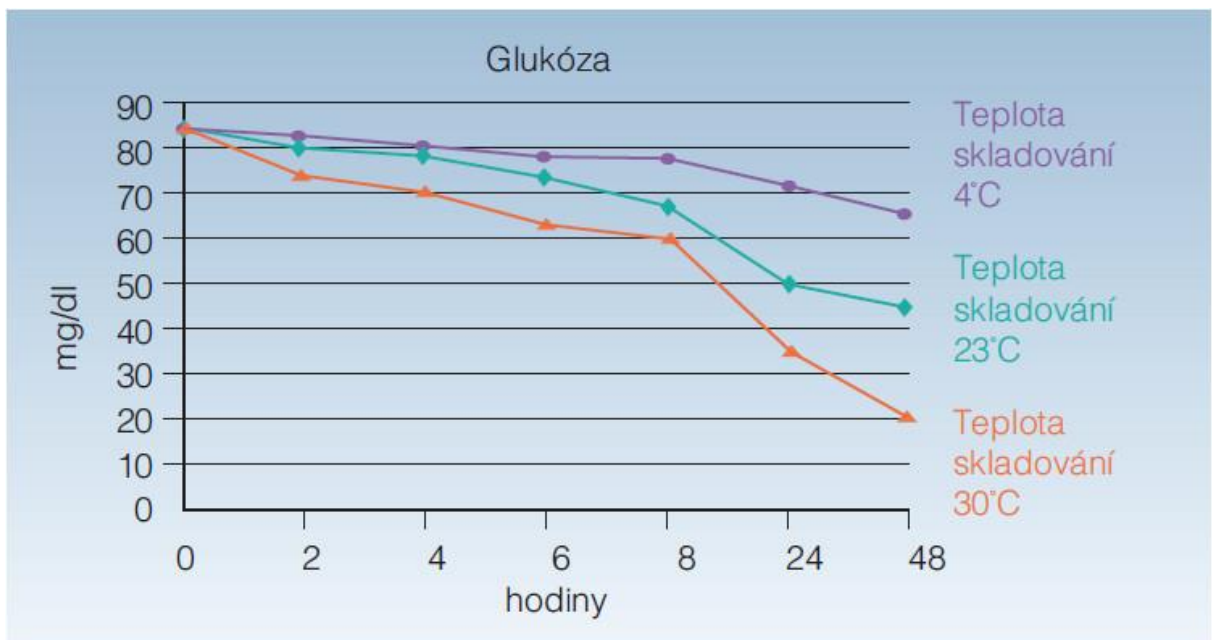
TRANSPORT A SKLADOVANIE VZORIEK

Veľkým preanalytickým problémom je stabilita vzorky. To závisí predovšetkým na spôsobe transportu z miesta odberu k miestu analýzy, na teplotách počas transportu a pri skladovaní , na dobe medzi odberom a centrifugáciou. V prípade transportu na vzdialenejšie miesta je výhodné použiť skúmavku so separačným gélom a cetrifugáciu pred transportom. Pri transporte plnej krvi je nutné požívať temperované termoboxy s fixovanou polohou odberových skúmaviek [3]. Doba medzi odberom a začiatkom analýzy nesmie prekročiť dobu, po ktorej sú jednotlivé analyty stabilné. Príslušné hodnoty sú prístupné v rade príručiek a kompendií a majú byť súčasťou Laboratórných príručiek klinických laboratórií. Veľmi zaujímavé sú možnosti transportu moču. Analyty základného vyšetrenia moču sú veľmi nestabilné a za bežných podmienok by nemali byť vôbec transportované a analyzované

čo najskôr po odbere. No pri použití vhodných skúmaviek s prídavkom určitých stabilizačných aditív je možné pri transportnej teplote 20°C analyzovať glukózu a nitrity do 5 hodín po získaní vzorky. Ostatné analyty je možné analyzovať dokonca až po 24 hodinách, vrátane močových elementov. Tu je však potrebné použiť skúmavky s prídavkom kyseliny boritej, mravčej, alebo chlorhexidinu [4].

Transport vzoriek na dlhé vzdialenosti je teda možné realizovať bez rizika so zdravým pacienta iba za istých podmienok, a to s použitím termostatických transportných boxov a vhodných odberových skúmaviek. Čiže za cenu finančnej investície do transportného systému.

Vplyv teploty a času



ZÁVER

Sústavná a opakovaná edukácia laboratórneho a nelaboratórneho zdravotníckeho personálu, štandardizované a všeobecne známe kritéria správnej preanalytickej praxe, dokumentácia odmietnutých vzoriek a hlásenie dôvodov odmietnutia sú nevyhnutnými zložkami tohto kľúčového a chýlostivého procesu. Primárnym cieľom je zlepšenie starostlivosti o pacienta. Ďalšie aspekty sú v porovnaní s týmto sekundárne. Výber správnej odberovej techniky vedie k zvýšenému počtu úspešných odberov a k zníženiu výskytu hemolýzy. Zabránieme tak zbytočným opakovaným odberom, ktoré zvyšujú objem biologického odpadu, traumatizujú pacienta a v nemalej miere oberajú personál o čas a náklady na spotrebný materiál. To všetko vedie k zvýšeným ekonomickým nákladom.

Často sa lekár dožaduje akéhokoľvek výsledku, či je správny, alebo nesprávny. Nechce čakať na opakovaný odber a analýzu. Ošetrujúci lekár je však tým, kto vykonáva definitívnu kontrolu laboratórneho výsledku a porovnáva ho s klinickým stavom pacienta, podávanou liečbou a musí posúdiť či je výsledok relevantný [5]. Poučený zdravotník musí mať záujem na kvalitných laboratórnych výsledkoch. Chyby, ktorých sa dopustíme v priebehu **preanalytiky** sú čísla **pred** desatinou čiarkou vo výsledku a chyby, ktorých sa dopustíme pri **laboratórnej analýze** sú miesta **za** desatinou čiarkou vo výsledku.

LITERATÚRA

1. ASTION, M. *Patient safety focus: mislabelled specimens*. Clinical Chemistry News, 2010, 36, 1.
2. FRIEDECKÝ, B., *Kvalita v klinické laboratoři a bezpečnost pacientů*, Klin. Biochem. Metab., 2010, 18, s. 136-143.
3. JENSEN, E. A., STAHL, M., BRANSLUND, I., GRINSTREAD, P. *Stability of heparin blood samples during transport based on defined pre-analytical quality goals*. Clin. Chem. Lab. Med., 2008, 46, s. 225-234.
4. KOURI, T., MALMINIEMI, O., PENDERS, J., PELKONEN, V., VUOLTARI, L., DELANGHE, J. *Limits of preservation of samples for urine strip tests and particle count*. Clinical Chemistry Laboratory Medicine, 2008, 46, s. 703-713.
5. MALINA, P., *Kvalita v klinické laboratoři a bezpečnost pacientů*. Klin. Biochem. Metab., 2010, 3, s. 127-128.
6. WAGAR, E. A., STANKOVIC, A. K., RAAB NATIEH, R. E. et al. *Specimen labeling errors: a Q-probes analysis of 147 clinical laboratories*. Arch. Path. Lab. Med., 2008, 132, s. 1617-1622.

RIZIKÁ PRI ODBERE KRVI - OPAKOVANÉ POUŽÍVANIE ODBEROVÝCH POMÔCOK

Jana Ragančíková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Abstrakt

Pri odbere krvi sa bežne používajú odberové pomôcky spolu s vákuovými skúmavkami. Pri príprave na venepunkciu sa do držiaka skúmavky nasadí sterilná ihla ukončená ostrými hrotmi na oboch jej koncoch. Koniec ihly vnútri držiaka skúmavky, ktorý prepichne zátku odberovej skúmavky, je pokrytý tenkou vrstvou gummy. Po naplnení skúmavky krvou sa skúmavka odpojí, gumené puzdro prekryje ihlu a krv prestane cez ihlu pretekať.

Pri venepunkcii odoberáme niekoľko skúmaviek krvi. Keď je odber ukončený, ihla sa z držiaka odstráni. Použitá ihla sa odhodí, ale držiak skúmavky sa často používa opakovane.

Zdravotnícke združenia a regulačné úrady nabádajú zdravotníckych pracovníkov, aby držiaky na odberové skúmavky nepoužívali opakovane z dôvodu nebezpečenstva ich kontaminácie(3). Opakované používanie odberových pomôcok predstavuje zásadné bezpečnostné riziko pre odberových pracovníkov, ostatný zdravotnícky personál a pacientov.

Ďalší aspekt, ktorý treba zohľadniť pri opakovanom používaní držiakov, je expozícia zdravotníckeho personálu k zadnému koncu ihly. Tenká vrstva gummy, pokrývajúca zadný koniec ihly, neposkytuje žiadnu ochranu pred náhodným pichnutím, keď je ihla z držiaka uvoľnená.

Opakované používanie držiakov odberových skúmaviek možno znižuje náklady, ale tiež vedie k rizikovým postupom.

Kľúčové slová : držiak skúmaviek, odberová ihla, rizikové postupy, kontaminácia, infekcia, bezpečný odber, ostré predmety

Metodika

V tejto štúdií sme testovali štyri značky znovupoužiteľných držiakov na odberové skúmavky. Vzorka pozostávala z celkovo 58 použitých držiakov skúmaviek z 11 vybraných zdravotníckych zariadení, ktoré zahŕňali dve fakultné nemocnice, štyri súkromné nemocnice. Z oddelení to boli oddelenia pediatrie, onkológie, geriatrickej, gynekológie a hematologickej ambulancie.

Počas jedného mesiaca zdravotné sestry zberali na svojich pracoviskách držiaky skúmaviek po ich použití. Zdravotné sestry nevedeli koľkokrát boli držiaky použité pred ich zberom. Pri

zbere týchto držiakov sestry použili rukavice. Držiaky skúmaviek boli vložené do vriec na biologický odpad, ktoré boli označené identifikačným číslom. Potom sme ich testovali v nezávislom laboratóriu.

Pri tzv. kvapkovej skúške sme použili leukomalachitovú zeleň. Ide o katalytický test vychádzajúci zo skutočnosti, že hemoglobín a niekoľko jeho derivátov vykazuje činnosť peroxidázy. Vzorka pozitívna na krv bola modrozeleno sfarbená. Výsledky sme získali zo sterov celého vnútorného povrchu odberovej pomôcky a zo závitovej časti držiaka skúmaviek.

Výsledky

Z 58 otestovaných značkových držiakov skúmaviek bolo 48 (83%) vysoko pozitívnych na krv. Z vysoko pozitívnych držiakov bolo 29 (49%) vysoko pozitívnych na krv na vnútornej strane pomôcky, 46 (78%) bolo vysoko pozitívnych na krv v závitovej časti držiaka a 27 (46%) bolo vysoko pozitívnych na krv na oboch týchto plochách držiaka skúmavky.

Diskusia

Opakované používanie držiakov skúmaviek ohrozuje zdravotnícky personál a pacientov tým, že ich vystavuje patogénom prenášaných krvou. Preto odporúčame držiaky používať iba jednorázovo. Použité držiaky sa kontaminujú a vystavujú riziku pacienta i odberového pracovníka. Riziká zahŕňajú nepriamu nákazu patogénmi prenášaných krvou, ktoré spôsobujú ochorenia ako sú hepatitída typu B, hepatitída typu C, a HIV/AIDS, ako aj bakteriálnu a vírusovú infiltráciu. Existuje tu tiež riziko falošne pozitívnych výsledkov testov v dôsledku kontaminácie vzorky.

Mikrobiálna kontaminácia zdravotníckych pomôcok pri ich použití u viacerých pacientov má za následok zbytočné vystavenie pacientov baktériám, vírusom a spóram. V dobe, keď sa infekcie spájané so zdravotníckym prostredím vo svete každoročne dotknú približne 2 miliónov ľudí a zabijú 44 000 – 98 000 ľudí je tento postup neprijateľný(1).

Popri vysokej cene, ktorú ľudia platia pri nákupe infekciou, tu existujú značné finančné náklady. Na základe odhadov nákladov na úrovni cien z roku 2010 Centra pre kontrolu chorôb v USA, každé poranenie ihlou stojí približne 900 až 5000 dolárov. Jeden prípad závažnej infekcie patogénom prenášaným krvou môže podľa Amerického združenia nemocníc (AHA) v nákladoch stáť 1 milión dolárov, alebo viac. Náklady a následné vyšetrenia pri vysoko rizikovej expozícii predstavujú skoro 3000 dolárov na jedno poranenie ihlou aj vtedy, ak človek nebol nakazený (2).

Celkové náklady v dôsledku poranenia ihlou sa týkajú nasledovných oblastí :

- Prevencia – ktorá zahŕňa používanie osobných ochranných prostriedkov, kontroly dizajnu (bezpečnejšie pomôcky, vrátane nádob na ihly a ostré predmety) vakcináciu a školenia
- Profylaxia a ošetrovanie po expozícií- ktoré zahŕňajú návštevy lekára , dni voľna a liekovú profylaxiu
- Aktualizácia – ročný prehľad o nových navrhnutých bezpečnostných pomôckach, aktualizácia plánu kontroly expozície, školenia a zber dát.

Popredné zdravotnícke združenia a regulačné úrady v USA , ako napríklad Úrad pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (OSHA) už zakázal opakované používanie držiakov. Propaguje potrebu vyhýbať sa opätovnému používaniu zdravotníckych pomôcok a zakazuje opakované používanie držiakov skúmaviek s cieľom ochrany zdravotníckeho personálu pred kontaminovaným zadným koncom ihly(4). Uvádza , že **najlepší spôsob prevencie poranenia ihlou po odbere krvi** je použitie ihly s navrhnutou ochranou pred poranením – ako je bezpečnostná ihla, ktorá je pripevnená k držiaku odberovej skúmavky a **okamžitá** likvidácia držiaka odberovej skúmavky, spolu s pripevnenou ihlou **a to ako celku**.

Odstraňovanie ihly z držiaka vytvára podmienky pre expozíciu časti ihly zasunutej do skúmavky, ktorá je naplnená krvou a je nebezpečná.

Skoro polovica držiakov sa používa opakovane. Odberoví pracovníci a pacienti čelia závažnému zdravotnému riziku v dôsledku pretrvávajúceho opakovaného používania odberových pomôcok. Podľa predajných údajov spoločností pre zdravotnícku techniku sa v priemere na každých 100 odberových ihiel predá len 51 jednorazových držiakov. To naznačuje, že aspoň 49 % odberových ihiel sa používa s použitými držiakmi.

Keďže väčšina držiakov je určená výlučne na jedno použitie, dezinfekcia, alebo sterilizácia by ich pravdepodobne poškodila a skreslila zdravotnícky úkon.

Identifikované rizikové postupy :

- Opakované použitie jednorazového držiaka ihly
- Odstraňovanie krvou naplneného druhého konca ihly z držiaka
- Poranenie ihlou počas odberu krvi
- Nová sterilná ihla nasadená na kontaminovaný držiak sa môže tiež kontaminovať (môže nastať kontaminácia vzorky- nepresná analýza vzorky)

Kontrola dizajnu držiakov skúmaviek a bezpečné pracovné postupy poskytujú určitú úroveň ochrany pred poranením ihlou, ktorú však **nie je možné dosiahnuť** pri opakovanom používaní držiakov skúmaviek.

Primeraná likvidácia kontaminovaných ostrých predmetov :

- ✓ Zamestnávateľia musia poskytnúť uzatvoriteľné, nepriepustné nádoby na ostré predmety odolné voči prepichnutiu, ktoré sú označené.
- ✓ Nádoby musia mať dostatočne veľký otvor na likvidáciu celej zostavy , t.j. držiak a ihla.
- ✓ Zamestnanci musia mať prístup k nádobám na ostré predmety, na ktoré môžu ľahko dosiahnuť z bezprostrednej blízkosti, kde sa ostré predmety používajú.
- ✓ Ak sa zamestnanci premiestňujú z jednej miestnosti do druhej (napr. od jedného pacienta k druhému), musia mať nádobu na ostré predmety vhodne umiestnenú, alebo prenosnú- do ktorej je možné umiestniť celú odberovú zostavu držiaka a ihly.

Na trhu sú aj nádoby na ostré predmety s navrhnutými otvormi, ktoré neumožňujú likvidáciu celej zostavy držiaka spolu s pripevnenou ihlou. Tieto nádoby nespĺňajú normu o patogénoch prenášaných krvou. Zamestnávateľia musia zabezpečiť, aby bola pri odberoch krvi vhodná nádoba na ostré predmety pre okamžitú likvidáciu ostrých predmetov(5)(6).

Záver

Využívanie kontrol dizajnu a pracovných postupov poskytuje najvyšší stupeň kontroly na zamedzenie potenciálnych úrazov pri odbere krvi.

Likvidácia držiakov odberových skúmaviek s nasadenou kontaminovanou ihlou po aktivácii bezpečnostného prvku (kryt ihly) poskytuje najvyššiu kontrolu rizika (7).

Neexistuje **žiadny** dôvod na to, aby bola ohrozovaná bezpečnosť odberových pracovníkov a pacienta, keď sú na trhu bežne dostupné pomôcky, ktoré prakticky môžu zabrániť opakovanému používaniu držiakov skúmaviek.

Držiaky **vopred** nasadené na bezpečnostné odberové ihly – ako zostava, ponúkajú najvyššiu úroveň prevencie a kontroly infekcií. Rovnako **je nutné** túto zostavu po odbere krvi likvidovať **ako celok** do vhodnej zbernej nádoby na ostré predmety.

Literatúra

1. GAYNES R, RICHARDS C, EDWARDS J, et al. *Feeding Back Surveillance Data to Prevent Hospital-Acquired Infections* Emerging Infectious Diseases Mar-Apr 2010,7(2)

2. INFECTION CONTROL TODAY, Dostupné na :
www.infectioncontroltoday.com/articles/251portex.html
3. NATIONAL PHLEBOTOMY ASSOCIATION. *Safety Alert All NPA Certified Phlebotomists and healthcare Workers.* Dostupné na :
www.nationalphlebotomy.org/896362.html
4. U.S. DEPARTMENT OF LABOR, *Occupational Safety and Health Administration Disposal of Contaminated Needles and Blood Tube holders Used for Phlebotomy.* Safety and Health Information Bulletin, 10-15-03, Dostupné na: www.osha.gov/dts/shib/shib101503.html
5. PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA: *Needlestick – how to prevent needlestick injuries*, EU-OSHA –European Agency for Safety and Health at Work 2014, Dostupné na :
www.osha.europa.eu/data/case-studies/needlestick_2014-howto-preventneedlestickinjuries-effectively
6. NARIADENIE VLÁDY vlády SR č. 83/2013 Z. z. *o ochrane zdravia zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou biologickým faktorom pri práci.* Dostupné na :
www.uvzsr.sk/docs/leg/83_2013.pdf
7. SMERNICA 2010/32 / EÚ - *Prevenca poranenia ostrými predmetmi v nemocničnom a zdravotníckom sektore,* Dostupné na :
www.osha.europa.eu/en/legislation/directives/council-directive-2010-32-eu-prevention-from-sharp-injuries-in-the-hospital-and-healthcare-sector

CHOROBA V KONTEXTE ETICKÉHO UVAŽOVANIA

Tatiana Rapčíková, Elena Janiczeková
Fakulta zdravotníctva SZU, Banská Bystrica

Úvod

Choroba predstavuje boj o zdravie. I z daného konštatovania je zrejmé, že tieto dva pojmy, i napriek tomu, že predstavujú absolútne protipóly, sú existenčne prepojené. Viacerí autori vo svojich charakteristikách zdravia alebo choroby poukazujú na skutočnosť: ak má jedinec akýkoľvek zdravotný problém, nemôže byť zdravý a naopak, choroba je silným motivačným prostriedkom k opätovnému dosiahnutiu stavu zdravia.

V uvedenom kontexte sa chorobou nezaoberajú len lekárske disciplíny, ale i ošetrovateľstvo, a v neposlednom rade aj humanitné vedné disciplíny, predovšetkým psychológia, sociológia a zdravotnícka etika.

Podľa Zacharovej (2007, s. 17) „choroba je stav organizmu vznikajúci pôsobením vonkajších a vnútorných okolností, ktoré negatívne ovplyvňujú jeho správne fungovanie a rovnováhu“.

Ešte i dnes je dosť nejasný vzťah medzi osobnosťou a chorobou, pričom z tohto hľadiska sú zaujímavé tri náhľady na vzťah osobnosť – choroba:

1. osobnostné črty a správanie jedinca majú podstatnú úlohu pri vzniku choroby a jej rozvoji tým, že produkujú fyziologické zmeny,
2. tzv. „zvládacie schopnosti“ osobnosti objavujúce sa pri stretnutí so stresorom prispievajú k celkovému zdraviu a zvyšujú odolnosť voči chorobe, alebo opačne,
3. osobnostné črty nie sú príčinnými faktormi vzniku choroby i napriek tomu, že osoba vykazuje tzv. „chorobné správanie“ (Zlámalová, 2001, s. 12).

Chorobu je vo všeobecnosti možné chápať ako narušenie určitých funkcií organizmu, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú kvalitu života chorého jedinca. Chronické ochorenie či postihnutie predstavuje trvalé znevýhodnenie. Môže síce dôjsť ku zlepšeniu, ale chronicky chorého nemôžeme nikdy úplne vyliečiť, musí chorobu prijať ako súčasť svojej identity a musí sa s ňou naučiť žiť. Akákoľvek závažná choroba je veľkou životnou záťažou, ktorá nejakým spôsobom ovplyvňuje aj psychiku chorého, pretože môže zmeniť aj niektoré vlastnosti chorého človeka. Naopak, mnohé telesné problémy môžu byť v závislosti od zlého psychického stavu chorého udržiavané či zhoršované, zatiaľ čo dobrý psychický stav môže

prispieť k ich zlepšovaniu alebo dokonca vymiznutiu. To znamená, že medzi telesnou a duševnou zložkou existuje recipročný vzťah (Vágnerová, 2008, s. 75-76).

Každé ochorenie je možné posudzovať z troch hľadísk:

1. somatický aspekt – je vyjadrený telesnými problémami chorého,
2. psychický aspekt – je tvorený súhrnom emocionálnych reakcií vyvolaných zmenami súvisiacimi s chorobou, ich rozumovým hodnotením a z neho vyplývajúcim správaním chorého,
3. sociálny aspekt - je daný spoločenským hodnotením choroby a z neho vyplývajúcimi postojmi a chovaním laickej verejnosti (Vágnerová, 2008, s. 75-76).

Viacere definície choroby zdôrazňujú príčinnú súvislosť medzi vznikom choroby a vplyvom prostredia.

Podľa Bártlovej (2005, s. 43) choroba vzniká „na základe narušenia jednoty a celistvosti organizmu a prostredia. Choroba je potenciál vlastností organizmu, ktoré zmenšujú, resp. obmedzujú možnosti organizmu vyrovnáť sa v priebehu života s určitými nárokmi prostredia, v ktorom človek žije“.

V modernej spoločnosti klesá počet chorôb, v popredí ktorých stoja fyzikálne, chemické alebo bakteriálne faktory a narastá počet chorôb, u ktorých podstatnú úlohu zohrávajú psychické a sociálne faktory. Najväčší podiel na tom, či je človek zdravý alebo chorý, má spôsob života, a to v 50 – 60 %. Okrem spôsobu života sú ďalšími dôležitými determinantami vzniku choroby:

- stav a kvalita prostredia – 20 - 25 %,
- genetické faktory – 10 - 15 %,
- organizácia systému starostlivosti o zdravie obyvateľstva - 10 -15 % (Bártlová, 2005, s. 23, s. 28).

V kontexte definovania choroby podľa Bártlovej prezentuje svoj pohľad na chorobu i Nordenfelt - hlavný predstaviteľ **normativizmu** – názorového prúdu, ktorý sa vyvinul v medicínskej etike v súvislosti s problematikou konceptu choroby. Podľa neho je každý jednotlivец po celý čas súčasťou spoločnosti a siete spoločenských vzťahov a stanovuje si určité ciele, ktoré chce dosiahnuť. Avšak práve choroba má vplyv na to, do akej miery dokáže naplniť tieto ciele a v neposlednej miere je aj zdrojom utrpenia človeka (Kamenská, 2013).

Naturalizmus, ako ďalší myšlienkový prúd, ktorý predstavil Christopher Boorse v 70-tych rokoch 20. storočia, charakterizuje chorobu ako neschopnosť vykonávať všetky fyziologické funkcie s minimálne bežnou výkonnosťou. Zdravie je len absenciou choroby. Tento smer má doteraz výrazný vplyv na bioetickú diskusiu súvisiacu so zdravím a chorobou (Kamenská, 2013).

V súčasnej dobe si nemôžeme klásť za cieľ len zbaviť človeka choroby a usilovať sa o to, aby dosiahol stav fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, ale stále viac musíme pamätať na potrebu optimálneho rozvíjania a využívania všetkých jeho pozitívnych biologických, psychických a sociálnych vlastností a schopností (Bártlová, 2005, s. 24).

Chápanie pojmu choroba je relatívne a subjektívne. Závisí od životného konceptu, obrazu a človeka konkrétnej doby, je teda historicky dané. Choroba je sociálno-kultúrno-náboženský a tiež medicínsko-biologický dynamický proces. Vážnejšie ochorenie prináša so sebou aj otázky zmyslu života. Človek si kladie otázku, prečo sa dostal do situácie, v ktorej musí prehodnotiť celý svoj život a neraz ísť cestou, ktorú by si nikdy sám nevybral. Zaoberá sa mierou svojho zavinenia i tým, či niečo nepremeškal a nezanedbal. Je teda konfrontovaný s otázkou viny, omylu, ľudskej slabosti a nedokonalosti, môže sa zmietať vo výčitkách a nepokoji (Braunsteiner, In: Šoltés, Pullmann, 2008, s. 205-206).

Objektívne hľadisko súvisiace s chorobou je dané lekárom a inými zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí posudzujú príznaky a problémy pacienta, aby na ich základe stanovili diagnózu a následnú terapiu.

Záver

I z vyššie uvedeného je zrejmé, že choroba je úzko previazaná s viacerými morálnymi atribútmi, a to je dôvod, prečo o chorobe neuvažujeme len v antropologickom a biomedicínskom, ale aj etickom kontexte. V neposlednom rade, práve choroba je najčastejšou príčinou, pre ktorú vyhľadáujeme pomoc odborníkov – zdravotníckych pracovníkov a vstupujeme s nimi do neraz veľmi úzkych a až osobných interpersonálnych vzťahov. A mnohokrát je to práve vážny zdravotný problém, ktorý nastaví zrkadlo k posúdeniu toho, čo ešte je a čo už nie je etické v konaní a prístupe zdravotníckych pracovníkov k pacientom.

Raudenská s Javůrkovou (2011, s. 80) zdôrazňujú význam vzťahu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi, ktorý predstavuje vzájomnú, pozitívnu a emočnú väzbu. Predpokladom pre jeho vytvorenie je podporný postoj zo strany zdravotníkov k pacientovi, vzájomná koalícia v riešení problémov a chápanie pacienta ako partnera. Iba vzťah založený na vzájomnej dôvere, autentickosti, trpezlivosti, citlivosti a otvorenosti je predpokladom toho, že pacient môže nájsť odvahu k vyjadreniu emócií a vtieravých myšlienok spojených s ochorením, čo môže pozitívne ovplyvniť jeho zdravotný stav.

Zoznam bibliografických odkazov

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BRAUNSTEINER, G. 2008. Zdravie a choroba. In Šoltés, L. - Pullmann, R. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin : Osveta, 2008, s. 205-208. ISBN 978-80-8063-287-8.
- JAVŮRKOVÁ, A. - RAUDENSKÁ, J. 2011. Etické aspekty lekárskej profese. In Raudenská, J. - Javůrková, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, 2011, s. 119-163. ISBN 978-80-247-223-8.
- KAMENSKÁ, K. Filozofické a etické vymedzenie konceptov zdravia a choroby. [cit.2013.12.01.] Dostupné na internete:
http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Chovanec1/pdf_doc/22.pdf
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ZACHAROVÁ, E., - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZLÁMALOVÁ, V. 2001. Psychológia chorého dieťaťa ako súčasť ošetrovateľstva. In *Revue profesionálnej sestry*, ISSN 1335-1753, 2001, roč. 8, č. 1, s. 12.

Kontakt na autorky

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

tatiana.rapcikova@szu.sk

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

elena.janiczekova@szu.sk

METODY ZAPEWNIENIA JAKOŚCI USŁUG W OPIECE ZDROWOTNEJ

Bogusława Serzysko^{1,2}, Renata Mroczkowska¹, Gabriela Ptaszek³, Lucyna Graf³, Mariola Śleżiona³, Jolanta Borgosz⁴, Bogusława Kupczak - Wiśniowska⁴, Renata Pięta⁵, Beata Podsiadło⁶, Agnieszka Wróbel-Bania⁷

¹Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego W Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego Dąbrowa Górnicza, Wydział Społeczno - Medyczny

³Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁴ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁵Centrum Leczenia Oparzeń Siemianowice Śląskie

⁶Zakład Propedeutyki Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁷Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Streszczenie

Wstęp. Przez ostatnie dziesięciolecia nastąpiło wiele zmian w polskiej Służbie Zdrowia. Restrukturyzacja opieki zdrowotnej, wprowadzenie kontraktów oraz postępująca prywatyzacja szpitali z jednoczesnym coraz lepszym wyposażeniem placówek, postępem wiedzy medycznej i wprowadzaniem nowych technologii, powoduje, że rośnie coraz bardziej zainteresowanie znaczeniem jakości usług medycznych w zakładach ochrony zdrowia. Jednocześnie zmienia się pacjent, rosną jego wymagania i oczekiwania związane z opieką zdrowotną. Wzrost gospodarczy, lepsze warunki życia i pracy, łatwość przemieszczania się po świecie, a także dostęp do wiedzy wraz z rozwojem edukacji zdrowotnej, Internetu i świadomości ludzkiej spowodowały, że pacjent jest zainteresowany profesjonalną usługą, wykonaną w dobrych warunkach lokalowych przez kompetentny o wysokiej kulturze osobistej personel. Pacjent zostaje podmiotem, a nie przedmiotem działań, a jego bezpieczeństwo i zadowolenie z wykonanej usługi staje się głównym celem konkurencyjnych zakładów.

Cel Pracy. Celem pracy jest omówienie, wpływu systemów zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej.

Materiał i metody. Prezentowana praca ma charakter poglądowy. Powstała w oparciu o analizę *przeglądu literatury tematycznej*.

Wnioski. Obecnie jest coraz większe zainteresowanie ze strony środowiska medycznego pojęciem jakości w ochronie zdrowia. Dobry menedżer wie, iż wysoka jakość świadczeń to główny atut, który pozwoli mu na pozyskanie klienta/pacjenta, a co za tym idzie funduszy, które pozwolą korzystnie wpłynąć na rozwój placówki i utrzymanie się jej na rynku. Aby osiągnąć te cele coraz więcej szpitali, poradni, gabinetów lekarskich sięga po opracowane techniki i metody zapewniania i poprawy jakości w opiece zdrowotnej.

Słowa kluczowe: jakość usług, akredytacja, ISO

Wstęp

Jednym z kluczowych celów działalności przedsiębiorstwa jest zwiększenie jego konkurencyjności w ciągle zmieniającym się otoczeniu. Wymaga to jak najlepszej wydajności i efektywności pracy. Z jakością mamy do czynienia, na co dzień często nie zdając sobie z tego sprawy. Termin „jakość” nabrał w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat nowego znaczenia stając się kluczem do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej czyli sukcesu. Stopniowo zaczęto uświadamiać sobie, że myślenie jakościowe może służyć do głębszego i obszerniejszego wykorzystania zasobów w tym możliwości przedsiębiorstwa. Dlatego jakość traktowana jest obecnie, jako jedno z najważniejszych zagadnień w zarządzaniu.

Próby jej zdefiniowania towarzyszą człowiekowi od czasów starożytnych, to jednak mimo to, nie ma wciąż jednej obowiązującej definicji. Przyczyną takiego faktu jest brak możliwości zdefiniowania jej bez odniesienia do badanego obiektu lub otoczenia. Dopóki będzie się ciągle rozwijała technologia, a otoczenie ewoluować, to nie powstanie uznana przez wszystkich definicja jakości. Można jedynie wskazywać i komentować definicje opisujące to pojęcie z różnych punktów widzenia. Pierwsze definicje jakości, pochodzące od starożytnych filozofów greckich, porównywały jakość z doskonałością. Nie stworzono jednak jednej definicji doskonałości, ponieważ posługiwano się określeniem jej dla każdego badanego przedmiotu na podstawie charakterystycznych cech. Samo pojęcie jakości powiązane z doskonałością zostało wprowadzone do filozofii przez Platona, który stwierdził porównując jakość do piękna, że jest ona sądem wartościującym, wyrażonym przez użytkownika. Jeżeli nie ma użytkownika, to nie ma również sądu (Wawak, 2009).

Podejście do zarządzania jakością w Japonii zmieniło poglądy reszty świata na pojęcie jakości. Doskonalenie jakości obecnie często traktowane jest jako działanie powodujące wzrost kosztów. Jest to mylny pogląd, gdyż jakość oznacza między innymi produkcję wyrobów mniej wadliwych przy tych samych nakładach finansowych (Dahlgaard²⁰⁰⁴, s.12).

Natomiast jakość w służbie zdrowia często jeszcze postrzegana jest przez pryzmat najnowszych technologii, nowoczesnego sprzętu medycznego, czy pięknie wyremontowanego budynku, co niejednokrotnie nie gwarantuje wysokiej jakości usług. Poszukujemy skutecznych sposobów jej zapewnienia oraz przenoszenia do codziennej pracy, sprawdzonych na rynku metod i technik.

Kierunek działania w sektorze ochrony zdrowia wyznacza współczesne wymagające i uświadomione społeczeństwo. Monitorowanie potrzeb pacjentów w procesie świadczenia usług medycznych jest podstawą doskonalenia i dążenia do zapewnienia wysokiej jakości usług. Zadowolenie klienta - pacjenta jest ważną zmienną w ocenie jakości oferowanych usług. Wiedza ta dostarcza świadczeniodawcy informację na temat oczekiwań pacjentów i stwarza szansę dążenia do doskonałości. U chorego wzmacnia się poczucie ważności i znaczenia w obrębie całego systemu opieki zdrowotnej. Zainteresowanie najwyższą jakością świadczonych usług powinno być sprawą priorytetową, bowiem jakość usług medycznych ma bezpośrednie przełożenie na zdrowie i życie pacjenta. Poziom jakości usług zdrowotnych to efekt jakości pracy zależny od wszystkich pracowników (Dykowska, 2001,s.7-59).

Zobowiązanie na rzecz jakości wynika ponadto z istoty wykonywanego zawodu, który nakazuje świadczenie możliwie najlepszej usługi i traktowanie klienta - pacjenta jako najwyższej wartości.

Rozwinięcie

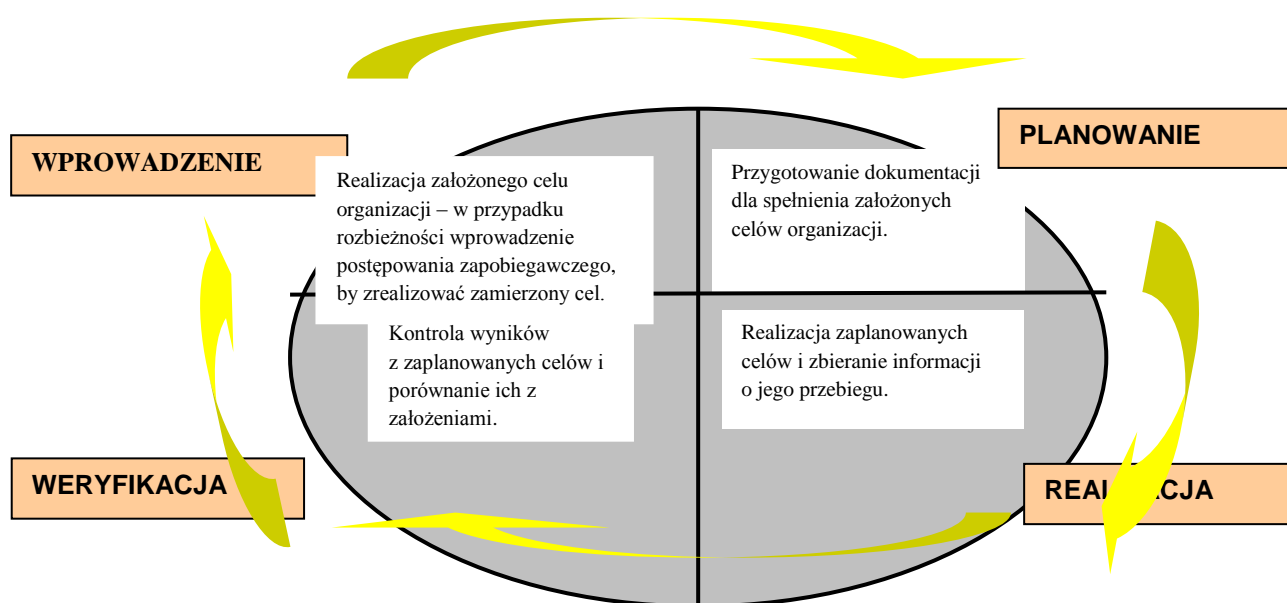
Coraz częściej w literaturze spotyka się, iż kraje wysokorozwinięte opracowują procedury i struktury, które będą zapewniać stały wzrost jakości usług zdrowotnych. Dlatego konieczne jest ciągłe i systematyczne monitorowanie, ocenianie i promocja jakości świadczonych usług przez świadczeniodawców. Podnoszenie jakości usług musi stać się stałym elementem działalności osób, które są odpowiedzialne za ochronę zdrowia.

Deming E.W. jest niewątpliwie jednym z autorytetów koncepcji zapewnienia oraz doskonalenia jakości. Twierdzi, on bowiem, iż „około 80% wszystkich problemów jakości powstaje z winy kierownictwa” (Szczerbińska,¹⁹⁹⁶). Doskonalać system organizacji lub proces świadczenia usługi, osoby zarządzające placówkami zdrowotnymi powinny podejmować decyzje z tym związane wspólnie z pracownikami. Organizacja, która dąży do

wysokiej jakości swoich usług zdrowotnych, powinna mieć jeden cel - niekończące się poprawianie i doskonalenie jakości swoich usług, przez podnoszenie skuteczności i efektywności procesów oraz procedur z zakresu zarządzania jakością. Dodatkowym celem powinno stać się doskonalenie w zapobieganiu wadom. Powyższe aspekty dotyczące doskonalenia lub poprawy mogą być realizowane metodą dynamiczną stosując koło lub cykl jakości Deminga E.W., które pokazuje, że doskonalenie jakości jest procesem ciągłym i nieprzerwanym, prowadzącym do stałej poprawy efektów pracy.

Cykl koła Deminga E.W. znany jest w literaturze, jako „PDCA” i charakteryzuje się następującymi cechami (Dahlgaard, ²⁰⁰⁰):

- ✓ planuj - planowanie dążące do dokonania zmian (Plan- P),
- ✓ realizuj - próba realizacji badań przeprowadzonych na małej próbie (Do- D),
- ✓ oceń - otrzymane wyniki wprowadzonych zmian lub poprawek (Check- C),
- ✓ wprowadź działania korygujące - wprowadzenie wypróbowanych działań naprawczych na dużej grupie (Action- A).



Rycina 1. Cykl PDCA według E.W. Deminga

Źródło: Opracowanie własne. Sposób wprowadzenia zarządzania jakością w placówce zdrowotnej.

Jednocześnie wskazać należy, że każdy z elementów koła Deminga E. W ma własny, wewnętrzny cykl P-D-C-A, który został przedstawiony na poniższej rycinie. Podstawą doskonalenia procesu jakości w organizacji, jest zdobyte doświadczenie, mające odniesienie do procesu sterowania jakością i zapewnienia jakości. Należy mieć na uwadze zawsze fakt, że: „Nie wolno zadowolić się tym, co robimy i spocząć na laurach, lecz nieustannie rozglądać

się za sposobem czy metodą udoskonalenia naszej pracy. Nawet, gdy płyniemy pod prąd w swojej branży” (B.Kuc)

W literaturze o jakości, można spotykać różne formy zarządzania jakością usług zdrowotnych (Systemy Zarządzania Jakością, 2001), a niektóre z nich klasyfikują je na zewnętrzne i wewnętrzne (Shaw, 1997).

Formy wewnętrzne - poprzez wewnętrzne formy zapewnienia jakości, rozumie się wszystkie sposoby i środki, które prowadzą do osiągnięcia odpowiedniej jakości. Powyższe formy są podejmowane wewnątrz szpitala. Na stworzenie dobrej jakości usługi, wpływa każda praca wykonana bez błędów. Zasady tego postępowania są znane i akceptowane przez środowisko medyczne. Stosowane techniki z zakresu zarządzania jakością są i będą w przyszłości typowe w zakładach opieki realizujących usługi medyczne. Obecnie istnieją przy mnogości problemów w sektorze ochrony zdrowia takie zjawiska jak: np. problemy z ochroną danych osobowych i medycznych pacjenta, dyskrecją i intymnością w przeprowadzanych wywiadach z pacjentem. Orientacja na jakość jest związana z orientacją na pacjenta i jego bliskich. Uzyskanie znaczącej poprawy jakości świadczeń zdrowotnych oraz dostępu pacjenta do usługi specjalistycznej, obniżanie kosztów tej grupy oraz systematyczny monitoring satysfakcji pacjenta to działania długofalowe.

Formy zewnętrzne - stosuje się je dla zarządzania jakością usług i służą do nadzorowania zewnętrznego. Pełnią rolę inspirującą dla wewnętrznego systemu poprawy i doskonalenia jakości świadczonych usług. Zewnętrzne instytucje nadzorujące są pomocne w standaryzowaniu zbieranych danych, a także w dostarczaniu dowodu - certyfikatu wiarygodności deklarowanego rodzaju i poziomu świadczeń oraz ich wykonania. Do mechanizmów zewnętrznych zmierzających do zarządzania jakością usług w zakresie ochrony zdrowia zalicza się:

- Akredytację według programu Rady Akredytacyjnej przy Ministerstwie Zdrowia i Polityki Społecznej, realizowanej przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie,
- Certyfikacja według norm ISO serii 9000,
- Program TQM instytucjonalnie wyrażony w Nagrodzie Jakości bazującej na samoocenie systemu zarządzania jakością według EFQM.

Akredytacja, jest sprawdzoną metodą zapewnienia jakości usług zdrowotnych. Idea powstania akredytacji w ochronie zdrowia powstała w Stanach Zjednoczonych. Doświadczenia innych państw w zakresie poprawy jakości w opiece zdrowotnej doprowadziły w Polsce do powołania w Krakowie w 1995 roku na wzór JCAHO - Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Misją procesu akredytacji stała się: „Poprawa

jakości opieki zdrowotnej świadczonej społeczeństwu Polskiemu” (Akredytacja CMJ, 2008). Podstawowymi założeniami procesu akredytacji jest (Murkowski, 1997):

- ❖ **Dobrowolne uczestnictwo** - zgłoszenie chęci ubiegania się o status szpitala akredytowanego, poprzedzone przygotowaniem wniosku i poddanie się przeglądowi dokonywanemu przez wizytatorów.
- ❖ **Oparcie o standardy** - akredytacyjne stanowiące podstawę do oceny szpitala, jest to porównanie funkcjonowania szpitala w oparciu o standardy akredytacyjne.
- ❖ **Cel edukacyjny** – to przeprowadzanie szkoleń wewnątrz oddziałowych i ogólnie – szpitalnych, publikowanie standardów, wydawanie biuletynów.
- ❖ **Autonomiczność** - system akredytacyjny jest niezależny, czyli program akredytacji kieruje się znanymi i jednakowymi zasadami.
- ❖ **Postępowanie zgodne z procedurą** - ocena szpitala dokonywana jest zgodnie z wypracowaną wcześniej procedurą.
- ❖ **Jawność i równość zasad oceniania i podejmowania decyzji** - dla wszystkich szpitali w Polsce określono jednakowe zasady oceniania i podejmowania decyzji.

Zalety i korzyści, które wynikają z akredytacji można rozpatrywać na różnych płaszczyznach. Jednak podstawową rolę będzie zawsze odgrywać pacjent. Zyskuje on najwięcej, otrzymując w efekcie lepszą opiekę i świadczenia. Funkcjonowanie placówki ochrony zdrowia powinno być nastawione na maksymalne wykorzystanie środków, którymi dysponuje dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa swojego rejonu. Zakład opieki zdrowotnej - szpital uzyskując akredytację informuje, iż dobrze funkcjonuje i realizuje oczekiwania stawiane przez pacjentów.

Korzyści nie ograniczają się tylko do pacjenta, również odnoszą się również do usprawnienia funkcjonowania szpitala. Niezależnie od form i sposobu finansowania szpitala, placówka zawsze będzie miała możliwość poprawy działania usług zdrowotnych oraz będzie uzyskiwała inne często niewymierne korzyści. Do pozytywnych zjawisk - korzyści można zaliczyć:

- Stymulacja poprawy jakości opieki nad pacjentem,
- Zwiększenie zaufania społecznego do szpitala,
- Poprawa strategii marketingu,
- Zwiększenie dostępności do opieki,
- Popularyzacja dobrych wzorców organizacyjnych,
- Redukcja kosztów - zwiększenie efektywności,

- Sprzyjanie konkurencyjności szpitala,
- Rozwijanie inicjatyw wewnątrzszpitalnych na rzecz jakości.

Coraz częściej wysoka jakość usług zdrowotnych w każdym obszarze większego lub mniejszego otoczenia konkurencyjnego, ma istotny wpływ i decyduje o powodzeniu instytucji.

Akredytacja, to zewnętrzna ocena jakości, która dotyczy jednostki zdrowotnej, dobrowolnie poddającej się takiej ocenie, opartej o ustalone, jawne standardy akredytacyjne (Akredytacja szpitali w Polsce, 1998). Jest to pewien rodzaj stymulatora wewnętrznych działań, przyczyniających się do polepszenia oraz usprawnienia placówki zdrowotnej. Akredytacja pozwala placówce zdrowotnej na zgromadzenie danych, które dotyczą poszczególnych jej obszarów oraz zakresów działania. Wyciągnięte wnioski z przeprowadzonego procesu akredytacyjnego, pozwalają na podjęcie działań zapewniających, jak najwyższą jakość usług zdrowotnych przy minimalnych jej kosztach.

System akredytacyjny, został wprowadzony wraz zadekretowaniem w polskim prawie nowelizacji ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z listopada 1997 roku. Od momentu wprowadzenia możliwości akredytacji jednostek medycznych, rośnie zainteresowanie tym zagadnieniem ze strony dyrektorów i menedżerów placówek zdrowotnych (Raport Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE, 2002). Według stanu na dzień 15 marca 2003 r. certyfikat akredytacyjny otrzymało 56 szpitali, co stanowiło około 5% wszystkich szpitali w Polsce, a warunkową akredytację - 3 placówki. W 2010 roku liczba przyznanych akredytacji wynosiła 90, warunkowych 1, a liczba przyznanych akredytacji (CMJ, 2015) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - 24. Obecnie na stan 12.08.2015 liczba szpitali z akredytacją wynosi 203 i tylko jedna placówka POZ (tab.1) i ma tendencje wzrostowe.

Tabela 1. Liczba uzyskanych certyfikatów akredytacyjnych w Polsce przez zakłady opieki zdrowotnej

ROK	2002	2003	2007	2009	2010	2013	2015
Akredytacja pełna	41	50	56	76	90	127	203
Akredytacja warunkowa	10	3	1	1	1	bd	bd
ZOZ	bd	bd	6	27	24	bd	1

Źródło: Opracowanie własne.

Uwidacznia się, zatem poprawa w zakresie oferowanych świadczeń usług zdrowotnych, przez podmioty, które je oferują. Jednak wiele placówek zdrowotnych podchodzi niechętnie

do akredytacji, ponieważ wiąże się to z poniesieniem wielu wydatków w celu spełnienia standardów akredytacyjnych np. na zakup r.sprzętu lub jego renowację, remont placówki, itp. Program Akredytacji Szpitali (Ustawa z dnia 6 listopada 2008) został podzielony na 15 działów (Przewodnik po procesie wizytacji, 2009). Standardy zostały sformułowane w postaci krótkich zdań, które określają stan, jaki powinna osiągnąć placówka medyczna w określonej dziedzinie. Każdemu standardowi towarzyszy opis założeń oraz sposób, w jaki dokonywana jest ocena oraz punktowanie. Standardy oceny podlegają okresowej modyfikacji, mają one charakter standardów optymalnych, czyli o relatywnie wysokim poziomie wymogów.

Sam proces zabiegania jednostki medycznej o certyfikat składa się z kilku etapów:

- ✓ **Etap wstępny** - pierwszym ważnym działaniem podjętym przez szpital jest chęć i zainteresowanie uzyskaniem akredytacji oraz podjęcie decyzji o zgłoszeniu szpitala do procesu akredytacji.
- ✓ **Etap przygotowawczy** - jest to ocena stanu wyjściowego jednostki medycznej, przegląd dokumentacji i standardów oraz wdrożenie programu dostosowawczego.
- ✓ **Etap akredytacji właściwej** – to decyzja o przyznaniu lub odmowie akredytacji, jest podejmowana przez Radę Akredytacyjną, na podstawie raportu, który jest sporządzony przez wizytatorów.

Zazwyczaj raport zawiera wyszczególnienie niespełnionych standardów wraz z uzasadnieniem punktacji, oraz propozycję decyzji akredytacyjnej. Istnieją trzy możliwości decyzji:

- ❖ **Akredytacja pełna** - przyznawana jest placówce, gdy spełnia, co najmniej (75% do 100%) wymogów standardów. Placówka zdrowotna otrzymuje status jednostki akredytacyjnej na 3 lata.
- ❖ **Akredytacja warunkowa** - przyznawana jest placówce, która nie uzyskała wystarczającej zgodności w spełnieniu standardów w określonym obszarze (70% do 74%). Placówka zdrowotna otrzymuje status jednostki akredytacyjnej na okres 1 roku, jednocześnie Rada Akredytacyjna wyznacza termin usunięcia niedociągnięć.
- ❖ **Odmowa akredytacji** - przyznawana jest placówce zdrowotnej (poniżej 70%) wymogów standardów lub gdy placówka nie wykazała poprawy po okresie akredytacji warunkowej.

Obecnie uzyskanie akredytacji świadczy o osiągnięciu wysokiej pozycji na konkurencyjnym rynku usług medycznych. Nadal kwestia poprawy, jakości staje się najważniejszym aspektem w rywalizacji o pacjenta. To pacjent jest najważniejszym czynnikiem istnienia placówki ochrony zdrowia. Jakość swoich usług placówka zdrowotna powinna ciągle doskonalić i poprawiać poprzez: podejście systemowe do zarządzania oraz

ciągle jego doskonalenie, utrzymywanie stałych kontaktów z pacjentem. Powinna umieć dokładnie ocenić czego naprawdę oczekuje pacjent, a nie, co zamierza mu zaoferować. Osoby zarządzające placówkami zdrowotnymi powinny wiedzieć, iż dobra jakość polega nie tylko na nieustannym doskonaleniu, ale również na stałym i konsekwentnym poszukiwaniu poprawy jakości obsługi pacjenta (Opolski,).

Podsumowując, wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, akredytacja jest najszerzej sprawdzoną na świecie i najskuteczniejszą metodą. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej, określonego typu np. szpitali, leczenia otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądaných efektów. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągnięcia poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, iż pojedyncza placówka, taka jak szpital czy przychodnia, ma możliwość dokonania samooceny przez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są przyjęte explicite standardy akredytacyjne.

System jakości według normy ISO 9001-2000. Od kilku lat w Polsce obserwuje się wzrost zainteresowania systemem ISO. Coraz głośniej można usłyszeć o tym drugim zewnętrznym mechanizmie zarządzania jakością, który można stosować w sektorze usług zdrowotnych. Seria norm ISO została wydana, przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną, która ustaliła terminologię związaną z zarządzaniem jakością, opisującą kilka różnych modeli systemów zapewnienia jakości, podając warunki, które te modele powinny spełnić oraz wytyczne dotyczące zarządzania jakością i elementów systemu jakości (Nierzwicki, 1999).

ISO stosowane jest obecnie w większości krajów Unii Europejskiej, a jej celem jest promowanie i tworzenie międzynarodowych standardów w różnych dziedzinach działalności naukowej, technicznej i ekonomicznej. Jest dziś najbardziej znaną normą i najczęściej pojawiającą się organizacją w reklamach produktów i usług. Tworzy ona wytyczne dotyczące kształtu całego systemu zapewnienia jakości, a także efektywnie działający system zarządzania jakościowego w przedsiębiorstwach. Przedstawia kryteria wymogów, jakie przed nimi są stawiane.

Norma ISO jest jednym z narzędzi zarządzania, który może służyć doskonaleniu określonego obszaru organizacji lub jego części (Sankowski, 2001, s.15). Normy ISO 9000

nie są normami dotyczącymi wyrobów, lecz odnoszą się do sposobu zarządzania. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości, oraz stanowią pomoc dla organizacji przy tworzeniu systemu jakości.

Normy serii ISO 9000 są ciągle doskonalone i uzupełniane tak, aby odpowiadały aktualnemu poziomowi wiedzy o zarządzaniu jakością, oraz poziomie nowoczesnej techniki. W 2000 roku nastąpiła aktualizacja norm ISO. Tytuł normy ISO „Systemy, jakości. Model zapewnienia jakości w projektowaniu, pracach rozwojowych, produkcji, instalowaniu i serwisie”, został zastąpiony nowym: „Systemy zarządzania jakością - wymagania”.

Przedmiotem wymagań powyższego systemu zarządzania jakością, który został przedstawiony w nowym wydaniu normy, jest nie tylko zapewnienie jakości produktu czy usługi, ale wykazanie zdolności organizacji dla osiągnięcia zadowolenia klienta. Nowością jest zmieniona struktura, która nie została podzielona na 20 punktów, jak poprzednia, lecz opiera się na działaniu procesowym w zarządzaniu jakością w organizacji. Jakość świadczonych usług zdrowotnych dla większości kierownictwa ZOZ staje się zagadnieniem zasadniczym, ponieważ wpływa ona na przebieg i skuteczność leczenia, bezpieczeństwo pacjentów, stopień ich zadowolenia z pobytu w szpitalu. Dla zwiększenia wiarygodności swojej placówki w kontaktach z pacjentami, personelem, płatnikiem, dostawcami, organem założycielskim i wśród społeczności lokalnej zazwyczaj podejmuje się decyzje o wdrożeniu systemu zarządzania, jakością zgodnie z wymogami normy PN-EN ISO 9001:2008. Norma ISO 9001:2008 w Polsce (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna²⁰⁰⁸) została ona wydana przez Polski Komitet Normalizacyjny jako PN-EN ISO 9001:2009.

Norma ISO 9001: 2008 składa się z ośmiu rozdziałów, opisuje i prezentuje modelowy proces zarządzania, jakością. Przedstawia ona wymagania, które organizacja musi spełnić, by otrzymać certyfikat. Ciągłe i systematyczne identyfikowanie procesów stosowanych w organizacji oraz zarządzanie nimi i wzajemne powiązania między procesami określa się mianem podejścia procesowego. Przykładem na podejście procesowe może być np. opieka prowadzona nad pacjentem, która traktowana jest, jako praca zespołowa, obejmująca kompleksową usługę medyczną, począwszy od przyjęcia pacjenta do szpitala poprzez proces diagnostyczny, terapeutyczny, rehabilitacyjny, a kończąc na wypisie do domu (CMJ, 2008).

Wdrożenie systemu ISO do placówki zdrowotnej wymaga nie tylko zabiegów organizacyjnych, ale przede wszystkim zmiany w podejściu do problemu jakości, wszystkich pracowników. Treść normy ISO składa się z cztery głównych procesów:

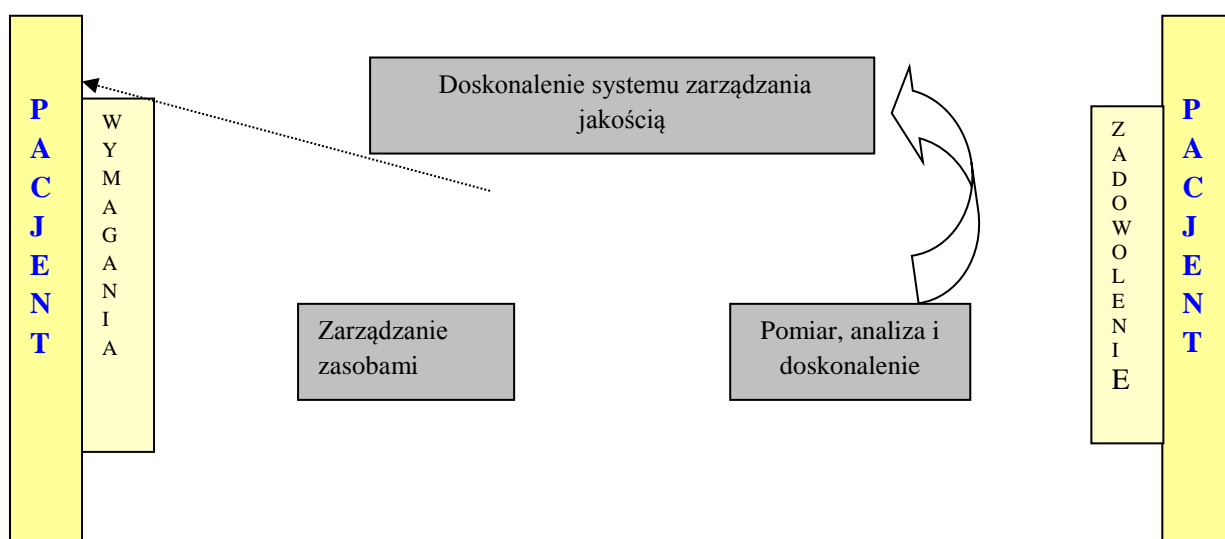
- **Odpowiedzialność kierownictwa** (polityka i cele jakości, organizacja, system i kontrola)
 - proces ten mówi, iż najwyższe kierownictwo, które jest odpowiedzialne za zarządzanie

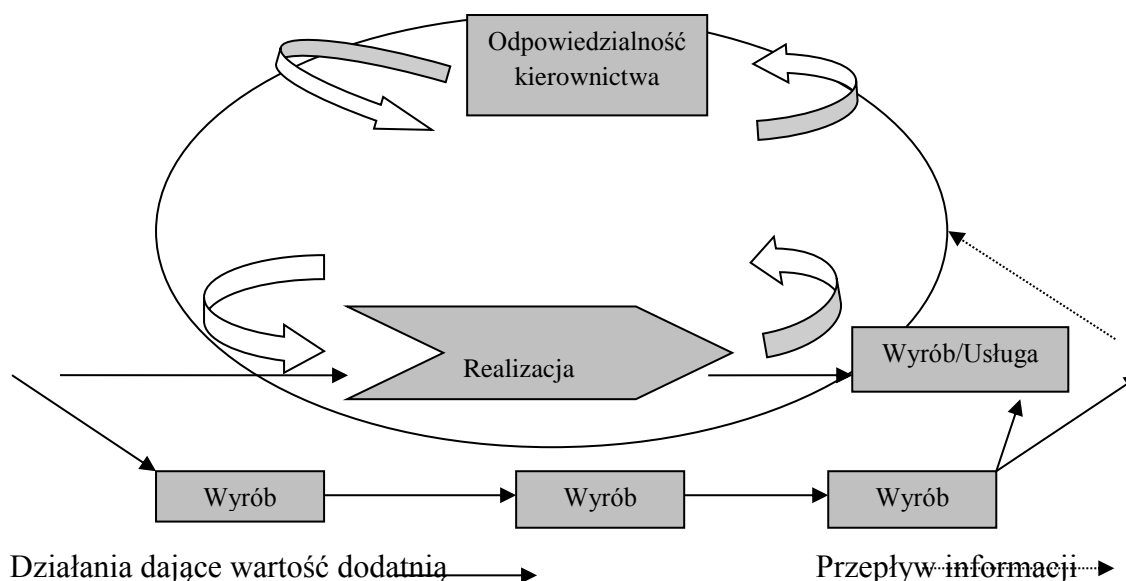
systemem jakości, musi znać wymagania klientów na strategicznym poziomie i być zaangażowane w ich spełnianie.

- **Zarządzanie zasobami** (kwalifikacje pracowników, szkolenia, środowisko pracy oraz sterowanie informacjami) - proces ten omawia wymagania, jakie dotyczą kwalifikacji potrzebnych pracownikom do realizacji tego procesu.
- **Zarządzanie procesem** (procesy związane z klientem, projektowaniem i prace rozwojowe, zakupy, działalność produkcyjna i usługowa, nadzorowanie urządzeń pomiarowych i kontrolnych) - proces ten wskazuje na konieczność planowania wszystkich działań, na przeglądzie ich realizacji, nadzorowaniu zakupów wszystkich wyrobów i usług mających wpływ na poprawność funkcjonowania procesów.
- **Pomiary, analiza i doskonalenie** (pomiaru systemu i zadowolenia klienta, audyt, kontrola procesów, nadzorowanie niezgodności, analiza danych w celu udoskonalenia).

Pomiary zadowolenia pacjenta oraz zadowolenie innych właściwych zainteresowanych stron, wykorzystywane są, jako informacja zwrotna, służąca ocenie czy sprecyzowane na podstawie danych wyjściowych wymagania klienta zostały spełnione, co ilustruje rycina 2.

Dane wejściowe związane są z wymogami dotyczącymi usługi. Wymagania te zazwyczaj są kompletne, jednoznaczne i wzajemnie niesprzeczne. To pacjenci i klienci wewnętrzni organizacji odgrywają w danych wejściowych największą rolę. Monitorowanie zadowolenia klienta wymaga oceny informacji dotyczącej percepcji pacjenta, i jest informacją zwrotną służącą ocenie i walidacji, co do tego czy organizacja spełnia wymagania pacjenta na podstawie danych wejściowych, które zostały założone.





Rycina 2. Wpływ procesu na system zarządzania jakością

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o normę ISO

Dane wejściowe do przeglądu przygotowywane są w trakcie zebrania zespołu ds. sterowania jakością, zazwyczaj opracowywane są w formie sprawozdania zawierającego opis bieżącego stanu funkcjonowania i doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania jakością.

Dane wyjściowe powinny spełniać wymagania, które zostały określone w danych wejściowych, zapewniać informacje dotyczące usługi oraz wyszczególniać właściwości usługi. Powyższy przedstawiony model obejmuje wszystkie wymagania normy ISO, ale nie przedstawia procesów w sposób szczegółowy.

Dane wyjściowe obejmują wszelkie decyzje i działania **związane z doskonaleniem skuteczności** usługi i wyrobów w powiązaniu z wymaganiami i oczekiwaniami klienta. Ponadto dane wyjściowe spełniają wymagania zawarte w danych wejściowych dostarczają odpowiednich informacji o realizacji usługi i metodach leczenia.

Proces wdrożenia systemu zarządzania jakością - ISO w ZOZ odbywa się w następujący sposób:

- **ustala się cele wdrożeniowe** - politykę jakości i cele z niej wynikające,
- **identyfikuje się klientów** - ustala się, kto jest głównym klientem lub klientami ZOZ,
- **identyfikuje się procesy** - ustala się wszystkie procesy, które dotyczą realizacji usługi dla wcześniej zidentyfikowanych klientów,

- **realizacja usługi** - określa się sposób realizacji usługi z uwzględnieniem wszystkich elementów procesów w tym i wyposażenia,
- **proces doskonalenia** - zatwierdza się procesy zachodzące w placówce zdrowotnej oraz procedury, które mają służyć doskonaleniu tych procesów.

Prace wdrożeniowe systemu jakości opartego o normy ISO 9000 przebiegają w trzech etapach (Karaszewski, 2001, s.226):

➤ **Etap pierwszy - prace przygotowawcze**

Faza I: odbywa się szkolenie kierownictwa i pracowników odpowiedzialnych za opracowanie dokumentacji systemu jakości, szkolenie audytorów wewnętrznych,

Faza II: weryfikacja systemu organizacji placówki, następuje wstępne określenie procedur i instrukcji całego systemu jakości, opracowuje się harmonogram prac zawierający zakres czasowy realizacji zadań.

Faza III: następuje opracowanie polityki jakościowej, weryfikacja struktury organizacyjnej, przydział zakresu odpowiedzialności dla poszczególnych pracowników, opracowanie dokumentacji systemu jakości: księga jakości, procedury, instrukcje.

➤ **Etap drugi - prace wdrożeniowe:**

Faza I: przeprowadza się szkolenia z zakresu przebiegu procesu wdrażania wytycznych normy, oraz poszczególnych elementów opisanych w dokumentacji,

Faza II: wprowadza się wewnętrzne audyty systemu jakości, podejmuje się działania korygujące, dokonuje się przeglądu systemu jakości przez kierownictwo,

Faza III: ustala się obszary kluczowe dla jakości, w oparciu o przeprowadzoną analizę, wprowadza się wdrożenie metod ciągłego usprawniania jakości.

➤ **Etap trzeci - proces certyfikacji:**

Faza I: gotowość certyfikacyjna. Organizacja po przeprowadzeniu całościowego przeglądu systemu i uzyskaniu przez nią pozytywnego wyniku może mówić o tzw. Gotowości certyfikacyjnej, która oznacza, dla organizacji, iż spełnia ona wszystkie wymagania wynikające z przyjętych norm.

Faza II: następuje zawarcie umowy, audyt certyfikujący i nadanie certyfikatu. Jednostka certyfikująca, która nadaje certyfikat jest zazwyczaj jednostką liczącą się na rynku.

Faza III: **audyty kontrolne** odbywają się raz na 6-12 miesięcy. Stanowią potwierdzenie dla organizacji, iż jej system jakości jest utrzymywany i ciągle doskonalony. *Audyty wznawiające* są przeprowadzane po upływie 2-3 lat w zależności, na jaki okres został wydany certyfikat przez jednostkę certyfikującą.

ISO jest najpopularniejszym systemem zarządzania jakością (Jabłoński, 2002). Prawidłowo stworzony, opracowany i wdrożony system jest idealnym narzędziem, które może posłużyć do efektywnego zarządzania placówką medyczną. Przykładem na wdrożenie ZSZJ może być Warszawski Szpital Bielański, który w 2007 roku przeznaczył na ten cel 180 tys. zł. Szacunkowe przewidywane w tym okresie wpływy wynikające z wdrożenia ZSZ to około 0,5 mln zł (Zintegrowany System, 2007, s.17).

Zasadnicze korzyści, które daje wprowadzanie systemu ISO to:

- zapewnienie gwarancji wzrostu efektywności i profesjonalizmu w zakresie obsługi pacjenta,
- zadowolenie – satysfakcja pacjenta,
- poprawa warunków pracy personelu zakładu opieki zdrowotnej,
- wzrost prestiżu firmy wśród biskiego i dalszego otoczenia,
- stworzenie uporządkowanego jednolitego systemu obowiązującego w całej organizacji.

Normy ISO stwarzają okazje do opracowania nowego sposobu zarządzania placówką zdrowotną nastawioną na efektywność, zadowolenie pacjentów i ciągłe podnoszenie jakości świadczonych usług. Oznacza to, że jakość powinna być przestrzegana nie tylko w czasie realizacji wszystkich działań na wymienionych etapach życia wyrobu lub usługi, ale pozostawia na to trwałe dowody w postaci zapisów. Jakość dotyczy wyrobu zgodnego z wymaganiami, gwarantując zadowolenie klienta, natomiast zapewnienie jakości dotyczy firmy, w której wszystkie procesy przebiegają bez zakłóceń, w konsekwencji uzyskuje się usługi do których klient ma pełne zaufanie - teraz i w przyszłości (Wojciechowski, 2000, s.15).

Podsumowując, jakość można zdefiniować jako spełnienie wymagań i oczekiwań każdego klienta, wewnętrznego i zewnętrznego, który bierze udział w procesie. Według definicji CMJ dobra jakość w opiece zdrowotnej, to zdolność osiągnięcia największych realnych korzyści w wyniku sprawowanej opieki, zgodna z oczekiwaniami profesjonalistów, pojedynczych pacjentów oraz całej społeczności. To zysk jaki odnosi pacjent (CMJ, 2001). W jakości tej istotne są także dwa składniki: koszty związane z wdrożeniem projektu (koszty zapobiegania i oceny, zgodności i niezgodności, nieodpowiedniej jakości) oraz zewnętrzne regulacje prawne związane z finansowaniem świadczeń medycznych (Wawak, 2000, s. 255-264). Korzyści uzyskane z wdrożenia systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001:2000 są zbliżone do wskazywanych przy uzyskaniu akredytacji. Tutaj jednak większy nacisk kładzie się na (Majczak, 2010, s.17-18):

- poprawę organizacji pracy, wzrost poczucia bezpieczeństwa pracowników,
- lepszy przepływ informacji pionowej i poziomej, większą dyscyplinę przy prowadzeniu dokumentacji systemowej,
- czytelny podział pracy, obowiązków i uprawnień a także odpowiedzialności,
- poprawę wydajności, lepszą efektywność pracy w oparciu o jasne i powtarzalne standardy, co sprzyja podejmowaniu decyzji na każdym szczeblu zarządzania,
- stałe monitorowanie systemu, audyty wewnętrzne i zewnętrzne sprzyjają utrzymaniu wysokiej jakości świadczeń i pozyskaniu klienta,
- posiadanie certyfikatu ISO jest doskonałym elementem marketingu i konkurencyjności jednostki na rynku usług medycznych.

Wnioski

1. Na podstawie dostępnej literatury dotyczącej wdrażania norm jakości należy zauważyć, że już w starożytności zainteresowano się tematem jakości. Dynamiczny rozwój techniki przyczynił się do wytwarzania produktów wysokiej jakości, a naukowe podejście do tego tematu pozwoliło na stwierdzenie, że wysoka jakość jest podstawą rozwoju w świecie konkurencji.

2. Przemiany zachodzące w zakresie usług zdrowotnych doprowadziły do zastosowania norm jakości w ochronie zdrowia jako wyznacznika świadczonych usług, które są monitorowane poprzez badania satysfakcji pacjenta. Takie działanie mobilizuje świadczeniodawców do podnoszenia jakości usługi medycznej.

3. Na całym świecie systemy opieki zdrowotnej poszukują skutecznych sposobów zapewnienia wysokiego poziomu oferowanych usług, prawa rynku powodują, że jednostki ochrony zdrowia wdrażają zarządzanie przez jakość widząc w tym szansę na wzrost swojej konkurencyjności i wiarygodności.

Podstawowym elementem jest pozyskanie zespołu osób, który w danej jednostce rozpocznie proces podnoszenia jakości, uzyskanie wsparcia kierownictwa i oparcia finansowego.

4. Podmioty działalności leczniczej w tym szpitale muszą wraz z całym zespołem podejmować wspólne działania na rzecz poprawy jakości, które są możliwe i nieuniknione. Wiele szpitali od lat je prowadzi, przechodząc pomyślnie przez akredytację, certyfikację lub prowadząc własny, wewnętrzny proces. Pozostałe, aby pozostać na rynku będą musiały podjąć starania o wzrost bezpieczeństwa i jakości świadczeń, skierować działania na pacjenta, jego zadowolenie i wdrożyć system zarządzania jakością. *Jakość nigdy nie jest dziełem przypadku, zawsze jest wynikiem wysiłku człowieka J.Ruskin.*

Piśmiennictwo

1. Akredytacja szpitali w Polsce. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków 2008
2. Akredytacja szpitali w Polsce 18-22 marca, 1996 r. Kraków. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków 1998, s.4
3. Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., Podstawy zarządzania jakością, PWN, Warszawa 2004, s.12.
4. Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., Podstawy zarządzania jakością. PWN, Warszawa 2000, s.86 01, s.7 - 59.
5. Dykowska G., Opolski J., Jakość świadczeń zdrowotnych. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa, 20
6. Jabłoński A., Rączka M., Kowalczyk J., Srebro B., Wawak S., Zbuduj swój system zarządzania jakością – poradnik wdrażania norm ISO 9001 i 14001. Wyd. Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2002
7. Karaszewski R., TQM – teoria i praktyka. Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2001, s.226
8. Majczak. M., Zarządzanie z certyfikatem [w:] Med.-info Nr 10 Październik 2010 s.17,18
9. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) opublikowała z datą 15 listopada 2008 r. normę ISO 9001:2008 *Quality management systems - Requirements*, która zastępuje ISO 9001:2000
10. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Warszawa 1997, s.35
11. Nierzwicki J.W. (red.), Zarządzanie jakością. Wybrane zagadnienia. Wydawniczy Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp.z o.o., Gdańsk 1999, s.11
12. Opolski K., Szyborska E., Strefy Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia, "Antidotum" 1997, (9), s.99
13. Praca zbiorowa. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Raport Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE 2002, nr 53 www. Centrum Monitorowania Jakości
14. Program Akredytacji Szpitali. Zestaw standardów. Przewodnik po procesie wizytacji. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków 2008

15. Poprawa jakości - Warsztaty dla Zespołów Zapewnienia Jakości. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Zespół Programów Jakości Kraków 2001 s.7
16. Sankowski R., ISO, jako narzędzie zarządzania, Problemy Jakości, Marzec 2001, s.15
17. Shaw C., Zewnętrzne mechanizmy poprawy jakości, II Ogólnopolska Konferencja nt.: Jakość w Opiece Zdrowotnej, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków 1997
18. Systemy zarządzania, jakością. Wymagania. PN-EN ISO 9001. PKN, Warszawa 2001, s.9
19. Szczerbińska K., Poprawa jakości usług jakości. Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia, Biblioteka Menadżera Opieki Zdrowotnej, Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s 34
20. Program akredytacji szpitali. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków 200
21. *H.Wojciechowski, ISO w praktyce. Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr sp. z o.o., Gdańsk 2000, s.15*
22. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia Dz. U. 09.52.418 z późn. zm.
23. <http://www.wawak.pl/pl/content/definicja-jakosci-przeglad>
24. Wawak T., Koszty i korzyści wdrażania projektów poprawy jakości w służbie zdrowia, [w:] Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 12-14 kwietnia 2000 str. 255-264
25. Zintegrowany system zarządzania w Szpitalu Bielański. Pismo lekarzy menadżerów. Medio – info, luty 2007, nr 2, s.17

Bogusława Serzysko
SCCS Zabrze 41-800
ul. M. C. Skłodowskiej 9
mail: bogusia.serzysko@poczta.fm

WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY – ŚWIADOMOŚĆ CHORYCH, ODNOŚNIE MOŻLIWOŚCI ICH PRZENIESIENIA

Mariola Śleziona

Doktorantka Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach MEGREZ Sp. z o.o.

Streszczenie

Wstęp

Zakażenie wirusem HBV dotyczy prawie 2 mld ludzi na całym świecie. Ponad 400 mln z nich jest chorych przewlekle. Około 1 mln ludzi rocznie umiera z powodu chorób wywołanych przez HBV. Wirusem HCV zakażonych jest około 300 mln ludzi. W Polsce 1,5% populacji (600 – 700 tys. osób).

Cel pracy

Celem pracy była analiza znajomości zasad profilaktyki WZW wśród pacjentów Oddziału Chorób Zakaźnych w Tychach.

Material i metoda

Badania przeprowadzono w okresie od 1 lipca do 30 listopada 2012 roku. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów Oddziału Zakaźnego w Tychach w wieku od 18 do powyżej 70 lat, w tym 54 kobiety i 46 mężczyzn. Narzędziem służącym do przeprowadzenia badania autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania zamknięte, półotwarte, otwarte, macierzowe oraz kontrolne.

Wyniki

Najwięcej, bo aż 78% ankietowanych zakwalifikowało WZW do chorób zakaźnych. Ponad połowa badanych (64%) uznała ciemny mocz, odbarwiony stolec i żółtaczkę jako najbardziej charakterystyczne objawy WZW. Co czwarty badany był zdania, że szczepić się można również przeciw wirusowi HCV. Odsetek 72% badanych uznał za najczęstszą możliwość emisji wirusa HBV drogę wszczepienną.

Wnioski

- Świadomość chorych dotycząca WZW była niezadowalająca, a znajomość zasad profilaktyki słaba.

- Największy deficyt wiedzy dotyczył dróg emisji wirusów wywołujących WZW, sytuacji zwiększających ryzyko zakażenia oraz szczepień ochronnych przeciwko WZW.
- Istnieje potrzeba zwiększenia działań edukacyjnych na temat WZW kierowanych do całego społeczeństwa.
- Należy położyć większy nacisk na działania systemowe.

Wstęp

Zdrowie jest dobrem, o które człowiek powinien zabiegać z największą starannością. Choroby zakaźne (w tym WZW), stanowią prawdziwe wyzwanie dla światowej ochrony zdrowia. Na świecie jest już zakażonych wirusem HCV około 300 mln ludzi. W Polsce 1,5% populacji (600 – 700 tys. osób) uległo zakażeniu wirusami wywołującymi WZW [Muszyńska A, Pokorna-Kaławak D, Steciwko A, 2010; Cianciara J. 2003] Wyzwanie dla światowego zdrowia stanowi również zapadalność na WZW typu B. Zakażenie wirusem HBV dotyczy prawie 2 mld ludzi na całym świecie. Ponad 400 mln z nich jest chorych przewlekle. Około 1 mln ludzi rocznie umiera z powodu chorób wywołanych przez HBV [Bronowicz A., 2008]. Zatem niezwykle istotne jest badanie poziomu wiedzy Polaków (różnych grup społecznych), na temat WZW. Pozwoli to na rozpoznania skali potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej Polaków. Od stopnia uświadomienia społecznego w zakresie WZW zależeć będzie, czy „cicha epidemia” jak określana jest ta choroba w przyszłości zostanie opanowana, czy będzie zbierać swoje żniwo. Dlatego tak istotne jest propagowanie wiedzy z zakresu profilaktyki swoistej i nieswoistej przed wirusami hepatotropowymi. Wyróżnia się cztery poziomy profilaktyki:

- PROFILAKTYKĘ WCZESNĄ – jest to promowanie zdrowego stylu życia, utrwalanie zachowań zdrowotnych i preferowanie działań, mających utrzymać człowieka w jak najlepszym zdrowiu.
- PROFILAKTYKĘ PIERWOTNĄ – to działania zmierzające do kontrolowania przyczyn i czynników ryzyka, mogących doprowadzić do rozwoju choroby.
- PROFILAKTYKĘ WTÓRNĄ – to działania zmierzające to wczesnego wykrycia choroby, leczenia jej i zapobiegania konsekwencjom jej rozwoju.
- PRFOFILAKTYKĘ TRZECIEJ FAZY(III-RZĘDOWA) – to działania sprzyjające zahamowaniu postępu choroby i ograniczeniu jej powikłań

Zapobieganie wirusowym zapaleniom wątroby, aby było skuteczne musi przebiegać wielotorowo. Dotyczy to metod profilaktyki nieswoistej oraz w niektórych typach zapaleń profilaktyki swoistej i szeroko rozumianej edukacji: jednostki (pacjenta), środowiska (medycznego, szkolnego, itp.), społeczeństwa (edukacja regionalna, ogólnokrajowa). Wszystkie sposoby profilaktyki stanowią integralną część opracowywanych wciąż nowych programów mających na celu zapobieganie i ograniczenie emisji wirusów hepatotropowych. Zatem bardzo istotne jest monitorowanie różnych grup społecznych, pod kątem świadomości zagrożeń rozprzestrzeniania się WZW, i wiedzy dotyczącej sposobów ochrony przed infekcją tymi wirusami [Karski J. B., 2003., Wojtczak A., 2009].

Cel pracy

Celem pracy była analiza znajomości zasad profilaktyki i wirusów wywołujących WZW wśród pacjentów Oddziału Chorób Zakaźnych w Tychach.

Material i metoda

Badania przeprowadzono w okresie od 1 lipca do 30 listopada 2012 roku. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów Oddziału Zakaźnego w Tychach w wieku od 18 do powyżej 70 lat, w tym 54 kobiety i 46 mężczyzn. Narzędziem służącym do przeprowadzenia badania autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania zamknięte, półotwarte, otwarte, macierzowe oraz kontrolne

Wyniki

TABELA I. Charakterystyka socjodemograficzna pacjentów Oddziału Zakaźnego Szpitala Wojewódzkiego w Tychach.

ZMIENNA	KATEGORIA	LICZBA I ODSETEK OSÓB, KTÓRE ZETKĘŁY SIĘ Z INFORMACJAMI O WZW	LICZBA I ODSETEK OSÓB, KTÓRE NIE ZETKĘŁY SIĘ Z INFORMACJAMI O WZW
PŁEĆ	Kobiety	54 (54%)	8 (8%)
	Mężczyźni	46 (46%)	10 (10%)
WIEK	Do 25 lat	14 (14%)	3 (3%)
	Od 26-50 lat	42 (42%)	3 (3%)
	Od 51-70 lat	39 (39%)	7 (7%)
	Powyżej 70 lat	5 (5%)	5 (5%)
	Podstawowe	5 (5%)	3 (3%)
	Gimnazjalne	1 (1%)	0 (0%)

WYKSZTAŁCENIE	Zawodowe	30 (30%)	6 (6%)
	Średnie	45 (45%)	9 (9%)
	Wyższe	19 (19%)	0 (0%)
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Wieś	21 (21%)	9 (9%)
	Miasto (do 20 tys. mieszkańców)	17 (17%)	1 (1%)
	Miasto (do 50 tys. mieszkańców)	16 (16%)	3 (3%)
	Miasto (do 100 tys. mieszkańców)	18 (18%)	0 (0%)
	Miasto (do 200 tys. mieszkańców)	23 (23%)	5 (5%)
	Miasto (powyżej 200 tys. mieszkańców)	5 (5%)	0 (0%)

Badaniem objęto 100 chorych hospitalizowanych w Oddziale Chorób Zakaźnych Szpitala Wojewódzkiego w Tychach. Wśród ankietowanych były kobiety (54%) oraz mężczyźni (46%). Grupę ankietowanych, którzy nigdy nie zetknęli się z informacjami na temat WZW stanowiło 18%, w tym 8% kobiet i 10% mężczyzn. Najwięcej chorych było w wieku od 26-50 lat (42%), zaś najmniej – powyżej 70 lat (5%). Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem zawodowym (30%). Większość badanych zamieszkiwała średnie lub duże miasta aglomeracji górnośląskiej. Wśród ankietowanych, którzy nie zetknęli się z informacjami na temat WZW najliczniejszą była grupa osób w przedziale wiekowym od 51-70 lat (7%), z wykształceniem średnim (9%), mieszkających na wsi (9%). Tabela II obrazuje wiedzę chorych, odnośnie przynależności WZW do określonej grupy chorób.

TABELA II. Wiedza chorych na temat etiologii WZW.

ETIOLOGIA WZW	LICZBA I ODSETEK (%)
Choroby kobiece	0 (0%)
Choroby zakaźne	78 (78%)
Choroby genetyczne	3 (3%)
Choroby wieku dziecięcego	1 (1%)
Inne	0 (0%)
Nie słyszało o WZW	18 (18%)

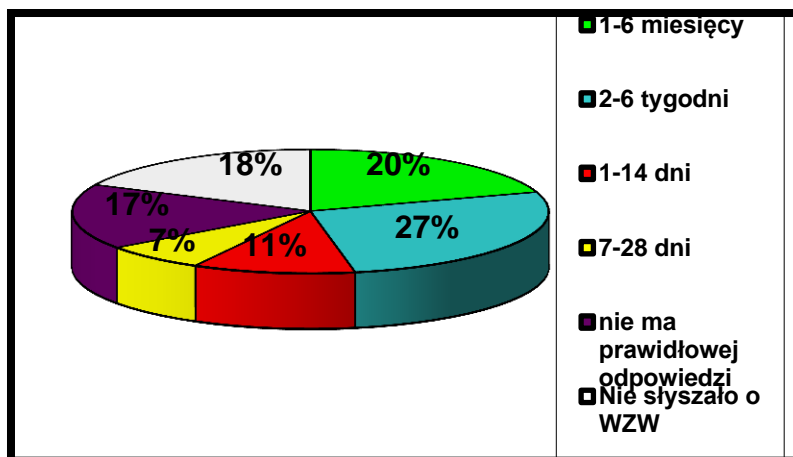
Najwięcej, bo aż 78% ankietowanych pacjentów zakwalifikowało WZW do chorób zakaźnych. Jako choroby wieku dziecięcego, WZW zostało uznane przez 1% badanych. Istotne dla prowadzonego badania było ustalenie, czy pacjenci posiadają wiedzę na temat najbardziej typowych dla WZW objawów chorobowych. Tabela III prezentuje poziom wiedzy badanych w tym zakresie.

TABELA III. Wiedza chorych na temat charakterystycznych objawów WZW.

OBJAWY	ODSETEK (%)
Gorączka, wysypka, obrzęki	2 (2%)
Bładość skóry, zawroty głowy, wymioty	5 (5%)
Ciemny mocz, odbarwiony stolec, żółtaczką	64 (64%)
Powiększone węzły chłonne, bóle brzucha, krwawienie z nosa	10 (10%)
Inne	1 (1%)
Nie słyszało o WZW	18 (18%)

Ponad połowa badanych pacjentów (64%) uznała ciemny mocz, odbarwiony stolec i żółtaczkę jako najbardziej charakterystyczne objawy WZW. Bardzo ważne dla celu badania, było uzyskanie informacji, dotyczących wiedzy pacjentów o czynnikach chorobotwórczych wywołujących WZW. W ankiecie znalazło się pytanie, które miało rozpoznać wiedzę badanych, dotyczącą okresu inkubacji (czyli czasu jaki mija od wtargnięcia wirusa do organizmu, aż do momentu pojawienia się pierwszych objawów choroby). Odpowiedzi na to pytanie ilustruje ryc.1

RYCINA 1. Wiedza chorych na temat okresu inkubacji wirusa HAV.



Z ryciny 1 wynika, że 27% osób badanych słusznie uznało przedział od 2 - 6 tygodni za czas inkubacji wirusa. Odsetek 17% respondentów uznał, że nie było w ankiecie prawidłowej odpowiedzi. By skutecznie chronić się przed emisją wirusów hepatotropowych, należy mieć świadomość jaką drogą i w jaki sposób, może dojść do zakażenia. Wiedzę badanych w tym zakresie ilustruje tabela V.

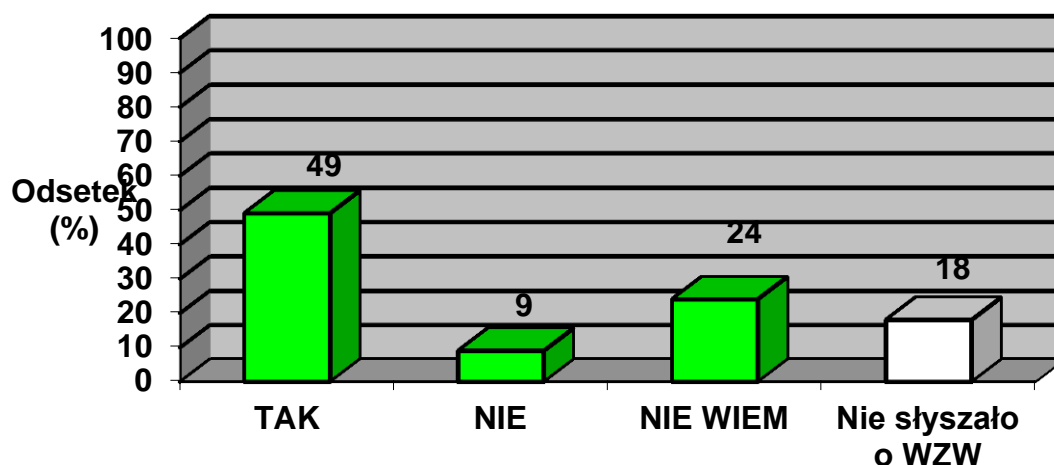
TABELA V. Wiedza na temat drogi emisji wirusa HBV.

DROGA EMISJI	LICZBA I ODSETEK (%)
Pokarmowa	14 (14%)
Wszczepienna	72 (72%)

Seksualna	38 (38%)
Wziewna (powietrzna)	9 (9%)
Przez dotyk	4 (4%)
Z matki na dziecko	14 (14%)
Inna	0 (0%)
Nie służyło o WZW	18 (18%)

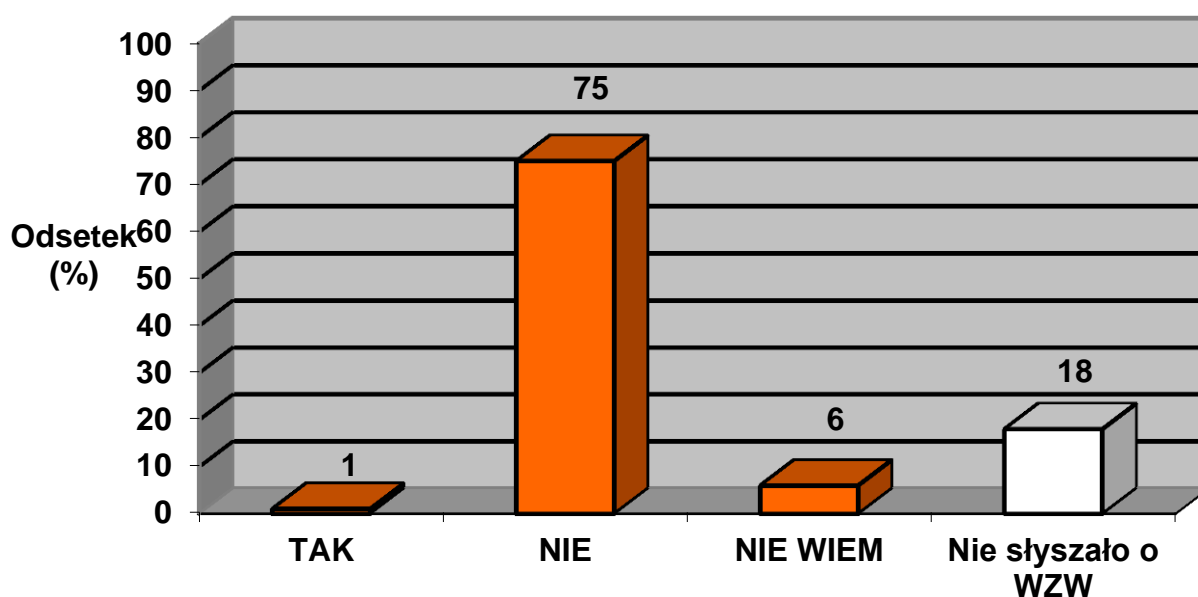
Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że największy odsetek badanych (72%) uznał za najczęstszą możliwość emisji wirusa HBV, drogę wszczepienną. Najmniej respondentów (4%) zaznaczyło dotyk, jako sposób rozprzestrzeniania się wirusa. Badanie miało wykazać również, czy chorzy mają świadomość możliwości rozwoju licznych powikłań infekcji, w tym marskości wątroby, zainicjowanej przez wirus HBV. Odpowiedzi ankietowanych prezentuje rycina 2.

RYCINA 2. Udział wirusa HBV w rozwoju marskości wątroby.



Udział wirusa HBV w rozwoju marskości wątroby uznało 49% badanych, zaś 24% ankietowanych nie posiadało wiedzy na ten temat. Pytano również, czy nosiciel wirusa HBV może zostać krwiodawcą. Rycina 3 prezentuje odpowiedzi badanych na to pytanie.

RYCINA 3. . Zakażenie HBV, a możliwość zostania krwiodawcą.



Powszechnie wiadomo, że najczęściej wirus HBV rozprzestrzenia się drogą krwi. Dlatego w ankiecie znalazło się również pytanie, mające na celu wysondowanie poziomu świadomości badanej populacji chorych, dotyczącej możliwości oddawania krwi, przez nosicieli wirusów hepatotropowych. Jak widać na rycinie 3 odsetek 75% uważał, iż obecność w organizmie człowieka wirusa HBV eliminuje go jako krwiodawcę. Brakiem wiedzy w tym zakresie wykazał się odsetek 6%, zaś 1% dopuszczał możliwość pozostania krwiodawcą. Bardzo duże, profilaktyczne znaczenie w ochronie przed WZW ma także, znajomość dróg transmisji wirusów i sytuacji szczególnie sprzyjających ich przenoszeniu. Wiedzę ankietowanych na temat czynników zwiększających ryzyko zakażenia się wirusem HBV obrazuje tabela VI.

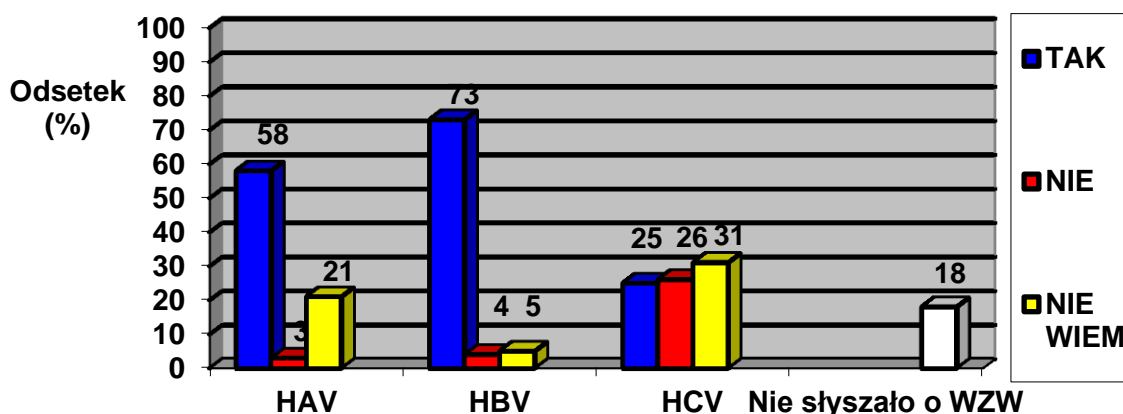
TABELA VI. Wiedza o czynnikach wpływających na zapadalność na WZW typu B

CZYNNIKI	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
Tatuowanie	62 (62%)	15 (15%)	4 (4%)	1 (1%)
Zabiegi operacyjne	66 (66%)	8 (8%)	7 (7%)	1 (1%)
Przetaczanie krwi	62 (62%)	11 (11%)	7 (7%)	2 (2%)
Przygodne kontakty seksualne	48 (48%)	17 (17%)	10 (10%)	7 (7%)
Wspólne picie z jednej szklanki	19 (19%)	17 (17%)	30 (30%)	16 (16%)
Zabiegi kosmetyczne z naruszeniem skóry	50 (50%)	19 (19%)	8 (8%)	5 (5%)

** Wartość % nie sumuje się do 100%, ponieważ 18% nie słyszało nigdy o WZW i nie udzieliło odpowiedzi.*

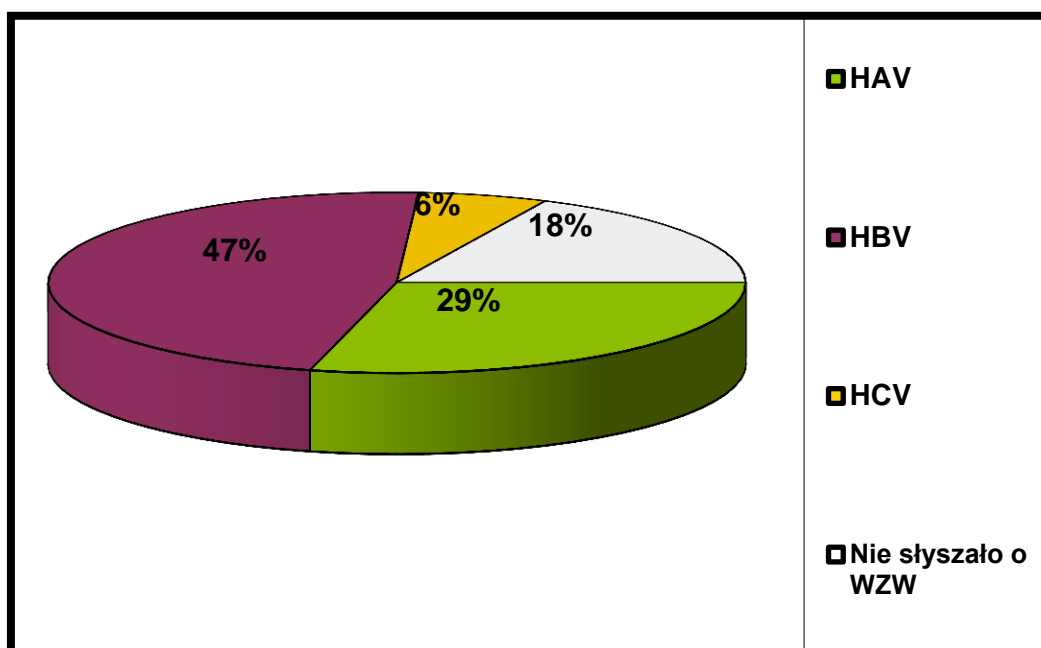
Powyższa tabela przedstawia, że 66% ankietowanych pacjentów wyraziła opinię, iż zabieg operacyjny, stwarza bardzo duże ryzyko transmisji wirusa HBV i tym samym, jest czynnikiem predysponującym do rozwoju choroby. Najmniejsze zagrożenie przeniesienia zakażenia - 16% badanych upatrywało, we wspólnym picciu napojów z jednej szklanki. Badania nad wirusami wywołującymi WZW, pozwoliły na opracowanie szczepionek chroniących ludzi przed niektórymi z tych wirusów. Celem badania przeprowadzonego wśród pacjentów było określenie poziomu wiedzy, dotyczącego możliwości szczepień ochronnych przed wirusami wywołującymi WZW. Istotna dla celów badania była nie tylko świadomość ankietowanych co do możliwości przeprowadzenia szczepień, ale również ich wiedza dotycząca typu wirusów, przed którymi mają one chronić. Jaką świadomość w tym zakresie wykazali badani obrazuje rycina 4.

RYCINA 4. Wiedza na temat szczepień przeciw WZW.



Szczepienia ochronne przeciw wirusom hepatotropowym to doskonały sposób prewencji przeciw rozwojowi WZW. Niezwykle ważne zatem, było rozpoznanie jaki poziom wiedzy w tym zakresie prezentowali poddani badaniu pacjenci. Największy odsetek ankietowanych, bo aż 73% posiadał wiedzę o możliwości zaszczepienia się przeciw wirusowi HBV. Ponad połowa badanych (58%) słusznie uważała, że zaszczepić można się również przeciw wirusowi HAV. Natomiast co czwarty badany był zdania, że zaszczepić się można również przeciw wirusowi HCV. Odnośnie wiedzy respondentów dotyczącej szczepień, istotne dla prowadzonych badań, była znajomość tych spośród nich, które uznane zostały za obowiązkowe. Jak kształtowała się wiedza pacjentów w tym zakresie informuje rycina 5.

RYCINA 5. Wiedza na temat obowiązkowych szczepień przeciw WZW.



Analiza danych wykazała, iż 47% ankietowanych uznało, że do kalendarza szczepień weszło jako obowiązkowe szczepienie przeciw HBV. Natomiast odsetek 6% uznał, iż status obowiązkowego uzyskało szczepienie przeciw HCV. Znaczące było zbadanie wiedzy ankietowanych, dotyczącej innych form i sposobów ochrony przed tym wirusem. Badani mieli odpowiedzieć na pytanie jakie czynniki i okoliczności zwiększają ryzyko przeniesienia wirusa HCV. Uzyskane odpowiedzi prezentuje tabela VII

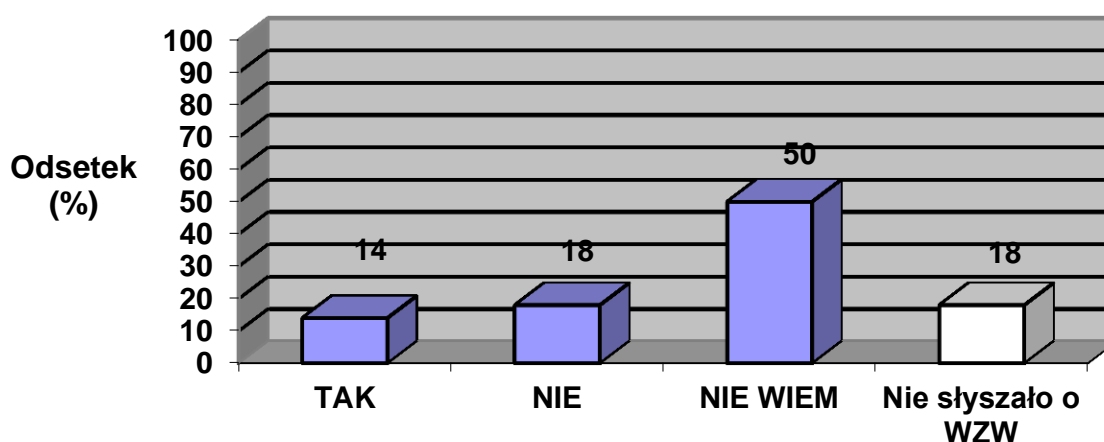
TABELA VII. Wiedza na temat okoliczności zwiększających ryzyko zakażenia wirusem HCV.

OKOLICZNOŚCI	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
Zabiegi stomatologiczne	47 (47%)	22 (22%)	10 (10%)	3 (3%)
Pobieranie krwi bez rękawiczek	46 (46%)	18 (18%)	16 (16%)	2 (2%)
Trzymanie się za ręce	8 (8%)	13 (13%)	30 (30%)	31 (31%)
Kąpiel w basenie publicznym	14 (14%)	16 (16%)	30 (30%)	22 (22%)
Akupunktura	32 (32%)	29 (29%)	11 (11%)	10 (10%)
Kichanie	7 (7%)	12 (12%)	31 (31%)	32 (32%)
Przytulanie	10 (10%)	8 (8%)	26 (26%)	38 (38%)

* *Wartość % nie sumuje się do 100%, ponieważ 18% nie słyszało nigdy o WZW i nie udzieliło odpowiedzi.*

Analizując wyniki zamieszczone w tabeli VII można zauważyć, że największy odsetek 47% był zdecydowany uznać zabiegi stomatologiczne, za sytuacje zwiększonego ryzyka przeniesienia wirusa HCV, natomiast 38% badanych uważało, że przytulanie się jest zupełnie bezpieczne i nie stwarza ryzyka emisji wirusa. Jest wiele sposobów zwalczania wirusów wywołujących WZW. Wśród pytań znalazło się i takie, które miało sprawdzić, czy badani uważają, że gotowanie jest skuteczną metodą waliki z wirusami. Zdanie ankietowanych w tym obszarze wiedzy ilustruje rycina 5

RYCINA 5. Wiedza na temat możliwości eliminacji wirusa HBV podczas gotowania



Odsetek 14% badanych uważał gotowanie za skuteczną metodę niwelowania wirusa HBV. Za ledwie 18% nie uznało gotowania za skuteczną metodę eliminacji wirusa. Ze względu na obecność we krwi nosicieli wirusów mogących wywołać WZW, pewne czynności, zachowania i rodzaje aktywności są niewskazane, dla tej grupy chorych. Opinię badanych w tym zakresie ilustruje to tabela VIII.

TABELA VIII. Świadomość zakazów stosowanych wobec nosicieli wirusa HCV.

W RAZIE NOSICIELSTWA WIRUSA HCV ZABRANIA SIĘ	ODSETEK (%)
Opieki nad dziećmi	2 (2%)
Oddawania krwi i narządów do przeszczepów	75 (75%)
Bycia rodzicami zastępczymi	0 (0%)
Bycia operowanym	4 (4%)
Pływanie w basenach publicznych	1 (1%)
Nie słyszało o WZW	18 (18%)

Największy odsetek (75%) uważał, że nosiciele wirusa HCV nie mogą być dawcami krwi i narządów. Natomiast tabela IX prezentuje propozycje ankietowanych odnośnie działań, które mogą przyczynić się do ochrony przed wirusami hepatotropowymi.

TABELA IX. Propozycje chorych dotyczące działań zwiększających skuteczność profilaktyki WZW.

DZIAŁANIA	LICZBA ODSETEK (%)
Brak odpowiedzi	35 (35%)
Badanie na HCV przed i po zabiegach	1 (1%)
Edukacja młodzieży na temat WZW	15 (15%)
Wprowadzenie do badań okresowych testów na HBV, HCV	15 (15%)
Programy o WZW w telewizji	13 (13%)
Więcej tematyki WZW w prasie	11 (11%)
Więcej informacji dla społeczeństwa	10 (10%)
Pomoc NFZ w finansowaniu szczepień	5 (5%)
Przestrzeganie higieny	6 (6%)
Bezwzględne używanie jednorazowego sprzętu medycznego	1 (1%)
Informacje od lekarza pierwszego kontaktu	3 (3%)
Darmowe, obowiązkowe szczepienia	2 (2%)
Większa dostępność i niższa cena leków przeciwwirusowych	1 (1%)
Więcej broszur informacyjnych	4 (4%)
Częstsze badania wątroby	1 (1%)
Plakaty informacyjne na mieście	2 (2%)
Używanie sterylnych narzędzi do wszystkich zabiegów	1 (1%)
Używanie prezerwatyw w czasie przygodnego seksu	1 (1%)
Badanie przed tatuowaniem	1 (1%)
Informowanie środowisk narkomanów o możliwości zakażenia wirusami	2 (2%)
Więcej placówek leczących WZW	2 (2%)
Przestrzeganie procedur medycznych	1 (1%)
Badanie przy przyjęciu do pracy	1 (1%)
Nie słyszało o WZW	18 (18%)

W pytaniu otwartym dotyczącym działań mogących zwiększyć skuteczność profilaktyki WZW, zwrócono uwagę na edukację młodzieży w tej tematyce, oraz wprowadzenie do badań okresowych obowiązkowych testów na obecność wirusów HBV i HCV. Grupy prezentujące wspomniane opinie były równoliczne i stanowiły odsetek 15%..

Dyskusja

Od wieków choroby wywoływane przez wirusy budziły niepokój, ze względu na łatwość przenoszenia, liczne drogi emisji oraz często groźne dla zdrowia i życia chorego powikłania i następstwa. Do tej grupy schorzeń zaliczamy również WZW. Prezentowane badanie wykazało, że znaczny odsetek chorych objętych badaniem nie posiadał żadnej wiedzy na temat WZW. Budzi to duży niepokój, ponieważ grupa ta może stać się potencjalnie kolejnym ogniwem w łańcuchu zakażenia. Niewiedza w tym zakresie może skutkować nie tylko utratą własnego zdrowia, ale również być przyczyną zaniedbań i działań narażających na infekcję środowisko nosiciela. Badania TNS OBOP przeprowadzone w Polsce w 2011 roku na grupie 1005 osób, powyżej 15 roku życia wykazały, że co trzecia osoba badana nie słyszała o WZW typu C i nie posiada świadomości możliwości zagrożenia tą chorobą

[://www.gwiazdanadziei.pl/download/raport_wiedza_na_temat_wirusowego_zapalenia_watroy_tns_.pdf. Kałucki K.] Jak wynika z innych opublikowanych badań, sprawami zdrowia częściej interesują się kobiety. Być może z troski o dzieci i rodzinę. Autorzy badań przeprowadzonych wśród 60 pacjentów Przychodni Hepatologicznej Szpitala Obserwacyjno – Zakaźnego w Bytomiu doszli do podobnych wniosków. Spośród ankietowanej populacji pacjentów blisko połowa prawidłowych odpowiedzi należała do kobiet, podczas gdy tylko ¼ odpowiedzi udzielonych przez mężczyzn na temat WZW typu C była właściwa. Największą wiedzą wykazały się osoby młode między 18 – 25 rokiem życia [Cabaj M, Chłopecka H, Cierpień I, Franek G.2005]. W prezentowanych badaniach także większy odsetek mężczyzn nie posiadał żadnej wiedzy na temat WZW. Podobnie niski poziom wiedzy chorych odnośnie wirusów wywołujących WZW wykazał w swych badaniach Wanot [Wanot B., 2009], przeprowadzając analizę wśród kilkuset pracowników i pacjentów Szpitala Powiatowego w Pszczynie. Wyniki analiz wykazały, że chorzy mimo niskiego poziomu wiedzy na temat WZW nie przejawiali chęci poszerzenia informacji w tym zakresie. Ankietowani pacjenci mieli świadomość istnienia różnorodnych wirusów hepatotropowych, lecz określali je wszystkie wspólnym mianem żółtaczek. W grupie pacjentów objętych prezentowanymi badaniami znaczna większość deklarowała, że słyszała o WZW. Ponad ¾ badanych trafnie uznało WZW za chorobę zakaźną. Niewielki odsetek ankietowanych sądził, że WZW jest chorobą wieku dziecięcego lub chorobą genetyczną. Ponad połowa badanych wykazała się wiedzą na temat najbardziej charakterystycznych objawów WZW uznając, że należą do nich: ciemny mocz, odbarwiony stolec, żółtaczka. Co dziesiąty badany nie znał objawów świadczących o rozwijającym się zapaleniu wątroby. Uzyskane wyniki pozwalają zauważyć, że wiedza ankietowanych pacjentów dotycząca symptomów charakterystycznych dla WZW jest zróżnicowana i niekompletna. Blisko 1/5 ankietowanych pacjentów wyraziła opinię, że wirusem HCV można zarazić się przez przytulanie i kichanie, a 30% uznało iż sprzyja przeniesieniu choroby kąpiel w basenach publicznych z nosicielami wirusa HCV. Wyniki te świadczą, jak niski poziom wiedzy w tym obszarze wykazali poddani badaniu pacjenci. Może to być przyczyna stygmatyzacji społecznej nosicieli wirusów hepatotropowych, co w znacznym stopniu niekorzystnie wpływa na jakość ich życia.

Wnioski

- Świadomość chorych dotycząca WZW była niezadowalająca, a znajomość zasad profilaktyki słaba.

- Największy deficyt wiedzy dotyczył dróg emisji wirusów wywołujących WZW, sytuacji zwiększających ryzyko zakażenia oraz szczepień ochronnych przeciwko WZW.
- Istnieje potrzeba zwiększenia działań edukacyjnych na temat WZW kierowanych do całego społeczeństwa.
- Należy położyć większy nacisk na działania systemowe.

Bibliografia

Bronowicz A. Naturalna historia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B – najnowsze dane. *Medycyna po Dyplomie*, Vol 17/Nr 5/Maj 2008; 135–140.

Cabaj M, Chłopecka H, Cierpień I, Franek G. Ocena stanu wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród nosicieli i chorych. 2005; VOL. LX, SUPPL. XVI, 100 SECTIO D.

Cianciara J. Epidemiologia, diagnostyka i terapia zakażenia wirusem wątroby typu C. *Polska Medycyna Rodzinna* 2003; 457- 462.

Kałucki K. Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby. Raport z badań TSNOBOP http://www.gwiazdanadziei.pl/download/raport_wiedza_na_temat_wirusowego_zapalenia_watroby_tns_.pdf. Pobrane 13.03.2013.

Karski J. B. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. Cedetu; Warszawa 2003.

Muszyńska A, Pokorna-Kałwak D, Steciwko A. Zakażenia HCV – narastający problem zdrowia publicznego. *Terapia* 2010; 18(5) z.2: 55-58.

Wanot B. Wiedza pacjentów i personelu medycznego na temat wirusowych zapaleń wątroby. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2009; 63(4): 17-26.

Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. PZWL; Warszawa 2009.

Mariola Śleziona

Ul. Piłsudskiego 43/140

43-100 Tychy

Woj. Śląskie Polska

Tel: 513 360 249

mariolas@poczta.onet.eu

GINEKOMASTIA – PRZYCZYNY, DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Mariola Śleziona^{1,2}, Lucyna Graf^{1,3}, Barbara Stołecka^{1,4}, Gabriela Ptaszek^{1,4}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach MEGREZ Sp. z o.o.

³NZOZ Opieka Rodziny w Tychach

⁴Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Streszczenie

Wstęp

Ginekomastia to znaczne powiększenie gruczołów piersiowych u mężczyzn. Częstość występowania tego typu zmian sięga 30% ogólnej populacji mężczyzn. W okresie noworodkowym, dojrzewania i starzenia się organizmu mężczyzny, zwiększenie sutków może być przejściowe i fizjologiczne. Zmiany te mogą dotyczyć jednego lub obu sutków i przybierać formę podobną do piersi kobiecych lub spoistego guzka, czasami bolesnego. Ginekomastia może też być objawem wielu poważnych chorób.

Rozwinięcie

Ginekomastia patologiczna może być wyrazem : otyłości, nadczynności tarczycy, chorób wątroby (zwłaszcza marskości), zespołów paranowotworowych, przewlekłej niewydolności nerek, niedożywienia, awitaminozy, nowotworów (jąder, sutków, nadnerczy stercza), chorób przewodu pokarmowego prowadzących do wyniszczenia, niedoboru męskich hormonów – hipogonadyzm oraz przyjmowania niektórych narkotyków. Leczenie polega na modyfikacji diety, terapii hormonalnej lub zabiegu operacyjnym (usunięciu nadmiaru tkanki). Należy chorego właściwie przygotować do zabiegu i wyedukować jak powinien zachowywać się w okresie rekonwalescencji.

Wnioski

- Regularne badanie i obserwacja piersi, powinna być prowadzona również przez mężczyzn.
- Wszelkie zmiany w obrębie gruczołu sutkowego u mężczyzn powinny być konsultowane z lekarzem specjalistą

Słowa kluczowe : Ginekomastia, zaburzenia hormonalne, przyczyny, leczenie.

Wstęp

Na przestrzeni wieków kanony idealnej męskiej sylwetki zmieniały się. Zawsze jednak mężczyźni chcieli być postrzegani jako silni, władczy, przewodzący. Rzymscy żołnierze szczylicili się muskularną sylwetką, z dumą eksponując nagie torsy. Współcześnie mężczyźni dbający o swój wygląd i ciało, również zabiegają o to, by ich sylwetka zbliżona była do litery „V”, a klatka piersiowa pięknie umięśniona. Bywa jednak, że klatka piersiowa mężczyzny przypomina kobietę poprzez znacznie powiększone sutki. Tego typu zmiany określa się mianem ginekomastii. Ginekomastia (z greckiego „gyne” – kobieta oraz „mostos” – piersi), to znaczne powiększenie gruczołów piersiowych u mężczyzn. Częstość występowania tego typu zmian jest stosunkowo duża, sięgająca 30% ogólnej populacji mężczyzn. Ginekomastia idiopatyczna (czyli taka, której przyczyny nie zostały ostatecznie ustalone), dotyczy aż 36% mężczyzn z tego typu problemem. Zmiany te mogą dotyczyć jednego lub obu sutków i przybierać formę podobną do piersi kobiecych lub spoistego guzka, czasami bolesnego (nadwrażliwość na dotyk występuje zwykle w początkowym okresie powiększania się piersi i dotyczy około 40% pacjentów) [Szczeklik A. 2005]. U osobników płci męskiej mogą pojawić się trzy okresy kiedy widoczne powiększenie gruczołów piersiowych jest sytuacją fizjologiczną i nie powinno wzbudzać niepokoju. Związki gruczołów sutkowych, brodawek i otoczek, powstają z ektodermy około 7 tygodnia życia płodowego u obu płci. Dlatego u około 60-90% noworodków płci męskiej, w 3-5 dobie życia dochodzi do znacznego powiększenia gruczołów piersiowych, co jest efektem wysokiego poziomu estrogenów przekazywanych przez łożysko od matki. Zmiany te zwykle cofają się po upływie 3-4 tygodni. Kolejnym okresem, w którym dochodzi do podobnych zmian jest czas dojrzewania. W tym czasie w organizmie chłopców zachodzą liczne zmiany wywołane aktywnością hormonalną i przemianą z młodzieńca w mężczyznę, pod względem budowy ciała i funkcjonowania organizmu. U około 50% chłopców w wieku od 13-15 lat, zachodzi rozrost gruczołów sutkowych z powodu wzrostu stosunku wolnego estradiolu do testosteronu. Zmiany tego typu są u chłopców tym okresie przyczyną niepokoju i kompleksów, choć nie noszą znamion zaburzeń patologicznych, mimo niepożądanego efektu estetycznego. Trzeci okres w życiu mężczyzny, gdy zmiany te uwarunkowane są procesami fizjologicznymi, to wiek między 50 a 80 rokiem życia. Powiązane jest to z andropauzą u mężczyzn i wygasaniem hormonów, oraz związaną z tym skłonnością do odkładania się tkanki tłuszczowej, między innymi w okolicy sutków [Sawicki W. 1997; Kono S, et al. 2006; Jakubik J, 2004; Russo J, Russo IH, 2004].

Rozwinięcie

Znaczny przerost gruczołów piersiowych u mężczyzn jest dla nich poważnym problemem kosmetycznym, powodującym narastanie stresu i obniżenie poczucia własnej wartości. Ginekomastia powoduje u mężczyzn złe samopoczucie, rozdrażnienie, depresję, wady postawy, konieczność maskowania swojej sylwetki odpowiednio luźną odzieżą, bandażowaniem klatki piersiowej. Może powodować zaburzenia aktywności seksualnej, ale bardziej o podłożu psychicznym niż fizjologicznym. Niektórzy mężczyźni dotknięci tą przypadłością wstydzą się swego ciała, które w ich odczuciu wykazuje cechy kobiece i doświadczają z tego powodu upokorzeń ze strony swojego otoczenia. Wielu panów tak bardzo wstydzi się udać po poradę do lekarza, że nie bierze pod uwagę faktu, iż mogą to być objawy zmian patologicznych i symptomy rozwoju poważnych schorzeń [Cavanaugh J, et al., 1990, Sperfeld AD, et al., 2002].

PODZIAŁ GINEKOMASTII UWARUNKOWANY JEJ PRZYCZYNAMI

Etiopatogenetyczny podział ginekomastii

Zwiększona aktywność estrogenów	<ul style="list-style-type: none">• przejściowa ginekomastia noworodków,• przejściowa ginekomastia w okresie pokwitania,• guzy produkujące estrogeny (<i>leydioma, sertolioma</i>, guzy jąder w zespół Peutza i Jeggheersa, rak kory nadnerczy, kosmówczak, rak płuca),• leki o aktywności estrogenowej (preparaty estrogenowe, glikozydy: digitoksyna, digoksyna),• leki pobudzające wydzielanie estrogenów (hCG, hMG, klomifen),• narkotyki (marihuana),• przewlekłe schorzenia wątroby (klirens estrogenów)
Zmniejszona aktywność androgenów	<ul style="list-style-type: none">• leki o działaniu antyandrogennym (octan cyproteronu, flutamid, spironolakton, ketokonazol),• leki przeciwnowotworowe (busulfan), niedobór 17β-hydroksylazy
Zwiększona aktywność SHBG	<ul style="list-style-type: none">• choroby wątroby,• niedoczynność tarczycy
Zwiększona aktywność aromatazy	<ul style="list-style-type: none">• otyłość prosta,• zespół nadmiernej aktywności aromatazy,• lecznicze stosowanie estrów testosteronu,• zażywanie sterydów anabolicznych w celach dopingowych,• długotrwały stres,• znaczny wysiłek fizyczny,• rekonwalescencja po chorobach wyniszczających,• po długotrwałym głodzeniu
Zmniejszona aktywność androgenów oraz zwiększona aktywność aromatazy	<ul style="list-style-type: none">• hipogonadyzm pierwotny (zespół Klinefeltera, po radio- i chemioterapii),

	<ul style="list-style-type: none"> • hipogonadyzm wtórny (zespół Kallmanna, radioterapia OUN, urazy, zabiegi operacyjne OUN), • u starszych mężczyzn, • wrodzone defekty receptora androgenowego (z. niewrażliwości na androgeny), • wrodzone zaburzenia syntezy testosteronu
Zmniejszona aktywność androgenów oraz zwiększona aktywności aromatazy, wraz z wzrostem stężenia SHBG	<ul style="list-style-type: none"> • nadczynność tarczycy
Nadmierna wrażliwość gruczołu sutkowego na estrogeny	<ul style="list-style-type: none"> • prawdopodobnie ginekomastia idiopatyczna
Złożony, bliżej nieokreślony mechanizm	<ul style="list-style-type: none"> • blokery kanału wapniowego (np. werapamil, nifedypina, diltiazem), • inhibitory układu renina-angiotensyna-aldosteron (np. kaptopryl, enalapryl), • antagoniści receptora dopaminowego (np. metoklopramid), • leki przeciwnadciśnieniowe działające ośrodkowo (np. rezerpina, metyldopa), • leki psychotropowe (np. diazepam, trócykliczne leki przeciwdepresyjne), • narkotyki (np. amfetamina, marihuana), • leki przeciwgruźlicze (np. izoniazyd, etionamid), • inne leki (penicylamina, amiodaron, metronidazol, omepramol, teofilina), • IGF-I stosowany w celach dopingowych

Źródło : <http://www.docedu.klrwp.pl/index.php?kat=178&id=149&token=&strona>

OBJAWY GINEKOMASTII

Objawy tego typu zaburzeń są zwykle dość szybko zauważalne, zarówno przez chorego jak i jego otoczenie. Potrafią również dawać dolegliwości bólowe, co zazwyczaj skłania mężczyzn do udania się po poradę do lekarza. W czasie rozwoju ginekomastii wystąpić mogą następujące zmiany:

- Dochodzi do widocznego powiększenia jednego lub obu sutków.
- Pojawić się może patologiczna makropigmentacja otoczek lub brodawek sutkowych.
- Następuje powiększenie otoczek lub brodawek.
- Pojawia się świąd skóry.
- Pieczenie.
- Ból sutków [Gunhan-Bilgen I, et al., 2002].

DIAGNOSTYKA GINEKOMASTII

Ginekomastię najczęściej należy różnicować ze steatomastią, zwaną też lipomastią. Jest to łagodne powiększenie sutków spowodowane nadmiernym odkładaniem tkanki tłuszczowej. Występuje zwykle u otyłych mężczyzn (częściej w okresie poandropauzalnym). W przypadku jednostronnego guzka piersi, szczególnie u mężczyzn w podeszłym wieku, trzeba zawsze wziąć pod uwagę zmiany nowotworowe i w tym kierunku je diagnozować. [Gunhan-Bilgen I, et al., 2002].

- Diagnostykę powinien rozpocząć rzetelnie zebrany wywiad (dostarczyć może informacji o chorobach towarzyszących, używkach, stosowanych lekach).
- Ocenia się wygląd piersi (barwę otoczek, kształt brodawki, ewentualnie obecność wycieku).
- Badaniem palpacyjnym można stwierdzić rozrost tkanki o twardej konsystencji (gruczołowej, włóknistej i tłuszczowej).
- Jeżeli przyczyna nie jest oczywista - wykona badania hormonalne - poziom testosteronu, prolaktyny i TSH (w kierunku niedoczynności tarczycy), ewentualnie estradiolu (żeńskiego hormonu płciowego) czy też jeszcze innych badań hormonalnych w kierunku chorób jąder.
- W przypadku podejrzenia zmian nowotworowych, wykonuje się: USG, mammografię, biopsję sutka [Zgliczyński W., 2002 , 2006].

Badania obrazowe

- Badanie USG gruczołów piersiowych jest badaniem z wyboru przy podejrzeniu raka sutka.
- Mammografia może wnieść dodatkowe informacje dla potwierdzenia tego podejrzenia.
- Aspiracyjna biopsja cienkoigłowa powinna być wykonana jedynie w przypadkach uzasadnionego podejrzenia raka sutka.
- Ultrasonografia jąder może wykluczyć obecność w gonadach hormonalnie czynnych nowotworów.
- W uzasadnionych przypadkach należy wykonać badania obrazowe (USG, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny) jamy brzusznej z oceną nadnerczy, węzłów chłonnych, przestrzeni zaotrzewnowej, klatki piersiowej z oceną śródpiersia oraz okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

- W każdym przypadku należy wykonać badanie radiologiczne klatki piersiowej. [http://www.docedu.klrwp.pl/index.php?kat=178&id=149&token=&strona=0]

Rozpoznanie różnicujące

Zmiany w obrębie sutka są dość widoczne, ale powody ich wystąpienia nie zawsze jednoznaczne. Dlatego też diagnozując te zmiany, należy pamiętać o różnicowaniu ich, z chorobami mogącymi dawać podobne symptomy. Należą do nich :

- Rak sutka (60% przypadków twardy guzek, często zrosnięty z podłożem; może wystąpić zniekształcenie sutka i tzw. objaw skórki pomarańczowej).
- Hiperprolaktynemia – wydzielina z brodawki sutkowej, która wydostaje się samoistnie lub przy ucisku, zwiększenie stężenia prolaktyny we krwi (hormonu szczególnie aktywnego u kobiet w okresie laktacji), i różnej wielkości guza w badaniach obrazowych okolicy podwzgórza i przysadki.
- Przerost tkanki tłuszczowej w okolicy sutków (steatomastia, lipomastia) – rozstrzyga USG [http://www.docedu.klrwp.pl/index.php?kat=178&id=149&token=&strona=0]

LECZENIE GINEKOMASTII

Ćwiczenia fizyczne

Chcąc pozbyć się ginekomastii o niewielkim nasileniu należy zacząć od odpowiednich ćwiczeń fizycznych, które redukują nadwagę (częstą przyczynę omawianych zmian). Panowie z ginekomastią powinni zacząć od 30 minutowych treningów aerobowych, co najmniej trzy do pięciu razy w tygodniu. Treningi te mogą obejmować szybki marsz w ramach spaceru lub bieganie. Ćwiczenia te pomogą ujędrnić i poprawić ogólny wygląd ciała mężczyzny. Bardzo przydatne może być również uprawianie jogi, jako sposobu radzenia sobie ze stresem spowodowanym koniecznością ukrywania przerostu gruczołów sutkowych. Wykonywanie mostku pozwala wzmocnić zarówno górną i dolną część ciała. Ta pozycja jogi, gdy wykonywana jest prawidłowo skutecznie pomaga poprawić wygląd piersi z przerostem tkanki tłuszczowej. Wspomaga także uszczuplenie górnej części ciała. Kolejnym bardzo prostą formą aktywności fizycznej są ćwiczenia izometryczne. Ćwiczenia te pomagają wzmocnić mięśnie klatki piersiowej. Wystarczy złączyć dłonie przed sobą i naciskać nimi na siebie, pozycję tą utrzymuje się przez trzydzieści sekund. Dłonie można spleść razem i wykonywać

ruch starając się ręce rozciągnąć (ćwiczenia izometryczne są ćwiczeniami, w których nie ma ruchu a jedynie napięcie mięśni i utrzymanie ich w danej pozycji przez określony czas). Innym prostym ćwiczeniem poprawiającym wygląd klatki piersiowej, są pompki lub podnoszenie się na drążku. Podstawą rozpoczęcia leczenia jest identyfikacja przyczyn rozwoju zmian w obrębie sutków i usunięcie ich [<http://ginekomastia.com.pl/>].

Leczenie dietetyczne i farmakologiczne

Czasami wystarczy modyfikacja diety polegająca na zwiększeniu podaży czerwonego mięsa, wprowadzeniu do jadłospisu jagnięciny, ostryg, stosowaniu soi i jej przetworów oraz wzbogaceniu diety o produkty zawierające duże ilości cynku. Bywa, że przyczyny rozwoju ginekomastii wymagają wprowadzenia terapii hormonalnej, która dobierana jest indywidualnie dla każdego pacjenta. Często pacjentom proponowane jest stosowanie miejscowo DHT (2,5% żel Andractim). Daje bardzo dobre efekty. Miejscowo stosuje się również Testosterone enantate (np. Testosteronum prolongatum amp. à 0,1 + krem lanolinowy – umożliwi uzyskanie emulsji olejowo-wodnych (opakowanie à 50,0 g), po wymieszaniu powstaje krem emulsja do stosowania miejscowego). Poprawę można stwierdzić w badaniu USG oraz subiektywnie obserwując zmniejszenie sutków. Zmiany te dostrzegalne są po 3 – 4 miesiącach (jeśli aktywność aromatazy jest niewysoka). Kiedy i ta metoda terapeutyczna nie przynosi oczekiwanych skutków, należy rozważyć wykonanie zabiegu operacyjnego) [Kołtataj W., Szewczyk L.; 2004].

Leczenie laserowe i operacyjne

Wszystko zależy od tego jak duży jest problem. Jeśli ilość tkanki tłuszczowej nagromadzonej w piersiach nie jest bardzo duża, można skorzystać z zabiegów laserowych. Lipoliza laserowa (usuwanie zbędnego tłuszczu) jest mało inwazyjna i daje doskonałe rezultaty. Ta metoda ma jeszcze jedną zaletę. Laser obkurcza i ujędrnia skórę. To szczególnie ważne dla poprawy kondycji skóry, która rozluźnia się wraz z pojawieniem się nadmiernego rozrostu tkanki tłuszczowej w okolicy sutków [<http://www.focus.pl/czlowiek/wstydlivy-problem-meski-biust-9837>]. Leczenie chirurgiczne ma głównie znaczenie estetyczne i stosuje się je w następujących przypadkach:

- Przetrwiała ginekomastia okresu dojrzewania (obecna po około 3-4 latach od początku jej wystąpienia).
- Ginekomastia nie poddająca się leczeniu zachowawczemu.

- Ginekomastia o znacznym nasileniu z towarzyszącymi zmianami wytwórczymi tkanki łącznej okołoprzewodowej, która powoduje silny psychiczny uraz chorego.
- Ginekomastia w przebiegu zespołu nadmiernej aktywności aromatazy, ginekomastia idiopatyczna oraz w zespole Klinefeltera.
- Jeśli zmiany te mają podłoże nowotworowe, oczywiście podejmuje się leczenie onkologiczne, gdy jest to możliwe usuwa się nowotwór operacyjnie, a następnie rozważa dalsze postępowania (radioterapia, chemioterapia, leczenie ogólnoustrojowe).
- Leczenie operacyjne ginekomastii polega na wykonaniu lipomastii, gdzie dobre efekty daje zastosowanie liposukcji (odsysaniu nadmiaru tłuszczu z sutka).
- Inną metodą jest wykonanie cięcia okołootoczkowego, lub w fałdzie podskórnym i usunięcie nadmiaru tkanki [<http://ginekomastia.com.pl/>].

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Pacjent, który będzie miał wykonywany zabieg operacyjny musi uzyskać pełne informacje na temat istoty zabiegu, jego przebiegu, sposobu przygotowania do niego, powikłań oraz wskazań dotyczących rekonwalescencji. Konieczna jest też pisemna zgoda chorego na proponowane leczenie. Przygotowanie do zabiegu polega na :

- 14 dni przed planowanym zabiegiem nie należy przyjmować leków zaburzających krzepliwość krwi (Polopiryna, Aspiryna, Acard, witaminy E itp.).
- Z jadłospisu chory powinien wyeliminować na kilka dni przed zabiegiem : czosnek, imbir i żeń-szeń.
- Należy usunąć owłosienie z okolicy operowanej.
- Należy wykonać badanie czasu krzepnięcia krwi, morfologię oraz USG piersi.
- Chirurg może zalecić konsultację z endokrynologiem w celu wykluczenia chorób o podłożu hormonalnym.
- Przed rozpoczęciem operacji należy być 6 godzin na czczo, gdyż zabieg odbywa się w znieczuleniu ogólnym.
- Zalecane jest zaprzestanie palenia papierosów na dwa tygodnie przed i po operacji ze względu na jego negatywny wpływ na gojenie się ran.
- Podczas wypisu obecność osoby towarzyszącej jest konieczna (odwóz do domu)

Możliwe jest zastosowanie obu tych metod (najpierw wykonanie liposukcji potem wycięcie nadmiaru tkanek). Najczęściej leczenie jest przeprowadzane w pełnym znieczuleniu. Poprzez niewielkie nakłucie skóry długości 3 mm wprowadza się najpierw sonda do

liposukcji, a następnie przyrząd zwany shaverem. Pozwala on na precyzyjne usunięcie poszczególnych fragmentów gruczołu piersiowego. Możliwe jest badanie usuniętych tkanek pod kątem wykluczenia choroby nowotworowej. Po zabiegu pozostaje niewielka, około 3 mm blizna (pod piersią) [http://aesthetica.com.pl/clients/25/files/files/AE_05_11-13.pdf]

Przeciwwskazaniami do przeprowadzenia zabiegu są:

- Duża nadwaga u mężczyzny.
- Nadużywanie alkoholu.
- Nadużywanie narkotyków.
- Stosowanie anabolików.
- Występujące u chorego zaburzenia psychiczne.
- Zmiany zapalne w obrębie skóry.
- Wszystkie inne czynniki, dyskwalifikujące pacjenta z zabiegów operacyjnych (poważne wady serca, skazy krwotoczne, cukrzyca, itp.) [<http://www.skupin.pl/Podstrony/Zabiegi/Korekcja-ginekomastii>, Steele SR, et al., 2002 , Braunstein GD, 1993].

Powikłania pooperacyjne

Jak przy każdej interwencji chirurgicznej, należy chorego zapoznać z możliwością wystąpienia powikłań pooperacyjnych, do których należą:

- Infekcje.
- Krwiaki w okolicy operowanej.
- Nierówności powierzchni skórnych.
- Gromadzenie się płynu w miejscu operowanym.
- Przejściowa utrata czucia lub drętwienie brodawki.
- Przerośnięcie blizny.
- Sepsa [[<http://www.skupin.pl/Podstrony/Zabiegi/Korekcja-ginekomastii>, Steele SR, et al., 2002 , Braunstein GD, 1993].

OKRES REKONWALESCENCJI

Okres rekonwalescencji to czas jaki mija od wykonania zabiegu, do uzyskania pełnego wyzdrowienia lub maksymalnej sprawności. Niezwykle istotne w tym czasie jest monitorowanie i pielęgnacja miejsca operowanego, ale również stosowanie się do zaleceń lekarza, które mają przyspieszyć zdrowienie i zminimalizować ryzyko powikłań

pooperacyjnych. Na ranę zakładany jest opatrunek oraz pas uciskowy, który chory nosi przez okres 6 tygodni po zabiegu. Po upływie doby zalecana jest kontrola operowanego miejsca. Niekiedy wykonuje się masażę drenującą, intensywnie przyspieszającą gojenie się miejsca operowanego. Po tygodniu od zabiegu pacjent zaczyna serię zabiegów elektrostymulacji mającej na celu przyspieszenie procesu gojenia i napięcia skóry. Czasami zalecana jest mezoterapia preparatem Strech Care, która stymuluje i przyspiesza obkurczanie się nadmiaru skóry w obrębie operowanej okolicy [<http://www.klinikawiatroszak.pl/oferta/piersi/chirurgia-piersi-meskiej-ginekomastia-lipomastia/>]. Pacjent po zabiegu może odczuwać dyskomfort oraz ból w okolicy operowanej. Niwelować go można podając leki przeciwbólowe. Miejsce zabiegu czasowo może być obrzęknięte i zasinione. Należy więc obserwować miejsce operacji (ocieplenie skóry, jej wygląd, nasilenie obrzęku, ewentualne wycieki), oraz monitorować ogólny stan chorego. Opatrunki zmieniać należy codziennie (we wskazanych przypadkach dwa razy dziennie), zachowując zasady aseptyki. Szwy skórne usuwa się po siedmiu dniach. Potem przez okres czterech tygodni chory powinien nosić specjalną kamizelkę uciskową. Zaleca się wstrzeźliwość seksualną przez dwa tygodnie, a wysiłek fizyczny można stopniowo zwiększać po upływie czterech tygodni. Miejsca operowanego nie można ekspozować na promienie słoneczne przez okres sześciu miesięcy (dlatego wskazane jest planowanie i przeprowadzanie tego typu zabiegu późną jesienią) [Czajka I., Zgliczyński W., 2005].

Wnioski

- Regularne badanie i obserwacja piersi, powinna być prowadzona również przez mężczyzn.
- Wszelkie zmiany w obrębie gruczołu sutkowego u mężczyzn powinny być konsultowane z lekarzem specjalistą.

Piśmiennictwo

Braunstein GD: Gynecomastia. N. Engl. J. Med., 1993; 328: 490-495.

Cavanaugh J, et al.: Gynecomastia and cirrhosis of the liver. Arch. Intern. Med., 1990; 150, 3: 563-565.

Czajka I., Zgliczyński W.: Gynecomastia – pathogenesis, diagnosis and treatment. Polish Endocrinol. Pol., 2005 s.3(56), 269–277.

Gunhan-Bilgen I, et al.: Male breast disease: clinical, mammographic, and ultrasonographic features. Eur. J. Radiol., 2002; 43, 3: 246-255.

<http://ginekomastia.com.pl/>

<http://www.klinikawiatroszak.pl/oferta/piersi/chirurgia-piersi-meskiej-ginekomastia-lipomastia/>

<http://www.skupin.pl/Podstrony/Zabiegi/Korekcja-ginekomastii>

<http://www.focus.pl/czlowiek/wstydlivy-problem-meski-biust-9837>

[http://aesthetica.com.pl/clients/25/files/files/AE_05_11-13.pdf]

[<http://www.docedu.klrwp.pl/index.php?kat=178&id=149&token=&strona=0>]

Jakubik J: Najczęstsze choroby i zaburzenia rozwojowe piersi u dzieci i młodych kobiet. Współcz. Onkol., 2004; 8, 6: 288-295.

Kono S, et al.: Immunohistochemical study of the relationship between Ki-67 labeling index of proliferating cells of gynecomastia, histological phase and duration of disease. Pathol. Int. 2006; 56, 11: 655-658.

Kołątaj W., Szewczyk L.: Endokrynologia Pediatryczna. Vol. 3/2004 Nr 4(9) 2004; s. 57 - 58].

Russo J, Russo IH: Development of the human breast. Maturitas, 2004; 49, 1: 2-15.

Sawicki W., Gruczoł sutkowy. [W]: Histologia. PZWL 1997; 503-506.

Sperfeld AD, et al.: X-linked bulbospinal neuronopathy: Kennedy disease. Arch. Neurol., 2002; 59, 12: 1921-1926.

Steele SR, et al.: Gynecomastia: complications of the subcutaneous mastectomy. Am. Surg., 2002; 68, 2: 210-213.

Szczeklik A. (red.): *Choroby wewnętrzne: podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2005, s. 1146 2. Braunstein GD:

Zgliczyński W. Ginekomastia. [W]: Standardy Endokrynologii (Zgliczyński S, Zgliczyński W. red.), Studio Pin, 2002: 113-115.

Zgliczyński W: Co ultrasonografista powinien wiedzieć o ginekomastii? Ultrasonografia 2006; 27: 9-13.

Osoba do kontaktu

Mariola Śleziona

Ul. Piłsudskiego 43/140

43-100 Tychy

Woj. Śląskie Polska

Tel: 513 360 249

mariolas@poczta.onet.eu

WYZWANIA PIELEGNACYJNE WYNIKAJACE Z OPIEKI NAD CHORYM Z ZAPALENIEM OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Mariola Śleziona^{1,2}, Lucyna Graf^{1,3}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach MEGREZ Sp. z o.o.

³NZOZ Opieka Rodziny w Tychach

Streszczenie

Wprowadzenie

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych to choroba wywoływana przez wirusy lub bakterie, rzadziej przez pierwotniaki, pasożyty grzyby i niektóre leki. W krajach zachodnich rocznie na bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zapadają 3 osoby na 100 000, zaś wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest najczęstszą postacią zapaleń mózgu i występuje z częstością 10,9 na 100 000 osób.

Rozwinięcie

Choroba może mieć zróżnicowany przebieg w zależności od wieku chorego, typu zapalenia, czasu trwania i odporności organizmu. Leczenie jest uzależnione od patogenu jaki ją wywołał. Diagnostyka opiera się na objawach, badaniach krwi, punkcji lędźwiowej, posiewach krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, badaniach obrazowych. Może dać poważne powikłania od porażenia, zapalenia mózgu aż do śmierci chorego włącznie.

Wnioski

- Przestrzeganie zasad higieny osobistej i otoczenia, zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby.
- Leczenie powinno rozpocząć się jak najszybciej, gdyż powikłania są mogą zagrażać życiu chorego.
- Należy prowadzić szeroko rozumianą edukację zdrowotną, w zakresie ochrony przed zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Słowa kluczowe: Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, diagnostyka, leczenie, pielęgnacja

Wstęp

Mózg otoczony jest trzema błonami. Zewnętrzna zwana jest Oponą Twardą, środkowa błona zwana Pajęczynówką i wewnętrzna błona zwana Oponą Miękką. Te opony i płyn mózgowy znajdujący się między środkową i wewnętrzną oponą stanowią aparat ochronny mózgu. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (łac. *meningitis cerebrospinalis purulenta*) to choroba wywołana przez wirusy lub bakterie, rzadziej przez pierwotniaki, pasożyty grzyby i niektóre leki, obejmująca opony mózgowo-rdzeniowe. Zapalenie obejmuje tkanki opon, a często przylegające do nich części mózgowia i rdzenia [Mariani E., Mariani AR., Monaco MC., Lalli E., Vitale M., Facchini A. 1991] Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest poważną ostrą chorobą zakaźną, która wymaga bezwzględnego leczenia w szpitalu oraz jest obowiązkowo zgłaszana do stacji sanitarno-epidemiologicznej. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest efektem przedostania się drobnoustrojów do płynu mózgowo-rdzeniowego za pośrednictwem krwi lub wyniku przejścia z miejsc skażonych w trakcie urazu czaszki (np. podczas złamania podstawy czaszki) lub w przebiegu zapalenia ucha środkowego czy zatok. W warunkach zdrowia płyn mózgowo-rdzeniowy jest jałowy W krajach zachodnich rocznie na bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zapadają 3 osoby na 100 000. Badania całej populacji wykazały, że wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest najczęstszą postacią tej choroby i występuje z częstością 10,9 na 100 000 osób, częściej w lecie [https://pl.wikipedia.org/wiki/Zapalenie_opon_m%C3%B3zgowo-rdzeniowych]. Zmiany zapalne w obrębie opon mózgowych mogą mieć również przyczyny nieinfekcyjne. Ujawnić się mogą w przebiegu takich chorób jak: białaczka, nowotwory tkanki limfatycznej, guzy mózgu, przerzuty nowotworów innych narządów do mózgu, sarkoidoza, leki (np. metotreksat) oraz zatrucie ołowiem [<http://www.medonet.pl/zdrowie-na-codzienn,artykul,1621580,1,bakteryjne-zapalenia-opon-mozgowo-rdzeniowych,index.html>].

Rozwinięcie

Jak dochodzi do rozwoju choroby?

Do zakażenia może dojść podczas bezpośredniego kontaktu z wydzielinami i wydaliniami osoby chorej (wirus obecny może być w wydzielinie z nosa i gardła, w wymiocinach oraz kale osoby zakażonej). Choroba może przenieść się również przez przedmioty użytku codziennego (sanitariaty, umywalki, naczynia, ręczniki itp.), jeśli zostaną one zainfekowane wydzieliną z nosa chorego, lub jego wydaliniami. Zakazić się można także spożywając potrawy, przygotowane przez osobę zainfekowaną wirusem, wywołującym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Chorobę spowodować mogą bakterie rozsiewające się z wewnątrzustrojowych

ognisk zapalnych (zapalenie zatok, opryszczka, infekcja wywołana ukąszeniem kleszcza itp.)
[Kennedy P.G.:2005]

TYPY ZAPALENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Wirusy najczęściej do mózgu mogą wtargnąć przez krwioobieg, wtórnie od innej infekcji toczącej się w organizmie (np. zapalenie płuc, dróg żółciowych). Częściej przenosi się z ognisk zapalnych znajdujących się w pobliżu mózgu (np. zatok, ucha środkowego). Wirus dotrzeć może do mózgu po ukąszeniu zakażonego kleszcza lub przeniesieniu infekcji ze zmian opryszczkowych. [<http://www.brainandnerves.com/pl/zakazenia/zapalenie-opon-mozgowych/>]. Wirusowe zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych jest poważnym,, często zagrażającym życiu pacjenta schorzeniem, ze względu na obszar , w którym zapalenie się rozwija. W mózgu mieszczą się bardzo istotne dla życia człowieka ośrodki, zatem toczący się w nim proces zapalny, może spowodować trudne do przewidzenia skutki. [Attia J., Hatala R., Cook DJ., Wong JG., 1999]. Na wirusowe zapalenie chorują przede wszystkim dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. U niemowląt wirusowe zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych występuje stosunkowo rzadko. Chorobę wywołać mogą : enterowirusy, rzadziej wirusy kleszczowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wirus opryszczki, nagminnego zapalenia przyusznic (świnki), wirusy ECHO, HSV-2, arbowirusy (dają meningoencephalitis), coxsackie, VZV, wirus Epsteina-Barr (rzadko), wirusy grypy A i B, wirus odry, półpaśca oraz HIV. [Lipowski D., 2012, Stahl J.P., Mailles A., Dacheux L., Morand P.,2011].

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Istnieje wiele bakterii, które mogą wywołać wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Należą do nich: bakterie *Neisseria meningitidis* (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), lub bakterie meningokokowe, bakterii *Streptococcus pneumoniae* lub bakterie pneumokokowe, *Pseudomonas* spp., gronkowce, *Haemophilus influenzae* typ B, *Staphylococcus*, *Escherichia coli*. Bakteryjne, ropne zapalenie opon zwykle jest następstwem wcześniejszego procesu zapalnego toczącego się w organizmie chorego. Jako proces wtórny może być powikłaniem następujących schorzeń:

- ropnego zapalenia ucha środkowego – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*,

- ropnego zapalenia zatok – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*,
 - odoskrzelowego zapalenia płuc – *Streptococcus pneumoniae*,
 - zmian ropnych na skórze – *Staphylococcus aureus*,
 - ropni przywierzchołkowych zębów – *Staphylococcus aureus*, flora beztlenowa,
 - zakażenia dróg moczowych – *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, flora beztlenowa,
 - zakażenia dróg żółciowych – *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*,
 - ogniska w jamie brzusznej – zakażenia mieszane: flora beztlenowa, pałeczki tlenowe
- G- [https://pl.wikipedia.org/wiki/Zapalenie_ opon_m%C3%B3zgowo-rdzeniowych].

Grzybicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Przyczyną zmian zapalnych w obrębie opon mózgowych mogą być również grzyby np. *Cryptococcus neoformans*, *Coccidioides immitis*. Zachorowaniu sprzyja stan obniżonej odporności organizmu w trakcie leczenia immunosupresyjnego, współistnienie chorób nowotworowych, chorób krwi, cukrzycy, gruźlicy i AIDS. Często na zmiany te cierpią dzieci hospitalizowane i długotrwale leczone antybiotykami. Grzyby z gatunku *Candida albicans* są najczęściej przyczyną zakażenia u noworodków z małą masą urodzeniową, oraz u dorosłych po przeszczepie narządów lub cierpiących na chorobę nowotworową. Natomiast *Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus* ssp., powodują zakażenia u dorosłych obciążonych zmianami nowotworowymi i przerzutami (najczęściej rozsiew z płuca), lub w czasie leczenia immunosupresyjnego. Infekcja grzybami typu *Xylohypha* ssp., *Biopolaris* ssp.–feohyfomikoza mózgu może być efektem rozsiewu z płuc lub zatok (zmiany w płatach czołowych).

Pasożytnicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Pełzakowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane jest przez *Acanthamoeba* lub *Naegleria fowleri* (stosuje się amfoterycyna B, ale leczenie jest zwykle mało skuteczne). Zmiany zapalne może spowodować także toksoplazmoza mózgu –wywołana przez *Toxoplasma gondii* (tego typu zmiany leczy się pirymetaminą z sulfadiazyną lub spiramycyną)

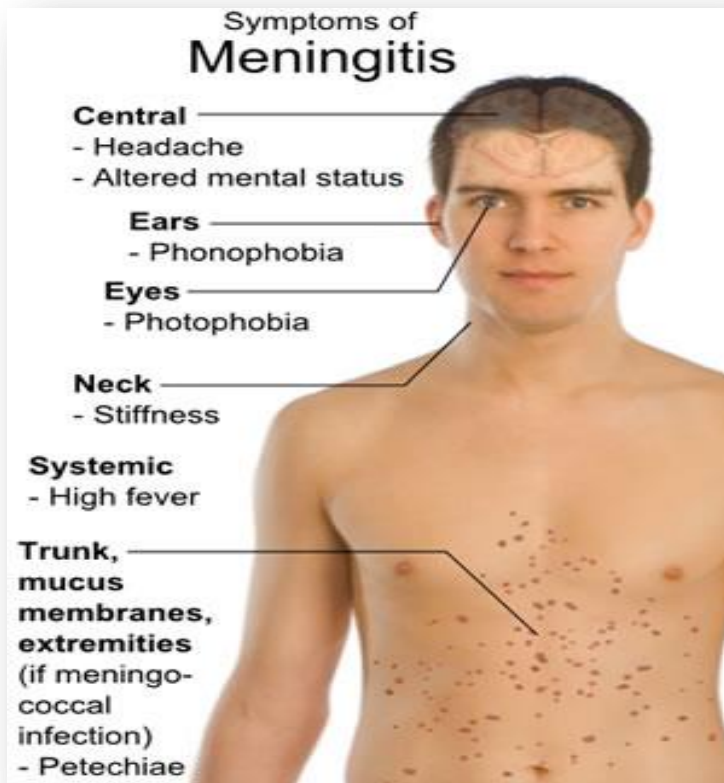
[<http://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/mikrobiologia/files/stomatologia/ZAKAZENIACUN.pdf>]

OBJAWY CHOROBY

Objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych są różne w zależności od wieku i etiologii, oraz czasu trwania choroby. U noworodków i niemowląt objawy mogą być nietypowe. Gorączka występuje rzadko, a u noworodków ciepłota ciała może być nawet obniżona. W przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych schorzenie przebiega zwykle w dwóch etapach. Pierwszy trudny w diagnostyce (pojawiają się symptomy niespecyficzne, przypominające infekcje ogólnoustrojową), w drugim etapie dołączają się objawy ze strony OUN. Choroba może mieć następujące symptomy:

- wzrost temperatury ciała (39-40 stopni Celsjusza),
- bóle głowy,
- nieżyt górnych dróg oddechowych (ból gardła, kaszel, uczucie zimna, chrypka),
- mdłości,
- wymioty,
- czasem biegunka,
- senność,
- zaburzenia mowy,
- porażenie mięśni,
- plamista wysypka skórna (meningokoki),
- przemijające niedowłady nerwów czaszkowych,
- objaw Brudzińskiego,
- objaw Kerniga,
- Podwójne widzenie,
- światłowstręt,
- oczopląs,
- zaburzenia mowy,
- porażenie mięśni,
- drgawki,
- przeczulica na bodźce,
- pobudzenie,
- śpiączka,

[Grygorczuk S., Mierzyńska D., Zdrodowska A. i wsp.,2002; Kennedy P.G., 2005., Zajkowska J.M., Hermanowska-Szpakowicz T., Pancewicz S.A., Kondrusik M, Grygorczuk S., 2006].



Źródło: http://www.news-medical.net/health/Meningitis_Symptoms%28Polish%29.aspx

Diagnostyka wirusowego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych

Diagnostyka wirusowego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych nie jest prosta we wczesnym okresie choroby, gdyż zwykle dominują symptomy wcześniej toczącej się infekcji. Kiedy jednak zachodzi podejrzenie zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych, należy sprawdzić u chorego triadę objawów oponowych :

- Sztywności karku (gdy osoba chora leży i próbujemy przygiąć jej głowę do klatki piersiowej, odczuwany jest ból.
- Objaw Brudzińskiego (objaw karkowy – przy biernym przygięciu głowy do klatki piersiowej występuje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych, objaw policzkowy – ucisk na policzek poniżej kości jarzmowej powoduje uniesienie

przedramion i ich zgięcie, objaw łonowy – zdecydowany ucisk na spojenie łonowe powoduje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych.

- Objaw Kerniga (wyróżnia się dwa objawy Kerniga: górny - zginając tułów siedzącego pacjenta ku przodowi badający stwierdza odruchowe zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowym i biodrowym, dolny - w czasie biernego zginania kończyny dolnej w stawie biodrowym występuje przymusowe zgięcie w stawie kolanowym. Objaw Kerniga jest obustronny i nie powoduje bólu w przeciwieństwie do objawu Lasègue'a w rwie kulszowej (objaw opisał jako pierwszy Woldemar Kernig w 1882 roku) [https://pl.wikipedia.org/wiki/Objaw_Kerniga].

Wykonuje się również nakłucie lędźwiowe (punkcję lędźwiową), która polega na nakłuciu kręgosłupa w okolicy lędźwiowej i pobraniu płynu mózgowo-rdzeniowego do badania (po uprzedniej ocenie dna oka, gdyż wzmożone ciśnienie śródczaszkowe jest przeciwwskazaniem do punkcji). W czasie pobierania stwierdza się podwyższone ciśnienie płynu mózgowo – rdzeniowego, a w badaniu zwiększoną liczbę komórek (pleocytoza) z przewagą limfocytów. W bakteryjnym zapaleniu **płyn mózgowo-rdzeniowy** jest mętny i żółtawy (prawidłowo powinien być klarowny i wodojasny), zawiera podwyższoną liczbę komórek – w większości są to neutrofile (w prawidłowych warunkach w płynie nie ma neutrofilii), podwyższona jest też ilość białka, a zawartość glukozy jest wybitnie obniżona. Posiew płynu wykazuje obecność określonych bakterii. Wskazane jest też wykonanie antybiogramu, w celu określenia wrażliwości bakterii na określone antybiotyki. W wirusowym zapaleniu opon, obraz płynu mózgowo-rdzeniowego jest nieco inny. Płyn jest klarowny, wodojasny, liczba komórek jest podwyższona (zwykle mniej niż w bakteryjnym zapaleniu) i są to głównie limfocyty, ilość białka również jest podwyższona, choć wartości te są mniejsze niż w zapaleniu bakteryjnym, poziom glukozy zwykle jest prawidłowy. Posiew płynu nie wykazuje obecności drobnoustrojów. Wykonuje się również badanie wirusa, w płynie mózgowo-rdzeniowym metodą genetyczną PCR (polimerazowa reakcja łańcuchowa). Wadą badań genetycznych PCR jest długi czas oczekiwania na ich wynik [<https://portal.abczdrowie.pl/bakteryjne-zapalenie-opon-mozgowych>]. Leczenie należy rozpocząć jak najszybciej dlatego też, diagnozować należy również w oparciu o symptomy choroby sugerujące ten rodzaj zapalenia. U małych dzieci wykonuje się badania obrazowe mózgu (USG przezciężarkowe u dzieci z niezarośniętym ciemniączkiem dużym, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny) [<http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psychiatria/wirusowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych.html#popupClose>]; Brydak LB.,2002;].

Powikłania zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych

Powikłania zapalenia opon mózgowo- rdzeniowych zdarzają się stosunkowo rzadko, jeśli diagnostyka została przeprowadzona sprawnie i szybko wprowadzono odpowiednie leczenie. Bywa jednak, że organizm chorego słabo odpowiada na zastosowaną terapię, lub istnieją infekcje towarzyszące, wówczas mogą rozwinąć się poważne powikłania. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych może skutkować:

- zapaleniem mózgu
- powstaniem wodogłowia,
- istnieniem zaburzeń snu,
- niedowładami i porażeniami kończyn, izbę przyjąć
- W niektórych rzadszych przypadkach zapalenie opon może prowadzić do kardiomiopatii (dysfunkcji mięśnia serca) i zapalenia mięśnia sercowego.

U dzieci dotkniętych tym schorzeniem w powikłanym przebiegu może dojść do:

- wodniaków podtwardówkowych,
- ropnia mózgu,
- zakrzepów naczyń żylnych opony twardej,
- zarostowych zapaleń pajęczynówki,
- zapalenia wyściółki komór mózgowych

[[<http://www.brainandnerves.com/pl/zakazenia/zapalenie-opon-mozgowych/>;Stahl J.P., Mailles A., Dacheux L., Morand P, ; Brydak LB.,2002;].

Leczenie i pielęgnacja chorego

Leczenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest różne w zależności od przyczyny wywołującej chorobę. Zwykle wirusowe zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych przebiega stosunkowo łagodnie i może być leczone w domu. Choroba wykazuje tendencje do samoograniczania się. Zdarzają się jednak przypadki, których przebieg jest nietypowy, gwałtowny lub powikłany, wówczas chory wymaga hospitalizacji. Nie ma aktywnych środków przeciwko wirusowemu zapaleniu opon mózgowych (generalnie zapalenia wirusowe leczy się objawowo) i stan musi przejść swoje etapy. Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) ma łagodny przebieg i ustępuje bez pozostawiania trwałych uszkodzeń neurologicznych. Szacuje się, że śmiertelność z powodu wirusowych ZOMR jest poniżej 1% [<https://portal.abczdrowie.pl/zapalenie-opon-mozgowych>]. Leczenie rozpoczyna się od niwelowania uciążliwych objawów chorobowych. Chory zazwyczaj źle się czuje i jest

osłabiony. Należy zapewnić pacjentowi spokój i dogodne warunki do wypoczynku. Bóle głowy i światłowstręt likwiduje się poprzez opuszczenie rolet, wykonanie okładu na czoło i podanie leków przeciwbólowych. W przypadkach objawów zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego stosuje się leki przeciwobrzękowe i przeciwpadaczkowe. Wprowadza się także leczenie lakami moczopędnymi, które zwalczają obrzęk mózgu i wzmożone ciśnienie śródczaszkowe. Kiedy u chorego pojawią się mdłości i wymioty należy zadbać o higienę jamy ustnej (dostarczyć miskę nerkowata, szklankę z wodą do płukania ust i chusteczki higieniczne do otarcia), można też podać leki przeciwwymiotne. Ze względu na osłabienie i słabą mobilność chorego, należy pomóc pacjentowi w czynnościach higienicznych i czynnościach dnia codziennego. Samopoczucie chorego możemy poprawić likwidując gorączkę: podając środki przeciwgorączkowe, stosując okłady chłodzące i uzupełniając płyny. Należy zadbać o bezpieczeństwo pacjenta, monitorować podstawowe parametry życiowe, nawodnienie (pod kontrolą bilansu wodnego, by zapobiec odwodnieniu ale też przewodnieniu, które napędza obrzęk mózgu), kontroli poddajemy stan świadomości pacjenta. Kontrolować również należy gospodarkę elektrolitową i kwasowo-zasadową. Jeśli zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych jest infekcją wtórną, leczeniu poddać należy również infekcję pierwotną. Zalecane jest leczenie przeciwzapalne przy pomocy glikokortykosteroidów. Jeśli w przebiegu choroby dojdzie do chwilowych porażań lub niedowładów, chorego należy jak najszybciej objąć rehabilitacją i zastosować masarże terapeutyczne. Gdy dochodzi do powikłań i stan chorego gwałtownie się pogarsza, należy przekazać pacjenta na OIOM, gdzie wdrożone zostaną procedury opieki nad chorym nieprzytomnym [Kennedy P.G.:2005, <http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psihiatria/wirusowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych.html#popupClose>].

W przypadku bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wskazane jest zastosowanie terapii antybiotykowej, Na początek stosuje się antybiotykoterapię empiryczną, najczęściej penicylinę G i cefotaksym (lub ceftriakson) dożylnie, a następnie zmienia się antybiotyk w zależności od wyniku posiewu i antybiogramu (antybiotykoterapia celowana), wraz z zastosowaniem leków osłaniających florę bakteryjną jelit (lakcid, lacidofil). Leczenie polega na intensywnej antybiotykoterapii przez 14 - 21 dni w zależności od rodzaju infekującej bakterii i stopnia ustępowania objawów. Po upływie 24 - 48 godzin wykonuje się kontrolne nakłucie lędźwiowe w celu stwierdzenia skuteczności leczenia. Jeśli po tym czasie stosowania antybiotyku nie nastąpi wyjałowienie płynu z bakterii należy zmienić antybiotyk. W przypadku zapalenia gruźliczego włączamy **leki przeciwprątkowe**.

[<https://portal.abczdrowie.pl/bakteryjne-zapalenie-opon-mozgowych#przyczyny-zapalenia-opon-mozgowych>].

Zapobieganie chorobie

Niezwykle istotne jest przestrzeganie zasad higieny w stołówkach, toaletach publicznych, łaźniach, restauracjach itp. Należy chronić jedzenie przed owadami, dotykiem innych osób, i nie dopuszczać do pracy z żywnością osób przeziębionych lub chorych. Trzeba ubierać się stosownie do pogody, unikać dużych skupisk ludzkich w okresach grypowych, leczyć stany przeziębienia (obniżające odporność organizmu), leczyć należy opryszczkę od wczesnego jej okresu. Przestrzeganie higieny osobistej znacznie zmniejsza ryzyko przeniesienia wirusów wywołujących zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych. Należy unikać bezpośredniego picia z jednej butelki, używania wspólnej bielizny, ubrań, wspólnych ręczników itp. Wskazane jest zasłanianie ust chusteczką w czasie kichania i kaszlu, mycie rąk po wyjściu z toalety i przed posiłkami oraz używanie wyłącznie własnych kosmetyków. Bardzo ważne są szczepienia przeciw chorobom, wykazującym w swym przebiegu powinowactwo do zapalenia opon mózgowych (odra, świnka, różyczka) [Ferrari S., Toniolo A., Monaco S., Luciani F., Cainelli F., Baj A., TemesgenmZ., Vento S., 2009; <http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psychiatria/wirusowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych.html#popupClose>].

Można również zaszczepić się przeciw niektórym czynnikom biologicznym inicjującym rozwój choroby. Na rynku dostępne są szczepionki przeciwko niektórym patogenom wywołującym zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych. Są to preparaty przeciwko meningokokom, pneumokokom, Haemophilus influenzae typ B oraz wirusowi kleszczowego zapalenia opon mózgowych [<https://portal.abczdrowie.pl/zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych-i-mozgu>]. Bardzo ważna jest też edukacja zdrowotna prowadzona w kierunku ochrony przed ukąszeniem kleszczy, szybkiego rozpoznania i zgłoszenia obecności rumienia (mogącego świadczyć o infekcji), co pozwoli na ukierunkowaną diagnostykę w przypadku pojawienia się objawów sugerujących zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Ryzyko zakażenia chorobą (wirusową lub bakteryjną postacią) wzrasta gdy przebywa się w bliskim otoczeniu osoby chorej. Gdy wykryty zostaje przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wszystkim w gospodarstwie domowym podawane są zapobiegawczo antybiotyki lub szczepionki [<http://www.brainandnerves.com/pl/zakazenia/zapalenie-opon-mozgowych/>].

Wnioski

- Przestrzeganie zasad higieny osobistej i otoczenia, zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby.
- Leczenie powinno rozpocząć się jak najszybciej, gdyż powikłania są mogą zagrażać życiu chorego.
- Należy prowadzić szeroko rozumianą edukację zdrowotną, w zakresie ochrony przed zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Bibliografia

Attia J., Hatala R., Cook DJ., Wong JG. *The rational clinical examination. Does this adult patient have acute meningitis?*. „JAMA”. 282 (2), s. 175–81, 1999.

Brydak LB. Neurologiczne powikłania zakażeń wywołanych przez wirus grypy. *Przegląd Epidemiologiczny* 2002, 56 (supl. 1), s. 16-30

Ferrari S., Toniolo A., Monaco S., Luciani F., Cainelli F., Baj A., TemesgenmZ., Vento S.: Viral Encephalitis: Etiology, Clinical Features, Diagnosis and Management. *Open. Infect. Dis. J.*, 2009; s. 1-12

Grygorczuk S., Mierzyńska D., Zdrodowska A. i wsp. Tick-borne encephalitis in north-eastern Poland in 1997–2001: A Retrospective Study. *Scand. J. Infect. Dis.* 2002 s. 34: 904 – 909

<http://www.brainandnerves.com/pl/zakazenia/zapalenie-opon-mozgowych/>

<https://portal.abczdrowie.pl/zapalenie-opon-mozgowych>

<http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1621580,1,bakteryjne-zapalenia-opon-mozgowo-rdzeniowych,index.html>

<http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psihiatria/wirusowe-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych.html#popupClose>

https://pl.wikipedia.org/wiki/Zapalenie_opon_m%C3%B3zgowo-rdzeniowych

<http://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/mikrobiologia/files/stomatologia/ZAKAZENIACUN.pdf>

Kennedy P.G.: Viral encephalitis. *J. Neurol.*, 2005 s. 252, 268–272

Mariani E., Mariani AR., Monaco MC., Lalli E., Vitale M., Facchini A. *Commercial serum-free media: hybridoma growth and monoclonal antibody production*. „Journal of Immunological Methods”. 1991.: 145 (1-2), s. 175–83,

Lipowski D.: Wirusowe zakażenia układu nerwowego, [w:] Cianciara J., Juszczak J.: *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, s. 272-274.

Stahl J.P., Mailles A., Dacheux L., Morand P.: Epidemiology of viral encephalitis in 2011. *Med. Mal. Infect.*, 2011; s. 41, 453–464

Zajkowska J.M., Hermanowska-Szpakowicz T., Pancewicz S.A., Kondrusik M, Grygorczuk S.;
Herpes simplex encephalitis. Pol. Neurolog. Rev., 2006 s. 2, 22–26

Osoba do kontaktu

Mariola Śleziona

Ul. Piłsudskiego 43/140

43-100 Tychy

Woj. Śląskie Polska

Tel: 513 360 249

NOSICIELSTWO WIRUSÓW HBV I HCV A ŚWIADOME RODZICIELSTWO

Mariola Śleziona^{1,2}, Lucyna Graf^{1,3}, Renata Mroczkowska^{1,4}, Barbara Stołecka¹, Gabriela Ptaszek^{1,4}, Bogusława Serzysko⁴, Karina Wawros^{1,4}

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach MEGREZ Sp. z o.o.

³NZOZ Opieka Rodziny w Tychach

⁴Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Streszczenie

Wprowadzenie

Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo, to nie tylko poczęcie dziecka w zaplanowanym i dogodnym dla rodziców momencie. To również odpowiedzialność za monitorowanie zdrowia rodziców, i zminimalizowanie ryzyka obciążenia dziecka chorobą któregoś z nich.

Rozwinięcie

Wirusy HBV i HCV obecne są we krwi, wydzielinie pochwowej, nasieniu oraz mleku matki. Ryzyko zakażenia płodu w łonie matki jest minimalne, wzrasta w trakcie porodu drogami naturalnymi. Karmienie dziecka przez matkę (nosicielkę) jest dozwolone. Zaleca się jednak stosowanie nakładek silikonowych. Osoby objęte terapią antywirusową muszą stosować antykoncepcję przed, w trakcie i 7 miesięcy po zakończeniu leczenia.

Wnioski

- Osoby planujące dziecko powinny wcześniej wykonać badania, potwierdzające dobry stan zdrowia.
- W przypadku nosicieli wirusów HBV i HCV, należy przeprowadzić edukację zdrowotną, pozwalającą na bezpieczne prowadzenie ciąży i zminimalizowanie ryzyka zakażenia dziecka w czasie porodu.
- Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki WZW, jest podstawą świadomego rodzicielstwa, w aspekcie ochrony dziecka przed wirusami hepatotropowymi.

Słowa kluczowe: Wirusowe zapalenia wątroby, profilaktyka, zakażenie, ciąża, rodzicielstwo

Wprowadzenie

Choroba dziecka to traumatyczne przeżycie dla każdego rodzica. Spowodowanie, że dziecku zostanie ona przekazana przez matkę lub ojca w sytuacji, gdy można byłoby jej zapobiec,

to niewybaczalne zaniedbanie. Dlatego niezwykle ważne jest, by mieć świadomość stanu własnego zdrowia, nim podejmie się decyzję o powiększeniu rodziny. Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo, to nie tylko poczęcie dziecka w zaplanowanym i dogodnym dla rodziców momencie. To również odpowiedzialność za monitorowanie zdrowia rodziców, i zminimalizowanie ryzyka obciążenia dziecka chorobą któregoś z nich. Od świadomości przyszłych rodziców, z których jedno lub oboje są nosicielami wirusów HBV lub HCV zależy, czy ich dziecko będzie obciążone ryzykiem zakażenia się od nich którymś z wirusów. Od blisko pół wieku prowadzi się badania nad wirusem HBV, które zaowocowały opracowaniem szczepionki przeciw temu wirusowi, co pozwala skutecznie chronić się przed skutkami WZW typu B [Juszczak J., 2007]. Wirus HCV odkryty został w 1989 roku i mimo zaawansowanych badań, nie udało się do dziś opracować szczepionki, która dałaby trwałą odpowiedź immunologiczną. Zatem ochrona przed tym wirusem głównie opiera się na edukacji zdrowotnej, podnoszeniu świadomości społecznej, unikaniu sytuacji ryzykownych i stosowaniu się do ustalonych procedur medycznych (mija 20 lat od zmiany procedur medycznych w Polsce związanych z ochroną przed tym wirusem). Po 1992 roku rozpoczęto badania krwi, wykorzystywanej w zabiegach medycznych na obecność wirusa HCV. Pomimo tego świadomość społeczna w Polsce jest wciąż bardzo słaba - 32 % respondentów nigdy nie słyszało o WZW C. Badanie opinii publicznej przeprowadzono w ramach kampanii „Obudź się, póki wirus HCV drzemie”, której głównym organizatorem i pomysłodawcą była Fundacja Urszuli Jaworskiej [<http://www.biomedical.pl/aktualnosc/20-lat-badan-na-hcv-w-polsce-8133.html>]. Badania, które przeprowadzono w Polsce na 544 ciężarnych kobietach wykazały, że świadomość przyszłych mam dotycząca wirusa HCV jest niewystarczająca, a częstość występowania przeciwciał anti-HCV w tej grupie kobiet ciężarnych wynosiła 2,02% [Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M i wsp; 2009]. Wirus HCV głównie przenosi się drogą krwi, a ryzyko zakażenia się drogą płciową jest w tym przypadku znikome. Zwiększa się wtedy, gdy kobieta ma menstruację, albo jeden z partnerów ma uszkodzenia nabłonka w obrębie narządów płciowych. Przyjmuje się, że prawdopodobieństwo przeniesienia wirusa na dziecko w czasie ciąży wynosi około 5%. Ryzyko zwiększa się jednak przy jednoczesnym zakażeniu matki wirusem HIV. Istotnym czynnikiem ryzyka jest dawka wirusa. Powszechnie uznanym czynnikiem ryzyka, który ma bezpośredni wpływ na transmisję wertykalną wirusa HCV jest poziom wirerii matki. Ryzyko zakażenia dziecka zwiększa się wraz ze wzrostem ilości wirusowego RNA wykrytego w surowicy zakażonej kobiety. Szacuje się, że wiremia powyżej 105–106 IU/ml kilkakrotnie zwiększa prawdopodobieństwo pionowego

przeniesienia wirusa C [Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Dobosz S:2001; Indolfi G, Resti M;2009]. Jednocześnie nie określono takiego poziomu wiremii, poniżej którego nie istnieje ryzyko zakażenia wertykalnego dziecka. Do transmisji zakażenia może dojść u tych kobiet, u których stwierdza się dodatni wynik badania na obecność przeciwciał anty-HCV i na obecność RNA wirusa HCV. Do zakażenia dziecka wirusowym zapaleniem wątroby typu C dochodzi prawdopodobnie podczas porodu. Każda kobieta w ciąży powinna wykonać badania w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu C – testu na obecność przeciwciał wirusa (anty-HCV) we krwi, ponieważ wczesna diagnostyka zwiększa szanse skutecznej terapii matki i pozwala monitorować stan dziecka, pod kątem ewentualnego zakażenia. Życie z przewlekłą chorobą może być przerażającym doświadczeniem, z którym trudno się pogodzić. Dlatego osoby, u których zdiagnozowano WZW C często potrzebują pomocy, aby poradzić sobie z wpływem choroby na ich życie i pokonać wyzwania emocjonalne, które przed nimi stają. Nieocenione jest zatem edukowanie społeczeństwa w zakresie ochrony przed wirusami HBV i HCV w aspekcie ochrony własnej i przyszłych pokoleń [http://www.doz.pl/czytelnia/a2616-Jestes_w_ciazy_albo_planujesz_dziecko, Newell ML, Pembrey L., 2002;].

Rozwinięcie

Planowanie rodziny

Odpowiedzialność rodzicielska uaktywnić powinna się przed podjęciem starań o powiększenie rodziny. Zarówno przyszła matka, jak i ojciec powinni poddać się badaniom kontrolnym. Wskazane jest wykonanie następujących badań: **podstawowe badania laboratoryjne** (morfologia krwi, oznaczenie grupy krwi oraz czynnika Rh, badanie ogólne moczu, badanie stężenia glukozy we krwi). Istotne są również **badania w kierunku rozpoznania bądź wykluczenia choroby zakaźnej** (kiła (VDRL), HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B - antygen Hbs (HBV), wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV), toksoplazmoza (IgG, IgM), różyczka, paciorkowce B-hemolizujące). Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i rozporządzeniem Ministra Zdrowia każda kobieta ciężarna powinna mieć wykonane przed 10 tygodniem ciąży badania na obecność wirusa HIV oraz na obecność wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV). Badanie na obecność wirusa HIV powtarzamy między 33-37 tygodniem ciąży, zaś badanie na obecność HCV powtarzamy w tym samym okresie ciąży u kobiet obarczonych zwiększonym ryzykiem zakażenia. Wykonanie tych badań pozwala zidentyfikować grupę kobiet zakażonych,

wdrożyć u nich odpowiednie leczenie, zminimalizować ryzyko transmisji zakażenia na płód [<http://naszolsztyniak.pl/288110,Podaruj-dziecku-zdrowe-zycie.html#axzz3hst1D1Ch>].

Kobieta planująca zajście w ciążę powinna także poddać się badaniom ginekologiczno – położniczym - badanie ultrasonograficzne, badanie dna miednicy, badania prenatalne dla kobiet z grupy ryzyka (m.in. u ciężarnej powyżej 35 roku życia lub w przypadku obciążeń genetycznych w rodzinie

Wpływ wirusów HBV i HCV na płód



Źródło:

pl/search?q=płód&newwindow=1&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMItOriiNqSxwIVxMByCh0axAr8&biw=751&bih=336

Wirus HBV obecny jest we krwi, wydzielinie pochwowej oraz w nasieniu. Przewlekłe WZW B u mężczyzn zmniejsza szansę posiadania potomstwa. Infekcja wirusem HBV i HCV powoduje zmniejszenie ilości, żywotności i ruchliwości plemników. Wzrost stężenia nadnerczowych kortykosteroidów i estrogenów u ciężarnych może wpływać na wzrost wirerii HBV. Ryzyko zakażenia płodu w łonie matki jest minimalne, wzrasta w trakcie porodu drogami naturalnymi, szczególnie u matek z wysoką wirerią i z obecnym antygenem HBe. W wielu krajach badania określające obecność serologicznych markerów zakażenia HBV wśród ciężarnych są obowiązkowe. W Polsce, nie wszystkie ciężarne poddają się tej

procedurze. Matczyne przeciwciała anty-HCV przechodzą przez łożysko, mogą być zatem obecne w surowicy krwi noworodka i niemowlęcia. [Flisiak R, Łapiński W, Szulżyk T., 2010]. Ciężarne, u których występuje wirusowe zapalenie wątroby typu C mogą urodzić chore dziecko. Na podstawie obserwacji ustalono, iż ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na płód wynosi od 0-20 % i wiąże się przede wszystkim z nasileniem procesu chorobowego u kobiety. Ciężarne, u których wykrywa się wirusa we krwi mają największe szanse na przeniesienie infekcji tzn. ok. 20%. Kobiety, u których wirusa we krwi nie stwierdza się, ale mają przeciwciała przeciwko wirusowi występuje mniejsze ryzyko urodzenia zarażonych dzieci [http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/wirusowe-zapalenie-watroby-typu-c-w-czasie-ciazy-informacje-dla-pacjentek/213.html] Częstość transmisji wertykalnej (z matki na dziecko) szacuje się średnio na 6.2%. Wśród czynników zwiększających ryzyko transmisji wymienia się:

- Wysoki poziom wirusii matki
- Współistniejąca infekcja HIV
- Zakażenia komórek PBMC
- Zakażenie matki genotypem 1b lub 3a
- Żeńska płeć dziecka (prawdopodobieństwo zakażenia dziewczynki według prowadzonych statystyk jest dwa razy większe niż zakażenie chłopca) [http://www.bip.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0011/17759/Zalcznik-nr-1-Procedura-postepowania.pdf].

Nie stwierdza się teratogennego oddziaływania wirusa HBV na płód. Odnotowuje się jedynie związane z obecnością wirusa u ciężarnej przedwczesne porody lub niskie masy urodzeniowe noworodków. W około 10% przypadków istnieje ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko we wczesnej ciąży (odsetek ten wzrasta, gdy do zakażenia dochodzi w trzecim trymestrze). Częstość transmisji przezłożyskowej u matek przewlekle zakażonych wynosi około 5–15%. Transmisja HBV podczas ciąży związana jest z „przełamaniem” bariery łożyskowej i zakażeniem płodu [Bai H, Zhang L, Ma L i wsp: 2007]. Częstość zakażenia HCV wśród kobiet ciężarnych w Europie szacuje się na 0,15-2,4 proc. W krajach wysoko rozwiniętych zakażenie wertykalne stanowi najczęstszą przyczynę WZW typu C u dzieci. Około 1/3 z nich powstaje wewnątrzmacicznie, do pozostałych dochodzi okołoporodowo [K. L. B. Reddick, R. Jhaveri, M., 2011].

Wirusowe zapalenie wątroby w ciąży

Kobieta w okresie ciąży powinna szczególnie dbać o swoje zdrowie i unikać sytuacji ryzykownych, narażających ją na infekcję. Szczególnie niebezpieczne są choroby zakaźne. Newralgiczny dla utrzymania ciąży i prawidłowego rozwoju płodu jest okres pierwszych trzech miesięcy (organogeneza), kiedy tworzą się wszystkie narządy dziecka. Wtedy może dojść również u ciężarnej do zakażenia wirusami HBV i HCV, lecz gdy nie wystąpi żółtaczka, symptomy WZW mogą być mylone z typowymi dolegliwościami kobiet w ciąży.

Wirusowe zapalenie wątroby w ciąży wzbudza u kobiet niepokój o zdrowie własne i dziecka. Bywa, że rozwój choroby w tym okresie ma ostry przebieg. WZW rozpoznaje się na podstawie wyników laboratoryjnych, zwłaszcza prób wątrobowych (Alat, Aspat, Bilirubina, FA, GGTP). Żółtaczkę u ciężarnej można podejrzewać, obserwując takie objawy, jak dolegliwości ze strony układu pokarmowego (mdłości, wymioty, biegunki), które początkowo nie wzbudzają niepokoju, gdyż są częstymi objawami towarzyszącymi rozwijającej się ciąży. Mogą dołączyć się bóle stawowe i zmiana barwy skóry na żółtawą. Zażółceniu ulec mogą również oczy. Ważne jest wczesne rozpoznanie infekcji, ponieważ umożliwia stosunkowo wczesne opracowanie strategii „prowadzenia ciąży” i właściwe przygotowanie porodu. Gdy u ciężarnej wynik na obecność antygeny Hbs jest dodatni, ginekolog powinien zlecić dodatkowe badania, które stwierdzą, czy kobieta jest nosicielem, czy też choruje na przewlekłe zapalenie wątroby (nosicielstwo nie oznacza choroby). Do zakażenia wystarczy ilość krwi tysiąc razy mniejsza niż ta, która możesz dostrzec gołym okiem. Zachorowanie na WZW typu B i C we wczesnej ciąży nie stanowi poważniejszego ryzyka poronienia. Z badań przeprowadzonych w grupie kobiet ciężarnych wynika, że wirusy WZW mają wpływ nie tylko na przedwczesny poród, ale również na niższą skalę Apgar u noworodków, krwotoki przedporodowe i ryzyko rozwoju cukrzycy ciężarnych. Istnieje możliwość, że u pacjentek chorujących na przewlekłe zapalenie wątroby po latach wirus eliminuje się samoistnie z krwi, a chore nie stanowią już źródła zakażenia. Jednak częściej choroba przechodzi w stan przewlekły i wymaga systematycznego nadzoru, badań i podjęcia odpowiedniego dla danego typu wirusa leczenia [Flisiak R, Łapiński W, Szulzyk T; 2010].

Poród i połóg w aspekcie ochrony noworodka przed infekcją

W przypadku, gdy u ciężarnej stwierdza się infekcję HCV należy podczas ciąży w miarę możliwości unikać wykonywania zabiegów niosących ryzyko mieszania się krwi kobiety z krwią płodu. Wciąż dyskusyjna jest kwestia rozwiązania ciąży. Dużo mniejsze

prawdopodobieństwo zakażenia dziecka krwią matki występuje, gdy ciążę rozwiązuje się cesarskim cięciem. Nie ma także skutecznej immunoglobuliny przeciwdziałającej okołoporodowemu zakażeniu. Okres okołoporodowy obejmuje 2 ostatnie tygodnie ciąży, gdy następuje zmniejszenie szczelności bariery łożyskowej.

[<http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/wirusowe-zapalenie-watroby-typu-c-w-czasie-ciazy-informacje-dla-pacjentek/213.html>; Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M i wsp.; 2007]. W okresie okołoporodowym sporadycznie odnotowuje się też przypadki ostrej niewydolności wątroby oraz zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrzmacicznego. Około 70-90% noworodków zostaje zakażonych wirusem w czasie porodu naturalnego. Wtedy dochodzi najczęściej do kontaktu uszkodzonego naskórka dziecka (przy przechodzeniu przez kanał rodny) z zakażoną krwią matki. W takim przypadku bardzo istotne jest przeprowadzenie prawidłowej profilaktyki poekspozycyjnej u noworodka. Zaraz po porodzie noworodek, którego matka jest zarażona wirusem HBV powinien otrzymać w tym samym czasie, lecz w różne miejsca: swoistą surowicę przeciwko HBV – HBIg i szczepionkę przeciwko HBV (z kontynuacją całego cyklu w późniejszym czasie). Dużo mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia dziecka krwią matki występuje, gdy ciążę rozwiązuje się cesarskim cięciem. Przedłużenie czasu od odpłynięcia wód płodowych do porodu u matek HCV (+) jest kolejnym czynnikiem zwiększonego ryzyka wertykalnego zakażenia dziecka wirusem HCV. Według danych EPHN każda kolejna godzina zwiększa ryzyko transmisji o 3% [European Paediatric Hepatitis C Virus Network; 2005]. Obecność przeciwciał anty HCV u dziecka urodzonego z matki HCV(+) nie świadczy o zakażeniu go HCV - świadczyć może o tym fakt braku zaniku tych przeciwciał w okresie powyżej 12 miesiąca życia (względnie powyżej 18 miesiąca życia - inne źródła) lub potwierdzona obecność HCV RNA w badaniu molekularnym PCR. Ocenia się, że zastosowanie profilaktyki bierno-czynnej u noworodków matek z wirusową HBV jest nieskuteczne w około 10%. Nie ma obecnie żadnych potwierdzonych metod, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia wertykalnego, jest ono niemodyfikowalne [Lee C., Gong Y., Brok J., Boxall E.H. i wsp.; 2006].

Karmienie dziecka i okres poporodowy

Wirus może znajdować się nie tylko we krwi matki, ale także w ślinie oraz mleku. Obecnie przyjmuje się, że karmienie piersią przez kobiety zarażone HCV nie przyczynia się do przeniesienia infekcji na dziecko i traktuje się je jako bezpieczne. Niektórzy lekarze uważają, iż karmienie mlekiem matki może być dozwolone tylko u tych kobiet, u których w mleku nie

stwierdza się cząsteczek wirusa. U 43% zakażonych kobiet ciężarnych stwierdza się w mleku matki obecność wirusa HBV. Jednak wiremia wirusa w mleku kobiecym jest niewielka i stanowi znikoma możliwość przeniesienia zakażenia. Karmienie dziecka przez matkę zakażoną wirusem HBV jest dozwolone. Problem może pojawić się, gdy dojdzie do uszkodzenia, pęknięcia brodawki. Wówczas pojawia się płyn wysiękowy, czasem krew, w których ilość wirusa jest znacznie większa i tym samym wzrasta ryzyko ekspozycji. By wyeliminować to zagrożenie, zaleca się matkom karmiącym nakładanie na sutek specjalnych, silikonowych nakładek do karmienia. Takie działanie wyeliminuje ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko w okresie karmienia [Flisiak R, Łapiński W, Szulżyk T; 2010]. Wirus HCV jest wykrywalny w sianie i mleku nawet u 20% zakażonych matek, u których stwierdza się go w surowicy. Dotychczas jednak nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych w częstotliwości zakażenia HCV u dzieci karmionych piersią i sztucznie [Gniadek A., Biegańska O., Cisek M, 2008]. Dzieci chorych matek mogą mieć we krwi przez pierwszy rok życia przeciwciała przeciwko wirusowi nabyte od matki. Dlatego ich obecność w tym okresie nie jest jednoznaczna z rozpoznaniem choroby. Nadal niewiele wiadomo o przebiegu zakażenia u dzieci, które zaraziły się w okresie okołoporodowym. Wirus utrzymuje się w ich krwi latami, ale w badaniach nie stwierdza się żadnych odchyżeń od normy, i zwykle rozwój tych dzieci przebiega prawidłowo. U nielicznych dzieci obserwuje się przewlekły stan zapalny wątroby [<http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/wirusowe-zapalenie-watroby-typu-c-w-czasie-ciazy-informacje-dla-pacjentek/213.html>].

Zagrożenia wynikające ze stosowania leków antywirusowych w ciąży i w okresie laktacji

Mężczyźni zakażeni wirusami HBV i HCV w trakcie leczenia antywirusowego nie powinni planować rodziny, i przez okres siedmiu miesięcy po jego zakończeniu. Leczenie skojarzone pegylowanym interferonem alfa i rybawiryną może spowodować śmierć płodu, poważne wady rozwojowe lub inne zaburzenia u nienarodzonego dziecka. Kobieta kwalifikowana do leczenia antywirusowego musi przed terapią wykonać test ciążowy potwierdzający, że nie spodziewa się dziecka. Test ten zobligowana jest powtórzyć w trakcie leczenia i cztery miesiące od jego zakończenia. Przez cały ten okres zalecane jest stosowanie antykoncepcji (u mężczyzn prezerwatywa, u kobiet 2 niezależnych środków antykoncepcyjnych) [<http://kobieta.onet.pl/dziecko/ciaza-i-porod/bezplatne-badania-dla-ciezarnych-co-gwarantuje-nfz/nj50e>] W leczeniu antywirusowym stosowanym w przypadku wirusa HCV, podawany jest interferonem alfa-2b oraz Rybawiryna (Copegus, Rebetol). Stosowanie

produktu Ribavirin Teva jest przeciwwskazane w czasie ciąży. W badaniach na zwierzętach rybawiryna ma przemijający wpływ na spermatogenezę. U wszystkich gatunków zwierząt, u których wykonano odpowiednie badania, wykazano, że rybawiryna ma znaczące działanie teratogenne i może powodować obumarcie zarodka i wady rozwojowe. Działania te obserwowano po podaniu dawek 20-krotnie mniejszych niż dawki zalecane u ludzi. Rybawiryna indukuje działanie genotoksyczne. Kobietom ciężarnym nie wolno podawać tego leku. Nie wolno rozpoczynać leczenia do czasu uzyskania negatywnego wyniku testu ciążowego bezpośrednio przed rozpoczęciem terapii. W tym okresie należy wykonywać rutynowe, comiesięczne testy ciążowe. Jeżeli w okresie leczenia lub w ciągu 4 miesięcy po jego zakończeniu, kobieta zajdzie w ciążę, musi być poinformowana o znacznym ryzyku uszkodzenia płodu przez rybawiryne. Należy zachować szczególną ostrożność w celu uniknięcia zajścia w ciążę przez kobiety, będące partnerkami pacjentów przyjmujących Ribavirin Teva. Lek ten bowiem, gromadzi się wewnątrz komórek i jest usuwana z organizmu bardzo powoli. Nie wiadomo, czy rybawiryna zawarta w nasieniu może oddziaływać teratogenicznie lub genotoksycznie na ludzki zarodek i płód. Wyniki dotyczące prospektywnej obserwacji około 300 ciąż z ojca narażonego na rybawiryne nie wykazały zwiększonego ryzyka występowania wad rozwojowych w porównaniu z populacją ogólną. Nie zaobserwowano również żadnych charakterystycznych wad rozwojowych. Jednakże, pacjenci oraz ich partnerki w wieku rozrodczym muszą być poinformowani, aby każde z nich stosowało skuteczne środki zapobiegania ciąży w czasie leczenia Ribavirin Teva i przez siedem miesięcy po jego zakończeniu. [http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/2009/2009033155616/anx_55616_p1.pdf]

Opieka położnej i pielęgnacja dziecka matki nosicielki wirusa HBV lub HCV

Położna odbierająca poród nosicielki wirusa hepatotropowego musi mieć świadomość, że to nie pacjentka stanowi dla niej zagrożenie, lecz sytuacja związana z odbiorem porodu i kontakt z krwią rodzącej. Dlatego personel medyczny powinien posiadać rozległą wiedzę z zakresu dróg transmisji wirusów, sytuacji ryzykownych oraz działań prewencyjnych zmniejszających ryzyko zakażenia. Skóra noworodka urodzonego siłami natury, tuż po porodzie jest pokryta wodami płodowymi, mazią płodową i często krwią matki. Krew pojawia się również przy przecinaniu pępowiny. Zarówno krew, maź i wody płodowe to płyny ustrojowe, które mogą zawierać wirusy (są zatem zakaźnym materiałem biologicznym). Dlatego wszystkie czynności przy dziecku wykonywane powinny być w rękawiczkach

i fartuchach ochronnych. Bardzo istotne zatem jest przestrzeganie procedur związanych ze sterylizacją sprzętu, narzędzi, oraz stosowania środków dezynfekcyjnych (narzędzia chirurgiczne po kontakcie z nosicielem, jeśli nie były właściwie wysterylizowane, mogą zakażać przez lata i to przy każdym kontakcie) [Gniadek A., Biegańska O., Cisek M, 2008]. Aż 90 % zakażonych noworodków choruje w przyszłości na przewlekłe zapalenie wątroby. Najczęściej do przeniesienia zakażenia dochodzi w trakcie porodu. Podanie dziecku w okresie 12 godzin po porodzie swoistej surowicy przeciw HBV – HBIg oraz szczepionki przeciw WZW B zmniejsza ryzyko zakażenia o 85-95%. Zaobserwowano również dodatkowe zmniejszenie ryzyka w przypadku podawania HBIg matce co tydzień, w ostatnim trymestrze ciąży. Położna powinna pomóc matce dostawić dziecko do piersi i poinformować ją, o konieczności stosowania nakładki silikonowej, zabezpieczającej brodawkę przed pęknięciem lub uszkodzeniem. Stwarza to ryzyko dla dziecka kontaktu z krwią matki [<http://blog.skotnicki.pl/2012/06/zakazenia-wirusowe-w-ciazy-wzw-b-wzw-c/>].

Wnioski

- Osoby planujące dziecko powinny wcześniej wykonać badania, potwierdzające dobry stan zdrowia.
- W przypadku nosicieli wirusów HBV i HCV, należy przeprowadzić edukację zdrowotną, pozwalającą na bezpieczne prowadzenie ciąży i zminimalizowanie ryzyka zakażenia dziecka w czasie porodu.
- Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki WZW, jest podstawą świadomego rodzicielstwa, w aspekcie ochrony dziecka przed wirusami hepatotropowymi.

Piśmiennictwo

Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M i wsp.: Częstość występowania przeciwciał anti-HCV u kobiet ciężarnych. Analiza czynników ryzyka zakażenia HCV. *Przeegl Epidemiol*, 2009; s. 63: 293–98

Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Pokorska-Lis M i wsp.: Zakażenie wertykalne HCV – ocena częstości i przebiegu zakażenia u dzieci. *Przeegl Epidemiol*, 2007; 61: 7–15

Aniszewska M, Kowalik-Mikołajewska B, Dobosz S: Wirusowe zapalenie wątroby typu C – problemy epidemiologii, diagnostyki i leczenia dzieci. *Przeegl Epidemiol*, 2001; 55 s. 503–10

Bai H, Zhang L, Ma L i wsp: Relationship of hepatitis B virus infection of placental barrier and hepatitis B virus intra-uterine transmission mechanism. *World J Gastroenterol*, 2007; 13(26): s. 3625–

European Paediatric Hepatitis C Virus Network: A significant sex – but not elective cesarean section effect on mother-to-child transmission of Hepatitis C Virus infection. *JID*, 2005; s. 192: 1872–79

Flisiak R, Łapiński W, Szulżyk T. Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B, a ciąża. *Przegląd Epidemiologiczny* 2010; s. 64: 503-507.

Gniadek A., Biegańska O., Cisek M; **Możliwość przeniesienia wirusa HCV i HBV z zakażonej matki na noworodka w okresie ciąży i karmienia — postępowanie pielęgniarskie.** *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, tom 16, zeszyt nr 1, 2, s. 120-121

<http://www.biomedical.pl/aktualnosci/20-lat-badan-na-hcv-w-polsce-8133.html>

[http://www.bip.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0011/17759/Zalcznik-nr-1-Procedura-postepowania.pdf].

[<http://blog.skotnicki.pl/2012/06/zakazenia-wirusowe-w-ciazy-wzw-b-wzw-c/>].

<http://kobieta.onet.pl/dziecko/ciaza-i-porod/bezplatne-badania-dla-ciezarnych-co-gwarantuje-nfz/nj50e>

<http://naszolsztyniak.pl/288110,Podaruj-dziecku-zdrowe-zycie.html#axzz3hst1D1Ch>.

http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/2009/2009033155616/anx_55616_pl.pdf

http://www.doz.pl/czytelnia/a2616-Jestes_w_ciazy_albo_planujesz_dziecko,

Indolfi G, Resti M: Perinatal transmission of hepatitis C virus infection. *J Med Virol*, 2009; s. 81: 836–43

Juszczak J. Bardzo skrótowa historia odkrycia dwóch wirusów HBV i HCV.

aBe Cadło zdrowia – magazyn dla chorych na WZW; 1/07, wrzesień, s. 26-27.

Lee C., Gong Y., Brok J., Boxall E.H. i wsp.: Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2006, s. 332, 328-36

Newell ML, Pembrey L. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection. *Drugs Today (Barc)* 2002; 38(5) s.321-337.

Reddick, R. Jhaveri, M. Pregnancy outcomes associated with viral hepatitis Gandhi, A. H. James, G. K. Swamy; *J Viral Hepat.* 2011;18(7):394-387

Osoba do kontaktu

Mariola Śleziona

Ul. Piłsudskiego 43/140, 43-100 Tychy

Woj. Śląskie Polska

Tel: 513 360 24

MOŽNOSTI VYUŽITÍ PRVKŮ VČASNÉ NEUROREHABILITACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI NA JIP

Monika Struhařová – Žofčáková

Centrum pro léčbu cévních onemocnění mozku JIP B

Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Súhrn

Většina neurologických onemocnění zanechává dlouhodobé nebo trvalé následky různého rozsahu. Kvalita života těchto pacientů závisí také na rychlém zahájení neurorehabilitace, která by měla pacienta doprovázet již od akutní fáze onemocnění. Její úlohou je zejména podporovat spontánní regeneraci a využít mozkovou plasticitu.

Prezentace obeznámí posluchače s principy neurorehabilitace a možnostmi využití některých prvků již na jednotce intenzivní péče.

Komplexní ošetrovatelská péče na neurochirurgické JIP

Jednotky intenzivní péče jsou určeny pacientům s hrozícím, nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo vícero orgánů. Poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě v kteroukoli denní nebo noční dobu. Stav pacientů je nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace. Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Přednáška oboznamuje posluchače se specifickými péči na neurochirurgické JIP mezi které patří:

- Péče o drény
- Péče o zevní komorovou drenáž
- Péče o spinální linku
- Multimodální monitoring
- Bazální stimulace a neurorehabilitace

Kontakt na autora:

Struhařová – Žofčáková Monika

Centrum pro léčbu cévních onemocnění mozku JIP B

Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Tel: +420 776 148 731, +420 532 233 757

Email: struharova.zofcakova@gmail.com.cz

PROFILAKTYKA RAKA SZYJKI MACICY- ZADANIA POŁOŻNEJ

Magdalena Sulima

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu. Uniwersytet Medyczny, Lublin, Polska
Department of Obstetrics, Gynecology and Obstetrical-Gynecological Nursing
Faculty of Health Sciences, Medical University, Lublin, Poland

Wstęp

W Polsce nowotwory narządu rodnego są istotnym problemem medycznym, jak również społecznym. Rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości, po raku piersi nowotworem złośliwym wśród kobiet [1,2,3]. Literatura przedmiotu podaje, że z powodu raka szyjki macicy umiera dziennie 5 polskich kobiet. Polska należy do krajów, w którym współczynniki zachorowalności i umieralności są jednymi z najwyższych w Europie, czego główną przyczyną jest późne rozpoznawanie tego schorzenia, jak również mała zgłaszalność kobiet na okresowe badania do lekarza-ginekologa [4,5].

Profilaktyka raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest nowotworem, który ze względu na możliwość zastosowania metod wykrywczych daje szansę odpowiedniej profilaktyki. Wyróżnia się trzy formy profilaktyki raka szyjki macicy pierwotną (zapobieganie), wtórną (wczesne wykrywanie choroby i skryning) oraz trzeciorzędową (diagnostyka, leczenie, badania kontrolowane, rehabilitacja).

Profilaktyka pierwotna – jest zespołem działań mających na celu obniżenie częstości zachorowań poprzez zmniejszenie czynników ryzyka powstawania choroby. Ważnym elementem w prowadzonej profilaktyce jest informacja, która może i powinna być przeprowadzona głównie przez pracowników ochrony zdrowia, a także przez szkołę, rodzinę [6,7,8].

Najbardziej skuteczną metodą unikania czynników ryzyka powstania i rozwoju raka szyjki macicy jest aktywna postawa kobiet wobec zagrożenia chorobą i ich świadomość odpowiedzialności za swój stan zdrowia. Istotne jest, aby kobiety były świadome szkodliwego działania pewnych nawyków i czynników ryzyka, stale podnosiły poziom higieny, co wpływa na codzienne funkcjonowanie i kreowanie prozdrowotnego modelu życia [6,7,8].

W zakresie prewencji pierwotnej podstawowe znaczenie dla programu ochrony przed rakiem szyjki macicy ma edukacja w zakresie prozdrowotnych zachowań seksualnych. Powinna ona dotyczyć dziewcząt i chłopców w wieku nastoletnim, przed inicjacją seksualną. Kobiety oraz młodzież powinny zdawać sobie sprawę, że wczesne rozpoczęcie życia płciowego, liczne stosunki z wieloma partnerami są czynnikami ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Należy propagować antykoncepcję barierową (prezerwatywy), która chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową, a w konsekwencji zmniejsza ryzyko powstawania raka szyjki macicy [7,8].

Edukacja powinna dotyczyć również innych czynników zwiększających ryzyko raka szyjki macicy (palenia tytoniu, sposobu odżywiania, stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej) [7,8,9].

Profilaktyka wtórna – celem profilaktyki wtórnej jest rozpoznanie stanów przedrakowych i wczesnych postaci raka szyjki macicy, a także ich leczenie [163, 222, 254, 257]. Profilaktyka wtórna jest skuteczna, gdy spełnia następujące kryteria: jest często powtarzana, rozpoczyna się po inicjacji seksualnej, jest prowadzona do późnej starości oraz obejmuje jak największą grupę kobiet [10,11].

Szyjka macicy jest narządem łatwo dostępnym do badania ginekologicznego, wziernikowania, badania cytologicznego oraz kolposkopowego. Taka lokalizacja narządu stwarza dużą szansę na wczesną diagnostykę zmian przedrakowych oraz niezaawansowanych postaci raka szyjki macicy [10,11,12].

Podstawowym badaniem przesiewowym w profilaktyce raka szyjki macicy jest badanie cytologiczne, które skutecznie zmniejsza umieralność, a także zapadalność na raka szyjki macicy [10,11,12,13].

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kobiety powinny w ramach skryningu wykonywać badanie cytologiczne po skończonym 25 roku życia, najpóźniej w 30 roku życia, po rozpoczęciu współżycia badanie to powinno być przeprowadzane nie później niż trzy lata po inicjacji seksualnej. W przypadku prawidłowych wyników wymazów oraz braku czynników ryzyka pozwalają na wykonywanie badań co 3 lata [14].

Według ACS (Amerykańskie Towarzystwo Walki z Rakiem) badanie cytologiczne powinno się prowadzić od rozpoczęcia współżycia seksualnego, nie później niż w 21 roku życia. Kontrolę cytologiczną należy wykonywać co najmniej do 70 roku życia [44, 102].

Gdy kobieta jest zarażona wirusem HPV, HIV, przyjmuje leki immunosupresyjne, leczona była z powodu CIN 2, CIN 3 lub raka szyjki macicy powinna wykonywać badanie

cytologiczne co rok. Jeżeli u kobiet nie stwierdza się któregoś z powyżej wymienionych kryteriów, u których została usunięta macica wraz z szyjką lub trzy kolejne wyniki wymazu cytologicznego są prawidłowe dopuszczone jest odstępstwo od corocznej kontroli cytologicznej [14].

Wirus brodawczaka ludzkiego jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, w związku z tym faktem badanie cytologiczne, jak i test na obecność onkogenego typu HPV są wzajemnie uzupełniającymi się elementami profilaktyki raka szyjki macicy [14].

W przypadku, gdy nie stwierdzenia się w wymazie obecności komórek pochodzących ze strefy przekształceń, edocervix lub gdy poprzednie wymazy cytologiczne były mało czytelne z powodu domieszki śluzu, krwi lub stwierdzonego stanu zapalnego, badanie cytologiczne powinno być powtórzone w okresie krótszym niż 12 miesięcy [14].

U każdej kobiety z podejrzeniem raka szyjki macicy należy wykonać kolposkopię oraz następową weryfikację histopatologiczną wycinków i wyskrobin z kanału szyjki i jamy macicy. Gdy nieprawidłowe wyniki badań cytologicznych powtarzają się należy wykonać kolposkopię.

Przeprowadzany skryning cytologiczny wymaga przestrzegania następujących standardów: zaproszenia na wykonanie badania, pobierania wymazów cytologicznych z kanału i tarczy części pochwowej szyjki macicy za pomocą szczoteczki cyto-brush, oceny mikroskopowej rozmazów cytologicznych w pracowni patomorfologii przez wyszkolonych cytotechników, patomorfologów i cytologów, wprowadzenia w pracowni wewnętrznej kontroli jakości wykonywania diagnostyki cytologicznej oraz oceny wymazów cytologicznych wg systemu Bethesda [14].

Profilaktyka trzeciorzędowa – rozpoznanie raka szyjki macicy składa się z dwóch elementów- rozpoznania procesu nowotworowego oraz ustalenia stopnia zaawansowania klinicznego. Podstawą rozpoznania raka szyjki macicy stanowi badanie kliniczne – ogólne i ginekologiczne przez pochwę, odbytnicę oraz badanie we wzierniku oraz ustalenie stopnia klinicznego zaawansowania raka – wykonane powinno być przez co najmniej dwóch lekarzy (ginekologa, onkologa). Podstawą rozpoznania raka jest badanie histopatologiczne. Wybór sposobu leczenia zależy przede wszystkim od zaawansowania procesu nowotworowego [13].

Zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, Położna ma prawo do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych, dotyczących w szczególności profilaktyki chorób kobiecych. W profilaktyce raka szyjki macicy położna pełni rolę edukatora, ma za

zadanie wykształcić odpowiednie zachowania zdrowotne i postawę aktywną wobec zagrożenia choroby, poczucia zdrowotnej odpowiedzialności oraz przygotować do współpracy w procesie pielęgnowania [15].

Położna powinna propagować wiedzę dotyczącą profilaktyki raka szyjki macicy, kreować motywy i postawy w celach prozdrowotnych, biorąc pod uwagę w szczególności młodzież, zachęcanie do regularnych wizyt u lekarza specjalisty oraz przeprowadzania badań kontrolnych [16].

Podsumowanie

Skutecznie prowadzona profilaktyka raka szyjki macicy może przyczynić się do wczesnego rozpoznawania tego nowotworu, a co za tym idzie obniżyć wskaźnik zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu.

Piśmiennictwo

1. Stępień U., Duma D., Solski J. Rak szyjki macicy: klasyfikacja, diagnoza, zapobieganie i leczenie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio DDD* 2010, 23, 1: 91-99.
2. Ulman-Włodarz I., Nowosielski K., Romanik M., Pozowski Pomowski., Jurek M. Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K. *Ginekologia Polska* 2011, 82: 22-25.
3. Nowicki A., Borowa I., Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. *Ginekologia Polska* 2008, 79: 840-849.
4. Łoś J. Skryning cytologiczny raka szyjki macicy. *Ginekologia Praktyczna* 2006, 1: 10 – 13.
5. Pacewicz M., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K. Profilaktyka raka szyjki macicy- poziom wiedzy kobiet i mężczyzn. *Med Paliat* 2012, 4: 217-228.
6. Magoń M., Deptała A. Prewencja pierwotna i wtórna nowotworów. W: Deptała A (red.): *Onkologia w praktyce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
7. Asendrych A., Deptała A. Badania przesiewowe w onkologii. W: Deptała A (red.): *Onkologia w praktyce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
8. Baum E. Profilaktyka nowotworów i nie tylko. *Pielęgniarka i Położna*, 2000, 11: 19 – 20.

9. Kołakowska I.: Kobieta, która pali papierosy....Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000, 3: 31 – 32.
10. Kordek R.: Badania przesiewowe (profilaktyka wtórna). W: Jeziorski A (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
11. Błogowska A., Zielińska D., Bedner R. i wsp. Znaczenie badań cytologicznych i mikrobiologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy u dziewcząt. Ginekologia Praktyczna, 2005,13, 4: 63 – 68.
12. Gerber J.: Profilaktyka onkologiczna na co dzień w ginekologii. Polska Medycyna Rodzinna 2000, 2, 2: 135 – 138.
13. Gryboś M., Murawski M., Gryboś – Jasielska A. Profilaktyka nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych i gruczołu sutkowego. W: Steciwko A (red.): Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Tom 7. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006.
14. Spaczyński M. Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia Praktyczna 2004,12, 3: 6 -8.
15. Ustawa z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039.
16. Łepecka-Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Czelej 2003.

Adres do korespondencji:

Dr Sulima Magdalena

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego,

Wydział Nauk o Zdrowiu. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

Chodźki 6, 20-093 Lublin

e-mail: msulima13@wp.pl

kontakt: 506615316

ÚLOHY A POSTAVENIE SESTRY V ZDRAVOTNÍCKOM TÍME

Mária Šupínová¹, Iveta Drahoňová², Jana Virgulová¹

¹Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

²Regionálne centrum HSV v Banskej Bystrici

Súhrn: Ošetrovatel'stvo prešlo v posledných rokoch dynamickými zmenami. Sestrám boli pridelené kompetencie, ktoré zmenili rolu sestry z pomocníčky lekára na samostatnú, rovnocennú členku zdravotníckeho tímu. Cieľom príspevku je stručný prehľad najdôležitejších medzníkov vedúcich k zmenám kompetencií sestier v závislosti od vzdelania.

Kľúčové slová: sestra, ošetrovatel'stvo, kompetencie, vzdelanie, rola.

Summary: Nursing in recent years has undergone dynamic changes. The sisters have been assigned responsibilities which changed the role of the nurse practitioner helpers to separate, equal member of the medical team. The aim of this paper is a brief overview of the most important milestones leading to changes in nursing competencies by education.

Keywords: nurse, nursing, competence, education, role.

Úvod

Koncepcia odboru ošetrovatel'stva bola vydaná Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení zákona č. 350/2005 Z. z. dňa 29. mája 2006. Hovorí o náplni zdravotnej starostlivosti v odbore, rozvoji starostlivosti v odbore a vzdelávaní pracovníkov ošetrovatel'stva. Obsahuje definíciu a charakteristiku odboru.

Ošetrovatel'ská starostlivosť je v zmysle uvedeného zákona; „zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovatel'ského procesu v rámci ošetrovatel'skej praxe“. Podľa Farkašovej a kol. (2009), sa ošetrovatel'ská starostlivosť chápe ako odborná činnosť zameraná na zachovanie, upevňovanie a obnovu zdravia jednotlivcov a skupín. Zmeny v ošetrovatel'stve ako odbore, i ošetrovatel'skej praxi predpokladajú podľa Závodnej (2009), prioritne zmeny v ošetrovatel'skom vzdelávaní. Len málo profesií prekonalo v poslednom období také zmeny ako povolanie sestry. Sestra má odbornú prípravu zameranú na špecifický okruh činností ktoré zahŕňujú vedomosti, vysoký stupeň zručností, interaktívne schopnosti a morálne vlastnosti osobnosti.

Rok 2004, bol rokom kedy stredné zdravotnícke školy ukončili vzdelávanie sestier. V nasledujúcich rokoch ich nahradili zdravotnícki asistenti. Na získanie kvalifikácie sestry je potrebné vysokoškolské vzdelanie. Podľa zákona 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania, sestra spĺňa podmienky na výkon odborných činností získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom programe, alebo II. stupeň vysokoškolského vzdelania v magisterskom študijnom programe.

Na výkon špecializovaných činností sestra spĺňa odbornú spôsobilosť získaním diplomu o špecializácii a na výkon certifikačnej činnosti získaním certifikátu.

Zmenou systému vzdelávania sestier došlo k výrazným zmenám rolí sestry i zmene používaných metód poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Jednotlivé metódy sa podľa Kubicovej a kol. (2009), líšia; zložením personálu, organizáciou práce – pridelovaním úloh pre jednotlivých členov personálu a zodpovednosťou za ich plnenie, plánovaním a hodnotením ošetrovateľského procesu.

Najstaršou používanou metódou bola podľa Kozierovej a kol. (1995), *celková starostlivosť*, alebo metóda zameraná na pacienta. Jedna sestra bola plne zodpovedná za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti celej skupine pacientov. Táto metóda totálnej starostlivosti postupne prestala vyhovovať a bola nahradená *funkčnou metódou*. Rôzni členovia tímu vykonávajú pridelené úlohy bez toho, aby vedeli čo pre neho urobili iní. V prípade, že ošetrovateľský tím tvoria ľudia s rozdielnym vzdelaním a schopnosťami, odporúča sa *tímová metóda*. Metóda je založená na presvedčení, že skupina poskytovateľov starostlivosti pod vedením sestry dokáže zabezpečiť lepšiu ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi ako tí istí ľudia pracujúci individuálne. Metódu ošetrovania *kontaktnou sestrou* možno podľa Kubicovej a kol. (2009) charakterizovať ako individualizovanú. Je poskytovaná pridelenou sestrou počas hospitalizácie pacienta, ktorá koordinuje aj činnosť ďalších pracovníkov ktorí sa zúčastňujú na starostlivosti. Ak sa pacienti pridelujú kontaktným sestram podľa určitých kritérií (napr. podľa diagnózy, alebo terapie), ide o case management, alebo metódu zameranú na prípad. Aby bola dosiahnutá vysoká úroveň kvality, vyžaduje si táto metóda graduovaný personál na úrovni bakalárskeho alebo magisterského štúdia.

Sestra svojim profesionálnym pôsobením nezastáva iba jednu rolu. Vždy ide o viac rolí. Roly sestier ovplyvňujú aj zmeny v spoločnosti, systém zdravotnej starostlivosti, nové poznatky z technológie a iné faktory. Na tieto tendencie reaguje vzdelávanie sestier i ošetrovateľská prax. Európska konferencia o ošetrovateľstve deklaruje zmeny roly sestry rozšírením ich činnosti tým, že majú pôsobiť pri rozhodovaní a plánovaní zdravotnej starostlivosti na

všetkých úrovniach. Sestra musí mať kompetencie, aby mohla rozvíjať a uskutočňovať činnosti ktoré podporujú a udržiavajú zdravie a zabraňujú chorobe.

Kompetencie sestier v SR legislatívne upravuje Vyhláška MZ SR 364/2005 Z.z., podľa ktorej je rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou vymedzený v troch oblastiach – rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou *samostatne; na základe indikácie lekára* a rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou *v spolupráci s lekárom* (Kurucová a kol. 2014).

Posilnenie kompetencií sestier nekorešponduje so vzdelávaním sestier. Neodráža stupeň dosiahnutého vzdelania sestier, ani ich postgraduálnu špecializačnú prípravu.

Vyhláška o rozsahu praxe sestier a pôrodných asistentiek nebola zmenená od roku 2004. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek má záujem o zvyšovanie kompetencií sestier tak, aby sa sestry mohli venovať zložitejším výkonom. Základné ošetrovateľské úkony by vykonávali zdravotnícki asistenti. Podľa prezidentky SKSaPA Ivety Lazorovej, súčasné kompetencie nie sú priamo úmerné vzdelaniu sestier. Komora by chcela presadiť taký model, ako funguje podľa Lazorovej v okolitých krajinách, kde sestra je na vrchole poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a pod sebou má asistentov či sanitárov, ktorých riadi tak, aby pacient dostal kvalitnú starostlivosť.

Okrem toho navrhuje aj rozčlenenie samotných sestier podľa vzdelania, nakoľko v súčasnosti je každá sestra bez ohľadu na to, či má bakalárske alebo magisterské štúdium, na rovnakej úrovni.

Pre výkon povolania sestry je okrem zákonom určeného vzdelania nevyhnutná registrácia sestier. Registráciou sestry rozumieme zapísanie osobných údajov sestry do registra a vydanie potvrdenia o registrácii. Súčasťou zápisu sú najmä informácie o vzdelaní (inštitucionálnom i priebežnom) a o praxi.

Záver

Slovenské ošetrovateľstvo sa pozitívne mení. Mnohí laici si ešte stále predstavujú sestru pracujúcu v nemocnici, ktorá ukončila zdravotnícku školu a jej kompetencie neprekračujú pozíciu asistentky lekára. Masívny pokrok v medicíne, nové diagnostické a terapeutické metódy a postupy, ovplyvnil a neustále ovplyvňuje prácu sestry. Vysokoškolské vzdelanie a rozširovanie možností ďalšieho špecializačného štúdia umožnilo sestrám prijať rozšírenú rolu a vyššie kompetencie. Sestra má väčšiu samostatnosť a tým aj vyššiu zodpovednosť. Sestry spolupracujú pri riadení, plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi príslušného zdravotníckeho zariadenia a s inými fyzickými a právnickými osobami. Pridelené

kompetencie zmenili rolu sestry z pomocníčky lekára na samostatnú, rovnocennú členku zdravotníckeho tímu.

Použitá literatúra

Farkašová D. a kol. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2009. 3.doplnené vydanie. ISBN 978-80-8063-322-6. 244s.

Kozierová B., Erbová G., Olivierová R. a kol. *Ošetrovatel'stvo 1.,2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN80-217-0528-0. 1457s.

Kurucová R., Gurková E., Žiaková K., Gumanová I., Kliková I. Use of competencies of nurses in practice. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 2, pp. 58-64. Available on: [http://](http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-2/uplatnenie-kompetencii-sestier-v-praxi)

www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-2/uplatnenie-kompetencii-sestier-v-praxi.

Lazorová, I. Aktuálne sk. [online]

<http://aktualne.atlas.sk/sestry-tlacia-na-ministra-zdravotnictva-chcu-zmenu-kompetencii-a-odmenovania/slovensko/zdravotnictvo/>

Povolanie sestry. [on line] 2012. [cit. 2012-5-15]. Dostupné na internete:

www.nspnz.sk/vssl/prez/ose1/teoria/teoria3.doc

Vyhláška MZ SR 364/2005 Z.z.,

Zákona 742/2004 Z. z.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Autorka:

PhDr. Mária Šupínová, PhD.

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

97405 Banská Bystrica

Telefón: 0905368142

Mail: maria.supinova@szu.sk

PRIPRAVENOSŤ DETÍ NA POSKYTOVANIE PRVEJ POMOCI

Arpád Varjaši¹, Andrea Ševčovičová²

¹Detská fakultná nemocnica, III. Klinika pediatickej anesteziológie a intenzívnej medicíny, Košice,

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Rožňava

Abstrakt

Poskytnutie laickej prvej pomoci má veľký význam pri záchrane života a zmierňovaní dôsledkov poškodenia zdravia. Veková kategória detí býva často ohrozená výskytom rôznych úrazov pri hre, športe alebo inej aktivite. Preto je nevyhnutné, aby deti ovládali základy poskytnutia prvej pomoci pri ošetrovaní zlomenín, popálenín, krvácania a iných poranení, ale poznali aj správne postupy resuscitácie a prevenciu v dopravnej výchove. Prieskum vedomostnej úrovne žiakov ZŠ v poskytovaní laickej prvej pomoci dokumentuje ich teoretickú pripravenosť a predurčuje k správne zvládnutiu potrebných úkonov. Nedostatky vyplývajúce z absencie vedomosti vyzývajú k prijatiu opatrení pre zlepšenie situácie.

Kľúčové slová: Laická prvá pomoc. Vedomostí žiakov. Poranenie.

Úvod

Prvá pomoc je súbor jednoduchých a účelných opatrení, ktoré pri náhlom ohrození alebo postihnutí zdravia či života cieľavedome a účinne znižujú rozsah a dôsledky poškodenia ešte pred príchodom záchranej zdravotnej služby. Medzi základné ciele prvej pomoci patrí záchrana života človeka, zabránenie zhoršenia stavu postihnutého, zaistenie čo najlepšieho prostredia pre zlepšenie stavu, predchádzanie šoku a zbytočným komplikáciám, zaistenie bezpečnosti pre zraneného ale aj poskytovateľa. Laická prvá pomoc vyžaduje účelnosť, rýchlosť, pohotovosť a rozhodnosť. Súčasťou tejto pomoci je aj privolanie odbornej zdravotníckej pomoci (Kelnárová, 2011).

Kvalita poskytnutia prvej pomoci výrazne ovplyvňuje závažnosť následkov ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu. Poskytnúť prvú pomoc v danej kvalite by mal byť schopný každý, pretože sa jedná o povinnosť danú zákonom (Bydžovský, 2004). Je preto dôležité, aby si základné vedomosti z laickej prvej pomoci osvojili aj deti a vedeli ich použiť vzhľadom na možný vznik úrazov v škole, doma i počas trávenia voľného času bez prítomnosti dospelých.

Ciele prieskumu pripravenosti žiakov na poskytnutie prvej pomoci

Prieskumná časť je zameraná na sondáž pripravenosti žiakov siedmeho ročníka ZŠ v oblasti poskytovania laickej prvej pomoci a zmapovanie ich vedomostnej úrovne. Cieľom je zistiť, aké sú vedomosti žiakov ZŠ z oblasti teórie poskytovania prvej pomoci, kardiopulmunálnej resuscitácie, ošetrovania zlomenín a krvácaní, šoku, popálenín a iných poškodení zdravia. Na základe získaných údajov poukázať na nedostatky v oblasti poskytovania laickej prvej pomoci a zistiť záujem o praktický nácvik poskytovania prvej pomoci pri simulovaných situáciách zo strany žiakov ZŠ.

Metódy prieskumu

Metódou zberu informácii je dotazník Kocovej (2007) zložený z 20 uzatvorených otázok, rozdelených do siedmich tematických okruhov (teória o poskytovaní prvej pomoci, resuscitácia, zlomeniny, krvácanie, šok, popáleniny a iné príhody poškodenia zdravia). Prieskumnú vzorku tvorili žiaci siedmich ročníkov Základnej školy v Slanci a ZŠ P.O.Hviezdoslava vo Veľkých Kapušanoch. S účasťou na prieskume písomne okrem vedenia ZŠ súhlasili aj rodičia oslovených detí. Celkovo bolo vo februári 2015 vzhľadom na počet žiakov v triedach rozdáných 68 dotazníkov, pričom prieskumná vzorka A (ZŠ Veľké Kapušany) pozostávala zo 48 oslovených žiakov a prieskumná vzorka B (ZŠ v Slanci) bola tvorená 20 žiakmi. Veková kategória respondentov sa pohybovala v rozmedzí 12-14 rokov. Návratnosť dotazníka v počte 53 kusov dosiahla 77,9 percentnú návratnosť. Dva dotazníky boli následne kvôli neúplnému vyplneniu vyradené z prieskumnej štúdie, preto prieskumnú vzorku zo školy A tvorilo napokon 32 respondentov a zo školy B 19 respondentov. Anonymné dotazníky vyplňovali žiaci samostatne počas vyučovania za účasti pedagogického dozoru. Pri vyhodnocovaní výsledkov prieskumu sa využila metodika Kocovej (2007), kde v každej otázke bola z troch možností vždy len jedna správna. Kvantitatívne vyhodnotenie sa týkalo počtu správnych a nesprávnych odpovedí, s percentuálnym zobrazením výsledkov, za využitia čo najjednoduchších metód matematickej štatistiky.

Výsledky prieskumu

Pri vyhodnocovaní položiek v škole A v prvom tematickom okruhu, možno konštatovať veľmi dobrú znalosť (90%) primárnych vedomostí v oblasti laickej prvej pomoci. Žiaci vedeli správne definovať laickú prvú pomoc, povinnosť poskytnutia prvej pomoci, telefonický kontakt s Integrovaným zdravotníckym systémom a určiť správny postup pri ohlasovaní nehody. Žiaci školy B dosiahli 74%-tami správnych odpovedí o niečo horšiu

znalosť problematiky. Celkovo však sumárnym zlúčením výsledkov na oboch školách predstavuje vážený harmonicky priemer 83% správnych odpovedí o poskytovaní laickej prvej pomoci. V druhom tematickom okruhu dosiahli žiaci zo školy A 71% správnych odpovedí. U žiakov školy B sa objavili nedostatky z oblasti resuscitácie, znalosti základných životných funkcií, vyhodnotenia prítomnosti činnosti srdca, rozpoznania dýchania a postupe pri nájdení osoby zasiahnutej elektrickým prúdom, keď iba 55% odpovedí bolo správnych. Tretí tematický okruh bol zameraný na vedomosti laickej prvej pomoci v oblasti spôsobu znehybnenia zlomenín a ich ošetrovania pomocou trojrohej šatky. V škole A však iba 36% žiakov potvrdilo správne vedomosti a v škole B sa žiaci dopracovali k 53% správnych odpovedí. Štvrtý tematický okruh venovaný laickej prvej pomoci pri krvácaní dokumentuje odpovede týkajúce sa spôsobu zastavenia veľkého krvácania, postupe pri ošetrovaní odreniny a pri zastavení krvácania z nosa. Žiaci v škole A dosiahli 53% správnych odpovedí a žiaci v škole B 58% správnych odpovedí. Piaty okruh položiek dotazníka sa venoval problematike príznakov a rozpoznania šoku, určenia protišokovej polohy a spôsobu poskytnutia prvej pomoci. V škole A žiaci vedeli odpovedať v 50% prípadoch správne a v škole B dosiahla úroveň teoretických vedomostí o tejto problematike 68% správnych odpovedí. V šiestom tematickom okruhu žiaci odpovedali na otázky týkajúce sa postupu laickej prvej pomoci pri popáleninách. Žiaci zo školy A dosiahli 69% správnych odpovedí, oproti žiakom zo školy B, ktorý s 84% správnych odpovedí dosiahli lepší výsledok. Siedmy tematický okruh monitoroval znalosť postupov poskytovania prvej pomoci pri výskyte kŕčov a pri pohryznutí zvierateľom. V tomto okruhu sa žiaci školy A prezentovali 61% správnych odpovedí a žiaci školy B odpovedali iba v 50 %-tách správne.

Diskusia

Prieskum vedomostnej úrovne medzi žiakmi siedmeho ročníka ZŠ v Košickom kraji priniesol zaujímavé výsledky. Pri ošetrovaní niektorých poranení (napr. krvácanie z nosa), ktoré sa v detskom veku vyskytujú pomerne často sa objavili nedostatky. Podobne nízke percentuálne zastúpenie správnych odpovedí bolo zaznamenané u oboch škôl aj pri poskytovaní laickej prvej pomoci pri ošetrovaní zlomenín. Preto je nevyhnutné prijať opatrenia, ktoré by zvýšili vedomosť žiakov v oblasti poskytovania laickej prvej pomoci. Dosiahnuté výsledky tak dávajú odpoveď na otázku prečo je potrebné neustále vzdelávať žiakov práve v tejto oblasti. Kocová (2007) vykonávala prieskum vedomostnej úrovne žiakov, s vekovou hranicou 10 až 13 rokov v Prešovskom kraji. Pri porovnaní výsledkov môžeme konštatovať, že v každom jednom okruhu zaznamenali žiaci podobné výsledky

s minimálnymi rozdielmi, s lepším skóre pre žiakov Košického kraja. V okolí Brna sa podobnému prieskumu vo vekovej kategórii žiakov 10-15 rokov venovala Havlíčková (2008). V oblasti základných vedomostí o poskytovaní prvej pomoci dosiahli žiaci Košického kraja výrazne lepšie výsledky, čo dokumentovali 83% správnych odpovedí, oproti 29% českých detí. Naopak, viditeľne lepšie výsledky v oblasti základných vedomostí o laickej prvej pomoci, ako aj pri resuscitácii, ošetrovaní zlomenín a pri iných ohrozeniach života zaznamenala medzi žiakmi siedmeho a deviatego ročníka Janíčková (2013). Jej respondenti dosiahli pri ošetrovaní zlomenín až 99% úspešnosť správnych odpovedí. Ďalšou autorkou, ktorá mapovala vedomostnú úroveň žiakov deviatego ročníka v okolí Brna bola Mácová (2009), ktorej žiaci dosiahli skoro vo všetkých mapovaných tematických okruhoch výrazne lepšie výsledky oproti žiakom Košického kraja. Slovenské deti si lepšie poradili len s poskytovaním laickej prvej pomoci pri ošetrovaní popálenín a pri iných ohrozeniach života. V Čechách realizoval prieskum aj Skula (2010). Vyhodnocoval vedomosti 13-14 ročných žiakov. Žiaci ZŠ v Lanškroune v Pardubickom kraji zaznamenali viacero správnych odpovedí pri resuscitácii, ošetrovaní krvácania a základných vedomostiach o laickej prvej pomoci, než ich rovesníci z Košického kraja.

Závery

Z výsledkov nášho prieskumu možno konštatovať, že žiaci ZŠ majú základy v oblasti laickej prvej pomoci, ale tak isto si uvedomujú aj svoje nedostatky. Potešujúce je, že javia záujem o praktický nácvik poskytovania prvej pomoci v simulovaných situáciách. Ide o podnet nielen pre rodičov, ale aj pedagógov, aby svoje aktivity smerovali ku zvyšovaniu poznatkov svojich detí. Nezodpovedanou otázkou však ostáva, či školy majú dostatočné kapacity (personálne, finančné, časové z hľadiska vyučovacích osnov atď.) pre vyučovanie nad súčasný rámec v tejto oblasti.

Zaujímavé by bolo motivovať deti k záujmu o získavanie informácií potrebných pre zabezpečenie správnych postupov laickej prvej pomoci priamym kontaktom so zdravotníkmi z praxe. Exkurzie v priestoroch záchranej zdravotnej služby, prípadne premietanie inštruktážnych filmov, alebo jasná, stručná a názorná demonštrácia ošetrovania poranení by mohli zvýšiť záujem žiakov o nové poznatky. Určite by bolo prínosné venovať vyučovaniu prvej pomoci na základných školách viac času a problematiku prvej pomoci rozvrhnúť na celý školský rok. Deti sú vo všeobecnosti veľmi vnímavé a záleží len na fantázii učiteľa, ako dokáže vytvoriť modelové situácie tak, aby sa žiaci v kritických momentoch vedeli právne zorientovať a poskytnutím jednoduchej laickej prvej pomoci prispieť k záchrane života.

Literatúra:

BYDŽOVSKÝ, J. 2004. *První pomoc*. Praha : Grada Publishing, 2004. s.12-15, ISBN 80-247-0680-0.

HAVLÍČKOVÁ, Š. 2008. *Znalosti žáků základních škol v poskytování první pomoci*. Brno : Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, 2009. Bakalářská práce. s. 41-75.

JANIČKOVÁ, D. 2013. *První pomoc-úroveň znalostí a dovedností u žáků 7.a 9. tříd ZŠ*. Brno : Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2009. Bakalářská práce. s. 34-52.

KELNÁROVÁ, J. 2011. *První pomoc*. Praha : Grada Publishing, 2011. s. 12-65, ISBN 978-80-247-2183-5.

KOCO VÁ, S. a kol. 2007. *Úroveň vedomostí detí školského veku o poskytování prvej pomoci*. [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z : http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_82_29.pdf

MÁCOVÁ, V. 2009. *Výuka a znalosti první pomoci žaku devatých tříd základních škol*. Brno : Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, 2009. Bakalářská práce. s. 38-95.

SKULA, P. 2010. *První pomoc ve výuce na ZŠ*. Brno : Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra výchovy ke zdraví, 2010. Diplomová práce. s. 58-72.

Kontakt na autorov:

Bc. Arpád VARJAŠI

E-mail: arpadvarjasi@gmail.com

PhDr. Andrea ŠEVČOVIČOVÁ

E-mail: sevcova@centrum.sk

VÝZNAM KOLONOSKOPIE V PREVENCII KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU

Virgulová J, Šupínová M, Grichová M.

FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Úvod

Každoročne sa kolorektálny karcinóm diagnostikuje u viac ako 400 000 pacientov a 200 000 z nich na toto ochorenie zomiera (Suchánek, 2011). Diagnostika KRCa (kolorektálny karcinóm) je často oneskorená, napriek dostupnosti moderného skríningu. Skrínig sa vykonáva niekoľkými metódami, ktoré sú zamerané na zachytenie adenómových polypov a karcinómov v skorom štádiu. Bátorvský (2009) dokazuje, že pri pozitívnych OK (okultných krvácaní) bolo u pacientov v rokoch 2002 - 2007 potvrdených 456 adenómov a 201 kolorektálnych karcinómov.

Text

„Slovensko patrí podľa údajov WHO a OECD medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou na kolorektálny karcinóm vo svete. K zníženiu incidencie KRCa na Slovensku prispeje jednoznačne aktívnejší prístup ľudí k samotnému skríningu. Pre zdravotníkov, ktorí vzájomne participujú v tejto problematike je to veľkou výzvou. Bude potrebné hľadať optimálne alternatívy na riešenie tohto problému. Ako uvádza (Nemčeková, 1997, s. 28; Glasa, 2000, s. 9, in Nemcová, Hlinková, 2010, s. 23) partnerský vzťah a rešpektovanie človeka sú predpokladom novej kvality vzťahov medzi zdravotníkmi a pacientmi, ktoré uznávajú zásady úcty k autonómnej osobnosti pacienta, ľudskej dôstojnosti a k spôsobilosti rozhodovať o sebe. Pri incidencii KRCa C 18 – C 21 v rokoch 2003 – 2007 zaznamenávame v niektorých krajoch Slovenska stabilný trend, v niektorých klesajúci, ale aj stúpajúci trend (tabuľka 1)

Cieľ prieskumu:

Hlavným cieľom prieskumu bolo poukázať na význam primárnej skrínigovej kolonoskopie v prevencii kolorektálneho karcinómu.

Tabuľka 1 Incidencia KRCa v krajoch SR v r. 2003 – 2007 v hodnotách hrubej incidencie

		Incidencia C18-C19 v krajoch v r.2003 - 2007					CR n/100 000 obyvateľov				
Bratislavský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	Trenčiansky kraj	2003	2004	2005	2006	2007
C18	86,3	82,2	72,7	82,8	91,5	C18	77,2	73,3	76,6	79,2	72,6
C19	21,4	19,5	23,6	20,4	22,43	C19	13	18,3	18,7	17,1	27,28
C20	35,5	41,4	38,4	35,2	44,3	C20	38,8	43,3	35,7	38,6	29,28
C21	1	0,7	2,6	0,9	1,41	C21	1	1	1	0,3	1,12
celková	144,2	143,8	137,3	139,3	159,64	celková	130	135,9	132	135,2	130,28
Trnavský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	Žilinský kraj	2003	2004	2005	2006	2007
C18	82,4	81	70,4	64,6	66,37	C18	51,9	56,6	63,6	61	48
C19	14	19,6	21,5	19,9	20,61	C19	14,2	14,2	13,6	15,3	16,56
C20	40,7	36,5	34,2	48,4	40,75	C20	28,7	30,1	36,9	33	33,87
C21	1,4	1,8	1,4	0,7	1,2	C21	1,1	1,4	1,1	2,6	4,25
celková	138,5	138,9	127,5	133,6	128,93	celková	95,9	102,3	115,2	111,9	102,68
Nitriansky kraj	2003	2004	2005	2006	2007	Banskob. kraj	2003	2004	2005	2006	2007
C18	80,2	79,7	90	92,6	86	C18	64,5	76,2	70,4	67,3	64
C19	13,6	20,5	16,4	15,3	15,45	C19	13,1	12,5	15,8	12,9	14,86
C20	49,9	56,4	49,2	54	48,38	C20	31,8	34	40,9	37,9	35,46
C21	1,8	2,2	2,8	1,7	2,9	C21	1,8	0,6	0,3	1,5	1,32
celková	145,5	158,8	158,4	163,6	152,73	celková	127,4	123,3	127,4	119,6	115,64
Prešovský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	Košický kraj	2003	2004	2005	2006	2007
C18	41,8	57	59,8	50,5	55,86	C18	62	73,6	68,4	66,6	65
C19	8,3	12,3	10,8	10,5	7,9	C19	10	12,2	13,6	16	14,3
C20	31,1	30,8	30,3	27,4	28,15	C20	37,3	34,8	37,1	31	38,18
C21	2,2	1	1,5	0,8	0,73	C21	x	1,3	0,8	0,3	0,72
celková	84,4	101,1	102,4	89,2	92,64	celková	109,3	121,9	119,9	113,9	118,2

Zdroj údajov: NCZI – NOR zhubných ochorení v SR rokoch 2003 – 2007 (Ondrušová, Diba, 2007 – 2012, s. 7 – 130).

Metóda prieskumu:

Metódu empirického výskumu bola obsahová analýza dokumentov o počte PSK za rok 2014 na certifikovaných pracoviskách v Poprade a Kežmarku a anketa s 10 položkami, ktorá mala za úlohu zistiť postoj pacientov k absolvovaniu PSK (primárna skriningová kolonoskopia). Prieskumný súbor tvorilo 138 respondentov, z nich bolo 66 mužov a 72 žien. Najvyšší počet respondentov bol vo veku 50 – 60 rokov (59,4 %), nad 61 rokov (40,6 %).

Výsledky:

PSK sa potvrdilo 14 KRCa, 58 adenómov a 12 polypov. Totálnu kolonoskopiu sa podarilo vykonať u 77,5 % pacientov a parciálnu u 22,5 % pacientov. 59,7 % pacientov absolvovalo PSK pre problémy s vyprázdňovaním stolice; 40,3 % podstúpilo PSK z dôvodu prevencie. Stolicu na OK si pred vyšetrením vyšetřilo 38,7 % respondentov. Prvý krát absolvovalo PSK 66,1 % respondentov, opakovane 33,9 %. 48,4 % získalo informácie o PSK u svojho praktického lekára, 24,2 % cez internet, 27,4% od priateľov a rodiny. U 40,3 % opýtaných respondentov bol KRCa diagnostikovaný u prvostupňových príbuzných a polyp hrubého čreva v 4,8 %.

Diskusia

Prvou cieľovou skupinou skriningu KRCa je obyvateľstvo s rizikom vzniku kolorektálneho karcinómu t. j. vo veku nad 50 rokov. Druhou cieľovou skupinou sú jedinci s vysokým

rizikom vzniku KRCa. Ide o ľudí, u ktorých je pozitívna rodinná anamnéza KRCa. Konečným cieľom masového skrínungu je zníženie celkového počtu pokročilých a neliečiteľných stavov, alebo ako je to u KRCa zníženie mortality a incidencie na toto ochorenie v danej populácii. Prvým predpokladom na dosiahnutie tohto cieľa je čo najväčšia účasť cieľovej populácie na skrínungu. Redukcia mortality na KRCa vo vyšetřovanom úseku kolónu je 60 % – 80 %. Odporúčaný interval opakovania vyšetřenia je á 5 rokov v kombinácii s vysoko senzitivnou TOKS vykonávaným každoročne. Bátovský (2009) tvrdí, že kolonoskopia vyžaduje okrem náročnejšej prípravy hrubého čreva v náročnejších prípadoch aj sedáciu. Lekár, ktorý uskutočňuje endoskopiú, hodnotí vzhľad a farbu sliznice, cievnu kresbu, abnormálny črevný obsah, detailne sa venuje patologickým nálezom, pri etážových biopsiách odoberá niekoľko vzoriek z každého črevného segmentu (Zadorová, 2005, in Janiczeková 2014). Inováciou v Českom skrínungovom programe KRCa je nová alternatíva TOKS – PKS od veku 55 rokov v intervale á 10 rokov. Zmena v skrínungovom programe sa nevzťahuje však na osoby majúce zvýšené riziko vzniku karcinómu hrubého čreva a konečníka, či už v osobnej alebo rodinnej anamnéze. Král' (2010) uvádza, že PSK je odborníkmi považovaná za metódu s najvyšším potenciálom zníženia mortality KRCa, ktorá vo väčšine prípadov umožňuje súčasné vykonanie profylaktického zákroku, t. j. endoskopickú polypektómiu (EPE). O primárnu skrínungovú kolonoskopiú majú väčší záujem ženy ako muži, pričom ženy aj muži sú so svojim zdravím skôr spokojní. U žien je síce miera spokojnosti o niečo vyššia 3,24 ako u mužov 3,19 ale rozdiel považujeme za veľmi malý a štatisticky nevýznamný, pretože p-hodnota dosahuje 0,276 . Naše zistenia potvrdzujú poznatky, ktoré dokladá aj Hrčka (2012/b, s. 10) v tom, že: „Napriek dokázanej účinnosti skrínungu kolorektálneho karcinómu sa zatiaľ nikde na svete nepodarilo presvedčiť ohrozenú populáciu na účasť v ňom do takej miery, aby sa tým dosiahlo signifikantné zníženie incidencie a mortality v celonárodnom meradle“.

Záver

Nech už odborníci implementujú v praxi akýkoľvek spôsob skrínungu na základe praktických skúseností a postupov, dovoľme si tvrdiť, že efektivita praktických krokov bude podmienená participáciou vybranej časti populácie na prevencii. S tým súvisí myšlienka, ku ktorej sa prikláňa aj Přemysl Frič (in Hrčka 2012/b), nestor českého skrínungu, že kolorektálny karcinóm nemôže byť vecou jednotlivca. Dalo by sa to jedine vtedy, ak by sa nedal KRCa včas zistiť a vyliečiť, tak ako veľa iných malignít. Keďže presný opak je pravda, kolorektálny karcinóm sa dá včas zachytiť, preto sa dá uvažovať o zavedení legislatívnej povinnosti pravidelných skrínungových prehliadok ohrozenej populácie s jasne stanovenou sankciou pri jej nedodržaní (Hrčka, 2012/b. s.11).

Odkazy

- BÁTOVSKÝ, M. 2009. Skrining kolorektálneho karcinómu - 2009. In *Gastroenterológia pre prax*. ISSN 1336-1473, 2009, roč. 8, č. 1, 44 – 46 s.
- NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. S.257. ISBN 978-80-8063-321-9.
- DIBA, CH-S. – PLEŠKO, I. 2008 - 2012. *Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2004* [online]. Bratislava: Publisher NHIC, 2008 - 2012. [cit.2012-07-0]. ISBN 978-80-89292-04-02. Dostupné na internete:
http://nczi.sk/Documents/publikacie/analyticke/incidenca_zhubnych_nadorov_2004.
- DIBA, CH-S. – PLEŠKO, I. – OBŠITNÍKOVÁ, A. 2009. *Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2005*. [online]. Bratislava: Publisher NHIC, 2005. [cit.2012-07-09]. ISBN 978-80-89292-04-02. Dostupná na internete:
<http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/analyticke/incidenca_zhubnych_nadorov_2004.
- DIBA, CH-S. – PLEŠKO, I. . 2010. *Incidenca zhubných nádorov v SR 2006*. [online]. Bratislava: Publisher NHIC, 2010. [cit.2012-07-13]. ISBN 978-80- 98292-21-9. Dostupné na internete:http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf. 10)
- DIBA, CH-S. – PLEŠKO, I. – HLAVA, P. 2012. *Incidenca zhubných nádorov v S2007*. [online]. Bratislava: Publisher NHIC, 2012. [cit.2012-08-11]. ISBN 978-80- 98292-27-1. Dostupné na internete: http://data.nczisk.sk/publikacie/analyticke/zhubne_nadory_sr.pdf.
- ONDRUŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2003*. [online]. 2 vydanie. Bratislava: Publisher NHIC, 2007. ISBN 978-80-89292-03-5. [cit. 2012-07-10]. Dostupné na internete:
http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/analyticke/incidenca_zhubnych_nadorov_2003.pdf.
- HRČKA, R. 2012/b. Skrining kolorektálneho karcinómu na Slovensku z hľadiska reálnych možností. [online]. [cit.2014-01-10]. Dostupné na internete:
<http://www.krca.sk/files/e3/publikacie/2013-01-13-skrining-krca-na-slovensku-2012.pdf>.
- JANICZEKOVÁ, E. 2014. *Perioperačná ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s nádorom hrubého čreva*: Dizertačná práca. Bratislava: FOaZOŠ, 2014. 138 s.
- KRÁL, N. – SEIFERT, B. – DUŠEK, L. a kol. 2010. Změny ve screeningu kolorektálního karcinomu – krok správným směrem? In *Onkologie*. ISSN 1802-4475, 2010, roč. 4, č. 4, s. 251 – 255.
- SUCHÁNEK, Š. – BARKMANOVÁ, J. – FRÍČ, P. 2011. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 35 s. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2474-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Jana Virgulová, PhD.

FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica.,

jana.virgulova@szu.sk

PIELĘGNIARSKA OPIEKA OKOŁOPERACYJNA U PACJENTA PODDANEGO ZABIEGOWI ABLACJI MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW Z ZASTOSOWANIEM PRADU O CZĘSTOTLIWOSCI RADIOWEJ

Karina Wawros¹ Krzysztof Myrda² Renata Mroczkowska¹

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział nauk o Zdrowiu.

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze.

Streszczenie

Najczęściej diagnozowaną arytmia jest migotanie przedsionków, dotyczy 2% populacji światowej. Postępowanie u chorego z migotaniem przedsionków - polega na terapii farmakologicznej ukierunkowanej na kontrolę rytmu i częstości serca, kardiowersji elektrycznej, ablacji oraz antykoagulacji. Jedną z metod - ablacja z wykorzystaniem prądu o częstotliwości radiowej jest skuteczną metodą leczenia pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków u których mimo antiarytmicznego leczenia farmakologicznego dochodzi do nawrotów arytmii. Jest to zabieg inwazyjny obarczony ryzykiem wystąpienia wielu powikłań. Prawidłowe przygotowanie pacjenta, oraz odpowiednie postępowanie okołozabiegowe pozwala na minimalizację tego ryzyka i zwiększa skuteczność zabiegu.

Abstract (summary)

Most often diagnosed arrhythmia is atrial fibrillation, applicable 2% of the world population. The procedure in a patient with atrial fibrillation - involves targeted drug therapy to control heart rate and rhythm, electrical cardioversion, ablation and anticoagulation. One method - ablation using radiofrequency current is an effective treatment for patients with paroxysmal atrial fibrillation in whom antiarrhythmic drug therapy in spite of relapse of arrhythmia. This is an invasive procedure subject to the risk of many complications. Proper patient preparation, and appropriate actions periprocedural helps minimize this risk and increases the effectiveness of treatment.

Słowa kluczowe

Migotanie przedsionków, ablacja, opieka pielęgniarska, izolacja okrężna żył płucnych.

Wstęp

Migotanie przedsionków (AF – migotanie przedsionków, ang. atrial fibrillation) jest najczęściej diagnozowaną arytmia i dotyczy niemal 2% populacji światowej. Częstość występowania wzrasta z wiekiem AF Postępowanie z chorym z migotaniem przedsionków jest wielokierunkowe- polega na terapii farmakologicznej ukierunkowanej na kontrolę rytmu i częstości serca, kardiowersji elektrycznej, ablacji oraz antykoagulacji. (GUZY,M 2007) Migotanie przedsionków jest spowodowane przez wielokrotne pętle nawrotne krążące w obrębie mięśni przedsionków, które “bombardują” węzeł przedsionkowo- komorowy, co często prowadzi do tachykardii o nieregularnym charakterze. Charakterystyczne jest upośledzenie funkcji skurczowej przedsionków, co wpływa niekorzystnie na pracę komór. Utrata kurczliwości najczęściej prowadzi do zalegania krwi w przedsionkach co prowadzi do wytwarzania się skrzeplin. Największe ryzyko epizodu zakrzepowego istnieje kiedy pacjenci,, przechodzą” na rytm zatokowy, ponieważ po odzyskaniu prawidłowych skurczów przedsionków może dochodzić do wyrzucenia nagromadzonych skrzeplin do krwiobiegu. (NIELSEN,JC. 2013)

Objawy migotania przedsionków

- Kołatania serca.
- Osłabienie.
- Omdlenia.
- Zmęczenie
- Zdekompensowana niewydolność serca.
- Hipotensja.
- Niekontrolowane epizody niedokrwienne.

Przyczyny

Czynniki ryzyka migotania przedsionków obejmują: wiek, płeć męską, długotrwałe nadciśnienie, chorobę zastawkową serca, przerost lewej komory, chorobę niedokrwinną serca, cukrzycę, palenie oraz każdą formę zapalenia mięśnia sercowego. Przyczyny AF mogą być podzielone na serc pochodne oraz inne:

Przyczyny serc pochodne:

- Nadciśnienie tętnicze.
- Choroba niedokrwienności serca.

- Niewydolność serca.
- Każda forma zapalenia serca.
- Kardiomiopatia.
- Naciekowa choroba serca.
- Zespół chorej zatoki.

Pozasercowe przyczyny:

- Nadczynność tarczycy.
- Niskie miana sodu, potasu, wapnia.
- Pheochromocytomia.
- Leki sympatykomimetyczne, alkohol.

Przyczyny płucne:

- Zatorowość płucna.
- Zapalenie płuc.
- Rak płuc.
- Idiopatyczne.
- Hipotermia. (KRZEMIŃSKA - PAKULA, M 2010)

Klasyfikacja migotania przedsionków

Wyróżniamy następujące postacie migotania przedsionków:

- Napadowe AF - epizody AF trwają nie dłużej niż 7 dni a potem ustępują samoistnie.
- Przetrwale AF - epizody AF trwają dłużej niż 7 dni I wymagają leczenia farmakologicznego lub kardiowersji.
- Utrwalone AF - AF, w którym zawiodła kardiowersja lub gdzie kardiowersja nie była wykonana.
- Samotne (izolowane) AF używane do opisu AF u osób bez strukturalnej lub płucnej choroby, z niskim ryzykiem zakrzepów. Zwykle u osób poniżej 60rż. (NIELSEN,JC. 2013)

Leczenie migotania przedsionków ukierunkowane jest na zapobieganie powikłaniom zakrzepowo - zatorowym, zmniejszenie ilości napadów arytmii oraz zmniejszanie objawów

arytmii. Dostępne leki antyarytmiczne w wielu przypadkach nie są w stanie dostatecznie zapobiegać napadom migotania przedsionków. Mogą jedynie tłumić arytmie, ale nie mogą jej wyleczyć. Alternatywą dla pacjentów, którzy nie reagują na leczenie farmakologiczne, jest leczenie zabiegowe, czyli wykonanie tzw. zabiegu ablacji. (LUBIŃSKI,A.2007)Ablacja polega na wytworzeniu blizn w obrębie serca w miejscach potencjalnie odpowiedzialnych za powstawanie arytmii. Nie wymaga to operacji z otwarciem klatki piersiowej, narzędzia (cewniki) wprowadza się do serca poprzez nakłucie dużych naczyń udowych, a zabieg wykonuje się pod kontrolą rentgenowską oraz z użyciem nowoczesnych systemów do trójwymiarowej nawigacji w sercu. Jest metodą leczenia dającą szansę wyleczenia. (GUZY,M 2007)

Metodyka

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa lat 2007 – 2013 dokonano analizy metod leczenia migotania przedsionków z uwzględnieniem metoda leczenia jaką jest izolacja okrężna żył płucnych, oraz istoty opieki nad pacjentem w trakcie wykonywania tej procedury.

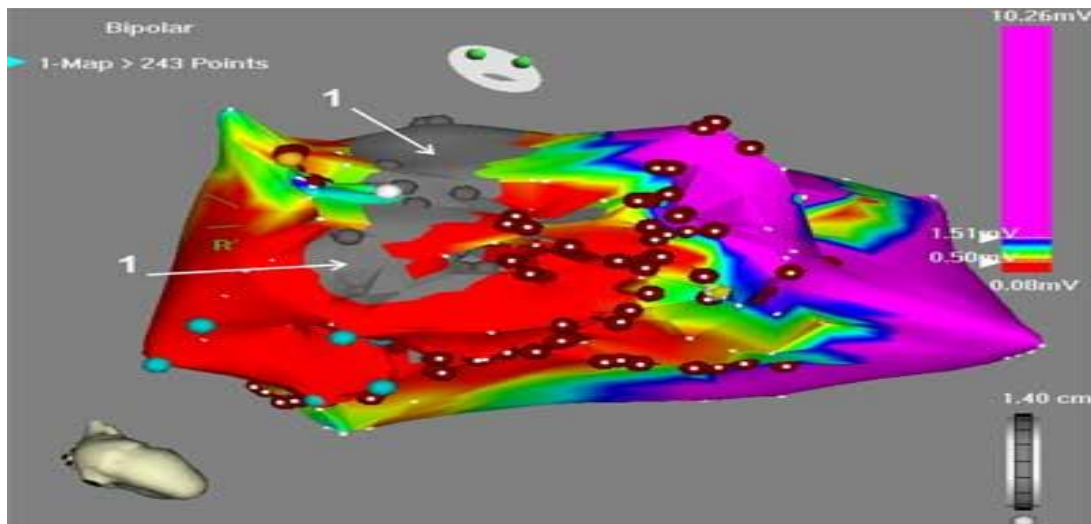
1. Podstawowa metoda leczenia - izolacja okrężna żył płucnych.

Występowanie migotania przedsionków (AF) wzrasta wraz z wiekiem. Jest to zarazem najczęstsza, długotrwała arytmia. Powszechnie wiadomo, że napadowe AF (PAF) zazwyczaj poprzedza rozwój utrwalonego AF. Badania elektrofizjologiczne wskazują, że u większości pacjentów z PAF, AF może być zapoczątkowywane przez spontaniczne, ogniskowe wyładowania pochodzące z żył płucnych (PV). Odkrycie to doprowadziło do rozwoju metod polegających na segmentalnej i okrężnej izolacji PV (CPVI). Ostatnie badania pokazały, że CPVI jest bardziej skuteczna niż segmentalna izolacja PV u pacjentów z PAF lub krótkotrwałym, przetrwałym AF. Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi izolacja żył płucnych (PVI), której pojawienie było kamieniem milowym w dziedzinie ablacji, wykazuje wysoką skuteczność w okresie 6–20 miesięcy po zabiegu. Głównym czynnikiem powodującym nawrót ATa po CPVI jest odnowienie przewodzenia w zakresie PV i/lub LA. (GUZY,M 2007) W takim przypadku powtórny zabieg ablacji powinien być wykonywany nie wcześniej niż 3 miesiące po poprzednim, ponieważ, jeżeli zostanie przeprowadzony wcześniej, mogą nie ujawnić się jeszcze dodatkowe drogi przewodzenia, których funkcjonowanie zostało uśpione w wyniku wcześniejszego zabiegu. Wyjątek od powyższej reguły stanowią pacjenci z ciężkimi objawami klinicznymi, których dolegliwości są związane

z występowaniem arytmii. W okresie prawie 5 lat rozwinięcie utrwalonego AF po zabiegu CPVI zaobserwowano u niewielkiej liczby chorych. (NIELSEN,JC. 2013)

1.2. Etapy zabiegu

- Przyjęcie pacjenta do pracowni (sprawdzenie tożsamości, kontrola dokumentacji, wyników badań).
- Przygotowanie jak do zabiegu hemodynamicznego.
- Umieszczenie elektrod dla uzyskiwania zapisu potencjałów zewnątrzsercowych.
- Lokowanie elektrod lokalizacyjnych na powierzchni ciała pacjenta.
- Uzyskanie dostępu donaczyniowego.
- Wprowadzenie elektrod diagnostycznych.
- Wprowadzenie pacjenta w głęboką sedację/znieczulenie ogólne.
- Pozycjonowanie sondy temperaturowej.
- Diagnostyczne manewry stymulacyjne.
- Nakłucie transseptalne.
- Mapowanie elektroanatomiczne.



Źródło : <http://www.czytelniamedyczna.pl>

Mapa potencjałowa wykonana podczas rytmu zatokowego z zaznaczonymi obszarami blizn i liniami aplikacyjnymi.

- Fuzja obrazu elektroanatomicznego z obrazem tomografii komputerowej.
- Mapowanie stymulacyjne nerwu przeponowego.

- Okreżna ablacja wokół żył płucnych.
- Mapowanie potencjałowe.
- Dodatkowe linie ablacyjne(w razie konieczności).
- Protokół indukcji arytmii.
- Usunięcie elektrod i urządzeń ablacyjnych.
- Założenie opatrunków uciskowych.
- Przewiezienie na sale intensywnego nadzoru. (GUZY,M 2007)

2. Skuteczność zabiegu ablacji migotania przedsionków.

Skuteczność zabiegu ablacji określa się na 70% przy napadowym migotaniu przedsionków i 50% przy utrwalonym migotaniu przedsionków. Skuteczność jest różna w różnych ośrodkach i zależy od doświadczenia, stosowanej techniki i typu arytmii. Statystycznie doświadczony ośrodki wykonujące dużo ablacji mają większą skuteczność.(NIELSEN,JC. 2013)

W wielu badaniach nie obserwuje się istotnej różnicy pomiędzy leczeniem PAF za pomocą ablacji prądem o częstotliwości radiowej a terapią farmakologiczną w zakresie skumulowanego wskaźnika obciążenia migotaniem przedsionków w dwuletnim okresie obserwacji. (GUZY,M 2007) Dane te wskazują na fakt, że leczenie farmakologiczne powinno pozostać terapią pierwszego rzutu u większości pacjentów z PAF. Należy jednak pamiętać, że w dużym zakresie ablacja zapewniła bardziej korzystne wyniki – podczas wizyty w 24-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia w grupie poddanej ablacji wystąpiło mniej napadów arytmii u mniejszej liczby pacjentów. Może to sugerować większą trwałość efektu leczenia za pomocą ablacji. Autorzy wskazują szereg ograniczeń opisywanego badania. Jednym z ważniejszych jest zmiana obecnie zalecanej techniki przeprowadzania ablacji co mogłoby zmienić prezentowane wyniki. (NIELSEN,JC. 2013)

3.Powikłania ablacji

Jest to zabieg inwazyjny, a więc obarczony pewnym ryzykiem. Ryzyko to jest niewielkie, ale wzrasta u osób w podeszłym wieku, w ciężkim stanie. Możliwe powikłania:

- krwiak w miejscu założenia „koszulek”.
- powikłania zakrzepowo-zatorowe.
- infekcja.
- przebicie ścian naczyń lub serca.
- odma opłucnowa,

- krwawienie do osierdzia.
- przejściowy lub trwały blok przedsionkowo-komorowy czasami wymagający wszczepienia rozrusznika serca.

4. Przygotowanie pacjenta

Przed każdym badaniem inwazyjnym i zabiegiem, z wyjątkiem sytuacji ratujących życie, warto wykonać szczepienie przeciwko WZW B. Należy oznaczyć grupę krwi i wykonać podstawowe badania: morfologię krwi, badanie ogólne moczu, RTG klatki piersiowej. Przed zakwalifikowaniem do zabiegu ablacji u wszystkich pacjentów należy wykonać 12 – odprowadzeniowe EKG lub monitorowanie EKG metoda Holtera w celu oceny typu arytmii. Konieczne jest wykonanie przezklatkowego badania echokardiograficznego w celu rozpoznania

Lub wykluczenia strukturalnej choroby serca. Dodatkowe badania jak MRI (rezonans magnetyczny) lub CT(tomografia komputerowa), uwidaczniają trójwymiarową geometrię przedsionka i dostarczają informacji na temat jego włóknienia. W celu zmniejszenia ryzyka incydentów zakrzepowo zatorowych należy wykluczyć obecność skrzepliny w LA a zwłaszcza w LAA. (GUZY, M 2007)

5. Aspekty opieki pielęgniarskiej

5.1 Przygotowanie pacjenta do zabiegu ablacji.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa okołozabiegowego, zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych. Przygotowanie pielęgniarskie pacjenta do zabiegu dzieli się na fizyczne i psychiczne – dalsze i bliższe.

Przygotowanie fizyczne pacjenta dalsze obejmuje:

Przygotowanie pacjenta do wykonania niezbędnych badań diagnostycznych: RTG klatki piersiowej, oznaczenie antygenu HBsAg, wykonania zapisu EKG, badań specjalistycznych (konsultacji), specjalistycznych badań diagnostycznych (endoskopia, USG, tomografia komputerowa, oznaczenie grupy krwi, czasy krwawienia i krzepnięcia, czas protrombinowy, oznaczenie morfologii, poziomu elektrolitów, glukozy i innych badań biochemicznych krwi

Przygotowanie to odbywa się najczęściej w warunkach ambulatoryjnych skracając okres pobytu pacjenta w szpitalu przed zabiegiem operacyjnym zapobiegając zakażeniom szpitalnym oraz zmniejsza koszty pobytu chorego.

Ponadto pielęgniarka w przygotowaniu dalszym fizycznym dokonuje pomiaru parametrów życiowych (tętno, ciśnienie, oddechy), przygotowuje chorego do badania fizykalnego, zakłada

i zabezpiecza dostęp żylny, wykonuje zlecenia zgodnie z kartą zleceń, odnotowuje w dokumentacji wszystkie czynności.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu fizyczne bliższe obejmuje:

Kontrolę parametrów, płytek paznokciowych (kobiety – lakier) ,przypomnienie o karencji pokarmowej, wykonanie wieczornej toalety całego ciała samodzielnie przez chorego lub przez pielęgniarkę(a jeśli jest to możliwe to również toalety rannej), podanie leku nasennego zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, leki, których podawanie w okresie okołoperacyjnym powinno być wstrzymane lub powinny być wprowadzone preparaty alternatywne.

W dniu zabiegu operacyjnego pielęgniarka podaje pacjentowi przed planowanym zabiegiem leki i płyny infuzyjne w rodzaju, dawce i godzinie podania określone przez lekarza. Wyposaża pacjenta w szpitalną bieliznę osobistą, która należy założyć bezpośrednio przed zabiegiem.

Golenie pola operacyjnego :najmniejsze ryzyko zakażenia okolicy planowego cięcia chirurgicznego występuje wówczas, gdy czas między goleniem a rozpoczęciem zabiegu operacyjnego jest krótszy niż 1- 2godziny przed planowym zabiegiem operacyjnym.

Na 60 -90 minut przed zabiegiem pielęgniarka podaje premedykację, która ma na celu:

- zmniejszenie niepokoju, lęku,
- zmniejszenie wydzielania w drogach oddechowych,
- nasilenie działania środków anestetycznych,
- zahamowanie nudności i wymiotów pooperacyjnych,
- uzyskanie amnezji,
- zmniejszenie objętości i podwyższenie pH soku żołądkowego,
- osłabienie ruchów wagalnych. (KRZEMIŃSKA - PAKULA, M 2010)

W dniu wykonania zabiegu operacyjnego. Pacjent powinien być poinformowany że :

- na okres zabiegu powinien zdjąć wszystkie metalowe ozdoby – obrączki, pierścionki, kolczyki, bransolety, naszyjniki, spinki do włosów, itd.,
- wyjąć/usunąć sztuczne protezy zębowe, okulary, szkła kontaktowe.
- kobiety w okresie okołoperacyjnym nie powinny malować ust i skóry wokół oczu.
- pacjent bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym powinien oddać mocz w celu opróżnienia pęcherza moczowego.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu psychiczne dalsze obejmuje:

- wyjaśnienie pacjentowi nurtujących go kwestii.

- Rozwianie wątpliwości związanych z koniecznością poddania się zabiegowi operacyjnemu.
- Wyjaśnienie istoty postępowania diagnostycznego i każdego etapu przygotowania do zabiegu operacyjnego.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu psychiczne bliższe:

Rozpoczyna się w momencie podjęcia decyzji o zabiegu i ma ono na celu:

- Rozpoznanie przez pielęgniarkę potrzeb chorego dotyczących informacji na temat okresu okołoperacyjnego.
- Pozyskanie chorego do współpracy z zespołem terapeutycznym i uświadomienie mu współodpowiedzialności za przebieg okresu okołoperacyjnego.
- Uzyskanie od chorego akceptacji zaproponowanych działań.
- Zdobywanie zaufania pacjenta przez otwartą, zdecydowaną postawę pielęgniarki, jej życzliwość, cierpliwość i profesjonalizm.
- Umożliwienie choremu kontaktu z innymi członkami zespołu terapeutycznego, rodziną, duchownym oraz osobami znaczącymi jeżeli zajdzie taka potrzeba.
- Prowadzenie edukacji pacjenta związanej z prawidłowym przebiegiem okresu okołoperacyjnego.

Edukacja pacjenta:

Celem tej edukacji jest nauczenie pacjenta czynności, które ułatwią mu pobyt w okresie pooperacyjnym i zapobiegą powikłaniom pooperacyjnym. Do podstawowych czynności należą:

5.2 Opieka okołoperacyjna

Dotyczy przygotowania pacjenta przez pielęgniarkę hemodynamiczną oraz anestezyjologiczną i rozpoczyna się w momencie przekazania pacjenta do pracowni hemodynamiki.

Pielęgniarka Hemodynamiczna

- Udział w przekazaniu pacjenta z oddziału do pracowni. (kontrola tożsamości, zgody na zabieg, wyników badań, poprawności przygotowania fizycznego pacjenta do zabiegu).
- Przygotowanie sali zabiegowej i stolika zabiegowego (przygotowanie i sprawdzenie dostępności niezbędnego sprzętu, koszulek naczyniowych).

przygotowanie pacjenta do zabiegu (przygotowanie psychiczne pacjenta, wypełnienie niezbędnej dokumentacji: książki zabiegowej, check list, karty obserwacji wkluc obwodowych, centralnych, cewnika do pęcherza moczowego)

- Przygotowanie fizyczne : zapewnienie dostępu naczyniowego, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, przygotowanie pola operacyjnego, pobranie materiału do badań laboratoryjnych i udokumentowanie wykonanych czynności;
- Asystowanie do zabiegu zabezpieczenie sterylnego sprzętu niezbędnego do wykonania zabiegu.
- Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta i udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta we współpracy z zespołem anestezyjologicznym.
- Utrzymywanie sprawności technicznej sprzętu, aparatury, powierzonych narzędzi.
- Instruowanie i edukacja pacjenta na temat zachowania się bezpośrednio po wykonanym zabiegu.
- zapewnienie bezpiecznego transportu i przekazanie niezbędnych informacji na temat stanu pacjenta i rodzaju wykonanego zabiegu pielęgniarce odcinkowej oddziału kardiologii.
- Współpraca z pozostałymi członkami zespołu, lekarzem anestezyjologiem, pielęgniarką anestezyjologiczną, technikiem elektrokardiologiem.

Pielęgniarka Anestezyjologiczna

- Udział w przekazaniu pacjenta z oddziału do pracowni.(kontrola tożsamości, zgody na zabieg, wyników badań, poprawności przygotowania fizycznego pacjenta do zabiegu.)
- Przygotowanie stanowiska znieczulenia:

Bez względu na wybór sposobu utrzymania drożności dróg oddechowych, zawsze w gotowości do użycia powinny być: zestaw do intubacji tchawicy, cewnik do odsysania dróg oddechowych wraz z układem ssącym, zgłębnik żołądkowy, kaniule do uzyskania dostępu dożylnego, zestawy do kaniulacji żył centralnych jeżeli wymaga tego rodzaj operacji lub stan pacjenta. (Mayzner- Zawadzka E.2009).

Zestaw do intubacji:

- laryngoskop z odpowiednio dobraną wielkością łopatką (pełen zakres rozmiarów),
- maski twarzowe. (pełen zakres rozmiarów),
- rurka dotchawicza ,

- maski krtaniowe (pełen zakres rozmiarów),
 - rurka ustno-gardłowa (pełen zakres rozmiarów),
 - prowadnica,
 - cewnik do odsysania dróg oddechowych (szerokie spektrum rozmiarów),
 - kleszczyki Maggila,
 - żel do nawilżenia rurki intubacyjnej/ maski krtaniowej.
 - strzykawka do uszczelnienia mankietu rurki lub mankietu maski krtaniowej
- rusowania rurki z mankiem uszczelniającym)
- plaster do umocowania rurki,
 - urządzenie ssące wraz z cewnikami do odsysania.

Monitorowanie:

- mankiety do pomiaru ciśnienia (szeroki zakres rozmiarów w zależności od obwodu ramienia pacjenta),
- linia do pomiaru inwazyjnego ciśnienia,
- elektrody do zapisu elektrokardiograficznego,
- czujnik pomiaru saturacji (Mayzner- Zawadzka E.2009)

Leki:

- uspokajające, przeciwłukowe i nasenne, cholinolityczne, przeciwbólowe, przeciwwymiotne i neuroleptyczne ważne dla pacjentów o znacznym nasileniu niepokoju, zwłaszcza u dzieci - benzodiazepiny:- diazepam, lorazepam, midazolam.

- leki znieczulenia ogólnego :

- wziewne np : halotan, sewofluran, enfluran izofluran, dezfluran, podtlenek azotu.

- dożylnie: benzodiazepiny (diazepam i midazolam) tiopental, etomidat, ketamina, propofol.

- leki zwiotczające: depolaryzujące i niepolaryzujące.

- płyny infuzyjne :krystaloidy i koloidy (ogrzone). (Mayzner- Zawadzka E.2009)

- Przygotowanie pacjenta do zabiegu (przygotowanie psychiczne pacjenta, wypełnienie niezbędnej dokumentacji: książki zabiegowej, check list, karty obserwacji wkluc obwodowych, centralnych, założenie karty znieczulenia)
- Przygotowanie fizyczne : zapewnienie dostępu naczyniowego, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, przygotowanie pola operacyjnego, pobranie

materiału do badań laboratoryjnych(ACT, gazometrii) oraz udokumentowanie wykonanych czynności.

- Asystowanie podczas wprowadzenia, podtrzymania oraz wyprowadzenia ze znieczulenia pacjenta.
- Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta podczas znieczulenia oraz udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta.
- Utrzymywanie sprawności technicznej sprzętu, aparatury anestezyjologicznej.
- Instruowanie i edukacja pacjenta na temat zachowania się bezpośrednio po wykonanym zabiegu i znieczuleniu.
- zapewnienie bezpiecznego transportu i przekazanie niezbędnych informacji na temat stanu pacjenta i rodzaju wykonanego zabiegu pielęgniarce odcinkowej oddziału kardiologii.
- Współpraca z pozostałymi członkami zespołu, lekarzem kardiologiem, pielęgniarką hemodynamiczną, technikiem elektrokardiologiem. (Mayzner- Zawadzka E.2009)

5.3 wczesna opieka pooperacyjna – zapobieganie powikłaniom.

U pacjentów po zabiegu ablacji bardzo ważna jest zmiana modyfikowalnych czynników ryzyka

chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza stylu życia. Istotna jest rola pielęgniarki w edukacji pacjenta w zakresie zasad prawidłowego odżywiania, zaprzestania palenia papierosów

Ponadto, pacjentowi powinno się uświadomić iż bardzo istotna jest bieżąca farmakologiczna korekta chorób współistniejących takich jak : cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia i inne. Istotne jest aby pacjent miał świadomość znaczenia kontroli gospodarki wodno – elektrolitowej, glikemii, profilu lipidowego. Ważnym elementem indywidualne, bądź grupowe spotkania z psychologiem, które pomagają przezwyciężyć lęk. (GUZY,M 2007)

Wykazuje się iż pacjenci poddani kompleksowej rehabilitacji, w porównaniu z chorymi, które nie były poddane takiej terapii, wykazują niższy poziom lęku, wyższą samoocenę i poziom automoty- wacji. Bardzo ważna jak poprawa stanu emocjonalnego i wydolności fizycznej jest rehabilitacja społeczna. Wykazano, iż osoby po pełnym programie rehabilitacji kardiologicznej wcześniej powracają do pracy zawodowej niż chorzy nierehabilitowani.

Pielęgniarska opieka pooperacyjna rozpoczyna się z chwilą przewiezienia na oddział pooperacyjny, gdzie pacjent przebywa z reguły 2-4 godzin. Po przewiezieniu na oddział pooperacyjny należy kontynuować monitorowanie hemodynamiczne.

Chory po zabiegu wymaga monitorowania podstawowych parametrów życiowych, biochemicznych w celu oceny stanu i funkcjonowania poszczególnych narządów oraz wczesnego wykrywania zagrożeń i powikłań. Ocena ta ma charakter ciągły, a pielęgniarka opiekująca się nim ma praktycznie stały kontakt wzrokowy z chorym. (KRZEMIŃSKA - PAKULA, M 2010)

Parametry monitorowane standardowo to;

1. Ocena wydolności krążenia (stały pomiar RR krwawy oraz pośredni, OCŻ, rytm serca w ustalonych sekwencjach czasowych).
2. Ocena wydolności ukł. oddechowego (badania gazowe-tryczne krwi tętniczej, stały pomiar saturacji.)
3. Ocena funkcji nerek (diureza godzinowa, ilościowa oraz makroskopowa moczu).
4. Ocena niedokrwienia serca (stała ocena odcinka ST z monitora, EKG pełne po zabiegu, a następnie).
5. Ocena układu krzepnięcia
6. Monitorowanie krwawienia pooperacyjnego (obserwacja miejsc w których były założone dostępy naczyniowe)
7. Ocena równowagi kwasowo-zasadowej
9. Kontrolowanie temperatury ciała.
10. Monitorowanie bólu, który stanowi dodatkowe źródło stresu, uniemożliwia prawidłowe oddychanie i odkrztuszanie. Ból uniemożliwia również pacjentowi prawidłowy wypoczynek, wstrzymuje od poruszania się w łóżku, co powoduje usztywnienie kończyn i nasilenie ich bolesności przy jakichkolwiek ruchach. Ból powoduje ogólny dyskomfort. Zatem bardzo ważne jest postępowanie przeciwbólowe u chorego.(KRZEMIŃSKA - PAKULA, M 2010)

6.Podsumowanie

Migotanie przedsionków (AF – migotanie przedsionków, ang. atrial fibrillation) jest najczęściej diagnozowaną arytmia i dotyczy niemal 2% populacji światowej. Częstość występowania wzrasta z wiekiem. Alternatywą dla pacjentów, którzy nie reagują na leczenie farmakologiczne, jest leczenie zabiegowe, czyli wykonanie tzw. zabiegu ablacji. Jest to zabieg inwazyjny obarczony dużym ryzykiem wystąpienia powikłań. Prawidłowe

przygotowanie pacjenta oraz świadomość istoty zabiegu pozwala na zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań i podjęcia odpowiednich działań pielęgniarzkich .

Piśmiennictwo

GUZY,M. KREJCA, M. GOLISZEK,L. DURAŁEK,A. SKARYSZ,J., BIS,J. BOCHENEK,A. *Kardiochirurgia Dorosłych Chirurgiczna ablacja prądem o częstotliwości radiowej u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków. Wyniki krótko- i średnioterminowe wybranych parametrów echokardiograficznych i biochemicznych* Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2007; 4 (4): 355–359

KRZEMIŃSKA - PAKULA, M. *Kardiologia kliniczna*, D.W. Publishing Co., Szczecin 2010, ISBN 1-57107-108-3

LUBIŃSKI,A. WALCZAK,F. TRUSZ – GLUZA,M. *Podręcznik elektrofizjologii klinicznej* Wyd.VIA MEDICA 2007 s63 – 69 ISBN: 978-83-60072-97-4

MAYZNER- ZAWADZKA,E. *Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii* PZWL, Warszawa 2009 s. 457 -659 ISBN 978-83-200-3199-7

NIELSEN,JC. JOHANNESSEN,A. RAATIKAINEN,P. HANSEN,PS. WALFRIDSSON,H. KONGSTAD,O. PEHRSON,S. ENGLUND,A. HARTIKAINEN,J. MORTENSEN,JS. HANSEN,PS *Ablacja prądem o częstotliwość radiowej nie jest skuteczniejsza niż farmakoterapia jako terapia pierwszego rzutu w napadowym migotaniu przedsionków. Radiofrequency Ablation as Initial Therapy in Paroxysmal Atrial Fibrillation. N Engl J Med* 2012;367:1587-9|01.01.2013

OBJASNIENIE SKRÓTOW

AF – migotanie przedsionków (łac. fibrillatio atriorum, ang. atrial fibrillation)

RF - częstotliwość radiowa (ang. radio frequency)

LA – lewy przedsionek (ang. left atrium)

LAA – uszko przedsionka lewego (left auricula atrium)

PV - -żyły płucne (łac. *venae pulmonales*)

Adres kontaktowy do autora

Karina Wawros

Magister pielęgniarstwa. Specjalista Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

ankada@op.pl

ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Karina Wawros¹, Renata Mroczkowska^{1,6}, Gabriela Ptaszek¹, Piotr Gurowiec^{1,2},
Barbara Stołecka¹, Lilianna Gawłów – Nowak³, Mariola Śleziona⁴, Lucyna Graf⁵

¹Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

²Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca

³Szpital Wojewódzki w Opolu

⁴Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny w Tychach

⁵Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej w Tychach

⁶Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział nauk o Zdrowiu.

Streszczenie

Pojedyncze próby wentylowania pacjentów w domu odnotowano w 2001 roku. Byli to pacjenci wentylowani inwazyjnie, działania te były próbą odnalezienia alternatywy u pacjentów długotrwale wentylowanych w oddziałach intensywnej terapii.

W Polsce opieka nad chorym wentylowanym jest sprawowana przez specjalistyczne ośrodki wentylacji domowej, które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dzięki czemu leczenie wentylacyjne jest bezpłatne a pacjent nie ponosi żadnych kosztów.

Celem programu wentylacji domowej Zmniejszenie objawów hipowentylacji pęcherzykowej: lepsze i głębsze oddychanie, mniejsze zmęczenie mięśni oddechowych, lepszy kaszel i skuteczniejsze usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych, mniejsza liczba infekcji płucnych i ich łagodniejszy przebieg, zmniejszenie objawów przewlekłego zmęczenia i zaburzeń koncentracji. Pacjenci mogą być wentylowani metodą inwazyjną lub nieinwazyjną w zależności od stanu pacjenta i wskazań.

Abstract

Summary Single trying to ventilate patients was recorded in of 2001. They were invasively ventilated patients, these actions were an attempt to find alternative long-term ventilated patients in intensive care units. In Poland, the ventilated patient care is exercised by domestic ventilation specialist centers, which are funded by the National Health Fund, so that treatment is free ventilation and the patient does not incur any costs. The program aims to reduce

clinical domestic ventilation alveolar hypoventilation: better and deeper breathing, reduced respiratory muscle fatigue, cough better and more efficient removal of secretions from the respiratory tract, fewer pulmonary infections and milder, reducing the symptoms of chronic fatigue and concentration disorders. Patients can be ventilated invasive or non-invasive, depending on the condition of the patient and indication.

Słowa kluczowe

Wentylacja mechaniczna, pacjent wentylowany w warunkach domowych

Wstęp

Układ oddechowy człowieka składa się z dwóch części, które mogą niezależnie prowadzić do pogorszenia wymiany gazowej; płuc oraz układu mięśni i dróg oddechowych. W chorobach płuc najczęściej wystarczającym leczeniem jest tlenoterapia, natomiast jeżeli procesowi chorobowemu towarzyszy silne upośledzenie procesu wymiany gazowej, które dodatkowo wymaga stosowania dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych. Zaburzenia w obrębie układu oddechowego i mięśni wymagają najczęściej wentylacji mechanicznej (NASIŁOWSKI, J 2011 r.).

Przyczyny zaburzeń wentylacji to: dysfunkcje OUN, choroby nerwowo-mięśniowe, deformacje klatki piersiowej, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), jak również zespół otyłości (OHS). Upośledzenie wentylacji może pojawić się nagle, a następnie doprowadzić do kwasicy oddechowej. Objawy przewlekłej niewydolności oddechowej są liczne i występują często w połączeniu z objawami choroby podstawowej, przy czym duszności, poranne bóle głowy i objawy zaburzeń oddychania podczas snu, to podstawowe wykładniki.

Pacjenci z CRF mogą planowo być kwalifikowani do HMV, która u nich, jest stosowana sporadycznie, jako nocna wentylacja na przemian ze spontanicznym oddychaniem w ciągu dnia. Wentylacja może być przeprowadzana inwazyjnie poprzez tracheostomię, lub nieinwazyjnie przez maskę, jej celem jest poprawa parametrów gazów we krwi, zarówno podczas wentylacji mechanicznej, jak i okresów spontanicznego oddychania.

Terapia powinna prowadzić do zmniejszenia poziomu dwutlenku węgla (PaCO_2), z ewentualnym uzyskaniem normokapni. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

Metodyka

Na podstawie dostępnej literatury lat 2003 – 2014 dokonano analizy rozwoju domowej opieki wentylacyjnej, jak również zasad jej działania.

1. Historia wentylacji domowej w Polsce

Pojedyncze próby wentylowania pacjentów w domu odnotowano w 2001 roku. Byli to pacjenci wentylowani inwazyjnie, działania te były próbą odnalezienia alternatywy u pacjentów długotrwale wentylowanych w oddziałach intensywnej terapii

Badanie Eurovent z 2001 r. oceniające zakres wentylacji domowej w Europie odnotowało w Polsce 8 ośrodków zajmujących się wentylacją domową i około 40 pacjentów wentylowanych. Pierwszym lekarzem, który na szerszą skalę zaczął wentylować pacjentów w sposób nieinwazyjny był dr med. Zbigniew Szkulmowski, który opierając się na doświadczeniach i kontaktach ze swojego pobytu we Francji, zorganizował w 2001 r. Zespół Domowego Leczenia Respiratorem w Regionalnym Zespole Opieki Paliatywnej w Bydgoszczy.

Pacjenci wentylowani w sposób nieinwazyjny (maska nosowa indywidualnie robiona na miarę, respiratory użyczone z dzięki uprzejmości profesora D. Roberta z Francji). W latach 2003-2013 powstała coraz większa liczba ośrodków zajmujących się terapią respiratorem w domu. W większości są to instytucje prywatne i szpitale nieuniwersyteckie. Średnio na jeden ośrodek przypada 35 pacjentów – ale jeżeli chodzi o ośrodki największe to jest to ok. 150 pacjentów na ośrodek. Największe polskie centra mają 300 – 400 pacjentów. Związane jest to z postępującym wzrostem liczby pacjentów wentylowanych w domu. Wzrasta też liczba pacjentów wentylowanych nieinwazyjnie. (BANAK A. 2011 r.)

2. Organizacja opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w Polsce

Od kilku lat opieka długoterminowa nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w domu jest finansowana w Polsce przez NFZ. Wentylacja domowa inwazyjna i nieinwazyjna wpisana została do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W zależności od ośrodka ilość pacjentów wentylowanych inwazyjnie w stos. do nieinwazyjnych wynosi 35-50% do 50-65%.

Opieka nad chorym wentylowanym jest sprawowana przez specjalistyczne ośrodki wentylacji domowej, które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dzięki czemu leczenie wentylacyjne jest bezpłatne a pacjent nie ponosi żadnych kosztów. (BANAK A. 2011 r.)

Ośrodki zapewniają opiekę lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej, rehabilitanta oraz sprzęt niezbędny do wentylacji a także opiekę techniczną nad sprzętem.

Zespół monitoruje i modyfikuje sposób leczenia oraz przygotowuje pacjenta do następnego etapu choroby oraz kolejnych form terapii: wentylacja inwazyjna czy żywienie dojelitowe.

Ośrodki wentylacji domowej są zobowiązane do współpracy z innymi placówkami i osobami które sprawują opiekę nad pacjentem. (DROZD W. 2011 r.)

846 chorych w Polsce (w tym 31% dzieci) średnio 2,2 pacjenta na 100 000. mieszkańców.(Z tego (59%) było leczonych w sposób inwazyjny przez tracheostomię.)

2.1 Proces włączenia pacjenta do programu wentylacji metodą nieinwazyjną

Z uwagi na fakt iż szpitale nie posiadają odpowiedniego sprzętu do wentylacji metodą nieinwazyjną, szpital zgłasza potrzebę wentylacji u pacjenta tą metodą i następnie lekarz ośrodka wentylacji domowej udaje się do szpitala dostosowywania z odpowiednim sprzętem i tam rozpoczyna się proces dostosowywania wentylacji do danego chorego.

U pacjentów bardziej wydolnych oddechowo można ten proces rozpocząć w domu pacjenta.

Warunek konieczny - pacjent wentylowany mechanicznie w domu musi mieszkać z opiekunem.. Przed przekazaniem pacjenta do domu opiekunowie powinni nauczyć się podstawowych czynności pielęgnacyjnych niezbędnych do opieki nad pacjentem oraz powinni być przeszkoleni w zakresie samej wentylacji Szkolenie rodziny pacjenta czy opiekuna przebiega w trzech etapach. (BANAK A. 2011 r.)

Etap pierwszy: powinien mieć miejsce na długo przed powrotem pacjenta ze szpitala i powinno polegać na ogólnym omówieniu z opiekunami programu oraz samego procesu wentylacji. Etap ten jest dla lekarza koordynującego doskonałą okazją do oceny warunków socjalnych w jakich będzie przebywał wentylowany pacjent.

Etap drugi: jest spotkaniem technicznym podczas którego opiekunowie powinni być zaznajomieni ze sprzętem do wentylacji i sposobem jego użycia.

Etap trzeci : to właściwa „instalacja” pacjenta następuje w momencie powrotu pacjenta do domu. Podczas takiego spotkania powinien być obecny cały zespół opiekujący się pacjentem.

Spotkanie takie obejmuje bardzo szczegółową instrukcje obsługi respiratora, pulsoksymetru.

2.2 Skład zespołu w programie wentylacji domowej.

Dwa podstawowe akty prawne regulują prowadzenie wentylacji domowej w Polsce.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (ostatnia nowelizacja z dnia 22.11.2013).
- Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w ramach opieki długoterminowej.

Personel – zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów/dzieci wentylowanych mechanicznie pielęgniarki : kwalifikacje.

pielęgniarka: z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów. (BANAK A. 2011 r.)

Lekarz : kwalifikacje.

lekarz specjalista w dziedzinie: anestezyjologii lub anestezyjologii reanimacji, lub anestezyjologii i intensywnej terapii lub reanimacji, lub anestezyjologii i intensywnej terapii i neurologii lub chorób płuc. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

2.3 Cele wentylacji domowej

Zmniejszenie objawów hipowentylacji pęcherzykowej: lepsze i głębsze oddychanie, mniejsze zmęczenie mięśni oddechowych, lepszy kaszel i skuteczniejsze usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych, mniejsza liczba infekcji płucnych i ich łagodniejszy przebieg, zmniejszenie objawów przewlekłego zmęczenia i zaburzeń koncentracji. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

Poprawa komfortu życia, zwiększenie aktywności życiowej i zawodowej.

Umożliwienie pacjentom z całkowitą niewydolnością oddechową powrotu ze szpitala do domu.

3.Sprzęt zapewniany pacjentom włączonym do programu wentylacji długoterminowej w warunkach domowych:

3.1 Pacjenci nieinwazyjni:

- respirator dostosowany do terapii domowej,
- maski (nosowe, twarzowe) przeznaczone do wentylacji nieinwazyjnej,
- maski „indywidualne”, wykonywane „na miarę niezbędny sprzęt jednorazowy: układy oddechowe, filtry,
- niezbędny sprzęt monitorujący – pulsoksymetry,
- sprzęt do awaryjnej wentylacji ręcznej – worek AMBU,

3.2 Pacjenci inwazyjni:

- respirator dostosowany do terapii domowej,

- niezbędny sprzęt jednorazowy: układy oddechowe, filtry, przestrzenie martwe,
- niezbędny sprzęt monitorujący – pulsoksymetry,
- cały niezbędny do wentylacji inwazyjnej sprzęt jednorazowy: cewniki, układy oddechowe, filtry, rurki intubacyjne, materiały opatrunkowe,
- ssak o podwójnym zasilaniu: z sieci i bateryjnym na wypadek awarii prądu,
- sprzęt do awaryjnej wentylacji ręcznej – worek AMBU.

W zależności od indywidualnych potrzeb pacjenci zaopatrywani są w sprzęt, który jest im niezbędny: np. sprzęt monitorujący, koncentrator tlenu, butle tlenowe, sprzęt do ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych. Sprzęt medyczny dostarczany jest bezpośrednio do domu chorego. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

4. Grupy pacjentów objętych programem wentylacji domowej

Większość pacjentów objętych domową opieką wentylacyjną w Polsce to chorzy z chorobami neurologicznymi. Największą jednolitą grupą pacjentów są chorzy z SLA. Oprócz tego wentylowani są pacjenci z POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Oskrzelowo-płucna), z zespołem hipowentylacji otyłych, kyfoskopiozami i innymi deformacjami klatki piersiowej, po urazach rdzenia kręgowego i ośrodkowego układu nerwowego, z wadami wrodzonymi, bezdechem pochodzenia centralnego. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

4.1 Pacjenci z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc

NIV jest podstawową opcją terapeutyczną dla chorych na POChP z CRF.

W dzisiejszych czasach długoterminowa inwazyjna wentylacja przez tracheostomię powinna być stosowana tylko w wyjątkowych okolicznościach, przeważnie po nieefektywnym NIV. W połączeniu z fizjoterapią NIV może ułatwić kaszel w mukowiscydozie i ułatwić usuwanie, lepkich wydzielin śluzowych.

Wskazania - objawy, które wskazują, na CRF i obniżoną jakość życia pacjentów z POChP, jak również spełnienie co najmniej jednego kryterium :

- Przewlekła dzienna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$
- Nocna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 \geq 55\text{mmHg}$
- Stabilna dzienna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 46 - 50\text{mmHg}$ i wzrost $\geq 10\text{mmHg}$ podczas snu.
- Stabilna dzienna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 46 - 50\text{mmHg}$ i co najmniej 2 zaostrzenia choroby z towarzyszącą kwasicą, wymagające hospitalizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy. (SZCZEKLIK A. 2014 r.)

4.2. Pacjenci z restrykcyjnymi chorobami klatki piersiowej.

NIV jest główną opcją leczenia chorób związanych z de-formacją klatki piersiowej.

Najczęściej dotyczy to następujących schorzeń:

- Scoliosis.
- Kyphosis.
- Pectus carinatum (pigeon chest).
- Pectus excavatum (concave chest).
- Ankylosing spondylitis.
- Restrictive pleural diseases.
- Post-tuberculosis syndrome. (SZCZEKLIK A. 2014 r.)

Wskazania

Objawy, które wskazują, na CRF i obniżoną jakość życia pacjentów, jak również spełnienie co najmniej jednego kryteriów wskazują na potrzebę HMV:

Przewlekła dzienna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$.

Nocna hiperkapnia z $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$

Dzienna normokapnia ze wzrostem $\text{PTcCO}_2 \geq 10\text{mmHg}$ w ciągu nocy

Pacjenci bez hiperkapnii ,ale z ciężkimi, restrykcyjnymi zaburzeniami wentylacji ($\text{VC} < 50\%$ wartości należytnej), muszą być poddani krótkoterminowej (do 3 miesięcy) kontroli i obserwacji, w tym poligrafii.

4.3. Pacjenci z Zespołem Hipowentylacji Spowodowanej Otyłością

CPAP i NIV to podstawowe możliwości leczenia CRF pacjentów z zespołem hipowentylacji spowodowanej otyłością. Ze względu na dużą częstość występowania towarzyszącego CRF (90% przypadków), konieczna jest podstawowa diagnostyka snu.

Wskazania do NIV u chorych z objawową CRF, po właściwej terapii CPAP, występują, w następujących sytuacjach

- Trwający ≥ 5 minut wzrost nocnej $\text{PTcCO}_2 > 55\text{mmHg}$ i $\text{PaCO}_2 \geq 10 \text{ mm Hg}$, w porównaniu do stanu aktywności lub
- Desaturacja $< 80\%$ SaO_2 przez ≥ 10 minut

W przypadku ciężkiej hiperkapnii lub objawowej, ciężkiego CRF, NIV może być realizowany zgodnie z oceną lekarza. Jeśli pierwsza wizyta kontrolna, w tym polisomnografia pod CPAP nie ujawniają żadnej poprawy, wskazany jest NIV. (SZCZEKLIK A. 2014 r.)

4.4. Pacjenci z chorobami nerwowo – mięśniowymi

U pacjentów z chorobami nerwowo – mięśniowymi występuje ryzyko rozwoju osłabienia mięśni oddechowych, dlatego powinni być regularnie badani w kierunku oceny czynności płuc i gazów krwi (co 3-12 miesięcy, w zależności na choroby pod-stawowej). Poligrafia jest również konieczna, jeśli VC < 70%. Środki te są ważne dla zapewnienia wczesnej diagnozy osłabienia mięśni oddechowych. (SKALSKA J. 2003 r.)

Wskazania.

NIV u pacjentów z NMD i klinicznymi objawami CRF jest wskazany przy spełnieniu, co najmniej 1kryterium:

- Przewlekła dzienna hiperkapnia z PaCO₂ ≥ 45mmHg.
- Nocna hiperkapnia z PaCO₂ ≥ 50 mmHg.
- Dzienna normokapnia ze wzrostem PTcCO₂ ≥ 10mmHg w ciągu nocy.
- Szybki i znaczny spadek w VC.

Po zaobserwowaniu pierwszych objawów nocnej hiperkapnii, pacjentowi powinna być zaoferowana terapia NIV, bez oczekiwania, aż hiperkapnia zacznie występować w ciągu dnia. Nie ma wskazań do profilaktycznego stosowania wentylacji mechanicznej w przypadku braku objawów lub hipo-wentylacji.

- NIV jest również wskazany przed planowaną operacją kręgosłupa przy VC 60% i FEV1 <40% wartości docelowej, lub w czasie ciąży z ograniczoną wydolność płuc a także jako opieka paliatywna w duszności. (SZCZEKLIK A. 2014 r.)

Wskazania do tracheostomii, zawsze po dokładnym poinformowaniu pacjenta i uzyskaniu jego zgody, występuje w następujących sytuacjach:

- NIV jest niemożliwe ze względu na brak właściwej maski.
- Nietolerancja NIV.
- Nieskuteczność NIV.
- Poważne opuszkowe objawy z nawracającą aspiracją.
- Nieskuteczna eliminacja wydzieliny.
- Niedostosowanie się do NIV po zakończeniu wentylacji inwazyjnej(SKALSKA J. 2003 r.)

5.Sposoby wentylacji

Nieinwazyjna

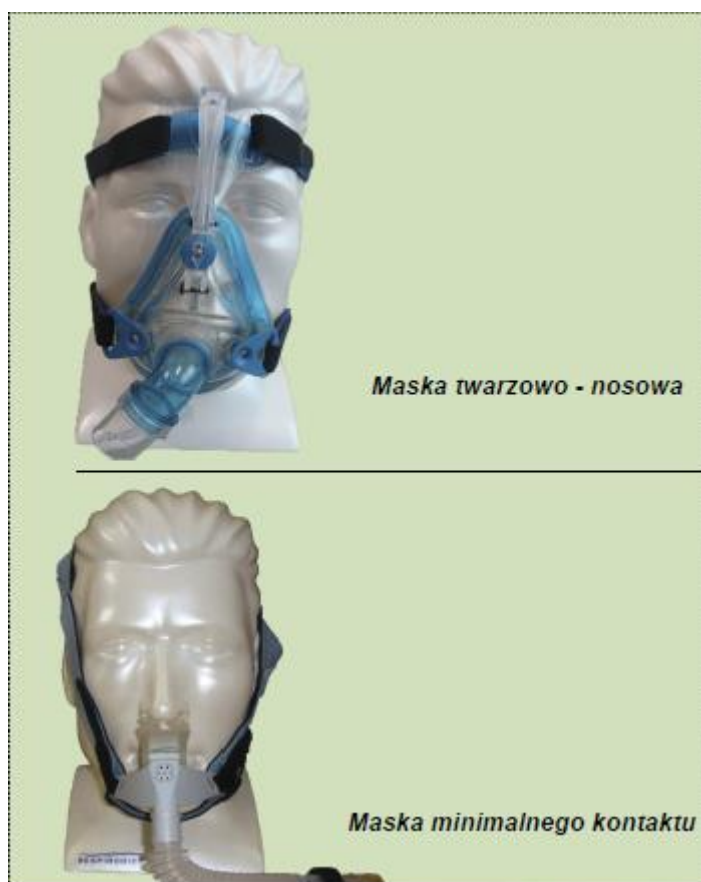
Wentylacja nieinwazyjna stosowana jest u chorych wentylowanych samodzielnie, wspomaganie wentylacji odbywa się przez maskę która obejmuje nos lub nos i usta pacjenta. Maska przymocowana jest do głowy pacjenta specjalnymi szelkami, powinna szczelnie przylegać do twarzy. Celem wentylacji jest wspomaganie mięśni oddechowych i jednocześnie umożliwienie ich odpoczynku. Wentylacja nieinwazyjna powinna być prowadzona w sesjach. Najbardziej optymalna jest wentylacja podczas snu, najlepszy efekt to wentylacja nocna trwająca od 4 – 6 godzin. W miarę postępu choroby wentylacja nocna może być wydłużana, a jeżeli istnieje taka potrzeba dołączane są sesje wentylacji w ciągu dnia. Taka metoda zapewnia lepszą jakość snu, zwiększa wydolność mięśni oddechowych co zmniejsza objawy niedotlenienia i poprawia komfort życia chorego.

Wady wentylacji nieinwazyjnej to:

- przeciek powietrza wokół maski – podrażnienia skóry twarzy.
- rozdęcie żołądka.
- uczucie suchości w jamie ustnej i nosowej.
- podrażnienie i zapalenie spojówek.
- ból zatok lub uszu.

Rozpoczęcie wentylacji metoda nieinwazyjną jest procesem długotrwałym i powinno przebiegać na oddziale szpitalnym pod nadzorem wykwalifikowanego personelu.

RODAJE MASEK STOSOWANYCH DO WENTYLACJI NIEINWAZYJNEJ



Źródło: *Kwartalnik dla chorych na SLA/MND Nr 1/2011 (1)*



Źródło: *Kwartalnik dla chorych na SLA/MND Nr 1/2011 (1)*

Inwazyjna

W zaawansowanej postaci niewydolności oddechowej, kiedy oddech chorego jest całkowicie niewydolny i wentylację mechaniczną trzeba prowadzić całą dobę, kiedy współistnieją

zaburzenia połykania (dysfagia) oraz upośledzenie odruchu kaszlowego wentylację można prowadzić metodą inwazyjną przez tracheostomię. Korzyści to możliwość prowadzenia wentylacji dodatkimi ciśnieniami i zabezpieczenie dróg oddechowych przed przedostaniem się treści pokarmowej do układu oddechowego poniżej balonika. Chory, nawet z zaburzeniami połykania może jeść i pić bez ryzyka zachłyśnięcia treścią pokarmową.

Wady

Podstawową jednak wadą jest utrata możliwości mówienia po wykonaniu tracheotomii.

Jest to poważne utrudnienie, ale należy pamiętać, że dotyczy chorych, którzy przed wykonaniem tracheotomii byli niewydolni oddechowo i mówili najczęściej bardzo słabo lub nawet wcale. Rozwiązaniem może być rurka tracheotomijna z możliwością mówienia.

Wentylacja inwazyjna prowadzona w domu jest dużo bardziej skomplikowana niż wentylacja nieinwazyjna. Nie wiąże się to z trudnościami wentylacyjnymi, lecz z problemami organizacyjnymi, edukacyjnymi i logistycznymi takiej opieki. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

- Niezbędne jest zabezpieczenie pacjenta przed możliwymi powikłaniami związanymi z małą samodzielnością oddechową, to znaczy możliwością oddychania bez respiratora przez bardzo krótki okres czasu lub wcale, oraz ze sztuczną drogą oddechową – tracheotomią. (NASIŁOWSKI, J 2011 r.)

6.Korzyści z wentylacji domowej

Najważniejszym efektem stosowania nieinwazyjnego wspomaganie oddychania za pomocą respiratora jest odpoczynek i regeneracja mięśni oddechowych. W okresie pomiędzy sesjami wentylacyjnymi, kiedy chory nie jest podłączony do respiratora, mięśnie oddechowe kurczą się w sposób bardziej efektywny. Nie bez znaczenia jest poprawa jakości snu, zwłaszcza, kiedy wspomaganie oddychania prowadzone jest w nocy. Poprawie ulegają parametry wentylacyjne, skuteczniejszy kaszel pozwala na efektywniejszą eliminację wydzieliny z dróg oddechowych. Dzięki temu występuje mniej powikłań infekcyjnych. Ważną zaletą wentylacji nieinwazyjnej jest zmniejszenie lub nawet likwidacja przewlekłego zmęczenia i możliwość, w godzinach pomiędzy okresami wentylacji, powrotu do pełniejszej, lub nawet normalnej aktywności życiowej. Możliwe jest też kontynuacja nauki czy nawet pracy zawodowej.

Ogólnie korzyści możemy podzielić na dwie grupy. Pierwsza to korzyści społeczne związane z czynnikiem ekonomicznym, ponieważ oczywiste jest, iż koszt opieki pacjenta wentylowanego w oddziale intensywnej terapii, jest pięciokrotnie wyższy niż wentylowanego w warunkach domowych.

Miejsca intensywnej terapii są najbardziej kosztowne i najbardziej zaawansowane technologicznie w większości szpitali. Wyposażenie takiego stanowiska oraz wyszkolenie personelu sięga kwot nawet kilku milionów złotych.

Do drugiej grupy korzyści zaliczamy korzyści odnoszące się bezpośrednio do pacjenta. Poza poprawą stanu ogólnego, należy zwrócić również uwagę na aspekt psychiczny czyli komfort pacjenta jakim jest możliwość przebywania we własnym domu wśród bliskich, jest to niezwykle ważne dla dzieci. Ważną korzyścią dla pacjentów jest również ograniczenie ryzyka infekcji wewnątrzszpitalnych.

7. Podsumowanie

Pacjenci z niewydolnością oddechową, zwłaszcza z postępującą dynamicznie, czują się zdezorientowani, zupełnie nie wiedząc, co się dzieje i gdzie szukać wsparcia.

Wydolny oddech to podstawa prawidłowego funkcjonowania organizmu, a w przypadku chorych z niewydolnością oddechową bez względu na rodzaj jej pochodzenia, to kwestia nie tylko komfortu codziennego funkcjonowania, ale również dłuższego przeżycia.

Dlatego tak istotne jest wypełnienie luki niewiedzy w tym zakresie, nie tylko wśród środowiska medycznego, ale także wśród chorych i ich rodzin, aby można było odpowiednio szybko zareagować i podjąć odpowiednie działania terapeutyczne.

Ośrodki wentylacji domowej zapewniają opiekę kompleksową, co oznacza, że nie ograniczają się jedynie do dostarczenia sprzętu. W ramach opieki medycznej ośrodki zapewniają nadzór lekarski i pielęgniarski nad prawidłowością wentylacji ze strony specjalistów mających doświadczenie w zakresie wentylacji mechanicznej.

Mają też doświadczenie w zakresie wentylacji nieinwazyjnej – metody leczenia bardzo mało jeszcze rozpowszechnionej w naszym kraju.

Pacjenci objęci programem domowej wentylacji mechanicznej szybko odczuwają poprawę, zmniejszenie i ustępowanie objawów niewydolności oddechowej. Jako pierwsza zauważana jest poprawa jakości snu. Jest nieprzerywany, pacjenci nie pocą się, wstają rano wypoczęci, zmniejsza się senność w ciągu dnia.

Piśmiennictwo

NASIŁOWSKI, J. SZKULIMOWSKI, Z. MIGDAŁ, M. ANDRZEJEWSKI, W. DROZD, W. CZAJOWSKA – MALINOWSKA, M. OPUCHLIK, A. CHAZAN, R. *Rozpowszechnienie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce* - /Pneumonologia i Alergologia Polska/tom 78 nr 6 – 2010

SKALSKA, J. SKALSKI, Z.: „*Ostra niewydolność oddechowa. Patofizjologia i leczenie. Wybrane zagadnienia*”- Śląsk 2003 ISBN: 8371643888 . str. 10- 146

DROZD, W. Zima 2011 Kwartalnik dla chorych na SLA/MND *Funkcjonowanie programu wentylacji mechanicznej w domu pacjenta w Polsce* Nr 1/2011 (1) str. 13 – 16

BANAK, A. Zima 2011 Kwartalnik dla chorych na SLA/MND *Terapia w niewydolności oddechowej – można pomóc* Nr 1/2011 (1) str. 10 – 12

SZCZEKLIK, A. Podręcznik chorób wewnętrznych 2014. ISBN 978-83-7430-405-4.str 32-122

OBJASNIENIE SKRÓTÓW

POChP Przewlekła obturacyjna choroba płuc

CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych

CRF Przewlekła niewydolność oddechowa

CEPAP Dodatnie ciśnienie wydechowe w drogach oddechowych

HMV Domowa wentylacja mechaniczna

LTOT Domowe leczenie tlenem (DLT)

NIV Nieinwazyjna wentylacja

NMD Choroby nerwowo - mięśniowe

OHS Zespół hipowentylacji spowodowanej otyłością

PaCO₂ Ciśnienie cząstkowe dwutlenku węgla w krwi tętniczej

PaO₂ Ciśnienie cząstkowe tlenu krwi tętniczej

PCF Kaszlowy przepływ szczytowy

PEEP Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe

PTcCO₂ Przewodnikowe ciśnienie cząstkowe dwutlenku węgla

SaO₂ Nasycenie tlenem hemoglobiny

VC Pojemność życiowa płuc

OUN Ośrodkowy układ nerwowy

Adres kontaktowy do autora

Karina Wawros

Magister pielęgniarstwa. Specjalista Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

ankada@op.pl

SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Dana Zrubcová, Andrea Solgajová, Gabriela Vörösová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Práca sestry v zariadení sociálnych služieb je fyzicky a psychicky náročná, sestry sú konfrontované s množstvom rizikových faktorov vedúcich k možnému výskytu syndrómu vyhorenia. Cieľom práce bolo zistiť výskyt syndrómu vyhorenia u sestier v zariadeniach sociálnych služieb a jeho vzťah k dĺžke praxe sestry v zariadení sociálnych služieb. Na získanie údajov sme použili štandardizovaný 22 položkový dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Štatistickú významnosť vzťahu sme zisťovali chí kvadrát testom. Súbor tvorilo 151 sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb. Naše zistenia potvrdzujú nepriaznivú prevalenciu syndrómu vyhorenia u sestier v zariadeniach sociálnych služieb. Vysoká miera vyhorenia bola v dimenziách emocionálne vyčerpanie a osobné uspokojenie. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe sestry v zariadení sociálnych služieb bol štatisticky významný v dimenzii osobné uspokojenie.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Sestra. Zariadenie sociálnych služieb. Zát'až.

Úvod

K syndrómu vyhorenia dochádza v dôsledku nerovnováhy medzi emočnou investíciou pracovníka pracujúceho spravidla v pomáhajúcich profesiách a „ziskami“, ktoré sa mu navracajú v podobe ocenení, uznania a pocitu úspešnosti. Vyhorenie je stav vyplienenia všetkých energetických zdrojov pôvodne veľmi intenzívne pracujúceho človeka. Je konečným štádiom procesu, pri ktorom ľudia, ktorí sa emocionálne angažujú, strácajú svoje pôvodné nadšenie a svoju motiváciu (Praško et al., 2006). Profesia sestry patrí medzi povolania s vysokou mierou fyzickej, psychickej i emocionálnej zát'aže. Neustály kontakt s bolesťou a so smrťou vytvára nezmazateľné negatívne zážitky, ktoré sa podpisujú na celkovom telesnom i duševnom stave sestry. Do praxe sestry vstupujú s ideálmi a až neskôr postupne zisťujú, s akým veľkým výkonovým a emočným nasadením musia rátať. Často si neuvedomujú svoje fyzické limity a kladú na seba neprimerané požiadavky. Pomer medzi investíciami vloženými do práce a ziskom z nej sa ľahko stane nerovným. Strácajú svoje pôvodné nadšenie a svoju

motiváciu pre prácu (Dimudová, 2011; Venglářová, 2011). V niektorých prípadoch je syndróm vyhorenia konceptualizovaný ako špecifická, stabilná osobnostná vlastnosť, či ako copingový mechanizmus alebo je ponímaný ako rovnocenný termín k pojmu odcudzenie, depresia, strata idealizmu, prípadne úbytok energie. Všeobecne možno označiť syndróm vyhorenia psychické vyčerpanie, ktoré je dôsledkom stresových pracovných podmienok, ktoré neprinášajú očakávané výsledky, čo má za následok nízku úroveň osobného uspokojenia (Bartošíková 2006; Rush 2003; Kohoutek, 2002). Sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb sú konfrontované s rizikovými faktormi, ktoré vedú k výskytu syndrómu vyhorenia. Jeklová, Reitmajerová (2006, s.7) definujú spoločné znaky syndrómu vyhorenia ako :

1. „Prítomnosť negatívnych emocionálnych príznakov, ako je depresia, vyčerpanie.
2. Syndróm vyhorenia je najčastejšie spojovaný s určitými druhmi povolání, ktoré sú uvádzané ako rizikovejšie, napr. zdravotníci.
3. Menšia efektivita práce nie je spojovaná so zlými pracovnými schopnosťami a zručnosťami, ale naopak s negatívnymi vytvorenými postojmi a z nich vyplývajúceho správania sa.
4. Dôraz je kladený na psychické príznaky a na prvky správania sa, nie na sprevádzajúce telesné príznaky.
5. Syndróm vyhorenia sa vyskytuje u inak psychicky zdravých ľudí, nesúvisí nijak s psychickou patológiou.,,

Kovářová, Dóci, Jacková (2007) ; Frk, Kredátus (2008); Bártlová, Matulay (2009); medzi rizikové faktory zaraďujú bezpečnosť pracoviska, nejasné kompetencie a nedostatočné personálne obsadenie vedúce k preťaženiu. Nedostatok sestier má za následok prácu nadčas, častejšiu prácu v noci a počas víkendov. Sestry poskytujú starostlivosť klientom s ireverzibilnými a často progredujúcimi ochoreniami. Ak nevidia pozitívne výsledky svojho snaženia na zmene zdravotného stavu klienta je to pre ne veľmi vyčerpávajúce a demotivujúce. U mladých sestier pracujúcich s vysokým nasadením často zabúdajúcich na vlastnú psychohygienu dochádza k nielen k fyzickému ale i emocionálnemu vyčerpaniu.

Cieľ

Cieľom práce bolo zistiť výskyt syndrómu vyhorenia u sestier v zariadeniach sociálnych služieb a jeho vzťah k dĺžke praxe sestry v zariadení sociálnych služieb.

Súbor a metodika

Výskumný súbor tvorilo $n = 151$ sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb.

Zaraďujúce kritérium : práca v zariadení sociálnych služieb minimálne 1 rok; ochota spolupracovať.

Na získanie údajov sme zvolili štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, označovaný ako MBI(Maslach, Jackson, 1981). Dotazník má 22 položiek a tvoria ho tri dimenzie: 9 otázok - emocionálne vyčerpanie (EE - Emotional Exshhaustion),

5 otázok - depersonalizácia (DP - Depersonalization),

8 otázok -osobné uspokojenie (PA - Personal Accomplishment).

Ku každej položke je priradená hodnotiaci Likertova škála v rozmedzí od 0 do 6; kde 0 = nikdy, 1 = niekoľkokrát za rok, 2 = mesačne, 3 = niekoľkokrát za mesiac, 4 = týždenne, 5 = niekoľkokrát za týždeň, 6 = denne. Skóre pre dimenziu EE sa pohybuje v rozmedzí 0 – 54, pre dimenziu DP 0 – 30, pričom vyššie skóre znamená vyššiu mieru syndrómu vyhorenia. Opačné hodnotenie je pri dimenzii PA keď je rozmedzie 0 – 40, pričom vyššie skóre znamená nižšiu mieru syndrómu vyhorenia. Štatistickú významnosť sme zisťovali chí kvadrát testom na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

Výsledky a diskusia

Výskumnú vzorku tvorilo 151 sestier, ženského pohlavia. Vekové rozpätie od 22 do 64 rokov; priemerný vek 47,9 rokov. Dĺžka praxe v ZSS : od 1 -10 rokov - 43 (31,2 %) resp. ; od 11-20 rokov 45 (32,6 %) resp. 21 a viac rokov - 63 (36,2 %) resp.

Tabuľka 1 Miera vyhorenia

EE-emocionálne vyčerpanie								
Miera vyhorenia	Vysoká		Mierna		Nízka		Spolu	
	n	%	n	%	N	%	n	%
	65	43,1	51	33,7	35	23,2	151	100
DP – depersonalizácia								
Miera vyhorenia	Vysoká		Mierna		Nízka		spolu	
	n	%	N	%	N	%	n	%
	10	6,6	44	29,2	97	64,2%	151	100
PA – osobné uspokojenie								
Miera vyhorenia	Vysoká		Mierna		Nízka		spolu	
	n	%	N	%	N	%	n	%
	82	54,3	37	24,5	32	21,2	151	100

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabuľka 2 Miera vyhorenia v dimenzii emocionálne vyčerpanie vo vzťahu k dĺžke praxe

EE- emocionálne vyčerpanie						
Počet rokov praxe v ZSS	1-10		11-20		21 a viac	
Miera vyhorenia	n	%	N	%	N	%
Vysoká	13	30,2	14	31,1	38	60,3
Mierna	14	32,6	14	31,1	23	36,5
Nízka	16	37,2	17	37,8	2	3,2
<i>p = 0,1211</i>						

Tabuľka 3 Miera vyhorenia v dimenzii depersonalizácia vo vzťahu k dĺžke praxe

DP - Depersonalizácia						
Počet rokov praxe v ZSS	1-10		11-20		21 a viac	
Miera vyhorenia	n	%	N	%	n	%
Vysoká	0	27,9	6	15,5	4	6,3
Mierna	14	32,6	11	22,2	19	30,2
Nízka	29	39,5	28	62,3	40	63,5
<i>p = 0,4104</i>						

Tabuľka 4 Miera vyhorenia v dimenzii osobné uspokojenie vo vzťahu k dĺžke praxe

PA - Osobné uspokojenie						
Počet rokov praxe v ZSS	1-10		11-20		21 a viac	
Miera vyhorenia	n	%	N	%	N	%

Vysoká	12	27,9	28	62,3	42	66,0
Mierna	14	32,6	10	22,2	13	26,0
Nízka	17	39,5	7	15,5	8	16,0
$p = 0,0453$						

V oblasti v emocionálneho vyčerpania bola v nami sledovanom súbore najviac zastúpená vysoká miera vyhorenia 43,1 % respondentov. Myslíme si, že to môže súvisieť s faktom, že psychické vyčerpanie v práci sestry súvisí s riešením emocionálne náročných situácií. K emocionálnemu vyčerpaniu môže prísť z dôvodu vysokých požiadaviek na kladné emocionálne vzťahy, ktoré si sestry utvárajú so svojimi klientmi. Hlaváčková Novotná, (2004) popisujú vysokú intenzita stupňa vyhorenia práve v oblasti emocionálneho vyčerpania. Pilárik, Tobakošová (2013) uvádzajú, že v oblasti emočného vyčerpania dosiahlo vysoký stupeň vyhorenia 33,9 % respondentov. Křivohlavý (2001) uvádza, že emočné vyčerpanie je najsmereodajnejším ukazovateľom prítomnosti syndrómu vyhorenia.

„Depersonalizácia je prejav psychického vyčerpania, ktorý je najvýraznejší u ľudí s potrebou kladnej odozvy od ľudí, ktorým sa venujú. Keď sa im kladná odozva nedostáva zatrpknú a stávajú sa k ostatným ľuďom cynický. Prestávajú v nich vidieť ľudské osobnosti a strácajú k nim rešpekt a úctu“ (Křivohlavý, 1998 s. 40). V oblasti depersonalizácie v našom výskumnom súbore uviedlo nízku mieru vyhorenia 64,2 % respondentov. Čo svedčí o tom, že aj napriek pracovnej záťaži viac ako 64 % sestier nestratilo úctu k druhým ľuďom ako ľudským bytostiam. Je to pozitívne zistenie, nakoľko klienti v ZSS sú ľudia odlúčení od svojich rodín, prípadne svojich blízkych a priateľov vôbec nespoznávajú. Ich prirodzeným sociálnym prostredím je zariadenie sociálnych služieb a sú odkázaní na lásku, trpezlivosť, porozumenie a pozornosť zo strany zdravotníckeho personálu. Nesporne najviac času trávajú práve so sestrami. Naše zistenia sa zhodujú s tvrdením Manovej (2009), ktorá uvádza u sestier v oblasti depersonalizácie najnižšiu mieru vyhorenia zo všetkých troch posudzovaných dimenzií. Pilárik, Tobakošová (2013) uvádzajú 30,6 % respondentov s vysokou mierou vyhorenia v oblasti depersonalizácie. Podľa Vančovej (2012) len 6,6 % sestier dosahuje vysoký stupeň vyhorenia v oblasti depersonalizácie. Najvyššia intenzita vyhorenia bola v našom výskumnom súbore v oblasti osobného uspokojenia, vysokú mieru vyhorenia preukazovalo 54,3 % respondentov. K rovnakým záverom dospel Kenedy (2005), ktorý popisuje vzťah medzi syndrómom vyhorenia a osobnou spokojnosťou sestier. Pilárik, Tobakošová (2013) uvádzajú, že najvyšší stupeň vyhorenia pociťujú sestry práve v oblasti

pracovného výkonu a to až v 50 % . Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že viac ako polovica opýtaných sestier má znížený pracovný výkon v dôsledku nízkeho osobného uspokojenia. S touto oblasťou súvisí aj nízka miera zdravého sebaocenenia a sebadôvery. V prípade chronického alebo nevyliciteľného stavu klientov, ktorí v zariadeniach prevládajú sa cítia bezmocné, majú pocit neúspechu a vlastného zlyhania.

V našom výskumnom súbore sme nezistili štatisticky významný rozdiel vo výskyte syndrómu vyhorenia vzhľadom na dĺžku praxe v ZSS. Podobne sa tento vzťah nepotvrdil v štúdiách autorov Blanchard et al. (2010) ; Palfi et al. (2008). V našom súbore však bola najväčšia miera vyhorenia dosiahnutá u sestier pracujúcich v ZSS viac ako 20 rokov. Šlaisová (in Bartošíková, 2006) uvádza, že s postupujúcim vekom sestier nastávajú pocity fyzického vyčerpania, stráca sa radosť z práce, ktorá sa stáva mechanickou, objavujú sa pochybnosti o vlastných profesionálnych schopnostiach. Signifikantný vzťah vyhorenia k dĺžke praxe sestier v ZSS sa nám potvrdil v dimenzii osobné uspokojenie $p = 0,0453$. Čím dlhšie sestry v ZSS pracujú tým vyššia bola miera vyhorenia osobného uspokojenia. Vysokú mieru vyhorenia v oblasti osobného uspokojenia uvádza vo svojej práci aj Manová (2009), ktorá argumentuje tým, že sestry pracujúce so seniormi vykonávajú oveľa viac chronickú a paliatívnu starostlivosť, čo je dôvod prečo si vo svojej práci musia nájsť iné uspokojenie, než úplné vyliečenie pacienta.

Záver

Zvýšená fyzická a psychická záťaž sestry a nie vždy vyhovujúce pracovné prostredie a finančné ohodnotenie v zariadeniach sociálnych služieb často vedú k vzniku syndrómu vyhorenia. Naše zistenia potvrdili závery iných výskumov, ktoré uvádzajú že povolanie sestry patrí medzi tie, ktoré sú syndrómom vyhorenia ohrozené vo zvýšenej miere. Je preto dôležité zamerať sa na intervenčné aktivity, ktoré vedú k prevencii záťažových situácií, včasnemu rozpoznaní nevhodného adaptačného správania sa, získaniu vnútornej stability a identifikácii reálnej pracovnej a finančnej perspektívy.

Zoznam bibliografických odkazov

- BARTLOVÁ, S., MATULAY , S. 2005 *Sociologie medicíny a zdravotnictví* Praha: Grada 2005 ,188s. ISBN: 80-2471-197-4.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno : NCOaNZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

- BLANCHARD, P. et al. 2010. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*. 2010, vol. 46, no. 15, p. 2708–2715. ISSN 1359-6349.
- DIMUNOVÁ, L. 2011. Syndróm vyhořenia u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2011, roč. 9, č. 1, s. III-V. ISSN 1336-183X.
- FRK, V., KREDÁTUS, J. 2008. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi*. Prešov : Pavol Šidelský – Akcent print, 2008. 207 s. ISBN 978-80-89295-04-3.
- HLAVÁČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, H., 2006. *Syndróm vyhoření u sester pracujících na oddělení akutní a chronické péče*. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík*, 2006. roč. XII, č. 1, s. 15-18. ISSN 1335-5090.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 30 s. ISBN 80-86991-74-1.
- KENEDY, B. 2005. Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long – term care. In *Journal of nursing scholarship* [online]. 2005, vol. 37, no. 4, p. 381- 382. [cit. 2015-03-02]. Dostupné na internete < <http://www.nursingsociety.org/> >
- KOHOUTEK, R., 2002. *Základy užité psychologie*. Brno: CERM, 2002. 544 s. ISBN: 80-2142-203-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998, 136s. ISBN 8071695513.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN: 80-7178-774-4.
- KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I., JACKOVÁ, J. 2007. *Pracovné podmienky sestier a Burnout syndróm*. Rožňava: Roven, 2007. 105 s. ISBN 978-80-89168-23-1.
- MANOVÁ, J. 2009. *Syndrom vyhoření v práci sester se seniory v regionu Kladno*. Diplomová práce [online] 2009, 97 s. [cit. 2015-03-02]. Dostupné na internete < http://is.muni.cz/th/258536/lf_m/ >
- MASLACH, C., JACKSON, S. E. 1981. The measurement of burn-out. In *Journal of Occupational Behaviour*. 1981, vol. 2, no. 2, p. 99–113. ISSN 0142-2774.
- PALFI, I. et al. 2008. The role of burnout among Hungarian nurses. In *International Journal of Nursing Practice*. 2008, vol. 14, no. 1, p. 19–25. ISSN 1440-172X.
- PRAŠKO, J. et al. 2006. *Chronická únava*. Praha : Portál, 2006. 236 s. ISBN: 80-7367-139-5.
- PILÁRIK, Ľ., TOBÁKOŠOVÁ, Z., 2013. *Emocionálna inteligencia a syndróm vyhořenia u sestier*. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2013, roč. 3, č. 1, s. 5-10. [cit. 19. 2. 2015]. ISSN 1338-6263. Dostupné z:<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013>

RUSH, M.D. 2003. Syndrom vyhoření. Praha : Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.

VANČOVÁ, M. 2012. *Burn-out syndróm u sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi* : diplomová práca. Brno : LF, MU, 2012. 100 s.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al. 2011. Sestry v nouzi. Praha : Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Kontakt

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

e-mail : dzrubcova@ukf.sk

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

e-mail : gvorosova@ukf.sk

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

e-mail : asolgajova@ukf.sk