

2024

Opieka pielęgniarska i jej aspekty ekonomiczne.

Tom I



2024

**NASZE PIEŁĘGNIARKI.
NASZA PRZYSZŁOŚĆ.**

Kluczowa siła ekonomiczna opieki zdrowotnej
Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN





Opieka pielęgniarska i jej aspekty ekonomiczne.

Tom I

pod redakcją:

dr n. med. Elżbiety Garwackiej – Czachor

dr n. o zdr. Doroty Mileckiej

dr n. med. Edyty Kędry

RECENZENCI

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

dr hab. Izabela Witczak

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie

67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 5

tel.: 76 832 04 22

tel./fax: 76 835 35 82

e-mail: wydawnictwo@pans.glogow.pl

www.pans.glogow.pl

ISBN

978-83-63349-34-9

Copyright 2024 © by PANS w Głogowie

Projekt okładki i skład:

Elżbieta Garwacka-Czachor

Dorota Milecka

Edyta Kędra

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

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

Autorzy

Beata Babiarczyk, dr n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Emilia Bernat, mgr pielęgniarstwa

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu

Wiktoria Bieniek, mgr

Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie

Ewa Buczko, mgr poł.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia

Małgorzata Chmielewska, dr n. med. i n. o zdr.

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Alicja Diak, dr n. med. i nauk o zdr.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu; Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny CMUJ w Zakopanem

Hanna Dobrowolska, dr n. oz dr.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach; Akademia WSB Dąbrowa Górnicza Katedra Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Dziedzic, mgr pielęgniarstwa

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Łukasz Dziki, prof. dr hab. n. med.

UM Łódź. Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

Kinga Fecko-Gałowicz, mgr piel.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Anna Felińczak

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrycznego

Małgorzata Fraś, dr n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Krzysztof Galiński

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o., Hospicjum stacjonarne we Wrocławiu

Joanna Girzelska

Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku

Jolanta Glińska, dr n. med. prof. UM Łódź

UM Łódź. Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa

Marcelina Głowacka, mgr

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Śląski w Cieszynie

Dominika Groń, lic. piel.

Podhalański Specjalistyczny Szpital im. Jana Pawła II w Nowym Targu

Piotr Jerzy Gurowiec, dr n. o zdr.

Klinika Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Katedry Elektrokardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Katarzyna Harat, mgr

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Anna Janiak

UM w Łodzi. Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa

Beata Jankowska - Polańska, dr hab. n. o zdr.

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, Wrocław

Ewelina Jaksz-Recmanik, dr n. społ.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Monika Kadłubowska, dr n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Edyta Kędra, dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Krystyna Klimaszewska, dr n. med. i n. o zdr.

Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu

Iwona Klisowska, dr n. o zdr.

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrycznego

Bożena Krawczyk, dr n. med. i n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Kroczyk, mgr piel.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Grażyna Krutak, lic. piel.

Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii w Bielsku-Białej

Sylwia Krzemińska, dr hab. n. med. i n. o zdr.

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Beata Kunikowska, dr n. med.

UM Łódź, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wioletta Ławska, dr n. med.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Marek Łukawski, mgr

Centrum Biostruktury, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Magdalena Łysoń, mgr piel.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Mariola Mendrycka, dr n. biol. inż.

*Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu,
Katedra Pielęgniarstwa*

Anna Michalik, dr n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Iwona Mikijaniec, mgr piel.

Indywidualna Praktyka Pielęgniarstwa, Nowa Sól

Magdalena Nieckula, dr n. o zdr.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Małgorzata Pabiś, dr n. med.

*Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu*

Celina Pająk, dr n. med.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Pańtak, mgr piel.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu

Aneta Pastor, mgr piel.

Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej

Marta Polanowska, mgr piel.

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Maria Półtorak, mgr piel.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Agnieszka Rajda

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie

Katarzyna Salik, mgr piel.

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatricznego

Natalia Sehnal

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Mariola Seń

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatricznego

Kornelia Skoczylas, dr n. med. i n. o zdr.

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Bożena Styk, mgr piel.

Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych w Warszawie, Wydział Nauk o Zdrowiu

Jolanta Sułek, dr n. med. i n. o zdr.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu; Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny CMUJ w Zakopanem

Dorota Trybusińska, dr n. med. i n. o zdr.

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Iwona Twardak, mgr piel.

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatricznego

Jerzy Twardak, dr n. med. i n. o zdr.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Magdalena Uryga, mgr piel.

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu

Emilia Wawszczak, dr n. o zdr.

Collegium Medicum UKSW Warszawa, Wydział Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Agnieszka Woźniak-Kosek, dr hab. n. med.

Wojskowy Instytut Medyczny- Państwowy Instytut Badawczy Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej w Warszawie

Kinga Żurawska vel Dziurawiec, dr n.med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Instytut Ochrony Zdrowia

Szanowni Państwo

Oddajemy w Państwa ręce kolejną monografię, która powstała na podstawie wystąpień w III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej „Opieka pielęgniarska i jej aspekty ekonomiczne”. Konferencja ta, podobnie jak jej dwie wcześniejsze edycje, została zorganizowana przez Uczelniane Koło Naukowe PTP – nauczycieli akademickich przy PANS w Głogowie, Studenckie Koło Naukowe PTP przy PANS w Głogowie oraz Instytut Medyczny PANS w Głogowie.

Temat przewodni tegorocznego spotkania konferencyjnego wyznaczało hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek: „Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Kluczowa siła ekonomiczna opieki zdrowotnej”, ustanowione przez ICN na rok 2024.

W tym roku postanowiliśmy wydać monografię w dwóch tomach. Tom, który Państwo otrzymujecie, zawiera wystąpienia praktyków – osób, które na co dzień zajmują się opieką nad pacjentami, które mają swój realny wkład w budowanie i kształtowanie współczesnego pielęgniarstwa, które z racji wykonywania tego zawodu stanowią wspomnianą kluczową siłę ekonomiczną opieki zdrowotnej.

Zamieszczone w tym tomie prace poruszają problematykę szeroko rozumianej opieki pielęgniarskiej świadczonej w warunkach zarówno stacjonarnych, jak i domowych. Znajdują się w nim również prace odnoszące się do problemów diagnozowanych u samych pielęgniarek, związanych z obciążeniami wynikającymi z charakteru pracy oraz stawianych im wymagań. Na uwagę zasługuje również aspekt opieki wielokulturowej i wiedzy pielęgniarek z tego zakresu. Warto też wspomnieć o opiekunach nieformalnych sprawujących opiekę nad chorym członkiem rodziny – ich problemach i dylematach.

Zachęcamy również Państwa do zapoznania się z tomem drugim, zawierającym prace studentów, którzy albo dopiero zasilą nasze szeregi zawodowe, albo już się w nich znaleźli. Prezentując wyniki swoich badań, doskonalą tym samym swój warsztat badawczy, ale również dzielą się swoimi spostrzeżeniami i przemyśleniami.

Na zakończenie pragniemy podkreślić Państwa udział w powstaniu monografii. Niektórzy z Państwa są z nami od samego początku, ale mamy również grupę autorów, którzy pojawili się po raz pierwszy. Wszystkim Państwu razem i każdemu z osobna dziękujemy za Waszą obecność i mamy nadzieję, że co najmniej w takim samym, jak nie większym gronie spotkamy się na kolejnej organizowanej przez nas Konferencji.

Elżbieta Garwacka – Czachor
Dorota Milecka
Edyta Kędra

Spis treści

Autorzy	3
Jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna - doniesienie wstępne	
<i>Anna Michalik, Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek, Celina Pająk</i>	11
Wiedza mieszkańców Andrychowa leczących się w poradni alergologicznej na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego	
<i>Celina Pająk, Anna Michalik, Magdalena Łysoń</i>	24
Wybrane aspekty opieki pediatrycznej pacjentów z Ukrainy - doświadczenia personelu pielęgniarskiego w Polsce i na Słowacji	
<i>Katarzyna Pańtak, Jolanta Sulek, Maria Póttorak</i>	38
Opieka nad pacjentem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS) - studium indywidualnego przypadku	
<i>Kinga Fecko-Gałowicz, Maria Póttorak, Wioletta Ławska, Magdalena Nieckula, Dominika Groń</i>	52
Edukacja zdrowotna w odniesieniu do pacjentów oddziałów zabiegowych	
<i>Emilia Wawaszczak</i>	65
POCD - niedoszacowany problem	
<i>Jolanta Sulek, Katarzyna Pańtak, Alicja Diak, Magdalena Uryga</i>	76
Opieka domowa nad pacjentką z półpaścem - opis przypadku	
<i>Agnieszka Woźniak-Kosek, Bożena Styk, Mariola Mendrycka</i>	84
Analiza częstości występowania i nasilenia encefalopatii jako powikłania marskości wątroby u pacjentów oddziału chorób wewnętrznych	
<i>Marcelina Głowacka, Beata Babiarczyk</i>	90
Poczucie własnej skuteczności chorych po wytworzeniu stomii jelitowej	
<i>Anna Janiak, Łukasz Dziki, Beata Kunikowska, Jolanta Glińska</i>	104
Problemy pielęgnacyjne 22-letniego pacjenta z zespołem Goodpasture'a przebywającego na oddziale intensywnej terapii	
<i>Bożena Krawczyk, Grażyna Krutak, Monika Kadłubowska</i>	114
Analiza wpływu składu ciała i stanu odżywienia na zaburzenia chodu i równowagi wśród seniorów	
<i>Iwona Klisowska, Katarzyna Salik, Anna Felińczak, Iwona Twardak, Mariola Seń, Beata Jankowska - Polańska</i>	127
Rozejście się rany po histerektomii totalnej u otyłej pacjentki z nowotworem macicy - studium przypadku	
<i>Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś, Ewa Buczko</i>	136

Rola pielęgniarki w opiece nad 59-letnim pacjentem ze zdiagnozowanym szpiczakiem w trakcie chemioterapii w środowisku domowym	
<i>Natalia Sehnal, Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek, Małgorzata Fraś, Anna Michalik</i>	144
Jakość życia pacjentów leczonych z powodu łuszczycy	
<i>Magdalena Nieckula, Joanna Girzelska, Kinga Fecko-Gałowicz, Wioletta Ławska, Maria Póttorak</i>	158
Specyfika opieki pielęgniarskiej nad 33 - letnią pacjentką z udarem niedokrwinnym mózgu zakwalifikowaną do leczenia trombolitycznego w oddziale neurologii	
<i>Aneta Pastor, Katarzyna Kroczek, Kornelia Skoczylas, Anna Michalik, Małgorzata Fraś</i>	172
Opieka pielęgniarska nad pacjentem geriatrycznym z zespołem depresyjnym	
<i>Jerzy Twardak, Krzysztof Galiński, Iwona Klisowska, Iwona Twardak</i>	179
Zakażenia miejsca operowanego - wiedza i praktyka personelu medycznego	
<i>Mariola Mendrycka, Bożena Styk, Emilia Bernat, Agnieszka Woźniak-Kosek</i>	192
Ocena wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat schematu postępowania BLS	
<i>Marek Łukawski, Emilia Wawuszczak</i>	206
Wiedza pielęgniarek w zakresie opieki wielokulturowej	
<i>Ewelina Jaksz-Recmanik, Katarzyna Harat, Beata Babiarczyk</i>	216
Poczucie własnej skuteczności a zażywanie leków przeciwbólowych wśród pielęgniarek	
<i>Małgorzata Chmielewska, Katarzyna Dziedzic, Dorota Trybusińska</i>	228
Wpływ doświadczenia zawodowego pielęgniarek operacyjnych na poziom odczuwanego stresu w wybranych dziedzinach chirurgii	
<i>Emilia Wawuszczak, Wiktoria Bieniek</i>	240
Inkontynencja u pielęgniarek jako problem społeczno - ekonomiczny	
<i>Krzyszyna Klimaszewska</i>	252
Wiedza studentów ATH w Bielsku-Białej na temat uzależnień behawioralnych	
<i>Agnieszka Rajda, Małgorzata Fraś, Katarzyna Kroczek, Kornelia Skoczylas</i>	268
Motywy kierujące rodziną, decydującą się na pobyt osoby bliskiej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	
<i>Sylwia Krzemińska, Marta Polanowska</i>	281
Jakość życia opiekunów nieformalnych chorych wentylowanych mechanicznie w świetle badań własnych	
<i>Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec, Iwona Mikijaniec, Hanna Dobrowolska</i>	292

Jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna – doniesienie wstępne

Anna Michalik, Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek, Celina Pająk

Wprowadzenie. Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) to nieswoiste zapalenie jelit, które może obejmować każdy odcinek przewodu pokarmowego. Jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się naprzemiennym występowaniem okresów remisji i zaostrzeń. Stany zapalne zlokalizowane są w różnych odcinkach jelita cienkiego, a cechą szczególną tych zmian jest ich ogniskowy lub/i odcinkowy charakter. Uszkodzenia zaczynają się w błonie śluzowej, stopniowo naciekając głębsze warstwy ściany przewodu pokarmowego. Badania wykazały, że u 40-50% chorych zajęty jest końcowy odcinek jelita krętego, u 30-40% jednocześnie zajęte jest jelito cienkie i grube, natomiast u 20% tylko jelito grube [1,2]. Etiopatogeneza ChLC nie jest do końca poznana. Uważa się, że współdziałają czynniki genetycznych, środowiskowych oraz immunologicznych wpływa na rozwój i przebieg kliniczny choroby [3]. ChLC może ujawnić się w każdym wieku, natomiast najczęściej występuje u ludzi młodych, a szczyt zachorowań przypada między 15. a 40 rokiem życia. Drugi, mniejszy szczyt zachorowań, szacowany jest między 50 – 80 rokiem życia [2]. Rozpoznana ChLC towarzyszy chorym przez całe ich życie, z uwagi na swój przewlekły charakter. W związku z tym utrudnia pacjentom codzienne funkcjonowanie, co wpływa na jakość życia osób zmagających się z chorobą [4].

Cel. Celem głównym pracy była ocena jakości życia pacjentów z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna oraz identyfikacja czynników, które wpływają na poziom jakości życia badanych.

Material i metody. Badania zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do końca sierpnia 2022 roku wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna, hospitalizowanych w oddziale gastroenterologii i chorób wewnętrznych. Kryterium włączenia do badań stanowiło: zgoda pacjenta na udział w badaniu oraz diagnoza choroby Leśniowskiego-Crohna. Uczestnictwo w badaniach było dobrowolne, zapewniono pacjentów, że ankieta jest w pełni anonimowa, a uzyskane dane posłużą tylko i wyłącznie do celów naukowych. Do przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. Kwestionariusz własnego autorstwa zawierał 28 pytań. Część pierwsza, na którą składało się 7 pytań, odnosiła się do danych społeczno-demograficznych: płci, wieku, wykształcenia, statusu ekonomicznego, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, aktywności

zawodowej. Część druga (21 pytań), dotyczyła występujących dolegliwości oraz jakości życia badanych. Pytania miały charakter jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru. Narzędzie standaryzowane stanowił kwestionariusz WHOQOL-BREF przeznaczony do pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, zaadoptowany do warunków polskich przez Wołowicką i Jaracz. Kwestionariusz składa się z 26 pytań, które obejmują cztery dziedziny: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowisko. Dwa dodatkowe pytania dotyczą zadowolenia ze zdrowia i z życia. Osoba badana jest proszona o wzięcie pod uwagę dwóch tygodni poprzedzających datę badania. Odpowiedzi udziela się na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza najbardziej negatywną oceną, a 5 – pozytywną.

Badania przeprowadzono wśród 111 osób z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego- Crohna. W badanej grupie przeważały kobiety, stanowiąc 70,3% ankietowanych. Największa liczba respondentów była w wieku 20-30 lat (44,1%), liczną grupę stanowiły również osoby w wieku 31-40 lat (37,8%). Ponad połowa badanych posiadała wykształcenie wyższe (53,2%). Swój status ekonomiczny 61,3% ankietowanych określiło jako dobry. Osoby mieszkające na wsi stanowiły 26,1% badanych, pozostała część badanych zamieszkiwała w mieście. W związku małżeńskim pozostawało 61,8% respondentów, a prawie 30% było stanu wolnego (29,1%). Zdecydowana większość osób była aktywna zawodowo (76,6%). Najwięcej ankietowanych (33,3%) chorowało 6-10 lat. Prawie 70% badanych było w remisji, zaś 32,4% w stadium zaostrzenia choroby. Stomię posiadało 2,7% respondentów. Zdecydowana większość badanych (76,6%) miało BMI w normie. Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Szczegółowa charakterystyka grupy badanej

Płeć	Częstość	Procent
kobieta	78	70,30%
mężczyzna	33	29,70%
Wiek	Częstość	Procent
poniżej 20 lat	2	1,80%
20-30 lat	49	44,10%
31-40 lat	42	37,80%
41-50 lat	14	12,60%
51-60 lat	2	1,80%
powyżej 60 lat	2	1,80%
Wykształcenie	Częstość	Procent
podstawowe	3	2,70%
zawodowe	8	7,20%
średnie	41	36,90%
wyższe	59	53,20%
Status ekonomiczny	Częstość	Procent

bardzo dobry	10	9,00%
dobry	68	61,30%
średni	30	27,00%
zły	3	2,70%
Miejsce zamieszkania	Częstość	Procent
wieś	29	26,10%
miasto do 100 tys.	25	22,50%
miasto powyżej 100 tys.	32	28,90%
miasto powyżej 500 tys.	25	22,50%
Stan cywilny	Częstość	Procent
wolny/a	32	29,10%
zamężna/ żonaty	68	61,80%
rozwidziony/ rozwiedziona	10	9,10%
Aktywność zawodowa	Częstość	Procent
pracuję zawodowo	85	76,60%
jestem bezrobotny/a	9	8,10%
jestem rencistą	15	13,50%
jestem emerytem	2	1,80%
Czas trwania choroby	Częstość	Procent
poniżej 1 roku	5	4,50%
1-2 lat	18	16,20%
3-5 lat	27	24,30%
6-10 lat	37	33,30%
powyżej 10 lat	24	21,60%
Stadium choroby	Częstość	Procent
remisja	75	67,60%
zaostrzenie	36	32,40%
Obecność stomii	Częstość	Procent
tak	3	2,70%
nie	107	97,30%
BMI	Częstość	Procent
niedowaga	17	15,30%
prawidłowe	85	76,60%
nadwaga lub otyłość	9	8,10%

Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer. 3.6.0, programie SPSS oraz MS Office 2019. Do analizy zmiennych ilościowych przedstawianych w podziale na grupy wykorzystano testy parametryczne (test T studenta lub analiza wariancji ANOVA) lub ich nieparametryczne odpowiedniki (test U Manna-Whitneya lub test Kruskalla-Walisa). W celu analizy założonej hipotezy zastosowano model regresji liniowej. Model dotyczył zmiennej objaśnianej, czyli jakości życia w sferze somatycznej. Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych, który to weryfikowano testem Shapiro-Wilka. W analizach jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Wyniki. Leczenie farmakologiczne zastosowano u 79,09% badanych, operacyjne u 22,73%, biologiczne u 63,64% ankietowanych i żywieniowe u 23,64% respondentów. Żadnej hospitalizacji w związku z chorobą w okresie ostatnich 12 m-cy nie odbyło 2,7% ankietowanych, 1-2 hospitalizacje przeszło 20,7% badanych, 3-5 pobyty w szpitalu zadeklarował co czwarty respondent, a ponad połowa wymagała hospitalizacji więcej niż 5 razy. W ciągu trzech ostatnich miesięcy u badanych pojawiały się różne dolegliwości: biegunka (86,24%), bóle brzucha (85,32%), zaparcia (32,11%), osłabienie (73,39%), utrata apetytu (35,78) oraz spadek masy ciała (35,78%). Częściej niż raz w tygodniu objawy związane z chorobą występowały u 70,3% respondentów, raz w tygodniu u 9,0% badanych, rzadziej niż raz w tygodniu u 16,2% ankietowanych. Brak objawów zaznaczyło 4,5% badanych.

Choroba wpływała na życie rodzinne 62,1% respondentów, życie zawodowe 70,27% badanych, na aspekt fizyczny 74,77% ankietowanych, aspekt psychiczny 68,47% badanych. W opinii tylko 2,7% respondentów choroba nie miała wpływu na żaden aspekt ich życia.

Największa liczba badanych uważała nawracające objawy choroby za najbardziej uciążliwe (88,99%). Nieskuteczność leczenia stanowiła trudność dla 30,28% ankietowanych, utrudnienia wykonywania pracy dla 38,53% badanych, ograniczenia dotyczące uprawiania sportu dla 39,45%, a konieczność stosowania reżimu dietetycznego dla 36,7% respondentów. Bycia zależnym od innych obawiało się łącznie 83,8% badanych w tym: w bardzo dużym stopniu 5,4%, w dużym stopniu 20,7%, średnio 57,7%. Obaw związanych z byciem zależnym od osób trzecich nie miało 16,2% ankietowanych.

W bardzo dużym stopniu o swoją atrakcyjność obawiało się 6,3% ankietowanych, w dużym stopniu 30,6% badanych, średnio 49,5% badanych i nie obawiało się o atrakcyjność 13,5% respondentów.

Dolegliwości związane z chorobą miały wpływ na aktywność aż 92,8% badanych.

Objawy chorobowe przyczyniły się do ograniczenia aktywności seksualnej w grupie 72,1% badanych, nie wiązały się z ograniczeniem aktywności seksualnej u 15,3% respondentów, natomiast 12,6% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

Rozpoznanie choroby wpłynęło na ograniczenia podróży, dłuższych pobytów poza domem u 83,8% badanych, nie wpłynęło na 14,4% ankietowanych, odpowiedzi „nie wiem” udzieliło niespełna 2% chorych. Rozpoznanie choroby wpłynęło na stan emocjonalny i poczucie własnej wartości 86,5% badanych.

W pytaniu dotyczącym wpływu choroby na wybrane aspekty życia respondenci mieli możliwość udzielenia odpowiedzi przy użyciu sześciostopniowej skali 0-5 (0 nie jestem

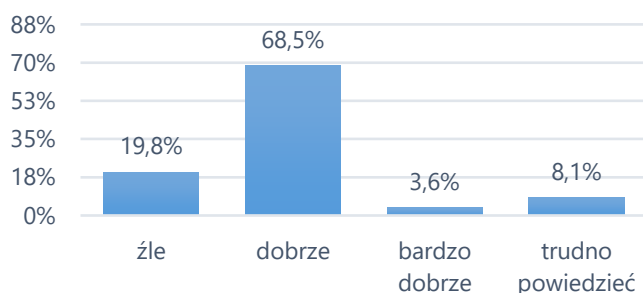
w stanie, 5 całkowicie jestem w stanie). Możliwość kontrolowania choroby badani ocenili średnio na 2,48 (min 0, max 5, SD= 1,04), wpływ choroby na stan psychiczny na 2,84 (min 0, max 5, SD= 1,08), obawę przed bólem na 3,29 (min 0, max 5, SD= 1,33), zaś obawę przed problemami finansowymi na 3,17 (min 0, max 5, SD= 1,17) (Tabela II).

Tabela II. Wpływ choroby na poszczególne aspekty życia w opinii badanych

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Możliwość kontrolowania choroby	2,48	1,04	0,00	5,00	3,00
Wpływ na stan psychiczny	2,84	1,08	0,00	5,00	3,00
Obawa przed bólem	3,29	1,33	0,00	5,00	3,00
Obawa przed problemami finansowymi	3,17	1,17	0,00	5,00	3,00

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – minimum; *Maks* – maksimum; *Me* – mediana

Źle jakość życia oceniali 19,8% badanych, dobrze 68,5% badanych, bardzo dobrze 3,3% badanych, odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzieliło 8,1% badanych (Wykres 1). Rozkład odpowiedzi różnił się znacząco, a różnice były istotne statystycznie ($\chi^2 = 118,08$, $df = 3$, $p = 0,001$).



Wykres 1. Subiektywna ocena jakości życia ankietowanych

Uwzględniając odpowiedzi zawarte w kwestionariuszu WHOQOL-BREF stwierdzono, że średnia wartość jakości życia w badanej grupie w sferze somatycznej wynosiła $M = 48,93$ (min 6,25, max 93,75, $SD = 15,21$), w sferze psychologicznej $M = 54,67$ (min 12,5, max 93,75, $SD = 16,35$), w sferze socjalnej $M = 59,85$ (min 0, max 100, $SD = 20,02$) i w sferze środowiskowej $M = 59,23$ (min 12,5, max 93,75, $SD = 13,95$) (Tabela III).

Tabela III. Odsetek odpowiedzi na temat poszczególnych sfer życia badanych pacjentów

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
sfera somatyczna	48,93	15,21	6,25	93,75	50,00
sfera psychologiczna	54,67	16,35	12,50	93,75	56,25

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
sfera socjalna	59,85	20,02	0,00	100,00	56,25
sfera środowiskowa	59,23	13,95	12,50	93,75	56,25

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – minimum; *Maks* – maksimum; *Me* – mediana

Jakość życia badanych zarówno w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej nie była istotnie statystycznie zróżnicowana ze względu na płeć, wiek, stan cywilny, liczbę hospitalizacji ($p > 0,05$).

W związku z małą liczebnością kategorii “wykształcenie”: podstawowe i zawodowe, na potrzeby realizacji testu statystycznego dokonano ich połączenia z kategorią średnie. Wśród badanych z wykształceniem średnim lub niższym, jakość życia w sferze socjalnej wynosiła średnio $M = 54,93$ ($SD = 21,34$). Natomiast wśród badanych z wykształceniem wyższym, średnia była wyższa i wynosiła $M = 64,20$ ($SD = 17,86$), co stanowiło różnicę istotną statystycznie ($p < 0,05$). Jakość życia badanych w sferze somatycznej, psychologicznej i środowiskowej nie była istotnie statystycznie ($p > 0,05$) zróżnicowana ze względu na wykształcenie.

W zakresie jakości życia w sferze socjalnej badani różnili się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) ze względu na status ekonomiczny, w pozostałych sferach status ekonomiczny nie różnicował badanych w sposób istotny.

W dalszej analizie próbowano ustalić czy zmienne, tj. możliwość kontrolowania choroby, wpływ choroby na stan psychiczny, obawa przed bólem, obawa przed problemami finansowymi, aktywność zawodowa, wskaźnik BMI, wiek, wykształcenie, czas trwania choroby wpływają na jakość życia badanych osób. W tym celu zastosowano model regresji liniowej. Szczegółowa analiza współczynników regresji wykazała istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ obawy przed problemami finansowymi na jakość życia w sferze somatycznej. Wraz ze wzrostem obawy o problemy finansowe o jeden punkt następował spadek jakości życia w sferze somatycznej o 3,499 punktów. Obserwowano również istotny wpływ aktywności zawodowej na jakość życia badanych w sferze somatycznej. Wraz ze zmianą aktywności zawodowej z aktywności na brak aktywności zawodowej, następował spadek jakości życia w sferze somatycznej o 8,681 punktów. Nie odnotowano natomiast istotnego statystycznie ($p > 0,05$) wpływu kontrolowania choroby, wpływu choroby na stan psychiczny, obawy przed bólem, wskaźnikiem BMI, wiekiem, wykształceniem czy czasem trwania choroby na jakość życia (Tabela IV).

Tabela IV. Sfera somatyczna a wybrane zmienne – analiza regresji liniowej

Zmienna objaśniana	Model				predyktor	Współczynniki regresji		
	R^2	F	df	p		β	t	p
sfera somatyczna	0,384	6,988	9	< 0,001	Stała		31,225	< 0,001 ***
					Kontrolowanie choroby	1,209	0,981	0,329
					Stan psychiczny	-2,530	-1,954	0,053
					Obawa przed bólem	-2,181	-1,917	0,058
					Problemy finansowe	-3,499	-2,887	0,005 **
					Aktywność zawodowa	-8,681	-2,533	0,013 **
					Wskaźnik BMI	-3,193	-1,624	0,107
					Wiek	-0,677	-0,465	0,643
					Wykształcenie	-0,802	-0,396	0,693
					Czas trwania choroby	0,433	0,381	0,704

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody

β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Szczegółowa analiza współczynników regresji wykazała istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ stanu psychicznego na jakość życia w sferze psychologicznej – wraz ze wzrostem wpływu choroby na stan psychiczny o jeden punkt następował spadek jakości życia w sferze psychologicznej o 3,268 punktów. Obserwowano również istotny wpływ aktywności zawodowej na jakość życia badanych w sferze psychologicznej. Wraz ze zmianą aktywności zawodowej na brak aktywności zawodowej następował spadek jakości życia w sferze psychologicznej o 17,601 punktów. Nie odnotowano natomiast istotnego statystycznie ($p > 0,05$) wpływu kontrolowania choroby, obawy przed bólem, obawy przed problemami finansowymi, wskaźnikiem BMI, wiekiem, wykształceniem czy czasem trwania choroby (Tabela V).

Tabela V. Sfera psychologiczna a wybrane zmienne – analiza regresji liniowej

Zmienna objaśniana	Model				predyktor	Współczynniki regresji		
	R^2	F	df	p		β	t	p
sfera psychologicznaa	0,371	6,606	9	< 0,001	Stała		30,824	< 0,001 ***
					Kontrolowanie choroby	0,358	0,267	0,790
					Stan psychiczny	-3,268	-2,324	0,022 **
					Obawa przed bólem	-1,021	-0,826	0,411
					Problemy finansowe	-1,603	-1,218	0,226
					Aktywność zawodowa	-17,601	-4,727	< 0,001 ***
					Wskaźnik BMI	-3,604	-1,688	0,095
					Wiek	0,269	0,173	0,863

Zmienna objaśniana	Model				Współczynniki regresji			
	R^2	F	df	p	predyktor	β	t	p
					Wykształcenie	-3,457	-1,572	0,119
					Czas trwania choroby	2,391	1,935	0,056

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody

β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Szczegółowa analiza współczynników regresji wykazała istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ wskaźnika BMI na jakość życia w sferze socjalnej – wraz ze wzrostem przedziału normy BMI o jeden punkt następował spadek jakości życia w sferze socjalnej o 6,014 punktów. Obserwowano również istotny wpływ aktywności zawodowej na jakość życia badanych w sferze socjalnej. Wraz ze zmianą aktywności zawodowej z aktywności na brak aktywności zawodowej, następował spadek jakości życia w sferze socjalnej o 23,271 punktów. Nie odnotowano natomiast istotnego statystycznie ($p > 0,05$) wpływu kontrolowania choroby, wpływu choroby na stan psychiczny, obawy przed bólem, obawy przed problemami finansowymi, wiekiem, wykształceniem czy czasem trwania choroby (Tabela VI).

Tabela VI. Sfera socjalna a wybrane zmienne – analiza regresji liniowej

Zmienna objaśniana	Model				Współczynniki regresji			
	R^2	F	df	p	predyktor	β	t	p
sfera socjalna	0,319	5,255	9	< 0,001	Stała		25,977	< 0,001 ***
					Kontrolowanie choroby	1,762	1,034	0,304
					Stan psychiczny	0,388	0,216	0,829
					Obawa przed bólem	-0,290	-0,184	0,854
					Problemy finansowe	-3,078	-1,835	0,069
					Aktywność zawodowa	-23,271	-4,906	< 0,001 ***
					Wskaźnik BMI	-6,014	-2,211	0,029 **
					Wiek	-1,139	-0,575	0,567
					Wykształcenie	-1,296	-0,463	0,645
					Czas trwania choroby	-0,081	-0,051	0,959

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody

β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Szczegółowa analiza współczynników regresji wykazała istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ obawy przed bólem na jakość życia w sferze środowiskowej. Wraz ze wzrostem obawy przed bólem o jeden punkt następował spadek jakości życia w sferze socjalnej o 2,531 punktów. Obserwowano również istotny wpływ aktywności zawodowej na jakość życia badanych w sferze środowiskowej. Wraz ze zmianą aktywności zawodowej z aktywności na brak

aktywności zawodowej następował spadek jakości życia w sferze środowiskowej o 7,060 punktów. Ponadto odnotowano istotny wpływ wskaźnika BMI na jakość życia badanych w sferze środowiskowej. Wraz ze wzrostem przedziału normy BMI o jeden punkt następował spadek jakości życia w sferze środowiskowej o 6,412 punktów. Nie odnotowano natomiast istotnego statystycznie ($p > 0,05$) wpływu kontrolowania choroby, wpływu choroby na stan psychiczny, obawy przed problemami finansowymi, wiekiem, wykształceniem czy czasem trwania choroby (Tabela VII).

Tabela VII. Sfera środowiskowa a wybrane zmienne – analiza regresji liniowej

Zmienna objaśniana	Model				predyktor	Współczynniki regresji		
	R^2	F	df	p		β	t	p
sfera środowiskowa	0,328	5,476	9	< 0,001	Stała		25,977	< 0,001 ***
					Kontrolowanie choroby	1,269	1,076	0,285
					Stan psychiczny	-0,732	-0,591	0,556
					Obawa przed bólem	-2,531	-2,324	0,022 **
					Problemy finansowe	-2,110	-1,818	0,072
					Aktywność zawodowa	-7,060	-2,151	0,034 **
					Wskaźnik BMI	-6,412	-3,407	< 0,001 ***
					Wiek	0,447	0,326	0,745
					Wykształcenie	-0,964	-0,497	0,620
					Czas trwania choroby	-0,207	-0,190	0,850

R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody

β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Dyskusja. Choroba Leśniowskiego-Crohna ze względu na przewlekły charakter, nieuleczalność oraz możliwość powstawania różnych powikłań stanowi ogromne obciążenie psycho-fizyczne, jak również społeczne. Stany zaostrzeń powodują całkowite wyłączenie chorych z codziennego funkcjonowania w życiu domowym oraz zawodowym. Rozpoznanie ChLC wpływa na całe życie osoby chorej, jak i jej najbliższego otoczenia. Jednym z najważniejszych aspektów jest umiejętność pogodzenia aktywności zawodowej oraz towarzyskiej z uciążliwymi dolegliwościami oraz objawami. Stanowi to duży problem dla chorych, ponieważ agresywna postać choroby dotyczy głównie ludzi młodych, zakładających własne rodziny czy rozpoczynających pracę zawodową. Liczne pobyty w szpitalu w związku z zaostrzeniem choroby powodować mogą u chorych stany depresyjne, co prowadzi do pogorszenia stanu klinicznego. W przypadku leczenia chorób przewlekłych głównym celem jest łagodzenie objawów, co w konsekwencji wpływa na poprawę jakości życia chorych [5]. Potwierdzeniem tego jest analiza wyników badań własnych, z której wynika, że największa

liczba badanych uważała nawracające objawy choroby za najbardziej uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu (88,99%). W badaniach własnych przeważały kobiety, stanowiąc 70,3% ankietowanych. Analiza wykazała, że płeć nie wpływa znacząco na jakość życia badanych. Odmienne wyniki przedstawił Sainsbury i in. [6] wskazując płeć żeńską jako czynnik zmniejszający jakość życia. W przypadku autorskich badań niski status ekonomiczny również negatywnie wpływał na jakość życia respondentów. Wyniki badań potwierdzają, że badani o bardzo dobrym statusie ekonomicznym osiągnęli istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższe wyniki od badanych o statusie średnim. Oznacza to, że osoby z niskim statusem ekonomicznym czują się mniej atrakcyjne oraz mają problemy w prowadzeniu życia społecznego, rodzinnego oraz zawodowego [7].

Najwięcej ankietowanych w badaniu własnym było w wieku 20-30 lat, co stanowi odzwierciedlenie przebiegu choroby, gdzie zachorowania dotyczą najczęściej osób młodych, wchodzących dopiero w dorosłe życie. Glińska i wsp. [8] wykazali, że osoby starsze lepiej adaptują się do życia z chorobami nieswoistymi jelit w porównaniu z młodym pokoleniem. Może to być związane z bardziej ugruntowaną i stabilną sytuacją materialną oraz statusem zawodowym tych osób. Analiza własna przeprowadzonych badań wskazuje, że zarówno w zakresie jakości życia w sferze somatycznej, jak i psychologicznej, socjalnej i środowiskowej badani nie różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ze względu na wiek. Wyniki te są adekwatne do wyników Glińskiej i wsp. [7]. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że najniższy wynik uzyskały osoby, u których chorobę rozpoznano poniżej 20. roku życia ($M = 18,83$).

Kolejnym badanym czynnikiem było miejsce zamieszkania, które w tej grupie nie było związane z jakością życia, co również nie pokrywa się z niektórymi doniesieniami z literatury. U Glińskiej i wsp. [8] którzy analizowali to zagadnienie, jeżeli istniał taki związek to wskazywał na to, że osoby które mieszkają na wsi, wykazywały gorsze przystosowanie się do choroby. Mogło to wynikać z gorszego dostępu do specjalistów oraz grup wsparcia, co przekładało się na gorszą jakość życia tych osób.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że jakość życia badanych z wykształceniem wyższym była w sferze somatycznej istotnie wyższa niż jakość życia badanych z wykształceniem średnim lub poniżej. Wyniki te są adekwatne do wyników grupy badaczy z Brazylii [9]. Wykazali oni, że najwyższy poziom wykształcenia był istotnie związany z lepszą jakością życia. Można to wytłumaczyć możliwością uzyskania większej

ilości informacji, w tym większą wiedzą na temat możliwych powikłań choroby oraz niższym poziomem lęku, wynikającym z posiadania wsparcia informacyjnego.

W badaniach własnych jakość życia osób aktywnych zawodowo w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej jak i środowiskowej była istotnie wyższa niż nieaktywnych zawodowo. Pokrywa się to z oceną jakości życia przez Feagana [10], który wykazał, że jakość życia była najwyższa w grupie osób zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, niższa w grupie zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin i najniższa w grupie niezatrudnionych. Osoby chore, które angażują się w swoje życie zawodowe, społeczne oraz rodzinne dążą do sprawowania kontroli nad swoim życiem, osiągnięcia celów życiowych oraz decydowania o nim. Analiza własna przeprowadzonych badań wskazuje, że bycia zależnym od innych obawiało się łącznie 83,8% badanych w tym: w bardzo dużym stopniu 5,4%, w dużym stopniu 20,7%, średnio 57,7%. Rozpoznanie choroby wpłynęło na stan emocjonalny i poczucie własnej wartości aż 86,5% badanych. Możliwość spełniania się zawodowo, a tym samym poczucie bycia niezależnym w aspekcie ekonomicznym i aktywnym społecznie miała zatem wpływ na jakość życia badanych osób.

Na jakość życia wpływa nie tylko rodzaj choroby, lecz również czas jej trwania. Taką zależność zaobserwowali badacze przedmiotu w Poznaniu [11], stwierdzając, że osoby chorujące poniżej 2 lat wykazywały gorszą jakość życia. W przypadku autorskich badań jakość życia badanych w sferze socjalnej nie była istotnie statystycznie zróżnicowana ze względu na czas trwania choroby. Istnieje natomiast istotna zależność między jakością życia w sferze somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej a czasem trwania choroby. Z badań wynika zatem, że im czas trwania choroby jest dłuższy tym ankietowani lepiej radzą sobie z nią, co łączy się z lepszą jakością życia badanych.

Choroba Leśniowskiego-Crohna przebiega w różny sposób, może prowadzić do licznych hospitalizacji, zabiegów, konieczności wyłonienia stomii, oraz wyniszczenia. Analiza badań własnych wskazuje, że jakość życia badanych zarówno w sferze somatycznej, jak i psychologicznej, socjalnej czy środowiskowej nie była istotnie statystycznie zróżnicowana ze względu na stadium choroby oraz liczbę hospitalizacji. Casellas i wsp. [12] stwierdzili gorszą jakość życia pacjentów z aktywną postacią choroby w porównaniu z chorymi w okresie remisji. Różnice mogą wynikać z faktu, że w badaniach własnych tylko niewielki odsetek pacjentów miał wyłonioną stomię, a większość badanych była w fazie remisji i była prawidłowo odżywiona.

Badania własne potwierdziły, że na jakość życia wpływa wiele czynników, takich jak: czas trwania choroby, wykształcenie, status ekonomiczny oraz możliwość kontrolowania choroby. Uzyskane wyniki wykazują konieczność dalszych badań w grupie pacjentów z ChLC, co umożliwi dokładną ocenę jakości życia badanych.

Wnioski.

1. Subiektywna jakość życia badanych pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna jest dobra.
2. W opinii badanych choroba ma największy wpływ na aspekt fizyczny, życie zawodowe oraz aspekt psychiczny, natomiast mniejszy na życie rodzinne.
3. Zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, stadium choroby, liczba hospitalizacji nie wpływają znacząco na jakość życia badanych pacjentów.
4. Jakość życia pacjentów jest zależna od czasu trwania choroby, możliwości kontrolowania choroby, obawy przed bólem, stanu psychicznego, aktywności zawodowej, obawy o problemy finansowe oraz wskaźnika BMI.
5. Wykształcenie i status ekonomiczny różnicują jakość życia w sferze socjalnej.
6. Istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań dotyczących jakości życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Piśmiennictwo:

1. Szczeklik A, Gajewski P. Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2021.
2. Wawryniuk A, Rybak M, Szwajkosz K. i wsp. Choroba Leśniowskiego-Crohna będąca przewlekłym stanem zapalnym przewodu pokarmowego. J. Educ. Health Sport 2017; 7(8): 80-98.
3. Moćko P, Paweł Kawalec P, Pilc A. Choroby zapalne jelit jako problem zdrowia publicznego – przegląd piśmiennictwa. Medycyna Rodzinna 2016; (4): 244-254.
4. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Gąsiorowska A. Analysis of factors affecting the quality of life of those suffering from Crohn's disease. Pol Przegl Chir 2017; 89 (4): 16-22.
5. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Małecka-Panas E, Gąsiorowska A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Nowa Med 2017; 24 (1): 5-17.
5. van der Have M, van der Aalst KS, Kaptein Ad A, Leenders M, Siersema PD, Oldenburg B, *et. al.* Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. Journal of Crohn's and Colitis 2014; (8): 93–106.
6. Glińska J, Ogrodniczak M, Dziki Ł, Dziki A. Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 233–238.
7. Glińska J, Grzegorzczak A, Łukasz Dziki Ł, Dziki A. Proces adaptacji do życia z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 7–12.

8. Lopes AM, Bezerra de Moura LD, da Silva Machado R, Freitas da Silva GR. Quality of life of patients with Crohn's disease. *Enfermería Global* 2017; 47: 353.
9. Feagan B. Review article: economic issues in Crohn's disease — assessing the effects of new treatments on health-related quality of life. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999; 13(suppl. 4): 29–37.
10. Petryszyn P., Ziółkowska J., Paradowski L. Nieswoiste zapalenia jelitw ubezpieczeniu rentowym-przegląd piśmiennictwa. *Przegl. Gastroenterol* 2008; 3(5): 237-242.
11. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11(5): 488-496.

Wiedza mieszkańców Andrychowa leczących się w poradni alergologicznej na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego

Celina Pająk, Anna Michalik, Magdalena Łysoń

Wstęp. Alergia jest trzecią najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie. W opublikowanej Białej Księdze Alergii w 2011 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała alergię za główny problem XXI wieku i kwestię kluczową dla ochrony zdrowia i publicznej opieki zdrowotnej. Choroby alergiczne mają negatywny wpływ na jakość życia, w tym na zmniejszoną aktywność fizyczną i zawodową, co w konsekwencji może obniżyć status społeczny chorych [1-3]. W Europie chorobę, jaką jest alergia stwierdza się u 30% mieszkańców (w tym 50% osób pozostaje bez diagnozy, a 20% to ciężkie przypadki) [4-6]. Według Światowej Organizacji Alergii (WAO) do najczęstszych chorób alergicznych należy alergiczny nieżyt nosa (10–25%), alergiczne zapalenie spojówek (65–95%), pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy (25%). Około 300 milionów ludzi, w tym około 5 mln Polaków choruje na astmę oskrzelową. Ten stan przyczynia się do śmierci 250 000 osób rocznie [3]. Zanieczyszczenie środowiska może nasilać rozwój chorób układu oddechowego, takich jak astma, alergia, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) [7-10]. Opieka nad chorymi na alergię powinna być zapewniona przez lekarzy alergologów tak, aby wszyscy chorzy mogli uzyskać odpowiednią pomoc. Brak dostępności do odpowiedniego leczenia prowadzi do występowania chorób i zgonów. Dla przykładu WHO szacuje, że co roku na całym świecie umiera 250 000 ludzi z powodu astmy. Analizując powyższe dane można stwierdzić, że alergia jest chorobą bardzo powszechną [11-23]. Tematem podejmowanych badań w głównej mierze jest ocena wiedzy pacjentów na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Wiedza ludzi na temat prewencji alergii może być niewystarczająca do zapobiegania rozwojowi chorób alergicznych dotyczących układu oddechowego, ponieważ odsetek ludzi borykających się z chorobami alergicznymi ciągle rośnie. Profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego jest szczególnie ważna, a co za tym idzie, trzeba dążyć do tego, aby zmienić świadomość ludzi oraz ich wiedzę na ten temat [24-30].

Cel pracy. Głównym celem pracy była analiza wiedzy pacjentów będących w wieku 18-40 lat mieszkających na terenie Gminy Andrychów i leczących się w Poradni Alergologicznej na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Materiał i metody badawcze. Badania zostały przeprowadzone w okresie od września 2022 do stycznia 2023 roku. Obejmowały grupę 100 pacjentów w przedziale wiekowym od 18 do 40 lat, leczących się w Poradni alergologicznej, będących mieszkańcami gminy Andrychów. Pacjenci biorący udział w badaniu zostali poinformowani o celu, anonimowości badania, sposobie wypełnienia ankiet oraz o dobrowolnym uczestnictwie w badaniu.

Większość respondentów (51,0%) stanowili mężczyźni, a 49,0% kobiety. W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono 4 grupy wiekowe. Najlicniejszą grupę (31,0%) stanowiły osoby w wieku 35-40 lat, a najmniej liczną grupę (18,0%) w wieku 25-30 lat. Pośród badanej grupy respondentów 52,0% stanowili mieszkańcy miast, większość z nich (39,0%) posiadało wykształcenie wyższe, a 71,0% osób było aktywnych zawodowo.

W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Uzyskane wyniki badań poddano również analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5,0% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki. Na początku przeprowadzanych badań zapytano respondentów, czy spotkali się z terminem „alergia” i jak długo występuje u nich alergia. Większość respondentów (42,0%) podała, iż alergia to uczulenie, a u 44% badanych alergia występuje od co najmniej 5 lat. Respondenci korzystają z wizyt w Poradni alergologicznej 2 razy w roku (19,0%) lub 1 raz na kwartał (19,0%). Aż 96,0% badanych zadeklarowało, iż miało wykonane alergiczne testy skórne, a 62,0% ankietowanych stwierdziło, że rozpoznano u nich alergię głównie na pyłki drzew, pyłki traw (53,0%) lub roztocza (48,0%). U większości (80,0%) badanych rozpoznano alergiczny nieżyt nosa, u 49,0% alergiczne zapalenie spojówek, u 20,0% alergię pokarmową, a u 14,0% alergię na leki. Aż 51,0% badanych potwierdziło, że w ich rodzinie występowały przypadki alergicznych chorób układu oddechowego. Na pytanie, które z wymienionych czynników mogą powodować zaostrzenie alergii, największy odsetek grupy (85,0%) stwierdził, iż pyłki traw oraz roztocza kurzu domowego (75,0%). Najczęstszym objawem chorób alergicznych układu oddechowego zdaniem respondentów jest katar (82,0%), łzawienie oczu (65,0%), kaszel (63,0%) lub wysypka skórna (31,0%). Zapytano ankietowanych, czy wiedzą na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego. Aż 67,0% badanych osób zadeklarowało, iż wie na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego. Aż 83,0% badanych osób stwierdziła, iż aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego i większość z nich (65,0%)

jest aktywna fizycznie. Większość, bo aż 73,0% osób podało, iż wykonywana przez nich praca nie ma szkodliwego wpływu na ich zdrowie pod kątem alergii. Z badań wynika, iż 46,0% osób nie jest narażonych w miejscu pracy na kontakt z alergenem. Zdecydowana większość (85,0%) ankietowanych uważa, iż walka z nałogiem palenia papierosów jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Aż 41,0% badanych dba o porządek w pomieszczeniach, w których się znajdują. U 35,0% ankietowanych zaostrzenie alergii w ciągu ostatniego roku wystąpiło więcej niż 3 razy, natomiast u 33,0% 2-3 razy, a u 32,0% 1 raz w roku. Spośród badanej grupy, aż 88,0% osób podało, iż stan czystości pomieszczeń jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Badani (35,0%) wietrzą pomieszczenia, w których przebywają kilka razy dziennie, a jedyne 6,0% w ogóle nie wietrzy pomieszczeń. Profilaktyka antyalergiczna wewnątrz pomieszczeń mieszkalnych, zdaniem większości (77,0%), to częste odkurzanie i wietrzenie pomieszczeń mieszkalnych, a mniej liczna grupa (52,0%) stwierdziła, iż jest to odpowiednia temperatura oraz wilgotność panująca wewnątrz pomieszczeń mieszkalnych. Aż 70,0% ankietowanych zadeklarowało, iż używanie kołder antyalergicznych jest elementem profilaktyki alergii na roztocza, podobnie jak częste pranie pościeli w gorącej wodzie, bez użycia detergentów (71,0%), czy racjonalne odżywianie się (58,0%). Aż 86,0% badanych osób potwierdziło, iż w walce z chorobami alergicznymi układu oddechowego jest potrzebne regularne wykonywanie profilaktycznych badań czynnościowych układu oddechowego. Osoby z alergią na pyłki roślin powinni zapoznać się z kalendarzem pyleń, zdaniem większości (94,0%) respondentów. Większość, bo aż 59,0% ankietowanych potwierdziło, iż unikanie otwierania okien w okresie pylenia roślin ma korzystny wpływ na osobę zmagającą się z alergią na pyłki traw, drzew i chwastów. W dalszej kolejności zapytano ankietowanych skąd czerpią wiedzę na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Z przeprowadzonych badań wynika, iż największy odsetek grupy (76,0%) stanowili badani, którzy wiedzę na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego posiadają od lekarza, pozostali badani wykazali, iż informacje czerpią z: mediów (53,0%), od rodziny/znajomych (49,0%), z literatury medycznej (26,0%), ankietowani zaznaczali też odpowiedź inne: Internet (8,0%). Na koniec poproszono ankietowanych, aby subiektywnie ocenili swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Badania wykazały, iż 53,0% ankietowanych osób zadeklarowało, iż poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego ocenia jako średni, pozostali badani wykazali, iż jest niski (35,0%), wysoki (9,0%), brak wiedzy na ten temat (3,0%). Z przeprowadzonych badań wynika, iż 83,0% osób

akceptuje swoją chorobę, natomiast 17,0% osób nie akceptuje choroby.

Analiza związku między płcią ankietowanych, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem a poziomem ich wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a tym jak oceniają swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 52,0% mężczyzn nisko ocenia swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 61,0% kobiet średnio ocenia swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego (Tabela 1).

Tabela 1. Związek między płcią ankietowanych a poziomem ich wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna			Jak Pan/ Pani ocenia poziom swojej wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			brak wiedzy na ten temat	niski	średni	wysoki			
1. Płeć:	kobieta	n	2	8	30	9	49	20,54	0,001
		%	4,1%	16,3%	61,2%	18,4%	100,0%		
	mężczyzna	n	1	27	23	0	51		
		%	2,0%	52,9%	45,1%	0,0%	100,0%		
Ogółem		n	3	35	53	9	100		
		%	3,0%	35,0%	53,0%	9,0%	100,0%		

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a tym jak oceniają swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 61,0% badanych w wieku 25-30 lat nisko ocenia swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 81,0% badanych w wieku 30-35 lat średnio ocenia swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego (Tabela 2).

Tabela 2. Związek między wiekiem ankietowanych a poziomem ich wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna			Jak Pan/ Pani ocenia poziom swojej wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			brak wiedzy na ten temat	niski	średni	wysoki			

2. W jakim przedziale wiekowym Pan/ Pani się znajduje?	18- 25 lat	n	1	14	10	4	29	20,54	0,001
		%	3,4%	48,3%	34,5%	13,8%	100,0%		
	25- 30 lat	n	0	11	7	0	18		
		%	0,0%	61,1%	38,9%	0,0%	100,0%		
	30- 35 lat	n	2	2	18	0	22		
		%	9,1%	9,1%	81,8%	0,0%	100,0%		
	35- 40 lat	n	0	8	18	5	31		
		%	0,0%	25,8%	58,1%	16,1%	100,0%		
Ogółem	n	3	35	53	9	100			
	%	3,0%	35,0%	53,0%	9,0%	100,0%			

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych oraz ich wykształceniem, a tym jak oceniają swój poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Analiza związku między wiekiem ankietowanych, miejscem zamieszkania i wykształceniem a znajomością przez nich pojęcia profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich wiedzą na temat, co to jest profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 87,0% badanych w wieku 35-40 lat wie na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 55,0% badanych w wieku 18-25 lat nie wie na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego (Tabela 3).

Tabela 3. Związek między wiekiem ankietowanych a znajomością przez nich pojęcia profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna		Czy wie Pan/ Pani na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p	
		tak	nie				
2. W jakim przedziale wiekowym Pan/ Pani się znajduje?	18- 25 lat	n	13	16	29	16,64	0,001
		%	44,8%	55,2%	100,0%		
	25- 30 lat	n	9	9	18		
		%	50,0%	50,0%	100,0%		
	30- 35 lat	n	18	4	22		
		%	81,8%	18,2%	100,0%		
	35- 40 lat	n	27	4	31		
		%	87,1%	12,9%	100,0%		
Ogółem	n	67	33	100			
	%	67,0%	33,0%	100,0%			

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania i wykształceniem ankietowanych, a ich wiedzą na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego.

Analiza związku między płcią ankietowanych, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 93,0% kobiet uważa że, aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 27,0% mężczyzn jest odmiennego zdania (Tabela 4).

Tabela 4. Związek między płcią ankietowanych a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna			Zdaniem Pana/ Pani aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			tak	nie			
1. Płeć:	kobieta	n	46	3	49	8,05	0,004
		%	93,9%	6,1%	100,0%		
	mężczyzna	n	37	14	51		
		%	72,5%	27,5%	100,0%		
Ogółem		n	83	17	100		
		%	83,0%	17,0%	100,0%		

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 82,0% badanych w wieku 18-25 lat uważa, że aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego, a 36,0% badanych w wieku 30-35 lat jest odmiennego zdania (Tabela 5).

Tabela 5. Związek między wiekiem ankietowanych a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna	Zdaniem Pana/ Pani aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
	tak	nie			

2. W jakim przedziale wiekowym Pan/ Pani się znajduje?	18- 25 lat	n	24	5	29	8,69	0,034
		%	82,8%	17,2%	100,0%		
	25- 30 lat	n	17	1	18		
		%	94,4%	5,6%	100,0%		
	30- 35 lat	n	14	8	22		
		%	63,6%	36,4%	100,0%		
	35- 40 lat	n	28	3	31		
		%	90,3%	9,7%	100,0%		
Ogółem		n	83	17	100		
		%	83,0%	17,0%	100,0%		

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 92,0% badanych mieszkających w mieście uważa, że aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 27,0% badanych mieszkających na wsi jest odmiennego zdania (Tabela 6).

Tabela 6. Związek między miejscem zamieszkania ankietowanych a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna		Zdaniem Pana/ Pani aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p	
		tak	nie				
3. Miejsce zamieszkania:	wieś	n	35	13	48	6,65	0,01
		%	72,9%	27,1%	100,0%		
	miasto	n	48	4	52		
		%	92,3%	7,7%	100,0%		
Ogółem		n	83	17	100		
		%	83,0%	17,0%	100,0%		

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Ponad 97,0% badanych z wykształceniem wyższym uważa że, aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast ponad 29,0% badanych z wykształceniem średnim jest odmiennego zdania (Tabela 7).

Tabela 7. Związek między wykształceniem ankietowanych a ich opinią, czy aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.

Zmienna		Zdaniem Pana/ Pani aktywność fizyczna jest ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego?		Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p	
		tak	nie				
4. Wykształcenie:	podstawowe	n	7	2	9	10,27	0,016
		%	77,8%	22,2%	100,0%		
	zawodowe	n	12	3	15		
		%	80,0%	20,0%	100,0%		
	średnie	n	26	11	37		
		%	70,3%	29,7%	100,0%		
	wyższe	n	38	1	39		
		%	97,4%	2,6%	100,0%		
Ogółem		n	83	17	100		
		%	83,0%	17,0%	100,0%		

Objaśnienia: n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona.

Dyskusja. Alergia jest uznawana za chorobę cywilizacyjną, ponieważ odsetek zachorowań na nią u ludzi ciągle rośnie. Dotyczy pacjentów w każdej kategorii wiekowej oraz jest chorobą przewlekłą, w związku z tym całkowite jej wyleczenie jest niemożliwe. Choroby alergiczne mogą mieć ciężki przebieg oraz charakteryzują się okresami zaostrzeń. Ponadto potrafią być bardzo uciążliwe dla pacjentów w codziennym funkcjonowaniu, zarówno w miejscu pracy, jak i w środowisku domowym. Pacjenci bardzo często muszą rezygnować ze swoich hobby lub codziennych zajęć, tj. zajęć na świeżym powietrzu połączonych z aktywnością fizyczną. Dlatego też wiedza pacjentów na temat profilaktyki tej grupy schorzeń stanowi bardzo istotną rolę w poprawie jakości życia [24-30]. Wszelkie choroby związane z alergią stanowią duże obciążenia zdrowotne, społeczne oraz dotyczą także sfery finansowej. W przeprowadzonym badaniu analizowano wiedzę pacjentów będących w wieku 18-40 lat mieszkających na terenie Gminy Andrychów i leczących się w Poradni Alergologicznej na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego. Spośród respondentów 49,0% stanowiły kobiety, a 51,0% mężczyźni. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 35-40 lat (31,0%). Większość

ankietowanych (52,0%) mieszka w mieście, natomiast 39,0% posiada wykształcenie wyższe. Była to największa wartość, która dominowała nad wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim. Zdecydowana większość ankietowanych jest aktywna zawodowo. Pierwszy problem badawczy dotyczył wiedzy pacjentów, czym jest w ogóle alergia. Na podstawie badań własnych wywnioskować można, że 42,0% badanych wiąże termin „alergia” z uczuleniem, natomiast, aż 17% badanych nie posiada wiedzy na ten temat. Innymi definicjami określającymi termin alergia okazały się; reakcja organizmu na alergen (8,0%), choroba (7,0%), nieprawidłowa reakcja organizmu na alergen (5,0%), nadwrażliwość organizmu na dany czynnik (5,0%), nadwrażliwość na dany alergen (5,0%), nadwrażliwość immunologiczna organizmu (2,0%), nadwrażliwość (2,0%), nadwrażliwość na dany czynnik (2,0%), niekorzystna reakcja organizmu na alergen (2,0%), choroba autoimmunologiczna (1,0%), nadwrażliwość na alergen (1,0%), nietolerancja składnika (1,0%). W badaniach przeprowadzonych przez Maziarz M. oraz Kupcewicz E. [31], respondenci najczęściej termin alergia kojarzyli z reakcją organizmu na kontakt z alergenem- czynnikiem uczulającym. Tą odpowiedź wybrało aż 76,0% badających. Świadczy to o pokryciu wyników z przeprowadzonymi badaniami własnymi. Kolejnymi wynikami służącymi do porównania z własnymi były badania przeprowadzone przez Steinkę I. oraz Pietrzak M. [32]. Znaleźć tam można, iż 13,0% ankietowanych nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie odnośnie terminu alergia. W związku z tym można stwierdzić, że istnieje pewna rozbieżność między wyżej wypisanymi wynikami, a wynikami badań własnych. Jednak różnica ta jest stosunkowo nieduża. Można również wywnioskować, iż spora ilość badaczy jest zapoznana z definicją choroby jaką jest alergia, ponieważ większość z nich potrafiła odpowiedzieć na to pytanie. U osób, które uczestniczyły w badaniu własnym aż 44,0% z nich deklaruje, iż alergia występuje u nich więcej niż 5 lat, 23,0% zmagają się z alergią od 1- 2 lat, 22% badanych wskazuje, że alergia trwa u nich mniej niż rok, natomiast 11% respondentów choruje na alergię od 3-5 lat. Ponad 19,0% badanych wskazało, iż z wizyt u alergologa korzysta częściej niż raz na kwartał, podobnie 19,0% respondentów zaznaczyło, że dwa razy w roku chodzą na konsultacje alergologiczne. Kolejnym istotnym etapem badania było zapytanie uczestników na jaki alergen rozpoznano u nich alergię. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Ponad połowa ankietowanych boryka się z alergią na pyłki drzew. Na pyłki traw wśród badanej grupy uczulona jest połowa pacjentów, natomiast na roztocza wynik ten wyniósł 48,0%. Respondentów biorących udział w badaniach własnych zapytano również o rodzaj występujących u nich alergicznych jednostek chorobowych (w formie pytania wielokrotnego wyboru). Alergiczny nieżyt nosa dotyczył, aż 80,0% respondentów, 49,0%

z nich miało kiedyś rozpoznane alergiczne zapalenie spojówek, zaś alergię pokarmową stwierdzono tylko u 20,0% badanych. Jedynie 14 osób zaznaczyło, iż mają alergię na leki (14,0%). Badanie przeprowadzone przez Filipiak-Florkiewicz A. [33] wykazało, iż u respondentów najczęściej występował alergiczny nieżyt nosa i dotyczył on 29,0% ankietowanych. Na drugim miejscu znalazła się alergia pokarmowa (15,0%) oraz zapalenie spojówek, które dotyczyło 14,0% badanych. Kolejnym służącym do porównania badaniem jest badanie ECAP- Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce pod kierownictwem naukowym prof. Bolesława Samolińskiego przeprowadzone w latach 2006-2008 [34]. Wykazało ono, że najczęstszą chorobą alergiczną układu oddechowego jest alergiczny nieżyt nosa. Świadczy to o tym, że mimo upływu lat odsetek chorych borykających się z alergicznym nieżytem nosa wciąż przoduje nad innymi alergicznymi chorobami układu oddechowego. Z analizy przeprowadzonych badań własnych (pytania dotyczącego dziedziczenia alergii) wynika, że 51,0% badanych posiada w rodzinie alergika. Z kolei badania przeprowadzone przez Filipiak-Florkiewicz A. et al. [33] wykazały że, u 67,0% osób z grupy badanej były wśród bliskich przypadki alergii. Choroby alergiczne są często dziedziczone poprzez geny, a co za tym idzie są to choroby wielopokoleniowe [22]. Najważniejszy etap badań dotyczył profilaktyki, dlatego też zapytano respondentów o sposoby zapobiegania ekspozycji na alergeny. Pierwsze tego typu pytanie dotyczyło, czy stan czystości pomieszczeń jest elementem profilaktyki chorób alergicznym układu oddechowego. Aż 88 osób odpowiedziało twierdząco na to pytanie, natomiast pozostali zaprzeczyli. Kolejne pytanie dotyczyło profilaktyki wewnątrz pomieszczeń mieszkalnych. Największy odsetek grupy stanowiły osoby, które podały, iż częste odkurzanie i wietrzenie pomieszczeń mieszkalnych jest elementem zapobiegania chorobom alergicznym układu oddechowego. Zapytano również ankietowanych, czy używanie innych kołder, niż z puchu gęsiego jest elementem profilaktyki alergii na roztocza. Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała twierdząco. Kolejne pytanie dotyczyło prania pościeli w czystej, gorącej wodzie bez użycia detergentów w alergii na roztocza. Z kolei w tym pytaniu 71% ankietowanych zgodziło się z tym twierdzeniem. Badanych zapytano również, czy racjonalne odżywianie jest elementem profilaktyki. Zdziwiający jest fakt, że aż 42,0% ankietowanych odpowiedziało przecząco na to pytanie. Kolejne pytanie dotyczyło regularnego wykonywania badań czynnościowych układu oddechowego- czy jest to ważne w profilaktyce. Aż 86,0% badanych potwierdziło, że jest to ważny element. Następne zapytanie w kwestii profilaktyki chorób alergicznym dotyczyło zapoznawania się z kalendarzem pyleń. Prawie wszyscy (94,0%) badani podali, iż zapoznanie się z kalendarzem pyleń będzie racjonalnym

rozwiązaniem dla osoby chorującej na alergię na pyłki roślin. W porównaniu do badań przeprowadzonych przez Kubik-Romanowską B. [35], badania własne przedstawiły stan wiedzy ankietowanych na temat profilaktyki w lepszym świetle. W wyżej wypisanych badaniach jedynie 28,0% ankietowanych znało sposoby zapobiegania ekspozycji na alergeny. Dane literaturowe wskazują, że pierwszym podjętym działaniem mającym na celu profilaktykę oraz leczenie jest eliminacja narażenia na alergeny uczulające. Objawy alergiczne mogą być złagodzone poprzez całkowite wyeliminowanie, a nawet zmniejszenie ekspozycji na alergeny [35]. Badania własne wykazały również, że aż 26,0% respondentów pali wyroby tytoniowe, natomiast 31,0% podało, iż w przeszłości paliło papierosy, 25,0% osób nie pali, ale są palaczami biernymi. Jedyne 18,0% ankietowanych nigdy nie paliło papierosów. Można wywnioskować, że ilość palaczy jest zatrważająco wysoka. Jak podaje literatura przedmiotu nie sprzyja to leczeniu chorób alergicznych układu oddechowego. Wiadomym jest, że osoby palące papierosy częściej będą korzystać z różnego rodzaju opieki medycznej, a co za tym idzie generuje to większe koszty związane z leczeniem. Ponadto osoby te zmagają się z gorszą jakością życia, zmniejszeniem wydolności płuc oraz efekt stosowania u nich wziewnych kortykosteroidów jest znacznie słabszy w porównaniu do osób niepalących [36]. Ostatnim etapem przeprowadzenia badań ankietowych było ocenienie, czy pacjenci akceptują swoją chorobę. Zdecydowana większość ankietowanych (83,0%) twierdzi, że akceptuje swoją chorobę. Jest to bardzo dobrze rokujący wynik. Warto również wspomnieć o badaniach przeprowadzonych przez Baczewską i wsp. [37], którzy wykazali, że osoby chorujące na astmę oskrzelową i posiadające wykształcenie wyższe okazywali większy poziom akceptacji swojej choroby od osób z wykształceniem niższym. Poziom wiedzy respondentów na temat profilaktyki zależy od czynnika, jakim jest wiek. Ponad 61,0% respondentów w wieku 25-30 lat nisko ocenia swój poziom wiedzy na ten temat. Osoby w wieku 30-35 lat najczęściej uważały, że ich stopień wiedzy jest na poziomie średnim oraz z przeprowadzonych badań wynika, iż są to osoby, które wiedzą na czym polega prewencja chorób alergicznych układu oddechowego. Zdecydowana większość kobiet biorących udział w badaniu uważa, iż aktywność fizyczna jest ważna w profilaktyce chorób alergicznych układu oddechowego. Natomiast 27,0% mężczyzn z badanej grupy jest odmiennego zdania. Najwięcej twierdzących odpowiedzi udzielili badani w wieku 18-25 lat oraz prawie wszyscy ankietowani mieszkający w mieście. Osoby z wykształceniem wyższym dysponowały również większą znajomością prewencji alergii w stosunku do aktywności fizycznej. Badania przeprowadzone przez Maziarz M. [31] również wykazały większą świadomość działań na temat profilaktyki u osób

z wykształceniem wyższym [31,32]. Może to wynikać z tego, że pacjenci o niższym wykształceniu nie do końca rozumieją informacje otrzymywane od lekarza, czy pielęgniarki. W badanej populacji, 53,0% respondentów oceniło stan swojej wiedzy na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego na poziomie średnim. W związku z wyżej wymienionymi informacjami, profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego jest przez ludzi dość dobrze znana. Jest to bardzo pozytywna prognoza na następne lata, ponieważ większa wiedza i świadomość ludzi na ten temat wiąże się z poprawą jakości ich życia oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań. Jest to również motywacyjne przesłanie do zerwania z nałogiem, jakim jest palenie papierosów, ponieważ szacuje się, że aż 20,0% ludzi na świecie, chorujących na astmę oskrzelową pali papierosy.

Wnioski.

- Zdaniem większości ankietowanych aktywność fizyczna, walka z nałogiem palenia papierosów, dbanie o czystość w pomieszczeniach mieszkalnych, wietrzenie pomieszczeń, częste pranie pościeli, racjonalne odżywianie się oraz regularne wykonywanie profilaktycznych badań czynnościowych układu oddechowego są ważnym elementem profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego.
- Na poziom wiedzy ankietowanych dotyczącej profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego wpływ ma wiek oraz płeć. Ankietowani w wieku 35-40 lat są najbardziej zorientowani na czym polega profilaktyka chorób alergicznych układu oddechowego w porównaniu do osób będących w wieku 18-25 lat, którzy nie mają wiedzy na ten temat. Mężczyźni nisko oceniają swoją wiedzę na temat profilaktyki w stosunku do kobiet, które w większości oceniają swoją wiedzę na ten temat na poziomie średnim.
- Zdecydowana większość ankietowanych czerpie wiedzę na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego od lekarza, z mediów, od rodziny, znajomych, z literatury oraz z Internetu. Wiedza ankietowanych na temat profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego kształtuje się na poziomie przeciętnym. Ważne jest podejmowanie działań edukacyjnych w społeczeństwie na temat alergii i sposobów jej zwalczania.

Piśmiennictwo:

1. Kotowska A., Assessing of patients' knowledge of anaphylactic shock and allergies. Medical Science Pulse 2020; 14:4.
2. Płusa T. Współczesne zagrożenia i obciążenia chorobami układu oddechowego w Polsce. Pol Merkur Lekarski 2013; 35: s. 287–291.

3. WAO. White Book on Allergy. Dostępny w Internecie: <https://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WhiteBook2-2013-v8.pdf>[dostęp01.12.2022].
4. Dąbowiecki P., Badyda A., Chciałowski A., Zanieczyszczenie powietrza a choroby obturacyjne. *AlergiaAstmaImmunologia* 2017, 22: s.37-41.
5. Marwa K, Kondamudi NP. Type IV hypersensitivity reaction. *Stat Pearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 7, 2021.
6. Maziarz A., Kupcewicz E., Ocena wiedzy pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej. *Wydawnictwo SAN, Tom XV, 2014; s. 87-88.*
7. Emeryk A., Bartkowiak-Emeryk M., Wojas O., Samoliński B., Alergiczny nieżyt nosa a inne choroby, *Post Dermatol Alergol* 2012; XXIX(1): s. 13-18.
8. Steinka I., Pietrzak M., Biologiczne czynniki alergii identyfikowane u pacjentów. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni*, nr 88, 2015.
9. Śpiewak R., Alergen. *Dermatopedia* [online]. Dostępny w Internecie: 10.14320/dermatopedia.pl. 2012.003 [dostęp 11.12.2022].
10. Asam C., Hofer H., Wolf M., Aglas L., Wallner M., Tree pollen allergens – anupdate from a molecular perspective. *Allergy* 2015; 70: 1201-11.
11. Hajduga-Staśko B., Kasprzyk M., Roztocze kurzu domowego jako czynniki alergenowe, *Alergoprofil* 2016; 12, Nr 2, 81-86.
12. Siwak E., Skotny A., Zbrojewicz E. *et al.*, Allergens of mites. *Postępy Hig. Med. Dośw.* 2014; 68: 369-374.
13. Ukleja-Sokołowska N., Sokołowski Ł., Bartuzil Z., Alergia na roztocza kurzu domowego i krewetki – co wiemy obecnie?, *Alergia Astma Immunologia* 2018; 23 (3): 221-227.
14. Samoliński B., Profilaktyka uczulenia na roztocze kurzu mieszkaniowego - rola nowoczesnego akarycydy *Allergoff. Alergia*2017; 4: 31-34.
15. Fukutomi Y., Taniguchi M., Sensitization to fungal allergens: resolved and unresolved issues, *Allergology* 2015; 64: 321–331.
16. Sullivan M., Nanette B, Silverberg M., Current and emerging concepts in atopic dermatitis pathogenesis, *Clin Dermatol* 2017; 35: 349-53.
17. Nwaru B., Hickstein L., Panesar S. *et al.* The epidemiology of food allergy in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2014; 69: 62-74.
18. Sampson H., Aceves S., Bock S., Food allergy: a practice parameter update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2014; 134:1016-1025.
19. Popescu F., Cross-reactivity between aeroallergens and food allergens. *World journal of methodology* 2015; 5: (2):31.
20. Idzik K., Czynniki środowiskowe i genetyczne wpływające na rozwój alergii dróg oddechowych, *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2012; 15: 142-149.
21. Napiórkowska - Baran K., Tykwińska M., Kołodziejczyk - Pyrzyk J. i wsp.: Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu chorób alergicznych. *Alergia Astma Immunologia* 2018; 23(2): 79-85.
22. Głaz P., Kowalczyk D., Zjawisko alergii w gabinecie kosmetycznym, *Kosmetologia Estetyczna*, 2019;3(8).

23. Fleischer D., MDa, Spergel J., MD, PhD, Amal H. Assa'ad, MDc, Pongracic J, 2012 American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (J Allergy Clin Immunol: In Practice 2013;1:29-36.
24. Haahtela *et al.* The biodiversity hypothesis and allergic disease, World Allergy Organization Journal 2013, 6:3.
25. Lodge C., Braback L., Lowe A., Dharmage S., Olsson D., Forsberg B., Palenie przez babcię zwiększa ryzyko astmy u wnuków: ogólnokrajowa kohorta szwedzka. *Alergia Clin Exp.* 2018; 48 (2): 167–174.
26. Mayo Clinic Staff, Seasonal allergies: Nip them in the bud, Dostępny w Internecie: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hay-fever/in-depth/seasonal-allergies/art-20048343> [dostęp 20.04.2023].
27. Leone L., Mazzocchi A., Maffei L., De Cosmi V., Agostoni C., Nutritional management of food allergies: Prevention and treatment, *Front Allergy*, 2023, 3:1083669.
28. Silva D., Moreira A., Rola sportu i ćwiczeń w chorobie alergicznej: wady i korzyści. *Ekspert ks. Clin. immunol.* 2015; 11 :993–1003.
29. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych. 1995, str. 130-133.
30. Wasilewska E., Statystyka opisowa od podstaw, SGGW, 2015.
31. Maziarz M., Kupcewicz E., Ocena wiedzy pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej, *Przedsiębiorczość i zarządzanie*, Tom XV, Część II: 2014; 87-97.
32. Steinka I., Pietrzak M., Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni, nr 88, 2015.
33. Filipiak-Florkiewicz A., Częstotliwość występowania chorób alergicznych wśród studentów, *Bromat. Chem. Toksykol.* XLVI, 2013; 4: 462-473.
34. Samoliński B., *et al.*, Alergiczny nieżyt nosa w świetle badania ECAP, Dostępny w Internecie: <http://alergia.org.pl/wp-content/uploads/2017/08/Alergiczny-nie%5%BCyt-nosa-w-%5%9Bwielle-badania-ECAP.pdf> [dostęp 30.05.2023].
35. Kubik B., Romanowska U., Bednarz E., Jakość życia pacjentów poddanych swoistej immunoterapii alergicznej, *HealthPromotion&Physical Activity*, 2017, 1: 47-58.
36. Kiljander T., Poussa T., Helin T., *et al.*: Symptom control among asthmatics with a clinically significant smoking history: A cross-sectional study in Finland. *BMC Pulm. Med.*, 2020; 20: 1-5.
37. Baczewska B., Kropornicka B., Leszek K., Akceptacja choroby a funkcjonowanie pacjentów z chorobą układową tkanki łącznej. *Wydawnictwo SAN*: 2013; 15(12): 69-85.

Wybrane aspekty opieki pediatrycznej pacjentów z Ukrainy – doświadczenia personelu pielęgniarskiego w Polsce i na Słowacji

Katarzyna Pańtak, Jolanta Sułek, Maria Półtorak

Wstęp. Inwazja Rosji na Ukrainę, mająca miejsce pod koniec lutego 2022 roku, wywołała znaczące przemiany na arenie międzynarodowej, szczególnie w Europie Środkowo-Wschodniej, determinując zmiany w różnych dziedzinach, w tym w sektorze opieki zdrowotnej [1]. Skutkiem tego tragicznego zdarzenia było zmuszenie setek tysięcy Ukraińców do opuszczenia swoich dotychczasowych miejsc zamieszkania, co zaowocowało znacznym napływem pacjentów, wymagających wyspecjalizowanej opieki medycznej [2]. Wśród tej zróżnicowanej grupy pacjentów, istotną część stanowili pacjenci pediatryczni. Inwazja nieuchronnie przyczyniła się do wywołania kryzysu humanitarnego, zmuszając do ponownego rozważenia struktury infrastruktury zdrowotnej oraz nakierowania uwagi na spełnienie konkretnej gamy potrzeb i podatności pacjentów pediatrycznych wśród przemieszczonej populacji. W tym kontekście konieczne stało się podjęcie kompleksowych działań w celu zminimalizowania skutków kryzysu, a także dostosowania systemów opieki zdrowotnej do nowych warunków, zapewniając wsparcie niezbędne dla dzieci i młodzieży z Ukrainy, które znalazły się w trudnej sytuacji.

Zarówno Polska, jak i Słowacja, będąc krajami graniczącymi z Ukrainą, doświadczyły istotnego wzrostu liczby pacjentów z obszaru wschodniej granicy w wyniku inwazji Rosji. W początkowej fazie reakcji medycznej skupiano się głównie na leczeniu urazów pourazowych związanych z sytuacją wojenną oraz koniecznością ucieczki z kraju. Niemniej jednak w kolejnych tygodniach trwania konfliktu procedury medyczne powróciły do standardowego trybu postępowania, obejmującego szeroki zakres zabiegów i leczenia. Wzrost liczby pacjentów z obszaru konfliktu wymusił konieczność dostosowania infrastruktury medycznej, a personel medyczny musiał efektywnie reagować na różnorodne potrzeby zdrowotne pacjentów. Począwszy od schorzeń pourazowych aż po bardziej rutynowe przypadki, personel medyczny stanął przed wyzwaniem zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki każdego przypadku. To z kolei podkreślało nie tylko elastyczność systemu opieki zdrowotnej, ale również zdolność dostosowywania się do dynamicznie

zmieniającej się sytuacji i zapewniania wsparcia na różnych płaszczyznach medycznych potrzeb.

Mimo że Polska i Słowacja są sąsiadami Ukrainy, istnieją istotne różnice religijne i kulturowe między tymi regionami [3]. Te różnice mają potencjał stwarzania wyzwań, znacząco wpływając na proces komunikacji z pacjentami i co za tym idzie, na ich leczenie. Prawosławie dominuje wśród Ukraińców, co stanowi istotny kontekst kulturowy [4]. Ponadto, zauważalne są różnice językowe pomiędzy Ukrainą a Polską oraz Słowacją, co wymaga od personelu medycznego przyjęcia podejścia opartego na świadomości kulturowej i umiejętnościach komunikacyjnych. W przypadku pacjentów z Ukrainy, ze względu na ich odmienną tożsamość religijną i kulturową, konieczne jest indywidualizowane podejście personelu medycznego, które będzie zrozumiałe dla pacjenta. Komunikacja z pacjentem o odmiennym tle kulturowym i religijnym wymaga od personelu medycznego nie tylko znajomości różnic kulturowych, lecz także umiejętności dostosowywania komunikacji do potrzeb i wartości pacjenta. Dlatego też, świadomość kulturowa i kompetencje językowe personelu medycznego odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu skutecznej opieki zdrowotnej dla pacjentów z Ukrainy na terenie Polski i Słowacji.

W kontekście największych różnic kulturowych i religijnych, pacjenci z Ukrainy, zwłaszcza ci wyznający prawosławie, mogą manifestować pewne zachowania, które wpływają na podejście do procedur medycznych. Przede wszystkim, istnieje tendencja do odmawiania niektórych procedur, które są sprzeczne z ich wiarą. Przykładowo, niektórzy mogą wyrażać sprzeciw wobec przetaczania krwi lub pobierania próbek krwi, uznając krew za nośnik duszy, co zgodnie z ich wiarą nie powinno być usunięte z ciała [5].

Dodatkowe wyzwania, zwłaszcza w kontekście opieki nad pacjentami pediatrycznymi, obejmują barierę językową, obawy rodziców oraz utrudnioną komunikację. Odmiennie języki mogą stanowić przeszkodę w skutecznej wymianie informacji między personelem medycznym a rodzicami pacjentów. Dodatkowo, obawy i stres związane z sytuacją konfliktową mogą wpływać na komunikację i współpracę z rodzicami, co wymaga od personelu medycznego empatii, zrozumienia oraz umiejętności łagodzenia obaw i budowania zaufania.

Wszystkie te aspekty wymagają holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej, które uwzględni zarówno aspekty medyczne, jak i kulturowe, z szczególnym naciskiem na skuteczną komunikację i współpracę z pacjentami oraz ich rodzinami. Niniejsze opracowanie ma na celu przeprowadzenie oceny wyzwań, z jakimi styka się opieka pielęgniarska w kontekście pacjentów pediatrycznych pochodzących z Ukrainy, a znajdujących się

w placówkach medycznych w Polsce i na Słowacji. Analiza ta skupi się na wpływie czynników religijnych, kulturowych oraz językowych na świadczenie opieki pielęgniarskiej.

Zidentyfikowane wyzwania stanowią bazę do opracowania skutecznych strategii integracji międzykulturowej w kontekście opieki nad pacjentami pediatrycznymi, z naciskiem na dostosowanie praktyk pielęgniarskich do indywidualnych potrzeb pacjentów. Dodatkowo, praca ta ma na celu przyczynienie się do poprawy jakości opieki medycznej dla dzieci z Ukrainy na oddziałach pediatrycznych w wymienionych krajach, uwzględniając unikalne aspekty kulturowe, religijne i językowe.

Cel pracy. Celem niniejszego opracowania była analiza wpływu czynników religijnych, kulturowych i językowych na proces świadczenia opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem różnic między Ukrainą a Polską lub Słowacją, a także identyfikacja problemów oraz opracowanie skutecznych strategii integracji międzykulturowej, mających na celu poprawę jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentami pediatrycznymi z Ukrainy w Polsce i na Słowacji.

Material i metody. W ramach niniejszej pracy przeprowadzono badanie ankietowe skierowane do pielęgniarzy i pielęgniarek na oddziałach pediatrycznych w Polsce i na Słowacji. Zbadano 96 osób (3% mężczyzn) z oddziałów z Polski oraz 25 osób ze Słowacji (4% mężczyzn). Badanie ankietowe poza pytaniami metrykalnymi składało się z dwóch części, a mianowicie: dotyczącej barier kulturowych i religijnych, a także części dotyczącej barierom językowym i komunikacyjnym. W poniższej tabeli zestawiono charakterystykę ankietowanej populacji (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka ankietowanej populacji

	Subpopulacja polska (N=96)	Subpopulacja słowacka (N=25)
Płeć, n (%)		
kobieta	93 (97%)	24 (96%)
mężczyzna	3 (3%)	1 (4%)
Wiek, n (%)		
18 – 26 lat	6 (6%)	3 (12%)
27 – 35 lat	20 (21%)	9 (36%)
36 – 45 lat	11 (11%)	3 (12%)
46 – 55 lat	29 (30%)	5 (20%)
Powyżej 56 lat	30 (31%)	5 (20%)
Wykształcenie, n (%)		
licencjackie	20 (21%)	5 (20%)
magisterskie	49 (51%)	10 (40%)
studia podyplomowe	6 (6%)	2 (8%)
średnie	21 (22%)	8 (32%)
Staż w zawodzie, n (%)		

Mniej niż 2 lata	5 (5%)	3 (12%)
2-5 lat	11 (11%)	2 (8%)
5-10 lat	16 (17%)	16 (24%)
Powyżej 10 lat	64 (67%)	14 (56%)
Miejsce zamieszkania, n (%)		
miejscowość do 25 tys.	66 (69%)	5 (20%)
miejscowość od 25 do 50 tys.	23 (24%)	3 (12%)
miejscowość od 50 do 100 tys.	6 (6%)	16 (64%)
miejscowość od 100 do 500 tys.	1 (1%)	1 (4%)
miejscowość powyżej 500 tys.	0 (0%)	0 (0%)
Poziom znajomości języka obcego, n (%)		
brak	20 (21%)	2 (8%)
poziom podstawowy	35 (35%)	3 (12%)
poziom zaawansowany	31 (32%)	13 (52%)
poziom biegły	10 (10%)	7 (28%)
Znany język obcy, n (%)		
nie znam	32 (33%)	5 (14%)
angielski	31 (32%)	18 (51%)
rosyjski	28 (29%)	7 (20%)
ukraiński	0 (0%)	1 (3%)
niemiecki	5 (5%)	4 (11%)

Wyniki. Część I: bariery kulturowe i religijne. Bariery kulturowe i religijne, obok trudności komunikacyjnych i językowych, stanowią istotny problem w leczeniu pacjentów z Ukrainy, zarówno w polskich, jak i słowackich placówkach medycznych. Te bariery wynikają z odmiennego kręgu kulturowego i religijnego pacjentów z Ukrainy, zwłaszcza w kontekście różnic wyznaniowych. W procesie leczenia kluczowe jest początkowe zrozumienie czy różnice kulturowe między pacjentami z Polski i Słowacji a pacjentami z Ukrainy wpływają na sposób wyrażania bólu przez pacjentów.

Z wyników przeprowadzonego badania ankietowego wynika, że w większości przypadków sposób odczuwania bólu przez pacjentów z Ukrainy nie różni się istotnie od pacjentów z kraju rodzimego. Niemniej jednak 16% i 24% ankietowanych spośród polskiej subpopulacji oraz odpowiednio 12% i 24% wśród subpopulacji słowackiej zanotowało, że różnice kulturowe mają znaczący lub nieznaczny wpływ na sposób wyrażania bólu przez pacjentów. Aby dokładniej zrozumieć, co wpływa na te różnice, ankietowani zostali zapytani o aspekty kultury pacjenta z Ukrainy, które wpływają na opiekę pielęgniarską. Najczęściej zgłaszanymi aspektami były zwyczaje dotyczące higieny (odpowiednio 34% i 29% dla subpopulacji polskiej i słowackiej), zwyczaje żywieniowe (22% i 31%) oraz przekonania religijne (14% i 6%). Pozostałe zgłaszane aspekty (odpowiednio 13% i 14%) obejmowały barierę językową, złe zachowanie, zwiększony stres, negowanie leczenia czy nieufność wobec obcych. Skupiając się na barierze językowej,

respondentom z Polski i Słowacji zadano pytanie, w jaki sposób ta bariera wpływa na opiekę pielęgniarską wobec dziecka oraz rodzica z Ukrainy. Zarówno respondenci z Polski, jak i ze Słowacji, wskazali, że bariera językowa wpływa znacznie (odpowiednio 45% i 42%) bądź nieznacznie (43% i 42%), przy czym tylko 12% i 15% odpowiedziało, że ta bariera nie ma wpływu na opiekę pielęgniarską w żaden sposób.

W kolejnym etapie ankiety skoncentrowano się na określeniu wpływu występujących różnic kulturowych między pacjentami z Ukrainy a pacjentami z Polski i Słowacji na skuteczność leczenia. Większość badanych stwierdziła, że te różnice nie wpływają na skuteczność terapii (odpowiednio 39% i 35% wśród subpopulacji polskiej i słowackiej). Jednakże odpowiednio 15% i 4% respondentów wskazało, że różnice kulturowe mają znaczący wpływ, a 29% i 27% uznało, że wpływają nieznacznie. Co istotne, odpowiednio 17% i 27% ankietowanych nie potrafiło jednoznacznie określić, czy występujące różnice mają wpływ na skuteczność leczenia pacjentów z Ukrainy. Skuteczność leczenia jest bezpośrednio powiązana z procedurami medycznymi mającymi na celu poprawę zdrowia pacjentów. Część procedur medycznych budzi sprzeciw pacjentów pochodzących z Ukrainy, gdyż nie są w pełni zgodne z ich przekonaniami religijnymi. Wyniki badania ankietowego sugerują, że pacjenci z Ukrainy różnie podchodzą do różnych procedur medycznych. Na przykład procedura płynoterapii dożylniej jest kwestionowana przez 22% i 48% respondentów z Polski i ze Słowacji, natomiast 28% i 25% wyraża wątpliwości co do szczepień. Badanie krwi budzi zastrzeżenia u 11% i 20% pacjentów. Do innych zgłoszonych procedur (39% i 7%) zaliczyć można antybiotykoterapię, farmakoterapię, pomiar temperatury ciała czy powtórne pobieranie krwi.

W odniesieniu do kontaktu z dziećmi z Ukrainy i ich rodzicami, wyniki badania wskazują na zróżnicowane doświadczenia personelu pielęgniarskiego z Polski i ze Słowacji. Praktycznie jedna piąta respondentów w subpopulacji polskiej i słowackiej (odpowiednio 19% i 18%) miała do czynienia z brakiem akceptacji proponowanej metody terapeutycznej ze strony rodziców. Odpowiednio 23% i 6% zetknęło się z przekonaniem rodziców, że metody terapeutyczne stosowane w Ukrainie są lepsze niż te w Polsce. Niewielki odsetek respondentów (9% i 12%) doświadczył zaskakujących metod wychowawczych, podczas gdy większość (41% i 51%) zauważyła niski poziom adaptacji dziecka do nowej sytuacji. Warto jednak zauważyć, że również niewielki odsetek (9% i 12%) zaznaczył wysoki poziom adaptacji dziecka do nowej sytuacji. Częściowo różnice te mogą wynikać z odmiennego podejścia pacjentów z Ukrainy do korzystania z medycyny alternatywnej w porównaniu do pacjentów polskich czy słowackich. Zdaniem większości respondentów (odpowiednio 32% w subpopulacji polskiej i 22%),

pacjenci ukraińscy czasami sięgają po takie formy leczenia. Relatywnie niewielki odsetek (6% i 4%) uważa, że pacjenci z Ukrainy zawsze korzystają z medycyny alternatywnej, podczas gdy 25% i 39% twierdzi, że robią to rzadko. Natomiast 37% i 35% respondentów uznaje, że pacjenci pochodzenia ukraińskiego w ogóle nie korzystają z medycyny alternatywnej. Te wyniki podkreślają zróżnicowanie podejść w tej kwestii i sugerują potrzebę elastycznego podejścia do opieki zdrowotnej, uwzględniającego różnice kulturowe i indywidualne preferencje pacjentów. Istotną kwestią staje się dostosowanie strategii opieki zdrowotnej do różnorodnych oczekiwań i praktyk medycznych pacjentów z Ukrainy. Elastyczne podejście, uwzględniające zarówno tradycyjne metody leczenia, jak i medycynę alternatywną, może przyczynić się do zwiększenia skuteczności i akceptacji terapii. Jednocześnie wymaga to od personelu medycznego wycucia i zrozumienia dla indywidualnych preferencji pacjentów, co może przyczynić się do zbudowania zaufania i poprawy relacji między personelem medycznym a pacjentami.

Kolejnym z punktów było określenie wpływu kultury pacjentów z Ukrainy na postrzeganie roli pielęgniarki w procesach leczenia. Rola pielęgniarki czasami jest sprowadzana wyłącznie do podawania leków, jednak odpowiedzi respondentów z Polski i Słowacji sugerują zróżnicowane podejścia. Dla 10% i 4% ankietowanych odpowiednio z Polski i Słowacji, kultura zawsze wpływa na postrzeganie roli pielęgniarki, podczas gdy dla 38% i 42% jest to zjawisko czasowe. Dla 18% i 33% respondentów rzadko odgrywa rolę, a dla 34% i 21% nie ma wpływu. Te wyniki wskazują na istnienie różnic w postrzeganiu roli pielęgniarki w zależności od kultury pacjentów ukraińskich. Warto zauważyć, że ze względu na odmienną strukturę wyznaniową w Ukrainie, istotne jest zrozumienie, czy wpływa ona na skłonność pacjentów z Ukrainy do korzystania z usług opieki duchowej w szpitalu w porównaniu z pacjentami z Polski czy ze Słowacji. Dla niewielkiego odsetka ankietowanych z Polski i Słowacji (odpowiednio 2% i 4%), pacjenci ukraińscy są znacząco bardziej skłonni do korzystania z tych usług, podczas gdy dla 4% i 21% jest to zjawisko nieznaczące. Większość respondentów (56% i 71%) uznaje, że pacjenci ukraińscy nie różnią się istotnie od pacjentów polskich w tym kontekście. Jednakże istnieje także grupa (37% i 8%), która uznaje, że to pacjenci rodzimi częściej wyrażają potrzebę kontaktów religijnych. Te wyniki podkreślają potrzebę uwzględnienia subtelnych różnic kulturowych w zakresie korzystania z opieki duchowej w szpitalu i dostosowania oferty do indywidualnych potrzeb pacjentów.

W kontekście emocji towarzyszącym personelowi w trakcie opieki medycznej, wyniki badania ukazują różnorodne reakcje personelu medycznego. Dominującą emocją jest współczucie (odpowiednio 23% i 14% dla subpopulacji polskiej i słowackiej), co wskazuje na silne uczucie

empatii i zrozumienia dla sytuacji pacjenta i jego rodziny. Bezsilność występuje u odpowiednio 9% i 2% respondentów, co może wynikać z trudności związanych z radzeniem sobie z wyzwaniami zdrowotnymi pacjenta. Emocje pozytywne, takie jak radość (1% i 2%) i satysfakcja (5% i 2%), są relatywnie niskie, co może sugerować, że opieka nad pacjentem z Ukrainy i jego rodzicem niesie ze sobą zarówno trudności, jak i pozytywne chwile. Względnie wysokie są natomiast wskaźniki troski (16% i 13%), co wskazuje na zaangażowanie w dobrostan pacjenta. Emocje negatywne, takie jak smutek (7% i 15%), gniew (2% i 4%), żal (4% i 3%), rozdrażnienie (7% i 9%), poczucie frustracji (5% i 7%), złość (3% i 5%), oburzenie (5% i 3%), niesmak (4% i 0%), rozgoryczenie (3% i 5%) oraz zdziwienie (3% i 5%) również występują, co sugeruje, że opieka nad pacjentem z Ukrainy może generować trudne doświadczenia i wyzwania. Podziw (4% i 8%) dla pacjenta czy jego rodzica stanowi mniejszy, ale istotny element emocjonalnego doświadczenia opieki. Warto zauważyć, że różnorodność tych emocji podkreśla złożoność i indywidualny charakter pracy personelu medycznego, wymagając zróżnicowanego wsparcia w zależności od kontekstu każdej sytuacji.

Część II: bariery językowe i komunikacyjne. Równie ważnym aspektem w podejmowaniu leczenia i opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z Ukrainy w polskich i słowackich placówkach służby zdrowia jest poznanie barier wynikających z różnic językowych i komunikacyjnych. Personel medyczny często stykający się z sytuacjami, w których pacjenci ukraińscy nie posługują się językiem polskim bądź słowackim, musi skutecznie radzić sobie z tym wyzwaniem.

Wyniki przeprowadzonego badania ukazują, że 45% respondentów z Polski i 52% ze Słowacji zaznaczyło odpowiedź „Tak, bardzo często” na pytanie dotyczące braku znajomości języka ukraińskiego i wynikających problemów, co sugeruje, że taka sytuacja występuje często, a pacjenci ukraińscy nie znają języka polskiego lub słowackiego. Dodatkowo 40% i 40% respondentów zaznaczyło opcję „Tak, czasami”, co wskazuje na zmienną częstość tego zjawiska. Odpowiedź „Nie, rzadko” została wybrana przez 15% i 8% respondentów, co oznacza, że w niektórych przypadkach pacjenci z Ukrainy mówią po polsku lub słowacku, ale zdarza się to stosunkowo rzadko. Istotne jest, że nikt z respondentów nie zaznaczył opcji „Nigdy”, co sugeruje, że wszyscy ankietowani mieli do czynienia z pacjentami ukraińskimi, którzy nie posługują się językiem polskim ani słowackim przynajmniej od czasu do czasu.

W pracy z pacjentami pochodzącymi z Ukrainy, najczęstszym problemem związanym z komunikacją jest trudność w porozumiewaniu się, co zostało wskazane przez 60% i 63% respondentów odpowiednio z subpopulacji polskiej i słowackiej. Ten wynik sugeruje, że

językowy dystans może stanowić główną barierę w efektywnej komunikacji z pacjentami ukraińskimi. Drugim istotnym aspektem są trudności związane z niezrozumieniem procedur medycznych, zgłoszone przez 34% i 30% respondentów. To wskazuje, że pacjenci z Ukrainy mogą napotykać trudności w zrozumieniu i akceptacji pewnych aspektów procedur leczniczych, co wymaga dodatkowego wysiłku w wyjaśnianiu i edukacji ze strony personelu medycznego. Bariery kulturowe zostały wymienione jako problem przez jedynie 6% i 7% respondentów, co wskazuje, że choć są one obecne, nie są tak powszechne jak trudności językowe czy związane z zrozumieniem procedur. Warto zauważyć, że nikt z respondentów nie wskazał „Inne” jako głównego problemu związanego z komunikacją, co sugeruje, że wymienione trzy obszary są uznawane za kluczowe w kontekście komunikacji z pacjentami z Ukrainy.

W szpitalu, gdzie pracują polscy respondenci, większość, bo 61%, stwierdziła, że nie ma możliwości skorzystania z pomocy tłumacza w kontaktach z dziećmi z Ukrainy i ich rodzicami. Oznacza to, że w znaczącej części przypadków personel medyczny może napotykać wyzwania związane z komunikacją w związku z brakiem dostępu do tłumacza, przy czym wyłącznie 8% ankietowanych ze Słowacji wskazało, że nie ma takiej możliwości. Jednakże 17% polskich i aż 69% słowackich respondentów odpowiedziało twierdząco, potwierdzając, że w ich miejscu pracy istnieje taka możliwość. Dodatkowo 17% i 4% respondentów odpowiednio z Polski i Słowacji nie było pewnych, czy w ich szpitalu dostępna jest pomoc tłumacza. Mała grupa respondentów (5% i 19%) wskazała, że pomoc tłumacza można używać, ale jedynie w określonych dniach i godzinach. To sugeruje, że dostępność tłumacza może być ograniczona, co może wpływać na efektywność komunikacji z pacjentami i ich rodzicami z Ukrainy.

W Polsce, personel medyczny aktywnie korzysta z różnorodnych narzędzi komunikacji w pracy z pacjentami z Ukrainy. Jedynie 3% respondentów sięga po pomoc lekarza z Ukrainy, co może być potencjalnym źródłem wsparcia zarówno pod względem językowym, jak i kulturowym. Oświadczenie dotyczące praw pacjenta stosuje również 3% respondentów, co przyczynia się do przekazywania kluczowych informacji. Najbardziej popularnym środkiem komunikacji okazał się tłumacz/translator w telefonie, z którego korzysta aż 48% respondentów, co podkreśla elastyczność i dostępność tego narzędzia. Dodatkowo, istnieje zróżnicowane podejście, obejmujące powolne mówienie, gestykulację, słownik ukraińsko-polski, a także tłumacz Google. Ważne jest również, że 17% respondentów posługuje się polskim, aby przekazać informacje, korzystając z rosyjskiego jedynie w przypadku braku zrozumienia. Na Słowacji, korzystanie z tradycyjnego tłumacza jest bardziej powszechne (38%), co może przyczynić się do bardziej kompleksowej komunikacji. Internet stanowi źródło informacji dla

4% respondentów, obejmując różnorodne zasoby online ułatwiające komunikację. Tłumacz/translator w telefonie jest używany przez 15% respondentów, co sugeruje jego rosnącą popularność. W obu krajach personel medyczny podejmuje wysiłki, aby pokonać bariery komunikacyjne, a zastosowane narzędzia są dostosowywane do indywidualnych potrzeb pacjentów. Elastyczność w wyborze narzędzi komunikacyjnych, znajomość języków ukraińskiego i rosyjskiego, a także zdolność dostosowywania się do różnorodnych sytuacji oraz zrozumienie kulturowych kontekstów pacjentów są kluczowe.

W Polsce, większość respondentów (60%) wydaje się nie odczuwać silnej potrzeby zdobycia większej wiedzy na temat kultury i języka pacjentów z Ukrainy, co może sugerować, że obecna wiedza jest uznawana za wystarczającą. Niemniej jednak, grupa mniejsza, ale istotna, składająca się z 17% respondentów, raczej wyraża chęć poszerzenia swojej wiedzy na ten temat. Z kolei 21% respondentów zdecydowanie nie czuje potrzeby zdobywania dodatkowej wiedzy. Na Słowacji, wyniki są bardziej zróżnicowane. Podobnie jak w Polsce, większość respondentów (48%) raczej nie odczuwa silnej potrzeby zdobycia większej wiedzy na temat kultury i języka pacjentów z Ukrainy. Niemniej jednak, grupa ta jest mniejsza niż w Polsce. 36% respondentów na Słowacji stanowi grupę, która zdecydowanie nie odczuwa takiej potrzeby. Warto zauważyć, że 16% respondentów raczej chciałoby poszerzyć swoją wiedzę na ten temat, co jest podobne do wyniku osiągniętego w Polsce. Podsumowując, zarówno w Polsce, jak i na Słowacji, większość respondentów zdaje się nie odczuwać silnej potrzeby dodatkowej wiedzy na temat kultury i języka pacjentów z Ukrainy. Niemniej jednak, istnieje grupa osób, która wyraża chęć poszerzenia swoich kompetencji w tym obszarze, co może być kluczowe dla dalszego doskonalenia opieki nad pacjentami o różnych tle kulturowym. W Polsce i na Słowacji obie grupy respondentów zgłaszają brak regularnych szkoleń dotyczących komunikacji z pacjentami z innego kręgu kulturowego w ich miejscu pracy. W Polsce żadna z ankietowanych osób nie potwierdziła regularnych szkoleń, podobnie jak na Słowacji, gdzie również żaden respondent nie wspomniał o takich szkoleniach. W Polsce, 11% respondentów przyznało, że istnieją sporadyczne szkolenia w tym zakresie, co sugeruje, że choć są one dostępne, to występują w ograniczonej ilości. Zdecydowanie większa grupa, bo 47%, oznacza, że szkolenia nie są uznawane za potrzebne. Jednak zauważalne jest, że 41% respondentów chciałoby wziąć udział w szkoleniach dotyczących komunikacji z pacjentami z innego kręgu kulturowego, co wskazuje na rosnące zainteresowanie podnoszeniem kompetencji w tym obszarze. Na Słowacji, 8% respondentów potwierdziło sporadyczne szkolenia, co jest niższym odsetkiem w porównaniu do Polski. Zdecydowana większość, czyli 52%, oznacza, że szkolenia

nie są uważane za potrzebne. Jednak 36% respondentów wyraziło chęć uczestnictwa w takich szkoleniach, co jest podobne do wyniku uzyskanego w Polsce.

Podsumowując, obie grupy respondentów zgłaszają brak regularnych szkoleń dotyczących komunikacji z pacjentami z innego kręgu kulturowego w miejscu pracy. W Polsce większy odsetek respondentów wyraził chęć uczestnictwa w takich szkoleniach w porównaniu do Słowacji, co może sugerować większe zainteresowanie tym tematem w polskim środowisku medycznym. W obu przypadkach istnieje potencjał do zwiększenia świadomości i kompetencji personelu medycznego w obszarze komunikacji międzykulturowej.

W Polsce wyrażono zróżnicowane opinie dotyczące możliwości zatrudnienia personelu medycznego z Ukrainy w szpitalu. Grupa respondentów (20%) popiera to zatrudnienie, ale jednocześnie uważa, że pracownicy ci powinni wyrównać różnice w przygotowaniu do zawodu przed uznaniem ich uprawnień. Kolejne 18% popiera zatrudnienie, ale pod warunkiem, że personel z Ukrainy nauczy się języka polskiego i zda egzamin potwierdzający jego znajomość. Natomiast zdecydowana większość respondentów (62%) uznaje, że personel medyczny z Ukrainy nie powinien być zatrudniany, dopóki nie dostosuje się do krajowych standardów edukacyjnych i nie potwierdzi znajomości języka polskiego. Na Słowacji także zauważono zróżnicowane podejście do możliwości zatrudnienia personelu medycznego z Ukrainy. Większość respondentów (52%) popiera to zatrudnienie, ale uznaje, że pracownicy ci powinni wyrównać różnice w przygotowaniu do zawodu przed uznaniem ich uprawnień. Kolejne 19% popiera zatrudnienie, jednak wymaga od personelu z Ukrainy nauki języka słowackiego i zdania egzaminu potwierdzającego znajomość języka. Niewielka grupa respondentów (4%) uważa, że personel z Ukrainy powinien być zatrudniany bez żadnych dodatkowych warunków po przedstawieniu dowodów wykształcenia. Z kolei 26% respondentów uznaje, że zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy jest nieakceptowalne, dopóki nie wyrówna on różnic programowych w przygotowaniu do zawodu i nie potwierdzi znajomości języka słowackiego. Podsumowując, oba kraje wykazują pewne podobieństwa w zakresie postulatów dotyczących zatrudnienia personelu medycznego z Ukrainy, zwłaszcza w kwestii dostosowania się do standardów krajowych i znajomości języka. Różnice są zauważalne w intensywności tych postulatów, co może wynikać z różnic kulturowych i organizacyjnych między Polską a Słowacją.

W obu subpopulacjach, zarówno w Polsce, jak i na Słowacji, zauważalne są pewne podobieństwa w doświadczeniach personelu medycznego dotyczących pacjentów z Ukrainy. Respondenci zgłaszają, że pacjenci ci często mają trudności z zrozumieniem instrukcji

dotyczących leczenia. W Polsce 39% respondentów uznaje te trudności za bardzo częste, podczas gdy 39% stwierdza, że zdarzają się one czasami. Z kolei na Słowacji 35% respondentów zgłasza, że pacjenci z Ukrainy bardzo często mają takie problemy, a 38% twierdzi, że zdarzają się one czasami.

W obu przypadkach można zauważyć, że komunikacja z pacjentami z Ukrainy może być wyzwaniem, co może wynikać z różnic językowych, kulturowych lub edukacyjnych. Ważne jest zrozumienie tych trudności przez personel medyczny, aby dostosować komunikację i instrukcje do potrzeb pacjentów z Ukrainy, co może poprawić efektywność opieki zdrowotnej. Działania edukacyjne i świadomość różnic kulturowych mogą również przyczynić się do lepszego zrozumienia i współpracy między personelem medycznym a pacjentami pochodzącymi z innych kultur.

Zarówno wśród ankietowanych w Polsce jak i na Słowacji, personel medyczny został zapytany o wpływ problemów kulturowych, religijnych i językowych na jakość opieki nad pacjentami pediatrycznymi. W Polsce 67% respondentów twierdzi, że te kwestie nie miały znaczącego wpływu na pogorszenie opieki nad dziećmi. W przypadku niemowląt odsetek osób zgłaszających wpływ to 16%, a dla dzieci w wieku od 1 do 5 lat wynosi 7%. Dla grup wiekowych od 6 do 10 lat oraz od 11 do 18 lat odpowiednio 5% respondentów uważa, że te problemy wpływają na jakość opieki. Na Słowacji podobny trend widoczny jest w odpowiedziach respondentów. Tutaj 63% osób uznaje, że problemy kulturowe, religijne i językowe nie mają znaczącego wpływu na opiekę nad dziećmi. W przypadku niemowląt i dzieci w wieku od 1 do 5 lat odsetek osób zgłaszających wpływ to 6%, dla dzieci w wieku od 6 do 10 lat oraz od 11 do 18 lat odpowiednio 13% respondentów uważa, że te problemy wpływają na jakość opieki. Analizując oba badania, można zauważyć, że personel medyczny w Polsce i na Słowacji podziela podobne odczucia co do wpływu problemów kulturowych, religijnych i językowych na opiekę nad pacjentami pediatrycznymi. W obu przypadkach przeważająca większość respondentów uznaje, że te kwestie rzadko mają znaczący wpływ na jakość opieki, choć istnieją pewne odstępstwa w zależności od grupy wiekowej pacjentów.

Dyskusja. Podobne wyniki jak w niniejszym badaniu uzyskali badacze tureccy, którzy w przeglądzie literatury na ten temat z lat 2000-2017 przedstawiają spektrum problemów pielęgniarek w kontaktach z pacjentem z odmiennego obszaru kulturowego. Wskazują na konieczność dokonania zmian w edukacji przyszłych pielęgniarek oraz w organizacji pracy, aby poprawić obustronną satysfakcję z wzajemnych kontaktów oraz poziomu opieki [6].

Kolejny autor zwraca uwagę, że na różnice kulturowe wpływa szereg różnych czynników zarówno ze strony pielęgniarek jak ich podopiecznych. Jest to sytuacja, która może utrudniać porozumienie i współpracę, ale paradoksalnie sytuacja imigrantów z Ukrainy i emocjonalny klimat w Polsce po wybuchu wojny z pewnością przyczynił się do przełamania barier i ułatwił próby wzajemnego zrozumienia i zaakceptowania różnic przez obie strony [7].

Badania przeprowadzone w Polsce w 2020 roku przez Dymczyk Ociepkę K. i Sagan A. także pokazały niski poziom wiedzy na temat transkulturowości wśród polskich pielęgniarek [8]. Sytuacja po wybuchu wojny w Ukrainie wymusiła zapoznanie się z problemami w praktyce i w bardzo niekomfortowych warunkach, kiedy brak wiedzy na ten temat może znacząco wpływać na wzajemne kontakty i jakość opieki.

W kolejnym badaniu przeprowadzonym przez te same autorki kilka lat później wykazano, iż bariera językowa uniemożliwia personelowi pielęgniarskiemu właściwe określenie problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych pacjenta, przekazywanie informacji dotyczących wykonywanych badań i zabiegów. Nawet jeśli pacjent pochodzący z innej kultury posługuje się językiem kraju, w którym przebywa, to niezrozumiałe może być dla niego słownictwo specjalistyczne. Zatem uzasadnione jest, aby placówki medyczne zadbały o dostęp do profesjonalnych tłumaczy, aby można przekazać pacjentowi informacje w języku ojczystym, póki jeszcze ilość cudzoziemców w naszym kraju jest stosunkowo niska. Nie bez znaczenia jest również posiadanie przez personel medyczny wiedzy na temat religii i kultury, aby zrozumieć i dostosować sprawowaną opiekę do potrzeb pacjenta. Dlatego konieczne może być korzystanie z wiedzy osób znających daną kulturę, będących pośrednikami międzykulturowymi

Połowa badanej grupy deklarowała, że posiada przygotowanie do pracy z pacjentem innego kręgu kulturowego i wyznaniowego, ale wymaga ona jeszcze uzupełnienia. Badanie wykazało braki w zakresie wiedzy i nabywania kompetencji kulturowych przez pielęgniarki, których postawa ukazuje jeszcze znamiona etnocentryzmu [9].

Badanie przeprowadzone również w innej medycznej grupie zawodowej- ratowników medycznych wykazało potrzebę zgłębiania różnic w kontakcie z pacjentem odmiennym kulturowo. Umiejętna opieka nad pacjentami odmiennymi kulturowo wymaga kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej, aby zapewnić dobrą jakość opieki i bezpieczeństwo kulturowe [10].

Z kolei badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wśród pielęgniarek zatrudnionych na pediatrycznym SOR wykazało ich przekonanie, że skuteczna opieka pediatryczna w nagłych przypadkach wymaga ciągłej komunikacji między pacjentem pediatrycznym a jego

rodziną. Pielęgniarki ratunkowe pediatryczne są przeświadczone, że mogą napotkać dodatkowe wyzwania do rozważenia w swoich wysiłkach na rzecz zapewnienia bezpiecznej, wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej pacjentom pediatrycznym i rodzinom z ograniczoną znajomością języka angielskiego [11].

Przedstawione wyniki badań podkreślają doniosłość problemu i przeświadczenie personelu o konieczności posiadania wiedzy z zakresu pielęgniarstwa wielokulturowego oraz umiejętności pracy z pacjentem z odmiennego obszaru kulturowego i jego rodziną.

Wnioski. W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badania ankietowego dotyczącego doświadczeń personelu medycznego w Polsce i na Słowacji z opieką nad pacjentami z Ukrainy. Uzyskane wyniki wyłoniły istotne wyzwania związane z komunikacją międzykulturową pomiędzy pacjentami z Ukrainy a personelem medycznym. Kluczowymi obszarami wymagającymi uwagi są trudności językowe, różnice w zrozumieniu procedur medycznych oraz występowanie barier kulturowych.

Na podstawie napotkanych problemów rekomenduje się wdrożenie programów szkoleniowych dla personelu medycznego dotyczących komunikacji międzykulturowej, ze szczególnym uwzględnieniem różnic kulturowych, religijnych i językowych. Wzmożenie dostępności tłumaczy medycznych oraz dostosowanie procedur komunikacyjnych do potrzeb pacjentów nieznających lokalnego języka są kluczowe. Kontynuowanie badań nad wpływem kultury na doświadczenia pacjentów z Ukrainy w opiece medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki opieki nad dziećmi, jest zalecane. Wsparcie personelu medycznego w radzeniu sobie z emocjami związanymi z opieką nad pacjentami z Ukrainy jest istotne. Ponadto, rozważenie wprowadzenia inicjatyw mających na celu zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy, jednocześnie dostosowując te procesy do lokalnych standardów i wymagań, jest rekomendowane.

Niniejsze badanie stanowi jedynie punkt wyjścia do zrozumienia kompleksowego problemu opieki pielęgniarskiej nad migrantami z Ukrainy w Polsce i na Słowacji. W miarę jak sytuacja migracyjna ewoluuje, ważne jest kontynuowanie badań i dostosowywanie praktyk opieki zdrowotnej do zmieniających się potrzeb pacjentów.

Piśmiennictwo::

- [1] M. Dzhus and I. Golovach, "Impact of Ukrainian- Russian War on Health Care and Humanitarian Crisis," Disaster Med Public Health Prep, vol. 17, p. e340, Dec. 2023, doi: 10.1017/dmp.2022.265.

- [2] K. Lewtak et al., "Hospitalizations of Ukrainian Migrants and Refugees in Poland in the Time of the Russia-Ukraine Conflict," *Int J Environ Res Public Health*, vol. 19, no. 20, p. 13350, Oct. 2022, doi: 10.3390/ijerph192013350.
- [3] M. Nowak, "Cultural determinants of accounting, performance management and costs problems. A view from the Polish perspective using G. Hofstede's and GLOBE culture dimensions / Kulturowe determinanty problemów dotyczących rachunkowości, zarządzania dokonaniai oraz kosztów. Spojrzenie z polskiej perspektywy z wykorzystaniem wymiarów kultur G. Hofstede'a oraz GLOBE," *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, no. 441, 2016, doi: 10.15611/pn.2016.441.10.
- [4] H. J. Coleman, "New research on religion in Ukraine," *Can Slavon Pap*, vol. 65, no. 3–4, pp. 485–496, Oct. 2023, doi: 10.1080/00085006.2023.2271718.
- [5] Stanley Samuel Harakas, *The Orthodox Christian Tradition. Religious Beliefs and Healthcare Decisions*. Chicago: Park Ridge Center for the Study of Health, Faith, and Ethics, 1999.
- [6] Ayong Q. and Atanga J., "Overcoming nursing care challenges in a multicultural health care settings. Literature review.," <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017121120523>, (access 27.12.2023), 2017.
- [7] C. Rittle, "Multicultural Nursing," *Workplace Health Saf*, vol. 63, no. 12, pp. 532–538, Dec. 2015, doi: 10.1177/2165079915590503.
- [8] K. Dymczyk-Ociepka and A. Sagan, "Potrzeba edukacji w komunikacji wielokulturowej w pielęgniarstwie.," *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie. Nauki o Zdrowiu-Medyczne i Nauki Społeczne. Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe*, vol. 1, no. 37, 2020.
- [9] K. Dymczyk-Ociepka and J. Nowakowska, "Wielokulturowość wyzwaniem współczesnego pielęgniarstwa multiculturalism as a challenge for contemporary nursing ," *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie. Nauki o Zdrowiu- Medyczne i Nauki Społeczne. Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe*, vol. 1, no. 47, pp. 9–30, 2023.
- [10] A. Majda, I. E. Bodys-Cupak, J. Zalewska-Puchała, and K. Barzykowski, "Cultural Competence and Cultural Intelligence of Healthcare Professionals Providing Emergency Medical Services," *Int J Environ Res Public Health*, vol. 18, no. 21, p. 11547, Nov. 2021, doi: 10.3390/ijerph182111547.
- [11] C. Meza, "How pediatric emergency department nurses initiate and provide care to children and families with limited English-proficiency. ," *Seton Hall University, eRepository*, 2023.

Opieka nad pacjentem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS) – studium indywidualnego przypadku

Kinga Fecko-Gałowicz, Maria Półtorak, Wioletta Ławska, Magdalena Nieckula, Dominika Groń

Wstęp. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) jest przewlekłą, najczęściej występującą chorobą reumatyczną wieku rozwojowego. Z powodu długotrwałego procesu zapalnego doprowadza do ciężkich destrukcji w stawach i powikłań narządowych. Jest główną przyczyną niepełnosprawności [1,2]. Zaliczana jest do chorób autoimmunologicznych [3]. Prowadzi do autoagresji i stanów zapalnych, czego skutkiem jest niszczenie komórek stawowych [4,5]. Proces chorobowy zaczyna się w błonie maziowej stawów obejmując kolejno tkanki okołostawowe, przyczepy ścięgien i mięśni, pochewki ścięgnowe, a także nasady kostne [6]. Choroba objawia się w różny sposób ze względu na siedem podtypów. Jednak pewne symptomy są dominujące, to: obrzęk, wysięk i bolesność przy wykonywaniu ruchów czynnych i biernych, które skutkują ograniczeniem ruchomości stawów [7]. Jednym z poważnych powikłań choroby jest zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej oka, które u 10% dzieci chorujących na MIZS ma przebieg łagodny, u pozostałych umiarkowany lub ciężki. Toczący się stan zapalny wewnątrz gałki ocznej, jeśli nie zostanie szybko zdiagnozowany oraz leczony, może doprowadzić do bardzo poważnych powikłań. Konsekwencją może być destrukcja struktur wewnątrzgałkowych, obniżenie ostrości wzroku, jaskra, zaćma, a w najgorszym przypadku trwałe uszkodzenia wzroku lub jego utrata. Pierwszymi objawami w ostrym zapaleniu jest najczęściej nagły ból i zaczerwienienie gałki ocznej, dodatkowo pogarsza się ostrość wzroku. Może pojawić się niewielki zez lub zmiana sposobu pisania i/lub rysowania. Są to jednak objawy bardzo dyskretne, mogące pozostać niezauważone [1,3,8]. MIZS występuje częściej u dziewczynek. Odstąpieniem od tej reguły jest postać MIZS z towarzyszącym zapaleniem ścięgien, na którą chorują trzy razy częściej chłopcy. Zachorowalność wynosi od 4 do 14/100 tys. dzieci. Dane te mogą być różne ze względu na odmiennosć kryteriów podczas rozpoznania w różnych regionach świata oraz niejednorodnych wpływów środowiska i genetyki. Wskaźnik zachorowalności w Polsce wynosi od 5 do 6,5-7 nowych zachorowań na 100 tys. dzieci rocznie [9-12]. Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, powodując uszkodzenia, które przyczyniają się do pogorszenia jakości życia pacjentów. Problemy, które mogą wystąpić podczas trwania choroby zależą od bardzo wielu

czynników: od charakteru choroby, czasu rozpoznania, stosowanych leków i reakcji organizmu na leczenie. Celem terapii jest niedopuszczenie do trwałych uszkodzeń i deformacji stawów [8,13]. Choroba może wpływać na wszystkie aspekty życia dziecka i jego rodziny [14], obciąża zarówno dzieci jak i rodziców. Bolące oraz zeszywniałe stawy stają się istotnym problemem w codziennym życiu, podczas wykonywania zwykłych czynności [4,5,15]. Ze względu na częste hospitalizacje związane z diagnostyką, terapią i rehabilitacją zaburzony jest proces edukacji oraz kontakt z rówieśnikami, dzieci nie mają możliwości pełnienia ról społecznych. Prawidłowy rozwój bio-psycho-społeczny zostaje zaburzony co doprowadzić może do poczucia osamotnienia, lęków i depresji [12]. Skuteczne i długotrwałe leczenie może spowodować remisję choroby i powrót do normalnego życia, jednak często choroba wymaga kontynuacji leczenia także w wieku dorosłym [4,5,15].

Celem pracy było wyłonienie głównych problemów bio-psycho-społecznych związanych z chorobą i leczeniem oraz sformułowanie optymalnego planu opieki nad dzieckiem z MIZS ze szczególnym zwróceniem uwagi na jakość życia dziecka i jego rodziców.

Opis przypadku, Dziewczynka lat 12, przyjęta do szpitala w trybie planowym na oddział dzieci starszych z pododdziałem reumatologicznym. W wieku sześciu lat zdiagnozowano u niej młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) o typie seronegatywnym z zajęciem wielu stawów. Objawy wówczas występujące: bolesność i obrzęki w stawach międzypaliczkowych bliższych rąk, ograniczenie ruchomości oraz przykurcze zgięciowe zajętych stawów, gorączka reumatyczna. Wdrożono leczenie farmakologiczne: Sulfasalazyna 2 x 1/2 tabl; Encorton 2 x dz. 7,5 mg rano i 2,5 mg wieczorem; Kalium 1 x 5ml; Kwas foliowy 1 x 1 tabl; Metotrexat 1 x w tygodniu 10 mg. Zastosowano również leczenie rehabilitacyjne z włączeniem kinezyterapii oraz zabiegów fizykoterapeutycznych: masaż, hydroterapia, krioterapia. Pomimo dwuletniego leczenia farmakologicznego i fizjoterapeutycznego nie uzyskano widocznej poprawy stanu ogólnego dziecka wobec tego dziewczynkę zakwalifikowano do programu leczenia biologicznego z zastosowaniem leku Etanerceptum (podskórnie w dawce 0,8 mg/kg mc.1x tygodniu przy wadze 39kg). Ponadto w procesie leczenia utrzymano Kwas foliowy 1 x 1 tabl; Metotrexat 1 x w tygodniu 10 mg oraz Vigantoletten 1 x 1tabl. 1000 j.m. W trakcie dwuletniego leczenia biologicznego pacjentka w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości ze strony stawów, bez odchyień od normy w badaniu fizykalnym, przez cały czas trwania programu badania kontrolne prawidłowe. Po dwuletnim trwaniu programu nastąpiło jego zakończenie w celu sprawdzenia skuteczności leczenia. Od około sześciu miesięcy od zaprzestania leczenia biologicznego pacjentka została skierowana do szpitala w celach

diagnostycznych. Podczas przyjęcia pacjentka skarżyła się z powodu narastających od 4 tygodni dolegliwości bólowych stawów z towarzyszącym obrzękiem oraz sztywnością poranną. Najbardziej nasilone dolegliwości występowały w stawach międzypaliczkowych rąk i nadgarstkowych oraz skokowych. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych w tym, wskaźniki stanu zapalnego, morfologia, enzymy wątrobowe, jonogram, glikemia, kreatynina w granicach normy dla wieku. Zauważono niski poziom witaminy D3. Bez istotnych odchyłeń w badaniu fizykalnym. W badaniu przedmiotowym stwierdzono niedobór masy ciała (BMI 17,1), błądliwość powłok skórnych. Poszerzenie obrysów w stawach paliczkowych. Dodatkowo pacjentka skarży się na nudności i wymioty spowodowane stosowaniem leku Metotrexat. Wynik badania USG stawów nadgarstka: lewy nadgarstek prawidłowy, prawy z niewielkim wysiękiem w stawie nadgarstkowym, łódkowato-czworobocznym oraz międzypaliczkowym bliższym. Dziewczynka zaniepokojona swoim stanem zdrowia, płacziwa, czuje niepokój związany z ponowną hospitalizacją i absencją w szkole oraz słabymi wynikami w nauce. W zakresie czynności dnia codziennego dziewczynka samodzielna, chętnie współpracuje z zespołem terapeutycznym. Stwierdzono deficyt wiedzy na temat systematycznego przyjmowania leków. Dziewczynka mieszka z rodzicami i młodszą siostrą, ma bardzo dobry kontakt z rodziną, która ją wspiera i jest bardzo zainteresowana jej stanem zdrowia. Sytuacja materialna rodziny bardzo dobra. Po przeprowadzeniu szeregu badań diagnostycznych, dziewczynka ponownie została zakwalifikowana do programu leczenia biologicznego z powodu nawrotu objawów. W pracy dokonano także ocenę stanu funkcjonalnego dziecka. W tym celu wykorzystano subiektywny kwestionariusz CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire), który został przygotowany specjalnie dla dzieci i młodzieży zmagających się z chorobami reumatoidalnymi i ocenia dwa wskaźniki: niepełnosprawność i dyskomfort. Pierwszy z wymienionych wskaźników składa się z 30 pytań zgrupowanych w ośmiu domenach: ubieranie, chodzenie, jedzenie, higiena, aktywność, chwytanie, zasięg i łapanie. Wybiera się jedną z czterech podanych odpowiedzi zgodnie z obserwacjami z ostatnich siedmiu dni. Natomiast wskaźnik dyskomfortu oceniono na podstawie nasilenia bólu na 100-milimetrowej skali VAS [16]. Z przeprowadzonego kwestionariusza wynika, że w wielu sytuacjach u dziewczynki występują trudności w codziennym funkcjonowaniu. Nasilenie bólu u dziecka w ocenie rodziców prezentowało się następująco: w ostatnim tygodniu – około 80/100; samopoczucie dziecka, biorąc pod uwagę wszystkie towarzyszące objawy choroby reumatycznej – około 70/100; w czasie terapii lekiem biologicznym - około 30/100. Aktualny poziom bólu wskazuje na obniżoną jakość życia dziecka. Problemy pielęgnacyjne zostały

wyłonione na podstawie indywidualnego studium przypadku wykorzystując analizę dokumentacji medycznej, wywiad, obserwację oraz wystandaryzowany kwestionariusz CHAQ i skalę VAS. W opiece nad pacjentem wykorzystano system częściowo kompensacyjny oraz wspierająco- edukacyjny.

Model opieki pielęgniarskiej.

Diagnoza pielęgniarska: Ból przewlekły stawów wynikający z toczącego się procesu zapalnego o charakterze autoagresji.

Cel opieki: Zminimalizowanie lub zniesienie bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena bólu i czynników modelujących doznania bólowe jak: gorączka, lęk, negatywne stany emocjonalne, zmęczenie;
- ocena charakteru, natężenia i lokalizacji doznań bólowych za pomocą dostępnych narzędzi do oceny bólu;
- założenie karty oceny bólu, dokumentowanie pomiarów i utrzymanie stałego przepływu informacji między członkami zespołu terapeutycznego;
- podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich (leczenie choroby i leczenie bólu);
- ograniczenie aktywności fizycznej do granicy bólu - wyjaśnienie dziecku i jego opiekunom konieczności prowadzenia gimnastyki i utrzymania aktywności fizycznej;
- zapewnienie warunków do snu i wypoczynku;
- komasacja zabiegów pielęgnacyjnych zmniejszających doznania bólowe;
- ocena funkcjonowania pacjenta z użyciem kwestionariusza CHAQ;
- ocena możliwości samoobsługowych dziecka i jego aktywności oraz dobór systemu pielęgnowania do potrzeb i możliwości dziecka (całkowicie kompensujący, częściowo kompensujący z elementami wsparcia);
- ocena stanu psychicznego dziecka (nastroj, lęk, rozdrażnienie, wycofywanie się z kontaktów społecznych, aktywność intelektualna, agresja);
- ocena relacji rodzic - zespół terapeutyczny, dziecko - zespół terapeutyczny, dziecko - rodzic;
- stosowanie nefarmakologicznych metod zmniejszających natężenie bólu np. technik relaksacyjnych (treningów rozluźniających, jak napinanie i rozluźnianie kolejnych grup mięśni w pozycji leżącej, głębokie oddychanie, trening gimnastyczny, wizualizacja).

Ocena: podjęte działania doprowadziły do zmniejszenia dolegliwości bólowych, które zostały ocenione na podstawie skali oceny natężenia bólu.

Diagnoza pielęgnarska: Sztywność poranna stawów spowodowana procesem chorobowym.

Cel opieki: Zminimalizowanie sztywności porannej i poprawa napięcia mięśniowego.

Interwencje pielęgnarskie:

- edukacja pacjentki i opiekunów w zakresie wykonywania ćwiczeń czynnych i biernych;
- poinformowanie dziecka i opiekunów o konieczności czynnego uczestnictwa w rehabilitacji;
- pomoc w czynnościach samopielęgnacyjnych;
- zademonstrowanie technik masażu przez fizjoterapeutę mające na celu zmniejszenie napięcia mięśniowego;
- edukacja chorej i opiekunów o konieczności przyjmowania leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych zgodnie z zaleceniami lekarza.

Ocena: dzięki podjętym ćwiczeniom udało się częściowo zmniejszyć poranne dolegliwości stawów.

Diagnoza pielęgnarska: Dyskomfort pacjentki z powodu nasilonego obrzęku paliczków.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu.

Interwencje pielęgnarskie:

- obserwacja objawów chorobowych: obrzęk, ocieplenie i zaczerwienienie;
- włączenie w obserwacje opiekunów;
- zaproponowanie i wykonanie zabiegów przeciwzapalnych;
- edukacja pacjentki oraz opiekunów w zakresie prawidłowej oceny obrzęku i dokonywania pomiarów oraz prowadzenia kontroli.

Ocena: komfort pacjentki nieznacznie się poprawił, wymagana jest systematyczna obserwacja oraz dalsze wykonywanie zabiegów przeciwzapalnych.

Diagnoza pielęgnarska: Niedobór masy ciała spowodowany obniżonym łaknieniem jako skutek uboczny leczenia.

Cel opieki: Poprawienie stanu odżywienia.

Interwencje pielęgnarskie:

- wykonywanie pomiarów masy ciała codziennie rano na czczo i ich dokumentowanie;
- konsultacja dietetyczna i ustalenie diety w celu uzyskania dodatniego bilansu energetycznego;
- zachęcanie pacjentki do spożywania posiłków;
- podawanie posiłków częściej w ciągu dnia, ale w małych ilościach;

- zmobilizowanie opiekunów pacjentki do przygotowania urozmaiconych potraw.

Ocena: zastosowane interwencje w znacznym stopniu poprawiły apetyt.

Diagnoza pielęgniarstwa: Niepokój i płaczliwość pacjentki z powodu częstych hospitalizacji.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju pacjentki.

Interwencje pielęgniarstwa:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z chorą przez okazanie życzliwości; zainteresowania, akceptację oraz szacunek, a także przez aktywne słuchanie i częstą obecność przy chorej;
- wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez stałe informowanie o wykonywanych czynnościach, umożliwienie kontaktu z rodziną;
- zapewnienie komfortowej i spokojnej atmosfery pacjentce ;
- umożliwienie kontaktu z lekarzem;
- umożliwienie kontaktu z rówieśnikami, pedagogiem szkolnym oraz nauczycielami odnośnie nadrobienia zaległości szkolnych;
- pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych, zapoznanie z personelem i topografią oddziału;
- organizowanie chorej czasu wolnego.

Ocena: pacjentka zdecydowanie mniej płaczliwa, znacznie spokojniejsza.

Diagnoza pielęgniarstwa: Wycofanie się z życia społecznego/ koleżeńkiego, poczucie izolacji i osamotnienia spowodowane częściową niepełnosprawnością .

Cel opieki: Ułatwienie nawiązania interakcji z otoczeniem, zmniejszenie poczucia izolacji i osamotnienia.

Interwencje pielęgniarstwa:

- pomoc w radzeniu sobie z chorobą:
 - ✓ pozyskanie chorego do współpracy w zespole terapeutycznym;
 - ✓ systematyczne monitorowanie stanu zdrowia;
 - ✓ motywowanie chorego do podejmowania aktywności fizycznej w miarę możliwości;
 - ✓ dostosowanie warunków życia do stanu klinicznego chorego;
 - ✓ udział w rehabilitacji (medycznej, psychicznej i społecznej);
 - ✓ zachowanie systematyczności i konsekwencji w podejmowanych działaniach;
 - ✓ wsparcie społeczne (informacyjne, emocjonalne, rzeczowe i wartościujące);
- ułatwienie nawiązywania i utrzymania kontaktów społecznych, pozyskiwanie źródeł wsparcia:

- ✓ zapewnienie pomocy psychologicznej;
- ✓ pomoc w usuwaniu barier fizycznych (np. architektonicznych) i społecznych;
- przekazanie wiedzy, umiejętności oraz pomoc w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem:
 - ✓ nawiązanie współpracy z psychologiem;
 - ✓ zachęcenie do nawiązania współpracy z grupami wsparcia;
 - ✓ przekazanie wiedzy z zakresu skutecznych metod radzenia sobie ze stresem;
 - ✓ nauka ćwiczeń relaksacyjnych;
 - ✓ rozwijanie/ podtrzymywanie zainteresowań;
- stworzenie bezpiecznego środowiska (fizycznego, psychicznego), umożliwiającego utrzymanie codziennej aktywności chorego.

Ocena: Chora nawiązała relacje z otoczeniem, zmniejszyło się poczucie izolacji i osamotnienia

Diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy na temat systematycznego przyjmowania leków.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjentki oraz opiekunów.

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja pacjentki oraz rodziców dziecka na temat skutków braku systematyczności przyjmowania leków;
- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentką w celu wyjaśnienia stosowania farmakoterapii;
- umożliwienie kontaktu z lekarzem;
- motywacja pacjentki do regularnego stosowania leków i zmobilizowanie rodziców do kontroli dziecka w czasie ich przyjmowania.

Ocena: dzięki edukacji pacjentka systematycznie przyjmuje leki.

Diagnoza pielęgniarska: Zwiększona podatność na infekcję z powodu stosowania leków immunosupresyjnych.

Cel opieki: Zapobieganie infekcjom oraz wzmocnienie odporności.

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja pacjentki i rodziców na temat ryzyka zwiększonej podatności na infekcje i ograniczenie kontaktów z osobami chorymi;
- zwiększenie odporności pacjentki poprzez suplementację witamin, zwiększenie ilości owoców i warzyw w diecie;
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu zabiegów;

- zadbanie o odpowiedni mikroklimat na sali pacjentki (temperatura 20°C, wilgotność około 70%);
- edukacja pacjentki i opiekunów dotycząca dbania o higienę ciała i otoczenia.

Ocena: pacjentka oraz opiekunowie są świadomi ryzyka i zastosowali się do wskazanych zaleceń.

Dyskusja. W pracy omawiany był przypadek 12-letniej dziewczynki cierpiącej na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS). Jest to temat często podejmowany w artykułach naukowych. Jak pisze Zaripova i wsp. MIZS jest najczęstszą chorobą reumatyczną wieku dziecięcego [17], a Międzynarodowa Liga do Walki z Reumatyzmem (ang. International League Against Rheumatism, ILAR) określa tę chorobę jako zapalenie stawów o nieznanym pochodzeniu, trwającą co najmniej 6 tygodni i rozpoczynającą się przed 16. rokiem życia, a rozpoznanie stawia się po wykluczeniu innych przyczyn choroby [14,18]. U omawianego dziecka diagnoza lekarska: *MIZS o typie seronegatywnym z zajęciem wielu stawów* została postawiona sześć lat wcześniej, na podstawie objawów: bolesność i obrzęki stawów, ograniczenie ruchomości oraz przykurcze zgięciowe zajętych stawów, gorączka reumatyczna. Jak podają Onel i wsp. oraz Jacobson i wsp. jest to grupa heterogennych przewlekłych obwodowych artropatii [19,20], gdzie uszkodzeniu ulegają chrząstki stawowe oraz nasady kostne [18], co prowadzi do nabytej niepełnosprawności u dzieci [21]. Martini uważa, że MIZS nie jest chorobą, ale zbiorczym terminem obejmującym wszystkie formy przewlekłego zapalenia stawów o nieznanym pochodzeniu i rozpoczynającym się w dzieciństwie [22]. Zapalne choroby reumatyczne są chorobami uszkodzającymi również układy pozastawowe, takie jak serce, wzrok, nerki [18]. MIZS dzieli się na różne podtypy w oparciu o obraz kliniczny, markery laboratoryjne i rokowanie choroby. Ma to wpływ na decyzję o odpowiednim leczeniu. W ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci nastąpił znaczny postęp w leczeniu, niemniej jednak choroba ma charakter nieuleczalny i trwa aż do dorosłości [23]. Wszystkie choroby przewlekłe w różnym stopniu wpływają na funkcjonowanie w życiu codziennym co powoduje obniżenie jakości życia oraz samopoczucia osoby dotkniętej chorobą. W przypadku MIZS problem dotyczy już najmłodszych, którzy w swoim najlepszym okresie życia muszą się zmagać z objawami choroby sprawiającymi im ból i wpływającymi na obniżenie aktywności fizycznej. Wczesne rozpoznanie i leczenie są niezbędne, aby zapobiec następstwom niekontrolowanego stanu zapalnego w rozwijającym się koście [24]. Celem leczenia jest osiągnięcie jak najlepszego funkcjonowania chorego z MIZS poprzez zminimalizowanie aktywności choroby [14]. Jak donosi Barut i wsp. skuteczność leczenia polega na szybkim i agresywnym

wprowadzeniu leków przeciwreumatycznych pierwszego rzutu tj. Metotreksat, Sulfasalazyne, Leflunomid w skojarzeniu z kortykosteroidami, stosowanymi w różnych dawkach i różnymi drogami. W sytuacji braku efektów leczenia istnieje możliwość leczenia biologicznego [25]. W opisywanym przypadku w pierwszej kolejności zastosowano leczenie podstawowe (I-go rzutu): Sulfasalazyne, Encorton, Metotrexat. Ponadto zastosowano równocześnie leczenie rehabilitacyjne (kinezyterapię, zabiegi fizykoterapeutyczne). Z powodu braku efektów leczenia dziecko zostało zakwalifikowane do leczenia biologicznego. Lee i wsp. podkreślają, że nowe podejście do leczenia skutecznie przyczyniło się do ograniczenia stosowania glikokortykosteroidów [26]. Leki biologiczne, jak podaje Mazur i wsp. charakteryzują się bardzo szybkim działaniem, przyczyniając się do wyeliminowania objawów klinicznych, wydłużając remisje, a przede wszystkim redukując ból i poprawiając jakość życia dziecka [27]. Sierakowska w swojej pracy pisze, że pozwoliły nie tylko spowolnić, ale przede wszystkim zatrzymać proces niszczenia stawów co jest kluczowym elementem w leczeniu zapalnych chorób reumatycznych [28]. Wczesne wdrożenie leczenia niesie nadzieję na opóźnienie postępu choroby i wywołanie remisji [23]. Cepuch i Kruszecka - Krówka uważają, że pacjent zmagający się z MIZS wymaga kompleksowego, specjalistycznego postępowania terapeutycznego, w tym holistycznej opieki pielęgniarskiej [12]. Podobnego zdania jest Barut i wsp., którzy uważają, że kluczową rolę w leczeniu odgrywa praca zespołowa, w skład którego wchodzi doświadczony reumatolog dziecięcy, okulista, ortopeda, psychiatra dziecięcy i fizjoterapeuta [25], oraz dietetyk [12]. W monitorowaniu skutków leczenia ogromną rolę odgrywa personel podstawowej opieki zdrowotnej [26]. Przeprowadzone badania własne dowiodły, że w wyniku zaniedbań opiekunów dziewczynka była niesystematyczna w stosowaniu leczenia farmakologicznego. Skutkowało to brakiem pozytywnych efektów terapeutycznych. Brak świadomości, a także bagatelizowanie choroby przez pacjentkę oraz opiekunów może doprowadzać do poważnych powikłań, które będą niemożliwe do odwrócenia. W artykule Cepuch i Kruszeckiej -Krówki czytamy, że każde odstępstwo od zaplanowanego indywidualnie dla pacjenta schematu leczenia może skutkować zaostrzeniem procesu chorobowego lub jego uaktywnieniem się [12]. W sytuacji złej tolerancji leków konieczne bywa wprowadzenie leczenia protekcyjnego układu pokarmowego (IPP, leków hepatoprotekcyjnych oraz probiotyków) w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Po analizie wyników badań laboratoryjnych, ocenie stanu zdrowia i odżywienia konieczna może być konsultacja z dietetykiem. Negatywnym efektem leczenia farmakologicznego może być anemia, niedobór wapnia, potasu, cukrzyca posteroidea, obniżenie odporności. Postępowanie

dietetyczne nie dotyczy wyłącznie jakości posiłków, ale także ich częstotliwości oraz postaci ze względu na trudności z żuciem, gryzieniem, bólem podczas jedzenia, zmianami owrzodzeniowymi śluzówki jamy ustnej co może skutkować niedoborami żywieniowymi [12]. Wśród innych powikłań wg Long'a i wsp. choroba może doprowadzić do zapalenia błony naczyniowej oka, które już u bardzo małych dzieci często przebiega podstępnie i bezobjawowo. Innym poważnym powikłaniem jest zespół aktywacji makrofagów, który nierozpoznany i nieleczone może zagrażać życiu [24]. Następnym problemem jest osteoporoza, a także niskowzrosłość spowodowana zaburzeniem mineralizacji i wzrastania kości, co z kolei prowadzi do nieprawidłowego rozwoju mięśni spowodowanego obniżoną aktywnością fizyczną dziecka [12]. Ww. powikłania choroby mogą prowadzić nawet do niewydolności wielonarządowej. Wraz z pojawieniem się nowych metod leczenia w ciągu ostatnich kilkunastu lat, nastąpiła wyraźna poprawa w leczeniu i utrzymaniu długoterminowych remisji bez poważnych powikłań [25]. W przedstawionym przypadku dużą rolę ogrywa rzetelna, zindywidualizowana edukacja zdrowotna rodziców, a także samej pacjentki, dzięki której proces leczenia będzie przebiegał znacznie lepiej. Mobilizacja, udzielenie wsparcia na każdym etapie oraz świadome postępowanie w chorobie pomogą uzyskać zamierzony efekt. Istotnymi elementami w opiece pielęgniarskiej jest zaplanowanie trafnych interwencji dostosowanych do wyłonionych problemów. Nieoceniona w tym wypadku jest zindywidualizowana edukacja terapeutyczna pacjenta i jego rodziny w zakresie leczenia i samoopieki w środowisku domowym. Ważnym elementem w procesie leczenia jest udzielanie wsparcia na każdym etapie choroby, także w okresie klinicznej remisji [12]. Holistyczne podejście do dziecka wpływa w istotny sposób na zapewnienie specjalistycznej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej, natomiast wiedza na temat istoty choroby będzie kluczowa w podejmowaniu wysiłków zmierzających do osiągnięcia jak najwyższej jakości życia.

Wnioski.

1. MIZS w istotnym stopniu wpływa na rozwój bio-psycho-społeczny dziecka. Dolegliwości bólowe i sztywność stawów utrudniają codzienne funkcjonowanie, częste hospitalizacje zaburzają proces edukacji szkolnej oraz kontakt z rówieśnikami czego konsekwencją jest obniżony nastrój i stany depresyjne u dziecka.
2. Stosując leczenie wyłącznie lekami tzw. I rzutu (p/reumatycznymi i glikokortykosteroidami) raczej rzadko osiąga się zadawalający postęp w zakresie poprawy stanu dzieci z MIZS. Po wprowadzeniu leczenia biologicznego można

zaobserwować zdecydowaną poprawę w parametrach klinicznych i laboratoryjnych co znacząco poprawia jakość życia dziecka.

3. Edukacja zdrowotna i wsparcie psychiczne dziecka oraz jego rodziców jest bardzo ważnym elementem postępowania terapeutycznego. Brak wiedzy rodziców i niska motywacja dziecka może przyczynić się do nieskutecznej terapii.
4. MIZS wymaga wyłonienia diagnoz pielęgniarskich w sposób profesjonalny, a interwencje powinny być adekwatnie dostosowane do stanu pacjenta aby zapewnić prawidłową terapię i holistyczną opiekę pielęgniarską.

Piśmiennictwo:

1. Smolewska E. (red.) Reumatologia wieku rozwojowego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019; 11-34.
2. Kobusińska K, Behnke-Kowalska K. Terapie biologiczne i innowacyjne w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów. [W:] Jeka S. Terapie biologiczne i innowacyjne w reumatologii. Termedia 2019; 109-120.
3. Czekalska N, Inhatowicz P, Ptak E. Choroby autoimmunologiczne. Objawy, wskazówki, diety. Publicat 2020; 13,23.
4. Żuber Z. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - objawy kliniczne, klasyfikacja, kryteria rozpoznania. Reumatologia News 2019; 4(2): 89-91.
5. Opoka-Winiarska V, Żuber Z, Smolewska E. Diagnostyka i leczenie młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów – praktyczne wskazówki dla pediatry. *Pediatrics po Dyplomie* 2017; 3: 15-20
6. Żuk B, Kaczor Z, Żuk-Drażyk B, Księżopolska-Orłowska K. Fizjoterapia w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów - postać z zajęciem niewielu stawów. *Studium przypadków. Physiotherapy in pauciarticular juvenile idiopathic arthritis. Case study. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2014; 16(2): 185-195.
7. Opoka-Winiarska V, Tomaszek M, Rybkowska A, Sobiesiak A. The first manifestation of juvenile idiopathic arthritis in orthopaedic practise. Pierwsze objawy młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w praktyce ortopedy. *Chirurgia Narządów Ruchu* 2018; 83(1): 29-34.
8. Chudoba A, Chudoba T, Sybilski A. Czy jesteśmy w stanie zapobiegać powikłaniom młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów? *Problemy Lekarskie* 2010; 42-47.
9. Dąbkowska K, Wojdas M, Winsz-Szczotka K. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów – postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. *Juvenile idiopathic arthritis - diagnostic and therapeutic procedures. Farmacja Polska* 2019; 75(1): 34-43.
10. Smolewska E. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie. *Juvenile idiopathic arthritis – clinical presentation, diagnostics and treatment. Standardy Medyczne Pediatrics* 2018; 15(2): 251-258.
11. Sudół-Szopińska I, Matuszewska G, Gietka P, Płaza M, Walentowska-Janowicz M. Imaging of juvenile idiopathic arthritis. P. 1: Clinical classifications and radiographs. *Diagnostyka obrazowa młodzieńczego*

- idiopatycznego zapalenia stawów. Cz. 1: Klasyfikacje kliniczne i radiogramy. *J Ultrason* 2016; 16: 225–236.
12. Cepuch G, Kruszecka – Krówka A. Wybrane problemy zdrowotne dziecka z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów – koncepcja opieki pielęgniarskiej. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(4); 1-8.
 13. Klepper S, Mano Khong T.T, Klotz R, Gregorek A.O, Chan YC, Sawade S. Effects of Structured Exercise Training in Children and Adolescents With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatric Physical Therapy* 2019; 31(1):3-21.
 14. Martini A, Lovell D. J, Albani S, Brunner H. I, Hyrich K.L, Thompson S. D, Ruperto N. Juvenile idiopathic arthritis. *Nature reviews. Disease primers*, 2022;8(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00332-8>
 15. Smolewska E, Żuber Z. Aktualne cele, możliwości i perspektywy leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w Polsce i na świecie. *Forum Reumatologiczne* 2016; 14-20
 16. Wiland P, Madej M, Szmyrka-Kaczmarek M. Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych. *Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław* 2008:63-74.
 17. Zaripova L.N, Midgley A, Christmas S.E, Beresford M.W, Baildam E.M, Oldershaw R.A. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatric rheumatology online journal*, 2021;19(1), 135.
 18. Ziętek M. Młodzieńcze Idiopatyczne Zapalenie Stawów. *Wprost o reumatologii.* 2020;VI(3),24-25. <https://3majmysierazem.pl/wp-content/uploads/2020/06/Wprost-o-Reumatologii-czerwiec.pdf>
 19. Onel K, Rumsey D.G, Sheno S. Juvenile Idiopathic Arthritis Treatment Updates. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 2021;47(4), 545–563. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2021.07.009>
 20. Jacobson J.L, Pham J.T. Juvenile Idiopathic Arthritis: A Focus on Pharmacologic Management. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 2018;32(5), 515–528.
 21. Basra H.A.S, Humphries P. D. Juvenile idiopathic arthritis: what is the utility of ultrasound?. *The British journal of radiology*, 2017;90(1073), 20160920. <https://doi.org/10.1259/bjr.20160920>
 22. Martini A. Are there new targets for juvenile idiopathic arthritis?. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 2019;49(3S), S11–S13. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.09.017>
 23. Crayne C.B, Beukelman, T. Juvenile Idiopathic Arthritis: Oligoarthritis and Polyarthritis. *Pediatric clinics of North America*, 2018;65(4), 657–674. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.03.005>
 24. Long A.M, Marston B. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatrics in review*, 2023;44(10), 565–577. <https://doi.org/10.1542/pir.2022-005623>
 25. Barut K, Adrovic A, Şahin, S, Kasapçopur Ö. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Balkan medical journal*, 2027;34(2), 90–101. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2017.0111>
 26. Lee J.J.Y, Schneider R. (2018). Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatric clinics of North America*, 2028;65(4), 691–709. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.04.005>
 27. Mazur P, Kabała K, Rozensztrauch A. Wpływ biologicznego leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenie stawów na funkcjonowanie rodziny. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2020; 9(1-4), 3-8.

28. Sierakowska M. Jakość życia i potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów z twardziłą układową, determinowane stanem zdrowia, analizowane w oparciu o wystandaryzowane narzędzia badawcze. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu 2017.

Edukacja zdrowotna w odniesieniu do pacjentów oddziałów zabiegowych

Emilia Wawszczak

Wstęp. We współczesnej medycynie oraz pielęgniarstwie bardzo duży nacisk kładzie się na edukację chorych. W przypadku chorych leczonych zachowawczo na ogół jest na to więcej czasu, natomiast w odniesieniu do chorych leczonych w obrębie oddziałów zabiegowych, szczególnie operowanych w trybie pilnym chodzi tu nie tylko o przekazanie wszystkich niezbędnych wiadomości o jednostce chorobowej, z którą zmagają się pacjenci, ale przede wszystkim, nauczenie odpowiednich umiejętności niezbędnych do prawidłowego postępowania po opuszczeniu szpitala. Rola edukowania przypada pielęgniarkom, które sprawując opiekę nad pacjentami muszą wygospodarować czas i dobrać odpowiednią formę do przekazania wiedzy z zakresu pielęgnacji rany pooperacyjnej, bezpiecznego przemieszczania się i aktywności fizycznej, racjonalnego rozszerzania diety, elementy dotyczące poradnictwa w zakresie rehabilitacji i usprawniania, zaopatrzenia medycznego oraz opieki poszpitalnej w miejscu zamieszkania. Edukację powinno się realizować w pewnej kolejności. Należy ją rozpocząć w czasie rozpoczęcia terapii. Następnym krokiem jest reedukacja na podstawie oceny potrzeb szkoleniowych pacjenta. Innym powodem reedukacji jest prośba pacjenta. Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu oraz modyfikacja stylu życia z naciskiem na zalecany sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną [1]. Edukacja ma także na celu doraźne uzyskanie dobrych wskaźników wyrównania gospodarki węglowodanowej, umożliwienie pacjentowi spełnienia jego ról życiowych, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą. Edukacją obejmuje się nie tylko samego chorego, lecz także jego bliższe i dalsze środowisko [2].

Zadania opiekuńcze – pielęgnacyjne mają zapewnić pacjentowi lepsze samopoczucie, zminimalizować lęk, ułatwić adaptację do warunków oddziału i roli pacjenta. Zadaniem pielęgniarki jest uspokojenie pacjenta oraz stworzenie mu jak najbardziej komfortowych warunków leczenia przez uwzględnianie jego indywidualnych próśb oraz przez umożliwienie kontaktów z jego najbliższymi [3].

Celem pracy jest przedstawienie aspektów, które mogą być poruszone w ramach edukacji zdrowotnej w odniesieniu do chorych po najczęściej przeprowadzanych zabiegach operacyjnych oraz wskazanie najczęstszych błędów w przekazaniu.

Rozwinięcie. Edukowanie pacjentów na oddziałach zabiegowych to proces składający się z wielu składowych, zawierający elementy wykładu, pokazu, instruktażu, udostępnienie literatury i ulotek merytorycznych ukierunkowane na maksymalne przygotowanie chorego do samoopieki po wyjściu ze szpitala po zabiegu operacyjnym, który w znaczący sposób może zmieniać jakość życia chorego. Chcąc prawidłowo edukować chorego należy być świadomym co do możliwości wystąpienia powikłań w poszczególnych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie.

Jednym z najczęściej występujących schorzeń układu pokarmowego jest kamica pęcherzyka żółciowego. W jej przebiegu dochodzi do tworzenia się złożeń w pęcherzyku żółciowym. Powstają one, gdy składniki żółci osiągną nieprawidłowe proporcje. Zawyżona ilość cholesterolu i fosfolipidów lub niedostateczna ilość kwasów żółciowych sprawiają, że nadmiar cholesterolu wytrąca się w postaci kryształków, co daje początek tworzeniu się kamieni. Zapadalność na kamice żółciową jest dużo wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wśród populacji żeńskiej występuje aż 3 - 4 razy częściej [4]. Częstość występowania kamicy pęcherzyka żółciowego wzrasta wraz z wiekiem. U osób do 40. roku życia ryzyko zachorowania wynosi około 15 - 18%. Po przekroczeniu 60. roku życia nawet co druga osoba narażona jest na wystąpienie kamicy żółciowej [5]. Otyłość jako choroba cywilizacyjna jest głównym czynnikiem rozwoju wielu schorzeń. W przypadku kamicy pęcherzyka żółciowego otyłość i nieodpowiednia dieta mają ogromny wpływ na rozwój choroby. U osób otyłych dochodzi do przesylenia żółci cholesterollem, co prowadzi do tworzenia się kamieni w pęcherzyku żółciowym [5]. Leczenie chirurgiczne jest najskuteczniejszą metodą leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego. Usunięcie narządu zapobiega nawrotom choroby i zapobiega lub zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Metodą leczenia definitywnego kamicy żółciowej jest cholecystektomia laparoskopowa, czyli małoinwazyjne chirurgiczne usunięcie pęcherzyka żółciowego z wykorzystaniem laparoskopu. Jest to metoda preferowana, ponieważ w porównaniu z cholecystektomią klasyczną, pacjent przez krótszy czas przebywa w szpitalu. Zaletą jest także efekt estetyczny zabiegu laparoskopowego – po niewielkich nacięciach wykonanych podczas operacji zostają blizny o małym rozmiarze [6]. U chorych, u których stwierdzono przeciwwskazania do wykonania zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, przeprowadza się operację metodą otwartą – klasyczną, która wymaga otwarcia jamy brzusznej przez chirurgiczne rozcięcie powłok brzucha. Zabieg ten polega na chirurgicznym usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz ze złożeń. Wykonuje się go w znieczuleniu ogólnym. Po cholecystektomii metodą klasyczną,

rana pooperacyjna jest rozległa. Z tego względu pacjent powinien przebywać w szpitalu zależnie od praktyk ośrodków, jednak około 5 dni. Po opuszczeniu szpitala chory wymaga kilkudniowej rehabilitacji, a czas jego powrotu do pracy wynosi od 4 do 6 tygodni.

Przed wyjściem pacjenta ze szpitala, obowiązkiem pielęgniarki jest przeprowadzenie edukacji terapeutycznej pacjenta po zabiegu operacyjnym. Obejmuje ona omówienie samoopieki pacjenta w środowisku domowym. Należy powiadomić pacjenta, kiedy ma stawić się na zdjęcie szwów, a także przekazać zalecenia pooperacyjne. Powinny one dotyczyć diety, ograniczenia wysiłku fizycznego i niepokojących objawów, które należy zgłosić lekarzowi. W trakcie rozmowy ważne jest wyjaśnienie pacjentowi nurtujących go kwestii i udzielenie informacji związanych z dalszym postępowaniem. W celu zachowania prawidłowego przebiegu rekonwalescencji pacjenta po operacji cholecystektomii laparoskopowej należy przeprowadzić edukację pacjenta w zakresie zaleceń po hospitalizacji. Głównym celem przestrzegania zaleceń przez chorego jest minimalizacja ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych lub wczesne ich wykrycie, umożliwiające szybką interwencję medyczną. Stąd też zaleca się:

- Przez kilka dni po operacji należy unikać zamoczenia rany. Zalecana jest kąpiel pod prysznicem zamiast kąpieli w wannie, aby nie dopuścić do przedostania się wody w okolice rany pooperacyjnej.
- Ranę pooperacyjną należy dezynfekować Octeniseptem z wykorzystaniem jałowych gazików. W celu zabezpieczenia rany należy użyć jałowego plastra z opatrunkiem.
- Zalecana jest dieta lekkostrawna – „wątrobowa”, czyli zawierająca produkty z małą ilością tłuszczu. Dania powinny być gotowane lub pieczone. Należy wykluczyć potrawy smażone i tłuste sosy.
- Po wyjściu ze szpitala możliwe jest wykonywanie codziennych aktywności w zakresie samoopieki. Nie należy wykonywać prac wymagających dużego wysiłku fizycznego oraz dźwigać ciężarów powyżej 5 kg.
- Zalecana jest umiarkowana aktywność fizyczna w postaci spokojnych spacerów.
- Należy zgłosić się na kontrolną wizytę lekarską w ustalonym terminie, najczęściej 7 – 10 dni po operacji.
- W razie zaobserwowania niepokojących objawów, takich jak: zażółcenie powłok skórnych, podwyższona temperatura ciała, nasilone dolegliwości bólowe lub ogólne złe samopoczucie, należy zgłosić się do lekarza.

Kolejnym bardzo często spotykanym schorzeniem na oddziale chirurgicznym są żylaki kończyn dolnych. Są to widoczne, trwałe, odcinkowe rozszerzenia i wydłużenia żyły lub żył

układu powierzchownego, które mają kręty przebieg i powodują zaburzenia przepływu krwi. Spowodowane są niewydolnością obecnych w żyłach zastawek, przez co krew cofa się i na skutek wzrostu ciśnienia hydrostatycznego wewnątrz żyły rozciąga naczynie [7]. Jest to najczęstsza postać niewydolności żyłnej, stwierdzanej u 30-60% dorosłej populacji. Wraz z wiekiem rośnie częstość ich występowania. U 85% przypadków dotyczą dopływów żyły odpiszczelowej, a jedynie 15% znajdują się w zakresie zlewiska żyły odstrzałkowej. Przyczyną wystąpienia żylaków kończyn dolnych jest nadciśnienie żyłne. Jest to efekt niewydolności zastawek, niedrożności żył, bądź obu jednocześnie. Niewydolność żył przeszywających ze zmianami troficznymi skóry, żylaki objawowe oraz te powodujące defekt kosmetyczny są wskazaniem do leczenia operacyjnego. Celem takiego leczenia jest likwidacja panującego w układzie żylnym nadciśnienia tętniczego, przywrócenie estetycznego wyglądu kończyny, a co najważniejsze trwałe usunięcie żylaków.

Stripping (metoda Babcocka) jest to klasyczna metoda chirurgicznego usunięcia dużych, niewydolnych pni naczyń żylnych. Zabieg polega na odcięciu wszystkich ujść żyły odpiszczelowej, podskórnym jej wyrwaniu, podwiązaniu, następnie przecięciu niewydolnych perforatorów oraz wycięciu wszystkich zmienionych żylakowato naczyń. Przeprowadzany jest w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym. Usuwanie żyły rozpoczyna się od odsłonięcia jej końcowego odcinka w pachwinie oraz podwiązaniu jej w miejscu, gdzie uchodzi do żyły udowej. Następnie w okolicy kostki należy odnaleźć początkowy jej odcinek. Do naczynia zostaje wprowadzona prowadnica ze specjalnie zakończoną główką, która przechodzi przez całą długość żyły aż do miejsca podwiązania w pachwinie. Kończącym etapem jest przecięcie obu końców naczynia i wyciągnięciu sondy wraz z nawiniętą na nią żyłą odpiszczelową [8]. Mając na uwadze prawidłowe gojenie się ran oraz bezpieczny powrót do pełnej sprawności w zakresie działań edukacyjnych skierowanych do pacjenta należy uwzględnić:

- Codzienną higienę operowanej kończyny oraz całego ciała;
 - po uprzednim zdjęciu opatrunku należy umyć kończynę w letniej, nie gorącej i bieżącej wodzie (pod prysznicem), osuszyć czystym ręcznikiem (może być jednorazowy), można zdezynfekować kończynę bezalkoholowym środkiem,
 - Należy kontynuować kompresoterapię z zachowaniem zasad:
 - ✓ przed ponownym zabandażowaniem poleżeć przez chwilę z lekko uniesioną kończyną, by naczynia krwionośne się opróżniły,

- ✓ ponownie zabandażować kończynę bandażem elastycznym lub założyć zaleconą pończochę uciskową lub opatrunek uciskowy (bandaż elastyczny lub pończochę uciskową)
- ✓ zakładać od palców ku górze, ciaśniej przy stopie sukcesywnie zmniejszając ucisk ku górze, starając się nie robić fałdek
- Odbyć kontrolę w poradni chirurgicznej między 7-10 dniem od operacji
- Stosować profilaktykę przeciwzakrzepową poprzez stosowanie zaleconych przez lekarza iniekcji z heparyny drobnocząsteczkowej
- Wdrożyć profilaktykę żyłakowa po operacji polegającą na:
 - ✓ utrzymaniu pod kontrolą lekarza kompresoterapii
 - ✓ unikaniu długotrwałego stania lub siedzenia (zaleca się chodzenie)
 - ✓ zakazuje się noszenia ciasnych podkolanówek, podwiązek obcisłych spodni
 - ✓ unikać należy przegrzewania kończyn na słońcu, w solarium czy saunie
 - ✓ zaleca się stosowanie drenażu ułożeniowego tzn. spania z lekko uniesionymi kończynami dolnymi
 - ✓ zaleca się zapobieganie nadwadze poprzez zmianę trybu życia poprzez aktywność fizyczna, tzn. bieganie, jazdę na rowerze czy pływanie.

Kolejnym często spotykanym i wymagającym wsparcia edukacyjnego jest obszar ortopedoplastyki. Zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego należą do grupy najczęściej spotykanych schorzeń narządu ruchu. Należy przy tym podkreślić, że problem nie dotyczy wyłącznie starszych ludzi. Przyczyną patologii mogą być wrodzone wady stawów, różne urazy, nieprawidłowa waga, długotrwałe obciążanie stawów, siedzący tryb życia, brak ruchu. Dla dokładnego określenia schorzenia i jego podłoża, ważny jest wywiad lekarski, przeprowadzenie badań: zdjęcie radiologiczne, rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa. Odczuwane dolegliwości w rejonie biodra mogą mieć różne przyczyny dotyczące narządu ruchu oraz innych narządów [9].

Operacja wymiany stawu biodrowego ma za zadanie zniesienie dolegliwości bólowych i polepszenie sprawności pacjenta. Przed zabiegiem należy przeanalizować takie czynniki jak wiek pacjenta, stopień zaawansowania choroby, ogólną wydolność i sprawność. Wówczas podejmuje się decyzję o rodzaju alloplastyki. Zależnie od wybranej metody zmienia się postępowanie pooperacyjne i rehabilitacja.

Główny podział artroplastyk stawu biodrowego dzieli je na pierwotne i wtórne. Podczas zabiegu pierwotnego dochodzi do wymiany chorego stawu na nowy, sztuczny. Lekarze

decydują się na alloplastykę wtórną - rewizyjną, gdy wcześniej wszczepione elementy ulegają zniszczeniu, zużyciu. Inny podział uwzględnia występujące schorzenie. W przypadku złamania szyjki kości udowej, stosuje się alloplastykę częściową (połowicza, połówkowa). Ta forma operacji zachowuje panewkę kości biodrowej, wymienia się część szyjki i głowę kości udowej. Najczęściej wykonywanym rodzajem endoprotezoplastyki jest całkowita wymiana stawu biodrowego. Wskazaniem jest zaawansowana faza koksartrozy, która wymaga totalnej zamiany głowy i panewki na nowe. Alloplastyka powierzchniowa znajduje zastosowanie w leczeniu powierzchni chrząstki u osób uprawiających sport. Operacją pierwotną również jest endoprotezoplastyka resekcyjna, wykonywana w przypadkach onkologicznych, kiedy to wszczepia się sztuczny staw i część trzonu kości [10].

- Stopniowe wprowadzanie obciążenia i asekuracji w formie pomocy ortopedycznych.
- Nie wolno krzyżować kończyny operowanej ze zdrową w ułożeniu na plecach, zakładać kończyny chorej na zdrową w pozycji siedzącej.
- Zalecane jest ułożenie kończyn dolnych w lekkim odwiedzeniu, gdy chory leży na plecach włożenie klinu między nogami, np. z koca czy poduszki.
- Nie wolno skręcać kończyny operowanej do wewnątrz.
- Podczas zmiany pozycji, np. przy przechodzeniu z leżenia do siadu paluch stopy kończyny chorej powinien wskazywać sufit.
- Pacjent nie powinien zginać stawu biodrowego zoperowanego powyżej kąta prostego. Wiąże się to z zakazem pochylania tułowia podczas siadu, samodzielnego wkładania skarpet, spodni czy pończoch, sznurowania butów, kucania.
- Nie wolno klękać oraz podnosić nogi operowanej wyprostowanej w kolanie w pozycji na plecach.
- Pacjent rozpoczyna chodzenie z balkonikiem, następnie używa kul łokciowych. Według zasady kolejności w chodzie najpierw stawia się kule/balkonik, następnie nogę operowaną, na końcu nogę zdrową.
- Podczas zwrotów odkręcamy się w stronę kończyny zdrowej. Kończynę operowaną obciąża się stopniowo według zaleceń lekarskich. Nie wolno zwiększyć obciążenia bez zgody lekarza.
- Kolejną czynnością, której pacjent uczy się podczas usprawniania pooperacyjnego jest chodzenie po schodach. W czasie chodzenia w górę, na początki stawia się kończynę zdrową, po niej kulę łokciową, dopiero potem kończynę zoperowaną.

- Chodzenie w dół ma odmienne zalecenie – najpierw kula, następnie kończyzna chora, na końcu kończyzna zdrowa.
- Przy tak prostej czynności jak siadanie pacjent również musi pamiętać o wskazówkach pooperacyjnych. Powinien siadać z wysuniętą nogą operowaną do przodu, wyprostowanym stawem kolanowym, posuwać piętą po podłożu.
- Chory może leżeć na boku zdrowym z włożonym klinem między nogami.
- Szafka przy łóżku powinna stać od strony kończyzny zdrowej tak, aby pacjent mógł schodzić z łóżka na tę stronę.
- Podczas korzystania z toalety pacjent powinien używać nakładki na sedes, podpierać się na specjalnych uchwytach, nie wolno wchodzić do wanny, zalecana jest kąpiel w kabinie prysznicowej.
- Wprowadzenie aktywności fizycznej jest zależne od kondycji pacjenta, jego wydolności, rodzaju endoprotezy i decyzji lekarza prowadzącego. Na przykład pływanie można zacząć po około 6-8 tygodniach po zabiegu operacyjnym.

Rak piersi jest nowotworem złośliwym powstającym z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14% zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. W związku z powyższym kobiety ze zdiagnozowanym rakiem piersi stanowią duży odsetek chorych na oddziałach zabiegowych. Zadaniem pielęgniarek oprócz czynności stricte opiekuńczych adekwatnych do etapu leczenia chorych jest wyposażenie ich w wiedzę i umiejętności niezbędne do bezpiecznego przejścia przez wczesny i późny okres pooperacyjny. Operacja Halsteda (*radical mastectomy*) polega na usunięciu piersi wraz z mięśniem piersiowym większym i mniejszym oraz zawartością dołu pachowego. Mastektomia radykalna Halsteda jest współcześnie wykonywana tylko w przypadku naciekania nowotworu na mięśnie piersiowe. Odmianą modyfikowanej mastektomii sposobem Pateya jest mastektomia sposobem Maddena, z zaoszczędzeniem obydwu mięśni piersiowych oraz mastektomia sposobem Auchinclossa, podczas której, poza gruczołem piersiowym, wykonuje się usunięcie węzłów chłonnych tylko dolnego piętra pachy. Mastektomia sposobem Urbana (*extended radical mastectomy*), czyli operacja Halsteda poszerzona o usunięcie węzłów chłonnych przymostkowych, nie jest praktycznie wykonywana. Zabieg ten został zastąpiony

napromieniowaniem węzłów chłonnych przymostkowych. Pełniąc opiekę pooperacyjną wobec pacjentki po mastektomii należy zwrócić uwagę na mogące wystąpić powikłania pooperacyjne, do których we wczesnym okresie należą głównie niepokojące objawy krążeniowo – oddechowe oraz dysfunkcje układów moczowego i naczyniowego (choroba zakrzepowo – zatorowa). Grupa tych powikłań z różnym nasileniem może występować po każdym zabiegu chirurgicznym [11]. Do powikłań wczesnych ściśle związanych z miejscowo operowanym, na które należy zwracać uwagę oraz uczulić pacjentkę do samokontroli i obserwacji należą:

- krwiał w miejscu operowanym, krwawienie uwidaczniające się w obfitym drenażu dużej objętości krwi,
- zakażenie miejsca operowanego – ropienie rany,
- zaleganie chłonki lub przesięku,
- obrzęk kończyny górnej po mastektomii lub po leczeniu oszczędzającym (lumpektomia, limfadenektomia i napromienianie).

Powikłania późne, co do których obowiązkowo należy wyedukować chorych należą:

- guz w miejscu operowanym (wznowa),
- rozsiew choroby nowotworowej,
- niekorzystny wynik kosmetyczny.

Mając na uwadze powyższe po zabiegu usunięcia piersi zaleca się:

- unikanie urazów oraz wysiłku kończyny górnej po stronie, gdzie pierś była operowana (wysiłek oraz urazy mogą spowodować obrzęk limfatyczny),
- w czasie wypoczynku stosować odpowiednie pozycje ułożeniowe – zgłaszać lekarzowi niepokojące objawy (zaczerwienienie, obrzęk, gorączka, dreszcze),
- nie mierzyć ciśnienia krwi oraz nie wykonywać żadnych zabiegów na ręce po stronie operowanej piersi,
- wykonywać masaż kończyny po stronie operowanej piersi (2 razy dziennie po 10 minut),
- wykonywać ćwiczenia gimnastyczne z protezą piersi (3 razy dziennie przez około 15 minut),
- wykonywanie spokojnej aktywności fizycznej (spacery, joga),
- unikać zbyt ciepłych oraz zbyt niskich temperatur (opalenie się, długie spacery zimą),
- dobór luźnej odzieży (biustonosz nie może uciskać klatki piersiowej ani barku),

- zaleca się pracę siedzącą (w czasie przerw korzystne będzie unoszenie kończyny oraz jej potrząśnięcie),
- zastosowanie automasażu kończyny po stronie operowanej piersi (głaskanie, wyciskanie, ugniatanie, rozcieranie, oklepywanie).

Obrzęk kończyny górnej po mastektomii stanowi poważny problem utrudniający aktywność zawodową i społeczną. Jest on wynikiem upośledzonego drenażu chłonki z kończyny górnej, może być nasilony przez zakrzepice żyły pachowej, miejscowy nawrót raka piersi lub rozległe zakażenie dołu pachowego (naciek zapalny). Napromienienie piersi i dołu pachowego również może nasilać obrzęk. Chora powinna być poinformowana o szczególnie starannej opiece nad tą kończyną. Nie należy dokonywać wstrzyknień i szczepień, jest ona także bardziej podatna na urazy i zakażenia [12].

W profilaktyce obrzęku limfatycznego bardzo pomagają najprostsze metody, do których zalicza się unoszenie ramienia powyżej głowy (zwłaszcza w nocy, we śnie, aby ułatwić odpływ chłonki), elastyczne opaski i bandaże [12]. Do podstawowych zasad postępowania prewencyjnego należy:

- Ochrona kończyn przed urazami: uderzeniem, zadrapaniem, skaleczeniem, oparzeniem, użądleniem, itp. Należy unikać ryzykownych sytuacji i zawsze pamiętać o rękawiczkach do prac w ogródku, obierania ziemniaków, podkładania drewna do kominka, itp. czynności.
- Szybka reakcja na zranienie: jeśli mimo wszystko dojdzie do przzerwiania ciągłości skóry, ranę należy natychmiast przemyć wodą i mydłem, a następnie zdezynfekować środkiem antyseptycznym. Jest to szczególnie ważne w czasie chemioterapii i wkrótce po niej, ponieważ cytostatyki osłabiają układ odpornościowy.
- Rozpoznawanie objawów zakażenia: takich jak zaczerwieniona i gorąca skóra wokół rany, nasilenie bólu, obrzęk i wydzielina, szczególnie ropna.
- Wysokie ułożenie kończyny: najprostszy sposób na ułatwienie odpływu chłonki dzięki działaniu siły grawitacyjnej. Nadgarstek i łokieć powinien jak najczęściej znajdować się powyżej ramienia.
- Zabiegi z użyciem specjalnych aparatów: mogą być przydatne w szczególnie ciężkich przypadkach. Urządzenie do kompresoterapii składa się z rękawa podobnego do mankietu ciśnieniomierza, połączonego z pompą powietrzną. Odpowiednie dozowanie ciśnień zapewnia dobry masaż kończyny i mechaniczne wyciśnięcie z tkanek nadmiaru płynów.

- Opaski uciskowe: są nieraz stosowane po zabiegach z użyciem pompy, jako zabezpieczenie przed nawrotem obrzęku albo podczas uprawiania sportu czy wykonywania innych czynności wymagających powtarzalnych ruchów ramion [13].

W przedstawionych powyżej przykładach posłużono się znanymi w pielęgniarstwie chirurgicznym sposobami postępowania pooperacyjnego, które stanowią swoisty standard. Na podstawie licznych badań naukowych przeprowadzonych na dużej grupie chorych udowodniono, iż są to schematy gwarantujące bezpieczeństwo i prawidłowo przebiegającą rekonwalescencję. Stąd, są godne propagowania. Niestety w warunkach naturalnych proces edukacji chorych jest często realizowany bardzo powierzchownie, a czasem jedynie na wyraźną prośbę chorego, czy jego rodziny. Taki stan faktyczny usprawiedliwiany jest na ogół brakiem czasu, nadmiarem obowiązków, przeciążeniem dokumentacją medyczną, hierarchią ważności poszczególnych czynności, wobec których edukacja przechodzi na dalszy plan. Jeśli jest już realizowana to podstawowym błędem, który jest popełniany na linii pielęgniarka – pacjent jest niedostosowanie poziomu werbalnego nadawcy do odbiorcy. Często pielęgniarki chcąc podkreślić poziom posiadanej przez siebie wiedzy używają bardzo specjalistycznych terminów medycznych, skrótów, czy żargonu medycznego, co czyni wypowiedź nie do końca zrozumiałą dla pacjenta po raz pierwszy spotykającego się z określeniami, których znajomość ma dla jego zdrowia ogromne znaczenie. Oczywiście nie problem w tym żeby zacząć mówić językiem potocznym, ale upewnić się, że chory zrozumiał sens wypowiedzi, co w zupełności potwierdzi prośba o sparafrazowanie wypowiedzi. Poza tym przekaz ustny w sytuacji towarzyszenia bólu, emocji, może być niewystarczający. Chory nie będzie w stanie wystarczająco się skupić na rzeczach ważnych. Stąd dość popularny i dobry zwyczaj przekazywania na piśmie zaleceń pielęgniarских przy wypisie do domu.

Podsumowanie. Dla personelu medycznego, który każdego dnia uczestniczy w leczeniu lub pielęgnowaniu pacjentów z takimi samymi diagnozami, poddawanych tym samym zabiegom operacyjnym wiedza dotycząca bezpiecznych zachowań w codziennym życiu, po opuszczeniu szpitala wydaje się oczywista. W kontekście edukacji należy jednak wyjść z przekonania, iż w życiu chorego zabieg operacyjny ma miejsce być może po raz pierwszy, odbywa się często w trybie nieplanowym, z towarzyszeniem przykrych odczuć, do których należą: ból, stres, obawa o rokowanie, stąd pacjent ma prawo do braku specjalistycznej wiedzy dotyczącej poprawnych zachowań zdrowotnych w danym czasie. Zadaniem personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) jest przekonanie chorego, iż w trosce o utrzymanie dobrego i trwałego efektu leczenia operacyjnego postępowanie według wytycznych jest wręcz obowiązkowe.

Piśmiennictwo:

1. K. Banasiewicz, P. Krokowicz, M. Szczepkowski, Stomia prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja, Termedia, Poznań 2017, s. 66.
2. A. Frankiewicz, B. Lelonek, Poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurochirurgii, Zdrowie Publiczne 2012, nr 122, s. 261-264.
3. J. Szewczyk, A. Bajon, Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową, Pol Merk Lek 2009, nr XXVI, s. 155-575.
4. Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo chirurgiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2020, s. 298-301.
5. Długołęcka R., Kania E., Biegus I., Opieka pielęgniarska nad pacjentem po cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16, 85 – 90.
6. Kebkalo A., Tkachuk O., Reyti A. et al.: Surgical Treatment of acute cholecystitis in obese patients. Polish Journal of Surgery; 2020: 37- 42.
7. Marona H., Kornobis A., Patofizjologia rozwoju żylaków oraz wybrane metody ich leczenia – aktualny stan wiedzy. Farmacja Polska; 2009: 2, 88-92.
8. Żmudzińska M., Czarnecka-Operacz M., Przewlekła niewydolność żylna- aktualny stan wiedzy, Postępy Dermatologii Alergologii XXII, 2005: 5, 239-243.
9. Krasuski M., Poradnik dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych leczonych zachowawczo i operacyjnie. Katedra i Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej, Konstancin Jeziorna 2006.
10. Hawrylak A., Weigel D., Barczyk K., Ostrowska B., Ratajczak B., Wpływ zastosowania leczenia na zachowanie się wybranych parametrów czynnościowych pacjentów po endoprotezoplastyce stawów biodrowych - doniesienie wstępne. Fizjoterapia Polska 2010, 10 (3) s. 222 - 233.
11. Opuchlik A., Włoch A., Biskup M., Ridan T., Wróbel P., Jonak R., Curyło M. Metody leczenia onkologicznego i chirurgicznego oraz postępowanie fizjoterapeutyczne u kobiet z rakiem piersi. Rehabilitacja Medyczna 2018; 22, 1:38-48.
12. Opuchlik A. Informator dla kobiet po leczeniu raka piersi. Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Zakład Rehabilitacji. 2016; 4 - 9:11-12.
13. Foldi M, Strossenreuther R., Podstawy manualnego drenażu limfatycznego, Wydanie I polskie pod redakcją Marka Woźniewskiego, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.

POCD - niedoszacowany problem

Jolanta Sułek, Katarzyna Pańtak, Alicja Diak, Magdalena Uryga

Wstęp. Pooperacyjne zaburzenia funkcji poznawczych (POCD) często występują po operacji, zwłaszcza u osób starszych. Charakteryzuje się wyraźnym spadkiem wydajności poznawczej, obejmującym pamięć, uwagę, koordynację, orientację, płynność wypowiedzi i funkcje wykonawcza. To obniżenie umiejętności poznawczych przyczynia się do dłuższych pobytów w szpitalu i zwiększonej śmiertelności [1].

POCD może utrzymywać się od tygodni do lat, wpływając na powrót pacjenta do zdrowia, wydłużając hospitalizację. Potencjalnie może prowadzić do dodatkowych dolegliwości fizycznych i psychicznych, zwiększonej śmiertelności, oraz znacznego obciążenia dla pacjentów i ich rodzin [2,3].

Definicja i kryteria diagnostyczne POCD. Pooperacyjne zaburzenia funkcji poznawczych (POCD), zgodnie z klasyfikacją zaburzeń funkcji poznawczych w DSM-V, są łagodnym zaburzeniem neurologicznym wynikającym z rutynowych zabiegów chirurgicznych, z wyłączeniem schorzeń takich jak głuchota, demencja lub amnezja [4]. POCD wiąże się z przedłużającym się pogorszeniem funkcji poznawczych trwającym tygodnie, miesiące, a nawet lata. Można je błędnie utożsamić z majaczeniem pooperacyjnym, objawiającym się ostrym, zmiennym zaburzeniem świadomości, zwykle w ciągu 1–3 dni po operacji [1].

POCD występuje powszechnie u pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych lub ortopedycznych [5].

Czynniki ryzyka POCD. Wiek. Badania wskazują, że u około 30% młodszych i około 40% starszych pacjentów POCD rozwija się po wypisaniu ze szpitala. Warto zauważyć, że u 12,7% pacjentów w podeszłym wieku POCD utrzymuje się 3 miesiące po operacji, podczas gdy u młodszych pacjentów POCD utrzymuje się tylko u 5%. [1] Pogorszenie stanu fizjologicznego u pacjentów w podeszłym wieku w połączeniu z potencjalnymi chorobami układu oddechowego, sercowo-naczyniowego i naczyń mózgowych znacznie zmniejsza ich tolerancję na znieczulenie [1].

Rodzaj zabiegu. Endoprotezy stawów biodrowych i kolanowych. Pomimo efektywności tych operacji w zakresie poprawy funkcji stawów i łagodzenia bólu, ryzyko POCD pozostaje zwiększone w porównaniu z chirurgią ogólną. To zwiększone ryzyko przypisuje się przedłużonemu czasowi trwania operacji, zwiększonemu urazowi chirurgicznemu i zwiększonemu ryzyku wystąpienia zatorowości tłuszczowej [5].

Inwazyjne procedury stosowane w przebiegu ostrych zespołów wieńcowych. Pomostowanie aortalno-wieńcowe jest powszechnie uznawane za najskuteczniejszą metodę leczenia choroby wieńcowej. Wiąże się to jednak z podwyższonym ryzykiem POCD, szczególnie po wszczęciu pomostowania aortalno-wieńcowego i zastosowaniu krążenia pozaustrojowego (CPB). Przede wszystkim POCD wynika z niewystarczającej perfuzji podczas operacji kardiochirurgicznej, mikrozatorowości w naczyniach mózgowych i stanu zapalnego. W procesie CPB, urządzenie omijające krążeniowo-oddechowe powoduje cyrkulację mikrozatorów, takich jak pęcherzyki powietrza, tłuszcz i skrzepy krwi, do mózgu. Dodatkowo zaklewanie aorty w trakcie zabiegu może spowodować przemieszczenie blaszek miażdżycowych i doprowadzić do zatorowości [1].

Rodzaj znieczulenia. Poprzednie badania wskazały, że nie ma zauważalnej różnicy w występowaniu POCD u pacjentów poddawanych endoprotezoplastyce stawu kolanowego w znieczuleniu ogólnym lub blokadzie centralnej w 1 tydzień i 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym [6].

Metaanaliza 28 randomizowanych badań z grupą kontrolną (RCT) wykazały, że częstość występowania POCD jest mniejsza w przypadku zabiegów chirurgicznych ze znieczuleniem dożylnym z propofolem w porównaniu do osób stosujących znieczulenie wziewne z zastosowaniem izofluranu lub sewofluranu [7].

Leczenie bólu. Po operacji częstym problemem jest ból pooperacyjny wynikający z poważnego urazu chirurgicznego lub możliwości powstania infekcji rany. W zależności od metod leczenia bólu stosowanych przez ośrodek, po określonych operacjach pacjenci są wyposażeni w pompy infuzyjne dozujące środki przeciwbólowe łagodzące ból. Badanie wykazało, że wykorzystanie techniki PCA (analgezja sterowana przez pacjenta) niezależnie zwiększało ryzyko POCD.

W porównaniu do osób, które otrzymywały opioidy dożylnie za pomocą kontrolowanego przez pacjenta urządzenia przeciwbólowego, zastosowanie doustnej analgezji pooperacyjnej wiązało się ze znacznie niższym ryzykiem rozwijania POCD [8].

Włączenie deksmedetomidyny jako środka wspomagającego, w przeciwieństwie do rutynowego leczenia z zastosowaniem tylko analgezji pooperacyjnej, może zmniejszyć ból i poprawić stan pooperacyjny w zakresie funkcji poznawczych [9].

Badania wskazują, że utrzymujący się ból może prowadzić do pogorszenia zdolności poznawczych, uwagi, pamięci i przetwarzania informacji [10].

Poziom wykształcenia. W grupie osób z wyższym wykształceniem rzadziej występuje POCD. W tej grupie demograficznej mózg konsekwentnie angażuje się w wymagające zadania

intelektualne, wzmacniając rezerwę neuronową i funkcję synaptyczną. W przypadkach urazów chirurgicznych solidna rezerwa mózgu może złagodzić uszkodzenia hipokampa, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia pogorszenia funkcji poznawczych po operacji [11]. Pacjenci z wyższym wykształceniem wykazują zwiększoną tolerancję na zmiany patologiczne wywołane chorobami neurodegeneracyjnymi [12].

Zapobieganie POCD. POCD wynika z różnych czynników ryzyka, przy czym szpitalom na ogół brakuje świadomości na temat wczesnej profilaktyki i stosowania strategii dla danego stanu. Wczesna profilaktyka jawi się bowiem jako kluczowa strategia mająca na celu zmniejszenie częstości występowania POCD [1]. Do najbardziej efektywnych metod zapobiegania POCD zalicza się między innymi:

- identyfikacja biologicznych markerów POCD - efekty badań dotyczących patogenezy POCD wskazują, że biomarkerami predykcyjnymi w diagnostyce POCD są:
 - GDNF- czynnik neurotroficzny pochodzący z linii komórek glejowych w surowicy [13],
 - stężenie obwodowych czynników zapalnych: białko C-reaktywne i IL-6 [14];
- treningi funkcji poznawczych u pacjentów narażonych, po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, takich, jak np. metoda Loci lub zastosowania aplikacji mobilnej do przeprowadzania szkolenia pacjentów w zakresie pamięci, uwagi, rozwiązywania problemów, elastyczności i szybkości przetwarzania informacji do jednego miesiąca po operacji; istnieje potrzeba stworzenia nowych programów treningu poznawczego dla tej grupy pacjentów [15];
- racjonalne stosowanie leków w okresie pooperacyjnym - leki brane pod uwagę to ulinastatyna (lek nie zarejestrowany w Polsce), lidokaina, deksmedetomidyna, deksametazon, anstenchon (nie zarejestrowany w Polsce); badania nad lekami okołoperacyjnymi mającymi na celu zmniejszenie częstości występowania POCD pozostają kwestią kontrowersyjną, ponieważ stężenie leku, jego użycie i czas podawania odgrywają kluczową rolę;
- współpraca multidyscyplinarna ma znaczącą wartość w zapobieganiu POCD; synergia pomiędzy zespołem anestezjologicznym i operacyjnym sprzyja skutecznej komunikacji i współpracy, wspomagając dobór optymalnego znieczulenia i planów operacyjnych; ten wspólny wysiłek umożliwia ostrożne stosowanie leków znieczulających, pozwala na optymalizację czasu operacji i minimalizację powikłań pooperacyjnych; satysfakcjonująca komunikacja między anestezjologią i oddziałami chirurgicznymi

poprawia stan pooperacyjny, leczenie bólu, postępowanie żywieniowe i rehabilitację, przyczyniając się do poprawy wyników leczenia pacjentów; wsparcie rodziny pomaga złagodzić objawy i lęk przed operacją u pacjentów, co przyczynia się do zmniejszenia występowania POCD [1].

Problemy z planowaniem i realizacją działań służących profilaktyce i interwencjom dotyczącym pacjentów z POCD. W Polsce na mocy Zarządzenia Nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. [16]. wprowadzono obowiązek dokonywania całościowej oceny geriatrycznej za pomocą skali VES-13 (*Vulnerable Elders Survey-13*) u wszystkich pacjentów hospitalizowanych powyżej 60. r.ż. Całościowa ocena geriatryczna, obejmująca ocenę zaburzeń sensorycznych (wzrok, słuch) i kognitywnych (otępienie), zaburzeń funkcji zwieraczy, odleżyn, upadków i zaburzeń równowagi, ma na celu zapewnienie optymalnej opieki.

W opiece nad osobami starszymi podstawową rolę odgrywa gwarancja niezmiennego środowiska, co daje poczucie zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa. Aby więc zagwarantować seniorom bezpieczeństwo w placówkach medycznych, należy oferować im opiekę w zależności od potrzeb.

Zalecenia dotyczące opieki nad osobą ze stwierdzonymi zaburzeniami kognitywnymi:

- umieścić pacjenta w sali blisko punktu pielęgniarskiego,
- zapewnić łóżko z bocznymi barierkami,
- ułatwić orientację w przestrzeni za pomocą piktogramów,
- dostarczyć przedmioty z domu,
- zaangażować rodzinę,
- zadbać o kontrasty kolorystyczne w łazience i toalecie (np. kolorowa deska klozetowa zamiast białej),
- usunąć lub zasłonić lustra, gdyż osoba z zaburzeniami kognitywnymi może nie rozpoznać swojego odbicia,
- przy spożywaniu posiłków zadbać o kontrasty w kolorowych naczyniach,
- stworzyć warunki ułatwiające zasypianie (np. przyciemnione światło),
- rolety w oknie odsłonić w dzień, a zasłonić w nocy, by światło nie tworzyło niepokojących cieni,
- mówić wyraźnie i powoli, krótkimi zdaniem, z przyjazną, pogodną intonacją,
- nawiązać kontakt wzrokowy i fizyczny (np. dotknięcie ramienia) [17].

Przedstawione sposoby postępowania w przypadku profilaktyki/wystąpienia POCD u pacjenta, który został przyjęty do szpitala i operowany z powodu zwyrodnienia w obrębie dużego stawu kończyn dolnych, bądź w celu wykonania procedury terapeutycznej z powodu ostrego epizodu wieńcowego nie są w Polsce standardowo przeprowadzane. Powodów jest wiele:

- Brak zaleceń i rekomendacji dotyczących badań przesiewowych w kierunku POCD u pacjenta przyjmowanego do oddziału ortopedycznego lub kardiologicznego w celu przeprowadzenia planowych procedur terapeutycznych. Średnio pobyt pacjenta w oddziale po zabiegu np. endoprotezoplastyki trwa od **2 do 5 dni**, hospitalizacja po procedurze CABG to ok. 7 dni. Sytuacja dotyczy niepowikłanych przebiegów okresu pooperacyjnego. Badania laboratoryjne, które są wykonywane przy przyjęciu to: morfologia krwi, poziom elektrolitów, układ krzepnięcia, grupa krwi i analiza moczu. Wszystkie dodatkowe badania laboratoryjne podnoszą koszt pobytu pacjenta w oddziale.
- Brak rekomendowanych algorytmów postępowania. Opisane wyżej sposoby działania nie są w typowym oddziale ortopedycznym lub w specjalistycznym oddziale kardiologii inwazyjnej codzienną, rutynową procedurą.
- Zbyt mała ilość personelu [18], która miałaby za zadanie prowadzić działania prewencyjne, służące wczesnemu wykryciu wskaźników i zahamowaniu rozwoju POCD, W świetle tego rozporządzenia norma zatrudnienia w oddziale zabiegowym wynosi 0,7 etatu na łóżko pacjenta. Metoda wskaźnikowa, na której opierają się te normy, nie uwzględnia różnic w obciążeniu pracą między oddziałami o tym samym typie. Również stan zdrowia pacjentów może wpływać na zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Spełnienie minimalnych norm może nie zawsze zapewnić optymalną opiekę. Wysokie obciążenie pielęgniarek może prowadzić do zmęczenia, błędów i obniżenia jakości opieki.
- Brak procedur przygotowania rodziny do współpracy w opiece nad pacjentem, u którego istnieją predyktory lub pierwsze objawy POCD.
- Brak w oddziałach zabiegowych osób, które mogłyby być odpowiedzialne za treningi umiejętności poznawczych lub przeprowadziłyby edukację pacjenta i rodziny w zakresie tych treningów.
- Wykonanie rutynowych badań laboratoryjnych w celu wykrycia biologicznych markerów POCD pociąga za sobą konieczność dodatkowych środków finansowych, przy czym nie są to markery swoiste dla POCD.

Efekty:

- w dalszym ciągu istnieje problem medyczny dotyczący bliżej nieokreślonej grupy pacjentów (najczęściej w starszym wieku), który jest nie rozwiązany i prowadzi do pogorszenia jakości życia pacjenta, oczekującego po zabiegu jego poprawy;
- ignorowanie problemu przyczynia się do obarczania konsekwencjami zaburzenia i koniecznością radzenia sobie grupy osób, które nie mają wielu dostępnych środków ani metod działania w sytuacji, gdy zaburzenie pacjenta zaczyna się rozwijać- w tym personelu pielęgniarskiego. Biorąc pod uwagę fakt, że zaburzenie zaczyna pojawiać się najczęściej w godzinach nocnych, gdy obsada personelu jest zmniejszona- należy liczyć się z faktem, że pozostali pacjenci w tym czasie nie mają zapewnionych właściwych warunków do snu i wypoczynku, ani należytej opieki.

Propozycje działań. Wcześniejsze (do 4-6 tygodni przed operacją) wielowymiarowe przygotowanie pacjenta i rodziny do zabiegu operacyjnego [19].

Prehabilitacja to kompleksowe przygotowanie pacjenta do leczenia, przede wszystkim zabiegowego. Jej celem jest poprawa stanu ogólnego pacjenta, tak aby zmniejszyć ryzyko powikłań i umożliwić jak najszybszy powrót do najlepszego, osiągalnego stanu zdrowia. Do podstawowych elementów prehabilitacji należą: poprawa stanu odżywienia, odpowiednie ćwiczenia mające na celu poprawę wydolności, wsparcie psychologiczne i pomoc w eliminacji nałogów. Kolejne ważne punkty prehabilitacji to: podniesienie poziomu hemoglobiny u chorych z anemią, uzyskanie wyrównania poziomu glikemii u chorych z cukrzycą, leczenie lub stabilizacja chorób współwystępujących czy postępowanie specjalistyczne, związane z konkretnym zabiegiem (endoprotezy, zabiegi z wyłonieniem stomii). Wydaje się, że zakres tych działań, zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych należałoby pilnie poszerzyć o interwencje dotyczące POCD. Prehabilitacja wymaga pilnych rozwiązań systemowych oraz refundacyjnych. [20]

Podsumowanie. POCD jest zaburzeniem, które dotyczy znacznej grupy pacjentów w starszym wieku. Czynniki, które, mają wpływ na jego występowanie nie są do końca poznane. Trudno stwierdzić jednoznacznie grupę swoistych czynników, wywołujących zaburzenie w grupie wszystkich pacjentów, których dotyczą. Nie są znane także swoiste markery, przy pomocy których można byłoby wykryć zwiastuny lub wcześniej zdiagnozować początek wystąpienia tego poważnego powikłania pooperacyjnego. Nie znamy skutecznych metod leczenia w sytuacji, gdy zaburzenie już wystąpi.

Działania podejmowane w różnych ośrodkach skupiają się głównie na wyeliminowaniu czynników postrzeganych jako sprzyjające wystąpieniu POCD, (skuteczne leczenie bólu, wyeliminowanie czynników sprzyjających dezorientacji chorego, zastosowanie optymalnego rodzaju znieczulenia, skrócenia czasu zabiegu operacyjnego). Istotnym wydaje się stworzenie i wdrażanie programów prehabilitacji, w których profilaktyka zaburzeń poznawczych musiałaby znaleźć znaczące miejsce, przygotowanie personelu do treningów umiejętności poznawczych i położenie nacisku na współpracę z rodziną. Istotnym działaniem wydaje się być rozmowa z pacjentem i jego rodziną na temat możliwości wystąpienia zaburzeń poznawczych po zabiegu. Opiekunowie osób chorych są często zaskoczeni pooperacyjnymi zmianami w zakresie funkcji kognitywnych, a wytłumaczenie istoty tych zmian mogłoby zredukować stres związany z zabiegiem. Nawet utrwalone lub postępujące POCD nie są zjawiskiem nieodwracalnym. Przy użyciu nowoczesnych metod terapeutycznych można usprawnić funkcjonowanie poznawcze pacjenta, umożliwiając mu przez to lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

Piśmiennictwo:

1. Zhao Q, Wan H, Pan H and Xu Y Postoperative cognitive dysfunction—current research progress. *Front. Behav. Neurosci.* 2024. 18:1328790. doi: 10.3389/fnbeh.2024.1328790
2. Steinmetz J, Bang Christensen K, Lund T, Lohse N, Rasmussen L. S, the ISPOCD Group; Long-term consequences of postoperative cognitive dysfunction. *Anesthesiology* 2009; 110:548–555 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318195b569>
3. Sułek, J., Uryga, M., & Cież-Piekarczyk, N. (2022). POCD z perspektywy personelu medycznego i rodziny pacjenta. *Zdravotnicke studie*, 14(2).
4. Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am. Psychiatr. Assoc.* 21, 591–643
5. Lu, M., and Phillips, D. (2019). Total hip arthroplasty for posttraumatic conditions. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 27, 275–285. doi: 10.5435/jaaos-d-17-00775
6. Williams-Russo, P., Sharrock, N. E., Mattis, S., Szatrowski, T. P., and Charlson, M. E. (1995). Cognitive effects after epidural vs general anesthesia in older adults. A randomized trial. *JAMA* 274, 44–50. doi: 10.1001/jama.1995.03530010058035
7. Miller, D., Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Schofield-Robinson, O. J., Shelton, C. L., Alderson, P., et al. (2018). Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018:CD012317. doi: 10.1002/14651858.CD012317.pub2
8. Wang, Y., Sands, L. P., Vaurio, L., Mullen, E. A., and Leung, J. M. (2007). The effects of postoperative pain and its management on postoperative cognitive dysfunction. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 15, 50–59. doi: 10.1097/01.JGP.0000229792.31009.da

9. Su, C., Ren, X., Wang, H., Ding, X., and Guo, J. (2022). Changing Pain management strategy from opioid-centric towards improve postoperative cognitive dysfunction with Dexmedetomidine. *Curr. Drug Metab.* 23, 57–65. doi: 10.2174/138920022266621118115347
10. Mazza, S., Frot, M., and Rey, A. E. (2018). A comprehensive literature review of chronic pain and memory. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 87, 183–192. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.08.006
11. Kotekar, N., Shenkar, A., and Nagaraj, R. (2018). Postoperative cognitive dysfunction – current preventive strategies. *Clin. Interv. Aging* 13, 2267–2273. doi: 10.2147/cia.s133896
12. Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 11, 1006–1012. doi: 10.1016/s1474-4422(12)70191-6
13. Duan, X., Zhu, T., Chen, C., Zhang, G., Zhang, J., Wang, L., et al. (2018). Serum glial cell line-derived neurotrophic factor levels and postoperative cognitive dysfunction after surgery for rheumatic heart disease. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 155, 958–965.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.07.073
14. Liu, X., Yu, Y., and Zhu, S. (2018). Inflammatory markers in postoperative delirium (POD) and cognitive dysfunction (POCD): a meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 13:e0195659. doi: 10.1371/journal.pone.0195659
15. O'Gara B.P, Mueller A, Gasangwa D.V.I, Patxot M, Shaefi S, Khabbaz K, et all (2020). Prevention of early postoperative decline: a randomized controlled feasibility trial of perioperative cognitive training. *Anesth. Analg.* 130, 586-595. Doi: 10.1213/ane.0000000000004469
16. Zarządzenie Nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
17. Noppenberg M, Bodys- Cupak M, Kózka M. (red.). *Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia, z dnia 1 stycznia 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012).
19. Punnoose A., Claydon-Mueller L.S., Weiss O. et al.: Prehabilitation for patients undergoing orthopedic surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMANetw Open.*, 2023; 6(4): e238050. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.8050](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.8050)
20. Banasiewicz T, Kobiela J, Cwaliński J et al. Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. *Polski Przegląd Chirurgicalny.* (2023);95(4):61-91. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.8854>

Opieka domowa nad pacjentką z półpaścem - opis przypadku

Agnieszka Woźniak-Kosek, Bożena Styk, Mariola Mendrycka

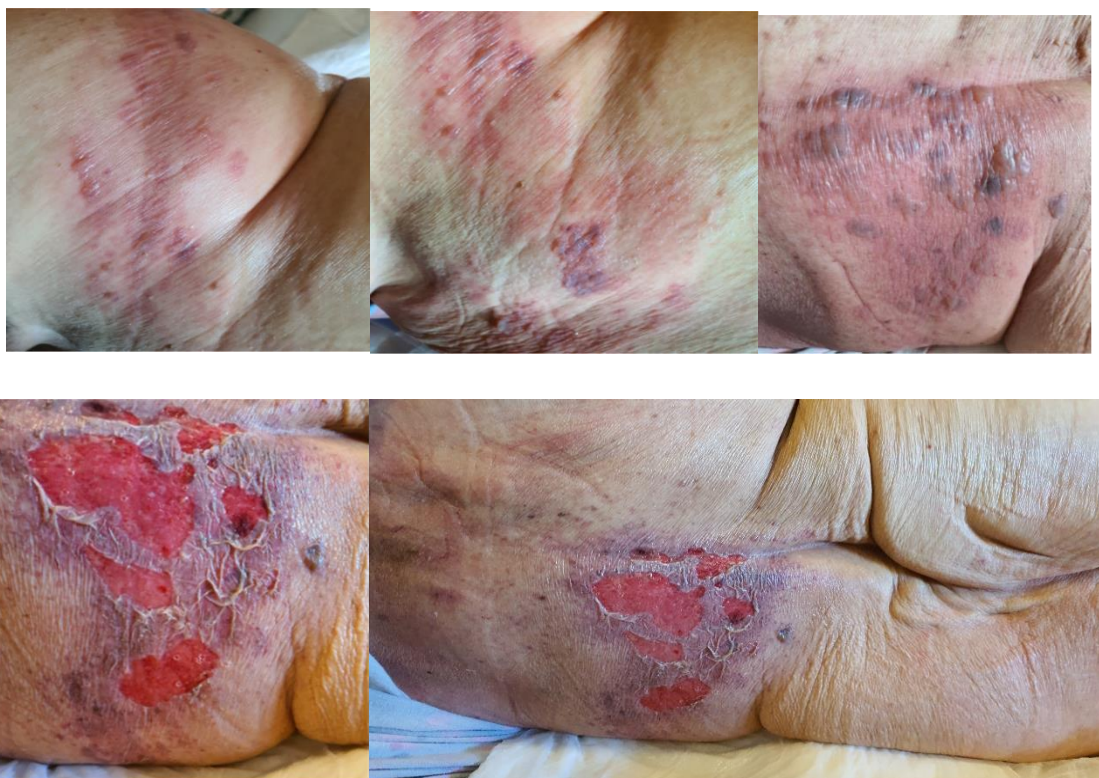
Wstęp. Półpasiec jest chorobą zakaźną wywołaną przez neurotropowy wirus DNA, który jest także przyczyną ospy wietrznej. Po pierwotnym zakażeniu i przechorowaniu ospy wietrznej wirus pozostaje w formie latentnej w zwojach międzykręgowych nerwów czaszkowych lub w nerwach obwodowych. Czynniki inicjujące reaktywację wirusa są różne: od urazów mechanicznych, psychicznych po procesy nowotworowe i załamanie odporności organizmu. Schorzenie dotyczy około 20% osób dorosłych, przy czym częstość występowania półpaśca oraz nasilenie objawów wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem [1]. Może dojść do ponownego zakażenia kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat po przebyciu ospy wietrznej. Półpasiec jest przykładem bardzo dokuczliwej jednostki chorobowej, która przede wszystkim wiąże się z nasilonymi dolegliwościami bólowymi. Pacjenci w ostrej fazie zakażenia stanowią zagrożenie dla osób ze zmniejszoną odpornością. Chory jest zakaźny średnio od 2 dni poprzedzających wystąpienie charakterystycznych pęcherzyków, aż do okresu wygojenia nadżerek i zmian skórnych. W przypadku tego typu schorzenia zawsze należy poinformować pacjenta aby unikał kontaktów z kobietami w ciąży, noworodkami, osobami starszymi i z obniżoną odpornością Średnia częstość występowania półpaśca w Polsce wynosi około 200 przypadków na 100 tys. rocznie [2]. Półpasiec może przybierać różne formy : krwotoczną, zgorzelinową, postać oczną, uszną (zespół Ramsaya Hunta) oraz postać rozsianą [2,3]. Poznanie przyczyn, obrazu chorobowego, przebiegu infekcji oraz zaleceń postępowania w ramach terapii przeciwwirusowej i wspomagającej pozwoli na skuteczniejsze leczenie, zminimalizowanie ryzyka wystąpienia ciężkich i przewlekłych powikłań

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie opisu przypadku pacjentki, u której nasilone objawy infekcji VZV w przebiegu złego uogólnionego stanu zdrowia nie pozwoliły na transport i leczenie w warunkach szpitalnych. Dotyczy to chorej 85 letniej kobiety, pacjentki paliatywnej, u której po infekcji SARS-CoV-2 doszło do zakażenia półpaścem zgorzelinowym.

Opis przypadku. Pacjentka l. 85 z demencją od 4 lat leżąca, z zespołem parkinsonopodobnym. Stan zdrowia nie pozwalał na transport sanitarny do szpitala. Rozpoznano półpasiec. Pierwsze symptomy półpaśca i zmiany pojawiły się po zakończonym leczeniu zakażenia wirusem SARS CoV-2, który spowodował w marcu 2022r. średnio ciężką postać COVID 19. Choroba rozpoczęła się od niespecyficznych objawów. Pojawiła się niewysoka gorączka, bóle głowy,

ból gardła. Swoistym objawem który wskazywał na rozwój półpaśca były niewielkie dolegliwości bólowe wraz z towarzyszącą przeczulicą skóry unerwionej przez chorobowo zmienione nerwy międzyżebrowe. Zmiany o charakterze czerwonych plam w początkowym okresie były zlokalizowane wyłącznie na lewym boku klatki piersiowej na wysokości VI-VIII żebra (fot. 1-3). Pacjentka zgłaszała umiarkowane dolegliwości bólowe. Następnie czerwone plamy ewoluowały w czerwone grudki i pęcherze wypełnione treścią surowiczą. Nastąpił masywny wysiew krwotocznych pęcherzyków na plecach po lewej stronie zajmując cały pas skóry najbardziej narażony na otarcie u pacjentki biernie leżącej. Spowodowało to pojawienie się zmian zgorzelinowych w obrębie pierwotnych łagodnych zmian półpaścowych (fot. 4-5). Zmianom tym towarzyszyło ogólne złe samopoczucie pacjentki, gorączka do 37,5⁰C, słabe dolegliwości bólowe oraz pieczenie i świąd uszkodzonej skóry. Ze względu na ogólny stan zdrowia chorej, nie był możliwy transport do szpitala, co zdecydowało o opiece domowej. Na poniższych fotografiach przedstawiono stan skóry pacjentki zakażonej wirusem oraz stan po ustąpieniu objawów. Ostra faza choroby trwała u pacjentki ponad 4 tygodnie (od połowy marca do końca kwietnia 2022r.) widoczne zmiany przedstawiono na fot 6-8. Na wyleczonej skórze pozostały białe przebarwienia i blizny widoczne na fotografiach 9-10. Taki stan jest zauważalny u nadal leżącej pacjentki ponad rok od zakażenia. Fotografie wykonano na koniec kwietnia 2024r.

Obraz kliniczny zmian o charakterze półpaśca zgorzelinowego - stan przed leczeniem fot. 1-5



Obraz kliniczny zmian o charakterze półpaśca zgorzelinowego - stan po leczeniu fot. 6-8



Stan skóry pacjentki po całkowitym wyleczeniu fot. 9-10



Zastosowane leczenie i higiena zmienionej chorobowo skóry. U pacjentki w leczeniu objawowym baczna uwaga zwrócono na higienę zmian skórnych. Doustna terapia przeciwwirusowa dla tej chorej nie była wprowadzona. Zastosowano jedynie podawanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych w miarę potrzeby. W poniższej tabeli podano preparaty, które były stosowane na różnych etapach zdrowienia pacjentki. Zastosowane środki wiązały się nie tylko z samą higieną skóry ale także jej dezynfekcją i odpowiednim natłuszczeniem.

Nazwa preparatu	Sposób działania
PINOL	Płyn pielęgnacyjny do ciała zapobiegający powstawaniu odleżyn, przyspiesza regenerację i pobudza mikrokrążenie skóry. Zawiera naturalne olejki eukaliptusowy i jodłowy.
PC 30®V	Płyn do stosowania na skórę z wyciągiem z kwiatów rumianku, wyciągiem z nasion kasztanowca pospolitego i z deksapantenolem. Przeznaczony dla skóry suchej i narażonej na mechaniczne otarcia i ucisk.
Octenisept®	Lek odkażający na skórę i małe powierzchniowe rany.
SutriSept	Płyn na rany. Do oczyszczania, przemywania, nawilżania i pielęgnacji ran ostrych, przewlekłych i zakażonych oraz odparzeń, może być stosowany z materiałami opatrunkowymi typu bandaże, gaziki i wypełniacze ran. Jest także odpowiedni do antyseptycznego oczyszczania, zmiękczenia i usuwania wyschniętych i przywierających do rany materiałów opatrunkowych, bez powodowania wtórnego urazu.
SutriHeal Forte	Maść do gojenia ran przeznaczona do wszelkich skaleczeń, owrzodzeń i oparzeń skóry.
RadioCalm	Specjalistyczna emulsja przeznaczona do pielęgnacji skóry w trakcie terapii onkologicznej. Zawiera ektoninę, kwas hialuronowy i ceramidy. Emulsję rozpyła się delikatnie na zmienioną chorobą skórę.
Bepanthen Plus	Antyseptyczny krem leczenie i odkażanie drobnych powierzchniowych ran skórnych, gdy istnieje ryzyko ich zakażenia np. zadrapania, skaleczenia, otarcia, pęknięcia skóry, oparzenia, odparzenia, zapalenia skóry oraz leczenie ran po małych zabiegach chirurgicznych.
Bepanthen SensiControl	Nawilżający krem zapewniający codzienną pielęgnację skóry suchej i atopowej. Unikalna formuła wzbogacona prebiotykiem. Dzięki zastosowaniu pantenolu i gliceryny zapewnia długotrwałe nawilżenie do 24 godzin. Zastosowanie witaminy B3 z prowitaminą B5 i olejami z rokitnika i oliwy z oliwek oraz technologią lipidów lamelarnych wzmacnia naturalną barierę ochronną skóry.
Ranisilver	Spray. Wyrób medyczny wspomagający leczenie powierzchniowych uszkodzeń skórnych o charakterze przewlekłym lub ostrym. Kwas hialuronowy, witamina E i fitokolagen akacyjny posiadają właściwości nawilżające i ochronne zapewniając prawidłowe nawilżanie mikrośrodowiska rany oraz wspomagają procesy fizjologicznej regeneracji tkanek. Mikronizowane srebro działa jak środek konserwujący.
Anticubit	Balsam na bazie 100% naturalnych olejków eterycznych do pielęgnacji skóry narażonej na odleżyny. Zawiera olejek z drzewa herbacianego

	hamujący wzrost drobnoustrojów. Skóra po stosowaniu balsamu nabiera elastyczności i prawidłowej wilgotności.
--	--

Dyskusja. Półpasiec (*Herpes Zoster*) wywołuje wirus *Varicella Zoster* (VZV), będący także przyczyną ospy wietrznej. Po pierwotnym zakażeniu wirus pozostaje w postaci utajonej w zwojach nerwów czaszkowych, zwojach rdzeniowych lub nerwach układu nerwowego obwodowego. Rozwój półpaśca może wystąpić się po kilku tygodniach lub nawet po kilkunastu latach w wyniku aktywacji uśpionego zakażenia i rozwoju zmian zakaźnych (3). U osób starszych, z powodu naturalnego obniżenia odporności i występowania chorób współistniejących osłabiających naturalną odporność, półpasiec jest stosunkowo częstą przypadłością (4). Stanowi on 1% wszystkich chorób infekcyjnych skóry (2). W tej grupie chorych przebieg zakażenia może być znacząco cięższy, wymaga intensywniejszego leczenia i może powodować wystąpienie długotrwałych neuralgii. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek pacjentki z półpaścem zgorzelinowym po przechorowaniu COVID-19. Szczególną uwagę poświęcono opiece domowej oraz leczeniu miejscowemu zmian skórnych. W wyniku zastosowanych metod zabezpieczania zmienionych chorobowo miejsc na skórze pacjentki uzyskano korzystne efekty terapeutyczne.

Wnioski. Występujące zakażenie półpaścem o ciężkiej formie zgorzelinowej u pacjentki leżącej wymagającej całodobowej opieki z zespołem parkinsonopodobnym, po przebytych COVID-19 z dużym deficytem odporności miało bardzo poważny przebieg jednak bardzo dobra opieka i wsparcie rodziny spowodowało, że nie doszło do dalszych powikłań. Dalsze pogłębienie wiedzy i zrozumienie mechanizmów powodujących reaktywację zakażenia VZV u pacjentów w podeszłym wieku oraz racjonalne leczenie i zastosowanie odpowiedniej higieny skóry jest konieczne w celu szybkiego opanowania choroby, zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań oraz uniknięcia pogorszenia jakości życia pacjenta [5,6].

Piśmiennictwo:

1. Wójcicka-Rubin A., Peterson-Jęckowska R., Kurnatowska A.: Herpes zoster II i III gałęzi nerwu trójdzielnego – opis przypadku. *Dent. Med. Probl.*, 2005: 42: 521-524;
2. Kulińska-Michalska M.M., Michalski K.: Zespół Ramsaya Hunta- opis przypadku. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2018: 24: 1-3;
3. Stover H., Denise D.O., Bratcher F.: Varicella-zoster virus: infection, control and prevention. *Am. J. Inf. Cont.* 1998: 26: 369-381;
4. Bujanowska-Fedak M.M., Węgierek P.: Pacjent z półpaścem w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny rodzinnej*, 2018: 12: 107-114;

5. Biesiada G., Czepiel J., Skwara P., Loster J., Sobczyk-Krupisz I., Mach T.: Zachorowania na półpasiec u ludzi w starszym wieku w materiale Kliniki chorób zakaźnych w latach 2001-2023. *Gerontologia Polska*, 2005;13: 177-180;
6. Adamski M., Baniewski D.: Półpasiec – częsta choroba zakaźna u pacjentów leczonych onkologicznie i wymagających opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna*, 2015: 7: 284-286.

Analiza częstości występowania i nasilenia encefalopatii jako powikłania marskości wątroby u pacjentów oddziału chorób wewnętrznych

Marcelina Głowacka, Beata Babiarczyk

Wstęp. Marskość wątroby to stan, w którym w następstwie uogólnionego uszkodzenia mięszu dochodzi do włóknienia oraz przemiany prawidłowej architektury narządu w strukturalne guzki regeneracyjne. Czynny mięsz ulega redukcji, co w konsekwencji oznacza, że rozwijają się zaburzenia czynności wątroby oraz dezorganizacja układu wrotnego [1]. W przebiegu choroby dochodzi do zaburzenia funkcji wielu narządów oraz układów, a nagła jej dekompensacja jest stanem zagrożenia życia, wymagającym pilnej diagnostyki oraz leczenia w warunkach szpitalnych [2]. Jak podają dane w dostępnej literaturze, zapadalność na marskość wątroby jest zróżnicowana geograficznie i głównie zależy od ilości spożywanego alkoholu, czy też występowania zakażeń wirusami hepatotropowymi. Literatura podaje, że choroba może rozwinąć się w każdym wieku, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, choć jednak obserwuje się nieco większy odsetek chorujących na marskość wątroby mężczyzn [3]. Ze względu na swoją specyfikę, choroba ta charakteryzuje się wysoką śmiertelnością. Według danych *Global Burden of Diseases* (GBD) z 2017 r., marskość wątroby spowodowała ponad 1,3 mln zgonów na całym świecie. Standaryzowany wskaźnik zgonów zmniejszył się lub pozostał na tym samym poziomie w latach 1990-2017 we wszystkich regionach GBD, z wyjątkiem Europy Wschodniej i Azji Środkowej, gdzie standaryzowany wskaźnik zgonów wzrósł według wieku, głównie ze względu na wzrost częstości występowania chorób związanych z alkoholem. W 2017 r. na całym świecie było 10,6 miliona rozpowszechnionych przypadków niewyrównanej marskości wątroby i 112 milionów przypadków jej postaci wyrównanej [4]. Według cytowanych wyżej danych, wśród krajów o najwyższej standaryzowanej częstości występowania niewyrównanej marskości wątroby znalazła się także Polska [1,4]. Do najczęstszych powikłań marskości wątroby należą wodobrzusze, encefalopatia wątrobowa, krwawienie z przewodu pokarmowego, żółtaczka oraz spontaniczne zakażenie otrzewnej [2]. Encefalopatia wątrobowa (EW) stanowi zespół potencjalnie odwracalnych zaburzeń neuropsychicznych u chorych z niewydolnością wątroby, wynikających z upośledzonej zdolności usuwania z krwi amoniaku oraz innych produktów przemian związków azotowych. Zaburzenie to może przybierać postać utajoną lub jawną klinicznie. Encefalopatia wątrobowa w marskości wątroby jest skutkiem upośledzonej

detoksykacji krwi przepływającej przez wrotno-systemowe krążenie oboczne i jest opisywana w literaturze jako encefalopatia wrotna [1]. Objawy EW obejmują wydłużenie reakcji na bodźce, zaburzenia koncentracji, zaburzenia świadomości, ubytek intelektualny, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, odwrócenie rytmu snu i czuwania oraz/lub splątanie [5,6]. Wśród różnych postaci encefalopatii należy wyróżnić encefalopatię wątrobową, zwaną minimalną. Jest to rodzaj EW, w której występują dyskretne zaburzenia funkcji poznawczych i psychomotorycznych u pacjentów z marskością wątroby lub przetokami wrotno-systemowymi. Zaburzenia te najczęściej są zauważane przez rodzinę chorego, natomiast mogą być potwierdzone jedynie przez testy psychomotoryczne. Minimalna EW charakteryzuje się niewielkim deficytem uwagi, wydłużeniem czasu reakcji na bodźce czy też nieprawidłowościami w wykonywaniu precyzyjnych czynności manualnych [7,8]. Najpowszechniejszym narzędziem do oceny EW jest skala CHES. Skala ta jest oparta na 9 pytaniach dotyczących manifestacji EW, a ocena chorego przy jej użyciu jest prosta i nie wymaga wcześniejszego przeszkolenia, dlatego może być używana nie tylko przez lekarzy, ale również przez pielęgniarki [9]. Skala CHES zaprezentowana została w Tabeli I.

Tabela I. Skala CHES (nasilenia encefalopatii wątrobowej)

Kryterium	0 pkt	1 pkt
1. Czy pacjent wie, jaki jest miesiąc?	Tak	Nie
2. Czy pacjent wie, jaki jest dzień tygodnia?	Tak	Nie
3. Czy pacjent potrafi policzyć wstecz bez błędów i zacinania od 10 do 1?	Tak	Nie
4. Czy pacjent na polecenie unosi ramiona?	Tak	Nie
5. Czy pacjent rozumie zadawane pytania (bazując na pkt 1–4)?	Tak	Nie
6. Czy pacjent jest czuwający i aktywny?	Tak	Nie
7. Czy pacjenta trudno dobudzić? Czy natychmiast zasypia?	Tak	Nie
8. Czy pacjent może mówić?	Tak	Nie
9. Czy pacjent mówi wyraźnie (można wszystko zrozumieć) i bez jąkania?	Tak	Nie
Punkty sumuje się: 0 – bez cech encefalopatii, 9 – maksymalne nasilenie encefalopatii wątrobowej		

Źródło: Medycyna Rodzinna. Skala CHES [online]. Dostępna w Internecie
<https://www.mp.pl/medycynarodzinna/skale/119779,skala-chess>. [Dostęp 22.07.2022r].

Cel pracy. Celem głównym niniejszego badania była ocena występowania i nasilenia encefalopatii u pacjentów z marskością wątroby. W szczególności oceniliśmy sytuację zdrowotną badanych, wybrane elementy stylu ich życia, jako potencjalne przyczyny wystąpienia encefalopatii oraz nasilenie występujących u nich objawów encefalopatii.

Material i metody. Charakterystyka grupy badanej. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od stycznia do września 2022 roku i objęto nim pacjentów z rozpoznaną encefalopatią wątrobową, przebywających na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Śląskiego w Cieszynie. Warunkiem przystąpienia do badania było wyrażenie dobrowolnej zgody na

udział w nim. Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o całkowicie anonimowym charakterze badania oraz o wykorzystaniu uzyskanych danych jedynie dla potrzeb badawczych. Wśród pacjentów, którzy zgodzili się na udział w badaniu wyodrębniono dwie grupy; pierwsza obejmowała chorych zdolnych do samodzielnego wypełnienia ankiety, a druga obejmowała pacjentów, którzy docelowo wymagali pomocy w wypełnieniu ankiety lub uzupełnienia danych będących przedmiotem wywiadu z ich indywidualnej dokumentacji. Na przeprowadzenie badania w tej formie uzyskano zgodę dyrekcji placówki. W okresie badawczym przygotowano i rozdano na oddział chorób wewnętrznych 118 ankiet. 15 ankiet zostało wyeliminowanych z powodu braków lub nieprawidłowego wypełnienia. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 103 ankiety (wskaźnik odpowiedzi 85,8%). Niecała połowa badanych (46,6%) wymagała pomocy w wypełnieniu kwestionariusza ankiety. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $55,14 \pm 11,32$ lat (28-78 lat). Wśród ankietowanych przeważali mężczyźni (68%); co około trzecia osoba badana była mieszkańcem wsi (31%), a pozostali zamieszkiwali małe i duże miasta (69%). Co około trzeci ankietowany był osobą z wykształceniem zawodowym (33%) lub średnim (31,1%). Osoby o najniższym, podstawowym poziomie wykształcenia stanowiły 18,5% grupy badanej, natomiast badani z wykształceniem wyższym stanowili zaledwie 17,4%. Jedynie co czwarty badany deklarował wykonywanie pracy umysłowej (25,2%), pozostałe osoby pracowały fizycznie (36,9%) bądź w ogóle nie pracowały (36,9%). Tylko 1 osoba była osobą aktualnie studiującą. Pod względem stanu cywilnego, osoby pozostające w związku stanowiły zdecydowaną większość – 76,4%, a co około czwarty badany deklarował, że jest osobą samotną (23,6%). Większość osób biorących udział w badaniu (78,2%) mieszkała z rodzinami, co około piąty ankietowany mieszkał samotnie (20%), a 1 osoba zadeklarowała inną odpowiedź, nie wyjaśniając jednak szerzej co miała na myśli. Około połowa badanych określiła swoją sytuację materialną jako złą (49,1%), a co około trzecia osoba – jako przeciętną (32,7%). Co dziesiąty badany ocenił ją jako „bardzo złą” (10,9%). Jedynie małe odsetki badanych uznały, że ich sytuacja materialna jest dobra (5,5%) albo bardzo dobra (1,8%).

Metody badawcze. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę dokumentacji medycznej, a jako techniki użyto kwestionariusza ankiety (dla osób niezdolnych do samodzielnego jej wypełnienia - wywiadu kwestionariuszowego) oraz analizy ilościowej. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety, zawierający oprócz metryczki, 21 pytań dotyczących m.in. czasu rozpoznania encefalopatii, przyczyny uszkodzenia wątroby, faktu współistnienia jej powikłań oraz ewentualnych hospitalizacji z ich powodu faktu oraz modelu spożywania alkoholu, a także kilka pytań dotyczących przyczyn i występujących

obecnie objawów encefalopatii. Aby ocenić występowanie i nasilenie encefalopatii posłużono się skalą CHESS. Skala ta została stworzona przez Ortiz i wsp. [10] w 2007 roku. Zawiera ona 9 pytań oceniających orientację pacjenta, czujność, zdolność do reagowania na polecenia i do rozmowy. Wyniki ocenia się na skalę linearnej, od normalności (0 pkt w skali) do głębokiej śpiączki (9 pkt. w skali). Rzetelność i wewnętrzna spójność oryginalnej wersji skali, oceniana za pomocą testu α -Cronbacha wynosi 0,8.

Analiza statystyczna. Dane uzyskane z badania zakodowano w arkuszu kalkulacyjnym pakietu MS Office. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały wykonane przy użyciu programu Statistica 14 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2021. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka). Normalność rozkładu danych oceniono za pomocą testu Shapiro-Wilka – stwierdzono, iż zmienne analizowane w niniejszej pracy miały rozkład różny od rozkładu normalnego, więc w analizach stosowano test U Manna – Whitney’ a (porównanie grup dwóch zmiennych), test Kruskala - Wallisa (porównanie więcej niż 2 grup zmiennych) oraz korelację Pearsona (zależność pomiędzy 2 zmiennymi liczbowymi). Dla zmiennych jakościowych stosowano test χ^2 , jeśli sytuacja tego wymagała - z poprawką na ciągłość Yatesa oraz testem Fishera dla tabel 2x2. Dla wszystkich danych przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki. Charakterystyka obecnej sytuacji zdrowotnej badanych. Analiza danych uzyskanych w badaniu własnym wykazała, że marskość wątroby u badanych została rozpoznana średnio $3,6 \pm 3,09$ lat temu (0-15 lat). Najczęstszą przyczyną uszkodzenia wątroby był alkohol (85,4%). Co około dziesiąty badany wybrał wariant odpowiedzi „inne” (8,7%), wskazując, iż było to np.: autoimmunologiczne zapalenie wątroby lub nie rozwijając szczegółowo swojej odpowiedzi. Mały odsetek badanych podał „zapalenie wątroby”, jako przyczynę uszkodzenia (6,8%), a niespełna 2% badanych podawało uszkodzenie polekowe. Potwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy niektórymi danymi socjo-demograficznymi, a odpowiedzią na wyżej opisane pytanie (Tabela II).

Tabela II. Korelacja pomiędzy deklarowanym przez badanych alkoholem, jako przyczyną uszkodzenia wątroby, a ich danymi socjo - demograficznymi

Zmienne socjo-demograficzne	Alkohol jako przyczyna uszkodzenia wątroby		χ^2	p
	Tak N=88	Nie N=15		

		n	%	n	%		
Płeć	Kobiety	21	63,6	12	36,4	10,55	0,001*
	Mężczyźni	67	95,7	3	4,3		
Wiek	Do 30 lat	2	66,6	1	33,4	2,19	0,823*
	30-39 lat	7	77,7	2	22,3		
	40-49 lat	17	89,4	2	10,6		
	50-59 lat	23	82,1	5	17,9		
	60-69 lat	33	89,1	4	10,9		
	≥70 lat	6	85,7	1	14,3		
Miejsce zamieszkania	Wieś	31	96,8	1	3,2	7,81	0,020*
	Małe miasto	44	84,6	8	15,4		
	Duże miasto	13	68,4	6	31,6		
Poziom wykształcenia	Podstawowe	19	100,0	0	-	20,30	<0,001*
	Zawodowe	33	97,0	1	3,0		
	Średnie	26	81,2	6	18,8		
	Wyższe	10	55,5	8	44,5		
Aktywność zawodowa	Uczy się/Studiuje	0	-	1	100,0	14,07	0,003*
	Praca fizyczna	35	92,1	3	7,9		
	Praca umysłowa	18	69,2	8	30,8		
	Brak pracy	35	92,1	3	7,9		
Stan cywilny	W związku	29	69,0	13	40,0	1,74	0,187**
	Samotny	12	92,3	1	7,7		
Sytuacja rodzinna	Mieszka samotnie	9	81,8	2	18,2	0,78	0,676*
	Mieszka z rodziną	31	72,0	12	28,0		
	Inna	1	100,0	0	-		
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	1	100,0	0	-	3,18	0,528*
	Dobra	3	100,0	0	-		
	Przeciętna	15	83,3	3	16,7		
	Zła	18	66,6	9	33,4		
	Bardzo zła	4	66,6	2	33,4		

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie; p: poziom istotności statystycznej; *test χ^2 ; **test χ^2 z poprawką Yatesa

Najczęstszymi stanami towarzyszącymi uszkodzeniu wątroby były wodobrzusze (75,7%) oraz żółtaczka (75,7%). U dużego odsetka badanych występowały także żylaki przełyku/dna żołądka (68,9%), niedożywienie (59,2%) oraz zespół uzależnienia od alkoholu (ZUA) (43,7%). Najrzadziej badani wymieniali towarzyszące chorobie zapalenie wątroby - zaledwie 6,8% ankietowanych. Okazało się, że poziom wykształcenia istotnie statystycznie determinuje występowanie ZUA u badanych ($\chi^2=12,49$; $p=0,006$); osoby z podstawowym wykształceniem istotnie częściej zgłaszały zespół uzależnienia od alkoholu, jako dodatkowy problem, towarzyszący uszkodzeniu wątroby. Analiza danych badania pokazała, iż dla prawie połowy ankietowanych hospitalizacja, podczas której wykonywano niniejsze badanie, nie była pierwszą w życiu (47,6%). Od około 1/4 badanej grupy nie udało się uzyskać danych w tej kwestii (26,1%), a z pozostałych osób badanych - 14,6% nie pamiętało, który raz są hospitalizowani. Co około dziesiąty badany określił, że obecna hospitalizacja była pierwszą,

z powodu chorób wątroby (11,8%).

Charakterystyka oceny elementów stylu życia badanych, jako potencjalnych przyczyn wystąpienia encefalopatii. W ramach oceny stylu życia badanych, postanowiono ich najpierw zapytać czy spożywają oni alkohol. Na to pytanie zdecydowało się odpowiedzieć 54 ankietowanych (52,4%). Prawie połowa z nich potwierdziła, że spożywa obecnie alkohol (44,4%). Co około trzeci badany stwierdził, że nie pije alkoholu i nigdy tego nie robił (29,6%), a co czwarty – podał, iż obecnie nie spożywa alkoholu, choć kiedyś to robił (25,9%). Analiza wykazała, że osoby pracujące fizycznie statystycznie istotnie częściej potwierdzały, iż obecnie nie piją alkoholu, choć w przeszłości to robiły, a z kolei badani wykonujący pracę umysłową częściej podawali, że w ogóle nigdy nie pili alkoholu ($\chi^2=13,41$; $p=0,037$). Aby ocenić model spożywania alkoholu przez badanych, którzy potwierdzili, że go spożywają poproszono ich o wskazanie jak często to robią. Większość badanych (62,5%) przyznała, że spożywa alkohol kilka razy w tygodniu, a co piąty ankietowany przyznał, że spożywa go codziennie (20,8%). Natomiast „okazjonalnie” określiło spożywanie alkoholu 16,7% badanych. Jeśli chodzi o preferowany rodzaj spożywanego alkoholu, to najczęściej było to piwo (45,8%). Co trzeci ankietowany podał, iż preferuje wino (33,3%), a 16,7% - wódkę. Jedna osoba badana zakresliła odpowiedź „Inne” (4,2%), nie precyzując jednak co miała na myśli. Okazało się, że płeć jest istotną determinantą udzielanych odpowiedzi; badani mężczyźni istotnie częściej, niż kobiety podawali, że spożywają zazwyczaj piwo ($\chi^2=8,10$; $p=0,044$). Ankietowanych, którzy zadeklarowali, że piją alkohol zapytano o to, z jakiego powodu to robią. Najczęściej wybieraną odpowiedzią była „lubię go” (45,8%). Takie same odsetki badanych wskazały na takie powody jak „kłopoty w pracy” i „samotność” (po 16,7%). Natomiast co około dziesiąty badany podawał, że są to „kłopoty w rodzinie” (12,5%) lub „spotkania towarzyskie/namowa innych” (8,3%). Żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi „Inne”. Analiza korelacji pomiędzy deklarowanym głównym powodem sięgania po alkohol, a danymi socjo-demograficznymi badanych wykazała, że istnieje zależność pomiędzy płcią badanych, a wybieranymi odpowiedziami ($\chi^2=10,16$; $p=0,038$). Grupa badanych mężczyzn istotnie częściej wybierała odpowiedź „lubię go” (62,5%), natomiast w grupie kobiet najczęściej wybierano odpowiedź „kłopoty w pracy” (37,5%). Biorąc pod uwagę deklarowaną ilość spożywanego alkoholu stwierdzono, że połowa z badanych zdecydowała się na odpowiedź „Nie więcej niż 7 kieliszków wódki lub 7 lampek wina lub 7 małych piw na tydzień” (50%). 25% ankietowanych odpowiedziało, że wypija więcej niż 7 kieliszków wódki lub 7 lampek wina lub 7 małych piw na tydzień. Taki sam odsetek uzyskała odpowiedź „trudno powiedzieć”. Na

następne pytanie skierowane do osób pijących alkohol, czyli: „Czy w Pana/-i ocenie nadużywa Pan/-i alkoholu?”, połowa badanych odpowiedziała negująco (50%). Co około trzeciej osobie badanej trudno było jednoznacznie to określić (37,5%), a co około dziesiąta - potwierdziła nadużywanie alkoholu (12,5%). Okazało się, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy jedną ze zmiennych socjo-demograficznych (poziomem wykształcenia), a wybieraną odpowiedzią na to pytanie ($\chi^2=13,78$; $p=0,032$). Badani z wyższym wykształceniem istotnie częściej negowali fakt nadużywania alkoholu, w porównaniu do pozostałych badanych. Badanych zapytano także, czy zdarza się im odczuwać rozdrażnienie po dłuższej abstynencji; ponad połowa z nich odpowiedziała, iż czasami po dłuższej abstynencji odczuwa rozdrażnienie (54,2%). Co piąty ankietowany udzielił odpowiedzi „trudno powiedzieć” (20,8%), a co czwarty wskazał odpowiedź „rzadko” (25%). Odpowiedź „nigdy” oraz „zawsze” nie uzyskała żadnej odpowiedzi. Osoby badane, które zadeklarowały, że obecnie nie piją alkoholu, choć wcześniej to robiły ($n=14$) zapytano od jakiego czasu zachowują abstynencję. Ponad połowa podała odpowiedź „od kilku lat” (57,1%), co około trzeciej badany zadeklarował abstynencję „od kilku miesięcy” (35,7%).

Charakterystyka występujących u badanych objawów encefalopatii i ich nasilenia.

Charakterystykę objawów mogących sugerować występowanie u badanych encefalopatii przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Charakterystyka badanych pod względem samooceny występujących u nich objawów encefalopatii

Objawy encefalopatii	Ogółem N=54		
	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
	n (%)	n (%)	n (%)
Wzmoczona senność w ciągu dnia	15 (27,7)	36 (66,6)	3 (5,7)
Problemy z zasypianiem, budzeniem się w środku nocy	50 (92,6)	2 (3,7)	2 (3,7)
Trudność w skupieniu się przy wykonywaniu codziennych czynności	18 (34)	29 (54,7)	6 (11,3)
Wahania nastroju, rozdrażnienie	20 (37,0)	29 (53,7)	5 (9,3)
Drżenia rąk i trudności z pisaniami	14 (25,9)	36 (66,7)	4 (7,4)

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie

Analiza wyników osiągniętych przez ankietowanych w skali CHES wykazała, iż średnio uzyskali oni w tej skali $3,09 \pm 2,85$ pkt. (0-9 pkt.). Na podstawie wyników skali CHES stwierdzono, że u 70,9% badanych występuje encefalopatia, w różnym stopniu nasilenia, a u co około trzeciej osoby badanej brak jest cech encefalopatii (29,1%). Z danych uzyskanych z dokumentacji medycznej wynika, że u ankietowanych z cechami encefalopatii, powikłanie to

rozpoznano średnio 6,2±6,3 miesiące temu (1-36 miesięcy temu). Dla wyników osiągniętych w skali CHES dokonano szeregu szczegółowych obliczeń statystycznych. W pierwszej kolejności porównano nasilenie encefalopatii, wyrażone punktowo wg skali CHES, z przyczyną uszkodzenia wątroby u badanych. Z obliczeń wynika, że istotnie wyższe wyniki w skali CHES uzyskiwali pacjenci deklarujący alkohol, jako przyczynę uszkodzenia wątroby ($p < 0,001$). Pogłębiona analiza statystyczna wykazała także, że wszystkie, deklarowane przez badanych stany towarzyszące ich uszkodzeniu wątroby są istotnymi predyktorami nasilenia encefalopatii wątrobowej (Tabela IV).

Tabela IV. Korelacja pomiędzy występowaniem u badanych stanów towarzyszących chorobie wątroby, a wynikiem w skali CHES

Pytanie ankiety: Czy chorobie wątroby towarzyszą któreś z poniższych stanów?		Wynik skali CHES [pkt]		p*
		M	SD	
Wodobrzusze N=78	Tak	3,50	2,92	0,012
	Nie	1,80	2,22	
Zapalenie wątroby (np. WZW) N=7	Tak	1,29	3,40	0,025
	Nie	3,22	2,78	
Żylaki przełyku/dna żołądka N=71	Tak	3,55	2,81	0,006
	Nie	2,06	2,71	
Żółtaczka N=78	Tak	3,51	2,97	0,012
	Nie	1,76	1,94	
Niedożywienie N=61	Tak	3,69	2,78	0,005
	Nie	2,21	2,75	
ZUA N=45	Tak	4,94	2,47	<0,001
	Nie	1,66	2,24	

M: średnia arytmetyczna; SD: odchylenie standardowe; p: poziom istotności statystycznej;
*test U Manna-Whitney'a

Analiza wyników wykazała także istotną statystycznie różnicę pomiędzy uzyskanymi przez badanych wynikami w skali CHES, a faktem spożywania alkoholu. Najbardziej różniły się pomiędzy sobą grupy „Tak piję alkohol” oraz „Nie piję i nigdy nie piłem/piłam” ($p = 0,021$). Osoby deklarujące, że obecnie piją uzyskiwały istotnie wyższą punktację w skali CHES (Tabela V).

Tabela V. Korelacja pomiędzy faktem spożywania alkoholu przez badanych, a wynikami w skali CHES

Pytanie ankiety: Czy spożywa Pan/-i alkohol?	Wynik skali CHES [pkt]		p*	
	M	SD		
Tak, piję alkohol N=24	1,38	1,35	1-2: 1,000 1-3: 0,021	0,008

Obecnie nie, ale kiedyś piłem N=14	1,57	2,41	2-3: 0,097	
Nie piję i nigdy nie piłem N=16	0,19	0,54		

M: średnia arytmetyczna; SD: odchylenie standardowe; p: poziom istotności statystycznej;
*test Kruskala-Wallis

Nie wykazano natomiast w trakcie porównań statystycznych, ażeby takie zmienne jak częstotliwość, rodzaj czy też ilość spożywanego przez badanych alkoholu istotnie determinowały występowanie i nasilenie encefalopatii wątrobowej wg skali CHES (p>0,05).

Dyskusja. Encefalopatia wątrobowa jest zespołem neuropsychiatrycznym, który charakteryzuje się zaburzeniami snu, funkcji poznawczych oraz motorycznych. Czynniki ryzyka rozwoju encefalopatii to najczęściej nadmierne spożywanie alkoholu, wirusowe zapalenie wątroby, uszkodzenie polekowe oraz toksyczne. Autorzy wielu publikacji opisują stany inicjujące encefalopatię wątrobową oraz funkcjonowanie pacjentów w czasie jej występowania. Większość badanych na potrzeby niniejszej pracy cierpiała na zaawansowaną postać marskości wątroby, chorowali oni średnio 3,6±3,09 lat. Obecna hospitalizacja dla około połowy badanych była kolejną hospitalizacją z powodu choroby podstawowej wątroby, między innymi z powodu faktu, że u większości z nich występowały też stany potwierdzające niewydolność narządu: wodobrzusze i żółtaczkę, żylaki przełyku/dna żołądka czy też niedożywienie. Okazało się także, że u 70,9% ankietowanych osób potwierdzono na podstawie analizy wyników skali CHES występowanie encefalopatii wątrobowej, w różnym nasileniu. Dane te są zgodne z literaturą przedmiotu; Jankowska i wsp. [11] w swojej pracy podają na przykład, że encefalopatia wątrobowa występuje u ok. 60-70% chorych na marskość wątroby, a z kolei żylaki przełyku występują w 30% u chorych ze skompensowaną marskością wątroby i u 60% osób ze zdekompensowaną marskością. W artykule pt. „Zasady leczenia krwawienia z żylaków przełyku”, Wróblewski i Dąbrowski [12] opisują żylaki przełyku jako poważne powikłanie nadciśnienia wrotnego, którego najczęstszą przyczyną jest marskość wątroby. Jak podają autorzy, w momencie rozpoznania marskości wątroby żylaki przełyku odnotowuje się u 50% pacjentów, a krwawienie występuje u około 30% z nich. Grata-Borkowska i wsp. [5] w swojej pracy poglądowej na temat zaburzeń psychicznych oraz neurologicznych u pacjentów z marskością wątroby opisują objawy, które mogą świadczyć o rozwijającej się encefalopatii. Do tych objawów, wg autorów pracy należą: wydłużenie czasu reakcji na bodźce, zaburzenia koncentracji, zmiany nastroju, niepokój czy też lęk. Stopniowo pojawia się odwrócenie dobowego rytmu snu i czuwania. Wczesne rozpoznanie encefalopatii umożliwia

uświadomienie pacjentowi zagrożeń oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. W badaniu niniejszym, u niektórych ankietowanych występowały objawy mogące świadczyć o encefalopatii. Wśród tych najczęściej występujących badani wymieniali problemy z zasypianiem, wahania nastroju lub rozdrażnienie i trudność w skupieniu się przy wykonywaniu codziennych czynności. Związek przyczynowo-skutkowy spożywania alkoholu i chorób wątroby jest dobrze poznany i jak napisano w raporcie WHO pt. „*Global status report on alcohol and health 2018*”, wykazano, że alkohol jest jedną z najczęstszych przyczyn chorób wątroby. Etanol uszkadza bezpośrednio komórki wątrobowe, ale działa też destrukcyjnie poprzez mechanizmy związane z metabolizmem i niedożywienie. Podtypy chorób wątroby związane z nadużywaniem alkoholu obejmują: alkoholowe zapalenie wątroby, stłuszczenie wątroby, a także jej zwłóknienie i marskość. Ostre, alkoholowe zapalenie wątroby i marskość wątroby wiążą się z wysoką śmiertelnością (która może sięgać nawet 50% w ostrym alkoholowym zapaleniu wątroby), a mediana czasu przeżycia pacjentów z zaawansowaną marskością wątroby wynosi zaledwie 1–2 lata [13]. Alkohol jest także wymieniany przez 85,4% badanych na potrzeby niniejszej pracy, jako główna przyczyna występującego u nich uszkodzenia wątroby. Wyniki wskazują również, iż jedynie 29,6% badanych nigdy nie spożywała alkoholu, a 25,9% obecnie nie pije, choć kiedyś to robili. Ponad 40% z badanych przyznała, że nadal spożywa alkohol, najczęściej kilka razy w tygodniu. Podobne obserwacje poczyniono w pracy Korpys [14]. Autorka, na podstawie analizy 40 osób z marskością wątroby, leczonych na oddziałach dwóch bydgoskich szpitali podaje, iż ponad połowa pacjentów z marskością wątroby pije regularnie alkohol (55%), a więcej niż co trzeci pacjent pije alkohol codziennie (37,5%). We własnej pracy częściej potwierdzają spożywanie alkoholu pracujący fizycznie, co jest zgodne z danymi w literaturze, dotyczącymi konsumpcji alkoholu przez dorosłych Polaków. Na podstawie danych zamieszczonych w raporcie CBOS z 2019 roku [15] można stwierdzić, iż ponad połowa Polaków (56%) spożywa alkohol często; mniej niż co dziesiąty badany (8%) podaje, że spożywa alkohol okazjonalnie, a co trzeci unika konsumpcji alkoholu (33%). Biorąc pod uwagę grupy zawodowe, stosunkowo najczęściej po alkohol sięgają robotnicy niewykwalifikowani, bezrobotni oraz pracujący na własny rachunek. Podobne obserwacje poczyniono w pracy Bujalskiego i wsp. [16]. Autorzy, na podstawie wyników kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP) stwierdzają, że problemy alkoholowe głównie dotyczą mężczyzn, zdecydowanie rzadziej kobiet. Mężczyźni, którzy nadużywają alkoholu to zwykle osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a więc ta populacja jest bardziej narażona

na ryzyko doświadczenia problemów alkoholowych w ciągu trwania swojego życia. Natomiast w przypadku kobiet, ich pozycja zawodowa okazała się nie mieć wpływu na zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Badanie EZOP pokazało także, że populacje o niższym poziomie społeczno-ekonomicznym oraz mieszkańcy dużych miast doświadczają większych problemów związanych z alkoholem. Z raportu „Infos” pt. „Alkohol w Polsce”, którego autorem jest Zgliczyński [17] także wynika, że spożycie alkoholu wiąże się z poziomem wykształcenia oraz dodatkowo z wiekiem. Autor powołuje się jednak na dane wskazujące, że odsetek nadużywających alkoholu rośnie wprost proporcjonalnie z poziomem wykształcenia, a odwrotnie proporcjonalnie z wiekiem. W badaniu własnym natomiast nie wykazano, żeby dane socjo-demograficzne, takie jak wykształcenie oraz wiek wpływały na fakt spożywania alkoholu. Cytowane wyżej badanie CBOS [15] publikuje dane wskazujące, że najczęściej spożywanym przez Polaków alkoholem jest piwo, na drugim miejscu wybierają oni wino, a na trzecim - wódkę. Analiza modelu spożywania alkoholu przez badanych w pracy własnej również wykazała, że najczęściej preferują oni piwo (45,8%) i wino (33,3%), przy czym na spożywanie tego pierwszego najczęściej wskazują badani mężczyźni. Osoby badane, które potwierdziły spożywanie alkoholu zapytano o główny powód jego picia. Połowa z nich stwierdziła, że go po prostu „lubi”, przy czym częściej twierdzili tak badani mężczyźni. Inni potwierdzali, że piją alkohol w związku z kłopotami w pracy, czy też w rodzinie, z powodu samotności albo za namową innych. Podobne motywy wymieniają Frąckowiak i Motyka w swojej pracy [18]. Autorzy podają za Woronowiczem, że istnieją trzy motywy spożywania alkoholu; tzw. „ucieczkowe”, które ma na celu w szczególności zredukować napięcie, poprawić nastrój, zapewnić odprężenie oraz sprawić, że zapomina się o kłopotach. Drugim jest motyw społeczny, który opisuje spożywanie alkoholu w towarzystwie, z jakiejś okazji czy z uprzejmości. Trzeci motyw - „w poszukiwaniu przyjemności”, w którym dla pijących ważne są walory smakowe czy przekonanie o pozytywnym oddziaływaniu alkoholu na zdrowie. Również Krawczyk w swojej pracy [19] potwierdza, że najczęściej wybierane powody sięgania po alkohol wśród badanych to „osiągnięcie stanu relaksu, odprężenia czy też błogości”. Część badanych na potrzeby cytowanej pracy określała, że „topi w szklance smutki”. Przy czym należy dodać, że w cytowanej pracy grupę badaną stanowiła młodzież studencka, a więc ludzie znacznie młodszy, niż większość ankietowanych na potrzeby niniejszego badania. W pracy niniejszej zapytano także osoby pijące o to, czy we własnej ocenie nadużywają alkoholu. Okazało się, że połowa badanych pijących nie uważa, że go nadużywa, przy czym częściej twierdzą tak osoby z wyższym wykształceniem. Jednocześnie taki sam mniej więcej procent

poświadczył w innym pytaniu, że odczuwa niekiedy pewne objawy zespołu odstawiennego. Możliwym jest więc, że niektórych z badanych pijących cechuje mechanizm wyparcia i charakterystyczne dla alkoholików wysokofunkcjonujących racjonalizacje. Osoby takie uważają, że nie pasują do „typowego” obrazu alkoholika. Panują przecież nad swoim życiem, są cenionymi pracownikami, odnoszącymi sukcesy i plasującymi się zazwyczaj wysoko w hierarchii zawodowej i społecznej, a alkohol traktują jako nagrodę (np. za ciężką pracę). Jeśli piją, to są to drogie trunki, w dobrym towarzystwie [20]. Autorzy wcześniejszych cytowań potwierdzają, że alkohol ma wpływ na uszkodzenie wątroby, a dokładniej na występowanie marskości wątroby, która z kolei wiąże się często z pojawieniem się EW. Wymagane jest dalsze monitorowanie występowania encefalopatii wątrobowej i wdrażanie działań prewencyjnych, aby zapobiegać jej występowaniu.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonego badania, zostały sformułowane następujące wnioski:

1. Większość badanych na potrzeby niniejszej pracy cierpiała na zaawansowaną postać marskości wątroby, z towarzyszącymi jej wodobrzuszem, żółtaczką, żylakami przełyku/dna żołądka i niedożywieniem, potwierdzającymi niewydolność narządu. Najczęstszą natomiast przyczyną uszkodzenia wątroby u badanych jest alkohol, a osobami zwłaszcza narażonymi na uszkodzenie wątroby związane ze spożywaniem alkoholu wydają się być mężczyźni, zamieszkujący na wsi, z podstawowym wykształceniem, pracujący fizycznie lub bezrobotni.
2. Większość badanych potwierdziła spożywanie alkoholu obecnie lub w przeszłości. Badani nadal pijący alkohol w większości podają, że spożywają alkohol kilka razy w tygodniu i robią to bo go „lubią”. Trunkiem preferowanym, zwłaszcza przez badanych mężczyzn, było piwo.
3. U zdecydowanej większości badanych potwierdzono występowanie encefalopatii wątrobowej w różnym stopniu nasilenia. Najczęstszymi objawami sugerującymi to powikłanie, a występującymi u badanych były problemy z zasypianiem i trudność w skupieniu się przy wykonywaniu codziennych czynności. Istotnymi predyktorami nasilenia encefalopatii wątrobowej były picie alkoholu oraz występowanie innych powikłań marskości wątroby.

Piśmiennictwo:

1. Juszczyk J., Mrukowicz J., Kaczmarska-Boroń A. (wsp.) Choroby wątroby. [w:] A. Szczeklik, P. Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2019/2020. Podręcznik chorób wewnętrznych. Wyd.

- XI. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2019: s.701-749.
2. Czechowska G., Celiński K., Wójcicka G. Mechanizm włóknienia wątroby - rola komórek gwiaździstych, stresu oksydacyjnego i nitrozacyjnego. *Postepy Hig. Med. Dosw.* 2019;73:421-439.
 3. Hartleb M. Skompensowana zaawansowana choroba wątroby - wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne. *Terapia* 2018;3(362):14-22.
 4. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2020;5:245-266.
 5. Grata-Borkowska U., Susło R., Hańczyc P., Michalska M., Lewera D., Drobnik J. Zaburzenia psychiczne i neurologiczne u pacjentów z encefalopatią wątrobową. *Psychiatria* 2016;13(4):203-209.
 6. Hartleb M., Hartleb M. Diagnostyka i leczenie encefalopatii wątrobowej u chorych z marskością wątroby; rekomendacje EASL, AASLD. *Gastroenterol. Prakt.* 2016;2(31):32-42.
 7. Wicher D., Jankowska I., Kotulska K. Encefalopatia wątrobowa – klasyfikacja i kliniczne skale oceny. *Stand. Med. Pediatr.* 2013;10(4):495-501.
 8. Bogdanowska-Charkiewicz D., Rogalski P., Dąbrowski A. (wsp.) Minimalna encefalopatia wątrobowa – niedoceniane powikłanie marskości wątroby. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2021; 16(1-2): 32-40.
 9. Stawicka A., Zbrzeźniak J., Świdarska A. (wsp.) Znaczenie kliniczne oraz metody diagnostyczne utajonej encefalopatii wątrobowej. *Pol. Merkurusz Lek.* 2016;40(236);117-121.
 10. Ortiz M., Cordoba J., Doval E., Jacas C., Pujadas F., Esteban R., Guardia J. Development of a clinical hepatic encephalopathy staging scale. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2007;26:859-867.
 11. Jankowska I., Wicher D., Teisseyre M., Cielecka-Kuszyk J., Pawłowska J. Markery przewlekłej niewydolności wątroby. *Pediatr. Dypl.* 2013;17(1):47-55.
 12. Wróblewski E., Dąbrowski A. Zasady leczenia krwawienia z żyłaków przełyku. *Prz Gastroenterol.* 2010;5(3):123-144.
 13. WHO. Global status report on alcohol and health. World Health Organization, Genewa 2018. [online]. Dostępny w Internecie: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf> [dostęp: 8.05.2024].
 14. Korpys M. Wpływ stanu odżywienia na jakość życia pacjentów z marskością wątroby. *Pielęg. Op. Długoterm.* 2017;2(1):25-33.
 15. CBOS Komunikat z badań Konsumpcja alkoholu w Polsce Nr 151/2019 [online] . Dostępny w Internecie: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_151_19.PDF. [dostęp: 8.05.2024].
 16. Bujalski M., Moskalewicz J., Stokwiszewski J. Occupational position and alcohol use disorders in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2021;34(5): 1-12.
 17. Zgliczyński W. Alkohol w Polsce. *Infos* 2016;11(215):1-4.
 18. Frąckowiak M., Motyka M. Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health* 2015;50(2):314-322.
 19. Krawczyk M. Zjawisko nadużywania alkoholu wśród młodzieży studenckiej. *Farm. Pol.* 2014;70(6):299-304.
 20. Majchrowska A. Zespół uzależnienia od alkoholu z perspektywy socjomedycznej. [w:] K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułać, M. Cybulski (red.). *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI*

wieku. Tom II. Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2016: s.165-184.

Poczucie własnej skuteczności chorych po wytworzeniu stomii jelitowej

Anna Janiak, Łukasz Dziki, Beata Kunikowska, Jolanta Glińska

Wstęp. We współczesnym świecie cyklicznie zwiększa się liczba osób żyjących ze stomią jelitową, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach świata. Badania przeprowadzane w naszym kraju wskazują, że wykonuje się około 6000 zabiegów wytworzenia stomii rocznie [1]. Jeszcze więcej stomii jelitowych wytwarza się w Stanach Zjednoczonych, gdzie ta liczba sięga około 130000 rocznie [2]. Proces wytworzenia stomii często zmusza pacjentów do dokonania istotnych zmian w swoim dotychczasowym stylu życia. Osoby te muszą ponownie odkryć samych siebie i nauczyć się zarówno kontrolować swoje ciało, jak i radzić sobie emocjonalnie. Wytworzenie przetoki jelitowej wpływa na postrzeganie własnego ciała i utratę kontroli nad ważną funkcją organizmu, jaką jest wydalanie. To z kolei ma znaczący wpływ na stan psychiczny pacjenta oraz na jego funkcjonowanie w różnych sferach życia - społecznej, zawodowej, towarzyskiej, rodziny, a także w sferze intymnej [3].

Poczucie własnej skuteczności jest istotnym zagadnieniem, które budzi pytanie o jego kształtowanie oraz wpływające czynniki, które mogą mieć wpływ na oczekiwania dotyczące własnej skuteczności. Pojęcie własnej skuteczności zostało po raz pierwszy użyte przez Alberta Bandurę w 1977 roku w publikacji „*Self-efficacy: The exercise of control*” (New York: Freeman). Odnosi się ono do przekonania człowieka o swojej zdolności do wykonywania zadań o różnym stopniu trudności w różnych sytuacjach. Według niego, najskuteczniejszym sposobem budowania poczucia własnej skuteczności jest odnoszenie sukcesów w wykonywaniu różnorodnych zadań. Przekonanie o własnej skuteczności pomaga w pokonywaniu trudności i stanowi motywację do działania, daje siłę przekonania o własnej wartości [4-7]. Siła wyższa odnosi się do pewności siebie, posiadanych kompetencji oraz wytrwałości podjętych działań. Dzięki silnemu poczuciu własnej skuteczności osoby są pewne swoich przekonań i umiejętności, co pozwala im pokonywać problemy i utrzymywać podjęte działania w celu osiągnięcia zamierzonego efektu. Kluczowa jest wytrwałość, aby przemienić intencje w realne działanie [8,9].

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia własnej skuteczności u osób po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej.

Material i metody. Badania przeprowadzono w 2023r. wśród osób z wyłonioną stomią odbarczającą w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM w Łodzi, w Klinice Chirurgii

Ogólnej i Kolorektalnej oraz w grupach wsparcia działających pod nazwą „Stomia bez Tajemnic - grupa wsparcia dla przyszłych i aktualnych Stomików”. W celu przeprowadzenia badań użyto metryczki informacyjnej oraz gotowego kwestionariusza GSES (Ankieta Uogólnionej Własnej Skuteczności). Metryczka dotyczyła podstawowych danych pacjenta. GSES to narzędzie opracowane przez R. Schwarzer, M. Jerusalem i Z. Juczyńskiego w 1995r [10]. Składa się z 10 stwierdzeń dotyczących jednego czynnika, którym jest przekonanie jednostki o własnej skuteczności oraz sugerujących wewnętrzne i stabilne przypisywanie sukcesu. Wskaźnik własnej skuteczności zależy od sumy wszystkich punktów. Maksymalny wynik 40 punktów oznacza, że występuje wysoki poziom. W przypadku, gdy wynik bliski jest 10 identyfikuje niski poziom własnej skuteczności. Wynik sumy można przemienić na steny: 1-3 sten niski wynik, 4-7 przeciętny oraz 8-10 wysoki wynik. Do oceny istotności różnic w liczbie prawidłowych odpowiedzi pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya. W celu zbadania istotności różnic w liczbie prawidłowych odpowiedzi pomiędzy więcej niż dwiema grupami, użyto testu Kruskala-Wallisa. Ze względu na brak zgodności z rozkładem normalnym analizowanej zmiennej, zdecydowano się na użycie testów nieparametrycznych. Przy ocenie zgodności z rozkładem normalnym zastosowano test Shapiro-Wilka. Przyjęto poziom istotności p równy 0,05.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 100 osób. Spośród nich 79% stanowiły kobiety a 21% mężczyźni. Najwięcej ankietowanych to osoby w wieku od 31 do 45 lat (30%). Większość respondentów, czyli 78%, mieszkała w miastach.

Tabela 1. Skala uogólnionej własnej skuteczności GSES – wynik surowy

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Suma punktów:	30,4	5,45	30,0	30,0	10,0	40,0
Steny	6,8	1,95	7,0	7,0	1,0	10,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Średnia wartość uzyskana na skali uogólnionej własnej skuteczności (GSES) wyniosła 30,4 punktu, przy odchyleniu standardowym równym 5,45 punktu. Najczęściej osiąganą wartością była punktacja na poziomie 30 punktów. Ankietowani reprezentowali strategię na przeciętnym poziomie własnej skuteczności. Najwięcej badanych uzyskiwało wyniki w przedziale od 30 do 31 punktów (22%). Jedna osoba uzyskała jedynie 10 punktów, odpowiadający niskiemu poziomowi strategii, a maksymalną liczbę punktów (100%) osiągnęło jedynie 8% ankietowanych. Średnia wartość stenu uzyskana przez ankietowanych to 6,8, przy odchyleniu

standardowym równym 1,95. Mediana uzyskanych stenów była równa 7,0. 22% respondentów otrzymało wysoki wynik (7 stenów). Dwie osoby uzyskały wynik na poziomie jedynie 1 stena. Natomiast maksymalny wynik uzyskało 10% ankietowanych (10 stenów). Można powiedzieć, że większość badanych uzyskała wynik przeciętny lub wysoki, co oznacza możliwość pokonywania trudności i problemów napotkanych na drodze.

Szczegółowa analiza wpływu danych demograficznych takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia nie wykazała istotnej korelacji. Szczegółowe dane opisane są w poniższych tabelach.

Tabela 2. Płeć a własna skuteczność u osób ze stonią jelitową

Płeć	N	M	SD	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Kobieta	79	30,4	5,56	8%	33%	60%
Mężczyzna	21	30,6	5,13	5%	29%	67%
Analiza statystyczna		$Z = -0,04; p = 0,966$		$\chi^2 = 0,43; p = 0,807$		

Tabela 3. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na wiek

Wiek:	N	M	SD	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
<30 lat	16	30,7	5,33	6%	31%	63%
31-45 lat	30	31,1	6,37	7%	30%	63%
46-60 lat	28	30,5	4,25	4%	36%	61%
>60 lat	26	29,4	5,68	12%	31%	58%
Analiza statystyczna		$H = 1,29; p = 0,730$		$\chi^2 = 1,51; p = 0,959$		

W analizie szczegółowej zaobserwowano, pewne odrębności. Ocena własnej skuteczności była wyższa u osób młodszych.

Tabela 4. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania:	N	M	SD	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Miasto	78	30,7	5,21	8%	28%	64%
Wieś	22	29,7	6,30	5%	46%	50%
Analiza statystyczna		$Z = -0,74; p = 0,463$		$\chi^2 = 2,40; p = 0,302$		

Tabela 5. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na wykształcenie

Wykształcenie:	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Poniżej średniego	24	29,4	4,53	8%	29%	63%
Średnie	33	29,3	6,53	12%	39%	49%
Wyższe	43	31,9	4,74	2%	28%	70%
Analiza statystyczna	$H = 1,29; p = 0,730$			$\chi^2 = 4,89; p = 0,299$		

Poziom wykształcenia nie miał wpływu na własną skuteczność ($p=0,730$). Jednak można zaobserwować, że najniższą ocenę zadeklarowały osoby z wykształceniem średnim. W grupie tej odnotowano najwięcej osób oceniających nisko i średnio swoją skuteczność. Natomiast w skali ocen wysokich utworzyli oni najmniejszą grupę.

Tabela 6. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na sposób zamieszkania

Sposób zamieszkania:	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Sam i inne	5	30,4	6,19	20%	20%	60%
Z partnerem	20	31,2	5,60	5%	30%	65%
Z rodziną	75	30,3	5,42	7%	33%	60%
Analiza statystyczna	$H = 0,32; p = 0,854$			$\chi^2 = 1,69; p = 0,792$		

Tabela 7. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na aktywność zawodową

Aktywność zawodową:	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Nieaktywny zawodowo	52	29,3	6,33	14%	37%	50%
Aktywny zawodowo	48	31,6	4,02	0%	27%	73%
Analiza statystyczna	$Z = -2,01; p = 0,045$			$\chi^2 = 9,31; p = 0,010$		

Osoby aktywne zawodowo osiągnęły średnio wyższy wynik na skali GSES (31,6) w porównaniu do osób nieaktywnych zawodowo (29,3). Różnica ta jest istotna statystycznie ($p = 0,045$), co sugeruje, że istnieje statystycznie istotna różnica między tymi dwiema grupami. Dodatkowo, osoby aktywne zawodowo częściej uzyskiwały wysokie wyniki na skali GSES

(73%) w porównaniu do osób nieaktywnych zawodowo (50%). Różnica ta jest również istotna statystycznie ($p = 0,010$). Rezultaty badań wskazują, że aktywność zawodowa ma wpływ na poziom poczucia własnej skuteczności. Osoby aktywne zawodowo uzyskały wyższy wynik skali GSES.

Wyniki sugerują, że nie ma statystycznie istotnych różnic między grupami pod względem wyników na skali GSES w kontekście rodzaju posiadanej stomii ($p = 0,130$), czasu jej posiadania ($p = 0,145$) oraz wiek wyłonienia jej ($p = 0,061$).

Tabela 8. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na rodzaj posiadanej stomii

Rodzaj stomii:	posiadanej N	M	SD	% wyników		
				niskich	przeciętnych	wysokich
				1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten
Ileostomia końcowa	26	30,6	5,88	12%	31%	58%
Ileostomia pętlowa	10	28,4	4,17	10%	60%	30%
Kolostomia końcowa	56	30,9	5,56	5%	23%	71%
Kolostomia pętlowa	8	29,3	4,65	0%	63%	38%
Analiza statystyczna	$H = 5,65; p = 0,130$			$\chi^2 = 11,15; p = 0,084$		

Tabela 9. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na czas posiadania stomii

Czas posiadania stomii: N	M	SD	% wyników			
			niskich	przeciętnych	wysokich	
			1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten	
Mniej niż 3 miesiące	18	28,5	6,77	22%	22%	56%
3-12 miesięcy	31	30,5	4,05	3%	32%	65%
1-3 lata	29	32,0	6,14	3%	31%	66%
Powyżej 3 lat	22	29,9	4,71	5%	41%	55%
Analiza statystyczna	$H = 5,39; p = 0,145$			$\chi^2 = 8,79; p = 0,186$		

Tabela 10. Własna skuteczność a wiek wyłonienia stomii

Wiek wyłonienia stomii: N	M	SD	% wyników			
			niskich	przeciętnych	wysokich	
			1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten	
Poniżej 20 roku życia	7	28,4	4,35	0%	71%	29%
21-40 rok życia	30	32,0	4,98	7%	17%	77%
41-60 rok życia	46	30,5	5,39	4%	35%	61%
Powyżej 60 roku życia	17	28,4	6,25	18%	35%	47%

Analiza statystyczna $H = 7,38; p = 0,061$ $\chi^2 = 12,44; p = 0,053$

Tabela 11. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na przyczynę wyłonienia stomii

Przyczyna wyłonienia stomii:	N	M	SD	% wyników		
				niskich	przeciętnych	wysokich
				1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten
Nowotwór jelita grubego	40	30,5	5,34	5%	33%	63%
Niedrożność przewodu pokarmowego	14	30,4	3,71	7%	36%	57%
Choroby jelit	25	31,6	5,33	4%	32%	64%
Inne	21	29,0	6,64	14%	29%	57%
Analiza statystyczna	$H = 1,81; p = 0,612$		$\chi^2 = 2,42; p = 0,877$			

Jak wynika z przeprowadzonych badań przyczyna wyłonienia stomii nie determinuje własnej skuteczności.

W dalszym etapie pracy analizie poddano wpływ wsparcia. Wyniki nie potwierdziły wpływu wsparcia na własną skuteczność i to zarówno z grup wsparcia ($p = 0,107$) oraz rodziny ($p = 0,499$) jak i personelu medycznego.

Tabela 12. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na fakt przynależności do grup wsparcia

Przynależność do grup wsparcia:	N	M	SD	% wyników		
				niskich	przeciętnych	wysokich
				1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten
Tak	66	31,0	5,53	6%	26%	68%
Nie	34	29,3	5,17	9%	44%	47%
Analiza statystyczna	$Z = -1,61; p = 0,107$		$\chi^2 = 4,25; p = 0,119$			

Tabela 13. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na fakt otrzymania wsparcia od rodziny

Wsparcie rodziny:	N	M	SD	% wyników		
				niskich	przeciętnych	wysokich
				1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten
Tak	92	30,5	5,58	8%	32%	61%
Nie	8	29,6	3,81	0%	38%	63%
Analiza statystyczna	$Z = -0,68; p = 0,499$		$\chi^2 = 0,69; p = 0,707$			

Tabela 14. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) z podziałem na stopień edukacji odnośnie życia ze stomią

Stopień edukacji:	N	M	SD	% wyników		
				niskich 1-4 sten	przeciętnych 5-6 sten	wysokich 7-10 sten
Brak edukacji	14	28,5	6,60	14%	36%	50%
Częściowa	65	30,5	3,80	2%	40%	58%
W pełni	21	31,7	8,25	19%	5%	76%
Analiza statystyczna	$H = 3,81; p = 0,149$			$\chi^2 = 15,56; p = 0,004$		

Stwierdzono statystycznie istotne różnicę pomiędzy grupami. Zazwyczaj wysokie wyniki uzyskiwały osoby, które zostały wyedukowane w pełni (76%), rzadziej te, które otrzymały taką formę pomocy tylko częściowo (58%) lub w ogóle (50%).

Badania wskazują, że niejednoznacznie stopień edukacji wpływa na poziom własnej skuteczności, lecz stopień pełnej edukacji odnośnie życia ze stomią jest istotnie związany z większym prawdopodobieństwem osiągnięcia wysokich wyników na skali GSES.

Dyskusja. Z. Juczyński określił, że postrzeganie własnej skuteczności odgrywa kluczową rolę w intencjach i działaniach związanych ze zdrowiem. Zarówno zamiar zaangażowania się w konkretne działania zdrowotne, jak i faktyczne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniami o własnej skuteczności [11]. Zdaniem Locke'a i Lathama im bardziej jednostka wierzy w swoją skuteczność, tym wyższe cele sobie stawia i tym bardziej angażuje się w działanie, nawet jeśli napotyka na przeszkody [12].

Poczucie własnej skuteczności jest kluczowym elementem w procesie adaptacji pacjentów do życia ze stomią. Analiza literatury przedmiotu wskazuje jednoznacznie, że istnieje pozytywna korelacja między poczuciem własnej skuteczności a satysfakcją z życia u osób ze stomią. Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, tym większa satysfakcja z życia u badanych osób [12]. Według wielu autorów, przygotowanie osób ze stomią do samodzielnej opieki oraz ich adaptacja psychospołeczna, będąca rezultatem utraty kontroli nad funkcjami zwieraczy i późniejszych powikłań stomii istotnie wpływają na ich funkcjonowanie w różnych obszarach życia [13-16].

Przeprowadzając badania własne wzięto pod uwagę dane demograficzne, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia. Uzyskane wyniki w tych kwestiach były bardzo

zbliżone do siebie i nie wpływały na ocenę własnej skuteczności. Porównując własne badania z badaniami przeprowadzonymi przez B. Gapińską i M. Kózkę, można zauważyć znaczne podobieństwo. Według tych autorek, na poradzenie sobie z chorobą nie wpływała płeć, wiek i poziom wykształcenia [17,18].

Istotnym elementem w życiu każdego człowieka, a zwłaszcza człowieka chorego, jest wsparcie społeczne. Wsparcie od bliskich i personelu medycznego pomaga przejść przez trudności napotkane na swojej drodze. Jedną z takich sytuacji jest właśnie wyłonienie stomii jelitowej, gdyż u osób tych zmienia się nie tylko ciało, ale również stan psychiczny i odczuwane emocje. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu wsparcia emocjonalnego na poziom skuteczności, zarówno ze strony personelu medycznego, grup wsparcia, jak i rodziny. Jednakże biorąc pod uwagę wsparcie ze strony personelu medycznego, można zaobserwować pewną tendencję wskazującą na to, że w grupie osób, które deklarowały otrzymanie wsparcia takie, jakie oczekiwały, aż 70% uzyskało wysoki wynik w skali GSES. Wynik ten zmniejszał się w miarę poziomu wsparcia. Im mniejsze zadowolenie z wsparcia, tym mniejszy wynik własnej skuteczności. I tak u osób, które otrzymały je częściowo, spadł do 62%, w nieznacznym stopniu do 58%, a u tych, którzy nie otrzymali wsparcia, do 20%. Podobne refleksje można wyciągnąć w stosunku do grup wsparcia. W zespole chorych uczestniczących aktywnie w grupach wsparcia, wysoki poziom własnej skuteczności odczuwało 68% badanych, natomiast u osób nie należących do grup wsparcia dominował wynik przeciętny i niski.

Jak się okazało, najistotniejszym czynnikiem było wsparcie informacyjne, czyli edukacja pacjenta. Dominująca grupa respondentów (76%), która była wyedukowana, zadeklarowała wysoki poziom własnej skuteczności.

Poczucie własnej skuteczności zwiększała aktywność zawodowa. W kwestii tej odnotowano istotność statystyczną na poziomie $p=0,010$. W badaniach przeprowadzonych w Brieflans otrzymano wyniki mówiące, że przeprowadzenie psychoedukacji zwiększa poziom poczucia własnej skuteczności u osób po wyłonieniu stomii. Edukację przeprowadzono w trzech filarach: przed zabiegiem, bezpośrednio po zabiegu oraz trzy tygodnie po. Zauważono widoczne różnice u osób, u których przeprowadzono edukację. Poczucie własnej skuteczności znacznie się zwiększyło. Dzięki temu możliwe jest zmniejszenie problemów psychologicznych pacjentów oraz zapewnienia samodzielności [19].

Wielu autorów w akceptacji życia z chorobą, zwłaszcza tą nieuleczalną, podkreśla znaczenie czasu. Początek choroby, jak wskazują psychologowie, to najczęściej bunt, odrzucenie, lęk,

załamanie. Chorzy nie mogą pogodzić się z otrzymaną diagnozą. Jednak jak wskazują liczne badania, im dłużej wzmagamy się z daną chorobą, tym łatwiej jest ją zaakceptować, co powinno korelować z własną skutecznością. Jednak w badaniach własnych nie odnotowano pozytywnej korelacji pomiędzy długością posiadania stomii a własną skutecznością.

Zbieżne wyniki uzyskała B. Gapińska, zdaniem której czas nie wpływa na postrzeganie siebie. Warto podkreślić, że w przeprowadzonym badaniu wyżej wspomnianej autorki zwrócono uwagę na ilość hospitalizacji. Okazało się, że zwiększona liczba pobyków w szpitalu i działania terapeutyczne znacząco obniżają poczucie własnej skuteczności. Odmienne wyniki uzyskano w Turcji. Przeprowadzone tam badania wskazują na niski, ale istotny wynik mówiący o tym, że długość posiadania stomii wpływa na poczucie własnej skuteczności pacjentów. Dotyczy to również jej akceptacji. Analizując zagraniczne badania okazało się, że lepszą adaptację stomii uzyskały osoby z większym poczuciem własnej skuteczności [17].

Badania i rozważania podjęte w pracy nie wyczerpują całokształtu problematyki związanej z poczuciem własnej skuteczności a posiadaniem stomii. Należy zwrócić uwagę, że w dotychczasowych badaniach zbyt mało poświęcono uwagi na poziom edukacji pacjenta przez personel medyczny odnośnie pielęgnacji stomii i funkcjonowania z nią. W sferze pielęgniarskiej potrzebne jest zwrócenie uwagi na ten problem, w ten sposób możliwe jest zapewnienie lepszej i bardziej skutecznej opieki.

W przypadku kontynuacji badań należałoby pochylić się nad edukacją pacjenta, jej sposobu przeprowadzenia, korzyściami oraz wpływu na poczucie własnej skuteczności. Pozwoli to poprawić sposoby edukacji oraz ukaże korzyści występujące po odpowiedniej edukacji.

Wnioski.

1. Dane demograficzne takie jak: płeć wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia nie wykazały pozytywnej korelacji z poziomem własnej skuteczności.
2. Na poczucie własnej konieczności w sposób istotny statystycznie nie wpłynął również czas na jaki wyłoniono stomię, okres jej posiadania oraz przyczyna i tryb jej wyłonienia.
3. Istnieje powiązanie pomiędzy aktywnością zawodową a poczuciem własnej skuteczności. W badaniu uzyskano wyższe wyniki poczucia skuteczności u osób aktywnie zawodowych.
4. Nie odnotowano korelacji pomiędzy wsparciem społecznym a poziomem poczucia własnej skuteczności.
5. Edukacja pacjenta odnośnie stomii zwiększyła wynik w skali GSES, co przekłada się na zwiększenie poczucia własnej skuteczności.

Literatura

1. [Szpilewska, K., Juzwiszyn, J., Bolanowska, Z., i wsp.: Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma.. w: Polski przegląd chirurgiczny 2018; 90 (1), 13–17.
2. Mulita F., Lotfollahzadeh S. Intestinal Stoma. StatPearls 2023 [online] Intestinal Stoma - PubMed (nih.gov) dostęp 07.06.2023
3. Glišńska J, Urbańska A, Dziki A. Stomia jelitowa a stan emocjonalny. Metoda pracy pielęgniarki a wsparcie emocjonalne chorego. Proktologia. 2007; 8: 129-136
4. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co. 1997.
5. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Wyd. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2008.
6. Niewiadomska I., Chwaszcz J., Emilia Z. i wsp. Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej? Lublin: Tekst, Drukarnia spółka jawna. 2010. [
7. Zygfryd J. Poczucie własnej skuteczności- teoria i pomiar. w: Zakład Psychologii Zdrowia Instytut Psychologii UŁ. 2000; 4: 11–24.
8. Nowicki G. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. w: Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne, 2007. 22–25.
9. Bandura A., Kowalczevska J., Radzicki J., i wsp. Teoria społecznego uczenia się. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (Biblioteka Klasyków Psychologii). 2007
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.2001
11. Özden Z., Kılıç M. The effect of self-efficacy levels of patients with intestinal stoma on stoma adaptation 2023; 31(5): 252
12. Locke E, Latham P. A theory of goal setting and task performance. Prentice Hall, New York 1990.
13. Fryc-Martyńska J. Psychologiczne następstwa wytworzenia odbytu brzuszego oraz znaczenie sposobu informowania chorych i ich rodzin. Polski Tygodnik Lekarski 1989; 20: 469-471.
14. Michalak S, Cierzniaowska K, Banaszkiwicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. Pielęg Chir Angiol 2008; 3: 92-98.
15. Biercewicz M. Stomia jako trudny problem życiowy. Pielęgniarstwo Polskie 2002; 1: 87-94.
16. Marquis P., Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. Ostomy/Wound Management. 2003; 49: 48-55
17. Gapińska, B., Tartas, M., Walkiewicz, M., i wsp. Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. Współcz Onkol. 2008; 12(2): 84-92
18. Kózka, M., Bazaliński, D., Jakubowski, K., i wsp. Factors determining psychosocial functioning of patients with the intestinal stoma. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing.2010; 4(4): 123-129.
19. Faysali, H.; Zarea, K.; Dashtbozorgi, B. Impact of Group Psycho-education on SelfEfficacy in Patients With Intestinal Stoma. w: Jundishapur J Chronic Dis Care 2017; 6(4): 1-5.

Problemy pielęgnacyjne 22-letniego pacjenta z zespołem Goodpasture'a przebywającego na oddziale intensywnej terapii

Bożena Krawczyk, Grażyna Krutak, Monika Kadłubowska

Wstęp. Zespół Goodpasture'a (ZG) zwany inaczej zespołem płucno-nerkowym, należy do chorób o podłożu autoimmunologicznym, zaliczających się do postaci klinicznych układowych zapaleń naczyń [1,2]. Zespół ten charakteryzuje się występowaniem znacznego krwawienia do pęcherzyków płucnych, szybko postępującym kłębuszkowym zapaleniem nerek oraz występowaniem autoprzeciwciał skierowanych przeciw antygenowi błony podstawnej (antyGBM) [3,4]. Choroba jest stosunkowo rzadko rozpoznawana (zapadalność oceniana jest na mniej niż jeden przypadek na milion w populacji w ciągu roku) natomiast dobrze opisana w literaturze [3].

Nazwa zespołu pochodzi od Ernesta Goodpasture'a, który w 1919 roku opisał dwa przypadki pacjentów z zapaleniem płuc o nieznannej etiologii, których sekcja zwłok wykazała krwotok do pęcherzyków płucnych i tworzenie błon szklistych. W 1957 roku dwóch australijskich badaczy po raz pierwszy użyło nazwy „zespół Goodpasture'a”, opisując 9 przypadków kłębuszkowego zapalenia nerek z towarzyszącym krwotokiem płucnym [1,5].

ZG może ujawnić się w każdym wieku, najczęściej obejmuje grupę pacjentów w przedziale wieku od 20-30 i 50-65 lat, rozpoznawana jest trzykrotnie częściej u mężczyzn [6].

W obrazie klinicznym u 60-80% pacjentów objawy płucne współwystępują z zajęciem nerek, u 20-40% osób choroba obejmuje wyłącznie nerki a w 10% tylko płuca [1,3]. Przebieg choroby przeważnie jest gwałtowny, doprowadza do niewydolności nerek oraz ostrej niewydolności oddechowej. Czynnikiem patogenetycznym zespołu Goodpasture'a są przeciwciała anti-GBM (podklas IgG1 i IgG3) skierowane przeciwko niekolagenowej domenie łańcucha alfa-3 kolagenu typu IV. Antygen ten występuje zarówno na błonie podstawnej kłębuszków jak i pęcherzyków płucnych, stąd w głównej mierze objawy choroby są związane z nerkami i płucami [2]. Występowanie wysokich mian przeciwciał anti-GBM w surowicy wpływa na niekorzystne rokowanie u chorych z zespołem Goodpasture'a. Oznaczanie przeciwciał anti-GBM w surowicy służy również do monitorowania skuteczności leczenia. W badaniach laboratoryjnych obserwuje się wzrost OB i CRP, niedokrwistość hipochromiczną normo- lub

mikrocytową, leukocytozę. W diagnostyce obrazowej RTG i TK klatki piersiowej występują zmiany typowe dla krwawienia pęcherzykowego [7,8].

Objawy towarzyszące zespołowi Goodpasture'a są zwykle specyficzne. Początek ZG u 40% chorych objawia się infekcją górnych dróg oddechowych, objawami grypopodobnymi, złym samopoczuciem, gorączką, bólami stawów, nudnościami oraz biegunką. W późniejszym etapie mogą występować objawy szybko rozwijającego się kłębuszkowego zapalenia nerek (krwiomocz, dolegliwości dyzuryczne, obrzęki obwodowe, bóle w okolicy lędźwiowej, nadciśnienie tętnicze) i/lub objawy krwawienia pęcherzykowego: kaszel, krwioplucie, duszność, która występuje u 65% chorych [1,4]. Mogą występować również krwotoki z przewodu pokarmowego o różnej intensywności [6,7]. Objawy mogą występować z okresami przemijającej poprawy bądź od początku przebiegać błyskawicznie, ze stanami bezpośredniego zagrożenia życia. Zgony pacjentów w większości wynikają z rozległych krwotoków płucnych i niewydolności oddechowej [1,3,4]. Do przewlekłych powikłań zalicza się przewlekłą chorobę nerek, zwłóknienie płuc i przewlekłą niewydolność oddechową [2,4].

Leczenie ZG jest oparte na łącznym stosowaniu dużych dawek steroidów z cyklofosfamidem oraz na zabiegach plazmaferezy, która usuwa krążące już i wytworzone przeciwciała anti-GBM. Leki immunosupresyjne mają za zadanie ograniczenie produkcji nowych przeciwciał [4,5]. Efektywność powyższego leczenia zależy przede wszystkim od nasilenia choroby w momencie rozpoczęcia terapii. Ryzyko zgonu w okresie zaostrzenia choroby jest wysokie i wynika głównie z rozwoju niewydolności oddechowej oraz krwawienia do pęcherzyków płucnych [1,9].

Cel pracy Przedstawienie specyficznych problemów pielęgnacyjnych oraz planu opieki 22-letniego pacjenta z rozpoznaniem zespołem Goodpasture'a, przebywającego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Materiał i metody Materiał do napisania pracy został pozyskany w lutym 2022 roku od 22-letniego pacjenta. W badaniu zastosowano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem technik badawczych takich jak: wywiad z pacjentem i jego rodziną, obserwacja, pomiary, analiza dokumentacji medycznej oraz informacje dostępne w aktualnej literaturze. Zastosowane narzędzia to: kwestionariusz wywiadu, historia choroby i wyniki badań.

Studium przypadku Charakterystyka sytuacji zdrowotnej chorego. 22-letni pacjent, do tej pory zdrowy, aktywny zawodowo.

Pacjent został przyjęty na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej w przebiegu masywnego zapalenia płuc oraz rozlanego krwawienia śródpecherzykowego DAH z podejrzeniem zespołu Goodpasture'a.

Według wywiadu pacjent od około 4 tygodni zgłaszał złe samopoczucie oraz gorączkę do 39°C w przeddzień przyjęcia. Kilka dni wcześniej wrócił do Polski z dwutygodniowego urlopu w Turcji. Zaczął odczuwać duszność, początkowo wysiłkową, a następnie spoczynkową o charakterze napadowym. Towarzyszył jej suchy kaszel, a następnie nasilające się krwioplucie. Kaszel występował już w trakcie pobytu w Turcji i wiązany był przez chorego z przebywaniem w pomieszczeniach klimatyzowanych.

Przeprowadzono wywiad pielęgniarski, oceniono stan przedmiotowy pacjenta i dokonano pomiarów.

Wygląd ogólny: stan pacjenta - ciężki, chory przytomny, kontakt logiczny okresowo utrudniony z powodu zaburzeń świadomości.

W badaniu przedmiotowym: wzrost: 170cm, masa ciała: 65kg, temperatura ciała: 37°C, tętno 94 ud/min, SpO₂ – 88-94%.

Stan psychiczny: okresowo zaburzona orientacja allopsychiczna i autopsychiczna.

Układ krążenia: tętno prawidłowo napięte, miarowe - 104/min, rytm zatokowy.

Układ oddechowy: oddech - własny, przyspieszony do 24/min., przez usta; płuca - nad polami płucnymi w partiach dolnych i środkowych obustronnie słyszalne liczne trzeszczenia, występuje duszność spoczynkowa, obecny kaszel napadowy z krwiopluciem.

Układ pokarmowy: stan odżywiania - prawidłowy, BMI 22,4; apetyt - obniżony.

Układ narządu ruchu: stawy obwodowe - niebolesne, prawidłowo ruchome, bez ograniczeń ruchowych.

Układ moczowy: nerki - diureza prawidłowa: 100-200ml/h.

Skóra: czysta, wilgotna, bez zmian patologicznych, o napięciu prawidłowym, podwyższona ciepłota ciała.

Po otrzymaniu wyniku gazometrii lekarz podjął decyzję o podłączeniu chorego do respiratora w trybie nieinwazyjnym z użyciem maski twarzowej w trybie CPAP. Tryb ten zapewnia ciągłą wentylację dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (CPAP - continuous positive airway pressure) a powietrze jest dostarczane pod stałym dodatnim ciśnieniem w czasie wdechu i wydechu. Założono wkłucie centralne, linię tętniczą, cewnik Foley'a oraz pobrano materiał biologiczny do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych. Wykonano diagnostykę obrazową:

RTG klatki piersiowej – nasilone zlewne zaciemnienia odwnękowo głównie w dolnych polach płucnych, obraz odpowiadał zmianom zapalnym śródmiąższowym, krwawieniu do pęcherzyków płucnych, zmianom obrzękowym.

TK tt. płucnych po dożylnym podaniu środka kontrastowego: tkanka płucna o znacznie zmniejszonej powietrzości z nasilonymi zlewającymi się ze sobą obszarami o plamistym charakterze - nasilona najbardziej w przypodstawnych częściach płuc oraz po stronie lewej.

TK klatki piersiowej bez kontrastu: w obu płucach rozległe obszary zagęszczeń z wyraźnym układem zrazikowym. Obraz sugerował krwawienie pęcherzykowe DAH.

USG jamy brzusznej nie wykazało odchyłeń i patologii.

Układ krążenia wsparto wlewem noradrenaliny, której dawkę regulowano na podstawie rozszerzonego protokołu hemodynamicznego PICCO 2. Na podstawie uzyskanych wyników badań wdrożono i modyfikowano leczenie farmakologiczne. Intensywnie wyrównywano zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

Ze względu na głęboką anemię (hemoglobina 5,5 g/dl) przetoczono 3j Koncentratu Krwinek Czerwonych. W czasie pobytu na OAiIT poziom kreatyniny w surowicy krwi był prawidłowy. W badaniu ogólnym moczu stwierdzono białkomocz 25mg/dl, niewielką ilość leukocytów i erytrocytów (od 21-55). Wykonano badania w kierunku zespołu Goodpasture'a, które dało wynik dodatni. Ponadto u chorego stwierdzono przewlekłe ropne zapalenie migdałków podniebiennych i zakażenie układu moczowego bakterią E. Coli. W wyniku zastosowanego leczenia stopniowo uzyskano ustąpienie objawów i znaczną regresję zmian radiologicznych. Chory został zakwalifikowany do zabiegów plazmaferezy oraz do leczenia cyklofosfamidem według schematu leczenia.

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgniarstwa: Dyskomfort pacjenta spowodowany pogarszającą się wentylacją płucną objawiający się narastającą dusznością spoczynkową i szybkim męczeniem się.

Cel opieki: Zmniejszenie duszności i poprawa samopoczucia chorego.

Interwencje pielęgniarckie:

- stały pomiar wysycenia krwi tlenem,
- zastosowanie odpowiedniej dla pacjenta maski twarzowej,
- zachowanie szczelności maski i wyeliminowanie przecieków powietrza,
- zachęcanie pacjenta i pomoc w przyjmowaniu pozycji wysokiej lub półwysokiej, z opuszczonymi nogami,

- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała),
- edukacja na temat technik efektywnego kaszlu (kaszel kontrolowany, kaszel wzmacniany),
- udział w postępowaniu farmakologicznym na zlecenie lekarza,
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia skutków ubocznych podanych leków.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: W wyniku podjętych działań duszność nieco zmniejszyła się, pacjent poczuł się lepiej. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia oraz bezpośrednie zagrożenie życia z powodu niewydolności oddechowej.

Cel opieki: Wyeliminowanie lub ograniczenie czynników mogących doprowadzić do zatrzymania funkcji życiowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- stały pomiar wysycenia krwi tlenem,
- stałe monitorowanie parametrów życiowych (tętno, RR, EKG, OCŻ),
- ocena charakteru i nasilenia duszności,
- ocena drożności dróg oddechowych,
- obserwacja częstości, głębokości oraz regularności oddechu,
- obserwacja zabarwienia powłok skórnych,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu (temperatura powietrza 18 – 22 °C i 50 – 70 % wilgotności),
- maksymalne ograniczenie aktywności chorego,
- podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Pacjent znajdował się pod intensywnym nadzorem pielęgniarskim, objawy niewydolności oddechowej nie nasiliły się. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Lęk i obawa pacjenta przed podłączeniem do aparatu CPAP oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń wymiany gazowej.

Cel opieki: Zniwelowanie lęku przed nieznaną techniką wspomagającą oddychanie oraz niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wentylacji płuc.

Interwencje pielęgniarskie

- wyjaśnienie pacjentowi podstawowych zasad związanych ze zastosowaniem respiratora w trybie CPAP, omówienie prawidłowego korzystania z aparatu,
- dobór odpowiedniego rozmiaru maski twarzowej,
- ciągłe monitorowanie pacjenta i kontrola jego parametrów życiowych,
- ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej ułatwiającej oddychanie,
- kontrola sprawności aparatu oraz odpowiednie ustawienie parametrów wentylacji.

Realizacja: Wszystkie interwencje pielęgniarskie zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Pacjent po przedstawieniu mu konieczności zastosowania wentylacji mechanicznej wyraził zgodę na prowadzenie terapii. Stosował się do zaleceń personelu medycznego. Dzięki monitorowaniu funkcji życiowych nie doszło do zaburzeń wentylacji płuc a zastosowanie wentylacji w trybie CPAP pozwoliło uniknąć intubacji dotchawiczej.

Diagnoza pielęgniarska: Dyskomfort związany z subiektywnym uczuciem kołatania serca spowodowany zwiększonym napływem żylnym oraz wzrostem kurczliwości serca z powodu niskiego stężenia hemoglobiny i mało efektywnego utlenowania tkanek.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu, zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- stałe monitorowanie stanu chorego i jego samopoczucia,
- obserwacja, pomiar i zapis parametrów życiowych (tętno, CTK, saturacja, liczba oddechów),
- wykonanie badania EKG na zlecenie lekarza,
- udział w farmakoterapii zgodnie z IKZK,
- pobranie krwi żyłnej pacjenta na badania diagnostyczne na zlecenie lekarza.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Pacjent wyraził zgodę na pobranie krwi żyłnej do badań.

Dyskomfort nadal się utrzymuje.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia krwawień i krwotoków spowodowanych małą ilością płytek krwi oraz KP.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia krwawień i krwotoków.

Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja pacjenta pod kątem:
 - krwawień do OUN (ból głowy, nudności, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, zaburzenia mowy, oczopląs, niedowłady mięśni twarzy),

- krwawień do układu pokarmowego (czarne smoliste stolce, stolce z żywo czerwoną krwią, fusowate wymiociny, wymiociny z żywoczerwoną krwią),
- krwawienia z układu moczowo-płciowego - krwiomocz,
- krwawych wybroczyn i zmian w okolicy błon śluzowych,
- pobranie krwi żyłnej pacjenta na badania diagnostyczne na zlecenie lekarza,
- wykonanie na zlecenie lekarza transfuzji krwi i preparatów krwiopochodnych.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów wystąpienia krwawień i krwotoków. KKCz i KKP wchłonął się w całości bez objawów ubocznych ze strony organizmu.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia odczynu hemolitycznego z powodu przetaczania preparatów krwi i produktów krwiopochodnych.

Cel opieki: Ograniczenie ryzyka wystąpienia odczynu z powodu przetaczania preparatów krwi i produktów krwiopochodnych oraz wczesne wykrycie nieprawidłowości

Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja pacjenta podczas przetoczenia preparatów krwi i produktów krwiopochodnych,
- pomiar i zapis w karcie monitorowania stanu pacjenta po 15 min. od momentu rozpoczęcia przetaczania kolejnej jednostki krwi lub jej preparatów: tętna, CTK, temperatury,
- pouczenie pacjenta o konieczności zgłaszania niepokojących objawów tj. dreszcze, wysypka, duszność, zaczerwienienie skóry,
- obserwacja, pomiar oraz zapis w karcie monitorowania stanu pacjenta: tętna, CTK, temperatury, saturacji po 15 min od końca podania preparatów krwi i produktów krwiopochodnych.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów wystąpienia odczynu hemolitycznego.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko powstania zakażenia wynikającego z obniżonej odporności pacjenta objawiające się nawracającymi infekcjami u chorego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia, zapewnienie warunków ograniczających rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych.

Interwencje pielęgniarskie:

- codzienne wykonywanie pomiaru temperatury w celu wykrycia wczesnego stadium zakażenia,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu (temperatura powietrza 18–22°C i 50 – 70% wilgotności),
- dbanie o aseptykę i antyseptykę podczas wykonywania czynności pielęgniarских,
- motywowanie chorego do wykonywania regularnych ćwiczeń ogólnousprawniających oraz oddechowych w celu wzmocnienia odporności i utrzymania prawidłowej wagi ciała,
- edukacja na temat stosowania pełnowartościowej diety (zapobieganie niedoborom witamin A, C, E, cynku, potasu, seleniu oraz magnezu) w celu uniknięcia osłabienia organizmu mogącego zwiększać ryzyko infekcji,
- wskazanie na konieczność zaprzestania korzystania z wyrobów tytoniowych powodujących podrażnienie błon śluzowych a w konsekwencji ułatwiających przenikanie drobnoustrojów chorobotwórczym [10, 11].

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów wystąpienia kolejnych infekcji. Pacjenta poinformowano, że ciepłe i wilgotne powietrze generowane przez aparat CPAP chroni delikatne śluzówki i pozwala im się szybciej zregenerować.

Diagnoza pielęgniariska: Zmęczenie wywołane napadowym, suchym kaszlem oraz odkrztuszaniem wydzieliny.

Cel opieki: Złagodzenie odruchu kaszlowego, poprawa wentylacji płucnej.

Interwencje pielęgniariskie:

- ocena charakteru i nasilenia kaszlu oraz rodzaju odkrztuszanej wydzieliny,
- stały pomiar saturacji,
- zachęcanie do świadomej kontroli sposobu oddychania,
- zapewnienie środków higieny osobistej (lignina, jednorazowa miska nerkowa),
- zaproponowanie stosowania pozycji drenażowej, która ułatwi ewakuację wydzieliny z dróg oddechowych,
- udział w farmakoterapii zgodnie z IKZL.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Odruch kaszlowy nieco się zmniejszył, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniariska: Niepokój pacjenta związany z utratą masy ciała spowodowany brakiem łaknienia w związku z przebiegiem choroby.

Cel opieki: Uspokojenie pacjenta, poprawa łaknienia u chorego.

Interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem przez czynne słuchanie, okazanie mu cierpliwości, empatii, zrozumienia i akceptacji,
- konsultacja ze szpitalnym dietetykiem,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali,
- podawanie urozmaiconych posiłków, zachęcających do konsumpcji,
- zachęcania pacjenta do częstszego zjadania posiłków, ale w mniejszych ilościach,
- podawanie posiłków wysokoenergetycznych i bogatych w białko zwierzęce,
- kontrola masy ciała co 2 dni, zapisywanie wyników na karcie gorączkowej.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: Pacjent nadal niechętnie spożywa posiłki, jednak ma świadomość konieczności dostarczenia organizmowi niezbędnych składników odżywczych.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko rozwoju zakażenia układu moczowego spowodowane założeniem do pęcherza moczowego cewnika Foley'a.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju zakażenia układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- obserwowanie miejsca założenia cewnika moczowego pod kątem zaczerwienienia okolicy ujścia zewnętrznego cewki moczowej, obrzęku, pieczenia oraz swędzenia,
- wykonywanie dwa razy w ciągu doby toalety krocza wodą z mydłem lub środkiem do higieny intymnej oraz pielęgnacja okolicy ujścia zewnętrznego cewki moczowej,
- odnotowywanie ilości przyjętych i wydalonych płynów,
- kontrolowanie zabarwienia moczu.
- stosowanie worków na mocz z zastawką uniemożliwiające cofanie się moczu do pęcherza moczowego,
- worek z moczem powinien być opróżniony najpóźniej po wypełnieniu się 2/3 objętości worka,
- wymiana worków do zbiórki moczu zgodnie ze wskazówkami producenta. Rekomendowane są worki przeznaczone do 14-dniowej zbiórki moczu w systemie zamkniętym, z możliwością pobierania próbek moczu - zmniejszenie ryzyka zakażenia pęcherza moczowego poprzez rzadsze rozłączanie z cewnikiem.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: U pacjenta brak objawów rozwoju zakażenia układu moczowego. Pacjent wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu założonego wkłucia centralnego.

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniom wynikającym z założenia dostępu centralnego podczas pobytu na OAiIT

Interwencje pielęgniarskie:

- zachowanie pełnej jałowości przez: odpowiednie przygotowanie miejsca wkłucia wg procedury, odpowiedni czas działania środków antyseptycznych stosowanych na skórę (czystość rąk oraz zabezpieczenie ich jałowymi rękawiczkami, przestrzeganie technik jałowości wkłucia, jałowy opatrunek na miejsce wkłucia),
- zmiana opatrunku w zależności od jego rodzaju (włókninowy z wkładem chłonnym – nie rzadziej niż co 72 godz., przezroczysty – co 7 dni),
- stosowanie jałowych rękawiczek podczas zmiany opatrunku,
- codzienna ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wkłucia w kierunku: wystąpienia cech nacieczenia tkanek, obrzęku, wystąpienia cech zapalnych, np. zaczerwienienie, bólu, miejscowego podwyższenia temperatury, oceny czystości i suchości opatrunku,
- stosowanie zasad aseptyki podczas codziennych zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych: mycie rąk przed każdą czynnością związaną z obsługą linii naczyniowej i jej elementów, przestrzeganie zasad podczas przygotowania leków i płynów do infuzji,
- uzupełnianie na bieżąco dokumentacji monitorowania dostępu naczyniowego.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: U pacjenta brak objawów rozwoju zakażenia miejscowego lub ogólnoustrojowego. Pacjent wymaga dalszej obserwacji,

Diagnoza pielęgniarska: Niepokój chorego o stan zdrowia i swoje dalsze losy.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju występującego u pacjenta, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa podczas pobytu na OAiIT.

Interwencje pielęgniarskie:

- zapewnienie spokoju fizycznego i psychicznego: stała obecność przy chorym, opiekę należy sprawować spokojnie, sprawnie, stwarzając atmosferę życzliwego zainteresowania, warunków do odpoczynku,

- zmniejszenie niepokoju przez: życzliwe słuchanie co chory mówi, udzielane odpowiedzi powoli i dokładnie, podawanie wyjaśnień prostych i nie wymijających, pielęgniarka rozmawia z chorym niezależnie od wykonywania zabiegów instrumentalnych,
- likwidowanie lęku przed i w czasie wykonywanych zabiegów: uprzedzanie i informowanie pacjenta o wykonywanych zabiegach. Podczas podłączania aparatury monitorującej, wyjaśnienie konieczności i celu jej zastosowania oraz jak pracuje (uprzedzić o sygnale alarmowym, który może budzić niepokój u pacjenta). Przedstawienie zakresu współpracy oczekiwanej ze strony pacjenta, rozmawianie z chorym w czasie wykonywania czynności,
- ułatwienie orientacji i sprzyjanie powstawania korzystnych wzajemnych stosunków między zespołem a chorym przez: unikanie anonimowości, zapoznanie chorego z osobą opiekującą, poinformowanie chorego do kogo ma się zwracać ze swoimi problemami,
- wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta co obniża poziom lęku,
- wyjaśnienie pacjentowi wątpliwości dotyczących niepokojących go dolegliwości i konieczności zmiany dotychczasowego stylu życia,
- zapewnienie kontaktu z lekarzem, w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących przebiegu choroby i rokowania,
- motywowanie rodziny do udzielania mężczyźnie wszechstronnego wsparcia.

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: W wyniku podjętych działań niepokój zmniejszono. Pacjent wymaga wsparcia.

Diagnoza pielęgniarska: Brak wiedzy pacjenta na temat jednostki chorobowej.

Cel opieki: Uzupelnienie niedoboru wiedzy pacjenta na temat choroby.

Interwencje pielęgniarskie:

- oszacowanie zasobu wiedzy pacjenta i jego rodziny na temat choroby,
- przekazanie podstawowych informacji na temat choroby,
- efektywne prowadzenie edukacji pozwalającej na uzyskanie wiedzy na temat jednostki chorobowej,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem, psychologiem, rehabilitantem,
- zapewnienie konsultacji z dietetykiem [11,12].

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań: W wyniku podjętych działań edukacyjnych chory nabył podstawową wiedzę na temat choroby. Pacjent i jego rodzina otrzymali informację na temat źródeł pozyskiwania i poszerzania wiedzy na temat Zespołu Goodpasture'a.

Podsumowanie W zawód pielęgniarki/pielęgniarsza wpisana jest konieczność stałej aktualizacji wiedzy oraz postępowania zgodnie z najnowszymi zaleceniami a podnoszenie kwalifikacji zawodowych stanowi jeden z ważniejszych elementów wykonywania zawodu.

Udział w zabiegach leczniczych i pielęgnacyjnych pacjenta w ciężkim stanie klinicznym stanowi dla pielęgniarki wyzwanie, jednocześnie stwarza jej możliwość doskonalenia umiejętności zawodowych oraz pogłębiania wiedzy również w zakresie chorób rzadkich.

Analizując sytuację chorego opracowano indywidualną karta zaleceń dla pacjenta.

Zalecane jest:

- ✓ systematyczne wykonywanie badań kontrolnych i laboratoryjnych: badanie ogólne moczu, morfologia, stężenie kreatyniny, elektrolitów, ferrytyny, żelaza w warunkach ambulatoryjnych,
- ✓ konieczna sanacja jamy ustnej w miejscu zamieszkania,
- ✓ przestrzeganie zaleceń dietetycznych: dieta z ograniczeniem soli kuchennej, zawartość białka w posiłkach - ok 1g/kg m.c. na dobę,
- ✓ przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów (ok. 2500ml/dobę),
- ✓ unikanie źródeł zakażenia,
- ✓ prowadzenie spokojnego trybu życia, bez sytuacji stresowych,
- ✓ systematyczne, samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego oraz saturacji,
- ✓ rzucenie palenia,
- ✓ unikanie biernego palenia (unikać zadymionych pomieszczeń),
- ✓ unikanie zanieczyszczonego powietrza,
- ✓ systematyczne zażywanie zleconych leków,
- ✓ edukacja pacjenta na temat czynników wpływających na postęp choroby,
- ✓ w razie pogorszenia stanu ogólnego pilna wizyta u lekarza POZ.

Piśmiennictwo:

1. Zielińska-Borkowska U., Walicka M., Złotorowicz M., Kosiński C., Lickiewicz B., Pirożyński M. et. al. Goodpasture's syndrome in the course of H1N1 influenza A – case report. *Postępy Nauk Medycznych* 2014; 27: 334-338.
2. Bułło B., Konopa J., Wujtewicz M., Perkowska-Ptasińska A., Rutkowski B. Zespół Goodpasture'a z powrotem funkcji nerek po 7 miesiącach dializoterapii. *Forum Nefrologiczne* 2009; 2: 91-96.
3. Chuda A., Lelonek M. Zespół Goodpasture'a wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym dla lekarza kardiologa. *Folia Cardiologica* 2016; 11: 433-439.
4. Adamczak M., Perkowska-Ptasińska A. Zespół Goodpasture'a. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2016; 20: 105-108.

5. Chmielewski M., Liberek T., Śliwarska-Strońska J., Kulczycka J., Perkowska-Ptasińska A., Studniarek M., et. al. Skuteczność mykofenolanu mofetilu w opornym na konwencjonalne leczenie zespole Goodpasture'a — opis przypadku i przegląd literatury. *Forum Nefrologiczne* 2012; 5: 232-235.
6. Wojtyś M., Waloszczyk P., Alchimowicz J., Wójcik N., Maciąg B., Lisowski P., et. al. Goodpasture syndrome as a rare cause of massive respiratory tract hemorrhage. *Pomeranian J Life Sci* 2019; 65: 42-45.
7. Stephen P. Anti-Glomerular Basement Membrane Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017; 12: 1162–1172.
8. Musiał J., Sznajd J., Goncerz G., Szczeklik A. Choroba związana z przeciwciałami przeciwko błonie podstawnej. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.9.5>. [dostęp: 19.05.2022].
9. Rowińska-Zakrzewska E., Bestry I., Mejza F. Rozlane krwawienie pęcherzykowe. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.12.4>. [dostęp: 19.05.2022].
10. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Krajewska-Kułak E, Wrońska I. *Repetitorium z Pielęgniarstwa*. Wyd. 1. PZWL, Warszawa 2015.
11. Płaszczewska-Żywko L, Kózka M. *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarskiej*. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 2021.

Analiza wpływu składu ciała i stanu odżywienia na zaburzenia chodu i równowagi wśród seniorów

Iwona Klisowska, Katarzyna Salik, Anna Felińczak, Iwona Twardak, Mariola Seń,
Beata Jankowska – Polańska

Wstęp. Rosnąca liczba osób w wieku podeszłym jest faktem i dylematem wielu krajów. Starzejące się społeczeństwo wymaga celowanego wsparcia w zakresie utrzymania samodzielności i sprawności. Przyczyny starzenia się społeczeństw są niejednorodne. Zarówno zmniejszona liczba urodzeń jak i wydłużenie się okresu przeżywalności skutkuje większą liczbą osób w wieku podeszłym. Coraz więcej jest również ludzi powyżej 85 roku życia co powoduje tzw. zjawisko podwójnego starzenia się, a jednocześnie sytuacja ta skutkuje coraz większą liczbą osób wymagających opieki i wsparcia (1).

Starzenie się, choć jest naturalne powoduje różnorodne zmiany w organizmie we wszystkich jego sferach przyczyniając się do niesprawności i niesamodzielności. Zmiany jakie zachodzą w organizmie wywołują pogorszenie funkcji wszystkich układów i w konsekwencji zostaje zaburzona równowaga bio-psycho społeczna seniora (2). To jak wyglądać będzie starzenie się, w dużej mierze zależy od stylu życia i zachowań zdrowotnych podejmowanych w ciągu całego życia człowieka. Wielkie zespoły geriatryczne, wielochorobowość, która dotyka ludzi w wieku podeszłym są czynnikami, które znacząco wpływają na sprawność i funkcjonowanie osób w wieku podeszłym. Dodatkowo stan odżywienia, dobór żywności pod względem jakościowym i ilościowym, różnorodność składników oraz dieta dostosowana do aktualnego stanu chorobowego są kluczowe w utrzymaniu zdrowia i sprawności. Jednocześnie dobre odżywianie i sprawne układy organizmu, a także codzienna aktywność fizyczna pozwalają na optymalne wchłanianie składników odżywczych i prawidłowy skład masy ciała podopiecznych. W okresie starzenia się pojawiają się jednak patologiczne zmiany dotyczące wszystkich układów w tym pokarmowego, gdzie dochodzi do obniżenia się apetytu, zmniejszonego wydzielania śliny, się też perystaltyka przewodu pokarmowego, osłabiają się odczucia smaku i węchu. Wielu seniorów nie ma przyjemności z jedzenia i nie odczuwa potrzeby jedzenia, co grodzi niedożywieniem ze wszystkimi jego konsekwencjami (3). Dużym ryzykiem również dla seniorów są zmiany w składzie masy ciała szczególnie, gdy dochodzi do zmniejszenia beztłuszczowej masy ciała i jednoczesnym wzroście tkanki tłuszczowej (4). Zmiany składu ciała mogą utrudniać osobom w wieku podeszłym podejmowanie aktywności

co z kolei zwiększa ryzyko pojawienia się niesprawności, zaburzeń równowagi i chodu, upadków i zależności. Za niska beztłuszczowa masa ciała u starszych pacjentów jest również czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności (5).

Niesprawnościom i chorobom powinniśmy zapobiegać, poddawać leczeniu, a nie uznawać ich pojawienie się, jako nieuniknionego wyniku starości. Stan niedożywienia i analiza składu ciała seniorów jest niestety rzadko analizowana i diagnozowana. Skutkuje to brakiem podejmowanych działań dietetycznych i leczniczych (6). Wiele czynników wpływa na stan odżywienia seniorów, nie tylko zmiany zachodzące w organizmie, ale również sytuacja ekonomiczna, brak opieki, samodzielności, samotność, wykluczenie społeczne, czy też zmiany w sferze psychicznej (6). Dane na temat populacji ludzi w wieku senioralnym, których dotyka niedożywienie są zróżnicowane i różnią się między sobą min. ze względu na wiek seniorów i miejsce zamieszkania. W literaturze często można spotkać dane mówiące o większym niedożywieniu u osób zamieszkujących placówki instytucjonalne, jednak należy mieć na uwadze, że do placówek często trafiają osoby w złym stanie zdrowia, które nie mogą już samodzielnie mieszkać, jak również fakt że w domach seniorów, oceny stanu niedożywienia rzadko kiedy się dokonuje (7,8). Ograniczenie sprawności i zdolności do wykonywania czynności związanych z dniem codziennym zależne od naturalnego starzenia się, chorób istniejących, niedożywienia i zmniejszonej umiejętności radzenia sobie z czynnikami zewnętrznymi stresogennymi skutkuje zwiększonym ryzykiem dla seniorów pod postacią upadków, infekcji, hospitalizacji czy uzależnienia od stałej opieki. Mając na uwadze fakt, że odżywianie jest ważne w każdym wieku, od okresu noworodkowego do późnej starości, a jego nieprawidłowości są konsekwencją wielu chorób i dysfunkcji powinno się oceniać stan odżywiania seniorów i dbać o wsparcie i edukację żywieniową.

Zaburzenia równowagi i chodu mogą wynikać ze złego stanu odżywiania seniorów i nieprawidłowego składu masy ciała i przyczyniać się do upadków. Upadki należą do wielkich zespołów geriatrycznych, które dotyczą od 30 do 46 % seniorów przyczyniając się do niesprawności i zależności od opieki innych (9). Przyczyn upadków jest wiele. Można podzielić je na zewnętrzne i wewnętrzne. Do zewnętrznych czynników zaliczymy min. otoczenie pacjenta, nierówne powierzchnie, chodniki, dywany w domu chorego, progi, złe obuwie i oświetlenie, a do wewnętrznych czynników zaliczymy wzrastający wiek, choroby przebiegające z niedowidzeniem, zawrotami głowy czy zaburzeniami funkcji poznawczych oraz zespół kruchości. Upadki podobnie jak zły stan odżywiania są związane z ryzykiem przedwczesnej śmierci osób w wieku podeszłym (10).

Cel pracy. Celem pracy była próba oceny wpływu składu ciała i stanu odżywienia na zaburzenia chodu i równowagi wśród pacjentów po 60 roku życia.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono we Wrocławiu, od czerwca 2019 r. do maja 2021 roku. U pacjentów przeprowadzono pomiary za pomocą wagi Tanita oraz użyto standaryzowanych narzędzi badawczych takich jak: skala MNA, test Tinetti. Seniorzy wypełniali też ankietę stworzoną dla tego badania w celu poznania czynników socjodemograficznych .

Łącznie przebadano 329 seniorów, którzy spełnili kryteria włączenia. Kryterium włączenia do badań był wiek powyżej 60 lat i wyrażenie zgody na badanie. Kryterium wyłączenia był brak możliwości zważenia i dokonania pomiaru za pomocą wagi Tanita, oraz zdiagnozowane głębokie zaburzenia poznawcze i brak wyrażonej zgody na badanie.

Wyniki zebrano w bazie utworzonej na potrzeby tego badania w Statistica, następnie poddano analizie statystycznej wykonanej za pomocą oprogramowania Statistica.

Analizy istotnościowe poprzedzono obliczeniem statystyk opisowych wskaźników odżywienia i oceny równowagi i chodu (tabela 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe wskaźników odżywienia, oceny równowagi i chodu (N = 329)

	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Kurt</i>	<i>D</i>
Stan odżywienia	10,50-33	25,14	5,22	-0,62	-0,34	0,09**
Ocena równowagi i chodu	0,00-28	15,05	9,01	-0,18	-1,27	0,11**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

N liczebność, *R* zakres, *M* średnia, *SD* odchylenie standardowa, *SK* skośność rozkładu, *Kurt* kurtoza rozkładu, *D* wynik testu Kołomogorowa-Smirnowa.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 329 seniorów w wieku od 63 do 100 lat ($M = 75,38$; $SD = 8,85$). W badanej grupie kobiety stanowiły większość ($N = 205$; 62,3%) na tle liczebności mężczyzn ($N = 124$; 37,7%). Najwięcej osób posiadało wykształcenie podstawowe ($N = 103$; 31,4%) lub średnie ($N = 96$; 29,3%), jedna piąta uczestników miała wykształcenie zawodowe ($N = 66$; 20,1%). Oceniając stan cywilny badanych, odnotowano, że blisko połowa osób była zamężna/żonata ($N = 158$; 46,7%), a około 40% badanych to wdowy/wdowcy. ($N = 128$; 37,9%). Ponad połowa seniorów wskazała dom rodzinny jako miejsce pobytu ($N = 177$; 54,1%), pozostałe osoby badane wskazały placówkę opiekuńczą ($N = 151$; 45,9%). Stan zdrowia uczestników, nie był zadawalający w czasie badania czterech na pięciu badanych miało przewlekłe choroby układu krążenia ($N = 266$; 81,0%), a co trzeci senior cierpiał na

przewlekłe choroby układu oddechowego (N = 103; 31,3%). Osoby badane zdiagnozowane miały też przewlekłe choroby neurologiczne (N = 144; 43,8%), i choroby układu kostno-stawowego (N = 225; 68,3%). Blisko 15% badanych zgłaszało wielochorobowość.

Szczegółowe rozkłady częstości charakterystyk socjodemograficznych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 2. Rozkłady częstości charakterystyk socjodemograficznych badanej grupy seniorów

		N	%
Płeć	Mężczyzna	124	37,7%
	Kobieta	205	62,3%
Wykształcenie	Podstawowe	103	31,4%
	Zawodowe	66	20,1%
	Średnie	96	29,3%
Zamieszkanie z rodziną	Nie	18	54,7%
	Tak	153	45,3%
Stan cywilny	Panna/kawaler	31	9,4%
	Zamężna/żonaty	158	48 %
	Rozwiedziona/rozwiedziony	12	3,6%
	Wdowa/wdowiec	128	38,9%
Miejsce pobytu	Dom rodzinny	177	54,1%
	Placówka	151	45,9%
Przewlekłe choroby układu krążenia	Nie ma	63	19,0%
	Tak	266	81,0%
Przewlekłe choroby układu oddechowego	Nie ma	226	68,8%
	Tak	103	31,2%
Przewlekłe choroby neurologiczne	Nie ma	185	56,2%
	Tak	144	43,8%
Przewlekłe choroby układu kostno-stawowego	Nie ma	104	31,7%
	Tak	225	68,3%
Wielochorobowość	Nie ma	281	85,4%
	Tak	48	14,6%

N liczebność próby

W przypadku poziomu odżywienia zaobserwowano, że ponad połowa osób badanych wykazywała prawidłowy stan odżywienia (N = 215; 65,7%), co czwarty badany wykazywał zagrożenie niedożywieniem (N = 79; 23,7%), a jedną dziesiątą próby cechowało niedożywienie (N = 35; 10,6%). Masa tkanki bez tłuszczowej w badanej próbie przyjmowała zakres od 21,40 do 79,10 kg (M = 48,68; SD = 10,51), natomiast waga masy mięśniowej rozpięta była

w granicach od 18,90 a 76,40 kg ($M = 46,07$; $SD = 10,27$). Masa tkanki kostnej wyrażona była w zakresie od 1,70 do 4,70 kg ($M = 46,07$; $SD = 10,27$).

Osób z wysokim ryzykiem upadku było 178 osób (54%) w tym 110 kobiet i 68 mężczyzn, osoby skłonne do upadku stanowiły 15% (48 osób w tym 31 kobiet 17 mężczyzn), z niskim ryzykiem lub brakiem ryzyka było 31%, 103 osoby w tym 64 kobiety i 39 mężczyzn. Wśród osób z wysokim ryzykiem upadku 75% (135 osób) były to osoby zagrożone niedożywieniem lub niedożywione. Wśród osób skłonnych do upadku osoby niedożywione i zagrożone niedożywieniem stanowiły 46% badanych, pozostałe osoby wykazywały prawidłowy stan odżywienia, natomiast wśród osób z niskim ryzykiem i brakiem ryzyka upadku przeważały osoby o prawidłowym stanie odżywienia stanowiąc 74% badanych, Wykazane różnice były istotne statystycznie $p = 0,000$. Nie ma różnic w ocenie ryzyka upadku w zależności od poziomu masa tkanki beztłuszczowej ($p > 0,05$) (tabela 3).

Tabela 3. Zagrożenie upadkiem a stan odżywienia

Skłonność do upadku	N		% osób wg stanu odżywienia
Osoby z wysokim ryzykiem upadku	178	110 kobiet	75% osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem
		68 mężczyzn	
Osoby ze skłonnością do upadków	48	31 kobiet	46% osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem
		17 mężczyzn	
Osoby z niskim ryzykiem upadków lub brak ryzyka upadków	103	64 kobiet	74 % osób z prawidłowym stanem odżywienia
		39 mężczyzn	

W przypadku oceny wskaźnika ogólnej oceny równowagi i chodu (tabela 4) zaobserwowano różnice istotnie statystycznie wobec stanu odżywienia ($F = 39,66$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,193$), gdzie seniorzy z prawidłowym stanem odżywienia otrzymywały istotnie wyższe oceny niż pozostałe grupy. Ponadto zaobserwowano, że osoby mieszkające w domach cechują się wyższymi ocenami niż mieszkańcy placówek: $F = 20,45$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,050$.

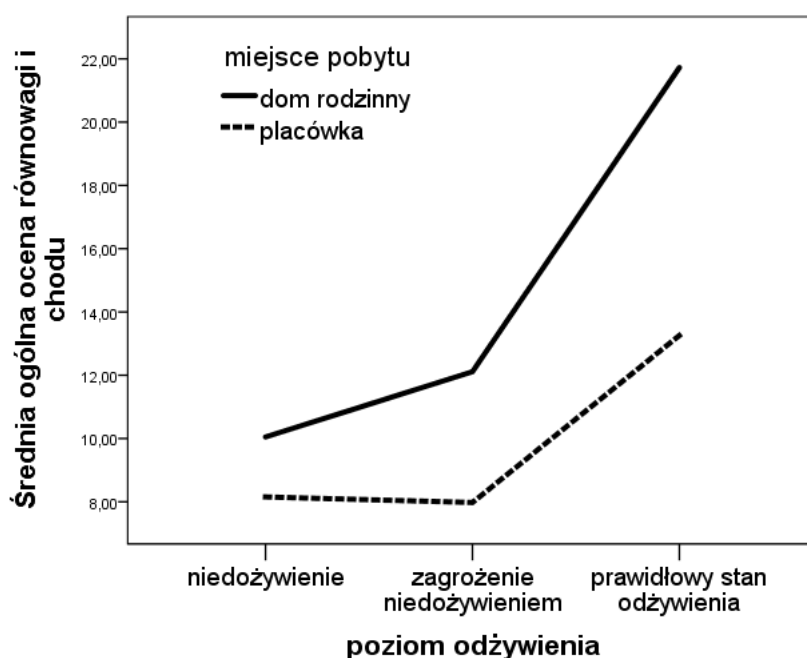
Tabela 4. Stan odżywienia i miejsce pobytu a ogólna ocena równowagi i chodu

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>Post-hoc</i>
A	Niedożywienie	9,30	6,80	39,66	0,000	0,193	A < C
B	Zagrożenie niedożywieniem	9,53	7,36				B < C
C	Prawidłowy stan odżywienia	18,51	8,14				
I	Dom rodzinny	18,87	8,16	20,45	0,000	0,050	II < I
II	Placówka opiekuńczo lecznicza	11,01	7,84				
I.A	Dom rodzinny – niedożywienie	10,05	7,80	4,45	0,012	0,022	II.B < I. B

I.B	Dom rodzinny – zagrożenie niedożywieniem	12,11	7,72	II.C < I.C
I.C	Dom rodzinny – prawidłowy stan odżywienia	21,72	6,28	I.A < I.C
II.A	Placówka – niedożywienie	8,15	4,95	I.B < I.C
II.B	Placówka – zagrożenie niedożywieniem	7,98	6,75	II.A < II.C
II.C	Placówka – prawidłowy stan odżywienia	13,26	8,14	II.B < II.C

SD odchylenie standardowe, *F* wynik testu ANOVA, *P* współczynnik prawdopodobieństwa, n^2 miara siły efektu η^2 , *post-hoc* test post-hoc

Pomiędzy badanymi czynnikami zachodziła istotna statystycznie interakcja: $F = 4,45$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,022$, a testy post-hoc pokazały, iż w grupie osób w wieku podeszłym którzy zamieszkiwali placówki opiekuńczo leczniczych i w grupie osób przebywających w domach ankietowani z prawidłowym stanem odżywienia wykazywali mniejsze zagrożenie upadkiem w porównaniu do seniorów z niedożywieniem lub zagrożonych niedożywieniem. Dodatkowo, grupy osób zagrożone niedożywieniem i o prawidłowym stanie odżywienia prezentowały istotnie niższe zagrożenie upadkiem, kiedy zamieszkiwali rodzinne domy, niż kiedy byli mieszkańcami placówek instytucjonalnych (rysunek 1).



Rysunek 1. Stan odżywienia i miejsce pobytu a ogólna ocena równowagi i chodu – efekt interakcji

Dyskusja. W sytuacji starzejącego się społeczeństwa zasadne staje się utrzymanie sprawności i samodzielności wśród seniorów. Wielochorobowość i zależność od innych sprawia, że rosną koszty utrzymania seniorów oraz znacząco obniża się ich jakość życia. Badacze wskazują na czynniki wpływające na zdrowie seniorów, ich wpływ na jakość życia i jego długość. Jednym

z kluczowych jest stan odżywienia (11,12). Często znaczenie odżywiania jest niedoceniane choć dla osób w wieku senioralnym w trwającym procesie starzenia się odgrywa ważną rolę (13–15). Występowanie wielkich zespołów geriatrycznych wśród seniorów, w tym niedożywienia powoduje poważne konsekwencje w postaci zaburzeń sprawności zaburzeń równowagi i chodu, zwiększonego ryzyka upadków i stopniowej utraty niezależności i sprawności (16–18). Przeprowadzone badania potwierdziły związek stanu odżywienia z ryzykiem upadków. Wczesne rozpoznanie zagrożenia niedożywieniem lub niedożywienia oraz wprowadzenie działań naprawczych mogą uchronić seniorów przed zaburzeniami równowagi i chodu, a w konsekwencji przed upadkami, które są predyktorem wczesnej śmiertelności wśród seniorów. Prawidłowe żywienie, dostarczanie wszystkich niezbędnych mikro i makro składników jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na optymalne, pomyślne starzenie się (19).

Analiza składu ciała seniorów i ocena jego wpływu na ryzyko upadków wykazała brak związku obniżonej masy beztłuszczowej z wyższym ryzykiem upadków. W badaniach Krzymińskiej - Siemaszko seniorzy u których zaobserwowano spadek masy mięśniowej byli bardziej narażeni na upadki, podobnie Pierzak stwierdza, że zmiany w składzie ciała seniorów zwiększają ryzyko niesprawności (20,21). Wydaje się być zasadne pogłębienie analizy o inne parametry składu ciała, zarówno beztłuszczową masę ciała, masę mięśniową i masę kostną dla pełnego obrazu ryzyka upadków wśród osób w podeszłym wieku.

Wnioski.

Stan odżywienia pacjentów wpływa na ryzyko upadków.

Ryzyko upadków związane z zaburzeniami równowagi i chodu jest niższe u seniorów z prawidłowym stanem odżywienia.

Szczegółowy skład masy ciała nie wpływa na ocenę ryzyka upadków.

Piśmiennictwo::

1. Górny A, Kaczmarczyk P, Lesińska M, redaktorzy. Transformacje: przewodnik po zmianach społeczno-ekonomicznych w Polsce. Wydanie pierwsze. Warszawa: Naukowe Scholar; 2016. 354 s.
2. Wysokiński M, Fidecki W, Olejarz M, Gorgol A. Ocena stanu odżywienia osób w wieku podeszłym Evaluation of the nutritional status of elderly people. Akademia Medycyny GERIATRIA. 2019;(13):20–7.
3. Wierzbicka J, Brukwicka I, Kopański Z, Rowiński J, Furmanik F. Wybrane aspekty procesu starzenia się człowieka (Selected aspects of human ageing process). Journal of Clinical Healthcare. 2017;(2).
4. Pyka B, Zieleń- Zynek I, Kowalska J, Nowak J, Będkowska- Szczepańska A. Should weight loss in elderly people be recommended? Ann Acad Med Siles. 2019;73:293–304.

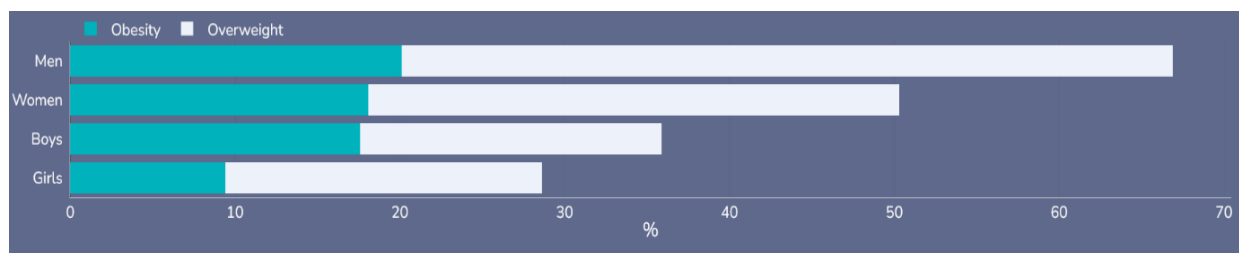
5. Ożga E, Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych Assessment of nutritional status of the elderly. *Geriatrics Akademia Medycyny*. 2013;(7):1–6.
6. Kaluźniak- Szymanowska A, Krzywińska- Siemaszko R. History of geriatrics and gerontology – from ancient times to the present day. *Med Og Nauk Zdr*. 2019;25(4):230–4.
7. Donini LM, Stephan BCM, Rosano A, Molino A, Poggiogalle E, Lenzi A, i in. What Are the Risk Factors for Malnutrition in Older-Aged Institutionalized Adults? *Nutrients*. 18 wrzesień 2020;12(9):2857.
8. Dzieniszewski J, Jarosz M, Szczygieł B, Długosz J, Marlicz K, Linke K, i in. Stan odżywienia pacjentów w szpitalach w Polsce. Ocena przesiewowa pacjentów dorosłych. *Polski Merkuriusz Lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2003;15(83):144.
9. Granda D, Żyfka- Zagrozińska A, Renc-Smolewska P, Szmidt M, Wierzbicka E, Brzozowska A. Witamina D u osób starszych - funkcje, ryzyko niedoboru i wiedza seniorów. *Kosmos*. 2019;68(2):283–92.
10. Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG. Association of Injurious Falls With Disability Outcomes and Nursing Home Admissions in Community-Living Older Persons. *American Journal of Epidemiology*. 2013;178(3):418–25.
11. Malazonia M, Anuashvili A, Vashakmadze N, Corpas E. Assessment of Nutritional Status in the Elderly, Causes and Management of Malnutrition in the Elderly. W: *Endocrinology of Aging*. Elsevier; 2021. s. 651–87.
12. Rasheed S, Woods RT. Malnutrition and quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 2013;12(2):561–6.
13. Jurczak I, Barylski M, Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym : ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics Akademia Medycyny*. 2011;5(2):127–33.
14. Lewandowicz M. Zindywidualizowana dietoterapia w odpowiedzi na zmiany w przewodzie pokarmowym związane ze starzeniem się lub wielochorobowością – część I. Individualized dietotherapy in response to changes in the gastrointestinal tract associated with aging or multidisease – part I. *Geriatrics Akademia Medycyny*. 2014;(8):43–8.
15. Szczygieł B. Niedożywienie: występowanie, przyczyny, następstwa, rozpoznanie i leczenie Malnutrition: prevalence, causes, consequences, diagnosis and treatment. *Przegląd Medycyny Laboratoryjnej*. 2007;2(7):3–11.
16. Borkent JW, Naumann E, Vasse E, van der Heijden E, de van der Schueren MAE. Prevalence and Determinants of Undernutrition in A Sample of Dutch Community-Dwelling Older Adults: Results from Two Online Screening Tools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(9).
17. Krzymińska-Siemaszko R, Chudek J, Suwalska A, Lewandowicz M, Mossakowska M, Kroll-Balcerzak R, i in. Health status correlates of malnutrition in the polish elderly population - Results of the Polsenior Study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2016;20(21):4565–73.
18. Pierzak M, Szczukiewicz-Markowska G, Głuszek S. The problem of hospital malnutrition and its consequences. *sm*. 2020;36(1):46–50.
19. Milte CM, McNaughton SA. Dietary patterns and successful ageing: a systematic review. *European Journal of Nutrition*. 2016;55(2):423–50.

20. Krzywińska-Siemaszko R, Fryzowicz A, Czepulis N, Kaluźniak-Szymanowska A, Dworak LB, Wieczorowska-Tobis K. The impact of the age range of young healthy reference population on the cut-off points for low muscle mass necessary for the diagnosis of sarcopenia. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. maj 2019;23(10):4321–32.
21. Pierzak M. Holistyczne ujęcie pracy: praca zbiorowa. Zimny J, redaktor. Stalowa Wola: Katedra Pedagogiki Katolickiej; 2017.

Rozejście się rany po histerektomii totalnej u otyłej pacjentki z nowotworem macicy – studium przypadku

Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś, Ewa Buczko

Wstęp. Chyba nie ma drugiej choroby przewlekłej mogącej generować tak dużą liczbę potencjalnych powikłań i zaburzeń jaką jest choroba otyłościowa. Te słowa Profesora Bogdańskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości nie napawają optymizmem szczególnie, że liczba osób otyłych na świecie z roku na rok jest większa, a patomechanizm choroby jest niesamowicie złożony i odmienny u różnych osób. W 2022 roku 1 na 8 osób na świecie żyła z otyłością (ponad 890 mln dorosłych oraz ok. 160 mln młodych w wieku 5-18 lat). Otyłość wśród dorosłych wzrosła dwukrotnie, wśród nastolatków czterokrotnie, a 37 mln dzieci poniżej 5 roku życia miało nadwagę. W Polsce w 2019 roku mieliśmy 20,1% otyłych mężczyzn, 18,1% otyłych kobiet, 17,6% otyłych chłopców i 9,45 otyłych dziewczynek (rycina 1) [1].



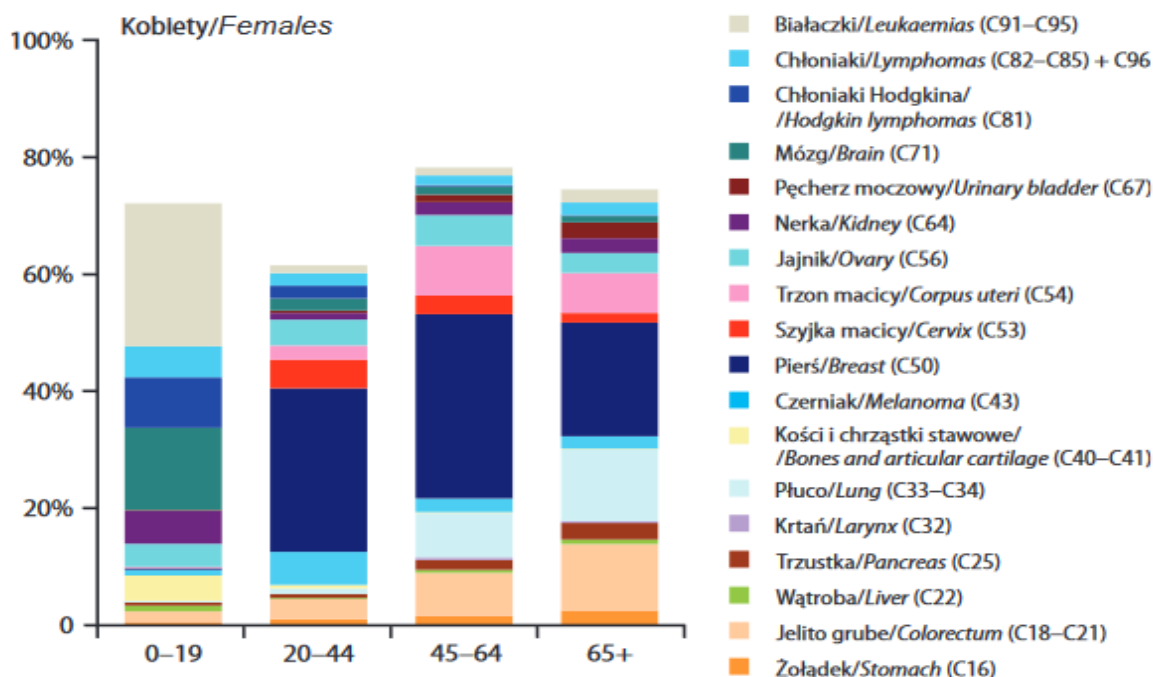
Ryc. 1 Występowanie nadwagi i otyłości wśród Polaków w 2019 roku.

Źródło: <https://data.worldobesity.org/country/poland-173/>

Pomimo coraz większej wiedzy otyłość nadal postrzegana jest przez pryzmat wyglądu, jako problem estetyczny. Wielokrotnie zapominamy jak poważna to choroba, która nie tylko usposabia do wystąpienia wielu innych schorzeń, ale także zwiększa śmiertelność. W 2019 roku BMI powyżej normy spowodowało ok. 5 mln zgonów z powodu chorób niezakaźnych. Nad wyraz istotne stają się skutki gospodarcze epidemii otyłości – przewiduje się, że globalne koszty nadwagi i otyłości osiągną 3 biliony dolarów rocznie do 2030 r. i ponad 18 bilionów dolarów do 2060 roku [2,3].

Coraz więcej badań potwierdza związek między chorobą otyłościową a zwiększonym ryzykiem zachorowania na niektóre choroby – cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, udar oraz nowotwory m.in. okrężnicy, piersi a także trzonu macicy (w tym wypadku nawet o 30-60%). Według

Krajowego Rejestru Nowotworów z 2021 roku rak trzonu macicy uplasował się na trzecim miejscu (po piersi – 24,2%, płucach – 9,4%) pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet – 6,9% (zachorowalność 29/10⁵), szczególnie po menopauzie, między 55. a 70. rokiem życia (ryc. 2) [4].



Rycina 2. Struktura zachorowania na nowotwory złośliwe u kobiet według grup wiekowych.

Źródło: Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K., Miklewska M. i in.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2023, s. 11

Różne badania wykazują, że otyłość I. stopnia wiązała się z 2,6-krotnym wzrostem ryzyka raka endometrium, a otyłość olbrzymia III. stopnia ryzyko rośnie nawet 7,14-raza. Jednocześnie otyłość centralna (brzuszna) zwiększała ryzyko 1,5 – 2 razy. Związane jest to m.in. z nadmierną ekspozycją otyłego organizmu na estrogeny. Tkanka tłuszczowa będąca także narządem wydzielania wewnętrznego wytwarza substancje tzw. adipicytokiny będące związkami aktywnymi biologicznie m.in. cytokiny zwiększające stężenie czynnika martwicy guza, białka ostrej fazy – glikoproteinę kwaśną α 1 oraz hormony – rezystynę, leptynę, a także estrogeny [5,6].

Podstawą leczenia raka trzonu macicy jest leczenie chirurgiczne czyli usunięcie macicy wraz z przydatkami (histerektomia z obustronną salpingo-owarektomią) na drodze laparotomii lub laparoskopowo wspomaganą histerektomii przezpochwową. Bywa, że przeciwwskazaniem do

tego zabiegu jest właśnie otyłość. Jest ona określana jedną z najbardziej obiektywnych metod czyli wskaźnikiem masy ciała BMI (z ang. Body mass index). Otyłość I. stopnia diagnozuje się gdy wskaźnik masy ciała BMI mieści się między 30 a 34,9 kg/m², znaczną otyłość, otyłość II. stopnia BMI = 35-39,9 kg/m² oraz otyłość III. BMI ≥40 kg/m². Te nadmierne kilogramy są znanymi czynnikami ryzyka powikłań ran pooperacyjnych i infekcji podczas różnych zabiegów chirurgicznych. Zalicza się do nich przede wszystkim problemy ze strony układu oddechowego m.in. zator, niedodma oraz ostra niedrożność dróg oddechowych, zakażenie rany z jej rozjeściem, a także incydenty zakrzepowo-zatorowe [7,8].

Celem pracy jest prezentacja wybranego przypadku kobiety otyłej z rozjeściem rany po operacji histerektomii totalnej oraz przedstawienie problemów zdrowotnych z punktu widzenia opieki pielęgniarskiej.

Metoda. W trakcie realizacji procesu badawczego wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, użyto następujących technik: wywiadu, obserwacji pielęgniarskiej, pomiaru parametrów życiowych, analizy dokumentacji medycznej, oraz narzędzi badawczych – kwestionariusza wywiadu pielęgniarskiego.

Na potrzeby opracowania podłoża teoretycznego pracy przeszukano bazy danych (PubMed, Scopus, Web of Science) według następujących słów i terminów: (otyłość) AND (powikłania pooperacyjne AND rozjeście rany pooperacyjnej), otyłość AND (rak macicy OR rak endometrium OR rak trzonu macicy), obese AND (postoperative complications OR wound dehiscence OR postoperative wound dehiscence, (obese) AND (endometrial cancer OR uterine cancer).

Opis przypadku. Pacjentka 70-letnia, z otyłością (BMI = 38,3), cukrzycą II. typu, przyjęta 10.01.2024 do Kliniki Ginekologii jednego z podkarpackich szpitali w trybie nagłym z rozpoznaniem rozjeście rany pooperacyjnej (T81.3 rozerwanie rany operacyjnej, niesklasyfikowane gdzie indziej). Pacjentka po zabiegu histerektomii totalnej z powodu podejrzenia raka macicy wykonanego 29.12.2023 w trybie nagłym ze względu na obfite krwawienie z dróg rodnych utrzymujące się ok. 2 tygodni, znaczne wodobrzusze, silny ból podbrzusza. Wstępne rozpoznanie nowotwór o nieznanym charakterze, żeńskie narządy płciowe, umiejscowienie nieokreślone (D39.9). Po zabiegu pacjentka w stanie dobrym została wypisana do domu. Po przyjęciu pacjentki zlecono płukanie rany, pobranie materiału na badania laboratoryjne (morfologia, ↑glukoza, kreatynina – 3,64mg/dl, TSH, białko C-reaktywne – 318 mg/l, sód, ↑mocznik, ↑kwas moczowy, ↑prokalcytonina, jonogram, analiza i posiew moczu, DZM). Wdrożono antybiotyk Biotrakson 2 g co 12 h.

Pacjentka otrzymała III. kategorię opieki, częściowo samodzielna w zakresie wydalana (założony cewnik do pęcherza moczowego, pampers). Zdiagnozowano brak wiedzy i ograniczony udział pacjentki w procesie przygotowania do badań diagnostycznych, brak poczucia bezpieczeństwa związanego z hospitalizacją. Pacjentka uskarżała się na silny ból brzucha, była apatyczna, zniechęcona, niechętnie spożywała pokarmy tłumacząc się brakiem apetytu. Ze względu na ból, opuchnięte kostki i zmęczenie prawie nie opuszczała łóżka, nie miała ochoty na rozmowy. Pacjentce towarzyszył mąż, był ogromnym wsparciem dla małżonki, żywo interesował się procesem leczenia oraz pielęgowania, chętnie pomagał przy wielu działaniach, m.in. czynnościach higienicznych.

Codzienne opatrunki oraz płukanie rany Prontosanem utrzymano do 16.01.24 po czym, ze względu na brak poprawy, zdecydowano o konieczności chirurgicznego opracowania rany. Pobrano wymaz z rany – obecność *Enterococcus faecalis*.

18.01.24 przeprowadzono konsultację diabetologiczną, pacjentka przyjmowała Avaminę 500 mg 2x1, ze względu na pogarszające się wskaźniki nerkowe zalecono wdrożenie insulinoaterapii (NovoRapid 4 jednostki przed śniadaniem). Tego samego dnia na prośbę Pacjentki odbyła się konsultacja psychologiczna. Stwierdzono nasilone objawy depresyjne, nastroj wyraźnie obniżony, pesymistyczne nastawienie, w wypowiedziach treści rezygnacyjne. Pacjentka przyznała się, że od 10 lat przyjmuje lek przeciwdepresyjny bez kontroli psychiatrycznej (wskazana konsultacja).

Kilkukrotnie wykonywano badania laboratoryjne: posiew moczu ujemny (-), obniżony poziom erytrocytów oraz hematokrytu, podwyższona leukocytoza, płytki krwi w górnych granicach normy. Stale monitorowano glikemię, ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę ciała oraz diurezę.

19. 01.24 Zaobserwowano narastanie obrzęków stóp i podudzi oraz zmniejszoną ilość moczu w worku 100 ml. Zlecono konsultację nefrologiczną. Stwierdzono stan wtórnego uszkodzenia nerek, uogólniony stan zapalny ze znacznie podwyższonymi parametrami zapalnymi. Przy obrzękach kończyn dolnych brak cech przewodnienia. Zlecono: dodatkowy antybiotyk Ciprofloksacyna 2x200 mg i.v (dobowo 400 mg), posiew moczu (wynik: ujemny), IPP objawowo, wymianę cewnika do pęcherza oraz TK jamy brzusznej z kontrastem (gaz z pasmami płynu w jamie brzusznej, okoliczne zmiany miękkotkankowe naciekające moczowody – wznowa, zmiany Meta w płucach). Wykonano również powtórne szycie rany na Bloku Operacyjnym.

20.01.24 Pacjentka uskarżała się na silny ból brzucha, uporczywą zgagę, znaczne osłabienie, była apatyczna. Diureza skąpa 100 ml, skóra blada lekko spocona, ciastowata w obrębie

kończyn dolnych. W godzinach popołudniowych stan ogólny chorej pogorszył się, stwierdzono obniżenie RR, wzrost temperatury ciała, znaczne osłabienie oraz senność. O godzinie 20.24 stwierdzono zgon wskutek zatrzymania krążenia spowodowanego przewlekłą niewydolnością nerek wynikającą z rozsianego procesu nowotworowego.

Dyskusja. Między 2005 a 2017 rokiem liczba zachorowań na raka endometrium wzrosła aż o 44%, a śmiertelność o ponad 120%. Dostępne dane Amerykańskiego Instytutu Badań nad Rakiem wskazują, że kobiety z BMI ≥ 30 kg/m² predysponowane do rozrostu endometrium chorują trzykrotnie częściej na ten typ nowotworu. Metaanaliza przeprowadzona przez tę instytucję wykazała, że każdy 5-punktowy wzrost BMI wiąże się z 50% wzrostem prawdopodobieństwa wystąpienia raka trzonu macicy [4,9-13].

Amerykańskie badanie retrospektywne wykazało, że u 1 na 3 kobiety chorobliwie otyłe wystąpią powikłania w ranie pooperacyjnej, a palenie zwiększa ryzyko tych powikłań ponad dwukrotnie (RR 2,7 [95% CI 1,08–6,54] p = 0,03) [14].

W angielskim prospektywnym badaniu kohortowym prowadzonym w latach 2007-2011 na pacjentach poddanych histerektomii brzusznej, pomostowaniu aortalno-wieńcowemu, wymianie stawu biodrowego, endoprotezoplastyce stawu kolanowego lub operacji jelita grubego, z których 79,8% miała nadwagę lub otyłość wykazano 1,1-4,4-krotny wzrost występowania zakażenia rany pooperacyjnej. Zależność pomiędzy stopniem nadwagi lub otyłości a wzrostem ryzyka zakażenia miejsca operowanego różniła się w zależności od kategorii zabiegu chirurgicznego tj. u pacjentek po histerektomii brzusznej, wymianie stawu kolanowego i operacji jelita grubego ryzyko wzrastało w przybliżeniu liniowo wraz ze wzrostem BMI. W przypadku pacjentek po histerektomii różnice między pacjentkami szczupłymi a otyłymi III. były istotne 1,14 w porównaniu z 3,55% [15].

Badania Hourigana i wsp. wykazało większe o 50% ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, w przypadku chirurgii jamy brzusznej, u pacjentów otyłych [16].

W badaniu przeprowadzonym przez Bamgbade i wsp. porównywano występowanie powikłań w populacji pacjentów otyłych i osób z prawidłową masą ciała. Stwierdzono, że ryzyko zawału mięśnia sercowego w okresie pooperacyjnym u pacjenta z otyłością jest wyższe (0,5%) w porównaniu z grupą kontrolną (0,1%), a ryzyko wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej (6,0%) w porównaniu z osobami nie otyłymi (3,5%) [17].

Badania Inotsume-Kojima et al. [18] wykazały, że otyłość utrudnia gojenie rany ze względu na dużo martwej przestrzeni w tkance podskórnej tłuszczowej oraz zwiększone napięcie rany. Zgadza się to z badaniami Kuroki i wsp., którzy wykazali powikłania pooperacyjne u 33%

otyłych pacjentek (versus 14% grupa kontrolna) [19]. W dwóch randomizowanych badaniach Clay i wsp. [20] oraz Tuuli i wsp. [21] wykazali dwukrotnie większe ryzyko powikłań związanych z gojeniem rany po cięciu cesarskim zamkniętej staplerem. Zgoła inne wyniki otrzymali Cardosi i wsp. badający ponad 200 otyłych kobiet po operacjach ginekologicznych z 3 cm tłuszczową tkanką podskórną, u których rany zszyto staplerem i nie zaobserwowano statystycznie częstszych powikłań w gojeniu się rany [22].

Wnioski. Mimo coraz większej wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom ran w opiece, także ginekologicznej, powikłania te stale występują i stanowią wyzwanie dla ginekologów oraz pielęgniarek i położnych. Sam proces gojenia się rany jest bardzo złożony, a wpływają na niego jeszcze takie czynniki jak: zewnętrzne (materiał użyty do szycia, sposób zszywania rany, pielęgnowanie rany) oraz wewnętrzne (choroby współistniejące m.in. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz otyłość). Otyłość to choroba, która w znacznym stopniu wpływa na wyniki pooperacyjne, gdyż zarówno androidalne (typ brzuszny) jak i gynoidalne (typ pośladowkowy) rozmieszczenie tkanki tłuszczowej to zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych. W opisanym przypadku problemy pooperacyjne wynikały nie tylko z nadmiaru tkanki tłuszczowej, ale również z współistnienia cukrzycy typu II. oraz rozsialego procesu nowotworowego. Cukrzyca jest schorzeniem, które poważnie spowalnia oraz często wzdłuża gojenie rany. Zespół interdyscyplinarny miał więc do czynienia z wieloma czynnikami usposabiającymi do ZMO. Pomimo wykorzystania wielu elementów z protokołu ERAS na potrzeby ginekologii onkologicznej (m.in. minimalizowanie wystąpienia potencjonalnego zakażenia – antybiotykoterapia oraz kontrola glikemii w okresie okołoperacyjnym, profilaktyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych, płynoterapia celowana) nie udało się uniknąć powikłań pooperacyjnych [23,24].

Piśmiennictwo:

1. worldobesity.org [Internet]. [cited 06.04.2024]. Available from: <https://data.worldobesity.org/country/poland-173/>.
2. GBD 2019 Risk Factor Collaborators. Global burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2020;396(102580):1223–1249. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
3. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Wilding J. Economic Impacts of Overweight and Obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*. 2022;7(9):e009773. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009773.
4. Didkowska JA, Wojciechowska U, Barańska K, Miklewska M, Michałek I, Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Warszawa: Narodowy Instytut Onkologii; 2023.

5. Maciejewska-Cebulak M. Wpływ nadwagi i otyłości na powstawanie nowotworów. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2017;11(2):73–79;
6. Nimptch K, Konigorski S, Pischon T. Diagnosis of obesity and use of obesity biomarkers in science and clinical medicine. *Metabolism*. 2019; 92:61-70. doi: 10.1016/j.metabol.2018.12.006.
7. Patel NM, Patel MS. Medical complications of obesity and optimization of the obese patient for colorectal surgery. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011; 24: 211–221. doi: 10.1055/s-0031-1295693.
8. Rasool A, Muhammad Y, Gondal KM, Khan UA. Wound Complications Due to Obesity in the Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Annals*. 2017; 23(1): 57-60.
9. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Available at dietandcancerreport.org;
10. Jenabi E, Poorolajal J. The effect of body mass index on endometrial cancer: A meta-analysis. *Public Health*. 2015;129:872–880. doi: 10.1016/j.puhe.2015.04.017.;
11. Munsell MF, Sprague BL, Berry DA, Chisholm G, Trentham-Dietz A. Body mass index and breast cancer risk according to postmenopausal estrogen-progestin use and hormone receptor status. *Epidemiol Rev*. 2014;36:114–136. doi: 10.1093/epirev/mxt010.;
12. Petrelli F, Cortellini A, Indini A, Tomasello G, Ghidini M, Nigro O, et al. Association of Obesity With Survival Outcomes in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw. Open*. 2021;4:e213520. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.3520.;
13. Pati S, Irfan W, Jameel A, Ahmed S, Shahid RK. Obesity and Cancer: A Current Overview of Epidemiology, Pathogenesis, Outcomes, and Management. *Cancers (Basel)*. 2023 Jan 12;15(2):485. doi: 10.3390/cancers15020485.
14. Alanis MC; Villers MS, Law TL, Steadman, EM, Robinson, CJ. Complications of Cesarean Delivery in the Massively Obese Parturient. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2019, 203, 271.e1–271.e7.
15. Thelwall S, Harrington P, Sheridan E, Lamagni T. Impact of obesity on the risk of wound infection following surgery: results from a nationwide prospective multicentre cohort study in England. *Clinical Microbiology and Infection* 2015; 21(11):1008.e1-1008.e8; <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.07.003>.
16. Hourigan J. Impact of obesity on surgical site infection in colon and rectal surgery. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011; 24 (04): 283-90.
17. Bamgbade OA, Rutter TW, Nafiu OO, Dorje P. Postoperative Complications in Obese and Nonobese Patients. *World J Surg*. 2016; 31(3), 556–560. doi:10.1007/s00268-006-0305-0
18. Inotsume-Kojima Y, Uchida T, Abe M, Doi T, Kanayama N. A combination of subcuticular sutures and a drain for skin closure reduces wound complications in obese women undergoing surgery using vertical incisions. *J Hosp Infec*. 2011; 77(2): 162-165;
19. Kuroki L, Mullen M, Massad L, Ningying W, Jingxia J, Mutch DG, et al. Wound complication rates after staples or suture for midline vertical skin closure in obese women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2017; 130(1): 91-96;
20. Clay FS, Walsh CA, Walsh SR. Staples vs subcuticular sutures for skin closure at cesarean delivery: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(5):378-83. doi: 10.1016/j.ajog.2010.11.018.

21. Tuuli M. Prophylactic negative pressure wound therapy at caesarean: are we there yet? *BJOG*. 2019;126(5):635. doi: 10.1111/1471-0528.15572.
22. Cardosi R, Drake J, Holmes S, Tebes SJ, Hoffman M, Fiorica JV, et al. Subcutaneous management of vertical incisions with 3 or more centimeters of subcutaneous fat. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195:607-614;
23. Bisch SP, Wells T, Gramlich L, Faris P, Wang X, Tran DT, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: System-wide implementation and audit leads to improved value and patient outcomes. *Gynecol Oncol*. 2018 Oct;151(1):117-123. doi: 10.1016/j.ygyno.2018.08.007.
24. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al. (2019): Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2019; 29(4): 651-668.

Rola pielęgniarki w opiece nad 59-letnim pacjentem ze zdiagnozowanym szpiczakiem w trakcie chemioterapii w środowisku domowym

Natalia Sehnał, Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczyk, Małgorzata Fraś, Anna Michalik

Wstęp. Szpiczak mnogi/plazmocytowy (ang. *multiple myeloma* - MM, *plasma cell myeloma* - PCM) należy do grona złośliwych nowotworów układu krwiotwórczego. Podłoże rozwoju MM związane jest z nadmiernym i niepowstrzymanym rozrostem (proliferacją) komórek układu immunologicznego [1]. Gromadzenie się anormalnych komórek plazmatycznych w obrębie szpiku kostnego i jego okolicy prowadzi do patologicznych zmian w zakresie struktury i funkcjonowania narządu krwiotwórczego. Obecność klonalnych plazmocytów potęguje wówczas wyodrębnienie białka immunoglobulinowego (tzw. białka M), który bezpośrednio i pośrednio wpływa na przebieg niesprawności szpiku, niewydolność poszczególnych narządów i destrukcję tkanki kostnej (osteoliza) [2]. Strukturalne i funkcjonalne jednostki szpiczaka mnogiego wzmagają również powstawanie tzw. litych nacieków (guzów), które osiągać mogą niemalże każdą tkankę kostną organizmu. Statystycznie najczęściej MM atakuje kości płaskie [3].

Etiologia powstawania MM nie jest jednak w pełni znana. Obecnie występuje szereg hipotez i przypuszczeń dotyczących prawdopodobnych przyczyn zachorowalności. Powszechnie uznaje się, iż szpiczak mnogi jest chorobą wieloetapową, na przebieg której w dużej mierze mają wpływ uwarunkowania genetyczne oraz środowiskowe. Stadionalność MM wiąże się zatem z różnorodnością stanów klinicznych. Przebieg poszczególnych faz zależeć będzie od obecności białka M oraz stopnia nasilenia powikłań związanych z występowaniem atypowych plazmocytów. Etapy progresji zmian chorobowych:

- gammapatia monoklonalna o nieokreślonym znaczeniu (MGUS) → stan przedrakowy, stanowiący bezpośrednią inicjację rozwoju nowotworu, powstały na skutek kolonizacji klonalnych plazmocytów w przebiegu: ekspozycji na promieniowanie, zakażeń organizmu, schorzeń przewlekłych, kontaktu z chemicznymi czynnikami rakotwórczymi, genetycznej translokacji genów nowotworowych wzmacniającej odczytywanie łańcucha ciężkiego immunoglobulin (IgH) i/lub powstania kariotypu hyperdiploidalnego drogą przeobrażenia nowotworowego;

- wariant szpiczaka bezobjawowego → stadium następstwa MGUS, będącego często etapem przed SMM i MM, który charakteryzują się: obecnością 10-20% atypowych plazmocytów, występowaniem białka immunoglobulinowego o średniej wartości 3 g/dl, istnieniem monoklonalnych łańcuchów lekkich w moczu wraz z brakiem charakterystycznych symptomów narządowych;
- szpiczak tłący się (SMM) → pełnoobjawowy szpiczak zawierający podstawowe cechy kliniczne patologii, powstały na skutek: specyficznych uwarunkowań mikrośrodowiska szpiku, chwiejności genetycznej, powtórnych mutacji oraz aberracji chromosomowych (m.in. del13, del17p);
- białaczka plazmocytoza → końcowy etap choroby (występuje bardzo rzadko) [2,4].

Szpiczak mnogi należy do schorzeń, którego występowanie szacuje się na około 18% wszystkich nowotworów hematologicznych. Krajowy Rejestr Nowotworów podaje, iż w 2019 roku w Polsce odnotowano 1713 przypadków zachorowań. Uznaje się, że liczba ta nie przekracza średniej wartości epizodów występowania choroby w Europie (4,5-6/100 000 osób) [4]. Zwiększona częstotliwość diagnozowania MM zauważalna jest u mężczyzn. Powszechne dane wskazują na zwiększone ryzyko zachorowania u osób po 50 roku życia (szczyt przypada na 7 dekadę). Występowanie MM nie odnotowuje się natomiast u dzieci, a zachorowalność u osób po 30 roku życia wynosi tylko 1%. Średnia przeżywalność jest jednak zróżnicowana i podporządkowana w stosunku do płci oraz stadium rozwoju choroby. Najnowsze badania statystyczne podkreślają, iż liczba zgonów z powodu MM jest większa u mężczyzn do 70 roku życia [3].

Niższy stopień zaawansowania nowotworowego, jest odwrotnie proporcjonalny do przeżywalności. Obecne normy dotyczące średniej liczby miesięcy możliwych do przeżycia u pacjentów ze szpiczakiem:

- I stadium MM → 62 miesiące;
- II stadium MM → 44 miesiące;
- III stadium MM → 29 miesięcy [4].

Zwiększone zainteresowanie naukowców i lekarzy w zakresie etiopatogenezy i etiologii choroby pozwoliło na określenie prawdopodobnych czynników ryzyka wystąpienia choroby. Wszelkie informacje, ze względu na niewielką liczbę badanych i odmienny sposób ekspozycji na konkretne czynniki, stanowią jedynie podejrzenia prawdopodobnego wpływu danych elementów na rozwój MM. Choroba w głównej mierze uwarunkowana jest jednak genetyką oraz specyficznymi warunkami mikrośrodowiska układu krwiotwórczego. Ekspozycja na

czynniki pochodzenia zewnętrznego nie stanowi bowiem pierwotnej drogi zachorowania. Jej obecność zwiększa natomiast genetyczną zdolność organizmu do rozwoju choroby [3].

Wśród najczęściej wymienianych składowych, przyczyniających się do rozwoju nowotworu, zalicza się:

- wiek powyżej 50 roku życia (szpiczak występuje w tej grupie prawie w 90%);
- płeć męską (choroba prawie 1,5 razy rzadziej dotyczy kobiet);
- ciemny kolor skóry (najczęściej chorują osoby rasy afroamerykańskiej);
- występowanie nowotworu układu krwiotwórczego w rodzinie (w przypadku pokrewieństwa pierwszego stopnia);
- podwyższony wskaźnik BMI (nadwaga i otyłość);
- występowanie typowych schorzeń (ZZSK, choroba Addisona i Birema);
- zwiększoną ekspozycję na chemiczne środki karcynogenne (ołów, kadm, antymon, chlorek metylenu, wodory aromatyczne, aldehyd, azbest, krzemionka, pestycydy i inne) [3,5].

Charakterystyczne symptomy MM potęgowane są poprzez nadmierną proliferację patologicznych komórek układu immunologicznego. Gromadzenie się klonalnych plazmocytów w obrębie szpiku powoduje wytworzenie się charakterystycznych struktur, których obecność rzutuje na obecny stan kliniczny pacjenta [6].

Spośród najczęściej odnotowywanych objawów szpiczaka mnogiego wymienia się:

- przewlekłe zmęczenie i osłabienie;
- niekontrolowany spadek masy ciała;
- bóle kostne dotyczące najczęściej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, miednicy i żeber (w niewielkim stopniu bóle okolic czaszki i kości długich);
- zaburzenia neurologiczne wynikające ze złamań kości oraz kompresji guzów nowotworowych na okolicę rdzenia kręgowego, korzeni nerwów rdzeniowych lub nerwów czaszkowych (radikulopatia, porażenia kończyn, niedowład, nietrzymanie moczu lub stolca, polineuropatia różnego stopnia);
- przejawy toczącej się niedokrwistości (zmęczenie i osłabienie, ból i zawroty głowy, zmniejszona zdolność koncentracji i uwagi, tachykardia, duszność, bledność skóry i błon śluzowych, kruchość włosów i paznokci);
- przejawy toczącej się hiperkalcemii (w zależności od natężenia nieprawidłowości może wystąpić zbiór objawów dotyczących dysfunkcji pracy: nerek, gospodarki wodno-

elektrolitowej, przewodności pokarmowej, układu sercowo-naczyniowego, nerwowego i mózgu);

- przejawy toczącej się niewydolności nerek (najpowszechniej występuje, tzw. nefropatia wałeczkowata);
- przejawy toczącego się zespołu nadmiernej lepkości (skaza krwotoczna, pogorszenie ostrości widzenia, oczopląs, nagła utrata słuchu, ból i zawroty głowy, ataksja, zaburzenia świadomości, niewydolność serca);
- bardzo rzadko objawy wynikające z obecności guzów plazmocytowych pozaszpikowych (symptomy trwającej amyloidozy AL, hepatomegalia, splenomegalia, powiększenie węzłów chłonnych, zespół Fanconiego) [6,7].

Proces diagnostyczny MM stanowi wieloetapowy oraz zróżnicowany sposób działania, którego celem jest przede wszystkim:

- potwierdzenie obecności nie mniej niż 10% nacieku atypowych komórek plazmatycznych w obrębie szpiku kostnego;
- określenie występowania nieprawidłowego białka M w surowicy/moczu bez względu na jego stężenie;
- określenie obecności co najmniej jednego objawu szpiczaka w zbiorze symptomów zawartych w akronimie CRAB i/lub SLiM [2,5,7].

Nowoczesne kryteria diagnostyczne MM podkreślają jednak, iż niezawodnym wyznacznikiem do jego rozpoznania jest:

- potwierdzenie obecności co najmniej 60% nacieku atypowych komórek plazmatycznych w obrębie szpiku kostnego wraz ze zmianami ogniskowymi u pacjentów bez symptomów narządowych;
- występowanie stosunku wolnych łańcuchów lekkich w surowicy o wartości ≥ 100 ;
- określenie obecności co najmniej pojedynczych zmian ogniskowych o wymiarze nie mniejszym niż 5 mm [7].

MM w głównej mierze objawia się jako choroba wydzielająca z nadprodukcją klonalnych plazmocytów. Celem potwierdzenia nowotworu jest zatem wykonanie podstawowych badań diagnostycznych pozwalających na pełną ocenę swoistych zmian. Wśród priorytetowych metod rozpoznawania choroby wymienia się:

- biopsję aspiracyjną (z zastosowaniem rozszerzonych technik) i/lub trepanobiopsję szpiku kostnego celem określenia występowania klonalnych plazmocytów;

- elektroforezę białek surowicy celem potwierdzenia obecności wolnych łańcuchów lekkich;
- elektroforezę białek moczu (z dobowej zbiórki moczu) celem potwierdzenia obecności białka M;
- nefelometrię immunoglobulin w surowicy celem dostarczenia informacji o ograniczeniu stężeń immunoglobulin o odmiennej grupie niż w przypadku szpiczaka;
- elektroforezę immunodliksacyjną celem potwierdzenia klasy oraz grupy łańcuchów lekkich paraproteiny;
- oznaczenie wolnych łańcuchów lekkich celem ewaluacji chorych ze szpiczakiem nisko wydzielającym lub typu łańcuchów lekkich [8,9].

Za podstawowy standard diagnostyczny w przypadku szpiczaka mnogiego uważa się nadal badania obrazowe. Ich wykonanie wskazywać może na obecność jednego z podstawowych objawów choroby (symptomy kostne). Patologiczne złamania oraz obecność litych guzów można ukazać poprzez wykonanie:

- badania układu kostnego z wykorzystaniem radiografii konwencjonalnej, która dotyczyć będzie: kręgosłupa, czaszki, barków, klatki piersiowej, miednicy i kości długich kończyn;
- tomografia komputerowa (CT);
- rezonans magnetyczny (MRI);
- pozytonowa tomografia emisyjna (PET);
- PET/CT;
- PET/MRI [9].

Ponadto ocena stanu pacjenta powinna zostać wzbogacona o specjalistyczne badania laboratoryjne (morfologia krwi obwodowej, albumina, beta-2-mikroalbumina, stężenie wapnia i kreatyniny, LDH, białko całkowite), które wraz z badaniami cytogenetycznymi stanowią podstawowe źródło rokowania wśród pacjentów. Stężenie danych czynników pozwala wówczas na określenie stadium występowania choroby. Powszechnie funkcjonują dwie najważniejsze klasyfikacje określające poziom zaawansowania MM skala ISS oraz skala RISS [2,8,9].

Przebieg procesu leczenia MM wraz z efektywnością jego postępowania zależeć będzie w głównej mierze od stopnia rozwoju choroby nowotworowej (stadionalność szpiczaka). Ponadto duży wpływ na sposobność przystąpienia do leczenia ma również wiek oraz ogólny

stan chorego, który związany będzie z występowaniem obciążających schorzeń dodatkowych [5].

Podjęcie specyficznych działań leczniczych zależy będzie od możliwości przystąpienia pacjenta do realizacji terapii metodą wysokodawkowej chemioterapii (HDT) i transplantacji komórek krwiotwórczych (auto-HSCT). Wśród grupy zakwalifikowanych do leczenia opartego na powyższych składowych zalicza się pacjentów w optymalnym stanie ogólnym (brak lub mniej niż 2 choroby współistniejące, brak obecności zakażeń, skala sprawności wg Karnofsky'ego ≥ 90) poniżej 70 roku życia [4,5].

Pierwszy etap kuracji, wśród chorych kwalifikujących się do zabiegu, polega na przeprowadzeniu działań wywołujących ustąpienie objawów klinicznych szpiczaka. Podejmowane działania składają się wówczas z trójlekowej terapii opartej na 3-4 cyklach (odstępny pomiędzy podażą leków uzależnione są od specyfiki danego protokołu). Obecne badania potwierdzają niemalże całkowitą skuteczność kuracji. Wśród 50-70% pacjentów potwierdza się częściowe ustąpienie choroby, a u 25-50% remisję całkowitą [7]. Wśród najczęściej zalecanych protokołów indukujących regresję choroby wymienia się:

- Vtd (bortezomib, talidomid, deksametazon) ;
- VCd (bortezomib, cyklofosfamid, deksametazon);
- VRd (bortezomib, lenalidomid, deksametazon);
- PAD (bortezomib, antracyklina, deksametazon);
- D-VTD (daratumumab, bortezomib, talidomid, deksametazon) [4].

Kolejnym etapem leczenia chorych kwalifikujących się do przeszczepu szpiku jest kuracja melfalanem (HDT). Celem podania chemioterapeutyku (w dawce 200 mg/m² pc. lub 140 mg/m² pc. w przypadku dysfunkcji pracy narządów) jest preparacja komórek macierzystych przed zabiegiem auto-HSCT [9]. Powszechnie badania wskazują, iż zabieg autologicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych przynosi wyczekiwane rezultaty dopiero po powtórnym wykonaniu procedury (tandemowy auto-HSCT wykonuje się głównie do pół roku od przeszczepu pierwotnego). Wykonywanie allogenicznej transplantacji szpiku kostnego dozwolone jest jedynie w niektórych przypadkach (chorzy z grupy wysokiego ryzyka). Pacjenci poddani allo-HSCT muszą wówczas wyrazić zgodę na udział w badaniach klinicznych, które powodują aż 30% śmiertelność [7].

Ostatni etap kuracji bazuje wówczas na powtórnym leczeniu szpiczaka metodą trójlekową opartej na 2-4 cyklach. Leczenie polega na podażu medykamentów w dawce całkowitej lub zredukowanej w stosunku do terapii przedtransplantacyjnej. Ważnym aspektem jest również

ciągły nadzór nad stanem chorego, a w razie konieczności podaż lenalidomidu lub bortezomibu [4].

Niemожność przystąpienia chorych do leczenia opartego na HTD oraz auto-HSCT powoduje konieczność zastąpienia tradycyjnej chemioterapii na nowoczesny sposób leczenia nowotworów. Innowacyjny proces kuracji składa się z terapii skojarzonej, opartej na podaży leków z różnych grup (np. steryd + leki cytosatyczne). Każdy z protokołów indukujących regresję choroby ma za zadanie przeciwdziałać rozwojowi szpiczaka. Wśród najczęściej stosowanych metod leczenia pierwszego i drugiego rzutu (trwających 9 cykli) wymienia się:

- VRd (bortezomib, lenalidomid, deksametazon) ;
- Rd (lenalidomid, deksametazon, D-daratumumab);
- VMP (bortezomib, melfalan, prednizon);
- D-VMP (daratumumab, bortezomib, melfalan, prednizon);
- DRd (daratumumab, lenalidomid, deksametazon);
- MPT (melfalan, prednizon, talidomid);
- MPR-R (melfalan, prednizon, lenalidomid);
- VCd (bortezomib, cyklofosfamid, deksametazon);
- CTd (cyklofosfamid, talidomid, deksametazon);
- Vd (bortezomib, deksametazon);
- BP (bendamustyna, prednizon) [4].

Opieka oraz leczenie pacjenta ze szpiczakiem powinno obejmować szereg działań wspomagających cykl leczenia przeciwnowotworowego. Oprócz podstawowych działań należy zwrócić uwagę na schorzenia współistniejące oraz skutki stosowanej terapii. Leczenie wspomagające MM powinno obejmować nadzór nad występowaniem:

- bólu;
- patologii układu kostnego (złamania);
- anemii;
- zakażeń;
- polineuropatii;
- żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;
- depresji [9].

Leczenie pacjenta powinno obejmować każdy aspekt życia chorego, dlatego najważniejszym elementem w procesie leczenia jest ciągły nadzór nad stanem biopsychospołecznym. Niezwykle ważnym elementem kontroli skuteczności terapii jest zatem systematyczna wizyta

lekarska (co 2-3 miesiące), której wyniki będą odpowiedzią na aktualne potrzeby i problemy chorego na MM [7].

Cel pracy. Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad 59-letnim pacjentem ze szpiczakiem w środowisku domowym.

Material i metody. Praca powstała z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku w oparciu o następujące techniki badawcze: wywiad z pacjentem i jego rodziną, obserwacja, pomiar parametrów życiowych, analiza dokumentacji medycznej oraz aktualnych publikacji medycznych.

Opis przypadku. Badaniem objęto 59-letniego mężczyznę ze zdiagnozowanym szpiczakiem. Podczas diagnostyki, która przeprowadzono na oddziale hematologii w grudniu 2021 roku wykonano szczegółowe badania biochemiczne, morfologię oraz analizę moczu, które wykazały:

- niedokrwistość (Hgb 8,2 g/dl);
- hiperkalcemię (Ca zjonizowane 1,85 mmol/L)
- wysoki poziom białka całkowitego (104 g/l);
- obecność białka Bence-Jonesa w moczu (występowanie lekkich łańcuchów Kappa);
- nieprawidłową elektroforezę białka w proteinogramie.

Zgodnie z analizą wyników badań chorego oraz na podstawie konsultacji hematologicznej, wykonano u pacjenta szczegółowe badania obrazowe w celu potwierdzenia diagnozy i ustalenia planu leczenia. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami obrazowymi (niskodawkowa TK całego ciała - WBLDCT) stwierdzono występowanie licznych zmian litycznych ze złamaniami patologicznymi, najprawdopodobniej w przebiegu szpiczaka:

- największy naciek lityczny widoczny w trzonie Th10 z destrukcją głównie prawej części tego trzonu oraz złamaniem patologicznym;
- niewielkie złamania widoczne także w zakresie trzonu L1;
- nacieki lityczne w kości łonowej lewej oraz talerzu kości biodrowej prawej, a także w niektórych żebrach z ich destrukcją i nawet rozděciem;
- widoczne nacieki miękkotkankowe opłucnej (największy widoczny na wysokości końca żebra III prawego, wielkości 6x2 cm);
- lityczne przebudowane wyrostki poprzeczne C7 obustronne;
- w zakresie kości mózgowcowej kilka obszarów nacieków litycznych (największy widoczny w kości czołowej lewej z zajęciem ściany oczodołu, wielkości 12 mm).

Pacjent został zakwalifikowany do cyklu chemioterapii wg schematu VCD. Podczas przeprowadzanej hospitalizacji mężczyzna został poddany cytogenetycznemu badaniu w plazmocytach wyizolowanych w gradiencie gęstości opartej na analizie z użyciem metody Target FISH. Chory w trakcie pobytu na Oddziale Hematologii otrzymał pierwszy dzień cyklu chemioterapii nowotworów (leczenie wg schematu VCD). Zgodnie z podstawowym planem leczenia mężczyzna przyjął: bortezomib 2,4 mg *s.c.*, cyklofosfamid 750 mg *p.o.*, deksametazon 20 mg *p.o.* (w późniejszych cyklach leczenie zostało zmodyfikowane i rozszerzono o dodatkowe preparaty). Dodatkowo farmakoterapię chorego rozszerzono o podaż: allupolu, IPP, kalipozu prologatum, furosemidu, nutridrinka, clexany oraz dożylnych płynów nawadniających.

Mężczyzna został wypisany do domu 05.01.2022 roku w stanie średnim. Zgodnie ze schematem leczenia VCD zalecono choremu wizytę na Oddziale Hematologii 11.01.2022 roku. Dodatkowo pouczono chorego na temat oszczędnego trybu życia, wymagającego pomocy ze strony rodziny w zakresie toalety całego ciała, przygotowania posiłków, podaży leków, podaży zastrzyków podskórnych do brzucha oraz unikania narażenia na infekcje. Zgodnie ze zleceniem lekarskim pacjent otrzymał receptę na następujące leki:

- IPP 2x40 mg;
- nutridrink 2x1 butelka;
- kalipoz 3x1 tabletki;
- neoparin 1x40 mg *s.c.* (1 ampułkostrzykawka dziennie podskórnie);
- heviran 2x400 mg
- furosemid 1x1 tabletki rano;
- leki kardiologiczne według zlecenia lekarza prowadzącego.

Schemat leczenia metodą VCD składał się z VIII cykli (czas trwania około 6 miesięcy). Wymagał obecności pacjenta dwa razy w tygodniu (od połowy cyklu przynajmniej raz w tygodniu) na Oddziale Hematologii w celu podaży zleconych leków przyjętych w schemacie (po wykonaniu procedur mężczyzna był wypisywany do domu). Chory podczas półroczej kuracji podlegał stałej kontroli hematologicznej oraz kardiologicznej. W domu przebywał wraz z żoną oraz synem, którzy sprawowali nad nim opiekę.

Mężczyzna podczas półroczej kuracji borykał się z wieloma objawami ubocznymi stosowanego leczenia. Dodatkowo powikłania związane z przebyłym udarem niedokrwiennym mózgu sprawiły, iż chory nie był w stanie samodzielnie zaopiekować się sobą. Wymagał stałego wsparcia ze strony zespołu terapeutycznego oraz najbliższych. Wszelkie informacje na

temat zmiany stanu zdrowia mężczyzny były na bieżąco konsultowane z hematologiem oraz kardiologiem.

Początkowy okres chemioterapii wiązał się z występowaniem bardzo silnych bólów okolicy brzucha i pleców (charakter ostry, kłujący i nasilający się podczas ruchu). Mężczyzna nie był w stanie samodzielnie wstać z łóżka (deficyt dotyczył również toalety całego ciała, załatwiania potrzeb fizjologicznych w toalecie oraz spożywania posiłków). W celu zmniejszenia dolegliwości bólowych rodzina zdecydowała się na całościową pielęgnację chorego w łóżku (założono pampersa). Zgodnie ze zleceniem lekarza nocnej opieki medycznej podano choremu plaster Transtec 35 µg/h (wymiana co 96 h). Z czasem dolegliwości bólowe ustąpiły, a chory zyskiwał większą sprawność w zakresie czynności samoobsługowych (wymagał jednak ciągłej asysty i nadzoru podczas podstawowych czynności, tj. toaleta ciała, przygotowywanie posiłków, podaż leków).

Zgodnie z analizą dokumentacji medycznej oraz na podstawie obserwacji odnotowano występowanie owrzodzeń jamy ustnej wraz z obecnością opryszczki wargowej. Zmiany w obrębie początkowego odcinka przewodu pokarmowego wiązały się z występowaniem bólu i przykrych doznań przede wszystkim podczas przyjmowania posiłków. Zgodnie z konsultacją chemioterapeutyczną, w celu redukcji zmiany oraz profilaktycznej ochrony, zalecono przyjmowanie heviranu 2x400 mg aż do zakończenia procesu leczenia.

Chory podczas cyklu stosowania cytostatyków metodą VCD borykał się z epizodami utraty przytomności wraz z krótkotrwałymi zaburzeniami świadomości. Niejednokrotnie rodzina pacjenta odnotowywała ciśnienie tętnicze <90/60 mmHg. Nagłe zasłabnięcia wiązały się z upadkiem, które powodowały różne uszkodzenia ciała (odnotowano występowanie zmiany martwiczej w wielkości 2 cm na czole po stronie lewej). Epizody nagłych utrat przytomności zgłaszane były lekarzowi prowadzącemu leczenie chemioterapeutyczne. Zalecono jednakże natychmiastową konsultację kardiologiczną w celu redukcji i zmiany zażywania dotychczasowych leków kardiologicznych. Zalecono przyjmowanie: torasemidu 1x20 mg, ivohartu 5 mg: ½ tabletki rano + 1 tabletkę wieczorem, aspirin cardio 1x100 mg, roswersy 1x20 mg wieczorem (pozostałe leki obniżające ciśnienie odrzucono). W wyniku zastosowanych działań omdlenia ustąpiły.

Czwarty cykl chemioterapii wiązał się z występowaniem obrzęków kończyn dolnych ze znaczną przewagą strony prawej. Dodatkowo podczas jednej z wizyt na oddziale przeprowadzono USG metodą doppler, które wykazało obecność zakrzepicy w obrębie prawej kończyny dolnej (prawa żyła udowa i podkolanowa). Zgodnie z zaleceniem zmodyfikowano

dawkę preparatów przeciwwzkrzepowych (2x80 mg s.c.) oraz zalecono cykliczne bandażowanie kończyn dolnych za pomocą bandaży elastycznych do połowy uda przez dzień. W szóstym cyklu chemioterapii zrezygnowano jednak z iniekcji podskórnych i zalecono stosowanie pradaxy w dawce 150 mg dwa razy dziennie. W związku z niedowładem prawostronnym u mężczyzny czynności pielęgnacyjne w zakresie postępowania przeciwwzkrzepowego musiały zostać przeprowadzone przez rodzinę.

Półroczny okres kuracji wiązał się z występowaniem u pacjenta znacznej labilności emocjonalnej. W przeprowadzonym wywiadzie rodzina zgłaszała cykliczne obniżenie nastroju wraz z okresami płaczu. Mężczyzna niejednokrotnie z powodu obniżonego nastroju borykał się z bezsennością. Chory wyraźnie bał się o swoją przyszłość i dalsze życie. Obawiał się śmierci i braku możliwości wyleczenia. Dodatkowo towarzyszące ograniczenia w zakresie samoobsługi sprawiały, że czuł się bezradny i uzależniony od osób trzecich. Przejściowe zaburzenia nastroju wiązały się jednak z okresami nadziei. Chory dzięki wsparciu najbliższych starał się pogodzić z zaistniałą sytuacją.

Leczenie szpiczaka mnogiego za pomocą VIII cykli chemioterapii nowotworów metodą VCD zostało zakończone 17.06.2022 roku. Ostatniego dnia cyklu przeprowadzono trepanobiopsję, w której nie stwierdzono utkania nowotworowego. Zalecono stałą kontrolę oraz leczenie u lekarza POZ, chirurga naczyniowego, neurologa oraz kardiologa. Kolejna wizyta na oddziale hematologii została przewidziana na wrzesień 2022 roku w celu kontynuacji leczenia chemioterapeutycznego raz w miesiącu.

Dyskusja. Pacjent został objęty opieką pielęgniarki środowiskowej, postawiono 15 diagnoz pielęgniarstkich, ustalono system działania i podjęto interwencje. Pielęgniarka środowiskowa stanowiła główne wsparcie chorego, jego rodziny, ale również pełniła rolę łącznika pomiędzy innymi specjalistami tworząc system zintegrowanej opieki.

Działania pielęgniarki środowiskowej w opiece nad swoimi podopiecznymi powinny być skierowane na podtrzymywanie samodzielności, aktywizacji w codziennych czynnościach pomimo ograniczeń jakie stawia przed nimi choroba [10]. Kluczowym czynnikiem w spełnianiu swojej roli jest bezpośredni kontakt z pacjentem i jego rodziną, opiekunami, dzięki czemu sprawniej określa potrzeby zdrowotne pacjenta, jego deficyty i umożliwia zaplanowanie adekwatnych działań [11,12]. Profesjonalizm pielęgniarki środowiskowej ma istotne znaczenie w pokonywaniu ograniczeń, wychwytywaniu ryzyka przed pojawieniem się powikłań i usprawnianiu pacjenta w samodzielnym funkcjonowaniu na co dzień [13]. W badaniach przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego Progress (metodą SWOT)

dotyczących zwiększenia dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych wykazano, że to właśnie pielęgniarka środowiskowa jest osobą, która najwcześniej wychwytuje potrzeby osób objętych opieką. Cieszy się ona również największym zaufaniem zarówno pacjenta jak i jego rodziny [14]. Podobnie sytuacja wygląda w opisywanym przypadku to właśnie pielęgniarka najczęściej udzielała porad, rozwiązywała bieżące problemy nie wymagające interwencji lekarskiej, uzupełniała deficyty wiedzy zarówno pacjenta jak i jego bliskich. W opublikowanych wynikach badań Iwony Zaczyk i wsp. podkreślają również zagrożenia wynikające z braku takiej opieki lub wykonywaniu jej nieprawidłowo. Wśród nich jest nieposiadanie przez pielęgniarkę środowiskową aktualnej wiedzy na temat systemu formalnej pomocy, koncentrowanie się na czynnościach instrumentalnych, niewystarczające wsparcie emocjonalne pacjenta i jego rodziny, problemy z uzyskaniem informacji o potrzebach pacjenta w momencie utrudnionego kontaktu, wycofywanie się rodzin z pełnienia opieki nad bliskim, niedostosowanie liczby pielęgniarek w stosunku do potrzeb regionu, brak satysfakcji z pracy i przeciążenie pielęgniarki zbyt dużą ilością pacjentów [14]. W związku z ww. zagrożeniami rolą pielęgniarki środowiskowej jest edukacja nie tylko pacjenta, ale również rodziny i opiekunów nieformalnych, przestrzegania zaleceń terapeutycznych [15]. Pielęgniarka powinna rozpoznawać potencjał i możliwości jaką dysponuje chory i jego rodzina, aby móc wykorzystać go w opiece. Aktywizacja opiekunów nieformalnych znacznie usprawnia opiekę i podnosi jej jakość [16,17]. W związku z rozwojem zintegrowanej opieki w środowisku domowym oraz wzrostu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w środowisku domowym, konieczne są zmiany organizacji pracy, aby móc zapewnić wysoką jakość usług pacjentom. Nie mniej ważnym czynnikiem jest zapewnienie szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych, które pomogą im w komunikacji z pacjentem, dostarczą różnych metod wsparcia emocjonalnego czy umiejętności prowadzenia rozmowy w sytuacjach trudnych [18,19].

Wnioski. Przebywanie pacjenta w środowisku domowym wiąże się z regularnym samobadaniem ogólnego stanu zdrowia wraz ze stałą kontrolą oraz leczeniem u lekarza POZ, hematologa, chirurga naczyniowego, neurologa i kardiologa. Niezawodną rolę w opiece nad chorym ze szpiczakiem powinna sprawować pielęgniarka środowiskowa. Jako jeden z kluczowych członków zespołu terapeutycznego powinna brać czynny udział w procesie leczenia, wykonywać świadczenia pielęgnacyjno-edukacyjne oraz motywować chorego do współdziałania w samoopiece. Pacjent przebywający w środowisku domowym powinien

otrzymać listę zaleceń i wskazówek, które ułatwić będą choremu i rodzinie samodzielne egzystowanie w warunkach choroby i leczenia.

Piśmiennictwo:

1. Suska A., Jurczyszyn A., Epidemiology and etiopathogenesis of multiple myeloma and monoclonal gammopathy of undetermined significance. *Postepy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2018; 72: 953-965
2. Jamroziak K., Szpiczak plazmocytowy. [w:] *Onkologia w Praktyce Klinicznej, Edukacja 2020*: 310-340
3. ATOM i Taryfikacji, Agencja Oceny Technologii Medycznych; Wydział Świadczeń Opieki. Kompleksowa opieka hematologiczna – model organizacji leczenia i leczenia układu krwiotwórczego i chłonnego u osób dorosłych Opracowanie analityczne-uzupełniające na wniosek Rady Przejrzystości różnicowe w opiniach nr 199/2019
4. Giannopoulos K., Jamroziak K., Usnarska-Zubkiewicz., *et al.* Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczące rozpoznawania i leczenia szpiczaka plazmocytoowego oraz innych dyskrazji plazmocytoowych na rok 2022/23. Polska Grupa Szpiczakowa. Dostępny w Internecie: [dostęp: 22.02.2024]
5. Juszczyński A., Płatek P., Szpiczak plazmocytowy - diagnostyka i leczenie. *Państwo i Społeczeństwo. State and Society* 2021; XXI/1: 77-85
6. Hellmann A., Ochrem B., Szpiczak plazmocytowy (szpiczak mnogi, MM). [w:] Szczeklik A., Gajewski P [red]. *Interna Szczeklika 2018/19. Medycyna Praktyczna. Kraków 2018*: 1005-1008
7. Charliński G., Wiater E., Plasma cell myeloma - practical aspects of the diagnosis and treatment. *Via Medica* 2014; 5, 4: 317-331
8. Juszczyński A., Olszewska-Szopa M., Szpiczak plazmocytowy. [w]. Knypl K., Barwicka A., Florea M., *et al.* *Gazeta dla lekarzy. Sztuka diagnozowa* [online]. Dostępny w Internecie: https://www.gazeta-dla-lekarzy.com/images/gdl_2017/gdl_6_2017 [dostęp: 24.02.2024]
9. Juszczyński A., Szpiczak mnogi (plazmocytowy). [w:] Malinowska-Lipień I., Fornagiel Sz. *Pielęgniarstwo hematologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015*: s. 101-108
10. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina — zdrowie — choroba. *Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wyd. Czelej, Lublin 2001*: 37–40.
11. Liu S.-J. What caring means to geriatric nurses. *J. Adv. Res.* 2004; 2–4; 12 (2): 143–151.
12. Bień B. Zapotrzebowanie na świadczenia leczniczo-opiekuńcze — nie wolno ignorować starości. *Mag. Piel. Położ.* 2001; 1: 10–11.
13. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Ślusarz R. Specyfika problemów zdrowotnych pacjentów w starszym wieku. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 349–353.
14. Zaczyk I., Brzycka M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B. Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (2): 239–243

15. Frich Holm M.L. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44 (2): 137–153.
16. Ryan A.A., Scullion F.H. Family and staff perceptions of the role of families in nursing care. *J. Adv. Nurs.* 2000; 32 (3): 626–634.
17. Isola A., Backman K., Voutilainen P., Rautsiala T. Family members' experiences of the quality of geriatric care. *Scand. J. Caring Sci.* 2003; 17 (4): 399–408.
18. Billings J., Leichsenring K. Integrating health and social care services for older people. Ashgate, Aldershot 2005: 13–16.
19. Clarke A.J. The professional development of nursing through different aspects of the caring practices of nurses: nursing the patient person in a geriatric assessment unit. *Scand. J. Caring Sci.* 2007; 21 (3): 362–370.

Jakość życia pacjentów leczonych z powodu łuszczycy

Magdalena Nieckula, Joanna Girzelska, Kinga Fecko-Gałowicz, Wioletta Ławska,
Maria Półtorak

Wstęp. Łuszczyca jest częstą, przewlekłą chorobą zapalną skóry, na którą cierpi około 2% populacji. Występuje ona na całym świecie, jednak częstość tego schorzenia różni się w zależności od rasy i od położenia geograficznego. Częstość występowania choroby jest najwyższa w krajach skandynawskich i w północnej Europie [1]. Występuje jednakowo często u obu płci, jedynie łuszczyca stawowa występuje nieco częściej u kobiet. Może ujawnić się w każdym wieku - od wczesnego dzieciństwa po wiek podeszły. Szczyt zachorowań przypada na okres dojrzewania oraz okres pomiędzy 50 a 60 rokiem życia [2]. W Polsce na łuszczycę choruje około 1 miliona osób [3].

Mimo wielu badań łuszczycę nadal zalicza się do chorób o nie w pełni poznanej etiopatogenezie. Pod wpływem działania różnorodnych czynników wewnątrz- i zewnątrzustrojowych dochodzi do nadmiernej proliferacji i pobudzenia czynnościowego keratynocytów, wzmożonej chemotaksji neutrofilów i limfocytów do naskórka, pobudzenia limfocytów Th1 w odpowiedzi na antygeny, superantygeny, autoantygeny, uszkodzenia naskórka przez neutrofile i ich enzymy (mikroropnie), pobudzenia komórek śródbłonna naczyń skóry ułatwiającego migrację komórek do tkanek [4].

Łuszczyca charakteryzuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem. Występują w niej naprzemiennie zarówno okresy bezobjawowe, jak i pełnoobjawowe z wysiewem zmian skórnych, które pojawiają się najczęściej wiosną i jesienią pod wpływem różnych czynników wyzwalających [2]. Wykwitem pierwotnym w łuszczycy jest grudka czerwono – brunatna wyraźnie odgraniczona od otoczenia o drobnopłatowym złuszczeniu powierzchni. Po zdrapaniu srebrzystych łusek uwidacznia się błyszcząca, jakby powleczonea stearyną powierzchnia (objaw świecy stearynowej), dalej pojawia się kropelkowate krwawienie (objaw Auspitz), wynikające z uszkodzenia naczyń wzdłuż brodawek skórnych pod ścięczalym naskórkiem [5]. Wczesne zmiany mają charakter drobnych grudek, wielkości od łebka szpilki do wykwitów 1-2 cm. Zmiany w pełni rozwinięte są większe, wielkości kilku centymetrów i pokryte mocno przylegającymi srebrzystymi łuskami. Są to blaszki łuszczycowe. Ogniska szerzą się obwodowo, często z tworzeniem obrączek i ustępowaniem w części środkowej [6]. Objaw Köbnera jest objawem charakterystycznym dla łuszczycy. Polega on na występowaniu zmian

łuszczycowych wzdłuż linii zadrapania naskórka. Łuszczycy mogą również towarzyszyć objawy ogólne, do których należą: świąd, miejscowa bolesność ognisk zapalnych, bóle stawów, stany podgorączkowe [7]. Najczęściej zmiany łuszczycowe obejmują okolice najbardziej narażone na urazy: łokcie, kolana, okolice łędźwiowo – krzyżową, pachy, pachwiny, szparę międzypośladową, płytki paznokciowe [8]. Na płytkach paznokciowych występują zagłębienia, podłużne lub poprzeczne bruzdy, płytka staje się krucha, pogrubiona, matowa, powstają żółte prześwitujące plamy [9]. Łuszczycyca w obrębie skóry głowy ma często charakter zlewnych ognisk pokrytych grubymi nawarstwionymi łuskami, nierzadko przechodzącymi na skórę czoła. Łuszczycyca skóry głowy może na wiele lat poprzedzać pojawienie się wykwitów w innych okolicach lub towarzyszyć zmianom w innym umiejscowieniu [6]. Wykwity łuszczycowe rzadko występują na twarzy. Łuszczenie, rumień, a nawet tworzenie się grudek może obejmować brwi, może też powstać na bocznych powierzchniach nosa. U mężczyzn zmiany łuszczycowe rozwijają się w okolicy brody i bocznych powierzchni szyi, co jest spowodowane urazami podczas golenia [1].

Łuszczycyca przybiera wiele postaci klinicznych, które różnicuje się w oparciu o ich charakter, nasilenie, umiejscowienie i czas trwania. Bardzo częstym objawem łuszczycowego zapalenia stawów jest zapalenie przyczepów ścięgniastych o różnej lokalizacji [2]. W postaci obwodowej choroba charakteryzuje się bólem, obrzękiem zajętych stawów z towarzyszącym uczuciem sztywności porannej, zaś w postaci osiowej bólem kręgosłupa z uczuciem sztywności stawów. Wraz z trwaniem choroby dochodzi do upośledzenia funkcji stawów i inwalidztwa. Ból i niepełnosprawność obniżają standard życia oraz jakość życia pacjentów [10].

W diagnostyce łuszczycy ważna jest ocena stanu skóry, rozległości i lokalizacji wykwitów łuszczycowych, umożliwiała ona podjęcie właściwej metody terapii, a także pozwala obserwować dynamikę procesu chorobowego oraz skuteczność leczenia. Do oceny stanu dermatologicznego służą wskaźniki PASI, BSA, PGA, DLQI, NAPSİ.

Metody lecznicze stosowane w terapii ogólnej to: fotochemioterapia, fototerapia, retinoidy, metotreksat, cyklosporyna A, antybiotyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne, balneoterapia, leki biologiczne. Leki te można stosować w różnych zestawieniach, kierując się ciężkością choroby, uwzględniając choroby towarzyszące, wiek, płeć, możliwe objawy niepożądane.

Choroby skóry – jako łatwo dostrzegane przez osoby z otoczenia – powodują zaburzenia sfery psychologicznej, w tym depresję, lęk, wrogość, negatywny obraz własnej osoby [11]. Łuszczycyca jest schorzeniem silnie stresogennym. Zwiększony stres powoduje nasilenie objawów choroby [12].

Choroba ta zniekształca wygląd jednostki, kształtuje niską samoocenę, daje poczucie wstydu i skrępowania [13,14]. Mniejsze znaczenie ma rozległość zmian skórnych, która nie zawsze koreluje ze stopniem obniżenia jakości życia. Istotna jest lokalizacja, ponieważ za szczególnie uciążliwe uważa się zmiany na twarzy, dłoniach czy genitaliach [15]. Chorzy a zwłaszcza kobiety starają się, na ile to tylko możliwe, ukrywać chorobę przed osobami z otoczenia [16]. Widoczność zmian chorobowych wywołuje negatywne reakcje. Staje się przyczyną braku akceptacji tej choroby i negatywnego obrazu własnej osoby [11,14]. Każda choroba dermatologiczna, która w widoczny sposób zmienia wygląd skóry i jej przydatków, powoduje reakcję psychologiczną pacjenta. Reakcja ta ma znaczący wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Z jednej strony sama reakcja emocjonalna na „zeszpecony” wygląd (zawstydzenie, lęk, złość, depresja) jest przykra dla pacjenta, a z drugiej - zostaje wtórnie zaburzone funkcjonowanie społeczne chorego, które ogranicza jego życie zawodowe, rodzinne, kontakty towarzyskie, wypoczynek czy aktywność seksualną [15].

Cel pracy. Celem niniejszych badań była ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu łuszczycy.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MED-LASER Borzęcki Spółka Jawna w Lublinie w okresie od czerwca do sierpnia 2018 roku. Przed rozpoczęciem zbierania materiału badawczego uzyskano zgodę kierownika placówki na przeprowadzenie w niej badań.

W badaniu wzięło udział 104 pacjentów, w tym 50 kobiet i 54 mężczyzn z rozpoznaną łuszczycą. Każdy respondent był poinformowany o celu badania oraz o całkowicie anonimowym i dobrowolnym udziale w nim. Kryterium włączenia do badań stanowiło rozpoznanie łuszczycy, ukończenie przez respondenta 16 roku życia, uzyskanie zgody pacjenta na uczestnictwo w badaniu, stan zdrowia pacjenta umożliwiający uczestniczenie w badaniu. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą wykorzystaną w postępowaniu badawczym była ankieta, natomiast zastosowanym narzędziem badawczym - kwestionariusz ankiety, który składał się z dwóch formularzy. Pierwszy stanowiła metryczka, obejmująca dane demograficzne i społeczne respondentów (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa, zadowolenie z warunków mieszkaniowych, zadowolenie z relacji z innymi ludźmi, wsparcie) oraz informacje dotyczące choroby (czas trwania choroby, rodzaj łuszczycy, rodzinne występowanie choroby, miejsce występowania zmian chorobowych, stosowany rodzaj terapii).

Drugą część kwestionariusza stanowił wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia (*Dermatology Life Quality Index DLQI*). Narzędzie to przeznaczone jest do stosowania u pacjentów w wieku powyżej 16 roku życia. Kwestionariusz DLQI może być używany przez studentów w projektach badawczych bez uzyskania zezwolenia autorów, pod warunkiem, że projekty te nie są finansowane np. przez firmy farmaceutyczne. Zgodnie z wymogami na wszystkie kwestionariusze DLQI wypełniane przez respondentów, opatrzone są oświadczeniem o prawach autorskich. Wskaźnik DLQI obliczany jest poprzez zsumowanie punktów, przyznawanych za każde z 10 pytań kwestionariusza. Odpowiedź na każde z pytań: „wcale”, „trochę”, „bardzo” jest punktowana odpowiednio od 0 do 3. Maksymalnie wynik ten wynosi 30 punktów minimum 0. Im wyższy wynik osiąga pacjent, tym większy wpływ na jakość życia mają dolegliwości skórne [11,17].

W oparciu o osiągnięte wyniki sumaryczne określono wpływ dolegliwości skórnych na jakość życia:

1. Bez wpływu choroby na jakość życia – 0 do 1 punkt;
2. Nieznacznie obniżona jakość życia – 2 do 5 punktów;
3. Umiarkowanie obniżona jakość życia – 6 do 10 punktów;
4. Mocno obniżona jakość życia – 11 do 20 punktów;
5. Bardzo mocno obniżona jakość życia – 21 – 30 punktów [17].

Wyniki. Badania przeprowadzono w grupie 104 osób (N=104), wśród 50 kobiet i 54 mężczyzn chorujących na łuszczycę. Dane uwzględniające rozkład wyników w obrębie płci respondentów i ich wieku przedstawione zostały za pomocą tabeli I.

Tabela I. Płeć i wiek osób badanych

Płeć Wiek	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
18 – 25 lat	27	54,00	40	74,07	67	64,42
26-35 lat	10	20,00	2	3,70	12	11,54
36-45 lat	3	6,00	2	3,70	5	4,81
46-55 lat	8	16,00	9	16,67	17	16,35
56-65 lat	2	4,00	1	1,85	3	2,88
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0

N – ilość obserwacji.

Źródło: opracowanie własne.

Z ukazanych danych wynika (tabela I), że rozkład wyników dotyczących płci respondentów był względnie podobny, gdyż w badaniach uczestniczyło 50 kobiet i 54 mężczyzn. Wśród badanych zdecydowanie dominowały osoby młode, tj. mające od 18 do 25 lat. Takich osób w prowadzonej

procedurze badawczej uczestniczyło 67, co w grupie 104 ogółu badanych stanowiło 64,42%. Przy czym częściej w tej grupie byli mężczyźni.

Następnie scharakteryzowano respondentów uwzględniając ich miejsce zamieszkania. Badania dowiodły, iż najczęściej badani mieszkali w miastach liczących od 20 do 100 tys. mieszkańców, a więc w miastach średnich (tabela II).

Tabela II. Miejsce zamieszkania osób badanych

Płeć Zamieszkanie	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	13	26,00	18	33,33	31	29,81
Miasto <20 tys. mieszkańców	9	18,00	9	16,67	18	17,31
Miasto 20-100 tys. mieszkańców	20	40,00	17	31,48	37	35,58
Miasto > 100 tys. mieszkańców	8	16,00	10	18,52	18	17,31
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej (tabela III) zawarto dane ilościowe dotyczące stanu cywilnego osób badanych.

Tabela III. Stan cywilny osób badanych

Płeć Stan cywilny	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Mężatka/żonaty	29	58,00	29	53,70	58	55,77
Osoba rozwiedziona	8	16,00	7	12,96	15	14,42
Wdowa/wdowiec	1	2,00	3	5,56	4	3,85
Osoba żyjąca w związku wolnym	7	14,00	4	7,41	11	10,58
Osoba żyjąca samotnie	5	10,00	11	20,37	16	15,38
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie ukazanych danych (tabela III) można z całą pewnością uznać, że dominującą wśród badanych grupą były osoby będące w stanie małżeńskim. Takich osób ogółem w badaniach uczestniczyło 58, co w ogólnej grupie 104 badanych stanowiło 55,77%. W tym w grupie tej znajdowało się 58% osób z grupy kobiet i 53,7% osób z grupy mężczyzn.

Podsumowując stwierdzić można, że grupa jest różnorodna pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz stanu cywilnego. Niemniej jednak nieznacznie dominowali w niej mężczyźni (54 mężczyzn i 50 kobiet), osoby w wieku od 18 do 25 lat (64,4%), mieszkańcy średnich miast (35,6%) oraz żyjący w związkach małżeńskich (55,8%).

Wyniki. Jak już podkreślono, wszyscy respondenci posiadali jedną najważniejszą cechę wspólną, tj. wszyscy chorowali na łuszczycę. Niemniej jednak u niektórych z respondentów ujawniła się po kilku latach choroby także łuszczycyca stawowa, czyli inaczej łuszczycowe zapalenie stawów. W tabeli IV zaprezentowano dane empiryczne określające ilość osób chorujących tylko na tzw. łuszczycę zwykłą oraz ilość osób chorujących na łuszczycę stawową.

Tabela IV. Rodzaj łuszczycy u osób badanych

Rodzaj łuszczycy \ Płeć	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zwykła	44	88,00	43	79,63	87	83,65
Stawowa	6	12,00	11	20,37	17	16,35
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy przedstawionego materiału badawczego (tabela IV) wynika, że 83,65% badanych miała wyłącznie łuszczycę zwykłą. Niemniej jednak pozostali badani mieli łuszczycę stawową (16,35%), a więc chorobę ujawniającą się nie tylko zmianami skórными, ale również dużą bolesnością stawów, niekiedy zniekształceniami palców, zeszywnieniami stawów itp. Nieco częściej na łuszczycę stawową chorowali mężczyźni. W badaniach uczestniczyło 11 mężczyzn (20,37% grupy mężczyzn) chorujących na łuszczycę stawową oraz 6 kobiet (12% grupy kobiet) także cierpiących na to szczególne schorzenie.

Badanych zapytano również o czas trwania u nich choroby. Zaprezentowane dane (tabela V) sugerują, że najliczniejsza grupa badanych – 25,96% ogółu – na łuszczycę choruje od 11 do 20 lat. Przy czym w tej kategorii znalazło się 32% wszystkich badanych kobiet oraz 20,37% grupy mężczyzn.

Tabela V. Czas trwania łuszczycy u osób badanych

Czas trwania choroby \ Płeć	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Poniżej 1 roku	4	8,00	2	3,70	6	5,77
Od 1 roku do 2 lat	4	8,00	3	5,56	7	6,73
Od 3 lat do 5 lat	4	8,00	7	12,96	11	10,58
Od 6 lat do 10 lat	11	22,00	11	20,37	22	21,15
Od 11 lat do 20 lat	16	32,00	11	20,37	27	25,96
Od 21 lat do 30 lat	3	6,00	14	25,93	17	16,35
Powyżej 30 lat	8	16,00	6	11,11	14	13,46
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym zestawieniu tabelarycznym (tabela VI) ukazano dane przedstawiające zależność między płcią respondentów a miejscem występowania łuszczycy.

Tabela VI. Miejsca występowania zmian łuszczycowych u osób badanych

Miejsca zmian \ Płeć	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tylko na dłoniach	10	20,00	1	1,85	11	10,58
Głowa i szyja	0	0,00	1	1,85	1	0,96

Tułów	2	4,00	2	3,70	4	3,85
Kończyny górne i dolne	14	28,00	9	16,67	23	22,12
Większa powierzchnia ciała niż wymienione	24	48,00	41	75,93	65	62,50
Razem	50	100,0	54	100,0	104	100,0
Chi-kwadrat Pearsona = 13,76 Df = 4 p (poziom istotności) = 0,008 (istotne statystycznie) N-ilość ważnych obserwacji = 104						

Źródło: opracowanie własne.

Legenda do tabeli:

- *Chi-kwadrat Pearsona – test statystyczny służący do mierzenia zgodności cech przedstawianych za pomocą danych nominalnych.*
- *df – tak zwane stopnie swobody, czyli liczba niezależnych wyników obserwacji pomniejszona o liczbę związków, które łączą te wyniki ze sobą.*
- *p (poziom istotności) – wynik obliczeń statystycznych określający istotność różnic między porównywanymi zmiennymi, aby p było istotne statystycznie musi być spełniony warunek istotności, tj. $p \geq 0,05$.*

Dane zawarte powyżej (tabela VI) sugerują, że badani mieli zmiany skórne na większej powierzchni ciała niż tylko pojedyncze obszary, jak np. dłonie, nogi, głowa i szyja itd. Niektórzy nawet deklarowali, że zmiany mieli na całym ciele. Zmiany na większej powierzchni ciała miało 65 osób badanych, co stanowi 62,5% ogółu respondentów.

Z zawartych obliczeń statystycznych (tabela VI) wynika, że płeć jest zmienną różnicującą miejsca występowania łuszczycy u chorych. Spełniony został warunek istotności statystycznej, tj. $p \geq 0,05$. W tym przypadku $p = 0,008$ co oznaczało, że dane mogły być uznane za istotne statystycznie na poziomie 0,01, a więc można sądzić z 99% prawdopodobieństwem, że płeć miała wpływ na miejsca występowania łuszczycy u chorych. Z przedstawionych danych empirycznych wynikało, że mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety mieli zmiany na większej powierzchni ciała. Ogółem 76% mężczyzn miało zmiany na znacznych powierzchniach ciała. Takie też zmiany ma 48% kobiet. Jednakże kobiety częściej niż mężczyźni zmagaly się z łuszczycą ujawniającą się np. tylko na dłoniach, czy też tylko na kończynach dolnych.

W kolejnym zestawieniu tabelarycznym (tabela VII) zaprezentowane zostały dane dotyczące porównania średnich osób zadowolonych i niezadowolonych z życia z danymi dotyczącymi poziomu poczucia jakości życia.

Tabela VII. Porównanie średnich osób zadowolonych i niezadowolonych z życia uzyskanych po zastosowaniu testu DLQI

Osoby zadowolone z życia		Osoby nie zadowolone z życia		Ogółem	
M1	Sd1	M2	Sd2	M	Sd
6,74	5,74	12,79	7,81	8,37	6,88

<p>M1-M2 = -6,05 (różnica średnich) Minimum = 0 Maximum = 30 t-Studenta = -4,30 (założono równość wariancji) ANOVA między grupami = 18,52 Poziom istotności = 0,01 (istotne statystycznie)</p>
--

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przedstawionych danych (tabela VII) stwierdzono zależność istotną statystycznie istniejącą między poziomem poczucia jakości życia a zadowoleniem lub niezadowoleniem ze swojego życia. Średnia osób zadowolonych z życia uzyskana w teście diagnozującym poziom poczucia jakości życia wyniosła $M1 = 6,74$ przy $Sd1 = 5,74$; z kolei średnia osób nie zadowolonych z życia była na poziomie $M2 = 12,79$ i $Sd2 = 7,81$. Ukazana różnica średnich ($M1-M2$) wynosiła w wartości bezwzględnej 6,05 pkt. i była istotna statystycznie na poziomie $p = 0,01$ przy t-Studenta wynoszącym 4,3 a ANOVA = 18,52. Można więc z 99% prawdopodobieństwem uznać za prawdziwą zależność między poziomem poczucia jakości życia a postrzeganiem zadowolenia bądź niezadowolenia ze swojego życia. Osoby zadowolone z życia miały zarazem wyższe poczucie poziomu jakości życia niż osoby niezadowolone z życia.

Samoocena w sposób decydujący wpływa na funkcjonowanie człowieka w różnych sytuacjach życiowych. Pozytywne postrzeganie siebie daje poczucie pewności siebie, bezpieczeństwa i sprzyja osiągnięciu celów. Natomiast osoby z niskim poczuciem własnej wartości bardziej skłonne są do rezygnowania ze stawianych celów, depresji, smutku.

Jednym z ważnych aspektów samooceny jest sposób postrzegania swojego wyglądu zewnętrznego. Dla ludzi jest to przeważnie dość istotne jak wyglądają i jak są oceniani przez innych członków społeczeństwa.

Kolejne dane dotyczą związku między samooceną wyglądu a poziomem poczucia jakości życia (patrz: tabela VIII).

Tabela VIII. Porównanie średnich osób akceptujących i nie akceptujących swój wygląd uzyskanych po zastosowaniu testu DLQI

Osoby akceptujące swój wygląd		Osoby nie akceptujące swojego wyglądu		Ogółem	
M1	Sd1	M2	Sd2	M	Sd
6,57	5,65	12,80	7,68	8,37	6,88
<p>M1-M2 = -6,23 (różnica średnich) Minimum = 0 Maximum = 30 t-Studenta = - 4,57 (założono równość wariancji) ANOVA między grupami F = 20,92 Poziom istotności = 0,000 (bardzo wysoko istotne statystycznie)</p>					

Źródło: opracowanie własne.

Z przedstawionych danych (tabela VIII) również wynika bardzo istotna zależność między poziomem poczucia jakości życia u badanych chorujących na łuszczycę a akceptacją lub brakiem akceptacji swojego wyglądu zewnętrznego. Osoby akceptujące swój wygląd uzyskały średni wynik w teście DLQI wynoszący $M1 = 6,75$ przy $Sd1=5,65$, zaś osoby nie akceptujące uzyskały wynik $M2=12,8$, przy $Sd2= 7,68$. Wniosek więc z tego, że wartość bezwzględna różnicy średnich między porównywanymi grupami wyniosła 6,23 pkt. Jest ona na tyle duża, iż została określona jako istotna statystycznie na poziomie $p=0,00$ i przy t-Student wynoszącym 4,57 zaś ANOVA o wartości 20,92. Zatem niemalże ze 100% pewnością możemy stwierdzić, iż osoby lepiej oceniające swój wygląd zarazem też mają wyższe poczucie jakości życia niż osoby źle oceniające swój wygląd zewnętrzny.

Następne dane przedstawiają związek między doświadczaniem przez chorujących na łuszczycę negatywnych stanów emocjonalnych typu przygnębienie, rozpacz, lęk i depresja z poziomem poczucia jakości życia.

Tabela IX. Porównanie średnich osób doświadczających i nie doświadczających negatywnych uczuć takie, jak: przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja uzyskanych po zastosowaniu testu DLQI

Osoby doświadczające negatywnych uczuć		Osoby nie doświadczające negatywnych uczuć		Ogółem	
M1	Sd1	M2	Sd2	M	Sd
11,75	7,55	6,57	5,79	8,37	6,88
M1-M2 = 5,18 (różnica średnich) Minimum = 0 Maximum = 30 t- Studenta = 3,89 (założono równość wariancji) ANOVA między grupami = 15,17 Poziom istotności = 0,000 (bardzo wysoko istotne statystycznie)					

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie zaprezentowanych danych (tabela IX) stwierdzono istotną zależność między doświadczaniem wspomnianych wyżej negatywnych stanów emocjonalnych a poczuciem poziomu jakości życia. Stwierdzono, że osoby doświadczające negatywnych uczuć typu lęk, rozpacz, depresja czy przygnębienie uzyskały średni wynik z testu DLQI wynoszący $M1= 11,75$ przy $Sd1= 7,55$ zaś osoby raczej nie doświadczające tychże stanów $M2= 6,57$ i $Sd2= 5,79$. Wskazana różnica $M1 -M2= 5,18$ była istotna na poziomie $p = 0,000$, przy t-Studenta = 3,89 i ANOVA= 15,17. Można zatem przyjąć z niemalże 100% prawdopodobieństwem, że osoby niedoświadczające takich stanów emocjonalnych jak rozpacz, depresja, przygnębienie czy lęk miały zarazem wyższe poczucie jakości życia niż osoby doświadczające tych negatywnych stanów emocjonalnych.

Na koniec prezentacji wyników z przeprowadzonych badań własnych zamieszono dane

empiryczne ukazujące związek pomiędzy wsparciem otrzymywanym lub nieotrzymywanym od rodziny i przyjaciół a poziomem poczucia jakości życia (patrz: tabela X).

Tabela X. Porównanie średnich osób otrzymujących i nie otrzymujących wsparcia od rodziny i przyjaciół uzyskanych po zastosowaniu testu DLQI

Osoby otrzymujące wsparcie od rodziny i przyjaciół		Osoby nie otrzymujące wsparcia od rodziny i przyjaciół		Ogółem	
M1	Sd1	M2	Sd2	M	Sd
8,01	6,76	13,29	7,11	8,37	6,88
M1 – M2 = -5,28 (różnica średnich) Minimum = 0 Maximum = 30 t- Studenta = - 2,00 (założono równość wariancji) ANOVA między grupami = 3,95 Poziom istotności = 0,05 (istotne statystycznie)					

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie zaprezentowanych danych stwierdzono zależność między poziomem poczucia jakości życia diagnozowaną u badanych chorujących na łuszczycę a otrzymywanym wsparciem społecznym od rodziny i przyjaciół. Osoby otrzymujące należyte wsparcie społeczne od rodziny i przyjaciół uzyskały średni wynik dotyczący poziomu poczucia jakości życia wynoszący M1= 8,01, a Sd1 = 6,76. Natomiast średni wynik osób nie otrzymujących wystarczającego wsparcia społecznego od rodziny i przyjaciół wyniósł M2 = 13,29 i Sd2 = 7,11. Uzyskana różnica średnich wyniosła 5,28 pkt. i była istotna statystycznie na poziomie $p = 0,05$. Zatem z 95% prawdopodobieństwem stwierdzono zależność pomiędzy otrzymywaniem bądź nieotrzymywaniem wsparcia społecznego od rodziny i przyjaciół a poziomem poczucia jakości życia. Osoby otrzymujące takie wsparcie zarazem miały też istotnie wyższe poczucie jakości życia.

Dyskusja. Różne choroby czy dolegliwości, w zależności od ich lokalizacji, wywołujących ograniczeń i dotkliwość objawów, wpływają na zaburzenie, ograniczenie lub pogorszenie w zakresie jakości życia [18]. Ocena jakości życia chorych pozwala stwierdzić, w jakim stopniu stan zdrowia danej osoby wywiera wpływ na jej stan fizyczny i psychiczny oraz jej funkcjonowanie w życiu społecznym [19].

Z analizy przedstawionego materiału badawczego wynika, że 83,65% badanych ma wyłącznie łuszczycę zwykłą, pozostali badani 16,35%, mają łuszczycę stawową ujawniającą się nie tylko zmianami skórnymi, ale również dużą bolesnością stawów, niekiedy zniekształceniami palców, zeszywnieniami stawów itp. Nieco częściej na łuszczycę stawową chorują mężczyźni.

Także w przypadku zestawienia wyników dotyczących poziomu poczucia jakości życia w formie jakościowej wskazuje, że nie jest istotna zależność między rodzajem łuszczycy

a poziomem poczucia jakości życia. Trzeba jednak zauważyć pewną tendencję, iż wyniki osób z łuszczycą stawową są nieco wyższe niż wyniki osób z łuszczycą zwykłą. Średnia dla osób z łuszczycą stawową wynosi $M_2 = 10,71$, zaś średnia dla osób z łuszczycą zwykłą $M_1 = 6,75$. Różnica jest więc widoczna, ale zbyt mała, aby mogła być uznana za istotną statystycznie.

Wyniki badań własnych wskazują, że najlicniejsza grupa badanych – 25,96% ogółu – na łuszczycę choruje od 11 do 20 lat. Taki rozkład wyników wyraźnie wskazuje, iż łuszczycę jest chorobą przeważnie bardzo przewlekłą, z którą chorujący na nią zmagają się niemalże przez całe życie.

Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały związku pomiędzy oceną wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia respondentów, a jego wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem i miejscem zamieszkania. Średnia wartość DLQI badanych osób cierpiących na łuszczycę wyniosła 8,37. Pacjenci badani przez Hrehorów i wsp. [19] osiągnęli średni wynik 11,70. W analizie Neneman – Hirsch [4] średnia wartość wskaźnika DLQI osiągnęła wynik 13,49. Mimo faktu, iż przytaczane wartości informują o bardzo dużym wpływie choroby na jakość życia, badani łuszczycy osiągnęli jeden z niższych wyników DLQI (umiarkowany wpływ na życie pacjenta – 6 do 10 punktów).

Analiza otrzymanych wyników badań wykazała, iż można stwierdzić, że najlicniejsza grupa badanych uzyskała wyniki w zakresie umiarkowanie obniżonej jakości życia. W tej grupie znalazło się ogółem 33,65% respondentów, w tym wyniki takie uzyskało 36% kobiet oraz 29,63% mężczyzn, nie było więc dużej różnicy pomiędzy płcią badanych osób, a oceną wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia. W badaniu Zielińskiej i wsp. [12] przeprowadzonym przy użyciu m.in. kwestionariusza DLQI, na 936 pacjentach z łuszczycą, niższą jakość życia stwierdzono u kobiet niż u mężczyzn. Podobny wynik osiągnęła Kanikowska i wsp. [14].

W badaniu przeprowadzonym przez Kanikowską i wsp. [14] 63% chorych uważało, że łuszczycę znacznie zmniejsza zadowolenie z życia. W badaniu własnym niezadowoleni ze swojego życia stanowią ogółem 26,92%. Przy czym nieco częściej swój niechętny stosunek do życia prezentują kobiety. Na podstawie badań stwierdza się więc z 99% prawdopodobieństwem zależność istotną statystycznie istniejącą między poziomem poczucia jakości życia a zadowoleniem lub niezadowoleniem ze swojego życia. Osoby zadowolone z życia mają zarazem wyższe poczucie poziomu jakości życia niż osoby niezadowolone z życia.

Różnice w odczuwaniu jakości życia mogą wynikać ze sposobu spostrzegania własnego ciała

i przywiązania do jego wyglądu. Często zdarza się, że nie choroba sama w sobie jest problemem, lecz sposób, w jaki pacjent ją postrzega, a co za tym idzie – brak akceptacji. Miniszewska i Adamska [20] akceptację określa jako stopień przystosowania do własnego schorzenia. Basińska i in. [21] piszą, że osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem akceptacji, lepiej reagują na chorobę, łatwiej rozpoznają i rozumieją ograniczenia z niej wynikające, odczuwają w związku z jej obecnością mniej negatywnych emocji. W przypadku chorych na łuszczycę (Miniszewska i in., Basińska i in.) większa akceptacja koreluje z lepszą oceną jakości życia [20,21]. W badaniach Zielińskiej-Więczkowskiej i in. [12] zdecydowaną akceptację choroby wykazano u 62,4% badanych. Z badań własnych również wynika bardzo istotna zależność między poziomem poczucia jakości życia u badanych chorujących na łuszczycę a akceptacją lub brakiem akceptacji swojego wyglądu zewnętrznego. Zatem niemalże ze 100% pewnością możemy stwierdzić, iż osoby lepiej oceniające swój wygląd zarazem też mają wyższe poczucie jakości życia niż osoby źle oceniające swój wygląd zewnętrzny.

Badania nad jakością życia pacjentów dermatologicznych, mają na celu ukazanie wpływu chorób skóry na psychospołeczny wymiar życia osób nimi dotkniętych.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach chęć skorzystania z pomocy psychologicznej zadeklarowało niewiele bo 13,46% badanych, zaś w badaniu Bogaczewicz i wsp. [22] 30% respondentów potrzebowało wsparcia psychologicznego. W badaniu Hrehorów i wsp. [19] jakość życia była istotnie bardziej obniżona wśród osób potrzebujących wsparcia psychologicznego.

Podsumowując, stwierdza się bardzo wysoki wpływ czynników psychologicznych i społecznych na poziom poczucia jakości życia. W analizowanych aspektach, tj. akceptacją swojego wyglądu, wsparcie społeczne, doświadczanie bądź nie doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych, czy też poziom akceptacji swojego życia mają wpływ na wyniki odnoszące się do diagnozy poczucia poziomu jakości życia. Osoby pozytywnie postrzegające siebie, swoje życia, otaczającą rzeczywistość społeczną i emocjonalną zarazem mają wyższe poczucie jakości życia. Wniosek więc z tego, że chcąc poprawić poziom poczucia jakości życia u osób chorujących na łuszczycę trzeba zarazem pozytywnie oddziaływać na ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne poprzez np. prowadzenie wsparcia psychologicznego czy społecznego.

Wnioski.

1. Dolegliwości skórne, w sposób umiarkowany bądź nieznaczny, wpływały na obniżenie jakości życia badanych.
2. Wsparcie społeczne miało istotny wpływ na jakość życia i aktywność zawodową osób badanych.
3. Pozytywne postrzeganie siebie, swojego życia i otaczającej rzeczywistości wpłynęło na wyższe poczucie jakości życia badanych.
4. Kobiety chorujące na łuszczycę częściej doświadczały negatywnych stanów emocjonalnych, miały niższe poczucie jakości życia, tym samym nie wykazywały potrzeby profesjonalnego wsparcia psychologicznego

Piśmiennictwo:

1. Menter A, Smith C, Barker J. Łuszczycyca. Via Medica. Gdańsk 2006; s. 1-20.
2. Michalak I, Kaszuba A. Łuszczycyca i choroby kręgu łuszczycy [W]: Poradnik lekarza praktyka. Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012; s. 122-128.
3. Katrynicz A. Łuszczycyca jest lekceważona. Rozmowa z prof. Andrzejem Kaszubą. Menedżer Zdrowia 2011; 4:38-40.
4. Neneman A, Adamski Z. Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. Forum Medycyny Rodzinnej 2009;6:447 -453.
5. Niczoruk W, Niczporuk M. Łuszczycyca [W:] Krajewska Kułak E.: Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Czelej, Lublin 2006; s. 74 -77.
6. Jabłońska S, Chorzelski T. Choroby skóry. PZWL, Warszawa 2002; s.205-218.
7. Szepietowski J, Reich A. Świad. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010; s. 55 57.
8. Basińska M, Drozdowska M. Type a behavior in individuals with psoriasis as a determinant of acceptance of the illness. Postę. Derm. Alergol. 2012;9:432-439.
9. Zychowicz J, Podbielska H, Kaniowska E. Możliwości wykorzystania oddziaływania fotodynamicznego w leczeniu łuszczycy [W:] Podbielska H, Sieroń A, Stręk W. (red.): Diagnostyka i terapia fotodynamiczna. Urban & Partner, Wrocław 2004; s. 355-374.
10. Goncerz G, Tuchocka-Kaczmarek A. Leczenie farmakologiczne łuszczycowego zapalenia stawów. Omówienie zaleceń European League Against Rheumatism 2015. Med. Prakt. 2016;10:36-42.
11. Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Szyszko - Perłowska A et al. Problem jakości życia w dermatologii. Probl Pielęg. 2011; 19(1):109-115.
12. Zielińska-Wieczkowska H., Pietrzak N. Akceptacja choroby i jej związek z jakością życia pacjentów z łuszczycą. Med. Rodz. 2018;21(1):3-9.
13. Borzęcki A, Cielica W. Psychologiczne aspekty w łuszczycy. Nowa Medycyna 2002,3.s.40-42.
14. Kanikowska A, Michalak M, Pawlacyk M.: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. Now. Lek 2008; 77(3):195-203.

15. Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, et. al. Psychodermatologia współczesnym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego. *Probl. Pielęgn.* 2012;20(4):512-518.
16. Pietrzak A, Janowski K, Lechowska-Mazur I, Krasowska D. Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Med.* 2006; 1:14-19.
17. Bronikowska-Kolasa A, Borzęcki A, Szponar A. et. al. Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z łuszczycą za pomocą kwestionariusza WHOQOL-100. *Nowa Medycyna.* 2008;3:4-11.
18. Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Niczyporuk W, Sobolewski M. Samoocena jakości życia przez pacjentów z problemami skórnymi. *Dermatol. Klin.* 2010;12(2):106-113.
19. Hrehorów E, Reich A, Szepietowski J. Jakość życia chorych na łuszczycę: zależność od świądu, stresu i objawów depresyjnych. *Dermatol. Klin.* 2007; 9(1):19– 23.
20. Miniszewska J., Adamska M. Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatra Psycholo. Klin.* 2014;14(3):202-212.
21. Basińska M., Kasprzak A. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegl. Dermatol* 2012;99:692-700.
22. Bogaczewicz J, Sobów T, Bogaczewicz A i in. Psychologiczne uwarunkowania jakości życia chorych na łuszczycę: doniesienia wstępne. *Dermatol. Klin.* 2010;4:205-210.

Specyfika opieki pielęgniarskiej nad 33 – letnią pacjentką z udarem niedokrwiennym mózgu zakwalifikowaną do leczenia trombolitycznego w oddziale neurologii

Aneta Pastor, Katarzyna Kroczyk, Kornelia Skoczylas, Anna Michalik,
Małgorzata Fraś

Wprowadzenie. Literatura przedmiotu definiuje udar niedokrwienny mózgu jako zespół objawów klinicznych charakteryzujący się nagłymi zaburzeniami czynności mózgu, których przyczyną jest zaburzenie krążenia krwi w obrębie mózgowia. Objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny. Udar niedokrwienny mózgu stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, wiele osób po przebytym udarze nie powraca do całkowitej sprawności, wymaga pomocy lub całkowitej opieki innych osób [1,2].

W Polsce na udar mózgu zapada 175/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet, a roczna śmiertelność wynosi 31,2%. Udar mózgu według Światowej Organizacji Zdrowia stanowi drugą z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, w większości dotyczy osób po 40 roku życia. Udar niedokrwienny mózgu występuje w 80 – 90% wszystkich udarów. Przyczyną rozwinięcia się niedokrwiennego udaru mózgu jest często materiał zatorowy – skrzeplina, która drogą przepływu krwi zamyka najczęściej dystalne części gałęzi tętnic wewnątrzczaszkowych. Przyczyny udaru niedokrwiennego mózgu określa klasyfikacja TOAST. W klasyfikacji uwzględnia się pięć głównych przyczyn: chorobę dużych naczyń 20 – 30%, udar sercowo – naczyniowy 26 – 30%, chorobę małych naczyń 16 – 20%, udar zatokowy 16 – 20% [1,2].

Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu zalicza się: podeszły wiek, płeć męską, rasę i uwarunkowania genetyczne. Wśród modyfikowanych wskazuje się: nadciśnienie tętnicze, choroba miażdżycowa, cukrzyca, stosowanie środków antykoncepcyjnych, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, zła dieta, otyłość i brak wysiłku fizycznego [3,4].

Udar mózgu daje wiele objawów ogniskowych, zależą one od lokalizacji w mózgu. Objawy ogniskowe w udarze określane są jako zaburzenia funkcji neurologicznych. Wyróżnia się zaburzenia krążenia w przednich lub w tylnych częściach mózgowia. Do charakterystycznych objawów udaru niedokrwiennego mózgu w przednich częściach mózgowia zaliczamy: porażenie lub niedowład jednej połowy ciała, zaburzenia mowy, zaburzenia zachowania, niedowidzenie połowicze. Wśród objawów zaburzeń krążenia w tylnych częściach mózgowia

literatura przedmiotu podaje: zawroty głowy, podwójne widzenie, mroczki przed oczami, nudności nasilające się podczas próby wstawania, zaburzenia słuchowe, opuszkowe zaburzenia połykania, niedowład lub porażenie czterokończynowe oraz zaburzenie odczuwania bólu na twarzy [4,5].

W diagnostyce udaru bardzo ważne jest określenie czy jest to udar krwotoczny, czy niedokrwienny. Przy przyjęciu do szpitala u każdego pacjenta z podejrzeniem udaru wykonywana jest tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – jeśli nie występują żadne przeciwwskazania to badanie należy wykonać z kontrastem. Badania laboratoryjne obejmują: oznaczenie elektrolitów, morfologię, CRP, glikemię, kreatyninę, troponinę, aminotransferazę, koagulogram. W trakcie pobytu pacjenta w szpitalu wykonuje się również badanie ultrasonograficzne tętnic szyjnych i kręgowych, badanie radiologiczne klatki piersiowej, echokardiografię przezklatkową, sprawdza się również poziom białka C – reaktywnego, oznacza lipidogram oraz wykonuje badanie ogólne moczu. Przez 24 godziny monitoruje się pracę serca metodą Holtera oraz ciśnienie tętnicze. Jeżeli występują jakieś dodatkowe wskazania wykonuje się badania płynu mózgowo – rdzeniowego oraz echokardiografię przezprzełykową [6,7].

W leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu stosuje się: terapię przeciwplatek, kraniektomię dekompresyjną, mechaniczną trombektomię, trombolizę, angioplastykę tętnic przed i wewnątrzczaszkowych, oraz kraniektomię odbarczającą [6]. Leczenie trombolityczne przy użyciu Actilyse polega na podaniu dożylnym preparatu 0,9 mg/kg masy ciała w czasie do 4,5 godzin od pojawienia się pierwszych objawów. Zastosowanie leczenia trombolitycznego w udarze niedokrwiennym powoduje udrożnienie tętnicy w niecałych 50% przypadków. W Polsce z roku na rok wzrasta liczba pacjentów leczonych trombolitycznie. Celem leczenia trombolitycznego jest udrożnienie naczyń mózgowych i uzyskanie reperfuzji tkanki nerwowej w obszarze niedokrwienia. Tromboliza polega na dożylnym podaniu rekombinowanego plazminogenu tkankowego (rt-PA). Najpoważniejszym powikłaniem leczenia trombolitycznego jest ukrwotoczenie się udaru, do innych powikłań należą: krwawienie powierzchniowe w miejscu wkłucia, krwawienie wewnętrzne, krwawienie z nosa i dziąseł, krwawe wybroczyny, reakcje alergiczne (pokrzywka, skurcz oskrzeli, tachykardia, spadek ciśnienia), wstrząs anafilaktyczny. Niepożądane są również zaburzenia pracy serca. Kwalifikacja do leczenia trombolitycznego odbywa się za pomocą Skali Udarów Narodowego Instytutu Zdrowia – NIHSS, pacjent musi uzyskać od 4 do 25 punktów na 34. W kwalifikacji bierze się pod uwagę wiek powyżej 18 roku życia, rozpoznanie ostrego udaru

niedokrwienego, czas poniżej 4,5 godziny. Utrzymywanie się wysokiego ciśnienia skurczowego >185 mmHg i rozkurczowego >110 mmHg pomimo padania leków obniżających ciśnienie dyskwalifikuje pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 90 mg. Lek podawany jest dożylnie, 50% leku eliminuje się w wątrobie w ciągu 5 pierwszych minut od rozpoczęcia podawania, a niecałe 80% w ciągu 10 minut. W leczeniu trombolitycznym udział bierze lekarz neurolog razem z pielęgniarką. Najpierw podaje się 10% dawki preparatu w bolusie trwającym 2 – 3 minuty, pozostała dawka podawana jest we wlewie dożylnym, przez godzinę [7,8].

Cel pracy. Prezentacja specyfiki opieki pielęgniarskiej nad 33-letnią pacjentką z udarem niedokrwienym mózgu zakwalifikowaną do leczenia trombolitycznego w oddziale neurologii.

Material i metody. Materiałem użytym było studium przypadku 33-letniej pacjentki z udarem niedokrwienym mózgu zakwalifikowaną do leczenia trombolitycznego w trakcie hospitalizacji. Do oceny stanu ogólnego wykorzystano skale: Barthel, Waterlow, Glasgow, Tinetti, badanie fizykalne, obserwację, pomiar podstawowych parametrów życiowych. Analizie poddano dokumentację medyczną pacjentki oraz aktualną literaturę.

Opis przypadku. Badaniem objęto 33 – letnią pacjentkę z udarem niedokrwienym mózgu zakwalifikowaną do leczenia trombolitycznego w oddziale neurologii. W trakcie zbierania wywiadu pielęgniarskiego u chorej występuje osłabienie siły mięśniowej po prawej stronie, opadnięty prawy kącik ust, zaburzenia mowy, ból, zawroty głowy, nudności oraz niepokój spowodowany sytuacją zdrowotną. Pacjentka przytomna w kontakcie, logiczna, wydolna krążeniowo i oddechowo.

W czasie przyjęcia na oddział dokonano oceny poszczególnych układów.

- Narządu ruchu: Sprawność ograniczona z powodu obecnego niedowładu.
- Układ nerwowy: Pacjentka przytomny, w kontakcie.
- Układ sercowo-naczyniowy: Tętno - 80 uderzenia/ minutę, ciśnienie tętnicze krwi - 180/100 mmHg. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze.
- Układ oddechowy: liczba oddechów - 15/min, saturacja - 97%, brak odchyłeń.
- Układ pokarmowy: masa ciała - 81 kg wzrost - 165 cm BMI - 29,75 nadwaga, łaknienie – prawidłowe, stolec – prawidłowy, inne objawy – nie występują. Zaplanowano dietę łatwostrawną, przyjmowanie płynów i pokarmów doustnie, wymaga obserwacji w czasie podaży pokarmów. Wymaga monitorowania wypróżnień. Stan jamy ustnej prawidłowy.
- Układ moczowo-płciowy: budowa prawidłowa, założono cewnik Foleya CH 16. Miesiąckuje prawidłowo.

- Zmysły: bez odchyień, wzrok – prawidłowy, słuch – prawidłowy, czucie – osłabione.
- Skóra: Stan higieniczny prawidłowy.
- Alergie: brak.
- Nałogi: neguje
- Oceny stanu społecznego dokonano na podstawie wywiadu przeprowadzonego z mężem pacjentki. Relacje między pacjentką członkami rodziny: prawidłowe, mieszka z mężem w domu jednorodzinym. Pacjentka ma dwójkę dzieci 5 i 8 lat. Aktywna zawodowo.
- Ocena stanu psychicznego i reakcja chorego na chorobę: brak akceptacji, wymaga wsparcia i obserwacji.

W badaniu neurologicznym porażenie nerwu twarzowego prawego, dodatni odruch Babińskiego po stronie prawej oraz niedowład kończyn prawych – w skali Lovette’a kończyna prawa dolna i górna oceniona na 3 punkty.

Do oceny stanu pacjentki użyto następujących skal:

- skala Waterlow – oceniająca ryzyko wystąpienia odleżyn – 16pkt., co wskazywało na wysokie ryzyko powstania odleżyn,
- skala Barthel – oceniająca sprawność funkcjonalną – 25pkt., co wskazywało na ciężki stan pacjentki,
- skala Glasgow – oceniająca stan świadomości – 12pkt., co świadczyło umiarkowanym zaburzeniu świadomości
- skala Tinetti - oceniająca ryzyko upadków – 20pkt., co wskazało na średnie ryzyko upadku.

Przed przestąpieniem do leczenia trombolitycznego z uwagi na wysokie wartości ciśnienia tętniczego podano Ebrantil 12,5mg i.v oraz Captopril – 12,5mg s.l. Po obniżeniu ciśnienia tętniczego rozpoczęto podawanie aktylizy, zlecono: Actylise bolus – 7,29 mg; Actylise wlew 1h – 65,61 mg oraz Omeprazol – 40 mg w 100 ml 0,9% NaCl.

W trakcie podaży aktylizy parametry życiowe pacjentki stabilne, ciśnienie tętnicze utrzymujące się w przedziale 140–170/70–90 mmHg, tętno: dobrze napięte miarowe w granicach 78-98 ud/min, oddechy: 17-19/min., temperatura: 36,7⁰C. Aktyliza wchłonęła się bez powikłań, podczas leczenia nie wystąpiły żadne działania niepożądane. Po zakończeniu leczenia u pacjentki uzyskano poprawę stanu ogólnego.

Przez cały okres trwania leczenia trombolitycznego oceniano i dokumentowano parametry życiowe pacjentki (ciśnienie tętnicze, tętno, oddechy, saturację, temperaturę ciała),

kontrolowana drożność wkłuć i prawidłowość infuzji rt-PA. Zapewniała pacjentce poczucie bezpieczeństwa oraz oceniano na stan świadomości pacjentki,

Po zakończeniu leczenia trombolitycznego do leczenia włączono: Atrox – 40 mg p.o., Amlozek – 5 mg p.o., Tritace – 5 mg p.o.; Devikap p.o. oraz płynoterapię dożylną: Optilyte 500 ml. Po upływie 24 godzin i wykonaniu kontrolnej tomografii komputerowej włączono: ASA – 150 mg p.o. oraz Clexane – 0,4. s.c.

U pacjentki zaobserwowano poprawę stanu neurologicznego, która wyrażała się poprawą siły mięśniowej prawych kończyn.

Po zakończonej podaży Aktylizy utrzymano monitorowanie w trybie ciągłym (ciśnienie tętnicze, tętno, saturację, oddechy, temperaturę).

Dyskusja. W trakcie leczenia trombolitycznego rozpoznano główne problemy pielęgnacyjne na podstawie których opracowano indywidualny plan działania. Rozpoznane problemy wynikały z objawów chorobowych, prowadzonego leczenia jak również wieku pacjentki. Ból głowy jest częstą dolegliwością pojawiającą się pacjentów udarowych [4]. Dolegliwości bólowe, które pojawiły się u pacjentki spowodowane były wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego. W interwencji podjęto terapię farmakologiczną mającą na celu obniżenie ciśnienia tętniczego, w wyniku których uzyskano pożądane wyniki i zlikwidowano dolegliwości bólowe. Do głównych problemów występujących u pacjentów w trakcie leczenia trombolitycznego jest jego ryzyko powikłań w postaci krwawień oraz ryzyko powikłań ogólnoustrojowych [7,8]. Opisywana pacjentka w związku z podjętą terapią również była narażona na powikłania, dlatego konieczna była stała obserwacja oraz ciągłe monitorowanie parametrów życiowych w planowanych działaniach przez pielęgniarkę mających na celu minimalizację ryzyka. Kolejnym problemem, z którym zmagala się pacjentka był deficyt w samoopiece wynikający z niedowładu połowiczego prawostronnego. Niedowład połowiczy jest częstą konsekwencją występującego udaru niedokrwienego [4,5]. Podejmowane interwencje miały na celu zwiększenie aktywności i mobilizację pacjentki w czasie czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Bardzo ważną kwestią w opiece nad pacjentami z ograniczeniami w samoopiece stanowi ocena stopnia sprawności pacjentów [9-11]. U pacjentki dokonano oceny ryzyka wystąpienia odleżyn, w skali Waterlow pacjentka otrzymała 16 pkt., co wskazywało na wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn. W celu zmniejszenia ryzyka: monitorowano stan skóry, regularnie nawilżano skórę w czasie prowadzonych czynności pielęgnacyjnych, wykonywano toaletę miejsc intymnych przy każdej zmianie stosowanych wyrobów chłonnych, zmieniano często pozycję ułożeniową ciała w łóżku, oklepywano i masowano miejsca szczególnie narażonych

na ucisk, stosowano materac zmiennociśnieniowy oraz udogodnienia. U pacjentki odleżyny nie wystąpiły. U pacjentów leżących, w trakcie hospitalizacji istotny aspekt stanowi prowadzenie profilaktyki przeciw odleżynowej [9-11]. Pojawiający się niepokój i lęk związany z sytuacją zdrowotną stanowi kolejny problem w trakcie hospitalizacji. Zaburzony stan emocjonalny pojawił się również u pacjentki. Działania, które podejmowała pielęgniarka miały na celu zapewnienie bezpieczeństwa oraz poprawę samopoczucia. Ważne w kontakcie z pacjentką było okazywanie wsparcia emocjonalnego, kontakt z bliskim oraz psychologiem. Uzyskano poprawę stanu pacjentki. Zaleca się prowadzenie kontynuację działań oraz obserwację stanu emocjonalnego u pacjentki.

Obecne zaburzenia mowy pacjentki wymagały od pielęgniarki wypracowania alternatywnej formy komunikacji. Zaburzenia mowy często towarzyszą pacjentom po udarze [4,5,12]. Priorytetem w działaniach było zapewnienie odpowiednich warunków do wymiany informacji, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, głośne, wolne oraz wielokrotne powtarzanie przekazywanych informacji, akcentowanie istotnych informacji przez dotyk oraz porozumiewanie się za pomocą gestów: „mruknięcia powiekami”, „uśmiechem”. W związku z zastosowaną terapią zaburzenia mowy zmniejszały się. Działania wymagały konsytuacji, obserwacji i oceny oraz wzbogacania form komunikacji.

Powrót do zdrowia i sprawności pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu wymaga od pielęgniarki działania nie tylko w sferze pielęgniarskiej, ale również sferze biopsychospołecznej oraz dążenia do jak najszybszej aktywizacji. Podejmowane działania muszą być celowane i nakierowane na osiągnięcie maksymalnej sprawności psychicznej i fizycznej oraz zapewniające największy komfort dalszego prawidłowego funkcjonowania. Działania powinny być prowadzone w taki sposób, aby nie dopuścić do pojawienia się powikłań leczenia oraz pogłębienia procesu chorobowego.

Wnioski. Podejmowane działania w opiece nad pacjentem z udarem niedokrwiennym mózgu zakwalifikowanym do leczenia trombolitycznego wynikają z objawów występujących w tej jednostce chorobowej. Pielęgniarka biorąca udział w leczeniu musi być przygotowana merytorycznie, powinna mieć wiedzę na temat przebiegu leczenia i powikłań, do których może doprowadzić podawanie leku, powinna również odpowiednio diagnozować problemy pielęgnacyjne pacjenta podczas leczenia. Leczenie trombolityczne jest ogromną szansą na odzyskanie pełnej sprawności pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu.

Piśmiennictwo:

1. Kaczorowski R., Murjas B., Bartosik-Psujek H. Rozwój i nowe perspektywy leczenia udaru mózgu w Polsce. *Medical Review* 2015; 13 (4): 376–386.
2. Raciborski F., Gujski M. Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Instytut Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa 2016 [online]. Dostępny w Internecie: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_udary-m%C3%B3zgu.pdf [dostęp 10.04.2024].
3. Kozera G., Nyka W., Siebert J. Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011. Tom 5, nr 2, 147-155.
4. Członkowska A., Czerenuszenko A. Organizacja leczenia udaru mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2019. Suplement A. Tom 15. 5-28.
5. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G. Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2016. Tom 10 nr 3, 119-128.
6. Fudala M., Broła W. Leczenie interwencyjne udarów mózgu – aktualne metody postępowania. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 10/2017 43-48.
7. Sobolewski P., Wojczal J. Leczenie trombolityczne ostrego udaru niedokrwiennego mózgu-od teorii do praktyki. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013.
8. Błażejewska-Hyżorek B., Czerenuszenko A. Postępowanie w ostrej fazie udaru mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny. Via Medica* 2019. Suplement A. Tom 15, 29-92.
9. Słodownik D, Skrzypek-Czerko M, Roszmann A, i wsp. Proces pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – studium indywidualnego przypadku. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012; 1: 76–82.
10. Kołtuniuk A, Staworowska M, Rosińczuk J. Proces pielęgnowania pacjenta po przebytych udarach krwotocznym. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2016, 5(3): 88–93.
11. Rosińczuk J., Uchmanowicz I. *Odleżyny – profilaktyka i leczenie*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
12. Koc-Kozłowiec B., Komunikowanie się chorych z afazją po udarze mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny. Via Medica* 2005, tom 7, nr 2, 66–70.

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem geriatrycznym z zespołem depresyjnym

Jerzy Twardak, Krzysztof Galiński, Iwona Klisowska, Iwona Twardak

Wstęp. Depresja to powszechna choroba, dotykająca około 350 milionów osób na całym świecie, w tym około 10% Polaków. Charakteryzuje się ona przewlekłym i nawracającym przebiegiem. Szacuje się, że ryzyko wystąpienia epizodu depresyjnego w trakcie życia wynosi od 8 do 12% [1]. Światowa Organizacja Zdrowia donosi, że zapadalność na depresję rośnie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych i może stanowić jedno z głównych źródeł niepełnosprawności. Osoby starsze są szczególnie narażone na rozwój depresji. W tej grupie wiekowej, stany depresyjne zajmują drugie miejsce pod względem częstości występowania, zaraz po zaburzeniach otępiennych mózgu, dotykając prawie 20% populacji [2]. Jednym z powodów tego zjawiska jest brak rutynowych badań przesiewowych, co utrudnia trafną diagnozę i wczesne leczenie. Dodatkowo, współwystępowanie innych chorób somatycznych lub otępiennych mózgu utrudnia rozpoznanie depresji. Trudność stanowi też nazewnictwo ponieważ stan taki nazywany jest przez niektórych autorów jako mała depresja, dystymia, nerwica depresyjna czy też depresja niepełnoobjawowa [3,4]. Proces starzenia się społeczeństwa oraz wydłużanie się średniej długości życia są kluczowymi czynnikami wzrostu zachorowań na depresję. Prognozuje się, że do roku 2060 liczba osób powyżej 65 roku życia w Polsce znacząco wzrośnie (do 10,07 mln, podczas gdy w 2022 roku wynosiła 7,35 mln) [5]. Depresja w starszym wieku ma złożone uwarunkowania, w tym czynniki somatogenne, endogenne i psychogenne. Nie bez znaczenia jest działanie niektórych leków na zaburzenia nastroju, w tym steroidów, leków przeciwcukrzycowych, nadciśnieniowych, oraz niedobory witamin. Duży wpływ na rozwój depresji mają również cechy osobowościowe, utrata partnera życiowego, samotność, poczucie nieprzydatności po przejściu na emeryturę, oraz zmiana pozycji zawodowej i społecznej [1, 2, 6-8].

W populacji ogólnej, kobiety i osoby nadużywające alkoholu są bardziej narażone na depresję. Depresja geriatryczna prowadzi do obniżenia jakości życia, zwiększonego ryzyka śmierci oraz może pogłębiać istniejące choroby somatyczne. W tym okresie wzrasta śmiertelność spowodowana samobójstwem, głównie wśród mężczyzn. W ogólnej populacji stosunek prób samobójczych do dokonanych samobójstw wynosi w przybliżeniu 200:1, natomiast u osób starszych około 33:1. Wzrost liczby samobójstw szczególnie zauważalny jest wśród osób o średnim i niskim statusie materialnym, co potwierdzają badania [9,10].

Wsparcie ze strony rodziny jest kluczowe dla poprawy samopoczucia osób starszych. Wraz z wiekiem, perspektywa pogorszenia się zdrowia psychicznego i fizycznego może się nasilać. Depresja, będąc chorobą przewlekłą, może prowadzić do nawrotów i pogorszenia się jakości życia. Wysoka nawrotowość dotyczy szczególnie osób starszych, gdzie ponad 65 przypadków na 1000 pacjentów doświadcza nawrotów [11]. Ponad połowa osób, u których wystąpił jeden epizod, jest narażona na nawrót choroby, a przebycie dwóch epizodów powoduje wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia kolejnego o 80%. U jednej piątej chorych epizod depresji może trwać powyżej 2 lat. Prawie 50% chorych hospitalizowanych będzie narażona na powrót objawów w przeciągu 2 lat po wypisie z placówki szpitalnej. Ok. 1/5 chorych przechodzi dwie fazy depresyjne w życiu, a 3/5 - trzy albo więcej. Kolejne zachorowania wiążą się z gorszą prognozą, często ze zmniejszoną reakcją na leczenie farmakologiczne.

Wspieranie osób starszych poprzez rozwijanie zainteresowań i podtrzymywanie relacji społecznych może przyczynić się do poprawy ich samopoczucia. W obliczu zmian demograficznych, coraz większe znaczenie ma również wsparcie ze strony społeczności i instytucji. Działania te mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka depresji i poprawy jakości życia osób starszych. Konsekwencje depresji geriatrycznej to przede wszystkim cierpienie na poziomie emocjonalnym i fizycznym, obniżona jakość życia, zwiększone ryzyko śmierci oraz możliwość pogorszenia istniejących chorób lub wywołania innych [12].

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta depresyjnego w wieku podeszłym oraz zasad komunikacji z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Metody i techniki badawcze. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania wg modelu Hildegardy Peplau. Autorka tego modelu jest jedną z prekursorów, które zainicjowały idee pielęgniarstwa psychiatrycznego. Model relacji międzyludzki Peplau zwraca szczególną uwagę na wpływ kontaktu terapeutycznego pielęgniarki i pacjenta. W kontaktach z pacjentem pielęgniarka musi być świadoma pełnionych funkcji w procesie opieki nad pacjentem. Będąc zorientowana na swoją wiedzę, kompetencje, przygotowanie zawodowe, umiejętności i zdania, wciela się w rolę: obcego, edukatora, eksperta, doradcy, lidera, pełnomocnika. W pracy zastosowano techniki badawcze takie jak: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz standaryzowane kwestionariusze: Geriatryczną Skalę Depresji i Skalę Depresji Becka. Szpitalną Skalę Lęku – HADS-A.

Opis przypadku. Pacjentka lat 67, przywieziona przez Zespół Ratownictwa Medycznego i przyjęta na oddział do Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu

z powodu obniżonego nastroju, uporczywych zaburzeń urojeniowych oraz samobójczych, zaprzestania spożywania posiłków. Chora nie wyraziła zgody na leczenie (przyjęta bez zgody na oddział na mocy art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535). Z tego samego powodu hospitalizowana wcześniej dwa razy: w 1998r. oraz w 2006r. Wykształcenie zawodowe- szwaczka, obecnie na emeryturze. Drugi raz zamężna, matka dwóch synów. W rodzinie choroby na tle psychicznym nie pojawiały się wcześniej. Z ostatnim mężem w separacji. Ogólne relacje z rodziną (rodzeństwem) bardzo złe, z uwagi na trwający proces sądowy w spadku po rodzicach. Chora mieszka w domu jednorodzinnym z synem na wsi. Przewlekłe leczona psychiatrycznie od 1999r., pod comiesięcznym nadzorem lekarza psychiatry w gabinecie prywatnym. Doszło do zaostrzenia objawów depresji po samowolnym odstawieniu leków p/depresyjnych. Przed odstawieniem leczenia chora była płaczliwa, leżała cały czas w łóżku, nie wychodziła z domu, każda czynność sprawiała trudność, chciała umrzeć. Na oddziale założono pacjentce wkłucie obwodowe oraz pobrano krew w celu wykonania morfologii, elektrolitów, glukozy kreatyniny, lipidogramu, mocznika, kwasu moczowego. W pierwszej dobie podłączono 500 ml PWE i 500ml NaCl 0,9% dożylnie, z powodu grożącego odwodnienia. Zastosowano leczenie Haloperidolem 12mg/d i.v.. Choroba zasadnicza: zespół depresyjny. Choroby współistniejące: otyłość II st., dna moczanowa, proces zwyrodnieniowy stawów. W dniu prowadzenia obserwacji: utrudniony kontakt logiczno-słowny, niezorientowana autopsychicznie i allopsychicznie, z trudnością odpowiada na pytania, z trudnością spełnia proste polecenia.

Interpretacja zastosowanych u pacjentki skal. W Geriatrycznej Skali Depresji pacjentka uzyskała 27 na 30 możliwych punktów. Wynik wskazuje na umiarkowanie ciężką depresję. Natomiast analiza zastosowanej pełnej skali Becka ujawniła występowanie u chorej ciężkiej depresji, ponieważ pacjentka uzyskała 37/63 punkty. Zastosowanie podtypu A, Szpitalnej Skali Lęku i Depresji otrzymano 18/21 punktów co przekłada się na stwierdzenie obecności lęku patologicznego.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko popełnienia samobójstwa spowodowane myślami o śmierci oraz brakiem zrozumienia i wsparcia ze strony rodziny.

Cel opieki: Zlikwidowanie ryzyka popełnienia samobójstwa oraz zmiana treści myślenia.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena stanu psychicznego pacjentki.

- Zapewnienie ogólnego bezpieczeństwa oraz spokoju pacjentce (stała obserwacja, usunięcie niebezpiecznych przedmiotów, zmniejszenie liczby bodźców).
- Częsta rozmowa - zachowania terapeutyczne, aktywne słuchanie (łagodnym i spokojnym głosem), zachęcanie do uzewnętrzniania przeżyć, zgłaszanie pojawienia się myśli o śmierci, przedstawienie możliwości radzenia sobie z myślami o śmierci poprzez odwrócenie uwagi, odzwierciedlenie następstw samobójstwa.
- Rozmowa z odwiedzającą rodziną, nauczanie rozpoznawania symptomów niewerbalnych depresji, obecnie nakłonienie na próbę poprawy relacji z pacjentką oraz poprawę więzi
- Zgłaszanie występowania przez pacjentkę myśli o śmierci, co pozwoli wdrożyć postępowanie terapeutyczne przez personel pielęgniarski.
- Przeciwdziałanie pojawianiu się myśli o śmierci.
- Zapewnienie wsparcia psychicznego pacjentce.
- Edukacja pacjentki w zakresie pomocy specjalistycznej i niespecjalistycznej po wpisaniu ze szpitala.
- Przewidywanie możliwości zwrócenia się i zakresu pomocy po wyjściu ze szpitala w najbliższych gabinetach psychologicznych i psychiatrycznych oraz dziennych ośrodkach terapii zajęciowej.
- Podawanie leków na zlecenie lekarskie

Ocena podjętych działań: Po kilkunastu dniach nastrój pacjentki poprawił się, pacjentka nie myśli o śmierci. Relację z rodziną poprawiły się. Zapewniła, że po wyjściu ze szpitala będzie regularnie korzystała z pomocy specjalistów: psychologa i psychiatry.

Diagnoza pielęgniarska: Izolacja społeczna spowodowana poczuciem odrzucenia oraz niechęcią do kontaktów z innymi osobami.

Cel opieki: Pomoc w zlikwidowaniu izolacji między innymi ludźmi. Rozwijanie nawiązywania i podtrzymywania kontaktów międzyludzkich Zachęcanie do uczestnictwa z zajęciach terapii zajęciowej.

Działania pielęgniarskie:

- Częste rozmowy z pacjentką, bądź obecność personelu.
- Sukcesywne nakłanianie do zajęć grupowych oraz do nawiązywania relacji z innymi.
- Akceptowanie decyzji pacjentki.
- Wzmacnianie pozytywnych działań pacjentki.

- Wy tłumaczenie pacjentowi i rodzinie ważności uczestniczenia w życiu rodzinnym oraz społecznym, po powrocie do domu- nie odbieranie obowiązku domowych pacjentce oraz nie wyręczanie bez potrzeby w porządkach.
- Podawanie leków na zlecenie lekarskie

Ocena podjętych działań: Pacjentka chętnie nawiązuje i podtrzymuje kontakt z personelem i innymi pacjentami. Niechętnie bierze udział w zajęciach grupowych. Ten problem wymaga dalszej pracy z pacjentką.

Diagnoza pielęgniarska: Wszechobejmujący żal i smutek spowodowany ciągłymi, negatywnymi wspomnieniami z przeszłości.

Cel opieki: Pomoc pacjentce z radzeniem sobie z negatywnymi emocjami z przeszłości. Poprawa nastroju pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Często rozmowa z pacjentką w celu ujawniania przeżyć.
- Ukierunkowywanie rozmów, dzięki którym pacjentka nie będzie rozpamiętywać negatywne emocje.
- Ukazywanie pacjentce pozytywnych aspektów życia, wzmacnianie pozytywnych emocji.
- Zachęcenie rodziny do częstego odwiedzania pacjentki, oraz wspierania pacjentki po wyjściu ze szpitala.

Ocena podjętych działań: Pacjentka spokojniejsza, nie rozpamiętuje negatywny przeżyć. Ma pozytywne nastawienie do teraźniejszości i przyszłości. Syn często wspierała pacjentkę.

Diagnoza pielęgniarska: Niska samoocena spowodowana brakiem wiary we własne siły.

Cel opieki: Zachęcanie do wypowiadania odczuwanych emocji oraz myśli związanych z negatywną samooceną. Pomoc w budowaniu pozytywnej samooceny

Działania pielęgniarskie:

- Często kontakty, okazanie zrozumienia i wsparcia, poświęcenie czasu pacjentce.
- Akceptować negatywny samokrytycyzm i jednocześnie wspólnie analizować przeżycia i zachowania pacjentki wynikające z tej samooceny.
- Wsparcie pacjentki w znalezieniu wielu pozytywnych cech. Nakłanianie do skupiania się wyłącznie na pozytywnych cechach oraz powtarzanie ich.
- Motywowanie do wstawania z łóżka oraz spacerów na korytarz albo na zewnątrz szpitala z rodziną lub terapeutą.
- Zachęcanie do udziału w zajęciach terapii zajęciowej, warsztatach asertywności.

- Przedstawienie rodzinie problemu i zachęcenie do wspierania w pozytywnym wzmocnieniu pacjentki, zwracania uwagi na jej pozytywną postawę oraz wzmocnienie jej.

Ocena podjętych działań: Pacjentka nie postrzega siebie w negatywny sposób. Chętniej podejmuje różne aktywności.

Diagnoza pielęgniarska: Zaburzenia snu nocnego wynikające z obniżonego nastroju oraz lęku w wyniku procesu chorobowego

Cel opieki: Poprawa higieny snu pacjentki. Dążenie do znormalizowania snu chorej.

Działania pielęgniarskie:

- Obserwacja przebiegu snu pacjentki.
- Przedstawienie prawidłowych zasad higieny snu i namawiać do wdrożenia.
- Zachęcać do niezасыpania w ciągu dnia.
- Zapewnienie spokoju pacjentce w nocy.
- Aktywizowanie w miarę możliwości przy prześcieleniu łóżka przed snem.
- Pomoc w razie konieczności ze skorzystania z toalety przed snem.
- Sygnalizowanie o niespożywaniu posiłków oraz dużej ilości płynów 3 godzin przed spaniem.
- Wprowadzenie przed spaniem metod ćwiczeń relaksacyjnych, słuchanie spokojnej muzyki, ciepła kąpiel oraz gorące napoje w niewielkiej ilości.
- Podać leki przed snem na zlecenie lekarskie.

Ocena podjętych działań: Pacjentka przesypia całą noc bez przebudzania. Nastrój pacjentki poprawił się.

Diagnoza pielęgniarska: Zaburzenia odżywiania spowodowane brakiem apetytu oraz nasileniem objawów depresyjnych.

Cel opieki: Przywrócenie apetytu. Zlikwidowanie występowania zaburzeń odżywiania.

Działania pielęgniarskie:

- Zaplanowanie zbilansowanej diety z odpowiednim zapotrzebowaniem kalorycznym chorej.
- Pomoc w utrzymaniu prawidłowego apetytu
- Utrzymanie zbilansowanej diety oraz uzupełnienie niedoborów pokarmowych
- Wprowadzenie posiłków bogatych w błonnik (warzywa i owoce).
- Zachęcanie rodziny do przynoszenia pacjentce zdrowej żywności.

- Edukacja pacjentki i rodziny w temacie wartości prawidłowego odżywiania w utrzymaniu zdrowia.
- Prowadzenie bilansu kalorycznego spożywczego pokarmu przez pacjentkę.
- Monitorowanie masy ciała oraz liczby wypróżnień.
- Obserwacja pacjentki podczas posiłku, zalecenie o pozostaniu w pozycji siedzącej godzinę po posiłku.

Ocena podjętych działań: Apetyt pacjentki poprawił się, odżywia się prawidłowo.

Diagnoza pielęgniarska: Zaburzenia myślenia i procesów poznawczych z powodu nasilonego lęku.

Cel opieki: Zlikwidowanie lub zminimalizowanie występowania zaburzeń myślenia i procesów poznawczych.

Działania pielęgniarskie:

- Uwrażliwienie pacjentki na rozpoznawanie i komunikowanie wystąpienia toku myślenia oraz urojeń personelowi medycznemu.
- Pomoc pacjentce w odtwarzaniu prawidłowego spostrzegania rzeczywistości.
- Wspieranie pacjentki w codziennych czynnościach według jej możliwości.
- Monitorowanie aktywności psychicznej pacjentki. Pomoc we wczesnym stadium zaburzeń może przeciwdziałać agresywnej reakcji pacjentki na otoczenie.
- Ograniczenie ilości i nasilenia bodźców zewnętrznych, poprzez np. zachowanie ciszy, zmniejszenie odwiedzających osób obcych dla pacjentki.
- Obecność w sytuacjach występowania myśli urojeniowych, mówić w sposób spokojny, komunikować się jasno i krótko. Nie należy przedłużać rozmowy z powodu zmniejszenia prawidłowego spostrzegania.
- Proponowanie pacjentce opisywanie i wspólne omawianie pojawiających się myśli psychotycznych, lęków. Poczucie zrozumienia bez negatywnych ocen, bez przesadnego wypytywania dla nie zawsze racjonalnych odpowiedzi, to zwiększa wrażenie bezpieczeństwa pacjentce. Jest to bardzo ważne w przypadku w którym chora nie ma wyglądu w swoją chorobę.
- Ukazanie sposobów radzenia sobie z uczuciami lękowymi.
- Nie wypytywanie nadmierne o przeżycia psychotyczne, może powodować ich wzmocnienie.
- Stosowanie technik werbalnego okazywania wątpliwości z uwiarygodnieniem rzeczywistości.

- Powstrzymywanie myśli urojeniowych poprzez zwracanie na rzeczywiste otoczenie np. udział w zajęciach terapeutycznych oraz rozmowy o wydarzenia mających obecnie miejsce.
- Zachęcanie rodziny i pacjentki do podejmowania wspólnych działań w zajęciach psychoedukacyjnych.
- Nakłanianie pacjentki do stosowania farmakoterapii w celu szybkiego wyzdrowienia. Podawanie leków wg. zleceń lekarskich.

Ocena podjętych działań: Epizody napadów lękowych, urojeń występują sporadycznie. Pacjentka rozumie istotę leczenia farmakologicznego oraz ma wgląd w swoją chorobę.

Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia chorób układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna, niewydolność serca) spowodowana otyłością pacjentki.

Cel opieki: Zlikwidowanie ryzyka wstąpienia chorób układu krążenia

Działania pielęgniarskie:

- Przedstawienie pacjentce i rodzinie istoty normalizacji masy ciała i wpływ diety oraz aktywności fizycznej na zdrowie.
- Próba zmniejszenia masy ciała poprzez ograniczenie wartości energetycznej pokarmów o 600 kalorii. Podawanie posiłków o zmniejszonej ilości tłuszczu. Podaż pokarmu w mniejszych porcjach ale ze zwiększoną częstotliwością.
- Polecenie o nie podjadaniu się w nocy.
- Zachęcenie do spacerów np. do 30 min dziennie.
- Umacnianie zachowań potrzebnych do osiągnięcia i utrzymania zmniejszonej wagi.
- Cotygodniowe pomiary masy ciała.
- Zachęcenie rodziny do wspierania pacjentki w diecie oraz utrzymania aktywności, polecenie o kupowanie zdrowej żywności ubogiej w tłuszcze i cukry proste (np. warzywa i owoce) oraz kontrolę nad kontynuacją diety po powrocie ze szpitala.

Ocena podjętych działań: W momencie, w którym stan psychiczny pacjentki poprawił się zaczęła stosować się zaleceń pielęgniarskich. Syn zgodził się na kontynuację leczenia dietetycznego. Waga pacjentki w dalszym ciągu spada ok. 0,5kg/tydzień. Ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych zostało zmniejszone.

Dyskusja. Depresja to choroba ogólnoustrojowa, wpływająca na każdy układ ciała i mogąca prowadzić do rozwoju chorób somatycznych oraz przewlekłego obniżenia nastroju. U osób starszych głównymi bodźcami wywołującymi depresję jest otoczenie, co wiąże się ze zmianami osobowościowymi procesu starzenia [13]. Rozpoznanie przyczyn depresji jest trudne ze

względu na podobieństwo objawów, które mogą mieć różne przyczyny i stanowić efekt interakcji wielu bodźców. Według Kedlera istnieją trzy główne ścieżki prowadzące do zaburzeń depresyjnych: zaburzenia struktur osobowości, biologiczne dysfunkcje emocjonalne oraz podatność genetyczna [14]. Najprawdopodobniej wszystkie „ścieżki” Kedlera wpłynęły na pojawienie się pierwszych zaburzeń depresyjnych u pacjentki.

Pacjentka cierpiała na myśli samobójcze wynikające z poczucia beznadziejności i braku zrozumienia, które były skutkiem narastających konfliktów z rodzeństwem. Myśli samobójcze często wiążą się z obniżeniem nastroju, brakiem akceptacji, niską samooceną, poczuciem winy oraz zaburzeniami snu [15]. U pacjentki te problemy zaczęły się w wieku 45 lat, co jest zgodne z badaniami wskazującymi, że depresja często pojawia się około 40 roku życia, przy czym największe nasilenie zjawiska występuje w wieku podeszłym (65-80 lat). Dane szacunkowe podają, że nieodpowiednie leczenie oraz nieprawidłowe rozpoznanie bywa powodem pośrednio wpływającym na popełnienie samobójstwa [9,10]. Przewlekłe czynniki stresowe oraz poczucie odrzucenia mogą powodować izolację społeczną. Sytuacje stresowe w młodym wieku mogą również w przyszłości być przyczyną zaburzeń depresyjnych. Pacjentka ma za sobą dwa nieudane małżeństwa. Dodatkowo jest w trudnych relacjach z rodzeństwem. Możliwe jest, że wcześniejsze incydenty depresji miały miejsce w młodszym wieku, na przykład po rozwodzie w wieku 22 lat. Takie czynniki socjospołeczne zwiększają ryzyko wystąpienia epizodu depresji [16-18].

Badania wykazały związek między jakością życia a nastrojem psychicznym u osób starszych. Zależność ta wynikała z liczby punktów w Geriatrycznej Skali Depresji, im wyższa ich liczba, tym poczucie jakości życia niższe [19]. W badaniach pacjentki uzyskano 27 na 30 punktów w Geriatrycznej Skali Depresji, co wskazuje na ciężką depresję i niską jakość życia. W skali Becka uzyskała 37 na 63 punktów, co oznacza umiarkowaną depresję. Depresji często towarzyszą zaburzenia poznawcze, które są rzadko rozpoznawane i leczone. Mogą występować u 94% pacjentów w fazie ostrej i u 44% w remisji. Kolejne epizody depresyjne mogą pogłębiać deficyty w zakresie uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych oraz napędu psychomotorycznego. Wraz z wiekiem wzrastają procesy degradacyjne mózgu, co może prowadzić do pierwotnych i wtórnych depresji [20]. Osoby z zaburzeniami nastroju częściej kierują wzrok na obrazy o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym, co wymaga całościowej terapii pomagającej wyrażać pozytywne emocje [11-13].

Bezsenność, dotykająca 90% pacjentów, jest jednym z najczęstszych zaburzeń snu zgłaszanych lekarzom, zwłaszcza przez osoby starsze, kobiety i osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Badania wykazały, że u ponad 51% osób cierpiących na zaburzenia snu występują również zaburzenia depresyjne. Zazwyczaj bezsenność objawia się w czasie wystąpienia epizodu depresyjnego, tak jak w przypadku chorej. Wystąpić może również w czasie remisji oraz wyprzedzać pojawienie się pierwszych objawów depresji. Samo wystąpienie bezsenności często może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji [23,25].

W wieku podeszłym zmieniają się wchłanianie i eliminacja leków, co czyni leczenie depresji nieprzewidywalnym i wymagającym szczególnej ostrożności [25]. Skuteczność leczenia depresji nie jest pełna; w 70% przypadków nie dochodzi do całkowitej remisji, a w 40% brak jest wystarczającej odpowiedzi. Kontynuowanie leczenia zmniejsza ryzyko kolejnych epizodów depresyjnych do 70%. Jedną z przyczyn zaniechania leczenia jest strach przed uzależnieniem bądź brak natychmiastowych efektów. O modyfikacji dawki lub jego odstawieniu nie może samodzielnie decydować pacjent. Leki nowej generacji, takie jak escitalopram, mirtazapina, sertralina i wenlafaksyna, stosowane są w leczeniu lekkich i umiarkowanych objawów depresji, natomiast w ciężkich przypadkach stosuje się trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i leki przeciwpsychotyczne [25,26].

Psychoterapia odgrywa ważną rolę w leczeniu depresji u osób starszych, stanowiąc uzupełnienie leczenia farmakologicznego. Obejmuje terapię poznawczo-behawioralną, terapię skoncentrowaną na problemie, terapię interpersonalną, adaptacyjną oraz terapię rodzin. Kluczowa jest prawidłowa komunikacja z pacjentem, która wzmacnia zasoby psychiczne i skuteczność współpracy. W relacjach terapeutycznych ważne są zaufanie, szacunek, empatia i autentyczność pielęgniarki, co poprawia komunikację i jakość opieki [27]. Opieka nad osobą z depresją w wieku podeszłym wymaga od pielęgniarki oceny potrzeb, problemów i stanu fizycznego pacjenta. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w rozpoznawaniu zaburzeń układu nerwowego, ocenie symptomów, koordynowaniu planu leczenia oraz monitorowaniu stanu pacjenta. Wykorzystuje narzędzia oceny stanu pacjenta, takie jak Geriatryczna Skala Depresji i skala Becka, oraz współpracuje z zespołem medycznym. Dzięki odpowiedniej opiece możliwy jest częściowy lub całkowity powrót do zdrowia pacjentki, chociaż niektóre procesy związane ze starzeniem są nieodwracalne, dlatego pacjentka wymaga ciągłej opieki i monitorowania stanu zdrowia.

Depresja u osób starszych jest złożonym problemem zdrowotnym wymagającym wieloaspektowego podejścia. Oprócz leczenia farmakologicznego i psychoterapii, kluczowa jest rola pielęgniarki, która monitoruje stan pacjenta, ocenia jego potrzeby i problemy oraz koordynuje plan leczenia. Dzięki odpowiedniemu wsparciu, możliwa jest poprawa jakości

życia pacjentów z depresją, chociaż niektóre zmiany związane ze starzeniem się są nieodwracalne. Ważne jest, aby pielęgniarki były odpowiednio przeszkolone i świadome specyficznych potrzeb osób starszych z depresją, co pozwoli na lepsze zarządzanie ich stanem zdrowia i poprawę jakości życia [7].

Wnioski.

- Głównymi problemami u pacjentki były myśli o samobójcze, izolacja społeczna, żal, smutek, niska samoocena i brak wiary we własne siły. Dodatkowo miała problemy ze snem, odżywianiem, spowolnieniem procesów poznawczych i lękiem.
- Działania pielęgniarskie dotyczyły oceny stanu psychicznego/fizycznego, podejmowania działań w celu ratowania życia i zdrowia oraz przeciwdziałaniu pogłębiania się depresji.
- Komunikacja z pacjentem depresyjnym wymaga od personelu otwartości, zrozumienia i akceptacji. Budowanie zaufania zwiększa efektywność komunikowania się.
- Różnica w depresji u osób w podeszłym wieku wynika z współistnienia wielu innych chorób somatycznych.

Piśmiennictwo::

1. Kisiela E., Kłoszewska I., Sobków T.: Czynniki prognostyczne nawrotu depresji u pacjentów w wieku podeszłym. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(3): 123-134.
2. Staniec-Kutera M., Waszkiewicz N. Depression in the elderly—the position of vortioxetine. *Psychiatria Spersonalizowana*, 2023; 2(4): 91-104.
DOI: doi.org/10.5114/psychs.2023.135565
3. Babiarczyk B., Schlegel-Zawadzka M., Turbiarz, A.: Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013;19(4): 453-457
4. Taylor W. D.: Depression in the elderly. *New England journal of medicine*, 2014; 371(13): 1228-1236.
DOI: 10.1056/NEJMcp1402180
5. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności na lata 2023–2060. Warszawa 2023, dostęp internetowy /stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognozaludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2023-2060,11, 1.html
6. Kałucka, S.: Cechy depresji w wieku podeszłym etiologia, rozpoznawanie i leczenie.[Characteristics of depression in the elderly-etiology, diagnosis and treatment]. *Geriatrya* 2014; 8: 240-247.
7. Zou C., Yu Q., Wang C., Ding M., Chen L.: Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2023; 320: 133-139. DOI: doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.118

8. Chen J., Chen X., Mao R., Fu Y., Che, Q., Zhang C., Zheng K.: Hypertension, sleep quality, depression, and cognitive function in elderly: A cross-sectional study. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2023;15: 01-09. DOI: doi.org/10.3389/fnagi.2023.1051298
9. Rasnayake S., & Navratil P.: Warning Signs of Elderly Suicide and Factors Affecting Professional Help-Seeking: Case of Sri Lanka. *Journal of Population & Social Studies*, 2023; 31: 01-19. DOI: doi.org/10.25133/JPSSv312023.001
10. Yadav P., Panday A., Uddin R. M., Mantena M., Firdous F., Pokharel B., Kinha M.: Depression and Suicide Attempt during Dementia, and their Clinical Correlation in Elderly Indian Population from LASI Wave I (2017-2018). *Journal of University College of Medicine and Dentistry*, 2023; 2(2): 37-42. DOI 10.51846/jucmd.v2i2.2256
11. Kołodziej A., Brzezicka A.: Jak depresja zmienia sposób patrzenia- przegląd badań dotyczących zmian we wskaźnikach okulograficznych u osób cierpiących na zaburzenia depresyjne. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2015; 10, 1: 11-18
12. Özer N., & Tanriverdi D.: Determining depression, abuse, and neglect in elderly individuals. *Psychogeriatrics*, 2023; 23(4): 690-700. DOI: doi.org/10.1111/psyg.12979
13. Zhan Y., Kuang J., Xi Z., Fang J., Son, R., Yang Y., Wang J.: Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2023;110:104980. DOI:doi.org/10.1016/j.archger.2023.104980
14. Paiva T. C., Soares L., & Faria A. L.: Depression in Elderly People. *Encyclopedia*, 2023; 3(2): 677-686
15. Klimaszewska K.(i wsp.): Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007, 88(4): 408-416.
16. Kępiński A.: *Poznanie chorego*. Wyd. Literackie, Warszawa 2013.
17. Cieślak A., Słopiecka A.: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z depresją. *Studia Medyczne, Kielce* 2012, Tom 28, 4: 77-82.
18. Rybakowski J, Rajewska-Rager A. Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2008; 3(3-4): 147-152.
19. Ślusarz R. (i wsp.): Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na występowanie zaburzeń depresyjnych wśród kobiet. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1): 21-26.
20. Orzechowska A., Galecki P., Pietrasa T.: *Nawracające zaburzenia depresyjne - etiologia, diagnoza i terapia*. Wydaw. Continuo, Wrocław 2017.
21. Humańska M., Kędziora-Kornatowska K.: Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczucie jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatrics Polska* 2009; 6(1): 15-22.
22. Iliffe S., Manthorpe J.,(tłum.) Andruszko J.: *Depresja wieku podeszłego*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
23. Wojtas A., Ciszewski S.: Epidemiologia bezsenności. *Psychiatria*. 2011; 8, 3:79-83.
24. Lee S., Oh J. W., Park K. M., Lee S., Lee E. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *NPJ digital medicine*, 2023; 6(1), 52: 1-11 doi.org/10.1038/s41746-023-00800-3.
25. Osińska M., Kazberuk, A., Celińska-Janowicz, K., Zadykowicz, R., Rysiak, E. Depression—civilization disease of the 21st century. *Geriatrics*, 2017;11:123-129.

26. Jarema M, Dudek D, Czernikiewicz A. Dysfunkcje poznawcze w depresji – niedoszacowany objaw czy nowy wymiar?. *Psychiatria Polska*. 2014;48(6):1105-1116. doi:10.12740/PP/31215.
27. Biegański P., Tudorowska M. Wybrane aspekty komunikacji terapeutycznej w kontekście kontaktu z pacjentem chorym psychicznie. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016; 6(9): 442-450. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.153864>

Zakażenia miejsca operowanego – wiedza i praktyka personelu medycznego

Mariola Mendrycka, Bożena Styk, Emilia Bernat, Agnieszka Woźniak-Kosek

Wstęp. Zakażenie miejsca operowanego (ZMO) to jedno z najczęściej występujących zakażeń szpitalnych [1]. Częstotliwość jego występowania według ostatnich danych szacuje się na 2-11% wszystkich zabiegów operacyjnych. Zwiększają one koszty leczenia, podnoszą wskaźniki śmiertelności, wydłużają czas hospitalizacji oraz są przyczyną powstawania blizn, stanowiących zawsze problem dla pacjentów, szczególnie dla kobiet [2].

Zakażenie miejsca operowanego zawsze jest związane z interwencją chirurgiczną i naruszeniem ciągłości tkanek. Dotyczy pacjentów na całym świecie, chociaż badania CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) wskazują, że występuje znacznie częściej w krajach o słabiej rozwiniętym systemie lecznictwa szpitalnego, a zatem mniej zamożnych [3,4]. Na tych obszarach mamy do czynienia z niedofinansowaniem służby zdrowia, niedoskonałością procedur medycznych czy brakiem wykwalifikowanego i świadomego zagrożenia personelu. Czynniki te wpływają na zwiększenie ryzyka wystąpienia ZMO [5].

W Europie i Stanach Zjednoczonych ZMO stanowią drugi najczęściej występujący typ zakażeń, związanych z udzielaną pacjentom opieką. W Polsce szacunkowo dotyczą one 17% wszystkich zakażeń szpitalnych [6]. Zajmują też drugie miejsce pod względem częstości występowania po zakażeniach układu moczowego. Według zaś danych Polskiej Grupy Sepsy w latach 2015-2016 główną przyczyną sepsy występującej w szpitalach w Polsce stanowiły właśnie ZMO [7].

Prowadzeniem i rozwojem systemu nadzoru i statystyk zakażeń miejsca operowanego zajmuje się Europejskie Centrum Kontroli Chorób oraz Prewencji - ECDC (*European Center for Disease Control and Prevention*). Natomiast HAI-Net SSI pozwala usystematyzować klasyfikację i kryteria rejestracji zakażeń szpitalnych, wyczerpujących wytyczne dla zakażeń miejsca operowanego [1,8,9]. Jednostki medyczne, biorące udział w programie, deklarują jednolity sposób rejestracji i raportowania przypadków ZMO, co pozwala na rzetelne zbieranie danych na ten temat na obszarze całej Europy [9].

Dokonujący się postęp medycyny, w tym dostęp do coraz nowocześniejszych technologii, jak również zwiększenie kwalifikacji personelu medycznego powodują wzrost liczby wykonywanych procedur chirurgicznych. Niezmiernie trudno zatem zapobiec przed zdarzeniami niepożądanymi, do których należy zakażenie miejsca operowanego. Dlatego też,

mając na uwadze skutki zdrowotne pacjentów, jak i koszty leczenia powikłań, na całym świecie prowadzone są badania analizy przyczyn zakażenia, rodzaju bakterii i źródeł zakażenia, a także poszukiwanie metod, które pozwoliłyby na zmniejszenie liczby zakażeń [10,11].

Za infekcje miejsca operowanego odpowiedzialne są głównie patogeny pochodzenia endogennego bytujące na skórze lub pochodzące ze środowiska operowanych narządów. Zakażenie miejsca operowanego może być spowodowane również przez bakterie pochodzenia egzogenne, którego rezerwuarem może być inny chory, personel medyczny, jak również środowisko szpitalne. Podstawowymi czynnikami etiologicznymi w zakażeniach egzogennych są: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Corynebacterium species*, *Streptococcus pyogenes* [6,12,13].

Podstawą powodzenia, że pacjent uniknie ZMO jest świadomość personelu medycznego, jak i samego pacjenta w zakresie bezwzględного przestrzegania zasad higieny. Ponadto tworzenie nowych procedur i standardów, które mówią o bezpiecznym i skutecznym postępowaniu oraz stosowanie ich w placówkach medycznych.

Cel pracy. Celem pracy jest rozpoznanie i opis poziomu wiedzy personelu medycznego na temat zakażenia miejsca operowanego oraz zapobieganie zakażeniom.

Główne pytanie badawcze: Jaki jest poziom wiedzy personelu medycznego, stykającego się bezpośrednio z pacjentami dotkniętymi ZMO, na temat tego zakażenia oraz jego zapobieganiu?

Problemy szczegółowe:

1. Jaki jest ogólny poziom wiedzy personelu medycznego na temat ZMO?
2. Jaki wpływ na świadomość personelu medycznego na temat ZMO i jego zapobieganiu ma staż pracy zawodowej?
3. Czy jakość wiedzy na temat ZMO wśród personelu medycznego zależy od poziomu wykształcenia oraz stopnia specjalizacji?
4. Czy miejsce pracy personelu medycznego (oddział/blok operacyjny) wpływa na poziom wiedzy na temat ZMO i jego profilaktyki?
5. Czy istnieją wyjątkowo istotne korelacje pomiędzy poszczególnymi zagadnieniami wiedzy na temat ZMO, a cechami osobowymi personelu (staż, wykształcenie, miejsce pracy)?

Hipoteza główna: Personel medyczny pracujący w szpitalu posiada wystarczającą wiedzę na temat ZMO oraz jego profilaktyki.

Hipotezy szczegółowe:

1. Wiedza personelu medycznego na temat ZMO jest na poziomie dobrym.
2. Staż pracy ma istotny wpływ na poziom wiedzy na temat ZMO.

3. Poziom wykształcenia ma istotny wpływ na poziom wiedzy na temat ZMO.
4. Wiedza na temat ZMO zależy od miejsca pracy personelu medycznego (oddział, blok operacyjny).
5. Istnieją podstawowe zagadnienia dotyczące ZMO i jego profilaktyki, które w szczególności sposób są znane personelowi medycznemu.

Materiał i metody. Metodą zastosowaną w badaniu własnym była metoda sondażu diagnostycznego, której towarzyszyła technika ankiety, czyli zbierania danych (odpowiedzi) od osób badanych w formie pisemnej. Badanie prowadzono od 22 marca 2023 roku do 8 kwietnia 2023 roku, rozprowadzając kwestionariusz ankiety w wersji drukowanej oraz elektronicznej zapewniając anonimowość badania. Badanie ankietowe na potrzeby pracy poprzedzono uzyskaniem formalnej zgody Zarządu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o. o. w Radomiu i uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. K. Pułaskiego w Radomiu. Uczestników badania poszukiwano w kręgu zawodowym osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki/pielęgniara, personel pomocniczy, udostępniono też formularz ankiety na forum internetowym. W okresie prowadzenia badania uzyskano 212 kwestionariuszy od personelu medycznego.

Poziomu wiedzy personelu medycznego na temat zakażenia miejsca operowanego badano za pomocą ankiety, w której znajdowało się 26 pytań jednokrotnego wyboru. W każdym pytaniu respondent mógł wskazać odpowiedź poprawną albo błędną zdobywając 1 lub 0 punktów, maksymalnie więc 26 pkt. Wyniki przedstawiano ilościowo – odsetki poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy (0-100%). Po zsumowaniu poprawnych odpowiedzi przyporządkowano badanych do grup odzwierciedlających ich poziom wiedzy wg przyjętego kryterium (Tabela 1).

Tabela 1. Kryteria oceny poziomu wiedzy badanych na temat zakażeń miejsca operowanego

Poziom wiedzy	Liczba zdobytych punktów w teście wiedzy	Odsetek poprawnych odpowiedzi na pytania w teście wiedzy
Niski	0-12	< 50
Średni	13-19	50-75
Wysoki	20-26	> 75

Źródło: Opracowanie własne

Wyniki badań przedstawiono względem danych jakościowych za pomocą licznosci i odsetka, a danych ilościowych średniej, odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych. Rozkład danych ilościowych badano przy użyciu Testu Shapiro-Wilka. Po określeniu rozkładu (niezgodny z normalnym) zastosowano do porównania

dwóch grup Test U Manna-Whitneya (UMW, Z), a dla trzech i więcej Test Kruskala-Wallisa (KW, H). Wykorzystano także korelacje Spearmana (R). Przyjęto 5 % błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft Statistica 13.1 PL oraz przy udziale pakietu Microsoft Office.

Wyniki. Charakterystyka badanej grupy. W badaniu wzięło udział 212 przedstawicieli personelu medycznego, kobiety stanowiły 84,4% ogółu, mężczyźni 15,6%. Staż pracy badanych mieścił się w przedziałach: 1-10 lat (33%), 11-20 lat (34,9%), ponad 20 lat (32,1%). Wykształcenie średnie posiadało 18,9% badanych, pozostali (81,1%) wyższe, w tym wyższe I stopnia 39,2%, II stopnia 27,8%, III stopnia obejmujące uzyskanie tytułu naukowego 1,4% (N=3), natomiast wykształcenie jednolite magisterskie 12,7%. III stopień wykształcenia posiadało trzech lekarzy, żadna pielęgniarka/pielęgniarz. Większość badanych ukończyła edukację specjalizacyjną (57,1%). Ukończoną specjalizację posiadało 79% lekarzy, oraz 66% pielęgniarek/pielęgniarzy. W badaniu brali udział przedstawiciele zwłaszcza zawodu pielęgniarki (65,1%), a także personel lekarski (17,9%), oraz personel pomocniczy (17%). Badani najczęściej pracowali w oddziale zabiegowym (42%), a także w bloku operacyjnym (29,7%), i oddziale niezabiegowym (25,9%), rzadziej w poradni (2,4%, N=5).

Ocena stanu wiedzy personelu medycznego na temat zakażeń miejsca operowanego. Badani odpowiedzieli poprawnie na średnio 68,7% analizowanych zagadnień, co pozwala stwierdzić, iż posiadali wyższą niż przeciętną wiedzę na temat zakażeń miejsca operowanego. Najniższy osiągnięty wynik wynosił 23,1% poprawnych odpowiedzi (jedna osoba), a najlepszy 100% (sześć osób, około 3%) Badani odpowiadali poprawnie najczęściej na średnio 60-70% analizowanych zagadnień.

Analizując odsetki poprawnych odpowiedzi (zmienna ilościowa) wykazano, iż istotnie statystycznie wyższy stan wiedzy na temat zakażeń miejsca operowanego (ZMO) posiadały kobiety aniżeli mężczyźni (średnio poprawnych odpowiedzi: 70,2% vs 60,8%, $p < 0,003$), badani z dłuższym stażem pracy zawodowej (dodatni współczynnik korelacji: $R = 0,26$, $p < 0,0001$), badani z wykształceniem wyższym (zwłaszcza II stopnia) aniżeli średnim (średnie: 58,9% vs pozostali: od 59% do 73,9%, $p < 0,0001$). Wykazano także, iż istotnie statystycznie większy stan wiedzy posiadali badani, którzy ukończyli specjalizacje w porównaniu do badanych bez ukończonej tej formy kształcenia podyplomowego (73,2% vs 62,8%, $p < 0,0001$), a także personel pielęgniarski aniżeli lekarski oraz pomocniczy (odpowiednio 73% vs 65,4% vs 55,9%, $p < 0,0001$). Miejsce pracy badanych nie różnicowało istotnie statystycznie stanu

wiedzy osób tam pracujących na temat ZMO, $p > 0,05$. Obserwowano jednak, iż niższą wiedzę przejawiali respondenci pracujący w poradniach aniżeli w oddziałach szpitalnych i bloku operacyjnym (Tabela 2).

Tabela 2. Poziom wiedzy na temat ZMO, wszystkich badanych oraz w zależności od zmiennych, na podstawie odsetków poprawnych odpowiedzi, analiza opisowa

Poziom wiedzy		M	SD	Me	Min	Maks	Statystyka	
Razem		68,7	16,2	69,2	23,1	100,0	Wartość testu	p
Płeć	kobieta	70,2	16,5	69,2	23,1	100,0	Z=2,98	0,003
	mężczyzna	60,8	12,1	61,5	38,5	80,8		
Staż pracy	1-10 lat	64,6	16,6	65,4	23,1	100,0	R=0,26	0,000
	11-20 lat	66,7	14,4	65,4	34,6	100,0		
	> 20 lat	75,2	16,0	76,9	30,8	100,0		
Wykształcenie	średnie	58,9	15,5	59,6	30,8	88,5	H=20,43	0,000
	wyższe I stopnia	70,1	17,1	69,2	23,1	100,0		
	wyższe II stopnia	73,9	14,0	73,1	42,3	100,0		
	wyższe III stopnia (doktorat)	59,0	11,8	61,5	46,2	69,2		
Specjalizacja	tak	73,2	15,2	73,1	30,8	100,0	Z=4,51	0,000
	nie	62,8	15,8	61,5	23,1	100,0		
Zawód	lekarz	65,4	9,3	65,4	46,2	80,8	H=31,97	0,000
	pielęgniarka / pielęgniarz	73,0	16,6	73,1	23,1	100,0		
	personel pomocniczy	55,9	12,8	57,7	30,8	76,9		
Miejsce pracy	blok operacyjny	70,2	18,5	69,2	34,6	100,0	H=4,59	0,204
	oddział zabiegowy	69,3	16,0	69,2	23,1	100,0		
	oddział niezabiegowy	67,0	14,2	65,4	30,8	96,2		
	poradnie	59,2	4,4	57,7	53,8	65,4		

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych przedstawicieli personelu medycznego posiadało średni poziom wiedzy na temat zakażeń miejsca operowanego (54,7%), ponad 1/3 wysoki (34,9%), a co dziesiąty badany niski (10,4%, mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy).

Wyniki analiz statystycznych wykorzystujących nieparametryczny Test Chi Kwadrat pokryły się z wynikami wcześniej prezentowanymi z wykorzystaniem testów w analizie ilościowej. Wysoki poziom wiedzy na temat zakażeń miejsca operowanego istotnie częściej posiadały kobiety, aniżeli mężczyźni (39,1% vs 12,1%, $p < 0,001$), badani z dłuższym stażem pracy (1-10 lat: 24,3%, 11-20 lat: 29,7%, > 20 lat: 51,5%, $p < 0,01$), badani z wykształceniem wyższym I oraz II stopnia i jednolitym magisterskim, aniżeli z wykształceniem średnim i III stopnia (36,1% i 49,2% i 33,3% vs 15% i 0%, $p < 0,0001$), badani ze specjalizacją (45,5% vs 20,9%,

$p < 0,0001$), pielęgniarki / pielęgniarze, aniżeli lekarze i personel pomocniczy (47,8% vs 15,8% i 5,6%, $p < 0,0001$). Miejsce pracy nie wiązało się z istotnie statystycznie różnym odsetkiem osób z niskim, średnim i wysokim poziomem wiedzy, $p > 0,05$.

Szczegółowa analiza stanu wiedzy badanych na temat zakażeń miejsca operowanego w zakresie pytań kluczowych. W analizie szczegółowej ujęto wiedzę personelu medycznego w zakresie znajomości czynników zwiększających ryzyko ZMO związanych: z pacjentem oraz środowiskiem, okolicznościami wykonywania higienicznego mycia rąk, chorób wykluczających personel z udziału w zabiegach, przyczyn rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach medycznych oraz czynników przyspieszających gojenie się ran, w zależności od stażu pracy, wykształcenia, specjalizacji i miejsca pracy.

Mniej niż połowa badanych (41%) wiedziało, że czynniki zwiększające ryzyko zakażeń miejsca operowanego, które są związane z pacjentem obejmują zakażenia współistniejące (Tabela 3), wiedzę tą istotnie częściej posiadali badani z wykształceniem średnim i wyższym I oraz II stopnia aniżeli jednolitym magisterskim i III stopnia (42,5%, 44,6%, 40,7% vs 29,6% i 33,3%, $p < 0,0001$), a także badani nieposiadający ukończonej specjalizacji (49,5% vs 34,7%, $p < 0,0001$). Pozostałe analizowane zmienne nie różnicowały istotnie statystycznie analizowanej wiedzy posiadanej przez badanych, $p > 0,05$. Nikt z badanych nie twierdził, iż płeć pacjenta jest czynnikiem zwiększającym ryzyko ZMO.

Tabela 3. Wiedza badanych w zakresie znajomości czynników zwiększających ryzyko ZMO związanych z pacjentem, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

Czynniki zwiększające ryzyko zakażeń miejsca operowanego, które są związane z pacjentem to:		Owłosienie skóry pacjenta		Zakażenia współistniejące		Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe		Ogół	Statystyka
Razem		27	12,7%	87	41,0%	98	46,2%	212	-
Staż pracy	1-10 lat	8	11,4%	31	44,3%	31	44,3%	70	Chi2=5,11, p=,275
	11-20 lat	12	16,2%	23	31,1%	39	52,7%	74	
	> 20 lat	7	10,3%	33	48,5%	28	41,2%	68	
Wykształcenie	średnie	15	37,5%	17	42,5%	8	20,0%	40	Chi2=35,3, p=,000
	wyższe I st.	6	7,2%	37	44,6%	40	48,2%	83	
	wyższe II st.	3	5,1%	24	40,7%	32	54,2%	59	
	jednolite mgr	2	7,4%	8	29,6%	17	63,0%	27	
	wyższe III st.	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	
Specjalizacja	tak	10	8,3%	42	34,7%	69	57,0%	121	Chi2=14,2, p=,000
	nie	17	18,7%	45	49,5%	29	31,9%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	8	12,7%	27	42,9%	28	44,4%	63	Chi2=10,3, p=,112
	oddział zabiegowy	11	12,4%	28	31,5%	50	56,2%	89	
	oddział niezabiegowy	8	14,6%	28	50,9%	19	34,6%	55	

	poradnie	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	5	
--	----------	---	------	---	-------	---	-------	---	--

Źródło: Opracowanie własne

Około ¾ badanych (74,1%) wiedziało, że czynniki zwiększające ryzyko zakażeń miejsca operowanego, które są związane ze środowiskiem obejmują niewłaściwe przygotowanie skóry i pola operacyjnego (Tabela 4). Analizowane zmienne (staż pracy, wykształcenie dyplomowe i podyplomowe, miejsce pracy badanych) nie różnicowały w sposób istotny statystycznie wiedzy badanych w zakresie znajomości czynników zwiększających ryzyka ZMO związanych ze środowiskiem, $p > 0,05$.

Tabela 4. Wiedza badanych w zakresie znajomości czynników zwiększających ryzyka ZMO związanych ze środowiskiem, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

Czynniki zwiększające ryzyko zakażeń miejsca operowanego, które są związane ze środowiskiem to:		Niewłaściwe przygotowanie skóry i pola operacyjnego		Środowisko, z którego pochodzi pacjent		Miejsce pobytu pacjenta		Wiek pacjenta		Ogół	Statystyka
Razem		157	74,1%	39	18,4%	15	7,1%	1	0,5%	212	-
Staż pracy	1-10 lat	48	68,6%	16	22,9%	5	7,1%	1	1,4%	70	Chi2=7,1, p=,308
	11-20 lat	52	70,3%	15	20,3%	7	9,5%	0	0,0%	74	
	> 20 lat	57	83,8%	8	11,8%	3	4,4%	0	0,0%	68	
Wykształcenie	średnie	25	62,5%	12	30,0%	3	7,5%	0	0,0%	40	Chi2=10,1, p=,606
	wyższe I st.	61	73,5%	16	19,3%	6	7,2%	0	0,0%	83	
	wyższe II st.	47	79,7%	8	13,6%	3	5,1%	1	1,7%	59	
	wyższe III st.	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	
Specjalizacja	tak	94	77,7%	17	14,1%	9	7,4%	1	0,8%	121	Chi2=4,20, p=,240
	nie	63	69,2%	22	24,2%	6	6,6%	0	0,0%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	50	79,4%	7	11,1%	6	9,5%	0	0,0%	63	Chi2=7,59, p=,575
	oddział zabiegowy	67	75,3%	17	19,1%	4	4,5%	1	1,1%	89	
	oddział niezabiegowy	36	65,5%	14	25,5%	5	9,1%	0	0,0%	55	
	poradnie	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	

Źródło: Opracowanie własne

Znacząca większość badanych (90,1%) wiedziało, iż higieniczne mycie rąk wykonuje się zarówno w obszarach wysokiego ryzyka, w czasie wykonywania procedur medycznych, po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami, a także przed zabiegami inwazyjnymi i chirurgicznymi (Tabela 5). Wiedzę dotyczącą okoliczności wykonywania higienicznego mycia rąk istotnie częściej posiadali badani ze specjalizacją (95% vs 83,5%, $p < 0,03$), a także pracujący w oddziałach szpitalnych aniżeli w poradni (94,4%, 87,3% i 88,9% vs 60%, $p < 0,04$). Pozostałe zależności miały charakter statystycznie nieistotny, $p > 0,05$.

Tabela 5. Wiedza badanych w zakresie znajomości okoliczności wykonywania higienicznego mycia rąk, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

Higieniczne mycie rąk wykonuje się:		W obszarach wysokiego ryzyka, w czasie wykonywania procedur medycznych		Po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami		Przed zabiegami inwazyjnymi i chirurgicznymi		Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe		Ogół	Statystyka
		5	2,4%	14	6,6%	2	0,9%	191	90,1%		
Razem		5	2,4%	14	6,6%	2	0,9%	191	90,1%	212	-
Staż pracy	1-10 lat	1	1,4%	7	10,0%	0	0,0%	62	88,6%	70	Chi2=6,15 p=,406
	11-20 lat	2	2,7%	3	4,1%	2	2,7%	67	90,5%	74	
	> 20 lat	2	2,9%	4	5,9%	0	0,0%	62	91,2%	68	
Wykształcenie	średnie	1	2,5%	4	10,0%	0	0,0%	35	87,5%	40	Chi2=10,6 p=,562
	wyższe I st.	3	3,6%	9	10,8%	1	1,2%	70	84,3%	83	
	wyższe II st.	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%	57	96,6%	59	
	jednolite mgr	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	26	96,3%	27	
	wyższe III st.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	3	
Specjalizacja	tak	2	1,7%	3	2,5%	1	0,8%	115	95,0%	121	Chi2=8,66 p=,034
	nie	3	3,3%	11	12,1%	1	1,1%	76	83,5%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	1	1,6%	6	9,5%	0	0,0%	56	88,9%	63	Chi2=17,8 p=,036
	oddział zabiegowy	2	2,3%	3	3,4%	0	0,0%	84	94,4%	89	
	oddział niezabiegowy	2	3,6%	3	5,5%	2	3,6%	48	87,3%	55	
	poradnie	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	3	60,0%	5	

Źródło: Opracowanie własne

Mniej niż połowa badanych medyków (39,6%) miało wiedzę, iż choroby takie jak zastrzał, zanokcica, czyraki wykluczają personel z zabiegów przy chorym (Tabela 6). Analizowane zmienne (staż pracy, wykształcenie dyplomowe i podyplomowe, miejsce pracy badanych) nie różnicowały w sposób istotny statystycznie wiedzy badanych w analizowanym zakresie, $p > 0,05$.

Tabela 6. Wiedza badanych w zakresie znajomości chorób wykluczających udział personelu w wykonywaniu zabiegów u pacjentów, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

Choroby, które wykluczają personel z zabiegów przy chorym należą, m.in.:		Zastrzał, zanokcica, czyraki		Nosicielstwo o HIV		Nosicielstwo HBV lub HCV		Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe		Ogół	Statystyka
		84	39,6%	3	1,4%	10	4,7%	115	54,2%		
Razem		84	39,6%	3	1,4%	10	4,7%	115	54,2%	212	-
Staż pracy	1-10 lat	24	34,3%	3	4,3%	4	5,7%	39	55,7%	70	Chi2=9,45 p=,149
	11-20 lat	27	36,5%	0	0,0%	4	5,4%	43	58,1%	74	
	> 20 lat	33	48,5%	0	0,0%	2	2,9%	33	48,5%	68	

Wykształcenie	średnie	12	30,0%	0	0,0%	1	2,5%	27	67,5%	40	Chi2=11,6 p=,473
	wyższe I st.	33	39,8%	1	1,2%	6	7,2%	43	51,8%	83	
	wyższe II st.	22	37,3%	2	3,4%	3	5,1%	32	54,2%	59	
	jednolite mgr	16	59,3%	0	0,0%	0	0,0%	11	40,7%	27	
	wyższe III st.	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	3	
Specjalizacja	tak	55	45,5%	1	0,8%	4	3,3%	61	50,4%	121	Chi2=5,06 p=,167
	nie	29	31,9%	2	2,2%	6	6,6%	54	59,3%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	28	44,4%	1	1,6%	5	7,9%	29	46,0%	63	Chi2=12,7 p=,175
	oddział zabiegowy	41	46,1%	2	2,3%	2	2,3%	44	49,4%	89	
	oddział niezabiegowy	14	25,5%	0	0,0%	3	5,5%	38	69,1%	55	
	poradnie	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	5	

Źródło: Opracowanie własne

Ponad 2/3 badanych (69,3%) wiedziało, że najczęstszą przyczyną rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach medycznych są ręce personelu (Tabela 7). Istotnie częściej wiedzieli o tym badani z ukończoną specjalizacją (76% vs 60,4%, $p < 0,01$). Pozostałe zależności miały charakter statystycznie nieistotny, $p > 0,05$.

Tabela 7. Wiedza badanych w zakresie znajomości najczęstszych przyczyn rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach medycznych, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

Najczęstszą przyczyną rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach medycznych jest:	Sprzęt medyczny		Osoby odwiedzające placówki medyczne		Ręce personelu		Zabiegi naruszające ciągłość tkanek		Ogół	Statystyka	
	1	0,5%	46	21,7%	147	69,3%	18	8,5%			
Razem	1	0,5%	46	21,7%	147	69,3%	18	8,5%	212	-	
Staż pracy	1-10 lat	0	0,0%	16	22,9%	43	61,4%	11	15,7%	70	Chi2=12,4 p=,052
	11-20 lat	1	1,4%	19	25,7%	49	66,2%	5	6,8%	74	
	> 20 lat	0	0,0%	11	16,2%	55	80,9%	2	2,9%	68	
Wykształcenie	średnie	0	0,0%	12	30,0%	20	50,0%	8	20,0%	40	Chi2=20,8 p=,052
	wyższe I st.	0	0,0%	15	18,1%	63	75,9%	5	6,0%	83	
	wyższe II st.	1	1,7%	10	17,0%	46	78,0%	2	3,4%	59	
	jednolite mgr	0	0,0%	9	33,3%	15	55,6%	3	11,1%	27	
Specjalizacja	tak	1	0,8%	24	19,8%	92	76,0%	4	3,3%	121	Chi2=11,9 p=,007
	nie	0	0,0%	22	24,2%	55	60,4%	14	15,4%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	0	0,0%	5	7,9%	48	76,2%	10	15,9%	63	Chi2=14,4 p=,060
	oddział zabiegowy	0	0,0%	28	31,5%	57	64,0%	4	4,5%	89	
	oddział niezabiegowy	1	1,8%	13	23,6%	38	69,1%	3	5,5%	55	
	poradnie	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	5	

Źródło: Opracowanie własne

Duża część badanych (90,1%) miało świadomość, iż istotnym czynnikiem, przyspieszającym proces gojenia się rany pooperacyjnej jest odpowiednia metoda zamknięcia powłok (Tabela 8). Wiedzę istotnie statystycznie częściej posiadali pracownicy poradni, bloku operacyjnego i oddziału zabiegowego aniżeli oddziału niezabiegowego (100%, 96,8%, 92,1% vs 78,2%, $p < 0,03$). Pozostałe zależności miały charakter statystycznie nieistotny, $p > 0,05$.

Tabela 8. Wiedza badanych w zakresie znajomości ważnych czynników przyspieszających proces gojenia się rany pooperacyjnej, wszystkich razem oraz w zależności od zmiennych

.Istotnym czynnikiem, przyspieszającym proces gojenia się rany pooperacyjnej jest:		Odpowiednia metoda zamknięcia powłok		Długi czas trwania zabiegu		Wyposażenie sali operacyjnej		Ogół	Statystyka
Razem		191	90,1%	13	6,1%	8	3,8%	212	-
Staż pracy	1-10 lat	66	94,3%	2	2,9%	2	2,9%	70	Chi2=5,93 p=,203
	11-20 lat	62	83,8%	7	9,5%	5	6,8%	74	
	> 20 lat	63	92,7%	4	5,9%	1	1,5%	68	
Wykształcenie	średnie	36	90,0%	1	2,5%	3	7,5%	40	Chi2=5,67 p=,683
	wyższe I st.	72	86,8%	7	8,4%	4	4,8%	83	
	wyższe II st.	55	93,2%	3	5,1%	1	1,7%	59	
	jednolite mgr	25	92,6%	2	7,4%	0	0,0%	27	
	wyższe III st.	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	3	
Specjalizacja	tak	111	91,7%	7	5,8%	3	2,5%	121	Chi2=1,39 p=,498
	nie	80	87,9%	6	6,6%	5	5,5%	91	
Miejsce pracy	blok operacyjny	61	96,8%	2	3,2%	0	0,0%	63	Chi2=14,4 p=,025
	oddział zabiegowy	82	92,1%	3	3,4%	4	4,5%	89	
	oddział niezabiegowy	43	78,2%	8	14,6%	4	7,3%	55	
	poradnie	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	5	

Źródło: Opracowanie własne

Dyskusja. Zakażenie miejsca operowanego niezmiennie stanowi istotny odsetek wszystkich zakażeń szpitalnych, odnotowywanych w placówkach medycznych. Dotyka ono pacjentów niezależnie od miejsca zamieszkania czy poziomu opieki medycznej. Rozwój medycyny i postępujące usprawnianie procedur przyczyniają się do zmniejszenia częstotliwości występowania ZMO. Spotykane są rzadziej w krajach, gdzie ilość i jakość personelu, sprzętu oraz miejsc świadczenia opieki medycznej jest większa [5]. Poznanie stanu wiedzy polskiego personelu medycznego jest zatem bardzo istotne nie tylko dla celów statystycznych, ale przede wszystkim w kontekście zdrowia pacjentów, poddawanych zabiegom chirurgicznym.

Ogólny poziom wiedzy personelu medycznego w zakresie zakażenia miejsca operowanego był wyższy od spodziewanej przeciętnej. Wskaźnik procentowy odpowiedzi poprawnych dla całej ankiety wyniósł 68,7%. Statystycznie jest to wartość zadowalająca, jednak biorąc pod uwagę, że badanie dotyczyło osób zawodowo zajmujących się zdrowiem powierzonych im pacjentów,

uzyskany wynik nie jest optymistyczny. Jednak niewątpliwie pozytywny jest fakt, że stan wiedzy na temat ZMO na poziomie średnim i wysokim wykazało niemal 90% respondentów. Podobne badania, przeprowadzane w szpitalach, np. w północnej Afryce wykazały dobrą znajomość teorii dotyczących postępowania i zapobiegania ZMO na poziomie 45% respondentów [3,4].

Statystycznie wyższy poziom wiedzy posiadały kobiety aniżeli mężczyźni (średnio poprawnych odpowiedzi: 70,2% vs 60,8%, $p < 0,003$), badani z dłuższym stażem pracy zawodowej (dodatni współczynnik korelacji: $R = 0,26$, $p < 0,0001$), badani z wykształceniem wyższym (zwłaszcza II stopnia) aniżeli średnim (średnie: 58,9% vs pozostali: od 59% do 73,9%, $p < 0,0001$). Istotnie statystycznie większy stan wiedzy posiadali badani, którzy ukończyli specjalizacje w porównaniu do badanych bez ukończonej tej formy kształcenia podyplomowego (73,2% vs 62,8%, $p < 0,0001$). Na zależność poziomu wiedzy dotyczącej zakażeń od posiadanego wykształcenia zwracała też uwagę Chwedoruk [14].

Zaskakująco prezentowały się odpowiedzi na pytania dotyczące czynników ryzyka. Podawano równie często prawidłowe odpowiedzi, jak i wskazywano dodatkowo na czynniki nieistotne. Może to świadczyć o istnieniu świadomości czynników ryzyka związanych z pacjentem, otoczeniem i procedurami leczniczymi, ale równocześnie na brak pewności w ich jednoznacznym wskazaniu.

Czynnikiem kluczowym w zapobieganiu ZMO jest przestrzeganie zasad higieny, zarówno w odniesieniu do personelu, jak i do środowiska operacyjnego. Niemal wszyscy (90%) potrafili wskazać okoliczności wykonywania higienicznego mycia rąk. W tej kwestii zauważono statystyczną zależność tej wiedzy od poziomu wykształcenia. Wpływ szkolenia personelu na poziom świadomości koniecznego zachowania higieny rąk potwierdza też Siczyńska [15].

W pytaniu o ważne czynniki przyspieszające gojenie się rany wysoki ogólny wskaźnik wiedzy (90%) otrzymano dla pracowników poradni i oddziałów zabiegowych. Grupa personelu zatrudniona na oddziałach niezabiegowych prezentowała znacznie niższy poziom wiedzy w tym zakresie. Dowiedziono, że poziom wiedzy w odniesieniu do czynników przyspieszających proces gojenia się rany pooperacyjnej zależy od miejsca wykonywanej pracy.

Analiza poszczególnych odpowiedzi na pytania ankiety dostarczyła informacji na temat szczegółowego poziomu wiedzy o zakażeniach miejsca operowanego wśród personelu medycznego. W pewnych aspektach wiedza ta jest dobra, w innych zaś pojawiają się dane wskazujące na istnienie jej niedoborów. Pokazuje to konieczność stałego kształcenia personelu

medycznego w tym zakresie, zwłaszcza w kontekście przestrzegania wytycznych tworzonych na potrzeby standaryzacji i upowszechnienia procedur, związanych z zapobieganiem i postępowaniem z ZMO [16]. Dobrym przykładem są tu wytyczne WHO w zakresie higieny rąk, bardzo istotne dla personelu, mającego do czynienia z pacjentami dotkniętymi ZMO [17]. Oprócz poprawy warunków pracy poziom wykształcenia personelu powinien być priorytetem dla zarządzających systemem zdrowia w Polsce. Lepiej wykształcone pielęgniarki i lekarze to mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia zakażeń miejsca operowanego, mniej czasu spędzonego przez pacjenta w szpitalu, a co za tym idzie niższe koszty dla chorego i społeczeństwa.

Wnioski. Wiedza personelu medycznego na temat zakażenia miejsca operowanego jest na poziomie dobrym. Hipoteza została potwierdzona. Staż pracy ma istotny wpływ na poziom wiedzy na temat ZMO – hipoteza częściowo potwierdzona. Ogólny poziom wiedzy na temat ZMO rośnie wraz ze wzrostem stażu pracy. Poziom wykształcenia ma istotny wpływ na poziom wiedzy na temat ZMO – hipoteza potwierdzona. W większości pytań poziom wykształcenia miał wpływ na jakość udzielanych odpowiedzi – im wyższe wykształcenie, czy posiadanie specjalizacji, tym lepsza wiedza. Wyniki istotne statystycznie. Wiedza w zakresie pytań kluczowych dotyczących: czynników ryzyka związanych ze środowiskiem, okolicznościami wykonywania higienicznego mycia rąk, chorób wykluczających personel z udziału w zabiegach, przyczyn rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach medycznych oraz czynników przyspieszających gojenie się ran, była na bardzo dobrym poziomie niezależnie od stopnia wykształcenia. Hipoteza została potwierdzona. Wiedza na temat ZMO zależy od miejsca pracy personelu medycznego (oddział, blok operacyjny) – hipoteza nie została potwierdzona. Brak statystycznych dowodów na taką zależność. Zakażenie miejsca operowanego jest powikłaniem możliwym do uniknięcia, a pomimo to stanowi problem na całym świecie. W prewencji zakażeń miejsca operowanego czynnik ludzki odgrywa istotną rolę, zatem praca powinna być wykonywana zgodnie ze standardami, procedurami i instrukcjami opracowanymi na podstawie aktualnej wiedzy medycznej wciąż aktualizowanej poprzez szkolenia i podnoszenie kwalifikacji.

Piśmiennictwo::

1. Current HAI Progress Report. Healthcare-Associated Infections (HAIs). (2024). <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/php/data/progress-report.html>, dostęp 15.04.2024

2. Piednoir E., Robert-Yap J., Baillet P., Lermite E., Christou N. (2021). The socioeconomic impact of surgical site infections. *Front. Public Health, Sec. Health Economics*, 9: 712461. doi.org/10.3389/fpubh.2021.712461
3. Gentilotti E., De Nardo P., Nguhuni B. et al. (2020). Implementing a combined infection prevention and control with antimicrobial stewardship joint program to prevent caesarean section surgical site infections and antimicrobial resistance: a Tanzanian tertiary hospital experience. *Antimicrob Resist Infect Control*, 9 (69):1-11. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00740-7>
4. Gizaw M.A., Negawo M.K., Bala E.T., Daba D.B. (2022). Knowledge, practice, and associated factors towards postoperative wound care among nurses working in public hospitals in Ethiopia: A multicenter cross-sectional study in low resource setting area. *Health Science Reports*, 5(4): e677. <https://doi.org/10.1002/hsr2.677>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Surgical site infections – Annual Epidemiological Report for 2015, Stockholm: ECDC. (2017). <https://www.ecdc.europa.eu/en/surgical-site-infections>
6. Banasiewicz T., Bobkiewicz A., Walczak D.A., Mańkowski B., Wallner G. (2024). Zakażenie miejsca operowanego. Wydawnictwo Termedia sp. z o.o. ISBN: 978-83-7988-368-4
7. Montewka M., Skrzek A., Plewik D., Rudzki S., Wysokiński A., Koziół-Montewka M. (2012). Zakażenia miejsca operowanego - charakterystyka czynników ryzyka, endogennych źródeł zakażenia i metody zapobiegania. *Post Mikrobiol*, 51(3): 227-235. <http://www.pm.microbiology.pl>
8. European Centre for Disease Prevention and Control An agency of the European Union. Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAISSE protocol. (2017). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-surgical-site-infections-and-prevention-indicators-european>, dostęp 5.05. 2017
9. Różańska A. (2019). Nadzór i rejestracja zakażeń miejsca operowanego: rekomendacje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). *Zakażenia XXI Wieku*, 2(4): 181-185. 10.31350/zakazenia/2019/4/Z2019032
10. Bashaw M.A., Keister K.J. (2019). Perioperative strategies for surgical site infection prevention. *AORN Journal*, 109(1): 68-78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>
11. Ciurus M. (2021). Infection prevention with sterile instruments in invasive procedures. In *Forum Zakażeń*, 12(1): 49. Doi: 10.15374/FZ2021004
12. Branch-Elliman W., Ripollone J.E., O'Brien W.J., Itani K.M.F., Schweizer M.L., Perencevich E., Strymish J., Gupta K. (2017). Risk of surgical site infection, acute kidney injury, and *Clostridium difficile* infection following antibiotic prophylaxis with vancomycin plus a beta-lactam versus either drug alone: A national propensity-score-adjusted retrospective cohort study, *PLoS Med.*, 14(7): e1002340. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002340>
13. Grajek A., Białecki J., Marczyński W., Walczak P., Macias J. (2015). Retrospektywna analiza badań bakteriologicznych zakażeń miejsca operowanego w oddziałach jednoprofilowego, wielodziałowego szpitala ortopedycznego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 17(3): 275-288. DOI: 10.5604/15093492.1162427

14. Chwedoruk M., Gotlib, J. (2014). Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. *Med. Ogólna Nauki Zdr.*, 20(2), 2: 192-198.<http://bwmeta1.element.agro-5d3601f3-91df-4f45-828d-5484b0a1e70e>
15. Siczynska B., Miętkiewicz, S., Dyk, D. (2014). Analiza czynników ryzyka zakażenia oraz możliwość ich modyfikacji. *Piel Chir Angiol*, 2: 56-61.
16. Cwajda-Białasik J., Szewczyk M.T., Mościcka P. i inni. (2015). Znaczenie edukacji i opieki pielęgniarskiej w profilaktyce długoterminowej zakażenia miejsca operowanego. Część 1. Rola pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej i pielęgniarki chirurgicznej w przygotowaniu chorego do planowego zabiegu operacyjnego. *Forum Zakażeń*, 6(4): 231-235. DOI: 10.15374/FZ2015037
17. World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Drugie wydanie, Genewa. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>, dostęp 01.12.2018

Ocena wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat schematu postępowania BLS

Marek Łukawski, Emilia Wawszczak

Wstęp. Praca na bloku operacyjnym charakteryzuje się formą zadaniową. Każdy zespół jest wyspecjalizowany w swojej dziedzinie i wykonuje obowiązki zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Zespół operacyjny jako całość składa się z części anestezyjologicznej i chirurgicznej. W zależności od rozległości i charakteru zabiegów liczba osób pracujących w zespole jest zmienna, jednak złotym standardem jest zespół operacyjny składający się z: pielęgniarki anestezyjologicznej, anestezyjologa, instrumentariuszki, pielęgniarki lotnej i operatora z/lub bez asystenta. Taki podział obowiązków pozwala na sprawne i przede wszystkim bezpieczne świadczenie usług medycznych pacjentowi operowanemu [1, 2].

Charakterystyka pracy na bloku operacyjnym znacząco różni się od pracy na innych oddziałach, gdyż każdy pracownik ma ściśle przypisaną rolę, z którą wiążą się konkretne obowiązki np. pielęgniarka operacyjna nie będzie w stanie skutecznie i wydajnie zastąpić pielęgniarki anestezyjologicznej w swojej pracy, tak samo jak pielęgniarka anestezyjologiczna nie będzie w stanie zastąpić pielęgniarki operacyjnej pomimo sprawowania opieki nad tym samym pacjentem, w tym samym czasie, przebywając w tym samym pomieszczeniu. Każda z osób pracujących na bloku ma swoje uprawnienia, wiedzę a przede wszystkim praktykę, która pozwala na w pełni profesjonalny i efektywny sposób wykonywać swoje obowiązki [1, 2].

Rodzaj wykonywanej pracy pielęgniarki operacyjnej i jej usytuowanie na sali operacyjnej, odległość od stołu operacyjnego, a tym samym odległość od pacjenta sprawiają, że niekiedy jest ona fizycznie bliżej jego klatki piersiowej, niż pielęgniarka anestezyjologiczna. Takie umiejscowienie umożliwia natychmiastowe udzielenie pomocy, znacząco odciążając pracę zespołu anestezyjologicznego. Warto pamiętać, że wykonywanie uciśnień klatki piersiowej całkowicie angażuje osobę wykonującą tę czynność. Pozornie niepowiązane ze sobą specjalizacje pielęgniarskie w sytuacjach nagłych potrafią się w bardzo dużym stopniu uzupełniać, co znacząco poprawia wzajemne zaufanie w zespole. Jednak by osiągnąć taki poziom współpracy pielęgniarka operacyjna powinna poszerzyć swoją wiedzę o podstawowe aspekty dziedzin medycyny, także innych niż operacyjne [3].

Pielęgniarką operacyjną może być osoba, która posiada aktualne prawo wykonywania zawodu, ukończyła co najmniej szkołę pielęgniarską lub studia licencjackie / magisterskie, a następnie ukończyła kurs kwalifikacyjny / specjalizację z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego. Dopiero

po uzyskaniu powyższych uprawnień pracownik może samodzielnie pracować na stanowisku bez konieczności bycia nadzorowanym przez swojego mentora. Kształcenie w tym zakresie jest ściśle specjalistyczne i skupia się w znacznej mierze na aspektach operacyjnych, dlatego podstawowa wiedza, którą zdobywają przyszłe instrumentariuszki z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest pozyskiwana w trakcie trwania studiów pierwszego, bądź drugiego stopnia [2,4].

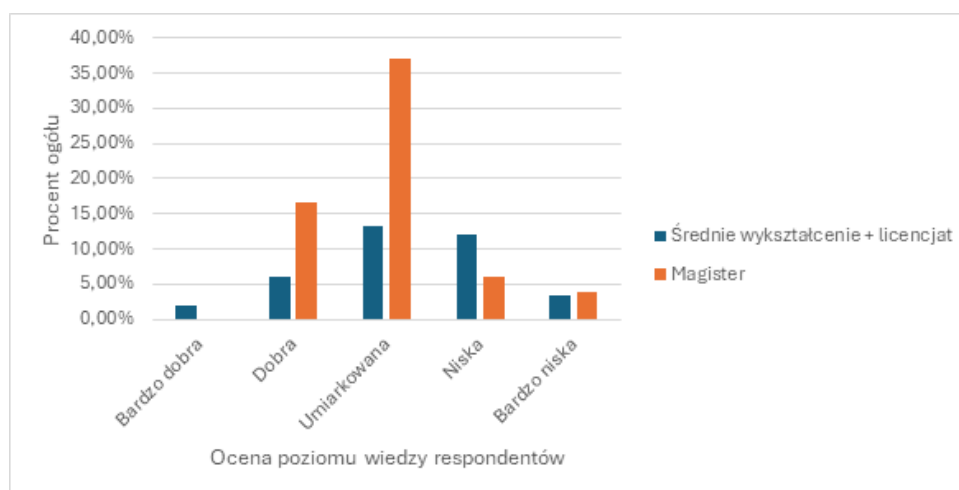
Śródoperacyjne zatrzymanie krążenia jest dosyć rzadkim zjawiskiem. Istotną rolę odgrywa profil pacjenta, który jest aktualnie poddawany zabiegowi chirurgicznemu. Pacjenci np. z dużymi urazami w obrębie miednicy, przyjęci na blok operacyjny w trybie natychmiastowym mają znacznie większą szansę na wystąpienie śródoperacyjnego NZK niż pacjenci operowani w trybie planowym, którzy do zabiegu są zazwyczaj dobrze przygotowani i przebadani [5]. Reakcja organizmu pacjenta na rodzaj znieczulenia jest osobliwa i zależy od bardzo wielu czynników, takich jak wiek, płeć, uzależnienia, choroby współistniejące, obciążenia genetyczne, waga, styl życia, uczulenia, poziom wydolności organizmu itp. Ryzyko wystąpienia poważnych powikłań bądź zgonu podczas znieczulenia, albo po nim określa Skala ASA. Składa się ona z 6 grup, gdzie im niższa grupa ASA, tym ryzyko powikłań jest mniejsze [5,6].

Basic Life Support (ang. podstawowe zabiegi resuscytacyjne) jest to zespół czynności obejmujący bezprzypadkowe utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz podtrzymywanie układu krążenia i oddechowego [5,7]. Do udzielania pierwszej pomocy poszkodowanemu w miejscu zdarzenia zobowiązany jest każdy świadek tego zdarzenia. Wynika to z ustawy opisanego w art. 162 § 1 kodeksu karnego [8]. Niezależnie od miejsca zdarzenia techniki prowadzenia skutecznego RKO są takie same jednak należy pamiętać, że udzielanie pomocy na terenie placówki medycznej, gdzie jest znacznie szerszy asortyment sprzętu oraz istnieje możliwość podania leków, różni się od zdarzenia mającego miejsce na np. stacji metra. Kluczową czynnością podczas wykonywania RKO są uciski klatki piersiowej, gdzie w każdym przypadku będą opierały się o bardzo podobne wytyczne [7,9,10]. W najnowszych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji z 2021 r. dotyczących BLS wymieniono 5 zasad głównych: 1) Rozpoznaj nagłe zatrzymanie krążenia i rozpocznij RKO; 2) Wezwij zespół ratownictwa medycznego; 3) Rozpocznij uciśnięcia klatki piersiowej; 4) Dostarcz na miejsce zdarzenia Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny; 5) Naucz się, jak prowadzić RKO [9].

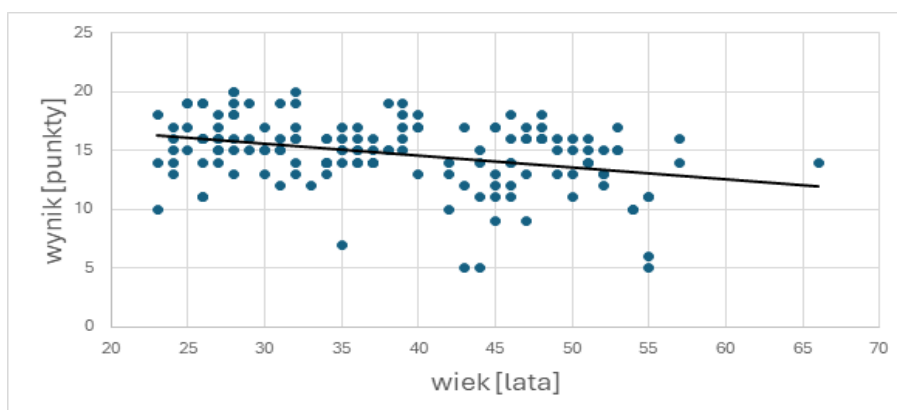
Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy pielęgniarek operacyjnych ze schematu postępowania BLS.

Material i metody – zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. W badaniu udział wzięło 151 respondentów. Żadna z ankiet nie została odrzucona z powodu braku części odpowiedzi. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od sierpnia 2022 do stycznia 2023 za pomocą Formularzy Google. Jedynym kryterium warunkującym udział w badaniu był wykonywany zawód pielęgniarki operacyjnej. Przyjęto następujące kryteria oceny poziomu wiedzy: 20 pkt. – bardzo dobra, 19-17 pkt. – dobra, 16 - 14 pkt. - umiarkowana, 13 – 10 pkt. – niska, poniżej 10 pkt. – bardzo niska. Normalność rozkładu zmiennych oceniano testem Shappiro – Wilka. Ze względu na brak normalności rozkładu analizowanych zmiennych wyniki przedstawiono przy użyciu wskaźników statystyki opisowej, posłużono się wartością minimalną (MIN), wartością maksymalną (MAX), medianą oraz wartościami pierwszego i trzeciego kwartyła (K1 i K3). W celu poszukiwania związków między zmiennymi obliczono współczynniki korelacji Spearmana. Do interpretacji wielkości efektów związków między zmiennymi wykorzystano klasyfikację Cohen’a.

Wyniki W badaniu udział wzięło 151 badanych, z czego znaczną większość stanowiły kobiety (92,7%). Średni wiek badanych to 38 lat (SD=9,86). Najmłodszy respondent miał 23 lata, a najstarszy 66 lat. Najlicniejszą grupą wiekową stanowiły osoby między 25 a 35 rokiem życia (45,7%). Na wykresie 1. umieszczono ocenę poziomu wiedzy z uwzględnieniem wykształcenia respondentów. Wykazano istotnie statystycznie różnice ($\chi^2=21,10$; $p<0,05$).

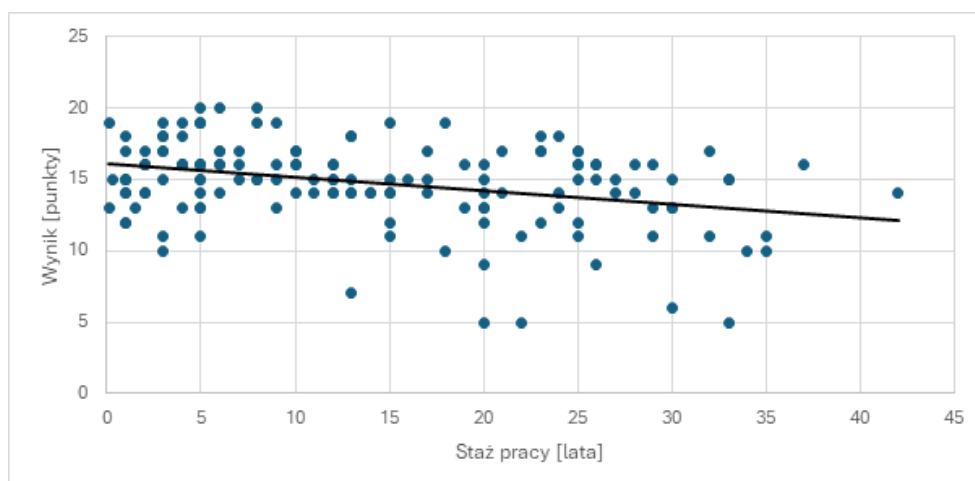


Wykres 1. Ocena poziomu wiedzy z uwzględnieniem wykształcenia respondentów.



Wykres 2. Zależność pomiędzy osiągniętymi wynikami, a wiekiem respondentów

Na wykresie 2 przedstawiono ilość uzyskanych punktów w funkcji wieku ankietowanych. Istnieje istotna statystycznie, ujemna korelacja pomiędzy wiekiem respondentów, a wynikiem uzyskanym w badaniu ankietowym ($r_s = -0,30$, $p < 0,05$). Siłę związku oceniono jako słabą.



Wykres 3. Zależność pomiędzy stażem pracy, a uzyskaną ilością punktów w teście

Na wykresie 3. ukazano zależność między stażem pracy podanym w latach, a wynikiem punktowym. Istnieje istotna statystycznie, ujemna korelacja pomiędzy stażem pracy respondentów, a wynikiem uzyskanym w badaniu ankietowym ($r_s = -0,28$, $p < 0,05$). Siłę związku oceniono jako słabą.

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, prawidłowy stosunek ucisków klatki piersiowej do wykonywania wdechów ratowniczych wynosi 30:2 [10]. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 132 badanych co stanowiło 87,4% ogółu. Z racji na inny mechanizm zatrzymania krążenia wytyczne BLS u dzieci określają inny schemat postępowania niż u dorosłych. W tym powinien

się on zacząć najpierw od wykonania 5 wdechów ratowniczych o czym wiedziało 126 badanych stanowiących 83,4% wszystkich ankietowanych [11]. Wytyczne dotyczące BLS zmieniają się co 5 lat. Obecnie najbardziej aktualne dane pochodzące z 2021r. zalecają by wykonywać uciski klatki piersiowej na głębokość co najmniej 5-6 centymetrów, o czym wiedziało jedynie 55 osób stanowiących 36,4% poprawnie udzielonych odpowiedzi [10]. Uciski klatki piersiowej na głębokość 4-5 obowiązywały w starych wytycznych z 2005r. co mogło zmylić osoby nie posiadające aktualnej wiedzy.

Najnowsze wytyczne opublikowane przez Polską Radę Resuscytacji dopuszczają odstępianie od wykonywania wdechów ratowniczych, jednak nie oznacza to, że można ich nie wykonywać. Jeśli posiadamy środki ochrony osobistej osoby udzielające pomocy powinny je zastosować [10]. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 130 ankietowanych (86,1%). Opublikowane wytyczne w 2015r. już wtedy zalecały uciśnięcia klatki piersiowej w tempie 100-120 ucisków na minutę. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło jedynie 71 ankietowanych co stanowiło mniej niż połowę (47%) poprawnie udzielonych odpowiedzi. Jedynym sprzętem medycznym używanym i dopuszczonym w BLS jest Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny (AED). Jest to bardzo proste i intuicyjne w użyciu urządzenie, które dokładnie instruuje osobę udzielającą pomocy jakie czynności powinna wykonywać w kolejności. 95 (62,9% ogółu) pielęgniarek operacyjnych udzieliło poprawnej odpowiedzi. Zgodnie z wytycznymi opublikowanymi w 2021r. nie należy za wszelką cenę prowadzić oddechów ratowniczych. Jeśli ciało obce blokuje drogi oddechowe, nie powinniśmy podejmować próby jego usunięcia. Wytyczne jasno określają, że w takim wypadku należy nieprzerwanie prowadzić uciśnięcia klatki piersiowej [7]. Jedynie 21,3% osób udzieliło poprawnej odpowiedzi na powyższe pytanie. Znacząca większość osób udzielających odpowiedzi zdaje sobie sprawę z użyteczności urządzenia jakim jest AED i wie, że należy go użyć zawsze kiedy jest ku temu okazja, co potwierdziło 126 badanych stanowiących 83,4% ogółu. Jeśli podejrzewamy, bądź jesteśmy świadkami zakrzuszenia pierwsza pomoc najpierw polega na zachęcaniu poszkodowanego (jeśli jest przytomny) do kaszlu, następnie wykonania do 5 uderzeń w okolicę między łopatkową pochylając uprzednio pacjenta, a jeśli to będzie nieskuteczne powinno wykonać się do 5 uciśnień nadbrzusza w okolicy wyrostka mieczykowatego mostka. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 117 ankietowanych, co stanowiło 78% ogółu. Wytyczne BLS jasno określają kiedy można przerwać RKO. Absolutnym priorytetem jest bezpieczeństwo osoby, która udziela pierwszej pomocy, a kiedy to bezpieczeństwo zostanie w jakikolwiek sposób zagrożone warto pamiętać, że taka osoba nie jest prawnie pociągana do odpowiedzialności za odstępianie od

czynności ratowniczych. Zmęczenie również jest istotnym czynnikiem, ponieważ z przedłużającą się resuscytacją wykonywane uciśnięcia klatki piersiowej są coraz słabsze, a przez to znacząco tracą na jakości w wyniku czego są nieskuteczne. Poprawnej odpowiedzi na pytanie udzieliło 117 respondentów, co stanowi 78% ogółu. Jeśli nastąpił uraz w odcinku szyjnym kręgosłupa, którego byliśmy świadkiem i w związku z tym mamy pewność co do miejsca jego powstania, dopuszczalnym sposobem na udrożnienie dróg oddechowych jest tzw. Manewr Esmarcha polegający na wysunięciu żuchwy do przodu. Jest on możliwy do wykonania jedynie u osób nieprzytomnych [1]. W przypadku, co do którego nie mamy pewności czy nastąpił uraz w obrębie szyi udrożnienie dróg oddechowych powinno się wykonywać manewrem czoło-żuchwa. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 59 ankietowanych, co stanowiło 39,9% ogółu. AED jest prostym w obsłudze, intuicyjnym urządzeniem które znacząco zwiększa powodzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej [7]. Do jego używania uprawniona jest każda osoba o czym wiedziało 120 respondentów co stanowiło 79,5% udzielających odpowiedzi. Powrót oznak krążenia jest objawem, który upoważnia osoby udzielające pomocy do przerywania resuscytacji krążeniowo oddechowej. Dalsze wykonywanie ucisków jest niezalecane ponieważ może to narazić poszkodowanego na pogłębienie urazu, ponieważ w wyniku uciskania klatki piersiowej bardzo często są łamane żebra. Kryterium czasu nie jest w tym wypadku wystarczającym powodem by odstąpić od RKO [7]. Prawidłowej odpowiedzi udzieliły 144 osoby co stanowiło 95,4% respondentów.

Dyskusja. Przeprowadzone badania miały na celu określenie poziomu wiedzy z zakresu BLS wśród pielęgniarek operacyjnych. Z pozoru niepowiązana z wykonywaną specjalizacją wiedza może się niejednokrotnie przydać podczas wystąpienia krytycznej sytuacji w trakcie trwania zabiegu operacyjnego.

Absolwenci studiów magisterskich osiągnęli wyraźnie lepsze wyniki w porównaniu do osób, które wykształcenia magisterskiego nie posiadały. Co ciekawe zauważono też pewną zależność pomiędzy zdobytą oceną, a wiekiem czy stażem pracy respondentów. Przeprowadzone badania pokazały, że im pielęgniarki operacyjne są starsze lub bardziej doświadczone, tym ich poziom wiedzy dotyczący BLS w ogólnym ujęciu paradoksalnie był niższy niż poziom wiedzy prezentowany przez ich młodszych kolegów czy koleżanki.

Być może wynika to ze zmieniających się obowiązujących aktualnie wytycznych dotyczących BLS i braku szkoleń organizowanych przez placówki medyczne. Młodsza kadra posiada bardziej aktualną wiedzę z tego zakresu, ponieważ jest ona przekazywana podczas toku kształcenia na studiach I stopnia. Przeprowadzone badania pokazały również, że miejsce

zamieszkania nie ma wpływu na poziom wiedzy z zakresu wiedzy dotyczącej schematu postępowania BLS. Taki stan rzeczy może wynikać z faktu powszechnego dostępu do informacji i możliwości aktualizacji wiedzy we własnym zakresie, chociaż ciężko stwierdzić czy taka sama sytuacja miałaby miejsce w np. latach 80 XX wieku gdy Internet nie był aż tak powszechny jak obecnie. Niestety w ogólnym ujęciu postawiona hipoteza badawcza, dotycząca dobrego poziomu wiedzy pielęgniarek operacyjnych z zakresu BLS została obalona. Medianą punktową pośród wszystkich respondentów biorących udział w badaniu była wartość wynosząca 15 pkt., co w autorskiej skali oceny warunkowało jedynie umiarkowany poziom wiedzy.

Pomimo obalenia hipotezy badawczej zawartej w niniejszej pracy zakładającej dobry poziom wiedzy pielęgniarek operacyjnych z zakresu BLS, krzywdzącym dla tej grupy zawodowej byłoby twierdzenie, że takowej wiedzy nie posiadają w stopniu wystarczającym by móc tej pomocy skutecznie udzielać. Znaczna większość badanych udzieliła poprawnej odpowiedzi na pytania dotyczące absolutnych podstaw resuscytacji krążeniowo – oddechowej, które dotyczyły m. in. kolejności wykonywania działań ratowniczych, częstotliwości uciśnień klatki piersiowej na minutę, stosunku ilości wykonywanych wdechów ratowniczych do ucisków klatki piersiowej, konieczności wezwania pomocy, aż po tempo wykonywanych uciśnień. Ankietowani zdawali sobie sprawę z tego, jak ważnym i użytecznym urządzeniem jest AED wiedząc, że jego obecność w znacznym stopniu przyczynia się do sukcesu resuscytacji [7].

Zasady dotyczące udzielania podstawowej pierwszej pomocy są dobrze opisane i posiadają szereg wytycznych określających kolejność wykonywania działań w danej sytuacji i w stanie poszkodowanego. Warto mieć na uwadze, że RKO jest bardzo wąskim, wymagającym praktyki, jak i wiedzy działem wchodzącym w skład wytycznych dotyczących udzielania pierwszej pomocy. Badania przeprowadzone w Białymstoku w 2022 r. pt. „Wiedza społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej” zawierały w swoim kwestionariuszu jedynie kilka szczegółowych pytań dotyczących schematu postępowania BLS. W przeprowadzonych przez K. Iskierkę badaniach, znaczna część ankietowanych wyraziła chęć poszerzenia swojej wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy [12]. Osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z ustawą mają obowiązek świadczenia swoich usług w oparciu o najbardziej aktualną i obowiązującą wiedzę, ale być może będąc pod wpływem nadmiaru pracy i obowiązków spowodowanym najczęściej brakami kadrowymi, nie zawsze mogą znaleźć czas by być na bieżąco z wytycznymi z zakresu niepowiązanego z wykonywaną przez siebie specjalizacją.

Przeprowadzone badania ankietowe wykazały, że w większości pielęgniarki operacyjne wiedzą jak udzielać pierwszej pomocy, ponieważ średnio uzyskiwały wynik 14,74 (73,7%) punktów na 20 (100%) możliwych. W autorskiej skali oceny wartość ta stanowiła co prawda „umiarkowany” poziom wiedzy dotyczący schematu postępowania BLS, ale dokładniej analizując przedstawione w pracy pytania można zauważyć, dosyć dobrą znajomość wytycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej prezentowaną przez instrumentariuszki. Pytania, z którymi badani mieli największy problem dotyczyły aktualnych wytycznych, a nie tych odnoszących się do podstaw RKO. Pewne zastrzeżenia mogą budzić skrajnie niskie wartości, w których 3 osoby uzyskały jedynie 5 punktów.

Niewykluczone, że do poprawy takiego stanu rzeczy mogą przyczynić się dodatkowe szkolenia z zakresu BLS prowadzone w oparciu o najnowsze wytyczne lub wywieszane na oddziałach specjalne grafiki zawierające najbardziej aktualne informacje dotyczące RKO zarówno w formie tekstowej, jak i w formie graficznej. Należy mieć na uwadze, że szansa na wystąpienie śródoperacyjnego zatrzymania krążenia jest bardzo niska, to jednak wskazanym byłoby posiadać najbardziej aktualną wiedzę z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, by móc jak najlepiej udzielić pacjentowi profesjonalnej, skutecznej i jak najlepszej pomocy.

Wnioski.

Mając na uwadze powyższe można skonstatować iż:

1. Analizując wyniki przeprowadzonych badań należy zauważyć, że w przypadku znajomości najnowszych wytycznych z zakresu RKO, poziom wykształcenia ma największy wpływ na stan wiedzy w porównaniu do np. stażu lat pracy respondentów. Wykazano, że osoby które skończyły studia magisterskie, średnio osiągały lepsze wyniki niż osoby, które takiego wykształcenia nie posiadały.
2. Zauważono zależność między uzyskiwanymi wynikami, a stażem pracy. Osoby które długo wykonywały zawód instrumentariuszki, bądź świadczyły inne usługi pielęgniarskie osiągały gorsze wyniki, niż absolwenci studiów z krótszym stażem pracy, jednak taką zależność wg. klasyfikacji Cohena uznano jako słabą. Podobna zależność została wykazana w przypadku wieku respondentów. Im pielęgniarki były starsze, tym ich poziom wiedzy z zakresu BLS był niższy niż u młodszych kolegów/koleżanek.
3. Poziom wiedzy dotyczący schematu BLS wśród pielęgniarek operacyjnych w żaden sposób nie rzutował na ich miejsce zamieszkania. Przeprowadzone badania i wykonane obliczenia nie wykazały żadnych istotnych statystycznie różnic

w osiągniętych wynikach, a miejscem pracy. Najprawdopodobniej może wynikać to z powszechnego dostępu do informacji za pośrednictwem Internetu.

4. Autorska pięciostopniowa skala oceny zakładała, że osoby które uzyskają maksymalną ilość punktów (20) posiadają poziom wiedzy „bardzo dobry”. Należy pamiętać, że najprawdopodobniej ww. ankietowani interesują się zagadnieniem z zakresu BLS i są jak najbardziej na bieżąco z najnowszymi wytycznymi, ponieważ pytania z tego zakresu w ankiecie rozwiązywali bezbłędnie. Pozostali uczestnicy badania, pomimo uzyskania niższych wyników w znacznej mierze poprawnie udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące działań przy pacjencie, u którego wystąpiło zatrzymanie krążenia. Niewykluczone, że większość pielęgniarek operacyjnych w sytuacjach krytycznych byłaby w stanie poprawnie prowadzić RKO ponieważ średni wynik uzyskiwany przez instrumentariuszki wyniósł 14,74 pkt. co stanowi 73,7% poprawnych odpowiedzi.
5. W zastosowanej autorskiej skali, wynik 14,74 pkt. oznacza umiarkowany poziom wiedzy z zakresu BLS, co obaliło postawioną hipotezę badawczą, ale w ujęciu ogólnym osoby, które uzyskiwały takie wyniki najprawdopodobniej będą w stanie poprawnie udzielić pierwszej pomocy pacjentowi, u którego nastąpiło NZK. Drobne niedociągnięcia w poziomie ich wiedzy dotyczącej resuscytacji krążeniowo – oddechowej wynikają z niezajomości najnowszych wytycznych opublikowanych w 2021r.
6. Ankietowani w większości znają podstawy wykonywania RKO, jednak ważne jest, aby pielęgniarki były na bieżąco edukowane z tak fundamentalnego działu medycyny, jakim jest udzielanie pierwszej pomocy. W większości respondenci znają podstawy BLS, jednak nie wszyscy o czym świadczyły uzyskiwane wyniki w wartościach <10 pkt. Taki stan rzeczy wymaga dalszej nauki i rozwoju ze strony instrumentariuszek poprzez obowiązkowe uczestniczenie w organizowanych przez kierowników bloków operacyjnych szkoleń z zakresu BLS oraz udostępnienie na terenie bloku operacyjnego aktualnych algorytmów i wytycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej z infografikami.

Piśmiennictwo::

1. Debrand-Passard A, Luce-Wunderle G, Bauer K, et al. Pielęgniarstwo Operacyjne. Łukieńczyk T, redaktor; Niedźwiedzki S, Wieczorek K, tłumaczy. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
2. Fibak J, Burchardt W, Drews M, et al. Chirurgia. Cieszyn: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.

3. Ciuruś M. Pielęgniarstwo Operacyjne. Łódź: Adi; 1998.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. W sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, Rozporządzenie nr Dziennik Ustaw 2013 poz. 1445 [Internet], 26 listopada 2013 [cytowane 26 maja 2024] (Polska). Dostępny w: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001445>.
5. Goyal A, Sciammarella J, Cusik A, Patel P. PubMed [Internet]. Cardiopulmonary Resuscitation - PubMed; 29 maja 2023 [cytowane 26 maja 2024]. Dostępny w: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261985/>.
6. Han F, Wang Y, Wang Y, Dong J, Nie C, Chen M, Hou L. PubMed Central (PMC) [Internet]. Intraoperative cardiac arrest: A 10-year study of patients undergoing tumorous surgery in a tertiary referral cancer center in China; 28 kwietnia 2017 [cytowane 26 maja 2024]. Dostępny w: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5413284/>.
7. Polska Rada Resuscytacji [Internet]. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych; 2021 [cytowane 29 marca 2023]. Dostępny w: <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozd4.pdf>.
8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, Ustawa nr Dziennik Ustaw 1997 nr 88 poz. 553 [Internet], 6 czerwca 1997 [cytowane 26 maja 2024] (Polska). Dostępny w: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970880553>.
9. Polska Rada Resuscytacji [Internet]. Epidemiologia; 2021 [cytowane 29 marca 2023]. Dostępny w: <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozd2.pdf>.
10. Polska Rada Resuscytacji [Internet]. Podsumowanie komitetu wykonawczego ERC; 2021 [cytowane 29 marca 2023]. Dostępny w: <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozd1.pdf>.
11. Polska Rada Resuscytacji [Internet]. Zabiegi resuscytacyjne u dzieci; 2021 [cytowane 29 marca 2023]. Dostępny w: <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozd10.pdf>.
12. Iskierka K., Klimaszewska K., Krajewska E. UMB WNoZ [Internet]. Wiedza społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. 4 marca 2022 [cytowanie 5 maja 2023] Dostępny w: https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ_jednostki/wnoz-z-zintegrowanej-opieki-medycznej/monografie/monografia_iskierka.pdf.

Wiedza pielęgniarek w zakresie opieki wielokulturowej

Ewelina Jaksz-Recmanik, Katarzyna Harat, Beata Babiarczyk

*„Zamiast potępiać ludzi, spróbujmy ich zrozumieć,
zastanówmy się dlaczego robią to, co robią.
To o wiele korzystniejsze i bardziej intrygujące niż krytykowanie.
To rodzi sympatię, tolerancję i uprzejmość.”*
D. Carnegie

Wstęp. Sprawowanie opieki nad pacjentem jest codziennością każdego członka zespołu terapeutycznego. Dzięki określeniu holistycznego podejścia do chorego, personel medyczny nie skupia się tylko na chorobie, ale na całym pacjencie. Sam Hipokrates poruszał już temat leczenia całościowego. W podejściu do pacjenta powinniśmy zwracać uwagę zarówno na jego ciało, jak i umysł, duszę oraz emocje. To właśnie te elementy składają się na całość człowieka, a pomiędzy tymi elementami powinna panować harmonia [1]. Pojęcie duszy często kojarzone jest z duchowością, a sama duchowość - z religią. Pojęcie religii jest złożone, różnie definiowane w religioznawstwie, socjologii czy psychologii. Jedną z powszechnie przyjętych definicji religii jest ta, zaproponowana przez E. Durkheima, która mówi, że jest to „zintegrowany system wierzeń i praktyk, odnoszący się do rzeczy świętych, tzn. rzeczy wyłączonych i zakazanych – wierzeń i praktyk łączących wszystkich, którzy uznają je za swoje, w jedną wspólnotę moralną, zwaną Kościołem” [2]. Religia jest tym co kształtuje człowieka w każdym aspekcie życia, w tym również jego zachowania, styl życia i określa ona zasady jakimi kierują się ludzie w życiu. Dane statystyczne z października 2021r. podają, że pod koniec roku 2020 poza granicami Polski przebywało ponad 2 miliony Polaków. Natomiast jeśli chodzi o osoby, które do Polski przybyły, to dane statystyczne z końca 2020 r. pokazują, że ich liczbę szacuje się na ok. 460 tys, przy czym należy zaznaczyć, że te dane są już nieaktualne z powodu wydarzeń w lutym 2022 r., kiedy to po wybuchu wojny na Ukrainie, do Polski napłynęła znacząca liczba imigrantów. W dzisiejszych czasach przemieszczanie lub zakładanie rodziny, rozpoczynanie „nowego życia” w innym kraju się jest zdecydowanie prostsze i częste. Kolejnymi czynnikami, dzięki którym łatwiej jest nam podróżować jest strefa Schengen, czy zniesienie tak zwanych wiz do Stanów Zjednoczonych. Ciągły ruch ludności na świecie, powoduje mieszanie się kultur, obyczajów, tradycji i religii [3,4].

Nowoczesne pielęgniarstwo wiąże się z ciągłym rozwojem kompetencji kulturowych, a związane jest to z coraz częstszą koniecznością współpracy z pacjentami, którzy są odmienni kulturowo lub religijnie. W związku z ciągłą migracją ludności różnych religii i/lub kultur w pielęgniarstwie pojawiła się duża potrzeba poszerzenia wiedzy w zakresie znajomości zasad stylu życia w różnych religiach, kulturach, a tym samym - rozwoju nowych kompetencji pielęgniarstkich. Nabywanie ich pomaga w stworzeniu swoistego planu opieki, dzięki któremu każda jednostka będzie traktowana indywidualnie. Czynniki wpływające na podejmowanie świadomych decyzji w sprawowaniu opieki nad pacjentem zróżnicowanym kulturowo-religijnie to:

- postawa,
- postępowanie,
- wiedza zdobyta podczas edukacji,
- postrzeganie reakcji pacjenta na proces diagnostyczny,
- postawa pacjenta wobec profilaktyki prozdrowotnej [5].

Kompetencje kulturowo-religijne możemy zdefiniować jako umiejętności, które mają na celu pomóc w zrozumieniu wartości innych kultur, religii a także dopasować się do obyczajów i tradycji panujących w danej grupie etnicznej. Ich celem jest pokazanie personelowi medycznemu jak prawidłowo zachować się w relacji z pacjentem odmiennym kulturowo i religijnie tak, aby nie urazić jego uczuć religijnych [5]. Dzięki Madeleine Leininger, pionierce pielęgniarstwa transkulturowego, i stworzonej przez nią teorii „*Theory Of Culture Care*”, zwrócono uwagę na istotę zastosowania w praktyce kompetencji kulturowych. Twórczyni teorii zwraca uwagę, że te kompetencje należą do grupy nabytych. Teoria ta uczy nas zachowań, nawyków, które mają nam pomóc podczas planowania opieki podjąć decyzje i działania w sposób taki, aby były one dostosowane do danej kultury, religii czy tradycji [6].

W Polsce stosowanie kompetencji kulturowych jest dosyć świeżym podejściem w opiece pielęgniarstkiej. Można zauważyć, że wiele placówek szpitalnych nie zwraca na nie jeszcze uwagi. Pojęcie kompetencji jest bardzo szerokie, jednak można wyszczególnić ich dwa rodzaje. Pierwszy rodzaj, to tak zwane kompetencje twarde i nabywamy je już podczas edukacji, ponieważ jest to przede wszystkim wiedza. Kolejną składową tych kompetencji jest doświadczenie, z biegiem lat poszerzamy także w tym wymiarze swoje umiejętności. Również w pielęgniarstwie pogłębianie wiedzy jest kluczowe i niezbędne. Ciągłe podnoszenie kwalifikacji jest podstawą do sprawowania profesjonalnej oraz nowoczesnej opieki, opartej na najnowszych standardach. Połączenie tych czterech składników przedstawia model pojęcia

kompetencji twardych, które dobrze wykorzystane zwiększają efektywność pracy. Drugim rodzajem kompetencji są tak zwane kompetencje miękkie, nabywane od najmłodszych lat i zaliczamy do nich: chęć rozwoju, umiejętności uczenia się, kreatywność, troska o drugiego człowieka, metody radzenia sobie ze stresem, praca w zespole, zdolności przywódcze, odpowiedzialność za wykonywane czynności. To tylko wybrane kompetencje, które powinny być wykorzystywane na co dzień w pracy z pacjentem. Brak nabycia tych kompetencji podczas pierwszych lat edukacji oddala zespół terapeutyczny od osiągnięcia sukcesu podczas rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych [7].

Na świecie dominującą religią jest Chrześcijaństwo, którego wyznawcy to aż 33% populacji. Drugą największą religią na świecie jest Islam (ok. 22%), a na trzecim miejscu plasuje się Hinduizm (ok. 15%). Wyznawcy Buddyzmu z kolei stanowią około 6% populacji. Inne religie świata to te, w których skład wchodzi Judaizm (6% populacji świata) oraz osoby, które nie utożsamiają się z żadną grupą wyznaniową czy religią (14% populacji świata). W Polsce, największą grupą wyznaniową jest Kościół Rzymskokatolicki (91,9% populacji kraju). Inne Kościoły wyznaniowe obejmują już małe odsetki populacji; Prawosławie - 0,9%, wyznawcy nurtu Protestantckiego - 0,3%, i inne wyznania, do których możemy wliczyć Hinduizm, Buddyzm, Islam - 0,2% [8,9].

Cel pracy. Celem pracy była ocena wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie wielokulturowej opieki nad pacjentem odmiennym religijnie.

Materiał i metody. Przebieg badań. Badania zostały przeprowadzone w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej Śląskiej, a na ich przeprowadzenie została uzyskana zgoda Dyrekcji szpitala. Okres przeprowadzania badań wynosił 3 miesiące. Na oddziały przygotowano i dostarczono 130 ankiet, jednak do analizy zakwalifikowano tylko poprawnie wypełnione 84 kwestionariusze. Udział w badaniu był dobrowolny, a uczestników poinformowano o jego anonimowym charakterze. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietyzacji w której wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała metryczkę oraz 20 pytań w części właściwej, z których 13 miało na celu sprawdzenie wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy na temat opieki pielęgniarskiej nad pacjentami pięciu największych religii świata. Udzielone na pytania odpowiedzi skategoryzowano, oceniając ich poprawność. W każdym pytaniu za prawidłową odpowiedź przyznano 1 punkt, a 0 punktów - za odpowiedzi nieprawidłowe. Ustalono, że liczba punktów 0-7 odpowiada niskiemu poziomowi wiedzy, 8-10 pkt. - średniemu, a 11-13 pkt. – wysokiemu.

Charakterystyka grupy badanej. W grupie badanej kobiety stanowiły 98,8%, natomiast mężczyźni - 1,2%. Pod względem wieku, najwięcej badanych mieściło się w grupie wiekowej 50-65 lat (45,2%); co około trzecia osoba badana była w wieku od 41-50 lat (27,4%), natomiast osoby w wieku 31-40 lat stanowiły 15,5% badanej grupy. Co około dziesiąty badany był w wieku 20-30 lat (11,9%). Prawie połowa ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe magisterskie (40,5%), natomiast co około trzecia osoba posiadała wykształcenie średnie, nabyte w liceum bądź studium medycznym (30,9%) lub legitymowała się wykształceniem wyższym licencjackim (28,6%). W badaniach zwrócono również uwagę na staż pracy osób ankietowanych; największą grupę stanowili ci, ze stażem pracy powyżej 20 lat (64,3%); co około piąty badany posiadał staż pracy od 11-20 lat (19%), a co dziesiąty 0-5 lat (10,7%). W niniejszym badaniu zwrócono również uwagę na różnorodność pracowników pod względem wyznania. Prawie wszyscy badani zadeklarowali się jako wyznawcy Katolicyzmu (95,2%), małe odsetki określiły się mianem Ateistów (3,6%) oraz wyznawców Świadków Jehowy (1,2%).

Wyniki. W badaniach zwrócono uwagę na takie aspekty, jak to, czy badany miał wcześniej kontakt z osobą odmienną kulturowo, czy samodzielnie poszukuje informacji w zakresie opieki pielęgniarskiej wielokulturowej, a jeśli nie - to z jakich względów oraz jakie emocje towarzyszą badanym, gdy pod opieką mają pacjenta odmiennego religijnie. Tu należy podkreślić, że pomimo niskiego poziomu wiedzy o opiece nad pacjentem odmiennym religijnie, w badaniu niniejszym wykazano, iż ponad 78% badanych zdecydowało się zadeklarować: „Każdy pacjent jest równy, starałam/ starałem się opiekować się pacjentem z poszanowaniem jego kultury” (Tabela I).

Tabela I. Charakterystyka deklarowanych przez badanych elementów opieki nad pacjentem odmiennym religijnie

Pytania ankiety		Ogółem N=84	
		n	%
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani pod opieką pacjenta innej religii/ kultury?	Tak	46	54,8
	Nie	38	45,2
Czy poszukuje Pan/ Pani wiedzy jak się opiekować wyznawcami innych religii/ kultur?	Tak	40	47,6
	Nie	44	52,4
Jeśli nie, to z jakich względów nie poszukuje Pan/ Pani tej wiedzy?	Brak zainteresowania / brak wiedzy o szkoleniach w tym kierunku	34	77,2
	Brak odpowiedzi	10	22,7
	Poczucie zagrożenia	1	1,2

Jakie były Pana/Pani odczucia podczas opieki nad pacjentem wielokulturowym*	Stres	2	2,4
	Dyskomfort	0	0,0
	Obojętność	5	5,9
	Każdy pacjent jest równy, starałam/ starałem się opiekować się pacjentem z poszanowaniem jego kultury	66	78,6
	Sympatię	6	7,1
	Zaciekawienie	12	14,3
Czy na Pana/Pani oddziale jest brane pod uwagę wyznanie religijne/ kultura w odniesieniu do opieki medycznej?	Tak	46	54,8
	Nie	22	26,2
	Nie mieliśmy nigdy pacjenta odmiennego religijnie/ kulturowo	16	19,0

*N: liczba badanych; n: liczebność w grupie; *możliwość wskazania kilku odpowiedzi*

W Tabeli II zamieszczono pytania z kwestionariusza ankiety, dotyczące wiedzy badanych na temat opieki nad pacjentem odmiennym religijnie, z podziałem na nieprawidłowe - prawidłowe odpowiedzi lub ich brak.

Tabela II. Charakterystyka odpowiedzi badanych na poszczególne pytania oceniające wiedzę

Pytania ankiety z zakresu wiedzy	Odpowiedź	Ogółem	
		n	%
Jak Pan/ Pani uważa w jakim wyznaniu nie należy łączyć potraw mięsnych z mlecznymi?	Nieprawidłowa	32	38,1
	Prawidłowa	52	61,9
	Nie zna	-	-
Czy według Pan/ Pani wyznawca Judaizmu w Szabat może odmówić wykonywania czynności medycznych?	Nieprawidłowa	25	29,8
	Prawidłowa	27	32,1
	Nie zna	32	38,1
Których produktów nie mogą spożywać wyznawcy Judaizmu?	Nieprawidłowa	4	4,8
	Prawidłowa	64	76,2
	Nie zna	16	19,0
Czy posiada Pan/ Pani wiedzę w jakich religiach pacjent może chcieć dokonać rytualnego oczyszczenia?	Nieprawidłowa	8	9,5
	Prawidłowa	30	35,7
	Nie zna	46	54,8
Na czym według Pana/ Pani polega Rytualne Oczyszczenie?	Nieprawidłowa	7	8,3
	Prawidłowa	17	20,2
	Nie zna	60	71,5

Czy wie Pan/Pani w jakich religiach prawa strona ciała jest uznawana za czystą	Nieprawidłowa	5	6,0
	Prawidłowa	48	57,1
	Nie zna	31	36,9
Których leków według Pana/ Pani ze względu na skład nie należy podawać wyznawcy Islamu?	Nieprawidłowa	11	13,1
	Prawidłowa	73	86,9
	Nie zna	0	-
Jaką dietę zaproponował/a by Pan/ Pani wyznawcy hinduizmu?	Nieprawidłowa	31	36,9
	Prawidłowa	50	59,5
	Nie zna	3	3,5
Czy Pan/ Pani spotkał się z pojęciem Nici Bramińskiej?	Nieprawidłowa	63	75,0
	Prawidłowa	20	23,8
	Nie zna	1	1,2
W jaki sposób zdjął/ zdjęła by Pan/ Pani Nić Bramińską?	Nieprawidłowa	9	10,7
	Prawidłowa	12	14,3
	Nie zna	63	75,0
Czy według Pana/ Pani wyznawcy Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego spożywają mięso?	Nieprawidłowa	60	71,4
	Prawidłowa	24	28,6
	Nie zna	0	-
Mając do czynienia z pacjentką muzułmanką, na co zwrócił by Pan/ Pani szczególną uwagę.	Nieprawidłowa	4	4,8
	Prawidłowa	73	86,9
	Nie zna	7	8,3
Jak Pani/Pan sądzi jakich produktów w czasie trwania postu, postanowi unikać wyznawcy religii Prawosławnej	Nieprawidłowa	24	28,6
	Prawidłowa	36	42,9
	Nie zna	24	28,6

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie

W kwestionariuszu ankiety zostały również umieszczone pytania sprawdzające poziom wiedzy pielęgniarek z podziałem na poszczególne religie. Analiza wykazała, że w szczególności duży deficyt wiedzy jest w zakresie zasad opieki nad osobą umierającą (Tabela III).

Tabela III. Charakterystyka wiedzy pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem umierającym odmiennym religijnie, z uwzględnieniem religii badanych

Pytania ankiety	Religia badanych	Znajomość zasad opieki	
		Nie zna	Zna

		n	%	n	%
Czy zna pani zasady opieki nad osobą umierającą w poszczególnych religiach	Judaizm	76	90,5	8	9,5
	Islam	73	86,9	11	13,1
	Chrześcijaństwo	63	75,0	21	25,0
	Hinduizm	81	96,4	3	3,6
	Buddyzm	80	95,2	4	4,8
Czy wie Pan/ Pani czy w wymienionych religiach praktykowane są posty, jeśli tak to czy zna Pan/Pani ich rodzaje i ewentualnie kiedy są obchodzone?	Judaizm	42	50,0	42	50,0
	Islam	73	86,9	11	13,1
	Chrześcijaństwo	78	92,9	6	7,1
	Hinduizm	65	77,4	19	22,6
	Buddyzm	78	92,9	6	7,1

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie

Za pomocą testu chi-kwadrat oraz dokładnego testu Fishera zbadano zależność między poziomem wiedzy badanych w zakresie opieki wielokulturowej, a zmiennymi socjodemograficznymi. Analiza statystyczna wykazała jedyną istotną statystycznie zależność między wiekiem, a dwoma pytaniami ankiety. Okazało się, że istotnie więcej badanych w wieku 41-50 lat znało prawidłową odpowiedź na pytanie: „Jaką dietę zaproponował/a by Pan/ Pani wyznawcy hinduizmu?”, w porównaniu do innych grup wiekowych ($\chi^2=8,55$; $p=0,014$). Podobnie okazało się w przypadku pytania: „Czy spotkał się Pan/ Pani z pojęciem Nici Bramańskiej?”; istotnie więcej badanych w wieku 41-50 lat odpowiedziało na to pytanie poprawnie ($\chi^2=8,67$; $p=0,013$).

Dalsza analiza statystyczna potwierdziła jednak, że fakt poprzedniego kontaktu z pacjentami innego wyznania jest istotnym predyktorem odpowiedzi na niektóre pytania ankiety (Tabela IV).

Tabela IV. Charakterystyka korelacji pomiędzy doświadczeniem z poprzednich kontaktów z pacjentami innego wyznania, a elementami wiedzy badanych

Pytania ankiety z zakresu wiedzy	Odpowiedź	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani pod opiekę pacjenta innej religii/ kultury?				χ^2	p
		Tak		Nie			
		n	%	n	%		
Jak Pan/ Pani uważa, w jakim wyznaniu nie należy łączyć potraw mięsnych z mlecznymi?	Nieprawidłowa	13	28,3	19	50,0	4,17	0,041*
	Prawidłowa	33	71,7	19	50,0		

Na czym według Pana/ Pani polega Rytualne Oczyszczenie?	Nieprawidłowa	31	67,4	36	94,7	8,02	0,005**
	Prawidłowa	15	32,6	2	5,3		

*n: liczebność w grupie; p: poziom istotności statystycznej; *test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a*

Analiza punktów uzyskanych przez badanych w pytaniach o wiedzę pozwoliła wyodrębnić poszczególne poziomy wiedzy (Tabela V).

Tabela V. Kategorie poziomu wiedzy badanych

Poziom wiedzy w zakresie opieki wielokulturowej	Ogółem N=84	
	n	%
Niski (0-7 pkt)	53	63,0
Średni (8-10 pkt)	26	31,0
Wysoki (11-13 pkt)	5	6,0

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie

Opisane wyżej poziomy wiedzy porównano ze zmiennymi socjo-demograficznymi badanych oraz z faktem wcześniejszego zawodowego kontaktu z pacjentem innej religii/ kultury. Analiza statystyczna wykazała, że fakt wcześniejszej opieki nad pacjentem innego wyznania wpływa istotnie na poziom wiedzy badanych ($\chi^2=6,30$; $p=0,012$). Połowa badanych, którzy opiekowali się wcześniej pacjentami innego wyznania miała co najmniej średni poziom wiedzy w zakresie opieki wielokulturowej, natomiast 78,9% badanych, którzy wcześniej się nie opiekowali się takimi pacjentami miało niski poziom wiedzy z tego zakresu.

Dyskusja. Wiedza na temat prawidłowej opieki wielokulturowej jest bardzo ważna, a poznanie kultury chorego może pomóc personelowi zrozumieć niektóre kwestie, które w przeciwnym wypadku mogłyby być rozumiane w zły sposób. Kwiecień i wsp. [10] zwrócili w swojej pracy uwagę, że podczas opieki nad każdym pacjentem, niezależnie od kultury czy religii, z której się wywodzi, należy go traktować tak samo, jak każdego innego. Dzięki zastosowaniu takiej zasady możemy podnieść nie tylko efekt terapeutyczny, ale i jakość opieki pielęgniarskiej. Takie traktowanie wpływa również na pozytywne postrzeganie pielęgniarstwa, jako zawodu świadomego, wszechstronnie ukierunkowanego na problemy pacjenta, a nie tylko personelu skupionego na eliminacji objawów choroby. W niniejszej pracy wykazano, iż ponad 78% badanych udzieliło odpowiedzi: „Każdy pacjent jest równy, starałam/ starałem się opiekować się pacjentem z poszanowaniem jego kultury”. Autorzy w cytowanej wyżej pracy zwrócili także

uwagę na potrzebę poszerzenia wiedzy zespołu terapeutycznego na temat opieki nad pacjentami wielokulturowymi. Strzelczyk i wsp. [11] także podkreślają w swojej pracy, że aby zmniejszyć stres związany z pracą nad pacjentem odmiennym religijnie należy wdrożyć szkolenia oraz kursy. Placówki szpitalne powinny również udostępnić personelowi dostęp do odpowiedniej literatury. Dzięki zastosowaniu takich rozwiązań pracownicy odczują większy komfort pracy, a w konsekwencji podniesie się także jakość opieki nad pacjentem. Badania w literaturze pokazują, że personel który miał pod opieką pacjenta odmiennego religijnie posiada nie tylko wiedzę, ale i doświadczenie w tym, jak działać w sposób profesjonalny, z wykorzystaniem zasobów rzeczowych danego szpitala i oddziału, postępując zgodnie z harmonogramem pracy oddziału. Posiadane doświadczenie w pracy z pacjentem wielokulturowym wpływa na poprawę jakości opieki poprzez wcześniejszą praktykę na temat obyczajów danej kultury bądź religii [11]. Potwierdza to zależność, którą wykazano w niniejszym badaniu - fakt wcześniejszej opieki nad pacjentem innego wyznania wpływał istotnie na poziom wiedzy badanych na temat opieki nad pacjentem odmiennym religijnie.

Badania przeprowadzone przez Dymczyk-Ociepka i wsp. [12] w zakresie poziomu wiedzy na temat opieki i komunikacji wielokulturowej w pielęgniarstwie wykazały jej niski poziom, co jest zbieżne z wynikami badań własnych. Ponadto autorzy cytowanej pracy podkreślili, że 70% badanych wiedzę na temat zasad opieki nad pacjentem odmiennym religijnie czerpie z Internetu, 17% - z książek, a tylko 8% - z kursów.

W swojej pracy na temat wiedzy w zakresie opieki wielokulturowej nad pacjentem umierającym, Duda i wsp. [13] zwróciły uwagę na poziom wiedzy pielęgniarek pracujących w Wielkiej Brytanii oraz Polsce. Z analizy ich badań wynika, że pielęgniarki w Polsce posiadają dużo niższy poziom wiedzy na temat zasad opieki nad pacjentem umierającym wyznania islamu, niż pielęgniarki pracujące w Wielkiej Brytanii. Potwierdzają to również wyniki otrzymane z badań własnych w szpitalu Bystrej, gdzie wiedza personelu pielęgniarckiego określona była na niskim poziomie. Badania wspomnianych autorek pokazują, że wiedza pielęgniarek w Wielkiej Brytanii jest na podobnym poziomie na wszystkich poziomach wykształcenia, za to pielęgniarki pracujące w Polsce, posiadające wykształcenie II stopnia posiadają większą wiedzę, niż te, z wykształceniem I stopnia (co zapewne wynika z faktu iż w programie nauczania dopiero na studiach II stopnia jest przewidziany przedmiot „Pielęgniarstwo wielokulturowe”). Natomiast wyniki badań własnych nie wykazały, żeby wykształcenie istotnie wpływało na wiedzę personelu pielęgniarckiego. Również w pracy Kędry i wsp. [14], dotyczącej wyzwań oraz ograniczeń związanych z opieką nad pacjentami

innych kultur i/lub religii zaobserwowano potwierdzenie wyników, które otrzymano w badaniach własnych. Wynika z nich, iż wykształcenie nie ma wpływu na jakość sprawowanej opieki. Autorzy cytowanej pracy podają, że 42% badanych czerpie wiedzę na temat opieki od rodzin chorych, a podobny odsetek czyni to też poprzez doświadczenia, styczność z pacjentem odmiennym religijnie (ok. 40%). W badaniach poproszono badanych o wyrażenie opinii czy wiedza w toku nauczania jest wystarczająca do sprawowania opieki nad transkulturowymi chorymi; ok. 31% ankietowanych określiło, że wiedza ta jest w ich opinii niewystarczająca. Badania wspomnianych autorów zwróciły także uwagę, iż różnego rodzaju utrudnienia podczas pracy z chorymi odczuła połowa badanych. Najczęściej wskazanymi były bariera językowa (56%), nieznanomość zasad opieki (33%) i brak zaufania pomiędzy zespołem terapeutycznym, a pacjentem i na odwrót [14].

Jak pokazują badania, potrzeba doształcania personelu pielęgniarskiego w zakresie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo czy religijnie jest duża. Pomimo kształcenia pielęgniarek na II stopniu studiów w tym zakresie, wiedza ta jest nie wystarczająca, na co zwracają uwagę same pielęgniarki. Polska staje się krajem wieloreligijnym, gdzie coraz częściej pacjentami są osoby wyznające różne religie, więc oczywistym wydaje się być konieczność podnoszenia kwalifikacji pielęgniarskich w zakresie opieki wielokulturowej. Jest to niezbędne aby zapewnić opiekę pielęgniarską na jak najwyższym poziomie, jak również uchronić personel pielęgniarski przed zbędnym stresem, związanym z opieką nad pacjentem odmiennym religijnie, mającym często zupełnie inne zasady życia, zachowania czy też wierzenia. Nie rozumienie jego często odmiennych zachowań czy postaw może prowadzić do konfliktów, braku chęci współpracy z personelem medycznym. Próba wyjścia naprzeciw takim pacjentom daje szansę na zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej. Jak powiedział wspomniany na wstępie Carnegie D., spróbujmy zrozumieć dlaczego ludzie zachowują się tak, a nie inaczej, np. dlaczego noszenie zakrytych głów w islamie jest dla nich takie ważne, dlaczego koszerne jedzenie w judaizmie odgrywa tak istotną rolę i można by tu mnożyć zachowania, które nie zawsze spotykają się w polskim społeczeństwie ze zrozumieniem. Rozwijanie kompetencji pielęgniarskich w kontekście opieki wielokulturowej da możliwość zrozumienia wielu aspektów życia ludzi odmiennych religijnie, a tym samym ich akceptacji, tolerancji.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonego badania, zostały sformułowane następujące wnioski:

1. Wiedza badanych na temat zasad opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo i religijnie jest ogólnie na niskim poziomie

2. Posiadanie doświadczenia w pracy z pacjentami innych kultur wpływa korzystnie na poziom wiedzy pielęgniarek w analizowanym temacie, w przeciwieństwie do ich wieku, wykształcenia i stażu pracy, które nie wpływały na wiedzę istotnie pod względem statystycznym.
3. Jest duża potrzeba podniesienia wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie opieki nad pacjentem będącym odmiennym religijnie. Wiedza ta powinna być przekazywana nie tylko na II stopniu studiów, ale również np. na kursach czy szkoleniach.

Piśmiennictwo:

1. Markocka-Mączka K., Grabowski K., Taboła R. (wsp.) Holistyczne podejście do pacjenta. [w:] Dybińska E., Szpringer M., Asienkiewicz R. (red.), Profilaktyka i edukacja zdrowotna. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 2017, s.171–180.
2. Piwowarski W. Socjologia religii. Wyd. Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1996.
3. Szałtys D. Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2020 Główny urząd statystyczny GUS [online] Dostępny w Internecie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2020,2,14.html> [dostęp: 01.09.2022]
4. Siwak K. Cudzoziemcy w Polsce. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej GOV [online] Dostępny w Internecie: <https://www.gov.pl/web/udsc/cudzoziemcy-w-polsce-po-2020-r> [dostęp: 01.09.2022]
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. (wsp.) Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawowa konceptualizacja i narzędzia. *Pielęg XXI* 2017;4(61): 40-45.
6. WOIPiP. Impuls. Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych 2020;3-4: S4-S16. Dostępny w Internecie: <http://woipip.pl/wp-content/uploads/2021/03/impuls2020-03-04supl.pdf> [dostęp: 13.10.2022]
7. Projekt „Pielęgniarka XXI wieku”. Zakres luki kompetencyjnej w zakresie kompetencji miękkich w przygotowaniu pielęgniarek do wykonywania zawodu. Dostępny w Internecie: <http://dobrekadry.pl/wp-content/uploads/2020/02/Luka-kompetencyjna.pdf> [dostęp: 13.10.2022]
8. Bieńkuńska A., Ciecieląg P., Góralczyk A. (wsp) Wyznania religijne w Polsce w latach 2015–2018. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2019. Dostępny w Internecie: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3632/1/2/1/religious_denominations_in_poland_2015-2018.pdf [01.09.2022]
9. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. *Pielęgniarstwo Transkulturowe*. Wyd. 1. PZWL, Warszawa 2018.
10. Kwiecień A., Prokopiuk W., Przednowek K. (wsp.) Odmiennność kulturowa w praktyce pielęgniarstwa. [w:] Wysokiński M., Sienkiewicz Z., Fidecki W. *Wyzwanie współczesne pielęgniarstwa*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2021, s.15-38.

11. Strzelczyk J., Brykowska D., Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarskiej. *Pielęg Pol.* 2019;71:61-69.
12. Dymczyk-Ociepka K., Sagan A. Potrzeba edukacji w komunikacji wielokulturowej w pielęgniarstwie. [w:] Kosińska B., Grabowski M. L., *Zeszyty naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie. Seria Nauki o Zdrowiu – Medyczne.* Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe, Częstochowa 2020, s. 37-58.
13. Duda A., Fecko-Gałowicz K., Jabłońska P. (wsp.) Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci. *Piel Zdr Publ.* 2017;7(4):263–267.
14. Kędra E.M., Giza M., Gurowiec P.J. Pacjent odmienny kulturowo w praktyce pielęgniarskiej – wyzwania i ograniczenia w opinii badanych pielęgniarek. *Pielęg Pol.* 2022;83(1):32-38.

Poczucie własnej skuteczności a zażywanie leków przeciwbólowych wśród pielęgniarek

Małgorzata Chmielewska, Katarzyna Dziedzic, Dorota Trybusińska

Wstęp. Znacząca liczba Polaków zażywa leki przeciwbólowe dostępne bez recepty oraz wydawane z przepisu lekarza. W roku 2015 r. leki dostępne bez recepty (OTC) i suplementy diety stosowało niemal dziewięciu na dziesięciu dorosłych (89%) Polaków. Najczęściej były to środki przeciwbólowe i przeciwzapalne (68%), a także łagodzące objawy przeziębienia lub grypy (68%) [1].

Problem dotyczy nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego. Najczęstszym powodem samoleczenia pielęgniarek za pomocą leków bezreceptowych (OTC) jest brak czasu na wizytę u lekarza i przepracowanie. W badaniu Kołtunowicz i Serzysko, prawie 50% badanego personelu medycznego z powiatu bełchatowskiego wskazało iż stosuje leki OTC, gdy czuje objawy choroby, dodatkowo ponad 60 % badanych pielęgniarek kupuje leki przeciwbólowe [2].

Warto wspomnieć o dość powszechnym zjawisku, jakim jest polipragmazja, określana jako niewłaściwa terapia wielolekowa, gdzie pacjent nie zna do końca mechanizmów ich działania lub stosuje leki bez wskazań. Skutkiem tego zjawiska mogą być wzajemne interakcje, lub przekraczanie dziennych dozwolonych dawek konkretnych substancji, co może być poważnym zagrożeniem dla zdrowia a nawet życia. Brak kontroli oraz spożywanie znacznych ilości leków przeciwbólowych, niesie za sobą poważne skutki zdrowotne. Częste zażywanie tej grupy leków może doprowadzić do powstania tolerancji organizmu, a w konsekwencji do zatrucia lub nawet uzależnienia. Łatwa dostępność do licznych grup leków przekłada się na przekonanie, iż stosowanie ich jest całkowicie bezpieczne, i pobawione jakiegokolwiek ryzyka zdrowotnego [3].

Praca w zawodzie pielęgniarki wiąże się z narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne oraz ergonomiczne. Powodują one negatywne skutki zdrowotne w postaci chorób zawodowych lub wypadków w pracy, ale także ograniczają skuteczność pracy pielęgniarek [4]. Warunki pracy w konkretnym zakładzie opieki zdrowotnej, zmienność pracy pielęgniarek, różnorodność i specyfika zadań generują wiele problemów, w tym liczne dolegliwości bólowe. Trudne sytuacje w miejscu pracy powodują, że grupa ta często sięga po leki przeciwbólowe, aby szybko i skutecznie uśmierzyć lub złagodzić pojawiające się

dolegliwości. Również wieloletnia praca zmianowa, permanentny stres powodują powstawanie różnych chorób przewlekłych, których terapia wymaga stosowania leków przeciwbólowych [5-7].

Praca pielęgniarek bez wątpienia jest wymagająca, co wynika z wielu czynników. Trudne sytuacje, które pojawiają się, w sposób szczególny przyczyniają się do zróżnicowanego funkcjonowania zarówno na poziomie behawioralnym, jak i emocjonalnym. Pielęgniarka spotyka się z problemami, które wykraczają poza obszar zdrowia i sprzyjają nasilaniu się napięć emocjonalnych [8].

Sposób radzenia sobie z trudnościami zawodowymi nie zawsze bywa konstruktywny, a w niektórych przypadkach może przybierać formę sięgania po leki lub inne substancje psychoaktywne w sposób niekontrolowany.

Poczucie własnej skuteczności określa ludzi pod względem funkcjonowania poznawczego i motywacyjnego. Wiara we własną skuteczność determinuje w dużej mierze to, jak ludzie myślą, czują, jaką mają motywację i jak zachowują się w pracy [8].

Cel pracy. Głównym celem niniejszej pracy jest analiza poczucia własnej skuteczności w kontekście zażywania leków przeciwbólowych przez personel pielęgniarski pracujący w oddziałach szpitalnych.

Materiał i metody. Badania zrealizowano w okresie 01.12.2022 roku do 28.02.2023 na grupie 126 pielęgniarek pracujących na oddziałach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i onkologicznej, rehabilitacji oraz kardiologii, w radomskich szpitalach. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietowania. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany kwestionariusz „GSES” – Skala uogólnionej własnej skuteczności” Schwarzera i Jerusalema w adaptacji Juczyńskiego. Do analizy statystycznej wykorzystano pakiet IBM SPSS Statistics 26. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

Analiza wyników badań. Przedział wiekowy ankietowanych wahał się między 22 a 63 rokiem życia. Najwięcej respondentek było w wieku 32-41 lat (32,5%), nieco mniej w wieku 22-31 lat (30,2%), kolejno w przedziale 42-51 lat (17,5%). Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 52-61 lat (19,8%). Wykształcenie wyższe magisterskie ze specjalizacją, zadeklarowało 31% ankietowanych, wykształcenie magisterskie posiadało 27,8% badanych, stopień licencjata zaznaczyło 23% pielęgniarek, natomiast licencjat ze specjalizacją 10,3%. Najmniej osób deklarowało wykształcenie średnie (7,9%).

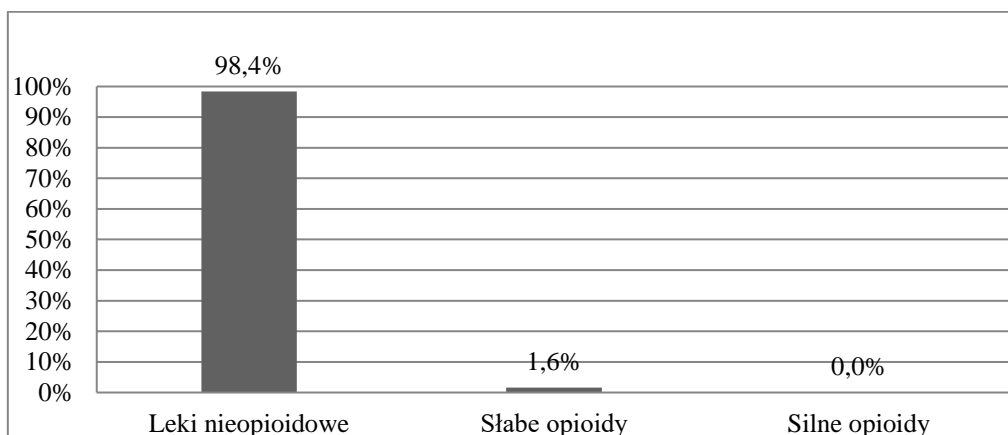
Najwięcej ankietowanych pracowało w oddziale chirurgii ogólnej (21,4%), nieco mniej w oddziale rehabilitacyjnym 20,6%. Jednakowo po 19% w oddziale chorób wewnętrznych i chirurgii onkologicznej. Najmniejsza liczba badanych pracowała w oddziale kardiologicznym (10,8%). Najwięcej badanych (27%) prezentowało staż pracy w zawodzie poniżej 5 lat. Dla 22,2% badanych było to 5-10 lat. Staż pracy w zawodzie 11-20 lat wskazało 21,4%. Jedynie 13,5% badanych pracowało w zawodzie 31-40 lat.

Respondenci zostali zapytani o skalę zażywania leków przeciwbólowych, z podziałem na wydawane na receptę oraz tak zwane OTC (dostępne bez recepty). Częste zażywanie leków OTC zadeklarowało 34,9% badanych, a na receptę jedynie 7,1%. Zdecydowana większość badanych (75,4%) zadeklarowała, że nie zażywała lub nigdy nie zażywała leków przeciwbólowych wydawanych na receptę (tabela nr 1).

Tabela nr 1. Częstotliwość zażywania leków przeciwbólowych bez recepty i na receptę.

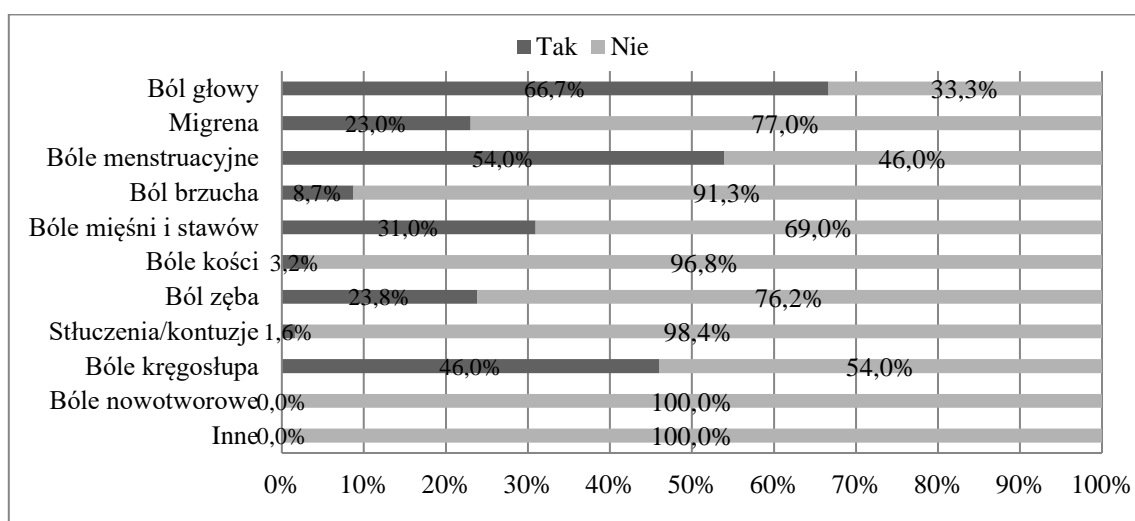
Zmienne niezależne		Ilość osób	Procent (%)
Częstość zażywania leków bez recepty	Nigdy	2	1,6
	Nie	1	0,8
	Czasami	57	45,2
	Często	44	34,9
	Bardzo często	22	17,5
	Ogółem	126	100,0
Częstość zażywania leków na receptę	Nigdy	43	34,1
	Nie	52	41,3
	Czasami	18	14,3
	Często	9	7,1
	Bardzo często	4	3,2
	Ogółem	126	100,0

Najczęściej zażywaną grupą leków były leki nieopiodowe (98,4%). Żadna z badanych osób nie wskazała, aby zażywała silne leki opiodowe, a jedynie 1,6% badanych zadeklarowało zażywanie słabych opiodów (wykres numer 1).



Wykres nr 1. Rodzaje leków przeciwbólowych j zażywanych przez badanych w razie wystąpienia bólu.

Najczęściej prezentowanymi przyczynami, dla których ankietowane zażywały leki przeciwbólowe, był ból głowy (66,7%), bóle menstruacyjne (54,0%) oraz bóle kręgosłupa (46,0%). Najrzadziej wskazywane były stłuczenia i kontuzje (1,6%) oraz bóle kości (3,2%). Wyniki wskazały zatem, że przyczyny sięgania po leki nie są związane ze specyfiką pracy w oddziale szpitalnym (wykres numer 2).



Wykres nr 2. Rozkład procentowy dotyczący przyczyn sięgania po leki przeciwbólowe.

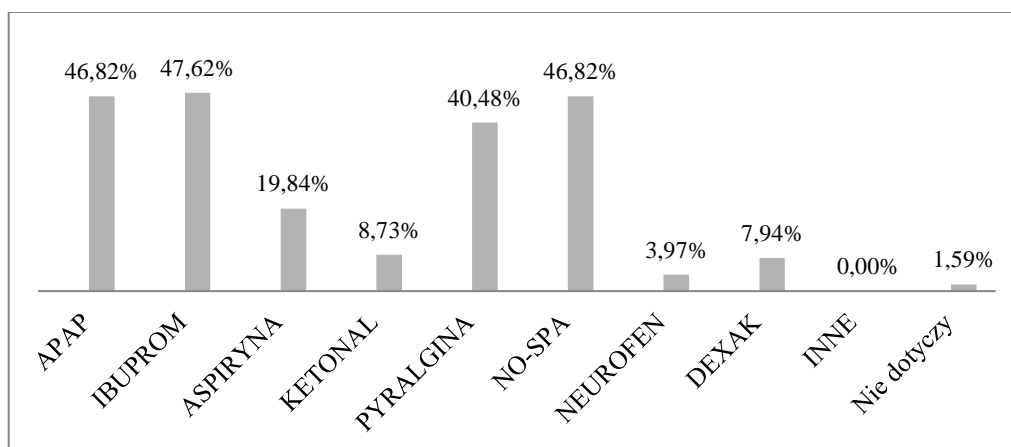
Ponad połowa respondentek (55,55%) zażywała leki przeciwbólowe podczas średnio odczuwanego bólu, w skali VAS odpowiadający 4-7 punktom. Na przyjmowanie leków przeciwbólowych podczas silnie odczuwanego bólu wskazało się 36,51% pielęgniarek, jedynie 7,94% w związku z łagodnie odczuwanym bólem (tabela numer 2).

Tabela nr 2. Zażywanie leków przeciwbólowych w stosunku do natężenia bólu.

Jakie natężenie w skali VAS powoduje, że zażywa Pani leki przeciwbólowe?	Ilość osób	Procent (%)
0 pkt (brak bólu)	0	0,0
1-3 pkt (łagodny ból)	10	7,94

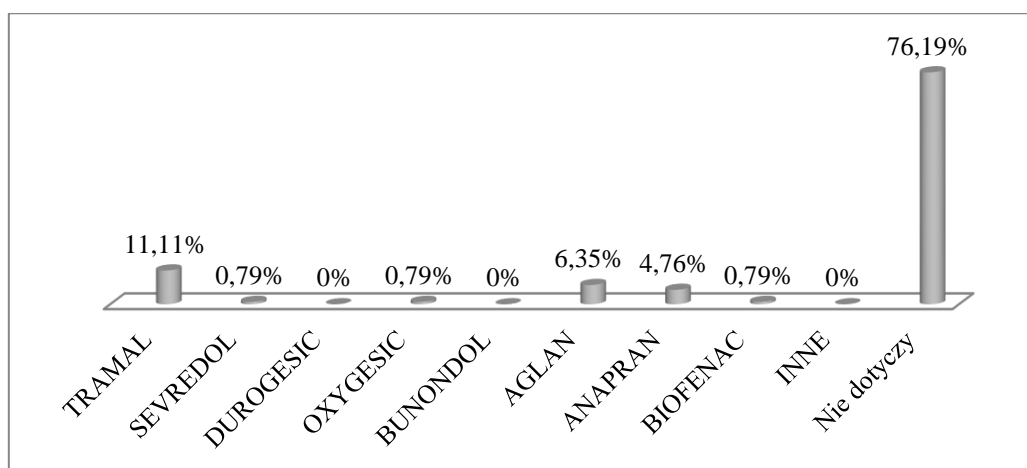
4-7 pkt (średni ból)	70	55,55
8-10 pkt (silny ból)	46	36,51
Suma	126	100,0

Najbardziej popularnym lekiem OTC zażywany przez respondentki okazał się Ibuprom (47,62%). Kolejno wskazano na Apap oraz No-Spę (jednakowo po 46,82%). Na trzecim miejscu znalazła się Pyralgina (40,48%). Najrzadziej badani wskazywali na Dexak (7,94%) oraz Neurofen (3,97%) (wykres numer 3).



Wykres nr 3. Rodzaje zażywanych leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty

Zdecydowana większość pielęgniarek 76,19% wskazała, że nie zażywa leków przeciwbólowych wydawanych na receptę. Pozostałe Panie wskazały Tramal (11,11%), Aglan (6,35%), Anapran (4,76%) (wykres numer 4).



Wykres nr 4. Rodzaje zażywanych leków przeciwbólowych dostępnych na receptę

Ponad połowa ankietowanych (53,17%) zadeklarowała, że rzadko zauważała działania niepożądane przyjmowanego leku przeciwbólowego. Nieco mniejsza liczba pielęgniarek (41,80%) dostrzegała takie objawy raczej rzadko lub wcale (tabela numer 3).

Tabela nr 3. Częstość występowania działań niepożądanych związanych z przyjmowaniem leków przeciwbólowych.

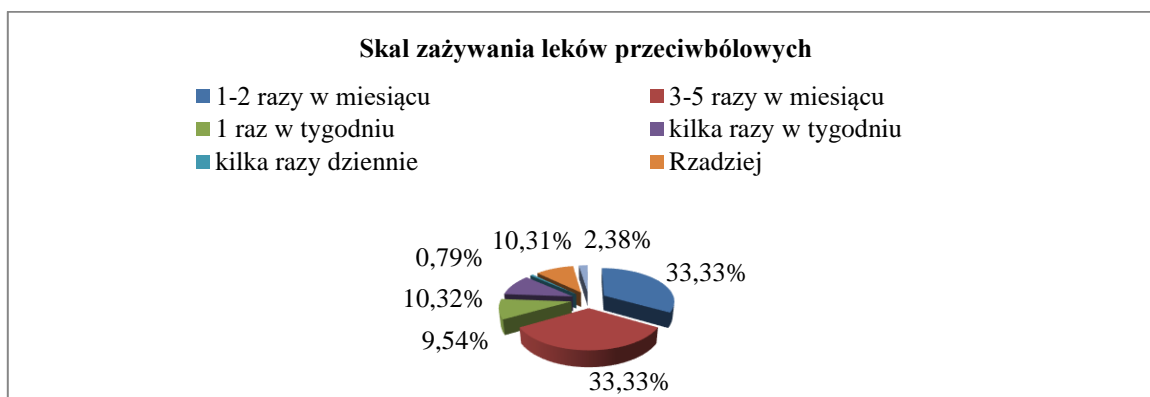
Częstotliwość działań niepożądanych leku przeciwbólowego, którego w opinii badanych	Liczba osób	Procent (%)
Bardzo często	0	0,0
Dość często	6	4,76
Raczej rzadko	27	21,43
Rzadko	67	53,17
Wcale	26	20,63
Suma	126	100,0

41,27% respondentek nie odczuła działań niepożądanych przyjmowanego leku. Wśród najczęściej występujących badane wskazały senność (32,54%), bóle brzucha (15,87%), zawroty głowy (7,94%) (tabela numer 4).

Tabela nr 4. Rodzaje odczuwanych działań niepożądanych po zażyciu leków przeciwbólowych.

Jakie działania niepożądane zauważyła Pani po zażyciu leków przeciwbólowych?(Pytanie wielokrotnego wyboru)	Liczba osób	Procent (%)
Nudności i wymioty	8	6,35
Zawroty głowy	10	7,94
Senność	41	32,54
Bóle brzucha	20	15,87
Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej	3	2,38
Reakcje alergiczne (wysypka, pokrzywka, świąd, krosty, zaczerwienienie skóry)	2	1,59
Inne	0	0
Nie dotyczy	52	41,27

Kilka razy w tygodniu leki przeciwbólowe zażywało 10,32%, raz w tygodniu 9,54%, jedynie 0,79% badanych stosowało leki przeciwbólowe kilka razy dziennie. Nieznaczna część respondentów (2,38%) zadeklarowała, że wcale nie zażywa leków przeciwbólowych. Podsumowując częstość zażywania leków przeciwbólowych, to średnio jedna badana pielęgniarka przyjmuje przynajmniej 1 tabletkę leku przeciwbólowego na tydzień. Dane statystyczne obrazuje wykres numer 5.



Wykres nr 5. Częstość zażywania leków przeciwbólowych w ostatnim okresie.

Respondenci zostali poproszeni o dokonanie samooceny na temat konieczności ograniczenia przyjmowanych leków przeciwbólowych. Zdecydowana większość badanej populacji uważała, że raczej nie powinna i zdecydowanie nie powinna ograniczać przyjmowania leków przeciwbólowych (84,92%) (tabela numer 5).

Tabela nr 5. Opinie badanych w zakresie konieczności ograniczenia przyjmowania leków przeciwbólowych

Czy uważa Pani, że powinna ograniczyć przyjmowanie leków przeciwbólowych?	N	Procent (%)
Zdecydowanie nie	26	20,63
Raczej nie	81	64,29
Trudno powiedzieć	10	7,94
Raczej tak	8	6,35
Zdecydowanie tak	1	0,79
Suma	126	100,0

Badane, pielęgniarki zostały ocenione pod kątem poziomu wiedzy na temat leków przeciwbólowych wśród ankietowanych pielęgniarek. Pytania dotyczyły głównie sposobu przyjmowania poszczególnych leków, działania leków, możliwych skutków ubocznych przy stosowaniu leków przeciwbólowych, interakcji między lekami oraz wskazania najsilniejszego leku przeciwbólowego. Suma wszystkich punktów określała ogólny poziom wiedzy, mieszczący się w przedziale 0-11. Niski poziom wiedzy mieścił się w przedziale 0-4, średni poziom wiedzy 5-8, a wysoki poziom wiedzy 9-11. Poziom wiedzy badanych na temat leków przeciwbólowych ukształtował się na średnim poziomie ($M = 7,66$; $SD = 1,54$).

W celu określenia poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami wykorzystano w badaniu skalę GSES. Badanych charakteryzował umiarkowanie wysoki poziom poczucia własnej skuteczności ($M = 33,32$; $SD = 3,95$).

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku wszystkich wprowadzonych zmiennych okazał się istotny statystycznie, co oznacza, że ich rozkłady istotnie odbiegają od rozkładu normalnego (tabela numer 6).

Tabela nr 6. Badanie zależności między częstością zażywania leków przeciwbólowych wydawanych bez recepty i na receptę, a poziomem wiedzy na temat leków przeciwbólowych oraz analizą własnej skuteczności GSES z uwzględnieniem testu Shapiro-Wilka.

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Częstość zażywania leków przeciwbólowych bez recepty	3,66	4,00	0,83	-0,05	0,27	1,00	5,00	0,83	<0,001
Częstość zażywania leków przeciwbólowych na receptę	2,04	2,00	1,03	1,03	0,69	1,00	5,00	0,83	<0,001
Poziom wiedzy na temat leków przeciwbólowych	7,66	8,00	1,54	-0,83	0,80	2,00	10,00	0,92	<0,001
Poczucie własnej skuteczności na podstawie testu GSES	33,32	34,00	3,95	-0,23	-0,31	22,00	40,00	0,97	0,012

Analiza korelacji *rho* Spearmana. wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy poziomem wiedzy na temat leków przeciwbólowych, a częstością zażywania tych bez recepty. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wiedzy w przedmiotowym zakresie rosła częstość przyjmowania przez respondentki leków przeciwbólowych bez recepty. Ponadto zaobserwowany związek okazał się umiarkowanie silny ($0,30 < rho < 0,50$).

W przypadku częstości zażywania leków przeciwbólowych na receptę nie odnotowano istotnego statystycznie związku z poziomem wiedzy w zakresie leków przeciwbólowych (tabela numer 7).

Tabela nr 7. Korelacja między poziomem wiedzy badanych pielęgniarek na temat leków przeciwbólowych z częstotliwością ich zażywania.

Zmienna	Współczynnik korelacji	Poziom wiedzy na temat leków przeciwbólowych
Częstość zażywania leków przeciwbólowych bez recepty	<i>rho</i> Spearmana	0,38
	istotność	<0,001
Częstość zażywania leków przeciwbólowych na receptę	<i>rho</i> Spearmana	-0,08
	istotność	0,344

Analiza korelacji *rho* Spearmana, wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności, a częstością zażywania leków przeciwbólowych bez recepty oraz istotny statystycznie ujemny związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności, a częstością zażywania leków przeciwbólowych na receptę. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu poczucia własnej skuteczności, częstotliwość zażywania leków bez recepty rosła,

a leków na receptę spadała. Zaobserwowane związki okazały się słabe ($\rho < 0,30$) (tabela numer 16).

Tabela nr 8. Korelacja pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a częstotliwością zażywania leków przeciwbólowych wydawanych bez recepty i na receptę.

Zmienna	Współczynnik korelacji	Poczucie własnej skuteczności
Częstość zażywania leków przeciwbólowych bez recepty	ρ Spearmana	0,27
	istotność	0,002
Częstość zażywania leków przeciwbólowych na receptę	ρ Spearmana	-0,18
	istotność	0,040

Dyskusja. Grupa zawodowa pielęgniarek jest narażona na wiele zagrożeń w pracy, którymi między innymi jest stres, obciążenia fizyczne, ból, wymuszone pozycje ciała czy brak profesjonalnego sprzętu. Powyższe sytuacje są powodem zażywania leków przeciwbólowych, aby szybko i skutecznie uśmierzyć lub złagodzić pojawiające się dolegliwości [9].

Nie bez znaczenia jest fakt, że sposób radzenia sobie z dolegliwościami nie zawsze jest prawidłowy. Ze względu na zmęczenie, brak czasu, indywidualne podejście do zwalczania problemów i chorób, ma charakter uproszczony i doraźny, tak aby szybko uporać się z dolegliwościami, ale bez bardziej dogłębnej analizy swojego stanu zdrowia.

Badania własne pokazały znaczną przewagę zażywania leków przeciwbólowych głównie wydawanych bez recepty oraz z pierwszego szczebla drabiny analgetycznej – tzw. leków nieopiodowych. Podobne wyniki uzyskali Dobrowolna i Hagner, którzy wykazali, że czynne zawodowo pielęgniarki w walce z doznaniem bólowym najczęściej stosują tę grupę leków przeciwbólowych [10].

Badania przeprowadzone przez Ogińską i Żuralską, wśród 112 pielęgniarek z oddziałów neurologicznych, pod kątem ich wypalenia zawodowego wykazały, że prawie wszystkie ankietowane odczuwały bóle kręgosłupa (95,5%) oraz cierpiały z powodu bólów głowy (89,3%). Z uzyskanych odpowiedzi na pytanie, jak respondentki radzą sobie z występującymi dolegliwościami, wynika, że blisko połowa z nich (49,1%) samodzielnie stosowała środki farmakologiczne i żadna z nich nie korzystała z pomocy psychologa. Nadużywanie leków w tej grupie miało miejsce u 4,5% ankietowanych [11]. Kolejne badanie przeprowadzone na grupie 123 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach w województwie łódzkim potwierdziło iż bóle kręgosłupa dotyczą grupę zawodową pielęgniarek, gdyż wszystkie (100%) odczuwały dolegliwości bólowe najczęściej w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. W czasie odczuwania

dolegliwości bólowych kręgosłupa 63,4% badanych pielęgniarek sięgało po doustne środki przeciwbólowe [12].

W badaniach własnych zaobserwowano, że pielęgniarki najczęściej decydują się na zażycie leków przeciwbólowych z powodu bóli głowy, menstruacyjnych oraz kręgosłupa. Nie zaobserwowano istotnej zależności między oddziałem, w którym pracują pielęgniarki a powodem, dla którego sięgają po leki przeciwbólowe. Mimo wielu sposobów radzenia sobie w wyzwaniach i problemami w pracy, nie zawsze stosowane metody są konstruktywne. W badaniach Szczech, Rybki i Ślusarza przeprowadzonych wśród pielęgniarek anestezyjologicznych wykazano, że pielęgniarki stosują zróżnicowane metody w walce z bólem. Najwięcej ankietowanych zaznaczyło, że w łagodzeniu dolegliwości wykorzystują zarówno farmakoterapię jak i metody niefarmakologiczne (74,3%). Wyłącznie po leki sięga 24,3% osób, tylko 1,4% respondentów wskazało, że w walce z bólem stosuje wyłącznie metody niefarmakologiczne [13].

W badaniach własnych można zaobserwować, że wraz ze wzrostem poziomu poczucia własnej skuteczności (mierzonym skalą GSES - średnia dla badanej grupy wyniosła 33,32 punktów), częstotliwość zażywania leków dostępnych bez recepty rosła, natomiast leków dostępnych na receptę spadała. Oznacza to, że większość ankietowanych pielęgniarek przyjmowała leki OTC. Zaobserwowany związek może być przyczyną samoleczenia za pomocą leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty. Im pielęgniarka ma wyższy poziom własnej skuteczności, tym ma większe poczucie, że jest w stanie sama zwalczyć swoje dolegliwości bólowe bez konsultacji z lekarzem. Badania Żurnalskiej i wsp. przeprowadzone wśród 216 pielęgniarek i pielęgniarzy, będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z minimum pięcioletnim stażem pracy, wykazała podobnie wysoki wynik własnej skuteczności wśród respondentów. Blisko 60% osób uzyskało wynik w przedziale punkowym 30-40 [14]. Kolejne badanie przeprowadzone wśród 71 pielęgniarek pracujących w hospicjum wskazało, że ponad 50% badanych prezentowało wysoki poziom własnej skuteczności. [15]. Podczas przeprowadzonych badań przez Andruszkiewicz i wsp., średni uzyskany wynik skali GSES wśród 428 pielęgniarek pracujących w szpitalu, wyniósł 30.32 punktów [16].

Przedstawione powyżej wyniki pokazują, że pielęgniarki poddane badaniom cechują się wysokim wskaźnikiem własnej skuteczności, który warunkuje odpowiednie podejmowanie decyzji w pracy, radzenia sobie w stresowych sytuacjach oraz pewność siebie, a także dbanie o własne zdrowie. Jest to ważna cecha każdej pielęgniarki, ponieważ dzięki temu jest w stanie

lepiej kontrolować swoje zdrowie, a jednocześnie lepiej radzić sobie z dolegliwościami bólowymi.

Większość pielęgniarek w celu złagodzenia dolegliwości bólowych stosuje terapię samoleczenia, polegająca na przyjmowanie leków przeciwbólowych, przeważnie OTC. Z badań własnych wynika, że pielęgniarki stosują leki doraźnie. Znacznie mniej pielęgniarek zgłaszała swoje dolegliwości bólowe lekarzowi. W przypadku badań przeprowadzonych przez Wyderka oraz Niedzielską pielęgniarki zazwyczaj same sięgały po leki przeciwbólne. Tylko znikoma ilość zgłaszała dolegliwości lekarzowi, a tylko co czwarta chociaż raz skorzystała z zabiegów rehabilitacyjnych [17].

Wnioski.

1. Prawie wszystkie badane pielęgniarki przyznały się do zażywania leków przeciwbólowych.
2. Ankietowani najczęściej zażywali leki przeciwbólne nieopiodowe należące do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, dostępnych bez recepty.
3. Wśród ankietowanych nie zaobserwowano nadużywania leków przeciwbólowych.
4. Zaobserwowano istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy poziomem wiedzy na temat leków przeciwbólowych, a częstością zażywania tych bez recepty. Wraz ze wzrostem poziomu wiedzy rosła częstość przyjmowania przez respondentki leków przeciwbólowych bez recepty.
5. Wzrost poziomu poczucia własnej skuteczności wśród badanych wiązał się z częstszym zażywaniem leków przeciwbólowych wydawanych bez recepty.

Piśmiennictwo:

1. Komunikat z badań nr 158/2016. CBOS. Warszawa, listopad 2016; Leki dostępne bez recepty i suplementy diety: 1-2.
2. Kołtunowicz D., Serzysko B. Ocena wiedzy stosowania leków OTC bez recepty wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego oraz personelu medycznego. Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku. <https://bibliotekanauki.pl/articles/1029955> – 21.02.2024).
3. Dudzińska M., Zwolak A., Neć M., Kurowska M., Malicka J., Smoleń A., Kowalczyk M., Tarach J. Polipragmazja – istotny problem w codziennej praktyce lekarskiej. *Family Medicine & Primary Care Review* 2014; 16, 3: 222–224.
4. Kowalczyk K., Krajewska-Kułać E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka M., Kondzior D., Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89(2): 211–215.

5. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M. Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011; 1, 3: 269–273.
6. Gawęł G. Obciążenie pracą pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym 12-godzinnym. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2003; 3: 77–82.
7. Maciuk M., Krajewska-Kulak E., Klimaszewska K. Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93(4): 728-738.
8. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Felsmann M., Marzec A i in. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19, 2: 144.
9. Kędra E., Sanak K. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013; 3 (2): 119–132.
10. Dobrowolna P., Hagner W. Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek w szpitalu uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz biomechaniczna analiza problemu. *Medical and Biological Sciences* 2007; 21 (4): 53-63.
11. Ogińska J., Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (4): 435-442.
12. Tworek K. Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalach. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2017; 6 (1): 19-22.
13. Szczech E., Rybka M., Ślusarz R. Doświadczenia bólu i wiedza na temat jego patomechanizmu oraz metod leczenia w grupie pielęgniarek anestezjologicznych. w *Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2017; 4(2) 2017: 8-21.
14. Wojcieszek A., Nawalana A., Majda A. Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego 2019. *Pielęgniarstwo Polskie* 2 (72) :141-146.
15. Żuralska R, Mziray M, Postrożny D, Domagała P. Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2014; XV (12): 131–141.
16. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kielbratowska B., Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (2): 143–147.
17. Wyderka M., Niedzielska T. Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 2 (60): 165-169.

Wpływ doświadczenia zawodowego pielęgniarek operacyjnych na poziom odczuwanego stresu w wybranych dziedzinach chirurgii

Emilia Wawszczak, Wiktoria Bieniek

Wstęp. Stres jest szeroko omawianym zjawiskiem w dziedzinach psychologicznych, fizjologicznych, społecznych oraz w środowiskowych. Nie ma on jednej definicji, aktualnie mówi się o stresie jako o niespecyficznej reakcji organizmu na wszelkie niedomagania oraz stanie ogólnej mobilizacji, w odpowiedzi na silny bodziec psychiczny i fizyczny. Każde zdarzenie wywołane przez czynniki środowiskowe, które w pewnym stopniu stwarzają zagrożenie to sytuacja stresowa. Stres to naturalne i fizjologiczne zjawisko niezbędne do prawidłowego rozwoju. Prowadzi on do pełnej mobilizacji organizmu oraz gotowości do walki i ucieczki. W odpowiedniej ilości jest konieczny do prawidłowego funkcjonowania, lecz jego nadmiar i brak umiejętności radzenia sobie z nim negatywnie wpływa na zdrowie [1]. Stres wiąże się z gwałtownym wydzielaniem związków chemicznych, które bardzo szybko przenoszą informację do narządów, gruczołów wydzielania wewnętrznego, dużych mięśni, a także do układu odpornościowego. Jądro migdałowe, podwzgórze, hipokamp i kora przedczołowa to struktury mózgu, które mają wpływ na reakcję emocjonalną i behawioralną na stres.

Fizjologiczne mechanizmy stresu zasadniczo angażują pracę dwóch układów: współczulnego układu nerwowego oraz osi podwzgórze – przysadka – nadnercza. Gdy organizm uzna sytuację za stresującą, współczulny układ nerwowy powoduje pobudzenie i wysyła informację do nadnerczy, aby rozpoczęły produkcję epinefryny i norepinefryny. Hormony te aktywują reakcję walcz i uciekaj. Gdy zagrożenie minie układ przywspółczulny wycisza się. Utrzymujący się długo stres negatywnie wpływa na pracę mózgu, serca, układu odpornościowego. Upośledza zdolność komórek mózgowych do przenoszenia i zużywania glukozy, która jest kluczowym źródłem energii. Przy jej niedoborze komórki mózgowie są bardziej podatne na uszkodzenia. Kortyzol ma niekorzystne działanie na hipokamp, nadmiar tego hormonu prowadzi do upośledzenia zdolności wytwarzania nowych komórek mózgowych i naprawy istniejących, wpływa to na pogorszenie pamięci, nastroju oraz zdolności uczenia się. Podwyższony poziom hormonu stresu skutkuje wzmocnieniem niekorzystnych połączeń pomiędzy ciałem migdałowatym a hipokampem, przez co zwiększa się predyspozycja do funkcjonowania w ciągłym trybie awaryjnym. Może to doprowadzić do bardziej automatycznej i silniejszej

reakcji oraz zmniejszenia zdolności uspokojenia się za pomocą logicznego myślenia. Nadmierne wydzielanie adrenaliny uszkadza wyściółki naczyń krwionośnych prowadząc do nadciśnienia tętniczego, udaru i zawału. Przewlekły stres zakłóca zdrowy sen w konsekwencji powoduje zmęczenie i zwiększa ochotę na jedzenie niezdrowych produktów. W rezultacie w organizmie może wzrosnąć stężenie cukru we krwi oraz odłożyć się nadmiar tłuszczu, szczególnie brzuszego, prowadząc do wzrostu wagi [2].

Długo utrzymujący się stres osłabia układ odpornościowy. Podczas zetknięcia się z wirusami lub bakteriami układ odpornościowy wydziela związki, których zadaniem jest zwalczanie patogenów. Gdy organizm nie czuje się zestresowany po pewnym czasie stan zapalny jest eliminowany. Natomiast podczas przewlekłego stresu, gdy kortyzol jest produkowany bez przerwy zmniejsza się zdolności organizmu do wydzielania przeciwciał w konsekwencji jest bardziej podatny na różne choroby i infekcje [3].

Negatywne skutki pojawiają się w momencie, gdy zdolność radzenia sobie z przeciwnościami jest niewystarczająca lub kiedy oddziałuje na niego zbyt wiele bodźców. Skumulowanie się wielu stresorów prowadzić może do dezorganizacji funkcjonowania. W początkowej fazie stresu, człowiek wykonuje czynności dużo wolniej, później pojawiają się problemy z przekazywaniem i odbiorem informacji aż do momentu, w którym dochodzi do dezorganizacji życia. Objawami stresu może być przygnębienie, ciągłe podenerwowanie, irytowanie się, impulsywna reakcja na mało istotne rzeczy. Stałe utrzymywanie organizmu człowieka w takim stanie prowadzi do chorób serca, nerwicy, bezsenności, zaburzenia miesiączkowania, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, depresji.

Pielęgniarstwo operacyjne skupia się głównie na bezpiecznym przeprowadzeniu pacjenta przez cały zabieg operacyjny. Praca pielęgniarki operacyjnej (instrumentariuszki) polega na wykonywaniu czynności związanych z przygotowaniem sali operacyjnej, a także instrumentarium chirurgicznego do przeprowadzenia operacji leczniczych i diagnostycznych, pomoc w prawidłowym ułożeniu pacjenta i instrumentowanie w trakcie podstawowych oraz wysokospecjalistycznych operacji. Od specjalistów pielęgniarstwa operacyjnego wymaga się fachowej wiedzy z zakresu etapów i rodzajów operacji, które wykonywane są w: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii małoinwazyjnej i endoskopowej, ginekologii i położnictwa, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii, chirurgii klatki piersiowej, kardiochirurgii i kardiologii inwazyjnej, chirurgii naczyniowej, urologii, otolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, okulistyki, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, chirurgię transplantologiczną, chirurgię dziecięcą [4].

Praca pielęgniarki operacyjnej wiąże się z umiejętnością przewidywania zagrożeń dla zdrowia i życia pacjenta, a także personelu bloku operacyjnego, szybkiego reagowania, zapobiegania zakażeniom szpitalnym, zarządzania jakością okołoperacyjną, szacowania kosztów bloku operacyjnego. Instrumentariuszka musi być sumienna, rzetelna, dokładna, odpowiedzialna, wytrwała, spostrzegawcza, potrafić pracować pod presją czasu, w zespole, mieć podzielną uwagę, a także musi posiadać dobrą kondycję fizyczną i psychiczną, gdyż operacje bywają bardzo trudne i długie [5].

Celem badań było sprawdzenie jak doświadczenie zawodowe pielęgniarek operacyjnych wpływa na poziom odczuwanego stresu w wybranych dziedzinach chirurgii.

Material i metoda – użytą metodą był sondaż diagnostyczny, techniką - ankietowanie, do przeprowadzenia badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 31 pytań. Na 4 pytania badani odpowiedzieli za pomocą 5 stopniowej skali Likerta, 27 pytań to pytania zamknięte oraz dane socjodemograficzne respondentów. Badanie przeprowadzono wśród 124 pielęgniarek/pielęgniarzy operacyjnych w 5 warszawskich szpitalach. Ankietowani zostali poinformowani o dobrowolnym i anonimowym udziale w badaniu oraz jego wykorzystaniu do celów naukowych. Badanie trwało od lipca do listopada 2023 roku. W celu weryfikacji istotności różnic między dwiema niezależnymi grupami zastosowano test rang U Manna Whitneya, a dla porównań w przypadku więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallis (H). Procedurę wnioskowania statystycznego przeprowadzono, przyjmując ustalony poziom istotności p poniżej 0,05, co stanowiło kryterium istotności statystycznej analizy.

Wyniki. Charakterystyka grupy badanej: w badaniu udział wzięło 124 ankietowanych, z czego zdecydowaną większość stanowiły kobiety (94%). Ponad połowa badanych to osoby pozostające w związku małżeńskim (55%). Osoby wolne stanowiły 37%. Natomiast osoby rozwiedzione lub owdowiałe reprezentują 7% badanej grupy. Osoby posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa stanowiły 44% ogółu badanych. Taki sam odsetek stanowili badani posiadający licencjat pielęgniarstwa. Osoby z wykształceniem na poziomie liceum medycznego stanowiły 6%, a swoją edukację na poziomie studium medycznym ukończyło również 6% ogółu respondentów. Zdecydowana większość ankietowanych, czyli 87%, to mieszkańcy miast.

Badany personel pielęgniarski to pracownicy różnych bloków operacyjnych. Najwięcej z nich, bo 54%, pracuje na bloku operacyjnym dla osób dorosłych. Natomiast 24,7% respondentów pracuje na bloku wieloprofilowym, który może obsługiwać różne rodzaje operacji. Na bloku dziecięcym zatrudnionych było 18,5% badanych. Badani mają zróżnicowany staż pracy na

bloku operacyjnym. Najwięcej z nich, bo 35,5%, pracuje w tej dziedzinie od 1 roku do 10 lat. Kolejne 25,8% respondentów ma staż wynoszący od 11 do 20 lat. Natomiast 21,8% badanych pielęgniarek ma doświadczenie na bloku operacyjnym dłuższe niż 20 lat. Staż do 1 roku pracy posiada 16,9% ankietowanych. Większość ankietowanych (83,1%) posiada kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego. Pozostałe 16,9% respondentów nie posiada takiego kursu. Wśród badanych, 50,8% posiada specjalizację z pielęgniarstwa operacyjnego. Z drugiej strony 49,2% respondentów nie posiada tej specjalizacji. Większość ankietowanych (62,1%) pracuje na bloku wieloprofilowym, a średni staż pracy wśród tych ankietowanych wynosi 9,6 lat. Na bloku chirurgicznym zatrudnionych jest 33,1% respondentów, średni staż ich pracy to 8,1 lat. Blok kardiochirurgiczny to miejsce pracy 20,2% ankietowanych, którzy pracują tam średnio 10,3 lat. Co czwarty uczestnik badania (25%) pracuje na bloku ortopedycznym, a jego staż wynosi średnio 11,2 lat.

Większość respondentów (93,5%) uznaje stres za nieodłączny element pracy na bloku operacyjnym. Warto zauważyć, że 6,5% respondentów uważa, że stres nie jest nieodłącznym elementem ich pracy. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Opinia na temat powszechności występowania stresu w pracy na bloku operacyjnym.

Czy uważa Pan/ Pani, że stres jest nieodłącznym elementem pracy na bloku operacyjnym	N	proc.
Tak	116	93,5%
Nie	8	6,5%

21,1% respondentów doświadcza stałego stresu w trakcie pracy na bloku operacyjnym. Tylko w sytuacjach nagłych stres odczuwa 22% badanych. 41,5% ankietowanych doświadcza stresu jedynie przy wykonywaniu określonych typów operacji. Podczas współpracy z konkretnymi zespołami stres towarzyszy 13% respondentom. 2,4% ankietowanych twierdzi, że nie odczuwa stresu w trakcie pracy na bloku operacyjnym. Szczegółowe zestawienie odpowiedzi zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Częstotliwość odczuwania stresu w pracy.

Jak często stres towarzyszy Pani/ Panu w pracy?	N	proc.
Cały czas	26	21,1%
Tylko w sytuacjach nagłych	27	22,0%
Tylko podczas niektórych rodzajów operacji	51	41,5%
Tylko podczas współpracy z konkretnymi zespołami	16	13,0%
Nie odczuwam stresu w pracy	3	2,4%

Największa grupa ankietowanych (33,9%) przyznała, że odczuwa podwyższony poziom stresu (ocena 4 pkt. na skali 0-5). Ponadto, 14,5% respondentów doświadcza najwyższego poziomu stresu (ocena 5). Średni stopień odczuwania stresu badani ocenili na 3,3 pkt (SD=1,15). Szczegółowe zestawienie odpowiedzi przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Stopień poczucia zestresowania w trudnej/ nagłej sytuacji podczas operacji.

Jak bardzo czuję się Pan/Pani zestresowan-y/-a podczas nagłej/ trudnej sytuacji podczas operacji?	N	proc.
0 - brak odczuwania stresu	0	-
1	11	8,9%
2	17	13,7%
3	36	29,0%
4	42	33,9%
5 - najwyższy poziom stresu	18	14,5%

Badani wykazują zróżnicowane reakcje na sytuacje związane z operacjami ostrodyżurowymi. Warto zauważyć, że najwięcej respondentów (36,3%) pracuje jedynie do godziny 15. Natomiast 43,5% osób doświadcza niewielkiego stresu w trakcie takich zabiegów, podczas gdy 16,9% nie czuje się zestresowanymi. Należy jednak zwrócić uwagę, że niewielki odsetek respondentów (3,2%) doświadcza bardzo silnego stresu w tego rodzaju sytuacjach. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Stopień odczuwania stresu podczas operacji ostrodyżurowych.

Jak bardzo stresuję się Pan/Pani podczas operacji ostrodyżurowych?	N	proc.
Bardzo się stresuję	4	3,2%
Odczuwam niewielki stres	54	43,5%
Nie czuję się zestresowana	21	16,9%
Pracuję tylko do godziny 15	45	36,3%

Pracownicy bloku o profilu kardiochirurgicznym lub wieloprofilowym doświadczenia zróżnicowanego poziomu stresu podczas nagłych interwencji związanych z założeniem ECMO. Znacząca grupa ankietowanych (34,6%) odczuwa umiarkowany poziom stresu (ocena 3 i 4), podczas gdy 14,7% doświadcza niewielkiego stresu (ocena 1), a 20% najwyższego poziomu stresu (ocena 5). Podobny odsetek badanych (21,3%) przyznał, że nie odczuwa stresu w ogóle w przypadku nagłej interwencji w celu założenia ECMO. Średnio poziom stresu w tym aspekcie został oceniony przez badanych na 2,55 pkt. (SD=1,85) (tabela 5).

Tabela 5. Poziom stresu podczas nagłej interwencji na oddziale w celu założenia ECMO, wśród osób, które pracują na bloku o profilu kardiochirurgicznym lub wieloprofilowym.

Jak bardzo stresuję się Pan/ Pani podczas nagłej interwencji na oddziale w celu założenia ECMO? (Do osób, które pracują na bloku o profilu kardiochirurgicznym lub wieloprofilowym)	N	proc.
0 - brak odczuwania stresu	16	21,3%
1	11	14,7%
2	7	9,3%
3	13	17,3%
4	13	17,3%
5 - najwyższy poziom stresu	15	20,0%

Większość respondentów (61,6%) deklaruje, że choć posiada pewne przygotowanie teoretyczne i praktyczne do operacji o różnej specjalizacji na bloku wieloprofilowym, to nie czuje się pewnie we wszystkich dziedzinach. Jednak znaczna liczba respondentów (24,1%) uważa, że jest dobrze przygotowana zarówno teoretycznie, jak i praktycznie, do operacji o różnej specjalizacji. Niemniej jednak istnieje również mniejsza grupa (14,3%), która deklaruje brak pewności co do swojego przygotowania do wszystkich dziedzin chirurgii na bloku wieloprofilowym (tabela 6).

Tabela 6. Ocena przygotowania teoretycznego i praktycznego do wszystkich operacji o różnej specjalizacji wśród osób, które pracują na bloku wieloprofilowym.

Czy uważa Pan/Pani, że jest dobrze przygotowana teoretycznie i praktycznie do wszystkich operacji o różnej specjalizacji? (Pytanie do osób, które pracują na bloku wieloprofilowym)	N	proc.
Tak	27	24,1%
Nie	16	14,3%
Nie we wszystkich specjalizacjach czuję się pewnie	69	61,6%

W analizie poziomu stresu w kontekście rodzaju bloku operacyjnego, wyniki wskazują na istotne różnice między grupami pracującymi na różnych blokach. Osoby zatrudnione na bloku dziecięcym prezentują najwyższy średni poziom stresu w pracy ($M=20,35$) w porównaniu do pozostałych badanych. W przeciwieństwie do tego, osoby pracujące na bloku dla osób dorosłych wykazują najniższy poziom stresu, osiągając średnią wartość $M=14,43$. Grupa pracująca na bloku wieloprofilowym prezentuje poziom stresu wynoszący średnio 17,35 pkt. Dokładne dane dotyczące poziomu stresu w poszczególnych grupach przedstawione są w tabeli 7.

Tabela 7. Poziom odczuwanego stresu w miejscu pracy a blok operacyjny, na którym pracują badani.

Na jakim bloku operacyjnym Pan/ Pani pracuje?	N	M	SD	H	p
Dziecięcym	23	20,35	5,27		
Dla osób dorosłych	67	14,43	5,33	18,266	0,000
Blok wieloprofilowy	34	17,35	6,63		

N – liczba obserwacji, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, U – wynik testu Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

W tabeli 8. przedstawiono analizę ukazującą poziom odczuwanego stresu w miejscu pracy, a miejscem pracy, jakim jest blok operacyjny. Na bloku wieloprofilowych średni poziom stresu wyniósł 17,23 pkt. Wartość *p* poniżej poziomu istotności 0,05 wskazuje na statystyczną istotność różnic w poziomie stresu między pielęgniarkami pracującymi na blokach wieloprofilowych a pozostałymi grupami. Na bloku o profilu chirurgicznym średni poziom stresu wyniósł 16,41 pkt. Statystyka *U* Manna-Whitneya wyniosła 1672, a wartość *p* wyniosła 0,875, co nie jest statystycznie istotne. Na bloku o profilu kardiochirurgicznym średni poziom stresu wyniósł 17,52 pkt. Statystyka *U* Manna-Whitneya wyniosła 1016,5, a wartość *p* wyniosła 0,168, co również nie jest statystycznie istotne. Na bloku o profilu ortopedycznym średnio badani uzyskali 14,10 pkt. Wynik w tej grupie nie jest istotnie różny od pozostałych badanych ($p > 0,05$).

Tabela 8. Poziom odczuwanego stresu w miejscu pracy a rodzaj profilu bloku operacyjnego na którym pracują badani.

Doświadczenie zawodowe na poszczególnych rodzajach oddziałów	N	M	SD	U	p
Wieloprofilowy	77	17,23	6,04	1407,5	0,038
Chirurgiczny	41	16,41	5,14	1672,0	0,875
Kardiochirurgiczny	25	17,52	6,27	1016,5	0,168
Ortopedyczny	31	14,10	5,59	1068,0	0,031

N – liczba obserwacji, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, U – wynik testu Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

W kontekście analizy poziomu stresu w zależności od stażu pracy na bloku operacyjnym, przedstawione wyniki (tabela 9.) ukazują istotne różnice między grupami o różnym doświadczeniu zawodowym ($H=15,583$; $p=0,001$).

Osoby ze stażem pracy na bloku operacyjnym do 1 roku wykazują najwyższy średni poziom stresu, osiągając wartość $M=18,67$. Grupa osób z doświadczeniem powyżej 1 roku do 10 lat prezentuje średni poziom stresu wynoszący $M=18,25$. Osoby z doświadczeniem od 11 do 20

lat charakteryzują się znacznie niższym średnim poziomem stresu, osiągając wartość $M=13,84$. Natomiast osoby z doświadczeniem dłuższym niż 20 lat uzyskały średni wynik na poziomie 14,33 pkt.

Tabela 9. Poziom odczuwanego stresu w miejscu pracy a staż pracy.

Staż pracy na bloku operacyjnym	N	M	SD	H	p
do 1 roku	21	18,67	5,62		
pow. 1 roku do 10 lat	44	18,25	5,26	15,583	0,001
11-20 lat	32	13,84	7,04		
dłuższy niż 20 lat	27	14,33	4,99		

N – liczba obserwacji, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – wynik testu Kruskala-Wallis, p – istotność statystyczna

Zdecydowana większość respondentów (59,7%) podkreśla, że praca z osobą mniej doświadczoną nie wpływa istotnie na ich poziom stresu. Jednak dla pewnej grupy badanych (21%) taka sytuacja generuje duży stres, co może być związane z obawami dotyczącymi jakości przeprowadzanego zabiegu. Istnieje też grupa respondentów (19,4%), którzy, mając duże doświadczenie, zaznaczają, że praca z osobą mniej doświadczoną nie wpływa na ich stan emocjonalny. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Wpływ pracy z osobą mniej doświadczoną/ nową, która nie do końca zna specyfikę zabiegu.

Jak wpływa na Panią/ Pana praca z osobą mniej doświadczoną/ nową, która nie do końca zna specyfikę zabiegu?	N	proc.
Mam duże doświadczenie więc, nie wpływa to na mnie	24	19,4%
Bardzo się stresuję	26	21,0%
Odczuwam niewielki stres	74	59,7%

W pytaniu dotyczącym doświadczania różnych odczuć w sytuacjach stresowych związanych z pracą na bloku operacyjnym odpowiedzi kształtują się następująco: napięciowego bólu głowy doświadczało 54% respondentów, drżenie rąk było odczuwane przez 29% uczestników badania, bezsenność występowała u 25,8%, ból brzucha został zgłoszony również przez 25,8% badanych, nudności i wymioty stanowiły problem dla 7,3% uczestników badania. Inne odczucia w sytuacjach stresowych związanych z pracą na bloku operacyjnym zostały zaznaczone przez 2,4% respondentów. Brak odczuć w sytuacjach stresowych związanych

z pracą na bloku operacyjnym zadeklarowało 5,6% badanych. Szczegółowe zestawienie odpowiedzi przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Doświadczanie poszczególnych odczuć w sytuacjach stresowych związanym z pracą na bloku operacyjnym.

Czy w sytuacjach stresowych związanym z pracą na bloku operacyjnym doświadczyła Pani/Pan takich odczuć jak:	N	proc.
Napięciowy ból głowy	67	54,0%
Drżenie rąk	36	29,0%
Bezsensowność	32	25,8%
Ból brzucha	32	25,8%
Nudności i wymioty	9	7,3%
Inne	3	2,4%
Brak	7	5,6%

Dyskusja. Praca na bloku operacyjnym wiąże się z dużym stresem i ogromną odpowiedzialnością. Praca pielęgniarki operacyjnej jest o tyle trudna, gdyż wymaga od niej ciągłego skupienia, opanowania, szybkiego reagowania w trudnych i nagłych sytuacjach, umiejętności obsługi i działania aparatury bloku operacyjnego [6]. Długie i ciężkie operacje dla większości osób pracujących w obrębie tej specjalności są obciążające fizycznie i psychicznie. Dane przedstawione w badaniach własnych opartych na autorskim kwestionariuszu ankiety ukazują, że dla 93,5% ankietowanych stres jest nieodłącznym elementem pracy na bloku operacyjnym. Wiązać się to może z szybkim tempem pracy, odpowiedzialnością za życie pacjenta, a także koniecznością podejmowania szybkich i trafnych decyzji w trudnych sytuacjach. Operacje u pacjentów z urazem wielonarządowym, transplantacje, niezajomość zabiegu potęguje poziom odczuwanego stresu [7]. Badania pokazują, że niewielka grupa ankietowanych (21,1%) doświadcza ciągłego stresu. Inni odczuwają stres tylko w nagłych sytuacjach, podczas konkretnych typach operacji ewentualnie w trakcie pracy z danym zespołem. Ciągłe poczucie stresu może wynikać z małego doświadczenia w zawodzie, ewentualnie braku odpowiedniego przygotowania. Doświadczone pielęgniarki operacyjne mają wypracowane schematy, które sprawdziły się np. w ciężkiej sytuacji. Wiedzą, jak opanować emocje i stres, natomiast osoba zaczynająca karierę w pielęgniarstwie operacyjnym zdobywa dopiero doświadczenie, uczy się jak opanować napięcie gdzie na początku jest to zawsze trudne, a także wyrabia dobre nawyki ułatwiające jej pracę w wymagających sytuacjach. Wyniki badania *Understanding stress factors for scrub nurses in the perioperative period: A cross-sectional survey* wykazują zależność między odczuwaniem większego stresu w momencie braku wiedzy na temat przeprowadzanego zabiegu, oraz poczucie większego napięcia u osób posiadających mały staż pracy [8].

Krótszy czas pracy na bloku i mniejsza ilość operacji nagłych może wpływać na niższy poziom odczuwanego stresu, gdyż do godziny 15. trwają operacje planowe, na które pielęgniarka operacyjna może się spokojnie przygotować, natomiast po godzinie 15, w święta i w nocy trafiają na blok pacjenci, którzy wymagają pilnej operacji np. uraz wielonarządowy. W takich sytuacjach wszystko jest na szybko przygotowywane, ponieważ czas odgrywa tu kluczową rolę. D. Włodarczyk i W. Obacz w swoim badaniu „Perfekcjonizm wybrane cechy demograficzne i zawodowe jako predyktory wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym” podkreślają, iż operacje w trybie pilnym, praca na blokach wieloprofilowym, a także podczas operacji transplantologicznych powodują większe napięcie i stres u pielęgniarek operacyjnych.

W badaniach własnych 54% ankietowanych odpowiedziało, że podczas stresu doświadcza napięciowego bólu głowy, 29% drżenia rąk, 25,8% bezsenności, 25,8% bólu brzucha, 7,3 % nudności i wymiotów a jedynie 5,6% badanych nie odczuwa żadnych dolegliwości. Te dane pokazują, że każda osoba doświadcza innych objawów stresu [9]. W badaniu M. Flik „Stres w pracy pielęgniarek instrumentariuszek” potwierdzają tezę odnośnie różnorodnego odczuwania stresu. Badanie to ukazują, iż drżenie rąk i nóg jest najczęstszym objawem stresu.

W badaniu własnym nagła interwencja w celu założenia ECMO powoduje u 34,6% ankietowanych umiarkowany poziom stresu u 14,7% niewielkiego stresu, natomiast u 20% osób stres jest na najwyższym poziomie, różnice te mogą wynikać z małego doświadczenia w takich sytuacjach. Większość respondentów (61,6%) pracujących na bloku wieloprofilowym nie czuje się pewnie we wszystkich dziedzinach, zapewne wynika to z faktu, że na tego typu profilu bloku wykonywana jest ogromna ilość operacji z różnych dziedzin [34,35]. Dlatego aby dobrze się przygotować praktycznie i teoretycznie do wszystkich operacji potrzeba dużo czasu i kilku lat doświadczenia w pracy na bloku wieloprofilowym. Brak wiedzy na temat przeprowadzanej operacji sprzyja dodatkowemu napięciu i zdenerwowaniu. Jedynie 24,1% ankietowanych odpowiedziało, że jest przygotowana teoretycznie i praktycznie do operacji o różnej specjalizacji. Osoby zatrudnione na bloku dziecięcym wykazują najwyższy średni poziom stresu 20,35 pkt. w porównaniu do innych badanych, natomiast grupa pracująca na bloku dla dorosłych wykazuje najniższy poziom stresu 14,43 pkt. Wyniki te sugerują, że praca na bloku dziecięcym wiąże się z większym poziomem odczuwanego stresu. Na bloku wieloprofilowym średni poziom stresu wyniósł 17,23 pkt, na kardiochirurgicznym 17,52, chirurgicznym 16,41 a na ortopedycznym 14,10 pkt. Analiza ta wykazała, że rodzaj profilu bloku wpływa na poziom odczuwanego stresu podczas pracy.

15,16 % ankietowanych odpowiedziało, że posiada specjalizację z pielęgniarstwa operacyjnego natomiast 17,54 nie posiada jej. Należy również zaznaczyć, że specjalizację można rozpocząć dopiero po przepracowaniu dwóch lat w zawodzie i trwa ona dwa lata, przez ten czas instrumentariuszka zdobywa wiedzę jak również doświadczenie. Zauważono zależność między posiadaniem specjalizacji z pielęgniarstwa operacyjnego, a niższym poziomem odczuwanego stresu w miejscu pracy w porównaniu do osób nieposiadających tej formy kształcenia.

Praca z osobą mniej doświadczoną u 59,7% respondentów nie wpływa istotnie na poziom stresu, a 19,4% ankietowanych podkreśla, że ma duże doświadczenie i praca z kimś nowym lub mniej doświadczony nie wpływa na ich poziom stresu. Instrumentariuszki ze stażem pracy pow. 1 roku do 10 lat wykazują najwyższy średni poziom stresu, natomiast osoby z doświadczeniem od 11 do 20 lat charakteryzują się znacznie najniższym średnim poziomem stresu. Wyniki wskazują na istotne różnice w poziomie stresu w zależności od stażu pracy na bloku operacyjnym. Im większe doświadczenie zawodowe tym poziom odczuwanego stresu maleje. Badanie A.-F. Naviaux, A. Rigot, P. Janne, M. Gourdin, które było przeprowadzone wśród 612 osób również wykazało zależność, iż osoby z małym stażem zawodowym doświadczają większego stresu [32,35].

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Większe doświadczenie zawodowe znacząco wpływa na obniżenie poziomu odczuwanego stresu wśród pielęgniarek operacyjnych.
2. Profil bloku operacyjnego istotnie wpływa na poziom odczuwanego stresu przez pielęgniarki operacyjne.
3. Posiadanie specjalizacji może korelować z niższym poziomem odczuwanego stresu w miejscu pracy w porównaniu do osób nieposiadających tych kwalifikacji.

Piśmiennictwo::

1. Lu S., Wei F., Li G., The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. Cell Stress. 2021 Apr 26;5(6):76-85.
2. Greenberg M. Józwiak B., Mózg odporny na stres. Wydanie (dodruck) Poznań 2018
3. Olkuska J., Szcześniak M.: Stres zawodowy a efektywność pracownika w miejscu pracy., Archive of Social Sciences and Humanities Vol.2 No.1 Londyn 2022 s. 60-80
4. Szumska M.: Przeciążenie treścią i kontekstem pracy jako źródło stresu w pracy pielęgniarek. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, Poznań 2018
5. Michalak A., Sierżntowicz R., Pielęgniarstwo operacyjne. Podręcznik do specjalizacji. PZWL wydawnictwo lekarskie. Wydanie 1, Warszawa 2023 s. 170-208

6. Włodarczyk D., Obacz W., „Perfekcjonizm wybrane cechy demograficzne i zawodowe jako predyktory wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym”; Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi 2013
7. Golvani, J., Roos, L. & Henricson, M. Operating room nurses' experiences of limited access to daylight in the workplace – a qualitative interview study. *BMC Nurs* 20, 227 (2021).
8. Naviaux A. F., Rigot A., Janne P., Gourdin M., „Understanding stress factors for scrub nurses in the perioperative period: A cross-sectional survey” *Journal of Visceral Surgery*: 159; 4, 2022, s. 273-278.
9. Stachowicz K., Domin H., Szewczyk B., „Stres jako zagrożenie środowiskowe – jak sobie z nim radzić” *Wszechświat*, t. 123, nr 1–3/2022.
10. Dobrowolska B., Mielczarek–Paszkiwicz E.: *Opieka nad zdrowiem pracownika w środowisku pracy. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Naukowe, Łódź 1992, 531-535.

Inkontynencja u pielęgniarek jako problem społeczno - ekonomiczny

Krystyna Klimaszewska

Wstęp. Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych u kobiet. Pomimo dużego rozpowszechnienia samej choroby, często dużej wiedzy kobiet na temat tego schorzenia, w szczególności kobiet wykonujących zawody medyczne, nie jest dokładnie określona skala tego zjawiska w naszym kraju. Niedoszacowanie wydaje się większe z uwagi na fakt, że rozmowy z lekarzem, dotyczące sfer intymnych, a do takich należy NTM, nie są częste. NTM stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny, egzystencjonalny i ekonomiczny. Znacząco wpływa na wszystkie sfery życia, obniża jego jakość. Przypadłość ta dotyka kobiety w różnym wieku, najczęściej w okresie okołomenopauzalnym. Zwiększenie długości życia oraz starzenie się populacji sprzyjają zwiększeniu częstości występowania. Niepokojącym jest fakt, że objawy inkontynencji stwierdza się u coraz młodszych kobiet [1-, 3]. Kobiety z inkontynencją wycofują się z życia zawodowego, towarzyskiego, społecznego a także z kontaktów intymnych. U większości dochodzi do zmiany stylu życia, głównie z powodu ograniczenia kontaktów towarzyskich i izolacji społecznej. Międzynarodowe Towarzystwo ds. Kontynencji rekomenduje podział NTM na cewkowe i pozacewkowe. Jednakże najbardziej użyteczny, z punktu widzenia klinicznego jest podział w zależności od patomechanizmu inkontynencji. ICS w roku 2002 zaproponował następujący podział nietrzymania moczu [4]:

1. Wysiłkowe nietrzymanie moczu - Stress Urinary Incontinence (SUI) – mimowolny wyciek moczu podczas kaszlu, kichania oraz wysiłku.
2. Nagłace nietrzymanie moczu - Urge Urinary Incontinence (UII) – mimowolny wyciek moczu, któremu towarzyszy lub poprzedza go uczucie nagłego parcia na mocz.
3. Mieszane nietrzymanie moczu - Mixed Urinary Incontinence (MUI) – mimowolny wyciek moczu z uczuciem parcia nagłacego, jak i podczas kaszlu, kichania i wysiłku.

Pozostałe, rzadziej występujące rodzaje nietrzymania moczu według ICS, są to:

1. Moczzenie – każdy mimowolny wyciek moczu.
2. Moczzenie nocne – wyciek moczu podczas snu.
3. Ciągłe nietrzymanie moczu – stały wyciek moczu.
4. Inne typy nietrzymania moczu, np. o charakterze sytuacyjnym podczas śmiechu.
5. Pozacewkowe nietrzymanie moczu – ucieczka moczu np. przez przetoki.

6. Niesklasyfikowane nietrzymanie moczu [5, 6].

W odróżnieniu od patofizjologii, leczenia i rehabilitacji NTM, które są przedmiotem wielu prac badawczych, wiedza na temat jakości i satysfakcji z życia kobiet z tym schorzeniem jest uboga, w szczególnym stopniu dotyczy to pielęgniarek. Zestawienie faktów: NTM u kobiet jest problemem społecznym, dotyczy głównie kobiet w okresie okołomenopauzalnym, tj. w czasie dużej aktywności zawodowej, z uwagi na intymny charakter, objawy, często nie adekwatnie, bądź w ogóle, nie są przedstawione leczącym przez pacjentki, w szczególności wykonujące zawód pielęgniarki oraz negatywny wpływ na kondycję psychofizyczną kobiet, stanowią inspirację do realizacji innych niż dotąd potrzeb o charakterze psychologicznym, społecznym i egzystencjonalnym.

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie w jakim stopniu występowanie NTM różnych typów wpływa na jakość i satysfakcję życia pielęgniarek w okresie okołomenopauzalnym oraz analiza kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem nietrzymania moczu ponoszonych przez pacjenta bądź współfinansowanych lub finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Material i metody. Stosując kwestionariusze jakości życia kobiet z NTM, przebadano 253 czynne zawodowo pielęgniarki (45-60 lat). Oceniono rodzaj NTM (rodzaj NTM pielęgniarki określały samodzielnie na podstawie objawów określonych w ankiecie), stopień zaawansowania nietrzymania moczu (wykorzystano w tym celu elementy wystandaryzowanego kwestionariusza oceniającego zaawansowanie nietrzymania moczu - *Urogenital Distress Inventory UDI-6*), ocenę istotnych czynników związanych z NTM: samoocena masy ciała (zakwalifikowanie samooceny masy ciała do jednego z wymienionych zakresów tj. niedowaga, w normie, nadwaga, otyłość), wiek (zakwalifikowanie swojego wieku do jednego z trzech zaproponowanych przedziałów, tj. 45-50, 51-55 i 56-60 lat), czas trwania NTM, częstość dobową mikcji, oraz wpływ NTM na komponenty życiowe pielęgniarek (IIQ-7). Kwestionariusz - *Incontinence Impact Questionnaire IIQ-7* w wersji skróconej - pytania dotyczyły stopnia utrudnienia wykonywania czynności (w skali bardzo, średnio, trochę, wcale, nie) takich jak: prace domowe, fizyczna rekreacja, korzystanie z rozrywek, możliwości podróżowania środkami lokomocji, udziału w aktywnościach społecznych, ale również i zdrowia psychicznego, emocjonalnego i odczuwania frustracji. Analizę kosztów wykonano na podstawie przeglądu literatury.

Wyniki. Do badań zakwalifikowano pielęgniarki, w wieku 45-60 lat, mieszkanki województwa śląskiego, które posiadały aktualne prawo wykonywania zawodu, aktywne zawodowo. Nie podlegały rekrutacji pielęgniarki deklarujące występowanie choroby przewlekłej (choroby

układowe, nowotworowe, przede wszystkim schorzeniami układu moczowego), będące na rencie inwalidzkiej, trwale niezdolne do wykonywania pracy w zawodzie, nie wyrażające zgody na wykonanie badania ankietowego. Analizując wyniki badanych pielęgniarek stwierdzono: na zadane 253 pielęgniarkom pytanie o występowanie nietrzymania moczu 128 z nich udzieliło odpowiedzi pozytywnej (51 %), 111 (44 %) negatywnej. Pozostałe 14 respondentek nie udzieliło odpowiedzi, albo były one niejednoznaczne. Deklarowaną częstość występowania nietrzymania moczu w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawiono Tabeli I.

Tabela I. Występowanie epizodów inkontynencji w grupie 239 ankietowanych pielęgniarek w poszczególnych przedziałach wiekowych. N- liczebność, % odsetek

Przedziały wiekowe (lata)	Deklarowana inkontynencja		Bez inkontynencji	
	N	%	N	%
45-50 [147 kobiet]	77	52,4	70	47,6
51-55 [53 kobiety]	27	51	26	49
56-60 (34 kobiety)	20	58,8	14	41,2
Brak danych o wieku [5 kobiet]	4		1	
Ogółem	128		111	

Źródło: badania własne.

Jak widać odsetek pielęgniarek, które deklarowały występowanie epizodów NTM przekraczał 50%. Był największy w najstarszym przedziale wiekowym, chociaż różnice w porównaniu z pozostałymi przedziałami nie nosiły cech znamienności statystycznej.

Poniższe tabele II i III prezentują wykształcenie ankietowanych pielęgniarek w podziale na deklarujące bądź nie występowanie epizodów inkontynencji oraz rodzaj NTM z podziałem na przedziały wiekowe.

Tabela II. Wykształcenie 239 śląskich pielęgniarek w okresie okołomenopauzalnym, deklarujących (Inkontynencja) bądź nie (Bez inkontynencji) występowanie epizodów nietrzymania moczu. N - liczba, % - odsetek * znamienność statystyczna p=0,05

Wykształcenie	Inkontynencją		Bez inkontynencji	
	N	%	N	%
Średnie	51	40	32	28
Wyższe	77	60	79	72*
Ogółem	128	100	111	100

Źródło: badania własne.

Jak widać badaną grupę stanowiły 239 czynne zawodowo pielęgniarki, w wieku 45-60 lat, pracujące w placówkach ochrony zdrowia województwa śląskiego, z których 128 deklarowało występowanie epizodów nietrzymania moczu. Pielęgniarki bez tego powikłania różnił od pozostałych większy odsetek posiadających wyższe wykształcenie.

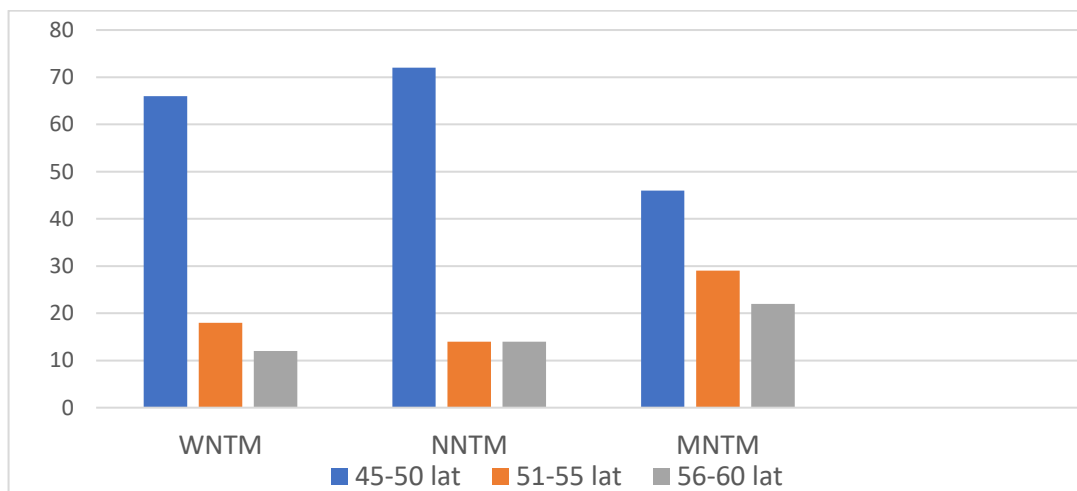
Tabela III. Rodzaje nietrzymania moczu (NTM) u 128 pielęgniarek deklaruujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych. N-liczebność, % - odsetek, w nawiasie odsetek jaki stanowią członkowie grupy wiekowej.

Przedziały wiekowe (lata)	Wysiłkowe NTM		Nagłące NTM		Mieszane NTM	
	N	%	N	%	N	%
45-50	48(66)	38	10(71)	8	19(46)	15
51-55	13(18)	10	2(14)	2	12(29)	9
56-60	9(12)	7	2(14)	2	9(22)	7
Nie podaje wieku	3(4)	2	0	0	1(3)	1
Ogółem	73	57	14	11	41	32

Źródło: badania własne

Jak to uwidoczniono, w każdym z rodzajów nietrzymania moczu odsetek kobiet deklaruujących epizody inkontynencji jest największy w grupie najmłodszej tj. 45-50 lat.

Powiązanie częstości występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu z wiekiem (zależność ujemna) nosi cechy znamienności statystycznej w przypadku wysiłkowego i nagłego NTM, co uwidoczniono na Rycinie 1.



Rycina 1. Odsetek kobiet deklaruujących występowanie różnych rodzajów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych. WNTM wysiłkowe-, NNTM nagłące- i MNTM mieszane nietrzymanie moczu * p<0.001 vs 45-50 lat # p<0.0001 vs 45-50 lat

Źródło: badania własne.

W podsumowaniu należy stwierdzić, iż nietrzymanie moczu dotyczyło ponad połowy pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym. Występowało już w początkowych latach okresu menopauzy. Najczęstszą postacią było wysiłkowe NTM.

W tabeli IV z kolei przedstawiono częstość występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu u pielęgniarek deklarujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Tabela IV. Rodzaje nietrzymania moczu (NTM) u 128 pielęgniarek deklarujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych. N-liczebność, % - odsetek,

Przedziały wiekowe (lata) [NTM +]	Wysiłkowe NTM		Nagłące NTM		Mieszane NTM		Bez inkontynencji (NTM -)		Razem NTM i NTM -	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
45-50 [77 kobiet]	48	32,7	10	6,8	19	12,9	70	47,6	147	100
51-55 [27 kobiet]	13	24,5	2	3,8	12	22,6	26	49,1	53	100
56-60 [20 kobiet]	9	26,5	2	5,8	9	26,5	14	41,2	34	100
Brak danych o wieku [4 kobiety]	3		0		1		1		5	
Ogółem [128 kobiet]	73		14		41		111		239	

Źródło: badania własne.

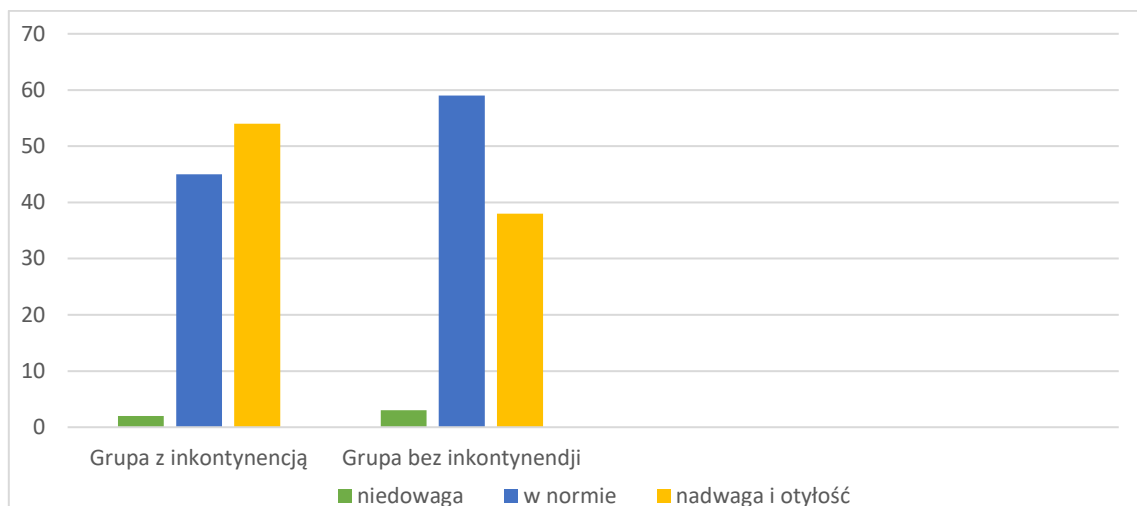
Jak to uwidoczniono, w wysiłkowym i nagłym nietrzymaniu moczu odsetek kobiet deklarujących epizody inkontynencji był największy w najniższym przedziale wieku tj. 45-50 lat. Związek poszczególnych rodzajów z czasem trwania nietrzymania moczu u pielęgniarek w okresie okołomenopauzalnym uwidoczniono w tabeli V.

Tabela V. Czas trwania nietrzymania moczu (NTM) u 128 pielęgniarek deklarujących występowanie wysiłkowego (WNTM), nagłego (NNTM) i mieszane (MNTM) rodzaju inkontynencji. N- liczebność, % - odsetek. * p=0,0473 vs WNTM, # p=0,08 (trend) vs MNTM.

Czas trwania NTM	WNTM		NNTM		MNTM	
	N	%	N	%	N	%
Poniżej 1 roku	8	11	1	7	3	7
1-2 lat	15	21	0	0	7	17
3-4 lat	6	8	2	14	7	17
Powyżej 4 lat	40	55	11	79 * #	24	5
Nie podaje	4	5	0	0	0	0
Ogółem	73	100	14	100	41	100

Źródło: badania własne.

Jak to uwidoczniło u większości pielęgniarek nietrzymanie moczu trwało dłużej niż 4 lata w każdym rodzaju NTM. Odsetek kobiet, u których NTM trwa dłużej niż 4 lata był znamienne większy w grupie z nagłym, niż w pozostałych tj. wysiłkowym ($p=0,0473$) i mieszanym NM ($p=0,08$ trend). Kolejna Rycina 2 prezentuje występowanie NTM w aspekcie subiektywnej oceny masy własnego ciała ankietowanych kobiet.



Rycina 2. Odsetkowy profil samooceny masy własnego ciała 239 pielęgniarek deklarujących- (grupa z inkontynencją), bądź nie- (grupa bez inkontynencji) występowanie nietrzymania moczu. # $p=0,0134$ vs grupa bez inkontynencji.

Źródło: badania własne

Jak wynika z Ryciny 2 odsetek kobiet z nadwagą i otyłością w grupie z inkontynencją był znamienne większy, niż w grupie kobiet bez tego powikłania (54 % vs 38 % $p=0,0134$).

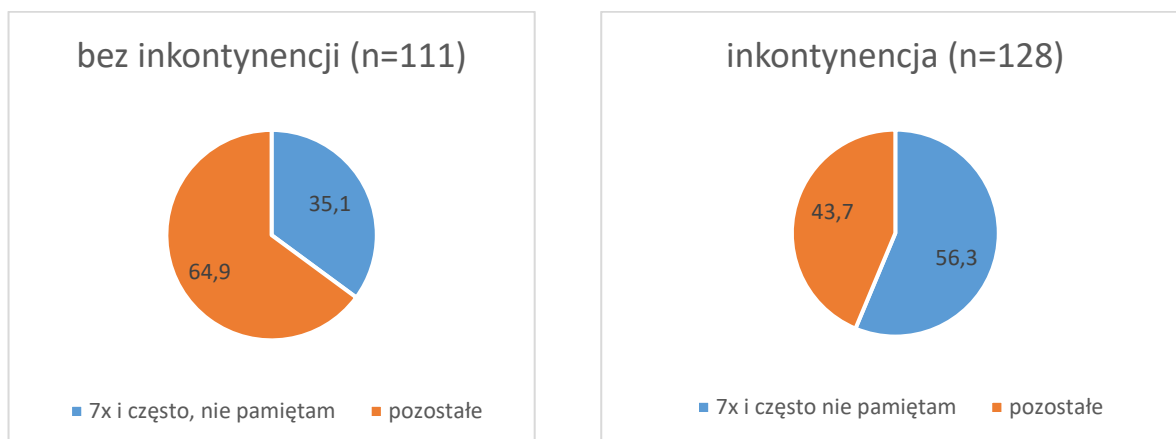
Częstość oddawania moczu w ciągu doby, co jest czynnością niekomfortową w jakości życia co prezentuje Tabela VI (liczbę przekraczającą 7 określamy jako częstomocz - pollakisuria).

Tabela VI. Częstość oddawania moczu w ciągu doby 239 pielęgniarek deklarujących (Inkontynencja), bądź nie (Bez inkontynencji) występowanie nietrzymania moczu. N –liczebność, % - odsetek

Częstość oddawania moczu w ciągu doby	Inkontynencja		Bez inkontynencji	
	N	%	N	%
3 – 4 razy	7	5,4	11	9,9
5 - 6 razy	49	38,3	41	36,9
7 i więcej razy	40	31,3	24	21,6
Często, nie pamiętam	32	25,0	15	13,5
Nie podaje	0	0	20	18,1
Ogółem	128	100	111	100

Źródło: badania własne.

Odsetek kobiet z NTM, które deklarują oddawanie moczu w ciągu doby 7 oraz „często nie pamiętam” łącznie był w grupie z inkontynencją większy, niż w grupie bez inkontynencji, co ilustruje Rycina 3.



Rycina 3. Odsetek pielęgniarek deklarujących- (inkontynencja), bądź nie (bez inkontynencji)- nietrzymanie moczu, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o częstość oddawania moczu w ciągu doby: 7 x i często nie pamiętam n –liczebność, p=0,002 występowanie znamienności statystycznej. Źródło: badania własne.

Kolejna tabela VII prezentuje odsetek kobiet z nykturią (tj. oddających mocz dwa i więcej razy w ciągu nocy) w grupie kobiet z inkontynencją i bez.

Tabela VII. Nykturia u 239 kobiet deklarujących (inkontynencja), bądź nie (bez inkontynencji) występowanie nietrzymania moczu. N – liczebność, % - odsetek * p<0.0001 vs bez inkontynencji.

Częstość oddawania moczu w nocy	inkontynencją		bez inkontynencji	
	N	%	N	%
Dwa i więcej razy	110	85,9 *	35	31,5
Nie podaje	18	14,1	76	68,5
Ogółem	128	100	111	100

Źródło: badania własne.

Jak to uwidoczniono odsetek kobiet z nykturią wśród kobiet z NTM był znamienne większy, niż w grupie bez inkontynencji p < 0,0001. Najczęściej występowanie nykturii deklarowały pielęgniarki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, co wynika z tabeli VIII.

Tabela VIII. Nykturia u 128 pielęgniarek deklarujących występowanie różnych typów nietrzymania moczu – NTM. N – liczebność, % - odsetek.

Nykturia w NTM	N	%
Wysiłkowe	73	57
Nagłące	14	11
Mieszane	41	32
Ogółem	128	100

Źródło: badania własne.

Podsumowując, częstomocz i nykturia jako czynniki, których występowanie wpływa niekorzystnie zarówno na jakość jak i satysfakcję z życia kobiet występowały znamienne częściej u pielęgniarek z inkontynencją niż bez. Nykturia przede wszystkim towarzyszyła wysiłkowemu NTM. W celu oceny nasilenia objawów inkontynencji (w skali od 0 do 100), co jest konieczne do oceny wpływu NTM na jakość życia, ankietowane pielęgniarki odpowiadały na pytania kwestionariusza UDI-6 (Urogenital Distress Inventory). Wyniki prezentuje tabela IX.

Tabela IX. Nasilenie objawów inkontynencji (wskaźnik UDI – 6) określony przez 128 pielęgniarek z nietrzymaniem moczu

Ankieta UDI-6 u kobiet z epizodami inkontynencji	Wartość wskaźnika UDI-6			
	N	$\bar{x} \pm SD$	Me []	p
Ankiety z kompletnymi odpowiedziami	92	38,3 ± 22,8	35,4 [4,2 - 100]	4,712
Ankiety z niekompletnymi odpowiedziami	36	10,3 ± 6,2	12,5 [0 - 25]	2,091
Ogółem:	128	30,4 ± 23,3	25 [0 - 100]	4,068

Źródło: badania własne.

Jak to uwidoczniono, u kobiet, które w pełni udzieliły odpowiedzi na pytania ankietowe średni wynik UDI – 6 wyniósł 38,3 tzn. że nietrzymanie moczu w stopniu średnim przeszkadzało w ich codziennym funkcjonowaniu.

Tabela X. Nasilenie objawów inkontynencji (wskaźnik UDI - 6) określony przez 128 pielęgniarek z nietrzymaniem moczu w poszczególnych przedziałach wiekowych zależności od wieku. p – poziom ufności dla średniej (95%).

Wiek (lata)	Wartość wskaźnika UDI-6 dla grupy z inkontynencją			
	N	$\bar{x} \pm SD$	Me []	p
45-50	51	36,6 ± 21,2	33,3 [8,3 - 100]	5,968
51-55	21	39,5 ± 24	37,5 [8,3 - 100]	10,939
56-60	17	40,7 ± 24,8	45,8 [4,2 - 83,3]	12,754
Brak wyliczeń	39			

Źródło: badania własne.

Jak widać w Tabeli X, u kobiet w wieku 56-60 lat średni wynik UDI – 6 był największy, to znaczy, że kobiety w tym przedziale wiekowym w największym stopniu odczuwały nasilenie objawów inkontynencji.

W celu określenia wpływu nietrzymania moczu na jakość życia pielęgniarek, wykorzystano analizę samooceny wpływu NTM na różne sfery życia codziennego – oraz kwestionariusz IIQ - 7. Wyniki badań prezentuje tabela XI.

Tabela XI. Wpływ nietrzymania moczu (NTM) na jakość życia badanych 128 pielęgniarek z inkontynencją z wyszczególnieniem istotnych komponentów życiowych.

Wpływ NTM na wykonywanie czynności.	Przeszkadza w życiu	Grupa z WNTM		Grupa z NNTM		Grupa z MNTM	
		N	%	N	%	N	%
Domowych (gotowanie, sprzątanie, pranie)	nie	32	44%	9	64%	20	49%
	wcale	0	0%	0	0%	4	10%
	trochę	1	1%	2	14%	5	12%
	średnio	2	3%	1	7%	3	7%
	bardzo	2	3%	0	0%	6	15%
Fizyczną rekreację np. spacer, pływanie.	nie	23	32%	8	57%	16	39%
	wcale	0	0%	0	0%	3	7%
	trochę	7	10%	3	21%	3	7%
	średnio	4	5%	1	7%	6	15%
	bardzo	3	4%	0	0%	10	24%
Rozrywkę, np. pójście do kina lub na koncert.	nie	30	41%	7	50%	18	44%
	wcale	0	0%	1	7%	3	7%
	trochę	3	4%	1	7%	2	5%
	średnio	3	4%	2	14%	11	27%
	bardzo	1	1%	1	7%	4	10%
Możliwość podróżowania samochodem lub autobusem na dystansie dłuższym niż 30 min.	nie	29	40%	6	43%	14	34%
	wcale	0	0%	1	7%	2	5%
	trochę	1	1%	3	21%	5	12%
	średnio	2	3%	1	7%	8	20%
	bardzo	5	7%	1	7%	9	22%
Udział w socjalnych aktywnościach poza domem.	nie	30	41%	7	50%	11	32%
	wcale	0	0%	1	7%	3	7%
	trochę	3	4%	2	14%	6	15%
	średnio	1	1%	2	14%	9	22%
	bardzo	3	4%	0	0%	9	22%
Zdrowie psychiczne, emocjonalne.	nie	26	36%	7	50%	13	32%
	wcale	0	0%	1	7%	4	10%
	trochę	3	4%	2	14%	6	15%
	średnio	4	5%	1	7%	7	17%
	bardzo	4	5%	1	7%	8	20%
Uczucie frustracji. Feeling frustrated.	nie	22	30%	8	57%	11	27%
	wcale	1	1%	2	14%	3	7%
	trochę	6	8%	1	7%	6	15%
	średnio	3	4%	1	7%	8	20%
	bardzo	5	7%	0	0%	10	24%
Brak odpowiedzi.		36	49%	2	14%	3	7%

Źródło: badania własne.

W ocenie kobiet deklarujących występowanie nietrzymania moczu najbardziej upośledzone przez tę dolegliwość były sfery społeczna i zawodowa. Różnice pomiędzy rodzajami NTM dotyczyły tylko sfery społecznej. W każdym obszarze czynności dnia codziennego mieszane NTM w porównaniu z pozostałymi rodzajami, dominowały jako najbardziej uciążliwe i przeszkadzające dolegliwości.

Na podstawie zaprezentowanych wyników dotyczących problemów pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnych, których stwierdzono nietrzymanie moczu, warto przybliżyć wymiar ekonomiczny, bo jego związek z chorobą jest tu niepodważalny. Mimo, iż nie wszyscy mają wiedzę w tym zakresie, NTM traktowane jest jako jednostka współfinansowana i finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie mniej liczne ograniczenia środków publicznych, nie pozwalają na pełne finansowanie wszystkich elementów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, co zmusza chorych do ich współfinansowania.

Do roku 2012 nie wykonywano szerokich, szczegółowych badań kosztów opieki i leczenia pacjentów z NTM. Wskazywano jednak na ścisłe powiązanie kosztów ponoszonych przez nielicznych pacjentów, a pokrywanych przez całe społeczeństwo, co budziło wiele niepotrzebnych nieporozumień. Koszty te związane były bowiem nie tylko z opieką bezpośrednią, ale niejednokrotnie ze skutkami choroby, np. w postaci leczenia powikłań takich jak, infekcje czy zakażenia. Niestety koszty te nie malały z czasem, a przeciwnie wzrastały min. z powodu konieczności pokrywania kosztów do końca życia. Do innych skutków chorobowych zwiększających kosztowność należały min. długotrwały wówczas pobyt chorego w szpitalu czy koszt leczenia odleżyn jako skutku choroby [7].

Dyskusja. Badaniami są objęte kobiety aglomeracji górnośląskiej, której cechy nie zawsze są tożsame z mieszkańcami innych rejonów Polski [8]. W części ankiety obiektywizującej jakość życia w różnych sferach wykorzystałam kwestionariusze powszechnie stosowane w świecie, (po uzyskaniu zgody autorów) co z kolei uwiarygadniało metodę badawczą. W niniejszej pracy badawczej stwierdzono, że nietrzymanie moczu występowało u ponad połowy z badanych pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym. Obserwowano je już we wczesnych latach okresu menopauzy, charakteryzowało się średnim stopniem nasilenia objawów, a najczęstszą postacią było wysiłkowe NTM. Częstość występowania NTM dała się powiązać z wykształceniem, masą ciała a także z zaburzeniami częstości wydalania moczu. Za negatywnym wpływem nietrzymania moczu na jakość życia w największym odsetku opowiadały się kobiety z mieszanym NTM. Odnotowano pogorszoną jakość życia w każdym z obszarów czynności

codziennych mieszane NTM w porównaniu z pozostałymi rodzajami dominowało jako najbardziej uciążliwa i przeszkadzająca dolegliwość.

Analizując powszechnie znane wyniki sugerujące powiązanie NTM z wiekiem, mając do czynienia z bardzo konkretną grupą wiekową, można było oczekiwać znaczącego odsetka pielęgniarek z NTM w najwyższym przedziale wiekowym. Ale nie przypuszczałam, że problem dotyczy co drugiej pielęgniarki. Z drugiej strony może mają rację ci znawcy tematu, którzy twierdzą, że NTM w tym przedziale wiekowym jest nieuchronnym ale fizjologicznym zjawiskiem. Brown [9] twierdzi, że jest to szczególnie zauważalne w okresie menopauzy, kiedy to nietrzymanie moczu staje się typową dolegliwością. Wg nich NTM nie stanowi poważnej choroby fizycznej ani nie wpływa na zagrożenie życia człowieka, jednak znacznie obniża jakość życia związaną ze zdrowiem psychicznym, które objawia się poczuciem wstydu, zakłopotaniem, zaburzeniami samooceny chorego, a także przejawia się w postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych pacjenta [10-13]. Jak stwierdzono odsetek pielęgniarek deklarujących epizody inkontynencji był największy w najwyższym przedziale wiekowym tj. 56-60 lat i wynosił prawie 60 %. To, że w tej grupie odsetek jest największy nie dziwi, w kontekście wiedzy o zależności NTM od wieku. Wpływają na to liczne przyczyny, także te związane z okresem okołomenopauzalnym (w tej grupie powikłania okołomenopauzalne większość kobiet ma już za sobą), gdzie wpływ hormonów, zaburzenia budowy kolagenu, czynniki anatomiczne powodujące zwiotczenie dna miednicy i słabym cewkowym mechanizmem skurczowym mogą sprzyjać inkontynencji głównie wysiłkowej.

Z kolei analizując częstość występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu odsetek kobiet deklarujących epizody inkontynencji był największy w najniższym przedziale wieku tj. 45-50 lat. Co więcej, powiązanie częstości występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu z wiekiem (zależność ujemna) nosiło cechy znamienności statystycznej w przypadku wysiłkowego i nagłego NTM.

W miarę starzenia się nagła i wysiłkowa postać NTM mogą przechodzić w postać mieszaną, za czym przemawiałby większy odsetek tej postaci w najstarszym przedziale wiekowym. Na podstawie przeglądu literatury w badaniach populacyjnych pod kierunkiem Melville, w którym objęto 6000 kobiet w wieku 30-90 lat NTM stwierdzono u 28 % kobiet w wieku 30-39 lat i u 55% kobiet w wieku 80-90 lat [14]. Ponadto predyspozycje do tego schorzenia mają kobiety z otyłością, zakażeniem układu moczowego, depresją, okresową dysfunkcją narządu ruchu [14-16]. Również badacze nad chorobami wieku geriatrycznego twierdzą, że osoby w starszym wieku mają często znacznie więcej niż trzy schorzenia, które wymagają leczenia i często

systematycznej rehabilitacji [17]. Tendencje do ukrywania a przynajmniej mniejsza ochota do dzielenia się z leczącymi, swoimi intymnymi problemami, a do tych należy NTM jest wykazywana przez licznych badaczy. M. in. prof. Bidzan uważa, że „...nietrzymanie moczu z uwagi na intymny charakter objawów oraz ich uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu wywiera ogromny wpływ na psychikę pacjenta...”. Najczęstszą postacią jest wysiłkowe NTM, co dodatkowo sugeruje, że przyczyna nie tkwi w menopauzie, lecz na to rozpoznanie pielęgniarki „zapracowują sobie wcześniej” ciężką pracą fizyczną i/lub innymi wspomnianymi elementami, z którymi ujawniono koincydencje NTM [18]. Pod tym względem nasza populacja pielęgniarek nie różni się od innych grup kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Osobnego komentarza wymaga fakt, że NTM pojawia się już we wczesnych latach okresu menopauzy. Sugeruje to, że nietrzymanie moczu występowało już wcześniej, dopiero niniejsze badanie ujawniło ten fakt. Nie jest to typowe tylko dla populacji pielęgniarek. Wójtowicz i wsp. [19] analizując pracownice oświaty i supermarketów, stwierdził NTM u 75% kobiet w okresie menopauzy i 63 % z otyłością. Ponadto w badaniach zwraca uwagę, że pollakisurię i nykturię deklarowała jedna trzecia pielęgniarek bez inkontynencji. Warto przytoczyć dane o nykturii i pollakisurii u kobiet populacji ogólnej w tym wieku. Middelkoop i ws. [20] potwierdzili występowanie nykturii u 58% mężczyzn i 66 % kobiet w wieku od 50-59 lat. Wraz z wiekiem ta dolegliwość wzrasta. Objawy wielokrotnego nietrzymania moczu w badaniach Barnasia i wsp., [21] dotyczą kobiet powyżej 70 r. ż., które twierdziły, że „nie są w stanie zliczyć” częstości mikcji na dobę. Nasilenie objawów inkontynencji umożliwiła analiza odpowiedzi na pytania kwestionariusza UDI-6. W badanej populacji pielęgniarek nietrzymanie moczu w stopniu średnim przeszkadzało w codziennym funkcjonowaniu. Nasilenie objawów inkontynencji w największym stopniu były odczuwane w najstarszym przedziale wiekowym tj. 56-60 lat. W tej najbardziej dokuczliwej formie NTM, logiczne jest, że większy odsetek dotkniętych nietrzymaniem będzie kojarzył pogorszenie jakości życia z inkontynencją. Przyczyną takiego stanu, jest poczucie wstydu, uznawanie objawów za element naturalnego procesu starzenia się oraz błędne przekonanie, że leczenie jest niepotrzebne skoro nie dochodzi do uszkodzenia organizmu. Niepokojący jest fakt, że poglądy takie funkcjonują wśród pracowników ochrony zdrowia [22]. Poza tym w miarę starzenia się odsetki kobiet z wysiłkowymi mieszanym NTM zrównują się, co może być konsekwencją przechodzenia postaci wysiłkowej w mieszaną. Wyniki dotyczące pielęgniarek nie odbiegają w sposób istotny od uzyskiwanych w innych populacjach.

Na uwagę zasługuje problem ekonomiczny nietrzymania moczu. O kosztach w NTM po roku 2012 w Polsce mówiło się już bardzo wyraźnie, opierając się na wyliczeniach kosztów powstających z tego tytułu w całej Europie. Zebrane dane opublikowane zostały w postaci Raportu Międzynarodowej Federacji Pacjentów z Nietrzymaniem Moczku (WFIP) przy współpracy ze Stowarzyszeniem Chorych na NTM. Zasadniczą część Raportu stanowiła analiza kosztów oraz wyniki badania przeprowadzonego zarówno wśród pacjentów, jak i członków ich rodzin sprawujących opiekę [23].

Raport wskazywał, iż na diagnostykę, opiekę oraz leczenie chorych z NTM rocznie wydaje się ok. 2 mld. zł. rocznie, z czego tylko 10 % pokrywał Narodowy Fundusz Zdrowia. Reszta wydatkowana była przez pacjentów i ich opiekunów lub członków rodzin [23]. Z danych statystycznych zaprezentowanych w Raporcie roku 2012 wynika, iż NTM dotyczyło około 3-4 milionów osób, przy czym Główny Urząd Statystyczny prognozował wówczas, iż do roku 2030 liczba Polaków w ogóle zmniejszy się do 36,7 mln, ale osoby z NTM stanowią już będą więcej niż 22% populacji. Od tego czasu co roku są publikowane kolejne Raporty dotyczące kosztów leczenia nietrzymania moczu. Raport z 2022 r. uwzględnia wizyty w placówkach ochrony zdrowia finansowane z NFZ i różnicuje podział kosztów leczenia i diagnostyki NTM począwszy od kosztów bezpośrednich do których zaliczano badania, leki, zabiegi operacyjne, wizyty u lekarzy specjalistów oraz koszty środków absorpcyjnych ponoszonych przez NFZ i pacjenta, przez pośrednie w postaci leczenia powikłań, zaburzeń psychicznych i absencji w pracy, po ustalenie korelacji środków finansowych i wyboru rodzaju terapii. I tak w poradniach położniczo-ginekologicznych odbyły się 28 753 wizyty, które związane były z rozpoznaniem NTM[24].

W 2022 roku odbyło się już 33 219 takich wizyt, czyli o blisko 15,5% więcej niż w roku poprzednim. Natomiast w poradniach urologicznych, w 2021 roku odbyło się 27 248 wizyt z rozpoznaniem nietrzymania moczu, podczas gdy w 2022 roku było ich 31 474, co stanowi wzrost również o 15,5%. W dalszym ciągu liczba porad zrealizowanych w poradniach ginekologicznych jest wyższa niż liczba porad w gabinetach urologicznych [24]. Wydatki NFZ poniesione na refundację badania urodynamicznego zakończonego rozpoznaniem NTM w poradniach urologicznych i ginekologicznych w 2022 roku wyniosły łącznie 3 189 tys. zł i były o blisko 48% wyższe niż w roku 2021, kiedy to wyniosły 2 153 tys. zł.

Według Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022 - 2026, choroby układu moczowo-płciowego stanowią drugą największą grupę chorób w Polsce, zaraz po chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi własne przeliczenia

i opracował materiał, którego celem było prognozowanie i szacowanie skutków finansowych dla środków publicznych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez realizację świadczeń medycznych i leków, a które wynikać miały z mogących wystąpić z czasem, demograficznych w Polsce.

Wnioski. Ponad połowa pielęgniarek deklarowała nietrzymanie moczu. Postać wysiłkowa była najczęstszą a mieszana najbardziej uciążliwą postacią NTM. U większości pielęgniarek nietrzymanie moczu trwało dłużej niż 4 lata w każdym rodzaju NTM. Odsetek kobiet, u których NTM trwa dłużej niż 4 lata był znamienne większy w grupie z nagłym, niż w pozostałych tj. wysiłkowym MTM. Występowanie nykturii i pollakisurii deklarowane przez pielęgniarki dokuczało w życiu kobietom z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Odsetek kobiet z nadwagą i otyłością w grupie z inkontynencją był znamienne większy, niż w grupie kobiet bez tego powikłania. Pielęgniarki z NTM cechowała gorsza jakość życia w sferze somatycznej i kontaktów społecznych. Nieliczne, ale regularnie przygotowywane Raporty wskazują na wyraźną potrzebę wprowadzenia zmian w zakresie finansowania świadczeń wynikających z potrzeb zdrowotnych pacjentów z NTM. Należy również zwrócić uwagę na brak ogólnie dostępnych danych, które pozwoliłyby oszacować liczbę wizyt oraz kosztów diagnostyki związanych z rozpoznaniem NTM w sektorze prywatnym.

Piśmiennictwo:

1. Bakalczuk G, Madej A, Lewczuk J i wsp. Stan wiedzy kobiet na temat nietrzymania moczu. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22 (4): 277 - 281
2. Spławska-Matuszczak K, Szymanowski K, Kądziołka P, i wsp. Nietrzymanie moczu u kobiet – krótki rys historyczny oraz najnowsze badania i osiągnięcia w zakresie ww. problematyki, ze szczególnym uwzględnieniem czynników położniczych i sposobu porodu. *Urinary incontinence in women – a brief history an the latest reserch and developments in the field above. Issues, with particular emphasis on obstetric factors and mode of delivery. Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 46 (1): 81- 87.
3. Prażmowska B, Puto G, Gergont B. Wpływ nietrzymania moczu na satysfakcję z życia kobiet po 45 roku życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (4): 785 - 789.
4. Villet R, Salet - Lizée D, Zafiropulo M. *Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet.* Warszawa: PZWL; 2003: str. 1 – 152.
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. [In:] Doughert M, red. *Urinary Incontinence The Management of Urinary Incontinence in Women.* Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London: 2013: pp. 1 - 58.
6. Dębiński P, Niezgoda T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia. *Prz Urol* 2014; 5 (87): 42 - 48.
7. Stuart Reynolds W, Roger R. Dmochowski, David F. Penson, *Epidemiology of Stress Urinary*

- Incontinence in Women, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11934-011-0206-0>, (dostęp:15.04.2024).
8. Surkont G, Właźlak E, Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Prz Menopauz* 2003; 1: 59 - 65.
 9. Skrzypulec V, Piela B, Droszdzol A. Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych. *Seksuol Pol* 2006; 4 (1): 16 - 20.
 10. Kwolek A, Rzucidło S, Zwolińska J i wsp. Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Prz Med Uniw Rzesz* 2006; 3: 227 - 233.
 11. Maciejewska – Paszek I, Brzozowska – Gajda D, Słowik M i wsp. Nietrzymanie moczu wśród kobiet zamieszkałych na terenach wiejskich - ocena stanu wiedzy pacjentek. *Nauka, Badania i Doniesienia Naukowe. Nauki przyrodnicze i medyczne. Świebodzice: Wydawnictwo Idea Knowledge Future* 2020: 194-206.
 12. Debus G, Kästner R. Psychosomatic aspects of urinary incontinence in women. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015; 75 (2): 165-169.
 13. Minassian VA, Drutz HP, Al.- Badr A. Urinary incontinence as worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82: 327 - 338.
 14. Gołąbek T, Chłosta P. Infekcje dróg moczowych oraz nietrzymanie moczu. [W:] Gołąbek T, Chłosta P, red. *Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn. Poznań: Termedia; 2016: str. 63 - 67.*
 15. Szwedowski M, Szwedowska E. Przydatność badań urodynamicznych w diagnostyce i leczeniu nietrzymania moczu u kobiet. *Prz Urol* 2014; 4: 28-34.
 16. Adamczuk J, Kraczkowski JJ, Robak JM, et al. Czy nietrzymanie moczu to choroba cywilizacyjna? *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92 (3): 382 – 386.
 17. Surkont G, Właźlak E, Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Prz Menopauz* 2003; 1: 59 - 65.
 18. Irzyniec T, Kapusta Z, Franek G, Drzazga B. Osoby starsze objęte pielęgniarską domową opieką długoterminową. *The elderly under long-term home- based nursing care. Gerontol Pol* 2016; 24: 207 - 213.
 19. Minassian VA, Drutz HP, Al.- Badr A. Urinary incontinence as worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82: 327 - 338.
 20. Kim JC, Chung BS, Choi JB et al. A safety and quality of life analysis of intravaginal sling plasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18: 1331 - 1335.
 21. Middelkoop HA, Smilde-van den Doel DA, Neven AK et al. Subjective sleep characteristics of 1485 males and females aged 50–93: effects of sex and age, and factors related to self-evaluated quality of sleep. *J Gerontol Med Sci* 1996; 51: 108 - 118.
 22. Szymanowski P, Gierat A, Szveda H i wsp. Choroby uroginekologiczne- poważny problem społeczny. *Państwo i społeczeństwo* 2017; XVII (4): 107 - 124.
 23. RAPORT – Pacjent z NTM w systemie ochrony zdrowia 2012. Raport powstał pod auspicjami World Federation of Incontinent Patients (WFIP) przy współpracy ze Stowarzyszeniem Osób z NTM „UroConti” oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2014 w ramach Programu NTM. URL: <http://www.ntm.pl/upload/file/...> (dostęp: 15.04.2024).

24. Ciepleta K, Michalczuk K, Michałek T, et al. Raport. Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej, wrzesień 2023:8-12.

Wiedza studentów ATH w Bielsku-Białej na temat uzależnień behawioralnych

Agnieszka Rajda, Małgorzata Fraś, Katarzyna Kroczek, Kornelia Skoczylas

Wstęp. Tematyka uzależnień coraz częściej poruszana jest w mediach i publikacjach, naukowych. Sam termin najczęściej kojarzony jest z używaniem środków psychoaktywnych. Z problemem uzależnienia borykają się ludzie niezależnie od sytuacji materialnej, pochodzenia, wyznania, wykształcenia czy wieku. Dotyczy on nałogowych zachowań osoby uzależnionej, jak również całych rodzin. Bliscy żyjący z osobą zdominowaną przez nałóg doświadczają permanentnej traumy, doświadczają cierpień, żyją w niepewności i lęku [1]. Uzależnienie behawioralne określane jest jako zespół objawów związanych z utrwalonym, wielokrotnym powtarzaniem określonej czynności (lub grupy czynności) w celu uzyskania stanów emocjonalnych, takich jak: ulga, spokój, poczucie bezpieczeństwa lub euforia. Wszystkie zachowania, które mają charakter uciezkowy mogą mieć nałogową specyfikę. Ich nadrzędnym celem jest wówczas regulacja emocji oraz zapomnienie o problemach zaistniałych w rzeczywistości [2]. Dostęp do nowych technologii zwiększył podatność na środki masowego przekazu. Sytuacje tą pogłębił okres pandemii. Specyfika dzisiejszych czasów: stres, rywalizacja i pogoń za sukcesem, konsumpcjonizm, liczne choroby cywilizacyjne, rozpad związków, samotność, słabe więzi emocjonalne, brak czasu wolnego i brak umiejętności wypoczyniania sprzyjają nałogowej regulacji uczuć. Uzależnienia behawioralne charakteryzują się przebiegiem i objawami podobnymi jak w uzależnieniach od substancji chemicznych. Tutaj substancje zastępuje czynność, zachowanie lub zespół zachowań. Za typowe uzależnienia behawioralne uznaje się uzależnienie od: hazardu, seksu, pornografii, komputera, internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego, jedzenia, ćwiczeń fizycznych, zakupów, pracy, sprzątanie. Praktycznie każda czynność, wielokrotnie powtarzana w celu regulacji emocji, może być wykonywana w sposób destrukcyjny, zaburzający funkcjonowanie człowieka [1,2].

Cel pracy. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów na temat uzależnień behawioralnych oraz próba oceny zachowań ryzykownych związanych z takimi uzależnieniami. W związku z tym wyodrębniono następujące cele szczegółowe:

1. Czy badanych interesuje temat uzależnień?
2. Z czym badani kojarzą termin uzależnień?
3. Skąd badani czerpią wiedzę na temat uzależnień?
4. Czy ankietowani studenci mają uzależnioną bliską osobę w swoim otoczeniu?

5. Czy respondenci pomogliby uzależnionej osobie?
6. Jakie czynniki socjo-demograficzne mają wpływ na poziom wiedzy?

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2020r. do stycznia 2021r. wśród studentów Akademii Techniczno - Humanistycznej w Bielsku - Białej, po uzyskaniu zgody Dziekanów poszczególnych Wydziałów uczelni.

Grupę badaną stanowiło 110 osób, będących studentami ATH w Bielsku-Białej na wydziałach: Wydział Inżynierii Materiałów, Budownictwa i Środowiska; Wydział Zarządzania i Transportu; Wydział Humanistyczno-Społeczny; Wydział Budowy Maszyn i Informatyki oraz Wydział Nauk o Zdrowiu. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem, którym się posłużono do uzyskania danych był autorski kwestionariusz ankiety. Technika badawczą była ankietyzacja. W pierwszej części ankiety studentom zadano pytania dotyczące: płci, wieku, miejsca zamieszkania, rodzaju oraz roku studiów. W drugiej części pytano studentów skąd czerpali wiedzę na temat uzależnień, czy znana im jest terminologia uzależnień behawioralnych, jakie znają uzależnienia, czy są zorientowani w temacie objawów odstawiennych, znalazły się również pytania dotyczące rozpoznawania u siebie zachowań ryzykownych, a także pytania odnośnie pomocy i konieczności leczenia osób uzależnionych. W ankiecie znalazły się również pytania oceniające wiedzę respondentów.

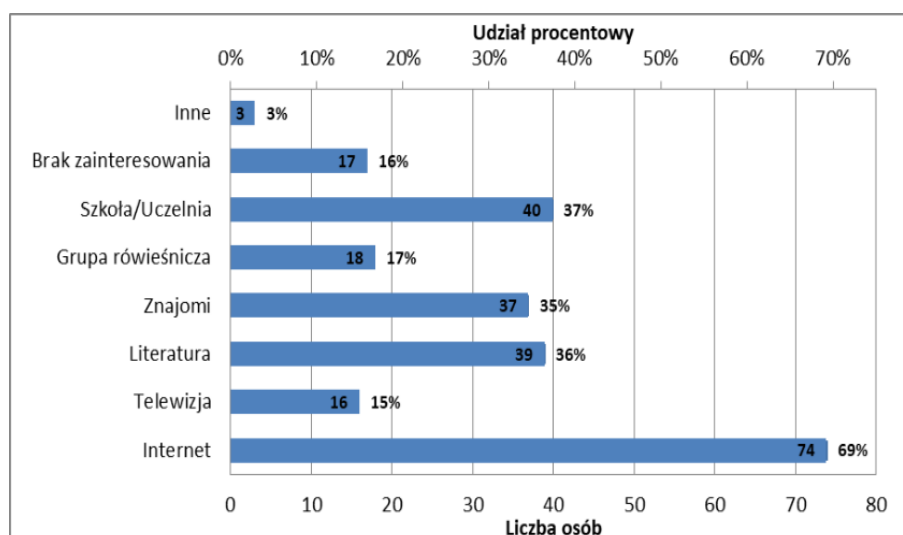
Spośród badanej grupy studentów 75 % (n= 82) stanowiły kobiety, a 25% (n=28) mężczyźni. Najlicniejszą grupą wiekową, biorącą udział w badaniu 66% (n=72) były osoby w wieku 19-24 lata, najmniejszą liczną grupą byli studenci wieku 35-39 lat, 6% (n=7). Największą grupę stanowili studenci uczący się na drugim roku studiów, stanowili oni grupę 41%(n=45), najmniej liczną grupą ankietowaną byli studenci piątego roku studiów 8%(n=9), 56% (n= 62) badanych to studenci kierunków poza medycznych, 44% (n=48) to studenci studiujący kierunki związane z medycyną. Wśród ankietowanych 53% (n=58) to studenci mieszkający na wsi, 52% (n=52) to studenci mieszkający w mieście.

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego, programu R-4,0.3 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016.

Zmienna (poziom wiedzy) mierzona na skali ilościowej została scharakteryzowana za pomocą m.in. średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej zostały przedstawione za pomocą liczności oraz wartości procentowych (odsetka).

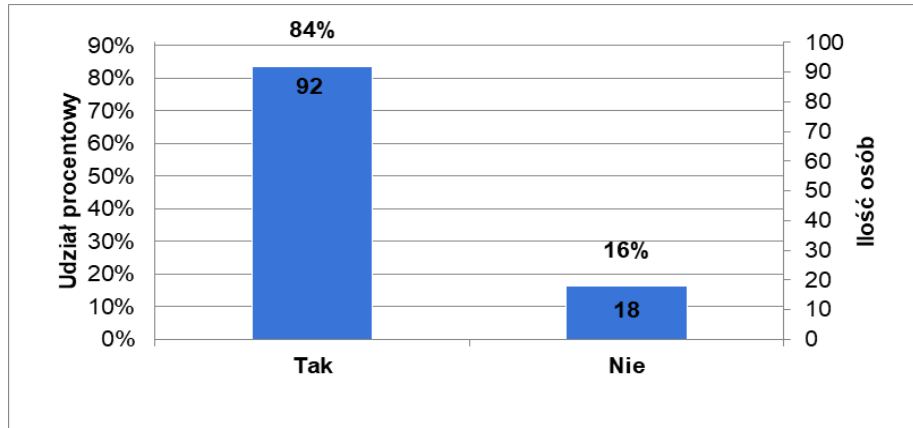
Zależność między dwiema zmiennymi mierzonymi na skali nominalnej zbadano za pomocą testu chi-kwadrat, testu chi-kwadrat z poprawką Yates'a oraz dokładnego testu Fishera. Istotność różnic między dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testem istotności różnic tj. testem U Manna-Whitney'a. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

Wyniki. W badaniu zapytano respondentów o zainteresowanie tematyką uzależnień. Wśród osób ankietowanych 71% (n=78) deklarowało, że interesowało się tą tematyką, 29% (n=32) nie były zainteresowane tym tematem. Ankietowani zapytani o źródła informacji na temat uzależnień mieli możliwość podania kilku odpowiedzi; największa grupa respondentów 69% (n=74) szukała informacji na ten temat w internecie, 16% (n=17) osób nie interesowało się tym tematem (ryc. 1).



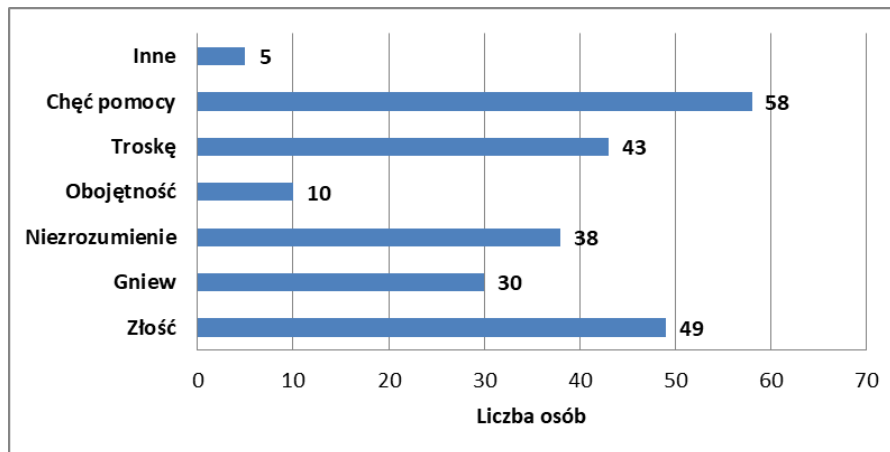
Rycina 1. Źródła informacji na temat uzależnień.

Respondentów zapytano, czy mieli wśród bliskich osobę uzależnioną, to 84% (n=92) ankietowanych, 16% (n= 18) respondentów nie zetknęła się z takim problemem wśród bliskich (ryc. 2).



Rycina 2. Kontakt z uzależnieniem bliskiej osoby.

Chęć pomocy uzależnionej osobie zadeklarowało 53% (n=58) ankietowanych studentów, a tylko 9% (n=10) odpowiedziało, że jest im to obojętne (ryc. 3).



Rycina 3. Uczucia wobec osób uzależnionych.

Na pytanie czy uzależnienia behawioralne dotyczą osób w określonej grupie wiekowej 71,4% (n=20) mężczyzn odpowiedziało, że uzależnienia behawioralne nie dotyczą osób w określonej grupie wiekowej, natomiast 53,7% (n=44) kobiet uważa, jednakże, że tego typu uzależnienia dotyczą osób w pewnych grupach wiekowych.

Analiza badań potwierdziła, że kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni, wskazały, że uzależnienia behawioralne mogą dotyczyć określonych grup wiekowych ($p=0,0378$).

Na pytanie postawione studentom czy duża ilość czasu spędzana przy komputerze w okresie nauki szkolnej, lub studiów może przyczynić się do rozwoju uzależnienia uzyskano następujące odpowiedzi: znaczna grupa badanych kobiet 84,2% (n= 69) odpowiedziała, że duża ilość czasu spędzana przy komputerze w okresie nauki szkolnej, studiów, może przyczynić się do rozwoju uzależnienia od czynności w przyszłości, natomiast 35,7% (n=10) było odmiennego zdania.

Analiza badań także wykazała, że kobiety istotnie statystycznie częściej, niż mężczyźni były świadome wpływu długości czasu spędzanego przed komputerem na rozwój uzależnienia ($p=0,0257$).

Na zadane pytanie dotyczące objawów występujących po powstrzymaniu się od wykonywania czynności w porównaniu do objawów po odstawieniu środka psychoaktywnego 35,7% ($n=10$) badanych mężczyzn odpowiedziało, że objawy po powstrzymaniu się od wykonywania czynności nie są takie same jak po odstawieniu środka psychoaktywnego, natomiast 84,2% ($n=69$) kobiet odpowiedziało, że objawy te są takie same.

Również w tym przypadku analiza badań potwierdziła, że kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni uważały, że objawy odstawienia są takie same niezależnie od rodzaju uzależnienia ($p=0,0257$).

Z uzyskanych od respondentów odpowiedzi wynika, że 58,5% ($n=48$) kobiet sądziło, że wszystkie uzależnienia trzeba leczyć, natomiast 82,1% ($n=23$) mężczyzn było odmiennego zdania, również w tym przypadku analiza badań wykazała, istotną statystycznie zależność, że kobiety częściej niż mężczyźni uważały, że każde uzależnienie, niezależnie od środka lub wykonywanej czynności należy leczyć ($p=0,0005$).

W kwestionariuszu ankiety znalazły się pytania, za pomocą których zbadano poziom wiedzy respondentów na temat uzależnień behawioralnych. Jeśli student prawidłowo odpowiadał na zadane pytanie mógł uzyskać maksymalnie 19 punktów. Średnia liczba punktów uzyskanych przez respondentów wynosiła 11 punktów $\pm 2,50$ (Tabela I) .

Tabela I. Poziom wiedzy ankietowanych na temat uzależnień behawioralnych.

Zmienna	M	SD	Min	Max	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Poziom wiedzy studentów z zakresu wiedzy o uzależnieniach	11,0	2,50	3,00	17,00	9,00	11,0	13,00

Legenda: M-średnia, SD - odchylenie standardowe min – minimum max – maksimum

Tabela II przedstawia poziom wiedzy studentów ATH w Bielsku-Białej na temat uzależnień behawioralnych. Na podstawie szczegółowej analiz uzyskano wynik wskazujący, że

- 55,4% ($n=61$) studentów posiada wiedzę na poziomie średnim, uzyskując w przyjętej do badań punktacji 10-13 punktów.
- niski poziom wiedzy miało 29,1% ($n=32$) osób, które uzyskały 0-9 punktów,

- natomiast wysoki poziom wiedzy reprezentowała grupa 15,5 % (n=17) studentów, którzy w punktacji uzyskali 14-19 punktów.

Tabela II. Kategorie poziomu wiedzy studentów na temat uzależnień.

Poziom wiedzy z zakresu wiedzy i profilaktyki	Liczebność (n)	Odsetek (%)
niski (0-9 pkt)	32	29,1
średni (10-13 pkt)	61	55,4
wysoki (14-19 pkt)	17	15,5

Legenda: n- liczebność grupy, %- odsetek.

W tabeli III przedstawiono wyniki badań dotyczące zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat uzależnień behawioralnych, w odniesieniu do płci, wieku, kierunku studiów, miejsca zamieszkania, wcześniejszym kontakcie z osobą uzależnioną.

Badania wykazały, że 39,7% (n=23), studentów mieszkających na wsi miało niski poziom wiedzy na temat uzależnień, natomiast u 67,3% (n=35) respondentów mieszkających w mieście odnotowano średni poziom wiedzy. Analiza statystyczna potwierdziła, że studenci mieszkający w mieście statystycznie częściej posiadali większy poziom wiedzy w temacie uzależnień niż osoby mieszkające na wsi (p=0,0272).

Tabela III. Poziom wiedzy ankietowanych a wybrane zmienne.

Zmienne		Poziom wiedzy						Wartość statystyk i χ^2	Poziom istotność i (p)
		niski		średni		wysoki			
		n	%	n	%	n	%		
Płeć	Kobiety	27	32,9	41	50,0	14	17,1	3,904	0,1420
	Mężczyźni	5	17,9	20	71,4	3	10,7		
Wiek	19-24	20	26,0	44	57,1	13	16,9	1,328	0,5148
	powyżej 24 lat	12	36,4	17	51,5	4	12,1		
Kierunek studiów	Medyczne	16	33,3	24	50,0	8	16,7	1,065	0,5872
	Inne niż medyczne	16	25,8	37	59,7	9	14,5		
Miejsce zamieszkania	Wieś	23	39,7	26	44,8	9	15,5	7,206	0,0272
	Miasto	9	17,3	35	67,3	8	15,4		
Zainteresowanie tematyką uzależnień.	Tak	25	32,1	40	51,3	13	16,7	1,904	0,3859
	Nie	7	21,9	21	65,6	4	12,5		
Problem z uzależnieniem u osoby bliskiej.	Tak	26	28,3	51	55,4	15	16,3	0,395	0,8204
	Nie	6	33,3	10	55,6	2	11,1		

Legenda: n - liczebność grupy, % - procent, χ^2 *test chi-kwadrat, p – poziom istotności

Dyskusja. Nadmierne wykonywanie czynności podobnie jak problemy związane z nadużywaniem środków psychoaktywnych może prowadzić do rozwoju uzależnień. Nie sposób nie zauważyć, że problem dotyka wielu ludzi na całym świecie. Pomimo różnic społecznych, środowiskowych oraz kulturowych coraz częściej jako społeczeństwo doświadczamy destrukcyjnych skutków uzależnień, które mają swój negatywny, konkretny wymiar społeczny na poszczególnych płaszczyznach. Skutki destrukcyjnych zachowań obserwowany jest wśród ludzi w różnym wieku, jednak w ostatnim czasie pojawiło się wiele zagrożeń dotyczących bardzo młodych osób [1-5].

W przeprowadzonym badaniu ankietowym starano się poddać ocenie poziom wiedzy studentów na temat uzależnień behawioralnych. Wiele z tych uzależnień związana jest z dynamicznym rozwojem cywilizacji, pojawianiem się nowych technologii, łatwego dostępu do nich, jak również nieograniczonych możliwości korzystania z nowin cywilizacyjnych.

Uzależnienia behawioralne stały się obecnie tematem szeroko opisywanym w wydaniach naukowych, artykułach, a także w życiu potocznym. Coraz większa grupa ludzi ze środowiska naukowego zajmuje się tego rodzaju zagadnieniami. Problemy ludzi uzależnionych od czynności podsunęła tak naprawdę rzeczywistość. Coraz więcej ludzi zaczęło szukać pomocy podając trudność z zachowaniami, nad którymi utraciła kontrolę. Rozwój cywilizacji powoduje, że żyjemy w takim społeczeństwie, gdzie sposób życia, sposób nałogowy jest podany na tacy. Dlatego temat ten jest tematem bardzo aktualnym i rozwojowym [4].

Badania realizowane przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w latach 2015-2016 dotyczyły oceny wiedzy, postaw i zagrożeń związanych z używaniem nowych mediów oraz hazardu. Przedstawione wyniki dotyczące poziomu wiedzy na temat uzależnień behawioralnych pokazują, że wśród ankietowanej młodzieży źródłem pozyskiwanej wiedzy o uzależnieniach były głównie media takie jak Internet, telewizja. Informacje były pozyskiwane przez oglądanie filmów fabularnych, przypadkowe przeglądanie stron. Badania te wskazały również na ogromne braki w posiadanej wiedzy na temat uzależnień behawioralnych w grupie gimnazjalistów. Nieco większy poziom wiedzy stwierdzono u uczniów szkół ponadgimnazjalnych [6].

Podobne wyniki uzyskano w badaniu własnym, gdzie studenci również zdobywali wiedzę na temat uzależnień głównie z Internetu. Natomiast wiedza studentów ATH według przeprowadzonych badań kształtuje się na poziomie średnim. Dlatego konieczne jest podejmowanie działań prewencyjnych wobec grup najbardziej zagrożonych problemem.

W dzisiejszych czasach dostęp do Internetu jest rzeczą naturalną. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku przeprowadził badania dotyczące dostępności do Internetu i posiadania komputerów, z których wynika, że na terenie badanego województwa większość dzieci posiada komputer i dostęp do Internetu. Możliwość korzystania z sieci zwiększył zaangażowanie ludzi w nawiązywanie wirtualnych kontaktów i podtrzymywanie ich niezależnie od odległości czy też innych niedogodności. Internet zredukował pojęcie przestrzeni i odległości w kontaktach społecznych pozwalając jednocześnie na zachowanie anonimowości. Większość uczestników badań w Białymstoku potwierdziła, że nie kontroluje czasu spędzanego w Internecie. Jednocześnie 29,2% szóstoklasistów, 37% gimnazjalistów i 38% uczniów szkół ponadgimnazjalnych stwierdziła odczuwanie negatywnych emocji z powodu niemożności skorzystania z sieci. Była to nerwowość, rozdrażnienie, dyskomfort [7]. Podobnie w badaniach pod nazwą „Poz@ siecią” przeprowadzonych w latach 2015-2016 wynika, iż korzystanie z narzędzi cyfrowych i nowych technologii jest wpisane w codzienne funkcjonowanie i życie młodych ludzi. Respondentami w badaniu były osoby bardzo młode, między 12 a 18 r.ż. Większość badanych uczniów uważała, że od korzystania z urządzeń mobilnych można się uzależnić a na zadane pytanie: czy Ty sam jesteś uzależniony od Internetu, 20,8% uczniów odpowiedziało twierdząco [8].

Omawiany w powyższych badaniach problem dotyczył również studentów z grupy badanej, wśród których pojawiał się, lęk, niepokój, dyskomfort z powodu niemożności wykonywania jakiejś czynności. Grupa respondentów uczelni ATH w Bielsku-Białej jest grupą wiekowo starszą, jednak niezależnie od wieku technologia i dostęp do niej jest czynnikiem niejednokrotnie prowadzącym do uzależnienia.

Ponad połowa ankietowanych w badaniach własnych uważała, że uzależnienia behawioralne są równie groźne jak uzależnienia od środków psychoaktywnych. Jednak spora część nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie.

CBOS w jednym z opublikowanych badań przedstawił podobne wnioski dotyczące postrzegania problemu uzależnień behawioralnych. Hierarchia społeczna według stopnia szkodliwości pokazuje, że narkomania i alkoholizm przodują w rankingu szkód spowodowanych uzależnieniami. Następnie osoby badane wymieniały nikotynizm. Natomiast hazard, siecioholizm, pracoholizm, zakupoholizm były postrzegane jako mniej szkodliwe.

Jak widać uzależnienia behawioralne postrzegane są jako te o mniejszej szkodliwości społecznej. Jeżeli chodzi o leczenie osób uzależnionych od czynności, to nie ma społecznej

akceptacji darmowego leczenia zakupoholików, pracoholików czy osób uzależnionych od Internetu [9].

W ocenie ankietowanych studentów uzależnienia behawioralne postrzegane są przez społeczeństwo jako mało szkodliwe, jako fanaberia, nie są kojarzone z chorobą. Sądzą, że tylko 9% społeczeństwa uważa, że jest to duży problem i wymaga leczenia. Ponad połowa respondentów w badaniach własnych twierdziła, że wszystkie uzależnienia należy leczyć. Studenci uważają, że uzależnienia behawioralne mogą sprawiać przyjemność. Większość czynności, od których się uzależniamy wykonujemy często wielokrotnie w ciągu dnia. Są one związane z jedzeniem, ćwiczeniami, zakupami, sprawdzaniem poczty, przeglądaniem mediów społecznościowych itp. Kojarzą się one z czymś przyjemnym i tak jest dopóki nie pojawiają się skutki i konsekwencje nadmiernego wykonywania czynności czy uzależnienia.

W kryteriach rozpoznawania uzależnienia od czynności jest doświadczanie ulgi i przyjemności podczas wykonywania czynności. Zaburzenie nałogowe zostało scharakteryzowane jako proces, w którym ma miejsce wykonywanie czynności mające przynieść przyjemność i ulgę w cierpieniu wewnętrznym [10].

Gęga i wsp. przeprowadzili badania na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach na temat uzależnień behawioralnych wśród osób aktywnych fizycznie. W grupie 164 osób przymus uprawiania aktywności fizycznej odczuwało 44% badanych, natomiast bardzo wysokie uczucie presji odczuwało 19 % ankietowanych. Jednakże głównymi źródłami motywacji do uprawiania sportu była u 30% badanych osób przyjemność z wykonywania czynności, 24% wskazała na aspekty zdrowotne, a 27% na oderwanie się od codzienności [11]. Na przełomie 2013/2014 roku Uniwersytet Warszawski i Instytut Studiów Społecznych przeprowadził badania na temat oszacowania skali zjawiska zagrożenia e-uzależnieniami młodzieży szkolnej. Autorzy opisują młodzież zagrożoną jako przygnębioną, wyobcowaną, wycofaną, nieśmiałą, mającą trudności w kontaktach społecznych. Uwikłanie w uzależnienia powoduje brak potrzeby spotkań i kontaktów w realnym świecie. W oczy rzucają się również problemy szkolne. Młodzież nie jest skoncentrowana na nauce, często przysypia na zajęciach. Pogarsza się funkcjonowanie w domu poprzez brak zainteresowania bieżącymi problemami. Pojawia się oszukiwanie bliskich, częste konflikty. Również stają się zauważalne problemy zdrowotne, młodzi zgłaszają bóle głowy, ospałość, zmęczenie, często pobudzenie, rozdrażnienie. W badaniu również zwrócono uwagę na związek zagrożenia e-uzależnieniami i pogarszające się relacje rodzinne, jak również występujące w rodzinach patologie. W sposób jakościowy i ilościowy poddano badaniu pedagogów i psychologów pracujących z młodzieżą

oraz młodzież z terenu całej Polski. W badaniu jakościowym młodzi ludzie określili korzystanie z Internetu jako przyjemną formę spędzania wolnego czasu. E-zakupy wiążą się z przyjemną formą przeglądania, robienia zakupów. Niezależnie od wykonywanej czynności młodzież miała poczucie akceptowania zachowań przez rodziców. Badanie ilościowe potwierdziło, że na 1000 osób ankietowanych, aż 99% korzysta z Internetu kilka razy w tygodniu, natomiast 71% można zaliczyć do osób zagrożonych uzależnieniem. Z przeprowadzonych przez Uniwersytet Warszawski i Instytut Studiów Społecznych badań wynika także, że profilaktyka w tym zakresie nie jest realizowana, lub jest realizowana w bardzo okrojony sposób. Badanie te jednak pozwoliły na wytyczenie celów i zakresu działań profilaktycznych w szkołach [12].

Ankietowani studenci w badaniach własnych, pytani o skutki uzależnienia na pierwszy plan wysuwali objawy depresyjne, wycofanie społeczne jako skutki uzależnienia, a także kłopoty rodzinne i rozluźnienie relacji społecznych i rodzinnych. Większa część ankietowanych, aż 68% odnosi wrażenie zaabsorbowania Internetem, gramami, smart fonem. Część ankietowanych próbowała również ograniczać czas spędzany na wykonywaniu jakiejś czynności.

W Komunikacie z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2019 r. na temat korzystania z Internetu zamieszczono między innymi wyniki dotyczące wieku i wykształcenia użytkowników Internetu. Wynika z nich, że z Internetu najczęściej korzystały osoby z wyższym wykształceniem w wieku 25-34 lat i 51% z nich korzysta z sieci poza miejscem zamieszkania np. w szkole, w pracy, co wynikało z dostępu do Internetu mobilnego [13].

W pracy własnej 84% studentów obserwowało w swoim otoczeniu kogoś kto nadmiernie wykonuje jakąś czynność np. korzysta z telefonu. Faktem jest, że Internet mobilny jest coraz bardziej popularny, nie daje ograniczenia w korzystaniu z sieci.

Przybysz-Zaremba w swojej publikacji o uwarunkowaniach rodzinnych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży pisze, że mają one ścisły związek z zagrożeniem uzależnieniami. Środowisko rodzinne ma silny wpływ na rozwój jednostki. Wśród negatywnych czynników kształtujących młodych ludzi jest alkoholizm, narkomania, hazard, przemoc. Należy do nich również migracja zarobkowa jednego lub obu rodziców, która powoduje rozpad więzi emocjonalnej powodując różnorakie problemy. Pojawiają się zachowania ryzykowne wśród dzieci, które często prowadzą do rozwoju uzależnień. Wynika to z osłabienia kontroli rodzicielskiej, która w okresie kształtowania się osobowości jest bardzo istotna [14].

W badaniach własnych studenci również postrzegali środowisko, rodzinę i grupy rówieśnicze jako główny czynnik mający wpływ na rozwój uzależnień. Dopiero w dalszej kolejności wskazali rozwój technologii.

Analizując problemy osób uzależnionych, nie ma wątpliwości jak ważna jest motywacja do podjęcia leczenia oraz sama terapia i wsparcie osób bliskich. Lelonek-Kuleta pisząc o terapii rodzin pacjentów hazardowych, zwraca uwagę na ogromną dynamikę uczuć w stosunku do uzależnionego. Bliscy wskazują na emocje od wściekłości do poczucia winy. Rodziny osób uzależnionych pomimo wielu szkód i cierpień chcą pomagać uzależnionym bliskim [15].

W badaniach własnych 84% studentów miało styczność z problemem uzależnienia wśród bliskich. Wśród emocji jakie wymieniali ankietowani w stosunku do osoby uzależnionej dominowała złość, jednak 53% z osób udzielających odpowiedzi chciałoby pomóc takiej osobie.

Badanie przeprowadzone wśród studentów miało charakter naukowy. Z uwagi na obserwowany wzrost uzależnień od czynności wśród młodych ludzi podjęto próbę zbadanie oceny poziomu wiedzy studentów ATH w Bielsku-Białej. Czas przeprowadzenia badań zbiegł się z sytuacją pandemiczną na całym świecie, która spowodowała ograniczenie kontaktów społecznych i zmusiła zwłaszcza młodych, uczących się ludzi do wielogodzinnego korzystania z Internetu, komputera, smartfona. Po przeanalizowaniu podobnych badań przeprowadzonych w grupach młodych ludzi przez różne instytucje, można by wysunąć stwierdzenie, że zagrożenie uzależnieniami wśród młodych osób jest duże i konieczne jest wykorzystanie takich badań do ustalenia priorytetów i podjęcia działań profilaktycznych w zakresie uzależnień.

Wnioski

1. Badani są zainteresowani tematyką uzależnień, jednak uzależnienia kojarzyli najczęściej z alkoholem, narkotykami, a dopiero później z hazardem, pracą, jedzeniem, seksem.
2. Uzależnienia od środków psychoaktywnych, takie jak alkoholizm, narkomania, lekomania uznali za większy problemem społeczny niż uzależnienia behawioralne.
3. Respondenci najczęściej szukają informacji na temat uzależnień w Internecie.
4. Zdecydowana większość respondentów ma w otoczeniu bliską osobę uzależnioną.
5. Połowa badanych deklaruje chęć pomocy osobie uzależnionej.
6. Badani mieszkający w mieście posiadają wyższy poziom wiedzy niż zamieszkujący wieś.

7. Analiza przeprowadzonych badań wśród respondentów wykazała braki w wiedzy na temat uzależnień behawioralnych.
8. Zachodzi konieczność prowadzenia akcji profilaktycznych mających na celu podniesienie poziomu wiedzy w tej tematyce.

Piśmiennictwo:

1. Łoza B. Uzależnienia behawioralne/nawyki cywilizacyjne. [w:] Śliż D, Mamcarz A. (red.). Medycyna stylu życia. PZWL Warszawa 2018: s. 193-194.
2. Moniuszko-Malinowska A. Zagrożenia cywilizacyjne XXI wieku. Wyd.1.Alfa - medica Press Bielsko-Biała 2020: s.100-109.
3. Lelonek-Kuleta B. Uzależnienia behawioralne na tle ogólnej wiedzy o uzależnieniach. Studia Społeczne 2015; 12 (1): 97-103.
4. Rowicka M. Uzależnienia behawioralne profilaktyka i terapia. Fundacja Praesterno Warszawa 2015. Dostępny w Internecie: C:/sers/hp/dawnolads/Uzależnienia-behawioralne%20(1)PDF [dostęp: 16.0.52024].
5. Pochrząst-Motyczyńska A. Od czego uzależnieni są Polacy [online]. Dostępny w internecie:<https://www.prawo.pl/zdrowie/od-czego-uzależnieni-sa-polacy-wyniki-raportu-cbos-z-2019-r,495779.html> [dostęp 16.05.2024]
6. Raport z realizacji badań. Ocena wiedzy, postaw i zagrożeń związanych z używaniem nowych mediów oraz hazardu u gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych z niepełnosprawnością wzrokową i placówek specjalnych [online]. Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2015-2016. Dostępny w Internecie file:///C:/Users/hp/Downloads/2_HEK_2016%20UM%20(5).pdf [dostęp: 16.05.2024]
7. Raport z realizacji programu przeciwdziałania narkomanii w województwie podlaskim na lata 2014-2018 [online]. Dostępny w Internecie: http://www.rops-bialystok.pl/rops/wp-content/uploads/2013/02/RAPORT_program_2016.pdf [dostęp: 16.05.2024].
8. Raport z I i II etapu realizacji zadania współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2018 [online]. Dostępny w Internecie: file:///C:/Users/hp/Downloads/RaportMPPUS_POPRAWIONY%20(1).pdf [dostęp: 16.05.2024].
9. Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści. uzależnienia od zachowań. Komunikat z badań CBOS nr 76/2015, Warszawa, czerwiec 2015[online]. Dostępny w Internecie: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF [dostęp: 16.05.2024].
10. Lelonek-Kuleta B. Uzależnienia behawioralne - podstawy teoretyczne [online] Dostęp w internecie:https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/7064/Uzależnienia_behawioralne_podstawyteoretyczne.pdf?sequence=3&isAllowed=yn [dostęp: 16.05 2024].
11. Gęga K, SzkodaL, Jachacz-Łopata. Sport jak narkotyk. Uzależnienia behawioralne wśród aktywnych fizycznie. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(7) :187-194.
12. Styśko-Kunkowska M, Wąsaowicz G. Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty. Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów

Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia i Instytutu Studiów Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2013-2014. Dostępny w Internecie: [file:///C:/Users/hp/Downloads/4_HKE_14_UW_ISS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/4_HKE_14_UW_ISS%20(1).pdf) [dostęp: 16.05.2024].

13. Komunikat z badań CBOS nr 95/2019, Warszawa, lipiec 2019. Dostępny w Internecie: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_095_19.PDF. [dostęp: 16.05.2024].
14. Przybysz-Zremba M. Uwarunkowania rodzinne zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży- analiza wybranych czynników. Dostępny w Internecie: <file:///C:/Users/hp/Downloads/1344-Tekst%20artyku%C5%82u-3471-1-10-20180112.pdf>, [dostęp: 16.05.2024].
15. Lelonek-Kuleta B. Wsparcie rodziny z problemem uzależnienia od hazardu z wykorzystaniem podejścia poznawczego. Dostępny w Internecie: <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/10049/Lelonek-Kuleta%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, [dostęp: 16.05.2024].

Motywy kierujące rodziną, decydującą się na pobyt osoby bliskiej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

Sylvia Krzemińska, Marta Polanowska

Wstęp. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest miejscem, udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgnacji i opieki. W zależności od profilu Zakładu w ramach opieki długoterminowej, rehabilitacji, opieki paliatywnej. Pacjentami ZOL-u są osoby przewlekle lub obłożnie chore, które nie wymagają hospitalizacji. Podczas przyjmowania na oddział nowych pensjonariuszy pielęgniarki prowadzą dokładny wywiad z opiekunami, którzy przekazują swoich bliskich pod opiekę Zakładu. Przy okazji wypełniania formularza przyjęć, dowiadują się szczegółów na temat funkcjonowania danej rodziny. Poznają z jakich przyczyn pacjent nie może pozostać w domu. Rodziny pacjentów wyjawiają motywy, jakimi kierują się, wybierając tego typu placówkę dla swoich bliskich. Często uskarżają się na brak sił, pieniędzy lub na problemy zdrowotne. Powody decyzji zależne są od indywidualnej sytuacji rodziny. Według Siemińskiego to na opiekunach spoczywają obciążenia związane z zaburzeniem funkcjonowania osób bliskich, a są to liczne obowiązki, począwszy od codziennych, takich jak: mycie, karmienie, podawanie leków, pomoc przy przemieszczaniu, po załatwianie spraw w urzędach oraz odpowiedzialność za osoby np. z otępieniem i jej czyny [1].

W Polsce przekazywanie swoich bliskich do tego typu placówek, jak ZOL, jest nadal źle postrzegane [2]. Rodzinom często towarzyszy poczucie winy i wstydu. Dlaczego więc rezygnują z opieki nad chorym w domu i szukają profesjonalnej pomocy w ZOL-u? Co przeważa o ich decyzji?

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Zapewnia także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych [3]. Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze mogą zapewnić opiekę zdrowotną o wysokiej jakości i są alternatywną formą opieki stacjonarnej w stosunku do szpitali. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują w swym zakresie pielęgnację, opiekę i rehabilitację, a nie wymagają hospitalizacji. ZOL zapewnia takiemu pacjentowi kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do jego stanu zdrowia.

W Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzona jest także edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny [3]. Do ZOL ogólnego nie może być przyjęty pacjent z chorobą psychiczną i/lub w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W Zakładzie Opiekuńczo-leczniczym chory może przebywać czasowo. Czas pobytu pacjenta w zakładzie wynosi do 6 miesięcy (nie dotyczy pacjentów w stanie apalicznym i dzieci). Przedłużenie czasu pobytu wymaga akceptacji płatnika. Kierownicy Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych zazwyczaj godzą się na przedłużanie pobytów pacjentów w ZOL. W Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym NFZ pokrywa koszty opieki medycznej, natomiast pacjent ponosi koszty pobytu - zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku. Ilość placówek i miejsc refundowanych z NFZ, nie odpowiada olbrzymim potrzebom społeczeństwa, dlatego zainteresowaniem cieszą się także kosztowne miejsca komercyjne. Miesięczna opłata zazwyczaj przekracza możliwości finansowe pacjenta, koszty pobytu zobowiązuje się uiszczać rodzina lub opiekunowie prawni. Decyzję o przyjęciu pacjenta wydaje dyrektor w porozumieniu z lekarzem zakładu, w oparciu o dokumentację medyczną [3,4].

Rodzina w opiece nad chorym. Współcześnie słowem rodzina określa się grupę osób, połączonych więziami emocjonalnymi, które zależą od siebie, nie koniecznie połączone są więziami krwi. Rodziną jest grupa ludzi, dzieląca wspólne doświadczenie życiowe, uczestniczących w teraźniejszych i planowanych zdarzeniach swych bliskich [5].

Rodzina jest istotnym ogniwem w opiece nad zdrowiem osoby bliskiej. Kształtować może pozytywne emocje i dobre samopoczucie u człowieka chorego. Może także wykonywać konkretne czynności pielęgnacyjno-higieniczne. Ma to bardzo dobry wpływ na efekt leczenia i rehabilitacji pacjenta. Udział rodziny w opiece nad pacjentem przewlekle chorym ma duży wpływ na rezultat całego procesu terapii i jakość życia w chorobie. Rodzina może także zabezpieczać i umacniać zdrowie swojego podopiecznego [6].

Na znaczenie rodziny w procesie zdrowienia, rehabilitacji i ochrony zdrowia zwrócili uwagę psychologowie kliniczni i socjologowie. Lekarze zaczęli traktować rodzinę jako partnera służby zdrowia. Panuje ogólne przekonanie, że rodzina powinna opiekować się i pomagać swoim najbliższym w sytuacji choroby. Sytuacja często bywa odwrotna. Rodzina nie zapewnia niezbędnej opieki na rzecz chorego. Są różne powody niemożności opiekowania się osobą bliską. Mogą mieć na to istotny wpływ relacje między głównym opiekunem a człowiekiem chorym. Wiele rodzin jednak nie może poradzić sobie z zabezpieczeniem, opieką i pielęgnacją osoby chorej w domu [5,6].

Wewnątrz systemu rodziny, wydarzenia które dotyczą osobę w rodzinie, dotyczą pozostałych członków tego systemu. Tak też dzieje się w sytuacji choroby. Choroba zmienia życie codzienne, jego rytm i dynamikę. Konieczna może być zmiana ról życiowych, zmiana planów krótko i długoterminowych. Może prowadzić to do wielu napięć, konfliktów i frustracji. Wówczas członkowie rodziny wspólnie poszukują możliwości, które przywrócą dawną stabilizację [6].

Wiele rodzin staje przed trudnym wyborem między opieką nad chorym w domu, a przekazaniem go pod opiekę do placówek opiekuńczych typu ZOL. Decyzja nie jest prosta, chociaż często życie decyduje za nich. Nieprzystosowane, zbyt małe mieszkanie, konieczność wyjścia do pracy, niechęć członków rodziny do osoby chorej mogą powodować, że samodzielna opieka nad bliskim staje się bardzo trudna lub niemożliwa. Pogarszająca się sytuacja materialna, zmęczenie, bezradność, napięcia i konflikty, poczucie bezsensu życia skutkuje zaburzonym rytmem dnia wszystkich członków rodziny. Kiedy bliska osoba wymaga opieki, opiekunowie niejednokrotnie spychają na dalszy plan własne potrzeby, przeorganizowują swoje życie i poświęcają się pomaganiu drugiej osobie opiekun [6].

Przemęczony opiekun nie zapewni odpowiedniej opieki choremu, może źle wykonywać zadania lub całkowicie wycofać się z pełnionej roli. Nadmierne i długotrwałe przeciążenie opieką nad osobą chorą, może doprowadzić do wystąpienia tzw. zespołu stresu opiekuna [7,8]. Pojęcie stresu wprowadził Hans Selye [9], lekarz i naukowiec. Termin zapożyczył z języka inżynierów, którzy tak nazywali stan zmęczenia materiału. Opiekun osoby chorej dzieli dzień z osobą cierpiącą i chorą. Podopieczny może być rozżalony i sfrustrowany. Może przelewać swoje pretensje na osobę opiekuna. Stres jest reakcją obronną naszego organizmu, który w ten sposób mobilizuje się do walki z przeciwnościami losu, pobudza przepływ krwi przez ważne dla życia organy, poprawia wydolność mięśni oraz rozjaśnia nasz umysł. Niestety długotrwały stres nie niesie już za sobą tylu korzyści. Zamiast pobudzać ciało do walki, przewlekłe kłopoty w otoczeniu oraz stałe podenerwowanie prowadzą raczej do wyczerpania naturalnych sił organizmu [10]. W następstwie tego pojawiają się oraz fizyczne oraz psychiczne zmiany. Na wszystkie te zmiany oraz stan zdrowotny, jaki w ich następstwie powstaje znaleziono nawet termin medyczny określany jako zespół stresu opiekuna (CSS - *Caregiver Stress Syndrome*) [11].

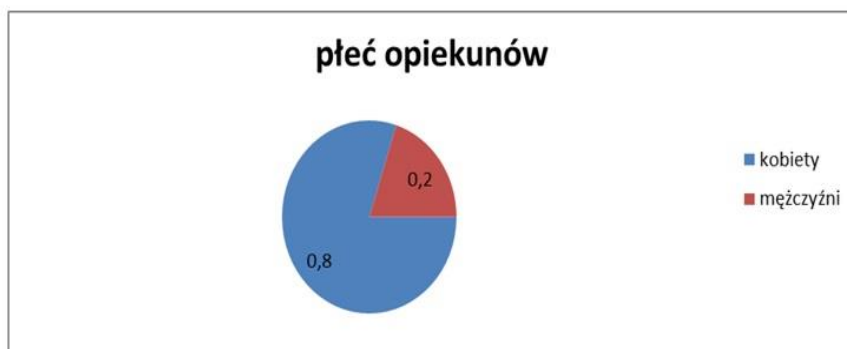
Przejawem zespołu CSS jest złość w stosunku do podopiecznego, Zdenerwowanie sytuacją, w jakiej znajduje się opiekun lub niechęć do wykonywania codziennych czynności przy podopiecznym. Łatwo wówczas o rozdrażnienie i irytację oraz wybuch gniewu. Bywa również,

że osobie opiekującej się osobą chorą towarzyszy poczucie winy z powodu zaniedbywania swoich obowiązków, nieumiejętnego ich wykonywania lub tłumionej złości na pacjenta. Osoba wykonująca swoje obowiązki poprawnie i właściwie może błędnie postrzegać swoją sytuację. Ze zmianami emocjonalnymi idą często w parze dolegliwości fizyczne. Przewlekły stres prowadzić może do nawracających bóli głowy, zaburzeń snu, apetytu, problemów trawiennych, bóli kostno-stawowych, zaburzeń pamięci i koncentracji lub nasilenia już istniejących chorób [7,8,11]. Opiekun przejawiający objawy zespołu CSS nie może dalej wykonywać czynności przy swoim podopiecznym. Aby pomóc sobie musi szukać możliwości odciążenia chociaż z niektórych obowiązków wobec pacjenta. Często ten moment jest znaczący dla podjęcia decyzji o przekazaniu swojego podopiecznego do stacjonarnej placówki, jaką jest Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Decyzja o przekazaniu osoby bliskiej do ZOL, często sugerowana jest przez psychologów, psychiatrów, a także lekarzy innych specjalności. Widząc skrajnie wyczerpanego opiekuna, kategorycznie zabraniają sprawowania opieki, ze względu na stan zdrowia [8].

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest poznanie motywów, którymi kieruje się rodzina, decydująca się na pobyt osoby bliskiej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy. Na podstawie ankiety zbadano dlaczego rodziny rezygnują z opieki domowej na rzecz ZOL i z jakimi problemami stykają się rodziny osób chorujących przewlekle w domu.

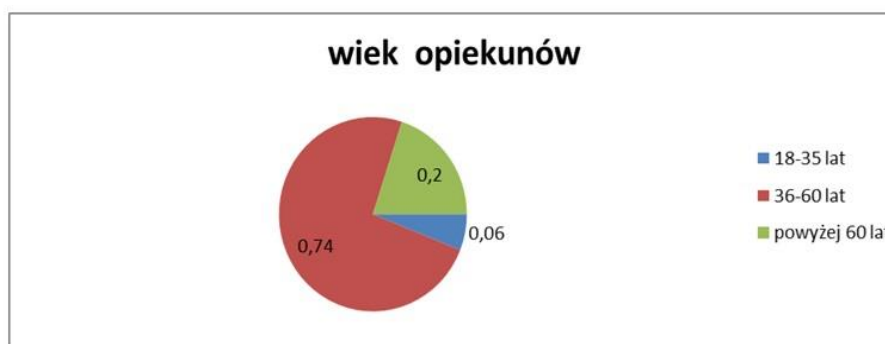
Material i metoda. Grupę badaną stanowili opiekunowie pacjentów, którzy podpisali umowy z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicy w Obornikach Śląskich celem przekazania opieki nad osobą bliską. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny przeprowadzony przy pomocy autorskiej ankiety stworzonej na potrzeby niniejszej pracy, którą wypełniło anonimowo 50 osób. Warunkiem włączenia do badania była zgoda na przeprowadzenie badania, którą respondenci wypełniali razem z kwestionariuszem. Badania prowadzono przez okres 6 miesięcy, od 01.06 do 30.12.2022r.

Wyniki. Ankietę prawidłowo wypełniło łącznie 50 osób, 40 kobiet, co stanowiło 80% badanej grupy i 10 mężczyzn co stanowiło 20% badanej grupy (ryc.1).



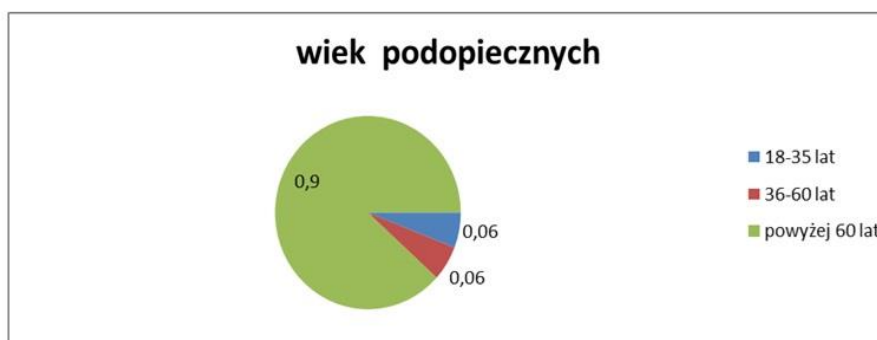
Ryc. 1. Płeć opiekunów.

6% osób umieszczających swoich bliskich w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy miało mniej niż 35 lat, 74% to osoby w wieku średnim do 60 lat, a 20% ankietowanych miało powyżej 60 lat (ryc.2).



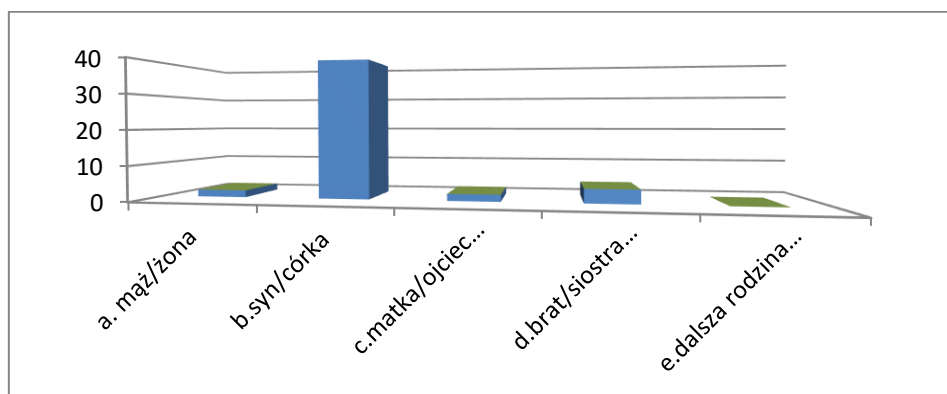
Ryc. 2. Wiek opiekunów.

90% podopiecznych stanowią osoby w wieku emerytalnym, liczące ponad 60 lat. Tylko 4% to osoby młode mające najwyżej 35 lat, a 6% to grupa wiekowa pomiędzy 36 a 60 lat (ryc.3).



Ryc. 3. Wiek podopiecznych.

40% ankietowanych to dzieci pacjentów, 8% stanowi rodzeństwo, po 4% przypada na współmałżonka i na dalszą rodzinę (ryc.4).



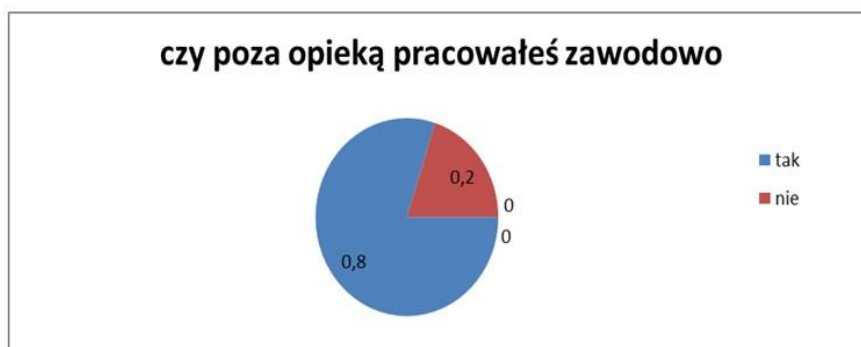
Ryc. 4. Kim jesteś dla podopiecznego.

20% ankietowanych na opiekę nad chorym członkiem rodziny poświęcało cały dzień, a 80% na ten cel przeznaczało po kilka godzin dziennie (ryc.5).



Ryc.5. Czas opieki nad pacjentem.

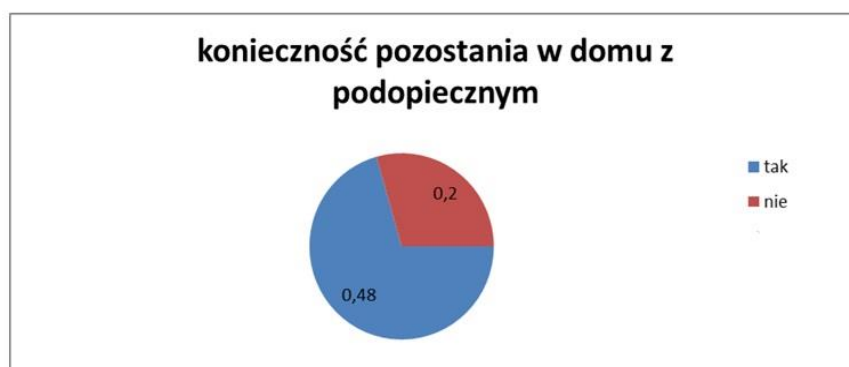
Zawodowo pracowało 80% ankietowanych, a pozostałe 20% stanowiły osoby niepracujące (ryc.6).



Ryc. 6. Praca zawodowa opiekunów.

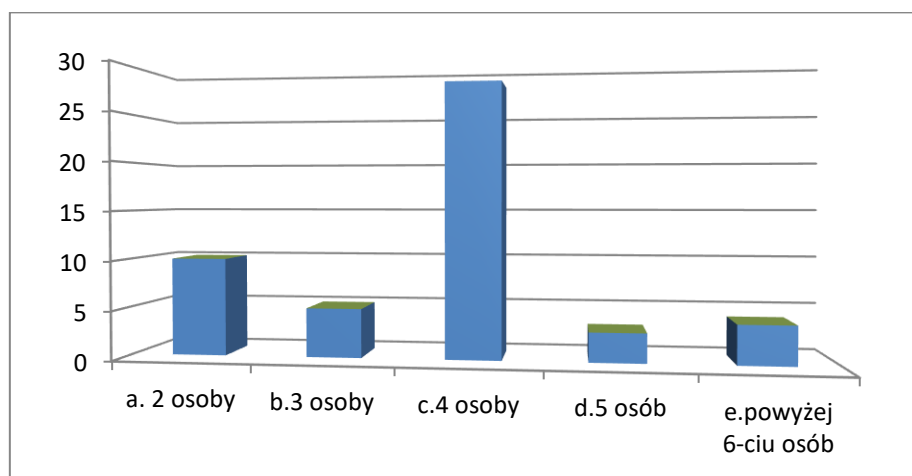
Na pytanie: czy zdarzało się, że nie mogłeś pójść do pracy, ponieważ nie miał kto zająć się Twoim podopiecznym? (pytanie dotyczyło tylko osób pracujących zawodowo), aż 48% ankietowanych, spośród osób pracujących zawodowo, przyznało, że było zmuszonych

przedłożyć dobro pacjenta nad pójście do pracy. Natomiast 32% ankietowanych nie zostało postawionych w takiej sytuacji (ryc. 7).



Ryc.7. Konieczność pozostawiania z podopiecznym.

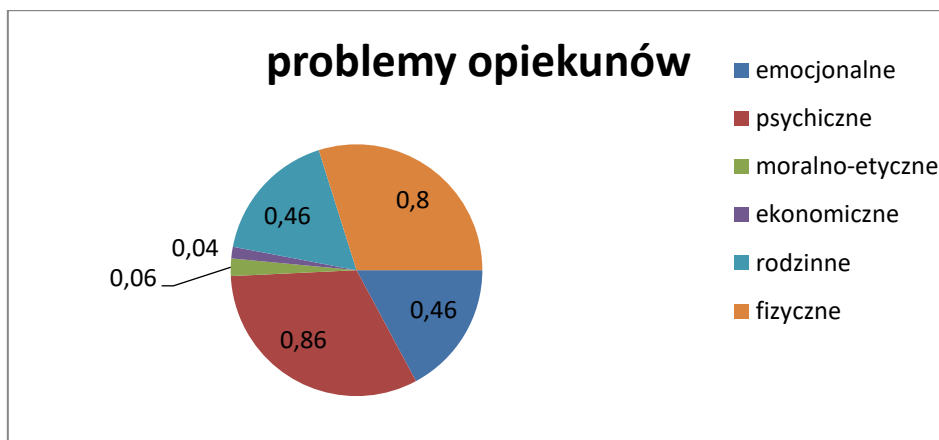
Na pytanie ile osób wraz z Tobą liczy Twoje gospodarstwo domowe badani odpowiedzieli następująco. Ponad połowa ankietowanych, bo aż 56% prowadzi gospodarstwo domowe liczące 4 osoby, 20% ankietowanych prowadzi gospodarstwo domowe dla 2 osób, a pozostałe osoby wywodzą się z rodzin trzyosobowych - 10%, z pięcioosobowych - 6% i 8% z większych niż 6 osób (ryc.8).



Ryc. 8. Liczba osób w gospodarstwie domowym.

Każdy z ankietowanych przyznał, że sprawując opiekę nad chorą osobą w domu, musiał zmierzyć się z wieloma problemami. Często jeden pacjent przysparzał opiekującej się nim rodzinie kilku rodzajów problemów. Aż 80% ankietowanych skarżyło się na problemy natury fizycznej. Opieka nad chorym dezorganizowała im życie rodzinne i utrudniała podtrzymywanie kontaktów z rodziną i znajomymi. Na tę uciążliwość skarżyło się aż 46% ankietowanych. Nie mniejszym obciążeniem było obciążenie psychiczne - 86% spowodowane presją psychiczną. Na brak pieniędzy skarżyło się 4% ankietowanych. Dla 6% opiekunów bardzo przykre były

problemy natury moralno-etycznej. Problemy natury emocjonalnej zgłaszało aż 42% ankietowanych (ryc. 9).



Ryc. 9. Problemy opiekunów.

Aż 66% ankietowanych przyznało, że korzystało z pomocy podczas opieki nad chorym w domu. 64% respondentów korzystało z pomocy różnego rodzaju instytucji. Aż 82% respondentów miało odczucie, że nie dość dobrze opiekuje się swoim podopiecznym. Jedynie 18% nie miała sobie nic do zarzucenia. 72% ankietowanych czuło się skrajnie wyczerpanych psychicznie lub fizycznie, 56% podopiecznych wymagało opieki całodobowej. Opiekun aby wyjść z domu, musiał zorganizować sobie zastępstwo. Na wstawanie w nocy do chorego, uskarżało się aż 82% ankietowanych. 86% ankietowanych, wskutek długotrwałego opiekowania się chorym w domu czuło się ekstremalnie wyczerpanymi.

20% pytanym samodzielnie podjęło decyzję o przekazaniu osoby bliskiej pod opiekę ZOL. Pozostali uczynili to po konsultacji z innymi osobami (ryc.10).



Ryc. 10. Decyzja o przekazaniu podopiecznego do ZOL.

Dyskusja. Grupą badaną stanowiło 50-ciu opiekunów, którzy z różnych powodów, przekazali opiekę nad osobą bliską Zakładowi Opiekuńczo-Leczniczemu. Z badania wynika, że w grupie tej przeważały kobiety w średnim wieku, najczęściej córki, które podpisywały umowy z ZOL.

Do podobnych wniosków doszła Grabowska-Fudala i wsp. [2] Pomimo tego, że pracują zawodowo, często samodzielnie opiekują się osobą bliską w domu.

Z wyników badania autorskiego można odczytać, że podopiecznymi ZOL-u są osoby starsze, a respondenci najczęściej są dziećmi pensjonariuszy, podobnie jak w badaniach Spisackiej i wsp. [12]. W badaniach autorskich nie określono chorób podstawowych, które predysponowały do przekazania opieki nad bliskim, ale w literaturze najczęściej są to choroby otępienne jak choroba Alzheimera, czy choroby powodujące deficyty sprawności funkcjonalnej w starszym wieku [13,14]. W pytaniu o kłopoty w opiece, nad pacjentem w domu, najczęściej wymieniane w badaniach własnych były kłopoty natury psychicznej i fizycznej. Kłopoty te prowadziły do różnych schorzeń, przez które opiekunowie nie mogli sprawować dalszej opieki nad bliskimi w domu. Prowadzić mogły do bezsenności, nerwicy, przewlekłego stresu, a nawet do depresji. Podobne wyniki uzyskali Secker i wsp. [15] oraz Kaczmarek i wsp. [16] wg których sytuacja, w jakiej znajdują się opiekunowie, może spowodować wystąpienie takich objawów jak depresja, stany lękowe, zaburzenia snu i Lopez i wsp. [17], wg których sytuacja całodobowej opieki wymaga niekiedy zastosowania środków farmakologicznych u opiekunów. Kłopoty natury fizycznej, do których zaliczyć można dźwiganie, podnoszenie, przesadzanie na wózek inwalidzki i rehabilitację chorego, były dla grupy badanej drugim, najczęściej wymienianym kłopotem w badaniach własnych. Długotrwała opieka nad osobą chorą, prowadzić może do bólów kręgosłupa, dyskopatii, przepuklin i innych chorób somatycznych. Podobne wnioski otrzymali w swoich badaniach Grochowska i wsp. [18] oraz Kim i wsp [19]. i Rachel i wsp. [20]. Sprawowanie długotrwałej opieki nieformalnej pociąga za sobą wiele konsekwencji dla opiekunów nieformalnych w postaci obciążenia psychicznego, fizycznego i materialnego [20,21]. Przypuszczać można, że było to bezpośrednią przyczyną przekazania osoby bliskiej do ZOL. Zaledwie 4% badanych wymieniło problemy ekonomiczne, wynikające z opieki nad chorym w domu.. Pomimo przeciętnych zarobków własnych i niejednokrotnie niskich dochodów podopiecznych, problemy z pieniędzmi nie były często wymienianym problemem w opiece. Znaczna większość opiekunów pracowała zawodowo, a opieka nad chorym niejednokrotnie kolidowała z wyjściem do pracy. Pomimo korzystania z instytucji, mających na celu pomoc choremu w domu i pomocy innych, opiekunowie czuli, że zaniedbują nie tylko podopiecznego ale także siebie i innych członków rodziny. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Bartoszek i wsp. [22]. Respondenci w badaniu autorskim decyzję o szukaniu profesjonalnej pomocy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy, podejmowali po konsultacji z innymi osobami. Być może z członkami rodziny, z lekarzem, lub psychologiem.

Wnioski.

1. Podopiecznymi ZOL najczęściej są osoby w wieku powyżej 60 lat.
2. Najczęściej umowy z ZOL podpisują kobiety w średnim wieku będące dzieckiem podopiecznego.
3. Problemami skłaniającymi opiekunów do przekazania podopiecznych do ZOL są: problemy fizyczne (dźwiganie, podnoszenie, przesadzanie na wózek inwalidzki i rehabilitację chorego) oraz psychiczne.
4. Na podjęcie decyzji o przekazaniu podopiecznego do ZOL miała wpływ konsultacja z osobami trzecimi.

Piśmiennictwo:

1. Pyrzowski J, Zakrzewska A, Siemiński M. Satysfakcja pacjentów z demencją i ich opiekunów z prowadzonej terapii. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*. 2011; 4: 140–144
2. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A i wsp. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. *Now Lek*. 2013; 82(1): 25-30
3. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/co-musisz-wiedziec-o-zol-i-zpo> dostęp z dnia 12.04.2024
4. Bień Barbara, Doroszkiewicz Halina: Opieka długoterminowa w Geriatrii: dom czy zakład opieki? *Przewodnik Lekarza* 2006; 10: 48-57.
5. Szwalkiewicz E.: Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K.: Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, PZWL, Warszawa 2024,
6. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina, zdrowie, choroba. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2001,
7. Gołębiowska P.: Zagrożenia w pracy z osobami starszymi – wybrane zagadnienia. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Vol XXX, 4 Sec J*, 2017:121-130
8. Ciałkowska-Kuźmińska M., Kasprzak M.: Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych. *Psychogeriatrya Polska* 2012, 9 (2): 69-76.
9. Seyle H.: *Stres okiełznany*. PIW, Warszawa 1977.
10. Heszen I.: *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. PWN, Warszawa 2013
11. Amtmann, D., Liljenquist, K.S., Bamer, A. et al.: Development and validation of the University of Washington caregiver stress and benefit scales for caregivers of children with or without serious health conditions. *Qual Life Res* 2020; 29: 1361–1371
12. Spisacka S., Pluta R. Charakterystyka demograficzna opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska*, 2003; 233: 163-168
13. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, et al.: Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage*.2003; 26(4): 922-53.
14. Bień-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bień B.: Silent strain of caregiving: Exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clin Interv Aging*. 2017; 12: 263-74.

15. Secker L, Brown RG.: Cognitive behavioural therapy (CBT) for carers of patients with Parkinson's disease: a preliminary randomised trial. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 491–497.
16. Kaczmarek M, Durda M, Skrzypczak M, Szwed A.: Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontologia Polska* 2010; n 18(2): 86–94
17. Lopez J, Lopez-Arrieta J, Crespo M.: Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Gerontology and Geriatrics*. 2005; 41: 81–94.
18. Grochowska J.: Poczucie satysfakcji oraz obciążenia obowiązkami nieformalnych opiekunów osób starszych w zależności od poziomu sprawności podopiecznych. *Med Og Nauk Zdr*. 2014; 20: 46-50.
19. Kim H, Chang M, Rose K, et al.: Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs*. 2012; 68(4): 846-55
20. Rachel W, Datka W, Zyss T i wsp.: Wpływ sprawowania długotrwałej opieki na stan zdrowia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Prz Lek*. 2014; 71(12): 703-6.
21. Gawlik M, Kurpas D.: Ocena jakości życia opiekunów domowych pacjentów z chorobą nowotworową z wykorzystaniem kwestionariusza Caregiver Quality of Life-Cancer. *Med Paliat*. 2015; 7(1): 67-77.
22. Bartoszek A, Ślusarska B., Kocka K.: Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych *Gerontologia Polska* 2019; 27: 208-214

Jakość życia opiekunów nieformalnych chorych wentylowanych mechanicznie w świetle badań własnych

Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec, Iwona Mikijaniec, Hanna Dobrowolska

Wstęp. Opieka nad osobami wentylowanymi mechanicznie w ostatnich latach zyskała na znaczeniu z punktu widzenia rozwoju jej możliwości i skuteczności. Popularność i zastosowanie tej metody w warunkach domowych jest z jednej strony dużym obciążeniem dla instytucji medycznych, z drugiej zaś wyzwaniem dla osób ją sprawujących [19].

Wentylację mechaniczną osób ze zdiagnozowanymi problemami oddechowymi najczęściej prowadzi się w warunkach domowych, co wymusza odpowiednie przeszkolenie członków rodziny i opiekunów i znacząco wpływa na jakość ich życia. Sprawowanie opieki nad chorymi wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych wymaga odpowiedniego przeszkolenia, zarówno chorego jak i opiekuna [20]. Opiera się ono na pięciu podstawowych elementach. Pierwszym z nich jest ocena stanu fizycznego pacjenta, która polega na ocenie skuteczności wentylacji. Wymaga to od opiekunów zdolności interpretowania wskazań pulsoksymetru, umiejętności oceny ruchów klatki piersiowej i nawodnienia. Kolejny element to umiejętności związane z wykonywaniem toalety jamy ustnej, drzewa oskrzelowego, a także pielęgnacja rurki tracheotomijnej [21]. W dalszej części szkolenie obejmuje także obsługę sprzętu i umiejętność reagowania w sytuacjach awaryjnych. Uczestnicy są szkoleni w zakresie postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia, co jest kluczowe w opiece nad pacjentem wentylowanym mechanicznie. Ostatni element to znajomość ogólnych zasad właściwej opieki. Wiedza ta jest fundamentalna, aby zapewnić pacjentowi wentylowanemu mechanicznie najwyższy standard opieki, nawet w warunkach domowych [22].

Odpowiednie przygotowanie do opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie ma olbrzymie znaczenie zarówno dla pacjenta, jak i jego opiekuna. Opiekunowie pacjenta są niezwykle ważnym wsparciem dla chorego. Bardzo często uczestniczą w decyzjach mających kluczowe znaczenie na każdym etapie choroby. Działania opiekunów polegają przede wszystkim na podawaniu leków, łagodzeniu objawów choroby, przygotowywaniu posiłków i ich podaniu, a także pomocy w codziennej toalecie [23].

Niewątpliwie istotnym jest fakt, że sprawowanie opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych wymaga zmiany stylu życia i dostosowania do

najczęściej całodobowej opieki nad chorym. To z kolei przekłada się na jakość życia opiekunów, a także generuje liczne czynniki stresogenne [24].

Opiekę nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych sprawują najczęściej członkowie ich rodzin. Dzieje się tak ze względu na znajomość pacjenta, czy też względów finansowych. Powoduje to, iż tacy nieformalni opiekunowie nie posiadają wcześniejszego przygotowania do opieki, co wpływa na jakość ich życia i powoduje duże obciążenie opieką [25].

Cel pracy. Celem głównym badań było określenie jakości życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

Materiał i metody. Materiał badawczy pozyskano od opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych, w okresie od 1 kwietnia 2022 roku do 31 lipca 2022 roku, po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (nr 17/2022). Kwestionariusz ankiety rozdano wśród 105 respondentów, sprawujących opiekę nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych. Każdą z osób poinformowano o celu badania.

Ponad połowa ankietowanych to osoby w wieku 51+ (N=70; 66,66%). Dominowały osoby z wykształceniem średnim (N=46; 43,81%), głównie zamieszkujące w mieście (N=60; 57,14%), określające swój status materialny jako średni (N=36; 34,29%).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Zmienna socjodemograficzna	n	%
Wiek		
66 i więcej	35	33,33%
51-65	35	33,33%
36-50	20	19,05%
25-35	15	14,29%
Płeć		
kobieta	55	52,38%
mężczyzna	50	47,32%
Wykształcenie		
podstawowe	25	23,81%
średnie	46	43,81%
wyższe	34	32,38%
Miejsce zamieszkania		
miasto	60	57,14%
wieś	45	42,86%
Status 1materialny (w skali 1-5)		
1 – bardzo niski	10	9,51%
2 - niski	12	11,43%
3 - średni	36	34,29%
4 - dobry	32	30,48%
5 - wysoki	15	14,29%

Metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego, technika ankietowa, a narzędziami badawczymi: autorski kwestionariusz ankiety, narzędzie standaryzowane – ankieta WHOQOL-BREF oraz standaryzowane skale: depresji Becka i ateńska skala bezsenności.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza część to metryczka, składająca się z sześciu pytań dotyczących cech demograficzno-społecznych respondentów. Druga część to pytania pozwalające uzyskać informacje ogólne od ankietowanych na temat jakości życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

Uzyskane odpowiedzi zebrano w programie Microsoft Excel. Ich analizę przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica Wer. 13.3 PL. Weryfikację hipotez statystycznych dotyczących istotności różnic pomiędzy zmiennymi wyrażonymi ilościowo, badano za pomocą testu t-Studenta lub analizy jednoczynnikowej wariancji. Za poziom istotności przyjęto $p=0,05$. W trakcie prowadzonych badań własnych użyto jednej z najpopularniejszych miar położenia, jaką jest klasyczna średnia arytmetyczna oraz miary zmienności pozwalającej ustalić stopień zróżnicowania badanej zbiorowości pod względem jakiejś konkretnej cechy. Oprócz tego w skali depresji Becka i ateńskiej skali bezsenności skorzystano z punktacji przypisanej do konkretnej odpowiedzi, a następnie zinterpretowano wyniki w odniesieniu do skali dla danego narzędzia badawczego.

Wyniki. Informacje ogólne z autorskiego kwestionariusza ankiety. Najwięcej badanych wskazało na czas trwania wentylacji domowej wynoszący 6-10 lat (36,19%; N=38) oraz od roku do 5 lat (32,38%; N=34). Natomiast najczęściej wykorzystywaną metodą wentylacji była metoda nieinwazyjna (64,76%; N=68), w której to wykorzystywana była maska do wentylacji. Metoda inwazyjna (rurka tracheostomijna) dotyczyła 37 przypadków (35,24%). Wentylacja prowadzona była najczęściej od 8 do 16 godzin na dobę (47,62%; N=50). Wentylacja całodobowa i nocna trwająca 8 godzin została wskazana odpowiednio przez 25,71% badanych (N=27). Tylko jedna osoba określiła ten czas na 9 godzin na dobę (0,96%) i dotyczyło to wentylacji nocnej. Wskazaniem do zastosowania wentylacji najczęściej była przewlekła obturacyjna choroba płuc (37,14%; N=39).

Tabela 2. Wskazania do zastosowania wentylacji w warunkach domowych.

kryterium	n	%
POCHP	39	37,14%
choroba nerwowo-mięśniowa	27	25,72%
SLA	26	24,76%
wentylacja otyłych	12	11,43%

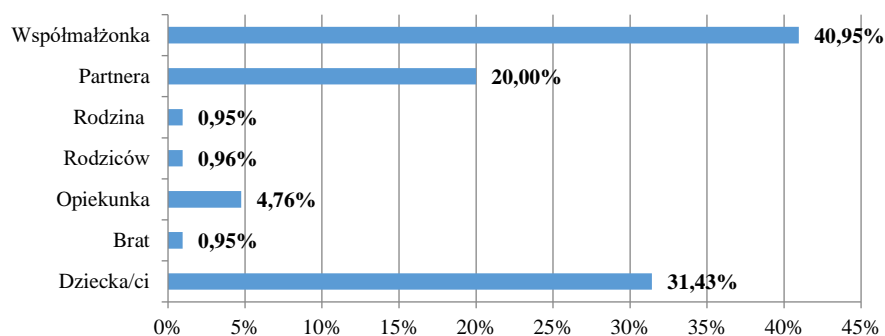
pocovidowe zniszczone płuca	1	0,95%
-----------------------------	---	-------

Według ankietowanych, wentylowane mechanicznie najczęściej były osoby chodzące (40,95%; N=43), najrzadziej - osoby poruszające się na wózku (21,91%, N=23). Wentylacja dotyczyła również osób leżących (37,14%; N=39). Najczęściej poddawany wentylacji były osoby dorosłe w wieku 18-60 lat (54,29%; N=57), najrzadziej natomiast dzieci w wieku od 16 do 18 lat (5,71%; N=6).

Tabela 3. Wiek osób poddawanych wentylacji mechanicznej.

wiek	n	%
osoba dorosła (18-60 lat)	57	54,29%
osoba starsza (powyżej 60 lat)	20	19,05%
dziecko do 6 lat	12	11,43%
dziecko w wieku 6-15 lat	10	9,52%
dziecko w wieku 16-18 lat	6	5,71%

W opiece nad pacjentem wentylowanym mechanicznie badanym najczęściej pomagał współmałżonek (40,95%; N=43) oraz dzieci (31,43%; N=33).



Wykres 1. Wsparcie innych osób w opiece na pacjentem wentylowanym mechanicznie

Za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF oceniano ogólną jakość życia oraz jakość życia w czterech dziedzinach zdrowia: fizycznego, psychologicznego, społecznego i środowiskowego. Punktację dla dziedzin ustalano poprzez wyliczenie średnich z punktów uzyskanych za poszczególne pytania. Uzyskana większa liczba punktów świadczyła o wyższej jakości życia. Wyjątkami były pytania 3 i 4 dla których wyższe wartości świadczyły o niższej jakości życia - pytania te przekształcono w pozytywne. Jeśli w zakresie dziedziny brakowało więcej niż dwóch odpowiedzi (z wyjątkiem dziedziny 3), to punktacja w tej dziedzinie nie była obliczana. Surowe wyniki dziedzin w skali od 1 do 5 przekształcono w wyniki w skali od 4 do 20 poprzez pomnożenie wyników surowych przez 4, co uczyniło je porównywalnymi

z wynikami uzyskanymi za pomocą szerszej wersji kwestionariusza WHOQOL-100. Te z kolei wyniki przekształcono na wyniki w skali od 0 do 100 za pomocą wzoru:

$$(\text{skala od 0 do 100}) = [((\text{skala od 4 do 20}) - 4) / 16] * 100$$

W pracy pozostawiono surowe wyniki dziedzin, czyli w skali od 1 do 5, aby były one w takiej samej skali, jak wyniki dwóch pierwszych pytań ogólnych oraz poszczególnych pytań wewnątrz dziedzin. Ponadto na podstawie tych wyników liczbowych utworzono kategorię ocen jakości życia w dziedzinach, przyjmując równe rozpiętości przedziałów: bardzo zła - <1;1,8>, zła - <1,8;2,6>, ani dobra, ani zła - <2,6;3,4>, dobra - <3,4;4,1> i bardzo dobra - <4,2;5,0>.

Zadowolenie z życia badanych opiekunów osób wentylowanych mechanicznie kształtowało się na poziomie 2,762, co oznaczało, że ich jakość życia była ani dobra, ani zła. Podobnie kształtował się wynik ogólnego zadowolenia ze zdrowia, który osiągnął poziom 2,743, co według przyjętej skali oznaczało, że badani byli ani zadowoleni, ani niezadowoleni z jakości swojego zdrowia.

Przyjęto założenie, że zadowolenie z życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie uległo znacznemu pogorszeniu i niezależnie od ich płci, wieku i wykształcenia. W toku przeprowadzonych analiz statystycznych nie potwierdzono tego założenia dla zmiennych, jaką była płeć ($p=0,41351$) oraz wykształcenie ($p=0,248787$). Natomiast w odniesieniu do wieku potwierdzono istnienie zależności ($p = 0,000817$). Istotnie statystycznie różnice średnich stwierdzono pomiędzy badanymi w wieku 25-35 i 36-50 lat ($SD=2,55$; $SD=3,38$), badanymi w wieku 25-35 i 51-65 lat ($SD=2,55$; $SD=3,03$), badanymi w wieku 36-50 i 51-65 lat ($SD=3,38$; $SD=3,03$), badanymi w wieku 25-35 i 66 i więcej lat ($SD=2,55$; $SD=2,88$) oraz badanymi w wieku 36-50 i 66 i więcej lat ($SD=3,38$; $SD=2,88$).

Należy zauważyć, że osoby najmłodsze, czyli od 25 do 35 lat miały istotnie niższą jakość życia niż osoby w wieku 36-50, osoby w wieku od 51 do 65 oraz powyżej 66 lat. Natomiast osoby w wieku od 36 do 50 lat miały istotnie wyższą jakość życia niż osoby w wieku od 51 do 65 lat oraz osoby w wieku powyżej 66 lat. Reasumując, to grupa wiekowa 36 - 50 lat deklarowała wśród wszystkich grup, istotnie najwyższy poziom życia.

W użytym kwestionariuszu kluczowe było szczegółowe określenie jakości życia badanych, a więc ocenienie dziedzin ich funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 4.

Tabela 4. Średnie jakości życia badanych w poszczególnych domenach.

domena	aspekty	nr pytania w kwestionariuszu WHOQOL-BREF	SD
Fizyczna	Czynności życia codziennego	17	2,895
	Zależność od leków i leczenia	4	2,952
	Energia i zmęczenie	10	2,867
	Mobilność	15	3,010
	Ból i dyskomfort	3	2,867
	Wypoczynek i sen	16	2,714
	Zdolność do pracy	18	3,000
Psychologiczna	Wygląd zewnętrzny	11	2,990
	Negatywne uczucia	26	3,486
	Pozytywne uczucia	5	3,124
	Samoocena	19	3,019
	Duchowość/religia/osobista wiara	6	3,219
	Myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja	7	3,124
Relacje społeczne	Związki osobiste	20	2,971
	Wsparcie społeczne	22	3,000
	Aktywność seksualna	21	3,171
Środowisko	Zasoby finansowe	12	2,914
	Wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	8	3,010
	Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	24	2,781
	Środowisko domowe	23	3,019
	Możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	13	2,952
	Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	14	2,952
	Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	9	3,019
	Transport	25	2,886

Na podstawie otrzymanych wyników w poszczególnych podskalach, obliczono średnie dla każdej z analizowanych domen. Badanie oceny jakości życia ankietowanych z wykorzystaniem formularza WHOQOL-BREF i przy użyciu założonej skali wykazało, że:

- w dziedzinie fizycznej uzyskano ocenę jakości życia 2,97, czyli ani dobrą, ani złą;
- w dziedzinie psychologicznej otrzymano ocenę jakości życia 2,46, czyli złą;
- w dziedzinie społecznej uzyskano ocenę jakości życia, 3,05, czyli ani dobrą ani złą;
- w dziedzinie środowiskowej otrzymano ocenę jakości życia 2,96, czyli ani dobrą, ani złą.

Następnie przystąpiono do badania stopnia nasilenia depresji u badanych opiekunów osób wentylowanych mechanicznie z wykorzystaniem skali depresji Becka. U 35,24% ogółu opiekunów (N=37) nie stwierdzono jej objawów, co sugerowało, że prawdopodobnie obserwowane tymczasowe pogorszenie nastroju wynikało z bieżących wydarzeń. U 14,29% badanych (N=15) stwierdzono objawy łagodnej depresji, u 13,33% (N=14) respondentów

rozpoznano umiarkowany poziom depresji, a w grupie 37,14% (N=39) badanych - ciężką depresję.

W kolejnym kroku wykorzystując ateńską skalę bezsenności starano się określić ewentualne problemy ze snem u badanych opiekunów osób wentylowanych mechanicznie. Badana grupa wykazywała zróżnicowanie pod tym względem. U 19,05% (N=20) badanych nie stwierdzono bezsenności, u 34,29% (N=36) potwierdzono występowanie lekkich problemów ze snem, a 46,67% (N=49) badanych cierpiało na bezsenność.

Założenie, że długość opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie ma duży wpływ na pogorszenie jakości życia opiekunów, co przekłada się również na występowanie u nich zaburzeń snu i depresji, zostało tylko częściowo potwierdzone. O ile czas na wentylacji nie miał wpływu na jakość życia badanych ($p=0,628466$), o tyle występowały u nich zaburzenia snu (46,7%, N=49) i ciężka depresja (37,1%, N=39).

Dyskusja. Zaprezentowane wyniki badań pozwoliły na określenie jakości życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

W badaniach własnych najczęściej wskazywanym czasem trwania wentylacji domowej był okres od 6 do 10 lat (36,19%). W badaniach Pilcha i in., największy odsetek pacjentów (41,93%) był wentylowany w domu przez okres do trzech lat [8]. Można zatem stwierdzić, że czas trwania wentylacji domowej u osób wentylowanych mechanicznie może się różnić w zależności od badanej grupy. Ważne jest uwzględnienie tego aspektu przy planowaniu opieki i wsparcia dla opiekunów osób wentylowanych mechanicznie, uwzględniając specyficzne potrzeby i wyzwania związane z długotrwałą wentylacją domową.

Ważnym aspektem funkcjonowania rodziny z osobą przewlekle chorą jest jej sytuacja materialna. Badani opiekunowie ocenili swój status majątkowy na różnych poziomach, jednak dla 55,23% z nich był on bardzo niski, niski lub średni. Opieka tego typu może stanowić bardzo dużo obciążenie dla rodziny nie tylko pod kątem psychologicznym, ale także ekonomicznym. W publikacji Piotrowskiej [9] można znaleźć potwierdzenie tych wyników. Autorka wskazała w niej, że opiekunowie osób wentylowanych mechanicznie często doświadczają różnorodnych trudności, w tym również finansowych. Zwiększone wydatki na leki, środki pielęgnacyjne, opatrunkowe oraz zabiegi rehabilitacyjne, w połączeniu z ograniczeniem aktywności zawodowej lub całkowitą rezygnacją z zatrudnienia, mogą wpływać na trudną sytuację materialną opiekunów. Ponadto konsekwencje tego nowego rytmu życia mogą objawiać się również w postaci niewystarczającej ilości czasu dla pozostałych członków rodziny i ograniczenia częstotliwości kontaktów społecznych [9]. Również badania Kózki i in. [10]

potwierdzają, że trudności finansowe są powszechnym problemem wśród opiekunów. Badani wskazali na różnorodne trudne sytuacje związane z opieką nad chorym, a prawie połowa z nich (48%) wskazała na trudności finansowe. Ponadto 20% badanych wskazało brak czasu, a 16% zgłosiło kłopoty ze znalezieniem pracy lub problemy w miejscu pracy. Szczególnie istotne jest, że większość badanych opiekunów (68%) nie pracowało zawodowo, co znacznie wpłynęło na ich trudną sytuację finansową oraz warunki opieki [10]. Wynika stąd, że opiekunowie osób wentylowanych mechanicznie często borykają się z trudnościami finansowymi, wynikającymi ze zwiększonych kosztów związanych z opieką nad chorym. Ograniczenie aktywności zawodowej lub całkowita rezygnacja z pracy może pogłębiać tę sytuację, wpływając również na innych członków rodziny. Ważne jest, aby świadomość tych trudności była uwzględniana przy podejmowaniu działań wspierających opiekunów i zapewnianiu im odpowiednich środków wsparcia finansowego oraz psychospołecznego.

W prezentowanych wynikach badań stwierdzono u badanych opiekunów zróżnicowanie pod względem poziomu występującej u nich depresji oraz bezsenności. U ponad $\frac{1}{3}$ opiekunów nie stwierdzono występowania objawów depresji, a ich tymczasowe pogorszenie nastroju wynikało z bieżących wydarzeń. U 14,29% badanych stwierdzono objawy łagodnej depresji, co wskazuje na potrzebę konsultacji z psychologiem lub psychoterapeutą. Umiarkowany poziom depresji stwierdzono u 13,33% respondentów, co sugeruje konieczność kontaktu z odpowiednim specjalistą. Natomiast 37,14% badanych miało ciężką depresję, wymagającą pilnej interwencji psychiatrycznej, ze względu na potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia, szczególnie w przypadku myśli samobójczych. Badania Stodulskiej [4] potwierdzają te obserwacje. Autorka wskazuje, że 29% badanych znajdowało się na granicy zaburzeń depresyjnych, a 13% przyznało się do zaburzeń depresyjnych [4]. Jest to zbieżne z prezentowanymi wynikami badania własnego, które również wykazały wysoki odsetek opiekunów z objawami depresji o różnym natężeniu (łącznie N=68; 64,76%). Wskazuje to na powszechność występowania tego problemu u opiekunów osób wentylowanych mechanicznie.

W badaniu własnym stwierdzono również zróżnicowanie pod względem bezsenności wśród badanej grupy opiekunów - aż 46,67% respondentów cierpiało na bezsenność. Wyniki te są zdecydowanie wyższe niż otrzymane w badaniach Stodulskiej [4]. Autorka ta odnotowała, że 22% opiekunów osób wentylowanych mechanicznie miało zakłócenia snu. W badaniu własnym 34,29% badanych znajdowało się na pograniczu normy, wykazując lekkie problemy ze snem, a w przywoływanych badaniach [4] współczynnik ten wynosił 38%, więc miał podobną

wartość. W obu badaniach odnotowano potrzebę wsparcia psychologicznego dla opiekunów osób wentylowanych mechanicznie.

Występowanie objawów depresji oraz problemów ze snem wśród opiekunów osób wentylowanych mechanicznie jest faktem. Wskazuje to na potrzebę skierowania większej uwagi na zagadnienia zdrowia psychicznego i na zapewnienie im odpowiedniego wsparcia psychologicznego oraz terapeutycznego. Dostęp do specjalistów, takich jak psychologowie i psychiatrzy, powinien być ułatwiony, aby pomóc opiekunom w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi, jakie mogą wynikać z opieki nad osobami wentylowanymi mechanicznie.

Wnioski. Wyniki badań własnych pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

1. Długość trwania wentylacji mechanicznej nie ma bezpośredniego wpływu na jakość życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie. Właściwe wsparcie i edukacja mogą pomóc opiekunom w radzeniu sobie z długotrwałą opieką nad chorym członkiem rodziny.
2. Zaburzenia psychiczne, takie jak depresja i bezsenność, mają istotny wpływ na jakość życia opiekunów. Jest to kwestia wymagająca dalszych badań i wsparcia psychologicznego dla opiekunów.
3. Płeć nie wpływa na jakość życia opiekunów, ale wiek jest czynnikiem istotnym. Osoby w średnim wieku (36-50 lat) deklarowały najwyższą jakość życia, co może wynikać z większej zdolności do radzenia sobie ze stresem i odporności psychicznej.
4. Jakość życia opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie jest niska i zależy od szeregu czynników. Wyraźnie widać potrzebę wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla opiekunów, aby pomóc im radzić sobie z tą trudną sytuacją.
5. Rekomenduje się rozwój programów wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla opiekunów pacjentów wentylowanych mechanicznie. Programy te mogą pomóc opiekunom lepiej radzić sobie ze stresem i wyzwaniem związanymi z opieką, a także zwiększyć jakość ich życia. Szczególnie istotne może być wsparcie dla osób starszych, które wydają się być bardziej narażone na obniżoną jakość życia.

Piśmiennictwo::

1. Grajewski P. Szczeklik A. Interna Szczeklika-mały podręcznik. Kraków: Wydawnictwo Polska Medycyna Praktyczna; 2018.
2. Bulińska P. Dobrzycka M. A. Lisowska A. A. Opieka nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze- studium przypadku. Piel/ Zdr. Publ. 2020; 10(3): 205-211.

3. Skoczyński S. Tażbirek M. Pierzchała W. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) w leczeniu przewlekłej niewydolności oddychania u dorosłych. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2013; tom 81, nr 6: 380-389.
4. Stodulska M. Biłogan L. Wybrane aspekty jakości życia chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych i ich opiekunów. *Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece* 2016; 2(2): 33-40.
5. Szatkowska K. Szkulmowski Z. Zmęczenie życiem codziennym a strategie radzenia sobie ze stresem opiekunów rodzinnych osób wentylowanych mechanicznie w domu. *Paliative medicine in practice* 2018; 12,2: 87-94.
6. Niedorys B. Chrzan – Rodak A. Bartoszek A. i in. Analiza wybranych uwarunkowań obciążenia opiekunów opieką według cope – index: skala negatywnego wpływu opieki. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2020; 1: 55-67.
7. Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. Tom I. Kowalewska B. i in. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2017.
8. Pilch D. Kowalski A. Wieder-Huszla S. i in. Nursing problems of patients receiving home mechanical ventilation. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue* 2015; 132, 26-31.
9. Piotrowska E. Problemy społeczne rodzin opiekujących się swoimi bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Med Paliat* 2015; 7: 45–57.
10. Kózka M. Wojtan S. Woźniak E. Funkcjonowanie psychospołeczne opiekunów chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; tom 19, zeszyt nr 2, 185-193.