



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu



Patronat Honorowy
Marszałek Województwa Opolskiego

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 7

pod redakcją
Danuty Żurawickiej
Iwony Łuczak
Marioli Wojtal
Joanny Siekierki

Opole 2019

**Wybrane aspekty
opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny**

Tom 7



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

Tom 7

Pod redakcją:
Danuty Żurawickiej, Iwony Łuczak, Marioli Wojtal, Joanny Siekierki

Opole 2019

Recenzenci:

Prof. Konstanty Bugaiewsky
Prof. Roman Kurzbauer

**Redakcja językowa, techniczna,
skład, projekt okładki:**

❖ Studio IMPRESO Przemysław Biliczak

Patronat Honorowy



MARSZAŁEK
Województwa Opolskiego
Andrzej Buła

© Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu 2019

ISBN 978-83-941154-7-0

ISBN 978-83-949688-9-2

Wydawcy:

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

tel. 77 44 23 524, 77 44 23 546

www.pmwsz.opole.pl

❖ **Studio IMPRESO**

ul. Plebiscytowa 82, 45-360 Opole

tel. 77 550 70 50

www.impreso.studio

Spis treści

Wprowadzenie	9
Bernadetta Skulska, Wiesława Kowalska Czynniki motywujące do pracy w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza w opinii personelu pielęgniarskiego i studentów pielęgniarstwa	11
Iwona Markiewicz, Dorota Goleniewska Ocena stanu wiedzy pielęgniarek POZ pracujących w wiejskich ośrodkach zdrowia na temat udzielania pierwszej pomocy ..	23
Justyna Rzepka, Edyta Kędra, Magdalena Rusin, Piotr Gurowiec, Elżbieta Szlenk-Czyczerska Wiedza kobiet na temat raka piersi i jego profilaktyki	31
Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal, Anna Klimczyk, Ewa Radwańska Wiedza i postawy studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotyczące szczepień ochronnych ..	47
Małgorzata Szerszeń, Agnieszka Skorupa Wielochorobowość jako następstwa współzależnienia od alkoholu i biernego palenia papierosów w rodzinie	57
Patryk Gawlik, Lucyna Sochocka Opinie pacjentów na temat bólu pooperacyjnego badane w okresie przedoperacyjnym a sposób jego odczuwania w pierwszej dobie po zabiegu	75
Piotr Jerzy Gurowiec, Dorota Jaroszowszczyńska, Edyta Kędra, Elżbieta Szlenk-Czyczerska, Renata Mroczkowska, Magdalena Rusin Poczucie umiejscowienia kontroli a strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi	85

Jarosław Czepczarz, Sabina Wiatkowska	
Wpływ działań personelu medycznego na zmiany poczucia sensu życia pacjentów niepełnosprawnością narządu ruchu ...	97
Dorota Glenc, Teresa Niechwiadowicz-Czapka	
Opieka pielęgniarska nad pacjentką z toczniem układowym tkanki łącznej na podstawie analizy przypadku	109
Joanna Rudek	
MARSI – uszkodzenia skóry powstałe w wyniku stosowania materiałów przyklepanych	119
Anna Żurakowska, Renata Widziak	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niewydolnością nerek. Opis przypadku	127
Elżbieta Sobaszek, Joanna Siekierka	
Uprawnienia przedstawiciela ustawowego w prawie medycznym	147
Joanna Głogowska	
Zachowania zdrowotne kobiet w wieku prokreacyjnym	169
Emilia Lichtenberg-Kokoszka	
Wpływ cięcia cesarskiego oraz odmiennego funkcjonowania układu hormonalnego na poporodowe funkcjonowanie mamy i dziecka	177
Agata Bracka, Agnieszka Stosz, Anna Gryboś, Magdalena Rusin, Marian Gryboś	
Przygotowanie kobiety niepełnosprawnej do ciąży i porodu	185
Małgorzata Inglot	
Borelioza w ciąży – fakty i mity	193
Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Iwona Łuczak, Małgorzata Zimnowoda	
Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu	197
Joanna Onik, Magdalena Rusin, Aleksandra Materkowska, Anna Gryboś, Marian Gryboś	
Tokofobia ciężarnych – mit czy rzeczywistość?	207

Ewa Tobor, Patrycja Rataj	
Opieka interdyscyplinarna nad pacjentką z zespołem Turnera	217
Cecylia Jendyk	
Komórki mezenchymalne pozyskiwane z galarety Whartona – złoty graal medycyny regeneracyjnej	227
Alina Kowalczykiewicz-Kuta	
Specyfika żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie w szpitalu oraz po wypisie do domu	233
Grzegorz Głąb, Maria Malarska, Jerzy Zygmunt	
Mobilna kolposkopia EVA System w codziennej praktyce	245
Anna Jenczura, Patrycja Krawczyk	
Intymna choroba kobiecej duszy – alkoholizm	251
Iwona Sobieraj	
Aspiracje edukacyjne i zawodowe studentów pielęgniarstwa i położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu	261

Wprowadzenie

W zmechanizowanym świecie – automatyczne, często pozbawione emocji reakcje. Korporacyjny model funkcjonowania społeczeństwa zabija empatię. Troška o drugiego człowieka – wydawałoby się oczywisty imperatyw funkcjonowania ochrony zdrowia – także ulega cywilizacyjnej erozji. I często zapominamy o tym, że:

„Miarą twojego człowieczeństwa
jest wielkość twojej troski o drugiego człowieka”
Ks. Mieczysław Maliński

To pierwszy dogmat, jaki musimy wpoić naszym studentom, a w konsekwencji – absolwentom. Bez niego nawet najbardziej rozbudowana wiedza zawodowa nie będzie miała szansy na sensowne zastosowanie w praktyce. A tylko szeroki wachlarz form medycznej opieki ma sens w przypadku kobiet w ciąży z różnymi dysfunkcjami, w położeniu oraz podczas opieki nad zdrowym i chorym dzieckiem. Szczególna empatia to wymóg, bez którego nie jest możliwa zaangażowana opieka nad matką i dzieckiem.

Drugim dogmatem jest wzbudzenie w położnych i pielęgniarce przekonania, że empatyczne, a zarazem bardzo profesjonalne z punktu widzenia wiedzy medycznej postępowanie wobec kobiet w ciąży czy młodych matek pozwoli nawiązać tę szczególną nić porozumienia, w której zawarte będzie pełne zaufanie do personelu medycznego. Bez niego problematyczna staje się opieka nad kobietą w ciąży czy młodą matką. Zwłaszcza, gdy w grę wchodzi dysfunkcje zdrowotne.

Rola położnych i pielęgniarce jest tutaj szczególna, gdyż z natury rzeczy to one powinny poświęcić najwięcej czasu pacjentkom. Tym, które przygotowują się do porodu lub urodziły bez żadnych zakłóceń, jak i tym, które borykają się z różnymi chorobowymi ograniczeniami. Szczególne znaczenie przypisuje się profilaktyce zdrowotnej, która powinna być prowadzona na wszystkich etapach życia człowieka. Świadczenie pacjentom usług na bardzo wysokim poziomie jest jednocześnie nakazem wynikającym z rozwoju cywilizacji, ale również obowiązkiem moralnym.

Stąd tak szerokie spektrum tematów podejmowanych przez autorów tej publikacji. Aby w codziennej pracy choć w części sprostać wyzwaniu, jakie kiedyś określił Jan Paweł II: „Człowiek jest wielki nie przez to, co posiada, lecz przez to, kim jest; nie przez to, co ma, lecz przez to, czym dzieli się z innymi”. A my – pielęgniarki, położne, lekarze – mamy przecież czym się dzielić. Co także wykażemy w naszej publikacji.

Redaktorzy:

Danuta Żurawicka

Iwona Łuczak

Mariola Wojtal

Joanna Siekierka

Czynniki motywujące do pracy w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza w opinii personelu pielęgniarskiego i studentów pielęgniarstwa

Bernadetta Skulska¹, Wiesława Kowalska²

¹ Zakład Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

² Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Motywacja odpowiada za podjęcie działania, jego ukierunkowanie, podtrzymanie oraz zakończenie. Jest indywidualną gotowością do prezentowania wysokiego poziomu wysiłku skoncentrowanego na zaspokajaniu konkretnych potrzeb. Kategorie motywacji i demotywacji nie są antonimami, to dwa skrajne zagadnienia, pomiędzy którymi pozostaje emocjonalna neutralność. Demotywacja przyczynia się do wzrostu niechęci w wykonywaniu działania. Nie jest więc tylko brakiem motywacji. Zniechęcenie może odnosić się do ogółu powierzonych obowiązków, bądź jedynie do wykonywania pojedynczych zadań. Motywowanie pracowników to niezwykle złożony proces [1–3].

Funkcjonujące zakłady opieki zdrowotnej wymagają skutecznego administrowania, ponieważ to ono warunkuje właściwy rozwój placówki oraz podnosi odczuwalny przez pacjentów poziom zadowolenia z realizowanych świadczeń medycznych. Istotną kwestią dla podniesienia jakości usług medycznych jest motywacja potrzebna do efektywnej pracy całego personelu, w tym pielęgniarek i pielęgniarzy. Dla sprawnego zarządzania zasobami ludzkimi istotne jest poznanie czynników, które motywują pracowników do wzrostu wydajności pracy. Systemy motywacyjne mogą oferować szeroki zakres zachęt, perswazji oraz przymusu. Mogą być czynnikami materialnymi, niematerialnymi i powinny być dostosowane do potrzeb osób zatrudnionych [4–6].

Polskie pielęgniarstwo od lat zmagają się z uogólnionym brakiem uznania. Profesja ta nie jest postrzegana jako prestiżowa. W porównaniu do innych grup zawodo-

wych w pielęgniarstwie zarobki nadal są niewspółmierne w stosunku do wymagań oraz zaangażowania w pracę. Współcześnie pielęgniarka pełni rolę partnera w realizowaniu zadań terapeutycznych. Zmiana ta spowodowała wzrost wymagań wobec osób wykonujących ten zawód [7].

Cel badań

Celem badań było poznanie czynników motywujących oraz demotywiących do pracy w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza w opinii personelu pielęgniarskiego i studentów pielęgniarstwa. Aby go osiągnąć, wyznaczono cele szczegółowe.

1. Określenie czynników materialnych i niematerialnych, które najbardziej motywują i demotywią do pracy personel pielęgniarski oraz studentów pielęgniarstwa.
2. Określenie różnic w motywacji do pracy między personelem pielęgniarskim a studentami pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Zgodę nr 37/PI/2017 na przeprowadzenie badań uzyskano od Komisji Bioetycznej PMWSZ w Opolu w czerwcu 2017 roku. Internetowe badania ankietowe przeprowadzono w okresie od 20.10.2017 roku do 11.11.2017 roku. Przebadano 351 osób. Wśród nich było 175 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego oraz 176 studentów pielęgniarstwa. Wśród ankietowanych było 89,17% kobiet oraz 10,83% mężczyzn.

W grupie personelu pielęgniarskiego średni wiek ankietowanych wynosił 37 lat. Połowa badanych była młodsza lub w wieku 39 lat, pozostali ankietowani mieli więcej niż 39 lat. Najmłodsza osoba miała 22 lata, najstarsza 65. Wśród studentów średni wiek wynosił 25 lat. Połowa badanych była młodsza lub w wieku 22,5 lat, pozostałe 50% to osoby powyżej 22,5 lat.

W grupie personelu pielęgniarskiego wykształcenie wyższe magisterskie posiadało 47,43% ankietowanych, studia licencjackie 34,28% respondentów, a 10,29% – liceum medyczne oraz 7,47 % badanych – medyczne studium zawodowe, jedna osoba posiadała tytuł doktora nauk o zdrowiu. Wśród uczących się zawodu 48,86% było studentami studiów I stopnia, a 51,14% studentami II stopnia.

W szpitalu pracowało 68,57% badanych, w zakładach opieki 13,15%, a w przychodni 9,71%, 8,57% podejmowało zatrudnienie w innych placówkach medycznych. W ramach umowy o pracę zatrudnionych było 87,43% respondentów, a na podstawie umowy cywilnoprawnej 5,71% ankietowanych. Dwóch respondentów zatrudnionych było w placówce opieki zdrowotnej w ramach stosunku służbowego.

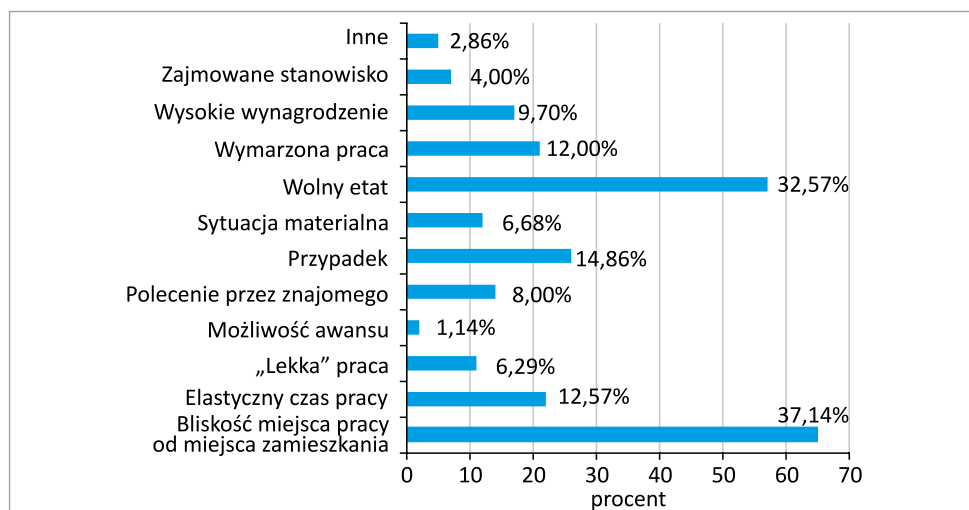
Kryteria włączenia do badania: student pielęgniarstwa, pielęgniarka lub pielęgniarz aktualnie pracujący w zawodzie. Kryteria wyłączenia: osoby, które nie są studentami kierunku pielęgniarstwo, aktualnie nie pracują w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowania. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, który utworzono na potrzeby tego badania.

Wyniki poddano statystycznym analizom w programie Statistica 13.1 (Statsoft Polska) i przy pomocy pakietu Microsoft 2013. W badaniu wykorzystano statystyki opisowe: średnią, odchylenie standardowe. Do porównania średnich użyto nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Pozyskane dane po analizie statystycznej przedstawiono w sposób graficzny przy pomocy pakietu Microsoft 2013. Weryfikację zależności pomiędzy pomiarami przeprowadzono na poziomie istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

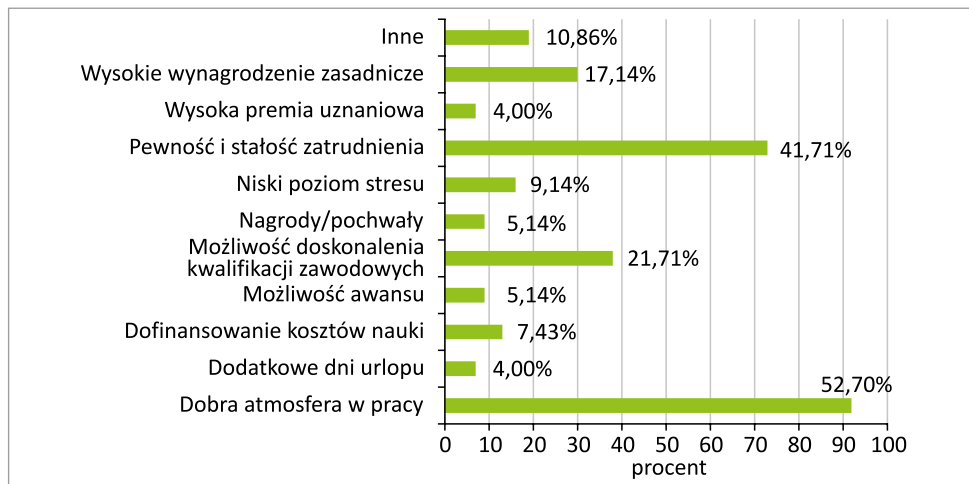
Wybór miejsca zatrudnienia może być uwarunkowany wieloma czynnikami ekonomicznymi, rodzinnymi, a także może on wynikać z pełnionej funkcji zawodowej lub charakteru pracy. Zapytano badanych, jakie czynniki wpłynęły na wybór przez nich aktualnego miejsca pracy.



Rycina 1. Czynniki motywujące personel pielęgniarski do wyboru aktualnego miejsca pracy

Wyniki badań pokazały, że najczęściej wskazywanym przez respondentów czynnikiem wyboru aktualnego miejsca zatrudnienia była bliskość miejsca pracy od miejsca zamieszkania – takiej odpowiedzi udzieliło 37,34% badanych pracowników. Niewiele mniej, gdyż 32,57% ankietowanych, wskazało wolny etat. W następnej kolejności respondenci wymieniali, że wybór wynikał z przypadku, elastycznego czasu pracy oraz że była to dla nich wymarzona praca. Niewielki odsetek badanych wybrał możliwość awansu 1,14%, tak mała liczba osób może wskazywać na to, iż ankietowani nie widzą możliwości awansu w zawodzie pielęgniarskim.

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów, jakie czynniki motywują ich w miejscu pracy, szczegółowe dane zostały zamieszczone na ryc. 2.



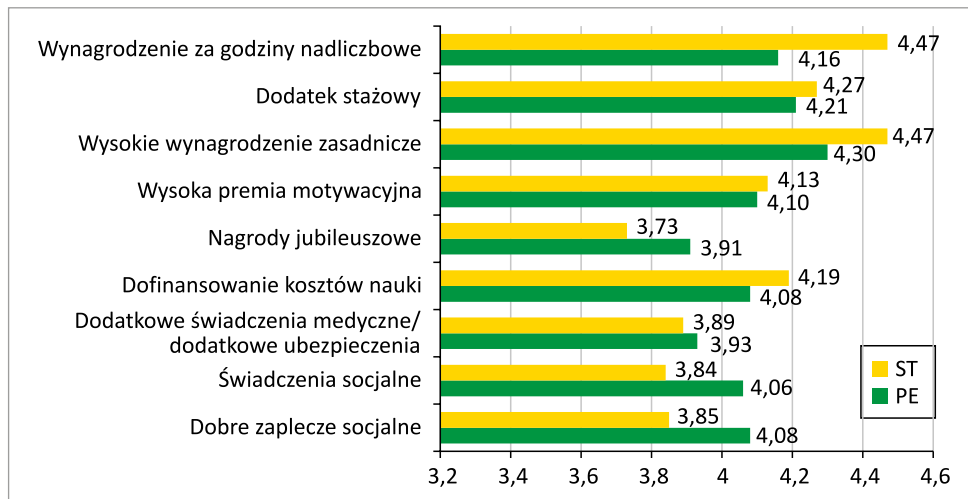
Rycina 2. Czynniki motywujące personel pielęgniarski w miejscu pracy

Wyniki empiryczne pokazały, że czynnikiem motywującym w miejscu pracy jest dobra atmosfera, którą wybrała ponad połowa badanych – 52,57%. Pewność i stabilność zatrudnienia wymieniało 41,71% respondentów. Możliwość doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji wymieniło 21,71% ankietowanych. Niewielki odsetek wskazał na pochwały, nagrody i dodatkowe dni urlopu.

Czynniki motywujące do pracy w zawodzie pielęgniarskim podzielono na materialne i niematerialne. Poproszono badanych o nadanie każdemu z nich cyfry od 5 do 1, gdzie: 5 oznacza element najbardziej motywujący do efektywnej pracy, natomiast 1 to ten, który zupełnie nie przekonuje. Czynniki materialne zostały wybrane na podstawie dostępnej literatury. W kolejnym pytaniu wymienione zostały bodźce materialne zachęcające do pracy, które przybrały formę 9 stwierdzeń.

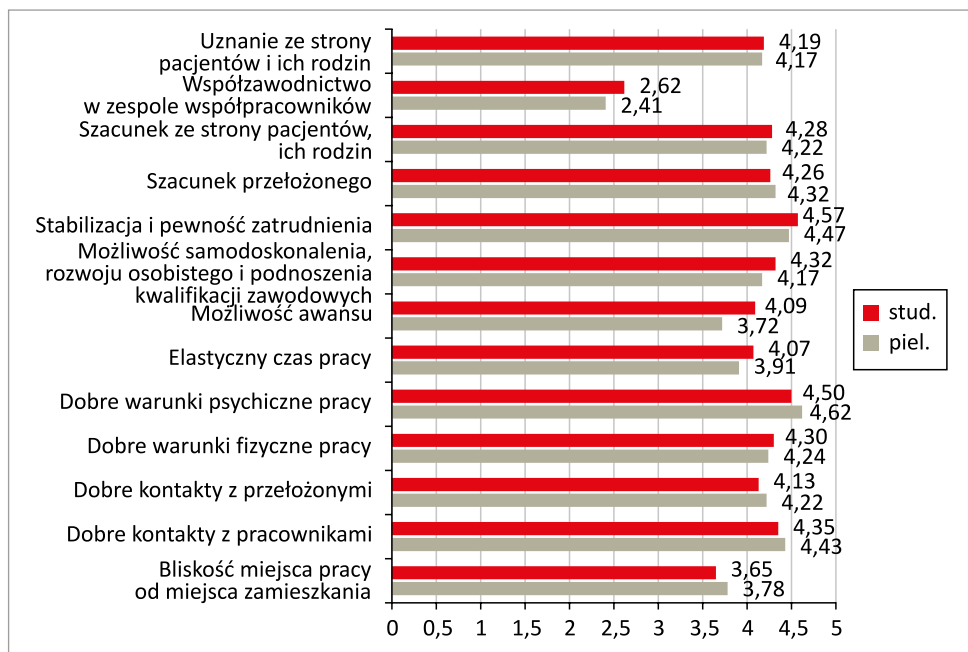
Wyniki badań wykazały, że personel pielęgniarski za czynnik najbardziej motywujący ich do pracy uznał wysokie wynagrodzenie zasadnicze ze średnią 4,30, w następnej kolejności badani wymienili dodatek stażowy (4,21) oraz wynagrodzenie za godziny nadliczbowe (4,16). Ankietowani wskazali również na mniej istotne bodźce, jakimi są: nagrody jubileuszowe oraz dodatkowe świadczenia medyczne/ubezpieczenia. Studenci pielęgniarstwa za najsilniej motywujący czynnik uznali wysokie wynagrodzenie zasadnicze i wynagrodzenie za godziny nadliczbowe ze średnią 4,47. Kolejnymi czynnikami motywującymi, na które wskazywali ankietowani, był dodatek stażowy (4,27) oraz dofinansowanie kosztów nauki (4,08).

Czynniki motywujące do pracy w zawodzie pielęgniarki mogą się zmieniać, być uwarunkowane różnymi czynnikami np. związanymi z wiekiem, doświadczeniem zawodowym, zmieniającymi się warunkami społecznymi. Poproszono ankietowa-



Rycina 3. Średnie wartości czynników finansowych motywujących do pracy w grupie studentów pielęgniarstwa i aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy

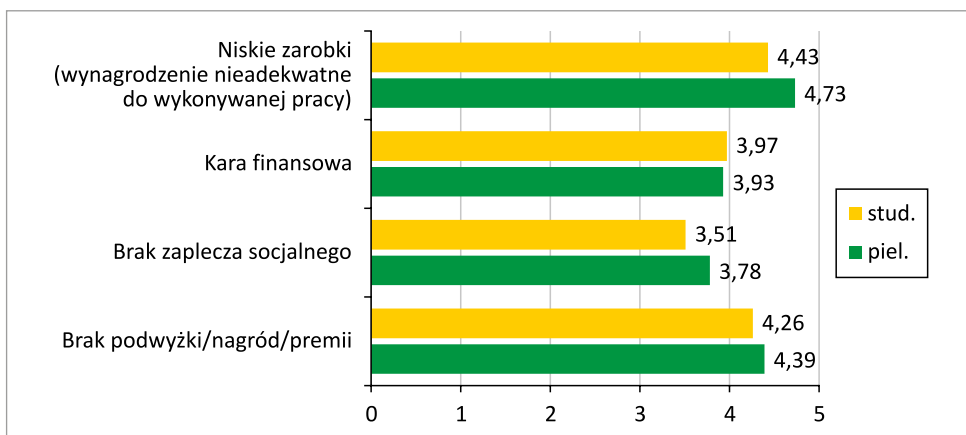
nych, aby wybrali czynniki niematerialne motywujące ich do pracy. Bódcze niematerialne zawierały 13 stwierdzeń. Szczegółowe dane średnich wartości czynników motywujących niematerialnych zostały zamieszczone na ryc. 4.



Rycina 4. Średnie wartości czynników niematerialnych motywujących do pracy w grupie studentów pielęgniarstwa i aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy

W drodze badań ustalono, że wśród bodźców niematerialnych grupa personelu pielęgniarskiego za najsilniej motywujący czynnik uznała dobre warunki psychiczne odnoszące się do braku konfliktów między pracownikami (4,62). Natomiast studenci najwyżej ocenili stabilizację i pewność zatrudnienia (4,57). Kolejny wymieniany bodziec mobilizujący personel pielęgniarski do pracy to poczucie bezpieczeństwa finansowego (4,47). W grupie studentów na drugim miejscu badani umieścili dobre warunki psychiczne pracy ze średnią (4,50). Za najmniej ważny czynnik motywujący do pracy – tak w grupie pielęgniarskiej, jak i w grupie studentów – uznano współzawodnictwo w zespole ze średnią odpowiednio 2,41 i 2,62.

W literaturze przedmiotu wymieniane są czynniki, które zniechęcają do pracy w zawodzie pielęgniarskim. Po ich przeanalizowaniu dokonano podziału na czynniki materialne i niematerialne. Poproszono badanych o nadanie każdemu z nich cyfry od 5 do 1, gdzie: 5 oznacza element najbardziej demotywuujący do efektywnej pracy, natomiast 1 to ten, który zupełnie nie demotywuje. Poniżej zamieszczono średnie wartości 4 materialnych czynników demotywuujących.



Rycina 5. Średnie wartości materialnych czynników demotywuujących do pracy w grupie studentów pielęgniarstwa i aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy

Czynnikiem najbardziej zniechęcającym do kontynuowania, a także podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarskim, są niskie zarobki. Personel ocenił ten czynnik na 4,73, a studenci na 4,43. Jako silnie demotywuujący bodziec badani wskazali także brak podwyżek nagród i premii. W grupie personelu pielęgniarskiego uzyskał on średnią 4,39, a wśród studentów – 4,26. Za najmniej demotywuujący czynnik obie grupy uznały brak zaplecza socjalnego. Uczący się zawodu nadali mu wagę 3,51, a aktywni zawodowo – 3,78.

W ocenie niematerialnych czynników demotywuujących do pracy w zawodzie pielęgniarskim podano 16 stwierdzeń. Średnie wartości czynników demotywuujących zostały zaprezentowane na ryc. 6.



Rycina 6. Czynniki niematerialne demotywuujące do pracy w grupie studentów pielęgniarstwa i aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy

Ankietowana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy za najbardziej demotywuujący do pracy czynnik niematerialny uznała obciążenie psychiczne (4,43). W następnej kolejności wymieniła złe kontakty interpersonalne ze współpracownikami (4,37), obciążenie fizyczne (4,37), brak poczucia bezpieczeństwa finansowego i niepewność zatrudnienia (4,34) oraz stres (4,32). Za najmniej demotywuującą uznała karę słowną (3,35). Studenci za najsilniej demotywuujące czynniki do pracy uznali: brak poczucia bezpieczeństwa finansowego i niepewność zatrudnienia (4,43), obciążenie psychiczne (4,15), złe kontakty interpersonalne ze współpracownikami (4,14), obciążenie fizyczne (4,09) oraz faworyzowanie innych pracowników, brak szacunku i wdzięczności ze strony pracodawców (4,07).

Dyskusja

Stworzenie idealnego modelu motywacyjnego do pracy w zawodzie pielęgniarki i pielęgniarza jest trudne oraz uwarunkowane licznymi czynnikami. Pracownicy mogą być motywowani na wiele sposobów. Jednakże aby podjęte działania motywacyjne mogły przynieść realne korzyści, powinny być zaplanowane oraz systematycznie modyfikowane.

W publikacji pt. „Motywacja w pracy pielęgniarki” Kunecka opublikowała wyniki badania nad czynnikami motywującymi personel pielęgniarski oraz studentów pielęgniarstwa do pracy w zawodzie. Analiza została zainspirowana teorią potrzeb Masłowa, według której rozróżnia się pięć kategorii potrzeb: fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności (społeczne), uznania/szacunku oraz samorealizacji. Koncepcja ta prezentuje hierarchiczne ujęcie systemu motywacyjnego.

Z badań Kuneckiej wynika, iż na motywację do pracy w istotny sposób wpływają potrzeby przynależności. W następnej kolejności potrzeba samorealizacji, bezpieczeństwa, zaspakajania potrzeb fizjologicznych, a na końcu uznania oraz szacunku [8]. W badaniu własnym najsilniej motywującymi czynnikami w grupie personelu pielęgniarskiego były potrzeby przynależności (dobre kontakty interpersonalne, dobre warunki pracy, np. dobrany zespół). Natomiast studenci wskazali na bezpieczeństwo, w tym stabilizację i pewność zatrudnienia. W publikacji Kuneckiej potrzebę bezpieczeństwa badani umieścili na trzecim miejscu, a na drugim potrzebę samorealizacji, która w niniejszym badaniu była oceniana wysoko. Z niniejszych badań wynika, że zaspokajanie potrzeby uznania oraz szacunku jest niezwykle ważne dla personelu pielęgniarskiego. Ankietowani wskazują na silny czynnik motywujący, jakim jest szacunek oraz uznanie ze strony pacjentów i ich rodzin, a także ze strony przełożonego. Brak tych bodźców silnie demotywuje respondentów do pracy zawodowej [8,9].

W badaniu własnym podzielono czynniki motywujące do pracy na: materialne oraz niematerialne. Badani studenci wybrali najsilniej motywujące bodźce materialne, takie jak: wysokie wynagrodzenie zasadnicze, dodatek stażowy oraz wynagrodzenie za godziny nadliczbowe. Również personel pielęgniarski za najbardziej motywujące uznał wysokie wynagrodzenie zasadnicze i dodatek stażowy. Porównano nasilenie motywów między studentami a aktywnym zawodowo personelem pielęgniarskim. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie bodźców dotyczących wynagrodzenia. Za pomocą testu U Manna-Whitneya ustalono dwie istotnie statystycznie różnice między grupami personelu pielęgniarskiego a studentami pielęgniarstwa. Pracujący zawodowo wyżej ocenili nasilenie czynników motywujących do pracy odnoszących się do zaplecza socjalnego, potwierdzono to testem U Manna-Whitneya $Z = 2,43414$ i $p = 0,014$, oraz do świadczeń socjalnych $Z = 2,32363$ i $p = 0,020$.

W publikacji Błazuckiej i Cieślak pt. „Systemy motywacyjne w pracy pielęgniarki” zaprezentowano badania, w których za najbardziej motywujące ankietowani uznali motywatory finansowe – 78% badanych, a 22% wybrało motywę pozafinansową. Najmocniej motywujące w grupie motywatorów finansowych były wysokość wynagrodzenia i dodatki w godzinach nadliczbowych. Najmniej motywującymi czynnikami okazały się nagrody finansowe. W grupie bodźców pozapłacowych najwięcej respondentów wskazało na dofinansowanie i możliwość podnoszenia kwalifikacji poprzez kursy i szkolenia finansowane przez pracodawcę [4].

W badaniu Błazuckiej i Cieślak największy odsetek badanych pielęgniarek spośród motywatorów niematerialnych wskazał na przyjazne stosunki z pozostałymi członkami zespołu, następnie na elastyczny czas pracy [4]. W badaniu własnym w grupie pielęgniarek najsilniejszymi bodźcami niematerialnymi były dobre warunki psychiczne pracy oraz dobre kontakty interpersonalne ze współpracownikami. Natomiast studenci za najsilniejsze bodźce uznali stabilizację i pewność zatrudnienia oraz dobre warunki psychiczne pracy. We wspomnianym artykule Błazuckiej i Cieślak wśród motywatorów do efektywnej pracy badani wskazali także na elastyczny czas pracy [4]. Dla respondentów niniejszego badania był to jeden z niżej ocenianych czynników motywujących.

W badaniach własnych porównano nasilenie bodźców niematerialnych motywujących do pracy między grupą personelu pielęgniarzkiego a studentami. Istotne statystyczne różnice między badanymi grupami wystąpiły w ocenie czynnika dotyczącego możliwości awansu, studenci określili go na 4,09, a pracujące pielęgniarki na 3,72. Potwierdzono to testem U Manna-Whitneya $Z = 2,44726$ i $p = 0,014$.

Istnieje wiele bodźców potencjalnie zniechęcających do pracy. W publikacji autorstwa Dolot „Źródła demotywacji pracowników w świetle badań empirycznych” zaprezentowano działanie motywacji w eksperymencie przeprowadzonym wśród pracowników dużych firm polskich i międzynarodowych. Bodźcami, które najbardziej zniechęcają do pracy w miejscach zatrudnienia w publikacji Dolot, były: monotonia, niejasność wytyczonych celów i brak podwyżek. Pracownicy okazywali zdemotywowanie ze względu na zbyt niskie wynagrodzenie, niesympatyczną atmosferę w miejscu zatrudnienia, a także w kontaktach z bezpośrednim przełożonym [9]. W badaniu własnym ankietowani studenci także wskazali na silnie demotyujący charakter niskich zarobków, w tym wynagrodzenia, a także konfliktów interpersonalnych z przełożonym lub współpracownikami. W prezentowanym badaniu w grupie personelu pielęgniarzkiego najbardziej demotyujące okazały się czynniki materialne, takie jak: niskie zarobki, brak podwyżek i nagród oraz brak premii. Wśród bodźców niematerialnych zniechęcająco na respondentów działają: złe warunki fizyczne w miejscu pracy, brak poczucia bezpieczeństwa finansowego. W badaniu Dolot respondenci wskazali najbardziej motywujące bodźce, zaliczyli do nich: poczucie samorealizacji i możliwość rozwoju, uznanie ze strony przełożonego, a także zwiększenie wynagrodzenia. Uzyskane przez tę autorkę wyniki są zbieżne z otrzymanymi w prezentowanym badaniu [9].

Wśród czynników demotyujących do pracy w zawodzie pielęgniarki między personelem pielęgniarzkiego a studentami wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia kilku z nich. Pierwszy czynnik dotyczył odległości miejsca pracy od miejsca zamieszkania. Personel pielęgniarzki, w odróżnieniu od studentów, uznał, że jest on bardziej demotyujący. Wykazało to badanie testem U Manna-Whitneya $Z = -2,08198$ oraz $p = 0,037$. Kolejnym silnie zniechęcającym czynnikiem w grupie aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy jest stres w pracy,

którego nasilenie jest niższe w grupie studentów. Różnica jest istotna statystycznie $Z = -3,61381$ i $p = 0,0003$. Złe kontakty interpersonalne uznawane są za czynnik bardziej demotywujący w grupie pielęgniarek niż wśród studentów, różnica jest istotna statystycznie $Z = -2,94256$, $p = 0,003$. Obciążenie fizyczne również różnicuje ankietowanych, grupa pielęgniarek określiła nasilenie tego czynnika wyżej niż badani studenci $Z = -2,61984$ oraz $p = 0,008$. Następnym czynnikiem, w którym wystąpiły statystycznie istotne różnice między badanymi grupami, jest obciążenie psychiczne. Dla personelu pielęgniarskiego jest to czynnik silniej demotywujący niż dla studentów $Z = -2,49114$ oraz $p = 0,012$. Wymienione różnice w ocenie czynników zniechęcających uwarunkowane są osobistymi predyspozycjami fizycznymi i psychicznymi oraz doświadczeniami.

W prezentowanej pracy zapytano respondentów, co zdeterminowało wybór ich aktualnego miejsca pracy. Niepokojące jest to, iż w większości przypadków decyzja ta wynikała z bliskości placówki medycznej od miejsca zamieszkania oraz z wolnego etatu lub z przypadku. Można by to rozumieć w taki sposób, że pielęgniarki oraz pielęgniarze, podejmując prace, nie mają większego wpływu na swobodny wybór miejsca zatrudnienia.

Prezentowane wyniki badań umożliwiły poznanie czynników, które najbardziej motywują i demotywują do pracy personel pielęgniarski oraz studentów pielęgniarstwa. Większość analizowanych bodźców może być modyfikowana i zmieniana przez pracodawców oraz kadrę zarządzającą na poszczególnych stanowiskach. Kontynuowanie badań umożliwi poznanie zmian w zakresie czynników motywujących oraz demotywujących personel pielęgniarski oraz bodźców zachęcających, zniechęcających do nauki zawodu i pracy w nim [7].

Wnioski

Z przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Czynnikiem materialnymi, które najbardziej motywują personel pielęgniarski i studentów pielęgniarstwa do pracy zawodowej, są: wysokie wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za godzinny nadliczbowe oraz dodatek stażowy.
2. Czynnikiem niematerialnymi, które najsilniej motywują studentów pielęgniarstwa do pracy w zawodzie, są: stabilizacja i pewność zatrudnienia, dobre warunki psychiczne. Dla kadry pielęgniarskiej to: dobre warunki psychiczne, stabilizacja i pewność zatrudnienia.
3. Najsilniej demotywują respondentów do pracy czynniki, takie jak: niskie zarobki, wynagrodzenie nieadekwatne do wykonywanej pracy, brak podwyżek, nagród lub premii.
4. Najsilniej demotywują bodźce niematerialne, takie jak: obciążenia psychiczne i fizyczne, złe kontakty ze współpracownikami, brak poczucia bezpieczeństwa finansowego oraz niepewność zatrudnienia.

5. Czynniki, które różnicują badane grupy, odnoszą się do zaplecza socjalnego, świadczeń socjalnych, możliwości awansu oraz obciążenia psychicznego i fizycznego.

Bibliografia

1. Pagórski P, Markiewicz D. Motywowanie pracowników wybranych oddziałów szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek. *Pielęg Pol* 2015; 2(56): 216–224.
2. Boye Kuranchie-Mensah E, Amponsah-Tawiah K. Employee Motivation and Work Performance: A Comparative Study of Mining Companies in Ghana. *JTEM* 2016; 9(2): 255–309.
3. Asegid A, Belache T, Yimam E. Factors Influencing Job Satisfaction and Anticipated Turnover among Nurses in Sidama Zone Public Health Facilities. South Ethiopia. *Nursing Research and Practice* 2014; 1–26.
4. Błazucka U, Cieślak H. Systemy motywacyjne w pracy pielęgniarki. *Pielęg Pol* 2015; 3(57): 283–287.
5. Kacprzak-Biernacka E, Skura-Madziąła A, Kopański Z, Brukwicka I, Lishchynskyy Y, Uracz W, et al. Motywacja pracowników ochrony zdrowia. *Journal of Clinical Healthcare* 2014; 3: 21–24.
6. Kopertyńska M. *Motywowanie pracowników teoria i praktyka*. Warszawa: Placet; 2009: 14.
7. Nowakowska I, Rasińska R, Roszak K, Bańkowska A. Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – Część I. *Pielęg Pol* 2017; 1(63): 120–124.
8. Kunecka D. Motywacja w pracy pielęgniarki. *Probl Piel* 2012; 20(2): 180–184.
9. Dolot A. Źródła demotywacji pracowników w świetle badań empirycznych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach* 2015; 229: 21–34.

Adres do korespondencji:

Bernadetta Skulska
ul. Kozielska 43/1, 47-224 Kędzierzyn-Koźle
tel. 608 417 915
e-mail: skulskabernadetta@gmail.com

Ocena stanu wiedzy pielęgniarek POZ pracujących w wiejskich ośrodkach zdrowia na temat udzielania pierwszej pomocy

Iwona Markiewicz, Dorota Goleniewska

Zakład Pielęgniarstwa,
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

Wstęp

Umiejętność udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej winna być jedną z podstawowych umiejętności każdego członka społeczeństwa, a w szczególności pracowników ochrony zdrowia. Pozwala na ograniczenie skutków incydentu, a niejednokrotnie zwiększa szansę na przeżycie poszkodowanego. Pierwsza pomoc ma na celu niedopuszczenie do dalszych uszkodzeń i zabezpieczenie poszkodowanego oraz miejsca zdarzenia do momentu przybycia służb ratowniczych. Pierwsza pomoc definiowana jest jako proste, natychmiastowe czynności ratunkowe wykonywane przez świadków lub uczestników wypadku przed przybyciem na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego [1].

Oznacza to, że w udzielaniu pierwszej pomocy decydujące znaczenie ma czas, jaki upłynął od zaistnienia zdarzenia do udzielenia pierwszej pomocy. Pierwsze minuty (4–5 min), to czas na podjęcie skutecznych czynności mających na celu przywrócenie podstawowych funkcji życiowych.

Do udzielania pierwszej pomocy obligują nas nie tylko normy moralne, lecz także przepisy prawa. Dylemat, czy udzielać pomocy, czy też poczekać na zespół ratownictwa medycznego, jest jasno rozstrzygnięty w polskim prawie. Do aktów prawnych regulujących podejmowanie działań ratujących zdrowie i życie należą między innymi:

- Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym Art. 4 [2].
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 roku Prawo o Ruchu Drogowym Art. 44 Dz. U. 1997 Nr. 98 poz. 602 zmieniona 23 października 2013 roku Dz. U. 2013

poz 1446. Polskie ustawodawstwo przewiduje również sankcje karne za niedopełnienie obowiązku i są one zawarte w Art. 162 Kodeksu Karnego [3,4].

Każdy człowiek powinien wiedzieć, że nie udzielając pomocy, popełnia przestępstwo zaniechania.

Pielęgniarka POZ realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską wobec jednostki i rodziny, społeczności lokalnej, w środowisku zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby i niepełnosprawności. Posiada wiedzę z zakresu: podstaw i zasad polityki zdrowotnej i społecznej, organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej, roli i zadań POZ, podstaw prawnych odnośnie do udzielania świadczeń zdrowotnych, działalności organizacji pozarządowych ukierunkowanych na zdrowie. Pielęgniarki są najliczniejszą grupą medyczną, która bardzo często ma pierwszy kontakt z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia.

Epidemiologia stanów zagrożenia życia wykazuje, że możemy je podzielić na czynniki pochodzenia zewnętrznego (urazy, wypadki komunikacyjne, oparzenia itp.) oraz pochodzenia wewnętrznego (utrata przytomności, nagłe zatrzymanie krążenia, zatrucia, itp.).

Do podstawowych i koniecznych czynności ratunkowych zaliczamy: rozpoznanie stanu bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, wezwanie służb ratunkowych, ewakuację ze strefy zagrożenia lub usunięcie czynnika szkodliwego, resuscytację krążeniowo-oddechową, zatamowanie masywnego krwawienia, zaopatrzenie rany, wykonanie unieruchomienia w przypadku urazów kostno-stawowych, ułożenie w pozycji bezpiecznej oraz zapewnienie komfortu termicznego i psychicznego [5].

Cel badania

Celem badania było określenie poziomu wiedzy pielęgniarek POZ pracujących w wiejskich ośrodkach zdrowia na temat znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej na terenach wiejskich powiatu częstochowskiego.

Każda pielęgniarka po wyrażeniu zgody otrzymała ankietę do wypełnienia w czasie dla niej dogodnym.

Ogółem rozdano 100 ankiet, zwrócono 100% ankiet, analizie poddano wszystkie ankiety.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, gdyż za pomocą tej metody można objąć wszystkie typy zjawisk o istotnym znaczeniu dla określonej zbiorowości.

Techniką wykorzystaną w pracy była ankieta, która pozwala na gromadzenie informacji poprzez wypełnianie przygotowanych kwestionariuszy samodzielnie przez respondenta. Jako narzędzie badawcze przyjęto kwestionariusz ankiety. Całkowitą anonimowość badań uznano za niezbędny warunek pomyślnego, obiektywnego ich przeprowadzenia. Taka sytuacja sprzyjała uzyskaniu wiarygodnych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Anonimowość zastrzeżono dla wszystkich ankietowanych, a związany z tym komfort psychiczny rokuje większą wiarygodność uzyskanych odpowiedzi. Specyfika ankiety polega na tym, że jest formą testu egzaminacyjnego, gdzie respondenci wybierają 1 odpowiedź, ich zdaniem prawidłową, na zadane w ankiecie pytanie. Analiza statystyczna sprowadza się w tym przypadku do wyliczeń średnich w danych metrycznych oraz do wyliczenia statystyk prawidłowo wybranych odpowiedzi.

Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, przedstawiono przy pomocy liczności i odsetka.

Kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę oraz listę 53 pytań o charakterze zamkniętym z jedną prawidłową odpowiedzią. Ankieta zawierała 23 pytania dotyczące stanów zagrożenia życia pochodzenia wewnętrznego, 18 pytań dotyczyło stanów zagrożenia życia pochodzenia urazowego, 9 pytań odnosiło się do znajomości RKO oraz 3 pytania dotyczyły aktów prawnych.

W badaniach uwzględniono wiek badanych, staż pracy w zawodzie, poziom wykształcenia, rodzaj kształcenia podyplomowego oraz czas, jaki upłynął od ostatniego szkolenia z elementami pierwszej pomocy.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 100 pielęgniarek pracujących w POZ na terenach wiejskich.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba (n)	Udział %	
1	Wiek ankietowanych pielęgniarek POZ	20–30	0	0
		31–40	18	18
		41–50	45	45
		51–60	33	33
		>61	4	4
	Razem	100	100	

Tabela 1. cd.

Lp.	Wyszczególnienie		Liczba (n)	Udział %
2	Staż pracy pielęgniarek POZ	0–10	28	28
		11–20	24	24
		21–30	27	27
		>31	21	21
	Razem		100	100
3	Wykształcenie pielęgniarek POZ	Średnie	59	59
		Wyższe, licencjat pielęgniarstwa	34	34
		Wyższe, mgr pielęgniarstwa	7	7
	Razem		100	100

Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 41–50 lat (45 osób), średni wiek to 47,7 lat. Liczną grupę stanowiły pielęgniarki, które legitymowały się stażem pracy w POZ w przedziałach: do 10 lat (28 osób) oraz 21–30 lat (27 osób). Z wykształceniem średnim było 59 osób, licencjackim – 34 osoby, a magisterskim – 7 osób.

Tabela 2. Rodzaj kształcenia podyplomowego

Rodzaj kształcenia podyplomowego	Liczba (n)	Udział %
Kursy doskonalące	49	40
Kursy kwalifikacyjne	66	53
Specjalizacje	8	6
Studia podyplomowe	1	1
Razem	124	100

* Liczby nie sumują się do 100, ponieważ ankietowane pielęgniarki mogły ukończyć kilka szkoleń.

Największą grupę stanowiły pielęgniarki (66 osób) po kursach kwalifikacyjnych. Natomiast średni czas, jaki upłynął od ostatniego szkolenia z elementami pierwszej pomocy, to 5 lat.

Tabela 3. Czas, jaki upłynął od ostatniego szkolenia z elementami pierwszej pomocy

Lp.	Czas w latach	Liczba (n)	Udział %
1.	0–2	28	28
2.	3–5	32	32
3.	6–10	20	20
4.	> 10	20	20
Razem		100	100

Przeprowadzone badania pozwoliły określić wiedzę posiadaną przez pielęgniarki POZ pracujące na terenach wiejskich powiatu częstochowskiego na temat zasad udzielania pierwszej pomocy.

Wśród badanych pielęgniarek w zakresie wiedzy dotyczącej prawidłowego postępowania pielęgniarskiego w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pochodzenia wewnętrznego, średnio 67% pielęgniarek udzieliło prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie ankiety dotyczące tych zagrożeń.

Pielęgniarki z wykształceniem średnim wykazały się średnim udziałem w prawidłowych odpowiedziach na każde pytanie w wysokości 65%, z licencjatem – 68%, a z wykształceniem magisterskim – 79%.

Analiza danych pod kątem posiadanych kwalifikacji zawodowych pokazała, że najlepsze wyniki uzyskały pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty pielęgniarstwa – 81% prawidłowych odpowiedzi – oraz po studiach podyplomowych – 78%.

Analiza uzyskanych wyników w kontekście czasu, jaki upłynął od ostatniego szkolenia z elementami pierwszej pomocy, ukazała, że najlepiej poradziły sobie osoby, które ukończyły takie szkolenie w przeciągu ostatnich 2 lat – 73% prawidłowych odpowiedzi.

Osoby ze stażem pracy w POZ od 11 do 20 lat uzyskały również dobry wynik, uzyskując średnio 70% prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie ankiety, dotyczące znaczenia prawidłowego postępowania pielęgniarskiego w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pochodzenia wewnętrznego.

Tylko 8% badanych zna prawidłową kolejność postępowania z osobą leżącą na ziemi, czyli zgodnie ze schematem BLS (ocena bezpieczeństwa, ocena przytomności, wołanie o pomoc, ocena oddechu). Zapewnianie bezpieczeństwa własnego jest priorytetem postępowania na miejscu zdarzenia, jak przedstawiono w części pierwszej niniejszej pracy, „dobry ratownik to żywy ratownik”.

Czas zmiany pozycji bezpiecznej znało tylko 8% badanych pielęgniarek, a aż 91% pielęgniarek uważało, że w żadnym wypadku nie wolno zmieniać ułożenia. Tak niski poziom wiedzy dotyczący pozycji bezpiecznej można jedynie wytłuma-

czyć brakiem wiadomości na temat wskazań do zastosowania pozycji bezpiecznej u poszkodowanego.

Niemal wszystkie badane pielęgniarki (99%) znają przyczynę drgawek gorączkowych.

Ponad połowa (57%) pielęgniarek wykazała się znajomością zasad postępowania pielęgniarskiego w urazach zagrażających życiu. Średnio 55% badanych, to pielęgniarki ze średnim wykształceniem zawodowym, 57% z licencjatem i 71% z wykształceniem wyższym magisterskim. Wśród nich średnio 74% to pielęgniarki specjalistki.

W kontekście czasu, jaki upłynął od ostatniego szkolenia z elementami pierwszej pomocy, najgorzej poradziły sobie osoby, które ukończyły takie szkolenie w przeciągu od 3 do 5 lat – jedynie 22% udzieliło prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie.

Osoby ze stażem pracy w POZ od 11 do 20 lat uzyskały wynik średnio 61% prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie ankiety w omawianym zakresie, a osoby ze stażem pracy w POZ do 10 lat uzyskały jedynie 52% prawidłowych odpowiedzi.

W części dotyczącej stanów nagłych spowodowanych urazami najczęściej prawidłowych odpowiedzi 97% dotyczyło pytania 35, w którym pytano o pierwszą pomoc 4-letniemu chłopcu, który doznał oparzeń kończyn dolnych.

Najwięcej trudności sprawiło respondentom pytanie 37, dotyczące postępowania ratunkowego u osoby zadławionej z utratą przytomności; tutaj prawidłowo odpowiedziało tylko 11% badanych pielęgniarek, uważając, że należy rozpocząć RKO, 61% badanych zastosowałaby natomiast rękoczyn Heimlicha, który polega na 5 szybkich uciśnięciach nadbrzusza u osoby stojącej, czyli przytomnej. Znajomość tego manewru według pytania 38 zadeklarowało aż 91% badanych. Analizując odpowiedzi na pytania 37 i 38, można wnioskować, iż wiedza ukierunkowana na prawidłowe postępowanie w przypadku zadławień nie jest poparta znajomością właściwego postępowania adekwatnego do stanu poszkodowanego.

W zakresie pytań dotyczących znaczenia udziału pielęgniarki w przypadku NZK, uzyskano średnio 57% prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie ankiety, z czego 53% to osoby ze średnim wykształceniem, 61% z licencjatem i 68% prawidłowych odpowiedzi uzyskały osoby z wyższym wykształceniem magisterskim.

Z osób po szkoleniach zawodowych najlepszy wynik uzyskały osoby po specjalizacji – 74% prawidłowych odpowiedzi.

Pielęgniarki legitymujące się czasem pracy w POZ od 0 do 10 lat uzyskały średnio 54% prawidłowych odpowiedzi na każde pytanie, z czasem pracy w POZ od 11 do 20 lat – 61%, ze stażem 21 do 30 lat – 63% i z ponadtrzydziestoletnim czasem pracy w POZ jedynie 49% prawidłowych odpowiedzi.

W części dotyczącej znajomości zasad postępowania w przypadku NZK pytaniem, które uzyskało najwięcej prawidłowych odpowiedzi było pytanie 45, w którym pytano respondentów o wskazania do podania epinefryny w zależności do rodzaju przyczyn NZK. Prawidłowych odpowiedzi udzieliło 73% badanych pielęgniarek.

Natomiast pytanie 48, dotyczące RKO u dzieci, sprawiło badanym największy problem i tutaj prawidłowych odpowiedzi udzieliło tylko 36%, zaznaczając, iż resuscytację krążeniowo-oddechową należy u dziecka rozpocząć od 5 oddechów ratowniczych.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań ukazują niezbyt zadowalający poziom wiedzy ankietowanych pielęgniarek POZ w środowisku wiejskim, które niewątpliwie powinno prezentować wysoki poziom wiedzy na powyższy temat.

Podobne wyniki uzyskały w swoich badaniach Olejniczak i wsp. Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, iż poziom wiedzy pielęgniarek na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej jest niezbyt zadowalający. Badane środowisko pielęgniarskie posiada niewystarczający poziom wiedzy, jednakże kto, jeżeli nie pielęgniarki, powinien tę wiedzę posiadać [6]. W badaniach Siwek, dotyczących poziomu wiedzy o udzielaniu pierwszej pomocy w przypadku NZK przeprowadzonych wśród studentów na kierunku pielęgniarstwo, sami ankietowani stosunkowo nisko ocenili swoje umiejętności. Ocena ta koreluje z prezentowaną przez nich wiedzą. Autor sądzi, iż ankietowani, dokonując samooceny, brali pod uwagę swoją wiedzę, świadomą gotowość do działania, a także poziom wyuczonych elementów działania, które są nieodłączną częścią składową każdej kształtowanej umiejętności [7].

Odmienne wyniki uzyskał i przedstawił w swojej pracy magisterskiej Szczygieł. W badaniach z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej wśród pracowników Pogotowia Ratunkowego pielęgniarki wykazały się najwyższym poziomem wiedzy (70,8%) przed ratownikami medycznymi (64,3%) oraz lekarzami (60,2%) [8].

Natomiast Rok w badaniach z zakresu wiedzy na temat resuscytacji krążeniowo-oddechowej otrzymał wyniki: ratownicy medyczni (79,5%) wykazali się większą wiedzą przed pielęgniarkami (77%) i lekarzami (71,6%) [9].

Wnioski

1. Poziom wiedzy pielęgniarek POZ pracujących na terenach wiejskich na temat zakresu udzielania pierwszej pomocy jest dostateczny do udzielania pomocy poszkodowanym, lecz wiedza ta jest jednak daleka od wymaganych standardów.
2. Poziom wiedzy pielęgniarek POZ, które realizują świadczenia zdrowotne na rzecz pacjenta w środowisku wiejskim, w odniesieniu do prawidłowego schematu postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia jest dobry. Jednak wprowadzenie systematycznych i obowiązkowych szkoleń oraz egzekwowanie wiedzy w znacznym stopniu mogłoby wpłynąć na większą skuteczność udzielania pomocy w przypadku postępowania w RKO.

Bibliografia

1. Adamczyk K, Lorencowicz R, Trawka H. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach drogowych. *Zdr Publ* 2003; 113(3/4): 337–340.
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym Art. 4.
3. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o Ruchu Drogowym, Art. 44 (Dz.U. 1997 Nr. 98 poz. 602 zmieniona 23 października 2013 roku Dz. U. 2013 poz. 1446).
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1974 r. Kodeks Karny (Dz.U. 97.88.553).
5. Goniewicz M. *Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów*. PZWL; Warszawa 2011.
6. Olejniczak D, Miciuk D, Religioni U. Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. *Piel Zdr Publ* 2013; 3(2): 101–110.
7. Siwek M. Badanie wiedzy i znajomości postępowania w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zatrzymania krążenia i oddychania wśród studentów II roku dziennych studiów licencjackich – specjalność pielęgniarstwo w PWSZ w Tarnowie. *Ann UMCS Sect D* 2003; 63(Suppl 13)222: 105–122.
8. Szczygieł M. Znajomość wśród personelu medycznego zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych stosowanych u osób dorosłych na przykładzie pracowników Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie. Praca Magisterska. Łódź: UM; 2011.
9. Rok Ł. Znajomość zasad prowadzenia resuscytacji krążeniowo oddechowej u osób dorosłych wśród personelu medycznego na przykładzie Pracowników SPZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie. Praca Magisterska. Łódź: UM; 2011.

Adres do korespondencji:

Iwona Markiewicz
Zakład Pielęgniarstwa,
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie
Al. Armii Krajowej 13/15 pok. 27, 42-200 Częstochowa
tel. 34 365 64 26
e-mail: i.markiewicz@ajd.czyst.pl

Wiedza kobiet na temat raka piersi i jego profilaktyki

*Justyna Rzepka¹, Edyta Kędra¹, Magdalena Rusin²,
Piotr Gurowiec¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska¹*

¹ Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na raka piersi przekroczyła 16,5 tys. rocznie i wzrosła w ostatnich dwóch dekadach o około 10 000, a standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi około 52/100 000. Daje to liczbę 20 przypadków nowych zachorowań rocznie [1]. W Polsce rak piersi jest od kilku lat drugą, występującą po raku płuc, przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe wśród kobiet. Liczba zgonów sięga około 5,5 tys. rocznie, standaryzowany współczynnik umieralności wynosi w przybliżeniu 14,5/100 000 [1].

Standaryzowane współczynniki zachorowalności dla raka piersi różnią się pomiędzy krajami. Ponad połowa zachorowań na raka gruczołu piersiowego przypada na kraje rozwijające się. Ameryka Północna, Australia oraz północna i zachodnia Europa odznaczają się najwyższą zachorowalnością (90–100/100 000), Europa Środkowa i Wschodnia – średnią, zaś znaczne obszary Afryki i Azji Południowo-Wschodniej cechuje najniższa zapadalność na raka piersi (poniżej 25/100 000) [2,3]. Amerykański National Cancer Institute na podstawie badań epidemiologicznych wykazuje, że prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu piersi w życiu kobiety wynosi ok. 12%. Przewidywane ryzyko jego rozwoju w ciągu 10 lat u kobiet w wieku 40 lat wynosi 1 na 69 kobiet, w grupie kobiet 50-letnich – 1 na 42 kobiety, a w wieku 60 lat – 1 na 29 kobiet [4]. Analiza danych epidemiologicznych wyraźnie wskazuje na większe ryzyko wystąpienia raka piersi w krajach wysokorozwiniętych, gdzie współczynniki zachorowalności są dwukrotnie wyższe niż w Polsce i wielokrotnie wyższe niż w krajach rozwijających się [4].

W obliczu takich danych zasadne wydaje się prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych w populacji kobiet, które wpłyną na zwiększenie ich świadomości i uwrażliwią na ten istotny problem zdrowotny.

Cel badania

Celem głównym badania było poznanie poziomu wiedzy mieszkanek województwa opolskiego na temat raka piersi i jego profilaktyki.

Materiał i metody

Materiał do badań pozyskiwany był w 2017 r. przez jedną ze współauterek niniejszego opracowania [5] wśród losowo wybranych kobiet będących mieszkankami województwa opolskiego. W badaniu wzięło udział 200 mieszkanek województwa opolskiego w wieku od 18 lat do 61 lat. Średnia wieku wyniosła $M = 36,33$ lat, przy odchyleniu standardowym $SD = 12,74$ lat. Pod względem miejsca zamieszkania przeważały mieszkanki miast ($n = 114$; 57,0%) nad mieszkankami wsi ($n = 86$; 43,0%). Ze względu na poziom wykształcenia dominowały kobiety z wykształceniem wyższym ($n = 89$; 44,5%) i średnim ($n = 86$; 43,0%). Dominowały kobiety aktywne zawodowo ($n = 134$; 67,0%).

Tabela 1. Wykształcenie i aktywność zawodowa badanych [5]

Zmienne	n	%
Wykształcenie badanych		
podstawowe	7	3,5
zawodowe	18	9,0
średnie	86	43,0
wyższe	89	44,5
Aktywność zawodowa badanych		
osoba pracująca	134	67,0
uczeń/student	33	16,5
bezrobotna	30	15,0
rencista	3	1,5

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Otrzymane wyniki badań przedstawiono ilościowo w formie opisowej, do której dołączono ich prezentacje graficzne. Wyniki mierzalne przedstawiono przy pomocy wartości średniej oraz odchylenia standardowego, a niemierzalne – przy pomocy

liczności i odsetka. Do badania zgodności cech zarówno niemierzalnych, jak i mierzalnych, wykorzystano test chi-kwadrat. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta. Ponadto do opisu korelacji między zmiennymi porządkowymi zastosowano współczynnik τ -Kendalla. W analizach przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

Najwięcej badanych kobiet miało za sobą dwa porody ($n = 63$; 31,5%). Następnie w pod-próbie kobiet, które przeżyły co najmniej jeden poród, zapytano o wiek urodzenia pierwszego dziecka. Większość badanych urodziła swoje pierwsze dziecko pomiędzy 21. a 25. r.ż. Zapytano również badane, ile razy w ciągu roku badają się u lekarza ginekologa. Najwięcej uczestniczek badania ($n = 78$; 39,0%) odbywała jedną wizytę u ginekologa w ciągu roku. Jednocześnie co czwarta respondentka badała się dwa razy w roku ($n = 53$; 26,5%), lub rzadziej niż raz w roku ($n = 48$; 24,0%).

Tabela 2. Dieta i kontrole ginekologiczne u badanych [5]

Zmienne	n	%
Liczba przeżytych porodów		
jeden	40	20,0
dwa	63	31,5
trzy i więcej	26	13,0
nie dotyczy	71	35,5
Wiek urodzenia pierwszego dziecka		
16–20	31	24,0
20–25	66	51,2
25–30	22	17,1
30–35	8	6,1
35–39	2	1,6
Liczba wizyt u ginekologa w ciągu roku		
wcale	11	5,5
mniej niż raz w roku	48	24,0
raz w roku	78	39,0
dwa razy w roku	53	26,5
częściej niż dwa razy w roku	10	5,0

Wyniki

Zdecydowana większość badanych kobiet oceniała poziom swojej wiedzy na temat raka piersi jako co najmniej wystarczający ($n = 157$; 78,5%). Zdecydowana większość respondentek ($n = 169$; 84,5%) potwierdzała również znajomość technik samobadania piersi. Co prawda wykonywanie samodzielnych badań piersi zadeklarowało 76,5% ($n = 153$) respondentek, jednak najwięcej z nich potwierdziło ($n = 52$; 26,0%), że wykonuje to badanie trzy razy w roku. Na pytanie o prawidłową częstotliwość samodzielnego badania piersi 62% badanych ($n = 124$) kobiet udzieliło odpowiedzi „trzy razy w roku”. Co piąta respondentka stwierdziła, że nie wie, jak często powinno wykonywać się samobadanie piersi. Ponad 2/3 badanych kobiet potrafiło określić właściwy moment (tj. po miesiączce) przeprowadzenia samodzielnego badania piersi. Na pytanie o właściwy moment rozpoczęcia samobadania piersi 43,5% ($n = 87$) ankietowanych kobiet udzieliło poprawnej odpowiedzi – od 20. r.ż. Co trzecia uczestniczka badania ($n = 71$; 35,5%) stwierdziła, że samobadanie piersi powinno mieć miejsce od momentu wystąpienia pierwszej miesiączki.

Tabela 3. Samoocena wiedzy na temat profilaktyki raka piersi [5]

Zmienne	n	%
Samoocena poziomu wiedzy na temat raka piersi		
nie zastanawiałam się nad tym	9	4,5
niedostateczna	34	17,0
wystarczająca	84	42,0
dobra	58	29,0
bardzo dobra	15	7,5
Znajomość technik samobadania piersi		
tak	169	84,5
nie	31	15,5
Częstotliwość samodzielnego badania piersi		
wcale	47	23,5
1 raz w roku	31	15,5
2 razy w roku	31	15,5
3 razy w roku	52	26,0

Tabela 3. cd.

Zmienne	n	%
częściej niż 3 razy w roku	10	5,0
co najmniej 1 raz w miesiącu	26	13,0
inna odp.	3	1,5
Właściwa częstotliwość wykonywania samodzielnego badania piersi		
wcale	2	1,0
jeden raz w roku	18	9,0
dwa razy w roku	16	8,0
trzy razy w roku	124	62,0
nie wiem	40	20,0
Właściwy moment wykonywania samodzielnego badania piersi		
po miesiączce	137	68,5
nie wiem	28	14,0
bez znaczenia	25	12,5
tuż przed miesiączką	8	4,0
w trakcie miesiączki	2	1,0
Właściwy moment rozpoczęcia wykonywania samobadania piersi		
od momentu pierwszej miesiączki	71	35,5
od 20 r.ż.	87	43,5
od 30 r.ż.	21	10,5
od 40 r.ż.	5	2,5
od 50 r.ż.	1	0,5
po klimakterium	2	1,0
nie wiem	13	6,5

Badane kobiety krytycznie wypowiedziały się o świadomości Polek na temat raka piersi. Większość z nich (n = 140; 70%) oceniła, że Polki cechują się przeciętnym poziomem świadomości na ten temat. Jedynie 8% (n = 16) respondentek określiło go

jako dobry. Jednocześnie respondentki potwierdziły, że obecnie istnieje możliwość zapobiegania chorobie nowotworowej piersi (n = 125; 62,5%).

Tabela 4. Świadomość w zakresie raka piersi i możliwości jego zapobieganiu [5]

Zmienne	n	%
Ocena świadomości Polek na temat raka piersi		
bardzo zła	10	5,0
zła	34	17,0
przeciętna	140	70,0
dobra	16	8,0
Możliwość zapobiegania chorobie nowotworowej		
tak	125	62,5
nie	38	19,0
nie wiem	37	18,5

W opinii badanych kobiet czynnikami decydującymi o skutecznym wyleczeniu choroby są: wczesne wykrycie choroby (n = 196; 98,0%) oraz odpowiednie leczenie (n = 152; 76,0%). Najmniej osób uznało aktywność fizyczną (n = 12; 6,0%) za skuteczny czynnik powrotu do zdrowia.

Tabela 5. Czynniki decydujące o skutecznym wyleczeniu raka piersi [5]*

Zmienne	n	% odp.	% badanych
wczesne wykrycie choroby	196	42,0	98,0
odpowiednie leczenie	152	32,5	76,0
wiek chorej osoby	50	10,7	25,0
obecność bliskich osób	35	7,5	17,5
dieta	21	4,5	10,5
aktywność fizyczna	12	2,6	6,0
raka piersi nie da się wyleczyć	1	0,2	0,5

* Ankietyowane mogły udzielić maksymalnie do trzech odpowiedzi.

W kolejnym etapie badania podjęto próbę sprawdzenia wiedzy klinicznej badanych kobiet. W odpowiedzi na pytanie o czynniki ryzyka raka piersi, zdecydowana większość ankietowanych ($n = 186$; 93,0%) wskazała na obciążenie genetyczne. Zdaniem zdecydowanej większości uczestniczek badania ($n = 174$; 87,0%) najczęściej występującym objawem raka piersi w początkowym stadium jest guzek wyczuwalny w badaniu palpacyjnym. Do najczęściej wskazywanych objawów raka piersi w zaawansowanym stadium należały: wyciek z treści brodawki ($n = 140$; 70,0%), guzki wyczuwalne w trakcie samobadania ($n = 124$; 62,0%) i wciągnięcie brodawki ($n = 100$; 50,0%).

Tabela 6. Wiedza badanych w zakresie etiologii i objawów raka piersi [5]*

Zmienne	n	% odp.	% badanych
Czynniki ryzyka raka piersi			
obciążenie genetyczne	186	41,6	93,0
palenie papierosów	59	13,2	29,5
narażenie na promieniowanie	47	10,5	23,5
wiek	41	9,2	20,5
bezdzielnosc lub pierwszy poród po 30. r.ż.	32	7,2	16,0
otyłość	21	4,7	10,5
spożywanie alkoholu	17	3,8	8,5
dieta	12	2,7	6,0
późna menopauza	9	2	4,5
rozmiar piersi	8	1,8	4,0
nie wiem	5	1,1	2,5
nie ma takich czynników	4	0,9	2,0
karmienie piersią	3	0,7	1,5
wczesna pierwsza miesiączka	3	0,7	1,5
Objawy raka piersi w początkowym stadium			
guzek wyczuwalny w badaniu palpacyjnym	174	42,3	87,0
zmiany na skórze	66	16,1	33,0
obrzęk	61	14,8	30,5

Tabela 6. cd.

Zmienne	n	% odp.	% badanych
ból	59	14,1	29,5
brak objawów	36	8,8	18
nie wiem	10	2,4	5
wyciek z brodawki	4	1	2
zaburzenia hormonalne	1	0,2	0,5
Objawy raka piersi w zaawansowanym stadium			
wyciek z treści brodawki	140	28	70
guzek/guzki wyczuwalne w trakcie samobadania	124	24,8	62
wciągnięcie brodawki	100	20	50
miejscowa zmiana w wyglądzie piersi	69	13,8	34,5
tw. skórka pomarańczy	39	7,8	19,5
nie wiem	14	2,8	7
wzrost temperatury ciała	14	2,8	7

* Ankietowane mogły udzielić maksymalnie do trzech odpowiedzi

W opinii zdecydowanej większości uczestniczek badania (n = 164; 82,0%) wykrycie raka nie musi wiązać się z koniecznością usunięcia piersi. Na występowanie takiej konieczności wskazało 11,5% (n = 23) badanych kobiet, a odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 6,5% (n = 13) badanych.

Ostatnie pytania zadane respondentkom dotyczyły aspektów związanych z szeroko rozumianą profilaktyką raka piersi na szczeblu ogólnokrajowym. Pojęcie profilaktyki badanych kobietom kojarzyło się przede wszystkim z zapobieganiem i ochroną zdrowia (n = 176; 88,0%) oraz z koniecznością wykonywania badań kontrolnych (n = 121; 60,5%). Najczęściej wskazywanym przez respondentki źródłem informacji na temat profilaktyki i leczenia raka piersi był Internet (n = 152; 76,0%). Wyniki badania wskazują, że do instytucji i działań związanych z rakiem piersi, które były znane największej części ogółu respondentek, należały Amazonki (n = 168; 84,0%), Kampania AVON Różowa Wstążka (n = 159; 79,5%), Mammobus (n = 159; 79,5%) i Marsze Różowej Wstążki (n = 104; 52%). Do przeszkód w działaniach profilaktycznych wskazywanych przez ankietowane należały: strach przed wyrokiem (n = 114; 57,0%) i brak wiedzy (n = 106; 53,0%).

Tabela 7. Wiedza na temat profilaktyki raka piersi na szczeblu ogólnokrajowym [5]*

Zmienne	n	% odp.	% badanych
Rozumienie pojęcia „profilaktyka”			
z zapobieganiem i ochroną zdrowia	176	34,6	88,0
z koniecznością wykonywania badań kontrolnych	121	23,8	60,5
z dbaniem o siebie	88	17,3	44,0
z poszerzaniem swojej wiedzy	73	14,4	36,5
z koniecznością korzystania z wizyt lekarskich	37	7,3	18,5
z poszukiwaniem odpowiedniego sposobu leczenia	7	1,4	3,5
z chorobami	4	0,8	2,0
z trudnościami w dostępie do badań	2	0,4	1,0
Źródła informacji na temat profilaktyki/leczenia raka piersi			
Internet	152	33,7	76,0
telewizja	66	14,6	33,0
prasa dla kobiet	51	11,3	25,5
rodzina, przyjaciele, znajomi	48	10,6	24,0
lekarz	42	9,3	21,0
literatura	42	9,3	21,0
poradniki	39	8,6	19,5
radio	6	1,3	3,0
Znajomość instytucji i działań związanych z rakiem piersi			
Amazonki	168	20,8	84,0
Kampania AVON Różowa Wstążka	159	19,7	79,5
Mammobus	159	19,7	79,5
Marsze Różowej Wstążki	104	12,9	52,0
Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi	63	7,8	31,5
Kobiety-kobietom	57	7,1	28,5

Tabela 7. cd.

Zmienne	n	% odp.	% badanych
Polski Komitet Zwalczenia Raka	46	5,7	23
Wielka draka by pokonać raka	28	3,5	14
Polska Unia Onkologii	17	2,1	8,5
Przepustka do XXI wieku	5	0,6	2,5
Przeszkody w podejmowaniu działań profilaktycznych raka piersi			
strach przed wyrokiem	114	22,8	57
brak wiedzy	106	21,2	53
trudny dostęp do specjalisty	84	16,8	42
brak zaufania do lekarzy	79	15,8	39,5
brak środków materialnych	58	11,6	29
trudny dostęp do diagnostyki	58	11,6	29
bolesność mammografii	1	0,2	0,5
niechęć, odkładanie diagnostyki na „potem”	1	0,2	0,5
Powody nie podejmowania badań profilaktycznych piersi			
z powodu strachu / lęku przed chorobą	123	23,7	61,5
uważają, że ich to nie dotyczy	116	22,4	58
z powodu braku odpowiedniej wiedzy	95	18,3	47,5
z powodu braku czasu	72	13,9	36
uważają się za zdrowe	58	11,2	29
uważają się za zbyt młode na badania	45	8,7	22,5
uważają, że ich to nie dotyczy	7	1,3	3,5
inne	2	0,4	1
ginekolodzy nie mówią o badaniu, kobiety nie potrafią się badać	1	0,2	0,5

* Ankietowane mogły udzielić maksymalnie do trzech odpowiedzi.

W pytaniu odnośnie do obowiązku wykonywania badań profilaktycznych, zdecydowana większość respondentek (n = 176; 88,0%) uważała, że badania przesie-

wowe pod kątem badania piersi powinny mieć obligatoryjny charakter. Nie miało zdania 9,0% badanych ($n = 18$), a 3,0% ($n = 6$) było nastawionych negatywnie do tego pomysłu.

Dyskusja

O raku piersi i jego profilaktyce wiele się pisze i mówi, co ma ogromne znaczenie w podnoszeniu świadomości społecznej w tym zakresie. Co prawda jest sporo publikacji omawiających to zagadnienie i pozwalających stwierdzić, co i ile należałoby zrobić w tym zakresie, ale w oparciu o otrzymywane wyniki badań okazuje się, że jest jeszcze sporo do zrobienia [7]. Badaniami poziomu wiedzy polskich kobiet na temat profilaktyki raka piersi zajmowali się tacy autorzy, jak m.in. Dobrzyń i wsp. [8], Gój i Caus i wsp. [9], Przysada i wsp. [6], Paździor, Stachowska i Zielińska [10], Zych, Marć i Binkowska-Bury [11].

Przysada i wsp. [6] poddali badaniu grupę 100 kobiet w wieku 30–60 lat. Wykazali, że świadomość kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi jest ograniczona. W odróżnieniu od wyników niniejszej pracy, gdzie ankietowane dokonały jej samooceny na poziomie wystarczającym (42,0%) lub dobrym (29,0%), a jedynie 17,0% jako niedostatecznym, u 41,0% respondentek poziom wiedzy został oceniony jako bardzo niski (ocena niedostateczna), pozostałe 59,0% posiadało wiedzę bardzo fragmentaryczną i nie zależała ona od wieku, miejsca zamieszkania i obciążającego wywiadu rodzinnego. Zdaniem autorów największe braki w edukacji pacjentek dotyczyły czynników ryzyka raka piersi [6,8,10–13]. Zbliżone wyniki otrzymała Ślusarska i wsp. Około połowa ankietowanych kobiet (50,7%) posiadała dostateczną wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki. Wyjątkowo niepokojącym faktem było to, że żadna osoba z grupy badanej nie wykazała się bardzo dobrą znajomością tego zagadnienia [12]. Uzyskane wyniki przez Bogusz i wsp. pokazały, że własną wiedzę na temat profilaktyki raka piersi ankietowane oceniały najczęściej na poziomie średnim (74,0%), a poziom wysoki wskazało jedynie 5,0% ankietowanych [13]. W badaniu Pacian i wsp. ponad połowa kobiet (58,0%) określiła swoją wiedzę jako przeciętną, 32,0% uznało, że jest ona na poziomie dobrym, 6,0% – złym, a jedynie 4,0% na bardzo dobrym [14]. Natomiast w prezentowanych badaniach bardzo dobrą znajomość zagadnień związanych z rakiem piersi i jego profilaktyką wykazało zaledwie 7,5% badanych.

W wyniku przeprowadzonej analizy wyników badań własnych stwierdzono, że kobiety różniły się istotnie w zakresie średniego poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka piersi w zależności od poziomu wykształcenia – $t(191,59) = -2,44$; $p = 0,016$; $r = 0,17$. Kobiety z wykształceniem wyższym cechowały się większą wiedzą na ten temat ($M = 4,38$; $SD = 1,79$), niż kobiety z wykształceniem średnim lub niższym ($M = 3,75$; $SD = 1,87$). Taką samą zależność wykazuje w swoich badaniach Ślusarska [12].

Analizując otrzymane wyniki, sprawdzono zależność, czy poziom wiedzy z zakresu profilaktyki raka piersi różnił się w zależności od aktywności zawodowej kobiet. Ponieważ wynik testu był nieistotny statystycznie – $t(110,03) = 0,00$; $p = 0,999$; $r = 0,00$ – stwierdzić należy, że porównywane grupy kobiet nie różniły się istotnie w zakresie wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. Średni poziom wiedzy w grupie kobiet nieaktywnych zawodowo ($M = 4,03$; $SD = 2,1$) był zbliżony do średniej w grupie kobiet aktywnych zawodowo ($M = 4,03$; $SD = 1,73$). Odmienne wyniki przedstawiła Ślusarska, która podała, iż ankietowane pracujące umyślowo wykazały się lepszą znajomością tematu, niż ankietowane pracujące fizycznie lub bezrobotne [12].

Korelacja pomiędzy wiekiem a poziomem wiedzy na temat badań profilaktycznych była nieistotna statystycznie ($\tau = -0,02$; $p = 0,655$). Na podstawie otrzymanych wyników badań stwierdzono, że poziom wiedzy badanej grupy na temat badań profilaktycznych nie miał związku z wiekiem kobiet. Średnia wieku w grupie kobiet zainteresowanych udziałem w badaniach profilaktycznych była istotnie wyższa ($M = 41,84$; $SD = 11,69$) od średniej w grupie kobiet niezainteresowanych udziałem ($M = 29,31$; $SD = 10,39$); $t(194,98) = -8,02$; $p < 0,001$; $r = 0,50$. Również Przysada i wsp., badając korelację pomiędzy poziomem wiedzy a wiekiem, nie wykazali istotnej statystycznie zależności [6].

Badania przeprowadzone wśród mieszkanek powiatu ostrowieckiego pokazały, że udanie się na badanie ginekologiczne jest traktowane przez kobiety w kategorii przymusu lub obowiązku. Niekorzystanie z wizyt lekarskich tłumaczone jest brakiem niepokojących objawów lub brakiem czasu. Obawa przed wykryciem choroby czy skrępowanie jest przyczyną zaniechania badań profilaktycznych [15]. W prezentowanym materiale badawczym najczęściej wybieraną przeszkodą w udziale w badaniach profilaktycznych był strach przed wyrokiem (57,0%), brak wiedzy (53,0%) oraz trudny dostęp do specjalisty (42,0%) i brak zaufania do lekarzy (39,5%). Czynniki te były najczęściej podawanymi wyborami ankietowanych w większości dostępnej literatury [3,13,14,17].

Podobnie wyglądają wyniki dotyczące powodów niepodejmowania działań profilaktycznych. Według ankietowanych najczęstszą przyczyną niepodejmowania działań profilaktycznych przez społeczeństwo jest strach przed zdiagnozowaniem choroby (61,0%), lekceważenie ryzyka zagrożenia tą chorobą (58,0%), a także brak odpowiedniej wiedzy (47,5%). Również w badaniach Najdyhor i wsp. 65,0% badanych kobiet słusznie uznało, że na podejmowanie działań profilaktycznych z zakresu raka piersi ma wpływ wiedza. 43,0% ankietowanych odpowiedziało, iż największą przeszkodą w zgłaszaniu się kobiet na badania jest utrudniony dostęp do mammografii, 30,0% respondentek wskazało, że powodem jest brak środków finansowych, a 20,0% – brak zaufania do lekarzy [3].

Najtańszą i jednocześnie bardzo ważną metodą umożliwiającą wczesne wykrycie niepokojących zmian w piersiach jest samobadanie, o czym świadczy fakt, że 90,0% zmian złośliwych jest rozpoznawanych przez kobiety właśnie podczas samobadania

[16]. W badaniach własnych aż 84,5% ankietowanych uważało, że zna techniki samobadania piersi. Niestety aż 27,0% badanych wcale nie wykonywało samobadania. Na pytanie o prawidłową częstotliwość samodzielnego badania piersi 62,0% badanych kobiet udzieliło odpowiedzi „trzy razy w roku”. Co piąta respondentka stwierdziła, że nie wie, jak często powinno się wykonywać samobadanie piersi. Natomiast ponad 2/3 badanych kobiet (68,5%) potrafiło określić właściwy moment (tj. po miesiączce) na samodzielne badanie piersi. W badaniach Ślusarskiej aż 72,2% ankietowanych uważa, że samodzielne badanie gruczołów piersiowych należy przeprowadzać raz w miesiącu, natomiast 5,3% badanej grupy wskazało, że po menopauzie kobiety powinny badać swoje piersi zawsze tego samego dnia w każdym miesiącu. Ponad połowa pytanym (62,5%) była świadoma tego, że samobadanie należy wykonywać 2–3 dni po ustaniu krwawienia miesięczkowego [12]. W badaniach Lewandowskiej i wsp. połowa kobiet (50,0%) wiedziała, że samokontrolę piersi powinno się przeprowadzać po zakończeniu krwawienia miesięczkowego [16]. Podobny wynik uzyskała Kurpas i wsp., gdzie 49,0% ankietowanych zadeklarowało, że samobadanie gruczołów sutkowych wykonuje się po menstruacji [17].

W prezentowanych badaniach zapytano kobiety, ile razy w ciągu roku badają się u lekarza ginekologa. Najwięcej uczestniczek badania (39,0%) odbywało jedną wizytę u ginekologa w ciągu roku. Jednocześnie co czwarta respondentka badała się dwa razy w roku (26,5%) lub rzadziej niż raz w roku (24,0%). Na pytanie o to, czy podczas wizyty u ginekologa ma miejsce badanie piersi, zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi „zazwyczaj nie” (43,5%) lub „nigdy” (36,0%). Badania Ślusarskiej pokazały, że 61,1% respondentek było świadomych faktu, że ginekolog powinien przeprowadzać badanie gruczołów piersiowych przy każdej wizycie lekarskiej, jednak zaledwie 3,5% badanych kobiet przyznało, że lekarz robił to za każdym razem. Aż 60,4% ankietowanych nigdy nie miało wykonanego badania palpacyjnego piersi przez specjalistę [12]. Podobne wyniki uzyskały Lewandowska i wsp. – według 62,0% respondentek lekarz nigdy nie badał ich gruczołów sutkowych [16]. Natomiast odmienne wyniki uzyskali Przysada i wsp. – zaledwie 8,0% ankietowanych kobiet nie miało nigdy przeprowadzonego badania piersi przez ginekologa, a 21,0% mało je wykonywane przy każdej wizycie lekarskiej [6].

Na pytanie o czynniki ryzyka raka piersi, zdecydowana większość kobiet wskazywała na obciążenie genetyczne (93,0%). Inne czynniki ryzyka były wskazywane przez respondentki zdecydowanie rzadziej: palenie papierosów (29,5%), narażenie na promieniowanie (23,5%) i wiek (20,5%). Najczęściej wymienianymi czynnikami ryzyka rozwoju raka piersi w badaniach Ślusarskiej były: czynniki genetyczne (88,9%), przebyty nowotwór piersi (66,0%), wiek (54,3%), długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej (49,3%) i przebyty rak trzonu macicy i jajnika (45,1%) [12]. W badaniach Lewandowskiej i wsp. do najczęściej wymienianych czynników ryzyka rozwoju nowotworu gruczołu piersiowego należały: obciążenia genetyczne (64,0%), stosowanie antykoncepcji hormonalnej (50,0%) oraz otyłość (30,0%) [16]. Natomiast

w badaniach Nity i wsp. najczęściej respondentek odpowiedziało, że wpływ na wzrost ryzyka zachorowania na raka sutka mają czynniki genetyczne (75,2%), występowanie łagodnych zmian w piersiach (72,5%) oraz rak piersi w rodzinie (65,1%) [18].

W badaniach własnych, zdaniem zdecydowanej większości uczestniczek badania (87,0%), najczęściej występującym objawem raka piersi w początkowym stadium jest guzek wyczuwalny w badaniu palpacyjnym. Co trzecia respondentka wskazała na występowanie zmian na skórze (33,0%) lub obrzęku (29,0%). Do najczęściej wskazywanych objawów raka piersi w zaawansowanym stadium należały: wyciek z treści brodawki (70,0%), guzki wyczuwalne w trakcie samobadania (62,0%) i wciągnięcie brodawki. Co trzecia respondentka (34,5%) wskazała na występowanie miejscowych zmian w wyglądzie piersi, a co piąta (19,5%) na tzw. skórę pomarańczową. W badaniach Ślusarskiej respondentki wykazywały, że najczęściej wymienianym objawem raka gruczołu piersiowego jest wyczuwalny guz w obrębie piersi (95,8%), krwisty wyciek z brodawki sutkowej (72,9%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (70,1%), zmiana kształtu piersi (61,8%), wciągnięcie brodawki sutkowej niedające się odprowadzić (50,7%) oraz owrzodzenie brodawki sutkowej (49,3%) [12]. Również w badaniach Lewandowskiej i wsp. najczęściej podawanymi objawami nowotworu piersi były guz w piersi lub pod pachą (96,0%) oraz krwisty wyciek z brodawki sutkowej (76,0%). Do innych symptomów wymienionych przez respondentki w cytowanym badaniu należą objaw skórki pomarańczowej (44,0%), zmiany wyglądu brodawek (30,0%), obrzęk piersi (28,0%) oraz ból w obrębie piersi (16,0%) [16]. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskała też Lorenc i wsp. [19]. W badaniach Szadowskiej-Szlachetki i wsp. najczęściej wskazywanymi objawami były: wciągnięcie bądź zniekształcenie brodawki sutkowej (89,8%), powiększenie rozmiaru węzłów chłonnych w okolicy pachy (88,4%) oraz wysięk z brodawki sutkowej lub wysypka w okolicy piersi (87,1%) [20].

Najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy na temat profilaktyki i leczenia raka piersi w prezentowanych wynikach badań był Internet – korzystanie z tego źródła zadeklarowało 76,0% ankietowanych. Co trzecia respondentka wskazała na telewizję (33,0%), prasę dla kobiet (25,5%) i rodzinę/przyjaciół/znajomych (24,0%), na lekarza (21,0%), fachową literaturę (21,0%) lub poradniki (19,5%). W badaniach Bogusz i wsp. największa grupa respondentek jako własne źródło wiedzy o profilaktyce nowotworów piersi wskazała media (75,0%) oraz ulotki/broszury dostępne w przychodni zdrowia (63,0%) [13]. W badaniach Florek-Łuszczki respondentki najczęściej wskazywały na: programy TV (60,1%), broszury i ulotki (54,5%), kolorową prasę (31,2%), a znacznie rzadziej na lekarza ginekologa (24,9%), pielęgniarkę (4,3%) i inne źródła (6,0%) [21]. Podobne wyniki uzyskał również Przysada i wsp., gdzie podstawowym źródłem edukacji była telewizja (77%), a bardzo rzadko lekarz [6]. Zbliżone wyniki uzyskała Paździor – 57,0% kobiet wskazało telewizję, a jedynie 1,0% badanych na pielęgniarkę (położną) rodzinną [10].

Natomiast optymizmem napawa fakt, że zdecydowana większość respondentek ($n = 176$; 88,0%) uważała, że badania przesiewowe pod kątem raka piersi powinny mieć obligatoryjny charakter, co pozwala sądzić, że problem ten przez kobiety jest uważany za istotny.

Wnioski

- Badane kobiety oceniają swoją wiedzę na temat raka piersi i jego profilaktyki na poziomie średnim, co znajduje potwierdzenie w udzielanych odpowiedziach na poszczególne pytania kwestionariusza ankiety.
- Kobiety z wykształceniem wyższym cechują się większą wiedzą na temat profilaktyki raka piersi, niż kobiety z wykształceniem średnim lub niższym.
- Zdecydowana większość respondentek opowiedziała się za obligatoryjnością badań przesiewowych pod kątem raka piersi.
- Prezentowane wyniki badań wielopłaszczyznowo pokrywają się z wynikami innych autorów artykułów medycznych. Jednocześnie wykazują nowe i ważne aspekty dla badanej grupy kobiet w niniejszej pracy.
- Określenie poziomu wiedzy służy wskazaniu obszarów, w których wiedza ta jest niewystarczająca i jednocześnie zaproponowaniu działań edukacyjnych dostosowanych do potrzeb konkretnej grupy.

Bibliografia

1. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K, et al. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2016.
2. American Cancer Society [editorial]. *Breast Cancer Facts & Figures 2015–2016*; Atlanta 2015.
3. Najdyhor E, Krajewska-Kułak E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol* 2013; 84: 116–125.
4. Kornafel J. *Rak piersi*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2011.
5. Rzepka J. Poziom wiedzy mieszkanek województwa opolskiego na temat raka piersi w oparciu o wyniki badań własnych, nieopublikowana praca magisterska pod kierunkiem dr n. med. Edyty Kędry. Opole: PMWSZ w Opolu; 2018.
6. Przysada G, Bojczuk T, Kuźniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine* 2009; 3: 129–136.
7. Zatoński W, red. Europejski kodeks walki z rakiem (2003). Warszawa: Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2009: 17–19, 79–82.
8. Dobrzyń D, Staropolska H, Kołodziej W, red. Świadomość kobiet w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. W: *Promocja zdrowia w hierarchii wartości*. Lublin: Biblioteka Neuro Centrum; 2005: 272–276.

9. Gójk K, red. Znajomość problemów dotyczących raka sutka w populacji kobiet mieszkających na terenie województwa śląskiego. W: *Promocja zdrowia w hierarchii wartości*. Lublin: Biblioteka Neuro Centrum; 2005: 52–56.
10. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Now Lek* 2012; 6: 419–422.
11. Zych B. Stan wiedzy po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. *Przegląd Medyczny UR* 2006; 1: 27–33.
12. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22(1): 59–65.
13. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Majewska A, Gałęziowska E. Wiedza kobiet w wieku około-menopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19(4): 523–552.
14. Pacian A, Kulik T.B, Kaczoruk M, Kłodzińska K. Postawy kobiet makroregionu lubelskiego wobec profilaktyki nowotworu piersi. *Med Paliat* 2016; 8(1): 17–23.
15. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska M. E. Ocena skuteczności Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet w Polsce. *Piel Pol* 2013; 1(47): 18–22.
16. Lewandowska A, Mess E, Kruk W. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. *Onkol Pol* 2012; 1: 5–8.
17. Kurpas D, Trusz A, Steciwko A. Wiedza pacjentek na temat profilaktyki raka piersi. *Fam Med Primary Care Rev* 2006; 3: 670–673.
18. Nita R, Leśniczak B. Wiedza i zachowania zdrowotne kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. *Pielęg XXI w* 2010; 1–2: 5–8.
19. Lorenc A, Pop T, Boychuk T. Wiedza kobiet po 40 roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. *Young Sports Science of Ukraine* 2012; 4: 59–65.
20. Szadowska-Szlachetka Z, Baczevska B, Kulbaka Z, Muraczyńska B, Kropornicka B, Dzirba A, Łuczyk R. Knowledge of women, female students of nursing, on prevention of breast cancer. *J Educ Health Sport* 2016; 6(12): 504–519.
21. Florek-Łuszczki M, Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki. *Med Ogólna* 2010; 16(45): 3.

Adres do korespondencji:

Edyta Kędra
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 601 385 966
e-mail: kedrae@wsm.opole.pl

Wiedza i postawy studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotyczące szczepień ochronnych

*Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal,
Anna Klimczyk, Ewa Radwańska*

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć medycyny i skuteczną metodą profilaktyki chorób zakaźnych. Istotą szczepień jest celowe zetknięcie organizmu z zabitym lub osłabionym mikroorganizmem lub jadami bakterii chorobotwórczych. Szczepienia spowodowały ograniczenie zachorowań, zmniejszyły liczbę hospitalizacji i zredukowały śmiertelność. Wyeliminowały zachorowania na ospę prawdziwą i ograniczyły występowanie wielu innych chorób, np.: poliomyelitis, błonicy, różyczki [1].

W Polsce organizację szczepień ochronnych reguluje ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570). Realizacja szczepień odbywa się zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych (PSO), który porządkuje kwestie wieku i zakresu wykonywanych szczepień, określa terminy szczepień i odstępy między nimi. Uwzględnia szczepienia realizowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (bezpłatne), obowiązkowe dla dzieci i młodzieży oraz osób narażonych na zakażenia w sposób szczególny i tzw. szczepienia zalecane (odpłatne) [2].

Mimo że szczepienia ochronne są bezpieczną metodą zapobiegania chorobom zakaźnym, a występowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych małe w porównaniu z uzyskanymi korzyściami, wzrasta liczba rodziców odmawiających szczepienia dzieci. Powoływane są tzw. ruchy antyszczepionkowe podważające skuteczność i bezpieczeństwo szczepień [3–5].

Optymalna realizacja szczepień ochronnych wymaga obecnie profesjonalnej edukacji wakcynologicznej, a także merytorycznych rozmów o ich korzyściach i istniejącym ryzyku [1].

Cel

Celem badań było poznanie postawy studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu wobec szczepień ochronnych oraz określenie poziomu wiedzy w tym zakresie.

Hipoteza badawcza

Sformułowano następującą hipotezę badawczą: studenci kierunku pielęgniarstwo wykazują wyższy poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych, niż studenci kierunku fizjoterapia, kosmetologia i dietetyka.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 297 studentów kierunków: dietetyka, fizjoterapia, kosmetologia, pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb niniejszego badania.

Do zweryfikowania hipotezy badawczej zastosowano test Shapiro-Wilka. Jako poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$, gdzie wynik $p < 0,05$ oznacza, że pomiędzy zmiennymi występuje istotna statystycznie zależność. Ponieważ nie zostało spełnione założenie dotyczące minimalnych wartości oczekiwanych, w analizie wykorzystano test Fishera dla tabel $R \times C$.

Dokonano sumowania prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące wiadomości z zakresu szczepień. Po standaryzacji wyników do wartości 100 uzyskano odsetek odpowiedzi prawidłowych. Następnie utworzono trzy przedziały, które pozwoliły podzielić grupę badaną na osoby z poziomem wiedzy: najniższym, średnim i najwyższym. Poziom najniższy – poniżej 25% prawidłowych odpowiedzi, poziom średni – 25–37,5% prawidłowych odpowiedzi i poziom najwyższy – powyżej 37,5% prawidłowych odpowiedzi.

Wyniki

Prawie wszyscy ankietowani studenci (98,3%) deklarowali wiedzę nt. czym jest szczepionka. Wyniki przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Deklaracja ankietowanych dotycząca wiedzy nt. czym jest szczepionka

Czy wie Pani/Pan co to jest szczepionka?	Częstość	Procent
Tak	292	98,3%
Nie	5	1,7%
Ogółem	297	100,0%

Podobnie wysoko studenci ocenili swoją wiedzę nt. celu wykonywania szczepień ochronnych (tab. 2).

Tabela 2. Samoocena ankietowanych dotycząca celu szczepień ochronnych

Czy wie Pani/Pan w jakim celu wykonuje się szczepienia ochronne?	Częstość	Procent
Tak	289	97,6%
Nie	7	2,4%
Ogółem	296	100,0%

Niestety prawidłową definicję szczepionki podało tylko 37,4% ankietowanych, a aż 57,6% odpowiedzi było nieprawidłowych, zawierających rażące błędy np.: „szczepionka to przeciwciała przeciwko danej chorobie”, „wprowadzenie szczepów bakterii i wirusów w celu uodpornienia na nie”, „substancja, która imituje infekcję”, itp.

Wyniki dotyczące odpowiedzi studentów prezentuje tab. 3.

Tabela 3. Zestawienie odpowiedzi dotyczące podania definicji szczepionki

Proszę podać znaną Pani/ Panu definicję szczepionki	Częstość	Procent
Odpowiedź prawidłowa	111	37,4%
Odpowiedź nieprawidłowa	171	57,6%
Brak odpowiedzi	15	5,1%
Ogółem	297	100,0%

Duży odsetek prawidłowych odpowiedzi (85,2%) uzyskano natomiast na pytanie dotyczące znanych ankietowanym studentom chorób zakaźnych, przeciwko którym wykonuje się szczepienia ochronne. Najczęściej wymienianymi były: odra, ospa, gruźlica, tężec, wzv typu B. Wśród nieprawidłowych odpowiedzi (10,1%) studenci wymieniali szczepienia m.in. przeciwko sepsie, wzv typu C, HIV (!). Udzielone przez studentów odpowiedzi zaprezentowano w tab. 4.

Tabela 4. Zestawienie odpowiedzi dotyczące znanych ankietowanym chorób zakaźnych przeciwko którym wykonuje się szczepienia ochronne

Proszę wymienić kilka znanych Pani/Panu chorób zakaźnych, przeciwko którym wykonuje się szczepienia ochronne:	Częstość	Procent
Odpowiedź prawidłowa	253	85,2%
Odpowiedź nieprawidłowa	30	10,1%
Brak odpowiedzi	14	4,7%
Ogółem	297	100,0%

W grupie osób studiujących pielęgniarstwo najczęściej odnotowywano występowanie najwyższego poziomu wiedzy (24,2%). Poziom średni także był odnotowywany najczęściej (24,8%).

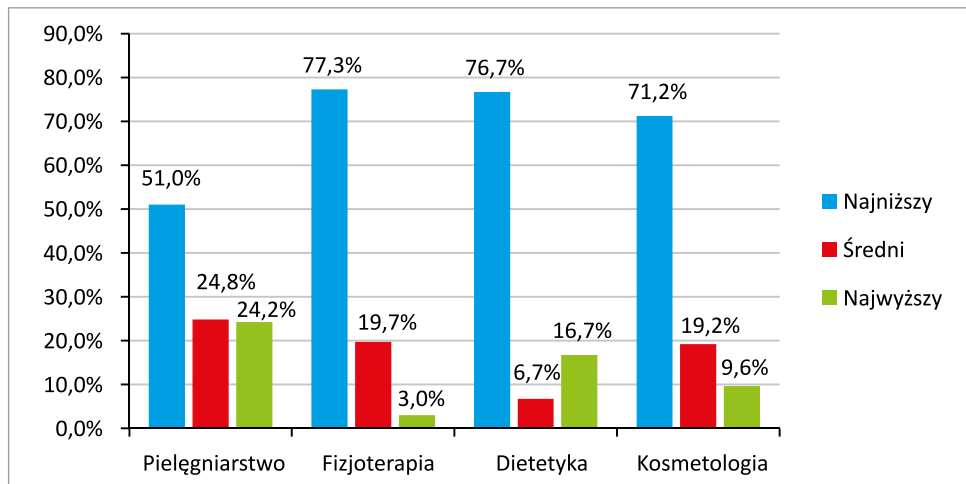
W analizie wykorzystano test Fishera dla tabel $R \times C$. Poniżej przedstawiono wyniki testu oraz dane dotyczące rozkładu zmiennych (tab. 5). Ocenę poziomu wiedzy na temat szczepień ochronnych z uwzględnieniem kierunku studiów przedstawia ryc. 1.

Tabela 5. Ocena poziomu wiedzy na temat szczepień ochronnych z uwzględnieniem kierunku studiów

Poziom wiedzy na temat szczepień		Kierunek studiów				Wynik testu
		Pielęgniarstwo	Fizjoterapia	Dietetyka	Kosmetologia	
Najniższy	N	76	51	23	37	$p = 0,001$
	%	51,0%	77,3%	76,7%	71,2%	
Średni	N	37	13	2	10	
	%	24,8%	19,7%	6,7%	19,2%	
Najwyższy	N	36	2	5	5	
	%	24,2%	3,0%	16,7%	9,6%	
Ogółem	N	149	66	30	52	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Otrzymane wyniki potwierdzają postawioną hipotezę badawczą zakładającą, że studenci kierunku pielęgniarstwo wykazują wyższy poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych niż studenci kierunku dietetyka, fizjoterapia i kosmetologia.



Rycina 1. Ocena poziomu wiedzy na temat szczepień ochronnych z uwzględnieniem kierunku studiów

Ponad połowa respondentów (68,4%) uważa, że szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć medycyny, ale 26,6% badanych nie ma zdania na ten temat. Opinię ankietowanych studentów przedstawia tab. 6.

Tabela 6. Opinia ankietowanych na temat, czy szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć medycyny

Czy uważa Pani/Pan, że szczepienia ochronne są jednymi z największych osiągnięć medycyny?	Częstość	Procent
Tak	203	68,4%
Nie	15	5,1%
Nie mam zdania	79	26,6%
Ogółem	297	100,0%

94,9% badanych studentów uważa, iż szczepienia ochronne dzieci i młodzieży powinny pozostać obowiązkowe, a tylko 1,7% badanych uważa, że nie (tab. 7).

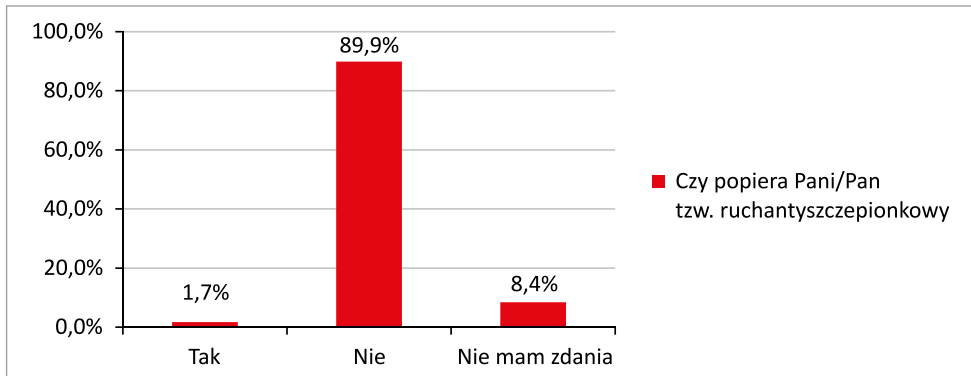
Ruch antyszczepionkowy popiera 1,8% ankietowanych studentów (ryc. 2).

Prawie połowa respondentów (44,8%) uważa, że szczepienia ochronne nie powodują niekorzystnych zjawisk zdrowotnych, a 25,9% nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi („nie mam zdania”) (tab. 8).

Jednak tylko 10,4% ankietowanych zna przypadki takich niekorzystnych skutków zdrowotnych w najbliższym otoczeniu – rodzina, znajomi (tab. 9).

Tabela 7. Opinia ankietowanych na temat obowiązkowości szczepień ochronnych

Czy uważa Pani/Pan, że szczepienia ochronne dzieci i młodzieży powinny pozostać obowiązkowe?	Częstość	Procent
Tak	282	94,9%
Nie	5	1,7%
Nie mam zdania	10	3,4%
Ogółem	297	100,0%



Rycina 2. Opinia ankietowanych dotycząca tzw. ruchu antyszczepionkowego

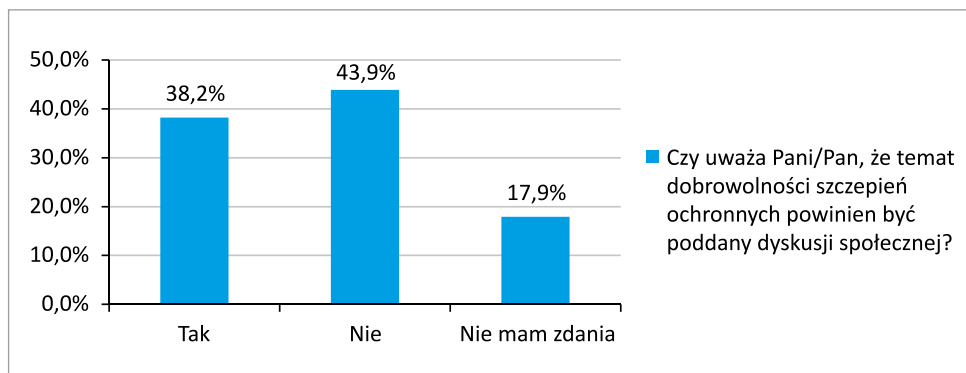
Tabela 8. Opinia ankietowanych na temat niekorzystnych zjawisk zdrowotnych po szczepieniu

Czy uważa Pani/Pan, że szczepienia ochronne mogą powodować niekorzystne zjawiska zdrowotne?	Częstość	Procent
Tak	87	29,3%
Nie	133	44,8%
Nie mam zdania	77	25,9%
Ogółem	297	100,0%

Tabela 9. Występowanie niekorzystnych zjawisk zdrowotnych po szczepieniu w najbliższym otoczeniu ankietowanych

Czy znane są Pani/Panu przypadki niekorzystnych zjawisk zdrowotnych w najbliższym otoczeniu (rodzina, znajomi, itp.)?	Częstość	Procent
Tak	31	10,4%
Nie	266	89,6%
Ogółem	297	100,0%

Badani studenci mają bardzo rozbieżne zdania na temat poddania dyskusji społecznej dobrowolności szczepień ochronnych. Wprawdzie 130 osób (43,9%) jest przeciwnych podejmowaniu takiej dyskusji, ale 38,2% jest zdania, że należałoby ją przeprowadzić, a pozostali nie mają wyrobionego zdania. Udzielone przez studentów odpowiedzi prezentuje ryc. 3.



Rycina 3. Opinia ankietowanych na temat poddania dobrowolności szczepień dyskusji społecznej

Prawie wszyscy studenci (262 osoby – 88,2%) deklarują, że odbyli wszystkie szczepienia ochronne wg obowiązującego kalendarza szczepień, ale 10,1% (30 osób) nie wie, a 1,7% nie była szczepiona z różnych powodów, głównie zdrowotnych.

Zalecanym szczepieniom ochronnym, np. przeciw grypie, poddało się 40,4% ankietowanych. 176 osób (59,3%), które takich szczepień nie wykonały, jako powód podaje brak funduszy finansowych – 6,1%, a brak potrzeby – 39,8%.

Dyskusja

Obowiązkowe szczepienia ochronne są jedyną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania chorobom zakaźnym. O akceptowalności szczepień w Polsce dowodzi fakt wysokiego poziomu zaszczepienia przeciw chorobom zakaźnym objętych Programem Szczepień Ochronnych (PSO), co w świetle danych statystycznych kształtuje się na poziomie 96–99,9% i jest jednym z najlepszych wyników w Europie [6]. Potwierdzają to również wyniki badań przeprowadzonych w grupie studentów PMWSZ w Opolu, w której ponad połowa (68,4%) uznaje szczepienia ochronne za jedno z największych osiągnięć medycyny znaną metodę profilaktyki chorób zakaźnych, a zdecydowana większość studentów (94,9%) akceptuje konieczność wykonywania szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży. Największe znaczenie w realizacji szczepień ochronnych: obowiązkowych i zalecanych ma rzetelnie przeprowadzana edukacja zdrowotna realizowana przez pracowników ochrony zdrowia, w szczególności przez pielęgniarki [7]. Z tego względu tak ważne jest,

aby w trakcie edukacji uzyskać wysoki poziom wiedzy studentów, nie tylko pielęgniarstwa, na temat szczepień ochronnych. W badanej grupie studentów PMWSZ w Opolu, to studenci pielęgniarstwa wykazywali największy poziom wiedzy. Działania edukacyjne pracowników ochrony zdrowia wpływają na zmianę postaw rodziców, przede wszystkim zmniejszają brak akceptacji wobec szczepień ochronnych [7]. Kształtowanie postaw społecznych dotyczących zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom zakaźnym jest najważniejszą częścią działań profilaktycznych. Interdyscyplinarny charakter nowoczesnej edukacji może stanowić pożądany kierunek w rozwoju czynnej immunizacji [1].

Przykładem pozytywnego działania interdyscyplinarnego dotyczącego szczepień w placówkach medycznych jest prezentowanie wspólnego, opartego na aktualnej wiedzy medycznej stanowiska dotyczącego odpowiedzi na pytania odnośnie do szczepień [1]. Przeprowadzone przez autorów badania dowodzą potrzebę zwiększenia poziomu wiedzy na temat szczepień u studentów na kierunkach: fizjoterapia, dietetyka, kosmetologia. Przeciwnicy szczepień ochronnych powszechnie nazywani antyszczepionkowcami podają powody wyznaniowe i światopoglądowe, odmawiając zaszczepienia siebie lub dzieci. Traktują szczepienia jako ograniczenie wolności i swobód. Przekonują o szkodliwości preparatów szczepionkowych lub ich składników, przeceniają rolę naturalnej ekspozycji na patogen. Często zrzeszeni wokół proekologicznych ugrupowań i organizacji, są zwolennikami medycyny naturalnej, a nawet holistycznej. Przeciwnicy szczepień dopatrują się związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy pewnymi szczepionkami, ich składnikami, a występowaniem chorób lub zgonów [5]. Zdecydowana większość badanych (89,9%) jest przeciwna ruchowi antyszczepionkowemu, ale 38,2% ankietowanych uważa, że dobrowolność szczepień ochronnych powinna zostać poddana dyskusji społecznej. Dodatkową korzyścią wynikającą ze szczepień jest ograniczenie zużycia antybiotyków i rozwoju antybiotykooporności, Ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych jest nieproporcjonalnie małe w porównaniu z uzyskanymi korzyściami, co stanowi istotny argument potwierdzający bezpieczeństwo szczepień [3]. Wyniki w badanej grupie tego nie odzwierciedlają, gdyż o bezpieczeństwie stosowanych szczepień ochronnych jest przekonanych niespełna połowa, bo 44,8% badanych, natomiast 10,4% ankietowanych uważa, że szczepienia wywołują niekorzystne skutki zdrowotne i zna przypadki takich niekorzystnych skutków w najbliższym otoczeniu. Szczepionki spełniają najwyższe standardy bezpieczeństwa i ryzyko związane z ich stosowaniem jest znikome. Stosowanie szczepionek nowoczesnych, powszechnie akceptowalnych na świecie, będących w PSO wielu krajów europejskich, zwiększa bezpieczeństwo i akceptowalność szczepień [3]. Wiedzy zawartej w piśmiennictwie nie potwierdzają uzyskane wyniki w badanej grupie, zalecanym szczepieniom ochronnym poddało się tylko 40,4% ankietowanych, a 6,1% badanych wskazało, że na wybór szczepień zalecanych ma wpływ sytuacja materialna studentów.

Wnioski

1. Poziom wiedzy w zakresie szczepień ochronnych wśród ankietowanych studentów jest niski, mimo deklarowania przez nich znajomości tematu i zdecydowanej postawy proszczepiennej.
2. Należy zwiększyć poziom wiedzy dotyczący szczepień ochronnych u studentów wszystkich badanych kierunków. Rzetelna edukacja zdrowotna prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, a szczególnie pielęgniarki zwiększy akceptację wobec szczepień ochronnych i wpłynie na zmianę postaw rodziców.
3. Wiedza i postawa przyszłych pracowników ochrony zdrowia w zakresie stosowania szczepień ochronnych jest ważna, zwłaszcza w kontekście obserwowanych obecnie nastrojów społecznych inicjowanych ruchem antyszczepionkowym.

Bibliografia

1. Bednarek A, Zarzycka D. Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych. *Probl Hig Epidemiol* 2015; 96: 1–7.
2. Bednarek A, Bartkowiak-Emeryk M. Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci. Warszawa: PZWL; 2018: 48–54.
3. Jackowska T, red. Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii dotyczące propozycji zmian w Programie Szczepień Ochronnych w 2019 roku. *Analiza przypadków. Pediatria* 2018; (2): 8–11.
4. Mrożek D. *Wakcynologia Praktyczna*. Wydanie III. Bielsko-Biała: α-medica press; 2012.
5. Marchewka A, Majewska A, Młynarczyk G. Historia ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych. *Post Mikrobiol* 2015; 54: 2.
6. Faleńczyk K, Piekarska M, Pluta A, Basińska H. Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. *Post N Med* 2016; XXIX(6): 380–385.
7. Salwa A. Health education of parents in the field of immunization [online]. Dostępny na URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4610> [cyt. 20.02.2019].

Adres do korespondencji:

mgr Anna Klimczyk
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 44 23 540
e-mail: klimczyka@wsm.opole.pl

Wielochorobowość jako następstwa współzależnienia od alkoholu i biernego palenia papierosów w rodzinie

Małgorzata Szerszeń, Agnieszka Skorupa

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Zazwyczaj wielochorobowość definiowana jest na podstawie sumy analizowanych chorób osobnika jako jednoczesowe występowanie 2 i więcej chorób lub problemów medycznych. Wg Von Oostrom i wsp. z 2012 roku na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów POZ (biorąc pod uwagę 29 chorób przewlekłych) stwierdzono rozpowszechnienie wielochorobowości w grupie pacjentów 55 lat i powyżej – rzędu 37%. Dla porównania odsetek osób powyżej 85. r.ż. wg różnych badaczy sięga ok. 95% [1].

Człowiek niezależnie od swojego wieku jest jednością biopsychospołeczną. Aktualna sytuacja materialna, pozycja i pełnione role społeczne mają wpływ na stan zdrowia i jakość życia każdego człowieka tu i teraz oraz w przyszłości. Pielęgniarstwo w swoim indywidualnym, holistycznym podejściu obejmuje pacjenta jako całość fizyczną i duchową, emocjonalną, intelektualną i społeczną. Pomaga w rozwiązywaniu trudnych problemów przez różnych specjalistów na wielu płaszczyznach życia [2].

W Polsce rozpowszechnione są patologiczne stany sprzyjające szerzeniu się przede wszystkim chorób układu krążenia. To czynniki związane ze stylem życia: czynnym i biernym paleniem tytoniu, nadwagą i otyłością, niską aktywnością społeczną, przewlekłym stresem odgrywającym bardzo ważną rolę w rozwoju wielu chorób. Modyfikacja i/lub eliminacja rozpoznanych czynników ryzyka jest istotnym elementem w opanowaniu tej epidemii oraz w profilaktyce przedwczesnego procesu starzenia się. Wczesnie rozpoczęta pozwala na wejście w wiek starczy w jak najlepszym stanie zdrowia, z wyrobionymi nawykami profilaktycznymi [3]. W leczeniu chorób zajmowanie się wyłącznie objawami wynikającymi z pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta oraz

brak wpływu na bezpośrednią przyczynę dolegliwości fizycznych i emocjonalnych ogranicza możliwości skutecznej pomocy. Prawidłowe ukierunkowanie ofiary przemocy w rodzinie, objęcie jej kompleksową specjalistyczną pomocą w profesjonalnych placówkach leczenia osób uzależnionych i współuzależnionych, ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu rozwojowi późniejszych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych [4].

Cel i założenia pracy

Poszerzenie wiedzy własnej, rozpoznanie przypadku, edukacja pacjentki i rodziny oraz stworzenie jak najlepszego procesu opieki pielęgniarskiej dla pacjentki z wielochorobowością.

Cele szczegółowe:

- Zidentyfikowanie problemów pacjentki z wielochorobowością na podstawie indywidualnego opisu przypadku i zaproponowanie działań pielęgniarskich w leczeniu i opiece.
- Rozpoznanie czynników pogarszających zdrowie pacjentki – współuzależnienie od alkoholu i biernie palenie papierosów.
- Przedstawienie wpływu psychiki, stanu samopoczucia emocjonalnego z powodu współuzależnienia alkoholowego męża oraz biernego palenia papierosów na przebieg choroby podstawowej, chorób współistniejących oraz relacji w rodzinie (edukacja pacjentki i rodziny).
- Skierowanie pacjentki do Przychodni Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia.

Materiał i metody

Analitycznie przeprowadzony wywiad, szczegółowe badanie dokumentacji w połączeniu z dokładną obserwacją, ukazały bardzo złożony problem wielochorobowości, tym bardziej niepokojący, że podmiot opieki miał dopiero 57 lat i od ponad 25 lat był w związku z mężem uzależnionym od alkoholu i papierosów. W pracy zastosowano bezpośrednią metodę pomiaru. Wartości, jakie zostały poddane przyrządowemu pomiarowi to: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, obwód obu nóg w miejscach obrzęków. Wykonano Test 6-minutowego Marszu (6MWT). W pracy użyto skalę Borge (oceniającą stopień zmęczenia) i skalę natężenia bólu NRS.

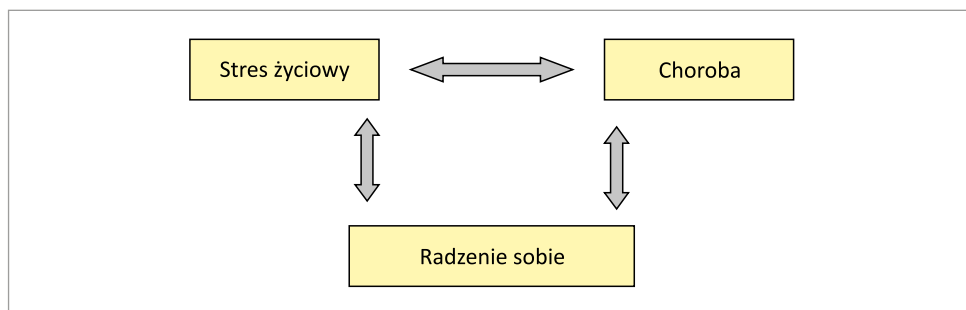
Rola psychoterapii w leczeniu współuzależnienia i poprawie stanu emocjonalnego

W społeczeństwie bardzo rzadko rodzina i bliskie otoczenie alkoholika odrzucają osobę uzależnianą pod względem jego choroby. Rodzina najczęściej staje „mu-

rem” za osobą uzależnioną, jeśli ta wykazuje chęć leczenia. Rozwój sytuacji reakcji rodziny na problem alkoholowy zwykle przybiera dwa stanowiska. Pierwszym rodzajem jest nakłanianie i przekonywanie osoby uzależnionej o konieczności podjęcia jak najszybszego leczenia odwykowego. Osoba uzależniona natomiast zaprzecza, a pogarszający się stan alkoholika doprowadza jego najbliższe otoczenie do rozpaczy. Ten rodzaj jest najbardziej powszechny wśród społeczeństwa.

Drugi przypadek to sytuacja całkiem odwrotna, alkoholik sygnalizuje, że jest osobą uzależnioną i szuka pomocy, rodzina natomiast zaprzecza jego problemowi alkoholowemu. Gdy rodzina i bliscy odrzucają alkoholika, to tylko do momentu, w którym zrozumieją, że uzależnienie jest chorobą, a chory potrzebuje wsparcia. Partnerzy osób uzależnionych, mimo żalu, ciągłego bólu, doznanych krzywd, ponoszonego wstydu i kosztów, walczą uparcie latami i do samego końca z nałogiem po to, by odzyskać ukochaną osobę. Takie zjawisko stawia partnera osoby uzależnionej pod presją ciągłego stresu i wielu nieprzyjemnych emocji [5].

Emocje, jak i stres, mają dwoistą naturę, są zjawiskami psychicznymi oraz biologicznymi. Związki pomiędzy stresem i emocjami a chorobą mają kierunek dwustronny. Jednostki chorobowe są powszechną przyczyną powstania stresu i negatywnych emocji. Stres i emocje mogą być jednocześnie czynnikami ryzyka powstania choroby, jak i jej współtwórcami. Zdarzenia stresowe mają wpływ na powstanie chorób oraz somatycznych dysfunkcji. Niestety człowiek nie ma kontroli nad tymi procesami, a wiedza na temat ich przebiegu jest również ograniczona, dlatego tak ważne jest umiejętne radzenie sobie ze stresem. Radzenie sobie ze stresem ukierunkowane jest na regulację stanu emocjonalnego, emocji, jak i radzeniem instrumentalnym.



Rycina 1. Wzajemne związki stresu życiowego, choroby i radzenia sobie ze stresem [6]

Ukierunkowane radzenie sobie ze stresem wpływa na stan zdrowia dzięki zmianie stanu emocji na korzystniejsze dla danej jednostki osobowej. Jednym z wielu sposobów radzenia sobie ze stresem jest psychoterapia. Do wydarzeń stresowych zalicza się: uciążliwości dnia codziennego, wydarzenia życiowe, wydarzenia traumatyczne. Stres przewlekły oddziałuje negatywnie na różne układy organizmu, najczęściej odpornościowy, pokarmowy, krążeniowo-oddechowy oraz hormonalny [6].

Psychoterapia powszechnie nabiera coraz większego znaczenia w cywilizowanych kręgach kulturowych. Specjalistyczna pomoc prowadzi do zadowalających efektów. Psychoterapia wymaga od osoby leczonej szczerego i autentycznego podejścia do procesu leczenia oraz ogromnej motywacji. Wymaga także indywidualnej aktywności pacjenta w drodze do samodoskonalenia. Nawet najlepszy specjalista nie jest w stanie rozwiązać sam problemu pacjenta bez jego udziału; nawet gdyby sytuacja ta miała miejsce, takie postępowanie jest całkowicie niecelowe z punktu widzenia psychoterapii. Pacjent samodzielnie musi wybrać szereg działań, które są dla niego najkorzystniejsze i najbardziej mu odpowiadają. W doborze decyzji może kierować się wstępnym rozpoznaniem propozycji terapeuty oraz dobrać proponowane techniki, narzędzia. Pacjenci zgłaszający się do psychoterapeutów oczekują specjalistycznego wsparcia [5].

W Polsce już od ponad 30 lat jest oferowana pomoc członkom rodzin alkoholowych. Integracyjne podejście do terapii umożliwia pracę nad zbiorowym problemem współzależnienia dla wszystkich członków. Koncepcja terapeutyczna zakłada etapowość leczenia, dążenie w głąb problemu w celu szukania zmiany mechanizmów, działań współzależnienia oraz nakłada nacisk na wykorzystywanie różnorodnych metod terapii w zależności od możliwości i potrzeb członków.

Zakwalifikowanie się do terapii wymaga postawienia diagnozy współzależnienia przez specjalistów. Wiąże się ona ściśle z funkcjonowaniem osoby w sytuacji stresowej spowodowanej uzależnieniem partnera i wymaga występowania długotrwałej, niszczącej adaptacji. Klasyfikacja wymaga także diagnozy psychiatrycznej w celu wykluczenia innych zaburzeń niż współzależnienie i wykluczenie przemocy fizycznej. Psychoterapia osób współzależnionych przebiega w kilku etapach. W fazie podstawowej kładzie się nacisk na zdobywanie orientacji we własnej sytuacji życiowej oraz zmiany zachowań niszcząco-destruktywnych. Po tym etapie relacje w związkach i sposób uczestniczenia w związku powinny ulec poprawie. Wiele pacjentek po etapie podstawowym terapii uzyskuje zadowalającą poprawę. Przenoszą koncentrację z uzależnionego małżonka na siebie i rozpoczynają proces wyodrębniania się od osoby uzależnionej. Kolejnym etapem terapii jest zmiana systemu przekonań, które utrwalają współzależnienie i zmiana destruktywnych schematów osobowościowych. Celem tego etapu jest rozpoznanie czynników, które współtworzą uzależnienie i je utrwalają.

Niezbędne jest odkrycie i zmiana przekonań, które utrzymują pacjentki w współzależnieniu i uniemożliwiają im podejmowanie nowych sposobów funkcjonowania w związku i życiu. Pacjentki w tym etapie uświadamiają sobie, że ich zachowania są odpowiedzią na niszczące je zachowania osoby uzależnionej. Zauważają poprawę sytuacji i najmniejsze osiągnięcia terapii, uczą się nowych zachowań, najczęściej asertywnych. Wprowadzają nowe zachowania w życie i ciągle je monitorują wraz z terapeutami, wyciągając wnioski. Są świadome możliwości nawrotu starych zachowań i obniżonego nastroju, lecz przygotowane do tego, aby nie traktować tego jako ich własnej klęski. Pacjentki są wyedukowane na temat radzenia sobie z nawrotami [7].

Patologiczne oddziaływania nikotynizmu na funkcjonowanie rodziny w porównaniu z alkoholizmem jest łagodniejsze, ale poprzez działanie pośrednie stwarza ryzyko wielu chorób odtytoniowych, zarówno dla palących, jak i niepalących członków rodziny. Duża część polskich rodzin ponosi ekonomiczne i psychospołeczne konsekwencje samego palenia, jak i chorób odtytoniowych [8]. Palenie tytoniu, zarówno czynne, jak i bierne, jest jednym z głównych i najbardziej rozpowszechnionych, rozpoznanych czynników ryzyka wielu chorób. W leczeniu choroby tytoniowej obowiązuje takie samo postępowanie lekarskie, jak w przypadku innych chorób [9].

Opis przypadku

Pacjentka, 57 lat. Mieszka na wsi z mężem i teściową w domu jednorodzinnym w dobrych warunkach mieszkaniowych. Jest matką czwórki dorosłych dzieci. Ojciec pacjentki zmarł w wieku 73 lat na zawał serca. Chorował na nadciśnienie tętnicze i chorobę wrzodową żołądka. Matka, 83-letnia kobieta, po 2 przebytych udarach, od 7 lat leczy nadciśnienie tętnicze, ma zdiagnozowaną chorobę Parkinsona. W rodzinie pacjentki od pokoleń występowała przewlekła niewydolność żylna, chorowała babcia i ciocia pacjentki.

Pacjentka ukończyła szkołę zawodową o profilu rolniczym. Całe życie pracowała w gospodarstwie rolnym. Od 12 lat pracuje systemem 3-zmianowym, 8 godzin dziennie z 30-minutową przerwą po 3 godzinach pracy, pięć dni w tygodniu, w pozycji stojącej na podeście przy maszynie, do której wkłada kable zgrzewane w wysokiej temperaturze.

W 2011 roku rozpoznano u pacjentki przewlekłą niewydolność żył głębokich podudzi klasy czwartej. Chora zgłosiła się do lekarza w momencie, gdy schorzenie zaczęło znacznie wpływać na jakość jej życia. Skierowano ją do dalszego leczenia w poradni specjalistycznej chorób naczyń. Na obu podudziach wystąpiły żylaki z nasileniem po stronie prawej. Obecnie występują także zmiany skórne. Skóra wokół zmian jest mocno zaczerwieniona. Na kończynach dolnych w okolicach kostki występują obrzęki. W nocy skurcze, drętwienie i ból wg skali NRS oceniany na 6. Pomimo zaleceń chirurga pacjentka nie stosuje pończoch przeciwżyłakowych. Nie wykonuje ćwiczeń poprawiających ukrwienie naczyniowe. Zlecone leki to Diosminex, w dawce 500 mg 2 razy dziennie rano i wieczorem na zmianę z Diochespanem 1000 mg.

W 2013 roku rozpoznano nadciśnienie tętnicze. Zlecono Bisocard 5 mg raz dziennie. Leki nie są zażywane regularnie. Pacjentka często zapomina o tabletkach, nie kontroluje pomiarów ciśnienia tętniczego.

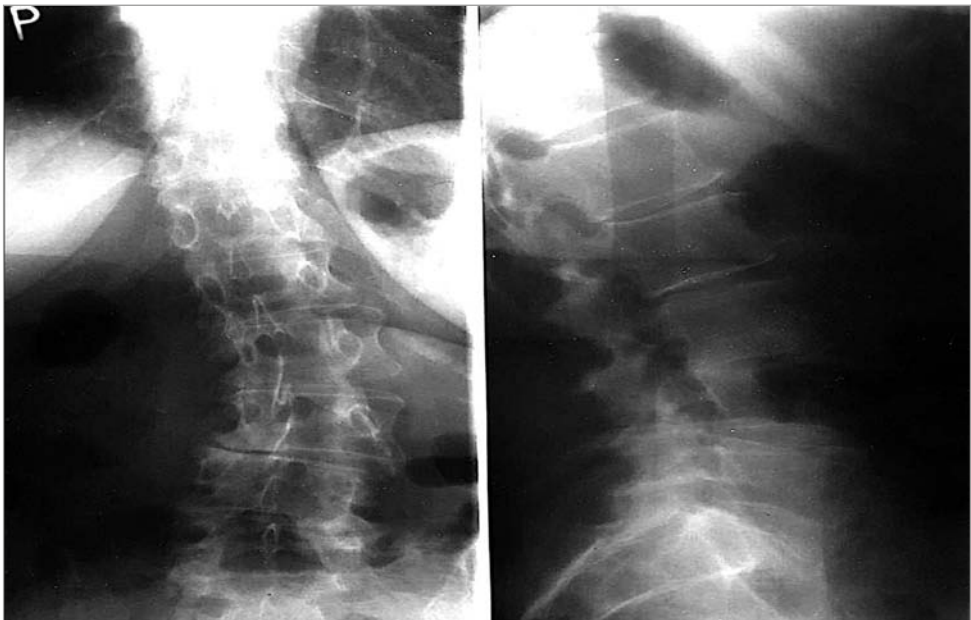
Pacjentka od 2004 roku miała wykonywaną abrazję macicy z powodu nadmiernych i przedłużających się miesiączek. W konsekwencji w 2013 roku usunięto macicę drogą pochwową z plastyką macicy i pochwy. Pacjentka ma problemy z wysił-

kowym nietrzymaniem moczu, ma uczucie nie do końca opróżnionego pęcherza i często oddaje mocz.

W lipcu 2014 roku u pacjentki pojawiła się zgaga, ból nadbrzusza i zwiększone odbijanie. W badaniu gastroscopowym rozpoznano liczne nadżerki żołądka. Zlecono Emanerę w dawce 40 mg raz dziennie oraz coroczną kontrolną gastroscopię. Ostatnia z marca 2017 roku nie wykazała zmian, stanów zapalnych, nadżerek.

W październiku 2015 roku u chorej zdiagnozowano podwyższony cholesterol. Zalecono lek Roserwa w dawce 10 mg raz dziennie w porze wieczornej. W sierpniu 2017 roku po badaniu RTG odcinka L-S kręgosłupa rozpoznano zwyrodnienia stawów kręgowych. Obrazowe badanie RTG wykazało skoliozę lewo wypukłą odcinka L kręgosłupa z umiarkowaną rotacją kręgów oraz:

1. częściowe odprostowanie fizjologicznej lordozy lędźwiowej;
2. średniego i dużego stopnia zwężenie wszystkich tarczy międzykręgowych w odcinku L kręgosłupa:
 - najsilniejsze na poziomie L3-L4, gdzie widoczny jest objaw próżniowy i kręgozmyk boczny, w kierunku strony lewej kręgu L3;
 - śladowy kręgozmyk boczny w stronę prawą kręgu L1;
3. zmiany zwyrodnieniowe:
 - na krawędziach trzonów kręgów;
 - w stawach krzyżowo-biodrowych;
 - w stawach międzykręgowych;



Rycina 2. Zdjęcie RTG odcinka L-S kręgosłupa (źródło: własne)

4. niskie ustawienie wyrostków poprzecznych L5;
5. objaw Baastrupa.

Pacjentka skarżyła się na dotkliwy ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa (7 w skali NRS). W grudniu 2017 roku ból zaczął narastać. W skali NRS oceniony na 9, co powodowało, że pacjentka była niezdolna do pracy i zaczęła leczenie przeciwbólowe w postaci iniekcji domięśniowej (Olfen 75) raz dziennie w serii 10 zastrzyków.

Leki zażywane przez pacjentkę: Bisocard 5 mg, Emanera 40 mg, Diosminex 500 mg, Diochespan 1000 mg, Roserwa 10 mg, Olfen 75 mg, Leutrox 50.

Schorzenia współistniejące występujące u pacjentki:

- przewlekła niewydolność żylna,
- nadciśnienie tętnicze,
- niedoczynność tarczycy,
- choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa,
- choroba wrzodowa żołądka,
- współuzależnienie od alkoholu i biernie palenie tytoniu.

Listopad–grudzień 2017 roku

Pacjentka trafiła do Przychodni Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia. Ośrodek zajmuje się specjalistyczną i kompleksową pomocą osobom współuzależnionym. Od tego czasu regularnie korzysta z pomocy psychologa, psychiatry i terapeuty zajęciowego. Uczestniczyła w czterech wizytach indywidualnych, trwających 45 minut i w trzech spotkaniach grupowych, trwających 3,5 h. Zajęcia grupowe odbywają się w każdy wtorek w godzinach popołudniowych. Pierwsza wizyta odbyła się 14 listopada. Na wizycie pacjentka uczestniczyła w indywidualnym spotkaniu z psychologiem. Dokładnie przedstawiła swoją sytuację została skierowana na 30-minutową wizytę psychiatryczną. Lekarz po zebraniu wywiadu z pacjentką dla poprawy snu przez okres 1 miesiąca zalecił wyciszenie się przed snem, picie ciepłych napojów, kąpiele oraz ziołowe herbaty z rumianku i melisy. W sytuacji braku poprawy zostanie wprowadzona farmakoterapia.

W trakcie spotkań pacjentka opowiada o trudnych bieżących sytuacjach, odczuciach, emocjach. Uczy się asertywności i wyznacza granice dla siebie i męża. Odzyskuje wiarę w siebie, w swoje wartości i własne siły. Na bieżąco analizowane są dotychczasowe osiągnięcia i samopoczucie pacjentki, które sama określa „jako coraz lepsze”. Oprócz zebrań indywidualnych w poradni, odbywają się także zajęcia grupowe, w trakcie których na forum uczestnicy opowiadają o swoich sytuacjach, bolesnych i traumatycznych przeżyciach, ale i o osiągnięciach. Pacjentka utożsamiała się z grupą, uświadomiła sobie, że nie jest sama w takiej sytuacji, a nałogu męża nie należy traktować jako „krzyża życiowego”. Zrozumiała, że nie musi cierpieć, że ma prawo do szczęścia i spokojnego życia. Poinformowała męża o tym, że korzysta z terapii jako współuzależniona i próbuje namówić współmałżonka na terapię.

W okresie świątecznym zorganizowała spotkanie całej rodziny i oświadczyła wszystkim, że jeżeli mąż nie przestanie nadużywać alkoholu i nie zmieni swojego zachowania, to odejdzie od niego. Z poparciem rodziny i większą motywacją postawiła warunek i wyznaczyła czas na zmianę. Mąż pacjentki dalej nadużywa alkoholu i nie korzysta z terapii, ale jego zachowanie uległo poprawie, coraz rzadziej dochodzi do awantur i przemocy psychicznej. Pacjentka jest spokojniejsza, nie podnosi głosu, ale jest asertywna, stanowczo mówi „NIE” i nie wyręcza męża w codziennych obowiązkach. W swoich wypowiedziach pacjentka mówi dużo o swoich uczuciach i emocjach. Używa częściej słowa „JA” zamiast „TY”. Bierze pełną odpowiedzialność za swoje myśli, odczucia i zachowania, nie przrzucza ich na męża. Zamiast mówić „To twoja wina, to przez ciebie jest mi przykro”, mówi „Jest mi przykro, ponieważ...”, „Mówiąc tak, zadajesz mi ból”, „Trudno się z tobą rozmawia, gdy podnosisz głos”. Dzięki terapii nauczyła się, jak rozmawiać z osobą uzależnioną. Podczas zajęć pacjentka słucha o podobnych problemach innych kobiet, o tym, jak sobie radzą z problemem alkoholowym współmałżonków. Analizuje osiągnięcia uczestników. Po wypowiedzi każdego uczestnika, terapeuta zajęciowy pyta innych uczestników, co o tym sądzą. Czy chcą opowiedzieć o swoich odczuciach na temat wypowiedzi. Czy mają jakieś pomysły na jej rozwiązanie? Na zajęciach grupowych omawiane są także wybrane tematy, które mają pomóc uczestnikom w rozwiązaniu problemów. Przykładowymi tematami, w których omawianiu uczestniczyła pacjentka, były:

- zasady skutecznego komunikowania się;
- jak należy słuchać, by słuchać lepiej;
- fazy przystosowania do życia w rodzinie z problemem alkoholowym;
- role pełnione w rodzinie dysfunkcyjnej;
- jak wyrażać swoje uczucia.

Uczestnicy dostają także zadania domowe związane z tematami poruszonymi na zajęciach. Celem ich jest przemyślenie, rozważenie stanowiska swojego i członków rodziny w omawianych tematach. Przykładowe zadanie brzmiało: „W jaki sposób pacjentka komunikuje się z poszczególnymi członkami rodziny? Co chciałaby zmienić? W jaki sposób może to osiągnąć? Czy jest słuchaczem uważnym?” Zadania są omawiane na indywidualnych zajęciach z psychologiem. Pacjentka zaczęła prowadzić dziennik. Opisuje swoje uczucia i wyznacza cele. Stan psychiczny pacjentki znacznie się poprawił. Motywacja do zmian i działania ciągle wzrasta. Pacjentka jest bardzo zadowolona z terapii. Odzyskała poczucie własnej wartości.

Styczeń–luty 2018 roku

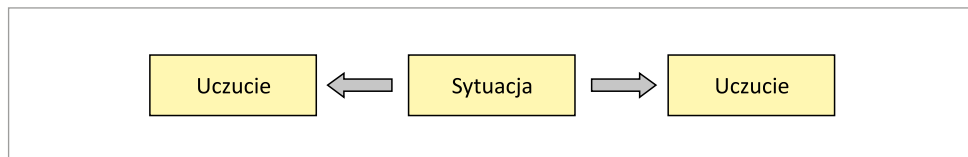
W tym okresie pacjentka uczestniczyła w czterech spotkaniach. 16.01, 23.01, 6.02, 13.02. Dwóch indywidualnych z psychologiem i czterech grupowych. W dalszym ciągu jest bardzo zadowolona ze spotkań w poradni. Swoje samopoczucie opisuje

jako bardzo dobre. Coraz rzadziej się denerwuje. Sytuacje, które kiedyś wyprowadzały ją z równowagi, w chwili obecnej są sytuacjami, nad którymi potrafi zaplanować. Oduczyła się „nadodpowiedzialności” – nie przejmuje obowiązków męża, konsekwencji za jego wypowiedzi, czyny, decyzje czy zachowania. Odciażyło ją to w znacznym stopniu. To sprawia, że czuje się lepiej. Przyznaje, że wybawianie małżonka za każdym razem z opresji i rozwiązywanie jego problemów sprawiały, że czuła się przerażona i zmęczona tym wszystkim. Teraz oczekuje od małżonka odpowiedzialności za siebie samego i jego czyny. Swoje stanowisko określa jako pomoc, sugerowanie rozwiązań, ale nie wyręczanie.

Zdobyła dużo wiedzy na temat osób uzależnionych. Tego, czym się kierują i dlaczego tak trudno zachęcić osoby uzależnione do leczenia. W dalszym ciągu namawia męża na terapię. Unika rozmów, gdy ten jest pod wpływem alkoholu. Dzięki terapii zrozumiała, że obietnice, sprzeczki i treści wypowiedziane w czasie upojenia nie mają większego znaczenia. Nie podnosi głosu, ponieważ zauważyła, że każde nadpobudliwe zachowanie z jej strony wywołuje agresję słowną ze strony męża. Nie przyzwala na picie i neguje stany nietrzeźwości męża dalej w sposób stanowczy, lecz bez krzyku. Informuje stanowczo o swojej decyzji rozstania, jeśli relacje nie ulegną poprawie. Stawia wymagania i mówi o konsekwencjach. Koncentruje uwagę i myśli na sobie, nie na uzależnieniu męża. Pacjentka o wiele lepiej śpi bez leków nasennych, nie budzi się zmęczona. Przyznaje, że jej problemy ze snem, złe samopoczucie mogły wynikać z jej nastawienia psychicznego i złej higieny snu. 26 lutego 2018 roku na wizycie endokrynologicznej u pacjentki rozpoznano cechy autoimmunologicznej choroby tarczycy z wolem guzkowym. Wykryto zmianę ogniskową w prawym płacie o wymiarach 6x5x7 mm. Zlecono lek Leutrox 50.

Marzec–kwiecień 2018 roku

Podczas tego okresu pacjentka uczestniczyła w 3 spotkaniach (2 grupowych i 1 indywidualnym). Pacjentka nadal prowadzi pamiętnik, w którym zapisuje ważne wydarzenia z życia codziennego i towarzyszące im uczucia. Opisuje każdy dzień, po 7 dniach robi zestawienie i analizuje, jakie uczucia towarzyszyły jej w ciągu całego tygodnia i jak je okazywała. Dopiero po analizie czyta uważnie zapiski z całego tygodnia. Dzięki temu przypisuje dokładne uczucia danej sytuacji i to, w jaki sposób je okazywała.



Rycina 3. Przypisywanie uczuć do danej sytuacji (źródło: własne)

Pacjentka jest w pełni świadoma choroby współzależnienia. Przyznaje, że to problem, którego nie była w stanie sama rozwiązać. Dzięki terapii uzyskała wielu sojuszników i wiele dobrych rad. Zaczęła chronić siebie oraz nie utrzymywać problemu w ciągłej tajemnicy. Ciągłe uczy się o chorobie i o tym, jak sobie z nią radzić. Przestała obwiniać męża o swoje życie, koncentruje się na własnej osobie, co pozwala jej żyć spokojnie „obok”. Nie angażuje się w problemy męża, przez co zgadza się na jego cierpienie i branie odpowiedzialności za jego czyny.

Pacjentka powraca do normalnego życia, szczerze i otwarcie mówi to, co myśli, następnie swoje myśli kierunkuje na działania. Zmienia w swoim życiu to, co jest realne i adekwatne do jej sił. Zauważyła, że problem nie tylko tkwi w mężu, lecz także w relacji z nim. Nie zmienia na siłę męża, lecz relację, jaka panuje pomiędzy małżeństwem. Zmiany zaczyna od siebie samej. Nie krzyczy, nie grozi. Swoje dotychczasowe nakazy w stronę męża formułuje w szczerze prośby, jasne informacje czy wymaganie. Relację z mężem zaczyna określać jako dużo lepszą niż sprzed pięciu miesięcy. Do sprzeczek dochodzi sporadycznie. W marcu na wizycie ortopedycznej rozpoznano u pacjentki zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Rozpoznanie M47.8 – inne spondylozy. Zlecono serię 10 zabiegów: prądy tens, ćwiczenia czynne kręgosłupa w odciążeniu, naświetlania miejscowe promieniami IR światłem niebieskim, laseroterapię punktową.

Po wykonaniu zabiegów pacjentka poczuła znaczną poprawę. Wykonuje ćwiczenia i jest aktywna fizycznie. Jeździ na rowerze, spaceruje. Stosuje terapię uciskową. Stosuje dietę lekkostrawną. Obecnie waży 70 kg, waga spadła o 5 kg. Wskaźnik BMI wynosi 27,34. Pacjentka w tym okresie miała wykonywaną kontrolną gastroskopię. Błona śluzowa żołądka została określona w badaniu jako prawidłowa, dzięki czemu leczenie farmakologiczne zostało wycofane. Codziennie dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna. Pomiaru obwodu nóg dokonuje co tydzień. Regularnie zażywa zleczone leki. Wartości ciśnienia tętniczego uległy poprawie. Ból, kurcze i drętwienia podudzi ustały.

W październiku rozpoczęto obserwację obrzęków nóg pacjentki. Dokonano 32 pomiarów w okresie od października do kwietnia. Ze względu na obszerny format tabel, szczegółowe wyniki zamieszczono do wglądu w dokumentacji pracy. W pracy wytypowano po dwa pomiary z początkowego i końcowego okresu badania. Nogi mierzono w trzech wyznaczonych miejscach nad kostką, 10 cm poniżej rzepki i 20 cm nad wysokością rzepki, raz w tygodniu. Pomiaru dokonywano rano, przed wstaniem z łóżka i wieczorem. Następnie wyliczano różnicę pomiędzy obwodem porannym a wieczornym w centymetrach. Różnice te na każdej wysokości nogi wynosiły przeważnie od 0,5 do 1,5 cm, czasami 2 cm. Z powodu braku możliwości zmiany pracy (stojąca), obrzęki nie zmniejszyły się, różnica obwodów pomiędzy pomiarem rannym a wieczornym nadal wynosi od 0,5 do 1,5 cm. Wdrożone ćwiczenia, aktywność fizyczna i unikanie czynników pogłębiających PNŻ nie wpłynęły na obrzęki.



Rycina 4. Pacjentka wykonująca ćwiczenia zalecane przez lekarza w pozycji leżącej na plecach, leżącej na brzuchu, siedzącej i stojącej (źródło: własne)

Od października do kwietnia wykonano 160 pomiarów wartości ciśnienia tętniczego pacjentki. Ze względu na obszerny format tabel, szczegółowe wyniki zamieszczono do wglądu w dokumentacji pracy. W pracy wytypowano po trzy pomiary z początkowego i końcowego okresu badania. Pacjentka po nauce prawidłowego wykonywania pomiaru mierzyła ciśnienie dwa razy dziennie, rano i wieczorem, zapisując pomiary. W październiku wartości ciśnienia tętniczego wynosiły przeważnie około 140/92 mmHg rano, wieczorem natomiast wartości ciśnienia były niższe, około 130/80 mmHg. Tętno pacjentki raniem przeważnie osiągało około 55 uderzeń/min wieczorem natomiast było wyższe i wahało się w granicach od 60 do 70 uderzeń na minutę. Po wdrożeniu regularnego zażywania leków hipotensyjnych, aktywności fizycznej, modyfikacji diety, eliminacji soli i potraw tłustych, wartości ciśnienia tętniczego unormowały się. U pacjentki w tym okresie stwierdzono również niedoczynność tarczycy i wdrożono leczenie farmakologiczne, co również wpłynęło na unormowanie się ciśnienia tętniczego. W kwietniu wartości ciśnienia tętniczego skurczowego pacjentki wynosiły od 110 do 120 mmHg, rozkurczowe w granicach od 80 do 90 mmHg rano. Wieczorem skurczowe ciśnienie od 110 do 120 mmHg, rozkurczowe od 70 do 90 mmHg. Wartości tętna zwiększyły się w granice wartości prawidłowych. Raniem tętno wynosiło przeważnie około 70 do 80 uderzeń na minutę. Wieczorem natomiast od 60 do 70 uderzeń na minutę.

Test Marszu 6-minutowego – (6MWT)

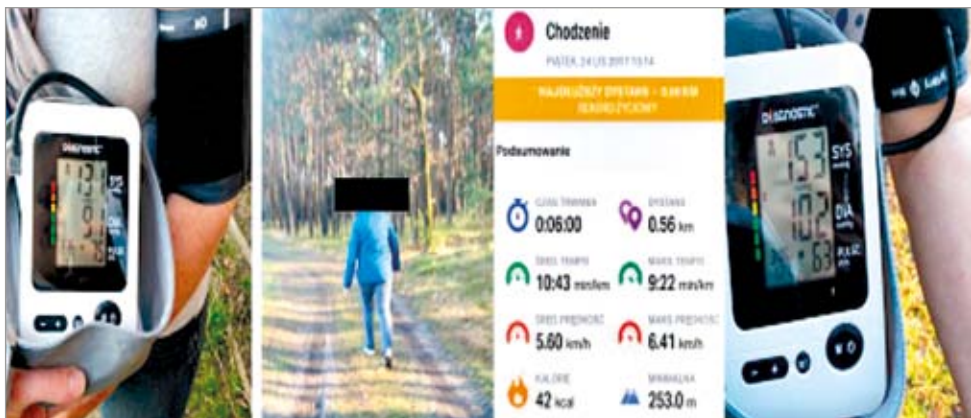
Zadaniem pacjentki było przejście jak najdłuższego dystansu w ciągu 6 minut. Test był wykonany 27. dnia każdego miesiąca. Warunkiem dobrego wykonania testu

był szybszy aniżeli zazwyczaj chód po twardym podłożu. Przed wykonaniem testu pacjentka przez godzinę nie powinna wykonywać intensywnych czynności. Do testu była używana aplikacja „Endomondo”, którą dokonywano pomiaru pokonanego dystansu i średnia prędkość chodu. Przed testem, jak i po nim zostało zmierzone ciśnienie tętnicze i tętno. Test wykonywany jest, aby sprawdzić wydolność układu oddechowego i układu krążenia. Zmęczenie było oceniane subiektywnie przez pacjentkę w 20-stopniowej skali Borga (gdzie 6. stopień oznacza bez wysiłku, 20. stopień – maksymalnie ciężki wysiłek).

Test Marszu 6-minutowego nr 1 – 27 listopada 2017 r. Przed testem zostało zmierzzone ciśnienie tętnicze i tętno. Ciśnienie wynosiło 131/91 mmHg, tętno 75 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 5,60 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 560 metrów. Ciśnienie tętnicze po zakończonym teście wynosiło 153/102 mmHg, tętno – 63 uderzenia na minutę. W czasie marszu nie wystąpiła duszność, pojawiał się natomiast ból w kręgosłupie, wzmożona potliwość i mocne zmęczenie. Marsz w ciągu 6 minut nie został przerwany. Po 3 minutach pacjentka bardzo zwolniła tempo, lecz się nie zatrzymała.

Test Marszu 6-minutowego nr 2 – 27 grudnia 2017 r. Ciśnienie tętnicze przed testem wynosiło 156/100 mmHg, tętno – 71 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 5,82 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 590 metrów. Ciśnienie tętnicze po zakończonym teście wynosiło 182/102 mmHg, tętno – 94 uderzenia na minutę. W czasie marszu wystąpiła niewielka duszność, ból w podudziach, wzmożona potliwość i zmęczenie. Marsz w ciągu 6 minut nie został przerwany. Pacjentka szła stałym tempem.

Test Marszu 6-minutowego nr 3 – 27 stycznia 2018 r. Ciśnienie tętnicze przed testem wynosiło 135/99 mmHg, tętno – 75 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 5,99 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 610 metrów. Pomiar



Rycina 6. Test Marszu 6-minutowego nr 1. Pomiar wartości ciśnienia i tętna przed marszem, marsz, dystans, jaki przeszła pacjentka, pomiar wartości ciśnienia tętniczego i tętna po teście marszu (źródło: własne)

ciśnienia tętniczego po zakończonym teście wynosił 169/111 mmHg, tętno – 98 uderzeń na minutę.

Test Marszu 6-minutowego nr 4 – 27 lutego 2018 r. Ciśnienie tętnicze przed testem wynosiło 130/89 mmHg, tętno – 77 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 6,03 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 615 metrów. Ciśnienie tętnicze po zakończonym teście wynosiło 164/103 mmHg, tętno – 99 uderzeń na minutę. W czasie marszu wystąpiła niewielka duszność. Marsz w ciągu 6 minut nie został przerwany. Pacjentka szła cały czas podobnym tempem. Po marszu nie zgłaszała dolegliwości.

Test Marszu 6-minutowego nr 5 – 27 marca 2018 r. Ciśnienie tętnicze przed testem wynosiło 134/97 mmHg, tętno – 66 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 6,31 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 630 metrów. Ciśnienie tętnicze po zakończonym teście wynosiło 172/106 mmHg, tętno – 84 uderzeń na minutę. W czasie marszu wystąpiła niewielka duszność oraz niewielki ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Marsz w ciągu 6 minut nie został przerwany. Pacjentka szła cały czas podobnym tempem. Ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa występował także kilka minut po marszu.

Test Marszu 6-minutowego nr 6 – 27 kwietnia 2018 r. Ciśnienie tętnicze przed testem wynosiło 125/85 mmHg, tętno – 67 uderzeń/minutę. Średnia prędkość, z jaką szła pacjentka, to 6,53 km/h. W ciągu 6 minut zdołała przejść 650 metrów. Ciśnienie tętnicze po zakończonym teście wynosiło 168/100 mmHg, tętno – 95 uderzeń na minutę. W czasie marszu wystąpił niewielki ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Marsz z zachowaniem stałego tempa w czasie 6 minut nie został przerwany. Po marszu pacjenta nie zgłaszała żadnych dolegliwości.

Podsumowanie testu 6-minutowego:

Test 6-minutowego marszu przeprowadzany był sześciokrotnie w okresie od listopada do kwietnia, raz w miesiącu. W listopadzie pacjentka w ciągu 6 minut pokonała dystans 560 metrów, w kwietniu w ciągu 6 minut przeszła o 100 metrów więcej. Przed testem ciśnienie i tętno zmieniało się z każdym miesiącem, podobnie jak wartości ciśnienia. Ciśnienie skurczowe po teście wahało się w granicach od 160 do 170 mmHg, rozkurczowe w granicach 100 mmHg. Dolegliwości w trakcie, jak i po marszu systematycznie się zmniejszały. Duszność, wzmożona potliwość i zmęczenie w kwietniu całkowicie ustały, pozostał jedynie niewielki ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Po wykonaniu testu, zmniejszał się przedział czasu, w którym ciśnienie tętnicze się normowało. Czas potrzebny do normalizacji ciśnienia w listopadzie wynosił 25 minut, w kwietniu – 8 minut. Stopień ocenianego zmęczenia w listopadzie pacjentka oceniała jako dość ciężki, natomiast w kwietniu jako lekki. Systematyczna aktywność fizyczna zwiększyła wydolność krążeniowo-oddechową pacjentki i tolerancję wysiłku fizycznego.

Dyskusja

Wielochorobowość definiowana jest na podstawie sumy analizowanych chorób jako jednoczesowe występowanie u osobnika 2 i więcej chorób lub problemów medycznych [1]. Opisywana 57-letnia pacjentka ma rozpoznanych 5 przewlekłych chorób i problem współzależnienia oraz biernego palenia.

Mościcka P., Szewczyk M., Cwajda-Białasik J. podkreślają ogromną rolę edukacji pacjenta. Twierdzą, że pacjent, który jest wyedukowany, lepiej współpracuje, staje się odpowiedzialny za własne zdrowie, zmienia swoją postawę z biernego wykonawcy na partnera i bierze czynny udział w procesie leczenia [10].

W prezentowanym przypadku pacjentka po edukacji zastosowała się do wszystkich zaleceń lekarskich, wdrożyła dietę, aktywność fizyczną, ćwiczenia, zaczęła regularnie zażywać leki, mierzyć ciśnienie tętnicze, stosować terapię uciskową, zredukowała masę ciała, regularnie od 8 miesięcy korzysta ze specjalistycznej pomocy poradni dla współzależnionych.

Dane udostępnione w literaturze „Zaburzenia psychiczne i emocjonalne” Imielskiego W.J. dowodzą, iż partnerzy osób współzależnionych są pod presją ciągłego stresu i wielu nieprzyjemnych emocji, pomimo tego do samego końca walczą z nałogiem partnera [5]. Opisywana pacjentka przybrała identyczne stanowisko.

Heszen I. opisuje emocjom i stresowi jako dwoistą naturę. W pierwszym przypadku mogą być one czynnikami ryzyka powstania choroby, w drugim – objawami występującej już jednostki chorobowej. Według autora stres przewlekły oddziałuje negatywnie na układy organizmu, a psychoterapia to jeden z wielu sposobów radzenia sobie ze stresem [6]. Opisywana kobieta doświadczyła wielu sytuacji stresowych w swoim życiu. Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką wynika, że na skutek stresowych relacji z uzależnionym partnerem doświadczała wielu negatywnych emocji. Często czuła się osamotniona, przygnębiona, brakowało jej motywacji do leczenia jednostek chorobowych i swój stan samopoczucia określała jako niezadowolający.

Sobolewska-Mellibruda Z. opisuje w procesie leczenia współzależnienia psychoterapię jako bardzo pomocną formę terapii, która wymaga od pacjentów szczerego i autentycznego podejścia. Terapia wymaga także aktywności ze strony pacjenta potrzebnej w drodze samodoskonalenia własnej osoby [7]. Prezentowana kobieta protestowała przed wzięciem udziału w terapii. Przekonywanie i nakłanianie pacjentki do zmiany decyzji zajęło około miesiąca. W trakcie terapii nastąpił postęp, pacjentka nabrała szczerego i autentycznego podejścia. Chora zaczęła proces samodoskonalenia własnej osoby.

Analiza literatury wykazała, iż wiele patientek uczestniczących w terapii uzyskuje zadowolającą poprawę. Kobiety współzależnione zaczynają odcinać się od uzależnionego partnera i zaczynają dbać o własną osobę. Uświadamiają sobie, że ich zachowania są destruktywne dla nich samych. Zmieniają swoje zachowania, zyskując

lepsze samopoczucie [7]. Opisana kobieta jest w znacznie lepszym stanie emocjonalnym, zmotywowana do działania, asertywna, zajmująca się swoją osobą. Nie wyręcza męża z jego obowiązków i wyznacza mu dopuszczalne granice.

Nieckula M., Dębska G., Szewczyk A. [12] wykazują w swojej pracy potrzebę zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby fizyczne pacjentki, ale także potrzeby sfery psychicznej i duchowej. Opisywana pacjentka przez ponad 25 lat żyła w ogromnym napięciu psychicznym, a wyznawana wiara utrzymywała ją w poczuciu konieczności godzenia się na zaistniałą sytuację.

Według Kurpas D. i Kassolika K. obciążenie wysiłkowe w warunkach choroby jest znacznie większe niż w czasie zdrowia. Na tolerancję wysiłku wpływa wiek, choroby współistniejące, otyłość i inne [13]. Tolerancja wysiłku pacjentki była znacznie obniżona poprzez choroby współistniejące, nadwagę i brak ruchu.

Według Duławy J. wysiłek fizyczny łagodzi nadciśnienie tętnicze, wspomaga redukcję masy ciała, przeciwdziała powstaniu zespołów bólowych kręgosłupa, zapobiega depresji i zaburzeniom snu poprzez wydzielanie endorfin, poprawia reakcje na stres, poprawia wydolność układu sercowo-naczyniowego, oddechowego [14]. Pacjentka po wdrożeniu systematycznego wysiłku fizycznego zredukowała masę ciała, jej nastrój uległ poprawie, zaburzenia snu ustały. Pacjentka reaguje lepiej na stres. Wydolność układu krążeniowego i oddechowego uległa znacznej poprawie co obrazuje test 6-minutowego marszu.

Analiza literatury wykazała, że na przewlekłą niewydolność żylną chorują głównie kobiety. Według Dąbek J. i Bałys M. jest to stosunek 3:1 [15].

Rybak W., Kupczyńska D. twierdzą, że częstość występowania choroby wzrasta z wiekiem, zazwyczaj po 50. r.ż. [16]. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M. i Jakiel G. w swoim artykule przedstawiają dane z przeprowadzonych badań w USA, gdzie chorobę zdiagnozowano u 77% kobiet po 30. r.ż. [17]. W prezentowanym przypadku przewlekłą niewydolność żylną rozpoznano u pacjentki w wieku 50 lat.

Z literatury wynika, że najczęstszymi czynnikami ryzyka predysponującymi do wystąpienia przewlekłej niewydolności żylną są: obciążenia genetyczne, częste przebywanie w pozycji stojącej lub siedzącej, brak aktywności fizycznej i otyłość, przebyte ciążę, stosowanie hormonów, menopauza, przebyte urazy oraz zakrzepice żył, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i palenie papierosów [15–19]. W wywiadzie pacjentka wykazała genetyczne obciążenie – w rodzinie na przewlekłą niewydolność żylną chorowały ciocia i babcia pacjentki. Kobieta pracuje w pozycji stojącej, nie stosując aktywności fizycznej oraz ćwiczeń. Przeżyła 4 ciążę, obecnie w okresie menopauzy, choruje na nadciśnienie tętnicze i jest biernym palaczem. Wskaźnik BMI wynosi 29,3 i wskazuje na nadwagę. Nie stosowała nigdy hormonów, nie doznała urazów oraz zakrzepicy żylną i nie choruje na cukrzycę.

W dostępnym piśmiennictwie kompresjoterapia określana jest jako złoty standard leczenia, zaliczana jest do podstawowej i najważniejszej metody leczenia i zapobiegania chorobie [16–18,20,21]. U pacjentki pomimo zastosowania ucisku wraz

z ćwiczeniami i aktywnością fizyczną leczenie dało niepełny efekt poprawy. Obrzęki zmieniały się okresowo (do 1,5 cm), natomiast ból, kurcze i drętwienia podudzi ustały całkowicie.

W badaniu Mościckiej P., Szewczyk M., Cwajdy-Białasiak J. stwierdzono, że brak edukacji oraz trudności następujące przy zakładaniu wyrobów uciskowych często skutkują rezygnacją ze stosowania tej terapii [10]. W przedstawionym przypadku w początkowym okresie choroby pończochy przeciwżyłakowe nie były stosowane z powodu deficytu wiedzy na temat ich roli w leczeniu oraz trudności z ich zakładaniem.

Kaszuba A., Gawrońska M. w artykule zaznaczają, że większość pacjentów zgłasza się do lekarza w zaawansowanych stadiach choroby, żylakach wymagających operacji i owrzodzeniach [20]. Chora zgłosiła się do lekarza, gdy ból, kurcze i drętwienia wpływały już znacznie na jej jakość życia.

Według Duławy J., Szczeklika A. wśród czynników predysponujących do powstania nadciśnienia tętniczego są uwarunkowania genetyczne, otyłość, nadmierna ilość spożywanej soli, brak aktywności fizycznej oraz stres psychiczny [9,14]. Opisaną pacjentkę dotyczą wszystkie wymienione predyspozycje. Modyfikacja stylu życia według autorów jest główną metodą leczenia nadciśnienia tętniczego [9,14]. Pozyskana przez pacjentkę wiedza spowodowała zmianę stylu życia, co przełożyło się na poprawę wyników nadciśnienia tętniczego.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Nowakowskiego A., Kubaszewkiego Ł., z powodów bólowych kręgosłupa 3–4% populacji jest niezdolna do pracy [22]. W opisanym przypadku dolegliwości bólowe wykluczyły z pracy zawodowej pacjentkę na okres 10 dni. Najczęstszym badaniem wykorzystywanym w diagnostyce jest zdjęcie RTG. Autorzy do najczęstszych przyczyn zespołów bólowych zaliczają przeciążenia, zmiany zwyrodnieniowe oraz deformacje [22]. Chora miała wykonywane zdjęcie RTG, które wykazało zmiany zwyrodnieniowe oraz deformacje. Możliwą przyczyną powstania zwyrodnienia u pacjentki są przeciążenia, ponieważ wiele lat ciężko pracowała w gospodarstwie rolnym i miała nadwagę.

Wnioski

- Dobra relacja pomiędzy pielęgniarką a pacjentem okazała się przełomem po ponad 25 latach tkwienia we współzależnienu oraz dobrą mobilizacją do czynnego udziału pacjenta w procesie leczenia, w doskonaleniu procesu terapeutycznego.
- Indywidualne podejście do pacjenta, ogólna wysoka wiedza pielęgniarska i właściwie podjęte działania z wykorzystaniem dostępnych metod i technik pozwalają na postawienie prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej
- Modyfikacja diety, stylu życia, wdrożenie wysiłku fizycznego, ograniczenie biernego palenia, leczenie współzależnienu i niedoczynności tarczycy ko-

rzystnie wpłynęły na unormowanie wartości ciśnienia tętniczego pacjentki, samopoczucie i kondycję fizyczną.

- Przewlekły stres i związane z nim negatywne emocje wpływają niekorzystnie na stan pacjenta. Profesjonalna praca zespołu psychoterapeutycznego jest efektywną metodą leczenia współzależnienia, która poprawia stan emocjonalny pacjenta. Psychoterapia uczy pacjentów odciążenia się od problemu, na który nie mają wpływu.
- Kompleksowe, specjalistyczne leczenie współzależnienia przyniosło zadowalający efekt terapeutyczny, należy jednak pamiętać o cykliczności choroby i konieczności stałej opieki ambulatoryjnej nad pacjentką, aby utrzymać uzyskany efekt.
- Aktywność fizyczna zwiększa wydolność krążeniowo-oddechową organizmu oraz wpływa korzystnie na stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz wspomaga leczenie współzależnienia.
- Analiza wyników pomiarów obręzków wykazała, że nie uległy one zmniejszeniu i zmianom na przestrzeni danego okresu pomimo wszczętych działań. Zauważalna poprawa nastąpiła w odczuciu bólu, kurczów i drętwienia podudzi według oceny subiektywnej pacjentki wynikającej z wywiadu.

Bibliografia

1. Piotrowicz K. Czy wielochorobowość jest plagą XXI wieku? [online]. Dostępny na URL: <https://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/169875,czy-wielochorobowosc-jest-plaga-xxi-wieku> [cyt. 16.01.2019].
2. Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010.
3. Kędzióra-Kornatowska K, Muszaliak M. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007.
4. Ryniak J. Psychologia w praktyce. Pomoc członkom rodzin osób uzależnionych-postępowanie w praktyce lekarza rodzinnego [online]. Dostępny na URL: <https://www.mp.pl/medycynarodzinnana-na-marginesie/namarginesie/170590,pomoc-czlonkom-rodzin-osob-uzalezniionych,1godz> [cyt. 16.01.2019].
5. Imielski W.J. *Zaburzenia psychiczne i emocjonalne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
6. Heszen I. *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
7. Sobolewska-Mellibruda Z. Psychoterapia współzależnienia w podejściu integracyjnym. *Ter Uzależ Współuzależ* 2008; 6: 16–20.
8. Latański M, Kulik TB, red. *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych*. Wyd 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007.

9. Gajewski P, Szczeklik A, red. *Interna Szczeklika 2018*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2018.
10. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J. Edukacja chorych z przewlekłą niewydolnością żylną w stosowaniu kompresoterapii. *Pielęg Chir Angiol* 2016; 10(3): 79–84.
11. Zahradniczek K, red. *Pielęgniarstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
12. Nieckula M, Dębska G, Szewczyk A. Udział pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotne w domu chorego mającego owrzodzenia żyłne kończyn dolnych. *Pielęg Zdr Publ* 2015; 5(2): 111–119.
13. Kurpas D, Kassolik K, red. *Rehabilitacja w pielęgniarstwie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010.
14. Duława J, red. *Vademecum Medycyny Wewnętrznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
15. Dąbek J, Bałys M. Przewlekła niewydolność żylna w praktyce lekarskiej. *Lekarz* 2012; 1: 20–26.
16. Rybak W, Kupczyńska D. Przewlekła niewydolność żylna – manual dla lekarza rodzinnego. *Prakt Lek* 2017; 143: 15–16.
17. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Przewlekła niewydolność żylna u kobiet. *Prz Menopauz* 2011; 10(4): 343–348.
18. Łastowiecka-Moras E. Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych – schorzenie związane z rodzajem wykonywanej pracy. *Bezp Pr Nauk Prakt* 2015; 6(525): 16–19.
19. Muszyńska A. Przewlekła niewydolność żylna. *Prakt Lek* 2016; 131: 28,30.
20. Kaszuba A, Gawrońska M. Profilaktyka owrzodzeń goleni w przebiegu przewlekłej niewydolności żylny w okresie C4. *Dermatol Prakt* 2016; 8(1): 13–21.
21. Kózka M. Kompresoterapia w leczeniu przewlekłej choroby żylny. *Med Estet Anti-Aging* 2011; 1: 44–48.
22. Nowakowski A, Kubaszewki Ł. Zespoły bólowe kręgosłupa. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. W: Kruczyński J, Szulc A, red. *Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja*. Wyd 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015; 464–470.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Szerszeń
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 507 069 978
e-mail. malgorzata.szerszen@gmail.com

Opinie pacjentów na temat bólu pooperacyjnego badane w okresie przedoperacyjnym a sposób jego odczuwania w pierwszej dobie po zabiegu

Patryk Gawlik¹, Lucyna Sochocka²

¹ SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu

² Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP), ból jest nieprzyjemnym doznaniem emocjonalnym oraz zmysłowym, które związane jest z istniejącym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek [1,2]. Ból pooperacyjny jest klasyfikowany jako ból ostry, który wiąże się z chirurgicznym uszkodzeniem tkanek. Pojawia się w momencie, w którym analgezja śródoperacyjna przestaje działać [3]. Cierpienie spowodowane bólem pooperacyjnym negatywnie wpływa na stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów. Nieleczony ból w sposób niekorzystny wpływa na układ oddechowy i krążenia, odpowiada także za wydłużenie czasu hospitalizacji i wzrost kosztów leczenia chorych [4,5]. Kluczową rolę w zwalczaniu bólu związanego z zabiegami chirurgicznymi odgrywa personel pielęgniarski. Zadaniem pielęgniarek/pielęgniarzy powinna być przede wszystkim edukacja pacjenta ukierunkowana na poznanie metod oceny oraz zwalczania bólu pooperacyjnego [6,7].

Cel badania

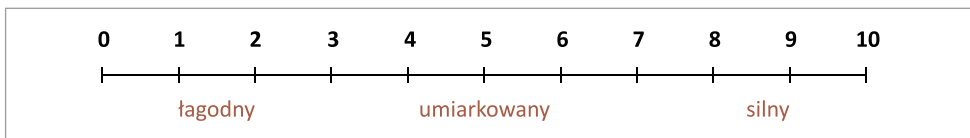
Celem głównym badania było porównanie odczuć związanych z bólem pooperacyjnym towarzyszących pacjentom w okresie poprzedzającym zabieg z oceną natężenia bólu odczuwanego przez tych samych pacjentów w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym. Za cele szczegółowe przyjęto:

- poznanie obaw dotyczących bólu pooperacyjnego,

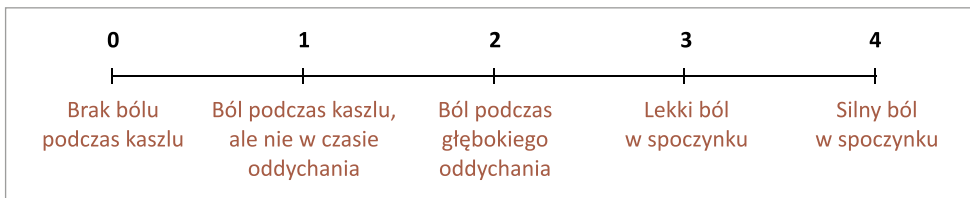
- poznanie czynników determinujących poziom lęku związanego z bólem pooperacyjnym,
- określenie poziomu wiedzy pacjentów na temat rodzaju stosowanego względem nich znieczulenia do zabiegu operacyjnego,
- ocenę stopnia natężenia bólu pooperacyjnego u pacjentów w pierwszej dobie po zabiegu,
- poznanie opinii pacjentów na temat stosowanych względem nich metod analgezji pooperacyjnej.

Materiał i metody

Badania prowadzono w okresie od 30.04.2017 r. do 1.10.2017 r. wśród pacjentów oddziału chirurgii ogólnej oraz oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich i Szpitala Rejonowego im. dr J. Rostka w Raciborzu. Dobór próby miał charakter celowy. Kryteria włączenia do badania obejmowały pacjentów pełnoletnich, z zachowanym stanem świadomości, w logicznym kontakcie słownym, leczonych w oddziale chirurgii ogólnej lub ginekologiczno-położniczym, zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego z naruszeniem ciągłości powłok brzusznych, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Materiał badawczy uzyskano za pomocą metody sondażu diagnostycznego; posłużono się techniką ankietowania; narzędzia do badań stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, skala oceny natężenia bólu NRS oraz Skala bólu Szpitala Księcia Henryka.



Rycina 1. Skala NRS (opracowanie własne)



Rycina 2. Skala bólu Szpitala im. Księcia Henryka (opracowanie własne)

Pierwsza część autorskiego kwestionariusza ankiety wypełniana była przez badanych w przeddzień zabiegu operacyjnego (po wizycie anestezjologicznej) i zawie-

rała pytania dotyczące płci oraz wieku badanych, oddziału, w jakim się znajdowali, wskazań do wykonania zabiegu, obaw dotyczących zabiegu, a także spodziewanego natężenia bólu pooperacyjnego. Druga część ankiety uzupełniana była przez tych samych pacjentów w pierwszej dobie po przeprowadzonym zabiegu; pytania w tej części odnosiły się do: rodzaju zabiegu operacyjnego, rodzaju zastosowanego znieczulenia, stopnia natężenia bólu pooperacyjnego oraz stopnia zadowolenia badanych z zastosowanych względem nich metod analgezji. Dane uzyskane w trakcie procesu badawczego poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2013 oraz przy użyciu testów: chi-kwadrat z zastosowaniem poprawki na ciągłość, Fishera dla tabel R x C, Manna-Whitneya, Shapiro-Wilka, współczynnika korelacji Spearmana.

Wyniki

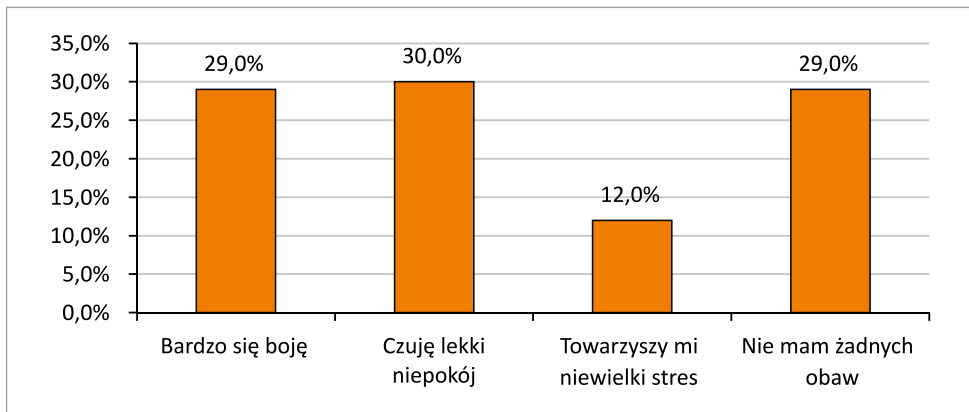
W badaniu udział wzięło 100 pacjentów (100%, n = 100), spośród których 33% (n = 33) stanowili pacjenci oddziału ginekologiczno-położniczego, a 66% (n = 66) pacjenci oddziału chirurgii ogólnej. Większość badanych (69%, n = 69) stanowiły kobiety. Średnia wieku ankietowanych to 45,27 lat. Uwzględniając wiek, respondentów podzielono na cztery grupy: I grupa – badani w wieku do 35 lat, II grupa – 36–51 lat, III grupa – 52–67 lat, IV grupa – pacjenci powyżej 67. roku życia. Ponad połowa ankietowanych (56%, n = 56) na przełomie ostatnich 10 lat była poddana minimum jednemu zabiegowi operacyjnemu. Rodzaje zabiegów, do jakich zakwalifikowani byli pacjenci, przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Rodzaj zabiegu operacyjnego do jakiego zakwalifikowani byli respondenci (opracowanie własne)

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Częstość	Procent
Usunięcie wyrostka robaczkowego	16	16,0%
Usunięcie pęcherzyka żółciowego	17	17,0%
Cięcie cesarskie	16	16,0%
Usunięcie macicy	8	8,0%
Laparotomia zwiadowcza	5	5,0%
Usunięcie przepukliny (pępkowej lub pachwinowej)	19	19,0%
Usunięcie guza jajnika	5	5,0%
Inne	14	14,0%
Ogółem	100	100,0%

Rodzajami analgezji operacyjnej stosowanymi najczęściej wśród badanej grupy pacjentów były: znieczulenie ogólne – 58% (n = 58) oraz znieczulenie podpajęczynówkowe – 28% (n = 28). Metodą znieczulenia stosowaną u ankietowanych najrzadziej było znieczulenie zewnątrzoponowe – 2% (n = 2). Inne rodzaje znieczulenia niż wskazane powyżej odnotowano u 1% (n = 1) ogółu badanych. Zdecydowana większość badanych (90%, n = 90) potrafiła określić, jaki rodzaj znieczulenia do zabiegu operacyjnego będzie u nich zastosowany.

Większość respondentów (69%, n = 69) pytanym w przeddzień zabiegu operacyjnego o lęk przed bólem pooperacyjnym potwierdziło ten rodzaj emocji; w tym 30% (n = 30) ankietowanych twierdziło, iż odczuwa lekki niepokój, 29% (n = 29%), że boi się bardzo. Badani, którzy twierdzili, że w ogóle nie obawiają się bólu pooperacyjnego, stanowili 29% (n = 29%) ogółu respondentów. Na niewielki stres związany z zabiegiem operacyjnym wskazało 12% (n = 12) badanych (ryc. 3).



Rycina 3. Rodzaj emocji związanych z bólem pooperacyjnym towarzyszącym pacjentom w dniu poprzedzającym zabieg (opracowanie własne)

Kobiety częściej (75,4%, n = 52) niż mężczyźni (54,8%, n = 17), pytane przed operacją o lęk przed bólem pooperacyjnym, obawiały się go. Niemniej nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności między płcią a lękiem przed bólem pooperacyjnym ($p = 0,069$; $p > 0,05$).

Na podstawie przeprowadzonej analizy (tab. 2) można stwierdzić, że wraz z wiekiem zwiększa się odsetek osób odczuwających w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny lęk przed bólem z nim związanym. W grupie respondentów w wieku powyżej 67 lat odsetek ten wyniósł 73,7% (n = 14), w grupach młodszych pacjentów odpowiednio: 69,2% (n = 27) w grupie pacjentów w wieku do 35 lat, 69% (n = 20) w grupie wiekowej 36–51 lat, 61,5% (n = 8) w grupie 52–67 lat. Niemniej w odniesieniu do tej zmiennej także nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ($p = 0,912$, $p > 0,005$).

Tabela 2. Obawa o ból odczuwany po operacji a wiek badanych (opracowanie własne)

			Wiek				Wynik testu
			do 35 lat	36–51 lat	52–67 lat	powyżej 67	
Czy w chwili obecnej obawia się Pan/Pani bólu związanego z zabiegiem operacyjnym?	tak, obawiam się	N	27	20	8	14	$p = 0,912$
		%	69,2%	69,0%	61,5%	73,7%	
	nie obawiam się	N	12	9	5	5	
		%	30,8%	31,0%	38,5%	26,3%	
Ogółem	N	39	29	13	19		
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

p – istotność; df – stopnie swobody; χ^2 – statystyka testu.

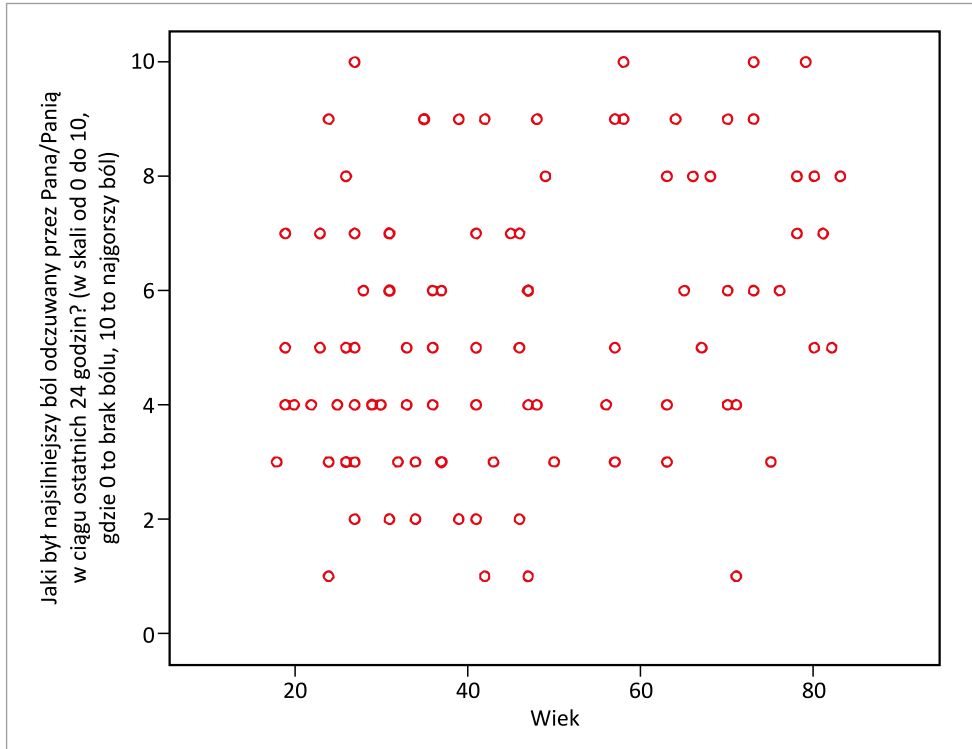
Średnia arytmetyczna spodziewanego natężenia bólu pooperacyjnego mierzona za pomocą skali NRS dla ogółu badanych wynosiła 4,3, co oznacza, że ankietowani spodziewali się bólu o „natężeniu umiarkowanym”. Spodziewane natężenie bólu mierzone za pomocą skali bólu Szpitala Księcia Henryka określano najczęściej jako 1 – „dolegliwości bólowe w czasie kaszlu ale nie w czasie głębokiego oddychania”.

W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym respondentów poproszono o ocenę natężenia bólu w oparciu o wcześniej zastosowane już skale (skalę bólu Szpitala Księcia Henryka oraz skalę NRS). Dokonując pomiaru natężenia bólu pooperacyjnego z wykorzystaniem skali bólu Szpitala Księcia Henryka, okazało się, że badani najczęściej odczuwali ból na poziomie 3, co oznacza „lekki ból w spoczynku”. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zatem, że w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym respondenci odczuwali ból o wyższym natężeniu niż ten, jakiego się spodziewali w okresie poprzedzającym zabieg. Powyższa zależność jest statystycznie istotna ($p < 0,001$). W przypadku pomiaru dokonanego za pomocą skali NRS ta zależność nie potwierdziła się; średnie natężenie bólu pooperacyjnego mierzone w tej skali było na poziomie 3, tj. na niższym niż poziom, na jaki respondenci wskazywali przed zabiegiem (4,3).

Połowa badanych pacjentów znieczulanych do zabiegu operacyjnego podpajęczynówkowo deklarowała w oparciu o skalę NRS, że bóle jakie odczuwa odpowiada oznaczeniu 3,0 i mniejszym. Wśród znieczulanych do zabiegu ogólnie poziom odczuwanego bólu wśród połowy pacjentów wynosił 2,5 i mniej. Wyniki testu Manna-Whitneya jednoznacznie potwierdzają, że grupy nie różnią się istotnie statystycznie ($p > 0,05$).

Wraz ze wzrostem wieku badanych rośnie poziom natężenia bólu pooperacyjnego ($p = 0,006$; $p < 0,05$). W oparciu o zastosowanie analizy statystycznej z wyko-

rzystaniem testu Shapiro-Wilka i współczynnika korelacji Spearmana wykazano, że między zmiennymi istnieje korelacja o charakterze dodatnim ($p < 0,05$; $R < 0,3$), co potwierdza istotność statystyczną powyższego stwierdzenia (ryc. 2).



Rycina 4. Najsilniejszy ból odczuwany w zależności od wieku respondentów (opracowanie własne)

Na pytanie: „Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze stosowanych względem Pana/Pani metod uśmierzania bólu pooperacyjnego?” zdecydowana większość badanych (85%, $n = 85$) odpowiedziała twierdząco. Pozwala to zatem przyjąć, że opinie pacjentów na temat stosowanych względem nich metod analgezji pooperacyjnej są pozytywne.

Dyskusja

Zabieg operacyjny stanowi sytuację trudną dla pacjentów. Wielu z nich w okresie poprzedzającym to zdarzenie odczuwa obawy związane zarówno z samym przebiegiem operacji, jak i bólem pooperacyjnym. Lęk przed dolegliwościami bólowymi jest poważnym zagrożeniem dla pomyślnego przebiegu procesu rekonwalescencji [8]. Z badań Zalewskiej-Puchały i wsp. wynika, że większość pacjentów (69%) przy-

gotowywanych do zabiegu operacyjnego nie obawia się dolegliwości bólowych związanych z interwencją chirurgiczną [9]. Wyniki badań prezentowanych w niniejszej pracy są zgoła odmienne, stwierdzono bowiem, że 69% badanych w przeddzień zabiegu odczuwało lęk związany z bólem pooperacyjnym. Nie stwierdzono zależności statystycznie istotnej między wiekiem i płcią badanych, a ich obawami związanymi z bólem pooperacyjnym.

Istotnym elementem przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego jest jego edukacja. Autor niniejszej pracy pokusił się o próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie: „Czy respondenci mają wiedzę na temat metod znieczulenia do zabiegu operacyjnego stosowanych względem nich samych?”. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że 90% respondentów wie, jaki rodzaj znieczulenia zostanie zastosowany w ich przypadku. Powyższy wynik wskazywać może na właściwy sposób prowadzenia edukacji pacjentów przez członków zespołu terapeutycznego pracujących w oddziałach, na których prowadzono badania. W piśmiennictwie nie znaleziono badań odpowiadających tożsamym kwestiom, dlatego też trudno odnieść się i porównać uzyskane wyniki z innymi.

Wśród pacjentów przygotowywanych do zabiegów chirurgicznych ból pooperacyjny postrzegany jest jako najbardziej przykry i uciążliwy ze wszystkich aspektów związanych z operacją [10]. Zdaniem Grochans i wsp., mimo coraz doskonalszych metod analgezji pooperacyjnej, blisko co trzeci pacjent uważa ból pooperacyjny za znacznie silniejszy niż spodziewany [11]. Wyniki prowadzonych badań zdają się potwierdzać powyższe, stwierdzono bowiem, że w okresie pooperacyjnym respondenci odczuwali wyższe natężenie bólu niż wcześniej zakładali. Wątroba i wsp. podają, że wiek i płeć istotnie wpływają na ocenę poziomu natężenia bólu pooperacyjnego. Wraz ze wzrostem wieku badanych ocena bólu pooperacyjnego była wyższa; kobiety w badaniach, o których mowa, deklarowały wyższy poziom bólu niż mężczyźni [12]. Podobną zależność dotyczącą wieku zaobserwowano w badaniach będących tematem niniejszej pracy. Stwierdzono bowiem, że poziom natężenia bólu pooperacyjnego wzrasta wraz z wiekiem badanych. W odniesieniu do płci zależności statystycznie istotnej nie stwierdzono.

Zdaniem autora pracy, dokonując oceny natężenia bólu pooperacyjnego u pacjentów, warto rozważyć zastosowanie kilku narzędzi pomiarowych. Po zestawieniu ze sobą wyników pomiaru przy użyciu kilku skal, pielęgniarka/pielęgniarsz uzyskuje lepszy obraz dolegliwości odczuwanych przez pacjenta. Może to pozytywnie wpłynąć na proces leczenia bólu pooperacyjnego. W niniejszej pracy dokonano oceny natężenia bólu pooperacyjnego z wykorzystaniem dwóch skal: skali bólu NRS oraz skali bólu Szpitala Księcia Henryka. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym największa grupa badanych (26%) odczuwała ból na poziomie 3 w skali NRS, co oznacza ból łagodny. Pomiar bólu pooperacyjnego z użyciem skali Szpitala Księcia Henryka wykazał, że wskazaniem najczęściej podawanym przez pacjentów biorących udział w badaniu – 32% wskazań – było określenie „lekki ból w spoczynku”. Po-

równanie powyższych wyników nie wydaje się możliwe, trudne jest także znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy określenie „ból łagodny” oznacza to samo, co „lekki ból w spoczynku”. Zastosowanie obu skal pozwala jednak stwierdzić, że pacjenci odczuwali ból w spoczynku, który w ich ocenie był bólem o natężeniu łagodnym.

Wnioski

Mając na uwadze wyniki niniejszego badania, a także uwzględniając wiedzę i doświadczenie autorów, wydaje się uzasadnione przyjęcie postulatu, że w edukacji pacjenta przygotowywanego do zabiegu operacyjnego należy podkreślać negatywny wpływ lęku na poziom natężenia bólu pooperacyjnego oraz przebieg okresu rekonwalescencji. Proces edukacji pacjentów powinien być dostosowany do ich indywidualnych potrzeb; należy mieć na uwadze zwłaszcza płeć oraz wiek chorych. Zdaniem autorów, ważkim problemem wartym głębszej analizy wydaje się być postulat dotyczący stosowania kilku skal oceny natężenia bólu u tego samego pacjenta, co, być może, pozwoliłoby uzyskać pełniejszy obraz bólu pooperacyjnego odczuwanego przez chorego.

Bibliografia

1. Raszka A, Karabanowicz A, Harat M. Metoda PCA w zwalczaniu bólu w pierwszej dobie po operacji kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013; 2(2): 57–62.
2. Przychodzka E, Lorencowicz R, Turowski K, Jurczuk-Andrzejczuk R. Ból w okresie przed- i pooperacyjnym u pacjentów neurochirurgicznych. *Zdrowie i dobrostan* 2013; 1: 163–177.
3. Wordliczek J, Dobrogowski J. *Leczenie bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
4. Larysz A, Czapla K, Copik I. Ból jako piąty parametr życiowy. *Mag Pielęg Położ* 2013; 63: 40–42.
5. Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
6. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2006.
7. Niechwiadowicz-Czapka T. Zwalczanie bólu pooperacyjnego. *Mag Piel Poł* 2009; 1–2: 24–25.
8. Krzemińska S, Jaroszyńska A, Borodzicz-Cedro A. Monitorowanie bólu pooperacyjnego w praktyce pielęgniarki anestezjologicznej na przykładzie pacjentek po operacjach ginekologicznych. W: Krzyżanowski DM, Payne M, Fal AM, red. *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*. Wrocław: PRESSCOM; 2013.
9. Zalewska-Puchała J, Gawel B, Majda A, Kamińska A. Skuteczność leczenia bólu pooperacyjnego u chorych po zabiegu torakotomii. *Pielęg XXI w* 2014; 3(48): 11–16.
10. Kołodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2008; 16(3): 231–236.

11. Gorchans E, Hyrcza V, Kuczyńska M, Szkup-Jabłońska M, Jurczak A, Rotter I, et al. Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 2: 82–87.
12. Wątroba A, Łukasik R, Bieniek J, Babiarczyk B. Ocena dolegliwości bólowych u pacjentów leczonych metodą koronarografii i przezskórnej angioplastyki wieńcowej. *Hygeia Public Health* 2016; 51(7): 71–76.

Adres do korespondencji:

dr Lucyna Sochocka
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 28
e-mail: l-sochocka@wp.pl

Poczucie umiejscowienia kontroli a strategię radzenia sobie z bólem u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi

*Piotr Jerzy Gurowiec¹, Dorota Jaroszowska²,
Edyta Kędra¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska¹,
Renata Mroczkowska¹, Magdalena Rusin¹*

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup

Wstęp

Destrukcyjny wpływ bólu przewlekłego towarzyszący chorobom reumatycznym jest głównym determinantem kształtującym spostrzeganie świata, otoczenia i sposobu leczenia przez osobę chorą. Zdolność do oceny zysków, strat i obciążeń związanych z podejmowanymi działaniami zaradczymi kształtują w człowieku poczucie własnej skuteczności. Ból przewlekły staje się głównym źródłem stresu. To, w jaki sposób jednostka reaguje na bodźce odbierane jako stres, dotyczy obszaru indywidualnych przekonań na temat własnych umiejętności i możliwości.

Efektywność działań w dążeniu do utrzymania dobrego samopoczucia i stanu zdrowia stanowi o poczuciu kontroli wewnętrznej człowieka. Twórca teorii uwarunkowania instrumentalnego, B. Skinner, dowodzi związku zachowania w stosunku do oczekiwań. Schemat zachowania: bodziec, reakcja, konsekwencje, przyszłe reakcje są źródłem wzmocnień sprawiających, że po danym zachowaniu w przyszłości wzmocnienie będzie takie samo. Tak formowane jest poczucie kontroli wewnętrznej. Gdy uzyskiwane wzmocnienia odbierane są przez człowieka jako efekt działania czynników z zewnątrz, mówimy o zewnętrznym poczuciu ulokowania kontroli; wzmocnienia odbierane jako konsekwencja działań własnych sprzyjają kształtowaniu wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli. Obraz wyposażenia siebie w kompetencje potrzebne do osiągnięcia celów buduje w jednostce poczucie własnej skuteczności. Schemat wypracowany na skutek doświadczeń życiowych znajduje odzwierciedlenie w strategiach zazwyczaj stosowanych przez człowieka w sytuacjach

kryzysowych. Poczucie umiejscowienia kontroli ma istotny wpływ na obierane strategie do poradzenia sobie z bólem.

Cel badań

Ból jako zjawisko powszechne dotyczące każdego człowieka, towarzyszące mu od poczęcia, aż do śmierci, jest tematem wielu badań. Schorzenia przewlekłe często powodują niemożliwość całkowitego wyeliminowania doznań bólowych. Cierpienie spowodowane przykrym, przewlekłym działającym doświadczeniem zmusza człowieka do podejmowania działań zaradczych przez zastosowanie swoistych strategii. Powzięte środki zaradcze w dużej mierze zależą od własnej samooceny przekładającej się na poczucie umiejscowienia kontroli. Celem podjętych badań było określenie najczęstszych strategii radzenia sobie z bólem wraz ze wskazaniem roli umiejscowienia kontroli zdrowia u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi narządu ruchu. Celami szczegółowymi postawionymi w pracy były:

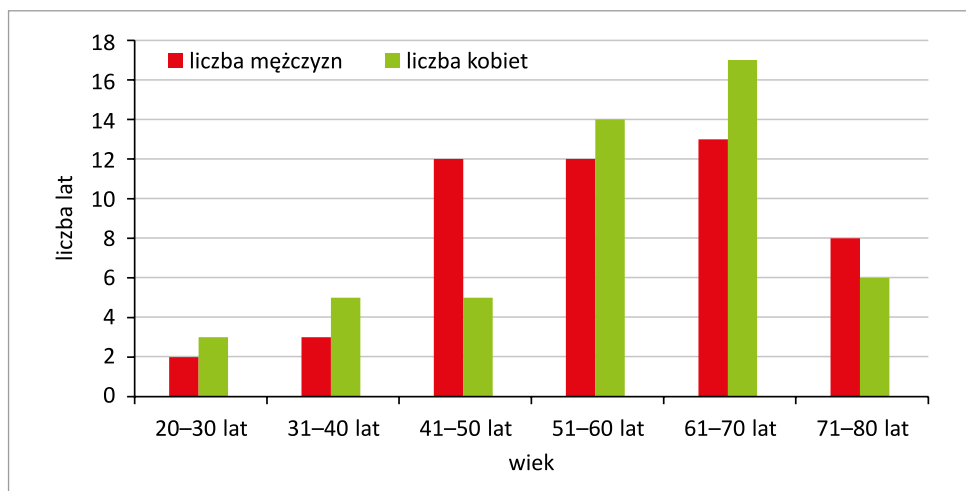
1. Określenie, jaki jest związek strategii radzenia sobie z bólem z umiejscowieniem kontroli.
2. Sprawdzenie, jakie strategie korelują z umiejscowieniem kontroli wśród czynników wewnętrznych.
3. Zbadanie, jakie strategie radzenia sobie z bólem są powiązane z umiejscowieniem kontroli przez wpływ lekarzy.
4. Ustalenie, jakie strategie radzenia sobie z bólem są powiązane z umiejscowieniem kontroli w sferze przypadku.
5. Odpowiedź na pytanie, czy kobiety i mężczyźni różnią się między sobą w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie z bólem.
6. Sprawdzenie, czy kobiety różnią się od mężczyzn w kwestii dotyczącej stopnia opanowania bólu.
7. Określenie związku pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a umiejętnością opanowania bólu.
8. Ustalenie, czy istnieje związek między obraną strategią radzenia sobie a możliwością zmniejszenia bólu.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na grupie 100 osób leczonych w Stobrowskim Centrum Medycznym w Szpitalu w Kup w oddziale Reumatologii oraz w szpitalu w Pokoju w Oddziałach Rehabilitacji Leczniczej w okresie od 12.12.2017 do 19.03.2018 roku. Do przeprowadzenia badań w SCM uzyskano zgodę władz Spółki. W badaniu posłużono się Kwestionariuszem Strategii radzenia sobie z bólem (CSQ) autorstwa Rosentiel i Keefe oraz Kwestionariuszem Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) S. Skevington – oba w adaptacji prof. Z. Juczyńskiego. Jako metodę w pracy wyko-

rzymano sondaż diagnostyczny przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych. Pacjenci wypełniali ankiety samodzielnie; przed przystąpieniem do wypełnienia ankiety uzyskali wyczerpującą informację o celu badania, anonimowości oraz sposobie wypełniania ankiety. Za pomocą IBI SPSS Statistics 23. dokonano analizy statystyk opisowych wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa, analizy z wykorzystaniem testu t-Studenta dla prób niezależnych oraz analizy korelacji, wykorzystując korelację r-Pearsona. Za poziom istotności przyjęto klasyczny próg $p \leq 0,05$.

Badani mężczyźni stanowili grupę w wieku od 20 do 80 roku życia. Najliczniejszą z nich część stanowiły osoby w przedziale wieku 61–70 lat – 13 osób, następnie wieku 51–60 lat – 12 mężczyzn, 41–50 lat – 12 osób, 71–80 lat – 8 osób, tylko 2 osoby wśród badanych mieściły się w przedziale wieku 20–30 lat. Wśród badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku 61–70 lat – 17 osób, następnie kobiety w wieku 51–60 lat – 14, po 5 osób w przedziale 31–40 oraz 41–50 lat. W przedziale 71–80 lat było 6 kobiet. Wśród wszystkich badanych kobiet i mężczyzn osoby w wieku 61–70 lat stanowiły największą grupę.



Rycina 1. Wykres porównawczy wieku badanych kobiet i mężczyzn

Wyniki

Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych oraz wieku badanych osób

W pierwszym kroku policzone zostały podstawowe statystyki opisowe dla występujących w badaniu zmiennych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa sprawdzającym normalność rozkładu tych zmiennych. Jak widać w tab. 1, test ten wykazał, że rozkład większości uwzględnionych w pracy zmiennych nie odpowiada kryte-

riom dopasowania do rozkładu normalnego. Odmianą sytuację odnotowano jedynie w przypadku strategii radzenia sobie z bólem poprzez modlenie się, aktywność behawioralną oraz umiejscowienie kontroli bólu w czynnikach wewnętrznych. W takim wypadku należy jednak przeanalizować wartość skośności. W przypadku, gdy jej wartość bezwzględna nie przekracza 2, można przyjąć, że rozkład jest zbliżony do rozkładu normalnego. Taką sytuację odnotowano w przypadku wszystkich interesujących nas zmiennych ilościowych. Można zatem uznać, że badane rozkłady nie są znacząco asymetryczne względem średniej. Dlatego w niniejszym badaniu wykonywane będą testy parametryczne, o ile tylko będą spełnione ich pozostałe założenia.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych

Badana zmienna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>P</i>
Wiek	56,44	58,50	13,61	-0,58	-0,41	22	77	0,116	0,002
Odwracanie uwagi	13,52	15,00	6,72	0,03	-0,06	0	33	0,117	0,002
Przewartościowanie	7,35	6,00	6,43	0,71	-0,12	0	27	0,143	<0,001
Katastrofizowanie	11,0	10,00	9,28	0,35	-0,98	0	33	0,136	<0,001
Ignorowanie doznań	15,29	15,00	9,96	0,33	-0,83	0	36	0,096	0,024
Modlenie się	17,89	18,00	7,53	0,17	-0,59	3	36	0,073	0,200
Deklarowanie radzenia sobie	22,07	22,00	8,39	-0,21	-0,77	5	36	0,092	0,038
Aktywność behawioralna	15,43	15,00	6,18	0,20	0,63	0	36	0,081	0,108
Kontrola bólu	3,24	3,00	1,03	0,42	3,02	0	6	0,372	<0,001
Zmniejszenie bólu	3,13	3,00	1,00	0,17	3,29	0	6	0,342	<0,001
Umiejscowienie – czynniki wewnętrzne	15,00	15,00	4,50	-0,11	-0,52	5	25	0,082	0,097
Umiejscowienie – lekarze	14,06	13,00	4,51	0,17	-1,02	5	24	0,116	0,002
Umiejscowienie – przypadek	13,55	14,00	4,32	-0,24	-0,07	0	22	0,091	0,038

Związek strategii radzenia sobie z bólem z umiejscowieniem kontroli bólu

W pierwszej kolejności postanowiono sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy strategią radzenia sobie z bólem a umiejscowieniem kontroli bólu. W tym celu wykonano szereg analiz korelacji z wykorzystaniem współczynnika *r*-Pearsona, po-

równując pary wyników skali CSQ z wynikami skali BPCQ. Okazało się, że umiejscowienie kontroli bólu wśród czynników wewnętrznych jest dodatnio powiązane ze strategią: przewartościowania, ignorowania doznań, deklarowania radzenia sobie oraz aktywnością behawioralną. Oznacza to, że osoby umiejscawiające kontrolę bólu wśród czynników wewnętrznych częściej stosują te strategie. Rzadziej natomiast stosują strategię katastrofizowania i modlenia się o czym świadczą ujemne wartości współczynników r-Pearsona. Z kolei umiejscowienie kontroli bólu wśród czynników zewnętrznych przez wpływ lekarzy było powiązane dodatnio ze strategiami przewartościowania, katastrofizowania i modlenia się. Oznacza to, że osoby umiejscawiające kontrolę bólu jako wpływ lekarzy częściej stosują te strategie. Ujemny związek odnotowano pomiędzy umiejscowieniem kontroli bólu przez wpływ lekarzy ze strategiami: ignorowania doznań i deklarowania radzenia sobie. Należy zatem uznać, że osoby deklarujące takie umiejscowienie kontroli bólu rzadziej stosują wymienione dwie strategie.

Natomiast umiejscowienie kontroli bólu w sferze przypadku było dodatnio powiązane ze stosowaniem strategii przewartościowania, katastrofizowania oraz modlenia się. Należy zatem uznać, że im większą rolę osoba badana przypisuje przypadkowi w kontrolowaniu bólu, tym częściej stosuje właśnie te strategie. Wszystkie opisane związki cechują się umiarkowaną siłą. Wyniki przedstawiono w tab. 2.

Tabela 2. Związek strategii radzenia sobie z bólem z umiejscowieniem kontroli bólu

Strategie radzenia sobie z bólem	Korelacje	Umiejscowienie kontroli bólu		
		czynniki wewn.	wpływ lekarzy	wpływ przypadku
Odwracanie uwagi	r-Pearsona	0,163	0,114	-0,002
	istotność	0,106	0,259	0,987
Przewartościowanie	r-Pearsona	0,269	0,207	0,272
	istotność	0,007	0,038	0,006
Katastrofizowanie	r-Pearsona	-0,240	0,281	0,216
	istotność	0,016	0,005	0,031
Ignorowanie doznań	r-Pearsona	0,384	-0,210	-0,016
	istotność	0,000	0,036	0,875
Modlenie się	r-Pearsona	-0,297	0,270	0,253
	istotność	0,003	0,007	0,011
Deklarowanie radzenia sobie	r-Pearsona	0,296	-0,311	0,031
	istotność	0,003	0,002	0,762
Aktywność behawioralna	r-Pearsona	0,217	0,125	-0,014

Stosowanie poszczególnych strategii kontroli bólu u kobiet i u mężczyzn

Następnie postanowiono odpowiedzieć na pytanie badawcze, czy kobiety i mężczyźni różnią się między sobą w zakresie stosowania różnych strategii radzenia sobie z bólem. W tym celu porównano wyniki poszczególnych podskal kwestionariusza CSQ u obu płci z wykorzystaniem testu t-Studenta dla prób niezależnych.

Okazało się, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wykorzystują strategię katastrofizowania oraz modlenia się. Siła efektu obu tych zależności była umiarkowana, o czym świadczy wartość współczynnika *d* Cohena. Mężczyźni natomiast istotnie częściej stosują strategię ignorowania doznań. Siła tego efektu była duża.

Natomiast w przypadku pozostałych strategii radzenia sobie z bólem różnice nie okazały się istotne statystycznie. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni stosują je w zbliżonym stopniu. Wyniki zestawiono w tab. 3.

Tabela 3. Strategie kontroli bólu u obu płci

Strategie radzenia sobie z bólem	Mężczyźni (n = 50)		Kobiety (n = 50)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Odwracanie uwagi	14,36	6,19	12,68	7,18	1,25	0,213	-0,98	4,34	0,25
Przewartościowanie	8,06	6,23	6,64	6,61	1,11	0,272	-1,13	3,97	0,22
Katastrofizowanie	8,46	8,75	13,54	9,17	-2,83	0,006	-8,64	-1,52	0,57
Ignorowanie doznań	18,86	8,92	11,72	9,75	3,82	<0,001	3,43	10,85	0,76
Modlenie się	16,20	7,31	19,58	7,43	-2,29	0,024	-6,31	-0,45	0,46
Deklarowanie radzenia sobie	23,28	8,43	20,86	8,26	1,45	0,150	-0,89	5,73	0,29
Aktywność behawioralna	16,46	5,89	14,40	6,35	1,68	0,096	-0,37	4,49	0,34

n – liczba obserwacji; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wynik testu t-Studenta; *p* – istotność statystyczna; 95% *CI* – przedział ufności dla różnicy między średnimi; *LL* i *UL* – dolna i górna granica przedziału ufności

Stopień opanowania bólu u kobiet i u mężczyzn

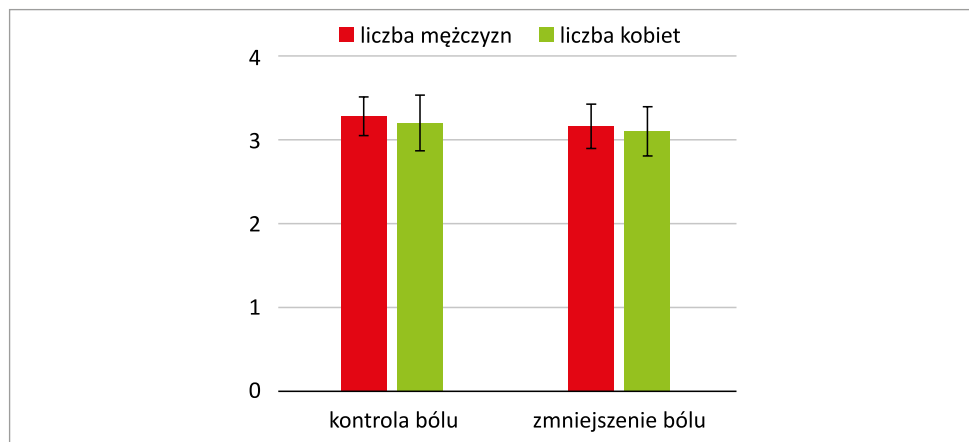
W kolejnym kroku postanowiono odpowiedzieć na pytanie badawcze, czy kobiety i mężczyźni różnią się między sobą, jeżeli chodzi o stopień opanowania bólu. W tym celu porównano wyniki dwóch podskal kwestionariusza BPCQ u obu płci (kontrola bólu oraz zmniejszenie bólu) z wykorzystaniem testu t-Studenta dla prób niezależnych. Różnice nie okazały się istotne statystycznie.

Oznacza to, że kobiety i mężczyźni nie różnią się od siebie, jeżeli chodzi o ich poczucie panowania nad bólem oraz możliwości jego zmniejszenia. Wyniki zestawiono w tab. 4 i na ryc. 2.

Tabela 4. Stopień opanowania bólu u kobiet i mężczyzn

Strategie radzenia sobie z bólem	Mężczyźni (n = 50)		Kobiety (n = 50)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Kontrola bólu	3,28	0,83	3,20	1,20	0,39	0,699	-0,33	0,49	0,08
Zmniejszenie bólu	3,16	0,96	3,10	1,05	0,30	0,766	-0,34	0,46	0,06

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t Studenta; p – istotność statystyczna; 95% CI – przedział ufności dla różnicy między średnimi; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności



Rycina 2. Porównanie kobiet i mężczyzn pod kątem poczucia panowania nad bólem

Związek strategii radzenia sobie z bólem z poczuciem panowania nad bólem

W dalszej kolejności postanowiono sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy strategią radzenia sobie z bólem a poczuciem panowania nad bólem. W tym celu wykonano szereg analiz korelacji z wykorzystaniem współczynnika r-Pearsona, porównując pary wyników skali CSQ z wynikami skali BPCQ (zmniejszenie bólu oraz panowanie nad bólem).

Okazało się, że poczucie kontroli bólu wśród czynników wewnętrznych jest dodatnio powiązane ze strategiami ignorowania doznań oraz deklarowania radzenia sobie. Oznacza to, że osoby deklarujące większe poczucie kontroli bólu częściej sto-

sują te strategie. Rzadziej natomiast stosują strategie katastrofizowania i modlenia się, o czym świadczą ujemne wartości współczynników r-Pearsona. Z kolei poczucie możliwości zmniejszenia bólu jest dodatnio powiązane ze strategią deklarowania radzenia sobie. Oznacza to, że osoby deklarujące większe poczucie możliwości zmniejszania bólu częściej stosują tę strategię. Rzadziej natomiast stosują strategie katastrofizowania i modlenia się, o czym świadczą ujemne wartości współczynników r-Pearsona. Wszystkie opisane związki cechują się niewielką siłą. Wyniki przedstawiono w tab. 5.

Tabela 5. Związek strategii radzenia sobie z bólem z poczuciem kontroli bólu

Strategie radzenia sobie z bólem	Korelacje	Kontrola bólu	Zmniejszenie bólu
Odwracanie uwagi	r-Pearsona	0,061	0,008
	istotność	0,548	0,938
Przewartościowanie	r-Pearsona	0,068	0,004
	istotność	0,500	0,970
Katastrofizowanie	r-Pearsona	-0,293	-0,230
	istotność	0,003	0,021
Ignorowanie doznań	r-Pearsona	0,207	0,080
	istotność	0,039	0,428
Modlenie się	r-Pearsona	-0,255	-0,215
	istotność	0,010	0,032
Deklarowanie radzenia sobie	r-Pearsona	0,256	0,218
	istotność	0,010	0,030
Aktywność behawioralna	r-Pearsona	0,157	0,170
	istotność	0,118	0,090

Dyskusja

Wielokrotnie podejmowane badania dotyczące problematyki bólu wskazują na złożoność problemu. Różnice w mechanizmach powstawania i odmiennosc w indywidualnym odczuwaniu doznań bólowych skutkują ciągłym poszukiwaniem rozwiązań, które doprowadzą do uśmierzenia bądź opanowania dolegliwości. Problem walki z bólem skłania świat nauki do ciągłego poszukiwania i ulepszania metod do

walki z nim. Obejmuje globalne działania na rzecz możliwości poprawy jakości życia ludzi cierpiących z powodu dolegliwości bólowych. W 1973 roku powstało Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu, które w aspekcie naukowym, praktycznym i edukacyjnym zajmuje się tym problemem. W 1991 roku rozpoczęło swoją działalność Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Jedną z przewodnich idei organizacji jest uznanie, że prawo do ulgi w bólu jest zaliczane do podstawowych praw człowieka. Towarzystwo jest inicjatorem i organizatorem projektu „Szpital bez bólu”. Wielowymiarowy charakter bólu: nocycepcja, percepcja, cierpienie, postawa wobec bólu aż do jego ekspresji, stawiają świat nauki w konieczności stałego poszukiwania nowych, lepszych rozwiązań.

Wielokrotnie podejmowane badania tematyki [1–6] wniosły w dziedzinę poznania mechanizmów powstawania i percepcji bólu pogląd, że reakcje chorego na ból są kształtowane przez czynniki psychologiczne. Odgrywają one zasadniczą rolę w procesie przystosowania się. Ból przewlekły towarzyszący chorobom reumatycznym stawia człowieka w obliczu stale odczuwanego stresu i cierpienia. To, w jaki sposób jednostka jest w stanie poradzić sobie z przewlekłym dyskomfortem, warunkowane jest umiejętnością adaptacji. Wymusza przyjmowanie pewnych postaw do poradzenia sobie z bólem. Zależność, jaką strategię obiera osoba cierpiąca, warunkowane jest poczuciem umiejscowienia kontroli czyli przekonaniem na temat możliwości wpływu na sytuację doświadczaną aktualnie.

W badaniach własnych wykazano, że osoby umiejscawiające kontrolę wśród czynników wewnętrznych do poradzenia sobie z bólem przyjmują strategię: przewartościowania, ignorowania doznań, deklarowania radzenia sobie. Rzadziej stosują katastrofizowanie, modlenie się, pokładanie nadziei. Wyniki badań różnią się od przeprowadzonych przez Kadłubowską M. i wsp. [7], w których wykazują strategię: katastrofizowanie, modlenie się i pokładanie nadziei, jako najczęściej stosowane. Natomiast Juczyński Z. wykazał, iż wewnętrzna kontrola bólu korelowała dodatnio z odwracaniem uwagi, a ujemnie z katastrofizowaniem. Podobne wyniki uzyskano w prowadzonych badaniach własnych. Juczyński [8] wykazał, że chorzy nie panujący nad bólem katastrofizują. Z kolei radzenie sobie deklarują osoby z poczuciem panowania nad bólem. W badaniach własnych odnotowano podobną zależność. Umiejscowienie kontroli bólu w sferze przypadku jest dodatnio powiązane ze strategiami bezradności, katastrofizowaniem, modleniem się i pokładaniem nadziei. Ogińska-Bulik N. i Gurowiec P. [9] w swoich badaniach na temat kontroli bólu wykazują związek wewnętrznego umiejscowienia kontroli z odwracaniem uwagi, a zewnętrzne umiejscowienie (wpływ lekarzy i przypadku) wiążą z katastrofizowaniem. W wykonanych badaniach własnych wewnętrzne poczucie kontroli bólu było dodatnio powiązane z czynnikami poznawczego radzenia sobie, tj. przewartościowaniem, ignorowaniem doznań i deklarowaniem radzenia sobie. Oznacza to, że im większe przekonanie o możliwości wpływania na doznania bólowe, tym częstsze radzenie sobie z bólem przez przewartościowanie czy ignorowanie doznań. Umiej-

scowienie kontroli wśród czynników zewnętrznych „lekarze” koreluje dodatnio ze strategiami katastrofizowanie, modlenie się i pokładanie nadziei. Ujemny związek odnotowano w stosunku do strategii ignorowanie doznań i deklarowanie radzenia sobie. Inaczej mówiąc, chory umiejscawiający kontrolę bólu wśród czynników zewnętrznych, oczekujący pomocy ze strony lekarzy, katastrofizuje. Może okazać się w efekcie, że udzielona pomoc i tak nie jest odebrana jako skuteczna, ponieważ z góry przyjęta postawa przegranej uniemożliwia choremu rozsądną ocenę sytuacji. Podobną tendencję wykazano w przypadku umiejscowienia kontroli wśród czynników zewnętrznych – wpływ przypadku. Odmienną postawę wykazują osoby, które ignorują doznania i deklarują radzenie sobie. Deklarowanie radzenia sobie jako czynnik poznawczego radzenia sobie może oznaczać umiejętne poszukiwanie pomocy. Jeśli taką pomoc uzyskują, jest ona odbierana jako pozytywna strategia, a jeśli nawet nie jest to pomoc w stu procentach skuteczna, to i tak nie dramatyzują z powodu utrzymującego się bólu. Dlatego nawet niewielkie działanie przeciwbólowe jest odczuwane jako ulga. W wynikach uzyskanych badań ujawnia się również istotnie większa częstotliwość uruchamiania strategii katastrofizowanie i modlenie się przez badane kobiety. Mężczyźni natomiast wykazują istotne powiązanie między strategiami ignorowanie doznań a panowanie nad bólem. Siła tego efektu była duża, o czym świadczy współczynnik d Cohena. W przypadku pozostałych strategii radzenia sobie z bólem różnice nie okazały się istotne statystycznie. W kwestii poczucia panowania nad bólem kobiety i mężczyźni nie różnią się istotnie statystycznie. Oznacza to, że mimo różnic w stosowanych strategiach, mają poczucie takiego samego wpływu na stopień opanowania bólu. Uzyskane wyniki wykazują, że osoby deklarujące większe poczucie możliwości zmniejszenia bólu częściej sięgają po pozytywne „deklarowanie radzenia sobie”. W wynikach pozyskanych badań wykazano, że badana grupa pacjentów stosuje zróżnicowane strategie radzenia sobie z bólem. Poczucie umiejscowienia kontroli ma istotny wpływ na uruchamianą strategię radzenia sobie z bólem. Umiejscowienie kontroli wśród czynników wewnętrznych pozwala skutecznie ograniczyć doznania bólowe. Osoby z zewnętrznie umiejscowioną kontrolą katastrofizują, nie podejmują skutecznych działań zmierzających do zmniejszenia bólu, mają mniejsze poczucie panowania nad nim. Strategie: katastrofizowania, modlenia się/pokładania nadziei istotnie częściej stosują kobiety. Badani mężczyźni do ograniczenia bólu i panowania nad nim częściej stosują poznawcze radzenie sobie przez ignorowanie doznań. Z pozyskanych wyników sądzić można, że ukształtowane przekonania na temat możliwości kontrolowania bólu mogą mieć istotny wpływ na umiejętność jego zmniejszenia.

Wnioski

Pacjenci ze schorzeniami reumatycznymi stosują zróżnicowane strategie radzenia sobie z bólem. Wśród kobiet dominowały strategie: katastrofizowanie, modlenie

się, pokładanie nadziei. Mężczyźni panują nad bólem przez obieranie strategii ignorowanie doznań, częściej deklarują radzenie sobie. Na rodzaj stosowanych strategii przez badanych ma wpływ poczucie umiejscowienia kontroli. Osoby deklarujące radzenie sobie z bólem, umiejscawiając kontrolę wśród czynników wewnętrznych, mają większe poczucie możliwości zmniejszenia bólu. Nie ma istotnie statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami w kwestii poczucia panowania nad bólem i możliwości jego zmniejszenia.

Bibliografia

1. Tomanek L, Cepuch G, Piórko B. Poziom natężenia bólu i funkcjonowanie pacjentów z chorobą dyskową odcinka szyjnego i lędźwiowego. *Ból* 2016; 17(3): 19–25.
2. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Drozdowski W, Gołębiowska A, Kandzior D. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia. *Probl Pielęg* 2009; 17(3): 39–46.
3. Domżał T. Kliniczne podstawy badania i oceny bólu – wprowadzenie do tematu. *Sekrety Neurologii – Ból* 2013; 4: 76–82.
4. Niedziałek D, Tłustochowicz W. Leczenie bólu w chorobach reumatycznych. *Post Nauk Med* 2012; 25(2).
5. Kocot-Kępska M, Szuldrzyński K. Skale oceny bólu. *Medycyna Praktyczna* 2011 [online]. Dostępny na URL: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/91404,skale-oceny-bolu> [cyt. 2.04.2019].
6. Woron J, Dobrogowski J, Wordliczek J, Kleja J. Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną. *Med Dypl* 2011; 20: 52–61.
7. Kułak W, Kandzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(1): 153–157.
8. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia* 2001; 7(2): 9–16.
9. Ogińska-Bulik N, Gurowiec P. Umiejscowienie kontroli radzenia sobie z bólem u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica* 2002, 6: 61–70.

Adres do korespondencji:

Gurowiec Piotr
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 605 183 246
e-mail: Piotr73-1973@o2.pl

Wpływ działań personelu medycznego na zmiany poczucia sensu życia pacjentów niepełnosprawnością narządu ruchu

Jarosław Czepczarz^{1,2}, Sabina Wiatkowska³

¹ Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie

² Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu

³ Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu

Wstęp

Poczucie sensu życia jest subiektywnie odczuwanym, pozytywnym stanem psychicznym połączonym ze świadomością realizacji wartości, poprzez które realizowany jest indywidualny cel życia. Cel ten zawiera w swej treści najwyższą wartość (wyższą od samego życia) dla danego człowieka. Stąd wynika duża wewnętrzna potrzeba jego realizacji i zgoda na podporządkowanie mu wielu określonych i rozciągniętych w czasie działań, a przez nie całego życia. Podporządkowanie tych działań celowi życia wpływa na nie usensowniająco, tzn. że wszystkie te działania stają się sensowne (nabierają wartości jako środki niezbędne do realizacji głównego celu). Językowe znaczenie słowa „sens” (fr. *sense* – kierunek) oznacza, że nasze działanie gdzieś prowadzi [1].

Każdy zdrowy duchowo (w tym moralnie), psychicznie i somatycznie człowiek stara się – mniej lub bardziej świadomie – realizować cel życia (gr. *telos* – cel). Według Oksfordzkiego słownika filozoficznego, sens życia (ang. *meaning of*) z perspektywy konkretnej osoby słusznie wiązany jest z celem życia (takim, jakim on jest, a nie takim, jakim być powinien): „Niemał dla każdego ważne jest, czy jego życie ma jakiś cel. Ale cele bywają różne: cel życia jednej osoby może polegać na osiągnięciu czegoś, gdy tymczasem celem życia innej będzie zdobycie czegoś całkowicie odmiennego. Wcale nie musi być tak, że istnieje tylko jedna rzecz, która jest dla każdego celem życia. (...) Podobnie większość ludzi będzie usatysfakcjonowana, jeżeli w każdym momencie życia będą mieli coś, do czego mogą dążyć, i wcale nie musi być tak, że w każdym z tych momentów mają dążyć do tego samego” [1]. Poję-

cia „celu życia” nie należy jednak utożsamiać z transcendentnym celem ludzkiego zaistnienia w świecie. Cel życia jest bowiem tylko niedoskonałym, subiektywnym obrazem celu zaistnienia, mniej lub bardziej do niego zbliżającym się, np. w trakcie rozwoju duchowego danej osoby [1].

Część teoretyczna

Zdiagnozowanie choroby zagrażającej życiu należy do najbardziej stresujących wydarzeń w życiu każdego człowieka [2].

Przeżywa on bardzo nieprzyjemne emocje wywołane zagrożeniem życia, takie jak: napięcie, lęk, przerażenie, przygnębienie, nienawiść, gniew, rozpacz. Uczucie lęku wynika z zagrożenia pochodzącego z otoczenia bądź z wnętrza człowieka. Zdolność odczuwania strachu, obawy czy niepokoju ostrzega przed niebezpieczeństwem i w ten sposób człowiek chroni swoje zdrowie i życie [3].

Rozpoznanie znaczenia, jakie pacjent przypisuje chorobie, emocji z nią związanych, jest szczególnie ważne w procesie diagnozowania i leczenia choroby. Rodzaj i siła emocji związanych z chorobą jest w dużym stopniu zależna od tego, jak choroba jest rozumiana i jakie znaczenie zostało jej przypisane. Najczęstszą reakcją na chorobę są negatywne emocje, takie jak: strach, lęk, niepokój, przygnębienie, żal, bezradność, zubożenie, poczucie winy, złość [4].

W każdej uciążliwej, a zwłaszcza tzw. nieuleczalnej chorobie następuje obniżenie poziomu życia i możliwości działania w wybranym przez siebie kierunku. Choroba zaburza obraz człowieka o nim samym jako zdrowym, sprawnym, wolnym w decydowaniu (zwłaszcza w sprawach go dotyczących, jego rodziny i mienia), wolnym w działaniu, realizowaniu potrzeb, wartości i celów. Nie może on szybko pogodzić się ze zmienionym obrazem swoich możliwości. Dochodzi do wewnętrznej konfrontacji między stanem aktualnym możliwości a aktami woli, która nawykowo chce nadal realizować cele z okresu pełnej sprawności i zdrowia organizmu. Sytuacja konfrontacji jest tylko potwierdzeniem ograniczeń, co budzi frustrację, gniew i bunt oraz skłonności do obwiniania innych za ten stan rzeczy [5].

Jak pisze G.G. May, amerykański psychiatra specjalizujący się w zakresie zdrowia duchowego: „kiedy nasz obraz własnej osoby jest kiepski, popadamy w depresję. A kiedy nasze wyobrażenie o sobie jest niezłe, ogarnia nas duma lub nawet poczucie wielkości. (...) Uzależniamy się od własnych wyobrażeń swojej osoby”, a „każde wyobrażenie siebie reprezentuje jakiś stopień uzależnienia” [5].

Akceptacja każdego niepożądanego wydarzenia w życiu człowieka jest procesem bardzo złożonym, ponieważ stawia pytanie o sens życia z chorobą nieuleczalną. Natomiast ciężar cierpienia jest siłą napędową zmian. W każdej zmianie psychicznej mającej na celu przystosowanie się do groźnej, nieznannej sytuacji istnieją zauważalne etapy, które charakteryzują się dominacją specyficznych, określonych uczuć. Pierwszy etap to faza odrzucenia, w której pacjent w bezpośrednim zetknięciu się

z chorobą broni się przed jej akceptacją, neguje, wypiera wszelkie informacje, jakie otrzymał, nawet w przypadku, gdy są one jasne i niedwuznaczne. Drugi etap to faza buntu i gniewu, która przejawia się ogromnymi pretensjami chorego do otoczenia; obwinia on rodzinę i personel medyczny o niedostateczną opiekę, wybucha gniewem z powodu drobiazgów. Jest to czas narastania lęku i niepokoju, uświadomienia sobie, że choroba ma charakter przewlekły, a co gorsze – nieuleczalny. W tej sytuacji nie może on sobie sam poradzić, jego życie zależy od skomplikowanej maszyny i osób obsługujących tę aparaturę. Istotne jest, aby rodzina i personel medyczny rozumieli chorego, jego rozterki wobec dalszego życia, pełnienia swoich ról społecznych. Agresja stanowi reakcję na chorobę, hospitalizację, sposób leczenia, poczucie uzależnienia od innych. Nie jest ona skierowana przeciwko osobom opiekującym się pacjentem. Trzeci etap to faza układów i pertraktacji, gdzie pacjent podejmuje próby układania się z personelem terapeutycznym, losem, opatrnością i wreszcie odnosi się do swojej wiary, swojego Boga, w którego mocy jest wszystko. Chory liczy na nagrodę za dobre zachowanie, składa obietnice nieproszenia o nic więcej, jeśli uzyska utracone, a najbardziej pożądane zdrowie [6].

Czwarty etap to faza depresyjna. W tym momencie chory zdaje sobie sprawę, że znalazł się w sytuacji, z której nie ma odwrotu, a błagalna prośba nie zostanie spełniona i nie będzie upragnionej nagrody. Okres depresji daje szansę na pożegnanie się z dotychczasowym, ustalonym sposobem życia i następuje oczekiwanie przed jeszcze nieznanym, innym etapem życia. Piąty etap to faza akceptacji, w której chory godzi się ze swoim losem, pragnie przystosować swoje dotychczasowe życie do nowego wyzwania, wdrożyć schemat leczenia do swojego harmonogramu życiowego, żyć jako człowiek przewlekle chory, ale nie niepełnosprawny, być w pełni odpowiedzialny za swoje zdrowie i życie [6].

Nie każdy chory, który zmagą się z przewlekłą chorobą, musi przejść opisane etapy. W zmaganiu się z krytyczną sytuacją duże znaczenie ma wsparcie społeczne. Grupa ludzi z podobnymi problemami może mieć kluczowe znaczenie w zaakceptowaniu choroby. Przede wszystkim nikt lepiej nie zrozumie chorego niż inny chory będący w takiej samej sytuacji zdrowotnej. Takie spotkania to również okazja do wzajemnej wymiany informacji i doświadczeń. W przyjaznym, zaufanym gronie łatwiej oswoić swój lęk przed nieznanym, a jednocześnie pomóc sobie podobnym [7].

Długotrwałe cierpienie i nowe obowiązki oraz ograniczenia związane z chorobą wpływają na rytm życia chorego. Mogą one dezintegrować osobowość i stosunki interpersonalne. Chory często zaczyna inaczej wartościować swoje dotychczasowe życie. Szczególnie ważne jest to, że w wielu przypadkach obniża on poziom aktywnej nadziei. Dlatego tak doniosłą rolę w procesie leczenia odgrywa autentyczna opieka personelu medycznego. Opieka ta nie ogranicza się tylko do rozwiązywania problemów medycznych, ale obejmuje także sprawy psychologiczne, egzystencjalne i duchowe. Okazuje się, że nawet tak proste gesty jak podanie dłoni, serdeczny uśmiech, ciepłe słowo, czy chwila kojącej, buddyjskiej ciszy, wywierają pozytywny wpływ na

cierpienie i poziom nadziei pacjenta. Zwiększają szacunek i zaufanie do lekarzy, czy pielęgniarek. Przeciwnie, szorstki język, nieumiejętnie przedstawione wyniki badań, czy niedotrzymanie obietnic, powodują erozję nadziei [8].

Doniosłe znaczenie w leczeniu chorego ma również pojęcie radzenia sobie (*coping*), które należy do najważniejszych pojęć terapeutycznych. Strategia ta obejmuje takie zadania jak diagnoza, planowanie zabiegów terapeutycznych, jak podejmowanie decyzji o wyborze najlepszych działań dla danego chorego, jak pokonywanie przeszkód. Wymaga ona wykorzystania współczesnej wiedzy medycznej, kompetencji lekarza, pielęgniarki czy psychologa i zasobów psychicznych pacjenta. Jak wskazują badania, sukcesy w leczeniu w dużej mierze zależą od dwóch „siostrzanych” czynników – *hoping* i *coping*, czyli od aktywnej nadziei oraz od dawania sobie rady ze złośliwą chorobą. Najlepsze wyniki osiągają pacjenci, którzy charakteryzują się wysokim poziomem tych czynników. W najtrudniejszej sytuacji są ci, u których nadzieja spadła do niepokojąco niskiego poziomu i którzy wykazują bezradność w zwalczaniu choroby. Tym chorym trzeba pomóc poprzez odbudowywanie wiary we własne siły i poprzez nauczenie ich metod zmagania się z przeciwnościami losu. W osiągnięciu tych celów może pomóc większe zaangażowanie się lekarzy, pielęgniarek, terapeutów czy rodziny [8].

Choroba może doprowadzić do kryzysu nie tylko w życiu chorego, ale także członków rodziny i przyjaciół. Oni także muszą dostosować się do nieznannej, trudnej sytuacji i również cierpią. Choroba najczęściej pojawia się niespodziewanie, dlatego też niezmiernie ważne jest wsparcie rodziny i przyjaciół. Dzieląc się swoim problemem, człowiek nie czuje się osamotniony. Najbliżsi mogą mu okazać zrozumienie w układaniu życia pod względem choroby, metody jej leczenia, ale także pacjent może się zwierzyć z własnych lęków i obaw. Otrzymane wsparcie i miłość od najbliższych są bezcenne. Świadomość, że jest się potrzebnym i akceptowanym, pomaga walczyć z obniżającym się poczuciem wartości i przydatności. Wsparcie bliskich daje poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne człowiekowi w trudnych chwilach [9].

Rodzina i najbliżsi z otoczenia chorego stanowią układ wspierający. W tym pojęciu społeczność rodzinna dotyczy tych wszystkich, od których pacjent spodziewa się wsparcia. Zarówno rodzina, jak i przyjaciele, współpracownicy, sąsiedzi, wszyscy, którzy stanowią określone wsparcie społeczne, w dużej mierze wpływają na stosunek chorego do życia i akceptacji swojej choroby. Dlatego bardzo istotne jest nawiązanie przez personel medyczny ścisłych kontaktów z członkami owej społeczności, by rozpocząć współpracę i wspieranie chorego. Zarówno osoby udzielające wsparcia, jak i chorzy, i członkowie ich rodzin przeżywają ogromne problemy, gdy stają w obliczu nieuleczalnej choroby. Bezsilność jest trudna do zniesienia, a tym bardziej do zaakceptowania [10].

Brak wsparcia i zrozumienia ze strony osób najbliższych w wielu przypadkach rodzi u chorego uczucie frustracji, beznadziejności i małej wartości społecznej. Ta prowadzi do zniechęcenia, depresji, braku współpracy z personelem medycznym, konfliktów, nieprzebrania diety i niestosowania przepisanych leków. To znie-

chęć bardzo często powoduje zubożenie chorego na dalsze losy i brak chęci do walki. Ta sytuacja niezmiernie utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia prawidłowe i skuteczne leczenie. Poznanie problemów psychologicznych pacjentów stanowi niezwykle ważną kwestię dla całego zespołu terapeutycznego oraz najbliższego środowiska, a zwłaszcza rodziny [10].

Podstawą skutecznego leczenia jest prawidłowa komunikacja między personelem medycznym a pacjentem. W dzisiejszych czasach, gdy wzrasta poziom świadomości oraz wykształcenia społeczeństwa, rośnie także potrzeba przekazywania pacjentom jak największej liczby informacji na temat ich stanu zdrowia, przyczyn choroby, przesłanek do stosowania danej terapii oraz oczekiwanych rezultatów. Coraz częściej pacjent nie chce jedynie biernie uczestniczyć w terapii zaleconej przez lekarza, ale chce także brać czynny udział w procesie decyzyjnym dotyczącym sposobu leczenia. Jednakże, oprócz fachowej porady oraz informacji, pacjenci oczekują szacunku, zrozumienia i empatii. Pacjent może odczuwać stres związany z poczuciem bezsilności oraz utratą niezależności, dlatego lekarz powinien okazać mu dostateczne wsparcie, podchodząc do niego indywidualnie, aby pacjent odczuwał satysfakcję z terapii odpowiadającej jego indywidualnym potrzebom, co wpływa na wzrost efektywności leczenia. Umiejętności komunikacyjne lekarza związane z budowaniem relacji z pacjentem nazywane są umiejętnościami „miękkimi”, natomiast te fachowe, związane z wiedzą to umiejętności „twarde” [11].

Prawidłowa komunikacja jest niezwykle ważna zarówno w kontaktach lekarza, jak i całego personelu medycznego z pacjentem. Jest to wzajemna relacja oparta na współpracy, zrozumieniu i zaufaniu. Komunikacja odbywa się w trzech równorzędnych obszarach: emocji, myśli i słów. Istotne jest również otoczenie, w którym odbywa się komunikacja – pomieszczenie, meble i inne sprzęty znajdujące się w nim powinny być czyste, zadbane; należy wyeliminować hałasy z zewnątrz (np. uszczelnić okna i drzwi, wyciszyć telefony), co może pozytywnie wpłynąć na utrzymanie uwagi i skupienia pacjenta. Personel medyczny nie powinien nikogo dyskryminować ze względu na płeć, rasę, wiek, czy status społeczny. Ludzie podświadomie zwracają uwagę na mowę ciała osoby, z którą się komunikują – lekarz powinien więc utrzymywać otwartą postawę (utrzymywać kontakt wzrokowy, szczerze się uśmiechać, unikać krzyżowania rąk, nóg, zaciskania dłoni). Ważne jest, aby w trakcie świadczenia usługi skupiać całą uwagę na pacjencie, a także pamiętać o zachowaniu dyskrecji. Personel nie powinien wzbudzać w pacjencie poczucia winy za stan jego zdrowia, ale podtrzymywać chorego na duchu i zapewniać, że otrzyma niezbędną pomoc [11].

Wszystkie powyższe czynniki są bardzo istotne, ponieważ mogą wspomagać proces uzyskania od chorego jak największej liczby informacji o stanie jego zdrowia, co może ułatwić postawienie prawidłowej diagnozy, przekonanie pacjenta do współpracy (a jeśli to konieczne – do zmiany trybu życia) oraz przekazanie choremu zwrotnych informacji na temat jego choroby, sposobu leczenia, planowanych badań i zabiegów [11].

Część badawcza

Na działania personelu medycznego pod kątem zmian w poczuciu sensu życia u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu, może mieć wpływ tylko ten pracownik medyczny, który w każdym swoim oddziaływaniu widzi całościowe, zintegrowane kształtowanie osobowości jednostki niepełnosprawnej. Mówiąc o oddziaływaniach rehabilitacyjnych, trzeba wskazać na zasady procesu rehabilitacji. Z każdej zasady dadzą się wyprowadzić szczegółowe dyrektywy wyznaczające konkretne oddziaływania rehabilitanta, zapewniające im optymalną skuteczność. Zasady rehabilitacji jako wyraz prawidłowości kształtowania ludzkiej osobowości nie zależą od treści tego procesu [12].

Celem badawczym pracy jest ocena działań personelu medycznego, które wpływają na zmiany poczucia sensu życia u pacjentów borykających się z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Do oceny wpływu tych działań posłużono się Autorskim Kwestionariuszem Ankiety z Pracownikami Służby Zdrowia Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfanowie. Narzędzie to składało się z dwudziestu pytań dotyczących osób zatrudnionych w oddziałach rehabilitacyjnych, które w największym i najmniejszym stopniu przyczyniły się do powrotu poprzedniej (zdrowej) jakości życia pacjenta. Ponadto zawierało pytania dotyczące sposobów tworzenia przez te osoby nowego poczucia życia pacjenta w czasie procesu rehabilitacji, a także z jakich metod dydaktycznych badani ci korzystali. W pytaniach zastosowano pięciostopniową skalę Likerta [13] zawierającą odpowiedzi: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „nie mam zdania”, „raczej nie” oraz „zdecydowanie nie”. Część pytań wyposażona jest w kafeterie, czyli zestawy odpowiedzi o charakterze zamkniętym (alternatywne, dysjunktywne i koniunktywne) oraz półotwartym.

Obserwację wpływu pracowników rehabilitacji na poczucie sensu życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu rozpoczęto od zbadania opinii pracowników oddziałów rehabilitacyjnych; lekarzy, rehabilitantów i pielęgniarek, uwzględniając kryterium zawodowe i płeć. Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że u kobiet (92%; N = 47) dominuje zdecydowane potwierdzenie wpływu pracowników służby zdrowia na zmianę poczucia sensu życia u pacjentów. Natomiast u mężczyzn (45,2%; N = 14) wskaźnik jest niższy niż u kobiet. Mężczyźni w 41,9% (N = 13) są mniej pewni o ich wpływie, a 12,9% (N = 4) nie ma w ogóle zdania czy taki wpływ istnieje. Można zatem powiedzieć, że zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn pracujących na stanowiskach medycznych w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu dominuje zdecydowane potwierdzenie ich wpływu na zmianę poczucia sensu życia pacjentów. Przy czym kobiety są tego pewniejsze aniżeli mężczyźni. Biorąc pod uwagę rodzaj wykonywanej pracy przez badanych, zauważa się dominację oceny potwierdzającej wpływ służby zdrowia na zmiany poczucia sensu życia u podległych im pacjentów. Przy czym najbardziej pewne tego wpływu są

pielęgniarki (91,3%; N = 21), a także magiście rehabilitacji (80,8%; N = 21), natomiast lekarze i technicy rehabilitacji mimo iż równie wysoko oceniali potwierdzenie omawianego wpływu, to jednak w odróżnieniu od pozostałych grup są skłonni do umiarkowanego optymizmu. W odpowiedziach lekarzy pojawiał się brak przekonania co do pewności tego zjawiska, a także pewien sceptycyzm wyrażający się brakiem zdania na ten temat.

Zastanawiało również badaczy, które z działań pracowników służby zdrowia znacząco wpływają na poczucie sensu życia pacjentów. Respondenci mieli do wyboru odpowiedzi, czy działania wpływające to: diagnoza stanu zdrowia / choroby; rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia; rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia; luźna rozmowa z pacjentem. Badani mieli również możliwość dopisania własnych propozycji odpowiedzi. Zebrany materiał empiryczny wskazuje na to, że zarówno u kobiet (68,6%; N = 35), jak i u mężczyzn (74,2%; N = 23) dominuje luźna rozmowa z pacjentem jako najwyższej punktowane działanie wpływające na zmianę poczucia sensu życia u pacjentów. Na drugim miejscu pod względem częstotliwości wskazań znalazło się rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia, przy czym w większym stopniu wskazywały je kobiety (31,4%; N = 16) niż mężczyźni (25,8%; N = 8). Natomiast działania wymienione jako diagnoza stanu zdrowia oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia nie pojawiło się w żadnej z odpowiedzi badanych osób, co wskazuje, że działania te nie mają wpływu na zmianę poczucia sensu życia u pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Nasuwa się też przypuszczenie, że podczas takich rozmów następuje zmiana poczucia sensu życia pacjenta, co będzie również poddane empirycznej penetracji w następnych analizach. Biorąc pod uwagę stanowiska badanych pracowników medycznych, zauważa się takie same zjawisko w podawanych opiniach badanych, jak i w odpowiedziach kobiet i mężczyzn, gdzie również dominują wyłącznie dwa podawane działania wpływające na zmianę poczucia sensu życia pacjentów. Są nimi luźna rozmowa z pacjentem oraz rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia. Na pierwszym miejscu w hierarchii ważności uplasowała się luźna rozmowa z pacjentem, przy czym najwyższej punktowana była przez lekarzy (85,7%; N = 12), a także magistrów rehabilitacji (88,5%; N = 23). Znacznie niżej ocena ta uplasowała się u techników rehabilitacji (57,9%; N = 11), jak również u pielęgniarek (52,2%; N = 12). Wymienione zawody opierają się na komunikacji z pacjentem, wskazując mu prawidłową drogę zlikwidowania lub zminimalizowania dolegliwości w obrębie jego narządu ruchu, a to z kolei procentuje zmianą poczucia sensu życia pacjenta. Na drugim i ostatnim miejscu pracownicy służby zdrowia wymienili rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku wyzdrowienia jako czynnik znacznie mniej sprzyjający zmianom poczucia sensu życia pacjentów. Przy czym najczęściej wskazywany był on przez pielęgniarki (47,8%; N = 11) i techników rehabilitacji (42,1%; N = 8), a najrzadziej przez magistrów rehabilitacji (11,5%; N = 3) oraz lekarzy (14,3%; N = 2). Da się

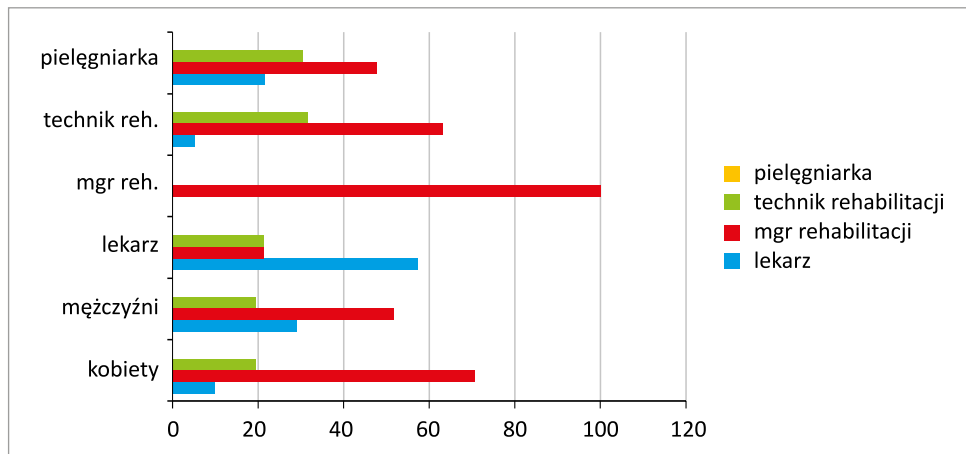
to wyjaśnić możliwościami komunikacji z pacjentem w czasie trwania jego procesu rehabilitacji. Zarówno pielęgniarki, jak i technicy rehabilitacji w mniejszym zakresie niż magistry i lekarze komunikują się z pacjentem, więc wydaje się, że samo zapoznanie osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z pomyślnym rokowaniem rehabilitacji wpływa na zmianę poczucia sensu. Pozostałe możliwości odpowiedzi wskazujące działania mające wpływ na zmiany u pacjentów, takie jak: diagnoza stanu zdrowia i rokowanie procesu rehabilitacji w kierunku możliwości pogorszenia stanu zdrowia, w ogóle nie wystąpiły u badanych na żadnym ze stanowisk medycznych. Można zatem przypuszczać, że pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu nie interesuje ich diagnoza stanu zdrowia oraz nieprzychylnie dla nich rokowania. Nastawieni są głównie na rozmowy z lekarzami i magistrami rehabilitacji, które mają dopomóc uzupełnić ich wiedzę na temat zmian funkcjonowania niepełnosprawnych w społeczeństwie, pomimo objawów patologii narządu ruchu.

Respondenci mieli również możliwość podania własnych propozycji odpowiedzi na temat działań wpływających na zmianę poczucia sensu życia pacjenta. Żaden z pracowników z tej możliwości nie skorzystał.

W dalszej fazie badań zadano pracownikom medycznym pytanie o ocenę – w skali od 1 do 10 (od 1 do 4 mały wpływ, ocena 5 sugerowała średni wpływ a od 6 do 10 duży wpływ) – wpływu ich pracy zawodowej i kompetencji zawodowych ujawniających się w kontaktach z pacjentem, które przyczyniają się do zmiany poczucia sensu życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu. Wyniki analizy wskazują, że u wszystkich badanych, bez względu na ich płeć i stanowisko zawodowe, wskazywany jest wysoki poziom wpływu ich kompetencji na zmianę poczucia sensu życia badanych, przy czym u wszystkich kobiet i magistrów rehabilitacji wskazywany był dziesięciopunktowy wynik odpowiedzi, a najmniejszy zanotowany został u lekarzy i mężczyzn (średnia 7 w skali 1 do 10). W pozostałych grupach plasował się na poziomie 8 w skali od 1 do 10.

W ciągu dalszych działań, stwierdzono konieczność zbadania pracowników medycznych pod kątem posiadania przez nich wiedzy na temat, kto wśród osób zatrudnionych w oddziale rehabilitacji narządu ruchu ma największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia pacjenta w czasie procesu rehabilitacji. Ryc. 1 przedstawia wyniki badań.

Z analizy przeprowadzonej pod kątem płci badanych wynika, że na pierwszym miejscu w hierarchii ważności znalazł się magister rehabilitacji, przy czym u kobiet (70,6%; N = 36) odnotowano znaczny stopień jego częstotliwości wskazywania, zaś u mężczyzn (51,6%; N = 16) nieco niższy. Na drugim miejscu uplasował się zawód technika rehabilitacji, ale już z mniejszym wskazywaniem stopnia jego oddziaływania na przewartościowanie życia pacjenta. Co ciekawe, utrzymują się na podobnym poziomie zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Ostatnie miejsce pod względem liczby wskazań zajmuje zawód lekarza, przy czym jest o wiele częściej wskazywany przez mężczyzn (29,9%; N = 9) niż kobiety (9,8%; N=5). Natomiast stanowisko



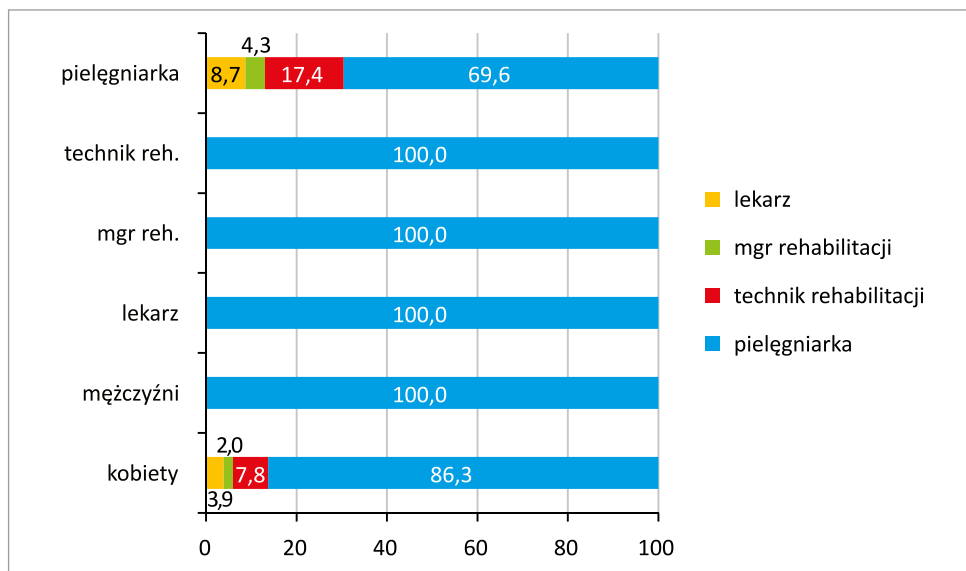
Rycina 1. Pracownicy mający największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia pacjentów

pielęgniarki w ogóle nie było wymieniane przez badanych. Można zatem przypuszczać, że pod kątem płci badanych największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia przypada magistrów i technikowi rehabilitacji, a znacznie mniejszy lekarzowi. Natomiast pielęgniarka nie odgrywa według badanych żadnej istotnej roli w zmianie poczucia sensu życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Biorąc pod uwagę stanowiska zatrudnienia ankietowanych, zaobserwować można ciekawe zjawisko – otóż magistry rehabilitacji wskazywali na siebie jako na jedynych w grupie badanych mających wpływ na przewartościowanie życia pacjenta, podobnie postrzegali siebie lekarze, którzy w większości wskazywali na swój zawód jako ten inspirujący do przemiany poczucia sensu życia u pacjentów, aczkolwiek wskazali też na zawód magistra rehabilitacji i technika rehabilitacji, ale w mniejszym stopniu. Natomiast pielęgniarki i technicy rehabilitacji wskazywali na magistrów i techników rehabilitacji jako tych, którzy mają największy udział w zmianie poczucia sensu życia pacjentów. Zawód lekarza był rzadko wskazywany. Można zatem postawić wniosek mówiący, że największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia spośród pracowników medycznych mają magistry i technicy rehabilitacji, a znacznie mniejszy lekarze, zaś zawód pielęgniarski omawianego wpływu nie wywiera.

Poproszono również respondentów o uzasadnienie, dlaczego osoba wymieniona przez nich ma ich zdaniem największy wpływ na zmianę poczucia sensu życia w czasie procesu rehabilitacji. Zdaniem badanych największy wpływ wywiera magister rehabilitacji, ponieważ najdłużej poświęca czas pacjentowi w czasie indywidualnej terapii, podczas której prowadzi wiele rozmów dotyczących sensu życia. Magister rehabilitacji, codziennie bezpośrednio pracując z pacjentem, ma możliwość wsłuchania się w zwierzenia pacjentów dotyczących ich życiowych problemów i trudów codziennego dnia, dzięki czemu ma wpływ na próbę modyfikacji postaw i filozofii życia. Magistrzy rehabilitacji są dla pacjentów nie tylko trene-

rem w ich niepełnosprawności, ale również psychoterapeutą. I tak postrzega ich wielu pacjentów. U badanych pojawiły się również odpowiedzi stwierdzające, że każdy z pracowników może mieć wpływ na chorego. Wszystko zależy od zaufania i dobrego kontaktu z pacjentem, a także od tego, ile czasu poświęca się osobom z niepełnosprawnością narządu ruchu.

Interesowało również badacza, który z pracowników ma najmniejszy wpływ na zmianę poczucia sensu życia i hierarchię wartości pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. Wyniki tej analizy zamieszczone są na ryc. 2.



Rycina 2. Pracownicy mający najmniejszy wpływ na zmianę poczucia sensu życia pacjentów

Analizując wyniki badań, zauważa się, że wszystkie grupy badanych zarówno pod względem płci, jak i zajmowanych stanowisk, wskazały, że najmniejszy wpływ na zmianę poczucia sensu życia mają pielęgniarki. Przy czym wszyscy badani mężczyźni okazali się w tej materii zgodni. Można zatem przypuszczać, że na oddziałach rehabilitacyjnych pielęgniarki mają najmniejszy indywidualny kontakt z pacjentem. Przyczyn tego zjawiska należy poszukiwać w małej liczbie zatrudnionych pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów przebywających na oddziale pod ich opieką, a to oznacza niewielką ilość czasu poświęcanego dla jednostki. Należy też zauważyć, że tylko w grupie kobiet i pielęgniarek, które zapewne są badanymi mieszczącymi się w obu tych grupach jednocześnie, widoczne są wskazania na inne grupy zawodowe mające najmniejszy wpływ na zmiany przewartościowania u pacjentów, co spowodowało, że po pielęgniarkach znaleźli się technicy rehabilitacji, następnie lekarze i magistrowie rehabilitacji. Aczkolwiek ta znikoma liczba wskazań może być uznana za nieistotną statystycznie. Można zatem postawić wniosek, że najmniejszy

wpływ na zmianę poczucia sensu życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu podczas ich procesu rehabilitacji ma zawód pielęgniarki.

W związku z powyższą analizą poproszono również respondentów o uzasadnienie, dlaczego osoba wymieniona przez nich ma najmniejszy wpływ na zmianę hierarchii wartości i poczucia sensu życia w czasie procesu rehabilitacji. Ankieterzy wskazali, że pielęgniarka ma najmniejszy wpływ na przewartościowanie pacjenta, ponieważ nie okazuje pacjentowi dostatecznego zainteresowania i wsparcia duchowego. Posiada inny zakres obowiązków niż magister czy technik rehabilitacji, a także ma najmniej czasu na indywidualny kontakt z pacjentem. Pojawiły się również odpowiedzi, że pielęgniarka nie rozmawia z pacjentem o zdrowiu i jest w najmniejszym stopniu zaangażowana w proces rehabilitacji.

Kończąc rozważania na temat wpływu pracowników rehabilitacji na zmianę poczucia sensu życia pacjentów z niepełnosprawnością narządu ruchu po zakończonym procesie rehabilitacji, można powiedzieć, że wpływ ten według opinii pracowników oddziałów rehabilitacyjnych mają: magister i technik rehabilitacji, nieco mniejszy lekarze, a zawód pielęgniarski takiego wpływu nie posiada. Spośród działań mających wpływ na przewartościowanie jednostek z niepełnosprawnością narządu ruchu najczęściej przez badanych wskazywane są takie, jak luźna rozmowa i optymistyczne rokowanie rehabilitacji.

Zakończenie

Brak zdrowia nie przekreśla więc wszystkich celów i wartości, dając człowiekowi szansę na samorealizację duchową w zakresie celów i wartości tzw. wyższych, czyli transcendentnych, ponadczasowych. Jest to zarazem szansa na odzyskanie zdrowia drogą wpływu ducha na ciało. Jak bowiem wynika z przeprowadzonych niedawno w USA i Polsce badań [14], istnieje korzystny wpływ optymizmu, zadowolenia z siebie, szczęścia i pozytywnych emocji na przyspieszenie procesu zdrowienia, na zapobieganie chorobom, a nawet na długość życia. I odwrotnie, na stan zdrowia negatywnie wpływa poczucie bezsensu życia, przygnębienie, smutek i depresja. Niosą one groźbę choroby i ryzyko przedwczesnej śmierci oraz utrudniają terapię. Poczucie sensu życia należy traktować jako jeden z głównych elementów dobrostanu duchowego, który łącznie z dobrostanem psychicznym stanowi najważniejszą linię samoobrony człowieka w obliczu zagrożenia jego zdrowia. W świetle wyników badań prowadzonych w ramach psychoimmunologii stan duchowy i psychiczny człowieka wpływa na jego system immunologiczny („mózg ciała”), a więc na odporność organizmu. Osoby chore powinny być uświadamiane w tym zakresie przez personel medyczny, który – ponadto – swoim postępowaniem powinien sprzyjać odnalezieniu przez nich sensu życia niezbędnego do walki o życie [15].

Dlatego nie ulega wątpliwości, że interakcja lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki i pacjenta może owocować wieloma długotrwałymi rezultatami dotyczącymi przede

wszystkim odzyskania zdrowia. Do najważniejszych efektów dobrych relacji personelu medycznego i pacjenta należy minimalizowanie lęku pacjenta i łagodzenie doświadczenia przykrych emocji, a tym samym wspieranie go w przyjmowaniu odpowiednich postaw wobec choroby.

Bibliografia

1. Blackburn S. *Oksfordzki słownik filozoficzny*. Warszawa; 1997: 463.
2. Keirse M. *Życie z chorobą*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne; 2007: 67–100.
3. Zawadzka B. Sytuacja psychologiczna chorych dializowanych i rola psychologa w ich adaptacji do leczenia. *Nefrol Dial Pol* 2005; 9: 63.
4. Sosnowska-Bąk M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia: podręcznik dla kierunków medycznych*. Kraków: Universitas; 2006: 175.
5. May GG. *Uzależnienie i łaska. Miłość – duchowość – uwolnienie*. Poznań: Wyd. Media Rodzina; 1988: 208.
6. Zawadzka B. Czego boją się ludzie leczeni dializami? *Dializa i Ty* 2002; 1: 15.
7. Malinowska E. Jak sobie radzić z chorobą. *Żyj aktywnie* 2008; 6: 28.
8. Kozielecki J. Psychologia nadziei. Warszawa: Wydawnictwo Żak; 2006: 70–100.
9. Malinowska E. Uwaga: jestem chory! *Żyj aktywnie* 2008; 7: 30.
10. Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzeska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrologiczne* 2010; 3(1): 63–70.
11. Czerw A, Religioni U, Matuszyna A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D. *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych, Artykuły pogładowe*. Warszawa: Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2012: 248.
12. Sowa J, Wojciechowski F. *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*. Rzeszów: Wydawnictwo Oświatowe „FOSZE”; 2001: 167.
13. Babbie E. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004: 192.
14. Czapiński J. *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004: 239–243.
15. Patyjewicz L. Zdrowie a poczucie sensu życia. *Ann UMCS Sect D* 2005; 60(Suppl 16)392: 254.

Adres do korespondencji:

mgr Sabina Wiatkowska
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Budowlanych 44 A, 45-123 Opole
tel. 883 394 056
e-mail: sabwia@interia.pl

Opieka pielęgniarska nad pacjentką z toczniem układowym tkanki łącznej na podstawie analizy przypadku

Dorota Glenc¹, Teresa Niechwiadowicz-Czapka²

¹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu

² Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU) jest przewlekłą chorobą zapalną, u podłoża której leży proces autoimmunizacji. Cechą charakterystyczną tej jednostki klinicznej jest wieloczynnikowa etiologia oraz zróżnicowane objawy kliniczne. W przebiegu tego schorzenia dochodzi do zajęcia wielu tkanek i narządów. Najczęściej toczeń manifestuje się objawami ze strony takich układów jak: mięśniowo-szkieletowy, krwiotwórczy, sercowo-naczyniowy. Ponadto występują zmiany patologiczne w obrębie nerek i skóry. Przebieg choroby w zależności od manifestowanych objawów podzielono dwie fazy: zaostrzenia oraz remisji. W zależności od nasilenia obrazu klinicznego może przyjmować postać łagodną lub zagrażającą życiu [1,2].

Kluczową rolę w etiopatogenezie odgrywa korelacja czynników genetycznych, środowiskowych, hormonalnych oraz immunologiczno-zapalnych, określanym mianem „mozaiki etiopatogenetycznej” [3].

Kardynalną rolę w patogenezie choroby odgrywają żeńskie hormony płciowe, takie jak estrogeny i prolaktyna. Nasilenie objawów TRU jest wprost proporcjonalne do poziomu estrogenów we krwi. I tak, zaostrzenie objawów obserwuje się podczas owulacji, w przebiegu ciąży, jak również podczas prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej lub stosowania estrogenowych środków antykoncepcyjnych. Wzrost stężenia prolaktyny warunkuje obecność antykoagulantu toczniowego i powoduje trudności w utrzymaniu ciąży [4].

Kolejną składową „mozaiki etiopatogenetycznej” są czynniki środowiskowe, wśród których wyróżniamy: ekspozycję na światło słoneczne, niedobór witami-

ny D, infekcje, szczepienia ochronne, leki, nikotynizm, środowisko *in utero*, czynniki chemiczne, socjoekonomiczne oraz psychospołeczne. U 10–50% chorych na TRU występuje natężenie zmian skórnych po ekspozycji na światło słoneczne. Promienie słoneczne powodują powstawanie nieprawidłowych połączeń między DNA a białkami (tak zwanych adduktów), doprowadzając do ich zwiększonej immunogenności. W wyniku wzmożonej apoptozy keratynocytów dochodzi do uwolnienia z obumierających komórek materiału genetycznego, który stymuluje wytwarzanie cytokin prozapalnych. W wyniku mniejszej ekspozycji na światło słoneczne obniża się poziom witaminy D, której niedobór powoduje zachwianie odpowiedzi immunologicznej [4].

Według danych epidemiologicznych w Europie Północnej częstość zachorowania wynosi 40 na 100 000 osób [5].

Obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne TRU obejmują 11 komponentów. Aby rozpoznać tę chorobę, muszą wystąpić co najmniej 4 z 11 kryteriów, przy czym istotne jest spełnienie przynajmniej jednego kryterium immunologicznego [6].

Kluczowym celem działań pielęgniarских jest poprawa jakości życia chorego na wszystkich płaszczyznach jego funkcjonowania. Do głównych zadań pielęgniarки w opiece nad pacjentem z toczniem zaliczamy:

- złagodzenie dolegliwości bólowych (poprzez stosowanie farmakoterapii oraz zabiegów fizykalnych),
- pomoc w zaspokajaniu potrzeb higienicznych,
- przeciwdziałanie przykurczom stawów,
- dbałość o odpowiedni stan odżywienia,
- udział w diagnostyce i leczeniu,
- edukację pacjenta oraz jego rodziny,
- aktywizację chorego,
- wsparcie psychiczne,
- obserwację stanu chorego (pod kątem nasilenia objawów chorobowych, ocena wpływu stosowanej farmakoterapii na stan chorej),
- przygotowanie pacjenta do niepełnosprawności.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania nad pacjentką z toczniem układowym tkanki łącznej na podstawie analizy przypadku.

Materiał i metody

W materiale posłużono się metodą indywidualnego przypadku. W celu zebrania potrzebnych do opracowania procesu pielęgnowania informacji zastosowano wywiad, wykorzystano udostępnioną przez pacjentkę dokumentację medyczną oraz

obserwację ukierunkowaną na zmiany patologiczne, zachowanie chorej, mowę ciała i mimikę twarzy, aktywność życiową pacjentki.

Badania prowadzono w okresie od listopada 2015 roku do stycznia 2016 roku w środowisku domowym pacjentki.

Opis przypadku

Kobieta, 46 lat, absolwentka studiów ekonomicznych, pracująca jako urzędniczka. Pali papierosy (8–10 sztuk dziennie). Wywiad rodzinny – babcia kobiety chorowała na RZS. Pacjentka od najmłodszych lat prowadziła aktywny tryb życia, nie unikała ekspozycji na światło słoneczne. W dzieciństwie i młodości chorowała rzadko. Pacjentka ma za sobą kilka samoistnych poronień.

Wiosną roku 2004 pacjentka, z silnym bólem stawów nadgarstkowych, kolanowych i drobnych stawów rąk oraz zmianami skórnymi obejmującymi twarz i tułów, została skierowana do poradni reumatologicznej, gdzie wykonano RTG stawów. W badaniach laboratoryjnych: podwyższone OB, leukopenia, podwyższony poziom przeciwciał ANA, antykoagulant toczniowy. Wg kryteriów przyjętych przez *American College of Rheumatology* zdiagnozowano tocznię układowy tkanki łącznej. Po rozpoznaniu jednostki chorobowej zostały zlecone dalsze badania oraz konsultacje specjalistyczne w celu oceny stopnia zaawansowania choroby i zajęcia poszczególnych narządów.

Opisywana jednostka kliniczna, podobnie jak u większości chorych, w tym przypadku również przebiegała z okresami zaostrzeń i remisji. Przez kilkanaście lat trwania choroby wielokrotnie modyfikowano farmakoterapię. Okresy zaostrzenia cechowała różnorodność manifestowanych objawów. Nie doszło jednak do uszkodzenia narządów wewnętrznych. Terapia tocznia w dużej mierze opierała się na stosowaniu glikokortykosteroidów.

W okresie prowadzonych badań wystąpiło zaostrzenie procesu chorobowego. Zaobserwowano utratę masy ciała, gorączkę, zaczerwienienie, obrzęk oraz upośledzenie ruchomości stawów. Pacjentka odczuwała silny ból stawów (głównie palców rąk połączony z objawem Raynauda). Na twarzy, tułowie pojawiły się zmiany obrzękowe przypominające łuszczycę skóry. Ponadto kobieta narzekała na dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Kolejną dolegliwością były zaburzenia rytmu dnia i nocy.

Ból i gorączka uniemożliwiają kobiecie wykonywanie czynności życia codziennego, w tym również wykonywanie czynności zawodowych. Schorzenie sprawia, że chora jest wyłączona tymczasowo z pełnionych ról społecznych. Ze względu na zmiany skórne i społeczną stygmatyzację wpływającą negatywnie na stan psychiczny, kobieta wyraża niechęć do kontaktów z ludźmi.

Pacjentka obawia się, że choroba w przyszłości doprowadzi ją do całkowitej niepełnosprawności i zupełnie uniemożliwi wykonywanie ról społecznych. Faza zaostrzenia sprawia, że kobieta jest zdezorientowana, płaczliwa oraz apatyczna. Spę-

dzanie większości czasu w domu wzmacnia w niej poczucie bezradności oraz powoduje frustrację. Z relacji pacjentki wynika, że jakość jej życia w fazie zaostrzenia znacznie się obniża. Wymaga wsparcia psychicznego: podnoszenia poczucia własnej wartości i nadawania sensu egzystencji.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska: Ból i obrzęk stawów z powodu zaostrzenia procesu chorobowego.

Cel opieki: Zniwelowanie bólu i obrzęku stawów.

Interwencje:

- ocena charakteru, nasilenia bólu,
- identyfikacja oraz zmniejszenie ekspozycji na bodźce nasilające dolegliwości bólowe,
- podaż leków przeciwbólowych wg zlecenia lekarskiego,
- stosowanie metod fizykalnych – zimno,
- zachęcanie do wykonywania ćwiczeń izometrycznych,
- stosowanie udogodnień,
- wsparcie psychiczne.

Ocena i realizacja: Wykonano gimnastykę oddechową oraz ćwiczenia izometryczne. Dokonano oceny nasilenia bólu w skali VAS (3 pkt). Zidentyfikowano czynniki nasilające ból (pozycja stojąca oraz nadmiar kofeiny). W miarę możliwości wyeliminowano te czynniki. Podano Metypred zgodnie ze zleceniem lekarza (16 mg; rano i wieczorem). Nasilenie bólu nieznacznie zredukowano.

Diagnoza pielęgnarska: Gorączka (38,3°C), zwiększona potliwość i ogólne osłabienie organizmu z powodu zaostrzenia procesu chorobowego.

Cel opieki: Normalizacja temperatury, poprawa samopoczucia.

Interwencje:

- obserwacja pacjenta, monitorowanie temperatury ciała, ciśnienia tętniczego i tętna,
- zaaplikowanie leków przeciwgorączkowych,
- dopajanie chorej,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- stworzenie odpowiednich warunków odpoczynku i snu (cisza, spokój, przewietrzona pomieszczenie, lekkie okrycie).

Ocena i realizacja: Dokonano pomiaru parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi 135/85 mmHg, tętno: 72 uderzenia/minutę). Zastosowano zimne okłady. Przewietrzono pomieszczenie oraz zapewniono ciszę i spokój. Asystowano przy zmianie bielizny osobistej i pościelowej. Podano dużą ilość płynów do picia (2,5 l/ dobę). W efekcie zredukowano temperaturę ciała (36,9°C).

Diagnoza pielęgniarska: Trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych z powodu bólu i obrzęku stawów.

Cel opieki: Wyeliminowanie trudności/zwiększenie samodzielności pacjentki.

Interwencje:

- ocena deficytu samoopieki oraz jego kompensacja w zakresie koniecznym (asystowanie/pomoc w zakresie koniecznym w toalecie, ubieraniu),
- zaopatrzenie w sprzęt ułatwiający samoobsługę (sztucze z pogrubioną rączką, łyżka do butów z długą rączką),
- prowadzenie rehabilitacji ruchowej.

Ocena i realizacja: Pacjentka wymaga asystowania i pomocy w toalecie, ubieraniu, przemieszczaniu (częściowo – kompensacyjny model opieki pielęgniarskiej). Zaproponowano zakup sprzętu ułatwiającego wykonywanie czynności samoobsługowych (zakładanie butów, spożywanie posiłków). Wykonano ćwiczenia izometryczne. Trudności i ograniczenia związane z samoobsługą częściowo wyeliminowano, co zwiększyło samodzielność pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska: Dyskomfort i obniżona samoocena z powodu wystąpienia zmian skórnych.

Cel opieki: Poprawa nastroju i podwyższenie samooceny pacjentki.

Interwencje:

- obserwacja zachowania i nastroju pacjentki,
- wsparcie psychiczne,
- cierpliwość, empatia w kontakcie z chorą,
- współpraca z rodziną w organizacji czasu wolnego.

Ocena i realizacja: Nastrój pacjentki obniżony. Nawiązano kontakt terapeutyczny. Podjęto współpracę z rodziną. Mimo zastosowanych działań, samoocena pacjentki w dalszym ciągu obniżona.

Diagnoza pielęgniarska: Dolegliwości dyspeptyczne.

Cel opieki: Złagodzenie dolegliwości dyspeptycznych.

Interwencje:

- dobór techniki spożywania posiłków w zależności od stanu pacjentki (przyjmowanie małych ilości pokarmu, powoli, bez pośpiechu),
- zalecenie diety lekkostrawnej,
- dbałość o odpowiednią konsystencję pokarmów (eliminowanie pokarmów twardych, powodujących dysfagię),
- dbałość o estetykę, różnorodność spożywanych pokarmów i odpowiednie warunki spożywania posiłków,
- podaż leków zgodnie z zaleceniem lekarza.

Ocena i realizacja: Pokarm podawano w małych ilościach. Zalecono spożywanie pokarmów lekkostrawnych i zadbano o odpowiednią estetykę spożywania po-

siłków. Podano Controlloc zgodnie ze zleceniem lekarskim (20 mg, raz dziennie). Mimo zastosowanych interwencji dolegliwości nie ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu terapii glikokortykosteroidami.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Interwencje:

- obserwacja pod kątem wystąpienia działań niepożądanych terapii (krwawienia z przewodu pokarmowego, obrzęki, zmiany nastroju),
- regularny pomiar ciśnienia krwi, poziomu glukozy, ciężaru ciała,
- wzbogacanie diety w wapń (mleko, przetwory mleczne) oraz produkty ułatwiające wchłanianie wapnia (ryby morskie, otręby pszenne).

Ocena i realizacja: Dokonano pomiaru parametrów życiowych oraz poziomu glikemii (poziom glikemii na czczo po modyfikacji terapii: 90 mg%). Zalecono pacjentce ćwiczenia ogólnousprawniające. Wprowadzono dietę bogatą w wapń oraz produkty ułatwiające wchłanianie wapnia (ryby morskie, otręby pszenne). Poinformowano chorą o konieczności obserwacji ewentualnych objawów krwawienia z przewodu pokarmowego. Nie zaobserwowano powikłań terapii steroidowej (krwawień, obrzęków).

Diagnoza pielęgniarska: Lęk przed utratą sprawności fizycznej z powodu postępu choroby.

Cel opieki: Zniwelowanie/zmniejszenie lęku.

Interwencje:

- podtrzymywanie kontaktu terapeutycznego poprzez aktywne słuchanie, podkreślanie postępów w rehabilitacji,
- motywowanie do utrzymywania kontaktu z rodziną i znajomymi, udział w spotkaniach grup wsparcia.

Ocena i realizacja: Nawiązano kontakt terapeutyczny. Podkreślano postępy chorej w rehabilitacji. Udzielono informacji na temat grup wsparcia oraz podano zalety uczestnictwa w spotkaniach tych grup. Częściowo zniwelowano lęk i niepokój chorej.

Diagnoza pielęgniarska: Poczucie izolacji społecznej.

Cel opieki: Adaptacja do zaistniałej sytuacji. Ułatwienie kontaktów z ludźmi.

Interwencje:

- rozmowa z chorą i jej rodziną,
- określenie przyczyn izolacji społecznej,
- poinformowanie o działających w regionie grupach wsparcia i stowarzyszeniach dla osób z chorobami narządu ruchu,
- zachęcenie do kontaktów z rodziną i znajomymi,

- umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Ocena i realizacja: Poinformowano pacjentkę o działających w regionie grupach wsparcia. Określono przyczynę izolacji (zmiany skórne oraz niska samoocena). Zaproponowano kontakt z psychologiem. Pacjentka w dalszym ciągu trudno adaptuje się do obecnej sytuacji.

Diagnoza pielęgniarska: Zaburzenia rytmu snu i czuwania.

Cel opieki: Stabilizacja rytmu dnia i nocy.

Interwencje:

- zapewnienie aktywności w ciągu dnia,
- sugerowanie chorej regularnego udawania się na spoczynek,
- unikanie spożywania przed snem ciężkostrawnych posiłków,
- eliminowanie czynników rozpraszających (światło, hałas),
- stosowanie technik relaksacyjnych przed snem.

Ocena i realizacja: Rozpoznano przyczynę zaburzeń snu (stres oraz dolegliwości bólowe). Zapewniono aktywność w ciągu dnia oraz zasugerowano chorej regularne udawanie się na spoczynek. Podawano leki przeciwbólowe zgodnie z zaleceniami. Rytm dnia i nocy ustabilizował się, pacjentka jest bardziej aktywna w ciągu dnia, w nocy lepiej śpi.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia zmian w kończynach z powodu niedokrwienia (objaw Raynauda).

Cel opieki: Zapobieganie stanom niedokrwienia.

Interwencje:

- minimalizowanie ekspozycji na zimno,
- wyeliminowanie czynników powodujących skurcz naczyń (tytoń, napoje z kofeiną),
- edukacja pacjenta w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia objawu Raynauda.

Ocena i realizacja: Zminimalizowano ekspozycję na czynniki powodujące skurcz naczyń. Podjęto edukację pacjentki, która zdaje sobie sprawę z konieczności rzucenia palenia, podjęła próbę rzucenia palenia papierosów. Nie wyeliminowano objawu Raynauda, zmniejszono częstotliwość jego występowania.

Dyskusja

Głównymi problemami opisywanej pacjentki są ból i obrzęk stawów, wynikające z tego trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych oraz obniżona samoocena spowodowana zmianami skórnymi. Pielęgniarka powinna wykazać się znajomością projektu leczenia oraz planu rehabilitacji, ponieważ uczestniczy w pracy zespołu terapeutycznego.

W badaniach przeprowadzonych przez Zalewską-Puchałę J. i wsp. u 87% badanych chorych z toczniem występują ból i obrzęki stawów, a dla 76,6% problemem są zmiany skórne powodujące kłopoty emocjonalne. Ponadto do najczęstszych objawów ankietowani zaliczyli osłabienie, zmęczenie oraz senność. Dane opublikowane w wymienionym wcześniej artykule nie potwierdzają również, aby podwyższona temperatura ciała oraz dolegliwości dyspeptyczne stanowiły znaczący problem dla pacjentów. 47,8 % respondentek, podobnie jak w opisywanym przypadku, miało trudności z zajściem w ciążę, a 13,6% poroniło [7]. Autorka powyższej pracy postanowiła odnieść badanie własne do badań uzyskanych przez Daniluk A.E. i wsp. dotyczących jakości życia 21-letniej pacjentki chorującej na tocznię. Z przeprowadzonej analizy wynika, że ból i obrzęki stawów stanowią pierwszorzędowy problem. Tego samego zdania jest Daniluk A.E., której wyniki badań wskazują, że kardynalny wpływ na funkcjonowanie pacjentki miał ból. Wyniki badań własnych wskazują, że obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia i niekorzystnymi diagnozami jest problemem, ale występuje znacznie dalej w hierarchii ważności, aniżeli u Daniluk A.E. [8].

Wnioski

1. Pielęgniarka dostosowuje opiekę do fazy jednostki chorobowej.
2. Główne dolegliwości fazy zaostrezenia procesu chorobowego to ból i obrzęk stawów, obniżona samoocena oraz lęk przed niepełnosprawnością.
3. Pielęgniarka powinna edukować pacjenta/rodzinę w zakresie istoty choroby, czynników nasilających występowanie objawów, modyfikacji stylu życia.
4. Steroidoterapia może generować wielość powikłań, które pielęgniarka powinna uwzględnić w procesie pielęgnowania.

Bibliografia

1. Fischer KM, Brzosko M. Toczeń rumieniowaty układowy, podgrupy kliniczne tocznia, zespół antyfosfolipidowy. W: Samborski W, Brzosko M, red. *Reumatologia praktyczna*. Kraków: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska; 2011: 135–164.
2. Kwiatkowska B, Raciborski F, Maślińska M, et al. *Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacja zmian*. Warszawa: Instytut reumatologii w Warszawie; 2014: 38.
3. Jędryka-Góral A. Znaczenie czynników środowiskowych w etiologii tocznia rumieniowatego układowego. *Reumatologia* 2013; 51(1): 26–30.
4. Klonowska-Szymczyk A, Robak E. Współczesne poglądy na etiopatogenezę układowego tocznia rumieniowatego. *Postep Hig Med Dosw* 2011; 65: 683–703.

5. Narbutt J. Nowe perspektywy leczenia toczenia rumieniowatego układowego. *Prz Dermatol* 2012; 99: 125–136.
6. Wisłowska M, Trefler J. *Reumatologia dla studentów*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2013: 74–85.
7. Zalewska-Puchała J, Nowakowska M, Majda A, et al. Jakość życia chorych na toczeń rumieniowaty układowy. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 202–208.
8. Daniluk AE, Stępień-Słodkowska M, Kaczmarczyk M. Jakość życia pacjentki z toczeniem rumieniowatym układowym. *J Health Sci* 2014; 13(3): 26–32.

Adres do korespondencji:

mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Kierunek Pielęgniarstwo
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 28
e-mail: niechwiadowiczt@wsm.opole.pl

MARSI – uszkodzenia skóry powstałe w wyniku stosowania materiałów przyklepanych

Joanna Rudek

3M Polska, Healthcare Business Group, Medical Solutions Division

Uszkodzenia skóry typu MARSI (z ang. MARSI – *Medical Adhesive-Related Skin Injuries*) są powszechnie występującym i poważnym powikłaniem obecnym we wszystkich typach zakładów opieki zdrowotnej oraz w każdej grupie wiekowej. W Polsce liczba zgłaszanych przypadków takich uszkodzeń jest znikoma, nie są one również kwalifikowane jako zdarzenie niepożądane, dlatego też trudno określić dokładną częstość występowania oraz skutki finansowe.

Bezpieczeństwo pacjenta oraz skuteczność pielęgnacji i leczenia można poprawić. Ważne jest zwiększenie świadomości problemu uszkodzeń skóry typu MARSI, edukacja oraz wdrożenie wytycznych profilaktyki do codziennej praktyki.

Czym są MARSI? To uszkodzenia skóry powstałe w wyniku stosowania przyklepanych medycznych, objawiające się wystąpieniem rumieni i/lub innych zmian skórnych, takich jak: pęcherzyki, pęcherze, przerwania ciągłości skóry, utrzymujących się co najmniej 30 minut od chwili zdjęcia plastra.

Patofizjologia urazów typu MARSI jest zrozumiała tylko częściowo. Uszkodzenie skóry występuje, gdy połączenie skóry z klejem jest mocniejsze od spójności poszczególnych warstw skóry. W wyniku działania mocnego kleju, warstwy naskórka oddzielają się od skóry właściwej. Nawet jeśli nie ma widocznego urazu, odklejanie przyklepanych medycznych zazwyczaj skutkuje oderwaniem różnej ilości warstwy naskórka, a częste przyklejanie i odklejanie przyklepanca w tym samym miejscu osłabia funkcję barierową skóry, powodując stany zapalne oraz upośledzenie gojenia się ran.

Czynniki mające wpływ na ryzyko uszkodzenia skóry dzielimy na dwie grupy: czynniki wewnętrzne oraz zewnętrzne.

Do czynników wewnętrznych zaliczamy:

- skrajny wiek pacjenta (wcześniaki oraz osoby w wieku podeszłym),
- rasę/pochodzenie etniczne,

- dolegliwości i schorzenia dermatologiczne, tj. wypryski, zapalenie skóry, pęcherzowe oddzielanie się naskórka,
- choroby współistniejące, m.in.: cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność żylną, immunosupresję,
- niedożywienie,
- odwodnienie.

Do czynników zewnętrznych zaliczamy:

- wysuszenie skóry,
- długi i/lub częsty kontakt z wilgocią,
- przyjmowanie niektórych leków (środki przeciwzapalne, leki przeciwzakrzepowe, środki chemioterapeutyczne, długotrwałe stosowanie kortykosteroidów),
- radioterapię,
- foto-uszkodzenia,
- niewłaściwe techniki w aplikacji i odklejania przylepców oraz niewłaściwy dobór przylepca,
- wielokrotną aplikację przylepców w tym samym miejscu.

Podczas dokonywania codziennej oceny stanu pacjenta ważne jest, aby szczególną uwagę zwracać na stan skóry. Skóra człowieka pełni wiele istotnych funkcji, jedną z ważniejszych jest funkcja ochronna. Zdrowa skóra chroni organizm człowieka przed czynnikami zewnętrznymi, w tym możliwością wystąpienia zakażeń. Oceniając stan skóry pod kątem uszkodzeń spowodowanych materiałami przylepnymi należy unikać stwierdzenia typu: „odparzenie spowodowane przylepcem”. Ważne jest rozpoznanie oraz definiowanie uszkodzeń skóry typu MARSI.

Wyróżniamy następujące uszkodzenia:

1. mechaniczne, do których zaliczamy: zderzenie naskórka, uszkodzenia powstałe w wyniku naprężenia lub pęcherze, rozdarcie skóry;
2. zapalenie skóry, w tym kontaktowe zapalenie skóry oraz alergiczne zapalenie skóry;
3. inne, takie jak: maceracja oraz zapalenie mieszków włosowych.

Zderzenie skóry (naskórka) to zerwanie jednej lub większej liczby warstw komórek warstwy rogowej naskórka. Ten rodzaj uszkodzenia występuje po odklejeniu przylepca lub opatrunku; zmiany zazwyczaj są płytkie, o nieregularnym kształcie. Skóra wygląda jak błyszcząca, otwartym zmianom może towarzyszyć rumień i powstawanie pęcherzy.

Urazy powstałe w wyniku naprężenia lub pęcherze to uszkodzenie polegające na oddzielaniu się naskórka od skóry właściwej, spowodowane przez siłę rozdzielającą, np. w przypadku obrzęku pod przylepcem lub opatrunkiem, nieprawidłową technikę aplikacji przylepca. Uszkodzenia powstają najczęściej na brzegach przylepca.

Kolejnym uszkodzeniem jest rozdarcie skóry czyli przerwanie ciągłości. Rana powstaje na skutek ścięcia, ścierania i/lub niewielkiego nacisku prowadzącego do oddzielania warstw skóry; może obejmować część lub całą głębokość skóry.

Kontaktowe zapalenie skóry jest reakcją niealergiczną, najczęściej powstaje w wyniku działania środka chemicznego. Na skórze pojawia się obrzęk oraz zaczerwienienie tylko w miejscu zetknięcia się przylepca medycznego ze skórą. Reakcja zazwyczaj trwa krótko.

Immunologiczną odpowiedzią komórkową na składniki kleju i/lub podłoża przylepca jest alergiczne zapalenie skóry. Skóra jest zaczerwieniona nie tylko w miejscu założenia przylepca, ale również wokół niego. Taka reakcja utrzymuje się do tygodnia.

Do grupy innych uszkodzeń skóry typu MARSİ zaliczamy maceracje. Maceracja spowodowana jest długotrwałym kontaktem skóry z wilgocią. Skóra jest pomarszczona, najczęściej o białym kolorze. Zmiękczenie skóry przez wilgoć skutkuje zwiększoną przepuszczalnością oraz podatnością na uszkodzenia w wyniku tarcia i środków drażniących. Zmacerowana skóra jest łatwą drogą do wnikania bakterii.

Ostatnim rodzajem uszkodzeń skóry jest zapalenie mieszków włosowych. Spowodowane jest najczęściej goleniem pacjenta. W czasie golenia dochodzi do uszkodzenia mieszków włosowych. Zapalenie mieszków włosowych charakteryzuje się pojawieniem nieropiejących grudek lub zawierających wydzielinę ropną krostek.

Aby zapobiegać uszkodzeniom skóry spowodowanych przez materiały przyklepne, należy przede wszystkim zidentyfikować pacjentów, u których występuje ryzyko urazów MARSİ, a także wdrożyć profilaktykę.

W profilaktyce tej najważniejsze są cztery kroki:

1. wybór odpowiedniego przylepca medycznego,
2. prawidłowo przygotowana skóra do założenia przylepca,
3. poprawna technika aplikacji przylepca,
4. prawidłowa technika usuwania przylepca.

Wybierając przyklepiec medyczny, warto się zastanowić, w jakim celu chcemy go użyć i dla jakiego pacjenta. Przyklepców medycznych jest wiele rodzajów o różnej budowie i różnym zastosowaniu. W budowie przylepca ważne są dwa elementy: rodzaj kleju i podłoża. Najbardziej popularne kleje w przyklepcach medycznych:

- lateksowy/kauczukowy, rzadko obecnie stosowane ze względu na częste reakcje alergiczne;
- akrylowy, obecnie najczęściej stosowany, bezpieczny przy aplikacji, hypoalergiczny;
- silikonowy, to najnowsza klasa przyklepców, bardzo delikatna dla skóry, uczulenia występują bardzo rzadko.

Przyklepiec z klejem akrylowym po zastosowaniu początkowo przylega do komórek skóry położonych najbliższej powierzchni kleju, pozostawiając niewielkie przerwy. Z czasem klej wypełnia przerwy i zaczyna działać mocniej, silniej przylegając do skóry. Wybór przylepca na bazie kleju akrylowego jest optymalnym rozwiązaniem w przypadkach wymagających trwalszego i dłuższego zabezpieczenia.

Przylepiec z klejem silikonowym natychmiast po zastosowaniu dopasowuje się do nierównych powierzchni skóry i działa przez cały czas stosowania plastra. Przylepce z klejem silikonowym tworzą mniejsze napięcie na powierzchni, dlatego też wybierane są dla pacjentów z delikatną skórą narażoną na uszkodzenia lub w przypadku, kiedy wymagana jest częstsza zmiana opatrunków. Zaletą przylepców na bazie kleju silikonowego jest to, że są one repozycjonowane. Można je odklejać i przyklejać wielokrotnie.

Oprócz rodzaju kleju istotne jest również podłoże przylepca chirurgicznego. Wyodróżniamy przylepce wykonane z miękkiej włókniny, jedwabiu, folii, przylepce papierowe, piankowe, tradycyjnie tkane.

Zagadnienia, które należy brać pod uwagę, dokonując wyboru przylepców medycznych, przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Zagadnienia, które należy brać pod uwagę podczas dokonywania wyboru przylepców medycznych

Co jest zabezpieczane?	
Zabezpieczany element	Zalecany przylepiec
Przewody i urządzenia o znaczeniu krytycznym	Przylepiec z włókniny o jedwabistej fakturze zapewnia mocne i pewne mocowanie. <ul style="list-style-type: none"> - Dobrze dopasowuje się do wyprofilowanych powierzchni. - Wytrzymały materiał odporny jest na rozciąganie. - Łatwe odrywanie.
Standardowe zmiany opatrunku	Przylepiec włókninowy o porowatej strukturze pozwala skórze oddychać, pomaga zachować integralność skóry. <ul style="list-style-type: none"> - Rozciąga się w płaszczyźnie poziomej i ukośnej dostosowując się do obrzęku w ranie. - Dostosowuje się do takich powierzchni jak: kolana, łokcie. <p>Przylepiec chirurgiczny włókninowy perforowany, delikatny dla skóry.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Łatwe odrywanie w obu kierunkach bez użycia nożyczek. - Pewne mocowanie opatrunków i urządzeń. <p>Przylepiec o podłożu papierowym.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delikatny, oddychający, do skóry wrażliwej. - Możliwość przyklejenia do skóry wilgotnej.

Tabela 1. (cd.)

Gdzie będzie aplikowany przylepiec?	
Miejsce	Zalecany przylepiec
Wyprofilowane powierzchnie. Obszary narażone na zmianę kierunku ruchu, nacisk, obrzęki.	Przylepiec włókninowy o porowatej strukturze pozwala skórze oddychać, pomaga zachować integralność skóry. <ul style="list-style-type: none"> – Rozciąga się w płaszczyźnie poziomej i ukośnej, dostosowując się do obrzęku w ranie. – Dostosowuje się do takich powierzchni, jak kolana, łokcie. Przylepiec piankowy. <ul style="list-style-type: none"> – Rozciągliwy we wszystkich kierunkach, dostosowując się do rozmiaru obrzęku. – Delikatne i pewne przyleganie do powierzchni wyprofilowanych.
Jaki jest stan zdrowia skóry pacjenta?	
Rodzaj skóry	Zalecany przylepiec
Skóra delikatna, narażona na uszkodzenia	Przylepiec silikonowy. <ul style="list-style-type: none"> – Delikatny, dobrze przylegający. – Łatwa aplikacja i usuwanie.
Skóra sucha	Wykonany z perforowanej folii. <ul style="list-style-type: none"> – Łatwy do dzielenia wzdłuż i w poprzek bez użycia nożyczek. – Pewne mocowanie opatrunków i urządzeń.
Skóra wilgotna	Przylepiec o podłożu papierowym. <ul style="list-style-type: none"> – Delikatny, oddychający do skóry wrażliwej. – Możliwość przyklejenia do skóry wilgotnej.

Drugim krokiem w profilaktyce uszkodzeń skóry MARSI jest odpowiednie przygotowanie skóry. Przed założeniem przylepca skóra powinna być czysta oraz sucha. Jeśli wcześniej skóra została zdezynfekowana, przed założeniem przylepca należy poczekać, aż środek dezynfekujący odparuje. U pacjentów obficie owłosionych należy usunąć owłosienie, stosując strzygarki z jednorazowym ostrzem. W przypadku gdy skóra jest już uszkodzona, należy zastosować preparaty barierowe tworzące ochronną błonę pomiędzy skórą a warstwą klejącą przylepca. Do najbardziej popularnych należą płynne błony barierowe. Po zaaplikowaniu na skórę tworzą przezroczystą, oddychającą powłokę.

Odpowiednia technika aplikacji oraz zdejmowania przylepców to kolejny krok mający znaczenie w profilaktyce uszkodzeń skóry.

Zasady prawidłowej aplikacji:

- Aplikować materiały przylepne bez ich naprężania, naciągania lub rozciągania.
- Wygładzić i delikatnie opuszkami palców docisnąć przylepiec do skóry
- Naklejając przylepiec, unikać dotykania warstwy klejącej, aby zapewnić jak najlepsze działanie kleju.
- Unikać przerw i zagięć, aby pod przylepiec nie dostała się wilgoć.
- Nie owijać szczelnie przylepcem kończyny.
- Stosować delikatne, rozciągliwe przylepce, jeżeli przewidywana jest możliwość powstania obrzęku lub ruch, biorąc pod uwagę przy mocowaniu kierunek, w którym rozciąganie ma przebiegać.

W przypadku mocowania drenów, rurek do skóry pacjenta praktyczne są dwie techniki: Omega oraz Chevron.

Technika Omega to optymalna technika zabezpieczająca i zmniejszająca ewentualne ciśnienie powstałe pod rurką:

- Umieścić przylepiec centralnie na drenem; owinąć dren przylepcem.
- W miejscu, w którym boki przylepca zetkną się pod drenem, ścisnąć przylepiec palcami, zostawiając niewielki fragment sklejonego przylepca.
- Resztę boków przylepca przykleić do skóry.

Technika Chevron pozwala na utrzymanie rurki/drenu w jednym miejscu: najbardziej skuteczna przy zastosowaniu cienkich paseczków przylepca lub przylepców dobrze przylegających:

- Umieścić przylepiec centralnie pod drenem, warstwą przylepną do góry.
- Przełożyć jeden bok przylepca skośnie nad drenem i przykleić do skóry.
- Powtórzyć krok dla drugiego boku przylepca.

Zdejmowanie przylepca ma kluczowe znaczenie w redukcji uszkodzeń skóry MARSI. Najistotniejsze wskazówki to:

- Poluzować brzegi przylepca.
- W celu łatwiejszego odklejania doczepić oddzielny, cienki kawałek przylepca do rogu przylepca, który na zostać odklejony. Posłuży to za uchwyt, za pomocą którego uniesiemy brzeg przyklejonego przylepca.
- Odklejając przylepiec, jednym palcem podtrzymać skórę wzdłuż linii oklejonego przylepca.
- Przylepiec usuwamy ze skóry, stosując zasadę „nisko i powoli” (z ang. *Low and Slow*). Przylepiec usuwamy nisko przy skórze, powoli oraz zgodnie z kierunkiem wzrostu owłosienia.
- Pociągnięcie przylepca pod kątem prostym do skóry spowoduje pociągnięcie naskórka, a tym samym zwiększa ryzyko uszkodzeń skóry typu MARSI.
- W miarę odklejania przylepca, przytrzymywać skórę wzdłuż linii odklejonego fragmentu.

Uszkodzenia skóry typu MARSI mogą dotyczyć pacjentów we wszystkich grupach wiekowych. Pielęgnacja skóry jest istotnym elementem opieki nad pacjentem. Ważna jest świadomość uszkodzeń skóry typu MARSI. Znajomość rodzajów uszkodzeń skóry, dobór odpowiedniego kleju medycznego, prawidłowe przygotowanie skóry oraz aplikacja i zdejmowanie klejów może pomóc ograniczyć występowanie MARSI.

Bibliografia

1. Praca powstała w oparciu o dokument: Medyczne materiały przylepne a bezpieczeństwo pacjentów. Stan nauki. Uzgodnienia konsensusu dotyczące oceny, profilaktyki oraz leczenia uszkodzeń skóry związanych ze stosowaniem materiałów przylepnych: Laurie McNichol, Carolyn Lund, Ted Rosen, Mikel Gray
2. *MARSI – wiedza na temat uszkodzeń skóry powstałych w wyniku stosowania klejów medycznych oraz zapobieganie ich powstawaniu* [online]. Dostępny na URL: <http://multimedia.3m.com/mws/media/1277327O/marsi-medical-adhesive.pdf> [cyt. 2.04.2019].

Adres do korespondencji:

Joanna Rudek
3M Poland Sp.z o.o.,
Al. Katowicka 117, Kajetany, 05-830 Nadarzyn
tel. 696 455 960
e-mail: jlrudek@mmm.com

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niewydolnością nerek. Opis przypadku

Anna Żurakowska¹, Renata Widziak²

¹ Oddział Psychiatrii B,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi Śląskiej w Opolu

² Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Ostra niewydolność nerek dotyka coraz większej liczby ludzi, wielokrotnie ostra niewydolność nerek przeistacza się w formę przewlekłą i wymaga leczenia dializami.

Ostra niewydolność nerek jest stanem upośledzenia pracy nerek, w którym według KDIGO z marca 2012 r. występuje: wzrost stężenia kreatyniny w surowicy krwi o 0,3 mg/dl w ciągu 48 godzin, w ciągu 7 dni dochodzi do 1,5-krotnego wzrostu stężenia kreatyniny oraz diureza jest mniejsza niż 0,5 ml/kg/h przez 6 dni [1,2].

Epidemiologia

W ciągu roku zachorowalność na ostrą niewydolność nerek przekracza 200 os/mln. W oddziałach chorób wewnętrznych niewydolność nerek dotyka ~5% chorych, a z kolei w oddziałach intensywnej opieki medycznej odsetek chorych sięga aż 30% hospitalizowanych [3].

Etiologia

Wiele czynników sprzyja uszkodzeniu nerek, np.:

- podeszły wiek,
- cukrzyca,

- zabiegi operacyjne, w tym kardiochirurgiczne,
- stosowanie leków nefrotoksycznych,
- radiologiczne środki kontrastujące,
- sepsa,
- niewydolność krążenie,
- przewlekłe choroby (nerek, wątroby, płuc) [2,4].

Podział kliniczny

Ostrą niewydolność nerek dzieli się na 3 typy, wyznaczone na podstawie miejsca występowania zaburzenia:

- niewydolność przednerkową,
- niewydolność nerkową,
- niewydolność zanerkową.

Najczęstszym typem choroby jest forma przednerkowa, stanowi ona aż 40–80% wszystkich zachorowań [5,6].

Niewydolność przednerkowa – najczęściej jej przyczyną jest upośledzona perfuzja nerek [1,7]. Jedną z najczęstszych przyczyn powstawania upośledzenia jest hipowolemia, będąca skutkiem np. krwotoku lub utraty płynów przez układ pokarmowy [1,7]. Do stanu hipowolemii doprowadzić może również zbyt mała podaż płynów [8]. Również zaburzenia ogólnoustrojowe, takie jak wstrząs anafilaktyczny lub nefrotoksyczne działanie niektórych leków, mogą spowodować przednerkową niewydolność nerek [8].

Niewydolność nerkowa – inaczej zwana również miąższową. Ta forma ostrej niewydolności nerek stanowi ok. 10–30% wszystkich zachorowań [5,6]. Przyczyną tej formy niewydolności mogą być zmiany zapalne lub niezapalne. Do zapalnych przyczyn należą: choroby pierwotne lub wtórne dotykające kłębuszków nerkowych, ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek lub pierwotne choroby naczyń nerkowych [1,7,8]. Do niezapalnych przyczyn zaliczamy uszkodzenie cewek nerkowych, wywołane zbyt długo trwającą przednerkową niewydolnością nerek [1]. Niejednokrotnie w tym przypadku poprzez niedokrwienie cewek nerkowych dochodzi do ich martwicy [9]. Miąższową niewydolność nerek mogą spowodować nefrotoksyczne substancje egzogenne, np. środki kontrastujące oraz endogenne, jak mioglobina [7,8].

Niewydolność zanerkowa – dotyka 5–15% chorych [5]. Ten typ niewydolności nerkowej powstaje w sytuacji, gdy odpływ moczu jest utrudniony lub niemożliwy [1,8]. Powodem tego może być: zamknięcie cewki moczowej, jednostronne lub obustronne zamknięcie moczowodów [7]. Zamknięcie moczowodów może być spowodowane poprzez: ucisk, naciek nowotworu pęcherza na ujście moczowodów, przerost prostaty, kamice moczowodów [8].

Objawy

Objawy ostrej niewydolności nerek można podzielić na te, które dotyczą ilości oddawanego moczu oraz na ogólne objawy kliniczne.

Objawy dotyczące ilości oddawanego moczu

U połowy pacjentów cierpiących na ostrą niewydolność nerek zauważa się skąpomocz. W tym czasie zwiększa się stężenie kreatyniny oraz mocznika w surowicy krwi chorego. W postaci pozanerkowej może występować bezmocz. U chorujących na ostrą niewydolność nerek bywa, że ilość wydalanego moczu jest prawidłowa lub zwiększa się; taka sytuacja występuje w nerkowej formie niewydolności nerek [1].

Ogólne objawy kliniczne

Występujące objawy związane są z przyczyną ostrej niewydolności nerek. Należą do nich: utrata apetytu, nudności, wymioty, osłabienie [1].

Przebieg choroby

Przebieg ostrej niewydolności nerkowej można podzielić na 4 etapy: wstępny, skąpomoczu, wielomoczu, zdrowienia [1,7].

Etap wstępny – rozpoczyna się w momencie zadziałania czynnika i utrzymuje się aż do momentu uszkodzenia nerek [1,7]. Okres jego trwania zależy od przyczyny ostrej niewydolności nerek; zazwyczaj jest to od kilku do kilkunastu godzin [1,7]. W przypadku, gdy czynnik jest substancją nefrotoksyczną, uszkodzenie nerek następuje w przeciągu kilku minut [1].

Etap skąpomoczu – występuje u ok. połowy chorych i trwa zwykle od 10 do 14 dni [1,7]. Podczas tego etapu wzrasta poziom kreatyniny w surowicy krwi. Na podstawie jej stężenia możemy określić typ niewydolności nerek. Przy wzroście 44–88 μmol w ciągu 24 godzin wskazuje na nerkową postać niewydolności nerek. Mniejszy lub wahający się wzrost kreatyniny występuje w przednerkowej postaci ostrej niewydolności nerek [1,7].

Etap wielomoczu – po okresie bezmoczu przez kilka dni ilość oddawanego moczu znacznie się zwiększa. Okres trwania tego etapu jest proporcjonalny do czasu trwania fazy bezmoczu, przy czym może utrzymywać się do kilku tygodni. W tym czasie ważne jest, aby nie dopuścić do odwodnienia chorego oraz utraty elektrolitów [1,7].

Etap zdrowienia – w tym etapie nerki odzyskują pełną sprawność. Okres ten trwa kilka miesięcy. U niektórych chorych jest to początek przewlekłej postaci niewydolności nerek [1,7].

Diagnostyka

Jako podstawowe badania stosowane w diagnozowaniu ostrej niewydolności nerek uważa się badania laboratoryjne krwi oraz moczu [1,8].

Badanie krwi – w badaniu tym zwracamy uwagę na poziom kreatyniny, mocznika. Określa się tempo ich wzrostu i na podstawie niego określa się stopień niesprawności nerek [1,7]. Podczas badania krwi należy również wykluczyć zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej oraz równowagi kwasowo-zasadowej [9]; w tym celu w badaniu należy zwrócić uwagę na: poziom potasu, wapnia, fosforanów, kwasu moczowego oraz kinazy kreatynowej.

Badanie moczu – w badaniu zwracamy uwagę na gęstość moczu; nie powinna ona przekraczać 1,025 g/ml. Zwiększona gęstość moczu może wskazywać na przednerkową ostrą niewydolność nerek. Izostenuria występuje w postaci nerkowej. Świadczy to o tym, że nerki straciły zdolność zagęszczania moczu. Kolejnym wartym uwagi parametrem jest obecność białka w moczu, zwłaszcza gdy przyczyną niewydolności nerek jest zapalenie nerek. W diagnozie ostrej niewydolności nerek istotne jest również badanie osadu moczu; jego składniki mogą sugerować przyczynę ostrego uszkodzenia nerek [1,7].

Innymi badaniami stosowanymi w diagnostyce ostrego uszkodzenia nerek są:

- USG,
- EKG,
- RTG,
- biopsja nerki [1].

Dzięki właściwej diagnostyce możliwe jest różnicowanie przednerkowej, nerkowej oraz pozanerkowej postaci choroby; jest to niezbędne do podjęcia właściwej formy leczenia choroby.

Leczenie

W leczeniu ostrej niewydolności nerek należy usunąć przyczynę choroby oraz zlikwidować czynniki, które wciąż mogą niekorzystnie działać na nerki, m.in. należy zaprzestać przyjmowania leków nefrotoksycznych.

Sposób leczenia ostrej niewydolności nerek zdeterminowany jest typem niewydolności.

Leczenie niewydolności przednerkowej

Jej najczęstszą przyczyną jest hipowolemia, z tego powodu pierwszym działaniem jest uzupełnienie brakujących płynów, a więc – w zależności od potrzeby – przetoczenie: krwi, soli fizjologicznej, glukozy, krystaloidów lub płynu Ringera. Związane jest to z potrzebą szybkiego zwiększenia objętości wewnątrznaczyniowej.

Szybka reakcja pozwala zapobiec przejściu niewydolności z postaci przednerkowej w nerkową [1,7,8].

Leczenie niewydolności nerkowej

Podobnie jak w przypadku typu przednerkowego, należy w pierwszej kolejności usunąć przyczynę występowania choroby [1]. Chorego z niezapalną niewydolnością nerek należy hospitalizować w celu usunięcia z organizmu substancji nefrotoksycznych [8]. Jeśli u pacjenta występuje skąpomocz, należy być przygotowanym na podanie leków moczopędnych oraz na wprowadzenie leczenia nerkozastępczego. Jeśli nie nastąpi powrót diurezy, nie należy podawać kolejnych dawek diuretyków w obawie przed wystąpieniem objawów ubocznych ich stosowania. Ważne jest, aby w czasie skąpomoczu ograniczyć podaż płynów, by nie doprowadzić do przewodnienia organizmu, a z diety należy wyeliminować potas oraz ograniczyć ilość podawanego białka. Istotne jest kontrolowanie poziomu mocznika, kreatyniny, elektrolitów oraz monitorowanie równowagi kwasowo-zasadowej organizmu nawet do 2 razy w ciągu doby. Ważne jest również kontrolowanie ciśnienia tętniczego krwi, ponieważ nadciśnienie wpływa na uszkodzenie nerek [1,8].

Leczenie niewydolności zanerkowej

Podobnie jak w innych typach niewydolności nerek, podstawą leczenia jest usunięcie czynnika chorobowego uniemożliwiającego oddanie moczu [1]. Niejednokrotnie wiąże się to z wizytą u specjalistów, m.in. nefrologa, urologa, onkologa [8]. W celu opróżnienia pęcherza moczowego stosuje się zakładanie cewnika poprzez cewkę lub nadłonowo oraz nefrostomię przezskórną [8]. W fazie zdrowienia, kiedy ilość oddawanego moczu jest zwiększona, należy uważać, aby nie doszło do odwodnienia chorego; w związku z tym należy zadbać o to, aby chory dostawał odpowiednią ilość płynów doustnie lub dożylnie [1,8].

Hemodializa

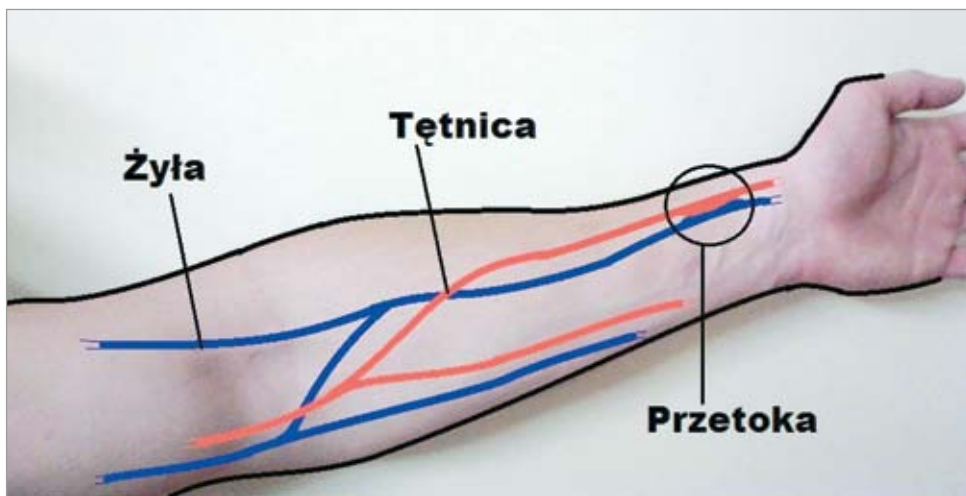
Leczenie nerkozastępcze, mające na celu zastąpienie funkcji nerek podczas ich niewydolności; w tym czasie nerki mają możliwość regeneracji [1]. Hemodializa polega na kilkugodzinnym oddziaływaniu płynu dializacyjnego na osocze krwi [10]. Dializator zbudowany jest z cienkich kapilar, stworzonych z półprzepuszczalnej błony. Są one zanurzone w płynie dializacyjnym. Podczas dializy kapilary napełniają się krwią chorego [9]. Celem hemodializy jest usunięcie z krwi szkodliwych toksyn mocznicowych, wyrównanie elektrolitów, usunięcie nadmiaru wody oraz wyrównanie kwasicy metabolicznej [11]. W tym celu wykorzystywane są dwa zjawiska: dyfuzji i ultrafiltracji [9,10]. Podczas dyfuzji wykorzystywane jest prawo fi-

zykochemiczne gradientu stężeń, w którym cząsteczki dążą do wyrównania stężeń po obu stronach błony [10,12].

Aby przeprowadzić hemodializę, wymagany jest dostęp naczyniowy. Dostęp naczyniowy możemy podzielić na cewniki oraz na przetoki tętniczo-żylne. Przetoki tętniczo-żylne z kolei wytwarzane są z naczyń własnych pacjenta lub naczyń sztucznych. Natomiast cewnik może być założony czasowo, np. podczas dojrzewania przetoki lub na stałe [12].

Przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych

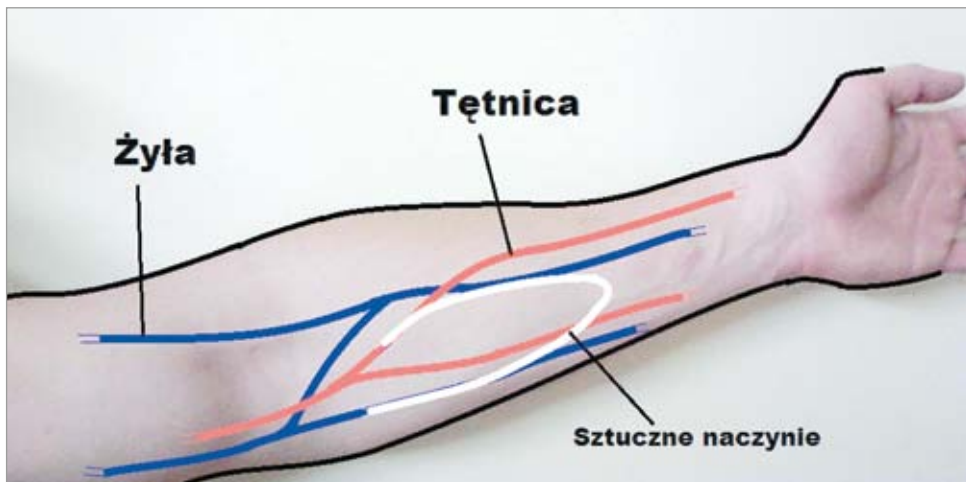
Wytwarzana z naczyń krwionośnych chorego i zlokalizowana na kończynie górnej. Najczęściej używanymi naczyniami do wytworzenia przetoki jest połączenie tętnicy promieniowej z żyłą odpromieniową, w sposób bok do boku, koniec do boku lub koniec do końca. Innymi wykorzystywanymi połączeniami są: łokciowo-odłokciowa lub tabakierka anatomiczna. Istotne jest, aby przetoka nie była wytworzona na dominującej ręce [13].



Rycina 1. Przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych (źródło: materiał własny)

Przetoka tętniczo-żylna z naczyń sztucznych

Tak jak w przypadku przetoki z naczyń własnych, wykonywana jest na niedominującej kończynie górnej. Tworzona jest w przypadku, gdy wytworzenie przetoki z naczyń własnych chorego jest niemożliwe [13,14]. Do jej wytworzenia wykorzystuje się protezy naczyniowe. Protezy te mogą przebiegać w linii prostej lub mieć kształt pętli [13]. Najczęściej wykorzystuje się połączenie tętnicy promieniowej na wysokości nadgarstka z żyłą odłokciową za pomocą protezy.



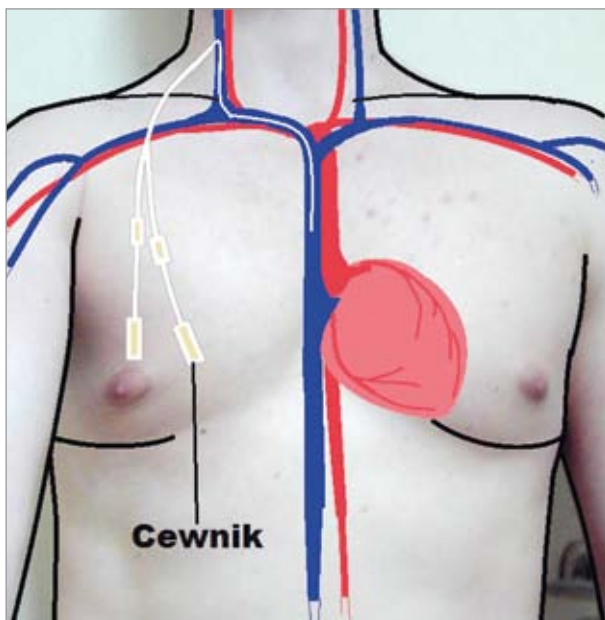
Rycina 2. Przetoka tętniczo-żylna z naczyń sztucznych (źródło: materiał własny)

Stały cewnik dializacyjny

Dwukanałowy cewnik zakładany u chorego w przypadku, gdy wytworzenie przetoki jest niemożliwe [12,15,16]. Najczęściej wybieranym miejscem założenia cewnika jest żyła szyjna wewnętrzna prawa [14]. Aby zapobiec ryzyku infekcji oraz wypadnięcia cewnika, większość z nich jest zaopatrzona w mufkę dakronową [12,15,16].

Czasowy cewnik dializacyjny

Ten rodzaj cewnika zakładany jest na tych samych zasadach co cewnik stały, ale na krótszy okres. Stosowany jest, gdy: pacjent wymaga wykonania hemodializy w trybie pilnym; gdy chory jest dializowany w sposób ciągły, a jego dostęp naczyniowy nie może być wykorzystywany; u biorców przeszczepu nerki, u których wystąpiło ostre odrzucenie narządu [12,14–16].



Rycina 3. Cewnik do dializ (źródło: materiał własny)

Model pielęgnowania i rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z niewydolnością nerek

Model pielęgnowania

W opiece nad pacjentem z ostrą niewydolnością nerek najlepiej sprawdza się model nastawiony na rozwijanie samoopieki pacjenta, realizowany według koncepcji zaproponowanej przez Dorotheę Orem; w modelu tym podkreśla się znaczenie samoopieki pacjenta, jego edukacji w zakresie choroby oraz współpracy pomiędzy pacjentem a pielęgniarką. Według Orem każdy człowiek ma zdolność do dbania o zdrowie swoje oraz swoich najbliższych. Zdolność ta zależna jest od wielu czynników, m.in.: wieku, płci, rodzaju choroby, dostępu do pomocy, sytuacji rodzinnej oraz materialnej. Orem uważa, że samoopieka jest świadomą i wyuczoną aktywnością nacelowaną na zaspokajanie potrzeb; w ciągu życia człowiek uczy się, w jaki sposób te potrzeby zaspokoić [17–19]. W momencie, gdy samoopieka pacjenta jest niewystarczająca, aby zaspokoić potrzeby, pojawia się deficyt samoopieki. W tej sytuacji pacjent staje się biorcą opieki, a pielęgniarka w zależności od poziomu deficytu opiekuje się chorym w systemie:

- w pełni kompensacyjnym,
- częściowo kompensacyjnym,
- wspierająco-edukującym [18].

Pielęgniarka przed rozpoczęciem swoich działań powinna postawić diagnozę, która będzie dotyczyła stanu fizycznego oraz psychicznego pacjenta, poziomu zdolności do adaptacji, uczenia się oraz warunków socjoekonomicznych pacjenta. Po zdiagnozowaniu chorego pielęgniarka może wybrać system opieki [18].

System pełnej kompensacji stosowany jest w momencie, kiedy pacjent nie jest w stanie podejmować decyzji związanych ze swoim zdrowiem. Pielęgniarka w swoich działaniach wykonuje czynności „za” pacjenta. Istotne jest to, aby stworzyć pacjentowi środowisko sprzyjające rozwojowi oraz jak najszybszemu zaangażowaniu pacjenta w proces samoopieki [18,19].

System częściowo kompensacyjny stosowany jest w momencie, kiedy pacjent nie jest w pełni zdolny do samoopieki. Polega na asystowaniu pacjentowi w czynnościach z zakresu samopielęgnacji, z którymi pacjent ma problem. Ważne jest, aby podczas asystowania przy wykonywaniu czynności wspierać, motywować pacjenta oraz wzmacniać i utrzymywać czynności, które pacjent wykonuje [18,19].

System wspierająco-edukujący jest przeznaczony dla pacjentów, którzy opanowali czynności dotyczące samoopieki, ale wciąż potrzebują wsparcia oraz pomocy w podejmowaniu decyzji [18,19].

Rola pielęgniarki w opiece na pacjentem z niewydolnością nerek

Opieka pielęgniarska w ostrej niewydolności nerek jest zależna od etapu choroby. Każda faza choroby charakteryzuje się innymi objawami oraz powikłaniami.

Pielęgniarka w swojej pracy ma na celu rozpoznanie problemów oraz ich zlikwidowanie lub zminimalizowanie.

Faza skąpomoczu – w tej fazie w organizmie chorego wzrasta poziom kreatyniny oraz mocznika; rośnie również poziom potasu. Ważne jest, aby ich poziom był kontrolowany 2 razy w ciągu dnia. Istotna jest również kontrola parametrów życiowych pacjenta oraz podawanie leków moczopędnych w celu wywołania mikcji. Z powodu wzrostu stężenia mocznika, potasu oraz kreatyniny we krwi, pacjent odczuwa wzmożone pragnienie; pielęgniarka powinna w tym czasie uważać, aby nie doszło do przewodnienia organizmu oraz powstania wzrostu ciśnienia tętniczego, powstania obrzęków lub przesieków do jam ciała. Pielęgniarka zwraca uwagę na wygląd zewnętrzny pacjenta, a zmiany świadczące o powstawaniu obrzęków zgłasza lekarzowi. W fazie skąpomoczu u pacjenta rozwija się kwasica metaboliczna, więc pielęgniarka powinna zwrócić uwagę na występowanie jej objawów, np. zapachu amoniaku z ust, bólu głowy, nudności, biegunki, wymiotów, zapaść. Te objawy pielęgniarka likwiduje lub minimalizuje, podając leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwwymiotnym, przeciwbiegunkowym lub przeczyszczającym [20–22].

Faza wielomoczu – w tej fazie do zadań pielęgniarki należy zapobieganie odwodnieniu organizmu chorego. Pacjent oddaje nawet kilka litrów moczu w ciągu doby, dlatego pielęgniarka w swoich działaniach powinna uwzględnić prowadzenie bilansu płynów oraz podawanie pacjentowi płynów zarówno drogą dożylną, jak i doustną. Tak intensywna utrata płynów może spowodować zaburzenia elektrolitowe, należy zatem monitorować ich poziom i uzupełniać ewentualne niedobory. Spadek poziomu elektrolitów może doprowadzić do zaburzeń rytmu serca lub do zaburzeń pracy mięśni gładkich, dlatego ważne jest kontrolowanie parametrów życiowych oraz wypróżnień [20–22].

Niejednokrotnie zdarza się, że leczenie ostrej niewydolności nerek wymaga wprowadzenia hemodializ. Aby możliwe było przeprowadzenie zabiegu, niezbędne jest wytworzenie dostępu naczyniowego. Dostęp naczyniowy jest wytwarzany w warunkach operacyjnych i, jak każda operacja, wymaga od pielęgniarki przygotowania pacjenta zarówno psychicznego, jak i fizycznego.

Aby przygotować pacjenta psychicznie do zabiegu, pielęgniarka musi w jasny sposób wytłumaczyć pacjentowi, co się będzie działo w trakcie oraz po operacji. Ma to na celu zmniejszenie lęku [23]. Pielęgniarka przeprowadza szkolenie trwające zazwyczaj 1–3 dni; w tym czasie pacjent może porozmawiać z lekarzem oraz pielęgniarką, omówić korzyści oraz przeciwwskazania do leczenia. Pielęgniarka prezentuje choremu, na czym polega zabieg hemodializy, pokazuje sprzęt oraz jak wygląda przetoka lub cewnik. Jedną z zalet prowadzenia takich szkoleń jest możliwość włączenia w nie rodziny pacjenta; pozwala to zmniejszyć lęk chorego oraz stanowi wsparcie w procesie leczenia [24].

Fizyczne przygotowanie pacjenta obejmuje badania laboratoryjne: morfologię, grupę krwi, poziom kreatyniny, poziom mocznika oraz EKG. Lekarz wykonuje ba-

danie naczyń krwionośnych i określa, które naczynia zostaną wykorzystane do wytworzenia przetoki. Badanie to wykonuje palpacyjnie lub wykorzystując aparat USG z podaniem środka kontrastującego [16]. Pielęgniarka zakłada pacjentowi na operowaną kończynę opaskę informującą personel medyczny, aby krew do badań nie była z niej pobierana [14]. Pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności umycia kończyny mydłem oraz środkiem dezynfekującym dzień przed oraz w dniu zabiegu. Przed operacją pielęgniarka przygotowuje pole operacyjne, usuwa zbędne owłosienie, sprawdza czy pacjent nie ma pomalowanych paznokci, założonej biżuterii oraz przypomina o konieczności oddania moczu [23].

Po przeprowadzeniu operacji pacjent wraca do oddziału, a pielęgniarka pilnuje, aby operowana kończyna była uniesiona oraz aby założone opatrunki nie były zbyt ciasne [13]. Ważne jest, aby codziennie kontrolowany był przepływ krwi w przetoce, tzw. szum. Ocenę tę wykonuje pielęgniarka za pomocą dotyku oraz słuchu [13,16].

Nim wytworzona przetoka zostanie użyta do dializ, pacjent musi przeprowadzić trening przetoki. Trening ten wpływa na wzmocnienie ścian naczyń, które będą w przyszłości nakłuwane [13,14,16]. Poza treningiem pielęgniarka opisuje pacjentowi zasady prawidłowego dbania o przetokę tętniczo-żylną, aby możliwie jak najdłużej utrzymać ją sprawną. Pacjent zostaje poinformowany o zasadach prawidłowej higieny oraz o możliwości wystąpienia powikłań związanych z brakiem ich przestrzegania. Pacjent jest również uczony, jak sprawdzać przepływ krwi w przetocie oraz co robić w sytuacji wystąpienia krwawienia z miejsc, w których była wkłuta igła [14,25].

Opieka pielęgniarska nie ogranicza się jedynie do opieki nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym, ani do roli edukatora. Istotnym aspektem opieki pielęgniarskiej jest towarzyszenie choremu, wspieranie go oraz jego rodziny. Życie chorego z niewydolnością nerek ulega zmianie, chory ma poczucie uzależnienia od dializatora, czuje, że jego życie jest ograniczone [26]. Dlatego pielęgniarka powinna wspierać pacjenta, ukazywać pozytywne strony jego sytuacji, umożliwić poznanie osób będących w podobnej sytuacji, a które pokonały chorobę i mogą podzielić się doświadczeniem. Pozytywne nastawienie do procesu terapeutycznego pozwala pacjentowi szybciej zaakceptować chorobę oraz zaadaptować się do nowych okoliczności życia [27].

Cel i założenia pracy

Celem pracy było:

- przedstawienie aktualnej wiedzy na temat niewydolności nerek, uzyskanej z najnowszej dostępnej literatury przedmiotu;
- ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z niewydolnością nerek, hemodializowanym;

- ocena sytuacji zdrowotnej pacjenta oraz określenie jego potrzeb;
- zaprezentowanie planu pielęgnowania w oparciu o studium przypadku.

Materiał i metody

Badanie miało miejsce w Instytucie Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu. Wywiad z pacjentem został przeprowadzony w miejscu jego pracy. Natomiast rozmowę z lekarzem przeprowadzono w Oddziale Dializ. Badanie trwało 2 miesiące: rozpoczęto po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej w dniu 1.01.2016 r., a zakończono 29.02.2016 r. W tym czasie zapoznano się również z dostępną dokumentacją medyczną pacjenta oraz najnowszą literaturą przedmiotu.

Metody zastosowane w pracy to:

- metoda analizy dokumentów;
- metoda indywidualnego przypadku.

Technikami zastosowanymi w metodzie indywidualnego przypadku są: obserwacja i wywiad.

Narzędzia badawcze, które wykorzystano to: artykuły medyczne, karty wypisowe z oddziałów i wyniki badań pacjenta.

Analiza dokumentów polegała na przeglądzie systematycznym, tj. jakościowym przeglądzie artykułów naukowych, literatury na temat niewydolności nerek i hemodializ oraz na analizie wewnętrznej, czyli analizie dokumentacji medycznej pacjenta.

Wywiad był przeprowadzany z pacjentem oraz z lekarzem. Wywiad był jawny, skategoryzowany, oparty na wcześniej przygotowanych pytaniach. W trakcie wywiadu pojawiły się nowe pytania, więc wywiad planowany przeistoczył się w wywiad spontaniczny. W planie wywiadu umieszczono pytania dotyczące przyczyny choroby, jej przebiegu oraz stylu życia przed chorobą i obecnie.

Obserwacja była prowadzona spontanicznie. Celem jej było uzyskanie informacji o stanie fizycznym i psychicznym pacjenta, rozpoznanie problemów chorego wynikających z obecnej choroby.

Opis przypadku

Pacjent W.W., lat 47, urodzony 18.01.1968 r. mieszka w żonę oraz dziećmi w mieszkaniu w mieście. Warunki bytowe oraz mieszkaniowe oceniane jako dobre. Chory nie korzysta z pomocy społecznej, jak również żadnej innej instytucji świadczącej pomoc chorym. Pacjent od 6 lat pobiera rentę chorobową, ale pomimo tego wciąż jest aktywny zawodowo. W codziennym życiu jest całkowicie samodzielny, nie potrzebuje pomocy. Podczas wywiadu wyznał, że przed chorobą prowadził bardzo nieregularny tryb życia. Jadł często w pośpiechu, o nieregularnych porach, bez przywiązywania wagi do tego co spożywa. Pracował w dużym stresie, pomija-

jąc czas na odpoczynek. Obecnie zwraca większą uwagę na efektywny odpoczynek i prawidłowe odżywianie.

W czerwcu 2011 roku pacjent zachorował na anginę, 23 czerwca 2011 roku zgłosił się do szpitala z powodu obrzękniętej, zaczerwienionej i obolałej prawej kończyny dolnej. Do dolegliwości dołączyły się również: gorączka do 40°C, wymioty oraz luźne stolce. Początkowo podejrzewano zakrzepicę żył, jednak po wykonaniu badań UDP została ona wykluczona. Po przeprowadzeniu szerszej diagnostyki stwierdzono u chorego różę. Podczas pobytu w szpitalu pacjent podał, że oddaje mniej moczu niż zwykle, a nie ograniczył przyjmowania płynów. Bezmoocz został potwierdzony obserwacją pielęgniarską. Wykonano badania krwi. W wynikach stwierdzono: znacznie podwyższony poziom kreatyniny 17,20 mg/dl (norma: 0,7–1,2 mg/dl), stężenie mocznika 204 mg/dl (norma: < 50 mg/dl). Z powodu tak wysokich stężeń została wykonana u pacjenta hemodializa. Do jej przeprowadzenia założono cewnik do lewej żyły udowej. Pacjent został przekazany do oddziału nefrologicznego w WCM w Opolu.

W dniu 6.11.2011 r. pacjent został przyjęty do oddziału nefrologii w trybie ostrodyżurowym z podejrzeniem infekcji odcewnikowej oraz zakrzepowego zapalenia żył lewej kończyny dolnej. Chory zauważył, że od kilku dni zwiększa się obwód jego lewej nogi oraz utrzymuje się bolesność. Podczas przyjęcia zgłaszał silne dolegliwości bólowe lewej kończyny dolnej. W badaniu fizykalnym wykazano, że kończyna była zaczerwieniona, obrzęknięta, nadmiernie ocieplona oraz bolesna przy palpacji. W badaniach laboratoryjnych poziom kreatyniny wynosił 24 mg/dl, mocznika 192 mg/dl, potasu 6,62 mEq/l (norma: 3,5–5,0 mEq/l) oraz CRP 44,15 mg/l (0,0–5,0 mg/l). Choremu usunięto cewnik w trybie pilnym, a jego końcówkę wysłano do badań bakteriologicznych. W badaniu wykryto *Staphylococcus epidermidis*. Wynik krwi obwodowej pobranej na posiew był ujemny. Pacjentowi założono nowy cewnik do żyły szyjnej prawej. Podczas hospitalizacji wykonano UDP kończyn dolnych, w którym stwierdzono ostre zapalenie lewej żyły udowej powierzchniowej. Po poprawie stanu ogólnego i zmniejszeniu się obrzęku oraz bolesności lewej kończyny dolnej w dniu 10.11.2011 r. pacjent został wypisany do domu.

Z powodu dużej otyłości 14.12.2012 r. pacjent poddał się laparoskopowemu założeniu opaski bariatrycznej. Miała ona na celu ograniczyć ilość spożywanego pokarmu przez pacjenta i w efekcie zmniejszyć jego masę. Niestety chory źle tolerował opaskę. Skarżył się na dolegliwości bólowe pojawiające się nawet przy spożywaniu płynów. Uważał, że opaska jest źle założona, jest za ciasna i pokarm nie dostaje się do żołądka. Z tego powodu 25.12.2012 r. pacjent został przyjęty do oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w WCM w Opolu. W wywiadzie chory zgłaszał nudności, wymioty oraz poczucie dyskomfortu. Objawy te pojawiały się po spożyciu pokarmu. Została wykonana gastroskopia 27.12.2012 r., w której nie stwierdzono nieprawidłowości; ponadto aparat swobodnie przechodził poza opaskę do dwunastnicy. Podczas hospitalizacji lekarze próbowali utrzymać opaskę, Niestety

próby te zakończyły się niepowodzeniem z powodu szeroko pojętej nietolerancji. Z tego powodu 31.12.2012 roku opaska bariatryczna została usunięta laparoskopowo, do usunięcia wykorzystano dostępny operacyjny wytworzony podczas operacji założenia opaski. Pacjent był podczas hospitalizacji dializowany w stacji dializ WCM. Choremu dwukrotnie uzupełniono niedobór krwi 28.12.2012 r. (2 j. KKCz) i 1.01.2013 (2 j. KKCz i 2 j. FFP). Badania laboratoryjne w dniu przyjęcia wynosiły: kreatynina 23,84 mg/dl, mocznik 268 mg/dl. Badania laboratoryjne były powtarzane podczas hospitalizacji, wyniki poprawiały się. 30.12.2012 r. poziom kreatyniny wynosił 8,68 mg/dl, a 31.12.2012 r. stężenie mocznika 64,4 mg/dl. Pacjent został wypisany do domu w 3. dobie po operacji w stanie bardzo dobrym. Nietolerancja opaski bariatrycznej przez chorego najprawdopodobniej wynikała z blokady psychicznej. Pacjent nie był w pełni przygotowany psychicznie do operacji i z tego powodu pojawiła się jej nietolerancja.

Innym sposobem walki z nadwagą była próba konsultacji dietetycznej. Niestety pacjent pojawił się tylko na dwóch spotkaniach, po czym zaniechał terapii. Nie przestrzega zasad diety, tłumacząc się, że jako osoba pracująca musi jeść więcej oraz nie jest konsekwentny w ilości przyjmowanych płynów. Chory nie chce również przedłużyć czasu dializ, w związku z czym efekt dializacyjny jest mniejszy niż powinien. Ponadto pacjent nie chce poddać się operacji usunięcia przytarczyc, pomimo zaleceń lekarskich.

Proces pielęgnowania

1. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość pojawienia się powikłań związanych z dializoterapią.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania powikłań związanych z prowadzoną dializoterapią.

Interwencje pielęgniarskie:

- stały nadzór nad pacjentem podczas hemodializy;
- obserwacja zachowania pacjenta;
- obserwacja wyglądu skóry pacjenta;
- zachowanie standardów bezpieczeństwa i higieny;
- zachowanie aseptyki i antyseptyki, zwłaszcza przy rozpoczynaniu i na końcu hemodializy;
- dobór właściwych parametrów dializatora;
- systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna podczas hemodializy.

Ocena: Pojawiły się powikłania związane ze spadkiem ciśnienia.

2. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia powikłań związanych z założoną przetoką tętniczo-żylną.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania powikłań związanych z założoną przetoką tętniczo-żylną.

Interwencje pielęgniarskie:

- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wkłuwania i wykluwania igły podczas hemodializy;
- założenie jałowego opatrunku po zakończeniu hemodializy;
- higiena skóry wokół przetoki między dializami;
- osłuchiwanie szumu przetoki;
- obserwowanie przetoki pod kątem wystąpienia niepokojących objawów, takich jak: brak szumu, krwiaki, ocieplenie skóry wokół przetoki, obrzęk;
- obserwacja kończyny z przetoką pod kątem wystąpienia niepokojących objawów, np. obrzęku kończyny;
- edukacja pacjenta na temat dbałości o przetokę oraz konieczności utrzymania higieny.

Ocena: Nie pojawiły się powikłania związane z założoną przetoką tętniczo-żylną.

3. Diagnoza pielęgniarska: Niechęć pacjenta do wydłużenia dializy spowodowana brakiem akceptacji choroby.

Cel opieki: Osiągnięcie prawidłowego efektu dializy.

Interwencje pielęgniarskie:

- przedstawienie choremu znaczenia prawidłowego efektu dializy;
- wytłumaczenie choremu, że nawet niewiele dłuższa dializa ma korzystny wpływ na jego zdrowie;
- zachęcenie rodziny do zaangażowania w procesie motywacji chorego do niezbędnego wydłużenia dializy;
- uświadomienie choremu, że zmniejszenie masy ciała będzie skutkowało większym efektem dializy, bez konieczności wydłużenia czasu jej trwania.

Ocena: Odpowiedni efekt dializacyjny nie został osiągnięty z powodu utrzymującej się niechęci pacjenta do wydłużenia dializy.

4. Diagnoza pielęgniarska: Nadmierna masa ciała pacjenta spowodowana złymi nawykami żywieniowymi.

Cel opieki: Redukcja nadmiernej masy ciała pacjenta spowodowanej złymi nawykami żywieniowymi.

Interwencje pielęgniarskie:

- rozmowa z pacjentem na temat jego diety, rozpoznanie błędów żywieniowych i ukazanie ich pacjentowi oraz wytłumaczenie zasad prawidłowego odżywiania;
- przedstawienie pacjentowi, jakie korzyści wynikną ze zdrowej diety i jakie mogą pojawić się skutki stosowania nieprawidłowej diety;
- zaproponowanie zmian w diecie całej rodziny;

- kontrola wagi pacjenta oraz BMI;
- zachęcenie pacjenta do wizyty u dietetyka.

Ocena: Chory starał się zredukować masę ciała, ale brakowało mu wytrwałości. Nie chciał stosować się do zaleceń lekarza oraz dietetyka.

5. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych niewydolnością nerek.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie masy ciała pacjenta;
- określenie poziomu elektrolitów podczas hemodializy oraz po jej zakończeniu;
- zwracanie uwagi pacjentowi oraz jego rodzinie na ograniczenie sodu i potasu w diecie;
- odpowiedni dobór parametrów hemodializy.

Ocena: Zaburzenia wodno-elektrolitowe nie wystąpiły.

6. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia obrzęków oraz wzrostu ciśnienia krwi spowodowanych zbyt dużym przyrostem masy ciała pacjenta między dializami.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zbyt dużych przyrostów masy między dializami.

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja pacjenta na temat stosowania odpowiedniej diety, ubogiej w sód i potas,
- kontrola ciśnienia tętniczego krwi;
- kontrola ilości przyjmowanych płynów;
- codzienna kontrola masy ciała, BMI oraz grubości fałdów skórnych (na brzuchu, pod łopatką oraz nad mięśniem trójgłowym ramienia);
- kontrola obwodu kończyn.

Ocena: Chory nie kontrolował przyrostu masy między dializami, doszło więc do powstania obrzęków.

7. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko krwawienia z przetoki po zakończonej hemodializie.

Cel opieki: Niedopuszczenie do krwawienia z przetoki po zakończonej hemodializie.

Interwencje pielęgniarskie:

- prawidłowe wkłuwanie i wykluwanie igły z przetoki;
- po usunięciu igły założenie jałowego opatrunku i uciśnięcie przetoki przez ok. 15 minut;

- edukacja pacjenta w zakresie czynności wykonywanych w przypadku wystąpienia krwawienia z przetoki poza stacją dializ.

Realizacja: Przetoka jest prawidłowo zabezpieczana po hemodializie, chory wie, jak zachować się w przypadku krwawienia z przetoki.

Ocena: Nie doszło do krwawienia z przetoki po zakończonej hemodializie.

8. Diagnoza pielęgniarska: Utrudniona współpraca pacjenta z zespołem terapeutycznym spowodowana strachem i brakiem akceptacji choroby.

Cel opieki: Ułatwienie współpracy pacjenta z zespołem terapeutycznym.

Interwencje pielęgniarskie:

- wytłumaczenie pacjentowi, jak ważna jest jego współpraca w procesie leczenia;
- zachęcanie pacjenta do współpracy;
- pokazywanie pozytywnych skutków wykonania zalecanych przez lekarza lub pielęgniarkę badań, zabiegów lub czynności;
- dostarczenie pacjentowi artykułów, broszurek, ulotek na temat metod leczenia, diety, kontakt z grupami wsparcia.

Ocena: Pacjent pomimo rozmów wciąż jest niechętny do zmian w sposobie leczenia.

9. Diagnoza pielęgniarska: Strach spowodowany perspektywą przeszczepu nerki.

Cel opieki: Eliminacja strachu.

Interwencje pielęgniarskie:

- wytłumaczenie pacjentowi, na czym polega przeszczep i jakie wniesie zmiany w jego życiu oraz przedstawienie pozytywnych aspektów zabiegu;
- rozmowa z pacjentem, wysłuchanie pacjenta, udzielenie odpowiedzi na nurtujące go pytania, wspieranie;
- wytłumaczenie rodzinie jak ważną rolę pełnią jej członkowie w kształtowaniu nastroju i nastawienia chorego do leczenia;
- umożliwienie pacjentowi rozmowy z lekarzem.

Ocena: Poziom strachu został zmniejszony.

Dyskusja

Według literatury medycznej do objawów ostrej niewydolności nerek należą: nudności, wymioty, bezmocz oraz wzrost kreatyniny i mocznika w surowicy krwi [1]. Pacjent W.W. podczas wywiadu zgłosił, że oddaje mniej moczu. Dodatkowo pojawiły się nudności, wymioty i luźny stolec, które chory powiązał z obecną wtedy anginą i konsekwencjami antybiotykoterapii.

Aby zdiagnozować ONN, należy według literatury przedmiotu wykonać badania laboratoryjne określające stężenie mocznika i kreatyniny we krwi. Zalecane jest rów-

niez wykonanie badania moczu, w którym należy zwrócić uwagę na gęstość moczu oraz nieprawidłowości jego składu. Inne badania podawane w literaturze to USG, EKG, RTG brzucha oraz biopsja nerki [1,7]. W wywiadzie pacjent podaje, że miał wykonane badania krwi i moczu oraz EKG i UDP w celu wykluczenia zakrzepicy.

Leczenie niewydolności nerek zależne jest od jej typu i polega w pierwszym etapie na zlikwidowaniu jej przyczyny, np. jeśli przyczyną jest hipowolemia, należy uzupełnić brakujące płyny [1,8]. Inną metodą leczenia jest hemodializa, dzięki niej krew pacjenta jest oczyszczona z toksyn mocznicowych [11]. Pacjent W.W. z powodu bardzo wysokiego poziomu kreatyniny 17,2 mg/dl oraz mocznika 240 mg/dl został w dniu przyjęcia do oddziału poddany dializom.

Według literatury, aby przeprowadzić hemodializę choremu, musi mieć on założony tzw. dostęp naczyniowy. Dostęp naczyniowe dzieli się na przetoki tętniczko-żylnne, które są wytwarzane z naczyń własnych chorego lub z protez naczyniowych oraz na cewniki dializacyjne stałe lub czasowe [12]. U pacjenta na początku został założony cewnik do lewej kończyny dolnej, który w wyniku infekcji został usunięty. Następnie założono kolejny cewnik do żyły szyjnej prawej, który później zastąpiono przetoką tętniczko-żylną w lewej kończynie górnej

Według artykułów naukowych otyłość ma istotny wpływ na funkcjonowanie nerek oraz zwiększa ryzyko zachorowań na choroby nerek [28]. Pacjent W.W. od wielu lat jest osobą otyłą, a jego BMI sięgało 48,41. Pomimo zaleceń lekarskich, konsultacji dietetycznych i operacji bariatrycznych chory nie chudnie.

Nastrój odgrywa ważną rolę w procesie adaptacji do choroby; osoby, które są mniej depresyjne, bardziej aktywne, lepiej akceptują chorobę. To pozwala im na prawidłowe funkcjonowanie pomimo różnych ograniczeń [27]. Pacjent W.W. pozornie wydaje się być osobą, która zaakceptowała chorobę, niestety po dłuższej rozmowie i obserwacji pacjenta można zauważyć brak tej akceptacji.

Wnioski

Ostra niewydolność nerek to choroba, na którą zapada ponad 200 os/mln w ciągu roku. Jedną z form leczenia niewydolności nerek jest leczenie nerkozastępcze. W Polsce najczęściej stosowaną metodą leczenia nerkozastępczego jest hemodializa. Leczenie hemodializami wiąże się z długotrwałym przebywaniem chorego podłączonego do dializatora w stacji dializ. Wymaga to zmiany trybu życia i podporządkowania go harmonogramowi dializ. Akceptacja choroby przez pacjenta oraz jego edukacja ma kluczowy wpływ na proces leczenia. Dużą rolę w edukacji odgrywa pielęgniarka, która ma z pacjentem najczęstszy kontakt i to ona pomaga pacjentowi w podjęciu decyzji dotyczących jego zdrowia i pielęgnacji. Odpowiednia pielęgnacja chorego oparta na procesie pielęgnowania pozwala zaspokoić potrzeby pacjenta oraz uchronić go przed możliwymi powikłaniami choroby.

Bibliografia:

1. Myśliwiec M. *Ostre uszkodzenie nerek*. W: Kokot F, red. *Interna Szczeklika*. Wyd. 7. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015: 1435–1443.
2. Drabczyk R. *Rozpoznawanie i leczenie ostrego uszkodzenia nerek. Podsumowanie wytycznych KDIGO* [online]. Postępny na URL: <http://www.mp.pl/medycynarodzinnaw/wytyczne/show.html?id=77972> [cyt. 20.04.2016].
3. Kokot F, Franek E, Wągrowaska-Danilewicz M. *Fizjologia*. W: Kokot F, red. *Interna Szczeklika*. Wyd. 7. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015: 1411–1413.
4. Zdrojewski Z. Zapobieganie ostremu uszkodzeniu nerek. *Forum Nefrologiczne* 2010; 3(4): 243–251.
5. Dułwa J. Ostre uszkodzenie i ostra niewydolność nerek – problem Interdyscyplinarne. *Post Nauk Med* 2009; 10: 771–775.
6. Świętochowska A, Myszalko J. Ostre uszkodzenie nerek (ONN) wczoraj, dziś, jutro... *Nefrol Dial Pol* 2012; 2: 98–105.
7. *Ostre uszkodzenie nerek* [online]. Dostępny na URL: <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.14.1> [cyt. 20.04.2016].
8. Zdrojewski Z, Rudkowski B. Ostra niewydolność nerek. W: Rudkowski B, red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: VIA MEDICA; 2009: 34–46.
9. Rudkowski B. *Fizjologia hemodializy*. W: Białobrzaska B, Dębska-Ślizień A, red. *Pielęgniarstwo Nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 80–85.
10. Chamienia A, Trusewicz W. *Podstawy fizjologii hemodializy*. W: Rudkowski B, red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: VIA MEDICA; 2009: 90–95.
11. Zdrojewski Z, Rudkowski B. Techniki stosowane w hemodializie. W: Rudkowski B, red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: VIA MEDICA; 2009: 96–107.
12. Rudkowski B. *Hemodializa*. W: Kokot F, red. *Interna Szczeklika*. Wyd. 7. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015: 1453–1455.
13. Kumar V, Depner T, Besarab A. et al. Dostęp tętniczo-żylny do hemodializy. W: Daugirdas JT, Blase PG, Ing TS, red. *Podręcznik dializoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2008: 69–80.
14. Letachowicz W, Magrian G. Opieka nad dostępem naczyniowym w hemodializie. W: Białobrzaska B, Dębska-Ślizień A, red. *Pielęgniarstwo Nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 104–121.
15. Allon M, Work J. Cewnik żylny. W: Książek A, red. *Podręcznik dializoterapii*. Wyd. 2. Lublin: Czelej; 2008: 59–68.
16. Kawecka A, Białobrzaska B, Kliš A. Dostęp naczyniowy. W: Rudkowski B, red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: VIA MEDICA; 2009: 111–129.
17. Dobińska Ż. Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne. *Pol Prz Nauk Zdr* 2014; 1(38): 59–63.
18. Kowalik G. Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem. *Stud Med* 2012; 26(2): 107–111.
19. Płaszewska-Żywko L. Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy Pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów*

- tów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. T 1. Założenia teoretyczne. Wyd. 2. Lublin: Czelej; 2004: 190–200.
20. Rudkowski B, Rudkowski P. Ostra niewydolność nerek. W: Rudkowski B, Rudkowski P, red. *Leksykon chorób nerek i terapii nerkozastępczej*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2010: 71–73.
 21. Jankowska M, Białobrzeska B. Ostra niewydolność nerek (ostre uszkodzenie nerek). W: Białobrzeska B, Dębska-Ślizień A, red. *Pielęgniarstwo Nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 47–50.
 22. Cisoń-Apanasewicz U. Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze schorzeniami układu moczowego. W: Reichel M, red. *Zadania i kompetencje pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wybranych stanach internistycznych*. Wyd. 2. Nowy Sącz: Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu; 2012: 77–97.
 23. Klimczyk A. Przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego. W: Klimczyk A, Niechwiadłowicz-Czapka T, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2008: 5–43.
 24. Rudkowski B, Białobrzeska B. Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do leczenia nerkozastępczego. W: Białobrzeska B, Dębska-Ślizień A, red. *Pielęgniarstwo Nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 64–67.
 25. Mierzwa A, Suder H. Opieka nad pacjentem z przetoką tętniczo-żylną. *Dializa i ty* 2011; 4(15): 19.
 26. Kurkowska K, Weselska M. Rola wsparcia a przystosowanie się do życia osób dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2015; 4(19): 161–165.
 27. Basińska MA, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2014; 1(18): 27–31.
 28. Mastelarz-Migas A, Muszyńska A, Doskocz K, et al. Wpływ otyłości i nadwagi na funkcję nerek w populacji pacjentów praktyki lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(2): 133–135.

Adres do korespondencji:

Anna Żurakowska
Oddział Psychiatrii B
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. św. Jadwigi Śląskiej w Opolu
ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole
tel. 723 382 666
e-mail: a.zurakowska@op.pl

Renata Widziak
Kierunek Pielęgniarstwo
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa
Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 28
e-mail: widziakr@wsm.opole.pl

Uprawnienia przedstawiciela ustawowego w prawie medycznym

Elżbieta Sobaszek, Joanna Siekierka

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Przedstawicielstwo ustawowe to instytucja prawa cywilnego, której źródłem powstania jest ustawa. Służy do dokonywania czynności prawnych przez przedstawiciela – w imieniu osoby, która nie może działać osobiście. Zakres osób upoważnionych do wyrażenia zgody na świadczenia medyczne jest złożony. Zgodę na działania medyczne może wyrazić sam pacjent i wtedy mówimy o zgodzie osobistej. W przypadku osoby niezdolnej do wyrażania zgody samodzielnie mówimy o zgodzie zastępczej (substytucyjnej) lub podwójnej w przypadku osób, które ukończyły 16. rok życia. Osoby uprawnione do wyrażania zgody muszą posiadać zezwolenie właściwego organu. Mówimy wtedy o zgodzie zastępczej. W imieniu pacjenta zgodę może wyrazić jego przedstawiciel ustawowy. Kompetencje przedstawiciela nie wynikają z oświadczenia woli reprezentowanego, lecz ze stosunku prawnego lub orzeczenia sądu. Dokonanie czynności prawnej przez przedstawiciela rodzi konsekwencje bezpośrednio dla reprezentowanego. Niejednokrotnie mamy do czynienia z sytuacjami, w których konieczne jest zastępstwo przy dokonywaniu czynności prawnych. Dzieje się tak w przypadku trwałego czy nawet przejściowego ograniczenia bądź braku zdolności do dokonywania czynności prawnych osób bezpośrednio zainteresowanych. W takiej sytuacji z mocy ustawy lub orzeczenia sądu za osobę, która nie może działać osobiście, czynności dokonuje przedstawiciel ustawowy. Przedstawicielami ustawowymi są osoby fizyczne mające pełną zdolność do reprezentowania: rodzice małoletniego dziecka, opiekun, kurator.

Przedstawiciel ustawowy, składając oświadczenie woli w imieniu reprezentowanego i z bezpośrednimi skutkami dla niego, musi liczyć się z tym, że wady oświadczenia woli, dobra bądź zła wiara będą oceniane zasadniczo na podstawie okoliczności zachodzących po stronie przedstawiciela, a nie reprezentowanego.

Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm., dalej: u.p.p.) [1] oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm., dalej: u.z.l.) [2] w wielu miejscach posługują się pojęciem „przedstawiciela ustawowego”. Przed wyjaśnieniem tego pojęcia należy zauważyć, że przepisy prawa rozróżniają dwa rodzaje przedstawicielstwa:

- ustawowe, które wynika z konkretnego przepisu ustawy.
- umowne, którego źródłem jego jest umowa pomiędzy stronami, w której jedna czyni drugą swoim przedstawicielem, co jest najczęściej nazywane pełnomocnictwem.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. Nr 9, poz. 59 ze zm., dalej KRO) [3] przedstawicielem ustawowym jest:

- każdy z rodziców dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawy dziecka (art. 98 § 1 KRO.);
- opiekun prawny dziecka pozostającego pod jego opieką (art. 155 § 1–2 KRO) – o ustanowieniu opiekunem prawnym rozstrzyga sąd opiekuńczy postanowieniem. Osoba twierdząca, że jest opiekunem prawnym, musi zatem wylegitymować się takim postanowieniem sądu opiekuńczego;
- w odosobnionych przypadkach działać jak przedstawiciel ustawy może też kurator, o ile wynika to z postanowienia sądu, który ustanowił kuratelę;
- sąd opiekuńczy, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe czy napotyka na trudne do przezwyciężenia przeszkody;
- opiekun faktyczny, jeśli zachodzi potrzeba zbadania pacjenta, który jest małoletni lub niezdolny do wyrażenia samodzielnej zgody.

Konstrukcja zgody zastępczej odnosi się do sytuacji, w których pacjent sam nie może wyrazić swej woli. Uprawnionym do jej wyrażenia jest wtedy jego przedstawiciel ustawy, rodzic, opiekun faktyczny. Należy jednak pamiętać, iż odbiorcą procedur medycznych jest osoba, istota ludzka mająca prawo do wiedzy o sobie, współuczestniczenia w decyzjach dotyczących jej zdrowia, życia, prawo do przyjęcia bądź odrzucenia opieki. Zawsze musimy pamiętać o prawach pacjenta, a w szczególności o jego autonomii, prawie do zachowania tajemnicy oraz poszanowania godności i spokoju.

Świadoma zgoda pacjenta

Zgoda pacjenta na wykonanie procedur medycznych.

Obowiązek uzyskania zgody pacjenta na leczenie wynika z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) oraz z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.

o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

Ustawa o prawach pacjenta zapewnia pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ustawy). Zgoda powinna być wyrażona przez osobę uprawnioną czyli pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta lub przez obie te osoby. Ponadto pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody na procedury medyczne. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa wyżej, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli (art. 17 ustawy).

Regulacje zawarte w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta znajdują swoje odbicie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgodę na przeprowadzenie badania pacjenta małoletniego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznanieniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po

przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy medycznej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Okoliczności te powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 33 ustawy).

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie wymienionych wyżej czynności, podczas gdy są one niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, można wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Lekarz może również wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach należy niezwłocznie zawiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. O powyższych okolicznościach informujemy pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonujemy odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo – bez uzyskania tej zgody – zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O okolicznościach tych lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy (art. 35 ustawy).

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadziła w art. 18 wymóg, aby w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia

lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przyjmowała formę pisemną. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z kolei w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazano, że zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (art. 32 ust. 7 ustawy). Wyjątek od powyższych sytuacji stanowi przypadek, gdy lekarz wykonuje zabieg operacyjny albo stosuje metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta – wówczas obowiązany jest uzyskać jego pisemną zgodę. Przed wyrażeniem pisemnej zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wskazany wyżej zabieg operacyjny albo metoda leczenia mogą być stosowane wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.

W orzecznictwie sądowym wskazuje się, że pacjent, który wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego, bierze na siebie ryzyko związane z zabiegiem, tj. jego bezpośrednio, typowe i zwykłe skutki, o których możliwości powinien być stosownie do okoliczności pouczony. Brak pouczenia w ogóle lub pouczenie nie o wszystkich normalnie możliwych skutkach zabiegu stanowi o bezskuteczności zgody. Ryzyko operacyjne, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, obejmuje zwykle powikłania pooperacyjne, nie zaś komplikacje i szkody wynikłe wskutek pomyłki lekarza. Jeżeli więc lekarz pomyłkowo uszkodził w czasie operacji inny organ, to chociażby pomyłka ta była niezawiniona, nie może ona obciążać pacjenta. Uzasadniona to zastosowanie – przy istnieniu innych przesłanek – art. 419 k.c., chociaż sama operacja była przeprowadzona dla dobra chorego i za jego zgodą. Jednakże przepis art. 419 k.c. nie daje podstaw do żądania całkowitego lub częściowego naprawienia szkody, jeżeli rozstrój zdrowia mieści się w granicach ryzyka związanego z danym zabiegiem operacyjnym, tym bardziej gdy chory, uprzedzony o istnieniu ryzyka, zgodził się na przeprowadzenie zabiegu. Żądanie odszkodowania w takich okolicznościach nie znajduje uzasadnienia w zasadach współżycia społecznego. W innych orzeczeniach wskazano, że pobranie wycinka skóry dla celów badania histopatologicznego dopuszczalne jest tylko za zgodą pacjenta. Jeżeli takie pobranie – bez zgo-

dy pacjenta – wywołało rozstrój zdrowia lub inną szkodę na osobie, może ono powodować odpowiedzialność za szkodę, choćby nawet dokonane zostało zgodnie z wymaganiami sztuki lekarskiej w zakresie diagnozy raka skóry. Ponadto, badania naczyniowe stanowią fazę wstępną do podjęcia właściwego zabiegu operacyjnego i należy je zaliczyć również do zabiegów wymagających zgody pacjenta. Brak zgody pacjenta na dokonanie zabiegu uzasadnia przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej na zasadzie art. 417 § 1 k.c. Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny (art. 34 ust. 1 u.z.l.) nie powoduje nieważności zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 k.c. Zgodnie z art. 74 k.c. zastrzeżenie formy pisemnej bez rygoru nieważności ma ten skutek, że w razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności. Przepisu tego nie stosuje się, gdy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej. Jednakże mimo niezachowania formy pisemnej przewidzianej dla celów dowodowych, dowód ze świadków lub dowód z przesłuchania stron jest dopuszczalny, jeżeli obie strony wyrażą na to zgodę, jeżeli żąda tego konsument w sporze z przedsiębiorcą albo jeżeli fakt dokonania czynności prawnej będzie uprawdopodobniony za pomocą pisma. W procesie kształtowania się praw pacjenta prawa małoletnich w diagnostyce i terapii były przez dłuższy czas pomijane. Obecnie prawa pacjentów małoletnich są przedmiotem wielu regulacji prawnych, które różnicują uprawnienia dzieci w szeroko pojętym procesie leczniczym w zależności od ich wieku. Na szczególną uwagę zasługują kwestie dotyczące praw małoletnich, którzy nie ukończyli 16 lat. Jakkolwiek Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak również inne akty o podobnej randze zapewniają wspomnianej grupie wiekowej wiele praw, należy pamiętać, że w większości przypadków przebieg procesu leczniczego uzależniony jest wyłącznie od decyzji przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych małoletnich. W analizie zagadnień dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych osobom poniżej 16. r.ż. na szczególną uwagę zasługuje kwestia wyrażania zgody lub sprzeciwu na podjęcie świadczeń zdrowotnych podwyższonego ryzyka, wywiązanie się z obowiązku poddania małoletnich szczepieniom obowiązkowym, a także prawo do rzetelnej informacji w procesie leczniczym [4,5].

W procesie kształtowania się praw pacjenta, w tym prawa do informacji i prawa do wyrażania świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, przez długi czas nie uwzględniano praw dziecka, co spowodowało brak ochrony małoletnich pacjentów.

W nawiązaniu do zaleceń Europejskiej Karty Prawa Pacjenta Parlament Europejski przyjął w 1986 roku Europejską Kartę Praw Dziecka Hospitalizowanego, która stała się podstawą do stworzenia w 1988 roku Karty Dziecka w Szpitalu. Akt ten, jako pierwszy, umożliwił dzieciom i ich rodzicom świadome uczestniczenie we wszystkich decyzjach związanych z procesem diagnostycznym, terapeutycznym i re-

habilitacyjnym. Obecnie wiele aktów prawnych zobowiązuje lekarza do przekazania małoletniemu pacjentowi i jego przedstawicielowi ustawowemu wyczerpującej, rzetelnej i zrozumiałej informacji na temat choroby i przebiegu procesu terapeutycznego oraz do pobrania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W niniejszej publikacji zostaną przedstawione zagadnienia dotyczące praw małoletnich, którzy nie ukończyli 16. r.ż. Pacjenci należący do wspomnianej grupy wiekowej nie mają, według obowiązujących zasad, prawa do podejmowania samodzielnych decyzji w procesie leczenia, a ich prawo do informacji medycznej jest ograniczone. Należy jednak zaznaczyć, że w ściśle określonych przypadkach pacjenci, którzy nie ukończyli 16. r.ż., mają prawo do podejmowania autonomicznych decyzji dotyczących udzielonych im świadczeń zdrowotnych. Analizując zasady dotyczące wykonywania szczepień u osób małoletnich, szczególną uwagę należy zwrócić na lekarski obowiązek informowania o szczepieniach oraz kwestie związane z wyrażaniem zgody i sprzeciwu na wykonanie szczepienia.

Lekarski obowiązek informacji został określony ogólnie w art. 31 ust. 1 UoZL. Obowiązek ten uszczegółowiono w Ustawie o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej UoZZiCH), której art. 17 ust. 9 stanowi, że obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych. Oznacza to, że lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę nad małoletnim pacjentem ma obowiązek udzielenia jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu informacji dotyczących obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym, a także udzielenie informacji na temat szczepień zalecanych. Lekarz powinien poinformować rodzica lub opiekuna małoletniego o możliwości wykonania szczepień przeciwko zakażeniom wywołanym przez *Streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 2–5 lat należących do grup ryzyka (żłobki, przedszkola, choroby przewlekłe). Należy podkreślić, że informacja na temat szczepień zalecanych powinna dotyczyć między innymi: rodzaju szczepienia, dostępnych preparatów, liczby szczepień w danym cyklu, odstępów czasowych, w jakich musi zostać przeprowadzone kolejne szczepienie, najczęściej występujących następstw i powikłań po szczepieniu.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zarówno UoZZiCH, jak i UoZL obliguje lekarza do udzielania przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu pacjenta wyczerpującej i przystępnej informacji na temat ewentualnych następstw i powikłań szczepień, a także negatywnych skutkach zdrowotnych, jakie mogą wystąpić w związku z nie poddaniem się szczepieniu. Lekarz powinien udzielić informacji dotyczącej możliwości wystąpienia zachorowania lub zwiększenia ryzyka zdrowotnego w związku z niezastosowaniem szczepienia. Konieczność udzielenia informacji w tym zakresie podyktowana jest specyfiką produktu leczniczego, którego podstawowym celem jest zmniejszenie ryzyka zdrowotnego.

Lekarz, który nie wywiązuje się z obowiązku udzielenia informacji na temat szczepień ochronnych i zalecanych, naraża się na poniesienie odpowiedzialności z tego tytułu. Zgodnie z art. 51 ust. 3 UoZZiCH kto wbrew obowiązkowi nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych – podlega karze grzywny. Brak odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości lub konieczności poddania się szczepieniu może z kolei skutkować negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla pacjenta, co stanowi kolejną podstawę do poniesienia przez lekarza odpowiedzialności odszkodowawczej. Należy podkreślić, że przez negatywne skutki zdrowotne należy rozumieć nie tylko samo ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną, ale także powikłania po przebytej chorobie. Niedopełnienie obowiązku informowania o szczepieniach zalecanych naraża również lekarza na poniesienie odpowiedzialności zawodowej. Ryzyko tego rodzaju odpowiedzialności pojawia się w przypadku naruszenia regulacji zawartych w KEL, którego art. 13, zobowiązuje lekarza do respektowania prawa pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących stanu zdrowia. Świadome uczestnictwo w szeroko pojętym procesie leczenia możliwe jest dzięki wywiązywaniu się lekarza z obowiązku informacji, w tym informacji o dostępności, specyfice i negatywnych następstwach niewykonania szczepień.

Rozporządzenie w sprawie zasad przeprowadzania szczepień i prowadzenia dokumentacji medycznej (dalej RwSSz) różnicuje zasady wykonywania szczepień w zależności od wieku osoby poddawanej szczepieniu.

W myśl §9 ust. 2 RwSSz kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz zabieg szczepienia mogą zostać wykonane u osób pomiędzy 6. a 18. r.ż. pod nieobecność przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta. Przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego i wykonanie zabiegu szczepienia uzależnione jest od spełnienia niżej wymienionych przesłanek:

- powiadomienia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta o fakcie, że w danym dniu i miejscu zostanie wykonane badanie kwalifikacyjne i zabieg szczepienia;
- uzyskania pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta na przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego i wykonanie zabiegu szczepienia;
- uzyskania od przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pisemnej informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do wykonania szczepienia.

Zgoda na wykonanie szczepienia w formie pisemnej musi zostać dostarczona przez osobę małoletnią lub jej przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego przed wykonaniem zabiegu. Aktualne regulacje prawne nie przewidują ściśle określonego wzoru zgody, która musi zostać wyrażona przez przedstawiciela usta-

wowego lub opiekuna faktycznego pacjenta. Oznacza to, że treść zgody pisemnej może zostać sformułowana w dowolny sposób. Na żądanie przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego osoby między 6. a 18. r.ż. badanie kwalifikacyjne i zabieg szczepienia muszą zostać przeprowadzone w obecności przedstawiciela lub opiekuna (§9 ust. 3 RwSSz).

W przypadku pacjentów, którzy nie ukończyli 6. r.ż., szczepienia wykonywane są na podstawie szczególnych zasad. Zgodnie z §9 ust. 1 RwSSz badanie kwalifikacyjne i zabieg szczepienia u dzieci, które nie ukończyły 6 lat, może zostać przeprowadzone wyłącznie w obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna ustanowionego przez sąd) lub opiekuna faktycznego. Opiekun faktyczny, w obecności którego wykonywane jest badanie kwalifikacyjne i szczepienie, musi być pełnoletni. Niemożliwe jest więc wykonanie szczepienia np. w obecności starszego rodzeństwa lub innej osoby, która opiekuje się pacjentem, ale nie osiągnęła pełnoletności. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny pacjenta poniżej 16. r.ż. może wyrazić sprzeciw na wykonanie szczepienia ochronnego. Wynika to z faktu, że szczepienia ochronne są obowiązkowe, ale nie przymusowe. Należy pamiętać, że przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny małoletniego mogą nie zgodzić się na wykonanie szczepienia obowiązkowego, mając jednocześnie na uwadze, że sprzeciw na wykonanie szczepienia u osoby małoletniej zagrożone jest karą grzywny przewidzianą w Kodeksie wykroczeń (dalej KW).

Zgodnie z art. 115 §1 i 2 KW kto nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej (...) podlega karze grzywny do 1500 złotych albo karze nagany. Tej samej karze podlega, kto, sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej określonego w §1 szczepieniu ochronnemu.

Akty prawne regulujące kwestie związane z wykonywaniem szczepień ochronnych i zalecanych odnoszą się do wyrażenia zgody na szczepienie wyłącznie w przypadku wykonywania szczepień u osób pomiędzy 6. a 18. r.ż. Zgoda na wykonanie szczepienia musi mieć wówczas formę pisemną. Jak już wspomniano, dotyczy to wyłącznie sytuacji, w których szczepienie wykonywane jest pod nieobecność przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta. W pozostałych przypadkach przepisy prawa nie odnoszą się do kwestii wyrażania zgody na wykonanie zabiegu szczepienia. W związku z brakiem wyraźnych regulacji prawnych w tym zakresie należałoby przyjąć, że do wykonania szczepienia nie jest niezbędne wyrażenie zgody. Należy jednak zauważyć, że UoZL zobowiązuje lekarza do pobrania od pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego zgody na wdrożenie każdej czynności leczniczej, bez względu na jej rodzaj i zakres. W myśl art. 32 ust. 1 UoZL lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody. W zależności od rodzaju czynności leczniczej zmienia się jedynie forma, w jakiej zgoda powinna zostać wyrażona. W przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego lub czynności lecz-

nicznych podwyższonego ryzyka, lekarz może udzielić świadczenia zdrowotnego po wyrażeniu przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego pisemnej zgody (art. 34 ust. 1 UoZL). W związku z przedstawionymi regulacjami powstaje pytanie, czy szczepienie jest świadczeniem zdrowotnym podwyższonego ryzyka i w jakiej formie powinna być wyrażana zgoda na wykonanie szczepienia?

Biorąc pod uwagę ogromną liczbę szczepień wykonywanych na całym świecie oraz minimalną liczbę negatywnych następstw i powikłań po wykonaniu szczepień, należy przyjąć, że szczepienie nie jest świadczeniem zdrowotnym podwyższonego ryzyka. Warto jednak pamiętać, że wykonanie szczepienia należy traktować jako zabieg lekarski połączony z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta. Wykonywanie wszelkich zabiegów łączy się z kolei z potencjalnym niebezpieczeństwem wystąpienia negatywnych następstw i powikłań groźnych dla zdrowia i życia. W związku z powyższym wydaje się, że zgoda na wykonanie szczepienia powinna mieć formę pisemną. W formularzu pisemnej zgody na wykonanie szczepienia mogą zostać również zamieszczone adnotacje dotyczące udzielenia pacjentowi i jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu informacji na temat najczęściej występujących następstw i powikłań danego szczepienia. Jak już wspomniano, lekarz zobowiązany jest do przekazywania tego typu informacji, a pisemna adnotacja o udzieleniu informacji jest niezwykle istotna z punktu widzenia ochrony lekarza przed ewentualnymi roszczeniami [6].

Kwestie związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom małoletnim, po ukończeniu przez nich 16 lat, regulują akty prawne: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wymienione przepisy wprowadzają różne rozwiązania w zakresie uzyskania zgody i jej formy, w zależności od rodzaju świadczeń zdrowotnych, które mają zostać udzielone pacjentowi. Zgodnie z przepisem art. 32 ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania małoletniego, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda przedstawiciela ustawowego może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. W przypadku pacjenta małoletniego, który nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami

jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Niezależnie od powyższego, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy [7]. Wymienione okoliczności podlegają odnotowaniu w dokumentacji medycznej pacjenta. Przyjmuje się, że badanie to podstawowa forma czynności lekarskich dokonywana poprzez pobieżne oględziny ciała, badanie palpacyjne, osłuchanie. Co do zasady wskazuje się, że obejmuje czynności rutynowe i niestwarzające ryzyka, które przeprowadzone są przez lekarza w celu ustalenia stanu zdrowia pacjenta, decydując często o dalszych działaniach. Pod pojęciem „innych świadczeń zdrowotnych” należy rozumieć działania, które stwarzają dla pacjenta zwykle ryzyko. W przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodnie z przepisem art. 43 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, lekarz musi uzyskać pisemną zgodę pacjenta. W przypadku pacjenta małoletniego wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda. Jeżeli przedstawiciel ustawy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie przez lekarza ww. czynności, które są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Lekarz może wykonać wymienione czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. O okolicznościach związanych z uzyskaniem zgody przedstawiciela ustawowego, zezwolenia sądu opiekuńczego lub konieczności podjęcia działań bez zgody, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej. Podobne

rozwiązania w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom małoletnim, którzy ukończyli 16 lat, przewiduje ustawa o prawach pacjenta. Zgodnie z przepisem art. 17 ustawy o prawach pacjenta, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Podobnie, jak w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, uregulowano kwestię zgody na zabieg operacyjny i zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Mając na uwadze powyższe rozwiązania, wskazać należy, że do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, który ukończył szesnaście lat (a nie ukończył osiemnastu lat), wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego oraz małoletniego pacjenta. Dodatkowa zgoda samego małoletniego jest konieczną przesłanką podjęcia czynności medycznych dotyczących zarówno badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, jak i zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko. W przypadku zwykłego badania zgodę może wyrazić również opiekun faktyczny (zamiast przedstawiciela ustawowego). Wyjątkowo, jeżeli pacjent jest małoletni, a nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Biorąc pod uwagę konieczność uzyskania podwójnej zgody, tj. przedstawiciela ustawowego małoletniego (lub wyjątkowo – w niektórych sytuacjach opiekuna faktycznego) i samego małoletniego, który ukończył 16 lat, konieczna jest obecność przedstawiciela ustawowego przy zgłaszaniu się ww. małoletniego do lekarza. Zasadna będzie odmowa przyjęcia takiego pacjenta, o ile nie zachodzą okoliczności, w których zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Fundamentalnym prawem pacjenta – gwarantującym poszanowanie podmiotowości pacjenta w procesie leczenia – jest prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na poddanie się interwencji medycznej. Jego ranga w świetle współczesnych standardów prawnych nie budzi wątpliwości. Nie każdy jednak pacjent może zachować swoją autonomię. Istnieją sytuacje, kiedy – ze względów faktycznych lub prawnych – nie jest on zdolny do podjęcia i wyrażenia

nia świadomej i swobodnej zgody na interwencję medyczną. Dobro pacjenta przemawia wtedy za odstępstwem od zasady *voluntas aegroti suprema lex*. Dopuszczenie wyjątków od niej wymaga jednak rozważnych i jasnych reguł prawnych, tak aby interwencja medyczna podejmowana dla dobra pacjenta nie oznaczała przymusu leczenia. Podstawowe odstępstwa od prawa pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną regulują art. 32–35 ustawy. Przewidują one następujące kategorie pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody: małoletnich; ubezwłasnowolnionych; niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody. Dwie pierwsze kategorie to niewątpliwie pacjenci niezdolni *de lege*. O tym bowiem, jaki pacjent jest uznany za małoletniego lub ubezwłasnowolnionego, decyduje prawo. Trzecia grupa to pacjenci niezdolni *de facto* (np. nieprzytomni, chorzy psychicznie, upośledzeni umysłowo, odurzeni alkoholem lub narkotykami). U podłoża ich niezdolności leżą okoliczności faktyczne. Choć prawo uznaje tych pacjentów za niezdolnych do wyrażenia zgody, respektuje jednak w pewnych wypadkach ich autonomię. Przede wszystkim dotyczy to małoletnich, którzy ukończyli szesnaście lat. Ustawodawca wymaga ich zgody na każdy rodzaj interwencji medycznej. W węższym zakresie wymóg ten dotyczy ubezwłasnowolnionych. I tak od ubezwłasnowolnionego częściowo zgoda wymagana jest na każdy rodzaj interwencji medycznej, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych lub metod leczniczych i diagnostycznych związanych z ryzykiem; od ubezwłasnowolnionego całkowicie – tylko na badanie lekarskie i tylko gdy jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć się o nim. Niezależnie jednak od rodzaju interwencji medycznej ustawodawca uwzględnia sprzeciw pacjentów ubezwłasnowolnionych. Dotyczy to również tych niezdolnych *de facto*, jednak tylko chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, jeżeli są w stanie rozeznąć się w tej sprawie (art. 32 ust. 6 i 34 ust. 5). Ich sprzeciw – podobnie jak sprzeciw pacjentów małoletnich, którzy ukończyli szesnaście lat – nie oznacza jednak automatycznie niedopuszczalności interwencji medycznej, o czym dalej. Poza wyżej wskazanymi okolicznościami autonomia tych pacjentów nie ma znaczenia prawnego. Regulując warunki dopuszczalności interwencji medycznej względem pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody (*de facto* i *de iure*), ustawodawca posłużył się trzema konstrukcjami prawnymi:

- zgodą dodatkową (obok zgody pacjenta wymagana jest zgoda innego podmiotu),
- zgodą zastępczą (zamiast zgody pacjenta wymagana jest zgoda innego podmiotu),
- upoważnieniem ustawowym (nie jest wymagana zgoda pacjenta lub zgoda innego podmiotu).

Uzyskanie zgody dodatkowej wymagane jest na podjęcie interwencji medycznej względem pacjenta małoletniego, który ukończył szesnaście lat (art. 32 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 5). Wymagana jest ona także na przeprowadzenie badań lekarskich pacjentów całkowicie ubezwłasnowolnionych, zdolnych jednak do wypowiedzenia o nich z rozeznaniem opinii. Uprawnionym do wyrażenia zgody dodatkowej jest

przedstawiciel ustawowy (rodzice, opiekun). Na badanie małoletniego, który ukończył szesnaste lat, zgodę dodatkową może wyrazić także opiekun faktyczny. Według art. 31 ust. 8 jest to osoba wykonująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga. Jeśli nie można porozumieć się z przedstawicielem ustawowym (opiekunem faktycznym) lub w razie jego braku, upoważniony do udzielenia zgody jest sąd opiekuńczy (funkcję tego sądu pełni sąd rejonowy). Wniosek o udzielenie zgody powinien zostać złożony do sądu rejonowego, w którego okręgu interwencja medyczna ma być dokonana (art. 32 ust. 10). Lekarz jest zatem zobowiązany do uzyskania zarówno zgody pacjenta, jak i jego przedstawiciela ustawowego. W praktyce może wystąpić kolizja ich stanowisk, wtedy o zgodzie na interwencję medyczną rozstrzyga sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 6, art. 34 ust. 5 i art. 34 ust. 6 ustawy).

Art. 32 ust. 6 reguluje sytuacje, gdy pacjent sprzeciwia się interwencji medycznej, a jego przedstawiciel ustawowy wyraża na nią zgodę. Sąd opiekuńczy jest władny rozstrzygać w sprawie zgody na każdą interwencję medyczną. Przepis stosuje się jednak szerzej. Kompetencja sądu rozciąga się bowiem także na rozstrzygnięcie w sprawie sprzeciwu pacjenta ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie albo upośledzonego umysłowo, lecz mającego dostateczne rozeznanie. Ponadto analiza jego treści prowadzi do wniosku, że umożliwiał on dokonanie interwencji medycznej nie tylko wbrew woli pacjenta małoletniego czy ubezwłasnowolnionego, lecz nawet przy sprzeciwie jego przedstawiciela ustawowego. Wydaje się, że taka regulacja zezwala na zbyt dalekie odstępstwo od prawa pacjenta do samostanowienia. Dopuszcza bowiem możliwość przymusowego leczenia, gdy pacjentowi nie grozi utrata życia lub ciężkie uszkodzenie ciała bądź ciężki rozstrój zdrowia.

Art. 34 ust. 6 reguluje sytuacje, gdy pacjent zgadza się na interwencję medyczną, a jego przedstawiciel ustawowy sprzeciwia się jej. Również wtedy o zgodzie na interwencję medyczną rozstrzyga sąd opiekuńczy. Kompetencja jego jest jednak ograniczona. Pozwala rozstrzygać tylko w sprawie zgody na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, gdy wymienione czynności medyczne są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. Poza tym sąd opiekuńczy nie jest władny przełamać sprzeciwu przedstawiciela ustawowego. To rozwiązanie również budzi pewne zastrzeżenia merytoryczne.

Uzyskanie zgody zastępczej wymagane jest na udzielenie świadczeń zdrowotnych:

- małoletnim, którzy nie ukończyli szesnastu lat,
- ubezwłasnowolnionym,
- niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody.

Uprawnionymi do jej udzielenia są również przedstawiciele ustawowi tych pacjentów. W razie ich braku lub niemożności porozumienia się z nimi zgody może udzielić sąd opiekuńczy. W stosunku do pacjentów ubezwłasnowolnionych całko-

wicie sąd może wyrazić zgodę tylko na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko (argument z art. 32 ust. 4 w zw. z art. 34 ust. 3). Ograniczenie sądu nie wydaje się zasadne i nosi znamiona luki prawnej. W praktyce może się bowiem zdarzyć, że taki pacjent nie będzie miał przedstawiciela ustawowego lub nie będzie można się z nim porozumieć. Lekarz pozbawiony będzie wówczas możliwości zwrócenia się do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody na przeprowadzenie np. badania. Przepis art. 32 ust. 8, który upoważnia lekarza wprost z ustawy do dokonania badań, nie znajduje tu również zastosowania. Jeśli przedstawiciel ustawy nie wyrazi zgody zastępczej na interwencję medyczną, generalnie jest ona niedopuszczalna. Od reguły tej ustawodawca przewidział wyjątek. Na mocy art. 34 ust. 6 lekarz może zwrócić się w takiej sytuacji o wyrażenie zgody do sądu opiekuńczego. Istnieje zatem możliwość przełamania sprzeciwu przedstawiciela ustawowego w drodze postępowania sądowego. Jednak nie w każdym wypadku. To uprawnienie przysługuje jedynie w sytuacji, gdy lekarz zamierza dokonać zabiegu operacyjnego albo zastosować metodę leczniczą lub diagnostyczną stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, a są one niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W zakresie innych czynności medycznych – chociażby koniecznych dla usunięcia tegoż niebezpieczeństwa, np. zatamowania krwotoku – takie upoważnienie nie przysługuje. Zgoda nie może mieć charakteru *in blanco*. Zawsze powinna dotyczyć konkretnego lekarza i konkretnego świadczenia zdrowotnego. Wyraźnie natomiast ustawa reguluje formę zgody. Pomija jedynie wymogi formalne dotyczące zgody sądu opiekuńczego, co jest o tyle zrozumiałe, że regulują to właściwe przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Ustawa, określając wymogi formalne zgody przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego pacjenta, stanowi w art. 32 ust. 7, że może ona być wyrażona ustnie albo nawet przez zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Przepis wprowadza więc jako zasadę formę dowolną, dopuszczając także jej wyrażenie *per facta concludentia*. Wyjątkiem od niej jest forma pisemna. Wymagana jest – stosownie do postanowień art. 34 ust. 1 – przy wyrażaniu zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Przedstawione przepisy wprowadzają standardy formalne identyczne z wymaganymi od samych pacjentów. Dlatego – przy ich interpretacji – uzasadnione jest ponowne przypomnienie i odpowiednie stosowanie orzeczenia Sądu Najwyższego z 14 listopada 1972 r. (sygn. akt I CR 403/72), w świetle którego „brak sprzeciwu pacjenta lub też złożony przez niego automatycznie podpis na dokumencie stwierdzającym historię choroby nie może być traktowany jako zgoda na zabieg”.

Omówione przepisy ustanawiają ogólne reguły postępowania przy dokonywaniu interwencji medycznej względem pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody. Pewne szczególne rodzaje interwencji medycznej (leczenie chorób psychicznych,

transplantacja, eksperymenty medyczne) zostały uregulowane odrębnie. Stosowane postanowienia zawarte są w ustawach: z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535 ze zm.); z 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 138, poz. 682 ze zm.); o zawodzie lekarza.

Reasumując: ustawowe uregulowanie dopuszczalności leczenia pacjenta bez jego zgody to ważny krok w polskim prawie medycznym. Nie powinien być to jednak krok ostatni. Regulacja dotknięta jest bowiem ułomnościami merytorycznymi i formalnymi. Niektóre z nich, w szczególności merytoryczne, starałem się wskazać. Szczególnie niepokoją jednak ułomności formalne, zwłaszcza technika legislacyjna. Ustawa jest rozbudowana, miejscami kazuistyczna, zawiera liczne wewnętrzne odesłania, w tym do stosowania analogii, zakres zastosowania niektórych przepisów nasuwa wątpliwości. Jej lektura może stwarzać problemy interpretacyjne, nie tylko mniej biegłym w tej materii lekarzom i pacjentom, lecz także prawnikom, na wytkłym przecież do czytania tekstów prawnych.

Powyższe uwagi skłaniają do wniosku o przeprowadzenie rozważnej nowelizacji ustawy. Wyjątki od prawa pacjenta do wyrażenia zgody na interwencje medyczną wymagają bowiem jednoznacznych i wyczerpujących reguł prawnych, tak aby pacjent niezdolny do wyrażenia zgody był chroniony przed arbitralnością lekarzy, a lekarz działający dla dobra pacjentów – przed zarzutem łamania prawa.

Kompetencje przedstawiciela ustawowego

To osoba, która z mocy przepisu prawa może działać w cudzym imieniu i ze skutkiem dla osoby, którą reprezentuje. Przedstawicielem ustawowym jest np. matka lub ojciec dla swych małoletnich dzieci. Czynności dokonane przez przedstawiciela wywołują bezpośrednie skutki dla reprezentowanego. Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażania zgody:

- sam pełnoletni pacjent zdolny do świadomego wyrażania zgody;
- przedstawiciel ustawowy oraz pacjent pełnoletni mający pełną zdolność do czynności prawnych, ale z uwagi na jego stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie korzystać z przynależnego mu prawa do wyrażenia zgody;
- przedstawiciel ustawowy, opiekun faktyczny lub sąd opiekuńczy w przypadku osób małoletnich;
- osoby ubezwłasnowolnione częściowo lub całkowicie wyrażają zgodę samodzielnie lub łącznie ze swoim opiekunem faktycznym.

W przypadku osób małoletnich są nimi rodzice, a opiekunowie prawni w przypadku osób ubezwłasnowolnionych. Uzasadnienie tych kompetencji znajdziemy w przepisach prawa rodzinnego. Jeśli chodzi o osoby małoletnie, to granica wieku została ustalona na 16 lat. Należy jednak uwzględnić indywidualne cechy rozwoju psychicznego i intelektualnego dziecka. W art. 6 ust. 2 Konwencji bioetycznej

przepis nakazuje uwzględniać opinie małoletniego w zależności od wieku i stopnia dojrzałości. W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 17 utrzymuje się granicę 16. r.ż. Do tego czasu zgodnie z art. 98§1 KRO przedstawicielem ustawowym dziecka są jego rodzice. W piśmiennictwie wykazuje się kilka przypadków, w których taka władza rodzicom nie przysługuje:

- nie posiadają pełnej czynności prawnej z racji małoletniego wieku lub ubezwłasnowolnienia;
- w wyniku orzeczenia sądowego zostali jej pozbawieni lub została im ograniczona;
- zostali jej pozbawieni z art. 51 KK, tj. w związku z popełnieniem przestępstwa na szkodę małoletniego lub wspólnie z nim.

Jeżeli te ograniczenia dotyczą obojga rodziców, to należy niezwłocznie ustalić dla małoletniego opiekuna prawnego, wówczas on staje się jego przedstawicielem ustawowym. Zgodnie z art. 156 KRO musi on uzyskać zgodę sądu we wszystkich ważniejszych sprawach dotyczących jego podopiecznego.

Osobą uprawnioną do dostępu do dokumentacji medycznej jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Uprawnienie pacjenta (i jego przedstawiciela ustawowego) wynika z art. 26 ust. 1 u.p.p do dostępu do dokumentacji. Jest ona pochodną prawa do uzyskiwania informacji wynikającą z art. 31 ust. 1 u.z.l. Pacjent może się zatem zapoznawać z całokształtem dotyczących go danych. Przepisy nie wprowadzają w tym zakresie żadnych ograniczeń. Jednakże odnosi się to jedynie do dokumentacji indywidualnej. W przypadku dokumentacji zbiorczej pacjent może się zapoznawać jedynie z tą jej częścią, która zawiera dane jego dotyczące. W piśmiennictwie podnosi się to, że samo udostępnienie dokumentów jest niewystarczające. Uzasadnieniem omawianego uprawnienia jest m.in. możliwość zapoznania się z treścią dokonanych wpisów. Niejednokrotnie są one sporządzone hermetycznym, fachowym, niezrozumiałym dla pacjenta językiem. Stąd też się postuluje, by lekarz udostępniający dokumentację wyjaśnił pacjentowi znaczenie wpisów.

Zgodnie z § 78 ust. 1. rozporządzenia z 2010 r. podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki, a zatem możliwe jak najszybciej. Kolejnym podmiotem uprawnionym do dostępu do dokumentacji jest osoba upoważniona przez pacjenta (art. 26 ust. 1 u.p.p). Chory jest dysponentem danych o swym stanie zdrowia. Może zatem swobodnie wskazywać krąg podmiotów, które uzyskają takie informacje. Przepisy nie wprowadzają w tym względzie żadnych ograniczeń. Pacjent może zatem wskazać dowolną osobę, niekoniecznie krewną czy z najbliższego otoczenia. Może także określić szerszy krąg osób, uprawniając ich do wszelkiej dokumentacji, albo różnicując ich upoważnienie (dostęp tylko do wybranych dokumentów). Poza tym pacjent może wskazać osobę, która będzie mieć prawo wglądu w dokumentację medyczną po jego śmierci. Ponadto uprawnionymi do wglądu do dokumentacji medycznej są instytucje i urzędy, takie jak: organy władzy publicznej, NFZ, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultan-

tów krajowych i wojewódzkich, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru (art. 26 ust. 3 pkt 2 u.p.p.), Minister Zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem (art. 26 ust. 3 pkt 3 u.p.p.). Uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek (art. 26 ust. 3 pkt 4 u.p.p.). Organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem (art. 26 ust. 3 pkt 5 u.p.p.). Podmioty prowadzące rejestry usług medycznych w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów (art. 26 ust. 3 pkt 6 u.p.p.). Zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta (art. 26 ust. 3 pkt 7 u.p.p.). Lekarz, pielęgniarka lub położna, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia (art. 26 ust. 3 pkt 8 u.p.p.). Szkoły wyższe lub instytuty badawcze (art. 26 ust. 4 u.p.p.).

Uprawnienia opiekuna faktycznego

Jest to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). W literaturze prawniczej uważa się, że za opiekuna faktycznego nie można uznać małżonka, rodziców lub dzieci pacjenta, gdyż sprawują oni opiekę nad nim w ramach obowiązku ustawowego. Zgodnie z art. 23 KRO małżonkowie są zobowiązani do wzajemnej pomocy, przez co rozumie się nie tylko pomoc w czynnościach codziennych, ale także w sytuacji nadzwyczajnej, np. choroby. Natomiast art. 87 KRO stanowi, że rodzice i dzieci powinni wspierać się nawzajem, przez co przyjmuje się, że nakłada na te osoby obowiązek opieki. W obu przywołanych przepisach sprawowanie opieki wynika z „ustawowego obowiązku”, a zatem osób sprawujących opiekę nie można uznać, w świetle przytoczonej definicji, za opiekunów faktycznych. Jednakże w świetle prawa polskiego osób tych nie można uznać za przedstawicieli ustawowych pacjenta. Problem jest niezwykle istotny, ponieważ dotyczy delikatnych relacji międzyludzkich i zakresu kompetencji tych osób względem np. nieprzytomnego pacjenta. Na gruncie prawa medycznego wymaga to niewątpliwie odpowiedniej ingerencji ustawodawcy, albowiem kwestia uprawnień opiekuna faktycznego nie jest w żadnym akcie prawnym szczegółowo uregulowana. Z drugiej strony jeśli osoby nie są przedstawicielami ustawowymi, a spełniają kryteria opiekuna faktycznego, czyli sprawują stałą opiekę nad pacjentem, to mogą być uznane za takiego. W poszczególnych aktach prawnych znajdują się przepisy, które dotyczą sytuacji związanych z działaniem opiekuna faktycznego w imieniu pacjenta, np.:

- a) Art. 32. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry
1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
 2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego.
 3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.
- b) Art. 12. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.
- Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej [8].
- c) Art. 17. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
 2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przepisie tym nie ma mowy o udostępnianiu dokumentacji medycznej bezpośrednio opiekunowi faktycznemu. Pacjent musi upoważnić opiekuna faktycz-

nego do dostępu do takiej dokumentacji medycznej. W braku stosownego upoważnienia nie powinno się udostępniać dokumentacji medycznej opiekunowi faktycznemu. Przepis mówi o „przedstawicielu ustawowym”. Zgodnie z przepisami prawa przedstawicielstwo ustawowe jest związane z określonym stosunkiem prawnym, z którego wynika umocowanie dla przedstawiciela. W związku z tym zagadnienia przedstawicielstwa ustawowego analizować należy na tle tego właśnie stosunku prawnego (np. przedstawicielstwo ustawowe rodziców w stosunku do dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską, przedstawicielstwo ustawowe opiekuna oraz kuratora względem osób ubezwłasnowolnionych oddanych pod opiekę lub kuratelę). Wskazanie określonej osoby jako pełniącej rolę przedstawiciela ustawowego wynikać może bezpośrednio z ustawy (np. rodzice), jak i z orzeczenia sądu (opiekun, kurator). Charakterystyczne dla stosunków rodzających przedstawicielstwo ustawowe jest to, że przedstawiciel ustawowy jest z reguły nie tylko uprawniony, ale i zobowiązany do działania w imieniu reprezentowanego.

Opiekun faktyczny nie jest przedstawicielem ustawowym.

W przypadku pacjenta, który nie jest w stanie udzielić upoważnienia do wglądu do dokumentacji medycznej dla opiekuna faktycznego (np. nie jest sprawny umysłowo, nie rozumie co się do niego mówi), nie powinno się udostępniać dokumentacji medycznej opiekunowi faktycznemu. Taki pacjent powinien mieć przedstawiciela ustawowego w postaci kuratora (ubezwłasnowolnienie częściowe, a także osoba niepełnosprawna art. 183 KRO) lub opiekuna (ubezwłasnowolnienie całkowite). Należy mieć na względzie także art. 82 kodeksu cywilnego, że nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, innego, chociażby przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych. Gdyby taki pacjent podpisał upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej, nie rozumiejąc jego znaczenia, to wówczas może być ono uznane za nieważne.

Jeśli chodzi o osoby niemogące pisać, lecz mogące czytać, to zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego, osoba taka może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej (np. upoważnienie do udostępnienia dokumentacji dla określonej osoby) bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko, umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać. Co do kwestii informowania opiekuna faktycznego o stanie zdrowia pacjenta, to zgodnie z art. 9 ust. 8 ustawy prawach pacjenta – to pacjent, w tym małoletni, który uczył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki i położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstkich. Podobnie w tej kwestii nie ma wprost regu-

lacji prawnej wskazującej na możliwość informowania opiekuna faktycznego o stanie zdrowia pacjenta bez jego zgody. W przypadku lekarzy stosuje się analogicznie art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza, który zezwala lekarzowi udzielić informacji osobie bliskiej, jeśli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia treści informacji. Osoba bliska (małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta). W przepisach regulujących wykonywanie zawodu przez pielęgniarki i położne nie ma wprost takich regulacji. Podobnie ma się kwestia podejmowania jakichkolwiek decyzji za pacjenta, który nie jest w stanie wyrazić swojej woli. W świetle prawa nie ma też wprost regulacji dotyczącej pielęgniarek, ale można by analogicznie stosować art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, który dotyczy badania lekarskiego, gdzie w przypadku braku przedstawiciela ustawowego zgodę na badanie i inne świadczenia zdrowotne może wyrazić opiekun faktyczny. Przy czym zgoda taka może być wyrażona ustnie lub poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący żadnych wątpliwości wyraża wolę poddania się określonym świadczeniom. Jedynie w przypadku zabiegu operacyjnego czy o podwyższonym ryzyku zgoda musi być na piśmie.

Zakończenie

W niniejszym opracowaniu starano się przedstawić uprawnienia przedstawiciela ustawowego w kanonach prawa medycznego. Omówiono zasady pobierania zgody pacjenta na udzielanie procedur medycznych przez personel medyczny. W świetle prawa oraz wzrastającej roszczeniowości pacjentów jest to aspekt bardzo ważny. Istnieje wiele publikacji na temat udzielania zgody na przeprowadzanie badań diagnostycznych oraz udzielania świadczeń leczniczych i terapeutycznych. Z wymogiem uzyskania zgody łączy się szeroko rozumiany obowiązek informacji, która pozwoli na świadome podjęcie decyzji o akceptacji lub odmowie leczenia. Lekarz powinien udzielić przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach leczenia, a także o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Problematyce tej poświęcona jest także Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowania Biologii i Medycyny z 4 kwietnia 1997 r. Zgodnie z art. 5 Konwencji Bioetycznej nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Deklaracja Praw Pacjenta WHO przyjęta w Amsterdamie w 1994 r. przyznaje pacjentowi prawo do wyrażenia, jak i odrzucenia proponowanej terapii po uzyskaniu o niej informacji. Powołane rozwiązania prowadzą do powstania wątpliwości, np.: takiej sytuacji, gdy pacjent ukończył 16. r.ż. i wyraża odmienną wolę niż jego przedstawiciel. W takim przypadku konieczne jest rozstrzygnięcie kolizji zdań obu uprawnionych, którego dokonuje sąd opiekuńczy.

Do niedawna wskazywano na paternalizm, a kluczową zasadę stanowiła premia salus aegroti suprema lex est czyli: dobro pacjenta jest najwyższym prawem. Obecnie zakłada się układ partnerski w myśl zasady voluntas aegroti suprema lex Asto, czyli: wola pacjenta jest najwyższym prawem. W konkluzji należy stwierdzić, że wyrażenie zgody jest niezbędnym narzędziem do podjęcia przez lekarza jakichkolwiek działań medycznych. Nie oznacza jednak, że ma ona charakter bezwzględny. Prawo medyczne przewiduje bowiem wiele przepisów, gdy określone świadczenia nie mogą być wykonane pomimo zgody, a nawet żądania pacjenta (aborcja, eutanażja), oraz sytuacje przeciwne, gdy lekarz może podjąć działania pomimo braku jego zgody lub wyraźnego sprzeciwu z jego strony (przymusowe leczenie, hospitalizacja, przymus bezpośredni). Sytuację graniczną stanowi ratowanie samobójców oraz osób nieprzytomnych, które przed utratą świadomości odmówiły zgody na leczenie.

Bibliografia

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6.11.2008 r. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
2. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r. Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857.
3. Ustawa kodeks rodzinny i opiekuńczy z 25.02.1964 r. Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59 ze zm.
4. Filarski T, Sroka T. *Zrozumieć prawa pacjenta*. Warszawa: NFZ Centrala; 2013: 30–35.
5. Kubiak R. *Prawo medyczne*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 2010: 343–355.
6. Karkowska D. *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska S.A.; 2013: 166–191.
7. Nestorowicz M. *Prawo Medyczne*. Wyd. X. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora; 2013: 149–165.
8. Wrońska I, Mariański J. i wsp. *Etyka w pracy pielęgniarskiej*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002: 195–201.

Adres do korespondencji:

Elżbieta Sobaszek
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: sobaszeke@wsm.opole.pl

Zachowania zdrowotne kobiet w wieku prokreacyjnym

Joanna Głogowska

Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej,
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu

Zdrowie prokreacyjne stanowi ważny element definicji zdrowia jako całości dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie tylko braku choroby czy zaburzeń, w obszarze wszystkich zagadnień związanych z układem rozrodczym i prokreacją u obu płci oraz we wszystkich fazach życia. Obejmuje ono zagadnienia pokwitania i przekwitania, płodności i niepłodności, planowania rodziny, zdrowia podczas ciąży, porodu i położu, nowotworów narządów płciowych i piersi. Troska o zdrowie prokreacyjne warunkuje stan zdrowia Polaków, dobre zdrowie następnych pokoleń, wspomaga działania mające na celu poprawę wskaźników demograficznych [1].

Jednym z sześciu celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 jest poprawa zdrowia prokreacyjnego. Podmiotem odpowiedzialnym za pięcioletnią realizację tego celu jest minister właściwy do spraw zdrowia, we współpracy z ministrami właściwymi do spraw: rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego oraz oświaty i wychowania.

Wśród zadań służących realizacji powyższego celu operacyjnego wymienione zostały m.in.: uwzględnianie zagadnień dotyczących czynników wpływających na zdrowie prokreacyjne w programach kształcenia na kierunkach medycznych, biologicznych, psychologicznych i pedagogicznych, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endo- i egzogennych mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym, prowadzenie działalności edukacyjnej dla pracowników opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym szkolenia i kursy podyplomowe dla pielęgniarek i położnych.

Bez względu na odgórnie wyznaczane cele, zadania i dostępność narzędzi, szczególną opieką zdrowotną należy otoczyć kobiety i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, co ma istotne znaczenie w aspekcie używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych.

Z przytoczonych powyżej zapisów Narodowego Programu Zdrowia wynika, że największy nacisk położony został na prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej w celu uświadomienia kobietom i mężczyznom, że od ich postaw i zachowań zależy zdrowie ich samych oraz ich potomstwa. Natomiast dobrze przygotowana merytorycznie kadra specjalistów ma służyć pomocą i wsparciem. Już od dawna wiadome jest, że promocja zdrowego stylu życia i profilaktyka są zdecydowanie mniej kosztowne niż medycyna naprawcza.

Promocja zdrowia to rozległa dziedzina zdrowia publicznego, która posługuje się głównie edukacją zdrowotną [2]. Celem edukacji zdrowotnej jest modyfikowanie cech indywidualnych determinujących zdrowie, takich jak: wiedza odbiorców, ich świadomość, przekonania, postawy, umiejętności, poczucie samoskuteczności. Poprzez edukację zdrowotną dostarczamy wiedzę i kształtujemy umiejętności, aby umacniać zachowania lub zmieniać je na takie, które są korzystne dla zdrowia. Aby ułatwić zmiany postaw wobec zdrowia, zazwyczaj trzeba również zmieniać normy społeczne, budować wsparcie społeczne, usuwać przeszkody materialne.

Planowanie interwencji zdrowotnych programowych i nieprogramowych (akcji i kampanii profilaktycznych), a przede wszystkim prowadzenie skutecznych działań edukacyjnych w grupie osób w okresie okołokoncepcyjnym wymaga: rozpoznania zachowań zdrowotnych, wyróżnienia konsekwencji zdrowotnych dla matki i dziecka, określenia potrzeb zdrowotnych, a następnie wyboru najodpowiedniejszych form i metod edukacji zdrowotnej. Ponadto każda planowana interwencja zdrowotna powinna być monitorowana i podlegać ewaluacji.

Zachowania zdrowotne kobiet

W ramach „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, opracowany został raport pt.: „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” [3]. Raport jest wynikiem analizy danych uzyskanych w toku ogólnopolskich badań ankietowych przeprowadzonych na próbie 3451 położnic. Badanie przeprowadzone w roku 2017 było powtórzeniem ogólnopolskiego badania z roku 2013. Pozwala to zaobserwować, jak zmienił się stan zdrowia położnic, poziom ich wiedzy i zachowań prozdrowotnych na przestrzeni lat 2013–2017.

Cel i metoda badania „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”

Celem prowadzonych już po raz drugi badań było zdiagnozowanie poziomu ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na

zdrowie potomstwa. Umożliwia to formułowanie rekomendacji wskazujących najbardziej optymalne kierunki działań prewencyjnych mających na celu zmniejszenie zasięgu zachowań szkodliwych dla zdrowia matek i dzieci [3].

Raport „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” jest wynikiem analizy danych badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na próbie populacji 3451 położnic z oddziałów położniczo-ginekologicznych w całym kraju, zbadanych przy pomocy szczegółowej ankiety składającej się z części wypełnianej przez kobietę rodzącą oraz części wypełnianej przez osobę z personelu medycznego. Badanie przeprowadzone zostało na przełomie lutego i marca 2017.

Charakterystyka grupy badanej

Podobnie jak w roku 2013, grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku od 16 do 47 lat (średnia 29,94). Ponad 50% kobiet było w wieku pomiędzy 21. a 30. rokiem życia. Nieco ponad połowa (50,32%) ankietowanych kobiet posiadała wykształcenie wyższe (licencjat lub magisterium), kolejne grupy respondentek miały wykształcenie pomaturalne – 19,91%, a 22,36% – ponadgimnazjalne. Kobiety z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym stanowiły najmniejszą grupę – 5,53% wszystkich ankietowanych. Wśród badanych kobiet większość to osoby mieszkające w mieście (58,78%), w tym 10,24% to mieszkanki dużych miast, powyżej 500 tysięcy mieszkańców. 41,22% stanowiły mieszkanki wsi. Bardzo dobre lub dobre warunki życiowe wskazało aż 91% kobiet, a tylko 0,29% złe, pozostałe oceniły je jako średnie. Respondentka najczęściej mieszkała z mężem (72,84%) oraz z dziećmi (48,65%), z rodzicami (21,8%), ponadto z rodzeństwem i innymi osobami (12,05%).

Przebieg ciąży i porody

Respondentki najczęściej deklarowały, że poród w związku z którym były w szpitalu w trakcie badania, jest ich drugim w życiu (42,56%). Dla niewiele mniejszego odsetka położnic (39,94%) był to pierwszy poród. Warto zauważyć, że to odwrotna proporcja niż ta, którą zaobserwowano podczas badań w roku 2013, gdy to pierwszorzódki były najliczniejszą grupą respondentek (45,96%). Doświadczenie poronienia miała za sobą co dziesiąta badana, która odpowiedziała na to pytanie (10,08%), natomiast w 2013 odpowiedzi twierdzącej udzieliło 19,39% badanych kobiet. Zdecydowana większość kobiet (80,32%) stwierdziła, że aktualna ciąża była planowana, a to o 5,19% więcej niż w trakcie badania w roku 2013. Sam poród najczęściej był terminowy (93,12%), rzadziej przedwczesny (6,7%), a najrzadziej opóźniony (0,19%). Warto zauważyć, że w porównaniu z rokiem 2013 zdecydowanie, bo aż o 8,45%, spadł udział porodów przedwczesnych. Siłami natury doszło do rozwiązania 58,01% po-

rodów (62,32% w 2013 roku), cesarskie cięcie wykonano w przypadku 40,88% ciąż (36,40% w roku 2013).

U mieszkanek województwa opolskiego ciążę najczęściej stwierdzano w 5,27. tygodniu. Przeciętnie najpóźniej stwierdzane ciążę miały mieszkanki województwa warmińsko-mazurskiego (średnio w 6,58. tygodniu) i świętokrzyskiego (średnio w 6,29. tygodniu).

Wskazania antropometryczne dzieci

Zdecydowana większość dzieci osiągnęła na skali Apgar maksymalną ocenę 10 punktów (72,22%). Warto zauważyć, że udział w próbie noworodków, które uzyskały na tej skali najwyższą notę, nieznacznie wzrósł w porównaniu do roku 2013 (69,47%). Zarówno w roku 2013, jak i w 2017 rodzone dzieci respondentek najczęściej osiągały 9 lub 10 punktów w skali Apgar. Wady wrodzone wśród dzieci urodzonych przez respondentki należały do rzadkości. Stwierdzono je u jedynie 42 noworodków. Najczęściej były to zmiany skórne (0,43% całkowitej liczby dzieci), wady serca (0,32% całkowitej liczby dzieci), a także wady kończyn i palców (0,29% całkowitej liczby dzieci). Tylko w jednym przypadku stwierdzono płodowy zespół alkoholowy (FAS).

Bierne i czynne palenie w czasie ciąży

Większość respondentek nigdy nie paliła tytoniu (66,17%). 11,87% rzuciło palenie przed ciążą, a 16,10% w czasie ciąży. Natomiast 5,86% kobiet (7% w roku 2013) paliło przed ciążą i kontynuowało palenie w ciąży. W pierwszym trymestrze ciąży wypalały jeszcze średnio 4 papierosy, a w ostatnim trymestrze 2,23 dziennie.

W porównaniu do 2013 roku znacznie mniej respondentek wskazało, by kiedykolwiek paliło (wzrost o 6,02% udziału w próbie kobiet, które nigdy nie paliły). Nieznacznie spadła też liczba kobiet (różnica o 1,13%), które mimo zajścia w ciążę nie zdecydowały się podjąć próby rzucenia lub była to próba nieskuteczna. Choć różnice nie są duże, jednak wpisują się w stały trend odchodzenia od nałogu nikotynowego obserwowanego w całej populacji.

Badane kobiety określały również swoje narażenie na przebywanie w dymie tytoniowym w pracy oraz w domu. Zdecydowana większość respondentek deklarowała brak narażenia w domu (67,04%, a 61,2% w 2013) oraz brak narażenia w pracy (84%, a 79,8% w 2013). Drugą grupę stanowiły osoby, które były narażone na wdychanie dymu tytoniowego codziennie w domu (17,98%, a 22,5% w roku 2013) i w pracy (9,79%, a 11,95% w roku 2013). Pozostałe osoby były narażone sporadycznie (kilka razy w tygodniu lub w miesiącu).

Spożywanie alkoholu przed ciążą i w jej trakcie

Podobnie jak w pierwszej edycji badania, przed zajściem w ciążę bardzo wiele badanych kobiet (62,82%) w ogóle nie spożywało alkoholu, natomiast 23,04% spożywało alkohol rzadziej niż raz w miesiącu.

Tabela 1. Spożywanie alkoholu w trakcie ciąży

Częstość picia	N	%	% (rok 2013)
Cztery lub więcej razy w tygodniu	7	0,20	0,11
Dwa lub trzy razy w tygodniu	5	0,14	0,21
Dwa do cztery razy w miesiącu	16	0,46	1,27
Raz w miesiącu lub rzadziej	139	4,03	8,51
Nie piła	3284	95,16	89,90
SUMA	3451	100,00	100,00

Źródło: Badanie „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży 2017”.

Przypadki kobiet spożywających alkohol w trakcie ciąży należały do rzadkości. Po zajściu w ciążę 95,16% (89,9% w 2013) kobiet całkowicie powstrzymywało się od picia alkoholu w jakiegokolwiek postaci. O ile wskaźniki dotyczące spożywania alkoholu przed zajściem w ciążę w obu falach badania były zbliżone, to udział w próbie kobiet deklarujących, że w czasie ciąży nie piły, wzrósł o 5,26%.

Spośród 1201 respondentek zapytanych o rodzaj ostatnio spożywanego alkoholu, największa część z nich wskazała czerwone wino (43,98%) oraz piwo (31,18%). Znaczna liczba ciężarnych kobiet (7,33%) przyznała się do picia mocnego alkoholu (wódka, gin, koniak, likier, whiskey), więcej o 2,33% w stosunku do badanych w roku 2013.

Opinia matek na temat szkodliwości alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych dla matki i dziecka

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek dotyczące potencjalnego zagrożenia zdrowotnego, zarówno dla płodu, jak i matki w czasie ciąży. Prawie wszystkie kobiety przyznały, że spożycie dużych ilości alkoholu stwarza duże zagrożenie dla zdrowia kobiety (95,99%) oraz płodu (98,37%). Niemniej jednak świadomość negatywnych skutków spożywania niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży była niższa. Tylko część ankietowanych kobiet była świadoma wysokiego ryzyka związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży: dla matki (60,41%) i płodu (75,35%). Mimo że wiele badań dowodzi, że wypijanie przez mat-

ki w ciąży nawet mniejszej ilości alkoholu wpływa negatywnie na dziecko, niektóre respondenci były przekonane, że picie niewielkich ilości alkoholu nie jest szkodliwe ani dla kobiety w czasie ciąży, ani dla dziecka (odpowiednio 3,13% i 1,07%).

Tabela 2. Ocena ryzyka zdrowotnego dla dziecka

Ocena ryzyka dla dziecka		Picie niewielkich ilości alkoholu	Picie dużych ilości alkoholu	Palenie papierosów	Bierne palenie	Używanie narkotyków	Używanie innych środków psychoaktywnych
Brak ryzyka	N	34	14	20	27	15	15
	%	1,07	0,44	0,63	0,85	0,47	0,47
Nieznaczone ryzyko	N	225	6	48	92	5	3
	%	7,06	0,19	1,51	2,90	0,16	0,09
Średnie ryzyko	N	526	32	215	463	16	16
	%	16,51	1,00	6,77	14,61	0,50	0,54
Wysokie ryzyko	N	2400	3134	2895	2588	3153	3139
	%	75,35	98,37	91,10	81,64	98,87	98,90
SUMA	N	3185	3186	3178	3170	3189	3174
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Źródło: Badanie „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży 2017”.

Stosunkowo najczęściej piły alkohol w czasie ciąży kobiety opisujące swoje warunki socjalno-bytowe jako średnie (9,74%) i mające negatywną ocenę swojej sytuacji materialnej.

Badanie pokazało również dużą rozbieżność w ocenie szkodliwości biernego i czynnego palenia. W przypadku szacowania ryzyka zdrowotnego dla dziecka różnica wynosi 9,46%, mimo że palenie bierne jest podobnie szkodliwe dla rozwijającego się płodu, jak palenie czynne matki, a długotrwała ekspozycja dodatkowo zwiększa to ryzyko.

Prawie wszystkie respondenci były świadome, że zażywanie narkotyków i innych środków psychoaktywnych jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu oraz matki.

Ponad połowa badanych kobiet (53,31%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie omawiał z nimi problemu spożywania alkoholu. Natomiast w przypadku 1405 (45,53%) kobiet lekarz zalecał powstrzymanie się od picia jakiegokolwiek ilości alkoholu podczas ciąży. 36 kobiet (1,17%) stwierdziło, lekarz dopuszczał lub nawet zalecał picie alkoholu w trakcie ciąży. Niestety, podobne wyniki uzyskano w roku 2013.

Badania profilaktyczne kobiet w ciąży

- Badaniom cytologicznym przed ciążą i w jej trakcie była poddawana większość kobiet. Przed ciążą badanie cytologiczne przeprowadzono najczęściej respondentkom z województwa zachodniopomorskiego (90,91%), a najrzadziej kobietom mieszkającym w województwie opolskim (78,72%).
- W kraju średnio jedynie 47,61% ankietowanych kobiet zadeklarowało, że posiada wiedzę dotyczącą czynników zwiększających wystąpienie raka szyjki macicy (spadek o 4,89% w porównaniu do wyników z roku 2013). W województwie opolskim ponad 50% badanych odpowiedziało twierdząco.
- W czasie ciąży, u lekarza dentystry było 52,38% badanych kobiet, czyli niemal tyle samo, co w pierwszej edycji badania (wzrost zaledwie o 1,18%). Najczęściej fakt wizyty u dentystry w czasie ciąży zadeklarowały respondentki mieszkające w województwie opolskim (62,90%), a najrzadziej w kujawsko-pomorskim (42,45%).
- Zgromadzone dane pokazują, że tylko 9,91% ankietowanych kobiet wykonywało badanie USG piersi w czasie ciąży. Samodzielne badanie piersi wykonywało 42,55% ankietowanych kobiet. W przypadku obu metod badań piersi stwierdzono wzrost w porównaniu do pierwszej edycji badania, choć nadal zdecydowana większość kobiet nie poddaje się badaniom, ani nie prowadzi samookontroli. Najrzadziej wykonywane badanie USG w trakcie ciąży miały respondentki z województwa opolskiego (4,84%), a najczęściej z województwa małopolskiego (16,12%).

Wyzwania dla promocji zdrowia

Biorąc pod uwagę wybrane i wyżej opisane zachowania zdrowotne kobiet i zagrożenia dla zdrowia wynikające z przytoczonych dwóch raportów z badań, koniecznością wydaje się zwrócenie większej uwagi na efektywną komunikację z pacjentkami w celu ograniczenia konsekwencji zdrowotnych dla rozwijającego się płodu i zdrowia matki. Nie w każdym przypadku wystarczające i skuteczne będzie podanie pacjentce informacji wyłącznie dotyczących zagrożeń. Ponadto w niektórych przypadkach źródłem szkodliwych dla zdrowia zachowań jest środowisko, w tym brak poczucia bezpieczeństwa i oparcia w rodzinie, zła sytuacja finansowa, choroby przewlekłe, patologie, a nie tylko brak wiedzy.

Rozpoczynając edukację zdrowotną, należałoby wziąć pod uwagę wiele czynników, które determinują zdrowie jednostki. Istotne może okazać się odejście od przyjętych schematów i traktowania każdej osoby w podobny sposób. Ważne jest również zaangażowanie pacjentki w proces edukacji, co pozwoli jej uwierzyć, że posiada podstawową wiedzę i umiejętności, aby podejmować samodzielnie świadome decyzje.

Szeroko pojęta promocja zdrowia wymaga działań na różnych płaszczyznach. Powinna ze sobą współpracować nie tylko kadra medyczna, ale też odpowiednio przygotowana kadra pedagogiczna, dziennikarze, a także specjaliści z innych dziedzin, najlepiej przy wsparciu autorytetów. Wykorzystywane formy przekazu i metody edukacji zdrowotnej muszą uwzględniać różnorodność grup odbiorców. Z założenia profilaktykę stosujemy, zanim wystąpią szkody. Natomiast osoby z grup podwyższonego ryzyka zazwyczaj potrzebują równocześnie oddziaływań profilaktycznych, jak i terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

Promocja zdrowego stylu życia dotyczy wszystkich ludzi, zdrowych i chorych, i w każdym wieku. Promocja zdrowia opiera się przede wszystkim na edukacji zdrowotnej. Możemy oczekiwać, że skuteczna edukacja zdrowotna i profilaktyka ograniczą występowanie zachowań ryzykownych, będą one mniej groźne, a co za tym idzie – będzie mniej szkód. Zmiana zachowań zdrowotnych na korzystne dla zdrowia wymaga od edukatorów ogromnej pracy, czasu, cierpliwości i wiedzy.

Przytoczone w raporcie informacje dotyczące badań profilaktycznych dla kobiet wskazują, że podczas planowania regionalnych programów edukacyjnych i profilaktycznych szczególną uwagę powinno zwrócić się na populację mieszkańców w wieku prokreacyjnym.

Bibliografia

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (poz. 1492) [online]. Dostępny na URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001492/O/D20161492.pdf> [cyt. 25.01.2019].
2. Miller M, Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Prz Epidemiol* 2002; 56: 547–557 [online]. Dostępny na URL: www.przglepidemiol.pzh.gov.pl/pobierz-artykul?id=490 [cyt. 25.01.2019].
3. Raport z badania: Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży [online] 2017: 1–78. Dostępny na URL: http://zdrowiewciazy.pl/pdf/publikacje/gis_raport_zachowania_ciaza.pdf [cyt. 25.01.2019].

Adres do korespondencji:

Joanna Głogowska
Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej
Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Opolu
ul. Mickiewicza 1, 45-367 Opole
tel. 77 44 26 965
e-mail: glogo@gazeta.pl

Wpływ cięcia cesarskiego oraz odmiennego funkcjonowania układu hormonalnego na poporodowe funkcjonowanie mamy i dziecka

Emilia Lichtenberg-Kokoszka

Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski

W czasach, kiedy ludzie najczęściej rodzili się „drogami i siłami natury”, nie było żadnego powodu, by pytać o wpływ porodu na dalsze pourodzeniowe funkcjonowanie człowieka. Dzisiaj jednak istnieje wiele sposobów przyjścia na świat. Pytanie to staje się zatem coraz bardziej zasadne, zwłaszcza że doniesienia lekarzy, psychologów i psychoterapeutów potwierdzają istnienie długofalowych, utrzymujących się niejednokrotnie przez całe życie, skutków zaburzeń okresu okołoporodowego [1–4]. Coraz więcej badań potwierdza także wpływ tego okresu zarówno na zdrowie, jak i zachowanie [5–8].

Zdając sobie sprawę z tego, że w artykule niniejszym przedstawiony zostanie jedynie niewielki wycinek współczesnej wiedzy, biorąc również pod uwagę ogrom naszej niewiedzy, pozostaje mi jedynie mieć nadzieję, że uwrażliwi on pracowników służby zdrowia oraz samych rodziców na to, jak ogromne znaczenie dla funkcjonowania mamy i dziecka ma okres okołoporodowy.

Oczywiste jest, że cięcie cesarskie to zupełnie odmienny od porodu fizjologicznego sposób przyjścia na świat, ale zarówno cięcie, jak i poród pochwoy mogą przybierać wiele form. W wypadku niniejszej publikacji interesuje nas szczególnie (1) planowane oraz (2) nieplanowane cięcie cesarskie. Przy czym pierwsze z nich może być wykonane (1a) po rozpoczęciu czynności skurczowej macicy lub (1b) bez niej. Drugie zaś – w wyniku (2a) przemyślanej decyzji podjętej w trakcie niepostępującego, bądź nieprawidłowego przebiegu porodu pochwoy lub (2b) w sytuacji nagłej, wynikającej z zagrożenia życia matki i/lub dziecka. Istotne jest i to, że planowane cięcie cesarskie może zostać wykonane przed terminem porodu, w czasie lub po tym terminie.

Jak się okazuje, te wydawałoby się drobne niuanse w znamieny sposób wpływają na fizyczne i psychospołeczne zdrowie dziecka, karmienie piersią i jakość macierzyństwa. Decydują bowiem zarówno o czasie, jak i stopniu ingerencji w fizjo-

logiczny przebieg porodu. A jak się wydaje, im większa różnica między sposobem przyjścia dziecka na świat, a fizjologicznym porodem drogą pochwową, tym istotniejszy wpływ na przyszłość macierzyństwa i rozwój dziecka.

Ze względu na ograniczenia redakcyjne, w niniejszym artykule omówiony zostanie jedynie układ hormonalny, jako jeden z istotniejszych elementów wpływających na odmienne funkcjonowanie człowieka po porodzie [9,10]. Hormony pojawiające się podczas porodu mają bowiem na celu konkretne zadania. Każdy z nich pojawia się w określonej kolejności i jest wywołany przez pewne sytuacje bądź ciągi zdarzeń. A ponieważ poród należy raczej do kategorii instynktów czy zachowań pierwotnych, to im bardziej kobieta znajduje się w ich władaniu (pozostaje poza kontrolą neokorteksu czyli świadomego, logicznego myślenia), a środowisko (w tym medyczne) wspiera ją w jej wysiłkach (pozwala na zachowania instynktowne), tym większa szansa na prawidłowy poziom i kolejność składników „porodowego koktajlu hormonalnego”, a tym samym na poród fizjologiczny.

Oksytocyna

Wydzielana podczas aktywności seksualnej, w trakcie męskiego i żeńskiego orgazmu, porodu i karmienia piersią, dotyku, masażu, bliskości emocjonalnej, miłości, kontaktu ze zwierzętami, bliskości z Bogiem, rozmów „od serca” i psychoterapii, jest bodaj najlepiej poznanym hormonem porodowym. Produkowana w podwzgórze, transportowana przy pomocy neuronów, magazynowana w tylnym płacie przysadki mózgowej, w optymalnych warunkach uwalniana jest do krwioobiegu pulsacyjnie. By jednak zadziałała, niezbędne są odpowiednie, wrażliwe na nią receptory.

Wytwarzana podczas porodu fizjologicznego aktywizuje produkcję prolaktyny oraz innych (dziewiętnastu) hormonów ułatwiających trawienie i przyswajanie treści pokarmowych, podnoszących próg wrażliwości na ból, powodujących senność oraz wyciszających mamę i dziecko, wspierających proces kształtowania więzi oraz stymulujących wzrost i rozwój dziecka, zwłaszcza jego układu nerwowego. Działająca bezpośrednio po porodzie oksytocyna zwiększa aktywność wszystkich zmysłów, dzięki czemu dziecko łatwiej zapamiętuje i rozpoznaje swoją mamę, mama zaś staje się bardziej „otwarta” na dziecko, a tym samym na macierzyństwo. Można powiedzieć, że to dzięki niej rozwija się rodzicielska „miłość od pierwszego wejrzenia”. Jej wysoki poziom utrzymuje się w organizmie matki i dziecka około dwóch godzin po porodzie i jest najwyższy w trakcie narodzin łożyska. Poporodowe wydzielanie oksytocyny wzmacniane jest przez kontakt skóra do skóry, kontakt wzrokowy oraz karmienie piersią.

Istnieje różnica w wydzielaniu oksytocyny między kobietami, które rodziły fizjologicznie, a tymi, które urodziły poprzez nieplanowane i planowane cięcie cesarskie. Pierwsze z nich (1) uwalniały oksytocynę bardzo efektywnym, pulsacyjnym sposobem, drugie (2), zwłaszcza te, u których wykonano nieplanowane cięcie w sy-

tuacji nagłej, wprowadzić ją wytwarzały i uwalniały, jednak czyniły to w znacznie mniej efektywny sposób. (3) Pewna ilość oksytocyny (zależna od czasu czynności skurczowej poprzedzającej wykonanie operacji) została wytworzona w organizmie matki i dziecka przed planowanym cięciem cesarskim wykonanym po rozpoczęciu czynności skurczowej. (4) Te, u których wykonano planowane cięcie (bez wcześniejszego rozpoczęcia akcji porodowej) oraz (5) te, u których wykonano indukcję porodu przy użyciu kroplówki z oksytocyny, konsekwencją której było nieplanowane cięcie – w ogóle jej nie uwalniły. Co więcej, oksytocyna aplikowana w celu wywołania lub nasilenia czynności skurczowej macicy, podawana jest w sposób ciągły, a zatem odmienny od fizjologicznego. Tymczasem stwierdzono, że podawanie oksytocyny w sposób ciągły skracia długość karmienia piersią, zwiększa także prawdopodobieństwo nieprawidłowości podczas kolejnego porodu.

Noworodka (i matkę) po cięciu cesarskim można zatem zakwalifikować do jednej z czterech grup: (1) tej, która w czasie porodu, do chwili wykonania cięcia cesarskiego, była pod wpływem naturalnej oksytocyny, (2) tej, u której w którymś momencie trwania porodu rozpoczęto podawanie syntetycznej oksytocyny, (3) tej, której syntetyczna oksytocyna była podawana od samego początku lub (4) tej, której oksytocyna została podana dopiero po porodzie. Klasyfikacja ta wydaje się być niezwykle istotna w świetle rozpatrywania wpływu oksytocyny na dalsze, poporodowe funkcjonowanie człowieka. Podana dożylnie syntetyczna oksytocyna nie dociera bowiem do mózgu, a zatem nie ma wpływu ani na kształtowanie uczuć macierzyńskich u matki, ani na rozwój zdolności do miłości u dziecka. Wszelkie zaś zaburzenia systemu oksytocynowego w czasie porodu utrudniają proces karmienia piersią, a tym samym jeszcze bardziej obniżają poporodowy poziom oksytocyny i prolaktyny zarówno w organizmie matki, jak i dziecka.

Współcześnie zjawisko miłości stanowi trzon zainteresowań wielu dziedzin nauki. Przy czym pod tym pojęciem kryje się nie tylko gotowość do kochania siebie i innych, ale także: współczucie, altruizm, brak egoizmu, dobroczynność, szczodrość, hojność, humanitaryzm, miłosierdzie, empatia, sympatia i wybaczenie. Miłość uznawana jest także za podstawowy czynnik zapobiegający przemocy. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób i kiedy rozwija się uczucie miłości, prowadzi nas do najwcześniejszego okresu życia, zwłaszcza do czasu okołoporodowego. Stwierdzono, że dla prawidłowego rozwoju tego uczucia niezbędny jest krótki, następujący bezpośrednio po porodzie czas (mówi się o dwóch pierwszych godzinach po porodzie, przy czym najistotniejszy wydaje się być czas między urodzeniem dziecka a urodzeniem łożyska), który nigdy już się nie powtórzy, a zasadniczym jego zadaniem jest ukształtowanie silnej, stabilnej więzi między matką a dzieckiem, stanowiącej podstawę wszelkiej innej więzi.

Co ciekawe, dla ukierunkowania czyli wyboru obiektu miłości istotna jest obecność innych poza oksytocyną hormonów wchodzących w skład owego „hormonalnego koktajlu”. Jeśli równocześnie z wysokim poziomem oksytocyny następu-

je podniesienie poziomu prolaktyny, matka kieruje swoje uczucie w stronę dziecka. W optymalnej sytuacji dochodzi do tego już podczas porodu fizjologicznego, podczas którego zaspokojone zostały (instynktowne) potrzeby rodzącej. Po porodzie natomiast, dla prawidłowego rozwoju więzi konieczne jest zapewnienie matce ciepła, umożliwienie kontaktu wzrokowego matki i dziecka oraz kontaktu „skóra do skóry”, ograniczenie liczby obcych, agresywnych zapachów niwelujących naturalny zapach matki i dziecka. Niski poziom naturalnej oksytocyny w okresie okołoporodowym wskazywany jest jako przyczyna braku zdolności do miłości własnej oraz innych, autoagresji, myśli i prób samobójczych, przemocy, uzależnienia od narkotyków, anoreksji, autyzmu [11], schizofrenii, braku akceptacji swojego wyglądu (chęci jego zmiany) czy chorób sercowo-naczyniowych. Cięcie cesarskie ponadto podnosi prawdopodobieństwo rozwoju astmy czy alergii pokarmowej [12]. Przy czym znamienne częściej występuje ono u dzieci urodzonych przed terminem porodu. Oznaką dojrzałości płuc płodu jest bowiem pęknięcie błon płodowych, a hormony uwalniane w trakcie procesu porodu przez matkę i dziecko wspierają dojrzewanie płuc rodzącego się dziecka. Brak tych elementów predysponuje zatem do chorób układu oddechowego nie tylko bezpośrednio po porodzie, ale i w przyszłości [13].

Warto w tym miejscu wspomnieć również o znaczeniu depresji poporodowej matki dla dalszego rozwoju dziecka, zwłaszcza że nieplanowane cięcie cesarskie w stosunkowo wysokim stopniu predysponuje do jej wystąpienia [14]. Okazuje się bowiem, że dzieci kobiet, które 3 miesiące po porodzie wciąż cierpiały na depresję poporodową, częściej wykazują zachowania agresywne, przemoc, skłonność do kłótni, częściej też popadały w konflikt z prawem.

Istotne jest i to, że między matkami i córkami dochodzi do przekazywania predyspozycji do cięcia cesarskiego. Jeśli zatem u matki zabieg ten wykonano z powodu braku postępu porodu, to prawdopodobieństwo takiej właśnie formy zakończenia ciąży/porodu u jej córki wzrasta sześciokrotnie [15].

Endorfiny

Wydzielane przez przysadkę mózgową i rdzeń kręgowy, jako naturalnie występujące opiaty, mają nie tylko właściwości podobne do petydyny, morfiny i heroiny, ale również wpływają na te same receptory w mózgu. Uwalniane w trakcie aktywności seksualnej, orgazmu, ciąży, porodu i karmienia piersią, śmiechu, wysiłku fizycznego, aktywnego uprawiania sportu, opalania się, jedzenia czekolady czy pikantnych produktów, powstają także w sytuacjach stresowych, zwłaszcza podczas odczuwania presji czy bólu. Działają przeciwbólowo, zmniejszają poziom świadomości, wzmacniają odczucie przyjemności, euforii i zależności oraz współzależności. Podniesienie poziomu endorfin w czasie porodu pomaga zatem rodzącej (i jej dziecku) nie tylko znieść ból, ale również wejść na drogę instynktownego porodu, któremu czasami towarzyszy odmienny stan świadomości. Ponieważ jednak wyso-

ki poziom endorfin blokuje wydzielanie oksytocyny, zwłaszcza w sytuacji, gdy ból lub poziom stresu są zbyt wysokie, wydaje się, że pośrednio dba ona o to, by poród odbył się w optymalnych warunkach.

Endorfiny wspomagają również wydzielanie prolaktyny podczas porodu oraz po nim, pełniąc tym samym istotną rolę w procesie karmienia piersią. Jej poziom osiąga najwyższą wartość w mleku i organizmie matki po 20 minutach od rozpoczęcia karmienia. Wyzwała to wzajemną przesyconą przyjemnością zależność matki i dziecka, tak istotną dla ich dalszej relacji, a nawet pewien stopień „uzależnienia” od mleka mamy wpływający na długość karmienia piersią. Hormony te powodują także podniesienie poziomu szczęścia, relaksacji, senności, wpływając na kształtowanie wyższego poziomu zadowolenia z macierzyństwa. Endorfiny przygotowują także płuca dziecka i system termoregulacji ciała do życia poza macicą.

Ponieważ zatem poziom endorfin u matki, która rodziła fizjologicznie, jest znacznie wyższy jeszcze kilka dni po porodzie w porównaniu z matkami rodzącymi poprzez cięcie cesarskie, oczywisty wydaje się odmienny sposób funkcjonowania matek i dzieci z obu grup. Kobiety po cięciu cesarskim wydają się mieć niższy poziom szczęścia, niższy poziom zadowolenia z macierzyństwa, wyższy poziom stresu i większe kłopoty z karmieniem piersią. Dzieci wydają się być bardziej spięte, nerwowe, trudniejsze w obsłudze, wykazujące więcej trudności podczas karmienia piersią. Mają też po porodzie niższą temperaturę ciała i większe problemy z oddychaniem. Wydaje się zatem, że ból porodowy, którego efektem jest wydzielanie endorfin, uruchamia ciąg zdarzeń doprowadzających nie tylko do wydzielania mleka, ale i rozwoju uczucia miłości między matką a dzieckiem.

Prolaktyna

Wytwarzana zarówno przez matkę, jak i dziecko, uznawana jest za główny czynnik odpowiedzialny za syntezę mleka i karmienie piersią. Poziom prolaktyny w początkowej fazie porodu spada, by później gwałtownie wzrosnąć i osiągnąć swój szczyt w jego końcowej fazie oraz podczas porodu łożyska. Wytwarzana zwłaszcza podczas karmienia piersią pobudza czujność matki, jej wrażliwość na płacz dziecka, wzmacnia przedkładanie potrzeb dziecka nad inne potrzeby, wzmacnia (nawet agresywne) działania, których celem jest ochrona dziecka. Uwalniana podczas zabiegów pielęgnacyjnych – i to zarówno przez matki, jak i przez ojców – określana bywa hormonem macierzyństwa i ojcostwa.

Niewątpliwie, i w tym przypadku układ hormonalny kobiet, które urodziły poprzez cięcie cesarskie, jest odmienny od układu hormonalnego tych, które rodziły fizjologicznie. U tych, które rodziły za pomocą cięcia cesarskiego, najczęściej nie dochodzi do podniesienia poziomu prolaktyny w 20–30 minut po rozpoczęciu karmienia, co oznacza, że i w tym przypadku zarówno karmienie piersią, jak i wzrastanie w macierzyństwie będą utrudnione. Przy czym należy podkreślić, że karmienie

piersią po cięciu cesarskim jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Większość kobiet rodzących tym sposobem w latach agresywnej promocji sztucznego karmienia (lata 70. XX wieku) w ogóle nie karmiła piersią, w konsekwencji czego do dziś panuje stereotypowy pogląd, że kobiety po cięciu cesarskim nie mogą karmić naturalnie. To prawda, że ze względu na odmienny od fizjologicznego układ hormonalny karmienie piersią po cięciu cesarskim jest znacznie trudniejsze i zazwyczaj trwa krócej. Wymaga także większego wysiłku ze strony mamy, dziecka oraz personelu medycznego. Niemniej nie jest niemożliwe. Człowiek bowiem, jako istota świadomie podejmująca decyzje, może zdecydować i wybrać taką formę karmienia, jaka zaspokaja potrzeby zarówno dziecka, jak i matki. Przy czym, co istotne, dla dokonania wyboru nie ma znaczenia poziom posiadanej wiedzy, ale motywacja oraz wsparcie, jakie kobieta otrzyma w kryzysowych chwilach.

Adrenalina i noradrenalina

Należące do grupy katecholamin adrenalina i noradrenalina (epinefryna i norepinefryna), wydzielane są przez gruczoł nadnerczy w odpowiedzi na stres fizyczny i psychiczny, a zatem w sytuacji zagrożenia, lęku, głodu, zimna, podczas nadmiernego hałasu lub natężenia światła. Co ciekawe, również w chwilach ekscytacji. Odpowiadają za podniesienie ciśnienia krwi, przyspieszenie akcji serca, rozszerzenie oskrzeli i źrenic, podniesienie poziomu glukozy w krwi. Mobilizują spalanie tkanki tłuszczowej, hamują perystaltykę jelit, wydzielanie soków trawiennych i śliny, hamują opróżnianie pęcherza moczowego, obniżają napięcie mięśni gładkich, zwiększają dopływ krwi do mięśni szkieletowych. Mobilizują mózg i ciało do działania, pozwalając, w sytuacji stresu, na błyskawiczną reakcję typu „walka” lub „ucieczka”. Działająca w mózgu noradrenalina zwiększa ponadto pobudzenie i czujność, ułatwia zapamiętywanie i przypominanie sobie, wzmacnia koncentrację. Zwiększa także niepokój i lęk, czego konsekwencją mogą być zaburzenia lękowe.

Co istotne, działanie adrenaliny i noradrenaliny w pierwszym i drugim okresie porodu jest diametralnie odmienne. W pierwszej fazie wysoki ich poziom blokuje produkcję oksytocyny, przez co zwalnia lub wstrzymuje postęp porodu, powodując równocześnie zaburzenia tętna płodu. Natomiast w drugiej, prawidłowo przebiegającej fazie porodu fizjologicznego nagły skok poziomu katecholamin aktywuje „odruch wyparcia płodu” [6], dzięki któremu dziecko rodzi się szybko w wyniku kilku mocnych skurczów. Matka doświadcza wówczas nagłego przypływu energii, przyjmuje postawę pionową, płytko oddycha, odczuwa suchość w ustach, jest czujna. Może mieć nieodpartą potrzebę złapania się czegoś lub dania upustu swemu lękowi, złości lub podekscytowaniu.

Wysoki poziom katecholamin podczas drugiej fazy porodu chroni dziecko przed niedotlenieniem narządów i tkanek oraz wynikającą z tego kwasicą. Po porodzie zaś gwarantuje, że dziecko przyjdzie na świat czujne, z oczyma szeroko otwartymi, go-

towe na pierwszy kontakt ze swoją matką. W sytuacji poczucia ciepła i bezpieczeństwa (fizycznego i psychicznego), w wyniku bezpośredniego kontaktu matki z noworodkiem, poziom katecholamin w ciałach obojga gwałtownie opada. Jeśli nastąpi znaczne wychłodzenie ciała czy wzrost poczucia zagrożenia, odczuwany stres utrzyma wysoki poziom katecholamin, blokując tym samym naturalne wydzielanie się oksytocyny oraz rozwój zachowań macierzyńskich.

Można zatem powiedzieć, że zarówno kobieta, jak i jej dziecko, którym nie dane było przeżyć porodu fizjologicznego i których ominął „odruch wyparcia płodu”, a także wysoki poziom adrenaliny i noradrenaliny w pierwszej fazie porodu uruchomił lawinę ingerencji medycznych, pozbawieni zostali stymulującego działania omawianych katecholamin. Ich gotowość do poporodowej interakcji jest mniejsza. Serce i płuca noworodka funkcjonują w odmienny sposób, niższy jest poziom glukozy we krwi.

Podsumowując, odmienne funkcjonowanie układu hormonalnego po cięciu cesarskim, w tym zwłaszcza oksytocyny, prolaktyny, endorfin, adrenaliny i noradrenaliny u matki i dziecka, w znacznym stopniu zniekształca ich funkcjonowanie w trakcie porodu i bezpośrednio po nim. Zaburza u dziecka kształtowanie układu oksytocynowego, podnosi poziom odczuwanego stresu i bólu, utrudnia wchodzenie w interakcję z mamą, u matki zaś powoduje trudności z karmieniem piersią, mniejszą wrażliwość na sygnalizowane przez dziecko potrzeby, zwiększa tendencję do depresji poporodowej, obniża radość z macierzyństwa. Powstałe w ten sposób odmiennie od fizjologicznego środowisko życia matki oraz dziecka wpływa na ich specyficzne, biologiczne i psychospołeczne funkcjonowanie. Z tego powodu należy dołożyć wszelkich starań, by w sytuacji konieczności wykonania cięcia cesarskiego pozwolić matce i dziecku choć w pewnym stopniu zanurzyć się w fizjologicznym „porodowym koktajlu hormonalnym”.

Bibliografia

1. Odent M. *Childbirth and the future of Homo sapiens*. London: Pinter & Martin; 2013: 13–18, 75–99, 117–122.
2. Chamberlain D. *Babies remember birth: And Other Extraordinary Scientific Discoveries About the Mind and Personality of Your Newborn*. New York: Ballantine Books; 1990: 211.
3. Verny T, Kelley J. *The secret Live of the Unborn Child*. New York: Dell Pub Co; 1988: 75–89.
4. Assel B. Okres ciąży i poród z punktu widzenia wielopokoleniowej psychotraumatologii. W: Ruppert F, red. *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*. Warszawa: Virgo; 2016: 185–228.
5. Verny TR, Wientraubová MD. *Rodičovstvo od počatia*. Bratislava: Pozsony; 2013: 70–84.
6. Odent M. *Císařský řez*. Praha: Maritea; 2016: 180.
7. Janov A, *Prvotní otisky a jejich vliv na život člověka*. Praha: Maritea; 2012: 430.
8. Brisch KH, *Sichere Ausbildung für Eltern. Für Schwangerschaft und erste Lebensjahre*. Stuttgart: SAFE; 2010: 102–103.

9. Odent M. *Potřebujeme porodní asistentky?* Praha: Maritea; 2017: 49–52.
10. Moberg K. *Hormón blízkosti. Rola oxytocínu vo vzťahoch.* Bratislava: Wydawnictwo f.sk; 2016: 178.
11. Green L, Fein D, et al. Oxytocin and autistic disorder: alterations in peptides forms. *Bioll Psychiat* 2001; 50(8): 609–613.
12. Xu B, Pekkanen J, Hartikainen AL, Jarvelin MR. Cesarean section and risk of asthma and allergy in adulthood. *J Allergy Clin Immun* 2001; 107(4): 732–733.
13. Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanoroff A, Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of Latour. *Pediatrics* 1997; 100: 348–353.
14. Hay D, Pawlby S, Angold S, et al. Pathways to Violette In the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39: 1083–1094.
15. Varner MW, Fraser AM, et al. The intergenerational predisposition to operative delivery. *Ultrasound Obst Gyn* 1996; 87(6): 905–911.

Adres do korespondencji:

Emilia Lichtenberg-Kokoszka
Instytut Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Opolski
ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. 77 452 74 21
e-mail: emilialk@uni.opole.pl

Przygotowanie kobiety niepełnosprawnej do ciąży i porodu

*Agata Bracka¹, Agnieszka Stosz¹, Anna Gryboś²,
Magdalena Rusin¹, Marian Gryboś¹*

¹ Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
² Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Ginekologii i Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp

Ciąża i poród to szczególny okres w życiu każdej kobiety. Zjawiska zachodzące w organizmie kobiety podczas ciąży i porodu wymagają od niej zarówno zrozumienia, jak i odpowiedniego przygotowania. Celem nadrzędnym pozostaje poród zdrowego dziecka i jego dalszy prawidłowy rozwój oraz dobrostan matki. Szczególnie ważna jest odpowiednia edukacja i przygotowanie do czekających ją wyzwań w grupie kobiet dotkniętych różnego rodzaju niepełnosprawnościami [1]. W 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała niepełnosprawność. Definicję tę sformułowano następująco: osoba niepełnosprawna to ta, u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie albo uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i wypełnianie ról społecznych, biorąc pod uwagę wiek, płeć, czynniki społeczne, środowiskowe i kulturowe [2].

Klasyfikacja biorąca pod uwagę zarówno rodzaj zaburzeń fizycznych lub psychicznych, jak i możliwości funkcjonowania osób dotkniętych niepełnosprawnością wyróżnia:

- niepełnosprawność sensoryczną – w tej grupie znajdują się osoby niewidome i niedowidzące oraz niesłyszące i niedosłyszące, a także głuchoniewidome,
- niepełnosprawność fizyczną – obejmującą uszkodzenia narządu ruchu oraz przewlekłe choroby narządów wewnętrznych,
- niepełnosprawność psychiczną – jest to stan ograniczonej sprawności umysłowej charakteryzujący się zaburzeniem procesów percepcyjnych oraz umysłowych [2,3].

Zapewnienie właściwej opieki położniczo-ginekologicznej podczas wszystkich okresów życia, w szczególności w odniesieniu do kobiet niepełnosprawnych, w okresie prokreacyjnym przyczynia się do uzyskania pozytywnych zmian w stanie ich zdrowia – zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Pozwala także zaspokoić jedną z najważniejszych potrzeb życiowych – potrzebę rodzicielstwa, która przejawia się u kobiet bez względu na stopień sprawności organizmu. Najważniejszą rolę w systemie opieki nad pacjentką niepełnosprawną powinien odgrywać personel medyczny, podejmując działania prewencyjne, edukacyjne i diagnostyczne oraz pielęgnacyjne w zakresie przygotowania jej do roli rodzicielskiej [4]. Prawidłowe przygotowanie kobiety niepełnosprawnej do ciąży i porodu w zależności od rodzaju niepełnosprawności oraz stopnia jej zaawansowania jest ogromnym wyzwaniem dla całego zespołu interdyscyplinarnego [1].

Przygotowanie kobiety niepełnosprawnej do ciąży – zadania położnej

Położna opiekująca się ciężarną niepełnosprawną musi przyjąć holistyczny model opieki polegający na dokładnym zapoznaniu się z powierzoną jej pacjentką. Zarówno dokładne poznanie stanu fizycznego, jak i psychicznego podopiecznej, a także gruntowne poznanie metod radzenia sobie z jej niepełnosprawnością i udogodnieniami, jakie kobieta stosuje w życiu codziennym, pozwoli położnej na uzyskanie maksymalnie optymalnych efektów edukacyjnych i opiekuńczych. Niezwykle ważne jest prowadzenie edukacji przy pomocy dostępnych i adekwatnych do rodzaju niepełnosprawności form dostosowanych zarówno do potrzeb intelektualnych, jak i wynikających z rodzaju niepełnosprawności kobiety [1]. Położna powinna ją także wspierać psychicznie, a w razie potrzeby zapewnić pomoc psychologa. Prawidłowa realizacja tych założeń pozwoli na osiągnięcie przez niepełnosprawną kobietę ciężarną maksymalnej samodzielności w wykonywaniu m.in. czynności pielęgnacyjnych. Realizacja powyższego planu opieki nie będzie możliwa bez zapoznania się z sytuacją rodzinną pacjentki. Położna musi wiedzieć, w jakim zakresie i na kogo może liczyć. Wiedza o tym, czy partner pacjentki jest także niepełnosprawny oraz jaki jest wywiad rodzinny w kierunku niepełnosprawności, będzie dla niej niezwykle cenna i pomocna [5]. Integralną częścią całościowej diagnozy jest diagnoza indywidualna, rodzinna, społeczna oraz lokalna. Ważnym elementem opieki jest zapoznanie się z dawkowaniem leków, jakie pacjentka przyjmuje, oraz z formami udogodnień stosowanymi przez nią w życiu codziennym. Edukacja najbliższej rodziny kobiety niepełnosprawnej powinna opierać się na modelach wspierających. Rodzina musi być świadoma, że kobieta niepełnosprawna nie potrzebuje, aby ją wyręczać w czynnościach, ale żeby ją wspierać w tym, co robi i zapewnić jej niezbędne do tego warunki [1].

Ciąża stanowi duże wyzwanie dla organizmu, jest czasem ogromnej zmiany w stylu życia i dotychczasowych priorytetach. W przypadku kobiety niepełnospraw-

nej okres starania, ciąży i porodu może wiązać się z wieloma komplikacjami, stąd tak ważne jest sprawowanie nad nią szczególnej opieki. Już na kilka miesięcy przed planowaną ciążą należy zadbać o jej dobre przygotowanie do tych zmian. W trakcie przygotowań do ciąży u kobiety niepełnosprawnej ważne jest, aby zadbać o następujące aspekty życia:

- zdrowa i zbilansowana dieta przyszłej mamy i taty powinna obejmować unikanie wysoko przetworzonej żywności; ważnym elementem zdrowej diety są kwasy Omega;
- suplementacja kwasu foliowego, jako profilaktyka wad wrodzonych układu nerwowego u płodu, na kilka miesięcy przed planowaną ciążą;
- aktywność fizyczna – należy wybrać taki rodzaj aktywności, który jest najbardziej adekwatny, dostępny i przyjemny dla kobiety planującej ciążę i który będzie ona w stanie kontynuować podczas jej trwania. Tego rodzaju aktywność może przynieść wiele korzyści zarówno w okresie ciąży jak i podczas porodu. W przypadku kobiet niepełnosprawnych fizycznie niezwykle istotna jest pomoc fizjoterapeuty;
- rezygnacja obojga partnerów z używek;
- w przypadku stosowania antykoncepcji hormonalnej, co najmniej 3 miesiące przed planowaną ciążą należy z niej zrezygnować;
- istotna jest także wizyta u ginekologa i stomatologa oraz wykonanie podstawowych badań [6,7].

Zarówno w okresie planowania ciąży, jak i jej trwania niezwykle istotna jest edukacja niepełnosprawnej prowadzona przez położną mająca na celu wyrobienie działań prozdrowotnych, a także obejmująca zagadnienia z zakresu opieki okołoporodowej [6].

Opieka okołoporodowa nad kobietą niepełnosprawną

Najważniejszą rolę w systemie opieki nad kobietą niepełnosprawną ma do spełnienia odpowiednio przygotowany personel medyczny. Jego zaangażowanie w proces opieki winno być wielokierunkowe i obejmować zarówno działania edukacyjne z zakresu przygotowania do rodzicielstwa i planowania rodziny, jak i zagadnienia opieki nad dzieckiem, a także uwzględniać opiekę ginekologiczną [1]. W zależności od rodzaju niepełnosprawności i wynikających stąd potrzeb pacjentki, w ramach przygotowań do porodu i pobytu w szpitalu niepełnosprawna ciężarna w sferze edukacji obejmującej różne formy zindywidualizowane musi być oswojona z czekającymi ją wydarzeniami, np. poprzez wcześniejszą wizytę na bloku porodowym i w oddziale położniczym.

Sprawowanie opieki nad każdą kobietą w ciąży powinno być zgodne z obowiązującymi standardami [8]. Sprawując opiekę położniczą nad kobietą ciężarną z niepełnosprawnością, należy zwrócić uwagę na wzrost zagrożeń spowodowanych nadwagą

i otyłością, a także powiększającą się macicą, które zwiększają prawdopodobieństwo upadków w wyniku zaburzonej równowagi. Ponadto nadmierny ciężar ciała może przyczynić się do wystąpienia zaburzeń ze strony układu krążenia i oddechowego, występowania nadciśnienia tętniczego, obrzęków kończyn dolnych oraz prowokować trudności w oddychaniu, które często są spotęgowane poprzez ograniczoną aktywność fizyczną spowodowaną niepełnosprawnością [4,9].

Poród w przypadku kobiety niepełnosprawnej powinien odbywać się z poszanowaniem jej praw do:

- świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z przebiegiem porodu;
- wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
- możliwości wyboru położnej z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia [10].

Sposób ukończenia ciąży uzależniony jest od stopnia i rodzaju niepełnosprawności oraz wskazaniami położniczymi. Ciąża u kobiet z niepełnosprawnością dość często rozwiązywana jest za pomocą cięcia cesarskiego, które nierzadko wykonywane jest bez uzasadnionych wskazań położniczych. Cięcie cesarskie stanowi zwiększone ryzyko powikłań dla kobiet niepełnosprawnych, gdyż często w tej grupie osób występują problemy z zastosowaniem znieczulenia, w szczególności wśród kobiet z urazem rdzenia kręgowego, a także trudności w wykonaniu procedury ze względu na przebyte wcześniej zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej [11–13].

Przyjęcie niepełnosprawnej ciężarnej do bloku porodowego powinno odbyć się w miejscu przyjaznym i zapewniającym jej poczucie bezpieczeństwa. Należy pamiętać o wyeliminowaniu nadmiernego hałasu [1].

Zadaniem położnej, która jest osobą pierwszego kontaktu z pacjentką, jest zmniejszenie bądź wyeliminowanie stresu związanego z nową dla niej sytuacją. Położna powinna dokładnie zapoznać się z pacjentką. W przypadku, kiedy niepełnosprawność nie jest widoczna, położna powinna skupić się na obserwacji zachowań pacjentki, takich jak: sposób poruszania się, jej zachowania i zachowania osoby, która jej towarzyszy. Działania te są przydatne do określenia niepełnosprawności. Kolejną bardzo ważną domeną podczas przyjęcia na salę porodową jest ocena stanu położniczego i ocena dobrostanu płodu [10].

Kobieta z niepełnosprawnością słuchową

W komunikowaniu się z osobą z tego rodzaju niepełnosprawnością ważna jest umiejętność dokładnego słuchania i wnikliwego obserwowania, aby dokładnie interpretować nadawane komunikaty i rozumieć intencje drugiej osoby, wykorzystując środki pomocnicze. W przypadku, gdy pacjentka jest osobą niedosłyszącą lub głuchą, w komunikacji położna–pacjentka można wykorzystać: język migowy, język migany, daktylografię, fonogesty, komunikację totalną oraz pismo. Najkorzystniej-

szą formą komunikacji, ze względu na brak doświadczenia personelu medycznego w komunikacji niewerbalnej, jest pismo. Pomaga ono w dokładnym zrozumieniu odczuć niepełnosprawnej ciężarnej, co w sposób bezpośredni ułatwia sprawowanie opieki. Aby zwrócić uwagę kobiety niedosłyszącej/głuchej, dopuszcza się, aby ją delikatnie dotknąć, np. w ramię lub w rękę [14]. Podczas porodu jednym z najważniejszych momentów dla kobiety jest płacz noworodka, który informuje matkę o przyjściu dziecka na świat i jednocześnie sygnalizuje jego zdrowie. W przypadku osoby niedosłyszącej lub głuchej sygnał ten jest niewyraźny lub całkowicie niesłyszalny. Pokazanie dziecka matce i bezpośredni kontakt „skóra do skóry” od razu po narodzinach uspokoi ją oraz pozwoli na zbudowanie więzi już od pierwszych chwil życia noworodka [11]. Wsparcie emocjonalne udzielone matce przez położną jest bardzo ważne, ponieważ z uwagi na dysfunkcję słuchu, często jest ona zagubiona i przepełniona lękiem. Istotne jest, by matka nauczyła się odczytywać potrzeby swojego dziecka poprzez jego obserwację. Zadaniem położnej jest objęcie niepełnosprawnej matki zindywidualizowaną opieką w takim zakresie, aby kobieta w warunkach domowych mogła samodzielnie zająć się dzieckiem [4,6].

Kobieta z niepełnosprawnością wzrokową

Podczas przyjęcia ciężarnej z niepełnosprawnością wzrokową ważna jest pomoc w dokładnym poznaniu przez nią topografii oddziału tak, aby mogła sama się przemieszczać. Warto też w czasie takiego obchodu zaprezentować działanie sprzętów, które są niezbędne w pełnieniu opieki nad niewidomą. Po zakończeniu działań mających na celu adaptację w nowym miejscu należy werbalnie zasygnalizować odejście. Wchodząc do pomieszczenia, w którym znajduje się osoba niewidoma, trzeba się przedstawić, aby pacjentka wiedziała, kto się nią opiekuje. Podczas wykonywania zabiegów u osoby niewidomej powinno się na bieżąco informować ją o wykonywanych czynnościach, żeby uniknąć niekontrolowanych odruchów z jej strony, pacjentka natomiast będzie świadoma wykonywanych czynności [14].

Personel medyczny, mając pod opieką pacjentkę niewidomą, powinien pamiętać o tym, by prowadzić rozmowę w sposób głośny i wyraźny oraz mówić pełnymi i jasno sformułowanymi zdaniami w odizolowanym miejscu, aby kobieta mogła lepiej zapamiętać przekazywane jej informacje. Należy pamiętać, by podczas rozmowy nie używać zwrotów potocznych, jak: „widziała Pani”, „czytała Pani”, „oglądała Pani”, czy „do widzenia”, bądź „do zobaczenia”, ponieważ przyszła matka może poczuć się niekomfortowo [14].

Kobieta z niepełnosprawnością umysłową

Kobiety ciężarne niepełnosprawne intelektualnie nie powinny być izolowane i uzależnione od swoich bliskich. Należy dołożyć wszelkich starań, aby pomóc im

w uświadomieniu sobie własnych możliwości. Nie wolno im niczego narzucać, nakazywać albo robić czegoś wbrew woli. Opiekunowie osób niepełnosprawnych umysłowo powinni rozwijać w nich optymizm i wiarę we własne możliwości. Wspierać i pomagać, ale nie wyręczać w czynnościach podstawowych i niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania [4].

Podczas przeprowadzania wywiadu z pacjentką niepełnosprawną intelektualnie należy pamiętać o tym, aby zniwelować lęk spowodowany nową sytuacją. Położna sprawująca opiekę nad pacjentką powinna się przedstawić, następnie znaleźć spokojne miejsce do rozmowy. Istotne jest, by rozmowa przebiegała w obecności osoby bliskiej. Powinno się używać prostych sformułowań podczas rozmowy oraz unikać używania medycznych pojęć, aby pacjentka czuła, że znajduje się w miejscu dla niej przyjaznym. Podobne postępowanie powinno się odbywać przed rozpoczęciem czynności zabiegowych, pamiętając o przedstawieniu istoty i celu działania. Podczas porodu należy pozwolić kobiecie na wybranie swobodnej pozycji [14,15].

Kobieta z niepełnosprawnością fizyczną

Ciąża kobiety niepełnosprawnej fizycznie wiąże się z wieloma dodatkowymi dolegliwościami. Ważna jest tu edukacja pacjentki przez lekarza, jak i położną, dotycząca metod łagodzenia i eliminowania dolegliwości występujących w trakcie przebiegu ciąży. W kolejnych miesiącach ciąży może dojść do znaczącego wzrostu masy ciała. Sytuacja taka może utrudniać kobiecie poruszanie się za pomocą dotychczas wypraktykowanych metod. Należy wobec tego dbać o prawidłowy przyrost masy ciała w ciąży, pamiętając, że każdy nadprogramowy kilogram sprzyja powstawaniu patologii i zwiększa obciążenie organizmu. W szczególności nadmierny przyrost wagi może przyczynić się między innymi do powstawania odleżyn. W związku z tym warto wdrożyć profilaktykę przeciwoleżynową i przeciwzkrzepową [9]. Istotnym elementem tej profilaktyki będzie wykonywanie prostych ćwiczeń fizycznych dostosowanych do poziomu niepełnosprawności pacjentki [1,8,9,16].

Należy podkreślić, że niepełnosprawność matki zazwyczaj nie jest niebezpieczna dla rozwijającego się płodu. Nie istnieją bowiem dowody na większe ryzyko wystąpienia nieprawidłowości u dzieci w tej grupie kobiet ciężarnych. Kobiety z uszkodzeniami rdzenia kręgowego są bardziej podatne na wystąpienie powikłań ciążowych głównie ze strony układu moczowego [11].

W wielu przypadkach kobiet niepełnosprawnych jest możliwy poród drogami natury. Niezwykle istotny jest sposób przygotowania kobiety niepełnosprawnej do porodu. Korzystne jest uczęszczanie przez nią na zajęcia szkoły rodzenia i korzystanie ze spotkań patronażowych z położną. Kobieta niepełnosprawna powinna zwrócić szczególną uwagę na regularne oddawanie moczu oraz objawy świadczące o ewentualnej infekcji układu moczowo-płciowego [11].

Kobiety, u których niepełnosprawność jest spowodowana uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mogą mieć problem z odczuwaniem skurczów mięśnia macicy. Dlatego ważne jest, żeby kobieta w ramach przygotowania do porodu została nauczona, jak palpacyjnie badać napięcie mięśnia macicy. Kobieta powinna zostać nauczona obserwacji własnego organizmu i rozpoznania symptomów zbliżającego się porodu [1,12].

Podsumowanie

Problemy wynikające z zagrożeń występujących w grupie kobiet z różnego rodzaju niepełnosprawnościami wymagają wielopłaszczyznowego podejścia przede wszystkim ze strony personelu medycznego, a także członków rodziny lub osób opiekujących się. Świadomość tych problemów i zagrożeń pozwoli na odpowiednie przygotowanie kobiety niepełnosprawnej do ciąży, porodu i położu, a odpowiednio prowadzona edukacja przyczyni się do w miarę samodzielnego opiekowania się przez nią noworodkiem.

Bibliografia

1. Sulima M, Lewicka M, Wdowiak A, Bazylewicz A. Opieka położniczo-ginekologiczna nad kobietami niepełnosprawnymi. *Technologie w optymalizacji opieki medycznej* 2015; 4: 25–30.
2. Światowa Organizacja Zdrowia. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2009: 45–75.
3. Janusz J, Przestrzelska M, Knihinicka-Mercik Z. Opieka okołoporodowa nad niepełnosprawną kobietą. *Piel Zdr Publ* 2014; 4(1): 79–87.
4. Żyta A. Małżeństwa i rodzicielstwo osób z niepełnosprawnością intelektualną – wyzwania współczesności, *Edukacja Dorosłych* 2013; 2: 59–68.
5. Kijak R. Macierzyństwo i ojcostwo osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2013; 3: 94–102.
6. Dmoch-Gajzlerska E, Mazurkiewicz B. Przygotowanie kobiet niepełnosprawnych do prokreacji i macierzyństwa. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2011; 4: 93–98.
7. Jestem mamą w Polsce. Informator dla migrantek, które oczekują dziecka w Polsce. Fundacja rodzic po ludzku [online] 2014: 7–12. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Biblioteka-Fundacji> [cyt. 15.12.2018].
8. Migas A. Seksualność i życie rodzinne osób z ograniczoną sprawnością fizyczną. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2007; 4: 54–66.
9. Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Physical Accessibility of Routine Prenatal Care for Woman with Mobility Disabilities. *J Womens Health* 2015; 24(12): 1006–1012.

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018 poz. 1756 [online]. Dostępny na URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> [cyt.15.12.2018].
11. Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E. *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 85–150.
12. Mikołajek Brdner W, Celewicz Z, Grzymała-Figura A, et al. Ciąża, poród i połóg u kobiety po przebytych w dzieciństwie rozległym urazie miednicy oraz obustronnej wysokiej amputacji kończyn dolnych – opis przypadku. *Pomeranian J Life Sci* 2017; 63(3): 101–104.
13. Horner-Jonhson W, Biel FM, Darney BG, Caughey AB. Time Trends in Births and Cesarean Deliveries among Woman with Disabilities. *Disabil Health J* 2017; 10(3): 376–381.
14. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panka W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe PZWL; 2018: 23–58.
15. Antosik-Wójcińska AZ. Kontakt z pacjentem z upośledzeniem umysłowym-co lekarz powinien wiedzieć. *Medycyna po dyplomie* [online]. Dostępny na URL: <https://podyplomie.pl/mpd/categories/364/> [cyt. 15.12.2018].
16. Lagu T, Delk C, Moris MA. Prenatal Care for woman with Mobility Impairment. *J Womens Health* 2015; 12(24): 963–965.

Adres do korespondencji:

Agata Bracka
ul. Ogrodowa 24, 48-250 Racławice Śląskie
tel. 725 510 958
e-mail: agatabracka@gmail.com

Borelioza w ciąży – fakty i mity

Małgorzata Ingot

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wprowadzenie

Borelioza jest odkleszczową chorobą bakteryjną wywoływaną przez krętki z rodzaju *Borrelia*. Po raz pierwszy opisana została w 1975 roku w USA, gdzie wystąpiło ognisko zachorowań wśród dzieci, uczestników obozu letniego w okolicach Lyme w stanie Connecticut. W USA zakażenia u ludzi wywołuje głównie gatunek *Borrelia burgdorferi*, a w Europie najczęściej *B. afzelii* i *B. garinii*.

W przebiegu boreliozy wyróżnia się okres wczesny, który występuje w ciągu 4 tygodni od ukłucia kleszcza i charakteryzuje się pojawieniem się zmiany skórnej określanej jako rumień przewlekły wędrujący (ECM – *erythema chronicum migrans*) oraz czasami objawów ogólnych w postaci gorączki, rozbitcia, bólu głowy i stawów. Objawy te ustępują samoistnie nawet bez leczenia. Nie zaleca się w tym czasie wykonywania badań serologicznych z uwagi na opóźnione pojawianie się swoistych przeciwciał. W późnym okresie choroby mogą wystąpić zapalenia stawów, mięśnia sercowego, porażenia nerwów czaszkowych, zespoły korzeniowe, zanikowe zapalenie skóry. Rozpoznanie późnej boreliozy opiera się o badania serologiczne wykrywające swoiste przeciwciała. Zaleca się wykonanie testów ELISA i testów potwierdzenia Western blot. Materiał genetyczny krętków można wykryć metodą PCR jedynie w płynie stawowym bądź wycinkach skóry, nie jest rekomendowane badanie PCR z próbki krwi. Leczenie boreliozy polega na stosowaniu antybiotykoterapii, czas trwania i rodzaj antybiotyku zależy od postaci klinicznej choroby.

Borelioza u kobiety ciężarnej

Z uwagi na pokrewieństwo krętków rodzaju *Borrelia* z takimi patogenami, jak *Treponema* czy *Leptospira*, już w latach siedemdziesiątych wysunięto podejrzenia

o możliwej transmisji matczyno-płodowej i ewentualnych teratogennych konsekwencjach zakażenia wewnątrzmacicznego.

W badaniach na zwierzętach potwierdzono wewnątrzmaciczne zakażenia u psów, natomiast nie znaleziono na nie dowodów u innych zwierząt.

Pierwsze doniesienia na temat wrodzonej boreliozy u ludzi miały charakter kazuistyczny. Markowitz i wsp. opisali 19 przypadków kobiet, które przebyły boreliozę w czasie ciąży, u 5 noworodków stwierdzono różne zaburzenia m.in. syndaktylię, ślepotę korową, wysypkę. W jednym przypadku doszło do obumarcia płodu.

Do 2017 roku opublikowano trzydzieści podobnych prac kazuistycznych, jednak nie wykazano w nich jednoznacznie, aby przebycie boreliozy w czasie ciąży skutkowało jakimś konkretnym zespołem objawów u noworodka. Nie potwierdzają tego również duże badania epidemiologiczne przeprowadzone na obszarach endemicznego występowania boreliozy. Na przykład Strobino i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 2000 kobiet w USA oceniające wpływ ukłucia kleszcza i pojawienia się swoistych przeciwciał na ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych u noworodków. Nie stwierdzili różnic w częstości występowania wad w populacji kobiet eksponowanych w stosunku do nieeksponowanych. Zaś w pracy pochodzącej ze Słowenii obserwacja przeprowadzona w latach 1990–1997 obejmowała 105 kobiet leczonych w czasie ciąży z powodu ECM, u których noworodków nie stwierdzono zaburzeń mogących być następstwem wrodzonej boreliozy.

W dostępnym piśmiennictwie nie ma zatem dowodów na występowanie zespołu boreliozy wrodzonej. Nie wykazano również, aby zachorowanie na boreliozę w czasie ciąży wpływało na cięższy przebieg choroby u kobiety. Także zajście w ciążę przez kobietę po przebytej wcześniej boreliozie i mającej dodatnie wyniki badań serologicznych nie niesie za sobą żadnych niekorzystnych następstw ani dla matki, ani dla dziecka.

Leczenie

Leczenie boreliozy u kobiety ciężarnej powinno być prowadzone zgodnie z wytycznymi międzynarodowych (IDSA) i polskich towarzystw naukowych (PTE-iLChZ). Nie zaleca się stosowania doksycykliny, która jest przeciwwskazana w ciąży. Lekami z wyboru są amoksycylina i penicylina. Ceftriaksone i cefuroksym należy stosować ostrożnie w pierwszym trymestrze ciąży ze względu na brak danych o szkodliwości w tym okresie. Należy podkreślić, że nie ma podstaw naukowych do stosowania długotrwałej, sekwencyjnej ani skojarzonej antybiotykoterapii. Nie zaleca się również profilaktycznego podawania antybiotyku po ukłuciu przez kleszcza poza sytuacją wielokrotnych pokłuć na terenie endemicznym.

Bibliografia

1. Boroń-Kaczmarek A, Wiercińska-Drapała A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
2. Gustafson JM, Burgess EC, Wachal MD, Steinberg H. Intrauterine transmission of *Borrelia burgdorferi* in dogs. *Am J Vet Res* 1993; 54: 882–890.
3. Mather TN, Telford SR, Adler GH. Absence of transplacental transmission of Lyme disease spirochetes from reservoir mice (*Peromyscus leucopus*) to their offspring. *J Infect Dis* 1991; 164: 564–567.
4. Markowitz LE, Steere AC, Benach JL, Slade JD, Broome CV. Lyme disease during pregnancy. *JAMA* 1986; 255: 3394–3396.
5. Strobino BA, Williams CL, Abid S, Chalson R, Spierling P. Lyme disease and pregnancy outcome: a prospective study of two thousand prenatal patients. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 367–374.
6. Maraspin V, Cimperman J, Lotric-Furlan S, Pleterski-Rigler D, Strle F. Erythema migrans in pregnancy. *Wien Klin Wochenschr* 1999; 111: 933–940.
7. Flisiak R, Pancewicz S. Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych [online]. Dostępny na URL: <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf> [cyt. 12.02.2019].

Adres do korespondencji:

Małgorzata Inglot
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
tel. 71 395 75 49
e-mail: malgorzata.inglot@umed.wroc.pl

Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu

Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Iwona Łuczak, Małgorzata Zimnowoda

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Zaburzenia zdrowia psychicznego znacznie częściej pojawiają się u kobiet, niż u mężczyzn. Wynika to z roli, jaką pełni kobieta w społeczeństwie, a także przeżywania poszczególnych faz życia od pokwitania przez macierzyństwo do menopauzy. Światowa Organizacja Zdrowia w 2001 roku podała, iż zapadalność na choroby depresyjne u kobiet w wieku od 15 do 44 lat jest klasyfikowana na drugim miejscu (po zakażeniu wirusem HIV i AIDS) jako choroba przyczyniająca się do niepełnosprawności wśród płci żeńskiej. Doniesienia naukowe wskazują, że ciąża, przebieg porodu i okres wczesnego macierzyństwa szczególnie narażają kobietę na rozwój chorób o podłożu psychicznym [1].

Wyobrażenie społeczeństwa o roli kobiety–matki często różni się od prawdziwego obrazu. Przez co oczekiwania kobiety rozmiągają się z rzeczywistością życia. Wizja i plany co do ciąży, porodu i połogu silnie zderzają się z rzeczywistością. Wymagania, jakie stawia XXI wiek wobec kobiet, mocno różnią się od wizerunku kobiety niegdyś.

Stan emocjonalny kobiety jest w dużej mierze związany z fazą jej życia i rolą, jaką pełni w tym czasie. Okres ciąży to niewątpliwie dynamizm tworzących się procesów psychicznych, które przeżywa w zależności od tygodnia ciąży i zmian hormonalnych, jakie zachodzą w jej organizmie [2]. W tym czasie ogromną rolę odgrywa również status socjo-ekonomiczny i możliwość współdzielenia się swoimi emocjami z najbliższą osobą, którą powinien być ojciec dziecka, w myśl powiedzenia „oni są razem w ciąży”.

Czas porodu, sposób jego przeżycia ma ogromne znaczenie na funkcjonowanie kobiety we wczesnym połogu i w późniejszym okresie macierzyństwa. Zaburzenia zdrowia psychicznego wpływają nie tylko na stan kobiety, ale również na życie i zdrowie jej dziecka, a także na relacje i funkcjonowanie wszystkich członków rodziny.

Zaburzenia psychiczne u kobiet w okresie okołoporodowym

Stan emocjonalny kobiety ciężarnej w wielu doniesieniach naukowych przedstawia się, jako różnice w funkcjonowaniu i dysharmonii zaspokajanych potrzeb w stosunku do stanu sprzed ciąży. Szczególnie odczuwalne jest to u pierwiastek. Pierwsza ciąża wprowadza kobietę w nowy etap jej życia. Jest to przyczyna zwiększonego ryzyka pojawienia się zaburzeń zdrowia psychicznego. Podział ciąży na poszczególne trymestry pokazuje, jakie zmiany zachodzą nie tylko w fizjonomii, ale również w stanie psychicznym kobiety. Pierwszy trymestr to faza adaptacji. Wiele zmian w organizmie kobiety zachodzi właśnie w pierwszej fazie, np. zmiany neurohormonalne wywołujące objawy ciąży, jak i wpływające na odczucie zazwyczaj zmiennego nastroju – od euforii, poczucia lęku po obniżenie nastroju prowadzące nawet do objawów depresyjnych. Drugi trymestr jest w literaturze określanymi jako czas stabilizacji hormonalnej, jak i emocjonalnej. Kobieta zaczyna odczuwać i jest bardziej świadoma tego, że zmienia się jej życiowa rola, że będzie matką. Samopoczucie zazwyczaj znacznie się poprawia, przyzwyczajają się ona do zmian zachodzących nie tylko w jej ciele, ale również w jej umyśle. Zaburzenia postrzegania i odczuwania świata zewnętrznego najczęściej w tej fazie są skutkiem wcześniejszych zaburzeń psychicznych lub problemów związanych z postrzeganiem i akceptacją samej siebie, jak również nieakceptowaniem ciąży i brakiem wsparcia wśród najbliższych. Trzeci trymestr ciąży jest najtrudniejszym okresem. Kobiety odczuwają w większym natężeniu lęk przed bólami porodowymi, obawę o bezpieczeństwo swoje i dziecka, jak również strach przed wyobrażeniem siebie w roli matki. Równocześnie pojawiają się odczucia ciekawości i planowania, jak będzie wyglądało dziecko. Pogłębia się również więź matki z dzieckiem poprzez większą komunikację w życiu płodowym [3,4]. Czas porodu jest niewątpliwie wielką zmianą na etapie biologicznym i w sferze psychicznej. Odczucia porodowe, sposób przeżywania i radzenia sobie z bólem, wsparcie w trakcie porodu od osoby towarzyszącej, jak i od położnej, ma ogromne znaczenie w dalszym przeżywaniu porodu i okresu macierzyństwa. Ważne jest również to, w jaki sposób zakończy się ciąża. Wpływ na odczucia, sposób postrzegania siebie i otoczenia przez kobietę w dużej mierze zależy od odbycia porodu drogami natury czy zakończenia ciąży przez cięcie cesarskie. Znacznie częściej obserwuje się zaburzenia zdrowia psychicznego w czasie porodu niż w trakcie trwania ciąży. W okresie poporodowym wyróżniamy trzy główne rodzaje zaburzeń psychicznych w zależności od rodzaju i stopnia nasilenia objawów:

- przygnębienie poporodowe – 25–85% kobiet,
- depresja poporodowa – 10–20%,
- psychozy poporodowe – 0,1–0,2%.

Przygnębienie poporodowe (*postpartum blues*) to obniżenie samopoczucia matki pojawiające się zazwyczaj około 3.–5. dnia po porodzie. Najczęstszymi objawami są: silne uczucie zmęczenia, bezradność, odczucie niemocy, szczególnie gdy poja-

wiają się trudności w opiece nad dzieckiem. Charakterystyczna jest również zmienność nastrojów – od wybuchu płaczu, który raczej dominuje w tym czasie, po wybuchy euforii. Często zmianie tej towarzyszy przejście w kolejną fazę laktacji, tak zwany „nawał mleczny”. W tym czasie położnica potrzebuje większego wsparcia i zrozumienia, nie tylko ze strony najbliższych, ale również wymaga wzmożonej opieki położnej. Stan przygnębienia poporodowego według literatury maksymalnie może trwać do 2 tygodni. Zaobserwowanie przedłużających się i zaostrzonych objawów u kobiety w połogu jest diagnozowane jako depresja poporodowa – trwająca od 1. miesiąca po porodzie, utrzymująca się do 6 miesięcy, a w skrajnych przypadkach do roku życia dziecka [5]. Depresja poporodowa jest klasyfikowana według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Objawy charakteryzujące depresję poporodową, to:

- obniżona reakcja emocjonalna na dziecko – problemy z rozpoznawaniem i zaspakajaniem potrzeb noworodka,
- nieumiejętność w podejmowaniu decyzji,
- problemy w zasypianiu – brak snu.

Dodatkowo pojawiają się objawy ściśle charakteryzujące depresję jako chorobę niezwiązaną z okresem okołoporodowym. Należą do nich:

- brak pewności siebie,
- niechęć do kontaktów z otoczeniem,
- bierność w wykonywaniu codziennych czynności,
- negatywne myśli, obwinianie się za powstałe problemy,
- osłabienie fizyczne, pojawiające się objawy psychosomatyczne,
- brak koncentracji,
- odczucie niepokoju i niestabilności emocjonalnej (od euforii, obojętności po przewrażliwienie np. na punkcie dziecka),
- myśli samobójcze mogące przerodzić się w próby samobójcze.

Pojawienie się depresji po porodzie, częściej obserwuje się u kobiet, które chorowały przed ciążą lub u tych matek, które są obciążone genetycznie (choroba depresyjna w wywiadzie) [1, 6]. Najcięższym i najostrzej przebiegającym schorzeniem psychicznym jest psychoza poporodowa. Etiologia choroby jest nie do końca poznana. Wśród przyczyn wymienia się najczęściej podłoże genetyczne, jak również czynniki psychogenne, czyli cechy osobowości, w tym sposób radzenia sobie z sytuacjami stresogennymi. Pojawienie się objawów jest dość wczesne, ale często mylnie diagnozowane z przygnębieniem poporodowym, ponieważ pojawić się może już w 3. dobie po porodzie. Zaostrzenie objawów psychozy, najczęściej obserwuje się około 3 miesiąca po porodzie. Zaburzeniem psychiatrycznym w okresie poporodowym są: schizofrenia, ostre zaburzenia psychiatryczne i ostre zaburzenia maniakalno-depresyjne [5,7,8]. Field i wsp. zwracają również uwagę na powiązanie choroby matki z nowonarodzonym dzieckiem. Wpływ jej stanu psychicznego w dużej mierze ma znaczenie na rozwój osobowościowy dziecka i ich wzajemne relacje. Mówi się, że choroba psy-

chiczna kobiety w okresie poporodowym – to dwoje pacjentów matka i dziecko. Noworodki matek cierpiących na zaburzenia psychiczne mają stwierdzoną tachykardię i zaburzenia gospodarki hormonalnej, w tym zwiększenie stężenie kortyzolu [9].

Etiologia

Przyczyny zaburzeń psychicznych wśród kobiet w okresie ciąży, porożu i porodu są mocno zróżnicowane. Niewątpliwie zmiany fizjologiczne w organizmie kobiety w trakcie ciąży sprzyjają w większym stopniu pojawieniu się objawów choroby psychicznej. W okresie poporodowym spadek estrogenów, progesteronu i kortyzolu uznaje się za jedną z hormonalnych przyczyn nadwrażliwości na wystąpienie zaburzeń psychicznych, w szczególności wystąpienie stanów lękowych. Wielu badaczy łączy również znaczenie żeńskich hormonów płciowych, hormonów tarczycy, prolaktyny, kortyzolu i endorfin z wystąpieniem choroby. Zaburzenia osi podwzgórze–przysadka–tarczyca i choroby autoimmunologiczne (w tym coraz częściej rozpoznawalna Hashimoto) są w literaturze często przytaczane jako przyczyny rozwoju choroby psychicznej [8].

Przejaw pozytywnych emocji względem siebie i względem swojego dziecka, szczególnie we wczesnym porożu, w dużej mierze zależy od przebiegu porodu. Oddziaływanie hormonów w trakcie porodu dodaje siłę do walki i wspomaga radzenie sobie z bólem porodowym. Czasem jednak obserwujemy u rodzącej „wyczerpanie emocjonalne”, co jest przyczyną tzw. dystocji emocjonalnej, która przyczynia się do braku postępu porodu, jak również wpływa na stan emocjonalny kobiety w okresie porożu. Przyczyną jest nadmierne wydzielanie katecholamin przy jednoczesnym zaburzeniu produkcji oksytocyny i relaksyny podczas porodu. Szczególnie narażone są kobiety, które wcześniej przeżyły sytuację traumatyzującą (kobiety ze zdiagnozowanym PTSD), ofiary przemocy domowej, kobiety pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych, kobiety uzależnione od alkoholu. W okresie poporodowym przeżycie „dystocji emocjonalnej” może skutkować ostrymi zaburzeniami lękowymi [10]. Wiele doniesień naukowych za przyczynę zaburzeń psychicznych, w szczególności depresji poporodowej, podaje relacje kobiety z matką i przeżycia z okresu dzieciństwa. Uddenberg i Nilsson w pionierskich badaniach pokazali, że większość kobiet cierpiących na zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym, opisała relację z matką jako negatywną i niezadawalającą [11,12]. Psychologiczne i społeczne aspekty pojawienia się zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym to między innymi: choroby psychiczne w wywiadzie, narażenie ciężarnej na stres i stany lękowe w ciąży, obawa i lęk przed macierzyństwem, stresujące wydarzenia życiowe, niska samoocena, trudności w radzeniu sobie ze stresem, brak wsparcia i akceptacji w rodzinie oraz społeczeństwie, ciąża niechciana oraz niski status socjo-ekonomiczny [11].

Rozpoznanie i leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Rola i zadania położnej

Rozpoznanie i jednocześnie sposobem leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego u kobiet przed porodem oraz po nim jest podjęcie działań mających na celu wyodrębnienie jak największej liczby kobiet z tzw. grupy ryzyka. Są to również działania ukierunkowane na profilaktykę zdrowia psychicznego kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Rozpoznanie kobiet z objawami zaburzeń psychicznych, polega przede wszystkim na wnikliwej obserwacji i odpowiedniej wiedzy personelu medycznego, w tym położnych przygotowujących ciężarke do porodu, sprawujących opiekę nad położnicą po porodzie, jak również odpowiedniej opiece świadczonej przez lekarza położnika. Identyfikacja zaburzeń zdrowia psychicznego, szczególnie u kobiet w okresie poporodowym, najczęściej występuje do 3. miesiąca po porodzie. Jest to okres najistotniejszy, w którym pojawiające się objawy są dość widoczne. Ważne jest również jak najszybsze postawienie diagnozy w celu wdrożenia odpowiedniego leczenia. Narzędziami badawczymi są między innymi dostępne testy psychologiczne – skale stosowane w psychologii w diagnostyce depresji. Pomocniczo można zastosować Skalę Objawów Depresyjnych Becka (BDI), Ocenę Depresji Hamiltona oraz Skalę Leku i Depresji. Jednym z najczęściej stosowanych i łatwych do przeprowadzenia jest bardzo czuły test wykrywający zaburzenia nastroju po porodzie, opracowany i przedstawiony jako Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Jest to skala stosowana z powodzeniem od 1987 roku, opracowana w Livingston i Edynburgu przez Coxa i wsp. Test składa się z 10 pytań, na które odpowiada kobieta samodzielnie, bez konsultacji z pracownikami służby medycznej. Dla wyniku 13 z 30 pkt, uważa się, że przypuszczalnie kobieta cierpi na zaburzenia nastroju. Test powinien być wykonany dwukrotnie u kobiet w grupie ryzyka lub u kobiet z wyraźnymi objawami zaburzeń zdrowia psychicznego. Zaleca się, aby wykonać test w 3. dobie po porodzie i kontrolnie w 6.–7. dobie po porodzie. Stwierdzenie w każdym z badań wyniku nieprawidłowego wskazuje na konieczność wzmożonej obserwacji położnicy i ponowne wykonanie testu po 2 tygodniach. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) nie jest narzędziem, które wykrywa inne zaburzenia psychiczne, takie jak nerwice lękowe czy zaburzenia osobowości. Nie wyklucza się wnikliwej obserwacji, rozmowy terapeutycznej, prawidłowo zebranego wywiadu z położnicą czy zalecenia konsultacji psychiatrycznej w celu postawienia diagnozy. Ogromną rolę w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń okresu poporodowego odgrywa interdyscyplinarny zespół medyczny: lekarz położnik, położna oddziału położniczego, lekarz pediatra i położna środowiskowa [13,14]. Wczesne rozpoznawanie zaburzeń emocjonalnych wiąże się z wprowadzeniem do opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym psychoprofilaktyki w kierunku ryzyka rozwoju chorób psychicznych. Kazimierczak i wsp. w swojej pracy wymieniają, jak ważne jest rozpoznanie czynników ryzyka występujących już przed zajściem w ciążę oraz w czasie okołoporodowym. Postępowania psychoprofi-

laktyczne mające na celu rozpoznanie nieprawidłowości to przede wszystkim: edukacja zdrowotna, utrzymanie ciągłości opieki medycznej, prawidłowa komunikacja pomiędzy podopieczną a położną (budowanie zaufania), otoczenie opieką przez najbliższych członków rodziny oraz wyeliminowanie czynników negatywnych wpływających na ciążarną lub położnicę. Kazimierczak i wsp. nawiązują również do „pozytywnego promowania zdrowia psychicznego”, szczególnie dla młodych i samotnych matek, poprzez umożliwienie im kontaktów społecznych z tzw. „grupą wsparcia”, czym może być dla przykładu uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia. Działania edukacyjne mają głównie na celu uświadomienie kobietom odpowiedniej reakcji na mogące pojawić się objawy złego samopoczucia – ważnym elementem jest samoobserwacja i pełna świadomość zaburzeń. Do zadań położnej opiekującej się kobietami w ciąży i po porodzie należą przede wszystkim: „asystowanie, doradzanie, zachęcanie, pouczanie, mobilizowanie, pomaganie. Zastosowanie znajdują także niespecyficzne metody psychoterapii, na przykład wzmacnianie poczucia własnej wartości, wzbudzanie nadziei, optymizmu, wsparcie psychiczne, akceptacja, życzliwość, ciepło”. Położna po rozpoznaniu objawów zaburzeń psychicznych powinna zalecić konsultację w ośrodku specjalistycznym – poradni zdrowia psychicznego, jak również monitorować przebieg leczenia i stan opieki nad noworodkiem matek cierpiących na chorobę psychiczną. Wszelkie działania należy udokumentować w raporcie z wizyty patronażowej lub w szpitalnej dokumentacji medycznej [15,16].

Leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego jest uzależnione od występującej jednostki chorobowej, nasilenia objawów, czasu trwania choroby i świadomości samej pacjentki (chęci do podjęcia leczenia). Leczenie można podzielić na farmakologiczne i niefarmakologiczne, obydwie metody współgrają ze sobą i zazwyczaj są stosowane jednocześnie. Sposób niefarmakologiczny polega na psychoterapii wspomagającej indywidualnej, grupowej lub obejmującej całą rodzinę. Podjęcie leczenia farmaceutykami zależne jest od ostrości nasilenia objawów i skutków, jakie może nieść ze sobą choroba psychiczna kobiety. Jest ono dość trudne, szczególnie gdy zachodzi potrzeba jego wprowadzenia już w okresie ciąży. Wszystkie leki psychotropowe przedostają się przez łożysko, nie jest możliwa ocena stopnia teratogenności podawanych leków. Podobnie u matek karmiących piersią leki z grupy psychotropów również przedostają się do mleka matki, narażając noworodka na przyjmowanie określonych dawek. W okresie ciąży stosowanie leczenia farmaceutycznego jest zalecane kobietom, u których depresja została zdiagnozowana na długo przed zajęciem w ciążę i u których konieczność podjęcia leczenia przeważa nad możliwością wystąpienia sytuacji niepożądanych u płodu. Leki z grupy neuroleptyków przebadane na zwierzętach dzielą się na dwie kategorie: mogące ewentualnie wywołać wady rozwojowe u płodu oraz te, co do których istnieje wyraźnie wysokie ryzyko teratogenności. Lekami, które są bezwzględnie przeciwwskazane w ciąży, są haloperidol, temazepam i triazolam. Zaleca się, aby w czasie ciąży unikać, jeśli to możliwe, podawania nawet najmniejszych dawek leków do momentu ukończenia I trymestru ciąży,

z uwagi na czas organogenezy u płodu. Odstawienie leków psychotycznych należy rozpocząć około 2 tygodnie przed spodziewanym terminem porodu, z uwagi na możliwość wystąpienia u noworodka zespołu abstynencyjnego i pojawienia się objawów związanych z nagłym brakiem leków w organizmie noworodka, czego objawy mogą pojawić się nawet do 8 tygodni po porodzie. W trakcie karmienia piersią możliwe jest stosowanie najmniejszych dawek terapeutycznych, jeśli zachodzi taka konieczność, a sama psychoterapia jest niewystarczająca. Zaleca się, aby leki były przyjmowane przez matkę krótko przed karmieniem lub zaraz po zakończeniu karmienia, kiedy nie doszło do metabolizmu leków u matki, a tym samym wniknięcia dawki leku do pokarmu kobiecego. Dopuszczalne jest ewentualnie wylewanie pokarmu, który może zawierać wysokie stężenie dawki leku psychotropowego [8,17,18].

W Polsce w obowiązującym od 1 stycznia 2019 roku Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zostały wyodrębnione czynniki ryzyka powikłań okołoporodowych, do których zalicza się między innymi „choroby psychiczne i zaburzenia zachowania” u kobiet ciężarnych. Dodatkowo pojawiło się zalecenie, aby pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży dokonywać „oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji u ciężarnych” na podstawie ramowego programu edukacji przedporodowej, który zawiera rozpoznawanie problemów psychologicznych i emocjonalnych nie tylko kobiety, ale i najbliższej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu. Wskazane jest również dokonywanie „oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej”, zapewniając ciągłą opiekę w miejscu zamieszkania lub podczas pobytu w szpitalu [19]. Wsparcie międzynarodowe zapewniające kobietom w krajach europejskich dostęp do profesjonalnej pomocy psychologicznej, jak również psychiatrycznej, zapewnia powstałe w latach 80. XX wieku stowarzyszenie PSI – Postpartum Support International. Głównym celem stowarzyszenia jest prowadzenie edukacji i psychoprophylaktyki poprzez wsparcie kobiet i ich rodzin z zaburzeniami zdrowia psychicznego. PSI prowadzi również specjalistyczne szkolenia dla personelu medycznego, który ma największy kontakt z kobietami w okresie okołoporodowym. Myślą przewodnią stowarzyszenia jest powiedzenie: „Nie jesteś sama, nie jesteś winna, z pomocą będzie lepiej” [20]. Zapewnienie optymalnej opieki i wsparcia psychologicznego kobietom w tak specyficznym i trudnym czasie, jakim jest ciąża i okres wczesnego macierzyństwa, jest równorzędne z dbaniem o jej zdrowie fizyczne. Rolą położnej jest przygotowanie rodziców do rodzicielstwa, w szczególności do zmian emocjonalnych, które pojawią się u matki i ojca, jak również ciągła opieka w trakcie porodu, we wczesnym połogu i kolejnych tygodniach po porodzie. Ważne jest, aby kłaść nacisk na edukację i podnoszenie jakości świadczonych usług położniczych, a szczególnie zwracać uwagę na profesjonalne przygotowanie studentów medycyny, położnictwa i pielęgniarstwa. Istotne znaczenie dla pracy położnych ma również udzielanie im wsparcia, podnoszenie w nich poczucia kompetencji i dostarczenie pracownikom informacji o dostępnych programach wspierających zdrowie psychiczne kobiet w okresie okołoporodowym [1].

Bibliografia

1. Fejfer-Szpytko J, Włodarczyk J, Trąbińska-Haduch M. Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2016; 3: 91–112.
2. Biesaga T. Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym. *Med Prakt Ginekol Położ* 2007; 1: 9–13.
3. Libera A. Problemy psychologiczne okresu ciąży. W: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 154–156.
4. Kawka J. Problemy emocjonalne kobiet w ciąży. Depresja poporodowa. *Służ Zdr* 2001; 11: 18–19.
5. Makara-Studzińska M. Problemy psychologiczne okresu ciąży. W: Makara Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 206–211.
6. Bałkowiec-Iskra E, Niewada M. Depresja poporodowa – rozpoznanie i leczenie. *Przew Lek* 2002; 11/12: 111–116.
7. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotrophin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 162–169.
8. Rymaszewska J, Dolna M, Gryboś M, Kiejna A. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol Pol* 2005; 4: 323–329.
9. Field T, Diego M, Largie S. Depressed mother's newborns show longer habituation and fail to show face/ voice preferences. *Inf Ment Health J* 2002; 23: 643–653.
10. Simkin P, Ancheta R. Przedłużona aktywna faza porodu. W: Simkin P, Ancheta R, Hanson L, Myers S, Tully G, red. *Udany poród. Jak wczesnie zapobiegać dystocji i ją leczyć*. Warszawa: PZWL; 2014: 163–167.
11. Chrzan-Dętkoś M, Dyduch-Maroszek A, Humięcka A, Karasiewicz K. Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2012; 2: 55–63.
12. Kornas-Biela D. Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Prz Psycho* 2003; 2: 179–196.
13. Hallström C, McClure N. *Depresja. Odpowiedzi na pytania*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2005: 70–77.
14. Makara-Studzińska M. Problemy psychologiczne okresu ciąży. W: Makara Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 273–282.
15. Krzyzanowska-Zabucka J. Okołoporodowe zaburzenia psychiczne. *Dziecko Krzywdzone* 2010; 3: 51.
16. Kazimierczak M, Gebuza G, Gierszewska M. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Probl Pielęg* 2010; 4: 509–510.
17. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. *Mood Disorders in Women*. London: Martin Dunitz Ltd; 2000: 313–328.

18. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039–1045.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018 poz. 1756 [online]. Dostępny na URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> [cyt. 5.01.2019].
20. Davis WN, Raines C, Indman P, Meyer BG, Smith A. History and Purpose of Postpartum Support International. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018; 1: 75–83.

Adres do korespondencji:

Zofia Wojdyła
Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 696 965 968
e-mail: zosia742@wp.pl

Tokofobia ciężarnych – mit czy rzeczywistość?

*Joanna Onik¹, Magdalena Rusin¹, Aleksandra Materkowska¹,
Anna Gryboś², Marian Gryboś¹*

¹ Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
² Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Ginekologii i Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp

Ciąża i okres macierzyństwa to jeden z najpiękniejszych momentów w życiu każdej kobiety. Dynamika procesów, jakie zachodzą w jej organizmie, oprócz euforii wzbudza również niepewność oraz nieokreślony niepokój spowodowany oczekiwaniami na możliwe zagrożenie. Emocjonalny stan kobiety ciężarnej ma kluczowe znaczenie dla rozwoju płodu, przebiegu porodu oraz adaptacji do roli matki w okresie poporodowym. Literatura przedmiotu podkreśla istotny związek między wysokim poziomem stresu i lęku u kobiety będącej w ciąży a wskaźnikami warunkującymi powodzenie położnicze. Nie od dziś wiadomo, że złe samopoczucie znacząco wpływa na jakość radzenia sobie w trudnych sytuacjach. U kobiet, które doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych w ciąży, znacznie bardziej zauważalna jest wzmozona chęć do ukończenia jej drogą cięcia cesarskiego. Pojawiają się problemy ze zniesieniem bólu podczas porodu. Często dochodzi do wydłużenia czasu jego trwania, problemów adaptacyjnych w położeniu, a w skrajnych przypadkach do istotnych zaburzeń w rozwoju macierzyńskiego przywiązania [1,2].

Fobia a tokofobia

W kontekście niniejszego artykułu niezbędne w zrozumieniu tematu są dwa pojęcia: „fobia” oraz „tokofobia”. Fobia – z języka greckiego: *phóbos* czyli strach – to zaburzenie nerwicowe, którego głównym objawem jest uporczywy lęk przed okre-

ślonymi sytuacjami, zjawiskami, przedmiotami, a związany przede wszystkim z unikaniem przyczyn, które wpływają bezpośrednio na komfort życia osoby, która cierpi na dany rodzaj fobii. Istotą zaburzenia jest przesadna trwoga oraz wysokie poczucie lęku, natomiast kluczowy aspekt to świadomość o irracjonalności swojego zachowania. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) wśród zaburzeń lękowych w postaci fobii (F40) wyróżnia się socjofobię, agorafobię, specyficzne postacie fobii, inne zaburzenia lękowe w postaci fobii oraz fobie bliżej nieokreślone [3–5].

Tokofobia z kolei, to z języka starogreckiego *τοκοφοβία* czyli lęk przed porodem. Jest to jedna z odmian fobii, która prowadzi u kobiet do wyboru cięcia cesarskiego jako formy zakończenia ciąży, a w skrajnych przypadkach jest równoznaczna z brakiem chęci podjęcia założenia rodziny, co w rezultacie może prowadzić do bezdzietności [3–5].

Obecnie wyróżnia się trzy rodzaje tego zaburzenia: tokofobię pierwotną, wtórną oraz w następstwie depresji. Pierwsza z nich dotyczy kobiet, które nie były wcześniej w ciąży. Ta postać ma głównie podłoże nerwicowe. Druga dotyczy kobiet, które we wcześniejszych ciążach doświadczyły silnych, nieprzyjemnych doznań uniemożliwiających przeżycie okresu przedporodowego oraz okołoporodowego w harmonii. Natomiast tokofobia jako objaw depresji swoje podłoże znajduje w pierwotnym zespole depresyjnym. Może wystąpić zarówno w czasie pierwszej ciąży, jak i w kolejnych. U przyszłej matki pojawia się nawracające obsesyjne przekonanie o tym, że nie jest ona w stanie urodzić dziecka bądź umrze w czasie porodu [4,5].

Świadomość kobiet oraz swobodny dostęp do środków masowego przekazu w znaczący sposób wpływają na myślenie przyszłych matek oraz ich rodzin, kreując w ten sposób ich pogląd na temat prokreacji. Strach przed porodem okazał się częstym elementem życia kobiet spodziewających się dziecka, a zaburzenie to może pojawić się w różnym wieku [5].

Tokofobia ma charakter wielopłaszczyznowy. Lęk towarzyszący kobiecie cierpiącej na to schorzenie w szczególności obejmuje zagrożenia w przebiegu porodu. Należą do nich: ból i uraz, strach o niemożność poradzenia sobie z samym porodem, utrata kontroli nad nim i nad sobą, obawa o niewystarczające wsparcie personelu i najbliższych, czy wreszcie obawa o śmierć własną bądź dziecka. Sam strach przed porodem może przybierać postać koszmarów sennych, dolegliwości somatycznych, takich jak bóle brzucha, czy nierzadko spotykane wymioty ciężarnych. Mogą pojawić się też problemy w środowisku zawodowym i domowym związane z wykonywaniem podstawowych czynności. Kobiety ciężarne w obliczu strachu próbują samodzielnie opanować problem, dążą do szukania pomocy u najbliższych, a w ostateczności proszą o zakończenie ciąży drogą cięcia cesarskiego [5,6].

Czynniki usposabiające do wystąpienia nadmiernego strachu przed porodem

Wśród czynników mających wpływ i ściśle korelujących z wystąpieniem tokofobii pierwotnej, wtórnej, bądź w wyniku nakładającej się depresji, są wymieniane: młody wiek, niski poziom wykształcenia lub status socjo-ekonomiczny, problemy psychologiczne przed i/lub w czasie ciąży, patologie seksualne, niski poziom samooceny, strach przed bólem, osobowość neurotyczna, brak wsparcia socjalnego, stres życia codziennego, poprzedni poród operacyjny lub rozczarowanie w związku z poprzednim porodem, choroba wcześniej urodzonego dziecka lub choroba ciężarnej, brak właściwej wiedzy [5,7].

Odczuwanie lęku a odczuwanie bólu

Na potrzeby niniejszego artykułu należy rozwinąć pojęcia strachu i lęku. Wydaje się, że błędem byłaby próba oddzielenia tych dwóch terminów od siebie. O ile o strachu mówi się wówczas, gdy faktycznie coś może spowodować zagrożenie, o tyle lęk odnosi się bardziej do czegoś, co jest nierzeczywiste, wyolbrzymione i symboliczne. Źródłem lęku mogą być bodźce pochodzące z zewnątrz, np. mass media, opinie innych ludzi, jak i z wewnątrz, np. nasze myśli, wyobrażenia, odczucia, wspomnienia, czy doznania. To, jakie skutki wywoła lęk, zależy od siły organizmu, jego dojrzałości emocjonalnej, osobowości człowieka, rodzaju sytuacji, czy czasu jego trwania. Lęk powoduje zmiany, które dotyczą wszystkich sfer człowieka: biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Może przybierać formy subiektywnych, indywidualnych odczuć, takich jak: pobudzenie bądź obniżenie nastroju, zaprzeczanie, niedowierzanie lub wypieranie. Może powodować również zmiany neurofizjologiczne, które dotyczą układu nerwowego, oddechowego, krążenia, pokarmowego czy ruchu. Zmiany te objawiają się w postaci: zaburzeń koncentracji uwagi, przyspieszonego oddechu lub jego zatrzymania, przyspieszonego tętna, wzrostu ciśnienia tętniczego krwi, wymiotów, biegunek lub zaparc, trudności w zapamiętywaniu, zaburzeń snu, labilności emocjonalnej [8].

Ponadto lęk może także objawiać się innymi zmianami w zachowaniu i reakcjami motorycznymi, czego wyrazem będą np. ucieczki ze szpitala, niepoddawanie się danym procedurom medycznym. Według polskiego psychologa Bandury człowiek boi się najbardziej własnej nieumiejętności sprostania negatywnym odczuciom. W przeprowadzonych badaniach uczony ten dowiódł, że zajęcia terapeutyczne polegające na kształtowaniu i podnoszeniu wiary we własne możliwości nie tylko obniżają poziom lęku u pacjentów, ale również zmniejszają ich dolegliwości bólowe [8].

Obserwacje Bandury można skonfrontować z wynikami obserwacji znanego angielskiego położnika Reada, pomysłodawcy szkół rodzenia i twórcy koncepcji tzw. koła Reada. Wspomniane koło przedstawia zależność między odczuwaniem

lęku a występowaniem napięcia organizmu, które powoduje ból i dalej koło się zamyka [9].

Czynniki szczególnie wpływające na odczuwanie bólu przez kobietę w trakcie porodu można podzielić na czynniki biologiczne, takie jak: elastyczność tkanek miękkich i więzadeł, masa płodu czy osobniczy próg wrażliwości bólowej, a także na czynniki psychofizyczne – istotne z punktu widzenia położnej prowadzącej poród [10].

Z psychicznego punktu widzenia interpretacja bólu następuje w wyniku oceny spostrzegania i reagowania na niego w momencie jego wystąpienia. To zjawisko definiuje się jako tzw. próg odczuwania bólu. Poziom bólu jest rozpatrywany indywidualnie, jest to odczucie subiektywne. Aczkolwiek udowodniono, że osoby przynębione, depresyjne odczuwają go dwukrotnie bardziej. Ponadto ból mogą inicjować nawet słabe bodźce. Jeżeli kobieta rodząca nie zinterpretuje bólu porodowego w sposób pozytywny jako fizjologicznego odczucia towarzyszącego czynności skurczowej macicy albo nie zrozumie, że ból jest swego rodzaju sygnałem pojawiających się nieprawidłowości, to z pewnością doświadczy ona negatywnych objawów ze strony organizmu. Objawy te, wegetatywne, ruchowe, czy wreszcie psychiczne w konsekwencji spowodują jej wyczerpanie fizyczne, czego wyrazem może być zahamowanie lub przedłużenie postępu porodu, a nawet zagrażające niedotlenienie płodu. Z tego względu wydaje się, że aby zachęcić kobiety do porodu drogami natury, należy zweryfikować ich nastawienie do tego wydarzenia, a w przypadku stwierdzenia negatywnych wyobrażeń: edukować, wspierać, aktywować do działania, okazywać szacunek i empatię, a także szanować intymność. W prowadzonej edukacji należy uwzględnić między innymi aspekty, takie jak: zalety porodu naturalnego dla matki i dziecka oraz korzyści i zagrożenia wynikające z wykonania cięcia cesarskiego, jak również powikłania po zabiegu [8].

W dobie aktualnej wiedzy medycznej należy także stosować szeroko rozumianą edukację przedporodową, obejmującą swoim zakresem okres prenatalny, poród i połóg oraz udzielić wsparcia społecznego ciężarnej i położnicy, nie zapominając o jej rodzinie. W psychoprofilaktyce przedporodowej edukacja winna być nastawiona na zmianę stylu myślenia kobiety: z myślenia o sobie na myślenie o dziecku. Równocześnie kobieta uczy się kontroli nad własnym ciałem, a także kształtuje umiejętności z zakresu technik relaksacyjnych i prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych.

Pierwszym krokiem do wdrożenia działań edukacyjnych jest poinformowanie kobiety ciężarnej o możliwości korzystania z opieki położnej POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) już pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży, a fakt ten odnotowuje się w „Karcie Przebiegu Ciąży”. Z kolei położna POZ potwierdza objęcie opieką kobiety w swojej dokumentacji medycznej. Taka współpraca ma na celu wzrost liczby profesjonalnie wyedukowanych pacjentek, zarówno przez lekarza położnika, jak i położną, którzy kolektywnie odpowiadają za prowadzenie i organizację działań edukacyjnych, a tym samym – prozdrowotnych [11,12].

Wydaje się, że kluczową rolę w kwestii poprawy samopoczucia ciężarnej, a tym samym zmniejszenia odczucia lęku związanego z porodem, odgrywa osoba towarzysząca jej w trakcie porodu. Naukowcy z Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dokonali analizy wpływu porodów rodzinnych na relacje między poszczególnymi członkami rodziny. Wykazali oni, że dla kobiet rodzących obecność partnera w czasie porodu jest niezwykle istotna. U matki zaspokajają bowiem poczucie bliskości, bezpieczeństwa, miłości czy empatii, z kolei dla ojca jest zapowiedzią jego przyszłych pozytywnych relacji z dzieckiem, wzbogaca jego osobowość. Kobieta i mężczyzna w momencie porodu stanowią jedność [9].

Sposoby łagodzenia bólu porodowego

Ból, jaki towarzyszy kobiecie w przebiegu porodu, pełni niezwykle istotną funkcję. Nie sposób pominąć faktu, że zbyt silny ból może też poród komplikować. Wydaje się, że absolutną podstawą w walce z bólem porodowym są psychoprofilaktyka i edukacja przedporodowa prowadzone w ramach szkoły rodzenia w sposób indywidualny lub grupowy. Łagodzenie bólu porodowego jest ważne z uwagi na komfort psychiczny i fizyczny rodzącej. Ma korzystny wpływ na przebieg i postęp porodu, a także stan ogólny noworodka [10,13].

Metody zwalczania bólu porodowego ogólnie można podzielić na farmakologiczne i nefarmakologiczne. Do pierwszych zalicza się: znieczulenie zewnątrzoponowe (ZZO), znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie ogólne, Dolargan (petydyna), Entonox. Z kolei do nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu zalicza się odpowiednią technikę oddychania w czasie porodu, wyuczoną i ćwiczoną podczas zajęć prowadzonych w ramach programu szkoły rodzenia oraz stosowanie pozycji wertykalnych w pierwszym okresie porodu. Aktywizowanie rodzącej i umiejętne zastosowanie różnych udogodnień w czasie porodu przyczyniają się do szybszego i efektywniejszego jego postępu oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych rodzącej. Ponadto wymienia się także poród w wodzie i immersje wodne, masaż odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, TENS – przezskórną elektryczną stymulację nerwów miednicy i podbrzusza rodzącej, mającą zastosowanie w pierwszym okresie porodu. W dalszej kolejności podaje się też miejscowe zimne bądź ciepłe okłady – stosowane naprzemiennie, aromaterapię, muzykoterapię, hipnozę, czy wreszcie – akupunkturę [10,13].

Reasumując, stosowanie metod zwalczania bólu porodowego niezależnie od tego, czy farmakologicznych, czy alternatywnych, ma korzystny wpływ na przebieg porodu. Aktywność rodzącej w trakcie jego trwania, umiejętne zastosowanie różnych udogodnień porodowych dostosowanych do aktualnej sytuacji położniczej przyczyniają się do szybszego i efektywniejszego postępu porodu. Co ważne, świadoma swojej sytuacji położniczej rodząca, która nie odczuwa bólu, bądź ból jest u niej

w znacznym stopniu zniesiony, w pełni współpracuje z personelem medycznym i współdecyduje tym samym o przebiegu porodu. Należy wspomnieć, że metody niekonwencjonalne (niefarmakologiczne) łagodzenia bólu porodowego są metodami bezpiecznymi zarówno dla matki jak i dziecka, przez co mogą być stosowane przez większość pacjentek. Warto podkreślić, że wybór metod łagodzących i znoszących ból porodowy jest szeroki a kobiety mają możliwość skorzystania z tych najbardziej dla nich dogodnych, w zależności od ich potrzeb i oczekiwań, ale też od dostępności danej metody w placówce położniczej.

Cięcie cesarskie „na życzenie”

W ostatnich latach zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach na świecie znacząco wzrósł wskaźnik cięć cesarskich wykonywanych bez zaistnienia ku temu wskazań medycznych. Wydaje się, że kobiety wybierające cięcie cesarskie kierują się nie tylko własnym komfortem i bezpieczeństwem, czy chęcią uniknięcia bólu, ale także dobrem nienarodzonego dziecka. Do argumentów przemawiających za celowością wykonania planowego cięcia cesarskiego zaliczyć można:

- w stosunku do dziecka: obniżenie ryzyka wylewów wewnątrzczaszkowych u noworodków, porażenia mózgowego dziecięcego, uszkodzeń splotu barkowego i zgonów w okresie okołoporodowym;
- w stosunku do matki: zmniejszony odsetek dolegliwości bólowych okolicy kroczka, rzadsze występowanie zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej i wysiłkowego nietrzymania moczu [7,14–16].

Należy uwzględnić fakt, że dla części kobiet ciężarnych rozwiązanie ciąży drogą cięcia cesarskiego jest równoznaczne z jedyną możliwą drogą urodzenia dziecka z powodu towarzyszącego im patologicznego strachu przed porodem siłami natury. Na podkreślenie zasługuje też fakt potwierdzony przez badania naukowe, że dzieci urodzone drogą naturalną są bardziej odporne na stres w porównaniu do dzieci urodzonych poprzez cięcie cesarskie [15].

W Polsce, w przeciwieństwie do niektórych krajów na świecie, według przyjętych rozwiązań medyczno-prawnych wykonywanie cięcia cesarskiego jedynie na podstawie preferencji kobiety nie zostało dotychczas dopuszczone przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Taką metodę porodu określa się mianem „cięcia cesarskiego na życzenie” (z ang. *Caesarean section on maternal request* – CSMR) i wykonuje się ją w prywatnych klinikach ginekologiczno-położniczych. Z kolei obowiązujące stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników odnośnie do wskazań do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego definiuje je jako „operację położniczą, mającą na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwanie na ich naturalne zakończenie przedstawia niebezpieczeństwo dla matki i dziecka” [16]. Z tego względu wskazania do wykonania cięcia cesarskiego podzielono na cztery grupy w zależności od stopnia pilności operacji: elektywne (planowe), pilne, naglące, nagłe [17].

Skupiając uwagę jedynie na wskazaniach do wykonania planowego (elektywnego) cięcia cesarskiego, definiuje się je jako grupę wskazań, w przypadku których operacja ta ma się odbyć w ustalonym terminie, a czynniki uniemożliwiające odbycie przez kobietę porodu siłami natury są znane oraz nie ma bezpośredniego zagrożenia życia matki ani płodu, przed rozpoczęciem aktywności skurczowej mięśnia macicy. Należą do nich wskazania: neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, hematologiczne, kardiologiczne oraz psychiatryczne. W kontekście prezentowanego artykułu należy podkreślić, że w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego nie omówiono, które spośród zaburzeń psychicznych mogą stanowić bezwzględne bądź względne wskazanie do rozwiązania ciąży za pomocą cesarskiego cięcia. Są one analizowane i rozpatrywane w każdym przypadku indywidualnie, najczęściej pod kątem potencjalnej współpracy konkretnej rodzącej z personelem medycznym w trakcie porodu siłami natury [7,17].

Wnioski

1. Poród zawsze wzbudzał i będzie wzbudzać u ciężarnych szereg emocji zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, polegających na odczuwaniu strachu, podejrzliwości co do słuszności podejmowanych decyzji bądź braku wiary we własne siły.
2. Mnogość opisanych w literaturze z zakresu tematu tokofobii analiz indywidualnych przypadków kobiet pozwala wysunąć tezę, że schorzenie to przestaje być mitem, a staje się coraz bardziej rozpowszechnionym, rzeczywistym zjawiskiem.
3. Wieloaspektowy charakter tokofobii zmusza cały zespół medyczny, aby otoczyć kobietę ciężarną wraz z jej rodziną profesjonalną opieką holistyczną – zarówno od strony położniczej, jak i psychologicznej.
4. W dobie aktualnej wiedzy medycznej z zakresu położnictwa wydaje się, że absolutną podstawą w walce z tokofobią są psychoprofilaktyka i edukacja przedporodowa prowadzona w ramach przygotowania do porodu w szkołach rodzenia.
5. Istotnym elementem mającym wpływ na zmniejszenie panicznego lęku przed porodem u rodzącej jest możliwość zastosowania środków łagodzących ból porodowy: farmakologicznych i/lub metod alternatywnych w przebiegu porodu siłami natury, z uwagi na komfort psychiczny i fizyczny rodzącej, ich korzystny wpływ na przebieg/postęp porodu i wreszcie na dobrostan nowonarodzonego dziecka.
6. Rodząca, która nie odczuwa bólu, bądź ból jest u niej w znacznym stopniu zniesiony, lepiej współpracuje z personelem medycznym i współdecyduje tym samym o przebiegu porodu.

7. Wybór metod łagodzących/znoszących ból porodowy jest szeroki i kobiety mają możliwość skorzystać z tych najbardziej dla nich dogodnych w zależności ich preferencji, ale także dostępności danej metody w placówce położniczej.

Wszystkie te działania mają na celu zminimalizowanie bądź zniesienie lęku u kobiet przed ciążą i porodem, a tym samym walkę z tokofobią i w efekcie zwiększenie liczby porodów, co znacząco wpłynie na wzrost wskaźników przyrostu naturalnego.

Bibliografia

1. Guszowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2012; 5(3): 154–161.
2. Sołdyńska M, Gierszewska M, Gebuza G, Mieczkowska E. Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych. *Piel Zdr Publ* 2017; 26(1): 69–75.
3. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Tom I. Światowa Organizacja Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2008.
4. Tokofobia [online]. Dostępny na URL: <https://encyklopedia.pwn.pl> [cyt. 7.01.2019].
5. Billert H. Tokofobia – problem multidyscyplinarny. Prace poglądowe położnictwo. *Ginekol Pol* 2007; 78: 807–811.
6. Dembińska A, Wichary E. Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia* 2016; 1: 43–54.
7. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A, Piróg-Balcerzak A, Wichniak A. Elektywne cięcia cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol* 2016; 50(2): 357–373.
8. Formański J. *Psychologia*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 195–202.
9. Janeczek-Romanowska A. Psychologiczne aspekty porodu rodzinnego. *Położna* 2016; 3(62): 34.
10. Kubicka-Kraszyńska U, Otfinowska A, Pietrusiewicz J. *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2006.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018 poz. 1756 [online]. Dostępny na URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> [cyt. 8.01.2019].
12. Zimna T. Nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej. *Med Prakt* 2018; 6(118): 103–109.
13. Smolarek N, Pięt M, Żurawska J, Szpunar R, Pięta B. Alternatywne sposoby łagodzenia bólu porodowego. *Pol Prz Nauk Zdr* 2016; 1(46): 74–80.
14. Łepecka-Klusek C. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 146–156.
15. Pomorski M, Woytoń R, Woytoń P, Kozłowska J, Zimmer M. Cięcia cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie. *Ginekol Pol* 2010; 81: 347–351.

16. Michałowska S, Zalewski M, Heimrath J, Zalewski J. Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006–2010. *Borgis – Nowa Med* 2012; 4: 67–75.
17. Poręba R. i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcie cesarskie. *Ginekol Pol* 2008; 79: 378–384.

Adres do korespondencji:

Joanna Onik, Magdalena Rusin, Aleksandra Materkowska
Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Opieka interdyscyplinarna nad pacjentką z zespołem Turnera

Ewa Tobor¹, Patrycja Rataj²

¹ Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Licencjat położnictwa, absolwentka PMWSZ w Opolu,
studentka I roku studiów II stopnia kierunku położnictwo PMWSZ w Opolu

Wstęp

Zespół Turnera jest jedną z wad genetycznych występujących u kobiet. Nazwa zespołu pochodzi od nazwiska amerykańskiego internisty, Henry'ego Turnera, który jako pierwszy opisał go w 1938 roku u 7 pacjentek, u których wystąpiły takie same objawy chorobowe, jak m.in.: zahamowanie wzrostu, dysgeneza gonad czyli brak wzrastania płciowego z bezpłodnością, a także słabo uwidocznione cechy żeńskie. Symptomy, które opisał w swoim artykule, noszą nazwę stygmaty turnerowskie [1]. Zgodnie ze wskaźnikiem urodzeń, a także występowaniem ZT, szacuje się, że co roku w Polsce rodzi się od 80 do 100 noworodków płci żeńskiej z takim rozpoznaniem [2]. Przeprowadzanie badań prenatalnych pozwala już w tym okresie życia płodowego podejmować decyzję o zakończeniu ciąży lub przygotowaniu się do narodzenia chorego dziecka [3].

Charakterystyka i diagnostyka zespołu Turnera

Zespół Turnera (ZT) charakteryzuje się brakiem jednego chromosomu X, bądź drugi jest uszkodzony. Do pomyłki genetycznej dochodzi podczas powstawania komórek rozrodczych lub w czasie pierwszych podziałów zygoty. Najpoważniejsze zmiany kliniczne pojawiają się przy kariotypie 45,X, zaś łagodniejsze występują przy kariotypie 46,XX [4].

Czynniki ryzyka ZT są słabo poznane, szacuje się, że ok. 99% płodów ulega spontanicznemu poronieniu. Częstym objawem, jaki rozpoznaje się u płodów ok. 13.–14.

tygodnia ciąży dzięki badaniu USG, jest obecność wodniaka szyi [5]. ZT jest coraz częściej diagnozowaną chorobą genetyczną w okresie prenatalnym.

Rozpoznanie ma zasadnicze znaczenie dla odpowiedniego leczenia ZT. Symptomy chorobowe mogą pojawiać się w okresie noworodkowym jako obrzęk limfatyczny stóp i dłoni, problemy kardiologiczne, m.in. zwężenie cieśni aorty. Kolejnym objawem chorobowym, jaki obserwujemy, jest także niski wzrost u dziewczynek:

- pierwsze 3 lata życia mają szczególne znaczenie w związku ze wzrastaniem dziecka,
- diagnozując dziecko pod kątem ZT, należy zwrócić uwagę, czy wiek kostny z metrykalnym jest na równi. Jeżeli jedno z nich odbiega od drugiego, należy wdrożyć dalszą diagnostykę,
- występują nieprawidłowości szkieletu z grubymi beleczkami kostnymi kości długich i wysokimi kręgami, przez co wzrastanie rozwija się bardzo słabo.

Charakterystyka dziewczynki z Zespołem Turnera:

- niski wzrost,
- pierwotny brak miesiączki,
- zanik owłosienia łonowego i pachowego,
- nisko osadzone uszy,
- zmarszczki nakątne,
- wady żuchwy,
- gotyckie podniebienie,
- pletwiasta szyja,
- nisko schodząca linia włosów na karku,
- szeroki rozstaw brodawek sutkowych, deficyt w rozwoju gruczołów sutkowych,
- koślawość kończyn górnych i dolnych,
- dysplazja paznokci,
- liczne znamiona barwnikowe,
- nieprawidłowości małżowiny usznej.

Choroby współistniejące, na które dziewczynki z ZT są szczególnie narażone:

- niewydolność jajników, nierozwinięcie gonad,
- niedoczynność tarczycy,
- celiakia,
- osteoporoza,
- wady nerek,
- nawracające zapalenie ucha środkowego,
- trudności w nauce,
- choroby nowotworowe [5–7].

W okresie dzieciństwa, a także w początkowym okresie młodzieńczym obserwuje się wzrost ciała dziewczynek, a także rozrost gruczołów piersiowych. Pacjentki, którym nie został podany hormon wzrostu, osiągają w Polsce średnio 142 cm.

Okres dojrzewania płciowego w omawianej jednostce chorobowej może wystąpić spontanicznie lub być całkowicie opóźniony, co spowodowane jest niewydolnością jajników, która występuje u około 90% pacjentek. Opisywane są także przypadki, w których 2–5% pacjentek z ZT spontanicznie zachodziło w ciążę [7–9].

W okresie ok. 12. roku życia wprowadza się pobudzenie rozwinięcia drugorzędowych cech płciowych, mianowicie: sromu, łechtaczki, pochwy, macicy, jajników za pomocą rozpoczęcia estrogenoterapii [3,10–12]. Zespół Turnera zwiększa ryzyko powstawania chorób autoimmunologicznych, które doprowadzają do wyniszczenia własnych komórek i tkanek w organizmie. Do tych chorób zaliczamy:

- zaburzenia w obrębie tarczycy,
- celiakia,
- zapalenie jelit,
- cukrzyca,
- otyłość,
- osteoporoza,
- choroby skóry – bielactwo, łysienie plackowate, łuszczyca,
- choroby nowotworowe [3,11,13,14].

Cel badania

Celem badania było omówienie problemów zdrowotnych pacjentki z zespołem Turnera wymagających interdyscyplinarnych działań medycznych, pielęgnacyjnych oraz zabezpieczenia specyficznych potrzeb edukacyjnych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w miejscu zamieszkania pacjentki po wcześniejszym uzyskaniu jej zgody, a także zgody Komisji Bioetycznej PMWSZ w Opolu na przeprowadzenie tego projektu. Czas trwania badania był podzielony na etapy i łącznie obejmował okres od października 2017 do kwietnia 2018 roku. W tym czasie przeprowadzono rozmowę z pacjentką oraz zapoznano się z prywatną dokumentacją medyczną będącą w posiadaniu chorej młodej kobiety.

W toku badania wykorzystano metodę analizy dokumentacji, przeprowadzono wywiad, posłużono się obserwacją jako metodą badawczą, jak również przeprowadzono niezbędne do postawienia diagnozy położniczej i pielęgnarskiej pomiary.

Wyniki badania jako opis przypadku

Pacjentka K.M., urodzona 7.09.1995 roku, panna, bez nałogów, zamieszkuje małe miasteczko w województwie opolskim wraz z rodzicami i dziadkami. Warunki mieszkaniowe i bytowe określane są jako dobre.

W poprzednich latach ukończyła technikum wraz z maturą, aktualnie studiuje kierunek medyczny. Jest to osoba bardzo sympatyczna, z łatwością komunikuje się między ludźmi, wyróżnia się wśród rówieśników pracowitością, sumiennością i szacunkiem dla innych. Pracuje jako opiekunka do dzieci, które darzy szczególną troską i miłością.

Od urodzenia „towarzyszy” jej choroba genetyczna, którą jest zespół Turnera. Występują również choroby współistniejące charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej, tj.: niedoczynność tarczycy, celiakia, łuszczyca, otyłość, częste zapalenia ucha środkowego.

W okresie noworodkowym, a także w późniejszych okresach życia, pacjentka często miewała skłonności do zapalenia ucha środkowego. W leczeniu tej dolegliwości były stosowane krople do uszu – Otinum 10 g, według zlecenia lekarskiego, a także stosowanie leków przeciwbólowych, płukanek z soli fizjologicznej. Po stosowaniu ww. leczenia dolegliwości bóle i stany zapalne mijały.

Od najmłodszych lat pacjentka borykała się z problemami dotyczącymi układu pokarmowego. Doskwierały jej m.in.: bóle brzucha, wzdęcia, biegunki. Rodzice byli zaniepokojeni stanem zdrowia dziecka, skonsultowali się z lekarzem specjalistą, po czym wykonali badania w kierunku celiakii. Postawiona diagnoza potwierdziła się, pacjentka w szybkim czasie przeszła na dietę bezglutenową, na której objawy ustały.

Objawy choroby zespołu Turnera zaobserwowali rodzice wraz z lekarzami w okresie dojrzewania pacjentki ok. 12.–13. roku życia. Oznaki zaburzeń w wieku dojrzewania objawiły się brakiem wystąpienia miesiączki, opóźnieniem rozwoju gruczołów piersiowych, niskim wzrostem, a także zahamowaniem pojawienia się pubarche i telarche.

Podjęto badania diagnostyczne w kierunku zaburzenia dojrzewania, wykonano podstawowe badania krwi, USG narządów rodnych, rezonans magnetyczny miednicy mniejszej, a także badanie cytogenetyczne – kariotyp. Po wykonaniu szeregu badań medycznych stwierdzono chorobę genetyczną – zespół Turnera. Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentką zostały uzyskane informacje na temat pierwszego krwawienia miesiączkowego, które wystąpiło w wieku ok. 18. roku życia, ale tylko dzięki stosowaniu zastępczej terapii. Rozpoczęto jak najszybsze leczenie hormonem wzrostu, aby poprawić zbliżony do normy poziom wzrostu. Hormon wzrostu Omnitrope był podawany badanej raz dziennie wieczorem, poprzez iniekcje podskórnie przy użyciu pena, w ten sposób pacjentka mogła sama wykonywać podaż hormonu wzrostu, po uprzednim instruktażu. Wdrożone leczenie GH trwało 2 lata, następnie nastąpiła 3-letnia przerwa. Po niej zastosowano terapię estrogenową, w formie tabletki drogą doustną, przyjmowaną raz dziennie przez 11 miesięcy. Dawka estrogenów była stopniowo zwiększana.

W dalszym leczeniu zastosowano antykoncepcję hormonalną, na początku raz dziennie w formie tabletek drogą doustną. Aktualnie stosowana jest przezskórna

hormonalna terapia zastępcza w formie plastrów, przyjmowana raz w tygodniu przez okres 3 tygodni, po czym następuje 7-dniowa przerwa.

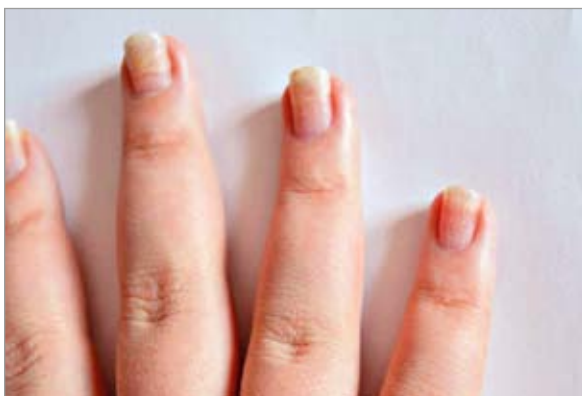
W późniejszym wieku, ok. 18.–19. roku życia, po kontroli endokrynologicznej i wykonaniu badań TSH i FT4 okazało się, że pacjentka cierpi na niedoczynność tarczycy. Z uwagi na rozpoznanie podjęto leczenie przy użyciu tabletek doustnych Euthyrox N50, przyjmowanych raz dziennie. Badania kontrolne tarczycy wykonywane są co roku.

Z powodu otyłości pacjentka poddała się rygorystycznej diecie pod kontrolą dietetyka, wdrożeniu aktywności fizycznej – bieganie, pływanie. Niestety pacjentka po tygodniowym stosowaniu diety nie pojawiała się na kolejnych konsultacjach dietetycznych, po czym zrezygnowała z terapii.

Po przeprowadzeniu rozmowy z pacjentką odnośnie do profilaktyki raka szyjki macicy oraz gruczołów piersiowych i odpowiedzi na jej pytania kobieta zdecydowała się po raz pierwszy na wizytę ginekologiczną dnia 22.11.2017 roku. Podczas wizyty lekarz przeprowadził wywiad, zapoznał się z jej jednostką chorobową, a także wyjaśnił, na czym będzie polegało USG miednicy mniejszej. Z powodu nowych doświadczeń i strachu pacjentki, po rozmowie z lekarzem oboje doszli do wniosku, że badanie USG zostanie przeprowadzone podczas następnego wizycie ginekologicznej.

Przez ostatnie 18 miesięcy kobieta borykała się z problemami skórnymi. Po przeprowadzeniu rozmowy udała się na konsultację specjalistyczną z lekarzem dermatologiem. Poprzez wnikliwą obserwację lekarz dermatolog stwierdził zaostrome zmiany łuszczykowe w obrębie: głowy, szyi, przedramienia, brzucha oraz ud (ryc. 1–3).

Pacjentce zostały zlecone maści i kremy sterydowe Ad-



Rycina 1. Zmiany łuszczykowe w obrębie paznokci rąk (źródło: własne – za zgodą pacjentki)



Rycina 2. Zmiany łuszczykowe głowy (źródło: własne – za zgodą pacjentki)



Rycina 3. Zmiany łuszczykowe przedramienia (źródło: własne – za zgodą pacjentki)

vantan 1 mg/g krem i maść, Clotrimazolom GSK 10 mg/g krem, Daivobet 50 µg/g + 0,5 mg/g żel. Pacjentka nie stosuje regularnie maści i kremów leczniczych, gdyż jest to dla niej utrudnienie, koliduje z pracą i uczęszczaniem na zajęcia.

Stan psychiczny pacjentki oceniany jest jako dobry, nie rozpoznano żadnych zaburzeń psychicznych. Z wcześniej przeprowadzonej rozmowy wnioskuje się, że pacjentka jest zaniepokojona przyszłością, gdyż przyznała się, że w niedługim czasie planowała zająć w ciąży, lecz z powodu jej choroby genetycznej jest to niemożliwe.

Dyskusja

U opisywanej pacjentki choroba została rozpoznana dość późno, dopiero w wieku ok. 13–14 lat. Objawiła się ona niskim wzrostem, brakiem miesiączkowania. Symptomy te skłoniły rodziców pacjentki do konsultacji lekarskiej, a także wykonania wielu badań diagnostycznych mogących określić problem, z jakim boryka się ich córka. Aby móc zdiagnozować ZT, według literatury medycznej należy wykonać: podstawowe badania krwi, USG narządów rodnych, rezonans magnetyczny miednicy mniejszej, a także badanie cytogenetyczne – kariotyp [3]. Według doniesień naukowych do chorób współistniejących w ZT zaliczamy: niedoczynność tarczycy, która może przerodzić się w chorobę Hashimoto, celiakię, cukrzycę, otyłość, osteoporozę, choroby skóry – bielactwo, łysienie plackowate, łuszczycę, choroby nowotworowe [15]. Te problemy zdrowotne w znaczny sposób obniżają poczucie jakości życia młodej kobiety, która, jak wynika z przeprowadzonego badania, nie do końca miała świadomość nieodwracalnych zmian fizycznych, hormonalnych i genetycznych, które zaszły w jej organizmie.

W oparciu o analizy medyczne, dysgenезja gonad jest charakterystycznym objawem ZT i polega na nieprawidłowym rozwoju narządu rodneego, który sam nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować [16–19]. Aby poprawić jego funkcjonowanie, należy wdrożyć na początku terapię estrogenową jednoskładnikową w postaci tabletek, drogą doustną. W dalszej kolejności należy stopniowo podwyższać dawkę estrogenów. W późniejszym czasie, gdy pacjentka osiąga 18. rok życia, wprowadza się HTZ, która może być w różnych formach, przeważnie jest dostosowywana do potrzeb pacjentki [2].

Ogromne znaczenie w leczeniu niskiego wzrostu u chorych na ZT ma wprowadzenie terapii hormonem wzrostu – stosowanie rhGH, które poprzez wyrównywanie poziomu wzrostu wpływa także na poprawę wielu zaburzeń metabolicznych [20]. W wyniku 2-letniego, codziennego przyjmowania hormonu wzrostu w wieku pomiędzy 13. a 15. rokiem życia pacjentka osiągnęła wzrost 156 cm.

Niedoczynność tarczycy to choroba współistniejąca w ZT, którą wykrywa się na podstawie przeprowadzenia badania krwi i oznaczenia TSH i FT4 [13].

Leczenie, jakie zostało wdrożone u pacjentki, to przyjmowanie leku Euthyrox N50 raz dziennie, rano na czczo – 30 minut przed posiłkiem. Raz w roku zostają przeprowadzane badania kontrolne tarczycy.

U opisywanej pacjentki współwystępująca celiakia objawiała się bólami brzucha, wzdęciami, a także biegunkami. Wprowadzone leczenie bazowało głównie na diecie bezglutenowej.

Według badań Robak-Konta K. oporność na insulinę i występowanie cukrzycy typu II występuje częściej u chorych na ZT niż u zdrowej populacji. Na powstanie cukrzycy składa się kilka czynników, tj. zła dieta, siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, zażywanie leków oraz spożywanie dużej ilości cukru [21].

Pacjentka nie choruje na cukrzycę, lecz zna zasady profilaktyczne, jak chronić się przed nią; regularnie uczęszcza na wizyty lekarskie, dba o zbilansowaną dietę, uprawia aktywność fizyczną, a także co rok, o ile wynik jest prawidłowy, poddaje się badaniom na test OGTT z oznaczeniem stężeń glukozy i insuliny przed obciążeniem glukozą i po nim. Pacjentka co jakiś czas we własnym zakresie kontroluje poziom cukru we krwi, ostatni wynik na czczo wynosił 83 mg/dl.

Według wielu publikacji otyłość ma duży wpływ na problemy zdrowotne pacjentek, które mogą prowadzić do powstania chorób związanych z układem krążenia – miażdżycą, a także do cukrzycy [13]. W przypadku opisywanej pacjentki, która przez wiele lat borykała się z otyłością, jej BMI wynosiło 32,87. Na początku była bardzo niechętna do współpracy z dietetykiem i podjęciu odpowiedniej diety, lecz gdy jej stan zdrowotny pogorszył się w ciągu kilku ostatnich miesięcy, po rozmowie i odpowiednim nastawieniu się, a także mobilizacji pacjentka ponownie podjęła walkę z otyłością. W wyniku dużej determinacji osiągnęła cel – jej aktualna waga wynosi 62 kg, a BMI – 25,48.

Według literatury kobiety chore na ZT mają większą skłonność do zachorowania na choroby skóry niż kobiety zdrowe. Do tych chorób zaliczamy: łuszczyce, łysienie plackowate, bielactwo [16].

W toku badania pacjentka skorzystała z szerokiej, profesjonalnie przeprowadzonej edukacji zdrowotnej umożliwiającej jej uzupełnienie deficytów wiedzy w zakresie zdrowia ogólnoustrojowego i ginekologicznego. Ten ostatni obszar był szczególnie istotny do przedyskutowania z młodą kobietą celem przedstawienia działań profilaktycznych zdrowia kobiet (badania cytologiczne, samobadanie piersi – jego nauka). Badana prezentowała częściowo postawę wypierającą, która po nawiązaniu kontaktu i pozyskaniu zaufania zmieniła się w przyjaźnie poprowadzoną rozmowę ukierunkowaną prozdrowotnie w interdyscyplinarnym zakresie. Pozytywne nastawienie pacjentki odgrywa ważną rolę w procesie akceptacji i leczenia choroby. Dzięki pozytywnemu myśleniu kobieta jest w stanie poradzić sobie ze wszystkimi przeciwnościami tej jednostki chorobowej.

Systemowym rozwiązaniem poprawiającym wczesną edukację w zakresie zdrowia kobiet byłoby stworzenie standardu współpracy lekarza pediatry z położną podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie w ramach stawki kapitałowej jest zabezpieczony obszar prowadzenia edukacji zdrowotnej kobiety od najmłodszych lat życia. W okresie życia dorosłego kobieta z ZT, jak każdy pacjent, zmienia zakres opieki medycz-

nej z pediatricznej na opiekę interdyscyplinarną składającą się z wielu specjalistów. Są to: lekarz poz, endokrynolog, ginekolog, kardiolog, otolaryngolog i psycholog.

Prezentowana sytuacja kobiety pokazuje złożoność problemów zdrowotnych, z którymi na co dzień boryka się ona na starcie już dorosłego życia, i obrazuje, jak brak ciągłości i interdyscyplinarności podejmowanych działań wpływa na tworzenie się rozczarowania w obrębie obszaru związanego z planami prokreacyjnymi.

Wnioski

- Kobiety z zespołem Turnera wymagają szerokiej diagnostyki i zintegrowanej wielospecjalistycznej opieki.
- Udział położnej w opiece nad pacjentką z zespołem Turnera odgrywa szczególną rolę edukacyjną. Poprzez sprawowanie wysoce wyspecjalizowanej i kompleksowej opieki nad kobietą, położna jest w stanie szybko rozpoznać potrzeby biopsychospołeczne pacjentki, które wymagają zaspokojenia. Ważnym elementem w interdyscyplinarnej opiece nad kobietą z ZT są rozmowy edukacyjne dostosowane do potrzeb pacjentki.
- W przypadku rozpoznania zespołu Turnera, w zależności od wieku pacjentki, należy wdrożyć odpowiednią diagnostykę, leczenie oraz postępowanie medyczne i pielęgnacyjne, które jest niezbędne w utrzymaniu najlepszej w subiektywnej ocenie pacjentki jakości życia.

Bibliografia

1. Jeż W. *Zespół Turnera*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2010: 160.
2. Warenik-Szymankiewicz A, Słopeń R. Zaburzenia różnicowania płci. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 2010: 693.
3. Gawlik A, Antosz A, Wilk K, Małecka-Tendera E. Opieka medyczna w zespole Turnera – z praktycznego punktu widzenia. *Pediatr Edocrinol* 2013; 12(3): 55–69.
4. Lecka-Ambroziak, Wątrobińska U, Rudzka-Kocjan A, Szarras-Czapnik M, Szalecki M. Zespół Turnera – obraz kliniczny oraz możliwości leczenia ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu. *Stander Medical Pediatric* 2012; 9(2): 227–232.
5. Strobel S, Marks DS, Smith KP, El Habbal HM, Spitz L. *Choroby wieku dziecięcego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 370–371.
6. Frelich A. *Wybrane cechy kliniczne w obrębie głowy i szyi u kobiet z zespołem Turnera z kariotypem 45,X/46,XY* (praca doktorska). Śląski Uniwersytet Medyczny; 2015.
7. Loscalzo LM. Zespół Turnera. *Pediatr Dypl* 2010; 2(14): 55–63.
8. Kędzia A. Wybrane przyczyny niskorosłości u dzieci i młodzieży. *Klin Pediatr* 2009; 17(2): 211–216.
9. Pniewska-Siark B, Bobeff I. Zaburzenia dojrzewania płciowego – problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Klin Pediatr* 2008; 16(5): 5088–5098.

10. Majcher A, Witkowska-Sędek E, Bielecka-Jasiocha J, Pyrżak B. Przyczyny niedoboru wysokości ciała dzieci w wysokość ciała rodziców. *Med Wieku Rozw* 2012; 16(2): 89–95.
11. Zawiejska A, Ożegowska K, Wender-Ożegowska E. Choroby endokrynologiczne utrudniające zajście w ciążę. *Ginekol Dypl* 2016; 18(4): 48, 50–60.
12. Milde K, Tomaszewski P, Majcher A, Pyrżak B, Stupnicki R. Proporcje ciała dziewcząt z niedoborem wzrostu i dziewcząt zdrowych w okresie pokwitania. *Pediatr Edocrinol* 2011; 17(4): 195–200.
13. Gardziejczyk M, Urban M. Zespół Turnera a zaburzenia metaboliczne. *Klin Pediatr* 2008; 16(4): 455–458.
14. Gawlik A, Sołtysik K, Berdej-Szczot E. Profil chorób autoimmunologicznych u pacjentów z zespołem Turnera. *Pediatr Edocrinol* 2013; 2(43): 57–65.
15. Januszek-Trzciakowska A, Małecka-Tendera E. Postępy w endokrynologii wieku rozwojowego w 2009 roku. *Med Prakt Pediatr* 2010; 4: 32–35 [online]. Dostępny na URL: <http://www.mp.pl/artykuly/53185,postepy-w-endokrynologii-wieku-rozwojowego-w-2009-roku> [cyt. 20.01.2018].
16. Pawelczyk L. Cykl miesięczkowy. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 2015: 28.
17. Podfigurna-Stopa A. Hipogandyzm hipogonadotropowy. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 2015: 118.
18. Męczekalski B. Diagnostyka prenatalna. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 2015: 489.
19. Sieroszewski P, Baś-Budecka E, Kempiak J. Biochemiczna ocena rozwoju ciąży. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 2015: 555.
20. Lecka-Ambroziak A, Walczak M, Szalecki M. Leczenie ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu dzieci niskorosłych w ramach programów lekowych NFZ. *Pediatr Dypl* 2012; 16(5): 26–32.
21. Robak-Konta K. *Ocena gospodarki węglowodanowej u dzieci i młodzieży leczonych hormonem wzrostu* (praca doktorska). Bydgoszcz: Wydział Lekarski, Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. L. Rydygiera, 2009(2): 110–111.
22. Braun-Falco O, Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Braun-Falco. *Dermatologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2010: 956–957.

Adres do korespondencji:

Ewa Tobor
Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo
PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 663 081 964

Komórki mezenchymalne pozyskiwane z galarety Whartona – złoty graal medycyny regeneracyjnej

Cecylia Jendyk

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Galareta Whartona pochodzi z mezodermy pozazarodkowej, obfituje ona w duże ilości kwasu hialuronowego, który tworzy postać uwodnionego żelu wokół fibroblastów i włókien kolagenowych. Komórki macierzyste o mezenchymalnym charakterze zawarte w galarecie Whartona są zdolne do samoodnowy i w odpowiednich warunkach mogą różnicować się w tkankę chrzęstną, kostną, tłuszczową, mięśniową i nerwową. Są dobrze tolerowane przez system immunologiczny [1]. Obecnie prowadzone są badania przedkliniczne na modelach zwierzęcych związane z chorobami neurodegeneracyjnymi, rakiem czy chorobami serca, które sugerują znaczący potencjał terapeutyczny tych komórek [2]. Komórki mezenchymalne pozyskiwane z galarety Whartona nie stwarzają etycznych i technicznych problemów. Świat medyczny od dawna poszukuje nowych możliwości w zakresie regeneracji organizmu ludzkiego. Obecnie znacząco wydłuża się czas życia ludzi na świecie i celem nadrzędnym naukowców i medyków staje się utrzymanie jak najdłużej ludzi w jak najlepszej formie.

Medycyna regeneracyjna to stosunkowo młoda, a jednocześnie najszybciej rozwijająca się gałąź medycyny.

Podstawę medycyny regeneracyjnej stanowi zespół czynników, w tym poprawa trybu życia, higieny oraz eliminacja czynników mogących działać destrukcyjnie na poszczególne tkanki i narządy organizmu ludzkiego [3].

Źródła pozyskiwania komórek mezenchymalnych

Komórki mezenchymalne podzielić można na te pochodzące z dojrzałych, w pełni ukształtowanych tkanek dorosłego człowieka oraz na zlokalizowane w tkankach

związanych z porodem. Komórki mezenchymalne pochodzące z ukształtowanych tkanek dorosłego człowieka zlokalizowane są głównie w szpiku kostnym, tkance tłuszczowej i krwi obwodowej. W zdecydowanie mniejszej ilości znajdują się ona między innymi w gałce ocznej, płucach czy miazdze zębowej.

Komórki macierzyste mezenchymalne pochodzenia płodowego pozyskujemy z krwi pępowinowej, łożyska, owodni, kosmówki i płynu owodniowego.

Ostatnie badania pokazały, że doskonałej jakości komórki mezenchymalne pozyskać możemy z galarety Whartona. Komórki wyizolowane z tej tkanki wykazują wyższy poziom zdolności namnażania przy zachowaniu optymalnej żywotności w porównaniu do komórek mezenchymalnych pochodzących z tkanek dorosłego organizmu [4].

Charakterystyka i właściwości mezenchymalnych komórek macierzystych

Mezenchymalne komórki macierzyste (MSCs) to tkanki „dorosłych” komórek macierzystych, są multipotencjalne. Różnicują się w szereg wyspecjalizowanych komórek w naszym ciele.

MSCs tworzą różne wyspecjalizowane komórki, które można odnaleźć w tkankach szkieletowych. Mogą się różnicować lub specjalizować w komórki chrząstki (chondrocyty), komórki kości (osteoblasty) oraz komórki tłuszczowe (adipocyty). Każda z tych wyspecjalizowanych komórek posiada swój charakterystyczny kształt, strukturę oraz funkcję i należy do poszczególnych typów tkanek.

Badania naukowe wskazywały, że MSCs mogą różnicować się w wiele innych typów komórek, takich jak komórki nerwowe, komórki mięśnia sercowego, komórki wątroby oraz komórki śródbłonna (endotelialne). Mezenchymalne komórki macierzyste pochodzenia ludzkiego posiadają wyjątkowe właściwości, dzięki którym wykorzystywane są na całym świecie jako eksperymentalny materiał terapeutyczny [5]. Komórki te mają potwierdzone naukowo właściwości:

- Samoodnawiania (prolifracji) – zdolności do prowadzenia nieograniczonej liczby podziałów komórkowych w obrębie danej populacji komórek macierzystych.
- Różnicowania (dyferencjacji) – możliwość przekształcania się w inne struktury komórkowe, często w pełni funkcjonalne. Mezenchymalne komórki macierzyste mogą różnicować się (przekształcać) między innymi w komórki kości, chrząstki, tłuszczu, mięśni szkieletowych, mięśnia sercowego oraz nerwowe.
- Immunosupresyjne/immunomodulacyjne – polegające na zmodyfikowaniu odpowiedzi immunologicznej, aktywowanej przez organizm na przykład w odpowiedzi na umieszczenie obcego organu poprzez jego przeszczepienie (transplantację). Mezenchymalne komórki macierzyste hamują lub zmieniają działania komórek immunologicznych uczestniczących w reakcji odpowiedzi na przeprowadzone przeszczepienie, zapobiegając odrzuceniu przeszczepu.

- Przeciwwstarzeniowe (antyapoptotyczne) – komórki zdolne do „uratowania” przed śmiercią zdrowych komórek, uszkodzonych wskutek szkodliwego działania promieniowania, niedotlenienia, związków chemicznych lub uszkodzenia mechanicznego.
- Angiogeniczne (neowaskularyzacyjne) – pozwalające na wydzielanie związków chemicznych pobudzających tworzenie nowych naczyń krwionośnych. Ma to szczególne znaczenie podczas procesu gojenia ran, a także w odbudowie zniszczonych tkanek.
- Antymikrobiologiczne (antybakteryjne, antypasożytnicze) – wydzielające te same, bądź bardzo podobne związki co komórki układu immunologicznego podczas zwalczania patogenów obecnych w organizmie. Mezenchymalne komórki macierzyste wydzielają związki wspomagające reakcję immunologiczną skierowaną przeciwko bakteriom oraz pasożytom.
- Przeciwzapalne – hamujące procesy zapalne poprzez wydzielanie odpowiednich czynników przeciwzapalnych, blokują w ten sposób aktywność komórek układu immunologicznego, spowalniając rozwój stanu zapalnego.
- Naprawcze – umożliwiające przemieszczanie się i znalezienie miejsca uszkodzenia, a następnie promowanie aktywacji procesów naprawczych oraz zwiększenie ich wydajności [6].

Terapeutyczne zastosowanie mezenchymalnych komórek macierzystych

Rozwój medycyny regeneracyjnej na przestrzeni ostatnich lat daje ludziom nadzieję na lepsze funkcjonowanie niezależnie od wieku. Dużym zainteresowaniem świata naukowego i medycznego cieszy się terapia komórkowa. Mezenchymalne komórki macierzyste pochodzące z galarety Whartona, ze względu na swoje właściwości oraz łatwość pozyskiwania, są obecnie najczęściej badanym i wykorzystywanym w medycynie regeneracyjnej materiałem. Jednym z możliwych ich zastosowań jest również wspomaganie leczenia stwardnienia zanikowego bocznego [7].

Zdolność MSCs do różnicowania się w komórki kości zwane osteoblastami zainicjowała wczesne badania kliniczne mające na celu sprawdzenie bezpieczeństwa potencjalnych metod służących do naprawy kości, a także odkrycie możliwych sposobów leczenia zlokalizowanych defektów kostnych [7,8].

Inne badania koncentrują się na użyciu MSCs do naprawy chrząstki, która pokrywa zakończenia kości i redukuje tarcie pomiędzy kośćmi w stawie. Najlepszą obecnie dostępną terapią na ciężkie uszkodzenia chrząstki są operacje zastępujące zniszczony staw sztucznym. Mezenchymalne komórki macierzyste mogą różnicować się w komórki chrząstki zwane chondrocytami, naukowcy mają nadzieję, że MSCs mogą być wstrzyknięte pacjentowi w celu naprawy chrząstki w stawie. Naukowcy także badają, czy wszczepione MSC mogą wydelać substancje, które dałyby sygnał komórkom pacjenta do naprawy uszkodzeń. Terapie te mają jednak

swoje ograniczenia, na przykład podczas transplantacji MSCs większość z nich jest gwałtownie usuwana z organizmu. Obecnie prowadzone są badania nad nowymi technikami transplantacji komórek, takimi jak trójwymiarowe struktury lub rusztowania, które częściowo naśladują otoczenie panujące w danej części ciała, do której komórki mają być wszczepione. Rusztowania te utrzymują komórki i zachęcają je do różnicowania w pożądane typy komórek [8,9].

Badania na myszach sugerują, że MSCs mogą ułatwiać formowanie się nowych naczyń krwionośnych w procesie zwanym neowaskularyzacją. Same MSCs nie tworzą nowych komórek naczyń krwionośnych, ale pomagają w tym procesie na wiele sposobów. Na przykład mogą wydzielać białka, które stymulują inne komórki zwane prekursorami endotelium, które tworzą wewnętrzną warstwę naczyń krwionośnych. Mogą one również „nadzorować” tworzenie się nowych naczyń krwionośnych z istniejących już komórek endotelialnych (tych, które spłaszczają naczynie krwionośne). Wiele wczesnych badań klinicznych z użyciem MSCs u pacjentów jest obecnie w toku, ale nie jest jeszcze pewne, czy te metody będą skuteczne [9].

Badania pokazują, że MSCs mogą unikać wykrycia przez system immunologiczny i mogą być przeszczepiane z jednego pacjenta do drugiego bez ryzyka odrzutu przez organizm biorcy. Jednak opinie te nie zostały do końca potwierdzone przez inne badania. MSCs są odrzucane, tak jak każdy inny „nieswoisty” typ komórek. Możliwe jest również, że MSCs mogą spowalniać powielanie się komórek układu odpornościowego w organizmie, zmniejszając tym samym zapalenie, co pomaga przy leczeniu odrzutów lub chorób autoimmunologicznych [10,11]. Skuteczne wykorzystanie mezenchymalnych komórek macierzystych w hematologii, onkologii oraz w transplantologii komórek zostało już opisane m.in. w:

- profilaktyce choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD),
- leczeniu ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD),
- leczeniu przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),
- odbudowie autologicznego układu krwiotwórczego,
- odbudowie układu krwiotwórczego biorcy za pomocą allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych,
- leczeniu toksyczności spowodowanej przez chemioterapię oraz radioterapię [12,13].

Podsumowanie

Badania nad mezenchymalnymi komórkami macierzystymi są skomplikowane, ale też bardzo zaawansowane. Ukierunkowane są na regenerację kości oraz chrząstek, np. przy urazach łąkotki kolana czy długotrwałej choroby zwyrodnieniowej stawów.

Doniesienia naukowe sugerują, że komórki MSCs mają wpływ na tworzenie się nowych komórek krwi w uszkodzonych tkankach. Naukowcy badają również, jakie

możliwości niesie ze sobą wykorzystanie komórek MSCs w zakresie redukcji stanów zapalnych, zmniejszeniu postępowania chorób autoimmunologicznych i zapobieganiu odrzuceniom przeszczepów.

Bibliografia

1. De Lima M, Robinson S, McMannis J, et al. Mesenchymal stem cell (msc) based cord blood (CB) expansion (EXP) leads to rapid engraftment platelets and neutrophils. *ASH Ann Meeting Abstracts* 2010; 116: 362.
2. Pimentel-Coelho PM, Rosado-de-Castro PH, da Fonseca LM, Mendez-Otero R. Umbilical cord blood mononuclear cell transplantation for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Pediatr Res* 2012 Feb; 71(4 Pt 2): 464–473.
3. Harris DT, Badowski M, Ahmad N, Gaballa MA. The potential of cord blood stem cells for use in regenerative medicine. *Expert Opin Biol Ther* 2007 Jan; 7(9): 1311–1322.
4. Rosenkranz K, Kumbruch S, Tenbusch M, Marcus K, Marschner K, Dermietzel R, et al. Transplantation of human umbilical cord blood cells mediated beneficial effects on apoptosis, angiogenesis and neuronal survival after hypoxic-ischemic brain injury in rats. *Cell Tissue Res* 2012 Apr; 348(3): 429–438.
5. Pimentel-Coelho PM, Rosado-de-Castro PH, da Fonseca LM, Mendez-Otero R. Umbilical cord blood mononuclear cell transplantation for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Pediatr Res* 2012 Feb; 71(4 Pt 2): 464–473.
6. Mezenchymalne komórki macierzyste: „inne” komórki macierzyste szpiku kostnego [online]. Dostępny na URL: <https://www.eurostemcell.org/pl/mezenchymalne-komorki-macierzyste-inne-komorki-macierzyste-szpiku-kostnego> [cyt. 1.02.2019].
7. Rosenkranz K, Kumbruch S, Tenbusch M, Marcus K, Marschner K, Dermietzel R, et al. Transplantation of human umbilical cord blood cells mediated beneficial effects on apoptosis, angiogenesis and neuronal survival after hypoxic-ischemic brain injury in rats. *Cell Tissue Res* 2012 Apr; 348(3): 429–438.
8. Mezenchymalne komórki macierzyste [online]. Dostępny na URL: <https://www.itkmed.pl/komorki-macierzyste/mezenchymalne-komorki-macierzyste> [cyt. 1.02.2019].
9. Styczynski J, Cheung YK, Garvin J, et al. Outcomes of unrelated cord blood transplantation in pediatric recipients. *Bone Marrow Transplant* 2004; 34: 129–136.
10. Gluckman E. Milestones in umbilical cord blood transplantation. *Blood Rev* 2011; 25: 255–259.
11. Gratwohl A, Baldomero H, Gratwohl M, Aljurf MD, Bouzas LF, Horowitz M, et al. Quantitative And Qualitative Differences In Use And Trends Of Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Global Observational Study. *Haematologica* 2013 Aug; 98(8): 1282–1290.
12. Baldomero H, Gratwohl M, Gratwohl A, et al. The EBMT activity survey 2009: Trends over the past 5 years. *Bone Marrow Transplant* 2011; 46: 485–501.

13. Styczyński J, Kałwak K, Ussowicz M, et al. Przeszczepianie krwi pępowinowej w polskich ośrodkach pediatrycznych: raport Polskiej Pediatrycznej Grupy ds. Transplantacji Komórek Krwiotwórczych. *Acta Haematol Pol* 2012; 43(3): 265–270.

Adres do korespondencji:

Cecylia Jendyk
Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 515 236 605
e-mail: cecyliajendyk@op.pl

Specyfika żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie w szpitalu oraz po wypisie do domu

Alina Kowalczykiewicz-Kuta^{1,2}

¹ Instytut Medycyny, Klinika Pediatrii, Uniwersytet Opolski

² Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

Noworodki urodzone przedwcześnie

Noworodki urodzone przedwcześnie są bardzo niejednorodną grupą – definiuje się je jako dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży – dokładnie powinno być w dokumentacji dziecka odnotowane urodzenie, z którego tygodnia i dnia ciąży (od 22 0/7 do 36 6/7 tygodnia ciąży). Terminologia dotycząca podziałów ze względu na masę ciała i wiek płodowy jest dokładnie w neonatologii zdefiniowana. Wykorzystana jest również w aspekcie możliwości i poprawności w żywieniu takiego dziecka.

Według urodzeniowej masy ciała wyróżnia się następujące grupy noworodków:

1. z masą ciała poniżej 2500 g – z małą urodzeniową masą ciała (ang. *low birth weight*, LBW);
2. z masą ciała poniżej 1500 g – z bardzo małą urodzeniową masą ciała (ang. *very low birth weight*, VLBW);
3. z masą ciała poniżej 1000 g – z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (ang. *extremely low birth weight*, ELBW).

Zaburzenia wzrastania wewnątrzmacicznego (ang. *intrauterine growth retardation*, IUGR) są jedną z przyczyn urodzenia przedwcześnie dziecka, którego masa ciała lub długość ciała są poniżej 10 centyla (2 odchylen standardowych) średniej dla danego wieku ciążowego. Dlatego powinno się po urodzeniu zakwalifikować wcześniaka do jednej z grup:

1. urodzony z masą ciała za małą do wieku ciążowego (ang. *small for gestational age*, SGA);
2. urodzony z masą ciała adekwatną do wieku ciążowego (ang. *appropriate for gestational age*, AGA).

Natomiast do oceny rozwoju wcześniaków wykorzystuje się tzw. wiek skorygowany. Wylicza się ten parametr w ten sposób, że od wieku urodzenia odejmuje się

czas, jaki pozostał do wyznaczonego terminu porodu (40. tydzień ciąży); np. gdy dziecko ma 4 miesiące, a urodziło się 4 tygodnie przed terminem (36. tydzień ciąży) to jego wiek korygowany wynosi 3 miesiące. Pojęciem tym należy posługiwać się do 18. miesiąca życia, a nawet do 3. roku życia.

Według szacunku Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation*, WHO) każdego dnia rodzi się przedwcześnie około 41 tysięcy dzieci, co stanowi rocznie około 13 milionów wcześniaków [1]. Oczywiście w różnych krajach odsetek dzieci urodzonych przedwcześnie jest różny – od 2 do 12%. Od wielu lat w Europie średni odsetek dzieci urodzonych przedwcześnie utrzymuje się na stałym poziomie i wynosi około 6% wszystkich żywo urodzonych dzieci.

Zasady i znaczenie prawidłowego żywienia dla noworodków urodzonych przedwcześnie

Fundamentalne znaczenie dla noworodka urodzonego przedwcześnie ma jak najwcześniejszy rozwój układu pokarmowego. Ważne jest, aby taki noworodek, a potem niemowlę mogło w prawidłowy sposób pozyskać energię oraz wszystkie niezbędne składniki, które pozwolą na jego wzrastanie pourodzeniowe. Przystępując do planowania żywienia wcześniaka, należy rozstrzygnąć następujące problemy: jaki rodzaj żywienia wybrać (pozajelitowe/dojelitowe), jaki rodzaj pokarmu zastosować, jaką wybrać drogę podania oraz jaki powinien być schemat karmienia w czasie hospitalizacji i po wypisie do domu.

W pierwszych dniach po urodzeniu chore, niedojrzałe wcześniaki są całkowicie zależne od **żywienia pozajelitowego (parenteralne)**. Jest ono stosowane w postaci „mieszanin do żywienia pozajelitowego” i zawiera składniki odżywcze w ilości pokrywającej przeciętne zapotrzebowanie od pierwszych godzin życia wcześniaka. Aktualnie uważa się, że żywienie pozajelitowe w grupie noworodków urodzonych przedwcześnie należy rozpocząć w ciągu pierwszych 2 godzin po urodzeniu i kontynuować do czasu pokrycia co najmniej 75% zapotrzebowania na białko i energię pokarmu podawanego drogą przewodu pokarmowego [2]. Żywienie pozajelitowe można całkowicie zakończyć, jeżeli noworodek toleruje powyżej 100–120 ml/kg/dobę z żywienia dojelitowego [3]. Żywienie pozajelitowe dla wcześniaków ma swoje medyczne zalety, ale również stosowane zbyt długo, bez lub z opóźnieniem wprowadzenia żywienia dojelitowego, niesie za sobą groźne dla życia powikłania. Dlatego należy jak najszybciej rozpocząć **karmienie dojelitowe (enteralne)**. W żywieniu tym dla wcześniaka ważne są dwa elementy – zapewnienie pod względem ilościowym i jakościowym zapotrzebowania w pokarm, jak i wybór techniki podaży pokarmu. Dodatkowo na złożoność zagadnienia żywienia wcześniaka wpływa wiele czynników (stan zdrowia po urodzeniu, stan ogólny oraz choroby, jakie mogą zaistnieć u niego podczas hospitalizacji).

Już pierwsze 2 tygodnie życia mogą stanowić okres „krytyczny” w żywieniu, decydujący o rozwoju i późniejszym zdrowiu wcześniaka [4]. Udowodniono znaczenie prawidłowego żywienia w zmniejszeniu częstości takich powikłań wcześniactwa, jak: zakażenia, dysplazja oskrzelowo-płucna, retinopatia wcześniaków, a także jego wpływ na zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychoruchowym [5]. Niedożywienie wcześniaków w okresie niemowlęcym wiąże się ze stałymi zmianami w rozwoju, strukturze i funkcji mózgu. Badania wskazują, że słaby rozwój w okresie pomiędzy narodzinami a wypisem z oddziału wiąże się z gorszym rozwojem układu nerwowego [6,7]. Zły stan odżywienia po urodzeniu i w pierwszych tygodniach życia może prowadzić również do zaburzeń rozwoju poznawczego w przyszłości [8]. Rekomendowane dla wcześniaka mleko matki zawiera odpowiednią zawartość kwasów tłuszczowych, w tym kwasów omega-3 oraz omega-6, które koncentrują się w mózgu w ostatnim trymestrze ciąży i w pierwszym roku życia, a odgrywają ważną rolę w rozwoju siatkówki oka i dojrzewaniu układu nerwowego [9,10].

Technika karmienia enteralnego noworodków urodzonych przedwcześnie

Każdy oddział neonatologiczny powinien mieć ustalone kryteria gotowości wcześniaka do rozpoczęcia żywienia enteralnego, schemat żywienia troficznego i zwiększania objętości podawanego enteralnie pokarmu.

Jeżeli niedojrzałość dziecka nie jest głęboka, czyli urodziło się ono między 34. a 36. tygodniem ciąży, i jest ono zdrowe, to może być ono gotowe do karmienia enteralnego **bezpośrednio z piersi lub ściągniętym od mamy pokarmem przez smoczek**. Odruch ssania pojawia się u płodu w 17. tygodniu ciąży, natomiast uznaje się 34. tydzień ciąży za czas wystąpienia koordynacji ssania z polykaniem i oddychaniem, wówczas można spróbować rozpocząć karmienie przez smoczek lub z piersi. Im bardziej niedojrzały wcześniak, poniżej 33.–34. tygodnia ciąży, tym bardziej preferowanym dla niego sposobem jest podaż pokarmu drogą dojelitową **za pomocą sondy dożołądkowej** założonej przez nos lub usta. Grupa tzw. „bardziej dojrzałych” wcześniaków z masą ciała powyżej 1500 g zazwyczaj dobrze toleruje karmienie drogą przewodu pokarmowego od razu po urodzeniu (od 2. godziny życia). Karmienie zwykle stosuje się w odstępach trzygodzinnych, najczęściej metodą grawitacyjną – pokarm sphywa do żołądka w ciągu 15–20 minut. Rozpoczyna się podaż pokarmu od małych dawek od 10–20 ml/kg/dobę. W kolejnych dniach można zwiększyć objętość podawanego mleka o 25–30 ml/kg/dobę aż do 200 ml/kg/dobę w 14. dobie życia [11].

U mniej dojrzałych wcześniaków z VLBW korzystne jest rozpoczęcie tzw. minimalnego karmienia enteralnego (karmienie troficzne) – w pierwszych kilku dniach do 25 ml/kg/dobę. Żywienie to nie jest pełnym karmieniem enteralnym, lecz tzw. karmieniem, które stymuluje układ pokarmowy oraz układ odpornościowy wcześniaka do prawidłowego działania [12].

Kiedy rodzi się wcześniak określany jako VLBW lub ILBW, często mija wiele tygodni, zanim możliwe będzie jego pełne karmienie dojelitowe przez smoczek lub z piersi. Ogromną rolę w oddziałach neonatologicznych odgrywają obecnie specjaliści neurologopedii. Stymulacja i wsparcie ssania u wcześniaków przez neurologopedów i fizjoterapeutów może przyspieszyć uzyskanie sprawności w tym zakresie [13].

W każdym przypadku urodzenia wcześniaka warto rozmawiać z matką o konieczności zachowania i utrzymania laktacji w okresie, kiedy nie jest możliwe jego żywienie dojelitowe. Dodatkowo wobec rozwoju banków mleka kobiecego należy namawiać mamy do zdecydowania się na wykorzystanie pasteryzowanego pokarmu naturalnego dla swojego dziecka.

Zapotrzebowanie na składniki odżywcze u dzieci urodzonych przedwcześnie – leczenie żywieniowe

Żywienie dzieci urodzonych przedwcześnie jest skomplikowane i nosi nazwę leczenia żywieniowego. Zasada podstawowa to utrzymanie przyrostów masy ciała na poziomie przyrostów w życiu wewnątrzmacicznym – około 15–20 g/kg/dobę. Jest to ważne ze względu na przeżycie najbardziej skrajnych wcześniaków, jak i na zapewnienie im harmonijnego i niezaburzonego rozwoju somatycznego oraz psychoruchowego. Pod wieloma względami zapotrzebowanie dla noworodka urodzonego przedwcześnie jest większe aniżeli dla noworodka urodzonego o czasie. Najnowsze rekomendacje zostały opracowane w 2010 roku przez Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia (ang. *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, ESPGHAN), na których w głównej mierze opiera się przedstawiona praca [14].

Zapotrzebowanie energetyczne u dziecka urodzonego przedwcześnie jest wyższe niż u dziecka urodzonego o czasie (80–100 kcal/kg/dobę) i wynosi odpowiednio 110–135 kcal/kg/dobę. **Zapotrzebowanie białkowe** u noworodków urodzonych przedwcześnie jest również większe z uwagi na intensywną budowę nowych tkanek i narządów. Podaż białka wcześniakowi powinna zapewnić możliwość przyrostu beztłuszczowej masy ciała na poziomie zbliżonym do analogicznego okresu życia wewnątrzmacicznego, bez równoczesnego nadmiernego przeciążenia nerek. Ponadto podaży białka powinna towarzyszyć adekwatna podaż energii pozabiałkowej w celu odpowiedniego wykorzystania aminokwasów do budowania nowych tkanek. Zapotrzebowanie na białko w zależności od urodzeniowej masy ciała wynosi 3,5–4,5 g/kg/dobę. **Zapotrzebowanie węglowodanowe** jest określone dla tej grupy dzieci na poziomie 11,6–13,2 g/kg/dobę. **Zapotrzebowanie na tłuszcze** dla wcześniaków jest również większe w porównaniu do noworodków urodzonych o czasie. Ważna jest ilość oraz jakość podaży tłuszczu, zwłaszcza w zakresie długołańcuchowych, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Dzieci te, zwłaszcza VLBW, są szczególnie

wrażliwe na niedobór tłuszczu w żywieniu, gdyż mają wielokrotnie mniejsze zapasy tkanki tłuszczowej w organizmie (1%) w porównaniu do noworodków donoszonych (18%). Zapotrzebowanie na tłuszcze wynosi 4,8–6,6 g/kg/dobę. **Zapotrzebowanie na mikro- i makroelementy** jest również inne. Noworodki VLBW mają niskie endogenne zasoby ustrojowe makroelementów (wapń, fosfor, sód potas, chlor, żelazo), mikroelementów (chrom, miedź, jod, mangan, molibden, selen) oraz witamin (A, D, E, K), co powinno zostać uwzględnione zarówno w żywieniu pozajelitowym, jak i dojelitowym.

Nie zawsze można tak poprowadzić żywienie, że uda się sprostać tym specyficznym wymaganiom wcześniaka – przy wypisie najczęściej występują niedobory energetyczne, białkowe oraz w zakresie wapnia i fosforu.

Zalecenia żywieniowe dla dzieci urodzonych przedwcześnie po urodzeniu oraz podczas pierwszych tygodni życia

Czas hospitalizacji po urodzeniu w przypadku wcześniaków jest bardzo zróżnicowany i zależy od stopnia ich niedojrzałości oraz stanu klinicznego – może wynosić nawet kilkanaście tygodni. Celem leczenia żywieniowego jest w tym czasie utrzymanie tempa wzrastania wewnątrzmacicznego fizjologicznie rozwijającego się płodu na około 15–20 g/kg/dobę. W tym czasie odpowiednio przyrosty długości ciała wynoszą około 0,8–1,1 cm/tydzień oraz przyrosty obwodu głowy – około 0,8–1 cm/tydzień. Takie przyrosty są osiągnięte rzadko. Częściej obserwuje się zjawisko wolniejszego wzrastania lub znacznego jego zahamowania. Stan ten określa się jako zewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania (ang. *extrauterine growth restriction*, EUGR).

Podczas prowadzenia terapii żywieniowej podczas karmienia wcześniaków ESPGHAN zaleca objętość w podaży pokarmu w granicach 150–180 ml/kg/dobę [14]. Standardem w żywieniu jest stosowanie **mleka kobiecego**: od matki lub od dawczyni, czyli mleka pochodzącego z profesjonalnego banku mleka kobiecego (BMK). Związane jest to ze specyficznym, niepowtarzalnym składem mleka kobiecego. Dostępność pokarmu kobiecego dla wcześniaków w oddziałach intensywnej terapii i oddziałach neonatologicznych nie tylko zależy od czynników matczynych, ale również od organizacji tych oddziałów. W wielu pracach podkreśla się znaczenie **siary** ułatwiającej przejście z żywienia wewnątrzmacicznego do pozamacicznego. Stwierdzono, że szereg zawartych w niej czynników wzrostu wpływa na wzrost masy śluzówki jelita oraz indukuje enzymy trawienne, przez co stanowi specyficzny mechanizm obronny dla wcześniaka. Rekomenduje się wykorzystanie siary do: pielęgnacji jamy ustnej przy podaży bezpośredniej około 0,5 ml na błonę śluzową obu policzków po palcu w jałowej rękawiczce około 10–12 razy/dobę u noworodków poniżej VLBW lub podawania u większych wcześniaków bezpośrednio w kroplach na błony śluzowe jamy ustnej lub cewnikiem do żołądka począwszy od 1. doby życia po 2 ml i oko-

ło 8 karmień/dobę. Siary nie powinno mieszać się ze wzmacniaczami mleka kobiecego i mieszankami mlecznymi dla wcześniaków [15].

W terapii żywieniowej w okresie pourodzeniowym dla wcześniaków wykorzystywane są:

- pokarm naturalny (mleko mamy wcześniaka lub mleko z BMK),
- mieszanki specjalnie opracowane dla wcześniaków (ang. *preterm formula*, PTF),
- mleka początkowe dla noworodków donoszonych,
- wzmacniacz mleka kobiecego (ang. *human milk fortifier*, HMF),
- suplement białka.

Wchodzą one w skład stosowanych dwóch strategii żywieniowych:

1. Dodawania HMF i/lub suplementu białka dla wcześniaków karmionych mlekiem mamy.
2. Karmienia specjalnymi mieszankami dla wcześniaków tych dzieci, które są karmione mieszaniem lub karmione wyłącznie sztucznie.

Przy stabilnym tempie wzrastania potrzeby żywieniowe wcześniaków przewyższają zawartość w pokarmie kobiecym takich składników, jak białko oraz Ca, P, Mg, Na, Co, Zn i witaminy. Z powodu tych wymagań żywieniowych i ograniczonej objętości, którą noworodek urodzony przedwcześnie może bezpiecznie spożyć, należy suplementować wzmacniacz pokarmu kobiecego. W postaci proszku **wzmacniacz mleka kobiecego (HMF)** dodaje się do pokarmu naturalnego. Zwiększa się wówczas wartość odżywcza pokarmu o około 10%. Maksymalna podaż HMF to 3 saszetki/kg/dobę. Podanie 3 saszetek HMF na dobę zwiększa o 24 kcal wartość energetyczną, o 1,8 g wartość białka, o 4,2 g wartość węglowodanów, o 99 mg wapnia oraz o 57 mg fosforu na każdy kg masy ciała. Wprowadzenie HMF do żywienia zależy od urodzeniowej masy ciała noworodka – otrzymują go głównie noworodki VLBW, ale również dopuszcza się HMF u dzieci poniżej 2000 g, zwłaszcza tych, które mają słabe przyrosty masy ciała. Czas stosowania HMF jest uzależniony od tempa wzrastania oraz parametrów gospodarki Ca-P. Można go suplementować do co najmniej 40. tygodnia wieku skorygowanego, czasem może być korzystna podaż do 52. tygodnia wieku skorygowanego.

Suplement białka (w postaci sproszkowanej) jest wykorzystywany jako dodatek do mleka kobiecego mamy wcześniaka z HMF lub mleka sztucznego dla niemowląt urodzonych przedwcześnie ELBW. Jest to produkt dostosowany do indywidualnych potrzeb tak małego wcześniaka. Jeżeli to możliwe, należy oznaczyć stężenie białka zawartego w mleku matki wraz z HMF i wówczas dodać suplement białka w ilości niezbędnej do uzyskania zaleczonego poziomu białka (3,6–4,1 g/100 kcal). Jest to suplementacja dopasowana indywidualnie do stanu dziecka (ang. *tailored fortification*). Tab. 1. przedstawia postępowanie żywieniowe w grupie wcześniaków ELBW i VLBW.

Tabela 1. Schemat postępowania w żywieniu enteralnym noworodków ELBW i VLBW (wg ESPGHAN 2010)

	Noworodki karmione naturalnie (pokarm mamy, pokarm z BMK)		Noworodki karmione sztucznie	
	poniżej 1000 g	1000–1500 g	poniżej 1000 g	1000–1500 g
Urodzeniowa masa ciała	poniżej 1000 g	1000–1500 g	poniżej 1000 g	1000–1500 g
Zapotrzebowanie na białko	3,6–4,1 g/ 100 kcal	3,2–3,6 g/ 100 kcal	3,6–4,1 g/ 100 kcal	3,2–3,6 g/ 100 kcal
	4,0–4,5 g/ kg/dobę	3,5–4,0 g/ kg/dobę	4,0–4,5 g/ kg/dobę	3,5–4,0 g/ kg/dobę
Postępowanie żywieniowe	pokarm mamy/ pokarm z BMK + HMF + suplement białka	pokarm mamy/ pokarm z BMK + HMF	mieszanka dla w wcześniaków + suplement białka	mieszanka dla w wcześniaków

Źródło: opracowanie własne.

Dobór diety w czasie hospitalizacji wcześniaków należy dostosować do potrzeb żywieniowych. Rozróżnia się dzieci: o niskim, umiarkowanym i wysokim ryzyku problemów żywieniowych [16] (tab. 2 i 3).

Tabela 2. Podział noworodków urodzonych przedwcześnie ze względu na potrzeby żywieniowe

Grupa wcześniaków z problemami żywieniowymi	Wiek płodowy/ UMC	Problemy medyczne	Problemy techniczne z karmieniem enteralnym	Przyrost masy ciała (MC)	Wyniki gospodarki Ca-P
Małego ryzyka	powyżej 34 TC	brak	brak	prawidłowy	prawidłowe
Umiarkowanego ryzyka	1500–2000 g	brak	brak	prawidłowy	prawidłowe
Wysokiego ryzyka	poniżej 1500 g	dysplazja oskrzelowo-płucna żywienie pozajelitowe > 30 dni	tak	zbyt wolny poniżej 20–25 g/kg/dobę MC dla w. skorygowanego < 5 percentyla przy wypisie	często nieprawidłowe

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Schemat postępowania w żywieniu enteralnym wcześniaków z małym i umiarkowanym ryzykiem problemów żywieniowych – pobyt w szpitalu i wypis do domu

Grupa problemu żywieniowego	Rodzaj karmienia			Rozszerzanie diety
Małego ryzyka	Karmienie piersią/pokarm mamy HMF – nie dodawać	Standardowe mleko modyfikowane	Karmienie mieszane	Wprowadzenie pokarmów uzupełniających jak u noworodków urodzonych w terminie
Umiarkowanego ryzyka	Karmienie piersią/pokarm mamy + HMF do 40.–52. tygodnia wieku skorygowanego	Mieszanka powypisowa do 3–6 miesięcy wieku skorygowanego – następnie standardowe mleko modyfikowane	Mieszanka dla wcześniaków – następnie standardowe mleko modyfikowane	Wprowadzanie pokarmów uzupełniających opóźnić o około 4. tygodnie

Źródło: opracowanie własne.

Wypis do domu dziecka urodzonego przedwcześnie najczęściej ma miejsce, gdy spełnionych jest kilka elementów, m.in. gotowość do przyjmowania pokarmu doustnie. Najczęściej ma to miejsce, gdy osiągnie ono masę ciała 2000 g i wiek postkoncepcyjny około 34–36 tygodni. Jednak nie można takiego dziecka traktować, jakby przy wypisie do domu był noworodkiem donoszonym – zasady żywienia stosowane u dzieci donoszonych nie zabezpieczają jego optymalnego rozwoju.

Czy wcześniak po wypisie ma nadal specjalne wymagania żywieniowe?

Dzieci z grupy ryzyka nieprawidłowego rozwoju somatycznego i psychoruchowego, do których należą wcześniaki, wymagają specjalnej opieki. Populacja tych dzieci powinna być objęta długofalową obserwacją wyspecjalizowanego personelu medycznego. W zakresie żywienia takiego dziecka po wypisie do domu występuje nadal wiele problemów. W zależności od tzw. wzorca wzrastania wg ESPGHAN wyróżnia się cztery grupy takich wcześniaków (tab. 4) [14].

Do grupy największego ryzyka opóźnienia dalszego wzrastania należą dzieci rozwijające się według wzorców 2 i 3. Systematyczne monitorowanie procesu wzrastania przez regularne pomiary masy ciała, długości ciała oraz obwodu głowy daje pośrednio ocenę postępowania żywieniowego. Należy porównywać wyniki dziecka

Tabela 4. Wzorce wzrastania noworodków urodzonych przedwcześnie przy wypisie do domu

Wzorzec wzrastania wcześniaka	Masa ciała przy urodzeniu	Masa ciała przy wypisie do domu	Ocena
1	AGA	AGA	Rozwój prawidłowy
2	AGA	EUGR	Początkowo rozwój prawidłowy, ale pourodzeniowe zahamowanie rozwoju
3	SGA	EUGR	Pourodzeniowe i powypisowe zahamowanie rozwoju
4	SGA	AGA	Wczesne pourodzeniowe doganianie wzrastania

AGA – (ang. *appropriate for gestational age*) masa ciała odpowiednia do wieku ciążowego.

SGA – (ang. *small for gestational age*) masa ciała za mała do wieku ciążowego.

EUGR – (ang. *extrauterine growth restriction*) zewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu.

Źródło: opracowanie własne.

z siatkami centylowymi dla wieku skorygowanego wcześniaka (siatki Fenton, siatki WHO). Przez około 2 tygodnie należy stosować u wcześniaka metodę żywienia, która była stosowana w oddziale neonatologicznym [17].

W żywieniu po wypisie do domu dla noworodków urodzonych przedwcześnie zaleca się:

1. karmienie pokarmem kobiecym z dodatkiem HMF do osiągnięcia przez dziecko 40. lub 52. tygodnia wieku skorygowanego;
2. karmienie specjalną mieszanką dla wcześniaków (ang. *preterm formula*, PTF) do osiągnięcia przez dziecko masy ciała około 2,5–3 kg;
3. karmienie mieszanką „powypisową” (ang. *post discharge formula*, PDF) dla wcześniaków poniżej 10. centyla – do 40. lub 52. tygodnia wieku skorygowanego; lub do 9. miesiąca życia wg American Academy of Pediatrics (AAP);
4. karmienie mieszanką modyfikowaną 1.

Pokarm kobiecy uważany jest za najlepsze pożywienie dla wcześniaka z uwzględnieniem uzupełnienia tych składników, których jest za mało dla szybko rosnącego dziecka. Dlatego po wypisie z oddziału nadal konieczne jest stosowanie HMF lub – jeśli brak mleka kobiecego – stosowanie mieszanek „powypisowych” (PDF). Tab. 3. przedstawia schemat postępowania po wypisie do domu w grupach małego i umiarkowanego ryzyka problemu żywieniowego. Do grupy wysokiego ryzyka do problemu żywieniowego należy podejść indywidualnie i modyfikować dietę w zależności od aktualnego stanu zdrowia niemowlęcia, od dynamiki jego pomiarów antropometrycznych czy od wyników badań dodatkowych (gospodarka żelazem

i Ca-P). Bardzo ważna w tej kwestii jest rola, jaką odgrywa specjalistyczne poradnictwo żywieniowe. Tab. 5. przedstawia porównanie wartości składników odżywczych w różnych wariantach żywieniowych.

Tabela 5. Porównanie wartości składników odżywczych w pokarmie naturalnym i mlekach sztucznych stosowanych dla noworodków urodzonych przedwcześnie

Zawartość w 100 ml	Pokarm naturalny	Pokarm naturalny + HMF	Mieszanka dla wcześniaków	Mieszanka „powypisowa”	Mieszanka modyfikowana 1
Energia całkowita (kcal)	66–70	85	80–81	73	66–68
Białko (g)	1,4–1,9	2,2	2,5	1,9	1,3
Tłuszcze (g)	3,5–3,9	3,8–4,4	4,2	4,0	3,5
Węglowodany (g)	6,3–7,0	9,0	8,5	7,6	7,5
Wapń (g)	30	90	100–122	80	50
Fosfor (g)	15	55	72–56	50	30

Źródło: opracowanie własne.

Nie ma dowodów na to, żeby w populacji dzieci urodzonych przedwcześnie opóźniać wprowadzanie pokarmów uzupełniających zgodnie z kalendarzem żywienia, jak dla dzieci donoszonych (po 17. tygodniu życia i nie później niż w 26. tygodniu życia). Zazwyczaj do 6. miesiąca wieku korygowanego wcześniak jest gotowy do przyjmowania pokarmów stałych.

Ważne jest, aby u dzieci urodzonych przedwcześnie uzupełniać niedobory **witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, żelazo oraz kwas dokozaheksaenowy (DHA)** (tab. 6).

Podsumowanie

1. Wcześniaki należą do grupy zwiększonego ryzyka zgonów i powikłań.
2. Prawidłowe karmienie już od pierwszych dni życia mlekiem własnej mamy redukuje ryzyko wczesnej i późnej chorobowości.
3. Żywienie noworodków urodzonych przedwcześnie jest niezwykle istotnym elementem leczenia.
4. Ze względu na trudności w koordynacji ssania, połykania i oddychania konieczne jest u noworodków urodzonych przed 32.–34. tygodniem karmienie przez zgłębnik.

Tabela 6. Rekomendowane dzienne spożycie żelaza, witaminy D, wapnia, fosforu, DHA dla niemowląt urodzonych przedwcześnie w 1. roku życia

Składnik	Spożycie	Uwagi
Żelazo	1–2–3 mg/kg/dobę	w zależności od urodzeniowej masy ciała
Witamina D	400–800 IU/dobę	w zależności od wieku płodowego i wyników gospodarki Ca-P
Wapń	120–140 mg/kg/dobę	w zależności od wieku płodowego i wyników gospodarki Ca-P
Fosfor	60–90 mg/kg/dobę	w zależności od wieku płodowego i wyników gospodarki Ca-P
DHA	100–200 mg/dobę	od rodzaju pokarmu

Źródło: opracowanie własne.

- Przed wypisem ze szpitala powinny być omówione zagadnienia dotyczące: laktacji, metod karmienia, sposobów dokarmiania, stosowania HMF lub specjalnych mieszanek dla wcześniaków.
- Po wypisie wcześniaka do domu podstawowym zadaniem jest monitorowanie rozwoju somatycznego i psychoruchowego dziecka oraz dostosowanie żywienia do obserwowanych zmian rozwojowych.

Bibliografia

- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379: 2162–2172.
- Poindexter BB, Denne SC. Parenteral nutrition. W: Gleason ChA, Devaskar Su, red. *Avery's diseases of the newborn*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012: 963–971.
- Torazza R, Neu J. Evidence based guidelines for optimization of nutrition for the very low birth-weight infant. *NeoReviews* 2013; 14: e340.
- Lucas A, Morley R, Cole TJ. Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *Br Med J* 1998; 317: 481.
- Meier PP, Engstrom JL i wsp. Improving the Use of Human Milk During and After the NICU Stay. *Clin Perinatol* 2010; 37: 217–245.
- Morley R. Early growth and later development W: Ziegler EE, Lucas A, Moro GE (red.). *Nutrition of the Very Low Birth Weight Infant*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wikins; 1999: 19–32.
- Ehrenkranz RA, Dusick AM, Vohr BR, et al. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 2006; 117: 1253–1261.

8. Lucas A, Morley R, Cole TJ, et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261–264.
9. Helland IB, Smith L, Saarem K, et al. Maternal supplementation with very-long-chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation, augments childrens IQ at 4 years of age. *Pediatrics* 2003; 111: 39–44.
10. Innis SM. Human milk: maternal dietary lipids and infant development *Proc Nutr Soc* 2007; 66: 397–404.
11. Bober-Olesińska K. Specyfika żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie w pierwszych miesiącach życia. *Klin Pediatr* 2017; 19: 5: 5138–5139.
12. Meetze WH, Valentine C, McGiugan EJ, et al. Gastrointestinal priming prior to full enteral nutrition in very low birth weight infants. *JPGN* 1992; 15: 163–170.
13. Chantal L. Oral Feeding in the Preterm Infant. *NeoReviews* 2006; 7(1): e19.
14. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, et al. Enteral Nutrition Supply for Preterm Infants: A comment of the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN* 2010; 50: 85–91.
15. Helwich E, et al. Ocena stanu odżywienia i żywienia dzieci przedwcześnie urodzonych. Standard żywienia wcześniaków. *Stand Med Pediatr* 2014; 11: 165–178.
16. Kwinta P. Żywienie noworodków urodzonych przedwcześnie po wypisie z oddziału noworodkowego – rola lekarza pierwszego kontaktu. *Nestle Nutriton Institute* 2016; 3: 2–9.
17. Książyk J, Lauterbach R. Żywienie wcześniaka po wypisie ze szpitala. W: *Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Zalecenia PTN i PTP*. Warszawa: Media Press; 2018: 76–83.

Adres do korespondencji:

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Instytut Medycyny, Klinika Pediatrii,
Uniwersytet Opolski
ul. Oleska 48, 45-052 Opole
Oddział Neonatologiczny, Kliniczne Centrum Ginekologii,
Położnictwa i Neonatologii w Opolu
ul. Reymonta 8, 45-066 Opole
tel. 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

Mobilna kolposkopia EVA System w codziennej praktyce

Grzegorz Głęb^{1,2}, Maria Malarska³, Jerzy Zygmunt⁴

¹ Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² GMW sp. p.

³ Uniwersytet Medyczny w Łodzi,

⁴ Medisan s.c.

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organisation*, WHO) w 2018 roku postawiła nowy cel: eliminację raka szyjki macicy do końca XXI wieku. Według aktualnej wiedzy medycznej 97% zachorowań na raka szyjki macicy jest wywołanych przez 12 wysokoonkogennych (*High Risk*, HR) typów HPV, pozostałe 3% ma związek z zakażeniem 8 typami HPV zaliczanymi do niskoonkogennych (*Low Risk*, LR) wykazujących te same molekularne cechy, co wirusy HR tzn. ekspresję mRNA onkogenu E6, nadekspersję białka p16/Ki67, zahamowanie białka Retinoblastoma (pRb) i białka p53 zwanego strażnikiem genomu [1]. Mechanizmy te oraz funkcjonalny i fizyczny wpływ onkoprotein E6 i E7 na kompleks telomerazowy w komórkach nabłonków szyjki macicy indukują i promują karcinogenezę [2].

Zdecydowana większość raków szyjki macicy to raki płaskonabłonkowe, rozwijają się wieloetapowo i niezbyt szybko w obrębie tzw. strefy transformacji, czyli granicy nabłonka wielowarstwowego płaskiego i gruczołowego kanału szyjki macicy (endocerwikalnego). Przez początkowy okres zmiany przednowotworowe nie dają żadnych objawów klinicznych i nie są widoczne w trakcie wizualnego badania szyjki macicy w trakcie rutynowego badania ginekologicznego. Wykrywanie zmian przednowotworowych wymaga wykonania specjalistycznych badań: najwcześniej wykrywa się obecność DNA onkogennych typów HPV testami molekularnymi, następnie pojawiają się odchylenia w barwliwości nabłonków strefy transformacji podczas prób kontrastujących w przebiegu kolposkopii, a w ostatniej kolejności odchylenia w badaniu cytoonkologicznym rozmazu pochwowo-szyjkowego.

Najbardziej rozpowszechnione od lat 60. XX wieku – co nie znaczy najbardziej efektywne i nowoczesne – systemy wczesnej diagnostyki raka szyjki macicy oparte są o badania cytologiczne, a kolposkopia i badania molekularne są stosowane na

kolejnych etapach algorytmów diagnostycznych. Ostatnio testuje się także inne rozwiązania np. skrening molekularny w połączeniu z immunoprofilaktyką, a także skrening kolposkopowy. Pionier polskiej kolposkopii, prof. Jan Madej z CM UJ w Krakowie, już w latach 70. XX wieku podkreślał zalety takiego podejścia. Badanie kolposkopowe stosowane jako pierwszy krok diagnostyki pozwala na wstępną selekcję badanych kobiet na niezagrożone rakiem szyjki macicy (z fizjologiczną strefą transformacji), kobiety ze zmianami podejrzanymi, u których najlepiej niezwłocznie przeprowadzić weryfikację histologiczną wykrytych i zlokalizowanych zmian oraz grupę kobiet, w której należy pogłębić diagnostykę o inne metody (badanie cytologiczne i testy molekularne) [3,4].

Kolposkopia jest badaniem nieinwazyjnym, możliwym do wykonania w warunkach gabinetu ginekologicznego o podstawowym wyposażeniu, a wynik badania można sformułować po zakończeniu badania. Ograniczeniami jej powszechnego stosowania jest konieczność posiadania urządzenia (kolposkop optyczny lub cyfrowy) oraz specjalistycznej wiedzy i doświadczenia w interpretacji obrazów. Metoda ta nie jest do końca obiektywna, ale po wyszkoleniu trafność diagnostyki kolposkopisty może ponad sięgać 85%. Z uwagi na nieliczną kadrę kolposkopistów jest to nadal metoda mało dostępna i należy dokaładać starań, aby to zmienić. Pomocne w realizacji tego celu mogą być najnowsze osiągnięcia technologii teleinformatycznych, jak bezprzewodowa, mobilna wideokolposkopia EVA system wzbogacona o zautomatyzowaną ocenę obrazów kolposkopowych AVE [5–7].

W latach 80. XX wieku amerykański kolposkopista, Adolf Stafl, wprowadził cerwikografię. Badanie to polegało na kontrastowaniu uwidocznionej we wzierniku powierzchni szyjki macicy roztworem 3–5% kwasu octowego, jak w trakcie rutynowej kolposkopii, przez przeszkolony personel pomocniczy (np. położną) oraz wykonanie dokumentacji fotograficznej zmian wywołanych przez ten odczynnik. Uzyskane zdjęcia były następnie przesyłane do analizy do ośrodków do oceny przez ekspertów, a pacjentki ze zmianami klasyfikowanymi jako podejrzone były zapraszane do pogłębionej diagnostyki do klinik patologii szyjki macicy.

Z rozwojem informatyzacji początkowa dokumentacja fotograficzna została zastąpiona przez obrazy cyfrowe przesyłane za pomocą poczty internetowej. Idea cerwikografii została dostosowana do aktualnego poziomu teleinformatyki w urządzeniu EVA System (ryc. 1) [3,7].

Mobilny kolposkop EVA system to urządzenie oparte o wysokiej klasy smartfon ze zintegrowanym oświetlaczem LED, układem powiększającym i stabilnym systemem mocowania na statywie umożliwiające dokumentację badania kolposkopowego praktyczne w każdych warunkach gabinetu ginekologicznego, bez konieczności podłączania do źródeł zasilania i przewodowej transmisji danych. Zainstalowana aplikacja zawiera możliwość wprowadzenia wszelkich istotnych danych pacjentki przy użyciu dotykowej klawiatury, dokonywanie dowolnej liczby cyfrowych zdjęć wysokiej rozdzielczości, a także sekwencji wideo. Aplikacja pozwala na

opis wykrytych odchyień, oznaczenie miejsc wytypowanych do biopsji i kategoryzację rozpoznania. Urządzenie umożliwia bezprzewodową transmisję danych przez lokalną sieć wi-fi. Dane w zaszyfrowanej formie przekazywane są do portalu o globalnym zasięgu i przechowywane z zachowaniem aktualnych standardów bezpieczeństwa. EVA system umożliwia także przesyłanie danych między użytkownikami i korzystanie z konsultacji on-line przez okno dialogowe. Najnowszą innowacją jest możliwość automatycznej oceny dokumentowanych zmian dzięki systemowi AVE (*Automatic Visual Evaluation*). Po wykonaniu próby kontrastowania z kwasem octowym i wykonaniu dokumentacji fotograficznej, możliwa jest ocena uzyskanego obrazu z internetową bazą kilkuset tysięcy zweryfikowanych histologicznie zmian H SIL i zaproponowanie wstępnego rozpoznania. Zmiany o zbliżonych cechach sygnalizowane przez system AVE wychwytyują nieprawidłowości i sugerują szczególnie uważne dalsze postępowanie z takimi pacjentkami, np. diagnostykę molekularną, immunohistochemiczną czy weryfikację histopatologiczną.

Mobilny kolposkop EVA System może być stosowany przez doświadczonego kolposkopistę, lekarza ginekologa o niewielkim doświadczeniu w tym badaniu, jak i przez osoby początkujące. Do przeszkolenia i nabrania biegłości w prawidłowym przeprowadzeniu prób kolposkopowych i ich udokumentowania wystarczy krótkie szkolenie praktyczne. Po wykonaniu ponad 20 samodzielnych badań pod okiem osoby doświadczonej, jakość przeprowadzonych prób kontrastujących i materiału zdjęciowego nie powinna budzić zastrzeżeń. W wypadku osób początkujących nieodzowna może być konsultacja przez doświadczonego kolposkopistę. Do wstępnej selekcji zupełnie wystarczająca jest zdalna analiza trzech obrazów: podstawowego po uwidocznieniu szyjki we wzierniku, po próbie kontrastowania z 3–5% roztworem wodnym kwasu octowego i po próbie z płynem Lugola. Zgodnie z ustalonym przez prof. Jana Madeja algorytmem można oddzielić kobiety z fizjologiczną strefą transformacji od kobiet z odchyleniami, u których konieczna jest dalsza pogłębio-

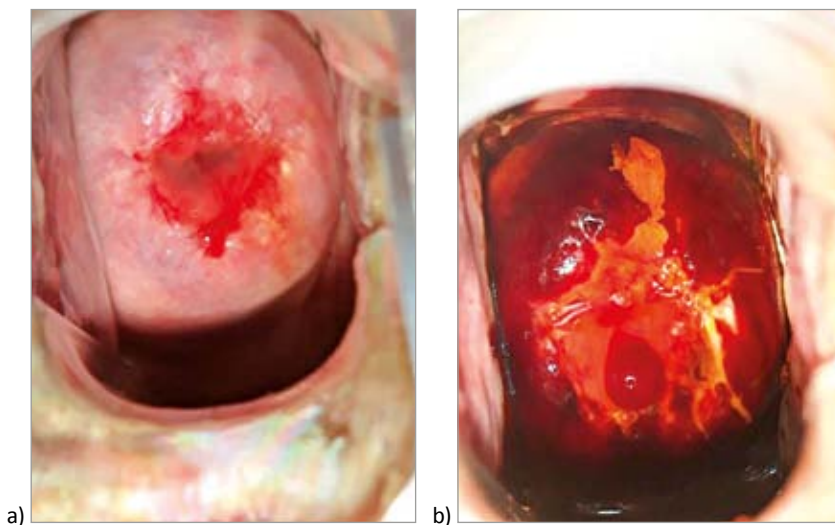


Rycina 1. Mobilny kolposkop Eva System. Obraz zmiany H SIL na urządzeniu i portalu (źródło: zbiory własne)

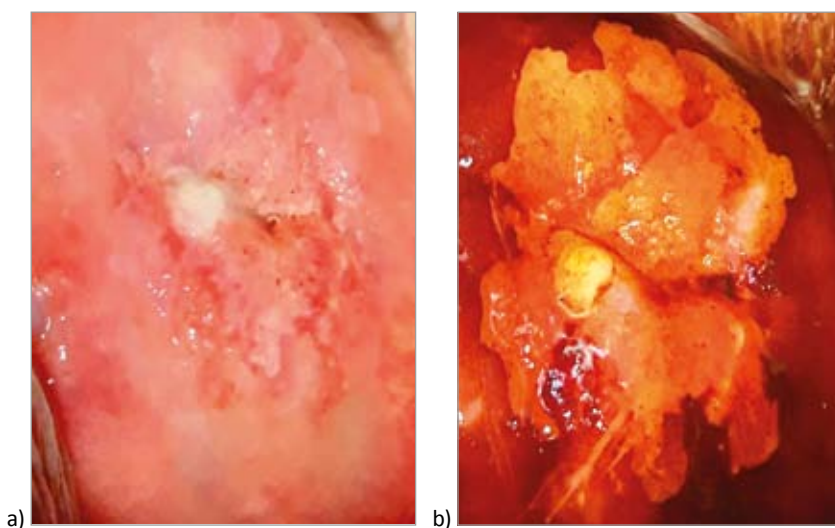
na diagnostyka. Podobne rekomendacje postępowania z lokalnymi modyfikacjami stosowane są obecnie na całym świecie [8,9].

W 2018 roku wykonaliśmy ponad 100 badań mobilnym kolposkopem EVA system, testując jego przydatność w codziennej praktyce. Połowę badań wykonała zainteresowana specjalizacją z ginekologii i położnictwa lekarka, Maria Malarska, absolwentka Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego – początkowo pod nadzorem doświadczonego kolposkopisty, a później samodzielnie, w ramach promocyjnej akcji. Badane kobiety zgłaszały się do gabinetu specjalistycznego w Opolu pod wpływem informacji zamieszczonej na portalu społecznościowym. Po wstępnym przeszkoleniu w technice badania i nabraniu wprawy we wprowadzaniu danych ustalono optymalny czas wizyty na 10 minut. U większości kobiet stwierdzono i udokumentowano zmiany fizjologiczne (prawidłową strefę transformacji), jedynie w 3 przypadkach rozpoznano podejrzone zmiany o małym nasileniu (podejrzone o L SIL) i kobietom zaproponowano pogłębienie diagnostyki o badanie PCR DNA HPV HR. Pozostałe badania wykonano w ramach kontraktu NFZ w gabinecie ginekologicznym Kliniki NOVA w Kędzierzynie-Koźlu na grupie kobiet z dodatnimi wynikami testów molekularnych PCR i z odchyleniami w profilaktycznych badaniach cytologicznych. W tej wyselekcjonowanej grupie zmiany podejrzane o H SIL były znacznie częstsze i wymagały natychmiastowej weryfikacji histopatologicznej. Dokumentacja zdjęciowa badań z mobilnego kolposkopu EVA system po przetransferowaniu z urządzenia do Portalu była przekazywana w formie plików pdf pocztą elektroniczną. Po potwierdzeniu histologicznym chore kobiety były operowane w Klinice NOVA w ramach tzw. „ginekologii jednego dnia” przez zespół specjalistów ginekologów i położników – Grzegorza Głąba i Jerzego Zygmunta. W przypadkach małych obszarowo zmian u młodych nieródek preferowano usunięcie zmian H SIL pętlą LEEP, a w przypadku zmian bardziej rozległych lub penetrujących do kanału szyjki macicy u wieloródek konizację chirurgiczne.

Wstępne doświadczenia naszego zespołu z mobilnym kolposkopem EVA system napawają nadzieją, że kolposkopia jako nieinwazyjne, szybkie i tanie badanie będzie wykonywana znacznie częściej niż ma to miejsce obecnie. W najbliższej przyszłości planujemy rozszerzenie grona użytkowników nie tylko o grupę zawodową lekarzy specjalistów ginekologów i rezydentów, ale także o przeszkolone położne, których liczebność i zasięg działania jest dużo bardziej rozległy. Rozpowszechnienie badania kolposkopowego przy użyciu mobilnego kolposkopu EVA system z pewnością pozwoli w wielu przypadkach na wcześniejsze wykrycie zmian przednowotworowych niż ma to miejsce w teraźniejszości. Wcześniejsze rozpoznanie i objęcie specjalistyczną opieką kobiet ze zmianami chorobowymi szyjki macicy powinno ułatwić i przybliżyć w czasie realizację celu WHO, czyli eliminację zachorowań na inwazyjnego raka szyjki macicy do poziomu zachorowań kazuistycznych (1 przypadek na 100000 ludności) oraz zmniejszenie wysokich współczynników zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy na Opolszczyźnie.



Rycina 2. Obraz kolposkopowy zmiany L SIL po kontrastowaniu kwasem octowym; a) delikatne zmniejszenie przezierności nabłonka płaskiego w strefie przekształceń na godz. 12 i po próbie z płynem Lugola; b) jod negatywny obszar o ostrych granicach. PCR HPV HR dodatnie 56 p16/Ki67 ujemne (źródło: zbiory własne z EVA System)



Rycina 3. Obraz kolposkopowy zmiany HSIL po kontrastowaniu kwasem octowym; a) wyraźne zmniejszenie przezierności nabłonka płaskiego w strefie przekształceń i po próbie z płynem Lugola; b) jod negatywny obszar o ostrych granicach i granicach wewnętrznych w obrębie zmiany. PCR HPV HR 16, hist-pat H SIL- p16 dodatnie (źródło: zbiory własne z EVA System)

Bibliografia

1. Bosch X, Pavonen Y, Polyak M. Cervical cancer elimination as a new goal in XXI millenium. Presented at the COGI Annual Congress 2018 London, UK. 23–25.11.2018.
2. Pańczyszyn A, Boniewska-Bernacka E, Głąb G. Telomeres and Telomerase During Human Papillomavirus-Inducted Carcinogenesis. *Molecular Diagnosis & Therapy* 2018; 22(4): 421–430.
3. van Niekerk WA, et al. Colposcopy, cervicography, speculoscropy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytol* 1998; Jan-Feb; 42(1): 33–49.
4. Simms KT, et al. Optimal Management Strategies for Primary HPV Testing for Cervical Screening: Cost-Effectiveness Evaluation for the National Cervical Screening Program in Australia. *PLoS One* 2017 Jan 17; 12(1).
5. Głąb G. Przesiewowe badanie kolposkopowe z zastosowanie Mobile ODT EVA System. W: Siekierka J, Zimnowoda M, Żurawicka D. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 6*. Opole: PMWSZ w Opolu, Studio Impreso; 2018: 87–90.
6. Ueda Y, et al. ‘Smartscopy’ as an alternative device for cervical cancer screening: a pilot study. *BMJ Innov* 2017 Apr; 3(2): 123–126.
7. Gallay C, et al. Cervical cancer screening in low-resource settings: a smartphone image application as an alternative to colposcopy. *I J Womens Health* 2017 Jun 22; 9: 455–461.
8. Madiedo M, et al. Mobile colposcopy in urban and underserved suburban areas in Baja California, Proc. SPIE 9699, Optics and Biophotonics in Low-Resource Settings II, 96990I; 11 March 2016.
9. Steward R, et al. *Comparison of Mobile Colposcopic Impression to Cytology and HPV Results in a High-Risk US Population*. Sydney: International Papilloma Virus Conference (IPVC); 2018.

Adres do korespondencji:

Grzegorz Głąb

GMW Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej

ul. Juliana Tuwima 1, 45-551 Opole

tel. 602 75 25 69

e-mail: grzegorz.glab@invitrogmw.pl

e-mail: gregglab@gmail.com

Intymna choroba kobiecej duszy – alkoholizm

Anna Jenczura¹, Patrycja Krawczyk²

¹Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
²Katedra Zdrowia Kobiety Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Zdrowie człowieka

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego oraz społecznego człowieka. Ponadto jednostki lub grupy muszą mieć zapewnioną możliwość realizowania dążeń, zaspokajania potrzeb, zmiany środowiska. Zdrowie rozumiane jest jako zasób życiowy (osobisty, społeczny, fizyczny), a nie tylko cel życia. Zdrowia nie określa tylko i wyłącznie brak choroby czy niepełnosprawności [1].

Oczywiste jest, że składowymi stanu zdrowia człowieka są czynniki wewnętrzne, ale także zewnętrzne, do których zalicza się stosowanie różnego typu i rodzaju używek prowadzących do wystąpienia poważnych szkód nie tylko somatycznych, lecz także psychicznych [1,2].

Specyfika uzależnienia kobiet od alkoholu

Pomimo XXI wieku znaczny odsetek społeczeństwa nie rozumie istoty choroby alkoholowej lub inaczej – rozumie ją na swój sposób. W świetle obecnej wiedzy wiadome jest, że alkoholizm jest bardzo trudną jednostką chorobową z uwagi na dwie cechy: przewlekłość i nieuleczalność. Człowiek choruje zatem nieustannie do końca życia. Wbrew pozorom – choroba ta nigdy nie ulega uśpieniu zarówno w umyśle, jak i duszy człowieka [1,3].

Do chwili obecnej nikt na świecie nie opracował pewnej terapii, dającej gwarancję utrzymania dożgonnej abstynencji. Naukowcy, medycy, specjaliści różnych dziedzin przedstawiają kolejne wyniki badań własnych, stawiając następne tezy w odniesieniu do przyczyn rozwoju tej choroby. Według doniesień literatury fachowej,

wiadome jest na pewno, że **choroba alkoholowa kobiet jest zupełnie inną jednostką chorobową niż alkoholizm mężczyzn**. Fakt ten jest podstawą do rozważań na temat istoty tej choroby wśród populacji żeńskiej, analiz sposobów leczenia, doboru terapii [2,3].

Alkoholizm kobiet wykazuje się pewną charakterystyczną specyfiką. Na świecie stale sugeruje się, by różnice występujące pomiędzy obiema płciami a chorobą alkoholową rozgraniczyć – dokonując modyfikacji w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. Mimo wszystko, kryteria uzależnienia od szkodliwego picia alkoholu i zespołu uzależnienia od alkoholu są nadal jednakowe dla obu płci [2].

Kobiety zaczęto włączać do badań dotyczących alkoholizmu dopiero w latach 70. XX wieku. Wcześniej były właściwie wyłączone z badań, zarówno tych o charakterze epidemiologicznym, jak i klinicznym.

W 2005 roku Gąsior – specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – zaprezentował typy alkoholizmu u kobiet:

- **Typ 1** – gdy stwierdza się: brak obciążeń rodzinnych, podwyższony poziom niepokoju, nasilenie przedchorobowych cech lękowo-depresyjnych, nasilenie krytycyzmu, raczej dobrą ocenę sytuacji rodzinnej, materialnej i zawodowej, dominujący motyw podejmowania leczenia – ciągi alkoholowe.
- **Typ 2A** – gdy istnieją: obciążenia rodzinne alkoholizmem, poziom odczuwanego niepokoju jest wysoki, znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, zła ocena sytuacji rodzinnej, materialnej i zawodowej, niski poziom krytycyzmu, dominujące motywy podejmowania leczenia – ciągi alkoholowe oraz psychoza alkoholowa.
- **Typ 2B** – gdy istnieją: obciążenia rodzinne alkoholizmem, poziom odczuwanego niepokoju jest niski, nasilenie przedchorobowych cech socjalnych jest umiarkowane – podobnie jak poziom krytycyzmu, zagrażająca ocena sytuacji rodzinnej, materialnej i zawodowej, dominujące powody podejmowania leczenia: ciągi alkoholowe, nakaz sądowy [3].

Kobięcy model picia

Kobięcy model picia jest zdecydowanie bardziej ukryty w porównaniu z typem męskim. W dużej mierze wynika to z przypisywanej kobiecie roli matki, opiekunki i strażniczki domowego ogniska. Istnieje powszechny stereotyp dotyczący uzależnionych kobiet – czyli zaniedbujących przypisane powinności społeczne. W świetle obecnej wiedzy wiadome jest, że problem alkoholizmu nie omija jednak **żadnej** grupy społecznej i zawodowej. Potwierdzają to liczne wyniki badań, statystyki ośrodków leczenia uzależnień, klubów abstynenta, stowarzyszeń trzeźwościowych [2].

Analizując zatem szereg różnic odnoszących się do spożywania alkoholu w populacji żeńskiej a męskiej, zauważa się:

Różnice biologiczne:

- Kobiety posiadają mniej enzymu ADH w żołądku odpowiedzialnego za metabolizowanie części alkoholu przed jego całkowitym wchłonięciem (przy identycznej dawce alkoholu do wątroby kobiety dopłynie o 40% więcej alkoholu niż do wątroby mężczyzny),
- kobiety wykazują szybszy metabolizm alkoholu w porównaniu z rozwojem dysfunkcji poalkoholowych,
- u kobiet występuje większa ilość tkanki tłuszczowej niż wody (stężenie alkoholu będzie wyższe we krwi, ponieważ alkohol rozpuszcza się w wodzie),
- estrogeny powodują znacznie lepsze wchłanianie się alkoholu (metabolizm różny względem okresów cyklu miesięczkowego – najbardziej ryzykowny czas spożywania alkoholu dotyczy okresu przed owulacją oraz drugiej połowy cyklu, a także podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej).

Różnice psychologiczne:

- Kobiety najczęściej rozpoczynają picie z powodu samotności,
- często alkoholizmowi towarzyszą depresje, stany lękowe, zaburzenia łaknienia,
- kobiety często nie wyrażają agresji wprost – gniew przeradza się w depresję (alkohol poprawia nastrój),
- często powodem picia jest sytuacja domowa,
- kobiety piją również z powodu traumatycznych przeżyć, wydarzeń życiowych, stresu,
- spożywanie alkoholu powoduje u kobiet wystąpienie silnych dysfunkcji psychomotorycznych (prowadzenie samochodu), ale jednocześnie kobiety rzadziej niż mężczyźni wykazują skłonność do ryzykownych zachowań.

Różnice socjokulturowe:

- Wobec kobiet istnieją odmienne wymagania etyczne i moralne,
- następuje szybsze odrzucenie uzależnionej kobiety przez społeczeństwo,
- uzależnione kobiety szybciej wypadają z pełnionych ról społecznych,
- u kobiet dostrzega się brak czasu na leczenie z powodu pełnionych funkcji usługowych i społecznych (brak czasu na koncentrację wyłącznie względem własnej osoby) [4,5].

Ponadto podjęcie szeregu prac badawczych i analiz teoretycznych skoncentrowanych na tematyce alkoholizmu u kobiet wykazały specyfikę problemów alkoholowych w tej grupie:

- kobiety zazwyczaj w wieku późniejszym niż mężczyźni zaczynają spożywać alkohol,

- szybciej doświadczają negatywnych skutków nadużywania alkoholu w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym,
- występowanie alkoholizmu w rodzinie najprawdopodobniej pełni mniejszą rolę w etiologii jego powstawania niż u mężczyzn,
- kobiety zgłaszają więcej problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, zawodowym, zdrowiem i finansami,
- u kobiet występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych niż u mężczyzn, zwłaszcza odnoszących się do zaburzeń lękowych i depresyjnych,
- kobiety wykazują większe poczucie winy oraz krytycyzm wobec uzależnienia,
- do częstych zwiastunów pojawienia się problemów alkoholowych zalicza się: nadużywanie alkoholu w wieku dorastania, zaburzenia seksualne, wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych,
- kobiety wykazują swoiste potrzeby fizyczne, społeczne oraz problemy psychologiczne (stąd konieczność tworzenia żeńskich programów leczenia),
- u pijących kobiet występuje zwiększone ryzyko nowotworów sutka,
- kobiety pijące mają szczególne predyspozycje do wystąpienia ostrych form osteoporozy,
- alkoholizm kobiety powoduje częste występowanie anomalii rozwojowych u potomstwa,
- kobiety pijące częściej doświadczają przemocy ze strony partnera,
- kobiety uzależnione częściej popełniają samobójstwa,
- kobiety też częściej są rozwiedzione (na 10 małżeństw pijących kobiet, 9 ulega rozpadowi; przeciwnie – na 10 małżeństw pijących mężczyzn, 1 ulega rozpadowi) [4–6].

Specyfika terapii kobiet

Specyfika terapii kobiet polega na:

- często błędnym rozpoznaniu choroby (nerwica, depresja),
- stosowaniu przez kobiety mechanizmów obronnych mających charakter manipulacyjny (szczególnie skierowany w terapeutów-mężczyzn),
- preferowaniu przez chore terapii indywidualnej, by uniknąć piętna innych osób,
- unikaniu przez uzależnione terapeutów płci męskiej w przypadku, gdy doświadczyły przemocy ze strony mężczyzn,
- poruszaniu tematów podczas terapii dotyczących w szczególności: poczucia własnego „ja” jako matki, w relacji z mężczyzną, życia seksualnym, poczucia wstydu, winy, problemu samooceny oraz poczucia własnej wartości [4,7].

Powikłania zdrowotne alkoholizmu

Konsekwencje spożycia alkoholu przedstawiają dane raportu WHO z marca 2012 roku, gdzie za ponad 30% przypadków chorób i wypadków uznano spożycie alkoholu, co z kolei wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych odpowiednio dla populacji męskiej: > 10 litrów czystego alkoholu na rok, a populacji żeńskiej: > 7,5 litra. Ponadto odnotowano, że skutki spożywania alkoholu przez osoby poniżej 15. roku życia pięciokrotnie przewyższają zagrożenia zdrowotne występujące w grupie pijących kobiet powyżej 21. roku życia [8].

Powikłania somatyczne alkoholizmu

Szereg różnego rodzaju powikłań somatycznych jest wynikiem toksycznego działania alkoholu oraz jego metabolitów na narządy i układy organizmu. Niekorzystny wpływ mają także: nieprawidłowe odżywianie, niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin. W populacji osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się zwiększoną podatność na infekcje i choroby zakaźne, większą wypadkowość (częstsze urazy czaszki). Reakcje osobnicze na substancje alkoholowe mogą być różne, ponieważ pozostają zależne od czynników fizycznych i psychicznych [9,10].

Zaburzenia seksualne uzależnionych kobiet

Problemy seksualne mają ogromny wpływ na dezingerowanie życia psychicznego (niejednokrotnie nie mniejszy niż samo uzależnienie). Zaburzenia seksualne drastycznie wpływają na samoocenę, stan psychiczny i jakość relacji partnerskich, jak również motywację do ich rekonstruowania. Problemy życia seksualnego mogą modyfikować przeżywanie głodu alkoholowego oraz zwiększać ryzyko powrotu do nałogu. Istnieje również możliwość występowania sumarycznego uzależnienia od alkoholu i zachowań seksualnych w związku z zaburzeniem seksualnym o typie parafili [10,11].

Mechanizmy prowadzące do powstania zaburzeń seksualnych i stosowania substancji psychoaktywnych są powiązane w dwojaki sposób. Pierwszym jest fakt, że problemy seksualne mogą inicjować sięganie po alkohol z potrzeby zmniejszenia lęku, napięcia psychicznego oraz pokonania wstydu. Często substancje alkoholowe są wykorzystywane w celu przełamania nieśmiałości w relacjach z partnerem oraz zwiększeniu poczucia własnej atrakcyjności. Z drugiej strony alkohol staje się motywatorem w dążeniu do uzyskania wzmocnionych doznań seksualnych [9,12].

Populacja kobiet uzależnionych od alkoholu pozostaje wciąż niedostatecznie zbadana pod względem występujących zaburzeń seksualnych. Do chwili obecnej badania Beckmana wykazały, że ten rodzaj uzależnienia niekorzystnie wpływa na pra-

widłowość cyklu menstruacyjnego oraz prowadzi do zmian uwidaczniających się w pożądaniu seksualnym [13]. Według badań przeprowadzonych przez Beckmana i Ackermana alkohol subiektywnie obniża fizjologiczne pobudzenie organizmu oraz powoduje zmiany w prezentowanych zachowaniach seksualnych [14]. Nadmierne spożywanie alkoholu często staje się motywatorem do podejmowania ryzyka w kontaktach seksualnych, w tym czynów karalnych, do których zalicza się wykorzystywanie seksualne [15]. Badania dotyczące wpływu stosowania substancji alkoholowych na liczbę nadużyć seksualnych są ograniczone z powodu stosunkowo małych grup badanych w tematycznie porównywanych projektach [16].

Dowodzono, że zaburzenia seksualne występujące u osób uzależnionych są w dużej mierze wynikiem wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie, niejednokrotnie czynów kazirodczych [17]. Ponadto przemoc seksualna wpływa w dorosłym życiu na niższy poziom ogólnego szczęścia w relacji partnerskiej, powodując występowanie różnego typu dysfunkcji seksualnych, a w konsekwencji często prowadzi do alkoholizmu [18].

Długotrwałe i nadmierne stosowanie alkoholu prowadzi do osłabienia ogólnej wydolności seksualnej. Wśród najczęstszych zaburzeń seksualnych odnotowuje się:

- osłabienie popędu płciowego,
- zmniejszenie wydzielania śluzu szyjkowego,
- zaburzenia cyklu miesięczkowego (zmiany zanikowe jajników, zahamowanie owulacji),
- obniżoną płodność,
- większą częstotliwość poronień samoistnych,
- wcześniejszą menopauzę,
- obniżenie reakcji seksualnych,
- zaburzenia pożądania,
- zaburzenia reakcji genitalnej (lubrykacji i obrzmienia narządów płciowych oraz brodawek sutkowych),
- zaburzenia przyjemności seksualnej,
- zaburzenia orgazmu [10,19].

Zaburzenia w układzie endokrynnym

Niezależnie od płci choroba alkoholowa powoduje zmiany w układzie wydzielania wewnętrznego. Spożywanie alkoholu prowadzi do powstania różnorodnych zaburzeń hormonalnych. Wpływ regularnego spożywania alkoholu na jajniki oraz ogólną gospodarkę hormonalną kobiety jest opracowany w literaturze w niewielkim stopniu. Dowiedzono, że długoletni alkoholizm wpływa na powstawanie procesów zanikowych jajników oraz zahamowanie owulacji, co zmniejsza płodność i szanse na potomstwo, a jednocześnie zwiększa liczbę poronień samoistnych. Często alkoholizm powoduje bezpłodność. Spożywanie alkoholu przed okresem pokwitania

może być przyczyną opóźnienia dojrzewania płciowego poprzez obniżenie stężenia hormonu wzrostu oraz hormonu luteinizującego LH. Zmiany hormonalne u kobiet prowadzą do maskulinizacji ujawniającej się w formie zarostu nad górną wargą oraz grubego, niskiego tembru głosu. Nadużywanie alkoholu w sposób niekorzystny wpływa na wydzielanie hormonów tarczycy, obniżając poziom trójiodotropiny oraz kory nadnerczy, gdzie obserwuje się podwyższony poziom kortyzolu. Ponadto powoduje rozchwianie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej. Wieloletni alkoholizm powoduje szybsze wkroczenie w okres menopauzalny [20].

Badania Longnecker i Tseng donoszą, że brak w literaturze badań potwierdzających wpływ alkoholu na układ endokrynologiczny kobiety. Wyniki autorów ukazują niski poziom estrogenów u kobiet będących po menopauzie, co nie różni się z obrazem hormonalnym populacji kobiet wolnych od nałogu alkoholowego [21].

Ciąża, okres prenatalny

Po upływie 40–60 minut od spożycia alkoholu, wartość jego stężenia we krwi płodu jest równoznaczna z wartością w krwioobiegu matki. Skutki picia alkoholu w ciąży wpływają na powstawanie wielu niekorzystnych zmian w zakresie funkcjonowania całego organizmu [9].

Płodowy zespół alkoholowy FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*) jest najpoważniejszym powikłaniem wywołanym działaniem alkoholu na płód.

Do grupy charakterystycznych cech zespołu FAS należą:

- niska masa urodzeniowa,
- zły stan ogólny noworodka,
- częste wady serca oraz stawów,
- opóźnienie rozwoju psychomotorycznego,
- współistnienie licznych wad rozwojowych (w szczególności twarzy i układu kostno-stawowego),
- zaburzenia neurologiczne,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia sprawności intelektualnej,
 - klinicznie:
 - mniejsza liczba zwojów w mózgu (mikorefalia),
 - mniejsza liczba komórek mózgowych,
 - mniejsza liczba neuronów,
 - deficyt funkcji hipokampa (ośrodka świeżej pamięci),
 - w przyszłości:
 - opóźniony wzrost,
 - osłabienie koncentracji, trudności w nauce,
 - osłabienie zdolności koncentracji uwagi [10,22].

Konsekwencje FAS są drastyczniejsze w sytuacji, jeśli matka spożywa alkohol od samego początku ciąży. Płód jest szczególnie wrażliwy na skutki działania alkoholu we wczesnej fazie ciąży, kiedy ma miejsce proces organogenezy (tworzenia się narządów – zaczątków organów). Substancje alkoholowe w sposób szkodliwy wpływają na proces podziału komórkowego, co wiąże się z ryzykiem powstania uszkodzeń. Spośród gamy tworzących się narządów najbardziej wrażliwy jest mózg płodu [22].

U noworodków pijących matek zauważa się bezpośrednio po porodzie objawy zespołu abstynencyjnego w postaci: wzmożonego napięcia mięśniowego, zaburzeń snu, płaczliwości, trudności w ssaniu piersi, osłabieniu i drżeniu ciała. Obserwuje się tendencję do porodów przedwczesnych [9].

Bibliografia

1. Beckman LJ. Treatment needs for women with alcohol problems. *Alcohol Health Res World* 1994; 18(3): 206–211.
2. Dudek K. Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu. *Kwart Nauk* 2001; 4(8): 14–28.
3. Gąsior K. Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkoh Narkom* 2005; 18(1/2): 39–56.
4. Chuchra M. Specyfika uzależnienia kobiet od alkoholu. *Curr Probl Psychiatry* 2012; 13(1): 34–38.
5. Clark AH, Foy DW. Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women* 2000; 6(1): 37–48.
6. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373: 492–501.
7. Kresimon E, Krupka-Matuszczyk I, Karnowska-Węglewska A, Stokowacka-Zakrzewska M. Alkoholizm u kobiet. *Lekarz* 2005; 10: 76–81, 87.
8. Currie C, ed. Social determinants of health and well-being among young people: health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. [Copenhagen]: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
9. Woronowicz BT. *Na zdrowie: jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Poznań: Media Rodzina. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia; 2008.
10. Woronowicz BT. *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia; 2009.
11. Nappi R, Salonia A, Traish AM, van Lunsen RH, Vardi Y, Kodiglu A, et al. Clinical biologic pathophysiology of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005; 2(1): 4–25.
12. Donnerstein L, Leher P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age and menopause in 12 European countries. *Menopause* 2004; 11(6 Pt 2): 778–785.
13. Habrat B. Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie. *Przew Lek* 2000; 3: 86, 88–91.
14. Beckman LJ, Ackerman KT. Women, alcohol and sexuality. *Recent Dev Alcohol* 1995; 12: 267–285.
15. George WH, Stoner SA. Understanding acute effects on sexual behavior. *Annu Rev Sex Res* 2000; 11(1): 92–124.

16. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33(3): 223–232.
17. Plant M, Miller P, Plant M. Childhood and adult sexual abuse: relationships with alcohol and other psychoactive drug use. *Child Abuse Rev* 2004; 13(3): 200–214.
18. Plant ML, Miller P, Plant MA. Sexual abuse in childhood, alcohol consumption and relationships with a partner. *J Subst Use* 2007; 12(1): 49–57.
19. Cheng JY, Ng EM, Chen RY, Ko JS. Alcohol consumption and erectile dysfunction: meta-analysis of population-based studies. *Int J Impot Res* 2007; 19(4): 343–352.
20. Świdorska-Kończak G, Kumański K, Parka B. Alkohol a stres oksydacyjny. *Kosmos* 2012; 61(1): 93–103.
21. Longnecker MP, Tseng M. Alcohol, hormones and postmenopausal women. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(3): 185–189.
22. Czech E, Hartleb M. Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniania przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci. *Alkoh Narkom* 2004; 17(1/2): 9–20.

Adres do korespondencji:

Anna Jenczura

Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Położnictwo

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

tel. 505 849 747

e-mail: annamariajenczura@gmail.com

Aspiracje edukacyjne i zawodowe studentów pielęgniarstwa i położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Iwona Sobieraj

Instytut Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Opolski

Wstęp

Aspiracje są definiowane w socjologii jako świadome dążenie do osiągnięcia określonych dóbr materialnych lub niematerialnych, wyznaczonego sobie celu, realizacji przyjętych planów, które są uznawane przez jednostkę lub społeczeństwo za godne pożądania [1]. Stanowią ważny czynnik motywujący jednostkę do działania, o ile jest ona przekonana o realnej możliwości ich osiągnięcia [2]. Aspiracje można rozpatrywać z uwagi na takie kryteria, jak:

- przedmiot (aspiracje materialne lub niematerialne),
- treść (aspiracje edukacyjne, zawodowe, społeczne, ludyczne),
- zamierzony poziom realizacji (aspiracje niskie i wysokie),
- możliwości realizacji (aspiracje zawyżone, realistyczne i zaniżone),
- podejmowanie działań realizujących (aspiracje życzeniowe i działaniowe),
- czas realizacji (aspiracje aktualistyczne i perspektywiczne),
- poziom uświadomienia (uświadomione i nieuświadomione) [3].

Badania socjologiczne ukazują związek pomiędzy aspiracjami edukacyjno-zawodowymi młodzieży a takimi czynnikami, jak wykształcenie i pozycja społeczno-zawodowa rodziców, miejsce zamieszkania (wieś–miasto), kapitał kulturowy i status ekonomiczny rodziny [4]. Na kształtowanie się aspiracji młodzieży wpływa nie tylko rodzina, ale też środowisko społeczne, w tym rówieśnicy i grupy odniesienia, z którymi jednostka się identyfikuje. Istotną rolę w kreowaniu aspiracji młodego pokolenia pełni również szkoła, która poprzez swoje oddziaływania edukacyjne i wychowawcze może pobudzać określone aspiracje uczniów i studentów oraz ukazywać możliwości ich realizacji. Aspiracje edukacyjne i zawodowe wyznaczają kierunki rozwoju jednostek, a w konsekwencji całej zbiorowości.

Wartość wyższego wykształcenia jest doceniana przez większość społeczeństwa: 86% Polaków uważa, że warto się kształcić [5]. Jednocześnie trwa dyskusja publiczna na temat zmiany masowego modelu kształcenia w system bardziej elitarny. Wątpliwości, czy ma sens kształcenie tak dużej liczby osób na poziomie wyższym, podważają jednak analizy statystyczne i społeczne. M. Szreder, odnosząc się do danych OECD, GUS i CBOS, wskazał na korzyści wynikające z większego udziału osób z wyższym wykształceniem w społeczeństwie. Należy do nich wyższy (niż dla pozostałych poziomów) wskaźnik zatrudnienia osób z wyższym wykształceniem sięgający 78%. Ponadto nawet 20-procentowa różnica poziomu aktywności zawodowej – osoby wysoko wykształcone częściej są aktywne na rynku pracy i dłużej pozostają aktywne zawodowo. Również stopa bezrobocia dla osób z wyższym wykształceniem jest ponaddwukrotnie niższa niż w pozostałych grupach. Od poziomu wykształcenia jest także uzależniona skłonność Polaków do podejmowania doksztalcenia. W całym społeczeństwie wynosiła ona 3,7% w 2016 roku, jednak różnicowała się bardzo w zależności od poziomu wykształcenia od 68,3% dla osób z wykształceniem wyższym lub policealnym, poprzez 22,6% dla osób z wykształceniem średnim, 7,1% – z wykształceniem zawodowym, do 2,1% dla osób z wykształceniem podstawowym [6].

Postęp w obszarze ochrony zdrowia w danym kraju jest w dużym stopniu uzależniony od jakości pracy personelu medycznego. Wymaga ustawicznego doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji kadry medycznej. Wymóg profesjonalizacji i specjalizacji wynika z dynamicznego rozwoju nauki i technologii, a odpowiadający mu, określony ustawowo, obowiązek aktualizowania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych staje się nieodłącznym czynnikiem doświadczenia zawodowego pielęgniarek/rzy i położnych/ików [7].

Cel badania

Zarysowana we wstępie problematyka została postawiona jako cel badawczy w sondażu diagnostycznym przeprowadzonym wśród studentów kierunków położnictwo (I, II i III rok) oraz pielęgniarstwo (I rok) PMWSZ w Opolu. Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło ich aspiracji edukacyjnych, drugie natomiast planów i oczekiwań zawodowych. Dodatkowym, dydaktycznym zamierzeniem realizacji ankiety było zapoznanie studentów w ramach zajęć z Socjologii z projektowaniem i wykorzystaniem narzędzi internetowych do realizacji badań on-line i analizy zebranych materiałów. Uzyskane wyniki mogą stanowić materiał diagnostyczny do praktycznego wykorzystania przez pracowników PWMSZ w projektowaniu dalszego rozwoju edukacyjnego i zawodowego studentów oraz przez pracodawców w celu poznania oczekiwań i preferencji przyszłych absolwentów. Badanie nawiązuje także do artykułu M. Smolenia i E.M. Kędry, w którym przedstawione zostały motywy wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w PWMSZ w Opolu na podstawie badań przeprowadzonych w 2016 roku wśród 181 studentów. Pytania zaplanowane zostały tak, aby stanowiły kontynuację i zarazem poszerzenie podjętej w nim tematyki [5].

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone techniką ankiety internetowej (CAWI) zrealizowanej w okresie od listopada do grudnia 2018 on-line przy użyciu autorskiego formularza opracowanego w aplikacji google docs. Ankieta była współtworzona przez autorkę oraz mgr Małgorzatę Zimnowodę, natomiast w jej realizację ze studentami zaangażowane były mgr Iwona Łuczak i mgr Danuta Żurawicka z PWMSZ w Opolu. Kwestionariusz wypełniło 153 studentów. Ankieta składała się z piętnastu pytań oraz metryki uwzględniającej takie charakterystyki, jak płeć, wiek, poziom, rok i kierunek studiów, miejsce stałego zamieszkania. Pytania dotyczyły takich kwestii, jak: satysfakcja z wybranego kierunku studiów; zgodność wybranego kierunku studiów z zainteresowaniami; pozostałe czynniki mające wpływ na wybór danego kierunku studiów oraz wybór uczelni; plany dalszego kształcenia na drugim stopniu, studiach podyplomowych, specjalizacji, kursach i w innych formach; plany zawodowe, w tym: preferowany rodzaj i miejsce zatrudnienia; plany pracy w kraju lub za granicą; motywacja do poszukiwania pracy za granicą; pozytywne oraz negatywne czynniki motywujące w miejscu pracy.

Badana grupa składała się w 98% z kobiet. Wśród respondentów 88 osób (57,5%) studiowało położnictwo, a 65 (42,5%) pielęgniarstwo. Większość respondentów (88,9%) realizowała studia I stopnia, natomiast 10% – studia II stopnia. Dominowali studenci deklarujący, że ich miejscem stałego zamieszkania jest wieś (57,5%). Studenci pochodzący z miast do 100 tys. mieszkańców stanowili 27%, natomiast studenci z miast powyżej 100 tys. mieszkańców stanowili najmniejszą grupę (15%). Ponad połowa (51,6%) respondentów pochodziła z województwa opolskiego, a co piąty z województwa śląskiego (18,9%). Prezentacja wyników badań ma postać analiz częstości oraz tabel krzyżowych uwzględniających wybrane zmienne.

Tabela 1. Miejsce stałego zamieszkania respondentów

Miejsce stałego zamieszkania	Częstość	Procent
W Opolu	21	13,73
W województwie opolskim	79	51,63
W województwie śląskim	29	18,95
W województwie dolnośląskim	10	6,54
W województwie wielkopolskim	4	2,61
W województwie łódzkim	4	2,61
W województwie małopolskim	1	0,65
Poza województwem opolskim/nie określone województwo)	5	3,27
Suma	153	100,00

Wyniki

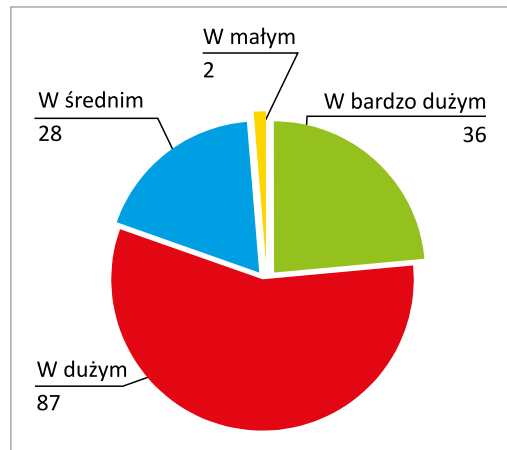
Większość studentów była zadowolona (88,9%) z wybranego kierunku studiów i deklarowała, że jest on zgodny z ich zainteresowaniami w bardzo dużym (23,5%) lub dużym (56,9 %) stopniu. Co piąty (18,3%) student uważał, że wybrany kierunek jest średnio zgodny z jego własnymi zainteresowaniami. Jedynie pięciu studentów nie było zadowolonych z wybranego kierunku studiów (3,3%). Poziom deklarowanej zgodności kierunku studiów z zainteresowaniami wzrastał wśród studentów położnictwa na 2. i 3. roku studiów (ryc. 1).

Wśród czynników, które wpłynęły na wybór kierunku studiów, dominowały elementy motywacji wewnętrznej: respondenci wskazywali najczęściej na własne zainteresowania (54,2%) i poczucie powołania (43,1%), a w dalszej kolejności znalazły się elementy motywacji zewnętrznej, w tym takie czynniki, jak: możliwość znalezienia pracy blisko domu (27,5%), możliwość znalezienia pracy w kraju (23,5%) lub za granicą (16,3%) oraz przydatność praktyczna studiów (17,6%). Motywacja wewnętrzna wyboru kierunku studiów wystąpiła wśród 3/4 studentów (ryc. 2).

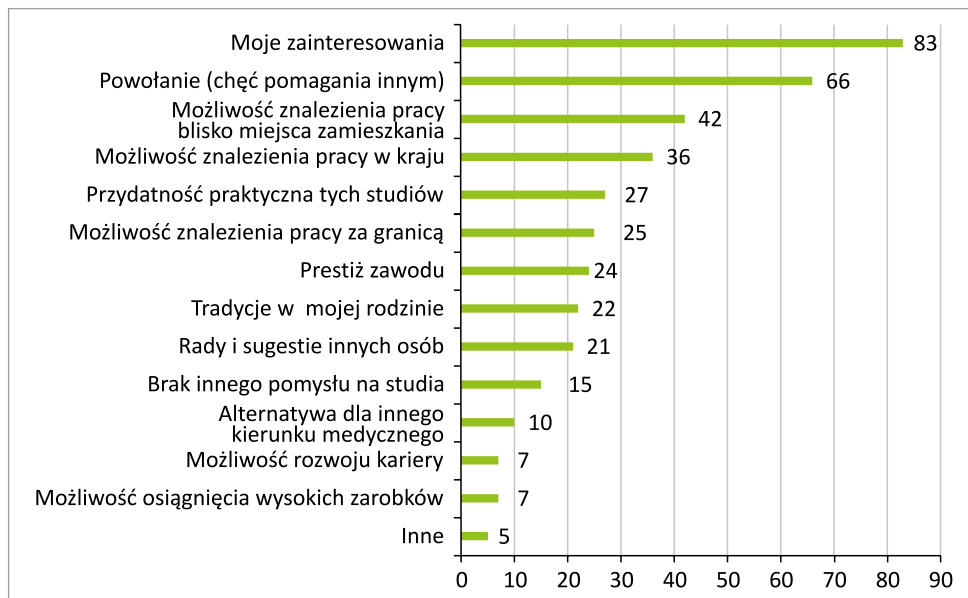
Studentom zadano także pytanie o motywy wyboru tej konkretnej uczelni. Wśród głównych czynników znalazła się bliskość od miejsca zamieszkania badanych (60,8%), możliwość realizacji praktyk zawodowych (22,2%), rady rodziny i znajomych (18,3%), renoma uczelni (17%).

Aspiracje edukacyjne respondentów zbadano, pytając o zamiar dalszego kształcenia na studiach II stopnia, a także zamiar ukończenia studiów podyplomowych, specjalizacji lub kursów doszkalających. Pytanie to miało charakter półotwarty, respondenci, którzy zadeklarowali chęć dalszego kształcenia, mogli zadeklarować poziom kształcenia, jego formę i tematykę. Większość studentów (77,1%) zamierzała dalej się kształcić. Byli to przede wszystkim studenci I stopnia, którzy deklarowali zamiar ukończenia studiów II stopnia na tym samym kierunku. Ponadto 13,7% studentów chciałoby ukończyć dodatkowe kursy i szkolenia, natomiast 9,2% zamierzało ukończyć jeszcze inne studia I stopnia (ryc. 3).

Wśród najczęściej wymienianych przez studentów specjalizacji, studiów podyplomowych i kursów, które chcieliby dodatkowo ukończyć, znalazły się: specjalizacja (m.in. z ginekologii, z opieki okołoporodowej), kurs pielęgniarstwa i po-



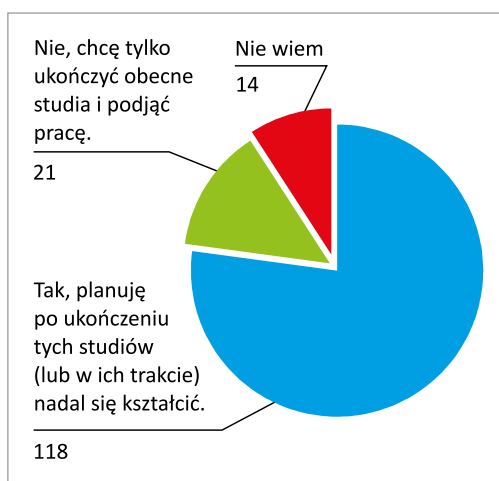
Rycina 1. Deklarowana przez respondentów zgodność z wybranego kierunku studiów z ich zainteresowaniami (źródło: badania własne)



Rycina 2. Czynniki mające wpływ na decyzję respondenta o wyborze kierunku kształcenia (źródło: badania własne)

łożnej środowiskowej, ratownictwo medyczne, doradztwo laktacyjne, język migowy, a także kursy z języków obcych. Wśród wymienianych kierunków studiów, które respondenci chcieliby dodatkowo ukończyć, znalazły się: psychologia, pedagogika, fizjoterapia i farmacja. Na gotowość do dalszego kształcenia wpływał poziom studiów oraz miejsce stałego zamieszkania respondentów (studenci II stopnia oraz mieszkający na wsi rzadziej niż pozostali deklarowali gotowość dalszego kształcenia).

Kolejne pytania dotyczyły planów zawodowych respondentów. Studenci zostali poproszeni o określenie preferowanego typu pracodawcy, u jakiego chcieliby podjąć zatrudnienie po studiach. Największa część (38,6%) studentów nie potrafiła jeszcze określić swoich preferencji, co jest zrozumiałe z uwagi na dominującą grupę studentów pierwszego roku studiów. Druga z kolei (30,7%) grupa zadeklarowała chęć pracy tylko w instytucjach publicznych, a trzecia (15,7%) tylko w instytucjach



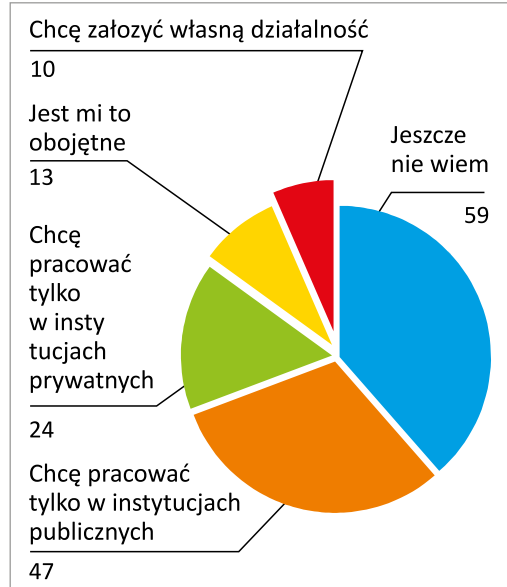
Rycina 3. Plany respondentów wobec dalszego kształcenia (źródło: badania własne)

prywatnych. Jedynie 6,5% studentów uważało, że najlepiej jest założyć własną działalność gospodarczą. Części studentów (8,5%) było obojętne jaki rodzaj zatrudnienia podejmą (ryc. 4).

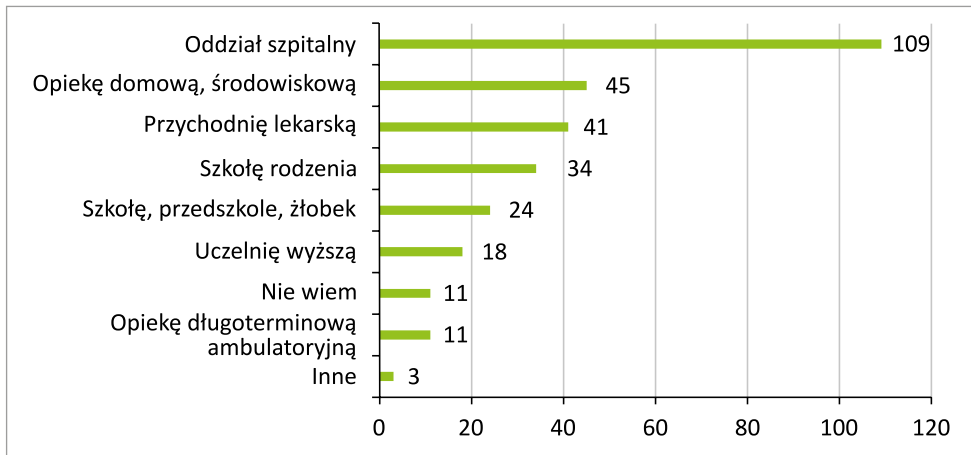
Zapytaliśmy także, w jakich instytucjach/firmach studenci chcieliby pracować po studiach. Wśród wyborów przeważał oddział szpitalny (71,2%), opieka domowa – środowiskowa (29%), przychodnia lekarska (26,6%), szkoła rodzenia (22,2%), szkoła, przedszkole lub żłobek (15,7%), uczelnia wyższa (11,8%) (ryc. 5).

Swoje wybory studenci uzasadniali odwołując się przede wszystkim do własnej motywacji wewnętrznej (własnych zainteresowań, chęci kontaktu z ludźmi, poczucia powołania do pomocy innym, możliwości samorozwoju). Wśród wymienionych przez studentów czynników zewnętrznych pojawiły się takie, które odnosiły się do warunków pracy, jej wygody, stałych godzin pracy, braku monotoności, kontynuacji tradycji rodzinnych i wysokości zarobków. Przykładowe wypowiedzi:

- „Interesuje mnie praca z ludźmi, którzy szanują moją pracę, chcę przekazywać zdobytą wiedzę swoim pacjentom oraz zachęcać ich do zdrowego trybu życia, co jest możliwe na oddziale szpitalnym oraz gdy byłabym położną POZ”.



Rycina 4. Preferowany przez respondentów rodzaj zatrudnienia (źródło: badania własne)



Rycina 5. Preferowane miejsce pracy po studiach (źródło: badania własne)

- „Lubię opiekować się ludźmi, chcę być dla nich wsparciem podczas choroby, przebywania w szpitalu”.
- „Opieka domowa, ponieważ wydaje mi się, że ludzie korzystający z takiej opieki są samotni i jest im potrzebna specjalna uwaga i opieka. A w szpitalu, ponieważ zawsze było to moim marzeniem”.
- „Babcia była lekarzem w przychodni”.
- „Praca w przychodni wydaje się wygodną opcją, pielęgniarka/rz środowiskowy – tak jak wyżej, praca na oddziale wiąże się z nowymi doświadczeniami, pojawieniem się adrenaliny, ciągłym rozwojem”.
- „Oddziały szpitalne dają świetną możliwość samorozwoju i kształcenia każdego dnia. Praca nie jest monotonna, codziennie można odnaleźć coś zaskakującego. Podobnie jest ze szkołą rodzenia”.
- „Po studiach widzę siebie w pracy na oddziale szpitalnym, uważam, że w tego rodzaju pracy jest możliwy największy rozwój osobisty oraz pogłębianie swoich umiejętności, można nabierać dużą ilość doświadczenia, mierzyć się z różnymi sytuacjami wymagającymi mojego zaangażowania, wykazania się wiedzą oraz podejściem do pacjenta. Lubię adrenalinę i podejmowanie ważnych, często ryzykownych decyzji”.
- „Praca na oddziałach szpitalnych poszerza umiejętności praktyczne i teoretyczne. Zdobywamy doświadczenie. Szkoła rodzenia pozwala pomóc przyszłym rodzicom zrozumieć fizjologię porodu, chciałabym im w tym pomagać”.
- „Praca bezpośrednio z pacjentem, stałe godziny pracy. Tę formę pracy najbardziej poznaliśmy na praktykach”.
- „Nie da się ukryć, że praca np. w szpitalu jest bardzo ciężka i składa się głównie z obowiązków pielęgnacyjnych i leczniczych. Natomiast mnie interesuje bardziej rozmowa z pacjentem, doradzanie mu i edukowanie, dlatego szkoła rodzenia i przychodnia jest bardzo dobrym rozwiązaniem”.

Wśród czynników, które zdaniem studentów miałyby na nich bardzo ważny pozytywny wpływ przy wyborze miejsca pracy, znalazły się: gwarancja stałego zatrudnienia (73,9%), dobra atmosfera w miejscu pracy (69,9%), zgodność z wykształceniem (59,0%), możliwość doskonalenia swoich umiejętności (56,2%). Studenci przykładali niższą wagę do takich czynników, jak prestiż miejsca pracy (19,0%), czy możliwość elastycznego czasu pracy (32,0%). Wśród czynników negatywnych w podejmowaniu decyzji o zatrudnieniu na pierwszym miejscu znalazły się: zła atmosfera w pracy, stres (69,0%), brak pewności stałego zatrudnienia (58,0%) i niska pensja (49,0%).

W badaniu została poddana analizie również kwestia stosunku studentów do migracji zarobkowej. W ankiecie zapytano o to, czy swoją przyszłość zawodową wiąże z Polską, jeśli tak, to z jakim województwem, a jeśli nie, to do jakiego kraju chcieliby wyjechać. Podobna część badanych (ponad 1/3) planowała pozostać i pracować w kraju, choć poza województwem opolskim (53 wskazania, w tym najwięcej na województwa: śląskie – 28 i dolnośląskie – 12), co pozostać w województwie opolskim

(53 wskazania). Po kilku studentów zamierzało podjąć pracę w województwach: poznańskim, mazowieckim, łódzkim, małopolskim. Studenci, którzy planowali pracować w województwie śląskim, opolskim i dolnośląskim, najczęściej uzasadniali to chęcią bycia blisko domu rodzinnego. Niektóre wskazania natomiast podyktowane były łatwością znalezienia pracy (wielkopolskie) oraz wysokimi zarobkami (mazowieckie, dolnośląskie), a także chęcią przeprowadzenia się do dużego miasta (dolnośląskie, małopolskie). Studenci, którzy planują po studiach wyjechać za granicę, stanowili 8,5% badanych (ryc. 6).

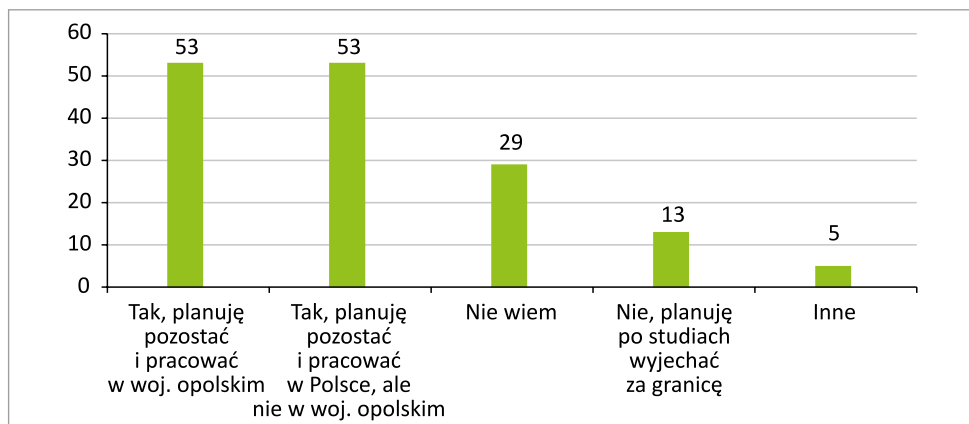
Wśród wymienianych przez studentów krajów docelowych migracji zarobkowej znalazły się przede wszystkim kraje europejskie, między innymi: Niemcy, Wielka Brytania, Szwecja, Szwajcaria, Norwegia, a spoza Europy Stany Zjednoczone i Kanada (ryc. 7).

Możliwość wyjazdu zagranicznego w celach zarobkowych jest uwarunkowane przez wiele czynników (teoria *push-pull*). Niektóre z nich mają charakter wypychający (demotywiają do pozostania), a inne przyciągający (motywią do wyjazdu) [7]. Najwięcej studentów jako czynnik motywujący do podjęcia pracy za granicą uznała perspektywę wyższych zarobków niż w Polsce 80,9% (55 wskazań). W dalszej kolejności lepsze warunki pracy 58,8% (40 wskazań) i możliwość poznania innych krajów i kultur 33,8% (23 wskazania), a także lepsze perspektywy rozwoju zawodowego 20,6% (14 wskazań) (ryc. 8).

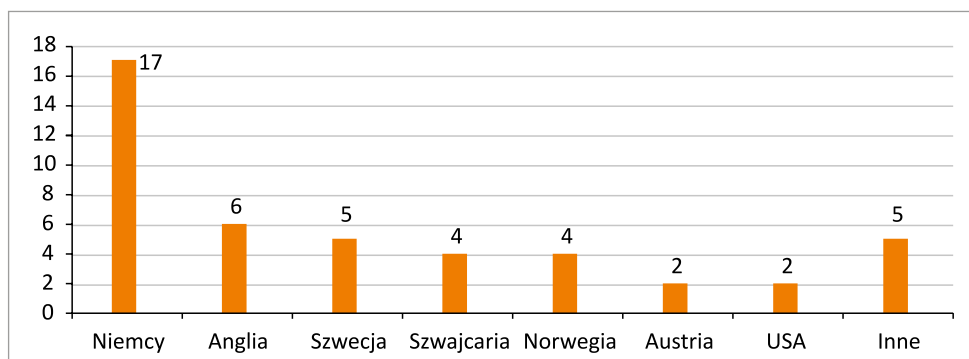
Obecnie wraz ze zmianą sytuacji na rynku pracy czynniki wypychające związane z bezrobociem zanikają (1 wskazanie), a istotniejszą rolę odgrywają czynniki związane z warunkami pracy, jakością zatrudnienia.

Dyskusja

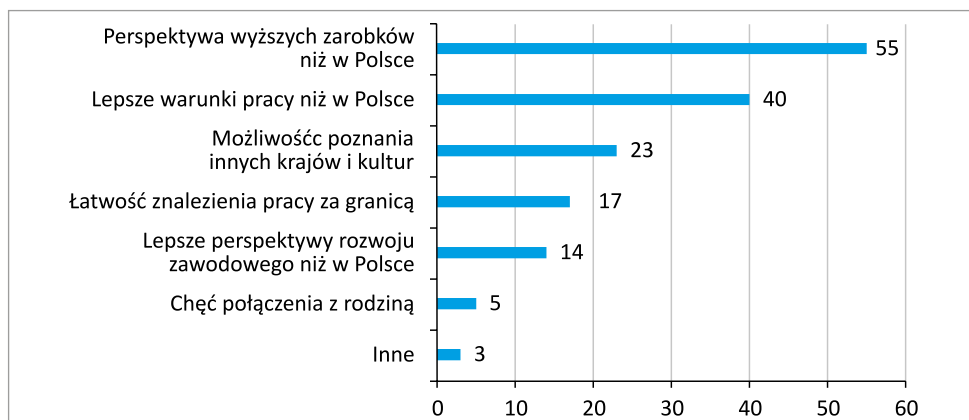
Zachodzący od lat 90. XX wieku postępujący wzrost odsetka młodych ludzi kończących studia wyższe (od 6,5% w 1988 roku do 43% w 2017 roku) stanowił początkowo efekt reformy systemu oświaty z 1991 roku, która dała możliwość zakładania niepublicznych szkół wyższych. Obecnie ważnym czynnikiem wpływającym na strukturę wykształcenia jest niż demograficzny, który sprawia, że liczba miejsc na uczelniach jest relatywnie wyższa w stosunku do liczby kandydatów, co umożliwia podjęcie studiów większej części młodzieży z każdego rocznika. Dodatkowo utrzymuje się wysoki poziom aspiracji edukacyjnych młodych ludzi, rozbudzony w okresie wysokiego bezrobocia i rywalizacji absolwentów na rynku pracy [6]. Sytuacja ta znalazła odzwierciedlenie w badaniach: zdecydowana większość studentów zamierzała ukończyć studia II stopnia, a co czwarty chciał zrealizować dodatkowe studia, kursy, specjalizację lub studia podyplomowe. Gotowość do dalszego kształcenia rzadziej wyrażali studenci II stopnia oraz studenci mieszkający na wsi. Aspiracje edukacyjne w badanej grupie odnosiły się przede wszystkim do ukończenia studiów magisterskich, natomiast w mniejszym stopniu łączone były z różnymi formami edukacji ustawicznej.



Rycina 6. Planowane miejsce (kraj/województwo) pracy po studiach (źródło: badania własne)



Rycina 7. Planowane kraje docelowe zagranicznej migracji zawodowej po studiach (źródło: badania własne)



Rycina 8. Czynniki motywujące studentów do zagranicznej migracji zawodowej po studiach (źródło: badania własne)

W odniesieniu do aspiracji zawodowych zauważyć można, że oczekiwania studentów w dużym stopniu odnosiły się jeszcze do sytuacji rynkowej sprzed kilku lub kilkunastu lat. Świadczą o tym między innymi: preferowanie instytucji państwowych jako miejsca pracy, wybór gwarancji stałej pracy jako głównego czynnika decydującego o wyborze miejsca zatrudnienia oraz niska gotowość do prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Głównym motywem wyboru miejsca pracy (najczęściej oddziału szpitalnego) było powołanie zawodowe, w tym potrzeba pomocy innym, chęć kontaktu z ludźmi i samorozwoju.

Wśród deklarowanych przez studentów postaw względem docelowego miejsca/rejonu pracy można zauważyć tendencję do niskiej mobilności zawodowej i poszukiwania pracy w obszarze miejsca zamieszkania rodziny. Studenci pochodzący z województwa opolskiego i śląskiego, dominujący w badanej grupie, w większości chcieliby pracować blisko domu rodzinnego. Gotowość do pracy za granicą zadeklarowało mniej niż 10% studentów, jednak większość z badanych uznała, że takie czynniki jak perspektywa wyższych zarobków i lepsze warunki pracy motywują ich do wyjazdu za granicę.

Wnioski

1. W wyborze kierunku studiów dominowała motywacja wewnętrzna (zgodność z zainteresowaniami i poczucie powołania).
2. Poziom aspiracji edukacyjnych związany z ukończeniem studiów magisterskich był wśród badanych wyższy niż gotowość do podejmowania różnych form edukacji ustawicznej, jak studia podyplomowe, kursy, szkolenia.
3. Preferowanym przez studentów miejscem zatrudnienia była instytucja państwowa. Studenci najczęściej wskazywali na oddział szpitalny. Niewielki odsetek studentów deklarował chęć prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
4. Gotowość mobilności zawodowej studentów jest na niskim poziomie, większość z nich chce pracować po studiach w miejscu pochodzenia lub zamieszkania rodziny. Jednak świadomość korzyści z podjęcia pracy za granicą jest udziałem większości studentów i w przyszłości takie czynniki jak wyższe zarobki i lepsze warunki pracy mogą stać się motywatorami do wyjazdu.

Bibliografia

1. Kłoskowska A. Wartości, potrzeby i aspiracje kulturalne małej społeczności miejskiej. *Studia Socjologiczne* 1970; 3: 10.
2. Sułek A. Wartości życiowe dwóch pokoleń. W: Nowak S, red. *Ciągłość i zmiana tradycji kulturowej*. Warszawa: PWN; 1989: 293.

3. Skorny Z. *Aspiracje młodzieży oraz kierujące nimi prawidłowości*. Wrocław: Zakład Narodowy Ossolińskich; 1980: 40–42.
4. Wasilewski K. Zmiany poziomu aspiracji edukacyjnych młodzieży jako efekt adaptacji do nowych warunków społeczno-ekonomicznych, W: Zahorska M, red. *Zawirowania systemu edukacji z perspektywy socjologicznych warsztatów badawczych*. Warszawa: Wydawnictwo UW; 2012: 72–84.
5. Czy warto się kształcić? Komunikat z badań CBOS nr 62/2017, Warszawa 2017 [online]. Dostępny na URL: https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_062_17.PDF [cyt. 11.02.2019].
6. Szreder M. Wykształcenie a problemy rynku pracy. *Wiadomości Statystyczne* 2018; 7 (686): 25–36.
7. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Warszawa 2017 [online]. Dostępny na URL: <http://nipip.pl/raport-naczelnej-rady-pielęgniarek-polożnych-zabezpieczenie-społeczeństwa-polskiego-swiadczenia-pielęgniarek-polożnych-2017-r> [cyt. 11.02.2019].
8. Smoleń M, Kędra EM. Motywy wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. *Pielęg Pol* 2018; 2 (68): 141–151.
9. Inglod-Brzęk E. Przemiany demograficzne a rozwój szkolnictwa wyższego w Polsce. *Nierówności społeczna w wzrost gospodarczy* 2012; 26: 216–229.
10. Prasałowicz D. Teoretyczne koncepcje procesów migracji. *Przegląd Polonijny* 2002; 4: 9–40.

Adres do korespondencji:

Iwona Sobieraj
ul. Nowogródzka 18, 45-316 Opole
e-mail: isobieraj@uni.opole.pl



ISBN 978-83-941154-7-0
978-83-949688-9-2