



Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

*Pod redakcją: E. Krajewskiej-Kułak,
M. Sierakowskiej, J. Lewko i C. Łukaszuk*



Tom I

Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej

Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

„Quemadmodum nihil refert, utrum aegrum in ligneo lecto an in aureo colloces: quocumque illum transtuleris, morbum secum suum transferet: sic nihil refert, utrum aeger animus in divitiis an in paupertate ponatur. Malum illum suum sequitur”

„Jak nie ma różnicy, czy położysz chorego na drewnianym albo złotym łożu – gdziekolwiek go bowiem umieścisz, zabierze ze sobą chorobę: tak i bez znaczenia jest to, czy chora dusza przebywa wśród bogactw, czy też w ubóstwie. Choroba wszędzie się za nią powlecze”

Seneka Młodszy

Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

prowadzi kształcenie
na kierunkach i specjalnościach

➤ KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)
- magisterskie zaoczne (10 semestralne)
- uzupełniające studia magisterskie zaoczne (4 semestralne)

➤ KIERUNEK POŁOŻNICTWO

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie zaoczne (4 semestralne)

➤ FIZJOTERAPIA

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)

➤ ZDROWIE PUBLICZNE

specjalność zdrowie publiczne

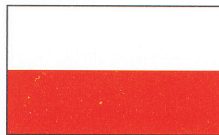
- studia dzienne licencjackie (3 letnie)

specjalność dietetyka

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)

specjalność ratownictwo medyczne

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- zaoczne studia licencjackie (3 letnie)



Akademia Medyczna w Białymstoku w roku akademickim 2004/2005, dzięki wsparciu finansowemu Unii Europejskiej*, uruchomiła:

na kierunku pielęgniarstwo:

- ☞ uzupełniające studia zaoczne licencjackie (tzw. pomostowe) (3-5 semestralne)

na kierunku położnictwo:

- ☞ uzupełniające studia zaoczne licencjackie (tzw. pomostowe) (3 semestralne)

* tytuł kontraktu: „Dofinansowanie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych w ramach Programu PHARE PL2002/000-580.02.07.03”

Akademia Medyczna w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

Tom I

Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak,
dr n. med. Matyldy Sierakowskiej, dr n. med. Jolanty Lewko,
dr n. med. Cecylii Łukaszuk

Białystok 2005

Recenzent: Prof. dr hab. n. med. Jan Karczewski

Wydanie monografii zostało częściowo sfinansowane
z budżetu Miasta Białegostoku
oraz Programu PHARE PL2002/000-580.02.07.03

ISBN 83-86796-97-9

Projekt okładki: Agnieszka Kułak

Skład i łamanie: Stanisław Żukowski

SPIS TREŚCI

<i>Wstęp</i>	11
Krajewska-Kułał E., Chatzopulu A., Łukaszuk C., Lewko J., Leszczyńska M. <i>Postrzeżanie pacjenta na przestrzeni wieków</i>	13

Rola zespołu terapeutycznego w holistycznej opiece zdrowotnej i podnoszeniu jakości życia pacjentów

Sierakowska M. <i>Wprowadzenie</i>	33
Sierakowska M., Krajewska-Kułał E., Lewko J. <i>Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych</i>	35
Florek K. <i>W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osobę</i>	42
Bargiel-Matusiewicz K., Hofman G. <i>Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie</i>	48
Błaszczyk-Tyszka A., Koziół U. <i>Pacjent podmiotem opieki zespołu terapeutycznego w ocenie pacjentów</i>	53
Kurowska K., Wrońska I., Zajął M. <i>Współpraca Zespołu Terapeutycznego z pacjentem Poradni Naczyniowej</i>	61
Bulsa M., Czaja-Bulsa G., Podolska M. <i>Współpraca zespołów terapeutycznych w onkologii, pediatrii i położnictwie</i> ..	67
Bączyk G., Konieczna J., Sowińska J., Kmieciak M. <i>Jakość życia kobiet po histerektomii jako wskaźnik efektywności opieki</i>	72
Taranta E. <i>Rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentami ze stomią</i>	80

Łapuć K., Snarska J., Majewska G., Puchalski Z. <i>Historia zabezpieczenia stomii jelitowych z uwzględnieniem opieki pielęgniar- skiej i sprzętu stomijnego oraz stowarzyszenia Pol-Ilko</i>	88
Chmiel I., Szczepanik A., Czupryna A., Cisek M., Gniadek A., Kulig J. <i>Konieczność opracowania standardu opieki pielęgniar- skiej nad chorym z ostrym zapaleniem trzustki</i>	95
Kulawiak S., Wdowiak L. <i>Wielodyscyplinarne podejście do dysfunkcji seksualnych podstawą sukcesu tera- peutycznego</i>	102
Zadarko E., Penar Zadarko B., Sobolewski M., Zajdel A. <i>Kształtowanie się aktywności ruchowej kobiet w ciąży</i>	107
Boczula M. <i>Rola zespołu terapeutycznego w podnoszenie jakości życia pacjentów przewlekle chorych (hemodializowanych)</i>	115
Kamieńska I., Sierakowska M. <i>Problemy pielęgnacyjne i zasady samoopieki w reumatoidalnym zapaleniu sta- wów</i>	121

Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży

Kułąk W. <i>Wprowadzenie</i>	133
Gil R., Dziedziczko A. <i>Nałogi młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.</i>	135
Talarska D. <i>Funkcjonowanie bio-psycho-społeczne młodzieży elementem oceny jakości życia</i>	143
Trojanowska A., Emeryk A. <i>Ocena jakości życia u dzieci chorych na astmę oskrzelową</i>	148
Kosmala M., Rosińczuk-Tonderys J., Mierzwa J., Łuczkowski W. <i>Jakość życia dzieci dializowanych a zdolność do podejmowania samoopieki . . .</i>	158
Gajewska M., Sierakowska M. <i>Problemy opiekuńcze i wychowawcze rodziców w pielęgnacji dziecka chorego na mukowiscydozę.</i>	166
Mielczarek J. <i>Stan wiedzy na temat toksokarozy wśród rodziców dzieci chorych a profilaktyka tej choroby</i>	175
Karpińska A., Sierakowska M. <i>Problemy pielęgnacyjne i psychologiczne dziecka z białaczką i rodziców – zada- nia terapeutyczne pielęgniarki.</i>	182

Kasperuk A., Łagoda K. <i>Program edukacji rodziców dzieci z zakażeniem układu moczowego</i>	190
Eszyk J., Ordys D. <i>Potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży szkolnej w zakresie zdrowia</i>	198

Wybrane problemy zdrowotne wieku podeszłego

Krajewska-Kułał E. <i>Wprowadzenie</i>	209
Jermołaj A., Halicka M. <i>Hospitalizacja jako czynnik stresujący pacjentów w starszym wieku</i>	211
Biercewicz M., Ślusarz R., Cegła B., Faleńczyk K., Kędziora-Kornatowska K. <i>Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na wydolność funkcjonalną osób w starszym wieku</i>	220
Pużuk E. U., Godlewski C., Zahorowska A., Szyszko-Perłowska A. <i>Poziom i struktura samorealizacji według A. H. Masłowa w grupie kobiet i mężczyzn powyżej 60-tego roku życia mieszkających w domach pomocy społecznej – badania porównawcze</i>	229
Kędziora-Kornatowska K., Kujawski K., Koter M., Duchnowicz P., Kornatowski T., Kędziora J. <i>Ocena wybranych markerów uszkodzenia erytrocytów u osób w wieku podeszłym</i>	237
Uchmanowicz I., Arendarczyk M., Krzemińska S., Bartczuk A, Liszka B., Rosińczuk-Tonderys J. <i>Jakość życia chorych z chorobą niedokrwinną serca w wieku podeszłym</i>	244
Małecka-Dubiela A., Mędrzycka-Dąbrowska W., Basiński A. <i>Poprawa jakości życia u pacjentów w podeszłym wieku po zabiegach kardiologicznych</i>	250
Mędrzycka-Dąbrowska W., Małecka-Dubiela A., Basiński A. <i>Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku w okresie okołoperacyjnym</i>	258
Mędrzycka-Dąbrowska W., Małecka-Dubiela A., Basiński A. <i>Implikacje pielęgnacyjne i terapeutyczne w przypadku niezamierzonej hipotermii w okresie okołoperacyjnym u pacjentów w wieku podeszłym</i>	265
Basiński A., Mędrzycka-Dąbrowska W., Małecka-Dubiela A. <i>Zapobieganie niedotlenieniu w okresie pooperacyjnym u pacjentów w podeszłym wieku</i>	271
Kwapisz U. <i>Analiza sytuacji pacjentów zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego na podstawie samooceny zdrowia</i>	277

Niepełnosprawność a zdrowie

Kułąk W.	
<i>Wprowadzenie</i>	285
Cieślak H.	
<i>Zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych i społecznych osób niepełnosprawnych a zadania pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej</i>	287
Szczupał B.	
<i>Wybrane aspekty poczucia samotności i jakości życia młodzieży niepełnosprawnej ruchowo</i>	299
Kałwa M.	
<i>Fizjologiczne aspekty treningu sportowego dzieci (na przykładzie gimnastyki artystycznej)</i>	306
Piotrkowska R., Książek J., Patoła A.	
<i>Niedokrwienie kończyn dolnych jako przyczyna niepełnosprawności pacjentów</i>	318
Samujło B., Klimaszewska K., Duda J., Strankowska M., Kulikowska A.	
<i>Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane do samoopieki i samopielęgnacji</i>	324
Rosińczuk-Tonderys J., Mierzwa J., Kosmala M., Arendarczyk M.	
<i>Rehabilitacyjna i profilaktyczna funkcja pielęgniarki w opiece nad chorymi z chorobą Parkinsona</i>	331
Wilczewska L., Roszmann A.	
<i>Standard opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera</i>	339
Lipińska M.	
<i>Postawy studentów pielęgniarstwa wobec niepełnosprawnych</i>	347

Współczesne problemy neurologii i neurorehabilitacji

Kułąk W.	
<i>Wprowadzenie</i>	357
Sochocka L.	
<i>Niewerbalne formy kontaktu z noworodkiem przedwcześnie urodzonym</i>	359
Strugała M.	
<i>Opieka medyczna sprawowana nad dziećmi po przebyciu zespołu Guillain-Barré</i>	364
Okurowska-Zawada B., Sobaniec W.	
<i>Postępowanie rehabilitacyjno-pielęgnacyjne w niedowładach u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w korelacji z poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego</i>	370
Klimaszewska K., Kulikowska A., Samujło B., Strankowska M.	
<i>Ocena sprawności pacjentów po udarze mózgu z zastosowaniem skali Barthela</i>	378

Paprocka-Borowicz M., Jasiewicz-Lebioda A., Pozowski A. <i>Niepełnosprawność osób po urazach rdzenia kręgowego z porażeniem kończyn dolnych a pojęcie zdrowia</i>	384
Mierzwa J., Rosińczuk-Tonderys J., Kosmala M., Czapiga B., Załuski R. <i>Rehabilitacja kompleksowa chorych po udarze mózgu</i>	391
Berny W., Prudlak G., Zub W., Weiser A., Tonderys-Rosińczuk J. <i>Wybrane problemy opieki pielęgniarstwa u chorych z dyskopatią lędźwiową w okresie pooperacyjnym</i>	399
Ostrowska M., Lewko J. <i>Rola edukacyjna pielęgniarki w zapobieganiu dyskopatii lędźwiowej</i>	405
Zub W., Berny W., Tonderys-Rosińczuk J., Weiser A., Prudlak G. <i>Poziom wiedzy pacjentów na temat dyskopatii lędźwiowej i profilaktyki bólów krzyża</i>	410

Wstęp

Szanowni Państwo,

Słowo „pacjent” pojawia się w naszej codziennej pracy bardzo często i we wszystkich możliwych odmianach.

W brzmieniu angielskim – *patient* – oznacza człowieka cierpiącego. W języku łacińskim funkcjonuje słowo – *patientis* – czyli cierpieć, – od słowa *pati*. W polskim słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych „pacjent” określa chorego, zwłaszcza będącego pod opieką lekarza albo zgłaszającego się do niego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała pacjenta jako osobę korzystającą z usług medycznych, ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego czy ta osoba jest zdrowa, czy chora. W Polsce oznacza każdego, kto wszedł do systemu opieki zdrowotnej, powierzając mu swoje zdrowie. Podejmowane są jednak próby wprowadzenia określenia „klient”, dla odróżnienia człowieka chorego od zdrowego. W naszym kraju jednak, dłuższą i lepszą tradycję niż klient, ma określenie „podopieczny” lub „podmiot opieki”. Funkcjonuje także pojęcie „biorca świadczeń”, którym może być każdy człowiek, bez względu na wiek i płeć, oczekujący świadczeń na rzecz zdrowia realizowanych przez pracowników ochrony zdrowia.

Kim jest więc pacjent? Czy jest nim chory oczekujący na wizytę u lekarza, potrzebujący pomocy pielęgniarki, czy też psychologa? Czy jest nim tylko człowiek leżący w szpitalu, w sanatorium, hospicjum? Człowiek niepełnosprawny, czy także osoba zdrowa? Co warunkuje uznanie kogoś za pacjenta? Jakie zadania wyznacza pacjent dla pracowników służby zdrowia? Czego od nich oczekuje? Co i w jaki sposób oni mogą mu zaoferować? Czy faktycznie trzecie tysiąclecie przyniosło przeobrażenia w przestrzeganiu praw pacjenta, a poszanowanie jego godności i niezależności, dbałość o zapewnienie mu komfortu bio-psycho-społecznego stały się, obok podstawowego procesu leczenia, naczelnym celem działań zespołu terapeutycznego? Czy faktycznie jest tak, jak pisał Gogol, że „przewaga pacjenta nad lekarzem polega na tym, że pacjent czuje ból”? Czy może prawdziwsze są słowa Ludwika Jerzego Kerna, że „prawie

każdy pacjent marzy o takim lekarzu, który byłby wyspecjalizowany wyłącznie w nim”?

Mamy nadzieję, że odpowiedź na te pytania, a także na wiele innych, znajdziecie Państwo w naszej monografii.

Zespół redakcyjny
Elżbieta Krajewska-Kułak, Matylda Sierakowska,
Jolanta Lewko, Cecylia Łukaszuk

Elżbieta Krajewska-Kuřak¹, Antigoni Chatzopulu²,
Cecylia Łukaszuk¹, Jolanta Lewko¹, Marta Leszczyńska³

Postrzeganie pacjenta na przestrzeni wieków

„Prawda jest córką czasu”

Francis Bacon

Pielęgowanie i leczenie, jako najstarsze przejawy aktywności człowieka, istnieją odkąd istniał świat. Przez długi okres czasu pielęgowano z pobudek miłości, przywiązania, miłosierdzia, leczono nie mając ku temu żadnego przygotowania. Pacjent początkowo był jedynie biernym odbiorcą świadczonych względem niego usług, nie mającym żadnego wpływu na to co się z nim dzieje. Z czasem stał się osobą centralną, świadomie i w pełni uczestniczącą w umacnianiu swego zdrowia i w procesie powrotu do niego.

„Kontakt z chorym jest pracą twórczą,
jest to jakby tworzenie nowych
portretów chorego”

A. Kępiński

Chory w okresie ludów pierwotnych

W okresie ludów pierwotnych najważniejszy wpływ na opiekę nad dziećmi i dorosłymi miały warunki życia człowieka. Ludzie skupiali się nad ochroną przed niesprzyjającymi zewnętrznymi czynnikami przyrody (chłodem, niepogodą, żarem, kłeskami naturalnymi). Do pierwszych środków ochrony należały: budowa osiedli, pojawienie się prymitywnej odzieży, początki instynktownej higieny. Ciało ówczesnego człowieka, niczym prawie nie chronione, narażone było na urazy związane z walkami z dzikimi zwierzętami, ukąszeniami jadowitych węży i owadów. Towarzyszyły mu nierzadko epidemie chorób, a kobiety często

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

² Szpital Kawala, Grecja

³ Samodzielny Publiczny ZOZ w Dębowcu

traciły życie przy porodach. Te okoliczności niewątpliwie zmuszały człowieka pierwotnego do działalności leczniczej.

Wśród ludów pierwotnych czynności związane z pielęgnowaniem zarówno dzieci, jak i dorosłych członków plemienia wykonywała przede wszystkim kobieta. Kobiety pomagały sobie nawzajem w czasie porodu, opiekowały się tymi, którzy nie mogli wyruszyć na łowy np. z powodu urazów, dolegliwości, choroby. W czasie zbierania roślin do jedzenia poznawały ich właściwości lecznicze oraz szkodliwe dla zdrowia.

Najwcześniejsze działania na rzecz pacjenta ograniczały się do pomocy przy porodach, wszelkiego rodzaju urazach i ranach i dopiero z biegiem czasu – w chorobach wewnętrznych. Ludzie uczyli się stopniowo, jak ustalać i rozróżniać choroby związane z nieodpowiednim odżywianiem się. Z czasem w działalności opiekuńczo-pielęgnacyjnej zaczęło wyodrębniać się i wyraźnie rozwijać postępowanie o charakterze wyłącznie leczniczym, w którym coraz większą rolę zaczęli odgrywać mężczyźni-czarownicy. W niektórych plemionach podporządkowane im były kobiety wykonujące zlecone przez nich zabiegi. W tym czasie zaczęto także dokonywać drobnych zabiegów chirurgicznych, a z czasem poważniejszych zabiegów operacyjnych. W licznych wykopaliskach znalezione zostały kości ludzkie z dobrze zagojonymi złamaniami, bliznami po ranach oraz wygojonymi trepanacjami. Kobiety starsze własne doświadczenia związane z pielęgnowaniem dzieci i dorosłych, karmieniem, ochroną, pomocą przy porodzie, poznawaniem „sił leczniczych” roślin przekazywały z pokolenia na pokolenie, przez co sposoby postępowania ulegały stale unowocześnianiu i pogłębianiu.

U wszystkich prawie ludów pierwotnych występowała wiara w siły nadprzyrodzone, od których zależał los pacjenta.

Na wyższych szczeblach kultury pierwotnej istniał już bogaty arsenał środków leczniczych, a chorymi opiekowali się znachorzy, czarownicy i kapłani. Przychodząc do chorych przebierali się w dziwne stroje, zakładali maski, używali hałaśliwych instrumentów i wypędzali demona, który „siedząc” w chorym wywołał chorobę. Do wypędzenia demona używali tajemniczych zaklęć i magicznych wyrazów. U wszystkich prawie ludów istotne znaczenie w opiece nad chorym zajmowały tzw. amulety (kamień, metal, ziele, ząb, kość), zaopatrzone w magiczne znaki, noszone na szyi i mające tajemną moc chroniącą od chorób i nieszczęść.

Chory w Mezopotamii, Babilonii

Najstarszym z dotychczas zachowanych dokumentów medycznych tego okresu jest tabliczka gliniana zapisana pismem klinowym, znaleziona w wykopaliskach Nippur, która opisywała środki lecznicze, najczęściej substancje pochodzenia roślinnego (kora, tymianek), zwierzęcego (skóra węża, skorupa żół-

wia) i leki mineralne (chlorek sodu, saletra). W okresie tym w leczeniu chorych stosowano najczęściej zewnętrznie maści i wywary, a w skład leków wchodziły rozmaite oleje oraz sproszkowany muł rzeczny.

Źródłem poznania medycyny babilońskiej jest przede wszystkim Kodeks króla Hammurabiego z XVIII stulecia p.n.e. Był to zbiór praw, pouczeń o wykonywaniu zabiegów ocznych i zębowych. Wymienione są w nim również częste kary w formie okaleczenia przez odcięcie rąk, palców, języka, złamanie kości. Wśród babilońskich, a później asyryjskich wykopalisk pokrytych pismem klinowym, napotkać można również te o treści medycznej, zawierające opisy licznych objawów chorób żołądka, płuc, żółtaczk, a nawet opisy udaru mózgu. W okresie tym uważano, że życie, zdrowie, choroba zależały przede wszystkim od sił nadprzyrodzonych, bogów, demonów, także od układu gwiazd.

Pielęgnowaniem dzieci, osobami chorymi i potrzebującymi pomocy zajmowały się przede wszystkim kobiety. Konieczne do tego umiejętności zdobywały od starszych kobiet w ramach wychowania domowego.

W wielu pismach religijnych znajdowały się także wskazówki związane z zachowaniem higieny, współżyciem płciowym, sanitarno-epidemiologiczne, zagadnienia profilaktyczne i lecznicze.

Chory w starożytnym Egipcie

Medycynę starożytnego Egiptu obrazują liczne napisy hieroglificzne na sarkofagach, piramidach i innych pomnikach kultury, a przede wszystkim papirusy oraz mumie egipskie i dzieła pisarzy greckich: Herodota (który nazwał Egipt i Libię najzdrowszymi krajami) i Diodora. Inni pisarze greccy podawali, że cała wiedza egipska zawarta była w 42 księgach, które ułożył Toot, bóg wszechwiedzy, nazywany przez Greków Hermesem. Ostatnie 6 tomów tego zbioru traktowało o całości medycyny: pierwszy o anatomii, drugi o chorobach ogólnie, trzeci o narządach, czwarty o lekach, piąty o chorobach oczu i ostatni o chorobach kobiecych. Lekarzom nie wolno było odstępować od zasad zawartych w tych księgach. Z niektórych papirusów, w jakie zawijano niekiedy mumie lub które składano wzdłuż zabalsamowanego ciała, między udami lub na pierśiach, zostały odczytane opisy ówczesnych chorób jelit, dróg oddechowych, zapalenia stawów, schorzeń skórnych i oczu. Na szkieletach faraonów znaleziono ślady zabiegów chirurgicznych na kościach kończyn i kręgosłupa, a nawet trepanacji czaszki.

U Egipcjan w leczeniu pacjentów stosowany był bardzo bogaty arsenał leków, np.: olej rycynowy na przeczyszczenie, kora granatowca na robaki, piołun na apetyt, cebula morska na wymioty, opium na uśmierzanie bólu. Stosowano także tatarak, mirrę, jałowiec, cynamon, czosnek, cebulę, siemię lniane, różę, szafran, daktyle. Ze środków mineralnych stosowano sole miedzi na wymioty,

a sole ołowiu w celach kosmetycznych. Produktami ze świata zwierzęcego były: miód, mleko, tłuszcze zwierzęce, rybie i ptasie, żółć, różne rodzaje krwi, mięsa, skóry, włosów, rogów, kopyt, kału, całe owady, robaki, żmije. Środki lekarskie przepisywano jako roztwory, maści, plastry, okłady, czopki.

Na dość wysokim poziomie stała też higiena i zapobieganie chorobom – profilaktyka oraz kosmetyka. Główną metodą profilaktyki chorób było stosowanie lewatywy i zażywanie środków wymiotnych i moczopędnych. Profilaktycznie stosowano również upusty krwi, celem wydalania „krwi zepsutej”.

W praktyce lekarskiej w starożytnym Egipcie sztuka położnicza zajmowała wybitne miejsce, w świątyniach, o czym świadczą odnalezione tzw. „papirusy ginekologiczne i weterynaryjne”. W świątyniach istniały prawdopodobnie „sale porodowe”, a postępowanie przy porodach było zbliżone do dzisiejszego.

Mity i aforyzmy starożytnego Egiptu dowodzą, że w najwcześniejszych podaniach boginie zajmowały nadrzędne pozycje w religijnym panteonie. W egipskiej kosmogonii bogini słońca Hathor jest twórczynią, władczynią i opiekunką wszechświata. Egipska Isis była najważniejszą boginią starożytności i zarządzała światłem, piorunami i wiatrem, sprawowała władzę nad miłością i rodziną, leczyła chorych, przywracała do życia zmarłych. Kobiety mogły się kształcić i nauczać, np. wykładały medycynę. Opieka nad chorymi spoczywała jednak w rękach kapłanów, potem lekarzy, którzy udzielali porad nie z miłosierdzia, ale zawodowo dla zarobku, a główną metodą leczenia chorych było zanoszenie modłów do boga. Pielęgniowaniem zajmowały się kobiety-kapłanki.

Chory w starożytnej Grecji

Pierwsze wiadomości o medycynie w starożytnej Grecji odnoszą się do XII stulecia p.n.e. Patronem, a z biegiem czasu bogiem medycyny był syn Apollina, Asklepios, zwany w mitologii rzymskiej Eskulapem. W dziejach ówczesnej medycyny greckiej znane są również córki Asklepiosa: Hygieja (uzdrawiająca) oraz Panakeja (wszystko lecząca). Według podań pierwsza zasłynęła z profilaktyki, dała nazwę higienie i uchodziła za boginię zdrowia, druga leczyła wszelkie choroby, dzięki czemu środek leczący wszystkie choroby nazwano panaceum.

Początki greckiej medycyny tworzyły kobiety, np. przy porodzie Eskulapa uczestniczyła główna położna Olimpu, Eileityia. Cywilizacja mykeńska, która istniała na Krecie ok. 2000 lat p.n.e. zachowała sięgający prawników system matrylinearny. Antropolodzy łączą go z obecnością silnych lub dominujących bóstw żeńskich (Vasilakis). Najnowsze odkrycia archeologiczne dowodzą, że przed powstaniem Asklepiów istniały szpitale min. w Amfiareos, Mavrodilesi, Trofoniu oraz w Tithoreos i były zorganizowane do sprawowania opieki nad chorymi.

Najdawniejsza medycyna grecka miała charakter empiryczno-teurgiczny lub taumatyczny i znajdowała się w rękach kapłanów. Wierzono, że chorobę zsy-

łają bogowie za karę. Chorzy zgłaszali się do świątyni Asklepiosa i po licznych zabiegach oczyszczających, postach i ofiarach złożonych w darze bóstwu, odurzeni kadzidłami spędzali noc (pełną widziadeł sennych i kuglarskich sztuczek kapłanów) w świątyni lub jej przedsionku. Następnego dnia chory otrzymywał przepisy lecznicze stosownie do tego, jakie sny i widzenia przedstawił kapłanom i jakie ofiary złożył bóstwu w świątyni. Doświadczenie kapłanów z biegiem czasu stawało się coraz większe, wskutek czego naturalne metody lecznicze, jak kąpiele, napary, gimnastyka, smarowanie, nacieranie, podawanie ziół, posty, dieta wchodziły w coraz większe użycie. Wykopaliska świadczą, że w świątyniach były osobne pokoje dla kobiet, mężczyzn i dla przewlekle chorych, którzy wymagali dłuższego pobytu. W całej Grecji było ich ponad 300, a najwięcej na półwyspie peloponeskim. Mogło się w nich leczyć od 400 do 500 chorych.

Nieodłącznymi towarzyszami kapłanów były węże, które lizały rany chorych i wzbudzały w nich postrach, cześć i posłuch dla otrzymanych wskazówek. Chorzy, którzy odzyskiwali utracone zdrowie, składali na ołtarzach przedmioty, tzw. vota wyobrażające chore części ciała, chorą nogę lub rękę, a kapłani opisywali wyleczone, rzekomo cudownie, przypadki na tablicach, które wystawiano na widok publiczny.

Opieka nad dziećmi i chorymi domownikami i niewolnikami należała do pani domu.

Położnictwem trudniły się „babki” bez żadnego przygotowania, udzielając także porad w chorobach kobiecych i dziecięcych. Przy świątyniach Asklepiosa, a także poza nimi, zaczęły w tym okresie powstawać szkoły medyczne, w których kształcili się nie tylko przyszli adepci sztuki lekarskiej – kapłani, ale także ludzie świeccy, w tym kobiety.

Starożytni lekarze bez skrupułów odmawiali pomocy lekarskiej chorym nieuleczalym. Platon w „Rzeczpospolitej” wypowiada pogląd, że „lekarz nie powinien leczyć osób schorowanych ani słabowitych, ponieważ to nie byłoby korzystne dla państwa”.

W tym czasie bardzo dużo miejsca pielęgnacji poświęcił w swych dziełach Hipokrates. Oddzielił on medycynę od filozofii spekulacyjnej. Tym sposobem medycyna Hipokratesa była racjonalno-empiryczna, ze znaczną przewagą empiryzmu. Stała się przede wszystkim sztuką i nauką nie popartą eksperymentem, ale jednak nauką opartą na indukcji, na wielkim materiale, wymagającą ścisłego spostrzegania i bardzo systematyczną. Dobro chorego było wysunięte na miejsce naczelne. Należy podkreślić również to, że Platon, który zajmował się zagadnieniami filozoficznymi w medycynie, podzielił ją na cztery działy: *farmakiewtikin* (farmaceutyczna), *hirurgikin* (chirurgiczna) i *woithitikin* (pomocnicza) oraz *nosognomikin* (wiedzy o chorobie). Słowo *woithia* oznacza pomoc, wsparcie, służbę wobec chorego. Zatem dział pomocniczy oznaczał narodziny również pielęgniarstwa.

Chory w Bizancjum

Okres Bizancjum to najświetlejszy okres pielęgnowania chorych. Na kartach historii greckiego pielęgniarstwa zapisał się nieomalże złotymi zgłoskami.

Jak należało wieść życie na ziemi wobec perspektywy nieuchronnego końca? Aby osiągnąć doskonałość należało sprzedać wszystkie posiadłości, rozdać swe dobra między biedaków i wyrzec się świata: materialnie i duchowo, czyli zostać mnichem. Żaden aspekt życia nie jest tak opisany jak monastycyzm.. Opracowano metodę życia w społeczności. Jej podstawową zasadą był: porządek – *taxis*, społeczeństwo – *kosmos* i szczęście – *evtilhija*. Wiele kobiet i mężczyzn wybierało wojskowy styl życia.

Pielęgnowaniem chorych i biednych, odwiedzaniem i wspieraniem więźniów zajmowali się diakoni i diakonises. Oddawali się służbie w licznie powstających szpitalach (nosokomiach), sierocińcach, szpitalach położniczych, domach starców, przytułkach oraz leprokomiach. Szpitale bizantyjskie były nie tylko dobrze zorganizowane, ale wykładano w nich również medycynę. Wokół Konstantynopola znajdowało się ich ok. 40. Do dzisiaj wzbudzają ogromny podziw i pytanie, czy powrócą czasy tak zorganizowanej opieki społecznej.

Chory w kulturze muzułmańskiej

W Koranie sprawy higieny zajmują dużo miejsca. Koran zabrania używania napojów upajających, krwi zwierząt, wieprzowiny, a zaleca czystość i „reguluje” życie płciowe. Nauka i medycyna arabska były właściwie tylko ogniwem pośredniczącym między kulturą starożytną a średniowieczną łacińską, bez większej samodzielności. Największe zasługi dla medycyny Arabowie położyli na polu szpitalnictwa, które jest chwałą i ozdobą arabskiej kultury.

W krajach mahometańskich chorzy psychicznie byli otaczani opieką, pełną miłości bliźniego, w przeciwieństwie do krajów zachodnich, gdzie jeszcze znacznie później chorych traktowano powszechnie jak przestępców. W Bagdadzie, Damaszku i Kairze były osobne domy dla umysłowo chorych.

W życiu świata muzułmańskiego dużą rolę odgrywał eunuch tj. osobnik męski pozbawiony części płciowych przez kastrację, czyli wytrzebianie. Prócz ideologii religijno-ascetycznej występowały w starożytności i inne motywy – nabywanie ich do pełnienia roli służby oraz dla celów wokalno-artystycznych. Koran zabraniał trzebiania wiernych. Kupcy przywozili ich więc zewsząd, a zwłaszcza z greckiej wyspy Chios. Rzeźniacy zupełni mieli nieraz znaczne dolegliwości w czasie oddawania moczu, a wielu cierpiało na niezbyt pęcherza. Największym kalectwem było nietrzymanie moczu. W tych przypadkach w celach leczniczych używali oni specjalnych zatyczek, które wkładali do pozostałego odcinka cewki moczowej. Od dawna były znane były zewnętrzne zmiany w budowie ciała oraz

zmiany psychiczne. W licznych haremach rzeźnicy potrafili się wzajemnie pielęgnować. W nowszych czasach kastracja nabrała szczególnego znaczenia wśród zwolenników sekty kościoła prawosławnego w Rosji w XVIII w. Do sekcji skopców należały także kobiety, u których wykonywano krwawe zabiegi na piersiach, sromie, wycinano lechtaczkę.

Chory w czasach medycyny rzymskiej

Rzymianie bardzo dużo uwagi poświęcali higienie i pielęgnowaniu ciała. Wiedzę medyczną dotyczącą traktowania chorego przejmowali od Greków, ale nie osiągnęła ona wysokiego stopnia rozwoju. Działalność naukową i praktykę lekarską na rzecz chorych, opartą na głębokich studiach, prowadził Galen, zwolennik Hipokratesa.

Największy rozwój organizacyjny osiągnęły szpitale wojskowe – *valentudinaria*, przeznaczone dla rannych i chorych żołnierzy. Pielęgnowaniem zajmowali się niewolnicy lub żołnierze.

W Rzymie, we wczesnym okresie chrześcijaństwa, na szeroką skalę organizowano zgromadzenia religijne świadczące pomoc biednym, cierpiącym, chorym. Najwcześniej powstały zgromadzenia diakonów, diakonis, wdów, dziewic i sióstr. Zajmowali się oni nie tylko posługami religijnymi, ale także pielęgnowaniem.

W III w. diakonisy przestały pełnić funkcje kościelne, ale nadal sprawowały czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne. W żeńskim diakonacie pojawiła się idea „powołania pielęgniarskiego”, poświęcenia, wizji prawdziwej pielęgniarki.

Czynności opieki nad chorymi w tym okresie sprawowali głównie przedstawiciele kleru, rzadziej ludzie świeccy, w tym kobiety.

Chory w okresie medycyny staroindyjskiej

W medycynie staroindyjskiej znane były metody leczenia wielu schorzeń, m.in. trądu, nieżytków żołądkowo-jelitowych, zylaków odbytnicy, ospy, chorób stawów, oczu, uszu, a nawet schorzeń psychicznych. Jednym z najslawniejszych lekarzy starożytnych Indii był Susrut (VI wiek p.n.e.). W jego czasach istniało 1120 chorób, w tej liczbie np. 66 schorzeń jamy ustnej oraz znano 760 roślin leczniczych.

Badając chorego, starożytny lekarz hinduski winien był jak najdokładniej go wypytywać i troskliwie śledzić, posługując się wszystkimi zmysłami: wzrokiem, słuchem, dotykiem, węchem i smakiem. Posługując się słuchem wiedział, że w przypadkach złamania kości słycać trzeszczenie, używając smaku zauważał, że mocz niektórych chorych jest słodki, znał swoisty zapach, jaki chorzy

wydzielają w niektórych chorobach, szczególnie badał wygląd twarzy, języka, całej skóry chorego, także wygląd wydaliny, tj. kału i moczu. Obmacywał guzy, zbierał szczegółowy wywiad o chorobie, o trybie życia chorego. Liczne wykopaliska świadczą o posługiwaniu się różnorodnymi instrumentami chirurgicznymi i wskazują na inne dowody dokonywania zabiegów amputacji, laparotomii i operacji oftalmologicznych.

Hindusi umieli leczyć złamania i zwichnięcia kończyn, wyłuszczać guzy, operowali przetoki, wypuszczali wodę przy puchlinie brzucha, usuwali chirurgicznie kamienie z pęcherza. Dokonywali szczególnie skomplikowanych operacji plastycznych defektów nosa, uszu. Znane były w medycynie indyjskiej różnorodne i skuteczne środki przeciw ukąszeniom przez zwierzęta, jak i wiele odtrutek przeciwko wszelkiego rodzaju truciznom.

Buddyzm wysunął na pierwsze miejsce miłość bliźniego, za czym szła pomoc lekarska okazywana z miłosierdzia. W Indiach na tle buddyzmu należy szukać szpitalnictwa. Napisy wskazują, że jeszcze przed Chrystusem królowie zakładali tam przytułki i szpitale dla bezdomnych i chorych, ale nie tylko dla ludzi, lecz także dla zwierząt.

Chory w medycynie chińskiej

Pierwotnie w Chinach wierzono, że słońce, gwiazdy, księżyc, burze, ogień, choroba są wyrazem działania demonów. Opieka nad chorymi i ich leczenie polegało więc na zamawianiu i czynnościach magicznych kapłanów, dążących do opanowania demonów.

W XII wieku przed Chrystusem oddzielono już jednak czynności kapłańskie od czynności lekarskich. Zwracano szczególną uwagę na profilaktykę, właściwe uregulowanie pracy, odpoczynku i snu, ze szczególnym naciskiem na prawidłowe odżywianie. Wiele uwagi zwrócono na wskazówki dietetyczne, masaże, zabiegi wodolecznicze, kąpiele słoneczne i gimnastykę leczniczą.

Chińczycy otaczają niezwykłą czcią wszystko co jest chińskie. Są konserwatystami do szpiku kości. Na kulturę europejską, patrzą z lekceważeniem i z góry przekonani o wyższości swojej. Mają własne starodawne autorytety min. lekarzy, których dzieła do dziś uważane są za wyrocznie.

Największym dziełem starożytnych Chin był tzw. *Kanon medycyny* napisany, według podania, przez cesarza Huang Ti, z III tysiąclecia przed Chrystusem. Wiadomości w niej zawarte są po części wyrazem wyobraźni opartej o teorię kosmogonii. Choroby dzielono na 2 grupy, tj. grupę wywoływaną czynnikami zewnętrznymi (wiatr, zimno, suchość, wilgoć) oraz grupę wywoływaną czynnikami wewnętrznymi, głównie emocjonalnymi (strach, radość, zmartwienie).

Uważano, że w przyrodzie jest na wszystko lekarstwo. W leczeniu chorych stosowano takie środki, jak: kamfora, rabarbar, herbata, cebula, imbir. Ze

środków pochodzenia zwierzęcego należy wymienić klej kostny, szpik kostny, wątrobę, sproszkowane rogi jelenia, krew tygrysa. Znano również środki znieczulające, którymi były wyciągi z mandragory, opium, haszyszu. Do ulubionych chińskich metod leczniczych, jakie przetrwały do dnia dzisiejszego, należą przy pieczki i akupunktura.

Chory w okresie średniowiecza

W średniowieczu w opiece nad chorym zaczął dominować mistycyzm, astrologia, przesady, magia. Ośrodkami opieki stawały się klasztory. Przyjętym zwyczajem było pielęgnowanie mężczyzn przez zakonników, a kobiet przez zakonnice.

Dużą rolę w pielęgnowaniu odgrywały także kobiety świeckie. W tym okresie znaly się one na różnych środkach leczniczych, a nawet wykonywały proste zabiegi chirurgiczne. Swoją wiedzę przekazywały córkom. W świadczeniu wzajemnej pomocy posługiwano się tzw. medycyną ludową, stąd wielu niosących pomoc chorym zostało oskarżonych o czary. Wszędzie dopatrywano się zdarzeń nadprzyrodzonych, ciągle liczono się z tajemnymi niewidzialnymi siłami, wiecznie obawiano się diabła, czarów, nie odróżniano zjaw od rzeczywistości, ciągle występowały nastroje pokutnicze. Wszystko to sprawiało, że człowiek średniowiecza żył wciąż w afekcie, który doprowadzał do stanów neuropatycznych i psychopatycznych.

Paradoksalnie, w zakonach lub przy boku świątłych mężów, niektórym kobietom udawało się realizować zainteresowania z dziedziny medycyny. Przykładem mogą być słynna włoska lekarka Trotula Platearius, która opracowała nową metodę chirurgiczną i była autorką wielu prac medycznych z ginekologii, przez kilkaset lat służących jako najważniejsze kompendium wiedzy na temat ginekologii i pediatrii, Dorothea Bucca – profesor medycyny oraz Hildegarda z Bingen, słynąca ze swoich prac z psychologii, botaniki, medycyny ludowej oraz historii naturalnej. Jeszcze w XVI w. powaga jej dzieł w klasztorach nadreńskich była ogromna.

Opieka nad trędowatymi, a także decydowanie o tym, że kogoś trzeba odosobnić, należało długi czas do władz kościelnych, stąd powstał obrzęd liturgiczny jaki odprawiano w wielu miejscach nad chorym uznanym za trędowatego.

W okresie późnego średniowiecza na rozwój opieki nad chorym miały wpływ wyprawy krzyżowe. W tym czasie obowiązek świadczenia pomocy charytatywnie i zajmowania się pielęgnowaniem w szpitalach przejęły zakony wojskowo-rycerskie. Tworzyli je Rycerze Szpitalni Św. Jana (opieka nad chorymi umysłowo), Rycerze Teutońscy i Rycerze Św. Łazarza (opieka nad chorymi na trąd). Każdy miał odpowiednik męski i żeński. Niesieniem pomocy zajmowali

się także Św. Franciszek z Asyżu (głównie opieka nad chorymi na trąd), Zakon Kobiety Ubogich Klarysek (opieka nad chorymi na trąd) i Zgromadzenie Beginek. Czynności pielęgnacyjne na oddziałach męskich wykonywali bracia, a na oddziałach żeńskich siostry.

Chory w czasach Odrodzenia

W okresie odrodzenia poziom higieny był na bardzo niskim poziomie. Okres od XVI wieku do połowy XIX zasłużył sobie na miano okresu „czarnego” w zakresie szpitalnictwa i pielęgnowania, zwłaszcza w Anglii i Francji. Wielka Reformacja Protestancka doprowadziła do zamknięcia wielu klasztorów i likwidowania szpitali, jako wylęgarni heretyckiej myśli protestanckiej.

W okresie odrodzenia udział kobiet w nauce, leczeniu i pielęgnowaniu zmalał., gdyż królował arystotelesowski pogląd o kobietach, jako istotach upośledzonych umysłowo. Lepsza sytuacja panowała jedynie w Niemczech. Tu w roku 1574 ukazał się pierwszy podręcznik Jakuba Oetneusa o pielęgnowaniu chorych. W krajach katolickich powstawały nowe zgromadzenia w celu organizowania i sprawowania opieki.

Wielkim reformatorem tego okresu był franciszkanin Św. Wincenty á Paulo. Uważał on, że należy oddzielić biednych od chorych, a tych ostatnich powierzyć opiece kobiet, zarówno w domu, jak i w szpitalu. Tworzył dla potrzebujących pomocy nocne schroniska, kolonie miejskie i wiejskie (gdzie mogli zdobyć zawód) oraz organizował opiekę dla sierot i podrzutków. Reformę w zakresie pielęgnowania rozpoczął od zorganizowania Zgromadzenia Pań Miłosierdzia – córek miłosierdzia. Sprawowały one opiekę nad chorymi. Siostronom wpajano posłuszeństwo wobec lekarzy, dokładne wypełnianie ich poleceń i lojalność. Zachęcano jednak do poznawania leków i postępowania związanego z ich stosowaniem. Do obowiązków sióstr należało: sianie łóżek, sprzątanie, podawanie posiłków, napojów, spieszenie z pomocą. W 1642 roku córki miłosierdzia zaczęły składać roczne ślubowanie i otrzymywały tytuł „siostry”.

Chory w okresie Oświecenia

W okresie oświecenia nastąpił wyraźny rozwój nauk medycznych. Cały wiek XVIII i początek XIX to w dalszym ciągu jeszcze niekorzystny okres dla szpitalnictwa i opieki pielęgnarskiej. Opieka pielęgnacyjna była jedynie lepsza tam, gdzie pracowały siostry miłosierdzia i beginki. Pielęgnowaniem nadal zajmowały się osoby bez wykształcenia, nie umiejące czytać i pisać. Do zadań sióstr zakonnych należało podawanie leków i wykonywanie np. upustów krwi. Inne zabiegi pielęgnacyjne były wykonywane przez dozorców i służbę.

Dopiero w latach 1780–1800 wprowadzono w Niemczech szkolenie zatrudnionych w szpitalu dozorców i opracowano w tym celu specjalny podręcznik (1782 r., dr May) i dzięki temu poziom opieki nad chorym uległ wyraźnej poprawie. Szkolenie z biegiem lat rozwijało się. Poszerzono go o zajęcia teoretyczne, jak i praktyczne. Uczono zmiany opatrunków, wykonywania lewatyw i podawania leków.

W roku 1836 Teodor Fliedner reaktywował zakon diakonis, stworzył dla nich szkołę przyszpitalną i dokonał zmiany struktury szpitala. Podzielił go na 6 oddziałów: kuchnię, pralnię, dział utrzymania czystości oraz oddziały – kobiece, męski, dziecięcy. Diakonisy szkoląc się praktycznie kolejno we wszystkich oddziałach otrzymały skromne przygotowanie teoretyczne. Uczył je lekarz, z podręcznika dr Dieffenbacha.

Chory w dawnej Polsce

Początki medycyny polskiej, podobnie jak u wszystkich innych narodów, tkwiły w lecznictwie ludowym. Przeważała w nich wiara w uosobione i ubóstwione siły przyrody, wierzenia w demony. Pośrednikami między ludźmi a duchami i demonami były czarownice, przeważnie stare kobiety, których praktyki miały na celu odczynianie i rzucanie uroków oraz wpływanie na demony chorobotwórcze, by opuściły ciało chorego. Demony zwodzono utajniając przed nimi brzemienność i połóg, imię noworodka lub przebierając narażonego na zachorowanie, a przede wszystkim chroniono się przed chorobami za pomocą przeróżnych amuletów, odstraszano hałasem, uderzeniami chorego dla wypędzenia demonów z ciała oraz oszukiwania ich licznymi sposobami. Przyczynę choroby przypisywano także wpływowi ciał niebieskich, zwierząt przebywających w ciałach ludzkich, a w szczególności robaków.

Dawne źródła przekazują wiadomości o leczeniu chorób „lekarstwami” i o pomocy medycznej udzielanej przez kapłanów, guślarzy, wiedźmy, babki. Z najczęściej używanych środków leczniczych, wspomnianych w starych źródłach historycznych i literackich, wymienić należy: miód pszczeli, tłuszcz bobrowy, sadło niedźwiedzia lub innych dzikich zwierząt, mieszaniny z węży, żab, jaszczurek, octy z różnych ziół i owoców leśnych.

Obok wymienionych środków oraz praktyk opartych na przesądach, stosowano również takie zabiegi, jak: podawanie środków przeczyszczających lub wymiotnych, stawianie baniek z rogu bydłęcego lub z garnka, przykładanie pijawek itp. Warto również nadmienić, że w grobach wczesnohistorycznych, jak np. w powiecie plockim, znaleziono czaszki z otworami trepanacyjnymi o krawędziach ran zabliznionych, zagojonych za życia.

W XVI w. do pierwszej połowy XVIII w. zdrowie traktowano jako przyślowiowy skarb i przywiązywano do niego olbrzymią wagę. Ludzie ówcześni

uważali, że posiadanie zdrowia jest podstawą wszelkiej działalności i punktem wyjściowym dla wszelkich planów życiowych. Niski poziom medycyny uniemożliwiał przeciwdziałanie złemu stanowi zdrowotnemu społeczeństwa. Pacjent w walce z chorobą znajdował się często na straconej pozycji, nie znając źródła choroby i nie rozumiejąc istoty procesów chorobowych nie miał szans na zwycięstwo.

Najgroźniejszymi chorobami dotykającymi ludzi były: dżuma, ospa, dury, malaria, czerwonka bakteryjna, błonica, ospa zwane: zarazami, morem, powietrzem, gruźlica, choroby weneryczne. Inne opisywane to np. szkorbut, podagra, krzywica, choroby jamy ustnej i zębów, choroby oczu, zatrucia i zakażenia pokarmowe, świerzby.

Pacjent w tym okresie nie posiadał żadnych praw. W medycynie królowały zabobony i tzw. uzdrowiacze, którzy nie poczuli się do odpowiedzialności za życie chorego i nie obowiązywały ich prawa przyjęte przez tzw. świat lekarski. Wykorzystywali naiwność chorych, bałamučili teoriami o zmorach, upiorach, o „zadawaniu” rozmaitych chorób, niejednokrotnie doprowadzając do tragedii. Często stosowanym sposobem wypędzenia choroby było obmywanie chorych w wodach z ziół, z równoczesnym wymawianiem zaklęć i modlitw, wylewaniem wody przed dom itp. gusłami. Znachorzy rekrutowali się ze zwykłych bab i chłopów.

Pacjenci byli bardzo łatwowierni, gdyż wystarczyła im pogłoska, że ktoś dobrze leczy. Ogromnym zaufaniem darzyli cudotwórców i wszelkiego rodzaju szarlatanów oraz lekarzy czy pseudo-lekarzy przyjeżdżających z obcych stron. Leczyli również aptekarze i zakonnicy. Wykształconych lekarzy i szpitali było stosunkowo dużo, ale nie wszyscy prezentowali odpowiedni poziom. Podstawą ideową dawnego szpitalnictwa było miłosierdzie chrześcijańskie, pod hasłem – Res sacra miser. Chorymi zajmowali się księża. Nędzarz powinien być otoczony opieką, ubrany i nakarmiony. Szpitale zajmowały się raczej opieką nad bezdomnymi, aniżeli leczeniem chorych. Wykwalifikowanych lekarzy było wśród nich niewielu. Zastępowali ich cyrulicy, leczący rany i wrzody, nastawiający złamania, wykonujący operacje, sprowadzający maści, kupujący w aptekach odpowiednie lekarstwa. Nierzadko chorego leczyli domowymi środkami współtowarzysze szpitalni. Stopniowo w większych miastach zaczyna się coraz większą wagę przykładać do strony lekarskiej szpitali.

Pacjent w okresie życia Florencji Nightingale

Umownie przyjętą datą początku nowoczesnego pielęgniarstwa i współcześnie pojętego opiekowania się chorym jest rok 1860, kiedy przy szpitalu Św. Tomasza w Londynie założono pierwszą szkołę pielęgniarstwa według koncepcji Florencji Nightingale. Sama Nightingale nie miała żadnego formalnego prze-

szkolenia, była pielęgniarką samoukiem. Z jej inicjatywy, 4 czerwca 1860 roku, rozpoczęła działalność nowoczesna szkoła pielęgniarstwa. W okresie działalności szkoły zawód pielęgniarki był w powszechnej pogardzie. Nightingale opisywała osoby pracujące jako pielęgniarki: „za stara, za słaba, zbyt pijana, zbyt brudna, zbyt obojętna i zanedbana, aby robić coś innego”. Jej szkoła miała wyraźnie sprecyzowany cel. Musiała przygotować pielęgniarki do podjęcia pionierskiej pracy reformatorskiej. Wykształcić je tak, aby potrafiły tworzyć i rozwijać właściwy system pielęgnowania w szpitalu, wprowadzić odnowę w zarządzaniu szpitalem, pielęgnować chorych i uczyć innych pielęgnowania.

Florencja Nightingale uważała, że pielęgnowanie polega na tym, aby dobrze zaobserwować objawy wspólne wszystkim chorym i te, które są właściwe poszczególnym pacjentom. Głównym celem niesienia pomocy podopiecznym jest natomiast stworzenie takich warunków, by chorzy mogli przeżyć lub co najmniej żyć lepiej aż do śmierci. Twierdziła, że pacjentowi należy zapewnić takie otoczenie, w którym wykonywana opieka byłaby łatwa do przeprowadzenia. Trzeba dbać o wietrzenie sal chorych, dostarczać im światła, zapewniać czystość, ciepło, eliminować hałas, stosować odpowiednią dietę i prowadzić wnikliwą obserwację pacjenta. Pacjent nadal był jednak postrzegany biernie i odgrywał rolę pasywną jako podmiot opieki.

Współczesne podejście do pacjenta

W roku 1926 roku Jan Chrystian Smutas sformułował paradygmat (model) medycyny holistycznej. Traktował go jako antidotum na analityczny redukcjonizm dominujący w nauce XX wieku i skierował do lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli zdrowia, dietetyków, fizjoterapeutów, muzykoterapeutów i wszystkich podejmujących się sprawowania opieki nad innymi niezależnie od tego, czy działają w zorganizowanym systemie opieki zdrowotnej, czy poza nim.

Holizm zakłada zainteresowanie całą osobą, w aspekcie jej potrzeb bio-psycho-społecznych oraz różnych sposobów leczenia i praktyk leczniczych, nie wyłączając z tego medycyny niekonwencjonalnej. Według założeń medycyny holistycznej od pacjenta należy wymagać aktywnego podejścia do spraw swego leczenia, rezygnacji z postawy bycia biernym w odbiorze świadczeń leczniczych. Osoba sprawująca opiekę nad chorym powinna z nim spędzać dużo czasu, uznając wyjątkowość jego życia przy zwyczajności choroby. Każdy pacjent wymaga innego podejścia, różnych technik terapeutycznych, diety, środków farmaceutycznych, podejścia psychoterapeutycznego i respektowania kulturowych uwarunkowań sposobów chorowania i leczenia. Każdy też ponosi sam odpowiedzialność za własne zdrowie i ma ukryte siły autolecznicze, które trzeba „wydobyć”.

Współczesne podejście do pacjenta traktuje go jako partnera w potęgowaniu i utrzymaniu zdrowia, walce z chorobą, w rehabilitacji. W związku z powyższym chory ma być nie tylko biorcą usług zespołu terapeutycznego, ale powinien wykazywać zainteresowanie zdobywaniem wiedzy na temat swojej choroby, być w pełni świadomym stanu swego zdrowia i możliwości wpływania na ten stan, być samodzielny w podejmowaniu decyzji mających znaczenia dla jego zdrowia, wykazywać się aktywnością w pielęgnowaniu, leczeniu i rehabilitacji oraz ponosić pełną odpowiedzialność za własne zdrowie.

Zespół terapeutyczny musi widzieć w chorym człowieka. Respektować jego prawa do subiektywnego odczuwania swego zdrowia, z szacunkiem odnosić się do jego subiektywnych odczuć, poglądów, przekonań i wiary. Wykorzystywać subiektywne odczucia chorego w ocenie jego stanu i planowaniu opieki. Powinien uznawać prawo każdego chorego do niezależności i odrębności osobistej, postępowania i zachowania odbiegającego od ogólnie przyjętych wzorów i standardów życia, reagowania w swoisty sposób dla siebie na różne bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, w tym innych ludzi.

Pacjent w świetle wybranych współczesnych modeli pielęgniarstwa

Virginia Henderson uważała, że pielęgniarka ma przede wszystkim obowiązki wobec pacjenta, na drugim miejscu wobec lekarza. Pacjent jest bowiem osobą centralną, uprawnioną do otrzymywania możliwie najlepszej pomocy w podejmowaniu właściwych decyzji oraz mającą prawo do traktowania go z pełnym szacunkiem.

Pielęgnowanie według niej to asystowanie ludziom chorym i zdrowym w podejmowaniu działań znaczących dla umacniania i przywracania zdrowia (także dla zapewnienia spokojnego umierania), które podejmowałiby sami, gdyby mieli potrzebną siłę, wolę, wiedzę. To pomaganie pacjentom w prowadzeniu leczenia oraz w osiągnięciu pełnej niezależności tak szybko, jak to tylko jest możliwe. Pielęgniarka jest tym, kto towarzyszy pacjentowi, kto jest blisko, a równocześnie tym, kto w każdej chwili jest gotowy do świadczenia fachowej pomocy. Pielęgnowanie i opieka nad chorym są właściwe tylko wtedy, jeżeli stymulują lub pomagają człowiekowi w zapewnieniu warunków do: normalnego oddychania, dostarczania właściwego pożywienia i napojów, wydalania zbędnych produktów przemiany materii, poruszania się i utrzymania właściwej pozycji, dobrania odpowiedniego ubioru – ubierania i rozbierania, utrzymania odpowiedniej temperatury ciała poprzez dostosowywanie odzieży/okrycia i modyfikację środowiska – otoczenia, utrzymywanie ciała w czystości, jego dobrego wyglądu i zabezpieczenia ciągłości powłok, snu i odpoczynku, unikanie zagrożeń ze strony środowiska, komunikowania się z innymi dla wyrażenia uczuć, potrzeb,

obaw i opinii, odbywania praktyk religijnych zgodnie z nakazem wiary, pracy, która pozwala na pewne osiągnięcia, zabawy lub uczestniczenia w jej różnych formach, uczenia się, odkrywania i zaspokajania ciekawości, która prowadzi do normalnego rozwoju i zdrowia oraz korzystania z możliwości umacniania zdrowia. Potrzeby te występują u wszystkich ludzi, jednak pielęgniarka musi brać pod uwagę różne uwarunkowania mogące prowadzić do ich modyfikacji: wiek człowieka, temperament, stan emocjonalny, krótkotrwałe nastrój, stan socjalny i kulturowy, właściwości fizyczne człowieka, możliwości intelektualne oraz funkcjonowanie receptorów. Pielęgniarka powinna pomagać pacjentowi tylko wtedy, gdy brakuje mu: sił (odpowiednio zastępować pielęgowanego w odpowiednich czynnościach), motywacji (pobudzać podopiecznego do aktywności) oraz wiedzy (uczyć, pomagać w przyswajaniu takiej wiedzy i umiejętności, jakie są niezbędne do opiewowania się własnym zdrowiem) i podporządkowywać praktykę raczej problemom pielęgnacji niż diagnozie medycznej.

Dorothea Orem jest zwolenniczką zasady, że człowiek posiada wrodzoną skłonność do samopielęgowania, a w ciągu życia nabywa określoną wiedzę i umiejętności, dzięki którym może zaspakajać swoje potrzeby. Samoopieka stanowi bowiem część kultury zdrowotnej człowieka, a sposób w jaki jest przeprowadzana jest unikalny dla poszczególnych ludzi, rodzin, społeczności. Indywidualna zdolność do samoopieki zmienia się i jest uwarunkowana przede wszystkim: wiekiem, etapem rozwojowym, doświadczeniem życiowym, orientacją socjalno-kulturową, środowiskiem oraz stanem zdrowia. Podstawowym warunkiem, niezbędnym do podjęcia opieki pielęgnarskiej nad chorym i określenia jej zakresu, jest umiejętne rozpoznanie potrzeb pacjenta oraz indywidualna ocena deficytów w zakresie samopielęgowania. Wybór metody pracy z pacjentem musi być ściśle powiązany z doborem systemu pielęgowania, tj. określonego podejścia w zależności od wymaganej przez pacjenta pomocy, a to zależy od stanu pacjenta, jego potrzeb oraz indywidualnej oceny rodzaju i stopnia deficytów samoopieki. Pielęgniarka może dokonać wyboru jednego, bądź kombinacji systemów pielęgowania. Zaliczamy do nich: system pielęgowania całkowicie kompensacyjny (stosowany w opiece nad pacjentami niezdolnymi do wydawania osądów, opinii i podejmowania decyzji dotyczących samopielęgowania, nad osobami z ograniczoną możliwością/niemożnością poruszania się, komunikowania z otoczeniem oraz oceniania zagrożeń ze strony środowiska), system pielęgowania częściowo kompensacyjny (stosowany w opiece nad osobami z niepełną zdolnością do samoopieki, spowodowaną np. ograniczeniem poruszania się, niedostatkami wiedzy i umiejętności samoopieki, brakiem psychicznej oraz fizycznej gotowości do podejmowania działań samopielęgowacyjnych) oraz system pielęgowania wspierająco-uczący (w opiece nad osobami mającymi potencjalną zdolność do samoopieki, ale wymagającymi wsparcia, motywowania, przekazywania określonej wiedzy i umiejętności lub pomocy w podejmowaniu decyzji).

Martha Elizabeth Rogers uważała, że miejsce pielęgniarki jest wszędzie tam, gdzie są ludzie „dziś na ziemi, jutro w kosmosie”. Twierdziła, że pielęgniarka dzięki bacznej uwadze może dostrzec pole energii jakie stanowi pacjent, czyli odczuwać fale energetyczne emanowane przez pole pacjenta. Celem opieki nad chorym powinno być więc promowanie i ułatwianie harmonijnego związku między środowiskiem człowieka a człowiekiem dla wzmocnienia spójności istot ludzkich oraz przekształcenie form tych interakcji dla zapewnienia maksimum potencjału zdrowotnego społeczeństw.

Betty Neuman za przyczynę wszystkich chorób uważa stres. Rola pielęgniarki w opiece nad chorym powinna, według niej, dotyczyć rozpoznawania zdolności pacjenta do walki ze stresem, redukcji stresu i warunków niepomysłnych dla pacjenta, nauczania chorego niwelowania stresu odpowiedzialnego za stan jego zdrowia oraz pomocy pacjentowi (jako systemowi otwartemu) w osiągnięciu równowagi i stabilności ze środowiskiem.

Callista Roy twierdzi, że cele opieki nad chorym i ich formułowanie w znaczeniu zamierzonych wyników powinny być uzgodnione z pacjentem. Wszelkie interwencje pielęgniarskie muszą stanowić wybrane dla każdego pacjenta działania, zmierzające do zapewnienia mu właściwej stymulacji dla uzyskania reakcji adaptacyjnych promujących jego zdrowie i dobrostan. Pielęgniarka powinna, dzięki swej wiedzy i doświadczeniu przewidzieć ewentualne trudności w uruchomieniu przez pacjenta skutecznych mechanizmów obronnych, wspierać go i pomagać w utrzymaniu już osiągniętych, pozytywnych reakcji na działające bodźce.

Hildegard Peplau jest przekonana, że najistotniejsze znaczenie w opiece nad chorym ma relacja pielęgniarka – pacjent. To, co może zyskać od pielęgniarki ten, któremu ona świadczy swoją pomoc zależy od osobowości pielęgniarki oraz wpływu pielęgniarstwa i edukacji pielęgniarskiej na rozwój dojrzałości zawodowej pielęgniarki. Pielęgnowanie, to bowiem proces międzyludzki o charakterze terapeutycznym, a więc o dużym znaczeniu dla zdrowia człowieka. To nic innego tylko sztuka uzdrawiania. Każdego chorego należy postrzegać jako unikalną strukturę biologiczno-duchowo-społeczną, która odrębnie i niepowtarzalnie reaguje na sam bodziec. Każdy pacjent wykształca bowiem swoje indywidualne mechanizmy reagowania i posiada własną percepcję otaczających go zjawisk. O sukcesie terapeutycznym będzie więc świadczył wzajemny szacunek pielęgniarki i pacjenta. Pielęgniarka powinna więc być dla pacjenta nauczycielem, doradcą, przywódcą, ekspertem technicznym, zastępcą i źródłem informacji.

Jean Watson uważa, że opieka nad chorym powinna zajmować centralne miejsce w pielęgnowaniu i nadrzędne w stosunku do każdej formy działań pielęgniarskich. Chorym należy pomóc w osiągnięciu przez nich wysokiego poziomu zharmonizowania (niezbędnego, ażeby promować pozyskiwanie własnej wiedzy) oraz samouzdrawiania. Opiekowanie składać się więc musi z okolicz-

ności opiekuńczych, których rezultatem jest stan zaspokojenia potrzeb pacjenta (przeżycia, funkcjonowania, zintegrowania, samorozwoju). Właściwa opieka nad chorym jest bardziej „zdrowogenna” niż leczenie, ponieważ praktyka opiekuńcza jednoczy wiedzę biologiczno-fizjologiczną z wiedzą o ludzkim zachowaniu dla umacniania lub promocji zdrowia i w celu służenia tym, którzy są chorzy.

Madelaine Leininger podkreśla, że racjonalna opieka pielęgnacyjna powinna uwzględniać uwarunkowania kulturowe pacjentów. Powinno się je poznać i rozumieć oraz odpowiednio uwzględnić w procesach planowania i realizowania opieki. Człowiek jest ludzką istotą, kulturową. Rozpatrywanie człowieka wymaga uwzględnienia jego powiązań z kulturą i ujmowaniu go w sposób holistyczny. Każda kultura ma swoje wzorce, normy, sposoby ekspresji oraz struktury troszczenia się o zdrowie. Umożliwiają one poznanie, wyjaśnianie, a także przewidywanie zdrowia i dobrostanu. Podstawową rolą pielęgniarki jest zapewnienie troskliwości zgodnej z ludzkimi wartościami i sposobem życia tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc.

W opiece nad chorym pamiętać bowiem warto słowa I. Stephen: „Pielęgnować twórczo, to: wyzwalać postawy twórcze u osób korzystających z opieki, pamiętać, że każdy człowiek ma w sobie kontynent nieodkrytych możliwości, a szczęśliwy jest ten, kto jest Kolumbem własnej duszy”.

Piśmiennictwo

1. Bogucka M.: Staropolskie obyczaje w XVI–XVII wieku. PIW, Warszawa 1994.
2. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, 2000.
3. Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Śluzarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. red., Wydaw. Czelej Sp. z o.o., 2004, 293–326.
4. Dawidowicz A.: Zdrowie ludzkie w czasie i przestrzeni. PZWL, Warszawa 1970.
5. Dąbrowska M., Kruppe J. (red.): Szpitalnictwo w dawnej Polsce. Wyd. Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa 1998.
6. Dimopulu P. N.: I thesis tis ginekos en thn kinonia. PG, Ateny 1949, 16.
7. Lanara An. B.: Ta ekato hronia tis sholis adelfon nosokomon tu „Evagelismu” 1875–1975, Ek tu ethnikou typografii. Ateny 1978, 2–31.
8. Mango C.: Historia bizancjum. MARABUT, Gdańsk 1997, 212.
9. Maniatis P.: Istoriat tis Iatrikis. Ekdosis Entos. Ateny 2002, 45.
10. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988.
11. Poznańska S.: Pielęgniarstwo, jego naukowość oraz istota [W:] Pielęgniarstwo, Zahradniczek K. red., PZWL, Warszawa 2004, 113–136.
12. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
13. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie. PZWL, Warszawa 1965.
14. Szumowski W.: Historia medycyny. SANMEDIA, Warszawa 1994.

15. Vasilakis A.: KNOSOS. Mitologia-istoria, odigos tou arheologiku hororu. ADAM, Ateny 1996.
16. Votsi E.: Istoría tis Nosilevtikis. TEHNOGRAMMA, Ateny 1996.
17. Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
18. Zarzycka D.: Wybrane teorie pielęgniarstwa. [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. red., Wydaw. Czelej Sp. z o.o. 2004, 112–159.

**Rola zespołu terapeutycznego
w holistycznej opiece zdrowotnej
i podnoszeniu jakości życia pacjentów**



Wprowadzenie

Problematyka zdrowia i choroby wzbudza coraz większe zainteresowanie w obszarze nauk medycznych jak i humanistycznych, ze względu na dostrzeżenie wpływu czynników środowiskowych, stylu życia, czynników psychologiczno-kulturowych czy społeczno-ekonomicznych na zdrowie i chorobę.

Niewątpliwie obszarem badawczym, który zyskał szczególną popularność, początkowo w naukach społecznych, a od lat 70-ych również w medycynie jest kwestia jakości życia człowieka. Jakość życia odwołuje się do subiektywnego poczucia zadowolenia, doświadczanego i/lub wyrażanego przez jednostkę: nawiązuje do wszystkich sfer osobowości (fizycznej, psychologicznej, socjalnej, duchowej) i od każdej z nich jest uzależniona. Jakość życia definiowana jest również jako subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej, w kontekście własnych potrzeb i możliwości.

Choroba w znacznym stopniu determinuje życie jednostki i jego rodziny. W warunkach choroby dochodzi do utraty jakości życia, sił fizycznych, braku poczucia bezpieczeństwa, niezdolności do jakichkolwiek działań, a więc bezużyteczności, depresji, lęku, niemożności dostrzegania i nadawania swojemu życiu jakiegokolwiek sensu. Jakość życia osoby chorej związana jest z możliwościami wyboru w różnych sferach życia, pozostaje jednak w dysproporcji z możliwościami wyborów człowieka zdrowego. Człowiek będący w sytuacji choroby skazany jest na przystosowanie się do roli chorego, zależnego od innych. Choroba dezorganizuje życie nieraz na bardzo długi okres, wymusza modyfikację dotychczasowych relacji w rodzinie. Nasila potrzeby, szczególnie bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego. Stwarza cały system oczekiwań osoby chorej, dotyczących opieki i wsparcia. Radzenie sobie z chorobą oraz efektywność podejmowanych strategii mają wpływ na poziom dobrostanu pacjenta.

Praktycznie o jakości życia chorego decyduje różnica pomiędzy sytuacją przez pacjenta upragnioną a aktualnymi realiami. Im ta różnica jest większa, tym gorzej ocenia on swą jakość życia.

Troska o osoby chore może mieć istotne znaczenie w procesie kształtowania ich jakości życia, nie może się jednak ograniczać do przywracania im zdro-

wia w możliwie jak największym stopniu. Pielęgniarka styka się w swojej pracy z różnorodnymi problemami pacjentów. Poprawa jakości ich życia możliwa jest przez podniesienie stopnia sprawności funkcjonalnej, samoopieki, likwidowanie cierpienia fizycznego i tworzenie życzliwego otoczenia fizycznego i społecznego. Należy wziąć pod uwagę fakt, że jakość życia pacjenta zależy również od warunków ekonomicznych, dostępu do dóbr kultury, uzyskiwanego wsparcia społecznego ze strony najbliższej rodziny, możliwości znalezienia pracy itd.

Wydaje się, że zainteresowanie zdrowiem i chorobą zarówno przez nauki medyczne, jak i społeczne przyczyni się do kompleksowego ujmowania problemów, dając szeroką, o charakterze interdyscyplinarnym perspektywę całościowego, holistycznego widzenia człowieka, zgodnie z definicją zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia podkreślającej, że zdrowie jest stanem dobrego samopoczucia psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby czy niepełnosprawności.

Matylda Sierakowska

Matylda Sierakowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹,
Jolanta Lewko¹

Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych

Jakość życia w naukach społecznych

Koncepcja „jakość życia” (quality of life – QOL) jest problematyką nową, od wczesnych lat 60-tych zajmują się nią liczne dyscypliny naukowe, m.in. socjologia, psychologia, filozofia, pedagogika.

Pojęcie to mieści się zarówno w kategoriach normatywnych, jak i fenomenologicznych, empirycznych i relacyjnych. Można je odnieść do normy klinicznej (brak objawów choroby), społecznej (wypełnienie określonej roli) lub indywidualnej (realizacja celów osobowych). Początkowo jakość życia oznaczała „dobre życie” w sensie typowo konsumpcyjnym, wyrażające się posiadaniem dóbr materialnych, następnie zostało rozszerzone o obszary „być” (zamiast „mieć”), co spowodowało konieczność wprowadzenia nowych kryteriów, takich jak: edukacja, wolność, zdrowie, szczęście [1].

Jakość życia w naukach społecznych, a zwłaszcza w psychologii, rozumiana jest jako poczucie zadowolenia, stopień pomyślności życiowej w kontekście realnych potrzeb i możliwości danej osoby. Można ją definiować również jako subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości. Im stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb jest wyższy, tym lepsza jest jakość jego życia.

Do czynników obiektywnych wpływających na jakość życia zalicza się warunki życia uzależnione od stanu zdrowia, wykształcenia, sytuacji zawodowej, warunków socjalnych oraz prawnych, ekonomicznych i politycznych państwa. Natomiast czynniki subiektywne, psychospołeczne dotyczą oceny i samopoczucia w zakresie własnego stanu fizycznego, psychicznego i materialnego, relacji z otoczeniem, wsparcia społecznego, systemu cenionych wartości i przekonań [2].

Przyjmuje się, że wysoka jakość życia jest darem samym w sobie i dlatego stanowi również pojęcie etyczne. W istocie chodzi o to, jak człowiek oce-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

nia swoje życie, mając do porównania realną sytuację na pewnym etapie życia, z przyjętym wzorem lub z założonym programem życiowym. Możliwość realizowania siebie w działaniu może, wg psychologów i socjologów, stanowić o jakości życia. Najwyższą jakość życia w potocznym rozumieniu daje szczęście. Szczęście, zgodnie z teorią „cebulową” Czapińskiego, jest tworem-konstrukcją składającą się z powiązanych ze sobą warstw: warstwę najgłębszą tworzy wola życia; warstwę pośrednią – ogólne zadowolenie z życia jako całości – pozytywna postawa wobec przeszłości, jak i przyszłości (oczekiwanie czegoś dobrego, nadzieja); warstwę powierzchniową stanowią satysfakcje cząstkowe – oceny poszczególnych dziedzin życia (zdrowia, rodziny, warunków materialnych). Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem stanowi jedną z form satysfakcji cząstkowych [3].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako nie tylko brak choroby czy przypadłości, ale obecność dobrego samopoczucia zarówno fizycznego, psychicznego jak i społecznego [4]. Wynika stąd, że choroba nie jest tylko sprawą zachwiania fizycznej integralności ludzkiego organizmu, lecz rozgrywa się na płaszczyznach psychicznego, społecznego i duchowego funkcjonowania [5].

Rozwijając termin zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia określa jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Można zatem powiedzieć, że człowiek chcący zbadać jakość swego życia musi kompleksowo ocenić stan zdrowia fizycznego, stan emocjonalny, samodzielność w życiu, stopień niezależności od otoczenia oraz relacje ze środowiskiem, osobiste wierzenia, przekonania, religię i poglądy [6, 7, 8, 9].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Badania jakości życia w medycynie weszły do praktyki medycznej już we wczesnych latach 70-tych. Zainteresowanie to wiązało się z nową holistyczną koncepcją modelu medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta.

Holizm – to podejście do pacjenta jako do bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego. Pacjenta traktuje się indywidualnie, z uwzględnieniem jego podmiotowości oraz potrzeb psychospołecznych. Od chorego wymaga się aktywnego podejścia do spraw swego leczenia, rezygnacji z postawy bycia biernym biorcą świadczeń leczniczych. Holizm wymaga zainteresowania całą osobą w całym jej otoczeniu i całokształtem stosowanych sposobów leczenia i praktyk leczniczych.

Pomiar jakości życia powinien uwzględniać dwa paradygmaty, które stanowią holistyczne i podmiotowe traktowanie pacjenta.

Przejawem zaakceptowania jakości życia w badaniach medycznych było wprowadzenie w 1977 roku wyrażenia „jakość życia” (quality of life) do Idex Medicus jako słów kluczowych.

Większość metod pomiarowych przed okresem lat 70-tych skupiało się jedynie na stwierdzeniu dobrego lub złego stanu zdrowia, ograniczeniu funkcji, rozpoznaniu objawów choroby. Poszukiwanie dodatkowych metod pomiaru zdrowia, uzupełniających tradycyjne metody (zachorowalności, umieralności), rozpoczęto w latach 80-tych [10]. Najistotniejszym czynnikiem w procesie zachodzących zmian okazało się wówczas uwzględnienie istoty społecznych skutków chorób i interwencji medycznych nie tylko w przedłużaniu czasu życia, lecz także w poprawie jego jakości [11]. Przyjęto założenie, że pozytywna koncepcja zdrowia, to nie tylko nieobecność choroby, ale również „pełnosprawne funkcjonowanie” i „dobra wydajność” umysłowa i fizyczna oraz adaptacja społeczna [12].

W 1990 r. Schipper i współpracownicy wprowadzili nowe pojęcie: Jakość Życia Uwarunkowana Stanem Zdrowia (HRQL – Health Related Quality of Life), definiując je jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywanym) przez pacjenta.

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia obejmuje cztery dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową; stan psychiczny; sytuację społeczną i warunki ekonomiczne; doznania somatyczne [13]. W szerszej definicji HRQOL aspekty zdrowia obejmują: zdrowie ogólne, funkcjonowanie fizyczne, objawy choroby, funkcjonowanie emocjonalne, funkcje poznawcze, funkcjonowanie w rolach, funkcjonowanie społeczne, wydolność seksualna oraz zagadnienia egzystencjalne [4].

Rozwijając koncepcje jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, zwraca się uwagę na konieczność rozróżnienia pomiędzy stanem zdrowia (objawy obiektywne) a HRQOL, będącym subiektywnym doświadczeniem pacjenta [14]. Istotne jest także wprowadzenie nowego sposobu oceny jakości życia (HRQOL) w wymiarze psychicznym, gdzie poza opisem elementów negatywnych (przygnębienie, lęk), bierze się pod uwagę elementy pozytywne, takie jak satysfakcja, nadzieja, adaptacja.

Jakość życia związaną ze zdrowiem należy więc rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową, reprezentującą rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników wpływających na zdrowie.

Próby pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia polegają na subiektywnych ocenach pacjentów, ich fizycznej, psychicznej i społecznej strony codziennego kontaktu ze skutkami choroby oraz jej leczenia. Stanowią pewnego rodzaju wgląd w nasilenie objawów i efekty uboczne terapii, wpływających na komfort życia pacjenta. Jest to swego rodzaju przełom w medycynie tradycyjnej, prowadzący ku większej jej humanizacji. Ocena, która jest z reguły subiektywna, pozwala poznać sytuacje, jakie wpływają na postawy i dążenia pacjenta, który staje się partnerem w procesie leczenia i pielęgnowania.

Pomiar jakości życia

Jakość życia możemy mierzyć w trzech różnych aspektach: jako ogólną jakość życia, gdzie zajmujemy się wszystkimi możliwymi domenami; psychospołeczną jakość życia, badającą psychospołeczne funkcjonowanie jednostki i jakość życia związaną ze zdrowiem, odnoszącą się do fizycznej, psychicznej i społecznej właściwości zdrowia, odrębnej dla każdego.

Narzędzia stosowane do badania jakości życia powinny być wystandaryzowane, posiadać rzetelną weryfikację psychometryczną i podstawę teoretyczną. W przypadku stosowania „obcych” narzędzi badawczych niezbędna jest kulturowa ich adaptacja.

Metody pomiaru jakości życia powinny cechować się:

- przydatnością (validity) – zdolność do mierzenia zjawisk zachodzących w domenach;
- wysokim stosunkiem sygnału do szumu (signal to noise ratio) – wyniki oceny określonego parametru u pacjentów, różniących się pod względem mierzonego parametru są różne;
- niezawodnością i powtarzalnością (reliability and reproducibility) – wyniki oceny danego parametru u tego samego pacjenta są zawsze jednakowe, pod warunkiem że jego sytuacja nie ulega zmianie;
- czułością (sensitivity) – zdolność instrumentu do wykrycia różnic pomiędzy pacjentami lub grupami pacjentów;
- czułością w wykrywaniu zmian (responsiveness) – czułość w wykrywaniu zmian zachodzących u danego pacjenta, gdy stan ulega poprawie lub pogorszeniu;
- wyczerpaniem zagadnienia (coverage/appropriateness and acceptability) – zawierający pytania dotyczące każdego obiektywnego jak i subiektywnego czynnika, odgrywającego ważną rolę w badanej populacji i mogący ulec zmianie pod wpływem interwencji;
- łatwością w użyciu [15].

Dobór instrumentów do mierzenia jakości życia zależy od celu badania. Przy mierzeniu ogólnej jakości życia (generic instruments), zastosowanie znajdują tzw. profile zdrowia (health profiles) np.:

- SF-36 (Short Form-36), skala badająca ogólną jakość życia, stan fizyczny, emocjonalny i ból;
- SIP (Sickness Impact Profile), umożliwiający samoocenę stanu zdrowia oraz wpływ choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychospołeczne i kategorie czynności niezależnych;
- WHOQOL 100, analizujący 6 dziedzin życia (dziedzina fizyczna, psychologiczna, poziom niezależności, relacje społeczne, środowiskowa, duchowość/religia/osobiste przekonania) 24 kategorie, globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia bądź w wersji skróconej WHOQOL Bref (4 podstawowe domeny życia);

- skala NHP (Nottingham Health Profil), uwzględniająca 6 podstawowych domen życia.

Stosowane są również instrumenty mierzące użyteczność (wartość, satysfakcję) danego stanu zdrowia (utility measures) np. Quality of Well-Being, Health Unility Index.

Badając szczegółowe aspekty jakości życia (specific instruments) stosujemy instrumenty specyficzne, oceniające zjawiska, które u danego pacjenta mogą ze znacznym prawdopodobieństwem wystąpić. Specyficzność może odnosić się do:

- choroby (choroba nowotworowa – QOL-C30, Indeks Jakości Życia Spitzera; reumatoidalne zapalenie stawów – AIDS 2 – Arthritis Impact Measurment Scale; choroba psychiczna – OLI-MH – Quality of life Index Mental Health);
- danej funkcji (zaburzenie funkcji lokomocyjnych – kwestionariusz Ferrenca i Pawers'a);
- konkretnego problemu (chory dializowany – kwestionariusz Parfrey'a, Laupacisa)
- populacji [16].

Kwestionariusze ogólne badające QOL w różnych chorobach i populacjach pacjentów zapewniają uogólnienie wyników, są bardziej uniwersalne. Charakteryzują się jednak niską czułością na zmiany zachodzące podczas interwencji medycznych.

Narzędzia specyficzne są bardziej czule na wyniki leczenia, mogą wykazywać korelację z ważną klinicznie aktywnością choroby, stanowią uzupełnienie narzędzi ogólnych do badania jakości życia. Pozwalają na wyłonienie tych obszarów, które w danej chorobie są dla człowieka najistotniejsze.

Jakość życia w chorobach przewlekłych

Czynniki determinujące jakość życia w chorobie odnoszą się do samej choroby – zmienne dotyczące procesu chorobowego oraz obrazujące rezultaty choroby i czynniki socjo-demograficzne, takie jak wiek, płeć, praca (pełnienie ról), wsparcie społeczne. Jakość życia chorych cierpiących przewlekły ból, niesprawność jest wynikiem pojedynczej i niepowtarzalnej interakcji wpływu choroby, osobniczej możliwości chorego, jego sił adaptacyjnych i procesów radzenia sobie z chorobą [17].

Choroba, zwłaszcza przewlekła, postępująca wpływa na funkcjonowanie chorego nie tylko w obszarze choroby i procesu terapeutycznego, ale również w bliższym i dalszym środowisku społecznym, w relacjach interpersonalnych w rodzinie, społeczeństwie. Przystosowanie się do zmian w życiu, spowodowanych chorobą, okaleczeniem, inwalidztwem psychicznym i fizycznym jest dla wielu pacjentów sprawą trudną. Problem jakości życia w wielu chorobach to

nie tylko problem dolegliwości, ale także tolerancji leczenia, efektów ubocznych terapii oraz śmiertelności związanej z chorobami współistniejącymi.

Według Siegrista ocena jakości życia w chorobach przewlekłych ukazuje punkt widzenia pacjenta, jest źródłem dodatkowych informacji, które mogą odgrywać ważną rolę w podejmowaniu decyzji związanych z leczeniem, ukazuje potrzeby pacjentów i ich problemy dotyczące opieki pozaszpitalnej [18].

Terapia ukierunkowana na poprawę jakości życia bierze pod uwagę istotne dla chorego wartości. Pacjent dokonuje subiektywnej oceny stanu zdrowia, ocenia swoje samopoczucie psychiczne w związku z chorobą i procesem leczenia. Bardzo często najważniejsze dla osoby chorej czy niepełnosprawnej jest zachowanie (czy odzyskanie) możliwości aktywnego, samodzielnego życia. Dla zespołu terapeutycznego miarą sukcesu w leczeniu i rehabilitacji staje się podtrzymanie lub przywrócenie pacjentowi możliwości niezależnego życia [19].

Adaptacja w chorobie może przyczynić się do znacznej poprawy jakości życia chorego przewlekle. Z powodu adaptacji wielu pacjentów może oceniać swoje życie wysoko, pomimo istnienia oczywistych problemów lub może nawet wykazać poprawę w wynikach pomiarów QOL, przy braku korelacji z obiektywnymi wskaźnikami choroby czy funkcji fizycznych. Nawet ciężko chorzy nie zawsze wykazują niską jakość życia. Pacjenci zmieniają swoje wewnętrzne standardy, wartości czy rozumienie pojęcia jakości życia, a co za tym idzie oceniają ją inaczej niż gdyby nie dostosowali się do danej sytuacji. Takie zjawisko wewnętrznej akceptacji jest określane jako „przesunięcie odbioru/reakcji”, gdzie, gdy następuje zmiana w stanie zdrowia człowieka, może on zmienić swoje wewnętrzne standardy, poczucie wartości oraz konceptualizację QOL [20].

Podsumowanie

Jakość życia w medycynie wiąże się ściśle z koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta, tzn. nie tylko za przedłużenie mu życia w sensie biologicznym, ale także zmaksymalizowanie wysiłków w celu uczynienia jego życia aktywnym i zbliżonym do tego, jakie jest charakterystyczne dla ludzi zdrowych. Biorąc pod uwagę kontekst socjo-psychologiczny pacjenta, badania nad jakością życia torują drogę do powrotu medycyny ku jej podstawowemu i najstarszemu paradygmatowi, którym jest paradygmat holistyczny, ujmujący całość osoby ludzkiej.

Pomiary oceny jakości życia pacjentów dokonane przez personel medyczny, w tym pielęgniarki, mogą w praktyce okazać się bardzo pomocne w przepływie informacji, komunikacji, identyfikowaniu aspektów życia o największym znaczeniu dla pacjenta, w rozpoznawaniu specyficznych jego problemów oraz w planowaniu i ocenianiu indywidualnej opieki. Mogą być również traktowane jako pośredni miernik jakości opieki związanej z wynikami pielęgnowania i leczenia.

Piśmiennictwo

1. Fallowfield L.: Quality of life. Souvenir Press Ltd., Londyn, 1990.
2. Szulc W.: Jakość życia a kulturoterapia. Ujęcie modelowe. *Pielęgniarstwo* 2000, 1996, 2, 13.
3. Czapiński J.: Psychologia szczęścia. Wydawnictwo Psychologiczne, Warszawa, 1992.
4. Fayers P. M., Machin D.: Quality of life: assessment, analysis and interpretation. John Willey & Sons, Chichester, 2000.
5. Stelcer B.: Rozwój badań jakości życia chorych terminalnie. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, Poznań, 1997, Cz. IX, 156–160.
6. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: Zachowania w chorobie, *Collegium Medicum UJ*, Kraków, 1999, 31–33.
7. Mason J., Anderson J., Meenan R.: A model of health status for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 1992, 31, 714–720.
8. Piet L. C. M., Van Riel: Quality of life (Reumatoid Arthritis). *Pharm. World Sci.*, 1993, 15, 93–97.
9. Raspe H., Kohlmann T.: Population surveys for disorders characterized by pen: A methodological review. *J. Epidemiol. Community Health*, 1994, 85–92.
10. Ferrans C. E.: Conceptual Issues. *Semin. Oncol. Nurs.*, 1990, 4, 240–260.
11. Carr A. J., Higginson I. J.: A quality of life measures patient centred? *BMJ*, 2001, 322, 1357–1360.
12. Bowling A.: Measuring health. A Review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1997.
13. Schipper H., Clinch J., Powell V.: Quality of life studies: definitions and conceptual issues. [W:] *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Editor: B. Spilker. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996, 11–24.
14. De Walden-Gałuszko K., Mankowicz M. (red): *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
15. Guyatt G. H., Kirshner B., Jaeschke R.: Measuring health status: what are the necessary measurements properties? *J. Clin. Epidemiol.*, 1992, 45, 1347–1351.
16. Wołowicka L. (red): *Jakość życia w naukach medycznych*. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2001.
17. Rejsner C., Szczygielska-Majewska M.: *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*. Centrum Medyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa, 1992, 145–152.
18. Siegrist J. Junge A.: Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc. Sci. Med.*, 1989, 29, 436.
19. Bobiatyńska E.: Medycyna, profesjonaliści zdrowia i samopomoc. W sojuszu na rzecz przewlekle chorych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2001, 3, 17–18.
20. Schwartz C. E., Sprangers M. A. G.: *Adaptation to changing health: response shift in quality of life research*. Washington D.C.: American Psychological Association, 2000.

Krystyna Florek¹

W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osobę

...Szacunek dla samego siebie
polega na przekonaniu,
że jesteś wartością, unikatem,
skoro zdobyłeś szacunek,
dla siebie będziesz zdolny
pracować twórczo i sprawnie,
że Twoje życie stanie się
życiem HUMANISTY...

Laurence J. Peter

Wstęp

Kiedy zastanawiamy się nad tajemnicą, wartością i godnością osoby ludzkiej napotykamy na problemy i pytania przerastające niekiedy nasze możliwości poznawcze. Ten fakt nie powinien wpływać destruktywnie na aktywność w poznawaniu i budowaniu samych siebie by nie pomagać innym. Współczesny człowiek zagubiony traci świat wartości obiektywnych, a jego subiektywne dobre wybory stają się antywartościami, zagrażając nie tylko jego egzystencji. Dodatkowym utrudnieniem w konstruowaniu wartości jest ogromne zamieszanie na rynku doktryn, prądów filozoficznych, koncepcji etycznych, z których każda chce wykazać się wyższością i posiadaniem patentu na prawdę.

Istnieją wartości fundamentalne i ponadczasowe, które czytelnie wyznaczają kierunki pozytywnego rozwoju człowieka. Warunek: osoba musi te wartości poznać, zinternalizować, realizować, umiejętnie ich bronić, a także swoim życiem je potwierdzać.

Nie ulega wątpliwości, że medycyna zawdzięcza swoje postępy wielu naukom. Obserwowany dynamiczny rozwój, na którym opiera się terapia surowicami, transplantologia, inżynieria genetyczna pozwala zmniejszyć śmiertelność, ratować zagrożone życie, poprawić jakość życia. Jednak w zastosowaniu nauk interdyscyplinarnych w ścisłym ich rozumieniu do spraw chorego człowieka kryje się pewna dwuznaczność. Obiektywizacja obrazu choroby dostarcza wyników badań, hipotez patofizjologicznych i wskazówek w zakresie różnicowania przyczyn, ale stanowi niebezpieczeństwo ZANIEDBANIA CZŁOWIEKA JAKO

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, PWSZ w Tarnowie

OSOBY. Często świat medyczny pielęgniarstwa staje się światem przedmiotów, wyników, parametrów, specjalistycznego sprzętu. Zwraca również uwagę pewna tendencja w kształceniu kadr medycznych (pielęgniarek, lekarzy), gdzie umiejętności manualne, wiedza, znajomość obsługi urządzeń medycznych stoi wyżej niż zagrożenia antropologiczne, duchowe, psychospołeczne.

Kształcenie studentów w kierunku pielęgniarstwa na poziomie licencjackim w oparciu o najwyższe wymagania zgodnie z obowiązującymi standardami wiąże się z ustawicznym trudem, troską o to, aby człowiek jako podmiot był rzeczywiście tak pojmowany i traktowany zarówno w teorii, jak i w praktyce. Zjawisko zaniedbywania człowieka jest często spotykane w praktyce, a kształcenie młodzieży wymaga od nauczycieli nie tylko etycznej postawy, ale ciągłej weryfikacji, identyfikacji by w trudnej rzeczywistości móc obronić godność osoby ludzkiej we wciąż zmieniających się systemach wartości i być przykładem dla przyszłego pokolenia kształconych pielęgniarek.

Metodyka badań – charakterystyka grupy badanej

Badanie przeprowadzono w grudniu 2004 roku na grupie 56 studentów trzeciego roku dziennych studiów licencjackich kierunku Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono u studentów odbywających praktyki zawodowe w Szpitalu Specjalistycznym i Wojewódzkim w Tarnowie.

Cel badania

Celem niniejszej pracy było zapoznanie się z opiniami studentów, w jaki sposób dostrzegają i oceniają problem zaniedbań człowieka (pacjenta, człowieka-studenta) oraz czy podejmują działania im przeciwdziałające, a także jaki może to mieć wpływ na kształtowanie świadomości troski o godność osoby ludzkiej.

Wyniki badań i omówienie

46 ankietowanych (82%) – podczas odbywanych praktyk studenckich obserwowało przykłady zaniedbań człowieka jako osoby. 10 osób ankietowanych (10%) nie obserwowało tego zjawiska.

Studenci podali przykłady świadczące o przedmiotowym traktowaniu pacjentów

- nie respektowanie praw, a w szczególności prawa do szacunku, intymności i informowaniu
- brak kontaktu osobowego z chorym
- traktowanie pacjenta jako jednostki chorobowej

- zbywanie potrzeb pacjentów lub ich pomniejszanie
- niegrzeczne odnoszenie się do chorego
- pozostawienie chorego samemu sobie
- zaniedbywanie sfery psychicznej i duchowej, zwłaszcza u chorych leżących
- brak zainteresowania ze strony rodziny

Spośród osób zaniedbujących pacjentów studenci wymienili:

Pielęgniarki	41 ankietowanych	73,0%
Lekarze	24 ankietowanych	42,8%
Rodzina	25 ankietowanych	44,6%
Salowe	3 ankietowanych	5,3%
Duszpasterz, studenci	1 ankietowanych	1,7%

Studenci obserwowali różne reakcje chorych w sytuacji doświadczania zaniedbań.

Smutek	35 ankietowanych	62,5%
Przygnębienie	27 ankietowanych	48,2%
Izolacja	19 ankietowanych	34,0%
Zobojętnienie	14 ankietowanych	25,0%
Cierpienia	13 ankietowanych	23,0%
Agresję	4 ankietowanych	7,1%

Wyżej wymienione reakcje studenci najczęściej obserwowali:

- w trakcie rozmowy z chorym 24 ankietowanych – 42%
- w trakcie obserwacji 38 ankietowanych – 68%
- podczas uczestnictwa w zabiegach 24 ankietowanych – 43%

Studenci wyrażają opinię, że powodami zaniedbywania chorego jako osoby są:

- pośpiech, za mało personelu w stosunku do zapotrzebowania na opiekę 42 ankietowanych – 75%
- koncentracja nadmiernej uwagi na zabiegach i czynnościach 24 ankietowanych – 43%
- zatracanie wrażliwości wobec chorego 19 ankietowanych – 34%

Studenci w oparciu o obserwację i uczestnictwo w praktyce klinicznej uważają, że trudności w postrzeganiu holistycznym pacjenta dostrzegane są w:

- rutynowym podejściu do chorych, zwłaszcza nieprzytomnych
- małych zdolności – empatii
- pomniejszaniem sfery psychicznej i duchowej.

Ankietowani podkreślają, że niektóre obszary poznania chorego sprawiają im wciąż trudności:

Sfera duchowa	44 ankietowanych	43,0%
Sfera społeczna	24 ankietowanych	36,0%
Sfera psychiczna	17 ankietowanych	30,0%
Sfera biologiczna	7 ankietowanych	12,5%

W pytaniu dotyczącym osobistych doświadczeń studentów traktowaniu ich przedmiotowo uzyskano następujące odpowiedzi:

- 35 studentów (62,5%) potwierdziło ten fakt podając następujące przykłady takiego traktowania:
 - bezosobowe, bezimienne zwracanie się do studentów przez personel medyczny
 - nie liczenie się ze zdaniem studentów
 - brak zrozumienia indywidualnych odczuć
 - brak partnerstwa w relacjach interpersonalnych.
- 21 studentów (37,5%) nie doświadczyło na sobie przedmiotowego traktowania.

Ankietowane osoby podkreślają, że przeżycia osób przedmiotowego traktowania ich przez inne osoby dają wgląd w to, jak człowiek odczuwa przykre emocje równocześnie podkreślając, że może to wywoływać negatywne nastawienie do zawodu oraz mniejszą motywacją do pracy. Równocześnie studenci wypowiadają się, że:

- nigdy nie będą podchodzić przedmiotowo względem chorego
- wychowanie wyniesione z domu daje mocny grunt stosowania zasady traktowanie człowieka jako człowieka
- autorefleksja nad nie popełnianiem błędów, które robią inni i wyraźne różnicowanie dobra od zła.

Były również pojedyncze wypowiedzi, że:

- w przyszłości mogą tak samo postępować przedmiotowo wobec chorego, jeśli obserwują złe przykłady
- złe traktowanie mojej osoby wpływa źle na mój nastrój, co przekłada się na nieprawidłowe relacje z pacjentem.

W pytaniu: jak student reaguje w obliczu przejawów zaniedbań człowieka pacjenta jako osoby, oraz studenta jako osoby uzyskano następujące wypowiedzi:

- rekompensuje cierpienie choremu okazując mu większą troskę – 42 ankietowanych (75%)
- dyskutuje w grupie poszukując konstruktywnych rozwiązań – 33 ankietowanych (58%)
- cierpi wewnętrznie, nie zwraca się o pomoc i radę – 16 ankietowanych (28%)
- podejmuje dyskusję ze swoimi nauczycielami uzyskując wsparcie i rozumiejąc obserwowane nieprawidłowości – 11 ankietowanych (19,6%)
- nie podejmuje żadnych działań uważając, że student na nic nie ma wpływu – 5 ankietowanych (8,5%)

Na pytanie – jakie działania podjęliby w kierunku zapobiegania zaniedbywania chorych jako osoby pracując w przyszłości jako pielęgniarka uzyskano następujące odpowiedzi:

- własny humanistyczny przykład traktowania człowieka, w którym chodzi o indywidualne traktowanie, empatię, wsparcie psychiczne, autoreflek-

sja i dążenie do rozwoju wrażliwości wobec człowieka – 41 ankietowanych (73,2%)

– zdecydowana obrona praw pacjenta – 34 ankietowanych (61%)

Podsumowując wyniki analiz można stwierdzić, że niepokojącym faktem jest to, że aż 82% badanych studentów obserwuje przykłady zaniedbania człowieka ze strony zespołu terapeutycznego oraz to, że lekarze i pielęgniarki, a także rodzina pacjenta są głównymi osobami współuczestniczącymi w tym zjawisku. Studenci posiadają wysoki poziom samoświadomości uzyskiwanego w toku kształcenia, aby różnicować podmiotowość od przedmiotowości traktowania człowieka. Optymizmem napawają te wyniki badań, które potwierdzają zdolność studentów do empatii i rozwój wrażliwości wobec cierpienia człowieka. Upatrują negatywne zjawiska w niewłaściwej organizacji pracy w placówkach służby zdrowia, małą liczbę pielęgniarek w stosunku do potrzeb pacjentów, rutyną i pośpiechem wynikającym z nadmiaru obowiązków i zatracaniem stopniowo wrażliwości na drugiego człowieka. Sami podkreślają, że uczestnicząc w praktyce choć posiadają dobre przygotowanie teoretyczne mają trudności w całościowym postrzeganiu człowieka, zwłaszcza w strefie duchowej – 42,8% ankietowanych i społecznej – 37,5% ankietowanych.

Niepokojącym faktem jest to, że studenci odczuwają na sobie przedmiotowe traktowanie – 62,5% ankietowanych, boleśnie odczuwając bezimienne, bezosobowe zwracanie się do nich co rodzi poczucie osamotnienia, cierpienia psychicznego co w konsekwencji przekłada się na negatywny obraz stosunków w relacjach interpersonalnych z pacjentem.

Równocześnie optymistycznie sugerują wyniki badań, że studenci walczą z przejawami zaniedbywania człowieka jako osoby, dbając o swoją własną postawę humanistyczną, budując rzeczywistość praktyki pielęgniarskiej, w której kluczową rolę odgrywa postrzeganie człowieka w wymiarze holistycznym.

Studenci posiadają naturalną odwagę w podejmowaniu dialogu nad przejawami przedmiotowego traktowania człowieka podejmując dyskusję ze swoimi nauczycielami – 19,6% ankietowanych oraz dyskutując w grupie – 58,9% co oznacza, że odczuwają wsparcie czerpane z mądrości, wiedzy i doświadczenia osób będących dla nich wiarygodnymi wzorcami do naśladowania.

Wnioski

1. Troska, by nie zaniedbać człowieka jako osobę jest powinnością etyczną wymagającą od nauczycieli, studentów oraz zespołu terapeutycznego nieustannego wysiłku, autorefleksji, mądrości popartej zmieniającej się dynamicznie rzeczywistości.
2. W procesie kształcenia pielęgniarek zwrócić szczególną uwagę na indywidualne traktowanie studentów, aby doświadczył na sobie troskę o niego i by mógł nią otaczać osoby, nad którymi sprawuje opiekę pielęgniarskiego.

3. Rozwijać w kształceniu praktycznym rozumienie duchowości człowieka jako ważny wymiar holistyczny.
4. Rozwijać u studentów kreatywność i asertywność w rozwiązywaniu obserwowanych nieprawidłowości ucząc jednocześnie sposobów przeciwdziałania zagrożeniom oraz rozwijać wyższy poziom odpowiedzialności za wychowanie i kształcenie w oparciu o humanistyczne.

Piśmiennictwo

1. Dębńska M.: Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego i godności ludzkiej. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992.
2. Gogaa M.: Filozoficzne rozważania o rozpacz i nadziei, ATK, Studia Philosophie Christianae, 1983, 2/12.
3. Jan Paweł II: Encyklika. *Ewangelium Vitae*, Roma, 25 III 1995 Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej we Wrocławiu 1995.
4. Kępiński A.: *Poznanie chorego*, PZWL Warszawa 1989.
5. Masłowski A. H.: *W stronę psychologii i istnienia*, PAX, Warszawa 1986.
6. Opoczyńska M.: *Człowiek wobec wartości*, UJ, Kraków 1986.
7. Popielisk K.: *Człowiek pytanie otwarte*, KUL, Lublin 1987.
8. Wróbel J.: *Człowiek i medycyna; Teologiczno moralne podstawy ingerencji medycznych*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1999.

Kamilla Bargiel-Matusiewicz¹, Grzegorz Hofman¹

Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie

Relacja pomiędzy lekarzem lub innymi członkami zespołu terapeutycznego a pacjentem dokonuje się na wielu płaszczyznach. Jej kontekst medyczny jest tylko jednym z elementów tej sytuacji. Spotkanie z pacjentem ma charakter międzyludzki. Pacjent uczestniczy w nim jako osoba i oczekuje uwzględnienia swych obaw, emocji, poglądów oraz dążeń.

W ostatnim okresie coraz większe znaczenie w opiece medycznej zyskuje model biopsychospołeczny. Zakłada on całościowe podejście do pacjenta, przywiązywanie dużej wagi do jego stanu psychicznego, a także ogółu czynników, które stan ten warunkują [1, 2, 3].

Aby osiągać sukcesy terapeutyczne, pracownikom służby zdrowia potrzebna jest znajomość prawidłowości zachowań człowieka wykraczająca poza wiedzę zdroworozsądkową. Znajomość reakcji człowieka na stres, chorobę, a także podstawowych metod pomocy psychologicznej i zasad komunikacji interpersonalnej jest niezbędna w praktyce klinicznej.

Kontakt z pacjentem jest bardzo złożonym zjawiskiem, które stanowi fundament, na którym opiera się system opieki medycznej. Od personelu medycznego wymaga się posiadania wiedzy oraz odpowiednich umiejętności, które stanowią istotę funkcji instrumentalnej. Równie ważnym aspektem jest funkcja ekspresyjna, czyli zdolność nawiązywania kontaktu, empatii, oddziaływania na stan emocjonalny pacjenta [3, 4, 5].

Doskonalenie umiejętności komunikacji, porozumiewania się z pacjentem przyczynia się do poprawy: jakości kontaktu z chorym oraz skuteczności terapii. Oprócz werbalnych form przekazu, istotne są również informacje przekazywane na poziomie niewerbalnym przez dotyk, wzrok, mimikę i ton głosu. Zakłócenia relacji z pacjentem mogą obniżać satysfakcję z usług medycznych oraz niekorzystnie wpływać na efekty terapii.

Nawiązanie kontaktu z chorym jest jednym z najważniejszych zadań personelu medycznego. Pozwala na zebranie podstawowej wiedzy o dolegliwościach

¹ Zakład Psychologii, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach

pacjenta, prowadzi do zrozumienia jego zachowania, umożliwia udzielenie mu właściwej pomocy. Podejście do pacjenta, które cechuje koncentracja wyłącznie na medycznym aspekcie sytuacji, jest nie tylko niewystarczające lecz również często niemożliwe. Relacja z pacjentem zawiera bowiem m.in. takie elementy, jak: wymiana informacji, oddziaływanie na zachowanie drugiej strony, wymiana emocjonalna [4, 6].

Całościowe podejście do pacjenta przeciwstawiane jest podejściu skoncentrowanemu na chorym narządzie. Oznacza ono uwzględnienie w postępowaniu z pacjentem: procesu chorobowego, stanu psychicznego, a także czynników, które stan ten warunkują (m.in.: percepcji sytuacji choroby, sytuacji rodzinnej oraz zawodowej pacjenta, jego planów na przyszłość). Można zastanowić się, czy wdrażanie całościowego podejścia wobec pacjenta wiąże się z dążeniem do przełomu w medycynie. Wydaje się, iż przeciwnie, nawiązuje ono do ukształtowanego wielowiekową tradycją modelu lekarza domowego, pełniącego często rolę przyjaciela i opiekuna rodziny. Posiadał on informacje umożliwiające stosowanie podejścia całościowego w sposób naturalny [1, 4, 6, 7].

Jak wcześniej wspomniano, istotne zagadnienie stanowi sposób porozumiewania się z pacjentem. Komunikacja z łac. *communicatio* oznacza wymianę, łączność, rozmowę [8]. Jest to przekazywanie myśli, treści emocjonalnych pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Przebiega na poziomach: niewerbalnym – postawa ciała, gesty, mimika, intonacja wypowiedzi i werbalnym – przekazywane słowa.

Naczelne miejsce w komunikacji niewerbalnej zajmuje dotyk, bowiem podczas badań oraz zabiegów pielęgnacyjnych umożliwia poznanie kondycji zdrowotnej pacjenta. Dotyk posiada również wartość symboliczną, oznacza troskę, wsparcie. Istotnym elementem jest także utrzymywanie kontaktu wzrokowego, bowiem spojrzenie oznacza zainteresowanie, dodaje otuchy, natomiast unikanie wzroku może powodować u pacjenta podejrzenia, iż coś się przed nim ukrywa. Również intonacja wypowiedzi, tempo mówienia są bardzo ważnymi wskaźnikami przeżywanych emocji oraz stosunku do rozmówcy [2, 5].

Komunikacja słowna jest podstawową formą przekazywania informacji. Z treści analizowanych wypowiedzi w gabinetach lekarskich wynika, że pacjenci poruszają kwestie problemów psychospołecznych, szukają porady w zakresie terapii, pytają, jak radzić sobie z chorobą, proszą o interpretację wyników badań, a także pragną odreagować przeżywane emocje [1, 7].

Na poziomie werbalnym, czyli wypowiedzi słownych, szczególnie zalecane są formy komunikacji umożliwiające nawiązanie dialogu z pacjentem. Można wśród nich wymienić m.in.: zachęcanie pacjenta do wypowiedzi poprzez: powtórzenie ostatniego słowa lub zdania wypowiedzianego przez pacjenta, lub zadanie pytania „Czy może pan powiedzieć o tym coś więcej?”; pytania otwarte, np. „Proszę opowiedzieć o swoich dolegliwościach.”; pytania o szczegółowe informacje, np. „Czy wystąpiło to po raz pierwszy po wypadku?”; podsumowanie treści podanych przez pacjenta, np. „Usłyszałem od pana, że bóle te pojawiły

się przy pracy fizycznej i nasilają się, gdy wykonuje pan gwałtowne ruchy” oraz interpretacja, czyli zebranie danych i ich wzajemne powiązanie odpowiednio przekazane pacjentowi.

Stosowanie przedstawionych form prowadzenia dialogu sprzyja nawiązywaniu z pacjentem kontaktu, umożliwiającemu dotarcie do istotnych informacji oraz wzbudzenie u pacjenta motywacji do stosowania zaleceń lekarskich [2, 9, 10].

Bardzo ważną kwestię w kontekście relacji z pacjentem stanowi zagadnienie dostarczania pacjentowi informacji związanych z jego chorobą oraz procesem leczenia. Z licznych badań wynika, iż zapotrzebowanie pacjentów na tego typu informacje jest zwykle większe niż sądzą lekarze oraz inni członkowie personelu medycznego. Pacjenci znacznie częściej uskarżają się na brak wystarczających informacji – około 60% osób, niż na niedostateczną opiekę – około 20% lub niewłaściwe leczenie – około 10% [5, 6, 7]. Warto wskazać korzyści płynące z udzielania pacjentom informacji dotyczących ich stanu zdrowia, procesu leczenia. Są to przede wszystkim: poprawa samopoczucia, zwiększenie zaangażowania pacjentów w proces leczenia oraz lepsze efekty terapii. Pacjenci, którzy otrzymują wystarczającą liczbę informacji na temat rozpoznania, prognoz dotyczących dalszego przebiegu choroby oraz sposobu leczenia doświadczają mniejszego lęku oraz są bardziej skłonni do współdziałania. Są również generalnie bardziej zadowoleni z procesu leczenia oraz w większym stopniu zdolni do zaakceptowania choroby i związanych z nią ograniczeń [7, 9, 10].

Informacje dotyczące diagnozy możemy uważać za podstawowe. Redukują one niepokój związany z niepewnością, co do przyczyn obserwowanych u siebie niepokojących zmian. Informacje o prawdopodobnym przebiegu choroby oraz o procesie leczenia, jego poszczególnych aspektach pozwalają pacjentowi zaplanować najbliższą przyszłość, przygotować się do czekających go wydarzeń. Zwiększa to komfort psychiczny pacjenta, niwelując element nieprzewidywalności, który sam w sobie stanowi zwykle źródło silnego stresu. Informacje dotyczące działania stosowanych leków zwiększają natomiast prawdopodobieństwo stosowania ich zgodnie z zaleceniami. Wiedza o ewentualnych skutkach ubocznych stosowanych leków zapobiega niepotrzebnym obawom oraz zaprzestaniu przyjmowania leku w sytuacji wystąpienia objawów ubocznych [9, 10, 11].

Ważną kwestią jest również informowanie pacjenta o ewentualnych trwałych następstwach choroby szczególnie, jeśli wiąże się one z koniecznością zmiany dotychczasowego trybu życia, czy przeformułowania celów życiowych. Szczególnie ważne są: wybór odpowiedniego momentu przekazania tego typu informacji, uwzględnienie ogólnej kondycji psychicznej pacjenta. Czasami może być konieczne odłożenie podania informacji o trwałych następstwach choroby do momentu, kiedy pacjent odzyska równowagę psychiczną, która mogła ulec zakłóceniu w pierwszym okresie zmagania się z chorobą [2, 5, 11, 12, 13].

Istotne zagadnienie stanowi również sposób interpretowania objawów oraz radzenie sobie z nimi. Są one ściśle związane ze znaczeniem, jakie choroba zaj-

muje w systemie wartości i przekonań pacjenta oraz z uwarunkowaniami rodzinnymi i społeczno-zawodowymi. Pacjent może przyjąć jedną z dwóch strategii radzenia sobie z chorobą: strategię unikową, polegającą na odwracaniu uwagi od różnych przejawów choroby lub strategię koncentracji na chorobie. Radzenie sobie z chorobą zależy od indywidualnych uwarunkowań związanych z takimi czynnikami, jak doświadczenie życiowe, osobowość, odporność na stres, wsparcie społeczne, czy wiedza na temat choroby [10, 12, 13, 14, 15].

Praca w systemie opieki medycznej wiąże się z dużą odpowiedzialnością oraz wymaga stałej gotowości psychofizycznej, dlatego powoduje znaczne obciążenie psychologiczne. Ponieważ wynikające z niego reakcje emocjonalne, poznawcze i behawioralne znajdują wyraz w relacjach ze współpracownikami, jak i w kontakcie z pacjentem, niezwykle istotną staje się umiejętność rozpoznawania własnych emocji związanych z wykonywanym zawodem. Jak wynika z doniesień amerykańskich badane pielęgniarki miały pozytywne nastawienie do pacjentów, którzy nie okazywali cierpienia, dyskredytowały natomiast pacjentów skarżących się na różnorodne dolegliwości i proszących o leki, określając ich jako „wymagających” lub „zależnych” [3]. Bardzo często bariery w kontakcie są związane z obciążeniem spowodowanym: brakiem czasu, cierpieniem oraz seksualnością pacjentów [2, 4]. Naturalne staje się wówczas uruchamianie osobistych obron, które mogą znajdować wyraz w takich zachowaniach, jak: zwiększanie dystansu, blokowanie wyrażania uczuć, depersonalizacja chorych, minimalizacja ich skarg i objawów, nieprawidłowa komunikacja. Może to spowodować trudności we współpracy z pacjentem, jak również przyczynić się do powstania zespołu wypalenia zawodowego. Jest on pochodną dużego obciążenia pracą, a charakteryzuje się: emocjonalnym wyczerpaniem, depersonalizacją i obniżonym zadowoleniem z osiągnięć zawodowych [16]. Wynika z tego, że umiejętność rozpoznawania i kontrolowania własnych reakcji psychologicznych, związanych ze specyfiką zawodu, stanowi niezbędny element zarówno dla poprawy relacji w miejscu pracy, jak i przede wszystkim dla poprawy samopoczucia i efektywności zawodowej.

Widzimy zatem, iż psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie stanowią złożone zagadnienie. Dla pracowników służby zdrowia korzystna jest znajomość praktycznego zastosowania wiedzy psychologicznej w kontakcie z pacjentem, a także w celu zwiększania skuteczności zabiegów leczniczych oraz radzenia sobie z własnymi problemami i obciążeniami w pracy zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Bishop D.G.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2000.
2. Mayerscough Ph. R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001.

3. Salmon P.: *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.
4. Sheridan Ch., Radmacher S.: *Psychologia zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 1998.
5. Hogan K.: *Sztuka Porozumienia*. Wydawnictwo J. Santorski & Co, Warszawa, 2001.
6. Rodin J., Salovey P.: *Psychologia zdrowia*.: Red. I. Heszen-Niejodek i H. Sęk. W: *Psychologia zdrowia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1997, 62–111.
7. Heszen-Niejodek I.: *Lekarz i pacjent*. Wydawnictwo Universitas, Katowice, 1992.
8. Kumaniecki K.: *Słownik łacińsko-polski*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1983, 121–123.
9. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Wasilewski B.: *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa, 1995.
10. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajko J.: *Zachowania w chorobie*. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1999.
11. Heszen-Niejodek I.: *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. Red. Strelau J. W: *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000, t. 3, 465–492.
12. Heszen-Niejodek I.: *Coping Style and Its Role in Coping with Stressfull Encounters*. *Europ. Psychol.*, 1997; 2, 342–351.
13. Lazarus R. S.: *Coping theory and research, past, present and future*. *Psychosom. Med.*, 1993, 55, 234–247.
14. Lazarus R. S., Folkman S.: *Stress, appraisal and coping*. Springer – Verlag, New York, 1984.
15. Pommersbach J.: *Wsparcie społeczne a choroba*. *Przegląd Psych.*, 1988, 2, 503–524.
16. Maslach Ch.: *Koncepcja wypalenia zawodowego*. *Przegląd Psych.* 2001, 3, 301–317.

Anna Błaszczuk-Tyszka¹, Urszula Koziol¹

Pacjent podmiotem opieki zespołu terapeutycznego w ocenie pacjentów

Wprowadzenie

Traktowanie pacjenta jako podmiotu opieki pozwala na dobry, bliski kontakt z nim i jest jednym z warunków do wzbudzenia jego zaufania, świadczenia zindywidualizowanej opieki, pozyskania go do współdziałania na rzecz własnego zdrowia. Każdy pacjent ma prawo do takiego traktowania. Podmiot opieki winien znać z imienia i nazwiska osoby opiekujące się nim, znać swoje prawa i obowiązki. Od zespołu terapeutycznego zależy atmosfera na oddziale i samopoczucie pacjenta. Od opiekujących się pacjentem wymaga się posiadania zdolności „wchodzenia w życie innej osoby” [2] w celu dokładnego dostrzeżenia jej „strumienia uczuć i ich znaczenia” czyli empatii. „Chory musi czuć, że nie jest tylko przedmiotem, przy którym wykonuje się, nawet najlepiej i najrzęczniejsze, wszystkie czynności i zabiegi, ale że jest podmiotem naszego zainteresowania, że zależy nam na tym, aby czuł się dobrze. Cieszymy się razem z nim, kiedy stan jego się poprawia, znajdujemy odpowiednie słowa pocieszenia, kiedy czuje się gorzej, mamy zawsze dla niego serdeczność i miły uśmiech” [3].

Cel pracy

Celem pracy jest dokonanie przez pacjentów oceny zespołu terapeutycznego pod kątem ich podmiotowego traktowania.

Materiał i metoda

Badaniem ankietowym objęto 50 pacjentów dwóch oddziałów zabiegowych jednego z tarnowskich szpitali. Oddziały zostały wybrane drogą losowania

¹ Instytut Ochrony Zdrowia – Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

spośród 13 oddziałów tegoż szpitala. Autorska ankieta zawierała 14 pytań (4 otwarte i 10 zamkniętych) dotyczących pracy zespołu terapeutycznego na rzecz podmiotu opieki. Badania przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2004 r.

Wyniki i ich omówienie

Grupę ankietowanych stanowili pacjenci oddziałów zabiegowych – 28 mężczyzn i 22 kobiety.

Średnia wieku ankietowanych wyniosła 58,20. Wśród badanych było 11 emerytów, 7 rolników, 4 rencistów, 3 nauczycieli, 2 techników mechaników, 2 handlowców, 2 pomoce oraz leśnik, gospodyni domowa, główna księgowa, mgr inż. mech., masarz, ekonomista, pracownik gospodarczy, technik, technik budowlany, ogrodnik, operator urządzeń skrawających, sprzątaczką, ślusarz, księgowa, biolog, sprzedawca, cukiernik, technolog, elektryk. Strukturę wykształcenia ankietowanych przedstawia ryc. 1.

Po raz pierwszy w szpitalu przebywało 16% (8 osób), drugi raz 16% (8 osób), a trzy i więcej razy 68% (34 osoby) (ryc. 2).

Ankietowani podają, że przy przyjęciu do oddziału 86% (43 osoby) zostało zapoznanych z prawami pacjenta, 50% (25 osób) z topografią oddziału i 48% (24 osoby) z personelem oddziału (ryc. 3). Już po przeprowadzonych badaniach wprowadzono zasadę, że każdy pacjent już na Izbie Przyjęć otrzymuje na piśmie zbiór praw pacjenta i własnoręcznym podpisem musi potwierdzić fakt zapoznania się z nim.

Dla 68% (34 osoby) znana jest z imienia i z nazwiska pielęgniarka oddziałowa, a dla 78% (39 osób) ordynator oddziału (ryc. 4). Obie te osoby prawie zawsze są obecne podczas rannego obchodu.

Na pytanie, czy personel nosi czytelne identyfikatory 86% (43 osoby) odpowiada pozytywnie (ryc. 5).

Budującym jest fakt, że 82% (41 osób) twierdzi, że jest na bieżąco informowana o swoim stanie zdrowia (ryc. 6).

Najczęściej informacji o stanie zdrowia udziela pacjentowi lekarz prowadzący 62% (31 osób) i ordynator oddziału 46% (23 osoby). Szczegółowe dane na rycinie 7.

Pacjenci są informowani o celu i przebiegu badań. Fakt ten potwierdza 86% (43 osoby) (ryc. 8).

Na pytanie: do kogo spośród pracowników oddziału może się pacjent zwrócić w każdej chwili w razie jakichkolwiek wątpliwości dotyczących stanu zdrowia jako osobę zaufaną 54% (27 osób) wskazuje lekarza i 48% (24 osoby) pielęgniarkę. Nie znajduje takiej osoby 14% (7 osób) (ryc. 9).

96% (48 osób) potwierdza, że rodzina lub osoby dla niej znaczące mogą w każdej chwili się z nimi kontaktować podczas pobytu w szpitalu (ryc. 10).

Aż 98% (49 osób) uważa, że w oddziale na którym przebywają panuje przyjazna i rodzinna atmosfera (ryc. 11).

92% spośród ankietowanych (46 osób) uznała, że w oddziale pracują osoby, które są zdolne do empatii (ryc. 12), a osobami, które posiadają według ankietowanych taką zdolność jest pielęgniarka (78% – 39 osób) i lekarz (48% – 24 osoby). Szczegóły pokazuje ryc. 13.

Ankietowani bardzo wysoko: bardzo dobrze i dobrze ocenili współpracę na rzecz pacjenta 96% (48 osób) (ryc. 14).

Poziom opieki na oddziałach pacjenci oceniają w skali 0–5 na 4 i 5 (92% – 46 osób) (ryc. 15).

Mając na uwadze to, że badania przeprowadzono na oddziałach zabiegowych, gdzie pacjent w pewnym okresie swego pobytu nie jest zdolny do samoopieki i samopielęgnowania ta ocena jest bardzo wysoka.

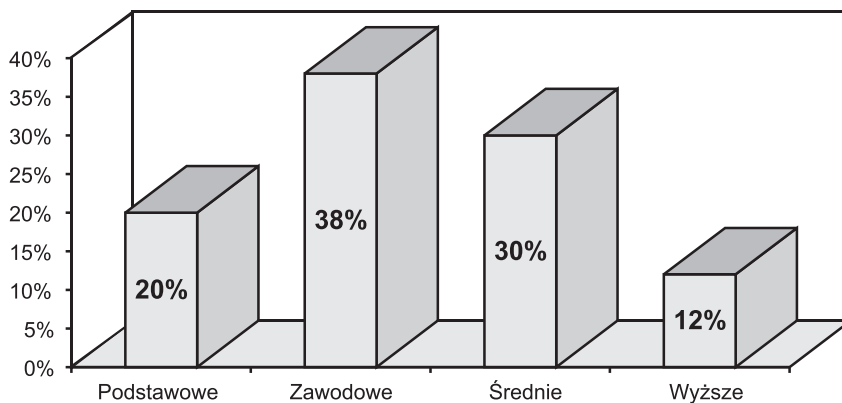
Wnioski

1. Ankietowani, w zdecydowanej większości, czują się podmiotem opieki zespołu terapeutycznego.
2. Pacjenci znają swoje prawa i egzekwują je od zespołu terapeutycznego.
3. Pacjenci wysoko oceniają współpracę zespołu terapeutycznego na rzecz pacjenta.
4. Ankietowani wysoko oceniają poziom świadczonej opieki.
5. Należy dążyć do tego, by każdy pacjent przebywający w zakładach opieki zdrowotnej czuł, że znajduje się w dobrych rękach i w każdej chwili może liczyć na wszechstronną i fachową pomoc.

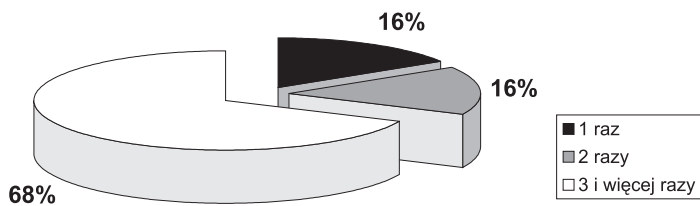
Piśmiennictwo

1. Pielęgniarstwo Ćwiczenia. Ciechaniewicz W. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 52–58.
2. Kalisch B.: What is Empathy? American Journal of Nursing, 1973, No 9, 431.
3. Wołynka S.: Pielęgniarstwo Ogólne, PZWL, Warszawa 1993.
4. Kępiński A.: Poznanie chorego, PZWL, Warszawa 1989, 26.
5. Gordon T., Edwards S.: Pacjent jako partner, Wydawnictwo Pax, Warszawa 1999.
6. Sztuka rozmowy z chorym, Grajcarek A. (red.), Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2001.

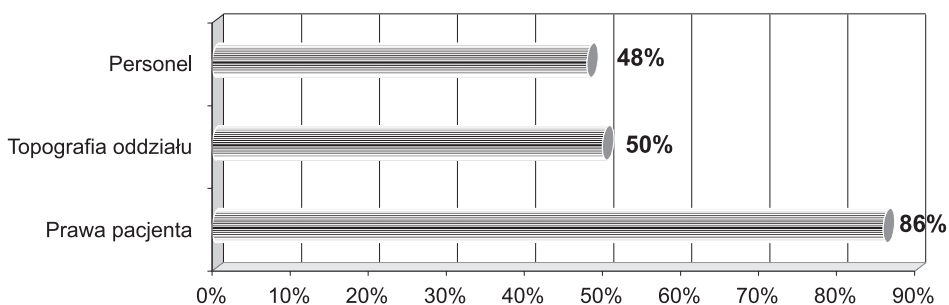
Rycina 1. Wykształcenie ankietowanych



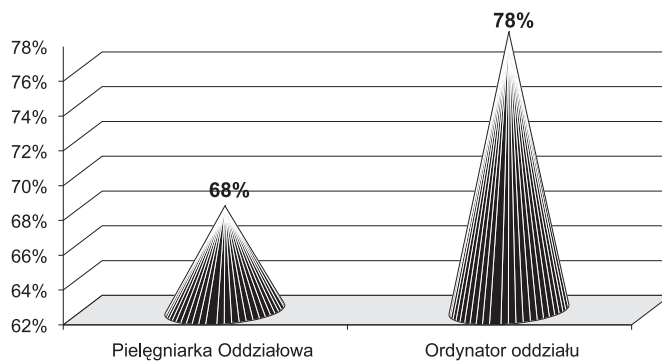
Rycina 2. Pobyt w szpitalu



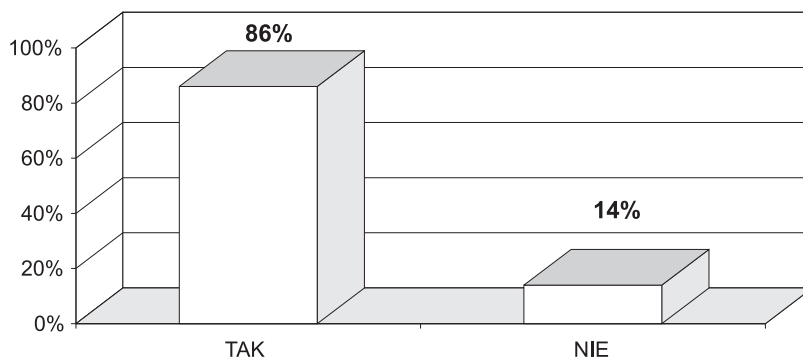
Rycina 3. Znajomość oddziału



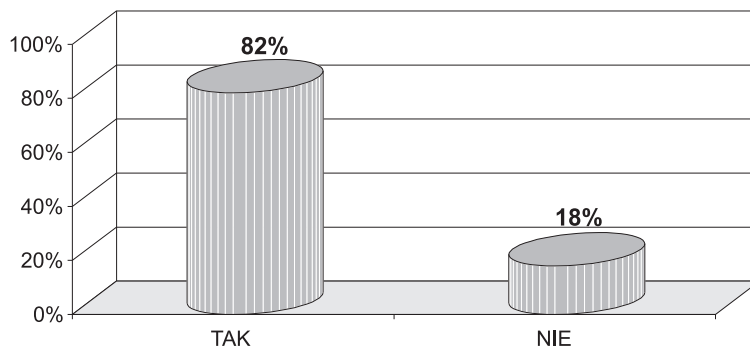
Rycina 4. Znajomość gospodarzy oddziału



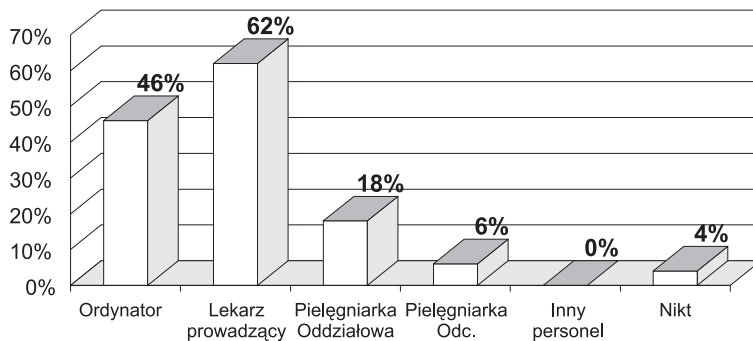
Rycina 5. Identyfikatory



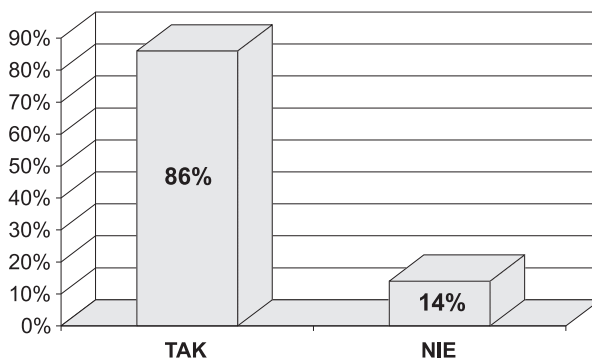
Rycina 6. Informacja o stanie zdrowia



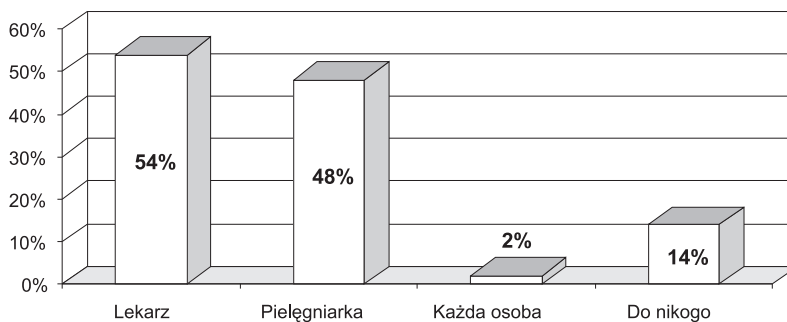
Rycina 7. Kto udziela informacji o stanie zdrowia



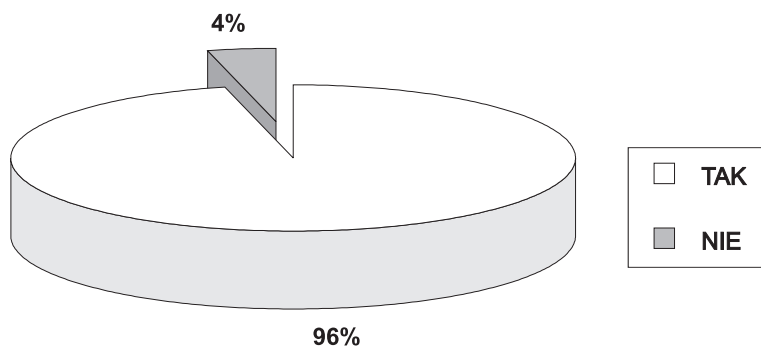
Rycina 8. Informacja o celu i przebiegu badań



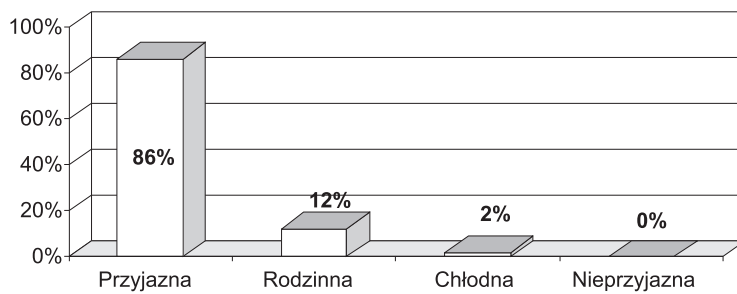
Rycina 9. Prośba o pomoc



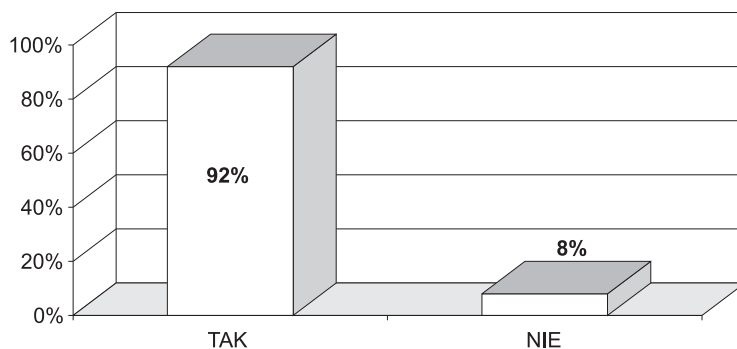
Rycina 10. Kontakt z rodziną



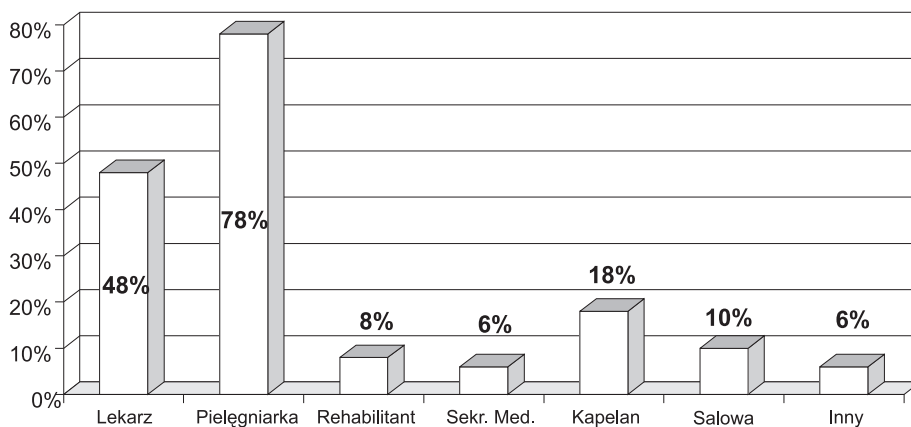
Rycina 11. Atmosfera na oddziale



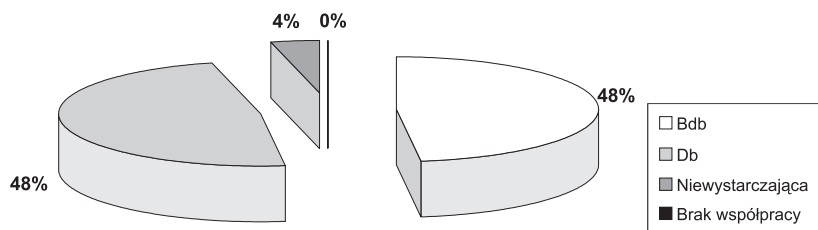
Rycina 12. Empatia



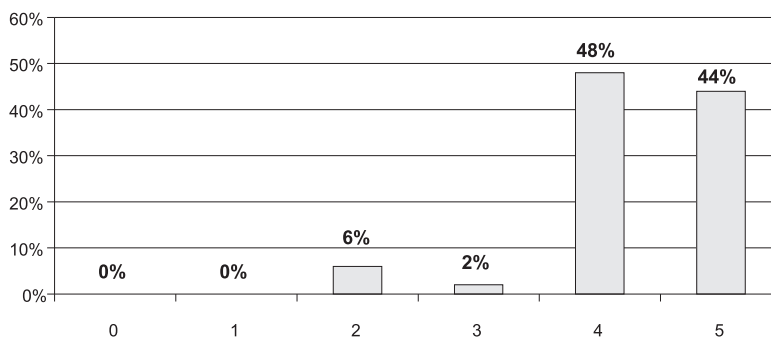
Rycina 13. Zdolność do empatii



Rycina 14. Ocena współpracy



Rycina 15. Ocena poziomu opieki



Krystyna Kurowska¹, Irena Wrońska², Magdalena Zajac³

Współpraca Zespołu Terapeutycznego z pacjentem Poradni Naczyniowej

Wstęp

Przemiany w obszarze zdrowia społeczeństw, zwłaszcza krajów wysoko uprzemysłowionych (wzrost chorób cywilizacyjnych i liczby schorzeń przewlekłych) oraz przemiany w dziedzinie medycyny, wymusiły poszukiwanie nowych rozwiązań skierowanych na zwiększenie siły oddziaływań terapeutycznych. Coraz powszechniej podkreślać zaczęto potrzebę przewartościowania w pojmowaniu samego zdrowia oraz szerszego, ekologicznego, systemowego spojrzenia na człowieka [1, 2]. Podejście to zakłada aktywny udział pacjenta w procesie zdrowienia oraz przesunięcie akcentu odpowiedzialności za zdrowie z personelu na chorego. Jak istotne jest to zagadnienie obrazują wnioski Kalfoss i Jaracz [3] wskazujące, iż pasywność pacjenta wynikająca najczęściej z napięcia emocjonalnego, prowadzi do rezygnacji z leczenia, a w skrajnych przypadkach do śmierci. Dobrostan emocjonalny oraz poczucie bezpieczeństwa nie są wyłącznie dyspozycją podmiotową, zależą między innymi od relacji pomiędzy chorym a osobami znaczącymi w terapii, stąd istotna jest ocena, jaki charakter ma komunikacja na drodze pacjent – zespół terapeutyczny. Komunikacja ta – to nie tylko stopień porozumienia, ale także oczekiwania i nastawienie w stosunku do partnera interakcji. Istotne jest więc określenie postawy obu partnerów kontaktu (pacjenta i członków Zespołu Terapeutycznego), a także ich oczekiwań co do formuły i obszaru kontaktu.

Materiał i metoda badawcza

Celem podjętych badań było przeprowadzenie diagnozy postrzegania opieki nad pacjentami z rozpoznaniem przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej, Bydgoszcz

² Katedra Pedagogiki, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna, Lublin

³ Zakład Psychologii Wychowawczej, Akademia Bydgoska, Bydgoszcz

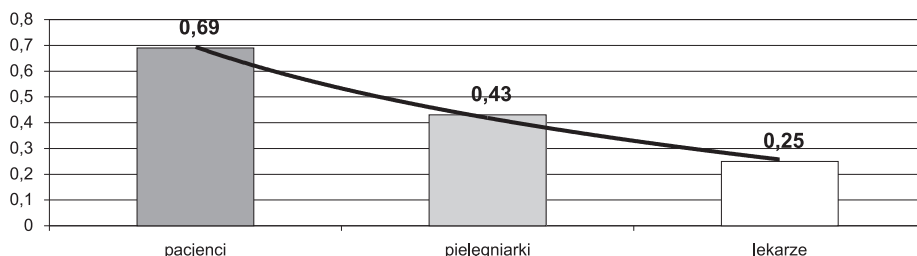
leczonych ambulatoryjnie w Poradni Naczyniowej, a także skonfrontowanie jej z postrzeganiem postawy i oczekiwań pacjentów w oczach Zespołu Terapeutycznego.

Badania przeprowadzono w Poradni Naczyniowej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego im Jana Bizuela w Bydgoszczy w miesiącach kwiecień 2002 – czerwiec 2003 roku, poddając im grupę 114 osób, objętych opieką ambulatoryjną w ramach szerszego projektu badania zachowań zdrowotnych chorych z rozpoznaną miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Ponadto w badaniach udział wzięło 4 lekarzy – chirurgów naczyniowych oraz 7 pielęgniarek pracujących w Poradni Naczyniowej. Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o wywiad standaryzowany. Uzyskano dane dotyczące oceny obiektywnych wskaźników stanu chorobowego oraz postrzegania współpracy z Poradnią Naczyniową ze strony pacjentów i pracowników Poradni Naczyniowej.

Wyniki badań i omówienie

W pierwszym kroku analizy sprawdzono, jaka jest różnica w ocenie dostępności leczenia w oczach pacjentów Poradni Naczyniowej oraz jej pracowników. Uzyskane dane zakodowane w systemie 0–1, gdzie 0 oznaczało trudności z dostępem, natomiast 1 – ich brak. Przeciętne dla badanych grup prezentuje rycina 1.

Rycina 1. Przeciętne oceny dostępności do leczenia w Poradni Naczyniowej w oczach pacjentów i pracowników Poradni



Przeciętne oceny wyraźnie ilustruje pozytywniejszą jej ocenę u chorych, niż u pracowników Poradni Naczyniowej, ponadto lekarze znacznie gorzej postrzegają dostęp do Poradni niż pielęgniarki. Jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie ($F = 2,66$, $p = 0,07$), pomimo wyraźnej linii trendu. Wpływ na ten fakt ma zapewne niewielka w stosunku do badanych chorych reprezentacja pracowników poradni.

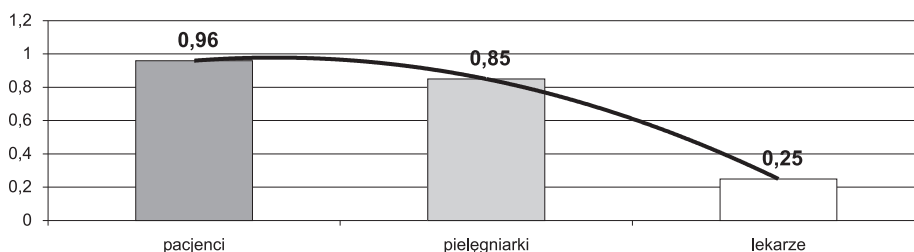
Kolejnym analizowanym elementem był wpływ na samopoczucie faktu pozostawania pod opieką Poradni Naczyniowej. Stwierdzono, iż na skali nominal-

nej, której wyniki przekształcono na skalę porządkową od 1 do 8, gdzie 1 oznacza najlepsze samopoczucie, natomiast 8 całkowity brak zadowolenia z opieki, nie zanotowano różnicy istotnej statystycznie w ocenie wpływu leczenia w poradni specjalistycznej ($\chi^2 = 3,89$; $df = 2$, $p = 0,21$), podobnie też badani oceniali poziom zadowolenia z opieki na skali analogowej (0–10 pkt).

Istotność statystyczną zróżnicowania zaobserwowano w zakresie oceny potrzeby uzyskiwania informacji ze strony Zespołu Terapeutycznego ($F = 59,46$, $p < 0,001$), potrzebę taką deklarują pacjenci, jest ona także zauważalna w opiniach lekarzy, jednak pielęgniarki zgodnie potwierdziły brak owej potrzeby. Wydaje się, że fakt ten wynika ze standardów zachowania pacjentów, bowiem pytania kierują oni tylko w stronę lekarzy, traktując pielęgniarki raczej jako personel techniczny. Forma przekazu wiadomości dla pacjenta nie różniła pacjentów i personelu medycznego, wskazywali oni zgodnie istotność formy ustnej i pisemnej w edukacji chorych.

Dalszym rozpatrywanym aspektem współpracy była potrzeba organizowania się chorych w formy stowarzyszeń, a więc organizacji grupowych spotkań. Tu także opinie o konieczności ich powstawania były podzielone. O ile pacjenci byli im bardzo przychylni, ich potrzebę w niemal równym stopniu popierały pielęgniarki; lekarze jednak prezentowali bardzo ostrożną postawę (jedynie 1 na 4 badanych) widział ich sens. Wniosek ten potwierdza rycina 2, a także analiza wariancji.

Rycina 2. Potrzeba stowarzyszania się pacjentów w ich oczach oraz w perspektywie pracowników Poradni Naczyniowej



$F = 22,55$, $p < 0,001$

Odrębnym aspektem relacji pacjent – zespół terapeutycznym uznano chęć nawiązywania rozmów z personelem. Element ten jest zdecydowanie czymś innym niż pozyskiwanie informacji medycznych, ze względu na przekraczanie płaszczyzny pacjent (osoba z chorobą) – lekarz (znający chorobę). Przekroczenie to powoduje nawiązywanie relacji emocjonalnych, budzenie poczucia wspólnej więzi oraz poszanowania dla pacjenta jako integralnej jednostki bio-psycho-społecznej. Stwierdzono tu niemal całkowitą jednorodność odpowiedzi badanych, wszyscy badani pracownicy Poradni Naczyniowej dostrzegają taką po-

trzebę, widzą ją także badani chorzy (87,72% ogółu). Mimo opisanej zgodności, pogłębiona analiza jakościowa wykazała zupełnie inne powody potrzeby ich nawiązywania. W opinii pacjentów najważniejszą przyczyną rozmów są problemy osobiste oraz kłopoty życiowe, natomiast lekarze utożsamiają nawiązanie kontaktu z poszukiwaniem informacji na temat problemów zdrowotnych. W przypadku chirurgów naczyniowych był to jedyny zauważany powód nawiązania rozmowy. Nieco szerzej problematykę postrzegają pielęgniarki, mimo iż powody medyczne są ich zdaniem głównym przyczynkiem rozmowy, to dostrzegają one w uwarunkowaniach rozmów także problemy osobiste badanych, trudności życiowe, a także motywację związaną z uzyskaniem świadczeń finansowych.

Kolejnym aspektem prowadzonych badań była ewaluacja oddziaływań zespołu terapeutycznego, zarówno w oczach pacjentów, jak i pracowników poradni. Ocena ta dotyczyła oceny częstości przestrzegania zaleceń zespołu terapeutycznego. Jest ona z jednej strony wskaźnikiem aktywności pacjenta w powrocie do zdrowia, z drugiej natomiast strony obrazuje skuteczność (bądź nie) oddziaływań terapeutycznych. Zalecenia te oceniano wartościując malejąco (tzn. im niższy wynik tym lepsze przestrzeganie zaleceń), uzyskane dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Różnica w zakresie oceny przestrzegania zaleceń w oczach pacjentów i personelu PN

Zalecenie	Przeciętne			F	P
	Pacjenci	Pielęgniarki	Lekarze		
Zaprzestanie palenia	1,76	2,14	2,25	1,43	0,24
Zmniejszenie masy ciała	1,36	1,85	2,00	3,84	0,02*
Ograniczenie spożycia tłuszczów	1,92	1,71	1,75	1,61	0,21
Spacery	1,72	1,71	1,75	0,007	0,99
Pielęgnacja stóp	1,07	1,71	2,00	32,67	0,001*
Oziewanie stóp	1,14	1,71	2,00	18,03	0,001*
Prawidłowe obuwie	1,07	1,71	2,00	23,88	0,001*
Przyjmowanie leków	1,15	1,71	1,00	8,02	0,001*
Terminy wizyt	1,04	1,57	1,00	17,44	0,001*
Ćwiczenia stóp	2,24	1,86	2,00	1,51	0,22

Rozpatrując przeciętne wartości konkretnych zachowań zalecanych przez Zespół Terapeutyczny stwierdzono brak istotności statystycznej różnic w zakresie zaprzestania palenia tytoniu, ograniczania spożycia tłuszczów, czy ćwiczeń stóp. Jednak zanotowano w tych zachowaniach różnice w ocenie lekarskiej, pielęgniarskiej i w oczach pacjentów. Stwierdzono, iż wyższe efekty wskazówek terapeutycznych są domeną pacjentów w przypadku zaprzestania palenia, w pozosta-

łych zachowaniach to personel poradni dostrzega lepszą ich realizację u chorych. Bardzo dużą homogeniczność odpowiedzi stwierdzono jedynie w przypadku codziennych spacerów. Uzyskane wartości wskazują pewne trendy mimo braku istotności statystycznej. Istotność różnic odnotowano dla pozostałych zaleceń terapeutycznych (zmniejszenia masy ciała, pielęgnacja i oziębienie stóp, noszenie prawidłowego obuwia, przestrzeganie terminów wizyt i przyjmowania leków). W ich przypadku wyodrębniono dwa trendy oceny zachowań. Pierwszy z nich wskazuje na optymistyczną ocenę u chorych, ostrożniejszą (niższą) wśród pielęgniarek i zdecydowanie najniższą wśród lekarzy. Trend ten dotyczy problemu zmniejszenia masy ciała oraz wszystkich zachowań związanych z troską o stopy chorych. Drugi wyraźny trend wskazywał na ponownie optymistyczną ocenę pacjentów i ostrożniejszą pielęgniarek, jednak to ocena lekarska zakładała najlepsze przestrzeganie zaleceń. Trend ten zauważono w przypadku zachowań związanych bezpośrednio ze wskazówkami lekarskimi (przyjmowanie leków) oraz kontaktem z nim (terminy wizyt).

Stwierdzono więc, że nie ma rozbieżności w postrzeganiu zachowań najistotniejszych i wprost prowadzących do wydłużenia dystansu chodzenia w oczach personelu i chorych, mimo deklaracji bardziej prozdrowotnych nawyków u chorych. Jednak zachowania, które pośrednio oddziałują na poprawę zdrowia są inaczej postrzegane w oczach pacjentów i personelu. Jedynie w niewielu przypadkach postrzeganie przez personel jest wyższe niż przez chorych, zazwyczaj tendencja ta jest odwrotna. Niestabilność oceny lekarz – pielęgniarka wskazuje, iż zespół terapeutyczny nie jest homogeniczny, czego implikacją może być szersze i wielostronne spojrzenie na problem postawy pacjenta wobec własnego zdrowia.

Przedstawione powyżej badania wskazują, iż nie można określić jednoznacznie postawy pacjenta, a także członków zespołu terapeutycznego, ich wzajemne relacje zależne są od obszaru, jakiego dotyczą. Cecha charakterystyczną jest jednak skłonność do wyższej oceny przestrzegania zaleceń przez pacjentów, niż ma to miejsce w oczach personelu. Bardziej optymistyczne spojrzenie wynika z psychologicznych mechanizmów obronnych w sytuacji oceniania, lecz prognostykiem otwartej, aktywnej postawy chorych jest chęć stowarzyszenia się, prowadzenia rozmów z członkami Zespołu Terapeutycznego, a także deklarowana potrzeba uzyskiwania szerszych informacji. Ta ostatnia zmienna zauważona została przez lekarzy, co świadczy o aktualnej wymianie informacji na drodze pacjent – lekarz. Mimo, iż zespół terapeutyczny stanowi pewną strukturę organizacyjną, nie jest ona jednorodna, o czym świadczy odmienne postrzeganie badanych aspektów. Dzięki takiej charakterystyce możliwe jest wielotorowe, wyspecjalizowane oddziaływanie terapeutyczne. Odmienność oczekiwań wynika z tradycyjnego modelu opieki, z wyraźnie zaznaczonym zakresem obowiązków członków Zespołu Terapeutycznego, model ten jest akceptowany przez chorych, a pełne jego wykorzystanie pozwoli na efektywne i ekonomiczne oddziaływania

terapeutyczne. Jednak elementem wymagającym zmiany wydaje się być postawa lekarza, której dysonans widoczny jest w niskiej ocenie dostępności do poradni, a jednocześnie niechęci do tworzenia stowarzyszeń. Postawa ta świadczy o niedocenianiu aktywnej roli pacjenta w procesie powrotu do zdrowia.

Wnioski

1. Pacjenci Poradni Naczyniowej posiadają lepszy wizerunek przestrzegania zaleceń Zespołu Terapeutycznego niż jego członkowie. Jednak o ich otwartej postawie świadczy chęć aktywnego uczestnictwa w terapii (stowarzyszania się, pozyskiwania informacji i dyskusji z personelem).
2. Zespół Terapeutyczny nie stanowi jednorodnej struktury, wielość spojrzeń jak i podział ról jego członków stanowi dobry prognostyk szerokich oddziaływań terapeutycznych.
3. O ile postawę pacjentów oraz pielęgniarek można uznać za otwartą na współpracę, to sposób postrzegania pacjentów w oczach lekarzy wskazuje na zaniżanie ich potencjału aktywności. Jednak obserwacja ta wymaga dodatkowych pogłębionych badań.

Piśmiennictwo

1. Leowski J.: Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe. W: J. Karski (red.) Promocja zdrowia. Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999, 43–53.
2. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, WUJ. Kraków 2000, 21–33, 42–43.
3. Kalfoss M., Jaracz K.: Radzenie sobie ze stresem i zachowania zdrowotne w kontekście pielęgnowania. W: L. Wołowicka (red.). Jakość życia w naukach medycznych, QQL in medical sciences. Dział Wydawnictw Uczelnianych AM, Poznań 2001, 42–54.

Marek Balsa¹, Grażyna Czaja-Balsa², Magdalena Podolska³

Współpraca zespołów terapeutycznych w onkologii, pediatrii i położnictwie

Obecnie medycyna powoli staje się bardzo wysublimowaną i wąsko wyspecjalizowaną dziedziną nauki. Wąska, szczegółowa specjalizacja, zawężona do określonego zagadnienia, nie pozwala na szeroką ocenę stanu chorego. Wynika stąd naturalna potrzeba tworzenia zespołów lekarskich, działających na zasadzie współpracy, przygotowanych do rozwiązywania problemów interdyscyplinarnych.

W skład takich zespołów powinni wchodzić lekarze, personel średni, reprezentanci z dziedzin pokrewnych medycyny i nie tylko. Samo postawienie diagnozy nie rozwiązuje żadnego problemu. Pokazuje jedynie kierunek działania, którego celem jest powrót do zdrowia chorego. Ten skomplikowany proces wymaga wspólnego działania i porozumienia, koordynacji na każdym jego etapie [1].

Poniżej chcemy pokazać sposób takiego działania na przykładzie, naszym zdaniem, trzech zupełnie różnych sytuacji medycznych. Opiszemy relacje zachodzące w procesie leczenia choroby nowotworowej, diagnostyki chorób dziecięcych oraz w przygotowaniu do porodu.

Każda z tych sytuacji jest inna w sensie założenia, inny ma przebieg, a ich wspólnym celem jest skuteczne jej rozwiązanie. W obecnych czasach szybkie interdyscyplinarne działanie ma także aspekt ekonomiczny, co w obecnej formie finansowania służby zdrowia nie jest bez znaczenia. Pozwala ponadto na unikanie tych samych badań zleczanych przez każdego ze specjalistów z osobna. Niesie to za sobą wymiar psychologiczny, pozwala na większe zaufanie pacjenta do sposobu leczenia, a zarazem pozostawia chorego w pozycji tzw. „pozytywnego myślenia”.

Celem niniejszego opracowania było znalezienie uniwersalnego środka komunikacji pozwalającego na wzmocnienie roli pacjenta jako podmiotu troski zespołu terapeutycznego.

¹ Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie

² I Klinika Chorób Dzieci, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

³ Pracownia Psychologii Klinicznej i Psychoterapii, Uniwersytet Szczeciński

Sytuacja pierwsza – choroba nowotworowa

Rozpoznanie choroby nowotworowej powoduje radykalne zmiany w życiu chorego. Niezależnie od stadium zaawansowania, mała kartka papieru będąca wynikiem badania histopatologicznego informująca o nowotworze, wyzwała podobne zachowania. Mimo znacznego postępu medycyny, wielkich nakładów finansowych na badania naukowe, wiary w leczenie, w jego wynik, dominującym uczuciem jest strach przed tym co będzie. Przeszłość i dotychczasowe osiągnięcia człowieka nabierają nowego wymiaru. Dla chorego onkologicznie właściwe postępowanie terapeutyczne planowane jest na Komisji Onkologicznej. W Szczecinie działają dwie takie komisje skupiające w swoim składzie lekarzy onkologów, chemioterapeutów, radioterapeutów, chirurgów, ginekologów, radiologów, internistów, patomorfologów. Na komisji chory zostaje przedstawiony jako przypadek i oceniany całościowo. Orzeczenia komisji stanowią wytyczne postępowania dla pacjenta, a skupienie w jednym miejscu procesu leczniczego i decyzyjnego pozwala na maksymalne skrócenie oczekiwania na leczenie. Ponadto powoduje automatyczną synchronizację takiego leczenia, iż chory praktycznie nie musi myśleć, co będzie czekać go w najbliższej przyszłości.

W sytuacjach szczególnych, kiedy choremu nie mamy nic do zaproponowania z racji zaawansowania procesu nowotworowego, czy też bezsilności medycyny instytucja Komisji Onkologicznej pozwala na przekazanie tej złej dla pacjenta wiadomości w sposób dla niego godny. Pacjent zdaje sobie sprawę z powagi własnej choroby i równocześnie jest pewien, że w jego sprawie zrobiono wszystko, co było w ludzkiej mocy [2].

Należy zaznaczyć, że nic nie zostawia takiej blizny na duszy człowieka – lekarza niż to, że w tych sytuacjach, być może po raz ostatni widzimy chorego w takiej formie, jak teraz. To, czego brakuje na takich zespołach terapeutycznych, to brak klinicznie przygotowanych psychologów. Być może jest to spowodowane czynnikami ekonomicznymi, ale z naszego punktu widzenia jest to niezbędne [3, 4].

W pewnych sytuacjach klinicznych chory z racji przebiegu nowotworu kilka razy staje na Komisji Onkologicznej. Pacjent zna powagę sytuacji wynikłej z jego choroby, ale również widzi, że z jego chorobą walczy wiele osób. Współdziałanie lekarzy wielu specjalności zapewnia często sukces w walce z nowotworami. Widać to w czasie wizyt kontrolnych po zakończonym leczeniu. Należy również zaznaczyć, że leczenie chorego w zespole interdyscyplinarnym daje większą szansę uniknięcia błędów jatrogennych [5].

Sytuacja druga – diagnostyka chorób dziecięcych – pediatria

Leczenie dzieci to szczególne wyzwanie medycyny. Ta dziedzina medycyny zawiera w sobie ogromny materiał chorób wewnętrznych pogłębiony o różne

objawy chorobowe występujące w zależności od wieku dziecka. Wiadomo, że to co jest fizjologią noworodka, stanowi patologię dla niemowlęcia. Różnorodność objawów w zależności od wieku dziecka sprawia, że jeden człowiek nie jest w stanie jej opanować. Zatem, aby właściwie diagnozować dziecko, szczególnie kiedy choruje nietypowo powinno to się odbywać siłami zespołu terapeutycznego [5, 6, 7].

Pediatry wyodrębnia, podobnie jak interna, coraz węższe podspecjalności. Ponadto obserwujemy zawężanie, co do zakresu profilu oddziałów pediatrycznych. Szerokie z nazwy kliniki pediatryczne i oddziały tracą sens. Zatem wynika stąd, iż działanie zespołu terapeutycznego pozwala na szybszą diagnozę i prognozuje lepsze wyniki leczenia.

Jeżeli nawet zespół interdyscyplinarnego leczenia chorego dziecka nie traktować rutynowo, to uważamy za obowiązek jego wprowadzenie w proces terapeutyczny w każdym trudnym diagnostycznie przypadku. Z punktu widzenia prawnika, troska o zdrowie pacjenta ma w takich przypadkach duże znaczenie, z racji naszego członkostwa w Unii Europejskiej, gdyż każdy błąd medyczny skutkuje sankcjami prawnymi i finansowymi. Nasze doświadczenia i obserwacje zawodowe potwierdzają korzyści wynikające z pracy zespołów terapeutycznych w trosce o zdrowie pacjenta [4, 7].

Sytuacja trzecia – przygotowanie do porodu

Poród jako akt, od zarania dziejów budził szacunek, strach i podziw. Kobieta w dawnych czasach zdana była tylko na siebie, na fizjologię ciąży i porodu, a każda patologia najczęściej miała zły finał. Sztuka położnicza jest ciągle taka sama. Tak jak przed tysiącami lat, kobiety tak samo rodzą dzieci, tak samo się boją i tak samo przeżywają [8].

Można postawić pytanie, co zmieniło się dzisiaj? Postęp medycyny spowodował, że umiemy walczyć z patologią porodu, czy ciąży. To, co kiedyś wywoływało śmiertelny skutek, dzisiaj nie stanowi problemu. Każdą ciążę można ukończyć za pomocą cięcia cesarskiego, można utrzymać przy życiu 500 gramowego noworodka. Jednak fizjologia jest taka sama, jak dawniej i budzi ten sam niepokój. Obecnie obserwujemy nawrót do doktryny porodu naturalnego, fizjologicznego po przygotowaniu w szkole rodzenia [9].

Można zapytać, czym ta szkoła jest? Najprościej można powiedzieć, iż jest ona zespołem terapeutycznym, którego zadaniem są narodziny zdrowego dziecka. W ramach swoich zadań szkoła zatrudnia lekarzy położników i neonatologów, położne, psychologów, rehabilitantów. W czasie trwania ciąży przyszli rodzice poznają poszczególne etapy porodu. Uczą się trudnej sztuki współpracy z położną [2].

Istotą sprawy jest zrozumienie tego, co ich czeka, ponieważ czas porodu przyjdzie i nie da się go odłożyć na później. Wzajemna współpraca zespołu po-

zwala na poznanie się i zdobycie zaufania. W większości porody odbywać będą się na oddziałach położniczych tych samych, gdzie pracuje personel szkoły rodzenia. Należy zaznaczyć, że przejście przez szkołę rodzenia pozwala na świadomy poród, a także daje dobrą adaptację do trudnego zadania wychowania dziecka [10].

Opisane powyżej trzy różne zespoły terapeutyczne z pewnością osiągnęły dobre wyniki. Pytamy, od czego zależeć będzie jeszcze ten sukces? Z pewnością od zgody pacjenta na leczenie i od jego akceptacji tej formy planowania terapii.

Od czego jeszcze i co jest tym elementem sukcesu i elementem spajającym? Uważamy, że kluczową rolę odgrywa język komunikacji z pacjentem. Po pierwsze język komunikacji z pacjentem musi być zrozumiały i dostosowany do możliwości poznawczych chorego. Powinien także uwzględniać jego wykształcenie, nie wywoływać stresu i lęku. Informacja podana choremu musi być stosowna do jego potrzeb i oczekiwań oraz uwzględniać jego sytuację diagnostyczno-terapeutyczną.

Język porozumienia z pacjentem powinien być precyzyjny, pozbawiony niejasności, dwuznaczności. Podana informacja musi być wyczerpująca, świadoma, nie może preferować metod postępowania, którymi lekarz jest jakikolwiek sposób zainteresowany. Zakres oraz sposób podania informacji musi zależeć od pytań chorego i od jego reakcji emocjonalnych na uzyskiwane odpowiedzi [5].

Doceniając rolę pacjenta jako podmiotu troski zespołu terapeutycznego uważamy na podstawie własnego doświadczenia zawodowego, iż w tej dziedzinie zrobiono wiele, niemniej obecne czasy wskazują na coraz nowe wyzwania. Zawsze ludzki zespół specjalistów będzie lepszy od komputera, bo czuje potrzeby chorego, gdyż też kiedyś może być pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Jarosz M.: (Red.) Psychologia lekarska PZWL. Warszawa 1988.
2. Twycross R., Wilcock A.: Symptom management in advanced cancer. Radcliffe Medical Press, 2001, 267–278.
3. Buss D. M.: Psychologia ewolucyjna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2001.
4. Sherblom Ch. K., Radmacher S. A.: Psychologia Zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia. Warszawa 1998.
5. Holender M.: Psychologia w praktyce lekarskiej. PZWL. Warszawa 1975.
6. de Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000.
7. Baron R. A., Byrne D.: Social psychology. Allyn & Baron Mass. London 2000.

8. Goodlin R. C.: Low-risk obstetric care for low-risk mothers. *Lancet* 1980. 1017–1019.
9. Podolska M., Bulsa M.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do porodu w opinii personelu medycznego. *Psychologia Rozwojowa* 2003, 8, 1, 81–88.
10. Sosa R., Kennell J., Klaus M., Marshall K., Robertson S., Urrutia J.: The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine* 1980, 303, 11, 598–600.

Grażyna Bączyk¹, Jolanta Konieczna¹, Jolanta Sowińska¹, Monika Kmiecziak¹

Jakość życia kobiet po histerektomii jako wskaźnik efektywności opieki

W badaniach klinicznych jakość życia rozpatrywana jest w kategorii następstw przewlekłych chorób lub zastosowanego leczenia, często chirurgicznego, np. wykonanie histerektomii. Zaburzenia ginekologiczne mogą mieć niekorzystny wpływ na jakość życia kobiet. Utrzymanie satysfakcjonującej jakości życia kobiet po histerektomii stanowi istotny cel jakości postępowania terapeutycznego. Ocena jakości życia może przyczynić się do opracowania indywidualnych programów terapeutycznych. Pomiar poziomu zadowolenia lub niezadowolenia z jakości funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach jakości życia kobiet po histerektomii może być cennym wskaźnikiem efektywności w sprawowaniu opieki specjalistycznej [1, 2].

Cel pracy

Głównym celem pracy była ocena jakości życia kobiet po histerektomii. Ponadto starano się odpowiedzieć, czy na jakość życia badanych wpływa wiek, metody wykonanego zabiegu oraz czas, jaki upłynął od operacji.

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzone zostało w okresie od marca do czerwca 2003 roku, na terenie województwa łódzkiego. Badaniem objęto kobiety, które stanowiły dwie grupy: Grupę badaną stanowiło 70 kobiet po histerektomii, korzystające z opieki Przychodni Ginekologiczno-Położniczej w Radomsku. Do grupy kontrolnej należało 70 kobiet zdrowych, zgłaszających się do w/w przychodni na badania kontrolne.

¹ Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Charakterystyka społeczno-demograficzna obu grup, opracowana statystycznie, nie wykazała odrębności pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego. Średnia wieku badanych wynosiła 45,4 lat, natomiast grupy kontrolnej 46,3 lat.

Zabieg histerektomii wśród kobiet wykonano ze wskazań: mięśniaki macicy 19 kobiet (27,14%), obniżenie i wypadanie narządu rodowego 17 kobiet (24,29%), przewlekłe dolegliwości bólowe w miednicy mniejszej 15 kobiet (21,43%), endometrioza mięśnia macicy 7 kobiet (10,00%), krwawienie z macicy 6 kobiet (8,57%) oraz wskazania położnicze 6 kobiet (8,57%).

Do badania wykorzystano polską wersję Indeksu Jakości Życia (IJŻ) Ferrans & Powers [3], który został skonstruowany dla ilościowej oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Indeks podzielony jest na dwie części. Część pierwsza mierzy satysfakcję z różnych dziedzin życia, druga natomiast ważność tych dziedzin dla badanego. Odpowiedzi udziela się na 6 stopniowej skali Likerta. Wynik końcowy jest rezultatem ważenia stopnia satysfakcji, z odpowiadającym mu poziomem ważności uwzględnionych dziedzin. IJŻ umożliwia globalną ocenę jakości życia oraz w zakresie czterech podskal: Zdrowia i funkcjonowania, Socjo-ekonomicznej, Rodzinnej i Psychologicznej. Możliwy zakres punktacji ogólnej i częściowej wynosi od 0–30, przy czym wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia. Współczynnik alfa Cronbacha odzwierciedlający spójność wewnętrzną dla całej skali IJŻ wynosił 0,88, dla poszczególnych podskal wahał się od 0,64–0,84 [4].

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że jakość życia kobiet z grupy badanej jest niższa i wynosi 14,8 w porównaniu z jakością życia kobiet z grupy kontrolnej – 18,6. Statystycznie istotne różnice w ocenie jakości życia pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną wykazano w podskali: Zdrowie i funkcjonowanie oraz w podskali: Psychologicznej. Dokładną analizę oceny jakości życia w poszczególnych podskalach przedstawia tabela 1.

Statystycznie istotne różnice w ocenie jakości życia pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną wykazano w podskali: Zdrowie i funkcjonowanie oraz podskali: Psychologicznej.

Oceniano jakość życia w grupie badanej w zależności od rodzaju przeprowadzonej operacji. Operacja usunięcia macicy drogą przezpochwową jest najczęściej stosowaną przez chirurgów i ginekologów metodą. Metoda ta jest mniej inwazyjna, obciążona mniejszą częstością powikłań w okresie pooperacyjnym, a same pacjentki szybciej wracają do zdrowia. W przypadku histerektomii brzusznej lub wspomaganą laparoskopową istnieje większe zagrożenie oraz prawdopodobieństwo wystąpienia groźniejszych powikłań w okresie pooperacyjnym. W wielu przypadkach znacznie przedłużają one pobyt pacjentek w szpitalu, a tym sa-

mym obniżają jakość ich życia. W badaniach stwierdzono, że kobiety, u których przeprowadzono usunięcie macicy drogą przezpochwową oceniają gorzej jakość życia (13,3), natomiast w przypadku histerektomii brzusznej i laparoskopowej ocena wynosi 15,6. Kobiety, u których wykonano histerektomię drogą pochwową źle oceniały swoje zdrowie (9,2) oraz uskarżały się na występowanie sytuacji stresowych w ich życiu codziennym (8,4). Niezadowolająca (9,2) była też ocena efektywności opieki zdrowotnej. W dziedzinie: warunki socjalno-ekonomiczne, bardzo nisko oceniły możliwości zaspokojenia swoich potrzeb materialnych (10,6).

Kobiety, u których wykonano histerektomię laparoskopową, w podskali: zdrowie i funkcjonowanie wysoką ocenę (19,0) otrzymała dziedzina: zdolność do samoobsługi (tabela 2). Jakość życia zmienia się wraz z upływem czasu, jaki minął od momentu wykonania zabiegu histerektomii. Wraz z wydłużaniem się okresu pooperacyjnego jakość życia wzrasta. Świadczy to, zatem o systematycznej poprawie jakości życia. W okresie do 12 miesięcy po operacji jakość życia była najniższa (12,9), od 1 do 3 lat (14,7), od 4 do 6 lat (15,3). Najwyższe oceny jakości życia (17,1) otrzymały kobiety, u których od wykonanego zabiegu usunięcia macicy upłynęło więcej niż 6 lat (tabela 3).

Analizowano również wpływ wieku na oceny jakości życia. Kobiety do 40 roku życia uzyskały średnie wartości w poszczególnych podskalach, wraz z wiekiem oceny były niższe (tabela 4).

Omówienie

W Polsce opublikowano niewiele prac na temat jakości życia kobiet po histerektomii, często omawiane zostały tylko wybrane dziedziny jakości życia np. ocena dziedziny seksualnej kobiet po histerektomii w zakresie obniżenia aktywności seksualnej, zmniejszenia ilości stosunków płciowych, pogorszenia satysfakcji seksualnej. Znane są prace dotyczące jakości życia w kierunku zmian psychosomatycznych, głównie zaburzeń depresyjno-lękowych u kobiet po histerektomii [5, 6, 7].

Naukowcy stwierdzili jednak, że im dłuższy okres minął od operacji, tym satysfakcja z życia seksualnego ulegała poprawie i wracała do poziomu z okresu przedoperacyjnego [7].

Analiza wyników w badaniach własnych wykazała, że kobiety po histerektomii gorzej oceniały swoje życie seksualne – 13,9 w porównaniu z grupą kobiet zdrowych – 15,8. Rannested [1, 2] w swoich doniesieniach opublikował zadawalające wyniki, jakie uzyskał na podstawie Indeksu Jakości Życia. Kobiety po histerektomii oceniły swoją jakość życia bardzo wysoko – 22,11. Natomiast w badaniach naszych te oceny były znacznie niższe i wynosiły – 14,8.

Wnioski

1. Jakość życia kobiet po histerektomii na podstawie przeprowadzonych badań była niska i wynosiła 14,8. Kobiety z grupy kontrolnej oceniły swoją jakość życia w przedziale średnim i wynosiła 18,6.
2. Wiek badanych oraz czas jaki upłynął od przeprowadzonego zabiegu miał wpływ na oceny jakości życia. Kobiety młode oraz kobiety, u których od wykonanego zabiegu upłynęło ponad 6 lat lepiej oceniały swoją jakość życia.
3. Satysfakcja operowanych kobiet z poziomu udzielanej opieki specjalistycznej była niska i wynosiła 11,5.

Piśmiennictwo

1. Rannestad T., Eikeland O. J., Helland H., Qvarström U.: The general health in women suffering from gynaecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Nordic College of Caring Sciences*, 2001, 2, 264–270.
2. Rannestad T., Eikeland O. J., Helland H., Qvarström U.: The quality of life in women suffering from gynaecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 8, 46–51.
3. Ferrans C. E., Powers M. J.: Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health*, 1992, 15, 29–38.
4. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G.: Analiza walidacyjna polskiej wersji Jakości Życia ferrans i Powers, *Postępy rehabilitacji*, 2001, PWN, Warszawa, 67–74.
5. Jawor M., Dimeter A., Marek K., Dudek D., Wojtyś A., Szproch A.: Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne. *Psych Pol*, 2001, 35 (5), 771–780.
6. Robaczyński J., Goluda M., Elias M., Kmieciek K.: Ocena życia seksualnego pacjentek po operacji usunięcia macicy. *Ginekol Pol*, 1998, 69–74.
7. Poręba R., Sipiński A., Dudkiewicz D., Olszówka P., Ogała K.: Wpływ całkowitego i nadszyjkowego wycięcia macicy drogą brzuszna na sferę życia seksualnego. *Ginekol Pol*, 1999, 1, 351–355.

Tabela 1. Jakość życia w poszczególnych podskalach badanych i grupy kontrolnej

	Grupa kontrolna	Grupa badana
Podskala: Rodzinna	19,0	17,4
Zdrowie swojej rodziny	18,6	16,2
Zdrowie dzieci	21,4	20,7
Szczęście rodziny	18,9	18,2
Mąż	16,9	15,3
Wsparcie uczuciowe rodziny	19,3	16,4
Podskala: Zdrowie i funkcjonowanie	18,8	13,5
Swoje zdrowie	17,8	11,5
Otrzymywana opieka zdrowotna	15,6	11,2
Ból, który doznajesz	16,9	10,4
Ilość energii na codzienne czynności	19,8	12,8
Swoja zdolność do samoobsługi	21,5	16,2
Do jakiego stopnia kierujesz swoim życiem	21,2	16,6
Szansa na długie życie	20,9	15,1
Swoje życie seksualne	15,8	13,9
Swoja zdolność do pełnienia obowiązków rodzinnych	19,9	14,1
Na ile jesteś użyteczny dla rodziny	20,6	15,4
Ilość zmartwień, stresu, którego doznajesz w codziennym życiu	18,5	10,5
Sposób, w jaki spędzasz wolny czas, rozrywki	16,0	14,5
Swoje szanse na szczęśliwą przyszłość	19,7	12,7
Podskala: Socjalno-ekonomiczna	17,5	15,3
Swoi przyjaciele	18,0	15,4
Wsparcie uczuciowe od osób spoza rodziny	17,4	14,8
Twojego sąsiedztwa	17,6	15,5
Sвій dom, mieszkanie, miejsce, w którym żyjesz	18,6	16,7
Swoja praca	18,7	16,6
To, że nie pracujesz	15,4	14,5
Swoje wykształcenie	17,2	15,9
Zaspokojenie swoich potrzeb finansowych	17,1	12,9
Podskala: Psychologiczna	19,4	14,9
Spokój ducha	18,8	13,2
Swoja osobista wiara w boga	20,3	18,8
Na ile udaje Ci się realizować swoje własne cele	19,1	15,2
Swoje szczęście generalnie	20,1	13,8
Swoje życie ogółem	21,0	13,5
Sвій wygląd	17,7	15,0
Ogólnie z samego siebie	18,8	15,0
Ogółem	18,6	14,8

Zakres punktów od 0–30, wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

Tabela 2. Jakość życia a metoda zabiegu operacyjnego

Metoda wykonanego zabiegu	Histerektomia brzuszną	Histerektomia laparoskopowa	Histerektomia przezpochwowa
Badani	28	18	24
% badanych	40,00	25,71	34,29
Podskalną: rodzinna	18,4	17,6	16,0
Zdrowie swojej rodziny	17,3	16,9	14,3
Zdrowie dzieci	22,4	19,7	19,6
Szczęście rodziny	19,7	17,5	17,0
Mąż	14,1	17,7	14,9
Wsparcie uczuciowe rodziny	18,5	16,1	14,3
Podskalną: zdrowie i funkcjonowanie	13,9	14,8	11,9
Swoje zdrowie	12,9	12,3	9,2
Otrzymywana opieka zdrowotna	13,0	11,1	9,2
Ból, który doznajesz	9,0	12,3	10,6
Ilość energii na codzienne czynności	12,4	15,1	11,6
Swoja zdolność do samoobsługi	16,4	19,0	13,9
Do jakiego stopnia kierujesz swoim życiem	16,8	18,5	14,9
Szansa na długie życie	16,3	16,2	12,8
Swoje życie seksualne	14,4	15,3	12,4
Swoja zdolność do pełnienia obowiązków rodzinnych	14,9	14,8	12,5
Na ile jesteś użyteczny dla rodziny	15,4	16,4	14,9
Ilość zmartwień, stresu doznajesz w codziennym życiu	12,1	10,8	8,4
Sposób, w jaki spędzasz wolny czas, rozrywki	14,2	16,2	13,6
Swoje szanse na szczęśliwą przyszłość	13,1	13,8	11,8
Podskalną: socjo-ekonomiczna	16,0	16,3	13,7
Swoi przyjaciele	16,4	16,4	13,4
Wsparcie uczuciowe od osób spoza rodziny Twojego sąsiedztwa	15,2	15,2	14,0
Twojego sąsiedztwa	16,6	16,4	13,7
Swój dom, mieszkanie, miejsce, w którym żyjesz	18,0	17,2	14,9
Swoja praca	17,5	18,3	14,3
To, że nie pracujesz	15,0	14,7	13,7
Swoje wykształcenie	15,9	17,2	15,0
Zaspokojenie swoich potrzeb finansowych	13,7	14,9	10,6
Podskalną:psychologiczna	16,3	14,9	13,3
Spokój ducha	14,8	13,8	11,0
Swoja osobista wiara w boga	21,3	16,6	17,5
Na ile udaje Ci się realizować swoje własne cele	15,8	16,3	13,7
Swoje szczęście generalnie	14,7	14,3	12,3
Swoje życie ogółem	15,6	12,8	11,7
Swój wygląd	16,0	15,8	13,3
Ogólnie z samego siebie	16,4	14,7	13,8
Ogółem	15,6	15,6	13,3

Zakres punktów od 0–30, wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

Tabela 3. Jakość życia a czas, jaki upłynął od wykonanego zabiegu

Czas do zabiegu	do 12 miesięcy	1 do 3 lat	4 do 6 lat	powyżej 6 lat
Badani	15	14	34	7
% badanych	21,43	20,00	48,57	10,00
Podskalna: rodzinna	14,9	19,5	17,4	18,7
Zdrowie swojej rodziny	11,9	17,1	17,0	19,7
Zdrowie dzieci	16,4	25,3	20,9	19,7
Szczęście rodziny	14,8	21,9	17,6	21,3
Mąż	15,3	14,7	15,9	13,7
Wsparcie uczuciowe rodziny	15,9	18,3	15,3	19,3
Podskalna: zdrowie i funkcjonowanie	11,0	11,7	14,8	16,0
Swoje zdrowie	7,8	9,9	13,0	15,4
Otrzymywana opieka zdrowotna	10,7	11,0	10,7	14,9
Ból, który doznajesz	9,9	9,4	10,9	11,1
Ilość energii na codzienne czynności	8,6	10,9	15,1	14,6
Swoja zdolność do samoobsługi	11,3	12,7	19,8	16,4
Do jakiego stopnia kierujesz swoim życiem	14,5	14,4	18,4	17,1
Szansa na długie życie	12,0	11,8	17,0	18,9
Swoje życie seksualne	12,6	11,4	15,1	16,1
Swoja zdolność do pełnienia obowiązków rodzinnych	11,9	11,6	15,6	16,3
Na ile jesteś użyteczny dla rodziny	11,8	15,8	15,6	15,5
Ilość zmartwień, stresu, którego doznajesz w codziennym życiu	7,7	9,6	10,8	16,8
Sposób, w jaki spędzasz wolny czas, rozrywki	12,5	13,3	15,4	16,9
Swoje szanse na szczęśliwą przyszłość	11,5	11,6	13,0	16,0
Podskalna: socjo-ekonomiczne	14,5	15,1	15,6	16,1
Swoi przyjaciele	13,4	16,5	15,9	14,9
Wsparcie uczuciowe od osób spoza rodziny	14,8	16,2	14,1	15,1
Twojego sąsiedztwa	14,5	15,4	15,6	17,6
Swój dom, mieszkanie, miejsce, w którym żyjesz	15,2	15,8	17,7	17,3
Swoja praca	16,2	15,9	17,3	15,5
To, że nie pracujesz	14,5	14,5	14,3	15,1
Swoje wykształcenie	15,6	14,5	16,7	15,8
Zaspokojenie swoich potrzeb finansowych	12,1	11,8	12,8	17,7
Podskalna:psychologiczna	13,0	16,3	14,4	19,0
Spokój ducha	11,1	13,9	12,8	18,6
Swoja osobista wiara w boga	15,1	21,6	18,0	24,6
Na ile udaje Ci się realizować swoje własne cele	15,0	14,8	14,7	18,7
Swoje szczęście generalnie	12,5	14,5	13,3	17,1
Swoje życie ogółem	11,7	16,0	12,6	16,9
Swój wygląd	13,2	16,4	14,7	17,8
Ogólnie z samego siebie	12,1	16,9	14,7	19,3
Ogółem	12,9	14,7	15,3	17,1

Zakres punktów od 0–30, wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

Tabela 4. Jakość życia a wiek badanych

Wiek w przedziałach (w latach)	18–28	29–39	40–50	51–61	62–72	↑ 72
Badani	4	7	18	21	16	4
% badanych	5,71	10,00	25,72	30,00	22,86	5,71
Podskalna: rodzinna	20,1	18,5	17,2	16,3	17,8	18,2
Zdrowie swojej rodziny	16,5	20,1	15,7	15,0	16,8	15,7
Zdrowie dzieci	19,5	20,6	21,8	18,9	21,8	21,8
Szczęście rodziny	21,5	18,4	16,4	18,2	19,8	16,4
Mąż	20,3	13,8	16,2	14,3	15,3	16,2
Wsparcie uczuciowe rodziny	22,9	19,8	16,0	15,2	15,2	16,0
Podskalna: zdrowie i funkcjonowanie	13,9	19,4	15,3	12,4	10,6	11,3
Swoje zdrowie	7,5	18,4	15,2	10,2	8,6	12,1
Otrzymywana opieka zdrowotna	10,8	21,6	13,7	7,8	7,7	14,4
Ból, który doznajesz	12,1	11,4	13,4	8,8	8,3	10,4
Ilość energii na codzienne czynności	12,3	20,2	15,4	11,7	8,8	10,5
Swoja zdolność do samoobsługi	14,8	22,8	19,7	16,0	11,7	9,3
Do jakiego stopnia kierujesz swoim życiem	20,3	21,4	18,3	16,6	14,2	10,5
Szansa na długie życie	19,4	20,4	17,1	14,7	11,0	10,9
Swoje życie seksualne	10,1	16,9	15,7	13,0	12,9	13,5
Swoja zdolność do pełnienia obowiązków rodzinnych	14,9	21,4	15,3	18,8	10,7	10,1
Na ile jesteś użyteczny dla rodziny	17,3	19,3	16,6	16,4	13,4	14,4
Ilość zmartwień, stresu, którego doznajesz w codziennym życiu	8,9	16,9	11,3	9,7	8,1	10,9
Sposób, w jaki spędzasz wolny czas, rozrywki	16,5	19,6	14,9	12,8	14,3	11,5
Swoje szanse na szczęśliwą przyszłość	15,9	18,7	13,2	10,7	11,9	10,6
Podskalna: socjo-ekonomiczna	18,8	18,9	15,6	14,2	14,3	14,1
Swoi przyjaciele	18,8	20,1	15,6	14,1	15,0	11,3
Wsparcie uczuciowe od osób spoza rodziny	19,9	17,1	13,6	13,9	14,8	16,1
Twój dom, sąsiedztwo	14,9	19,6	15,8	14,8	14,3	16,8
Swój dom, mieszkanie, miejsce, w którym żyjesz	19,3	20,7	16,6	13,3	16,2	12,3
Swoja praca	18,5	20,8	17,2	16,4	14,3	15,0
To, że nie pracujesz	16,8	16,3	15,3	12,6	13,4	18,8
Swoje wykształcenie	19,1	20,2	17,6	13,9	14,4	14,4
Zaspokojenie swoich potrzeb finansowych	23,6	16,6	12,8	11,3	12,3	8,4
Podskalna:psychologiczna	17,1	19,5	14,6	13,2	14,8	15,9
Spokój ducha	19,9	17,6	12,6	11,4	13,0	12,1
Swoja osobista wiara w boga	12,5	20,2	18,7	17,2	21,3	21,0
Na ile udaje Ci się realizować swoje własne cele	18,3	20,5	15,1	13,9	13,6	16,0
Swoje szczęście generalnie	18,0	19,7	13,3	12,2	12,7	13,5
Swoje życie ogółem	18,0	18,5	12,6	11,6	13,5	15,0
Swój wygląd	17,3	19,7	15,2	13,2	14,0	17,3
Ogólnie z samego siebie	15,8	20,1	14,9	12,9	15,3	16,4
Ogółem	16,7	19,2	15,5	13,6	13,5	13,8

Zakres punktów od 0–30, wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

Ewa Taranta¹

Rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentami ze stomią

Wstęp

Początek XXI wieku to okres obfitujący nie tylko w rozwój nauki i osiągnięć medycznych, ale także okres rozwoju chorób określanych jako choroby cywilizacyjne, do których niektórzy autorzy zaliczają schorzenia związane z koniecznością wykonania stomii [7]. Mimo niezwykle dynamicznego rozwoju technik chirurgicznych liczba wykonywanych stomii w Polsce wciąż wzrasta. Nie bez znaczenia jest fakt, iż dotyka to coraz młodszych pacjentów prowadzących aktywne życie zawodowe i rodzinne [2, 4].

Ekonomizacja wielu dziedzin życia społecznego, w tym także konieczność obniżenia kosztów leczenia, zdecydowanie skróciła czas pobytu pacjentów w szpitalu [5]. W efekcie takich działań pacjenci wypisywani są ze szpitala nieprzygotowani do samoopieki i samopielęgnacji, zaś ich rodziny nie zawsze są w stanie im pomóc. Pomoc w adaptacji do zmienionej sytuacji zdrowotnej zarówno pacjenta, jak i członków jego rodziny powinna więc należeć do pielęgniarki rodzinnej, która przez wielu podopiecznych jest postrzegana jako doradca i ekspert w sprawach związanych ze zdrowiem [1].

Przedmiot i cel pracy

Celem pracy było określenie roli pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentami ze stomią, uzasadnieniem wyboru celu jest rosnąca w ostatnich latach liczba wytwarzanych stomii i wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie z tym związane.

Osiągnięcie tego celu było możliwe po uzyskaniu odpowiedzi na następujące pytania **wynikające z badań przeprowadzonych wśród pacjentów:**

¹ Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku

1. Jakie problemy pielęgnacyjne występują najczęściej u pacjentów ze stomią?
2. Jaki jest stopień przygotowania pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji?
3. Jakiego rodzaju porad i pomocy oczekują pacjenci ze stomią od pielęgniarek rodzinnych?
4. Jak pacjenci ze stomią oceniają dotychczasową opiekę świadczoną przez pielęgniarki rodzinne?

oraz **wynikające z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek:**

1. Jaki jest poziom wiedzy pielęgniarek rodzinnych na temat problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentów ze stomią?
2. Jakie jest przygotowanie zawodowe pielęgniarek rodzinnych do świadczenia opieki na rzecz pacjentów ze stomią?
3. Jak pielęgniarki rodzinne oceniają współpracę pomiędzy specjalistyczną, a podstawową opieką zdrowotną?

Metoda, technika i narzędzia badań

W niniejszej pracy zastosowano metodę **sondażu diagnostycznego**, który jest obecnie najczęściej stosowaną metodą w pielęgniarstwie. Metoda ta pozwala na gromadzenie danych o cechach strukturalnych i funkcjonalnych zachodzących w określonych zjawiskach.

Jako **technikę** badawczą zastosowano ankietę, która „...jest techniką gromadzenia informacji polegającą na wypełnieniu najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej bez obecności ankietera” [6].

Narzędzie badawcze to **kwestionariusz ankiety** skonstruowany osobno dla grupy badawczej pielęgniarek i pacjentów.

Kwestionariusz ankiety dla pacjentów obejmował 33 pytania i podzielony był na grupy tematyczne, dotyczące funkcjonowania po zabiegu wyłonienia stomii, zawierał on następujące zagadnienia:

- stopień akceptacji zaistniałej sytuacji zdrowotnej
- próbę oceny zadowolenia z życia ze stomią
- problemy pielęgnacyjne związane ze stomią
- próbę oceny jakości świadczonych usług przez pielęgniarki rodzinne
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarek rodzinnych
- relacje w rodzinie i pomoc grup wsparcia działających na rzecz pacjentów ze stomią

Kwestionariusz dla pielęgniarek składał się z 18 pytań dotyczących:

- kwalifikacji zawodowych
- wiedzy i znajomości problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentów ze stomią
- stopnia przygotowania do pełnienia opieki nad pacjentami ze stomią

- propozycji form doskonalenia zawodowego przygotowującego do opieki nad pacjentami ze stomią
- współpracy poradni specjalistycznych z podstawową opieką zdrowotną

Badania prowadzono metodą ankiety audytoryjnej nadzorowanej przez badacza, czyli autorkę pracy.

Dobór grupy badawczej

Przy takim sformułowaniu celu pracy, zaistniała konieczność prowadzenia badań wśród pielęgniarek rodzinnych i wśród pacjentów.

Wyodrębnienie dwóch grup badawczych umożliwiło dokładne poznanie opinii na tematy zawarte w celu pracy, tym bardziej iż były to grupy pomiędzy którymi zachodzą ściśle relacje w związku z typem świadczonych usług pielęgniarских.

Grupę pacjentów stanowili chorzy ze stomią zamieszkujący na terenie województwa podlaskiego. Dla szerokiego poznania problemów badaniami objęto pacjentów nie tylko z miasta, ale także z terenów wiejskich, którzy muszą pokonać znaczne odległości by skorzystać z porad specjalistycznych.

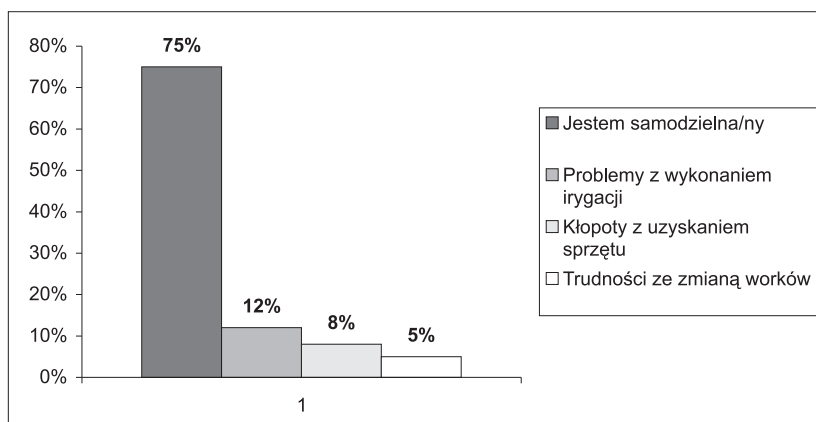
Grupę badawczą pielęgniarek stanowiło 60 pielęgniarek rodzinnych. W celu poznania ich opinii zdecydowano przeprowadzić badania wśród pielęgniarek zatrudnionych w różnych formach organizacyjnych tj. publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, grupowych i indywidualnych praktykach pielęgniarских oraz wśród pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach lekarzy rodzinnych.

Wyniki badań i ich omówienie

Problemy pielęgnacyjne pacjentów ze stomią

Respondenci stwierdzili, iż w 12% przypadków mają problemy z wykonaniem irygacji, jest to jeden z podstawowych zabiegów ułatwiających życie pacjentom [3]. Kolejne 8% badanych miało kłopoty z uzyskaniem odpowiedniego sprzętu stomijnego, 5% wskazało na trudności przy zmianie worków stomijnych, 75% badanych to pacjenci w pełni samodzielni (ryc. 1).

Z badań własnych wynika, iż rodzaj występujących problemów pielęgnacyjnych jest uzależniony od czasu, jaki upłynął od operacji. Wśród pacjentów, którzy stomię posiadali ponad 5 lat, 68,9% respondentów stwierdziło, że są w pełni samodzielni. Problemy z wykonaniem irygacji w tej grupie osób miało 13,9% badanych, a w grupie osób, u których stomię wyłoniono niespełna 5 lat temu, problem z wykonaniem tego zabiegu miało 22,6% ankietowanych (tabela 1).

Rycina 1. Aktualne problemy pielęgnacyjne**Tabela 1. Czas posiadania stomii a problemy pielęgnacyjne**

Czas posiadania stomii	Aktualne problemy pielęgnacyjne									
	Trudności ze zmianą worków		Trudności z wykonaniem irygacji		Kłopoty z uzyskaniem sprzętu		Jestem samodzielna/ny		Razem	
	n = 8	%	n = 11	%	n = 7	%	n = 34	%	n = 60	%
Do 5 lat	6	19,4	7	22,6	5	16,1	13*	41,9	31	100
Ponad 5 lat	2	6,9	4	13,9	3	10,3	20*	68,9	29	100

$p < 0,05$

Oczekiwania pacjentów ze stomią wobec pielęgniarek rodzinnych

Aby uzyskać informację, w jakim zakresie pacjenci ze stomią oczekują porad i pomocy, umieszczono w kwestionariuszu ankiety pytanie na ten temat, uzyskane odpowiedzi zawarto w tabeli 2. Niektórzy ankietowani wybrali dwie odpowiedzi. Najwięcej pacjentów – 29%, oczekiwało porad związanych z odżywianiem się oraz pomocy w codziennej pielęgnacji stomii, także 29%, dla 22% badanych nadal dość istotnym problemem była informacja o sprzęcie stomijnym, co ma na pewno wpływ na zadowolenie z życia ze stomią i usamodzielnienie się pacjenta, a w efekcie uniezależnia go od otoczenia. Podobne wyniki uzyskali autorzy innych badań przeprowadzonych wśród 50 pacjentów ze stomią, leczonych w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2000 r. [2].

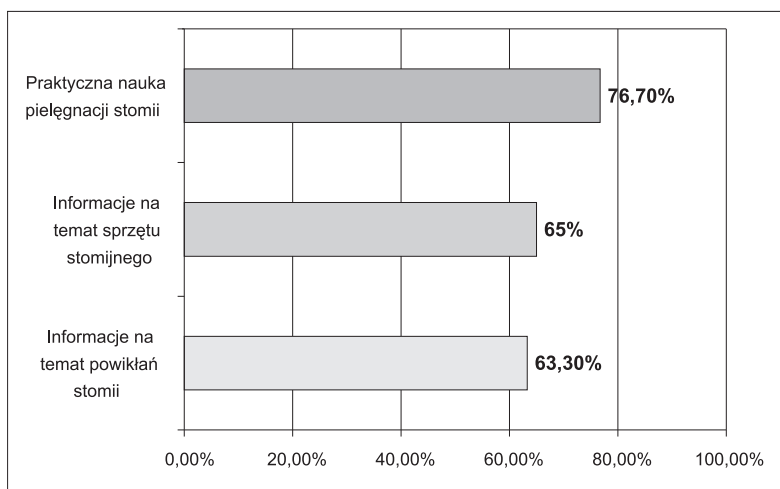
Tabela 2. Rodzaj porad i pomocy oczekiwanej od pielęgniarki rodzinnej

Rodzaj oczekiwanej pomocy	n	%
Pomoc w pielęgnacji stomii	19	29
Porady na temat odżywiania się	19	29
Informacje o sprzęcie stomijnym	14	22
Informacje na temat aktywności fizycznej	9	14
Wsparcie psychiczne	4	6
Razem	65	100

Poziom wiedzy pielęgniarek i znajomość problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentów ze stomią

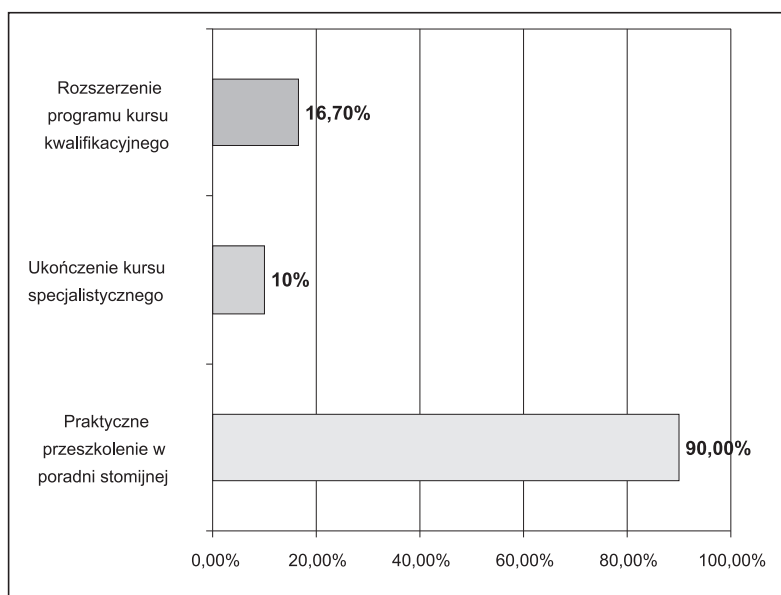
Biorąc pod uwagę różny stopień przygotowania do tego rodzaju świadczeń, poproszono respondentki o określenie zakresu wiedzy, którą chciałyby uzupełnić, by poprawić jakość świadczonych usług na rzecz pacjentów ze stomią. Na tak postawione pytanie można było udzielić kilku odpowiedzi biorąc pod uwagę te umiejętności i zakres wiedzy, której pielęgniarki rodzinne w swojej ocenie potrzebują najbardziej, dlatego też wynik procentowy jest większy niż 100. Rozkład odpowiedzi odzwierciedla rycina 2.

Rycina 2. Zakres wiedzy i umiejętności jakie chciałyby uzupełnić pielęgniarki rodzinne



Aby umożliwić pielęgniarkom rodzinnym uzyskanie przedstawionego powyżej zakresu wiedzy i umiejętności zadano pytanie, w jakiej formie doskonalenia zawodowego chciałyby uczestniczyć by tę wiedzę uzupełnić. Wśród proponowanych odpowiedzi zawarto te formy kształcenia poddyplomowego, które są prowadzone dla pielęgniarek i położnych. Podobnie jak poprzednio dano możliwość wyboru kilku odpowiedzi. Najwięcej osób uważa, że najlepszą formą zdobycia umiejętności w zakresie pielęgnowania pacjentów ze stomią jest praktyczne przeszkolenie w poradni stomijnej (ryc. 3).

Rycina 3. Forma przygotowania zawodowego niezbędna do pełnienia opieki nad pacjentami ze stomią



Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że możliwość zamówienia wizyty była istotnie lepsza w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – 60% ($p < 0,05$). W niepublicznych zakładach istotnie częściej występowały problemy z zamówieniem domowej wizyty pielęgniarki rodzinnej (tabela 3).

42,0% pielęgniarek zatrudnionych w niepublicznych lekarskich ZOZ stwierdziło, że w ich miejscu pracy są problemy z zamówieniem domowej wizyty pielęgniarskiej, jako przyczynę tego stanu pielęgniarki podały rozległość terenu, zbyt małą liczbę zatrudnionych pielęgniarek, łączenie zadań pielęgniarki praktyki i pielęgniarki rodzinnej i inne trudności organizacyjne.

Tabela 3. Miejsce pracy a możliwość zamówienia wizyty pielęgniarskiej w domu pacjenta

Możliwość zamówienia wizyty	Miejsce pracy									
	Publiczny ZOZ		Niepubliczny Pielęgniarski ZOZ		Niepubliczny lekarski ZOZ		Inne miejsce pracy		Razem	
	n = 27	%	n = 11	%	n = 11	%	n = 10	%	n = 59	%
Wizytę można zamówić bez problemu	24	60,0	8	20,0	3	7,5	5	12,5	40	100,0
Są problemy z zamówieniem wizyty	3	15,8	3	15,8	8	42,0	5	26,4	19	100,0

$p < 0,05$

Wnioski i postulaty

Wnioski

1. Najczęściej zgłaszane przez pacjentów problemy pielęgnacyjne to wykonanie irygacji, trudności z uzyskaniem sprzętu do zaopatrzenia stomii i codzienna pielęgnacja stomii. Zaobserwowano, że czas posiadania stomii miał wpływ na rodzaj i ilość problemów pielęgnacyjnych wśród pacjentów ze stomią oraz stwierdzono, że był istotnym czynnikiem wpływającym na poczucie samodzielności. Osoby, które posiadały stomię do 5 lat, zgłaszały więcej problemów i były mniej samodzielne w pielęgnacji stomii, niż osoby posiadające stomię ponad 5 lat.
2. Przeprowadzone badania wykazały, że ani pacjent, ani jego rodzina nie byli przygotowani do samodzielnej pielęgnacji stomii po powrocie do domu. Informacje na ten temat były mało wyczerpujące, albo nie podano ich wcale. Można więc stwierdzić, iż nie przestrzega się jednego z podstawowych praw pacjenta – prawa do rzetelnej i zrozumiałej informacji na temat stanu zdrowia.
3. Zdecydowana większość ankietowanych pacjentów oczekiwała od pielęgniarki rodzinnej pomocy i porad w zakresie odżywiania, codziennej pielęgnacji stomii i porad związanych z aktywnością fizyczną oraz chciała, by odwiedzała ich w domu.
4. Pacjenci w większości przypadków nie uzyskali informacji o możliwości skorzystania z pomocy pielęgniarki rodzinnej przed wypisaniem ze szpitala, w związku z tym nie wiedzieli, że mogą skorzystać z jej pomocy.

5. Przeprowadzone badania wskazują na niski poziom wiedzy pielęgniarek rodzinnych na temat pielęgnacji pacjentów ze stomią. Jednocześnie wszystkie ankietowane pielęgniarki dostrzegają potrzebę praktycznego przeszkolenia w tym zakresie.
6. Pacjenci w zdecydowanej większości wskazali najbliższych członków rodziny jako osoby, na które mogą liczyć, toteż rolą pielęgniarki rodzinnej jest objęcie opieką nie tylko pacjenta ze stomią, ale całej rodziny i udzielenie wsparcia wszystkim jej członkom. Biorąc pod uwagę rodzaj występujących problemów pielęgnacyjnych u pacjentów ze stomią, pielęgniarka rodzinna ma istotną rolę edukacyjną i informacyjną, a także powinna posiadać wszelkie umiejętności związane z codzienną pielęgnacją stomii.

Postulaty

Mając na uwadze znaczenie roli pielęgniarek rodzinnych w opiece nad pacjentami ze stomią istnieje konieczność podjęcia następujących działań:

- Poprawy współpracy i usprawnienia przepływu informacji między opieką specjalistyczną a podstawową opieką zdrowotną w celu zapewnienia ciągłości opieki
- Włączenia zagadnień dotyczących pielęgnacji stomii do programów kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego z umożliwieniem przeszkolenia praktycznego na bazie istniejących poradni stomijnych
- Stworzenia pielęgniarkom rodzinnym, które mają pod opieką pacjentów ze stomią, warunków i możliwości do ciągłego pogłębiania i aktualizowania wiedzy w formie kursów specjalistycznych, doształcających i innych form doskonalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Charzyńska-Gula M.: Edukacja zdrowotna rodziny. Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Lublin, 2002: 7.
2. Koper A., Kaźmierczak B.: Jakość życia chorych z nowotworami jelita grubego. *Magazyn Pielęgniarki i położnej*, 2000, 11: 16–17.
3. Krasowski G.: Pacjent ze stomią. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2000, 1–2: 26.
4. Kuchtyń K.: Posiadanie stomii jako trudny problem życiowy. *Nowiny Psychologiczne*, 1990, 4: 5–6.
5. Kulik T. B., Latański M. (red): *Zdrowie Publiczne*, Czelej, Lublin, 2002, 48–49.
6. Pilch T., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2001.
7. Szczepkowski M.: Stomia jako problem chirurgiczny. *Troska*, 2002, 1: 3.

K. Łapuć¹, J. Snarska², G. Majewska³, Z. Puchalski²

Historia zabezpieczenia stomii jelitowych z uwzględnieniem opieki pielęgniarstwa i sprzętu stomijnego oraz stowarzyszenia Pol-Ilko

Stomia jest to celowe chirurgiczne wykonanie połączenia światła przewodu pokarmowego lub układu moczowego z powierzchnią ciała i służy do wydalania treści jelitowej, kałowej czy moczowej. Śledząc rys historyczny dziejów stomii, pierwszą wzmiankę na temat przetoki jelitowej (pourazowej) znajdujemy w pierwszej części Księgi Sędziów Starego Testamentu pochodzącej z X w p.n.e., jak podają autorzy w piśmiennictwie krajowym [16].

Rozwój chirurgii opartej na zasadach naukowych rozpoczął się w XVII wieku. W drugiej połowie tego wieku zaczęto wykładać chirurgię na uniwersytetach, podniosło to jej znaczenie i prestiż. Miało to również ogromny wpływ na rozwój technik operacyjnych, a w szczególności sposobów wykonywania stomii. Pierwsze stomie ze wskazań leczniczych były wykonywane w celu leczenia urazów lub niedrożności jelit. W 1710 r. Litre wytworzył przetokę jelita grubego (kolostomię). 70 lat później Benjamin Bell wprowadził technikę operacyjną polegającą na wykonaniu stomii dwulufowej, która miała zabezpieczyć pacjenta przed jej zwężeniem [10]. W 1793 roku we Francji Dubois wykonał pierwszą udaną operację polegającą na wyłonieniu lewostronnej kolostomii u 3-letniego dziecka. Pacjent przeżył 45 lat [1].

W XIX wieku nastąpił prawdziwy przewrót w metodach rozpoznawania chorób, technikach operacyjnych i metodach leczenia. Ma to związek z przeprowadzeniem pierwszego udanego zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem w 1846 r. Historycznie łączyło się to z kolejnym osiągnięciem w dziedzinie medycyny – wprowadzeniem zasad aseptyki i antyseptyki. Poprawiło to w sposób znaczący komfort pracy chirurgów [4].

Znajomość anatomii prawidłowej, rozwój fizjologii i patologii chirurgicznej, zniesienie bólu i opanowanie zakażeń przyrannych oraz ciągle udoskonalanie technik operacyjnych pozwoliło chirurgom na ingerowanie coraz głębiej w tkan-

¹ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Białymstoku

² I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej SPSK AMB

³ Poradnia Stomijna SPSK AMB

ki ciała ludzkiego. Powstały pierwsze szkoły, które uczyły wykonywania kolostomii jako znaczącej metody leczenia niedrożności jelit. Duże zasługi wniósł wybitny chirurg Jan Mikulicz-Rudecki profesor Uniwersytetu w Krakowie. Wykonał on resekcję i zespolenie jelit jako metodę dwuetapowego leczenia, gdzie usuwał guz po 12–48 godzinach od wypreparowania go na powłoki brzuszne. Do wypreparowanego jelita zakładano szklane rurki w celu odprowadzenia treści kałowej. Kiedy rana zagoiła się rurki usuwano, a jelito zespalano. Było to pierwsze odprowadzenie treści nie drażniące skóry. Dla pacjenta zabezpieczenie takie przysparzało jednak dużo trudności związanych z poruszaniem się, dyskrecją, itp. Niestety, problemy pacjenta w owym okresie nie były dla chirurgów priorytetem [16].

O ile dzieje kolostomii sięgają czasów prehistorycznych, to zapis o wykonaniu pierwszej ileostomii sięga dopiero XVIII w. Wykonał ją Roven. Kolejnym chirurgiem operującym ileostomię był Niemiec Baum w 1879 r. Wykonał ją z powodu raka połowy okrężnicy powodującego niedrożność [17].

Chirurdzy starali się modyfikować metody operacyjne, w mniejszym stopniu zwracali jednak uwagę na potrzeby pacjentów po operacji związane z pielęgnacją przetoki i jej zaopatrzeniem. W związku z brakiem odpowiedniej pielęgnacji stomii i sprzętu dochodziło do licznych powikłań, w tym trudno gojących się ran wokół przetoki, uniemożliwiających normalne życie pacjentom.

Nowatorstwem w dziedzinie operacyjnej było wykonanie operacji przez wybitnego angielskiego chirurga B. Brooke'a. Polegała ona na wywinięciu końcowego odcinka jelita krętego i przysyciu go do skóry. Operacja wykonana tą techniką zmniejszyła występowanie stanów zapalnych i zapobiegała zwężeniu stomii. Metoda ta obecnie ma również zastosowanie w przypadku kolostomii. Zbiornik na kał przytwierdzony jest bezpośrednio po operacji, a treść jelitowa wpływa do niego nie powodując podrażnień skóry [2].

W XX w. duży nacisk został położony na znalezienie nowej techniki operacyjnej umożliwiającej lepszą kontrolę wypróżnień. Jedną z nich było wytworzenie pseudozwieraczy, inną udoskonalona „metoda Kocha” polegająca na wytworzeniu wewnątrzotrzewnowego zbiornika na kał zaopatrzonego w zastawkę [2]. W 1975 r. Feustel i Hennig z Erland opracowali metodę wytwarzania brzuszego odbytu w obrębie okrężnicy esowatej z zastosowaniem pierścienia magnetycznego, umieszczonego w tkance podskórnej wokół stomii. Przetokę zamykano specjalną zatyczką, która nie wypadła dzięki sile pierścienia. Metoda ta miała dobrą skuteczność, niestety dość często powstawały odczyny skórne.

W 1982 r. Schmid wykonał operację polegającą na wytworzeniu odbytu na kroczu w miejscu po wycięciu odbytnicy, co uchroniło pacjenta od wyłonienia stomii. W Polsce zabieg takiego typu wykonano po raz pierwszy w 1986 r. w Krakowie [16, 17]. W 1980 r. Moreira wykonał operację z wytworzeniem zbiornika na kał z kątnicy zabezpieczony zastawką Bauchina z jednokierunkowym wentylem. Chory opróżniał okresowo zbiornik stosując irygację i dlatego nie musiał za-

bezpieczając stomii woreczkami. W maju 1983 r. wykonano operację takiego typu w Polsce. Wyłonienie stomii tymi metodami umożliwia pacjentom zwiększenie kontroli oddawania stolca i poprawia komfort życia. Jednak tego typu operacje chirurgiczne zaliczane są do trudnych, czasochłonnych i obciążonych większym niebezpieczeństwem występowania powikłań [2].

Analizując różnorodność metod operacyjnych na świecie nie sposób nie zauważyć wybitnej postaci i jej zasług na gruncie polskim – profesora Romana Górala. Wprowadził on i wykonał szereg operacji wytworzenia sztucznego odbytu dotychczas nie znanych i nie wykonywanych w Polsce. Przykładem może być operacja typu „Rehbeina” wykonywana w leczeniu wrodzonego braku odbytu. Profesor Góral był w Polsce również pionierem w organizowaniu opieki nad pacjentami ze stomią. W 1987 r. w Poznaniu powstało z jego inicjatywy POL-ILKO Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią [7].

Po operacji wyłonienia stomii cała treść jelitowa wydalana jest na zewnątrz przez przetokę i dlatego powinna ona być właściwie zaopatrzona. Niestety, rozwój sprzętu stomijnego pozostawał daleko w tyle za nowoczesnymi technikami operacyjnymi. Początkowo był on prymitywny i niedostępny dla wszystkich ze względu na wysoką cenę. Pacjentom towarzyszył przykry zapach, musieli często zmieniać garderobę, gdyż zabezpieczenia przeciekały i przemakały. Stomie boczne bardzo często zatykano różnymi zatyczkami wykonanymi z drewna, korka, skóry, kości słoniowej, gumy, gipsu, gumy piankowej czy rurkami szklanymi. Skórę chroniono przed drażniącym działaniem wydobywającej się treści za pomocą środków ochronnych, takich jak: obojętne tłuszcze, mleko, surowe białko kurcze, łożysko ludzkie [5].

Podwaliny w nowoczesny sprzęt stomijny i pielęgnację przetoki położyła w 1954r Elise Sorensen pielęgniarzka rodzinna mieszkająca w Danii. W środowisku medycznym postrzegana była jako osoba troskliwa, zaangażowana i oddana swojej pracy. Kiedy jej młodsza siostra została poddana zabiegowi kolostomii, Elise obserwowała, jak stawia czoło społecznej stygmatyzacji, niezrozumieniu i odrzuceniu. Dostępny wówczas sprzęt zabezpieczający stomię był niewygodny, niehigieniczny i kosztowny, nie zapewniał ochrony przed przykrym zapachem, ale nawet nie spełniał podstawowej swej funkcji, mianowicie nie zabezpieczał skutecznie przed niekontrolowanym wydalaniem kału. E. Sorensen postanowiła go ulepszyć. W 1955 r. dzięki udoskonaleniom i modyfikacjom opracowała nowy patent – specjalny noszony na brzuchu worek, bardziej płaski i elastyczny, wykonany z materiału przyjaznego skórze. Mimo tego, że sprzęt sprawdził się w użyciu wystąpiły trudności ze znalezieniem wytwórcy. Dopiero Aage Louis-Mansen za wstawiennictwem swojej żony, również pielęgniarki, wyprodukował próbne woreczki, które były wprowadzane do szpitali bezpłatnie. W 1957 r. firma odniosła sukces międzynarodowy [6].

Na świecie pojawiły się różnego rodzaju zabezpieczenia przetok jelitowych. Podstawą był worek foliowy mocowany do skóry. Stały worek z tworzywa sztucz-

nego zamykany od dołu zalecano pacjentom z ileostomią. Pozwalał on na opróżnianie worka bez jego zmiany. Worek był mocowany na metalowej obręczy utrzymywanej na ciele za pomocą paska. Sprzęt ten był nieszczelny, workiczki przeciekały i treść drażniła skórę.

W latach 60-tych wprowadzono nowe materiały do produkcji sprzętu stomijnego. Pojawił się system Combihesive składający się z dwóch części: 1) płytki – mającej również działanie gojące ze względu na składniki, z których została wykonana (żelatyna, pektyna), 2) workiczek plastikowych. W płytkę był wtopiony plastikowy pierścień. Płytkę z workiczkiem mocowana była na wcisk. Workiczki były szczelne dla gazów i stolca, łatwe w obsłudze. Niestety sprzęt był zagraniczny i nieosiągalny dla pacjentów w Polsce [15]. W kraju dostępny był tradycyjny foliowy zbiornik z pasem, tzw. pas krakowski. Zestaw ten składał się z szerokiego, gumowego pasa zakończonych metalowymi klamerkami, owalnej płytki plastikowej z okrągłym otworem w środku, pierścienia gumowego z wgłębieniem na obwodzie wciskanego w płytkę po założeniu w nim plastikowych workiczek. W użytkowaniu pas wrzynał się w skórę kalecząc ją, płytka była sztywna, krępowała ruchy, a workiczki szeleściły i starsi pacjenci mieli trudności z wymianą ich. Trudność sprawiało również odpowiednie dobranie otworu w płytce, aby zapobiec nieszczelności stomii [3].

W Polsce dostępne były również, chociaż w limitowanej ilości, samoprzylepne pojemniki produkcji krajowej jednorazowego użytku [5]. W latach 70-tych dostępne były już pojemniki firm zagranicznych wygodniejsze i bardziej funkcjonalne, np. workiczek jednorazowy otoczony pierścieniem gumowym ściśle przylegający do skóry typu Karaya-Gum. Pierścień można było dodatkowo przytrzymać za pomocą elastycznego pasa [3].

Warunkiem prawidłowej rehabilitacji pooperacyjnej jest wysokiej klasy sprzęt stomijny indywidualnie dobrany dla każdego pacjenta. Obecnie dostępny jest on w kilku rodzajach odpowiadających następującym kryteriom:

- szczelny dla stolca, jego zapachu oraz gazów,
- nie drażniący skóry, obojętny biologicznie,
- gojący podrażnienia skórne,
- łatwy w obsłudze,
- odpowiedni co do objętości,
- estetyczny i niezauważalny dla otoczenia,
- zapewniający poczucie bezpieczeństwa,

redukujący odgłosy towarzyszące opróżnianiu się jelita [13].

Rodzaj sprzętu ogólnie możemy podzielić na:

- 1) sprzęt jednoczęściowy – czyli workiczek foliowy z przylepcem i filtrem,
- 2) sprzęt dwuczęściowy – workiczek z pierścieniem oraz płytkę z wtopionym w nią pierścieniem,
- 3) zatyczkę dwuczęściową.

Równocześnie z doskonaleniem sprzętu i technik operacyjnych powstawały na całym świecie instytucje i organizacje, którym nie było obojętne ciężkie życie pacjentów ze stomią. Ruch wzajemnej pomocy stomijnej rozpoczął się w 1948 roku w Cleveland w stanie Ohio w Ameryce, gdzie 4 pacjentów zawiązało pierwszą nieoficjalną grupę samopomocową. W 1954 roku powstało pierwsze europejskie Towarzystwo Pacjentów z Ileostomią składające się z pacjentów, pielęgniarek, chirurgów, psychologów, socjologów i producentów sprzętu stomijnego. Miało to miejsce w Wielkiej Brytanii i Irlandii. W 1967 roku Frances Goodall inicjuje powstanie stowarzyszeń pacjentów z kolostomią i urostomią. Od 1977 roku działa Światowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Stomijnych. Dzięki aktywnej działalności Normy Gill, Katherine Jeter, Nadine Presley z USA oraz Barbary Sauters i Josephine Plant z Anglii rozpoczęło się specjalistyczne szkolenie pielęgniarek „stoma nurses” i „stoma therapists” [8].

W 1975 roku powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Pacjentów ze Stomią (IOA) – koordynuje ono pracę organizacji krajowych. W Polsce pierwsza poradnia stomijna powstała w 1979 r., a od 1987 roku działa Polskie Stowarzyszenie Opieki nad Pacjentami ze Stomią Pol-Ilko [8, 11].

Aby zapewnić odpowiednią jakość życia pacjentom ze stomią na Podlasiu, czyli zmniejszyć dolegliwości bólowe, zapobiegać powikłaniom, wznowie choroby zasadniczej, dbać o odpowiedni dobór sprzętu, dostarczać informacji i wsparcia oraz profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w marcu 1993 roku Pan Prof. zw. dr hab. med. Zbigniew Puchalski – kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Białymstoku, przy współudziale zainteresowanych osób i firm, zorganizował Poradnię dla Chorych ze Stomią przy tymże szpitalu. Obecnie Poradnia jest również siedzibą Podlaskiego Oddziału Pol-Ilko. Zespół terapeutyczny składający się z lekarza specjalisty chirurga – dr hab. med. Jadwigi Snarskiej obecny Kierownik Poradni i specjalistki pielęgniarki stomijnej, służy pomocą i radą dla wszystkich pacjentów. Naczelnym hasłem w pracy zespołu terapeutycznego jest „Troska o jakość życia”. Udział w licznych sympozjach i szkoleniach, często o charakterze międzynarodowym, pozwala udoskonalać metody procesu pielęgnacyjnego, udzielać wsparcia psychologicznego, a tym samym podnosić jakość usług w tej dość trudnej dyscyplinie, jaką jest zapewnienie na właściwym poziomie opieki nad chorymi ze stomią [7, 12].

W kwietniu 1994 roku inicjatywna grupa pacjentów ze stomią we współpracy z zespołem Poradni Stomijnej SPSK AM i zainteresowanymi firmami produkującymi sprzęt stomijny zorganizowała Regionalny Podlaski Oddział Pol-Ilko w Białymstoku. Pol-Ilko może wiele pomóc chorym ze stomią w rozwiązywaniu problemów natury społeczno-psychologicznej, gdyż celem działania tego Towarzystwa jest jak najszybszy i najpełniejszy powrót pacjenta do pełnej aktywności życiowej po operacji. W przypadku chorych czynnych zawodowo powrót do wykonywania pełnionych funkcji lub zawodu. W ramach Pol-Ilko rozwinął

się również szeroki ruch wolontariatu. Towarzystwo skupia nie tylko pacjentów ze stomią, ale i członków rodzin stomistów, opiekunów i pracowników służby zdrowia. Podlaski Oddział Pol-Ilko jest najliczniejszym i najbardziej aktywnym Towarzystwem w Polsce [7].

Dzięki nowoczesnym technikom operacyjnym, zaangażowaniu chirurgów, profesjonalnej opiece pielęgniarek stomijnych oraz producentom doskonałego sprzętu do zabezpieczenia stomii, jak również wsparciu organizacji samopomocowych jakość życia pacjentów ciągle ulega poprawie. W dzisiejszych czasach los tych ciężko chorych ludzi nie jest obojętny, jak to niestety dało się zauważyć na przestrzeni wieków.

Piśmiennictwo

1. Bielecki K.: Jak postępować ze stomią? Opracowanie edytorskie: Jagas B.; Mag. PiPoł., 1977, (1), 11–12.
2. Góral R.: Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1993.
3. Góral R., Fryc-Martyńska J., Krokowicz P.: Podstawowe pojęcia medyczne. Jak żyć ze stomią. Sqvbb Estern Europe, Poznań, 1981, 8.
4. Jurgen T.: Stulecie chirurgów według zapisków mojego dziadka, chirurga H. St. Hartmana. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1984, 32.
5. Łazarkiewicz B.: Rola zewnętrznej przetoki jelitowej w rozwoju chirurgii jamy brzusznej. 54 Zjazd TChP, Kraków, 1989, 75.
6. Mruwczyński M.: Coloplast Rewolucja w pielęgniarstwie stomii. Proktologia, Warszawa, 2001, 310.
7. Snarska J.: Historia ruchu stomijnego na Podlasiu. Biuletyn OIL B-stok 2001, 2 (46), 87–90.
8. Snarska J.: Model opieki stomijnej. Biuletyn OIL B-stok 1999, 3 (39), 49–58.
9. Snarska J.: Sprzęt stomijny i jego zastosowanie. Biuletyn OIL B-stok 1999, 1 (37), 56–59.
10. Snarska J.: Stomia – wskazania do jej założenia i problem opieki okołoperacyjnej. Biuletyn OIL B-stok 1998, 2, 66–76.
11. Snarska J., Puchalski Z., Majewska G.: Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (Pol-Ilko) – 10 lat działalności na Podlasiu. Biuletyn OIL Białystok 2004, 1 (57), 37–41.
12. Snarska J.: Wolontariat – działalność stowarzyszenia Pol-Ilko na rzecz dobra chorego. Biuletyn OIL Białystok 2004, 3 (59), 23–26.
13. Styczeń P.: W trzy dni „wokół stomii”. Ogólnopolska Konferencja dla Lek. i Płg. Troska 1, 2001, 3–5.
14. Szczepkowski M.: Chory ze stomią. Magazyn Medyczny (7), 4, Ariel Sp., Warszawa, 1996, 23–25.
15. Szczepkowski M., Bielecki K.: Ocena jakości i przydatności sprzętu do zaopatrzenia brzuszno odbytu. 54 Zjazd TChP, Kraków, 1989, 144.

16. Szczepkowski M., Bielecki K.: Prawidłowe umiejscowienie stomii jako problem chirurgiczny istotny w pooperacyjnej rehabilitacji chorych. 56 Zjazd TChP, Lublin, 1993, 1300.
17. Szczepkowski M., Bielecki K.: Z dziejów chirurgii. Stomia na przestrzeni wieków. Polski Przegląd Chirurgiczny, 1996, 7, 742–746.

Izabela Chmiel¹, Antoni Szczepanik², Antoni Czupryna²,
Maria Cisek¹, Agnieszka Gniadek¹, Jan Kulig²

Konieczność opracowania standardu opieki pielęgniarstwiej nad chorym z ostrym zapaleniem trzustki

Jednym z ważniejszych problemów współczesnej medycyny, zarówno w skali ogólnoswiatowej, jak i w Polsce jest ostre zapalenie trzustki (OZT). Choroba zaliczana jest do najgroźniejszych w obrębie jamy brzusznej. W Polsce na OZT choruje około 20–30 osób na 100 000 populacji., śmiertelność w tej grupie chorych wynosi od 20–30% [1].

Ostre zapalenie trzustki jest chorobą o zróżnicowanym przebiegu klinicznym. Występuje u osób uprzednio zdrowych lub z licznymi chorobami towarzyszącymi, takimi jak np. kamica żółciowa czy przewlekły alkoholizm. OZT może przebiegać pod postacią łagodną lub ciężką.

Zdaniem wielu autorów [1, 2, 3, 4, 5, 6] do występowania OZT usposabiają następujące czynniki etiologiczne:

- metaboliczne, do których zaliczymy choroby metaboliczne (np. hiperlipidemię, mocznicę) oraz czynniki toksyczne (takie jak nadużywanie alkoholu czy niektóre leki, np. tiazidy, estrogeny, przedawkowany paracetamol, kortykosteroidy),
- mechaniczne, np: kamica żółciowa, urazy trzustki, operacje żołądka i dróg żółciowych,
- naczyniowe (np. operacje z krążeniem pozaustrojowym, zatorowość cholesterolową)
- zakaźne (zakażenia bakteryjne np. *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, zakażenia wirusowe np.: Coxsackie, wzw typ A, B i C, adenowirusy oraz zakażenia pasożytami wewnątrzprzewodowymi np. glistnica)
- inne, czyli nie mieszczące się w żadnej z wyżej wymienionych grup (genetyczne, zaburzenia hormonalne, ciąża, otyłość, dieta wysokotłuszczowa i idiopatyczne).

¹ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

² I Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Współczesne badania nad patogenezą OZT podają, że istota choroby polega na samotrąwieniu narządu przez przedwcześnie uaktywnione enzymy trzustkowe. Proces ten odbywa się na drodze aktywacji śródkomórkowej trypsynogenu lub/i kaskady zymogenów. Za zjawisko to odpowiedzialne są w 80% choroby pęcherzyka i dróg żółciowych oraz przewlekły alkoholizm [1, 7].

Ostre zapalenie trzustki obejmuje szereg zaburzeń morfologicznych i fizjologicznych decydujących o różnorodności obrazu klinicznego trudnej do sklasyfikowania choroby. Obowiązująca od 1992 roku w większości krajów klasyfikacja z Atlanty definiuje tę chorobę jako: ostry proces zapalny trzustki wraz z otaczającymi ją tkankami, który obejmować może również odległe narządy. Klasyfikacja ta wyróżnia łagodną i ciężką postać tego schorzenia [1, 8]. Postać łagodna charakteryzuje się: niewielką dysfunkcją trzustki, brakiem powikłań, zmianami morfologicznymi o charakterze zapalenia śródmiąższowego. Natomiast w przypadkach o ciężkim przebiegu stwierdza się: ostry proces zapalny trzustki z martwicą, obecność powikłań wielonarządowych (wstrząs, niewydolność oddechową, niewydolność nerek, rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe, posocznice) lub (i) miejscowych (wodobrzusze trzustkowe, wysięk opłucnowy, torbiel rzekomą, ropień). Obserwujemy również zmiany morfologiczne obejmujące: martwicę trzustki lub (i) tkanek okołotrzustkowych oraz ogniska krwotoczne.

Ciężka postać OZT występującej u 10–20% chorych, natomiast 20% śmiertelność jest następstwem towarzyszących powikłań miejscowych i wielonarządowych. Z kolei postać łagodna występuje u 80% chorych, a śmiertelność wynosi 1–2% przypadków [1].

Wielu badaczy uważa [1, 2, 3, 4, 5, 6], że objawy kliniczne występujące w OZT mogą wahać się od nieznacznych bólów brzucha do głębokiego wstrząsu z objawami podciśnienia tętniczego i niedotlenienia. Czasami doprowadzają do stanu zagrożenia życia i śmierci. Zależą od stopnia zniszczenia trzustki, kierunku spływania soku trzustkowego, rozprzestrzenienia się wycieku. Objawem dominującym w OZT jest ostry, rozpoczynający się nagle ból w nadbrzuszu środkowym. Bólowi towarzyszą nudności i wymioty, ogólne osłabienie, bolesność uciskowa powłok brzusznych, podwyższona temperatura ciała oraz przyspieszona akcja serca. Ostre zapalenie trzustki może być mylone z takimi jednostkami chorobowymi, jak np. świeży zawał serca czy ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy. Następnie w miarę postępu choroby dochodzi do licznych powikłań miejscowych oraz wielonarządowych. Sympozjum w Atlancie określiło także parametry potwierdzające obecność powikłań w OZT:

1. wstrząs – tętnicze ciśnienie skurczowe < 90 mmHg,
2. niewydolność oddechowa – PaO₂ < 60 mmHg,
3. niewydolność nerek – stężenie kreatyniny w surowicy krwi > 177 umol/l (2 mg/dl)
4. krwotok z przewodu pokarmowego > 500 ml/24 h

5. rozsiarne wykrzepianie wewnątrznaczyniowe (DIC)

- a) płytki krwi < 100 000/ul
- b) fibrynogen < 1,0 g/l
- c) produkt degradacji fibryny > 80 ug/ml.

6. wapń < 1.87 mmol/L (7.5 mg/dl).

Zakwalifikowanie pacjenta z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki do grupy o łagodnym lub ciężkim przebiegu choroby jest bardzo trudne i potwierdza się w 34–39% przypadków w chwili rozpoczęcia hospitalizacji. Trafność ta wzrasta do 73% po upływie 24 godzin, natomiast po upływie 48 godzin wynosi 83% [9]. Dlatego stworzone zostały skale, które pomagają nie tylko w zakwalifikowaniu pacjenta do wyżej wymienionych grup, ale także ocenić prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań i zgonu. Odgrywają one również ważną rolę w wyborze najkorzystniejszej metody leczenia [1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 15]. Jedną z pierwszych skal prognostycznych OZT jest opracowana pod koniec lat 60-tych skala Trapnella. Następne pojawiły się w 1974 roku skala Ransona, w 1978 skala Imrie, w 1984 System Glasgow, 1985 skala Baltazara, z początkiem lat 90-tych APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). Obecnie oceny stanu ciężkości OZT możemy dokonywać również za pomocą innych skal, np.: Prognostic Scoring Indices, Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Multiple organ failure (MOF) score, Multiple organ dysfunction (MOD) score, Logistic organ dysfunction (LOD) score czy Sequential organ failure assessment (SOFA) [7, 8, 16].

Najczęściej spotykaną w literaturze i stosowaną w praktyce jest skala Ransona (tabela 1). Opracowana przez Ransona i jego zespół skala wyróżnia 11 czynników rokowniczych. Przy mniej niż trzech objawach – wskaźnik śmiertelności wynosi 0%, przy trzech do pięciu objawach – wskaźnik śmiertelności sięga 15%,

Tabela 1. Kryteria Ransona do oceny stopnia ciężkości OZT

Badany parametr	Poziom
wiek	> 55 lat
liczba krwinek białych	> 16 000/mm ³
stężenie glukozy	> 200 mg/100ml
LDH	> 350 IU/l
ALAT	> 250 SF j %
spadek hematokrytu	> 10%
wzrost stężenia azotu mocznika	> 5 mg/100 ml
stężenie wapnia	< 8 mg %
PaO ₂	< 60 mmHg
niedobór zasad	> 4 mEq/l
oceniany niedobór płynów	> 6000 ml

natomiast przy sześciu lub więcej objawach – wskaźnik śmiertelności jest $> 50\%$. Oceny dokonuje się w chwili przyjęcia chorego do szpitala oraz w ciągu następujących 48 godzin.

Poza zespołem objawów chorobowych podstawą do postawienia ostatecznej diagnozy jest wykonanie oznaczenia aktywności amylazy w surowicy krwi, stosunku klirensu amylazy do klirensu kreatyniny oraz lipazy w surowicy krwi [1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 18, 19, 20]. Według wielu autorów [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 18, 21, 22, 23] do badań standardowych wykonywanych u chorych z objawami „ostrego brzucha” a tym samym z objawami ostrego zapalenia trzustki należą badania obrazowe. Szczególne znaczenie w diagnostyce OZT zajmuje badanie ultrasonograficzne. Opierając się na badaniach przeprowadzonych w latach 1986–2001, w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej CMUJ w Krakowie trafność diagnostyczna USG w przebiegu OZT, wynosi 72% w pierwszym badaniu, przy powtórnym badaniu aż 91% [21]. Ponadto u chorych z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki wykonuje się tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz endoskopową cholangiopancreatografię wsteczną. Badania te wzajemnie się uzupełniają.

W diagnostyce OZT nie można pominąć oznaczenia morfologii krwi, parametrów układu krzepnięcia, glikemii, wskaźników funkcji nerek i układu oddechowego oraz przeglądowego radiogramu klatki piersiowej i brzucha. Badania te nie tylko potwierdzą postawioną diagnozę, dostarczą informacji o stanie ogólnym chorego, pozwolą także przewidzieć nadchodzące powikłania narządowe. W niektórych przypadkach potwierdzenie obecności OZT, a zarazem wykluczenie zagrażającej życiu choroby pozatrzustkowej, możliwe jest po wykonaniu laparotomii diagnostycznej [1, 4].

Leczenie OZT jest procesem kompleksowym i wielokierunkowym [1, 3, 5, 10, 24, 25]. Jego celem jest zahamowanie procesu samotrąwienia narządu, ograniczenie uszkodzenia i niedopuszczenie do rozwoju zakażonej martwicy w trzustce oraz zapobieganie uszkodzeniu ważnych dla życia chorego narządów. Leczenie wymaga umieszczenia chorego w oddziale szpitalnym, monitorowania parametrów życiowych, wykonywania kontrolnych badań diagnostycznych oraz procedur leczniczych z możliwością zapewnienia intensywnego leczenia w oddziale intensywnej opieki medycznej, szczególnie w przypadku wystąpienia najcięższej postaci tej choroby. Rozpoczyna się zawsze od postępowania zachowawczego, które obejmuje: zmniejszenie wydzielania żołądkowego i trzustkowego, nawadnianie chorego, zwalczanie bólu, zapobieganie zakażeniu, leczenie żywieniowe. W większości przypadków tego rodzaju postępowanie w ciągu paru dni prowadzi do zdecydowanej poprawy. U chorych, u których podłożem OZT jest kamica pęcherzyka i dróg żółciowych istotnym elementem leczenia jest wykonanie w terminie późniejszym zabiegu operacyjnego.

W przypadkach ciężkich, gdy doszło do rozwinięcia się niewydolności wielonarządowej chorego umieszcza się w oddziale intensywnej opieki medycz-

nej. Leczenie polega na zwalczaniu wstrząsu i wyrównywaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych, podawaniu środków przeciwbólowych, stosowaniu oddechu wspomaganego lub kontrolowanego z wykorzystaniem dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego, wykonaniu hemodializy lub hemofiltracji, stosowania antybiotyków, a także żywienia dojelitowego i/lub pozajelitowego. U niektórych pacjentów z ciężką postacią OZT powikłaną zakażoną martwicą trzustki, powstaniem ropni wewnątrzbrzusznych, niedrożnością lub perforacją przewodu pokarmowego konieczne jest leczenie operacyjne [1, 2, 3, 24, 25, 26, 27]. Leczenie w zależności od stanu miejscowego i ogólnego obejmuje usunięcie tkanek martwiczych, usunięcie pęcherzyka żółciowego, a także otwarcie i drenaż ropni. W niektórych ośrodkach wykonywane były również zabiegi wycięcia zmienionej zapalnie trzustki. Ze względu na charakter zmian martwiczych najczęściej nie jest możliwe wykonanie jednoczesnego usunięcia całości tkanek martwiczych. Może to wymagać leczenia metodą otwartego brzucha, to znaczy powtarzalnych zabiegów rewizji jamy brzusznej, którą między zabiegami zamyka się specjalnym zamkiem. Chorzy w tych przypadkach pozostają znieczuleni do czasu ostatecznego zamknięcia brzucha i wentylowani mechanicznie. Pewną odmianą tej metody jest laparostomia, gdzie otwarta pozostaje jedynie część brzucha w okolicy trzustki. Częstość postępowaniem jest również zakładanie do jamy brzusznej wielu drenów, przez które podawany jest płyn płuczący w ilości do kilkudziesięciu litrów na dobę i często przez wiele dni. Chorzy z ciężkim ostrym zapaleniem trzustki przebywają w oddziałach intensywnej terapii od kilku do kilkudziesięciu dni.

U pacjenta z OZT występują problemy zdrowotne natury fizycznej (np. ból i dyskomfort spowodowany chorobą, uporczywe wymioty, utrudnione oddychanie), psychicznej (np. niepokój spowodowany stanem zagrożenia życia, lęk i obawa o swoje dalsze życie, depresja spowodowana bezradnością w nowej sytuacji) oraz społecznej (np. izolacja od otoczenia, niemożność decydowania o sobie, brak wsparcia społecznego).

Ostre zapalenie trzustki jest więc chorobą dotyczącą wszystkich dziedzin życia człowieka chorego i jego rodziny. Przejście OZT zmusza chorego do zmiany stylu życia a tym samym do nowej jego jakości. Ponieważ jakość życia coraz częściej stanowi kryterium efektywności interwencji terapeutycznych, nowych leków i przebiegu chorób, wydaje się koniecznym prowadzenie badań w tym kierunku. Prowadzone dotąd na świecie badania dotyczyły różnej wielkości grup chorych, od około dwudziestu do prawie dwustu. Dane pochodzące z USA i Finlandii, oraz krajów Europy zachodniej wskazują, że 70–90% chorych określa jakość życia po OZT jako dobrą, a duża grupa podejmuje pracę zawodową [28, 29, 30, 31]. Powyższe badania często pomijają grupę chorych, którzy w okresie obserwacji zmarli, co miało wpływ na wyniki. Przeprowadzenie analizy na materiale polskim winno udzielić odpowiedzi na pytanie: czy w naszych realiach jakość życia chorych będzie podobna do poziomu europejskiego?

Holistyczna koncepcja medycyny, odpowiedzialna za pacjenta jako całość, wskazuje kierunek badania jakości życia. Dzięki możliwościom diagnostycznym i terapeutycznym opieka medyczna nie ogranicza się tylko do przedłużenia życia w sensie biologicznym, lecz stara się być odpowiedzialną za dalsze życie psychiczne, społeczne i duchowe pacjenta po opuszczeniu placówki leczniczej – za lepszą jego jakość.

Piśmiennictwo

1. Gabryelewicz A., Wereszczyńska-Sięmiątkowska U.: Choroby trzustki. W: Gabryelewicz A. (red.), Gastroenterologia w praktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 143–159.
2. Spirt M. J.: Odżywianie: karmienie dojelitowe. W: Knapik Z. (red.), Stany nagłe w chorobach przewodu pokarmowego. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000, 260–276.
3. Grzymisławski M., Wojciechowski P.: Ostre zapalenie trzustki. Nowa Klinika. Gastroenterologia 1997, 9: 441–445.
4. Ranson J. H. C.: Diagnostic standards for acute pancreatitis. World Journal of Surgery, 1997, 21:136–142.
5. Grzymisławski M., Wojciechowski P., Szczepaniak W.: Ostre zapalenie trzustki. Nowa Medycyna, Gastroenterologia, 1996,10: 35–38.
6. Dzieniszewski J., Gabryelewicz A.: Choroby trzustki. PZWL, Warszawa 1991.
7. Thor P.: Podstawy patofizjologii człowieka. Wydawnictwo. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, 272–279.
8. TH Liu M D.: Prognosticators for critically ill patients with acute pancreatitis. International Journal of Intensive Care. Greycoat Publishing Ltd., London 2004, 1: 18–28.
9. Nanakram A., Pitchumoni C. S.: Assessment of Severity in Acute Pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology, 1991, 10: 1385–1391.
10. Vernick J. J.: Trzustka. W: Jarrel B. E, Carabasi A. R., Rowiński W. (red.), Chirurgia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, 320–326.
11. Puchalski Z., Razak H.: Chirurgia trzustki. W: Przegl. Piśm. Chir. 2002, Fundacja Pol. Przegl. Chir. Warszawa 2003, 217–230.
12. Balthazar E. J., Ranson J. H. C., Naidich D. P.: Acute pancreatitis prognostic value of CT in establishing prognosis. Radiology, 1990, 174: 331–336.
13. Imrie C. W., Benjamin J. S., Ferguson J. C.: A single – centre double-blind trial of Trasylol therapy in primary acute pancreatitis. Br. J. Surg. 1978, 65: 337–341.
14. Ranson J. H. C.: Etiological and prognostic factors in human acute pancreatitis: a review. Am. J. Gastroenterol. 1982, 9: 633–638.
15. Trapnell J. E.: The natural history and prognosis of acute pancreatitis. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1996, 38: 265–287.
16. Atri M., Finnegan P. W.: The Pancreas W.: Rumack C. W: Wilson S. R., Charboneau J. W. (red.), Diagnostic Ultrasound. St. Louis, Mosby 1998, 241–256.
17. Bosscha K., Reijknders K., Hulstaert P. F.: Prognostic scoring systems to predict outcome in peritonitis and intraabdominal sepsis. Br. J. Surg. 1997, 84: 1532–1534.

18. Wormer E. J.: Czy jesteś zdrowy – poradnik. Kaczorowska M. (tłum. niem.), Bauer-Weltbild Media, Warszawa 2000.
19. Frossard J. L., Hadengue A., Pastor C. M.: New serum markers for detection of severe acute pancreatitis in humans. *Amm. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001, 164: 162–170.
20. Pawelski S., Maj St.: Normy i kliniczna interpretacja badań diagnostycznych w medycynie wewnętrznej. PZWL, Warszawa 1987, 187–189, 446–447.
21. Popiela T., Kulig J.: Ultrasonografia w chirurgii. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2003.
22. Wereszczyńska-Sięmiątkowska U., Sięmiątkowski A., Gabryelewicz A.: Testy diagnostyczne i prognostyczne w ostrym zapaleniu trzustki. Część II. *Gastroenterol. Pol.* 1997, 4: 85–89.
23. Tuszewski M. i wsp.: Trzustka. W: Tuszewski M. (red.), *Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, 22–86, 241–255.
24. Tenner S., Banks P. A.: Acute pancreatitis: nonsurgical management. *World Journal of Surgery* 1997, 21: 143–148.
25. Puchalski Z., Szymczuk J., Ładny J. R., Trochomowicz L.: Postępowanie endoskopowe w ostrym zapaleniu trzustki. *Nowa Klinika*, 1995, 7: 7–10.
26. Jastrzębski J. (red.): *Ostre zapalenie trzustki. Wybrane zagadnienia diagnostyczne i terapeutyczne*. α-media press, Bielsko-Biała 1998.
27. Greenfeld J. I., Harmon C. M.: Acute pancreatitis. *Curr. Opin. Pediatr.* 1997, 3: 260–264.
28. Soran A., Chelluri L., Lee K. K., Tisherman S. A.: Outcome and quality of life of patients with acute pancreatitis requiring intensive care. *J. Surg Res.* 2000 Jun 1; 91 (1): 89–94.
29. Szentkereszty Z., Agnes C., Kotan R., Gulacsi S., Kerekes L., Nagy Z., Czako D., Sapy P.: Quality of life following acute necrotizing pancreatitis. *Hepatogastroenterology.* 2004 Jul-Aug; 51 (58): 1172–1174.
30. Halonen K., Pettila V., Leppaniemi A., Kemppainen E., Puolakkainen P., Haapiainen R.: Long-term health-related quality of life (HRQL) in survivors acute pancreatitis. *Intensive Care Med.* 2003, 29: 782–786.
31. Halonen K.: Outcome prediction and quality in severe acute pancreatitis. *Academic Dissertation Univ. of Helsinki* 2004.

Stanisław Kulawiak¹, Lilianna Wdowiak¹

Wielodyscyplinarne podejście do dysfunkcji seksualnych podstawą sukcesu terapeutycznego

Wstęp

W ciągu wieków medycyna stopniowo zlaicyzowała się, oderwała od swoich korzeni filozoficznych i przestała zajmować się człowiekiem jako całością na tle wartości i środowiska, w którym on żył. Usamodzielniając się, jednocześnie jako nauka i sztuka, dzieliła się na coraz liczniejsze i węższe sektory, zwane specjalizacjami [1, s. 3]. „Jeśli podzielić nauki na zajmujące się naturą i kulturą, to medycynę rozdzielić należy na oba te bieguny, ponieważ medycyna docieka wszystkich spraw ludzkich z myślą o zdrowiu jednostki i społeczeństwa. W przypadku, kiedy medycyna zbliża się nadmiernie do jednego z tych biegunów, staje się jednowymiarowa i może być niebezpieczna” [2, s. 13]. Chociaż nauka jest istotną częścią medycyny, to nie stanowi o jej istocie. Istotą medycyny od chwili jej wyodrębnienia się jest relacja między lekarzem i jego pacjentem, a ta została zerwana w trakcie powstawania specjalizacji. Współczesny autor pisze: „...lekarze uzbrojeni w specjalistyczny sprzęt zwracają uwagę na jeden tylko narząd bądź układ, powierzając pozostałe narządy lub układy lekarzom innych specjalności. (...) Użycie na szerszą skalę narzędzi i technologii wpłynęło na ukształtowanie w dalszej kolejności takiej praktyki medycznej, która poszerzając możliwości specjalistów doprowadziła jednocześnie do powstania wielu ograniczeń w procesie opieki nad pacjentami” [3]. W celu powrotu do holistycznego spojrzenia na pacjenta i jego problemy konieczne jest wielodyscyplinarne ujęcie procesu medycznego na każdym jego etapie, od mentalności lekarzy poczynając, poprzez diagnostykę, a na terapii pacjenta kończąc.

Etiopatogeneza dysfunkcji seksualnych

Definicja zdrowia, które „jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa” (WHO,

¹ Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna

1947), jest nieostra. Także zdrowie seksualne jest dla wielu ludzi czymś niezauważalnym aż do momentu, kiedy pojawiają się pierwsze zaburzenia funkcji seksualnych. Nie dość, że mężczyźni zgłaszają się do lekarza rzadziej niż kobiety, to niepytani niechętnie opowiadają o swoich dolegliwościach w tej sferze. Niestety, również większość lekarzy, z powodu nieznajomości podstawowych mechanizmów patologii seksualnej, lekceważy ten problem swoich pacjentów [4, 5]. Tymczasem dolegliwości w tej sferze często przyczyniają się do spadku jakości życia, zwłaszcza u mężczyzn. O dysfunkcji seksualnej mówimy wtedy, kiedy obecny jest czynnik zakłócający oczekiwany przebieg zachowań lub doznań seksualnych albo też obniżający sprawność seksualną [6, s. 94]. Inaczej, dysfunkcja to zaburzenie siły motywacji seksualnej, zaburzenie zdolności do przeżyć seksualnych lub zaburzenie sprawności czynności seksualnych. Dodatkowo dysfunkcje seksualne można podzielić na indywidualne, interakcyjne (w konkretnym układzie) i objawowe (w przebiegu innych chorób fizycznych lub psychicznych) oraz na pierwotne i wtórne [7, s. 147]. Wg obowiązującej w Polsce od 1.01.1997 r. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób psychogenne dysfunkcje seksualne są umieszczone pod numerem F 52 w podrozdziale pt. zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi [8, s. 39].

Tradycyjne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w medycynie obejmuje opis problemu lub postawienie diagnozy, ustalenie etiologii zaburzenia i wybór odpowiednich metod leczniczych. Obecnie staje się coraz wyraźniejsza tendencja do ściślejszego określenia wielu wymiarów postępowania medycznego, do podania standardów diagnostyki i leczenia w każdym rodzaju zaburzeń zdrowia, także w seksuologii [9]. Odbywające się corocznie Europejskie Tygodnie Świadomości Seksualnej mają na celu m.in. uświadomienie lekarzom, a szczególnie lekarzom 1. kontaktu, że problemów seksualnych nie wolno zaniedbać w wywiadzie z pacjentem, ponieważ zaburzenia erekcji mogą być sygnałem poważnej choroby, np. cukrzyca, choroby wieńcowej czy stwardnienia rozsianego.

Dysfunkcje seksualne u obu płci mają swoje dwie główne przyczyny natury: 1. biologicznej (in. organicznej, fizycznej) i 2. psychospołecznej (w tym kulturowej, etycznej). Ponieważ reakcje seksualne są natury psychosomatycznej, więc ich zaburzenia mają na ogół mieszaną etiologię. Czasem jednak stwierdza się niewątpliwą etiologię psychiczną (raczej u młodych pacjentów) lub somatyczną (raczej u starszych). Wymieniając ważniejsze z czynników etiologicznych, chcemy pokazać, jak złożone jest myślenie diagnostyczne w przypadku zaburzeń funkcji seksualnych. Wśród czynników organicznych weźmiemy pod uwagę: genetykę, siłę popędu płciowego, zmiany narządowe organiczne, przyjmowane leki, skutki zabiegów chirurgicznych. Wśród czynników psychospołecznych – stosunek do seksu, cechy osobowościowe, poczucie tożsamości płciowej, nerwice, choroby psychiczne, wychowanie rodzinne, kulturę, wpływ partnera/rki.

Dlatego diagnostyka dysfunkcji obejmuje ogólne i szczegółowe badania lekarskie oraz kliniczne badanie psychologiczne. Pośród specjalności lekarskich prym wiodą następujące: seksuologia, psychiatria, ginekologia, urologia, andrologia, neurologia, interna. W obecnej dobie konieczne są nieraz badania laboratoryjne: biochemiczne i hormonalne, badania obrazujące (USG, RTG, KT) oraz testy psychologiczne.

Terapia dysfunkcji seksualnych

Jak różnorodne są przyczyny dysfunkcji seksualnych, tak również różnorodne w konkretnych przypadkach muszą być metody lecznicze. Wśród zachowawczych metod, stosowanych najczęściej, można wyróżnić następujące: farmakoterapia (leki przyjmowane doustnie), klasyczna psychoterapia, psychoedukacja seksualna, terapia małżeńska, terapia seksualna, treningi relaksujące, fizykoterapia, mechanoterapia (pompki próżniowe, pierścienie zaciskowe, wibratory). Wśród metod zabiegowych wymienimy iniekcje domięśniowe i do ciał jamistych oraz operacje wszczepiania protez [7, s. 279–306]. Leczeniem zaburzeń seksualnych w Polsce zajmuje się około 90 lekarzy-seksuologów oraz około 85 psychologów. W innych krajach, nie mających takiej specjalności, także lekarze-specjaliści z innych dziedzin medycyny, zwłaszcza urologi i ginekolodzy, po 2-letnim szkoleniu podyplomowym.

Według obowiązującej w Polsce Ustawy o zawodzie lekarza diagnozować (badać klinicznie) i leczyć (ordynować leki, operować) mogą tylko lekarze, dlatego są oni niezbędni w zespole. Zależnie od przyczyny dysfunkcji stosuje się leki należące do różnych grup terapeutycznych, np. hormony płciowe, leki ataraktyczne, przeciwdepresyjne, naczyniowe. W przypadku dysfunkcji objawowych naczelną zasadą jest leczenie schorzenia podstawowego, np. wyrównanie cukrzycy, znormalizowanie nadciśnienia tętniczego, obniżenie podwyższonego cholesterolu, itp. Lekarze zlecają także fizykoterapie, rehabilitację i akcesoria seksualne. Ale lekarze nie znają na ogół pozostałych metod terapeutycznych i muszą skierować pacjenta i/lub jego partnerkę do innych terapeutów. Równorzędnymi zatem członkami zespołu terapeutycznego są odpowiednio przeszkolone pielęgniarki i psychologowie [10, 11, s. 96].

W 1998 r. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne powołało zespół do opracowania zasad stosowania psychoterapii w poszczególnych zaburzeniach psychicznych. W interesującym nas zakresie ustalono, że dysfunkcje seksualne, niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną, mogą być leczone psychoterapią indywidualną, grupową, podtrzymującą, interwencją kryzysową, poradą indywidualną lub psychoedukacją w grupie [9]. Odmianą psychoterapii krótkoterminowej, nastawionej na rozwiązanie konkretnego problemu, konkretnej pary jest tzw. terapia seksualna. Jest ona szerzej dostępna na Zachodzie Euro-

py i w USA w wykonaniu terapeutów o różnych zawodach wyjściowych, np. lekarz, psycholog, pielęgniarka, pedagog, pracownik socjalny. Przed podjęciem terapii terapeuta seksualny z reguły kieruje pacjenta do lekarza, aby wyłączyć tło organiczne dolegliwości pacjenta [6, s. 398–402, 12, s. 341–344]. Odpowiednikiem terapeuty seksualnego w Polsce jest seksuolog kliniczny, posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego [10].

Zespół diagnostyczno-terapeutyczny

Mimo, że lekarz bada pacjenta i leczy, to stwierdzenie to nie w pełni jest prawdziwe. W istocie pacjent styka się z szeregiem osób, które w jakiś sposób się nim zajmują: przeprowadzają badania diagnostyczne, uczestniczą w leczeniu, opiekują się nim, rehabilitują, rozpoznają jego środowisko. A więc słuszne jest tworzenie zespołów diagnostyczno-terapeutycznych, których podstawowy trzon tworzą przynajmniej: lekarz, psycholog, pielęgniarka [13]. Skuteczność działania zespołu w dużym stopniu zależy od wczesnego nawiązania współpracy oraz jasno określonych kompetencji poszczególnych członków zespołu. Pielęgniarka spełnia w zespole ważną rolę – właśnie poprzez bezpośrednią funkcję pielęgniarską, jaką jest opieka pielęgniarska – ale również poprzez funkcję edukacyjną. To ona mogłaby rozpoznawać różnorodne problemy na styku reakcje pacjenta na kontakt ze służbą zdrowia, zastosowane leczenie czy rehabilitację. A uwzględniając tabu seksualne, zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy, to ona mogłaby w dużym stopniu nakierować uwagę pacjenta na potrzebę ujawnienia jego dolegliwości w sferze seksualnej. Na przykład podczas codziennej toalety hospitalizowanego w oddziale pacjenta lub podczas iniekcji insuliny w ambulatorium mogłaby w sposób neutralny i niekrępujący zagadnąć pacjenta: „W przewlekłej cukrzycy mężczyźni często mają kłopoty ze wzwodem, a Pan?”

Jest to o tyle ważne, że trwające w Polsce spory ideologiczne o model wychowania seksualnego dzieci i młodzieży nie podnoszą poziomu rzetelnej wiedzy o seksualności ludzkiej. Dorośli, tak pacjenci, jak i lekarze, odczuwają wstydlivość tematyki seksualnej i boją się poruszać zagadnienia życia seksualnego jako pierwsi. Około 60% badanych przez prof. Lwa-Starowicza mężczyzn podkreśla, że seks stanowi nadal w Polsce temat tabu [14]. 71% amerykańskich mężczyzn rezygnuje z ujawnienia swoich zaburzeń erekcji sądząc, że lekarz zlekceważy ten ich problem [15]. Z praktyki własnej 1. autora wynika, że jeśli już pacjenci zgłaszają się do seksuologów, to pacjenci – mężczyźni wybierają głównie lekarzy – mężczyzn, a kobiety: lekarzy – kobiety. Ma to z pewnością na celu zmniejszenie lęku przed wizytą na zasadzie, że mężczyzna łatwiej zrozumie problemy mężczyzn, a kobieta – kobiet.

Z drugiej strony możemy także mówić o „zespołowości” pacjenta, bowiem specyficzną, odrębną cechą medycyny seksualnej jest pacjent w kontekście ukła-

du partnerskiego, czyli para. Leczenie tylko pojedynczego pacjenta, który wykazuje widoczne zaburzenia w sferze seksualnej, czyli połowy pary, bywa mało skuteczne w przypadku nieprawidłowych relacji interpersonalnych w układzie partnerskim.

Wnioski

1. Złożoność etiopatogenezy dysfunkcji seksualnych wymaga zespołowego podejścia do problemu pacjenta w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
2. Minimalny zespół terapeutyczny powinni stanowić: lekarz seksuolog, psycholog lub terapeuta seksualny oraz pielęgniarka.
3. Odpowiednio wykwalifikowana pielęgniarka może odgrywać ważną rolę w zespole terapeutycznym zaburzeń seksualnych.

Piśmiennictwo

1. Imieliński K.: Medycyna seksualna. Oficyna Wydawnicza PCK, Warszawa 1992.
2. Tatoń J.: Filozofia w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
3. Sharma S.: O kształtowaniu lekarza. *Sztuka Leczenia*, 1997, 3, 3, 9–22.
4. Macindoe J.: Problem niedoboru testosteronu. *Medycyna po Dyplomie*, 2004, 13, 9, 73–79.
5. Zaborski J., Darda-Ledzion L.: Zaburzenia seksualne w chorobach neurologicznych. *Nowa Klinika*, 2004, 11, 5–6, 559–563.
6. Westheimer R.: Encyklopedia seksu. Wydawnictwo al fine, Warszawa 1997.
7. Imieliński K.: *Zarys seksuologii i seksiatrii*. PZWL, Warszawa 1986.
8. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
9. Aleksandrowicz J. i in.: Zasady stosowania psychoterapii. *Psychoterapia*, 1999, 4 (111), 5–18.
10. Lew-Starowicz Z.: Seksuologia w XXI wieku. *Medycyna po Dyplomie*, 2004, 13, 7, 53–56.
11. Lew-Starowicz Z.: *Leczenie nerwic seksualnych*. PZWL, Warszawa 1991.
12. Bechtel S.: *Zdrowie i seks*. Wydawnictwo Diogenes, Warszawa 1998.
13. Heszen-Klemens I., Jarosz M.: Stosunek lekarz – pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny: Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1983, 293–322.
14. Lew-Starowicz Z.: *Raport o seksualności Polaków*. Warszawa 2002.
15. Marwick Ch.: Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA*, 1999, 281, 23, 2173–2174.

Emilian Zadarko¹, Beata Penar Zadarko¹,
Marek Sobolewski², Anna Zajdel³

Kształtowanie się aktywności ruchowej kobiet w ciąży

Wstęp

Powszechnie uważa się, że sposób spędzania wolnego czasu w formie aktywnego wypoczynku ma znaczenie w kształtowaniu i podtrzymaniu zdrowia fizycznego i psychicznego.

W świetle badań potwierdzających negatywny wpływ hipokinezji i pozytywny kinezystymulacji na organizm człowieka, w tym na organizm kobiety ciężarnej, korzystne jest udoskonalanie czynności mechanizmów decydujących o zaopatrzeniu tlenowym, jak i usprawnianie energetycznych przemian beztlenowych w ciąży [3, 15, 19]. Ponadto powstające pod wpływem systematycznych ćwiczeń fizycznych zmiany adaptacyjne zwiększające zdolność wysiłkową kobiety ciężarnej mogą mieć znaczenie w czasie porodu [4, 13]. Wśród czynników wystąpienia zespołu bólowego dolnego odcinka kręgosłupa wymienia się między innymi ciążę stwierdzając, że u 56% kobiet w tym okresie, zwłaszcza wieloródek, występuje rwa kulszowa w wyniku powstania przepukliny krążkowej na poziomie L5–S1 [6].

Na podstawie badań dotyczących wpływu wysiłku rekreacyjnego na przebieg można wysnuć wniosek, że umiarkowany wysiłek podczas ciąży poprawia jej przebieg w porównaniu z przebiegiem ciąży u kobiet prowadzących siedzący tryb życia ciąży [2, 9, 11, 14, 17, 18].

Potoczna obserwacja, a także badania naukowe pozwalają zauważyć generalnie niechętny stosunek społeczeństwa, a kobiet w szczególności, do systematycznego podejmowania aktywności ruchowej [10].

¹ Zakład Biologii Człowieka i Edukacji Zdrowotnej, Wydział Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Rzeszowski

² Zakład Metod Ilościowych w Ekonomii, Politechnika Rzeszowska

³ Studentka, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie

Celem pracy jest przedstawienie kształtowania się aktywności ruchowej kobiet w ciąży oraz czynników ją determinujących.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w pierwszej połowie 2004 roku. Badaniami objęto 100 kobiet w wieku od 18 do 44 lat, mieszkanek powiatu krośnieńskiego leżącego w południowo-wschodniej Polsce i liczącego około 110 tysięcy mieszkańców. Większość badanych kobiet zamieszkiwało na wsi 68%, pozostałe 32% w niewielkich miastach powiatu krośnieńskiego.

Materiał zebrano drogą anonimowych ankiet, których kwestionariusz został specjalnie skonstruowany dla potrzeb prowadzonych badań. Opracowanie zebranych danych polegało na prezentacji ich struktury procentowej ze względu na wybrane zmienne oraz badaniu istotności statystycznej za pomocą testu niezależności chi-kwadrat i jego modyfikacji.

Wyniki badań

Ciąża obniża aktywność ruchową badanych kobiet. Wraz z zaawansowaniem ciąży liczba kobiet nie ćwiczących wzrosła o 40% (tab. 1, ryc. 1). Różnice pomiędzy okresem przed ciążą a I trymestrem oraz II i III trymestrem były istotne statystycznie ($p = 0,000$).

Wraz ze wzrostem liczby posiadanych dzieci zmniejszała się liczba kobiet podejmujących aktywność ruchową. Wśród badanych kobiet posiadających jedno dziecko ponad 87% było aktywnych ruchowo, zaś wśród posiadających czworo lub więcej dzieci nie było ani jednej ćwiczącej (tab. 2, ryc. 2). Wynik testu niezależności chi-kwadrat ($p = 0,001$) wskazywał na wysoką znamienność zależności pomiędzy rozważanymi czynnikami.

Aktywność ruchowa ściśle powiązana była ze stosunkiem kobiet do programowych zajęć wychowania fizycznego i nawyku potrzeby ruchu, zdobytym na nieobowiązkowych zajęciach pozalekcyjnych. Istotne jest, że 91,5% badanych chętnie uczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego było aktywnych w późniejszym czasie, a aż 89,6% kobiet, u których stosunek do tych zajęć był niechętny, było nie ćwiczących. W zajęciach ze względu na zły stan zdrowia nie uczestniczyło 2% kobiet (tab. 3). Zależności powyższe są wysoce istotne statystycznie (w obu przypadkach otrzymano wynik testu niezależności chi-kwadrat: $p = 0,000$).

Wymiar czasu aktywności ruchowej badanych kobiet związany był z zaawansowaniem ciąży. Widoczny jest jego spadek w przedziałach czasowych: 30–45, 45–60, 60 i więcej minut tygodniowo (tab. 4).

Wśród badanych kobiet nie stwierdzono większej zależności pomiędzy wykształceniem a aktywnością ruchową ($p = 0,961$). 70% kobiet z wykształceniem

wyższym była aktywnych ruchowo, 72% z wykształceniem średnim, 67,6% z wykształceniem zawodowym i podstawowym (tab. 5).

Tygodniowy wymiar pracy, a w szczególności praca w pełnym wymiarze, wpływała znacząco na obniżenie aktywności ruchowej kobiet w ciąży (tab. 6).

Najbardziej popularnymi formami aktywności ruchowej we wszystkich badanych okresach były spacerowanie 46,5% i gimnastyka, którą uprawiało 25% kobiet. Wśród innych form aktywności ruchowej wymieniano między innymi taniec, aerobik, jazdę konną, siłownię. Formy aktywności ruchowej wymagające większego wysiłku i bardziej dynamicznych ruchów były w trakcie ciąży odrzucone (tab. 7).

Najczęstszą przyczyną niepodjęcia aktywności ruchowej ankietowanych ciąży według ankietowanych kobiet był brak wolnego czasu (35% badanych kobiet). Pozostałe przyczyny to: niechęć do ruchu i lenistwo (34%), złe samopoczucie (16%), zagrożenie ciąży (7%) i inne (8%). Aż 83% badanych deklaroowało swoją wiedzę na temat aktywności ruchowej w czasie ciąży, 76% chciało być dokładnie poinformowanych na ten temat ze źródeł, takich jak: lekarz (95% ankietowanych), instruktor szkoły rodzenia (28%), położna (19%), szkoła (14%), pielęgniarka (10%) i innych.

Omówienie

Korzystny wpływ metod umysłowego i fizycznego treningu w ciąży na przebieg porodu został powszechnie uznany. W ćwiczeniach przedporodowych można uczestniczyć praktycznie od początku ciąży, zależy to jednak od stanu zdrowia kobiety, jej samopoczucia i od poziomu aktywności ruchowej, jaką wykazuje ona przed okresem ciąży [5]. Amerykańskie Zrzeszenie Położników i Ginekologów zaleca kobietom, aby ich aktywność ruchowa w ciąży nie ulegała drastycznym zmianom w stosunku do aktywności przed ciążą [1]. Dla kobiet nieaktywnych ruchowo proponuje się rozpoczęcie regularnych ćwiczeń nie wcześniej niż w IV–VI miesiącu ciąży [44]. Zalecane jest ograniczenie ćwiczeń w IX miesiącu ciąży [5]. Warunkiem jest jednak unikanie pozycji czy też ćwiczeń, które narażałyby ciężarną kobietę na urazy lub też mogłyby wpływać na znaczne zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej [16]. Szczególnie ostrożnie należy postępować przy ćwiczeniach istotnie obciążających układ sercowo-naczyniowy oraz termoregulację matki i płodu [5].

Przyczyny braku lub zmniejszenia aktywności ruchowej kobiet w ciąży można upatrywać w obciążeniu kobiet pracą zawodową, szczególnie w jej pełnym wymiarze etatowym. Jest to zgodne z badaniami świadczącymi, że aktywność ruchowa zależy od czasu wolnego jakim kobiety dysponują [10]. Również model rodziny wielodzietnej wpływa na brak aktywności ruchowej kobiet w ciąży, co jest zgodne z doniesieniami [20] stwierdzającymi, że na aktywność ruchową kobiet wpływa sytuacja ekonomiczna i trudności związane

z utrzymaniem rodziny. Niepokojący wydaje się trend do obniżania aktywności ruchowej pomimo braku przeciwwskazań zdrowotnych. Tylko 7% kobiet deklарowało zmniejszenie aktywności ruchowej w związku z zagrożeniem ciąży. Może to świadczyć o braku odpowiedniej wiedzy merytorycznej na temat form i sposobów aktywności ruchowej w ciąży. Potwierdzeniem tej tezy jest fakt, że wysoki odsetek 76% badanych kobiet chciało być dokładnie poinformowanych na temat metod i form aktywności ruchowej w ciąży. Nie stwierdzono, aby wykształcenie determinowało w sposób istotny aktywność ruchową w ciąży.

Natomiast zaobserwowano, że w podejmowaniu aktywności ruchowej sprzyja uprawianie sportu w przeszłości.

Wnioski

1. W podejmowaniu aktywności ruchowej w ciąży sprzyja pozytywny stosunek w przeszłości do programowych zajęć z wychowania fizycznego oraz udział w zajęciach ruchowych nieobowiązkowych.
2. Aktywność ruchową w ciąży podejmują częściej kobiety z jednym lub dwójką dzieci.
3. Przyczyn braku aktywności ruchowej w ciąży wśród badanych kobiet należy upatrywać w obciążeniu kobiet pracą zawodową i jej tygodniowym wymiarem oraz brakiem wolnego czasu.
4. Na podejmowanie aktywności ruchowej przez kobiety wpływa sama ciąża, a wraz z jej zaawansowaniem spada liczba kobiet aktywnych ruchowo.
5. Niepokojące wydaje się zdecydowane obniżanie aktywności ruchowej przez kobiety w ciąży bez przeciwwskazań zdrowotnych.
6. Istnieje potrzeba informowania kobiet na temat form i metod aktywności ruchowej w ciąży.

Piśmiennictwo

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Exercise during pregnancy and the postpartum period. Technical Bulletin, 1994, 190.
2. Bruser M.: Sporting activities during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1968, 32: 721.
3. Clapp III J. F, Rokey R., Treadway J. L., Carpenter M. W., Artal R. M., Warrnes C.: Exercise in pregnancy. *Med. Sci. Sports Exerc.* 1992, 24: 294.
4. Fijałkowski W., Roniker A., Kęsiak J.: Energetyka wysiłku u kobiet nieciążarnych i jej porównanie z energetyką wysiłku u ciężarnych w ostatnim trymestrze ciąży. *Gin. Pol.* 1970, 41: 1.
5. Fijałkowski W. (red.): Rehabilitacja w położnictwie i ginekologii: wybrane fazy rozwoju wewnątrzłonowego i profilaktyka uszkodzeń okołoporodowych dziecka i matki. AWF, Wrocław, 1997.

6. Gburka Z.: Zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa-diagnostyka, profilaktyka, rehabilitacji, orzecznictwo. Katowice – Ustroń 1994.
7. Janiszewski M., Czyszanowska T., Czekan A.: Gimnastyka w życiu kobiety PZWL, Warszawa, 1990.
8. Janiszewski M., Czyszanowska T., Czekan A.: Gimnastyka w życiu kobiety PZWL, Warszawa, 1990.
9. Jarret J. C., Spellacy W. N.: Jogging during pregnancy: an improved outcome? *Obstet. Gynecol.* 1983, 61: 705.
10. Krawczyk Z.: Kultura fizyczna a styl życia. Promocja zdrowia. *Nauk. Społ.Med.* 1995, Roczn. II, 5–6: 65–73.
11. Kulpa P. J., White B. M., Visscher R.: Aerobic exercise in pregnancy. *Am J Obstet. Gynecol.* 1987, 156: 1395.
12. Nowocień J.: Zdrowotne wartości w kulturze fizycznej w opinii kobiet pracujących. Styl życia a zdrowie. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. Olsztyn, 1995, 133–142.
13. Poręba R., Pędzikiewicz J.: Wpływ systematycznych ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży na powysiłkowe zmiany stężenia kreatyniny i fosforu nieograniczonego w surowicy krwi. *Ann. Acad. Med. Bydgosz.* 1992, Supl., 217–21.
14. Sibley L., Ruhling R. O., Cameron-Foster J., Christensen C., Bolen T.: Swimming and physical fitness during pregnancy. *J. Nurse Midwifery.* 1981, 26, 3.
15. Skręt A.: Wpływ ograniczenia aktywności ruchowej na parametry hemodynamiczne kobiet w zaawansowanej ciąży. Warszawa Instytut Matki i Dziecka 1988.
16. Szczuka E., Pawelec R., Mydłowski R.: Kinezyterapia w okresie ciąży. *Med. Sport.*, 1996, 64/65: 21–24.
17. Veille J. C., Hohimer A. R., Burry K., Speroff L.: The effect of exercise on uterine activity in the last eight weeks of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1985. 151: 727.
18. Wallace A. M., Engstrom J. L.: The effects of aerobic exercise on the pregnant women, fetus, and pregnancy outcome. *J. Nurse Midwifery.* 1987, 32: 277.
19. Watson W., Katz V., Hackney A.: Fetal responses to maximal swimming and cycling exercise during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1991, 77, 382–6.
20. Żukowska Z. (red.): Sport w Życiu Kobiety. AWF Warszawa. 1995, 56–63.

Tabela 1. Aktywność ruchowa kobiet lub jej brak przed ciążą i w kolejnych jej trymestrach

Okres życia	Aktywność ruchowa	
	Ćwiczące	Nie ćwiczące
Przed ciążą	91	9
W czasie ciąży		
I trymestr	67	33
II trymestr	66	34
III trymestr	51	49

Tabela 2. Liczba posiadanych dzieci a aktywność ruchowa badanych kobiet w czasie ciąży

Liczba posiadanych dzieci	Aktywność ruchowa		Ogółem
	Ćwiczące	Nie ćwiczące	
1	40	6	46
2	22	14	36
3	9	5	14
4 i więcej	0	4	4
Ogółem	71	29	100

Tabela 3. Stosunek do programowych i pozalekcyjnych zajęć sportowych a aktywność ruchowa badanych kobiet w czasie ciąży

Aktywność ruchowa w czasie ciąży	Uczestnictwo w programowych zajęciach wychowania fizycznego			Uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych		Ogółem
	chętne	niechętne	brak – zły stan zdrowia	tak	nie	
aktywne ruchowo	65	4	2	58	13	71
nieaktywne ruchowo	3	26	0	2	27	29
ogółem	68	30	2	60	40	100

Tabela 4. Tygodniowy wymiar czasu aktywności ruchowej badanych kobiet

Okres życia	Wymiar czasu aktywności ruchowej (min.)			
	15–30	30–45	45–60	60 i więcej
przed ciążą	39	25	16	11
w czasie ciąży				
I trymestr	40	18	5	4
II trymestr	53	4	9	0
III trymestr	38	6	3	4

Tabela 5. Wykształcenie badanych kobiet a aktywność ruchowa w czasie ciąży

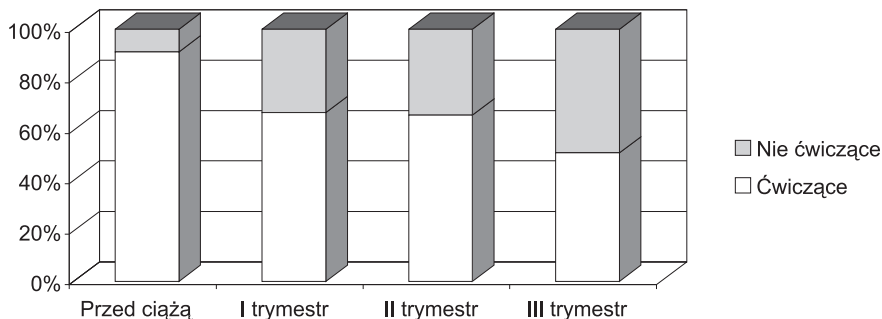
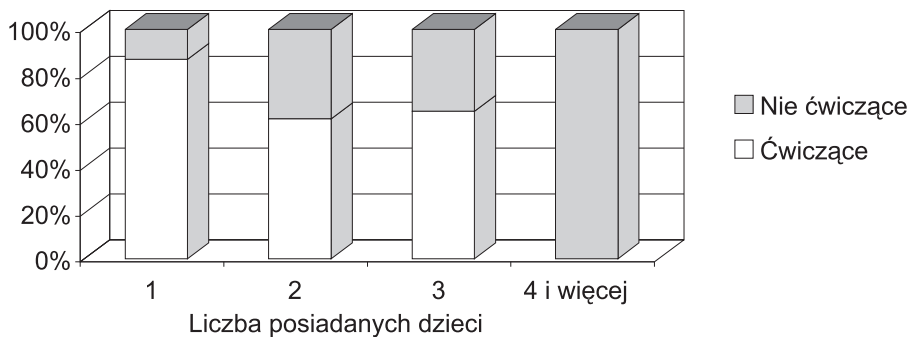
Wykształcenie	Aktywność ruchowa		Ogółem
	ćwiczące	nie ćwiczące	
podstawowe i zawodowe	9	4	13
średnie	34	13	47
wyższe	28	12	40
ogółem	71	29	100

Tabela 6. Tygodniowy wymiar czasu pracy badanych kobiet a aktywność ruchowa

Okres życia	Aktywność ruchowa							
	Aktywne ruchowo				Nieaktywne ruchowo			
	Wymiar czasu pracy zawodowej (godz./tyg.)							
	0–10	11–20	21–30	31–40	0–10	11–20	21–30	31–40
Przed ciążą	6	12	13	40	1	0	4	1
W czasie ciąży								
I trymestr	8	11	11	18	1	0	9	15
II trymestr	4	13	10	16	1	0	7	13
III trymestr	2	5	6	9	6	2	9	7

Tabela 7. Preferowane formy aktywności ruchowej badanych kobiet (%)

Okres życia	Formy aktywności ruchowej						
	spacer	biegi	rower	gimnastyka	pływanie	gry zespołowe	Inne
przed ciążą	39	15	37	29	17	10	31
w czasie ciąży							
I trymestr	50	0	5	25	9	0	17
II trymestr	53	0	0	30	7	0	8
III trymestr	44	0	0	16	3	0	7

Rycina 1. Aktywność ruchowa kobiet lub jej brak przed ciążą i w kolejnych jej trymestrach**Rycina 2. Procent kobiet aktywnych w czasie ciąży w zależności o liczby posiadanych dzieci**

Maryla Boczula¹

Rola zespołu terapeutycznego w podnoszenie jakości życia pacjentów przewlekle chorych (hemodializowanych)

Tłumacząc międzynarodowe słowo pacjent możemy powiedzieć krótko, że jest to człowiek cierpiący, ktoś, kto wszedł w system opieki zdrowotnej, powierzając mu swoje zdrowie. Dla odróżnienia człowieka chorego od zdrowego podejmowane są coraz częściej próby wprowadzenia określenia klient. Jednak na całym świecie chętniej używanymi pojęciami są: podmiot opieki, podopieczny, chory czy pacjent.

Nieważne jest jednak samo nazewnictwo, ważne jest to kto i w jaki sposób opiekuje się pacjentem. Nie zawsze wystarczy lekarz i pielęgniarka, dlatego też istotne jest, aby cały zespół terapeutyczny dbał o jego dobro i zdrowie.

Co to jest **zespół terapeutyczny**? Otóż jest to grupa ludzi wspólnie realizujących proces leczenia, do której należą lekarze, pielęgniarki i pacjenci, jak również psycholodzy, socjolodzy, rehabilitanci, dietetycy, członkowie rodzin pacjenta, technicy i wiele innych osób. Każdy członek tego zespołu według własnych specjalizacji zajmuje się stanem ciała, ducha i otoczenia pacjenta.

Wynik leczenia jest w dużym stopniu zależny od pracy całego zespołu. Każda z grup zawodowych ma dokładny i precyzyjny zakres obowiązków. Największe znaczenie mają wzajemne relacje pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. Lekarz jest osobą wyznaczającą kierunki działania diagnostycznego i terapeutycznego – zaś pielęgniarka praktycznie realizuje te zadania. Od jej fachowości i poczucia odpowiedzialności zależą w dużym stopniu rezultaty tej pracy. Decyzje dotyczące taktyki postępowania podejmowane są wspólnie – wiedza lekarza daje pełne rezultaty w połączeniu z umiejętnością praktycznej realizacji zleceń i lepszą znajomością pacjentów przez pielęgniarki.

Podnoszenie jakości życia pacjentów przewlekle chorych to również praca całego zespołu terapeutycznego. Często zapominamy, że podmiotem opieki tego zespołu jest pacjent, a nie metoda leczenia. Istnieje wiele metod, aby doprowadzić do wspólnego rezultatu, jakim jest usatysfakcjonowany podopieczny. Niejedno-

¹ Klinika Nefrologii i Dializoterapii, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Austria

krotnie niewiele trzeba, aby pacjent poczuł się ponownie pełnowartościowym członkiem rodziny, osobą, która sama decyduje o własnych potrzebach i wspólnie rozwiązuje problemy związane z chorobą przewlekłą. Członkowie zespołu pomagają mu w tym poprzez opracowanie metod i programów działania, mających na celu dotarcie do wnętrza chorego i pomoc mu w podniesieniu jakości życia.

Państwowy Szpital Kliniczny w Wiedniu jest jedną z najnowocześniejszych i największych klinik Europy. Jest szpitalem na 2 206 łóżek, zatrudniających ogólnie 8 998 osób, z czego 2 800 osób średniego personelu medycznego i 1 528 lekarzy, reszta to personel techniczny, biurowy, apteczny i inny.

Zespół terapeutyczny Oddziału Hemodializy Kliniki Nefrologicznej Państwowego Szpitala Klinicznego w Wiedniu składa się z pielęgniarek, lekarzy, dietetyczek, psychologa, socjologa oraz techników. Wszystkich łączy jedno – praca na rzecz pacjenta według wspólnie opracowanych planów i programów.

Każda grupa zawodowa zajmuje się pacjentami według własnych schematów czy programów. I tak na przykład opieka nad pacjentem rozpoczyna się już w ambulatorium nefrologicznym, gdzie to pacjent po raz pierwszy zostaje postawiony przed rzeczywistością jaką jest rozpoznanie – przewlekła niewydolność nerek. Zespół lekarzy i pielęgniarek tłumaczy choremu jak do tego doszło oraz co jest z tym związane. To tutaj po raz pierwszy pacjent styka się ze słowem dializa i najczęściej już tu otrzymuje przetokę tętniczo-żylną lub cewnik do dializy otrzewnowej. Po tej pierwszej fazie pacjent przekazany zostaje na dializę, w przypadku hemodializy jest nią oddział hemodializy ostrej, gdzie wykonane są pierwsze zabiegi hemodializ (od 3 do 5 zabiegów), a następnie pacjent przechodzi na oddział hemodializy przewlekłej.

Podczas zbierania wywiadu w oddziale hemodializy przewlekłej lekarz wraz z pielęgniarką opracowują plan działania z pacjentem. Na specjalnie stworzonym formularzu, wspólnym dla obu grup zawodowych, opisują stan fizyczny i psychiczny pacjenta. Pytania są dość wnikliwe i niektóre bardzo osobiste dlatego więc pacjent ma możliwość zabrania formularza do domu, aby w ten sposób w spokoju, nie wstydząc się opisać problemy, jakie go dotyczą.

Następnie nowi pacjenci omawiani są wspólnie przez lekarza i pielęgniarkę, aby można było ułożyć plan dalszego postępowania np. skontaktowanie pacjenta z dietetyczką. W tym spotkaniu bierze udział pacjent i członek rodziny, który zajmuje się w domu rolą kucharza. Dwukrotny pomiar elektrolitów (potasu, sodu, wapnia) i glukozy podczas każdego zabiegu hemodializy daje nam możliwość kontroli czy pacjent radzi sobie z dietą. Jeżeli nie, proponujemy pacjentowi wzięcie udziału w szkoleniach organizowanych przez pielęgniarki i dietetyczki w wygospodarowanym do tego celu miejscu na oddziale, lub szkólkach gotowania prowadzonych przez Instytut Dietetyki.

Sytuacja chorego przewlekle dializowanego stwarza wiele ogólnych i specyficznych problemów psychologicznych, które dotyczą różnorodnych aspektów

jego życia – samopoczucia fizycznego, funkcjonowania psychicznego, relacji społecznych z otoczeniem oraz wypełniania roli zawodowej i rodzinnej.

Zawsze należy pamiętać, że pacjent przewlekle chory, zanim zaakceptuje chorobę, przechodzi kilka jej etapów, takich jak: załamanie, bunt, poddanie się czy rezygnacji. W tym czasie ważne jest wprowadzenie do programu leczenia psychologa, który pomoże w akceptacji choroby i powrotu do roli ojca, matki, żony, męża. Często udaje się przekonać pacjenta o potrzebie powrotu do pracy tłumacząc, że kontakt z ludźmi i normalnością życia codziennego jest najlepszym lekarstwem.

Głównym celem działań psychoterapeutycznych u chorych dializowanych jest łagodzenie lęku. To pielęgniarki mające stały kontakt z pacjentami, powinny zawsze pamiętać o stosowaniu podstawowych zasad psychoterapii. Odnosi się to również do kontaktów z rodziną chorego. Często zdarza się, że rodzina i przyjaciele uważają chorego „za straconego” ze względu na ograniczony czas przewidywanego życia. Pielęgniarka udziela wówczas rodzinie wsparcia, przekonując ją, że występujące u niego uczucie gniewu i przerażenia są prawidłowymi reakcjami emocjonalnymi. Pacjenta natomiast informuje w miarę możliwości o jego aktualnym stanie zdrowia, wyjaśnia istotę objawów choroby podstawowej, powikłań, objawów ubocznych, a także przedstawia zasady stosowanego leczenia.

Pacjentowi należy dać sposobność do wyrażenia wszystkich negatywnych uczuć – przede wszystkim gniewu i troski, związanych z ograniczeniami nałożonymi przez chorobę i jej leczenie, a także wywołanych przez ewentualne kłopoty finansowe, zagrożenie utraty pracy, ból oraz dyskomfort. Psycholog jak i inni członkowie zespołu terapeutycznego muszą pomóc mu, aby gniew nie został skierowany do wnętrza psychiki, gdyż może doprowadzić do depresji, a nawet samobójstwa. Ani nie został wyładowany na najbliższym otoczeniu pacjenta, gdyż może to zniszczyć i tak już zagrożone przez chorobę stosunki rodzinne.

W sytuacji, gdy byt socjalny pacjenta zmienił się diametralnie np. stracił rodzinę, mieszkanie, pracę lub choroba zmusiła go do pozostania w domu, w łóżku, wówczas do programu leczenia zostaje wciągnięty socjolog oddziaływowy. Informuje on o danym przypadku odpowiednie instancje i wraz z lekarzem dobierają najbardziej odpowiednie rozwiązanie. Nie musi być to od razu Dom Opieki Społecznej, często wystarczy „essen auf Reder” czyli „jedzenie na kółkach”, gdzie to pacjentowi dostarczany jest ciepły posiłek oraz drobne zakupy raz dziennie do domu. Istnieje możliwość zorganizowania pomocy domowej – koszty pokrywane są przez kasę chorych.

Dowóz pacjentów na zabiegi hemodializ organizowany jest również przez personel pielęgniarski. W zależności od stanu mobilności pacjenta ma on do wyboru dojazd własnym autem, dowóz poprzez specjalne firmy taksówkarskie specjalizujące się w transporcie chorych, bądź też karetką pogotowia. W każdym przypadku kasa chorych pokrywa koszty związane z transportem.

O odpowiednim rodzaju transportu dla danego pacjenta decyduje pielęgniarka i lekarz obserwując stan pacjenta przed i po zabiegu dializy.

Aby móc sprostać tym nie łatwym zadaniom, wprowadzać nowości i udogodnienia do codziennej pracy z pacjentem i na jego rzecz powołana została grupa robocza pielęgniarek złożona z osób zaangażowanych, cieszących się kreatywnością i aprobatą całego zespołu, która na dodatkowych spotkaniach, w dni wolne od pracy, raz na 3–4 tygodnie opracowuje nowe standardy, kreuje nowe elementy dokumentacji pielęgniarskiej lub unowocześnia istniejące. Układa plany szkoleń dla pacjentów i ich rodzin, aby bardziej przybliżyć i wytłumaczyć problemy, chorobę i jej konsekwencje oraz przygotowuje tematy szkoleń według zainteresowania i zapotrzebowania dla personelu.

Szkolenia dotyczą jednak nie tylko pacjentów, również personel pielęgniarski ma w ciągu roku wiele możliwości, aby pogłębiać swoją wiedzę zawodową, a przez to wychodzić na przeciw nowościom związanym z medycyną i pielęgniarstwem. Standardem obowiązkowym w państwowych szpitalach w Wiedniu jest 20 godzin szkoleniowych w ciągu 4 lat dla personelu średniego.

System szkoleniowy można podzielić na 4 grupy: szkolenia wewnątrzrodziałowe, szkolenia wewnątrzszpitalne, kongresy i konferencje oraz kursy i szkolenia według programu szkoleniowego organizowanego przez KAV czyli Organizację Ochrony Zdrowia.

Aby jeszcze bardziej ułatwić życie pacjentom z dializą wydawane jest mnóstwo różnego rodzaju broszur, poradników i podręczników. Istnieje też kilka miesięczników dla pacjentów i personelu nefrologicznego. Grupa robocza powołana przez dyrekcję szpitala opracowuje skrypty i małe podręczniki zajmujące się bieżącą tematyką i nowościami, jak również problemami zawodu pielęgniarskiego.

Hemodializa to nie tylko opieka nad ciałem i duchem pacjenta, to również mnóstwo sprzętu medycznego, o który również należy dbać. Każda firma medyczna ma swego przedstawiciela – technika, który o każdej porze dnia, 7 dni w tygodniu zajmuje się drobną naprawą i serwisem maszyn do hemodializ czy też innego sprzętu medycznego.

Przewlekła niewydolność nerek jest często konsekwencją zaniedbanych innych chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. Dlatego też często mamy do czynienia z przypadkami typowo pielęgniacyjnymi np. stopa cukrzycowa, ulcus cruris, a czasami nawet odleżyny. W tym celu dwa razy w tygodniu omawiamy wszystkie problemy tego rodzaju na wizytach pielęgniarskich, w których bierze udział cały zespół terapeutyczny będący na dyżurze. Pacjenci przychodzą na zabiegi hemodializ 3 razy w tygodniu – poniedziałek, środa i piątek lub wtorek, czwartek i sobota, dlatego konieczne są dwa terminy, aby omówić wszystkich pacjentów i ich problemy.

Przypadki pielęgniacyjne prowadzone i dokumentowane są z zastosowaniem diagnoz pielęgniarskich. Dla lepszego wglądu i łatwości pracy do dokumentowa-

nie zmian chorobowych na skórze, ran i innych uszkodzeń stosowany jest aparat cyfrowy i tak np. pierwsze zdjęcie wykonuje się przy zdiagnozowaniu problemu, a następnie przy wizualnych zmianach, aby móc w ten sposób umożliwić wszystkim członkom zespołu wgląd do przebiegu przypadku, udokumentowanie go i zastosowanie zmiany terapii, jeśli taka jest konieczna.

Okres leczenia nerkozastępczego obejmuje nie tylko same zabiegi dializy, ale też postępowanie dietetyczne, fizyko- i kinezyterapię, leczenie farmakologiczne oraz oddziaływanie psychoterapeutyczne. Od zbudowania właściwej relacji pacjent – zespół terapeutyczny i odwrotnie zależy powodzenie całego procesu leczenia i rehabilitacji, jak również powrót pacjenta do życia rodzinnego i zawodowego.

Pacjenci niejednokrotnie potrzebują kilku miesięcy na zapoznanie się z tą trudną dla nich i zupełnie nową sytuacją, jaką jest fakt, iż nagle ich zdrowiu zagraża wielkie niebezpieczeństwo i tylko dializa może utrzymać ich przy życiu.

Z dializą związanych jest jednak szereg czynności, zabiegów, znajomość wielu trudnych zagadnień. Pacjent oczekuje, że otrzyma to wszystko od nas – personelu oddziału, niejednokrotnie nie zdając sobie sprawy z tego, że musi wykazać zainteresowanie i chęć do przyswajania tych wiadomości. Niejednokrotnie spotykamy się ze stwierdzeniem: „nie wszystko zrozumiałem, ale wstydziłem się przyznać, siostrzo proszę mi to raz jeszcze wytłumaczyć”.

Aby sprostać takim i innym pytaniom, a jest ich dużo, często prowadzone są różnego rodzaju badania typu ankiety, feedback formularze i inne. Większość ankiet zawiera pytania dotyczące jakości życia. W ten sposób wyłowić można problemy nękające pacjentów, aby później wspólnie móc je rozwiązać. Dla personelu Kliniki Nefrologicznej ważne jest, którzy pacjenci są bardziej usatysfakcjonowani z wyboru dializoterapii – pacjenci hemodializowani czy pacjenci dializowani otrzewnowo i jak przedstawiają się różnice w jakości życia wśród tych grup pacjentów. Wyniki ankiet mówią również, które grupy zawodowe wchodzące w skład zespołu terapeutycznego mogą i wręcz powinny zmienić obraną metodę terapeutyczną, aby osiągnąć lepsze wyniki. Jest to więc rodzaj oceny pacjenta i personelu.

Wyniki ankiet zostają wywieszane w poczekalni i pomieszczeniu szkoleniowym, najczęściej w formie plakatu, aby pacjenci mogli poznać ich wyniki. Personel zapoznaje się z nimi na szkoleniach wewnątrzoddziałowych odbywających się raz w miesiącu.

W ostatnich czasach pomiary jakości życia zainteresowały nie tylko medycynę ale także inne dziedziny życia społecznego. Nowoczesne podejście do medycyny bierze pod uwagę nie tylko terapię leczniczą, ale również funkcjonowanie pacjenta, jego zadowolenie z leczenia i samopoczucie w sferze emocjonalnej, jak i funkcjonowaniu społecznym.

Zmiana jakości i poziomu życia oraz rozwój cywilizacji mają, niestety, ujemny wpływ na życie ludzkie w postaci zapadalności na choroby przewlekłe. Zmia-

ny te pociągają za sobą konieczność przeobrażeń i modernizacji w zakresie opieki zdrowotnej, a także pielęgniarstwa.

Zmienia się model opieki pielęgniarstwa – duży nacisk kładzie się na lecnicztwo otwarte, do jakiego zaliczane są również stacje dializ i opiekę nad przewlekle chorymi, takimi jak chorzy na niewydolność nerek.

Przedmiotem opieki pielęgniarstwa jest cały człowiek, z całą złożonością jego psychiki i problemów. Pielęgniarka musi znać nie tylko problemy kliniczne związane z chorobą, ale także socjalne i psychologiczne aspekty opieki nad chorym. Tylko takie traktowanie chorego i jego bliskich może doprowadzić do satysfakcji z leczenia nerkozastępczego ze strony pacjentów, a poczucia zadowolenia i wypełnienia zawodowego ze strony personelu pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo stało się procesem postępowania z chorym w taki sposób, aby poszczególne kroki procesu doprowadziły do efektu końcowego, jakim jest wolny od problemów, w miarę samodzielny i usatysfakcjonowany pacjent.

Piśmiennictwo

1. Dializoterapia w praktyce pielęgniarstwa. Rutkowski B. (red.), Wydawnictwo Medyczne Mak, Gdańsk 1998.
2. Praca magisterska: Opieka nad pacjentem dializowanym – rola pielęgniarki. Boczuła M., Akademia Medyczna, Wrocław 2004.

Iwona Kamińska¹, Matylda Sierakowska¹

Problemy pielęgnacyjne i zasady samoopieki w reumatoidalnym zapaleniu stawów

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest formą przewlekłego zapalenia stawów, nie poprzedzonego okresem ostrym. Wg STANDARDÓW DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH POLSKIEGO TOWARZYSTWA REUMATOLOGICZNEGO z 2000 r. choroba definiowana jest jako przewlekła, zapalna, immunologicznie zależna, układowa choroba tkanki łącznej, charakteryzująca się niespecyficznym, symetrycznym zapaleniem stawów, prowadzącym do upośledzenia ich ruchomości, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych. Niekiedy już po stosunkowo krótkim czasie stwierdza się niepełnosprawność, a nawet kalectwo. Może dojść do przedwczesnej śmierci [1].

Reumatoidalne zapalenie stawów przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. W fazie zaostrzenia objawia się obrzękiem, zaczerwienieniem, bólem oraz sztywnością poranną stawów. Atakuje w pierwszej kolejności drobne stawy rąk i stóp, później większe.

RZS może wystąpić w każdym wieku, najczęstsza jest zachorowalność między 20–50 rokiem życia. Kobiety chorują 3–4 razy częściej niż mężczyźni [2].

Przewlekły i okaleczający charakter RZS oraz ograniczona skuteczność i uboczne skutki postępowania terapeutycznego wpływają na znaczne obniżenie poziomu zdrowia oraz jakości życia pacjentów. Wydaje się, że niską ocenę jakości życia można poprawić poprzez podniesienie świadomości i poziomu wiedzy o chorobie, metodach postępowania terapeutycznego i umiejętności samoopieki. W przygotowaniu pacjenta do sprawowania opieki nieprofesjonalnej kluczową rolę odgrywa pielęgniarka, pełniąc funkcję wychowawczą wobec chorego i jego rodziny.

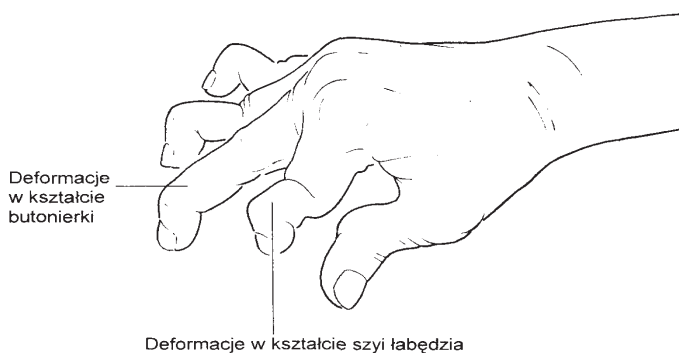
¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna w Białymstoku

Przebieg kliniczny reumatoidalnego zapalenia stawów

Rozpoznanie RZS opiera się na stwierdzeniu 4 z 7 kryteriów wg ARA (American Rheumatism Assotiation) [1]. Najbardziej charakterystycznym objawem klinicznym jest obrzęk zapalny, dotyczący w początkowym stadium głównie drobnych stawów rąk tj. stawów śródrečno-palcowych, międzypaliczkowych bliższych i nadgarstkowych oraz analogicznych stawów stóp, a w formie zaawansowanej wszystkich stawów maziówkowych. Obrzęk zapalny występuje zwykle symetrycznie, towarzyszy mu ból stawów, najbardziej intensywny w godzinach porannych. Występuje również stawowa sztywność poranna, trwająca w okresach zaostrzeń niekiedy wiele godzin [2, 3].

Obrzęki stawowe, początkowo ustępujące całkowicie w okresie remisji, z czasem przyjmują formę trwałą i stale zniekształcają obrysy stawów. Widoczne są także zaburzenia ułożenia kości tworzących staw. Wszystko to powoduje tak typową dla RZS deformację stawów (Ryc. 1). Powyższym zmianom odpowiada postępujące upośledzenie funkcji stawów, objętych procesem chorobowym. Dotyczy to poruszania się, zmiany pozycji, jak i wykonywania czynności manualnych [3].

Rycina 1. Deformacje stawów rąk w reumatoidalnym zapaleniu stawów



Zmianom miejscowym towarzyszą objawy ogólne, takie jak: stany podgorączkowe, osłabienie, poczucie ogólnego zmęczenia, chudnięcie [4, 5, 6].

Objawy pozastawowe dotyczą wielu narządów i tkanek [5, 6, 7]. Do najbardziej charakterystycznych, jednak nie występujących często, zalicza się guzki reumatoidalne. W ciężkich postaciach RZS może wystąpić zapalenie naczyń obwodowych, najczęściej na kończynach dolnych, mogących prowadzić do rozległej martwicy. U większości chorych obserwuje się zmiany skórne w postaci ścieńczenia skóry, a niekiedy przebarwienia, wybroczyny.

Zmiany narządowe w obrębie serca dotyczą zapalenia osierdzia, mięśnia sercowego i zapalenia wsierdzia. W obrębie płuc obserwuje się zapalenie opłucnej, jak i miąższu płucnego. Efektem zajęcia płuc w przebiegu RZS może być włóknienie płuc. Najpoważniejszym natomiast stanem chorobowym, dotyczącym nerek, jest skrobiawica. W obrębie układu nerwowego może dojść do zapalenia jednego lub wielu nerwów obwodowych. Dość często występującym powikłaniem ze strony narządu wzroku jest zapalenie twardówki [5, 6, 7].

Przebieg RZS jest indywidualny i niemożliwy do przewidzenia. Istnieją zarówno przypadki o dużej dynamice choroby, jak i postaci o łagodnym i bardzo powolnym przebiegu. Choroba charakteryzuje się stałym, nieubłagany postępem zmian chorobowych z okresami zaostrzeń i remisji, prowadząc do postępującej destrukcji stawów, deformacji i niepełnosprawności.

Problemy psychologiczne pacjentów z przewlekłym RZS

Problemy psychologiczne pacjentów z rozpoznaniem RZS wymagają szczególnej uwagi i troski ze względu na specyfikę tej przewlekłej i postępującej choroby. Duża grupa chorych przechodzi w większym lub mniejszym stopniu załamania psychiczne w chwili otrzymania informacji o rozpoznaniu choroby, jej charakterze, przebiegu klinicznym i nieodwracalnych następstwach. Chorzy są przygnębieni, płaczący, tracą energię życiową, często przyjmując postawę rezygnacji [8, 9]. Tego typu zmiany psychiczne wynikają z subiektywnego przeżywania dolegliwości związanych z chorobą, takich jak cierpienie spowodowane bólem, ograniczenie zakresu ruchomości i przykurcze w wielu stawach, widoczne zniekształcenia i odczuwane zeszywnienia, wyniszczająca gorączka i stany podgorączkowe, konieczne w stanach zaostrzenia przebywanie w łóżku, zmiany w innych narządach wewnętrznych, niemożność wykonania podstawowych czynności w zakresie samoobsługi, świadomość zależności od osób drugich oraz perspektywa trwałego kalectwa i inwalidztwa [10].

Przyszłość i dalsze losy chorych zależą od akceptacji i pogodzenia się z chorobą, jak również ciepłej, życzliwej i wspierającej atmosfery w domu rodzinnym.

Równie poważnym zagadnieniem jest zachorowalność na RZS wśród ludzi młodych, mających różne plany życiowe, realizujących się ambicjonalnie i zarobkowo, u których wystąpienie choroby burzy dotychczasowy świat. Udręka fizyczna, niepowodzenie z powodu przekreślenia planów, zerwanie kontaktów towarzyskich i ucieczka w samotność, rozgoryczenie i żal – dlaczego mnie to dotknęło, mogą prowadzić do objawów z kręgu zaburzeń depresyjnych [8, 11].

Zasady kompleksowego postępowania w RZS

Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów uległo istotnej zmianie w ciągu ostatnich 10 lat, zarówno w odniesieniu do schematów terapii, jak i wyboru leków.

Postępowanie terapeutyczne powinno być kompleksowe i rozpocząć się możliwie najszybciej. Leczenie farmakologiczne, jako ważny element całościowego postępowania terapeutycznego, również składa się z kilku elementów. Zwykle rozpoczyna się od podania, w przypadku samej tylko artralгии lub niezbyt intensywnie wyrażonych objawów zapalenia stawu/stawów, leków przeciwbólowych. W odniesieniu do bardziej wyrażonych objawów zapalenia stawów lub braku efektów paracetamolu, pacjent otrzymuje niesteroidowe leki przeciwzapalne, które zmniejszają objawy zapalne i przez to redukują ból [1, 12, 13].

Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla RZS zalecają, aby w przypadku utrzymywania się cech zapalenia stawów przez okres 6–10 tygodni, pomimo stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (czyli tzw. leków I rzutu), nie zwlekać z zastosowaniem tzw. leków II rzutu [1]. Do tej grupy zaliczamy leki, posiadające zdolność spowalniania lub w niektórych przypadkach zatrzymywania przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów – sole złota, CUPRENIL, leki przeciwmalaryczne, SULFASALAZYNA oraz METOTREKSAT, jeden z najbardziej skutecznych leków z tej grupy i uznawany przez wielu za tzw. złoty standard w leczeniu RZS [13].

Z uwagi na przewlekły charakter choroby, leczenie RZS jest długotrwałe, niesie ze sobą cały wachlarz skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii.

Koniec lat dziewięćdziesiątych XX i początek XXI wieku przyniosły nową grupę leków, tzw. leków biologicznych, będących neutralizatorami kluczowych cytokin w rozwoju RZS, inicjujących proces chorobowy. Po raz pierwszy pojawiły się leki, które zatrzymują proces chorobowy, w tym niszczenie stawów, a nie tylko, jak było to do tej pory, opóźniają progresję procesu patologicznego [6, 14].

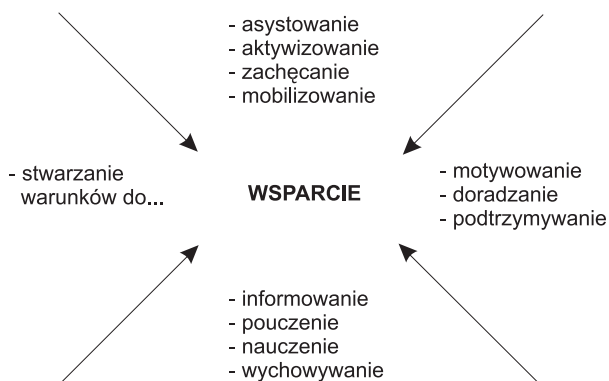
Zgodnie ze Standardami Diagnostyczno-Terapeutycznymi w RZS zalecana jest również edukacja chorego, fizykoterapia, w okresie aktywnego zapalenia stawów odpoczynek, kinezyterapia, gdy objawy zapalenia stawów ulegną zmniejszeniu, terapia zajęciowa i psychoterapia [1].

Rola pielęgniarki w niesieniu wsparcia psychicznego

Bardzo istotną rolę w odbudowywaniu zdrowia psychicznego pacjenta, w nauczaniu go samoopieki i samoobsługi odgrywa pielęgniarka (osoba pierwszego kontaktu), która winna wykazać się fachowością, bezinteresowną życzliwością oraz pełną elastycznością i odrębnością w postępowaniu z podopiecznym. U podstaw prawidłowych relacji pomiędzy pielęgniarką a chorym, leży trakto-

wanie go z dużą dozą ciepła i wyrozumiałości. Powinno się uszanować wszystkie dotychczasowe przyzwyczajenia i nawyki pacjenta, na tyle na ile jest to możliwe, zaś w chwili konieczności wprowadzenia zmian zrobić to z dużym wyczuciem i delikatnością.

Metody wykorzystywane w procesie pielęgnowania dla zapewnienia wsparcia [8].



Każde poważniejsze upośledzenie narusza znacznie poczucie własnej wartości chorego i może prowadzić do rozmaitych reakcji obronnych. W sytuacjach takich należy unikać każdej formy reakcji, która może zrobić na chorym wrażenie przymusu lub nadopiekuńczości. Pielęgniarka, jako osoba często najbliższa choremu, powinna pamiętać by traktować swojego podopiecznego jako pełnowartościowego człowieka, który może współuczestniczyć w normalnym życiu; wspierać wszelkie działania, które pozwolą mu na zachowanie samodzielności, uporanie się z problemami; chwalić pacjenta i cieszyć się z jego najdrobniejszych „sukcesów”.

Pielęgnowanie i usprawnianie pacjenta z RZS w okresie dużego zaostrzenia choroby

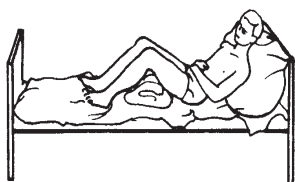
W okresie dużego zaostrzenia procesu zapalnego, dziejącego się w wielu stawach, przebiegającego z podwyższoną temperaturą i dużą bolesnością choroby musi pozostawać bezwzględnie w łóżku [15]. Lęk przed nasilaniem się dolegliwości powoduje, że pacjent unika wszelkiej aktywności ruchowej. Ból ma niekorzystny wpływ nie tylko na funkcje narządu ruchu, wyzwalając na drodze odruchowej długotrwałe skurcze mięśni, zaburzenia naczynioruchowe i procesy metaboliczne – co uszkadza stawy, ale i na psychikę pacjenta. Walka z bólem

jest więc w okresie ostrej fazy RZS, podstawowym i priorytetowym zadaniem w postępowaniu terapeutycznym [10].

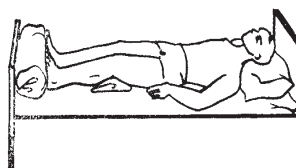
W pielęgnowaniu należy pamiętać o prawidłowym ułożeniu chorego w łóżku, zapobieganiu powstawania przykurczy w stawach oraz wadliwemu ułożeniu kończyn, mając na uwadze fakt, że emocjonalna nadwrażliwość w ostrym okresie choroby obniża próg bólowy, warunkując silniejsze, subiektywne przeżywanie dolegliwości [9].

Zasady stosowania pozycji ułożeniowych w łóżku

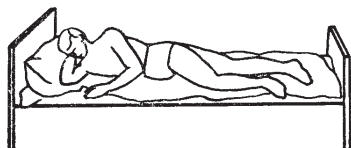
Rycina 2. Nieprawidłowe ułożenie w pozycji na wznak



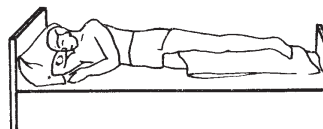
Rycina 3. Prawidłowe ułożenie w pozycji na wznak



Rycina 4. Nieprawidłowe ułożenie w pozycji na boku



Rycina 5. Prawidłowe ułożenie w pozycji na boku



Ważną rolę w procesie usprawniania stanowi leczenie fizykalne tj. ciepło, (np. parafina, termofor, lampa Solux), zimno (termofor z lodem, krioterapia), jonoforeza, galwanizacja anodowa, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, ultradźwięki, borowina i masaż mające na celu obniżenie bolesności stawów i sąsiadujących tkanek, poprawę krążenia, zmniejszenie procesów zapalnych, wzmocnienie napięcia mięśni [1, 13].

Samoopieka i samopielęgnacja w reumatoidalnym zapaleniu stawów

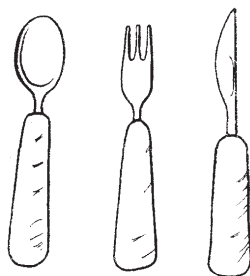
Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą o charakterze przewlekłym i postępującym, znacznie ograniczającą sprawność fizyczną chorego. Niezależnie od okresu remisji czy obostrzenia choroby należy starać się utrzymać u wszystkich chorych samodzielność w zakresie samoopieki i samoobsługi.

Chorobie towarzyszy nękający ból, który zniechęca do podejmowania wysiłku, a brak ćwiczeń fizycznych pogłębia i przyspiesza utratę sprawności. Nadopiekuńcza troska członków rodziny nie wspiera i nie mobilizuje chorego do wysiłku, który powinien podjąć na przekór chorobie i bólowi. Należy pamiętać by nie wyręczać chorego w samodzielnym wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, ale nauczyć go pewnych modyfikacji chwytów [16].

Przykłady prawidłowego wykonywania niektórych czynności z zakresu prac w gospodarstwie domowym

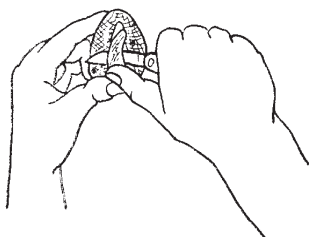
1. Krojenie chleba, mięsa, czy też innych produktów najlepiej wykonywać za pomocą maszynki, czy też skorzystać z gotowych pokrojonych produktów. W przypadku noża, stosować z pogrubionym trzonkiem (Ryc. 6).

Rycina 6. Sztućce z pogrubionymi trzonkami

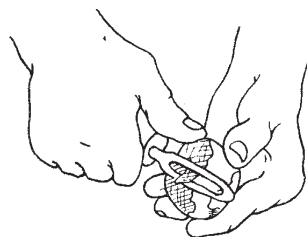


2. Podczas obierania ziemniaków nie da się uniknąć niekorzystnych obciążeń stawów rąk, nawet przy modyfikacji chwytów. Lepiej jest obierać ziemniaki specjalnym nożem o pogrubionym trzonku (Ryc. 7).

Rycina 7. Obieranie warzyw



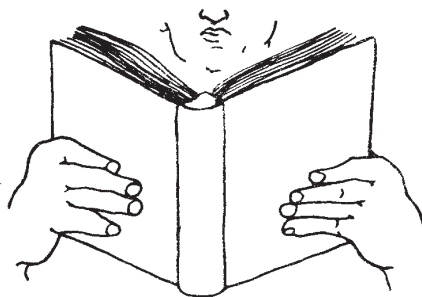
Nieprawidłowo



Prawidłowo

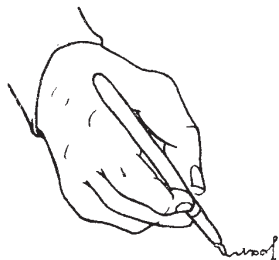
4. Trzymanie książki oburącz obciąża stawy śródrečno-paliczkowe w kierunku kości łokciowej, dlatego czytając książkę należy położyć ją na stole (Ryc. 8).

Rycina 8. Nieprawidłowe czytanie książki

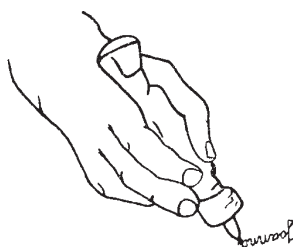


5. Nie należy pisać cienkim ołówkiem lub długopisem (Ryc. 9).

Rycina 9. Pisanie piórem, długopisem



Nieprawidłowo



Prawidłowo

Mając na uwadze specyfikę problemów pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów zadaniem zespołu terapeutycznego w kompleksowej opiece jest nauczanie pacjenta:

- unikania czynników zaostrzających przebieg choroby i dolegliwości (klimat chłodny, wilgotny; przeciążanie stawów, urazy; dieta obciążająca stawy);
- systematycznego wykonywania ćwiczeń, co nieodzowne jest dla utrzymania sprawności fizycznej, koniecznej w codziennej samoobsłudze;
- stosowania ciepła w celu zmniejszenia sztywności porannej i łagodzenia bólu;
- umiejętności walki z bólem – systematyczne przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, obserwacja objawów nieporządkanych;
- zachowania spokoju i odprężenia psychicznego (techniki relaksacyjne – joga, ćwiczenia oddechowe, muzykoterapia), myślenie pozytywne;
- uprawiania dyscyplin sportowych, nie obciążających stawów: pływanie, jazda na rowerze;
- dostosowania otoczenia zewnętrznego (mieszkania, miejsca pracy) do możliwości ruchowych i sprawnościowych pacjenta;

jak również:

- zadbanie o możliwość przekwalifikowania pacjenta, jeśli nie jest on w stanie kontynuować pracy dotychczasowej; zaproponowanie pracy chałupniczej;
- przekazanie informacji o dostępie do niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego ułatwiającego obsługę samego siebie i wykonywanie prostych prac domowych (kule, laski, balkonik, wózek inwalidzki itp.) [17, 18].

Dobrą formą psychoterapii są spotkania w grupach samopomocy chorych z RZS. Pacjenci mogą również skorzystać z pomocy Ligi Przeciwrheumatycznej oraz Stowarzyszenia Chorych na Choroby Reumatyczne.

Podsumowanie

Profesjonalna opieka nad przewlekle chorym stawia nowe zadania przed współczesną pielęgniarką, w niesieniu wsparcia psychicznego choremu i rodzinie, pomocy w adaptacji do postępującej i wyniszczającej fizycznie i psychicznie choroby oraz przygotowaniu do sprawowania opieki nieprofesjonalnej, samoopieki.

Najważniejszą zasadą w samopomocy w reumatoidalnym zapaleniu stawów jest zrozumienie przez pacjenta istoty swojej choroby, znalezienie sposobów jej kontrolowania oraz nie pozwolenie, by „choroba go kontrolowała”. Chory powinien nauczyć się chronienia swoich stawów przed niepotrzebnym bólem lub przeciążeniem, oszczędzania sił, zapoznać się z wieloma prostymi sposobami, które mogą ułatwić wykonywanie codziennych czynności.

Umiejętność niesienia sobie pomocy, przy współudziale akceptującej rodziny i personelu medycznego, może mieć niewątpliwie wpływ na poprawę jakości życia pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A.: Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Standardy diagnostyczno-terapeutyczne w najczęstszych chorobach reumatycznych opracowane przez Polskie Towarzystwo Reumatologiczne. *Reumatologia*, 2000, 38, (supl.), 7–12.
2. Harris E. D. Jr.: Clinical features of rheumatoid arthritis. [W:] *Textbook of Rheumatology*, Fifth Edition. Editors: W. N. Kelley, E. D. Harris Jr., S. Ruddy and C. B. Sledge, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney and Tokyo, 1997, 898–932.
3. Sirakowski S.: Historia naturalna reumatoidalnego zapalenia stawów i czynniki prognozujące przebieg tego schorzenia. *Reumatologia*, 1996, 34, 120.
4. Hammond A., Lincoln N., Sutcliffe L.: A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ. Couns.*, 1999, 37, 19–32.

5. Hammond A., Lincoln N.: The effect of a joint protection education programme for people with rheumatoid arthritis. *Clin. Rehabil.*, 1999, 13, 392–400.
6. Lipsky P. E., van der Heijde D. M., St Clair E. W., Furst D., Breedveeld F. C., Kalden J., Smolen J., Weisman M., Emery P., Feldmann M., Harriman G., Maini R. N.: Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. Anti-Tumor Necrosis factor Trial in Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group. *N. Engl. J. Med.*, 2000, 343, 1594–1602.
7. Hewlett S., Mitchell K., Haynes J.: Patient – initiated hospital follow-up for rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 2000, 39, 990–997.
8. Kawczyńska-Butrym Z.: Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Warszawa 1994.
9. Rosławski A.: Reumatologia praktyczna. Podręcznik dla fizjoterapeutów i pielęgniarzek. Wrocław 1998, 5–23.
10. Rosławski A.: Rehabilitacja lecznicza w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa 1981.
11. Małydk H.: Reumatyzm niejedno ma imię. Choroby tkanki łącznej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2001, 03, 13–14.
12. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1996, 39, 713–722.
13. Sierakowski S.: Współczesne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Świat Leków*, 1998, 77–85.
14. Kavanaugh A., St Clair E. W., McCune W. J., Braakman T., Lipsky P.: Chimeric anti-tumor necrosis factor-alpha monoclonal antibody treatment of patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate therapy. *J. Rheumatol.*, 2000, 27, 841–850.
15. Long A. F., Kneafsey R., Ryan J., Berry J.: The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *J. Adv. Nurs.*, 2002, 37, 70–78.
16. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2001, 141–145.
17. Klippel J. H., Dieppe P. A., Ferri F. F. (Polski redaktor: L. Szczepański), *Reumatologia*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, 342.
18. Milanowska K.: Kinezyterapia. Wydanie VI. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 219–223.

Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży



Wprowadzenie

Dzieci nie możemy nauczyć miłości:
trzeba im ją pokazać

św. Bazyli Wielki

Chore dziecko, w przeciwieństwie do dorosłego pacjenta, wymaga odmiennych, specjalnych warunków leczenia, hospitalizacji i prezentuje inne właściwości i potrzeby rozwojowe. Ma niedojrzałą psychikę, bardziej wrażliwą i podatną na urazy. Nie potrafi radzić sobie w nowych, trudnych sytuacjach i stosować skutecznych strategii przystosowawczych. Jest bardziej niesamodzielne, bezbronne, uzależnione od osób dorosłych. Będąc stale w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego, potrzebuje więzi emocjonalnej z matką, miłości, poczucia bezpieczeństwa, aktywności poznawczej i ruchowej, zabawy i nauki.

Dziecko w prawie każdej chorobie doświadcza: lęku, bólu i ograniczenia aktywności, co niekorzystnie wpływa nie tylko na proces leczenia, ale i dalszy rozwój dziecka. W chorobie narażone jest na podwójny stres, cierpi bowiem psychicznie i fizycznie. Choroba może wyzwolić w dziecku wiele negatywnych emocji, nie tylko lęk, ale także smutek, złość, rozdrażnienie, agresję, poczucie winy, poczucie krzywdy, bezradność, nudę. Dziecko może zareagować wycofaniem się, apatią, płaczliwością, utratą zainteresowania i kontaktu z otoczeniem, ale również nadmiernym pobudzeniem i nieposłuszeństwem. Zwykle zmianie ulegają jego codzienne przyzwyczajenia. Zmniejsza się aktywność, samodzielność, zanika apetyt, pojawiają się problemy z zasypianiem, niespokojne sny, tiki, zakłócenia mowy, nietrzymanie moczu i kału, masturbacja. Sama hospitalizacja jest zawsze traumatyzującym czynnikiem. Szpital w odróżnieniu od naturalnego środowiska domowego jest dla dziecka zawsze środowiskiem sztucznym i nieznanym. Brak w nim stałej obecności matki i bliskich gwarantujących dziecku poczucie bezpieczeństwa. Powoduje to u niego ograniczenie możliwości zaspokojenia wielu ważnych potrzeb rozwojowych i prowadzenia typowej dla wieku codziennej aktywności. Dziecko w szpitalu, przerażone nową dla niego sytuacją, boi się nieznanymi osobami (lekarzy, pielęgniarek, innych dzieci), zabiegów diagnostyczno-leczniczych, aparatury medycznej. Mimo, że ciągle coś się wokół niego dzieje, czuje się „niczyje”, samotne, zagubione, zagrożone. Taki stan może po-

wodować rozwój groźnej choroby zwanej chorobą szpitalną (odmiana choroby sierocej).

Pamiętać więc należy, że podstawą powrotu dziecka do zdrowia jest dobra współpraca zespołu terapeutycznego z dziećmi i rodzicami, co wymaga zaangażowania i dobrej woli obu stron.

Wojciech Kułak

Regina Gil¹, Andrzej Dziedziczko²

Nałogi młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

Wstęp

Szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem wśród uczniów iławskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych jest „moda na palenie tytoniu, picie alkoholu i ćpanie”. Wyniki badań własnych wskazują, że co czwarty uczeń wypala 10 papierosów dziennie. Ponad 26% uczniów przyznaje się, że co najmniej czterokrotnie doprowadziło się do stanu upojenia alkoholowego traktując to jako „sukces życiowy”. Co drugi uczeń przyznaje się do zażycia narkotyku przynajmniej raz w życiu (średni wiek respondentów 16 lat). A 80% z nich zażywa narkotyki tylko na imprezach.

Cel badań

Celem pracy była próba oceny postaw młodzieży wobec nałogów w iławskich szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Materiał i metody badań

Badaniem w formie ankiety audytoryjnej objęto 1017 uczniów w wieku od 13–19 lat, na terenie czterech losowo wybranych szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych Iławy:

1. Gimnazjum nr 2,
2. Liceum Ogólnokształcące im. Stefana Żeromskiego,
3. Zespół Szkół im. Bohaterów Września 1939 r. (klasy techniczne),
4. Zasadnicza Szkoła Zawodowa.

Spośród wymienionych szkół metodą warstwową wylosowano niektóre klasy. Badanie zostało przeprowadzone w 2001 roku.

¹ Samodzielnej Pracowni Promocji Zdrowia, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych, Akademia Medyczna w Bydgoszczy

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu Chi2 na niezależność, przyjmując poziom istotności 0,05. Otrzymane wyniki analizowano pod względem typu rodziny (pełna i niepełna).

Wyniki

1. Charakterystyka respondentów

Typ rodziny. W większości uczniowie pochodzili z rodzin pełnych (85,35%), pozostali z rodzin niepełnych (14,65%).

2. Postawy młodzieży wobec nałogów

Palenie tytoniu

Próby palenia papierosów częściej podejmowali uczniowie z rodzin niepełnych (77,85%) niż z rodzin pełnych (57,95) (tabela 1). Wśród aktualnie palących papierosy przeważali uczniowie z rodzin niepełnych (45,64%), uczniowie z rodzin pełnych stanowili 29,61% (tabela 1). Uczniowie palący papierosy codziennie częściej pochodzili z rodzin pełnych (63,26%) niż niepełnych (52,35%). Raz w tygodniu uczniowie palili papierosy również częściej w rodzinach pełnych (17,42%) niż uczniowie z rodzin niepełnych (14,77%). Okazjonalnie palili papierosy prawie wyłącznie uczniowie z rodzin pełnych (19,32%) (tabela 1). Paczkę papierosów dziennie wypalało 7,35% uczniów z rodzin pełnych i 7,38% uczniów z rodzin niepełnych. Pół paczki papierosów dziennie wypalało 54,90% uczniów z rodzin pełnych i 32,89% uczniów z rodzin niepełnych. 37,75% uczniów z rodzin pełnych i 24,16% uczniów z rodzin niepełnych wypalało 1–3 papierosów dziennie (tabela 1).

Palenie tytoniu – nałogiem

Palenie tytoniu jest nałogiem uznało 98,16% uczniów z rodzin pełnych i 95,30% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 2).

Choroby odtytoniowe

Zdecydowana większość młodzieży, zarówno z rodzin pełnych (81,88%), jak i niepełnych (88,64%) twierdziła, że zna choroby odtytoniowe (tabela 2). Do najczęściej wymienianych przez uczniów chorób odtytoniowych należały rak płuc i choroby serca. Wśród chorób odtytoniowych rak płuc wymieniło 30,38% uczniów z rodzin pełnych i 36,51% uczniów z rodzin niepełnych. Choroby serca wymieniło 30,03% uczniów z rodzin pełnych i 35,68% uczniów z rodzin niepełnych. Choroby płuc, jako choroby odtytoniowe, wymieniło 20,66% uczniów z rodzin pełnych i 21,58% uczniów z rodzin niepełnych. Rak krtani, był wymieniony przez 12,69% uczniów z rodzin pełnych i przez 2,49% uczniów z rodzin niepełnych.

Tabela 1. Palenia papierosów przez uczniów z rodzin pełnych i niepełnych

Palenia papierosów	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna*			
	N	%	N	%	N	%
Próby ¹	503	57,95	116	77,85	619	60,87
Aktualnie ²	257	29,61	68	45,64	325	31,96
Codziennie ³	167	63,26	78	52,35	245	67,12
Raz w tygodniu ³	46	17,42	22	14,77	68	18,63
Okazjonalnie ³	51	19,32	1	0,67	52	14,25
Od 1 do 3 papierosów/dzień ⁴	77	37,75	36	24,16	113	37,67
Pół paczki/dzień ⁴	112	54,90	49	32,89	161	53,67
1 paczkę/dzień ⁴	15	7,35	11	7,38	26	8,67

* rodzina niepełna – po rozwodzie

¹ Test $\chi^2 = 21,15 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0.001$)

² Test $\chi^2 = 15,03 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0.001$)

³ Test $\chi^2 = 20,09 > \chi^2_{1} = 5,99$; ($p < 0.001$)

⁴ Test $\chi^2 = 1,45 < \chi^2_{1} = 5,99$; H_0

Tabela 2. Liczba uczniów z rodzin pełnych i niepełnych traktujących palenie tytoniu jako nałóg

Uważam, że	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna			
	N	%	N	%	N	%
Palenie tytoniu jest nałogiem ¹	852	98,16	142	95,30	994	97,74
Znam choroby odtytoniowe ²	711	81,91	132	88,59	843	82,89

¹ Test $\chi^2 = 4,68 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0,05$)

² Test $\chi^2 = 3,99 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0,05$)

Alkohol

Próby picia alkoholu częściej podejmowali uczniowie z rodzin niepełnych (88,59%) niż uczniowie z rodzin pełnych (78,34%) (tabela 3). Stany nietrzeźwości, w liczbie 4 i więcej, doświadczyło 22,47% uczniów z rodzin pełnych i 41,61% uczniów z rodzin niepełnych. Od 1–3 stanów nietrzeźwości przeżyło 39,63% uczniów z rodzin pełnych i 48,99% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 3). Piwo piło 59,33% uczniów z rodzin pełnych i 60,40% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 4). Okazjonalnie piło piwo 47,36% uczniów z rodzin pełnych i 22,45% uczniów z rodzin niepełnych. Częściej niż raz w tygodniu piło piwo 42,88% uczniów z rodzin niepełnych i 19,72% uczniów z rodzin pełnych. Raz w tygodniu piło piwo 32,92% uczniów z rodzin pełnych i 34,69% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 4).

Tabela 3. Próby picia alkoholu wśród uczniów z rodzin pełnych i niepełnych

Uczniowie, którzy mieli za sobą	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna			
	N	%	N	%	N	%
Próby picia alkoholu ¹	680	78,34	132	88,59	812	79,84
1–3 stanów nietrzeźwości ²	344	39,63	73	48,99	417	41,00
≥ 4 stanów nietrzeźwości ²	195	22,47	62	41,61	257	25,27

¹ Test $\chi^2 = 8,30 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0,01$)

² Test $\chi^2 = 51,81 > \chi^2_{1} = 5,99$; ($p < 0,001$)

Tabela 4. Częstotliwość picia piwa przez uczniów z rodzin pełnych i niepełnych

Czy pijesz piwo i jak często	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna			
	N	%	N	%	N	%
Tak, piję ¹	515	59,33	90	60,40	605	59,49
Okazjonalnie ²	269	47,36	22	22,45	291	43,69
Raz w tygodniu ²	187	32,92	34	34,69	221	33,18
> Raz w tygodniu ²	112	19,72	42	42,88	154	23,12

¹ Test $\chi^2 = 0,06 < \chi^2_{1} = 3,84$; H_0

² Test $\chi^2 = 31,30 > \chi^2_{1} = 5,99$; ($p < 0,001$)

Tabela 5. Picie wódki przez uczniów z rodzin pełnych i niepełnych

Picie wódki	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna			
	N	%	N	%	N	%
Tak ¹	211	24,31	44	29,53	255	25,07
> raz w tygodniu ²	10	4,67	3	8,11	13	5,18
Raz w tygodniu ²	28	13,08	7	18,92	35	13,94
Okazjonalnie ²	176	82,24	27	72,97	203	80,88

¹ Test $\chi^2 = 1,846 < \chi^2_{1} = 3,84$; H_0

² Test $\chi^2 = 1,824 < \chi^2_{1} = 5,99$; H_0

Do picia wódki przyznało się 24,31% uczniów z rodzin pełnych i 29,53% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 5). Częściej niż raz w tygodniu wódkę piło 4,67% uczniów z rodzin pełnych i 8,11% uczniów z rodzin niepełnych. Raz w ty-

godniu wódkę piło 13,08% uczniów z rodzin pełnych i 18,92% uczniów z rodzin niepełnych, a okazjonalnie wódkę piło 82,24% uczniów z rodzin pełnych i 72,97% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 5).

Narkotyki

Wśród badanych najbardziej znanym narkotykiem była marihuana, którą znało 23,08% uczniów z rodzin pełnych i 22,62% uczniów z rodzin niepełnych. Kokainę znało 18,11% uczniów z rodzin pełnych i 18,33% uczniów z rodzin niepełnych. Amfetamina była znana 17,23% uczniów z rodzin pełnych i 18,33% uczniów z rodzin niepełnych. Do mniej znanych narkotyków należał haszysz, znany 14,78% uczniów z rodzin pełnych i 11,43% uczniów z rodzin niepełnych. LSD znało 9,29% uczniów z rodzin pełnych i 11,67% uczniów z rodzin niepełnych. Kompot makowy znało 7,6% uczniów z rodzin pełnych i 10,71% uczniów z rodzin niepełnych. Rozpuszczalniki lotne, jako środki odurzające, znało 7,66% uczniów z rodzin pełnych i 5,95% z rodzin niepełnych, a do znajomości innych narkotyków przyznało się 2,06% uczniów z rodzin pełnych i 0,95% uczniów z rodzin niepełnych.

Tabela 6. Próby zażywania narkotyków przez uczniów z rodzin pełnych i niepełnych

Zażywanie narkotyków	Rodzina				Ogółem	
	Pełna		Niepełna			
	N	%	N	%	N	%
Próby podejmowało ¹	177	20,39	56	37,58	233	22,91
Aktualnie zażywało ²	47	5,41	12	8,05	59	5,80
1–2 razy w tygodniu ³	0	0,00	2	11,11	2	3,33
2–3 razy w miesiącu ³	9	21,43	1	5,56	10	16,67
Tylko na imprezach ³	33	78,57	15	83,33	48	80,00

¹ Test $\chi^2 = 21,28 > \chi^2_{1} = 3,84$; ($p < 0,001$)

² Test $\chi^2 = 1,62 < \chi^2_{1} = 3,84$; H_0

³ Test $\chi^2 = 6,61 > \chi^2_{1} = 5,99$; ($p < 0,05$)

Próby zażywania narkotyków podejmowało 20,39% uczniów z rodzin pełnych i 37,58% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 6). Narkotykiem najczęściej próbowanym przez uczniów była marihuana. Próby jej zażywania podejmowało 62,35% uczniów z rodzin pełnych i 60,61% uczniów z rodzin niepełnych. Próby zażywania haszyszu podejmowało 26,72% uczniów z rodzin pełnych i 16,67% uczniów z rodzin niepełnych. Próby zażywania amfetaminy podejmowało 10,93% uczniów z rodzin pełnych i 15,15% uczniów z rodzin niepełnych. Próby wzięcia rozpuszczalników lotnych podejmowało 7,58% uczniów z rodzin niepełnych.

Aktualnie zażywało narkotyki 5,41% uczniów z rodzin pełnych i 8,05% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 6). Wśród uczniów, którzy zażywali narkotyki 1–2 razy w tygodniu, było 11,11% uczniów z rodzin niepełnych. Zażywanie narkotyków 2–3 razy w miesiącu praktykowało 21,43% uczniów z rodzin pełnych i 5,56% uczniów z rodzin niepełnych. W większości uczniowie z rodzin pełnych (78,57%) i niepełnych (83,33%) zażywali narkotyki tylko na imprezach. (tabela 6).

Środki odurzające a aktywność umysłowa i fizyczna

Według 47% uczniów z rodzin pełnych i 55,7% uczniów z rodzin niepełnych środki odurzające nie poprawiają aktywności fizycznej i psychicznej. Przeciwnego zdania było 33,41% uczniów z rodzin pełnych i 24,16% uczniów z rodzin niepełnych. Nie miało zdania na ten temat 19,7% uczniów z rodzin pełnych i 20,13% uczniów z rodzin niepełnych (tabela 93).

Omówienie

Do wielce niepokojących zachowań antyzdrowotnych ławskiej młodzieży szkolnej należy palenie tytoniu, picie alkoholu i narkotyzowanie się. Własne badania wykazały, że z ogólnej liczby badanych próby palenia tytoniu podjęło już ogółem > 60% uczniów, a pół paczki papierosów dziennie wypalało ponad 53% uczniów. Ogólnopolskie badania przeprowadzone w 1998 roku przez Instytut Matki i Dziecka [1, 2] wykazały, że odsetek uczniów podejmujących próby palenia tytoniu był niższy (43%) niż w 2001 r.

W latach 1990–94, wśród 10 krajów, w których przeprowadzono badania ponownie, w 6 krajach odsetek palących chłopców wyraźnie zwiększył się, a w 4 krajach zwiększył się odsetek palących dziewcząt. Wśród tych ostatnich krajów była także Polska. W 3 krajach zaznaczyła się tendencja do zmniejszania się odsetka palącej młodzieży obu płci (Finlandia, Norwegia, Węgry) [3].

W Polsce nadal obserwuje się wzrost liczby młodzieży palącej tytoń. Rezultaty własnych badań wskazują, że na takie zachowania ma wpływ również stan rodzinny uczniów. Paczkę papierosów dziennie wypalało ponad 7% uczniów. Większy odsetek uczniów palących wychowywanych w rodzinach niepełnych, może być wynikiem wysokiego poczucia niezadowolenia z obecnego życia, częstszego przebywania poza domem z kolegami, a także wynikiem negatywnych wzorców świata dorosłych, wynoszonych ze środowiska domowego i szkolnego (postawy nauczycieli, presja grupy rówieśniczej) oraz brak zainteresowania i miłości ze strony obojga rodziców. Zdecydowana większość uczniów, zarówno pochodzących z rodzin pełnych jak i niepełnych (> 80%) wykazywała znajomość chorób odtytoniowych takich, jak rak płuc i choroby serca.

Badania własne dowiodły, że próby picia alkoholu podejmowało łącznie ponad 79% uczniów, częściej uczniów pochodzących z rodzin niepełnych (oko-

ło 89%) niż uczniów z rodzin pełnych (ponad 78%). Stanu nietrzeźwości, w liczbie 4 i więcej, doświadczyło już ponad 22% uczniów pochodzących z rodzin pełnych i ponad 41% uczniów z rodzin niepełnych. Napoje alkoholowe, głównie piwo i wódkę, raz w tygodniu piło 20% uczniów. W porównaniu z wynikami badań uzyskanymi w ogólnopolskim badaniu uczniów w roku 1998 [1, 2], wyniki badań własnych wskazują na istotny wzrost z 6% w 1998 r., do ponad 25% w 2001 r. liczby uczniów będących 4 i więcej razy w stanie nietrzeźwości.

Wyniki te wskazują na alarmujące zjawisko alkoholizowania się uczniów szkół iławskich, wśród których nie tylko wzrasta liczba uzależnionych, ale obniża się ich wiek. Poza tym, spostrzega się większą częstotliwość oraz wcześniejsze picie alkoholu wysokoprocentowych. Wyniki badań wskazują, że wśród młodych dorosłych używanie alkoholu, narkotyków oraz innych środków psychoaktywnych jest obecnie bardziej powszechne niż w jakiegokolwiek innej grupie wiekowej [4]. Z nadużywaniem alkoholu ściśle związane są różne zjawiska patologii i nieprzystosowania społecznego. Większość uczniów czerpie wzorce obyczajowe z własnego środowiska rodzinnego. Niespełnianie podstawowych funkcji wychowawczych przez rodziców rzutuje na postawy uczniów.

Badania własne dowodzą, że uczniowie dysponują relatywnie dużą wiedzą na temat znajomości narkotyków. Ponad 22% badanych uczniów ze szkół ponadpodstawowych przyznało się do zażycia narkotyku przynajmniej raz w życiu. Podobny odsetek uczniów (21%), którzy już próbowali narkotyków spostrzegali inni badacze [Woynarowska i wsp.] [1, 2] w ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym w 1998 r. Tu również stan rodzinny wpływał na takie zachowania, bowiem narkotyki częściej zażywali uczniowie z rodzin niepełnych. Aktualnie narkotyki zażywało ponad 5% uczniów pochodzących z rodzin pełnych i ponad 8% uczniów pochodzących z rodzin niepełnych. Wydaje się jednak, że te dane mogą być niedoszacowane, ponieważ część badanych uczniów mogła się nie przyznać do zażywania narkotyku w obawie przed konsekwencjami mimo zapewnień, że ankieta zostanie wykorzystana wyłącznie do celów naukowych.

Badania uczniów przeprowadzone w 1990 r. [Sierosławski i wsp.] [5], w 1998 r. [Woynarowska i wsp.] [1, 2] oraz badania przeprowadzone w 2000 r. przez PDFA (Partnership for a Drug America) [6] potwierdzają spostrzeżenie, że najpopularniejszym narkotykiem wśród uczniów w wieku dojrzewania jest marihuana, w Polsce zażywana w 24% przypadków w 1990 r. i w 10% przypadków w 1998 r., a w USA w 40% przypadków w 2000 r. Wśród 80% uczniów zażywających narkotyki tylko na imprezach, przeważali uczniowie pochodzący z rodzin niepełnych. Pogląd, że zażywanie środków odurzających nie poprawia aktywności fizycznej i umysłowej, podzielało tylko nieco ponad 40% uczniów.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań upoważniają do wyciągnięcia następujących wniosków:

- Należy wdrażać profilaktyczne programy edukacyjne dla młodzieży, a także wprowadzać rzetelną informację o szkodliwości substancji uzależniających. Profilaktyka powinna być prowadzona systemowo w szeroko rozumianej społeczności lokalnej.
- Bezwzględnie przestrzegać prawa zakazującego sprzedaży produktów tytoniowych i wyrobów alkoholowych osobom nieletnim.
- Należy skoncentrować działania w kierunku redukcji popytu poprzez oddziaływanie edukacyjne na wszystkich szczeblach nauczania oraz poprawić skuteczność działań policyjnych zmierzających do ograniczenia podaży narkotyków.
- W placówkach oświatowych należałoby egzekwować przepis o zakazie palenia papierosów i wyciągać konsekwencje, wynikające z jego nieprzestrzegania, zarówno wobec uczniów, jak i nauczycieli, a także ograniczyć dostęp uczniów do alkoholu i kształtować kulturę jego spożycia wśród uczniów pełnoletnich.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce w 1998 roku. *Zdrowie Publiczne* 1999, 59, 5, 173–179.
2. Woynarowska B., Mazur J.: Młodzież szkolna w Polsce – 1998 – raport z badań. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
3. Woynarowska B.: *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1996.
4. Lori A. Quigley, Ph.D., G. Alan Marlatt, Ph.D.: Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku. W: *Picie w różnych okresach życia. Alkohol a zdrowie*. Nr 25, PARPA, Warszawa 2000.
5. Wyniki badań Instytutu Polityki Społecznej w temacie narkomanii oraz porównań wobec czynników związanych z narkotykami w Polsce (stan sześciu krajów europejskich), dane za: <http://www.ips.uw.edu.pl>.
6. *Teens Continuing to Turn Away From Marijuana, But Small, Increasing Number take to Ecstasy*. Partnership for a Drug-Free America (PDFA), New York 2000.

Dorota Talarska¹

Funkcjonowanie bio-psycho-społeczne młodzieży elementem oceny jakości życia

Wstęp

Zgodnie z definicją Wilkeninga jakość życia człowieka jest związana ze sposobem, w jaki on funkcjonuje w naturalnym i społecznym środowisku. Dlatego związki jednostki ze środowiskiem są równie ważne jak stan jego dobrobytu [1].

Okres dorastania to czas wielu przemian w funkcjonowaniu bio-psycho-społecznym młodzieży. Rówieśnicy stają się coraz ważniejszym źródłem kontaktów społecznych i oparcia emocjonalnego, jednak relacje z rodzicami nadal mają istotne znaczenie dla ich rozwoju. Spośród wielu spraw, które mają znaczenie w tym okresie możemy wymienić: zaakceptowanie swojej dojrzałości fizycznej i seksualności, określenie od nowa ról społecznych, w tym osiągnięcie niezależności od rodziców, dokonanie wyboru zawodu [2].

Uwzględniając specyfikę okresu dorastania podjęliśmy próbę oceny jakości życia dzieci zdrowych w wieku 12–18 lat.

Cel

Celem badania było poznanie opinii młodzieży na temat ich funkcjonowania w trzech sferach aktywności: biologicznej, psychicznej, społecznej.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 134 uczniów, w tym 79 z Gimnazjum i 55 Liceum Ogólnokształcącego w Poznaniu oraz ich rodziców. Narzędziem badawczym był kwestionariusz PedsQL-Pediatric Quality of Life Inventory – wersja dla rodziców i dzieci [3].

¹ Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rzetelność kwestionariusza (wersja w języku polskim) sprawdzono za pomocą wzoru alfa Cronbacha. Dla całego kwestionariusza wartość współczynnika wynosiła 0,8842.

W analizie statystycznej danych zastosowano test Fishera.

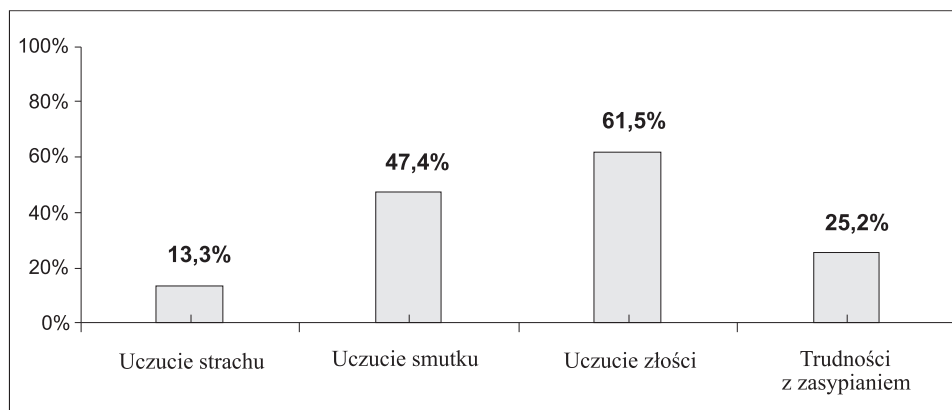
Wyniki

W badanej grupie stosunek dziewcząt do chłopców wynosił 1,3:1. Przeważały dzieci w wieku 14 oraz 16 lat, stanowiły 50,4% badanej grupy. Dziewczyny dominowały w wieku 14 (26,0%) i 16 lat (28,5%), chłopcy natomiast w wieku 13 lat (30,4%).

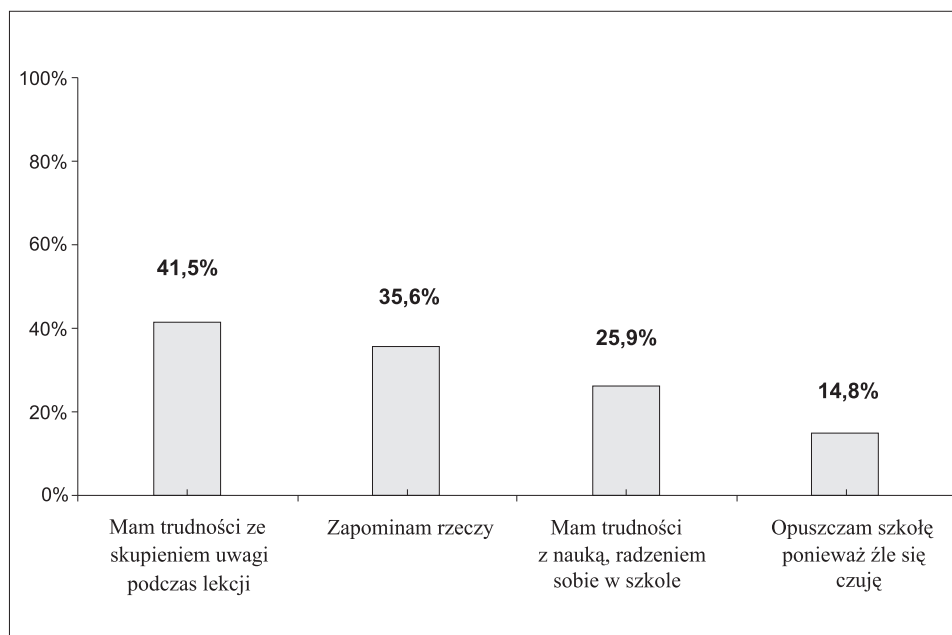
Za pomocą kwestionariusza PedsQL analizowano IV obszary: funkcjonowanie biologiczne, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie społeczne i samopoczucie. W obszarze „funkcjonowanie biologiczne” dzieci wykazały się dużą samodzielnością i sprawnością. Niewielkie trudności sygnalizowały w następujących czynnościach: podnoszenie czegoś ciężkiego (17,0%), bieganie (12,6%), ospałość (22,2%). Dolegliwości bólowe odczuwało czasami 46 uczniów (34,1%).

W obszarze funkcjonowanie emocjonalne (ryc. 1) najczęściej problemów sprawiało uczucie złości (61,5% grupy). Uczucie smutku czasami towarzyszyło 58 uczniom (43,0%), a często 6 uczniom (4,4%). Zmartwienia czasami ogarniały 29 uczniów (21,5%) a często 11 (8,2%).

Rycina 1. Funkcjonowanie emocjonalne dzieci i młodzieży



W sferze społecznej analizowano kontakty z rówieśnikami oraz funkcjonowanie w szkole (ryc. 2). W kontaktach z rówieśnikami dzieci nie sygnalizowały większych trudności. 123 uczniów (91,1%) potwierdziło, że ma przyjaciół i spędza z nimi czas wolny.

Rycina 2. Funkcjonowanie dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym

Na twierdzenie „Nie możesz robić rzeczy, które robią rówieśnicy z powodu stanu zdrowia” – 16 uczniów (11,9%) odpowiedziało – czasami, a często tylko 2 (1,5%).

Problemy w nauce potwierdziło 35 uczniów (25,9%), w tym czasami 21% a często 4,9%.

Trudności ze skupieniem uwagi podczas lekcji sygnalizowało 56 uczniów (41,5%), w tym czasami 35,8%, a często 8 uczniów (5,7%).

W obszarze samopoczucie analizowano m.in. uczucia związane z funkcjonowaniem w rodzinie oraz przyszłością. Uczucie szczęścia towarzyszyło 71% młodzieży. Zadowolenie z siebie potwierdziło 61% grupy, natomiast 4,4% zaprzeczyło temu twierdzeniu. Oparcie w rodzinie potwierdziło 85,9% dzieci. Wątpliwości dotyczące swojej przyszłości wyraża 15% uczniów, natomiast 42% jest przekonana, że przytrafią im się same dobre rzeczy.

Ogólny stan swojego zdrowia 43,7% młodzieży oceniało jako dobry, a 34,8% jako bardzo dobry, 7,4% jako średni. Żadne dziecko nie podkreśliło odpowiedzi zły.

Za pomocą testu Fishera wykazano różnice w ocenie funkcjonowania emocjonalnego dzieci w zależności od płci ($p < 0,002$) oraz w globalnej ocenie jakości życia w zależności od wieku młodzieży ($p < 0,05$).

Omówienie

W sferze biologicznej analizowano m.in. samodzielne poruszanie, zaspakanie potrzeb fizjologicznych, odczuwane dolegliwości. W opinii młodzieży aktywność fizyczna nie sprawia im większych trudności. Znaczącym problemem są natomiast odczuwane dolegliwości bólowe oraz uczucie ospałości. Dobre samopoczucie fizyczne ma duży wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka. Pecyna [4] podkreśla, że naruszone zdrowie fizyczne powoduje, że takie dziecko jest fizycznie słabsze, łatwiej ulega zmęczeniu, jest także mniej odporne na wysiłek umysłowy.

W badanej grupie ponad połowa młodzieży sygnalizowała występowanie uczucia złości i smutku. Zmiany w zakresie emocji, jakie występują w fazie dorastania, wg. Obuchowskiej [5] nie są związane jedynie ze zmieniającym się obrazem własnej osoby. Procesy neurohormonalne przyczyniają się do występowania zwiększonego pobudzenia emocjonalnego oraz labilności emocjonalnej. U wielu dorastających nasila się lęklność, szczególnie częsty jest lęk przed niepowodzeniem czy też ekspozycją społeczną.

Bradley [6] podkreśla, że jest to okres wybuchów wściekłości, często trudnych dla reszty rodziny.

Podczas analizowania funkcjonowania społecznego zwrócono przede wszystkim uwagę na kontakty z rówieśnikami. Prawie wszyscy respondenci potwierdzili, że mają przyjaciół i chętnie spędzają z nimi czas. Tendencję tę zaobserwowali również inni autorzy podkreślając, że dorastający spędzają coraz więcej czasu z rówieśnikami, a coraz mniej w towarzystwie rodziców. Bliskość z przyjacielem zdaje się zastępować wcześniejszą bliskość z rodzicami [5, 6]. Zajmowanie w rodzinie pozycji korzystnej, sprzyja i koreluje z otwartością ukierunkowaną na otoczenie oraz chęcią do współpracy z innymi [8]. Około 1/3 badanej grupy sygnalizowało trudności w nauce. Podobne wyniki uzyskała w swych badaniach Wojewoda [7]. W okresie dorastania obserwuje się niekiedy zmniejszoną efektywność uczenia się wynikającą z przejściowych trudności w koncentracji uwagi [5].

Analizując powyższe wyniki warto pamiętać, że adolescencja to czas przemian i zmian zachodzących w funkcjonowaniu bio-psycho-społecznym nie tylko u dzieci, ale również rodziców.

Wnioski

1. Ogólna ocena jakości życia w badanej grupie jest wysoka.
2. Młodzież najniżej oceniła funkcjonowanie w sferze emocjonalnej i w szkole.

Piśmiennictwo

1. Misiuna M.: Jakość życia, geneza i interpretacja w krajach cywilizacji zachodniej. *Przełgl. Sociol.*, 1979, 1, 126–136.

2. Zimbardo Ph. G.: Okres dorastania. Ph. G. Zimbardo „Psychologia i życie”, PWN, Warszawa, 1999, 196–203.
3. Varni J. W.: The PedsQL: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med. Care*, 1999, 37, 126–139.
4. Pecyna M. B.: Dzieci w stanie zdrowia i choroby. M. B. Pecyna: Dziecko i jego choroba. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2000, 28–61.
5. Obuchowska I.: Adolescencja. B. Harwas-Napierała, J. Trempała: Psychologia rozwoju człowieka cz. II. PWN, Warszawa, 2002, 163–197.
6. Bradley J., Dubinsky H.: Wyzwanie dla życia rodzinnego. w: Zrozumieć nastolatka. Diogenes, Warszawa, 2000, 101–122.
7. Wojewoda B.: Osiągnięcia szkolne dzieci z wyrównaną cukrzycą insulinozależną. L. Wołowicka: Wybrane Zagadnienia Pielęgniarstwa. Poznań, 1993, VIII, 236–240.
8. Tyszkowa M.: Pojęcie rozwoju i zmiany rozwojowej. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa: Psychologia rozwoju człowieka, cz. I. PWN, Warszawa, 2002, 45–56.

Alina Trojanowska¹, Andrzej Emeryk²

Ocena jakości życia u dzieci chorych na astmę oskrzelową

Wstęp

Astma oskrzelowa (AO) jest najczęstszą chorobą przewlekłą układu oddechowego u dzieci, a zachorowalność na nią ciągle się zwiększa [17]. Wśród wielu zagrożeń jakie niesie ze sobą, istotnym jest upośledzenie jakości życia (JŻ) wiążące się z koniecznością systematycznego stosowania leków, pojawianiem się objawów ubocznych leczenia oraz niebezpieczeństwem występowania zaostżeń zagrażających życiu chorego. Nie bez znaczenia jest również konieczność okresowych hospitalizacji, absencja w szkole i wysokie koszty leczenia choroby [1, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 17, 18].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia u dzieci chorych na astmę oskrzelową.

Material i metody

Badania przeprowadzono w latach 2001–2002. Objęto nimi 100 dzieci leczonych z powodu przewlekłej astmy oskrzelowej w Poradniach Pulmonologicznych DSK w Lublinie. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankiety. Jako narzędzie badawcze wykorzystano polską wersję kwestionariusza do badania JŻ dzieci chorych na astmę (PAQLQ) autorstwa Juniper (po uzyskaniu zgody autora). Drugim narzędziem badawczym był test sprawdzający poziom wiedzy i deklarowanych umiejętności samokontroli astmy opracowany dla potrzeb tej pracy. Analizowano również dokumentację medyczną pacjentów

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Lublinie

² II Katedra Pediatrii, Klinika Chorób Płuc i Reumatologii, Akademia Medyczna w Lublinie

(Karty Ambulatoryjnego Leczenia w Poradni Pulmonologicznej, wyniki badań spirometrycznych i wyniki alergicznych testów skórnych).

Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu SSPC 8.0. Istotność różnic między badanymi cechami sprawdzono testami U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa i porównań wielokrotnych Dunnetta T3. Analizę zależności wykonano przy pomocy współczynnika korelacji Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki badań

Wśród ankietowanych dzieci było 64 chłopców i 36 dziewczynek w wieku 8–17 lat (średnia wieku $12,3 \pm 2,6$). Miejscem zamieszkania dla 53% z nich była wieś, a dla 47% miasto. Na AO chorowały średnio $8,0 \pm 3,6$ lat (min 1 rok – max 12 lat). Zdecydowana większość z nich (89%) zachorowała na AO przed 8 r.ż.

Kwestionariusz PAQLQ składa się z 23 pytań zgrupowanych w 3 podskalach: OBJAWY, AKTYWNOŚĆ i EMOCJE. Wynik każdej z podskali oraz wynik całkowity (GLOBALNA QL) może wahać się 1–7 punktów, przy czym 1 oznacza najniższą JŻ, a 7 – najwyższą JŻ. Globalny wskaźnik JŻ w badanej grupie dzieci wynosi średnio $x = 5,52 \pm 1,07$ (min 2,4 – max 7,0). Zaledwie 1 dziecko, spośród 100 badanych, oceniło swoją JŻ na poziomie najwyższym (7 pkt). Zdaniem 93% ankietowanych dzieci choroba i jej leczenie ogranicza ich aktywność życiową. Ocena podskali AKTYWNOŚĆ kształtowała się na poziomie $x = 5,41 \pm 1,11$ (min 1,4 – max 7,0). Astma zaburzała także funkcjonowanie emocjonalne u 95% dzieci. Ocena podskali EMOCJE przejawiała wartość $x = 5,76 \pm 1,11$ (min 2,3 – max 7,0). Prawie u wszystkich dzieci (99%) w badanym okresie występowały objawy astmy o różnym stopniu nasilenia. Ocena podskali OBJAWY uzyskała wartość $x = 5,38 \pm 1,17$ (min 1,7 – max 7,0).

Analizując wpływ zmiennych społeczno-demograficznych na JŻ badanych dzieci, stwierdzono, że ani płeć, ani wiek, ani cechy charakteryzujące rodzinę nie różnicowały ich JŻ, poza wykształceniem i aktywnością zawodową ich matek i wiekiem ich ojców. Istotnie wyższe oceny jakości życia zanotowano u dzieci matek pracujących, z wyższym wykształceniem i u dzieci starszych ojców (tab. 1 i tab. 2).

W prezentowanych badaniach przyjęto założenie, że stopień ciężkości astmy może mieć znaczenie dla oceny JŻ dzieci. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej i wyników badań spirometrycznych ustalono, że dominującym rodzajem astmy w badanej grupie była astma przewlekła umiarkowana (51%). Nieco mniej było przypadków astmy przewlekłej łagodnej (45%), a zdecydowanie najmniej przewlekłej ciężkiej (4%). Analiza statystyczna (tab. 1) potwierdziła istotną zależność między stopniem ciężkości choroby na JŻ dzieci. W badaniach analizowano m.in. wpływ współistniejących chorób przewlekłych na JŻ dzieci. Obecność

Tabela 1. Porównanie oceny jakości życia dzieci w zależności od wybranych zmiennych

Zmienna niezależna	Globalna QL dzieci		
	x	SD	p
Stopień ciężkości astmy:			0,037**
łagodna	5,63	0,92	
umiarkowana	5,49	1,12	
ciężka	4,61	1,73	
Współistnienie chorób przewlekłych:			0,045**
nie	5,60	1,05	
tak	5,15	1,10	
Steroidoterapia:			0,020**
nie	6,10	0,50	
tak	5,40	1,12	
Wykształcenie matki:			0,017*
wyższe	6,20	0,72	
średnie	5,66	1,22	
zasadnicze	5,64	1,12	
podstawowe	6,02	0,80	
Aktywność zawodowa matki:			0,017*
praca zawodowa	5,73	0,98	
bezrobotna	5,20	1,09	
renta/emerytura	5,24	0,17	
urlop wychowawczy	6,55	0,40	

* test Kruskala-Wallisa

** test U Manna-Whitneya

Tabela 2. Korelacje między wybranymi zmiennymi a jakością życia dziecka

Zmienna niezależna	Objawy	Aktywność	Emocje	Globalna QL
Okres leczenia przez lekarza pierwszego kontaktu	-0,228*	-0,238*	-0,145	-0,200**
Liczba czynników wyzwalających zaostrzenia	-0,274*	-0,298**	-0,187	-0,286**
Zapotrzebowanie na doraźną pomoc	-0,259**	-0,376**	-0,302**	-0,332**
Absencja w szkole	-0,219*	-0,207*	-0,110	-0,207*
Wiek ojca	0,231*	0,152	0,205*	0,241*

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

dodatkowych chorób przewlekłych potwierdzono u zdecydowanej większości badanych (82%). Inne choroby alergiczne (alergiczny nieżyt nosa, alergia pokarmowa, atopowe zapalenie skóry) obciążały prawie 3/4 ankietowanych dzieci (74%). Przewlekłe choroby niealergiczne (układu krążenia, moczowego, neurologiczne) jednocześnie występowały u 17% dzieci. Bez dodatkowych chorób przewlekłych było jedynie 18% dzieci. Zastosowana analiza statystyczna (tab. 1) wykazała istotny wpływ powyższego czynnika na JŻ dzieci. W materiale badawczym testowano także wpływ stałego stosowania wziewnych glikokortykosteroidów (gks) w leczeniu astmy na JŻ dzieci. Z analizy danych wynika, że zdecydowana większość dzieci (83%) stale otrzymywała gks. Pozostałe 17% nie było leczone gks. Przeprowadzone badanie statystyczne (tab. 1) ujawniło istotny wpływ tego parametru na JŻ dzieci.

W badaniach podjęto również próbę określenia związku pomiędzy okresem leczenia dziecka przez lekarza pierwszego kontaktu a JŻ oraz związku pomiędzy okresem leczenia dziecka przez lekarza specjalistę (pulmonolog, alergolog) a JŻ dzieci. Wyniki badań wykazały, że ankietowane dzieci dłużej były leczone przez lekarza specjalistę ($6,8 \pm 3,8$ lat) niż przez lekarza pierwszego kontaktu ($1,9 \pm 2,9$ lat). Analiza korelacji (tab. 2) ujawniła ujemną zależność pomiędzy okresem leczenia dziecka przez lekarza pierwszego kontaktu a JŻ dzieci. Kolejna obserwacja w niniejszym badaniu dotyczyła wpływu liczby czynników wyzwalających zaostrzenia astmy na JŻ dzieci. Przeprowadzona analiza korelacji (tab. 2) wykazała istotny ujemny związek. Do najczęstszych czynników powodujących nasilenie objawów w badanej grupie należały: zakażenia układu oddechowego (89%), alergeny (81%), wysiłek fizyczny (67%) i czynniki klimatyczne (53%). W sumie zidentyfikowano od 1 do 12 czynników mających znaczenie w tym zakresie. Prawie u wszystkich dzieci (99%) pogorszenie stanu powodował więcej niż jeden czynnik. Oceniając kolejny negatywny czynnik mogący mieć wpływ na ocenę JŻ, ujawniono, że w ciągu ostatniego roku duży odsetek dzieci (77%) wymagał dodatkowej pomocy medycznej z powodu nasilenia objawów astmy. W oparciu o przeprowadzoną analizę stwierdzono, że w ciągu roku poprzedzającego badanie ankietowe, prawie co dziesiąte dziecko (9%) przyjęto na co najmniej jedną dobę do szpitala, 13% zgłosiło się raz lub więcej do izby przyjęć, do 3% wezwano pogotowie ratunkowe, 62% dzieci musiało skorzystać z dodatkowej wizyty u lekarza, a 28% z konsultacji telefonicznej z lekarzem. Analiza zależności (tab. 2) ujawniła istotną ujemną korelację pomiędzy częstością korzystania z doraźnej pomocy lekarskiej a JŻ. Analizie poddano również częstość nieobecności dzieci w szkole w ciągu ostatniego roku z powodu zaostrzenia astmy. W omawianej grupie zdecydowana większość dzieci (87%) opuszczała zajęcia lekcyjne. Prawie połowa z nich (47%) była nieobecna w szkole przez ok. 7 dni w roku, a aż 40% z nich powyżej 7 dni w roku. Zastosowana analiza korelacji (tab. 2) potwierdziła istotny ujemny związek między częstością nieobecności w szkole a JŻ dzieci.

Tabela 3. Zakres wiedzy o astmie w badanej grupie dzieci określony na podstawie testu wiadomości (n = 100)

Wiedza	Wystarczająca	Niepełna	Brak	Ogółem
	%	%	%	%
nazwa choroby	96,0	4,0	0,0	100,0
przyczyna astmy	0,0	43,0	57,0	100,0
objawy astmy	65,0	33,0	2,0	100,0
czynniki nasilające astmę	49,0	40,0	11,0	100,0
nazwy stosowanych leków, zasady ich działania i stosowania	69,0	0,0	31,0	100,0

Tabela 4. Zakres umiejętności samokontroli astmy w subiektywnej ocenie badanych dzieci (n = 100)

Umiejętność	Wystarczająca	Niepełna	Brak	Ogółem
	%	%	%	%
systematyczne i prawidłowe stosowanie zaleconych leków	84,0	16,0	0,0	100,0
zapobieganie napadom astmy	44,0	55,0	1,0	100,0
monitorowanie przebiegu astmy przy użyciu pikflometru	15,0	30,0	55,0	100,0
prowadzenie dzienniczka samokontroli	12,0	14,0	74,0	100,0
rozpoznanie zaostrzenia astmy	5,0	87,0	8,0	100,0
radzenie sobie w napadzie astmy	17,0	68,0	15,0	100,0
posługiwanie się inhalatorem MDI lub DPI	93,0	0,0	7,0	100,0

Na podstawie testu wiadomości i deklarowanych umiejętności w zakresie samokontroli astmy dokonano analizy jakościowej i ilościowej uzyskanych wyników (tab. 3 i tab. 4).

Z przytoczonych danych wynika, że chore dzieci nie mają dostatecznej wiedzy na temat przyczyn choroby, zasad leczenia i czynników nasilających astmę. Dzieci, które posiadały wystarczającą wiedzę o astmie lepiej oceniły swoją JŻ w stosunku do pozostałych. Analiza statystyczna wykazała istotny wpływ poziomu wiedzy o chorobie na funkcjonowanie emocjonalne badanych dzieci ($p = 0,005$). Okazało się, że w miarę wzrostu wiedzy o astmie ankietowane

dzieci rzadziej doświadczają negatywnych emocji wynikających z choroby, takich jak lęk, niepokój, zmartwienie, niezadowolenie czy zdenerwowanie. Dzieci z wysokim poziomem wiedzy zdrowotnej rzadziej miały też poczucie mniejszej wartości, bycia innym czy wręcz odrzucenia przez środowisko w porównaniu do pozostałych.

Analizując tabelę można zauważyć, że chore dzieci nie potrafią w zadawalającym stopniu prowadzić dzienniczków samokontroli, monitorować przebieg astmy przy użyciu pikflometru oraz zapobiegać, rozpoznawać i radzić sobie w zaostrzeniu choroby. Zastosowana analiza statystyczna wykazała istotnie niższą ocenę JŻ u dzieci z wysoką umiejętnością samokontroli choroby w odniesieniu do pozostałych ($p = 0,033$). Przeprowadzona analiza korelacji także potwierdziła istotną ujemną korelację pomiędzy tymi czynnikami ($r = -0,274$, $p = 0,006$), co wskazywało na obniżanie się JŻ wraz ze wzrostem samokontroli choroby.

Dyskusja

W ostatnich latach w naukach medycznych obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania problematyką JŻ [6, 7, 10, 12, 18]. Wynika to faktu dostrzegania potrzeby bardziej podmiotowego traktowania chorego. Badania JŻ są szczególnie przydatne u pacjentów chorujących przewlekle, gdzie charakter choroby wywołuje długotrwały, silny wpływ na codzienne życie chorego we wszystkich jego sferach.

Czynniki społeczno-demograficzne należą do czynników obiektywnych, które zdaniem Kunsebecka wpływają na JŻ chorych [10]. W badaniach własnych zaobserwowano istotnie wyższe oceny JŻ wśród dzieci ojców starszych niż młodszych, co można tłumaczyć osiągnięciem już ustabilizowanej pozycji ojców, a to zaś może zwiększać u dzieci poczucie bezpieczeństwa. Poziom wykształcenia jaki posiadali rodzice może mieć wpływ na możliwość ich zatrudnienia, a tym samym na sytuację materialną rodziny [10, 11]. Bezrobocie rodziców wpływa niekorzystnie na dochody rodziny. Niskie dochody są źródłem wielu stresów i obniżają JŻ jej członków [10, 11]. Jak można było przewidzieć istotnie wyższe oceny JŻ zanotowano u dzieci matek pracujących, z wyższym wykształceniem. Uzyskane wyniki są porównywalne z obserwacjami innych autorów [10, 11].

Coraz większą wagę przywiązuje się do oceny stopnia ciężkości choroby nie tylko w oparciu o obiektywne wskaźniki kliniczne i laboratoryjne, ale też dokonanej w sposób subiektywny przez chorego [11, 17, 18]. W badaniach własnych stwierdzono istotny spadek JŻ wraz ze wzrostem stopnia ciężkości astmy, co jest zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów [11]. W wielu doniesieniach akcentuje się, że współistnienie dodatkowej choroby przewlekłej pogarsza JŻ dziecka chorego na AO [7, 18]. Związane to może być z dodatkowymi dolegliwościami, koniecznością przestrzegania zaleceń dietetycznych, przyjmowania dodatkowych leków, dodatkowych badań kontrolnych i wizyt lekarskich. Uży-

skane wyniki stanowiły potwierdzenie rezultatów innych badaczy, że AO bardzo często towarzyszy alergiczny nieżyt nosa (74% – badania własne) i jest to czynnik dodatkowo obniżający JŻ [7]. Badania JŻ umożliwiają ewaluację subiektywnych korzyści wynikających z zastosowanego leczenia i stają się niezmiernie istotnym czynnikiem dla podejmowanych decyzji terapeutycznych [1, 17]. Wyniki badań Baxtera-Jonesa i wsp. wskazują, że zastosowanie gks powoduje redukcję objawów, zapobiega zaostrzeniom astmy, zaburzeniom snu, zmniejsza zapotrzebowanie na doraźną pomoc i prowadzi do lepszej JŻ [1]. W badaniach własnych stałe podawanie gks istotnie obniżało JŻ ankietowanych. Uzyskane wyniki różnią się od najczęściej opisywanych w piśmiennictwie. Być może ma to związek z tym, że u ponad połowy dzieci (59%) występowały miejscowe objawy uboczne wziewnej steroidoterapii, jak i pewien dyskomfort płynący z konieczności regularnego przyjmowania leków. Z piśmiennictwa wynika, że ważnym zagadnieniem mogącym mieć wpływ na JŻ jest czasokres leczenia choroby oraz fakt jej leczenia przez lekarza specjalistę [16, 19]. Storms i Vilar wykazali, że leczenie astmy dziecka przez lekarza specjalistę (alergolog lub pulmonolog) miało istotny dodatni wpływ na JŻ dzieci prawdopodobnie z powodu wzrostu u nich poczucia bezpieczeństwa [16, 19]. W prezentowanym materiale zaobserwowano, że leczenie dziecka przez lekarza pierwszego kontaktu istotnie łączyło się z niższą jakością jego życia. Otrzymane wyniki badań potwierdziły opisywaną przez innych autorów istotną negatywną korelację pomiędzy liczbą czynników swoistych i nieswoistych wyzwalających objawy astmy a JŻ dzieci [4]. Ustalone rodzaje najczęstszych czynników powodujących zaostrzenie astmy (zakażenia układu oddechowego, alergeny, wysiłek fizyczny) są zbliżone do obserwacji innych badaczy [4]. Jedną z najpoważniejszych konsekwencji zaostrzenia objawów astmy jest hospitalizacja dziecka, ale zalicza się do nich także wizytę w izbie przyjęć szpitala, interwencję pogotowia ratunkowego czy niezaplanowaną wizytę u lekarza prowadzącego [9, 13, 17]. W badaniach własnych 77% dzieci wymagało doraźnej pomocy lekarskiej. Dla porównania w badaniach AIRE – 30% dorosłych chorych na AO w Europie Zachodniej wymagało dodatkowej pomocy medycznej z tego powodu [13]. W Polsce 49% dorosłych i 46% dzieci chorych na AO wymagało skorzystania z nagłej pomocy lekarskiej [9]. Uzyskane wyniki własne korespondują z badaniami innych autorów, u których także był to czynnik istotnie pogarszający JŻ [12]. Ponadto w badaniach Osmana i wsp. niska wyjściowa JŻ prognozowała zaostrzenie astmy i wzrost zapotrzebowania na opiekę doraźną [12]. Nasilenie objawów i częste pobyty dzieci w szpitalu wyłączają je z zajęć szkolnych, a także z kontaktów z grupą rówieśniczą, co może być przyczyną zmiany JŻ [3]. W omawianej grupie zdecydowana większość dzieci (87%) zgłosiła, że podczas ostatnich dwunastu miesięcy opuściła zajęcia lekcyjne z powodu astmy (w badaniach AIRE – 43% dzieci w Europie Zachodniej i 49% dzieci w Polsce), co istotnie negatywnie korelowało z oceną ich JŻ [9, 13]. Obserwacja ta jest podobna do spostrzeżeń Coovera i Lala [3, 11].

Edukacja dziecka chorego na AO odgrywa pierwszoplanową rolę w procesie kompleksowej terapii [2, 17]. Powodzenie leczenia zależy od stopnia współpracy z chorym i jego motywacji do realizacji zaleceń, wynikającej m.in. z posiadanej wiedzy o chorobie i przekonania chorego o skuteczności i bezpieczeństwie podjętych działań [2]. Szereg autorów zwraca uwagę, że skutecznie prowadzona edukacja zdrowotna może poprawić JŻ chorego [2, 5, 15, 18, 20]. Przykładem są wyniki badań Farnik-Brodzińskiej i Pierzchały wskazujące na istotny wzrost oceny JŻ chorych na AO po edukacji zdrowotnej [6]. W omawianym materiale stwierdzona niewiedza w zakresie przyczyn astmy i zasad jej leczenia jest bardzo niepokojąca. Chory, który nie zna podłoża choroby i celów jej leczenia nie jest w stanie unikać czynników nasilających objawy astmy ani świadomie realizować plan leczenia. Tacy chorzy często zaniedbują wziewną steroidoterapię, ograniczając się do przyjmowania leków przeciw duszności, stosowanych doraźnie. W zaleceniach GINA 2002 podkreśla się, że edukacja chorych jest jednym z niezbędnych elementów opanowania dolegliwości [17]. Rezultaty badań Younga i wsp. niezbicie dowodzą, że wiedza o chorobie i zachowaniach zdrowotnych może zmniejszyć napięcie i stres zwykle nasilające duszność [20]. Kądziała-Olech dowiodła zaś, iż wiedza o chorobie zmniejsza lęk przed nieznanym i pozytywnie wpływa na stan emocjonalny dzieci [8]. W badaniach Stańczyk i wsp. także wykazano istotną zależność zaburzeń emocjonalnych od niedostatecznej wiedzy dzieci na temat istoty choroby [14]. Uzyskane wyniki badań własnych stanowiły potwierdzenie rezultatów innych autorów. W grupie dzieci z wysokim poziomem wiedzy o chorobie również zaobserwowano istotnie wyższe oceny JŻ w sferze funkcjonowania emocjonalnego w porównaniu do pozostałych dzieci. Liczni autorzy podkreślają znaczenie samokontroli w zwiększeniu skuteczności leczenia [2, 5, 15, 18]. Analiza materiału badawczego wykazała, że nawet wysoki poziom wiedzy o chorobie nie gwarantuje stosowania jej w codziennej praktyce. Pomimo, iż badani w większości mieli wystarczający zasób wiedzy na temat astmy, jednak nie skłoniło to ich do profilaktyki zaostrzeń choroby. Brak umiejętności monitorowania astmy przy użyciu pikfłometru i dzienniczka samokontroli może być rezultatem nie zalecenia przez lekarza tych metod lub niechęci chorego do obciążenia dodatkowymi obowiązkami. Wyniki badań własnych ujawniły pogorszenie JŻ ankietowanych dzieci wraz ze wzrostem prowadzonej samokontroli choroby. Taki rezultat badań wydaje się dość zaskakujący i przeczący powszechnie panującym przekonaniom, iż JŻ powinna być raczej lepsza w wyniku stosowanej samokontroli choroby. Być może wynikało to z tego, że samokontrola astmy ogranicza wolność i swobodę dzieci, powoduje liczne niedogodności i trudności płynące z konieczności zmiany trybu życia z zakazami i ograniczeniami. W badaniach Dolinara i Stevensa także zaobserwowano, że systematyczne monitorowanie choroby może być przez chorych postrzegane jako dodatkowa komplikacja pogarszająca JŻ [5, 15].

Wnioski

1. W tworzeniu obrazu jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową najbardziej istotnym elementem okazał się wpływ zmiennych klinicznych, zaś czynniki społeczno-demograficzne odgrywały tu rolę drugorzędą.
2. Wysoki poziom wiedzy o własnej chorobie wpływał pozytywnie na stan emocjonalny dziecka, natomiast prowadzona samokontrola astmy ograniczała jego aktywność życiową.
3. Ocena poszczególnych obszarów jakości życia może przyczynić się do opracowania indywidualnych programów terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Baxter-Jones A., Helms P.: Early introduction of inhaled steroids in wheezing children presenting in primary care. A pilot study. EASE Study Group. *Clin. Exp. Allergy* 2000, 30, 1618–1626
2. Boner A., Valletta E.: Education in asthmatic children. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1994, 49, 250–253.
3. Coover L., Vega C., Persky V. et al: A collaborative model to enhance the functioning of the school child with asthma. *Chest* 1999, 116, suppl. 1, 193–195.
4. Cote J., Cartier A., Robichaud P. et al: Influence of asthma severity, quality of life and environmental control. *Can. Respir. J.* 2000, 7, 395–400.
5. Dolinar R., Kumar V., Coutu-Wakulczyk G. et al: Pilot study of a home-based asthma health education program. *Patient Educ. Couns.* 2000, 40, 93–102.
6. Farnik-Brodzińska M., Pierzchała W.: Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego. ŚAM, Katowice 1999.
7. Juniper E.: Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis. *Allergy* 1997, 52, 971–977.
8. Kądziała-Olech H., Białkoz J., Zagórecka E.: Samoocena dzieci z przewlekłą chorobą alergiczną. *Nowa Pediat.* 1999, 4, 23–25.
9. Kowalski M.: Leczenie astmy w Polsce a międzynarodowe wytyczne. Wyniki badania AIRE. *Alerg. Astma Immunol.* 2001, 6, suppl. 1, 37–38.
10. Kunsebeck H., Korber J., Freyberg H.: Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother. Psychosom.* 1990, 54, 110–116.
11. Lal A., Kumar L., Malhotra S.: Socioeconomic burden of childhood asthma. *Indian Pediat.* 1994, 31, 425–428.
12. Osman L., Calder C., Robertson R. et al: Symptoms quality of life, and health service contact among young adults with mild asthma. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000, 161, 498–503.
13. Rabe K., Vermeire P., Soriano J. et al: Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) Study. *Eur. Respir. J.* 2000, 16, 802–807.
14. Stańczyk A., Tomczyk-Rusińska A.: Wpływ astmy atopowej na funkcjonowanie dzieci w sytuacjach problemowych. *Alerg. Astma Immunol.* 1998, 3, 219–222.

15. Stevens C., Wesseldine L., Couriel J. et al: Parental education and guided self-management of asthma and wheezing in the pre-school child: a randomised controlled trial. *Thorax* 2002, 51, 39–44.
16. Storms B., Olden L., Nathan R. et al: Effect of allergy specialist care on the quality of life in patients with asthma. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 1995, 75, 491–494.
17. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLBI/WHO. *Med. Prakt.* 2002, wyd. specj. 6, 1–181.
18. Trojanowska A.: Jakość życia dzieci chorych na astmę oskrzelową. Praca doktorska. Maszynopis AM, Lublin 2004.
19. Vilar M., Reddy B., Silverman B. et al: Superior clinical outcomes of inner city asthma patients treated in an allergy clinic. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2000, 84, 299–303.
20. Young N., Foster A., Parkin P. et al: Assessing the efficacy of a school-based asthma education program for children: a pilot study. *Can. J. Publish Health* 2001, 92, 30–34.

Monika Kosmala¹, Joanna Rosińczuk-Tonderys¹,
Janusz Mierzwa¹, Wiesław Łuczkowski¹

Jakość życia dzieci dializowanych a zdolność do podejmowania samoopieki

Wstęp

Rozwój i zdrowie dziecka zależą w dużym stopniu od najszerzej pojętej opieki, którą powinno się otoczyć dziecko od chwili poczęcia aż do chwili osiągnięcia przez nie dojrzałości.

Tempo zmian w organizmie dziecka, zachodzących w procesie rozwoju, jest najważniejsze w pierwszym roku życia, a następnie około szóstego roku życia i w okresie pokwitania. W tych też okresach przyspiesza się tempo wzrastania, szybko zmieniają się proporcje ciała, gwałtowne zmiany zachodzą w procesach psychicznych. Okresy te wiążą się z zachowaniem ogólnoustrojowej równowagi, co m.in. wyraża się większą częstością zachowań i bardzo burzliwym przebiegiem wielu chorób.

Uczestniczenie w zachodzących w okresie rozwoju przemianach, wspomaganie tego rozwoju, zapobieganie chorobom i pomoc w ich zwalczaniu są dla rodziców źródłem silnych przeżyć dających poczucie pełni życia. Te same elementy decydują o atrakcyjności zawodu pielęgniarki, który wiąże się z opieką nad dzieckiem.

W prawidłowych warunkach rodzice zapewniają dziecku ciągłą i harmonijną opiekę od pierwszych chwil jego życia. Ideałem jest, jeżeli również fachowa opieka nad zdrowiem dziecka ma charakter ciągły. Znaczenie łatwiej jest oceniać stan chorego dziecka, jeśli zna się okresy w przebiegu niewydolności nerek [1, 2, 3].

Sposoby pielęgnowania, żywienia, wychowania i leczenia muszą ulegać zmianom w miarę rozwoju, muszą jednak też być dostosowane do osobniczych właściwości każdego dziecka. Od pierwszych, bowiem chwil życia człowiek jest niepowtarzalną indywidualnością. Ten zespół różnorodnych cech, który pojawia

¹ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

się przed przyjściem na świat nowego człowieka, a następnie zachodzące w tym człowieku w ciągu kilkunastu lat życia dynamiczne przemiany stanowią o wielkim uroku pediatrii jako dzieła medycyny klinicznej. Przemiany te decydują również o tym, że jest to dział bardzo rozległy i trudny. Wymaga on, znajomości procesów fizjologicznych odmiennych w każdym okresie życia dziecka i procesów chorobowych, których przebieg różni się znacznie na różnych etapach rozwoju osobniczego.

Duże znaczenie w opiece nad dzieckiem ma jego środowisko, tzn. warunki domowe, zwyczaje panujące w rodzinie, a także stan zdrowia najbliższego otoczenia [1, 2, 3, 4].

Dializoterapia jest podstawową metodą leczenia nerkozastępczego. Jednakże dopiero przed trzydziestu laty wprowadzono ją do praktyki klinicznej. Ostatnie dziesięć lat przyniosło ogromny postęp w tej dziedzinie. Zastosowanie nowych technik, nowoczesny sprzęt, udoskonalenie błon dializacyjnych stworzyło możliwości znacznego przedłużenia i poprawienia jakości życia pacjentów przewlekłą niewydolnością nerek [1, 3].

Przewlekłe dializy zmieniają radykalnie dotychczasowy tryb życia chorego dziecka. W związku z tym adaptacja małego pacjenta do zaistniałej sytuacji jest bardzo trudna. Wiąże się ona z tym, iż dziecko przychodzi do szpitala, co 2 lub 3 dni, musi zachowywać rygoru diety i gospodarki wodnej. Ponadto sama hospitalizacja jest dla dziecka stresem, który w różny sposób determinuje jego rozwój fizyczny i psychiczny. Dzieci przewlekłe chore, często hospitalizowane wykazują zmiany emocjonalne, które wyrażają się w ich pobudzeniu. Przebywając w szpitalu stykają się z nowym środowiskiem, odczuwają silny brak poczucia bezpieczeństwa, a rozłąkę z najbliższymi przeżywają nad wyraz dotkliwie. Owa sytuacja wywołuje wiele zmian w reakcjach dziecka. Mogą być one wyrażone w postaci gniewu, płaczu, lęku czy smutku [1, 2].

Pomiędzy dziećmi dializowanymi a całym personelem medycznym wytwarzają się określone reakcje interpersonalne. Personel powinien zawsze pamiętać o stosowaniu podstawowych zasad psychologii. Ogromne pole działania w tym zakresie ma pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad dzieckiem. To ona potrafi najbardziej wnikliwie rozpoznać u dziecka objawy lęku, strachu czy zagubienia. Jednak tylko pielęgniarka o wysokich kwalifikacjach szeroko pojętej wiedzy jest w stanie sprostać w/w zadaniom [1, 5].

Badając jakość życia wyznaczoną przez stan zdrowia, należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

1. możliwości funkcjonowania własnej sytuacji życiowej,
2. sposób postrzegania własnej sytuacji życiowej,
3. objawy chorobowe i kondycję fizyczną, która wynika z procesów chorobowych i wieku [8].

Aktualna taksonomia pojęcia „jakości życia” polega na wyodrębnieniu różnic między jakością życia niezależną od stanu zdrowia (Nonhealth Related Quali-

ty of Life = NHRQoL) i od niego zależną (Health Related Quality of Life = NRQoL).

Z pojęciem jakości życia wiąże się jego ocena, czyli obraz własnego położenia życiowego, dokonana przez pacjenta w pewnym czasie. Ocena jakości życia może być dokonywana poprzez ocenę obiektywnej sytuacji, w której znalazła się dana osoba oraz ocenę widzianą przez pryzmat przeżyć lub poglądów oceniającego.

Chorobę i dysfunkcję nerek rozpatruje się głównie z punktu widzenia roli, jaką nerki odgrywają w filtracji i wydalaniu produktów przemiany azotowej. Równie ważną rolę odgrywają nerki w utrzymaniu właściwego bilansu wody i elektrolitów, w homeostazie kwasowo-zasadowej oraz jako narząd wytwarzający wiele hormonów (takich jak: erytropoetyna, prostaglandyny, renina, witamina D i kininy). Inną istotną cechą chorób nerek w okresach niemowlęcym i dziecięcym jest ograniczenie funkcji normalnej tych narządów po narodzinach oraz w okresie wzrostu i dojrzewania organizmu dziecka [6].

Ostra niewydolność nerek (o.n.n) jest to stan kliniczny spowodowany nagłym (odwracalnym lub nie) ustaniem czynności wydzielniczej nerki lub zmniejszeniem się jej stopnia wydolności uniemożliwiającym utrzymanie stałości środowiska wewnętrznego [2].

W ostrej niewydolności nerek przepływ krwi przez nerki i przesączanie kłębuszkowe jest znaczenie obniżone, czemu towarzyszy na ogół skąpomocz lub bezmocz.

Na obraz kliniczny składają się objawy będące skutkiem utraty zdolności do wytwarzania moczu (obrzęki, dyselektrolitemia, kwasica, retencja produktów przemiany azotowej), wypadnięcia czynności wewnątrzwydzielniczej nerek i wpływu tych zaburzeń na inne układy i narządy [1, 2].

Wyróżnia się trzy postacie ostrej niewydolności nerek: przednerkową, nerkową i zanerkową [3].

Dializoterapia jest metodą pozwalającą na utrzymanie homeostazy (rozumianej w najszerszym tego słowa znaczeniu) stosowaną u chorych zaawansowaną schyłkową niewydolnością nerek [7]. Polega ona na wymianie drobno- i średnicząsteczkowych składników rozpuszczalnych pomiędzy osoczem chorego płynem dializacyjnym. Do tego celu wykorzystuje się jamę otrzewnową lub aparaty dializacyjne zwane potocznie sztucznymi nerkami [7].

Istnieją trzy podstawowe metody leczenia nerkozastępczego: hemodializy (HD), dializa otrzewnowa (wymiany ręczne – CADO lub dializa automatyczna – ADO) oraz przeszczepianie nerki. Każda z metod ma swoje zalety oraz ograniczenia i może powodować charakterystyczne dla niej powikłania. U dziecka z niewydolnością nerek oprócz problemów związanych z samą chorobą mamy dodatkowo do czynienia z powikłaniami wynikającymi z długotrwałego leczenia, które wraz z jego wydłużeniem mają coraz poważniejszy charakter.

Cel pracy

Celem podjętych badań było poznanie zależności między jakością życia chorych dializowanych i zdolnością do podejmowania przez nich samoopieki.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 10 pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek poddanych zabiegom CADO i hemodializy w związku z przewlekłą niewydolnością nerek w Stacji Dializ przy Klinice Nefrologii Pediatricznej we Wrocławiu.

Wiek chorych zawierał się w przedziale 8–24 lat. Spośród tej grupy wyodrębniono dwie grupy wiekowe:

I grupa: 8–17 lat (6 osób: 4 dziewczynki i 2 chłopców)

II grupa: 19–24 lat (4 osoby: 2 kobiety i 2 mężczyzn).

W badaniu posłużono się ankietą skonstruowaną specjalnie do tego celu i wypełnianą w trakcie rozmowy z pacjentem lub/i jego rodziną.

Tabela 1. Czy obecnie jesteś zadowolony(-a) ze swojego życia

	I grupa	II grupa
Tak jestem zadowolony(-a)	4	2
Raczej zadowolony(-a)	2	2
Niezadowolony(-a)	0	0

Tabela 2. Czy wiesz na co jesteś chory

	I grupa	II grupa
Nie	0	0
Tak (opisz ją)	6	4

I grupa:

1. Choruję na nerki, mam dializy.
2. Mam niewydolność nerek, nie wypłukują się ze mnie związki chemiczne, dlatego muszę być dializowana.
3. Nie mam nerek, muszę być dializowana.
4. Przewlekła niewydolność nerek, nerki nie podejmują pracy, muszę być dializowany.
5. Dializuję się otrzewnowo, dializa zastępuje mi nerki.
6. Mam dializy, jestem chory na nerki, nerki moje nie pracują.

II grupa:

1. Choruję na nerki, nerki przestały funkcjonować.
2. Jestem dializowana z powodu niewydolności nerek.
3. Nie siusiam i muszę jeździć na dializy.
4. Przewlekła niewydolność nerek, przez co muszę przyjeżdżać na dializy, mnóstwo ograniczeń, samokontrola.

Tabela 3. Jak myślisz, czy Twoja choroba będzie przeszkadzała Ci w ukończeniu szkoły i zdobyciu zawodu

	I grupa	II grupa
Tak	0	0
Nie	2	1
Czasami	4	3

Tabela 4. Czy gości na Twojej twarzy smutek, brak wiary na lepszą przyszłość

	I grupa	II grupa
Tak	1	2
Nie	3	1
Nie wiem	2	1

Tabela 5. Jakie uczucia wywołało u Ciebie pojawienie się choroby

	I grupa	II grupa
Strach	1	0
Gniew	0	0
Obojętność	0	0
Przygnębienie	0	1
Spokój	1	0
Bezradność	0	1
Nie pamięta, zachorował(-a) w okresie niemowlęctwa	4	2

Omówienie

Przedstawiony materiał obejmuje wszystkie dzieci poddane dializoterapii w Klinice Nefrologii Pediatricznej. Wszystkie osoby badane posiadają rodzeństwo. 2 dzieci (20%) uważa, że jest lepiej traktowane od rodzeństwa; 4 dzieci

(40%) jest traktowane na równi z rodzeństwem; 4 osoby dorosłe (40%) traktowane są na równi z rodzeństwem. U wszystkich badanych (100%) stosunek rodziców jest dobry. 4 dzieci uczą się w Gimnazjum, 1 dziecko w Szkole Podstawowej, 2 osoby w Liceum Ogólnokształcącym, 1 osoba studiuje na Uniwersytecie Wrocławskim, a 2 osoby się nie uczą. Wszystkie badane osoby są uczniami różnych szkół. 7 dzieci (70%) lubi swoją szkołę, 1 dziecko (10%) nie lubi swojej szkoły, 2 osoby (20%) nie kontynuują nauki. Dalsze plany edukacyjne posiada 6 dzieci (60%), 2 osoby dorosłe (20%), 1 osoba dorosła (10%) nie chce się uczyć, 1 osoba (10%) nie udziela odpowiedzi. 6 osób (60%) planuje zostać pracownikami umysłowymi, 2 osoby (20%) planuje zdobyć zawód artystyczny, 2 osoby (20%) nie wiedzą jaki zawód chcą wykonywać w przyszłości. 9 osób (90%) posiada kolegów/koleżanki, których lubi, także większość osób badanych tj. 60% jest lubiana. 1 osoba (10%) nie utrzymuje kontaktów z kolegami/koleżankami. Wszystkie osoby badane (100%) znają rozpoznanie i istotę swojej choroby. Reakcje otoczenia na pojawienie się choroby są różne. Najczęściej pojawiają się:

- a) życzliwość i zrozumienie – 6 osób;
- b) litość i współczucie – 3 osoby;
- c) obojętność – 1 osoba.

3 osoby (30%) ma świadomość, że choroba będzie przeszkodą w zdobyciu wykształcenia i zawodu, 4 osoby (40%) uważa, że nie, a 3 osoby (30%) nie ma na ten temat zdania. W ocenie dolegliwości najczęściej pojawiło się zmęczenie, bo u 60% badanych, na drugim miejscu zapaćcia u 30% badanych; duszność, ból, brak apetytu (20%) badanych, 1 osoba (10%) nie odczuwa żadnych dolegliwości. W/w dolegliwości pojawiają się w 60% rzadko, w 20% często, w 10% zawsze i w 10% nigdy. Brak wiary w lepszą przyszłość u 70% badanych pojawia się czasami, a u 30% nie występuje.

Problem jakości życia u chorych dializowanych jest prezentowany od kilku lat na sympozjach nefrologicznych i w piśmiennictwie. Autor pracy z Instytutu – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie podaje, że „transplantacja nerki powoduje najbardziej istotną poprawę samooceny w zakresie stanu zdrowia, aktywności fizycznej i społecznej, jak również ogólnej jakości życia oraz powoduje długotrwałe utrzymywanie się tej oceny. Leczeni hemodializą wykazują w miarę upływu czasu znaczny stopień adaptacji do leczenia, wyrażający się poprawą w zakresie oceny jakości fizycznej i społecznej sfery życia” [6].

Badaniem jakości życia osób dorosłych z przewlekłą niewydolnością nerek zajmowało się wielu autorów. Z ich badań wynika, że prawie wszyscy (90%) pacjenci zgłaszali problemy zdrowotne wywierające istotny wpływ na takie dziedziny życia jak: praca zawodowa, obowiązki domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania oraz planowanie czasu wolnego. Klinika Chorób Nerek przy Akademii Medycznej w Gdańsku wraz z I Kliniką Chorób Psychiczych porównały jakości życia pacjentów leczonych hemodializą oraz dializą otrzewnową z grupą kontrolną. Z ich obserwacji wynika,

że jakość życia pacjentów dializowanych otrzewnowo była bardziej zbliżona do jakości życia osób zdrowych. Pacjenci hemodializowani mieli gorszą jakość życia w stosunku do osób zdrowych w wielu jej obszarach. Analiza dolegliwości somatycznych wykazała, że pacjenci hemodializowani mieli większe nasilenie skarg na dolegliwości bólowe, zmęczenie i zaburzenia snu. Natomiast pacjenci leczeni dializą otrzewnową skarżyli się na zaburzenia łaknienia. Uzyskane wyniki wskazują, że dializa otrzewnowa zapewnia chorym lepszą jakość życia niż hemodializa [7].

W tym kontekście wyniki, które uzyskano w Klinice Nefrologii Pediatricznej przy ul. Skłodowskiej-Curie 50/52 można w znacznym stopniu porównać do badań przeprowadzonych w Warszawie w Instytucie – Centrum Zdrowia Dziecka. Na podstawie zdobytego materiału nie stwierdzono różnic między chorymi leczonymi hemodializą i dializą otrzewnową w zakresie oceny jakości życia i społecznej sfery życia.

Podsumowując przeprowadzone badania należy stwierdzić, że ocena jakości życia świadczonej opieki musi uwzględniać subiektywny, zmienny parametr, oparty na samoocenie pacjenta pod kątem komfortu i jakości życia. Z tej perspektywy celem opieki powinno być nie tylko leczenie objawów, dolegliwości, ale także uzyskanie korzyści zauważalnych we wszystkich sferach życia, co w sumie prowadzi do poprawy jakości życia.

Wnioski

1. U 60% badanych dzieci dializowanych występuje wyraźnie zubożenie jakości życia.
2. 100% badanych osób jest świadomych swojej choroby, ale z optymizmem patrzy w przyszłość. Fakt ten należy wykorzystać w indywidualnym planowaniu postępowania leczniczego.
3. Do czynników obniżających jakość życia osób dializowanych można zaliczyć: zmęczenie, zaburzenia snu, brak apetytu.
4. Zabieg operacyjny przeszczepu nerki ma znamienne dodatni wpływ na poprawę jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Bożkova K.: *Pediatrics praktyczna*. PZWL, Warszawa, 1994.
2. Górnicki B., Dębiec B.: *Pediatrics*. PZWL, Warszawa t. 2, 1994.
3. Uldall R.: *Nefrologia dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa, 1975.
4. Dworkin P.: *Pediatrics*. Urban & Partner, Wrocław, 2000.
5. Rutkowski B.: *Dializoterapia w codziennej praktyce*. Wydawnictwo Medyczne MAK-med, Gdańsk, 1994.

6. Rubik J., Grenda R.: Ocena jakości życia dzieci i młodzieży ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializami i przeszczepieniem nerki. „Pol. Merk. Lek.”, 2000, 8, 46, 280.
7. Mróz A., Wende M., Klinger M., Marczewski K.: Porównawcza ocena jakości życia pacjentów przewlekle hemodializowanych w dwóch odległych rejonach Polski. Konferencja naukowo-szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Bydgoszcz, 16–18 czerwca 2000 r.

Marta Gajewska¹, Matylda Sierakowska¹

Problemy opiekuńcze i wychowawcze rodziców w pielęgnacji dziecka chorego na mukowiscydozę

Wstęp

Mukowiscydoza (cystic fibrosis-CF) – torbielowate zwłóknienie trzustki, jest najczęściej występującą w populacji rasy białej wieloukładową chorobą metaboliczną, uwarunkowaną genetycznie. Charakteryzuje się wielosystemowym oraz postępującym przebiegiem, prowadzącym w efekcie do obniżenia jakości życia chorych. Ze względu na złożoność patogenezy i leczenia stanowi poważny problem natury zdrowotnej i społecznej [5, 7].

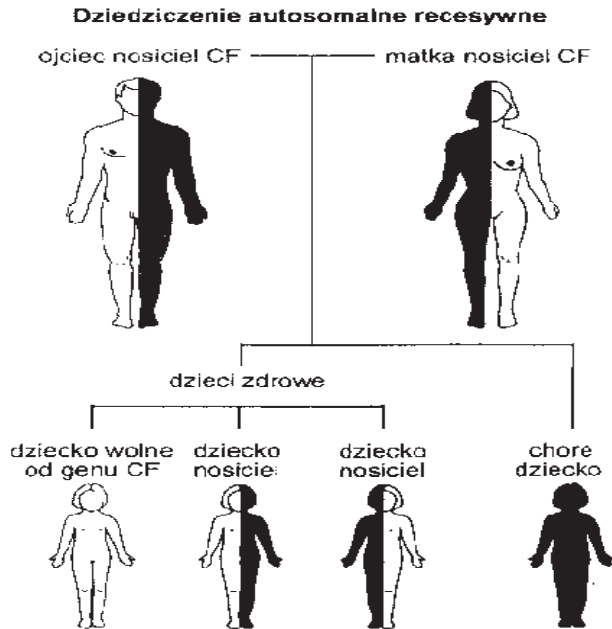
W latach 40-ych ubiegłego stulecia, większość dzieci z mukowiscydozą umierało około 1 roku życia. Trzydzieści lat później chorzy na CF żyli przeciętnie piętnaście lat dłużej, natomiast na przełomie wieków datuje się przeżycie ponad 20 lat.

Obecnie stwierdza się coraz więcej przypadków mukowiscydozy, co jest wynikiem nowoczesnej diagnostyki oraz lepszej znajomości tego schorzenia. Według rejestru Instytutu Gruźlicy Płuc w Rabce z 2002 roku liczba chorych w Polsce sięga tysiąca, w tym około 150 osób stanowią pacjenci dorośli. Ocenia się, że CF występuje u 1 na 2500 noworodków, co statystycznie oznacza, iż co drugi dzień rodzi się dziecko obciążone tą chorobą. Faktyczna liczba chorych jest jednak istotnie większa, ponieważ nie wszyscy zdiagnozowani zgłaszają się do rejestru, a ponadto nieznana jest liczba osób z chorobą nierozpoznaną [6].

Postęp, jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich lat w zakresie badań nad mukowiscydozą, istotnie zwiększył wiedzę o różnych aspektach tej choroby. Przedłużenie życia, jakie udało się uzyskać stworzyło nowe problemy, które dotyczą młodzieży i młodych dorosłych, ich przyszłości w dorosłym życiu, perspektyw na posiadanie własnej rodziny, a także wyboru zawodu i możliwości pracy.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna w Białymstoku

Rycina 1. Schemat dziedziczenia mukowiscydozy

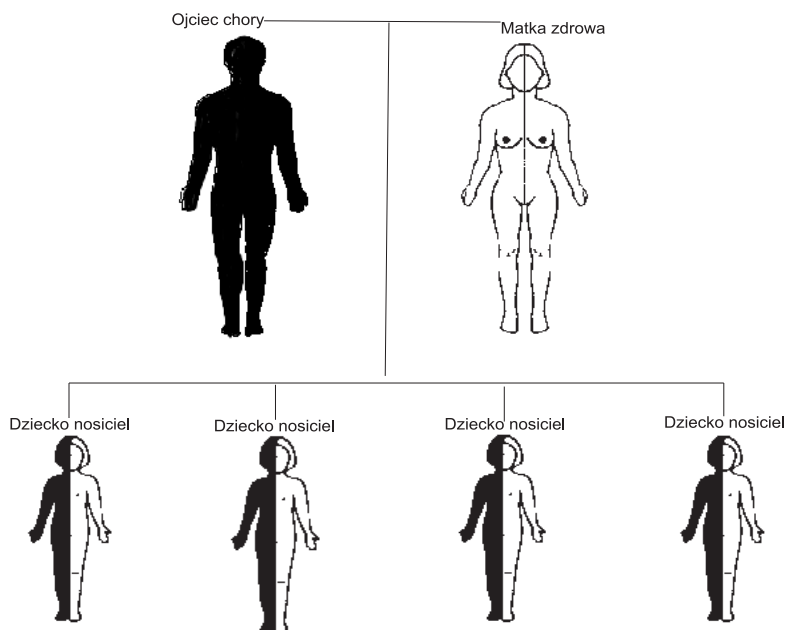


Obraz kliniczny mukowiscydozy

Chorobę można przyrównać do aktora teatralnego, zaś jej objawy do wielu ról, które on odgrywa. Role te mogą być mniej lub bardziej ekspresyjne, co oznacza, że choroba u różnych pacjentów może występować w różnym nasileniu, w odniesieniu do każdego z dotkniętych narządów.

Zrozumienie genetycznych uwarunkowań oraz mechanizmów doprowadzających do powstania wieloukładowych objawów mukowiscydozy jest coraz większe. Podstawowym defektem choroby są mutacje genu położonego na długim ramieniu siódmego chromosomu kodującego białko Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR), spełniające rolę kanału chlorkowego. Efektem nieprawidłowej funkcji lub braku białka CFTR jest zaburzenie transportu jonów Cl przez błony komórkowe oraz zwiększenie absorpcji Na i wody, co prowadzi do powstania gęstej i lepkiej wydzieliny oraz jej kumulacji w dolnych drogach oddechowych. Stan ten stwarza znakomite warunki do rozwoju bakterii, które wydzielając toksyny dodatkowo zaburzą ruch rzęsek oraz niszczą nabłonek. Patomechanizm choroby prowadzi do zatkania oskrzeli przez gęsty śluz, namnożeniu się w nim bakterii i wyłączenia z oddychania uszkodzonych obszarów płuc [12].

Rycina 2. Schemat dziedziczenia mukowiscydozy – jedno z rodziców jest zdrowe, drugie chore



Mukowiscydoza jest dziedziczona w sposób autosomalnie recesywny, z czego wynika, że jest niezależna od płci, a do jej wystąpienia przyczynia się obecność dwóch zmutowanych genów CFTR, pochodzących od obojga rodziców (ryc. 1).

Ponieważ dziecko otrzymuje zarówno od matki jak i od ojca tylko jeden z ich pary genów, może dostać od każdego z rodziców albo chorego, albo zdrowy gen. Jeżeli zdarzy się tak, że od każdego rodzica dziecko odziedziczy po zdrowym genie wówczas będzie zdrowe. Gdy dziecko otrzyma zdrowy gen od jednego rodzica, a gen CF od drugiego, wówczas jest, podobnie jak rodzice, zdrowym nosicielem choroby. Jeżeli odziedziczy od obojga rodziców uszkodzony gen, będzie chore na mukowiscydozę [8].

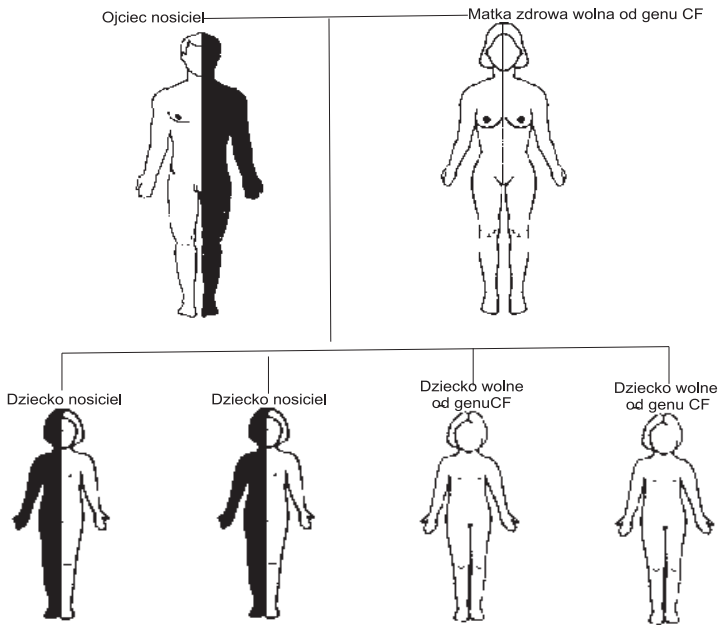
W przypadku, gdy jeden z rodziców jest chory na mukowiscydozę, drugi zdrowy wszystkie dzieci takiej pary będą zdrowymi nosicielami genu CF (ryc. 2).

W sytuacji, gdy jedno z rodziców jest zdrowe, drugie natomiast jest nosicielem mukowiscydozy 50% dzieci takiej pary będzie zdrowych, 50% nosicielami CF (ryc. 3).

Podczas gdy jeden z rodziców jest chory, a drugi jest nosicielem CF, 50% dzieci może być chorych, 50% nosicielami mukowiscydozy (ryc. 4).

Mukowiscydoza po raz pierwszy może ujawnić się w każdym wieku, mimo że wada genetyczna obecna jest od urodzenia. Ze względu na różnorodność objawów klasyfikacja mukowiscydozy, obejmuje:

Rycina 3. Schemat dziedziczenia mukowiscydozy – rodzic zdrowy i nosiciel CF

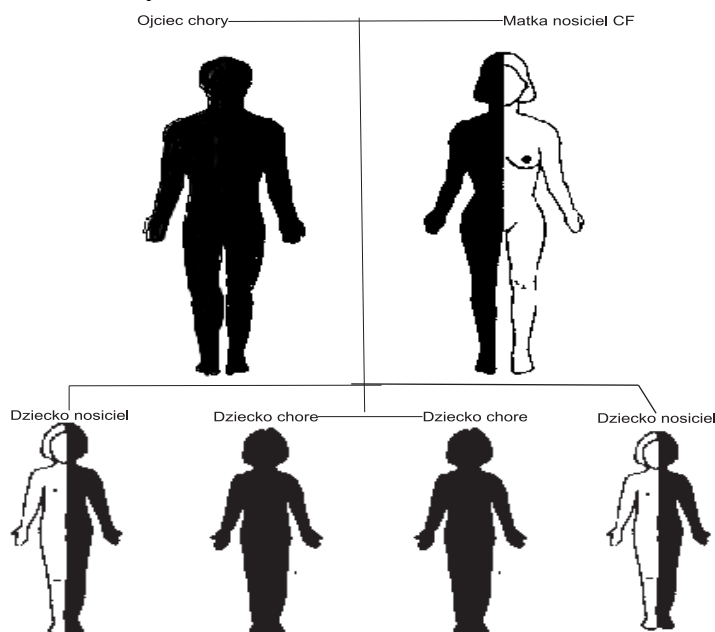


1. **CF z objawami ze strony układu oddechowego, gdzie najbardziej charakterystycznymi są:** gęsty i lepki śluz w drogach oddechowych, prowadzący do przewlekłej duszności oraz uciążliwego kaszlu; nawracające zapalenia płuc i oskrzeli;
2. **CF z objawami ze strony przewodu pokarmowego charakteryzującą się:** niedrożnością smółkową, przedłużającą się żółtaczką pozawątrobową noworodków; cuchnącymi, obfitymi i tłuszczowymi stolcami; objawami zespołu złego wchłaniania i niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.
3. **CF z objawami ze strony innych układów:** zwiększona ilość soli na skórze chorego spowodowana zaburzoną gospodarką wodno-elektrolitową; upośledzenie rozwoju mięśni, nadmierna męczliwość; opóźnienie dojrzewania płciowego; palce pałczkowate, paznokcie w kształcie szkiełka zegarka.
4. **CF nieokreślona [1].**

Mukowiscydoza jest chorobą o przewlekłym przebiegu, gdzie wraz z czasem jej trwania dochodzi do rozwoju w oskrzelach szczególnie trudnych w leczeniu bakterii, takich jak: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*.

Bardzo ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby, gdyż rozpoczęcie natychmiastowego i odpowiedniego leczenia przyczynia się do lepszego stanu chorych i zwiększa szansę zahamowania postępu zmian w obrębie układu oddechowego. Podstawowymi kryteriami rozpoznania mukowiscydozy jest

Rycina 4. Schemat dziedziczenia mukowiscydozy – rodzic chory i nosiciel CF



stwierdzenie wysokiego stężenia elektrolitów w pocie oraz identyfikacja mutacji w genie CFTR na obu chromosomach [6].

Leczenie chorych na mukowiscydozę musi być kompleksowe i wielospecjalistyczne. Ze względu na wielonarządową ekspresję choroby postępowanie terapeutyczne obejmuje leczenie żywieniowe, terapię niewydolności zewnętrzny wydzielnicy trzustki oraz profilaktykę i leczenie choroby oskrzelowo-płucnej. Wysokoenergetyczna i bogatobiałkowa dieta oraz odpowiednia suplementacja witamin stanowią jeden z podstawowych elementów leczenia mukowiscydozy. Istotnym elementem diety jest podaż witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, zwłaszcza u dzieci z objawami niewydolności trzustki i znaczna utrata tłuszczu ze stolcem [11].

Kliniczne objawy zewnętrzny wydzielnicy niewydolności trzustki, potwierdzone badaniem laboratoryjnym, są bezwzględny wskazaniem do rozpoczęcia podawania preparatów enzymów trzustkowych i decydują o ustaleniu ich dawki. Preparaty enzymów trzustkowych powinny być podawane do każdego posiłku zawierającego tłuszcz [2].

Leczenie zmian oskrzelowo-płucnych obejmuje skojarzone stosowanie fizjoterapii, antybiotykoterapii, leków rozszerzających oskrzela, mukolitycznych, przeciwzapalnych oraz w wielu przypadkach okresowego podawania tlenu [10, 13].

Główne problemy opiekuńcze i wychowawcze rodziców w pielęgnacji dziecka chorego na mukowiscydozę

Mukowiscydoza jest chorobą całego życia, nie tylko osoby nią dotkniętej, ale również wszystkich członków rodziny. Sprawowanie opieki nad pacjentem powinno opierać się na znajomości metod kompleksowego postępowania terapeutycznego. Zarówno dziecko, jak i osoby świadczące nieprofesjonalną opiekę, powinny być aktywnie zaangażowane w proces leczenia i rehabilitacji, by zapobiec rozwojowi choroby i poprawić jakość życia pacjenta.

Znajomość istoty schorzenia, jego podstawowych objawów, powikłań i metod postępowania terapeutycznego jest najważniejsze w podejmowaniu walki z mukowiscydozą. Każdy z rodziców powinien zdawać sobie sprawę z faktu, jak bardzo duży udział w ograniczeniu postępu choroby ma prawidłowe postępowanie lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne prowadzone w warunkach domowych [6].

Jednym z najdokuczliwszych objawów i problemów dzieci z mukowiscydozą jest duszność, spowodowana zaleganiem gęstej wydzieliny w drogach oddechowych oraz męczący, przewlekły kaszel. Prawidłowo przeprowadzona fizjoterapia to według literackich źródeł medycznych jeden z najlepszych „lekarzy” mukowiscydozy [1].

Według rejestru Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą 80% dzieci chorych na CF cierpi na problemy związane z apetytem i brakiem przyrostu masy ciała. Przy niedostatecznym spożyciu energii, białka, witamin i składników mineralnych najbardziej widoczne są niedobory wzrostu i tkanki tłuszczowej, ale nie mniej ważne jest osłabienie mięśni oddechowych i pogorszenie funkcji przewodu pokarmowego, co niekorzystnie wpływa na stan dziecka [10].

W skład zespołu opiekującego się dzieckiem chorym na mukowiscydozę powinna wchodzić dietetyczka. Porada dietetyczna jest szczególnie istotna dla rodziców dzieci ze świeżo rozpoznaną chorobą oraz z pogłębiającymi się zaburzeniami stanu odżywienia. Udowodniono, że dobry stan odżywienia chorych wiąże się z mniejszą częstością występowania infekcji dróg oddechowych, opóźnia nieuchronny postęp choroby oskrzelowo-płucnej, co za tym idzie – ma wpływ na długość przeżycia.

Istotnym aspektem leczenia dziecka chorego na CF i jego rodziny jest dbanie o ich stan psycho-społeczny. Tak poważna choroba, jaką jest mukowiscydoza, jest czynnikiem dezorganizującym życie całej rodziny. Często rodzice stwierdzają ewidentne pogorszenie się stosunków w ich rodzinach po rozpoznaniu choroby. Badania wykazały, iż nawet tam, gdzie wyraźne zmiany w układzie rodzinnym nie wystąpiły, rodzice obserwowali u siebie większą nerwowość, zmęczenie, lęk, napięcie oraz poczucie izolacji [4].

Właściwe ustosunkowanie się do problemów choroby nie jest sprawą łatwą i wymaga od rodziców zarówno wiedzy odnośnie wpływu mukowiscydozy na

rozwój dziecka, jak i emocjonalnego pogodzenia się z sytuacją w jakiej się znaleźli, a to z kolei wymaga czasu.

Wychowanie dziecka zdrowego, oprócz satysfakcji z jego rozwoju i przywiązania, niesie ze sobą wiele obciążeń. W przypadku dziecka chorego do normalnych trudów wychowania dochodzi lęk o jego przyszłość, związany z chorobą oraz trud zapewniania mu właściwego leczenia i rehabilitacji. Nierzadko matka koncentruje się na zapewnieniu choremu dziecku właściwej opieki, ojciec – na zdobyciu środków finansowych na utrzymanie rodziny i leczenie. Prowadzi to do ograniczenia kontaktów rodziców między sobą, a zwłaszcza czasu poświęcanego na wspólne przyjemności i odpoczynek. Nie pozostaje to bez wpływu na wzajemny stosunek i zrozumienie rodziców [3].

Zdarza się, że rodzice skoncentrowani na zapewnieniu opieki choremu potomstwu odsuwają na „dalszy plan” potrzeby dzieci zdrowych, co może się niekorzystnie odbić na stosunku rodzeństwa względem siebie.

Rodzice, a zwłaszcza matki dzieci chorych często czują się w swoim środowisku osamotnione. Trudno im omawiać problemy swojego dziecka z rodzicami dzieci zdrowych.

Postawy rodziców wobec dzieci uwarunkowane są ich cechami osobowości, stosunkiem emocjonalnym do dziecka oraz poglądami na wychowanie. W przypadku dziecka z mukowiscydozą dołączają do tych czynników jeszcze poglądy rodziców na chorobę oraz ich przeżycia emocjonalne z tym związane. Często u rodziców występuje nieuzasadnione poczucie winy. Może ono dotyczyć przyczyn choroby dziecka lub uczuciowego do niego stosunku. Gdy rodzice nie są właściwie uświadomieni co do przyczyn mukowiscydozy, mogą się nawzajem obarczać odpowiedzialnością za nią. Zdarza się też, że rodzice nie są w stanie zaakceptować dziecka chorego takim jakim ono jest i to emocjonalne odrzucenie jest u nich źródłem poczucia winy [4, 7].

Częstą postawą, zwłaszcza matek, jest otaczanie chorego dziecka nadmiarem opieki i ochrony. Nadopiekuńczość rodziców może być przyczyną niewykorzystania możliwości zarówno intelektualnych, jak i społecznych małego pacjenta i nie sprzyjać aktywnemu zwalczaniu choroby. Z powodu poważnej choroby dziecka rodzice próbują zapewnić mu w pierwszej kolejności odpowiednią opiekę leczniczo-rehabilitacyjną. Jest to postawa bardzo pożądana. Jednakże nadmierna koncentracja na chorobie, zwłaszcza w przypadku pacjentów z lżejszą postacią lub w początkowym okresie choroby, może prowadzić do niepotrzebnego ograniczenia wymagań stawianych dziecku i izolowania go od normalnego środowiska społeczno-rówieśniczego, a to z kolei prowadzi do niewykorzystania jego potencjalnych możliwości rozwojowych [3].

Może się też zdarzyć, że rodzice nie interesują się dzieckiem chorym i nie zapewniają mu potrzebnej opieki. Postawa taka występuje najczęściej wtedy, gdy u rodziców po wielu nieskutecznych próbach wyleczenia dziecka dochodzi do tzw. „zespołu wypalenia”.

Wychowanie dziecka jest inne i trudne w każdym okresie jego życia. Rodzice powinni pogodzić opiekę z zaistniałą chorobą i prowadzonym leczeniem zarówno szpitalnym jak i domowym. Proces wychowania przewlekle i nieuleczalnie chorego dziecka wymaga wielu wyrzeczeń oraz poświęceń. W tym wszystkim bardzo ważne jest, aby rodzice pomimo codziennych trosk i kłopotów zapewnili sobie chwilę odpoczynku i odprężenia, aby nie zrywali kontaktów towarzyskich, pamiętali, że nie ponoszą żadnej winy za chorobę dziecka i wiedzieli, że jeśli nawet nie postąpią w jakiejś sytuacji najlepiej to nie wyrządzą krzywdy dziecku, jeżeli go po prostu kochają. Warto też zwrócić uwagę na umiejętność wcielanie zdrowego rodzeństwa do pomocy dziecku choremu, na wyrabianie również w nich przeświadczenia, że krótszy czas im poświęcony nie oznacza mniejszej miłości [4].

Dziecko z mukowiscydozą i jego rodzina wymagają stałej współpracy z lekarzem prowadzącym oraz okresowej hospitalizacji chorego. W terapii pacjenta z mukowiscydozą dużą rolę przypisuje się zespołowi terapeutycznemu, udzielającemu wsparcia, wspomagającemu w opiece, dającemu troskę.

Postęp w leczeniu mukowiscydozy dostarcza rodzicom coraz więcej nadziei na lepsze samopoczucie oraz dłuższe i prawie normalne życie ich dzieci. Jednak nawet najnowocześniejsze i najdroższe leki i sposoby leczenia nie wystarczą. Każdy z rodziców powinien zdawać sobie sprawę z faktu, że bardzo duży udział w zwolnieniu postępu choroby ma prawidłowo prowadzone przewlekle leczenie w warunkach domowych. Dziecko musi zawsze czuć się kochane tak, jak każde inne dziecko i wiedzieć, że jest kimś bardzo wyjątkowym [9,7].

Stowarzyszenia rodziców dzieci chorych na mukowiscydozę

Wychodząc naprzeciw wyżej opisanym problemom ukonstytuowały się dwie organizacje niosące pomoc dzieciom chorym na mukowiscydozę i ich rodzinom.

W listopadzie 1984 roku powstało **Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą**. Organizacja jest ogólnopolskim, dobrowolnym zrzeszeniem chorych i ich rodziców, a także ludzi dobrej woli chcących nieść pomoc chorym na CF. Towarzystwo usiłuje realizować swoje cele poprzez organizowanie konferencji naukowo-szkoleniowych, wypoczynku odpowiedniego do stanu zdrowia dziecka, pomoc w uzyskiwaniu leków, sprzętu rehabilitacyjnego, współdziałanie z jednostkami służby zdrowia, a także prowadzenie działalności dla pozyskiwania środków finansowych na realizację celów Towarzystwa [4, 7].

W marcu 1997 roku powstała druga organizacja o nazwie **Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę „MATIO”**. Fundacja powstała, by wszechstronnie działać na rzecz chorych i ich rodzin w celu poprawy jakości ich życia oraz by zwrócić uwagę na problem, który może dotyczyć każdego. Fun-

dacja „MATIO” uświadamia całemu społeczeństwu wagę i skalę zjawiska, tego, że mukowiscydoza to nie tylko problem osób nią dotkniętych, ale także tych, którzy jako zdrowi nosiciele mukowiscydozy mogą się o tym dowiedzieć tracąc własne dziecko [4].

Podsumowanie

Mukowiscydoza jest przewlekłą, postępującą chorobą, wywierającą wpływ na jakość życia nie tylko chorego, ale i całej jego rodziny.

Z mukowiscydozą należy ciągle, intensywnie i nieustannie walczyć. Nie jest łatwo zaakceptować chorobę, nauczyć się z nią żyć i umiejętnie postępować z chorym dzieckiem. Choroba stwarza przed rodziną konieczność rozwiązywania różnorodnych problemów natury nie tylko fizycznej, ale również psychologicznej i społecznej.

Nie bez znaczenia jest tu rola pielęgniarki, jako członka zespołu terapeutycznego w przygotowaniu dziecka i rodziny do samoobserwacji i samoopieki. Efektywna pomoc, rada i wsparcie w chorobie przyczynia się do powodzenia terapii i umożliwia dziecku i rodzinie w miarę normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Piśmiennictwo

1. Bush A.: Nowoczesne metody leczenia mukowiscydozy. *Pediatrics Polska* 1997, 71, 566–572.
2. Cichy W.: Ogólne zasady żywienia i suplementacji preparatami enzymów trzustkowych i witamin. *Matio*, 2001, 3, 10–12.
3. Cichy W., Walczyk-Matyja K.: Jakość życia pacjenta z mukowiscydozą w ocenie lekarza. *Matio*, 2003, 3.
4. Jarosz J.: Psychologiczne problemy rodziny. Mukowiscydoza – Biuletyn informacyjny PTWzM, 1996, 7, 25–32.
5. Mazurczak T.: Zasady leczenia i rozpoznawania mukowiscydozy. *Matio*, 1999, 4, 4–9.
6. Nowakowska A., Sands D.: Rozpoznawanie mukowiscydozy. Mukowiscydoza – Biuletyn informacyjny PTWzM, 1997, 11, 3–5.
7. Piotrowski R.: Mukowiscydoza. Poradnik dla rodziców i chorych. 2001, 1.
8. Pogorzelski A.: Podstawowe wiadomości z genetyki. Mukowiscydoza – Biuletyn informacyjny PTWzM, 1997, 10, 32–35.
9. Pogorzelski A.: Jak rodzice mogą pomóc choremu dziecku? Mukowiscydoza – Biuletyn informacyjny PTWzM, 1996, 8, 16–21.
10. Skorupa W.: Antybiotykoterapia w mukowiscydozie. *Matio*, 1999, 1, 3–4.
11. Stoarczyk A.: Żywienie dzieci z mukowiscydozą. *Matio*, 1999, 1, 8.
12. Żebrak J.: Współczesne poglądy na patogenezę mukowiscydozy. Mukowiscydoza – Biuletyn informacyjny PTWzM, 1993, 1, 4–7.
13. Żebrak J.: Mukowiscydoza – leczenie inhalacyjne i rehabilitacyjne. *Matio*, 1998, 6, 5–8.

Jadwiga Mielczarek¹

Stan wiedzy na temat toksokarozy wśród rodziców dzieci chorych a profilaktyka tej choroby

Toksokaroza jest nadal mało znaną społeczeństwu zoonozą. Konsekwencje zdrowotne, jakie pociąga za sobą są bardzo poważne zwłaszcza dla dzieci. Są one związane z wędrówką larwy, która połknięta przez człowieka może przedostać się do różnych narządów (wątroba, płuca, oun, gałka oczna, serce) doprowadzając do ich dysfunkcji [1, 2, 3]. Na ekstensywność inwazji mają wpływ takie czynniki, jak: położenie geograficzne, gęstość zaludnienia oraz warunki higieniczne [4, 5]. Bardzo ważnym czynnikiem pozwalającym zmniejszyć liczbę zachorowań jest wiedza społeczeństwa na temat samej choroby, jak również sposobów zapobiegania inwazjom nicienia *Toxocara canis* lub *Toxocara cati*.

Cel

1. Ocena stanu wiedzy na temat choroby rodziców dzieci chorujących i nie chorujących na toksokarozę.
2. Analiza zachowań mających wpływ na inwazję do organizmu człowieka nicieni z rodzaju *Toxocara*.
3. Udział pielęgniarki w edukacji rodziców (opiekunów) w sprawie przebiegu toksokarozy oraz jej profilaktyki.

Materiał i metody badań

Badaniami objęto 94 dzieci w wieku 3–18 lat (średnia 10,4 lat), diagnozowanych i leczonych w Klinikach oraz Poradniach Specjalistycznych ICZMP w Łodzi w latach 2002–2003. Chorych podzielono na dwie grupy: 28 dzieci, u których zarażenie *T. canis* wykryto po raz pierwszy (grupa A); 27 dzieci, u których wynik dodatni swoistych przeciwciał anty – *Toxocara canis* stwierdzono po raz kolejny (grupa B) oraz 39 pacjentów stanowiło grupę kontrolną (K). Kryterium doboru

¹ I Klinika Pediatrii i Gastroenterologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

dzieci do grupy kontrolnej, był ujemny wynik przeciwciał anty – *T. canis* potwierdzony badaniem serologicznym krwi.

Badania przeprowadzono w oparciu o oryginalną ankietę (opracowaną przez autorkę), którą anonimowo wypełniali rodzice lub opiekunowie dzieci. Analizowano następujące zagadnienia: kontakt dzieci ze zwierzętami, postępowanie profilaktyczne związane z posiadaniem zwierząt, miejsca zabaw dzieci, zachowania prozdrowotne wśród rodziców i dzieci, a także samoocena posiadanej wiedzy na temat toksokarozy przez rodziców.

Wyniki badań

Wiadomości na temat toksokarozy posiadało 41% rodziców dzieci zdrowych (grupa K), a tylko ok. 10% w grupie seropozytywnych (grupy A i B). Niedosyt wiedzy na temat parazytozy zgłaszał znaczny odsetek opiekunów z grupy K (67,6%) i grupy A (72,0%) Ponadto aż 60% opiekunów dzieci chorujących od dłuższego czasu (grupa B) oceniało swoje wiadomości jako niewystarczające. Informacje o tej robaczycy, rodzice dzieci u których zachorowanie stwierdzono po raz pierwszy (grupa A), uzyskiwali najczęściej od lekarza – 80,0%, a w dużo mniejszym procencie od pielęgniarki (20,0%), w grupie B (długo chorujących) równie dużo (95,7%) od lekarza, natomiast w pojedynczych przypadkach (4,3%) od innych osób (koleżanki, matki innych dzieci, rodzina). Wśród opiekunów z grupy porównawczej K wiedzę o toksokarozie częściej przekazywały pielęgniarki (42,1%) oraz inne osoby (42,1%), lekarze w 15,8%.

Zwierzęta (głównie psy 71,9%) posiadało ogółem 76,6% rodzin, częściej były to zwierzęta podwórkowe, zwłaszcza w grupach dzieci chorych (A i B) w porównaniu z domowymi, których właścicielami częściej były dzieci zdrowe (grupa K) (tab. 1).

Tabela 1. Zwierzęta własne – przebywające w miejscu zamieszkania dzieci z poszczególnych grup

Zwierzęta własne	Grupa A		Grupa B		Grupa K		Ogółem	
	N = 28	%	N = 27	%	N = 39	%	N = 94	%
Nie	3	10,7	5	18,5	14	35,9	22	23,4
Tak	25	89,3	22	81,5	25	64,1	72	76,6
domowe	6	21,4	5	18,5	16	41,0	27	28,7
podwórkowe	12	42,9	11	40,7	5	12,8	28	29,8
domowe i podwórkowe	7	25,0	6	22,2	4	10,3	17	18,1

W grupach dzieci chorych kontrole stanu zdrowia i odrobaczanie zwierząt, przynajmniej 2 razy w roku, przeprowadzało średnio ok. 40% właścicieli, zaś w grupie kontrolnej ponad 50%.

Zwierzęta, zwłaszcza psy są niejednokrotnie największymi przyjaciółmi dzieci. Jak wynika z ankiet, 1/3 rodziców pozwalała, aby zwierzęta spały w pokoju razem z dziećmi, większość (41,0%) stanowili ankietowani z grupy K, najmniejszą (11,1%) grupę – dzieci u których dodatni wynik przeciwciał anty – *T. canis* stwierdzono po raz kolejny (B) – tab. 2.

Tabela 2. Dane dotyczące spania psa w jednym pokoju z dzieckiem

Zwierzę śpi w pokoju dziecka	Grupa A		Grupa B		Grupa K		Ogółem	
	N = 28	%	N = 27	%	N = 39	%	N = 94	%
Nie	19	67,9	24	88,9	23	59,0	66	70,2
Tak	9	32,1	3	11,1	16	41,0	28	29,8
w tym czasami	3	10,7	1	3,7	3	7,7	7	7,4

Na pytanie, czy posiadane zwierzę wchodzi do łóżka dziecka rodzice w ok. 3/4 przypadków odpowiedzieli przecząco. W grupach dzieci chorych więcej odpowiedzi potwierdzających takie zachowanie stwierdzono w grupie A (25,0%) a w grupie B 11,1%. Rodzice dzieci z grupy kontrolnej pozwalali na codzienne noclegi w 12,8% przypadków.

Wśród zachowań sprzyjających inwazji do organizmu człowieka nicieni z rodzaju *Toxocara canis*, jest: żucie gumy, jedzenie podczas zabaw, a także spożywanie niemytych owoców i warzyw.

Przyczyną, dla której podjęto próbę analizy żucia gumy przez dzieci, było niebezpieczeństwo związane z wyjmowaniem jej z ust, rozciąganiem w dłoniach i ponownym żuciu. Zdecydowana większość rodziców we wszystkich grupach (68,1%) potwierdzała takie zachowania u swoich dzieci. Najczęściej (42,9%) zdarzało się to wśród pacjentów z grupy A, w grupie B 18,5% a w grupie K 15,4%.

Innym czynnikiem, który został poddany analizie, było jedzenie podczas zabawy, wzięto tutaj pod uwagę: jedzenie kanapek, słodczy, picie napojów. Podobnie jak poprzednio, rodzice dzieci ze wszystkich grup potwierdzają takie zachowania u swoich podopiecznych. Najczęściej w 17,9% zdarzało się to pacjentom z grupy A (dzieci seropoztywne po raz pierwszy), podczas gdy w grupie K (dzieci zdrowe) dotyczyło tylko nielicznych (7,7%).

Bardzo istotnym elementem mającym wpływ na częstotść zachorowań są nawyki dzieci: w wieku przedszkolnym – najczęściej ssanie lub wkładanie palców do ust, a w wieku szkolnym i dojrzewania – ogryzanie paznokci oraz jedzenie niemytych owoców i warzyw.

Te dwa ostatnie zachowania najczęściej zdarzały się w grupach A i B (odpowiednio 60,7%; 67,9% oraz 44,4%; 55,6%), natomiast w grupie K tylko u 1/3 ankietowanych. Wkładanie do ust lub ssanie palców najczęściej (33,3%) dotyczyło dzieci z grupy porównawczej K, gdy wśród dzieci chorych na toksokarozę występowało nieco rzadziej (A – 21,4% oraz B – 25,9%) – tab. 3.

Tabela 3. Inne zachowania dzieci mogące mieć wpływ na zarażenie nicieniem *Toxocara*

Inne zachowania	Grupa A		Grupa B		Grupa K		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ogryzanie paznokci	17	60,7	12	44,4	12	30,8	41	43,6
Ssanie lub wkładanie palców	6	21,4	7	25,9	13	33,3	26	27,7
Jedzenie niemytych owoców i warzyw	19	67,9	15	55,6	13	33,3	47	50,0
Ogółem	28	100,0	27	100,0	39	100,0	94	100,0

Bardzo istotnym zagadnieniem jest miejsce zabaw dzieci. Spośród badanych we wszystkich grupach zdecydowana mniejszość (33,0%) bawiła się w piaskownicach. Najliczniejszą grupę (41,0%) stanowiły dzieci z ujemnymi wynikami serologicznymi w kierunku obecności przeciwciał anty – *T. canis* (grupa K) natomiast największy odsetek pacjentów (21,4%) z grupy A przebywał w tych miejscach codziennie. Szczegółowe dane na ten temat zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Dane dotyczące zabaw dzieci z poszczególnych grup w piaskownicach

Piaskownica	Grupa A		Grupa B		Grupa K		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie	19	67,9	21	77,8	23	59,0	63	67,0
Tak	9	32,1	6	22,2	16	41,0	31	33,0
codziennie	6	21,4	4	14,8	4	10,3	14	14,9
kilka razy w tygodniu	1	3,6	1	3,7	4	10,3	6	6,4
sporadycznie	2	7,1	1	3,7	6	15,4	9	9,6
Ogółem	28	100,0	27	100,0	39	100,0	94	100,0

Wyniki dotyczące ochrony piaskownic przed dostępem zwierząt pokazały, że w ogromnej większości (85,7%) nie są one zabezpieczane. Na uwagę zasługuje fakt, że w grupie K najwięcej dzieci (19,4%), w porównaniu z pozostałymi (A – 7,1%; B – 9,1%) bawiła się w piaskownicach chronionych przed dostępem zwierząt.

Jak wynikało z odpowiedzi ankietowanych piasek w piaskownicach częściej jest dosypywany (37,5%), niż wymieniany w całości (23,1%), zwłaszcza w miejscach zabaw dzieci chorych na toksokarozę (A – 41,7%; B – 72,7%) w porównaniu z piaskownicami, w których bawią się dzieci z grupy K (24,2%). Jedynie 30,9% rodziców słyszała o możliwości przykrywania piaskownic na noc, aby zabezpieczyć je przed dostępem zwierząt. Najliczniejszą grupę (35,7%) stanowili opiekunowie

dzieci, u których toksokarozę stwierdzono pierwszy raz (A), a najmniej liczną z grupy B (25,9%).

Zabawa jest rzeczą naturalną dla dzieci lecz nie zawsze pamiętają one, aby umyć potem ręce. Analizując odpowiedzi rodziców stwierdzono, że dzieci ze wszystkich grup, zachowują się bardzo podobnie (42,6%) myjąc ręce dopiero po zwróceniu uwagi. Około połowa dzieci z grupy B i K czynność tę wykonuje samodzielnie bez przypominania, a z grupy A o myciu rąk pamiętało tylko 39,3% dzieci (tab. 5).

Tabela 5. Zestawienie danych, dotyczących mycia rąk przez dzieci, w poszczególnych grupach w ciągu dnia

Mycie rąk	Grupa A		Grupa B		Grupa K		Ogółem	
	N = 28	%	N = 27	%	N = 39	%	N = 94	%
Samo	11	39,3	14	51,9	20	51,3	45	47,9
Po upomnieniu	12	42,9	12	44,4	16	41,0	40	42,6
Gdy są brudne	2	7,1	0	0,0	3	7,7	5	5,3
Nie wiem	3	10,7	1	3,7	0	0,0	4	4,3

Dokonano analizy tego zagadnienia w grupie dzieci w wieku dojrzewania (14–18 lat), stwierdzono, że również w tej grupie wiekowej konieczne jest przypominanie o myciu rąk. Najczęściej wymagała tego młodzież z grupy B (49,0%); w grupie kontrolnej tę czynność wszyscy wykonywali bez upomnienia dorosłych.

Dyskusja

Najlepszym, najskuteczniejszym zabezpieczeniem ludzi, a zwłaszcza dzieci, przed zarażeniem larwą glisty psiej lub kociej, jest świadomość społeczeństwa o zagrożeniach chorobami odzwierzęcymi. Wśród ankietowanych takie informacje posiadało 40% rodziców dzieci zdrowych, a tylko 10% chorujących na toksokarozę. Jeżeli można wytłumaczyć ten wynik w grupie chorujących po raz pierwszy, to bardzo niepokojącym wydaje się fakt oceny niedosytu wiadomości na temat tej parazytozy w grupie rodziców, których dzieci chorują od 2 do 7 i więcej lat (ponad 60% rodziców).

Informacji na temat toksokarozy rodzicom dzieci chorych najczęściej udzielał lekarz, natomiast opiekunom z grupy kontrolnej częściej pielęgniarka lub osoba, które w różny sposób miały kontakt z tą parazytozą.

Zarobaczenie psów i kotów na całym świecie jest bardzo duże (3–81%) [6]. Z piśmiennictwa wiadomo, że najczęstszymi pasożytami u tych zwierząt są obłeńce, do których należy *Toxocara canis* i *Toxocara cati*.

Psy posiada bardzo wiele rodzin, zarówno w Polsce, jak i na świecie. W 1992 roku w USA liczbę tych zwierząt oceniano na około 55 mln, z czego zarażonych było ponad 50% szczeniąt i około 20% dorosłych osobników [7]. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że ok. 70% rodzin posiadało zwierzęta, w większości psy. W grupach dzieci chorych częściej były to zwierzęta podwórkowe o które właściciele nie dbali odpowiednio. Kontrole stanu zdrowia i odrobaczanie przeprowadzali zbyt rzadko. W grupie kontrolnej rodziny częściej posiadały zwierzęta domowe, opiekunowie pozwalali wprowadzić nawet na spanie psa w jednym łóżku z dzieckiem, lecz ponad 50% z nich dbała, aby odrobaczanie i kontrole stanu zdrowia odbywało się zgodnie z zaleceniami weterynaryjnymi. Nie tylko bezpośredni, ale i pośredni kontakt z psem, który jest „siewcą” jaj może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi. Kozakiewicz powołując się na Sibolića podaje, że w wodzie po wykapaniu psa stwierdzono do 10.000 jaj *Toxocara* [8].

Jaja pasożyta stają się inwazyjne w ciągu 10–15 dni przebywania w optymalnych warunkach zewnętrznych. Stopień skażenia środowiska jajami *Toxocara canis* różni się w zależności od charakteru badanego terenu. Wielu autorów badając próby gleby stwierdziło, że najczęściej wyników dodatnich pochodziło z placów zabaw i piaskownic Według Jensena i wsp. stopień skażenia gleby jajami *Toxocara* na świecie wynosi szacunkowo od 0,3% do 87%, np. w Utrechcie wykryto jaja tego nicienia w 50% badanych piaskownic, w Dublinie w 15% miejsc przeznaczonych do zabaw dla dzieci [2, 8].

Z analizy ankiet wynika, że ok. 30% dzieci bawiło się piaskownicach, lecz tylko dzieci zdrowe w zabezpieczonych przed dostępem zwierząt, w których piasek był wymieniany.

Niewłaściwe przyzwyczajenia, takie jak jedzenie podczas zabaw, ogryzanie paznokci oraz żucie gumy, którą dzieci wyjmują i wkładają do ust brudnymi palcami, sprzyjają wnikanii do organizmu dziecka jaj inwazyjnych. Niepokojące jest, że u ok. 50% dzieci długo chorujących występują również takie zachowania

Bardzo istotnym działaniem zapobiegającym chorobom pasożytniczym jest higiena rąk, o myciu których często zapominają dzieci. Najliczniejszą grupę pod tym względem stanowili ankietowani, u których zakażenie stwierdzono po raz pierwszy oraz młodzież 14–18 letnia chorująca od dłuższego czasu.

Podsumowanie

Stan wiedzy rodziców na temat zapobiegania toksokarozie i jej przebiegu jest niski. Opiekunowie dzieci chorych przed stwierdzeniem zakażenia *Toxocara canis* w znacznej większości nie słyszeli wcześniej o tej parazytozie.

Istnieje potrzeba większego rozpropagowania informacji na temat toksokarozy oraz jej profilaktyki przy znaczącym udziale pielęgniarek w placówkach ochrony zdrowia, jak również w przedszkolach i szkołach.

Piśmiennictwo

1. Dzbeński T. H., Hautz W., Bitkowska E.: Doświadczalna toksokaroza królików: immunologiczne markery inwazji ocznej. *Wiadomości Parazytologiczne* 2001, T. 47 (4): 591–596.
2. Okulewicz A., Złotorzycka J.: *Toxocara canis* (Nematoda) oraz toksokarozy zwierząt i człowieka. *Wiadomości Parazytologiczne* 1997, T. 43 (1): 3–25.
3. Pawłowski Z.: Robaczyce tkankowe. Toksokaroza (zespół larwy wędrującej trzewnej). w: *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Red. Dziubek Z. Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 1996: 33–34.
4. Śpiewak E.: Występowanie *Toxocara canis* wśród dzieci regionu łódzkiego – pięcioletni okres obserwacji. XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy chorób zakaźnych. Sympozjum parazytologiczne-problemy kliniczne Białystok 2002: 20–84.
5. Łapiński T. W., Mięgoć H., Prokopowicz D., Kowalczyk-Kot A.: Zagrożenia toksokarozą i tularemią pracowników Białowieskiego Parku Narodowego. *Przegląd Epidemiologiczny* 2000, 54: 367–374.
6. Kornaś S., Nowosad B., Skalska M.: Występowanie glisty *Toxocara canis* u psów w krakowskim schronisku dla bezdomnych zwierząt. *Wiadomości Parazytologiczne* 2001, T. 47 (4): 755–762.
7. Niedworok M.: Badania nad przebiegiem toksokarozy u dzieci i młodzieży. Praca doktorska. WAM. Łódź. 1998.
8. Kozakiewicz B.: Epidemiologia i epizootiologia toksokarozy w aglomeracji miejskiej. *Przegląd Epidemiologiczny* 1985, 39, 2: 258–262.

Anna Karpińska¹, Matylda Sierakowska¹

Problemy pielęgnacyjne i psychologiczne dziecka z białaczką i rodziców – zadania terapeutyczne pielęgniarki

Wstęp

Dziecko z chorobą nowotworową jest pacjentem szczególnym, różni się od pacjenta dorosłego, ma odmienne problemy i potrzeby rozwojowe.

Choroba nowotworowa niesie konieczność podporządkowania się długotrwałemu, bolesnemu i uciążliwemu leczeniu. Pacjenci leczeni za pomocą radio- i chemioterapii mają trudności ze zwalczaniem licznych objawów niepożądanych, towarzyszących tym typom terapii. Podstawą opieki nad dzieckiem chorym na białaczkę jest pomoc w zapobieganiu lub minimalizowaniu skutków ubocznych stosowanego leczenia.

Pielęgnowanie dziecka onkologicznego wymaga od pielęgniarki określonej wiedzy i umiejętności, starannej obserwacji pacjenta, cierpliwości i takiej opieki, aby zaspokajane były jego potrzeby nie tylko natury fizycznej, ale również emocjonalnej, społecznej i duchowej.

Choroba nowotworowa stawia również rodziców w sytuacji długotrwałego stresu. Rodzice żyją w stanie ciągłego niepokoju i mają trudności w zachowaniu prawidłowego stosunku do choroby dziecka i jego leczenia. Bardzo ważne jest, by personel medyczny opiekujący się dzieckiem był w dobrym kontakcie z jego rodzicami i starał się kształtować w nich właściwe wyobrażenia o chorobie oraz prawidłowy, racjonalny i stabilny stosunek do problemów dziecka w procesie leczenia.

Cały ciężar pielęgnowania pacjenta pomiędzy poszczególnymi kuracjami spoczywa na rodzicach. Zadaniem pielęgniarki jest przekazanie rodzicom jak największej wiedzy na temat pielęgnowania dziecka w warunkach domowych, a przede wszystkim sposobów zapobiegania powikłaniom, wynikającym ze stosowania leków cytostatycznych i radioterapii.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna w Białymstoku

Obraz kliniczny białaczki limfoblastycznej i postępowanie terapeutyczne

Białaczka stanowi najczęstszy rodzaj raka wieku dziecięcego. Proces chorobowy dotyczy szpiku i powoduje rozplem niedojrzałych krwinek białych. Wśród dziecięcych białaczek dominują postacie ostre, które stanowią 95% wszystkich białaczek wieku dziecięcego. W tej grupie wyróżniamy ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) występującą u 80% dzieci i ostrą białaczkę nielimfoblastyczną (ANLL) stanowiącą 15% przypadków.

Przyczyna rozwoju ostrej białaczki limfoblastycznej nie jest znana. W patogenie istotną rolę odgrywają takie czynniki, jak: promieniowanie jonizujące, związki chemiczne, badania radiologiczne i niektóre leki przyjmowane w czasie ciąży. Niewielka część nowotworów ma charakter rodzinny, może być przenoszona genetycznie. Białaczka często towarzyszy również wrodzonym zaburzeniom chromosomalnym [1].

Objawy chorobowe ujawniają się, gdy w układzie krwiotwórczym dochodzi do rozrostu komórek białaczkowych i zaniku prawidłowego utkania szpiku oraz gdy nacieki białaczkowe umiejscawiają się w tkankach i narządach poza szpikiem. Pierwszymi zauważalnymi objawami są: postępująca bladłość skóry i błon śluzowych, osłabienie, apatia, wybroczyny na skórze, skłonność do siniaczenia, powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, stany podgorączkowe, brak łaknienia i ubytek masy ciała [2].

O rozpoznaniu białaczki decydują badania hematologiczne krwi i szpiku. We krwi obwodowej stwierdza się obniżone stężenie hemoglobiny, zmniejszoną liczbę płytek krwi i krwinek czerwonych, występowanie form blastycznych. Natomiast w obrazie szpiku – prawidłowe utkanie jest całkowicie zastąpione przez limfoblasty białaczkowe.

Podstawą leczenia białaczki u dzieci, podobnie jak wszystkich chorób rozrostowych układu krwiotwórczego, jest chemioterapia. Terapia polega na stosowaniu leków przeciwnowotworowych – cytostatyków, jednego lub kilku, w celu zniszczenia komórek nowotworowych. Leczenie białaczki składa się z czterech podstawowych elementów: indukcji remisji całkowitej, konsolidacji remisji (wzmocnieniu uzyskanej remisji), profilaktyki (leczenia) zajęcia OUN oraz leczenia podtrzymującego, prowadzonego przez co najmniej dwa lata od rozpoznania białaczki. Zastosowanie nowoczesnych protokołów leczenia białaczki pozwala uzyskać 5-letni okres przeżycia wolnego od niekorzystnych zdarzeń u 60–80% dzieci. Dzięki skutecznej terapii nowotworów, ponad 80% dzieci z nowo rozpoznaną białaczką uzyskuje pełne wyleczenie [1].

W czasie chemo- i radioterapii u dziecka mogą wystąpić różne objawy niepożądane, związane z działaniem poszczególnych leków. Najczęstszymi powikłaniami chemioterapii są: nudności, wymioty, brak apetytu, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, biegunki, zaparcia, zaburzenie funkcji nerwów obwodo-

wych, złe samopoczucie, wypadanie włosów. Natomiast w wyniku radioterapii może wystąpić zespół popromienny i reakcje uboczne miejscowe (uszkodzenie skóry i błon śluzowych) [3].

Problemy psychologiczne dziecka chorego onkologicznie

Dziecko w chorobie nowotworowej doświadcza licznych obciążeń psychicznych: bólu, ograniczenia aktywności, osamotnienia, oddalenia od bliskich, braku ulubionych zajęć i zabaw, a także poczucia zagrożenia. Wystąpienie problemów o podłożu psychologicznym może wynikać indywidualnie ze specyfiki rozwoju osobistego dziecka, umiejętności adaptacji i radzenia sobie z sytuacją nową, trudną, jak i wpływu samego procesu chorobowego lub stosowanej terapii [4].

Lęk i przerażenie pojawiają się już od pierwszego kontaktu dziecka z oddziałem i są spowodowane nie tylko odczuwanymi dolegliwościami, ale przede wszystkim widokiem innych chorych dzieci. Są one z reguły blade i wychudzone, pozbawione włosów, otoczone kroplówkami i nieznaną aparaturą medyczną, często budzącą strach. Lęk jest tym, co niezmiennie towarzyszy ciężko chorym dzieciom [5].

W początkowym okresie dziecko odczuwa lęk przed rozłąką z matką, nowym, nieznanym otoczeniem, niepewnością, w późniejszym przed bólem, cierpieniem, osamotnieniem, izolacją, aż w końcu przed śmiercią. Okres chorowania, szczególnie w przypadku nowotworów jest długi. Dlatego towarzyszący mu lęk ma charakter długotrwały, nieodłącznie towarzyszy dziecku w jego zmaganiu się z chorobą [6].

Istnieją różne przyczyny i formy lęku, a także sposoby pokonywania go, uwarunkowane wiekiem, dyspozycjami psychicznymi, właściwościami układu nerwowego i sytuacją życiową, w której dziecko się znajduje. Nie bez znaczenia jest to, czy zaczyna chorować dziecko kilku- czy kilkunastoletnie. Choroba u jednych i drugich powoduje, że muszą korzystać z pomocy. Czują się bezradne, bezsilne i zależne, samotne. Mają poczucie odrzucenia przez rówieśników, odczuwają społeczną izolację [7].

Duże znaczenie dla psychiki chorego dziecka ma zachowanie się rodziców wobec faktu choroby, zwłaszcza w początkowym jego okresie. Dlatego konieczne jest – od samego początku – wyrobienie u opiekunów postawy zaufania i zaangażowania w proces leczenia. Postawa lękowa niektórych rodziców odbija się ujemnie na zachowaniu dziecka, doprowadza do stanu poczucia choroby, nawet w okresie remisji. Szczególne znaczenie dla wszechstronnego i prawidłowego rozwoju dziecka ma klimat psychiczny rodziny, w której ono wzrasta. Musi być w niej bezwarunkowa akceptacja, poczucie bezpieczeństwa i miłości [8].

Problemy psychologiczne rodziców

Ustalenie rozpoznania choroby nowotworowej jest dla rodziców okresem ogromnego stresu i narastającego lęku. Stres, jakiego w początkowym okresie doświadczają rodzice jest złożonym łańcuchem reakcji fizjologicznych i psychicznych. Wśród nich występować może lęk, uczucie strachu, poczucie winy, napięcie, wrogość, złość, beznadziejność, apatia, żal i odrzucenie diagnozy.

Rodzice w różny sposób mogą traktować chorobę swego dziecka. Jedni uznają ją za karę, inni za nieszczęście. Dla większości jest to szok, z którego przez dłuższy czas nie mogą się otrząsnąć. Rodzice początkowo odrzucają zasadność i trafność ustalonej diagnozy. Pojawiają się żale do Boga, złość na lekarzy, wzajemne oskarżanie się małżonków, poczucie winy, krzywdy i beznadziejności. Opiekunowie traktujący chorobę jako krzywdę są skoncentrowani głównie na sobie. Próbuje szukać winnych, wykazując postawy roszczeniowe i wymagające w stosunku do personelu. Nie współpracują w procesie leczenia. Często szukają w chorym dziecku wsparcia, zamiast być dla niego pocieszeniem i nadzieją. Mogą występować nasilone reakcje emocjonalne i ewidentne symptomy braku możliwości radzenia sobie z obciążeniami, jakie niesie rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka, takie jak: reakcje depresyjne, nasilenie własnych problemów zdrowotnych, nadużywanie alkoholu.

Rodzice traktujący chorobę dziecka jako zagrożenie żyją w ciągłym napięciu i strachu. Ich niepokój i przerażenie oddziałują na małego pacjenta, które widząc strach rodziców samo boi się jeszcze bardziej.

Po okresie szoku i kryzysu emocjonalnego następuje faza przystosowania się do sytuacji choroby. Rodzice mobilizują się do konstruktywnych działań mających pomóc dziecku w przezwyciężeniu choroby. Poszukują skutecznych rozwiązań. Chcą uzyskać jak najwięcej informacji o chorobie, diagnozowaniu, leczeniu i rokowaniu. Chcą być pomocni w leczeniu i pielęgnowaniu. Ofiarują dziecku swój czas i wywierają na nie pozytywny wpływ emocjonalny [9].

Choroba dziecka stwarza konieczność natychmiastowego dokonania zmiany w życiu całej rodziny, przeorganizowania opieki nad innymi dziećmi, niejednokrotnie zrezygnowania z zajęć dodatkowych. Częstym problemem rodziców dzieci z chorobą nowotworową jest pogorszenie sytuacji finansowej, wynikającej z ponoszonych kosztów na leczenie i rehabilitację oraz ograniczonych możliwości zarobkowania. Najczęściej matka jest zmuszona do rezygnacji z pracy zawodowej lub znacznego ograniczania jej wymiaru. Nadmiar obowiązków opiekuńczych i wychowawczych sprzyja izolacji społecznej i koncentrowaniu się na własnych problemach. Niewłaściwe postawy oraz brak wsparcia społecznego utrudniają funkcjonowanie rodziny. Konsekwencją nadmiernego przeciążenia psychicznego może być dezorganizacja życia rodzinnego, a nawet jego rozpad. W rodzinach dzieci białaczkowych częściej występują konflikty interpersonalne wyrażające się w kłótniach, agresji fizycznej, odejściu z domu kogoś z rodziców [10, 11].

Rola psychologiczna pielęgniarki w stosunku do dziecka chorego onkologicznie

W przypadku choroby dziecka zawsze wskazana jest opieka psychologiczna. Hospitalizacja bowiem, niezależnie od opieki medycznej, zazwyczaj jest dla dziecka jednym z najbardziej obciążających doświadczeń. Wszystkie dzieci leczone z powodu nowotworu wymagają ciągłego wsparcia psychicznego ze strony rodziców, zespołu medycznego, otoczenia i rówieśników. Od jakości tego wsparcia zależy dobry stan psychiczny dziecka w okresie leczenia [9, 12].

Ważnym elementem w pracy każdej pielęgniarki jest zrozumienie i poszanowanie godności chorego człowieka, akceptacja jego odmiennych zachowań, będących skutkiem choroby. Ma to szczególny wymiar, jeśli chorym jest nie-dojrzałe jeszcze emocjonalnie i społecznie dziecko. Na pielęgniarcę spoczywa ciężar bezpośredniej opieki nad dzieckiem przewlekle chorym, stały kontakt z nim i jego rodziną. Poprzez swoją postawę, zaangażowanie, umiejętne komunikowanie się zdobywa zaufanie dziecka i opiekunów. Niezwykle istotne jest udzielanie wsparcia rodzinie w procesie adaptacji do długotrwałej hospitalizacji, pomoc w przystosowywaniu do zmieniających się warunków funkcjonowania.

Zadaniem pielęgniarki jest głęboka, wnikliwa obserwacja pacjenta z nastawieniem na rozpoznawanie wielorakich jego potrzeb oraz możliwie szybkie ich zaspokojenie. Warunkiem niezbędnym do niesienia pomocy choremu dziecku i rodzinie jest zdolność empatii, przy jednoczesnym ograniczeniu osobistego zaangażowania emocjonalnego w sprawy tej rodziny.

W opiece nad dzieckiem chorym onkologicznie ważne jest zapewnienie mu odpowiednich warunków bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, a także stworzenie życzliwej, spokojnej atmosfery na oddziale [13, 14]. Potrzebę bezpieczeństwa psychicznego może zapewnić dziecku matka lub ojciec przebywający z nim w szpitalu. Istotną sprawą jest łagodzenie przykrych doznań, związanych z pobytem w szpitalu, stosowanymi procedurami leczniczo-diagnostycznymi. Działania pielęgniarki powinny prowadzić do odprężenia, uwolnienia od lęku i napięcia emocjonalnego [15].

Wspierające oddziaływanie polega na stałej obecności przy pacjencie, towarzyszenie w trudnych, bolesnych chwilach i ciągłym kontakcie terapeutycznym. By pomóc małemu pacjentowi, trzeba starać się zrozumieć jego sytuację, popatrzeć na chorobę oczyma małego dziecka. Aktywne słuchanie, empatia, udzielanie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów stanowią o pełnej, wspierającej roli pielęgniarki. Aktywne słuchanie wymaga od osoby opiekującej się pacjentem „bycia razem z nim” pod względem fizycznym i emocjonalnym. Pielęgniarka, która słucha z pozytywnym nastawieniem, rozmawia z pacjentem na temat jego samopoczucia, ułatwia mu ujawnienie spraw o dużym dla niego znaczeniu. Dla dziecka chorego ważne jest, jakim głosem mówi do niego pielęgniarka.

ka, jaką ma mimikę, gestykulację, czy pociesza, czy informuje o konieczności zastosowania pewnych zabiegów, czy wydając tylko polecenia.

Dziecko powinno mieć zaufanie do pielęgniarki, odczuwać, że jest lubiane i rozumiane, wierzyć, że personel robi wszystko, aby zmniejszyć jego cierpienie, lęk i samotność [16, 17].

Niektórzy pacjenci uważają, że choroba nowotworowa jest karą za grzechy. Dzieci mogą odczuwać wówczas poczucie winy. W takich sytuacjach bardzo pomocne może być udzielenie porady lub wsparcia duchowego.

Dziecko przewlekle chore w miarę możliwości powinno prowadzić taki tryb życia, jaki prowadzą jego zdrowi rówieśnicy. Należy zachęcić pacjenta do aktywności, nie pozwalać mu zamykać się w świecie choroby. Bardzo ważne jest zapewnienie dziecku kontaktu z rówieśnikami i szkołą.

W wyniku długotrwałego leczenia niektóre dzieci i ich rodzice mogą odczuwać brak sensu życia. Należy tu wykazać się dużym taktem i wyczuciem, wzbudzić zaufanie i stworzyć przyjazną atmosferę, co może mieć duży wpływ na zmniejszenie poczucia zagrożenia i poprawę samopoczucia [5].

Rola psychologiczna pielęgniarki w stosunku do rodziców dziecka chorego onkologicznie

Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym to zwykle opieka nad całą rodziną. Pielęgniarka, obserwując zachowania rodziców, świadczące o ich silnych emocjach, może podjąć elementarne działania psychoterapeutyczne. Ich celem będzie zlikwidowanie lub złagodzenie negatywnych przeżyć związanych z opieką nad cierpiącym dzieckiem. Działania te obejmują przede wszystkim okazywanie rodzicom i dzieciom zrozumienia ich sytuacji i przeżywanych emocji. Życzliwość, cierpliwość, opanowanie, uśmiech stwarzają klimat zaufania i gotowości do przyjęcia pomocy w rozwiązywaniu problemów. Udzielona przez personel medyczny pomoc, zrozumienie i wsparcie daje rodzicom poczucie, że działania są właściwe i służą dziecku [11,18].

Pomocą psychologiczną dla rodziców są rozmowy o ich samopoczuciu, emocjach, problemach, sposobach radzenia sobie z nimi. Niezbędne jest, by pielęgniarka opiekująca się dzieckiem zdobyła pełne zaufanie rodziców. W kontaktach z rodzicami należy unikać ocen i oskarżeń. Dziecko i jego rodzice pozostają pod wpływem silnego stresu, mogą więc demonstrować różne postawy i zachowania. Zadaniem pielęgniarki jest pomóc im w tej trudnej sytuacji. Wiodącą rolę nad dzieckiem chorym pełni matka i ona przede wszystkim powinna być objęta oddziaływaniem personelu medycznego. Konieczne jest dostarczenie jej rzetelnej informacji o chorobie, o stosowanych środkach leczniczych, spodziewanych skutkach oraz psychiczne wspieranie i mobilizowanie do troskliwej, nasyconej miłością opieki nad dzieckiem.

Personel medyczny powinien być świadomy całej złożoności sytuacji, trudności i problemów wobec jakich staje rodzina dotknięta chorobą dziecka. Nie jest więc możliwa pomoc ze strony tylko jednej osoby np. lekarza prowadzącego, ale niezbędna jest całego zespołu leczącego – pielęgniarek, psychologów, pedagogów, pracownika socjalnego.

Podsumowanie

Każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę, różny przebieg i skutki oraz rokowanie, ale zawsze stanowi trudne przeżycie emocjonalne zarówno dla dziecka, jak i jego rodziców.

Osoby sprawujące opiekę nad pacjentami onkologicznymi muszą posiadać dogłębną wiedzę na temat pojawiających się objawów chorobowych i występujących, wskutek podjętej terapii, efektów ubocznych. W tej sytuacji rola pielęgniarki jest niezmiernie ważna i polega na częstym monitorowaniu stanu biologicznego pacjenta pod kątem mogących wystąpić niepożądanych objawów, a także umiejętnej ocenie i właściwym sposobie dokumentowania danych w dokumentacji pielęgniarskiej. W wielu sytuacjach sama pielęgnacja jest niewystarczająca, istnieje konieczność prowadzenia edukacji dziecka i jego rodziców. Przekazanie odpowiedniego zakresu wiedzy i nauczenie niezbędnych umiejętności, zapobiega pojawieniu się komplikacji lub pogorszeniu samopoczucia.

Chore dziecko w szpitalu powinno być nie tylko dobrze leczone, ale także mieć warunki do zaspokojenia bardzo istotnych dla zdrowia i rozwoju potrzeb psychicznych i społecznych, tj.: potrzeby miłości, bezpieczeństwa, kontaktu z bliskimi, poznawania świata, ruchu, zabawy, nauki, wypoczynku, sensu życia.

Dzieci chore najintensywniej odczuwają potrzebę kontaktu emocjonalnego. Każdy pacjent, w każdym momencie powinien mieć poczucie, że jest ważny, komuś potrzebny, że otrzyma pomoc i fachową opiekę. Potrzeba ta powinna być realizowana przez rodziców i najbliższych, jak również pielęgniarki. Oznacza to, że obowiązkiem pielęgniarki jest nie tylko wypełnianie funkcji opiekuńczej, terapeutycznej, ale także bycie z dzieckiem, tworzenie atmosfery ciepła, zaangażowania i zainteresowania.

Niezmiernie ważne jest również terapeutyczne oddziaływanie na rodzinę pacjenta, pomoc w adaptacji choroby i zaangażowanie w aktywną współpracę w procesie długotrwałego, kompleksowego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Radwańska U. (red.): Białaczki u dzieci. Volumed, Wrocław, 1998, 8–89.
2. Ochocka M.: Hematologia kliniczna wieku dziecięcego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1982, 291–315.

3. Jobda B.: Chory napromieniany. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1997, 3, 22–24.
4. Mess E.: Ocena stanu psychicznego dzieci leczonych z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003, 1, 9–21.
5. Kwiatkowska M.: Problemy pielęgnacyjne u dziecka z chorobą nowotworową. *Magazyn Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych* 1999, 1, 15–19.
6. Korzeniowska J.: Nikt nie wie, że wiem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999, 11, 34–35.
7. Franciczek W., Sońta-Jakimczyk D., Sroczyńska M.: Badania psychologiczne dzieci chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. *Wiadomości Lekarskie* 1980, 16, 1277–1280.
8. Zych B., Cepuch G.: Chore dziecko w rodzinie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002, 11, 8–9.
9. Kowalczyk I. R., Samardkiewicz M.: Dziecko z chorobą nowotworową. *Biblioteka Pediatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 42–113.
10. Januszewska E.: Psychosomatyczne aspekty białaczki u dzieci. *RW KUL Lublin*, 1999, 54–141.
11. Zych B., Cepuch G.: Postawy rodziców wobec dzieci chorych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 3, 10–11.
12. Korzeniowska J.: Pomoc w trudnych chwilach. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002, 10, 8–9.
13. Bogusz B.: Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2001, 6, 18–19.
14. Jugowar B., Stelcer B.: Spostrzeganie przez pielęgniarki ich roli w procesie wsparcia pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pielęgniarstwo Polskie* 1997, 7, 121–126.
15. Koper A., Wrońska I. (red.): *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 97–124.
16. Krasuska M., Turowski K. (red.): *Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym*. Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin, 1996, 170–190.
17. Maciarz A.: Dziecko w szpitalu. *Pielęgniarstwo i Położna*, 1997, 8, 6–7.
18. Wawryk L.: Matki a choroba nowotworowa dzieci. *Pielęgniarka i Położna*, 2001, 4, 10–11.

Anna Kasperuk¹, Katarzyna Łagoda²

Program edukacji rodziców dzieci z zakażeniem układu moczowego

Zakażenia układu moczowego (ZUM) u dzieci należą do najczęstszych zakażeń bakteryjnych wieku dziecięcego. Obejmują one wiele stanów chorobowych spowodowanych wtargnięciem drobnoustrojów do dróg moczowych. ZUM u niemowląt i noworodków może być bezpośrednim zagrożeniem życia. Tworzące się w wyniku procesu zapalnego blizny w nerkach mogą być przyczyną nadciśnienia tętniczego i/lub niewydolności nerek. W wieku niemowlęcym zakażenia częściej występują u chłopców, co prawdopodobnie wiąże się z częstszym występowaniem u nich wad rozwojowych układu moczowego. Dziewczynki chorują 10–50 razy częściej niż chłopcy, a jest to uwarunkowane budową anatomiczną, czyli bliskim położeniem ujścia cewki moczowej, odbytnicy i narządów rodnych. Ten zespół czynników ułatwia penetrację drobnoustrojów do pęcherza moczowego. Istotną przyczynę stanowią przeszkody w odpływie moczu. Występują one u dzieci z wadami układami moczowego, zaburzeniami neurogennymi czynności pęcherza lub kamicą układu moczowego. U około 90% dzieci do zakażenia dróg moczowych dochodzi drogą wstępującą. O przebiegu choroby dziecka decyduje wczesne rozpoznanie, natychmiastowe podjęcie leczenia przeciwbakteryjnego oraz profilaktyka nawrotów ZUM. W zapobieganiu nawrotów zakażeń układu moczowego istotną rolę odgrywa wiedza rodziców [1–8].

Zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród rodziców dzieci z zakażeniem układu moczowego. Edukacja powinna obejmować między innymi: kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych rodziców, wzmacnianie poczucia odpowiedzialności za zdrowie dziecka, a także przygotowanie rodziców do współpracy w zakresie wczesnego wykrywania oraz profilaktyki zakażeń [9–15].

¹ III Klinika Chorób Dzieci, Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku

Opis programu:

Celem pracy jest opracowanie programu edukacyjnego skierowanego do rodziców dzieci chorujących na zakażenia układu moczowego. Zajęcia będą odbywać się w formie cotygodniowych spotkań z rodzicami, w 10 osobowych grupach, w sali wykładowej I Kliniki Chorób dzieci DSK w Białymstoku. Cykl zajęć dydaktycznych obejmuje 5 spotkań. Przed i po zakończeniu programu rodzice wypełniają anonimowe ankiety umożliwiające sprawdzenie ich wiedzy na temat profilaktyki zakażeń.

Cel programu edukacyjnego:

1. Przekazanie informacji na temat przyczyn, objawów, powikłań zakażeń układu moczowego u dzieci.
2. Przygotowanie rodziców do aktywnego udziału w badaniach diagnostycznych układu moczowego.
3. Przygotowanie rodziców do podjęcia profilaktyki wtórnych zakażeń układu moczowego w warunkach domowych.
4. Zapoznanie rodziców ze sposobami pobierania moczu u dzieci do badań diagnostycznych

Metody nauczania:

- wykład
- pogadanka
- pokaz
- zajęcia warsztatowe

Osoby, instytucje wspierające program:

- **dyrektor SP DSK** – udostępnienie sali wykładowej
- **kierownik I Kliniki Chorób Dzieci SP DSK** – udział w organizacji szkolenia, udostępnienie sprzętu multimedialnego do prezentacji materiałów szkoleniowych
- **firma farmaceutyczna** – dostarczenie materiałów szkoleniowych na temat pobierania moczu oraz środków do pielęgnacji ujścia cewki moczowej

Osoby realizujące program:

- pielęgniarka koordynująca
- lekarz nefrolog
- dietetyczka
- lekarz radiolog
- studenci Wydziału Pielęgniarstwa

Tematyka zajęć:

1. Budowa i czynność układu moczowego z uwzględnieniem wieku dziecka.
2. Przyczyny i objawy zakażeń układu moczowego u dzieci.
3. Czynniki ryzyka zakażeń układu moczowego u dzieci.
4. Metody rozpoznawania zakażeń układu moczowego
5. Przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych – wskazówki dla rodziców

Środki dydaktyczne:

1. Film video Pt „Bądź zdrow”. Produkcja TVP 3 Oddział w Białymstoku.
2. Broszura: „Pobieranie moczu na badanie ogólne i na posiew u niemowląt i małych dzieci”.
3. Broszura: „Pobieranie moczu na badanie ogólne i na posiew u dzieci starszych”.
4. Broszura: „Pobieranie moczu do badania bakteriologicznego poprzez cewnikowanie”.
5. Broszura: „Gdy Twoje dziecko ma zakażenie układu moczowego”.
6. Broszura: „Przygotowanie dziecka do urografii”.
7. Broszura: „Badania obrazowe w chorobach nerek u dzieci”.
8. Pojemniki na mocz do badania ogólnego i na posiew.
9. Woreczki na mocz.
10. Zestaw do jednorazowego cewnikowania pęcherza moczowego (cewnik Ne-latona, miska nerkowata, jałowe gaziki, roztwór rivanolu, rękawiczki)
11. Środki higieniczne do pielęgnacji krocza.
12. Foliogram: „Budowa układu moczowego”.

Metody oceny skuteczności programu

Ocena skuteczności programu będzie dokonana na podstawie:

- ankiety sprawdzającej wiedzę rodziców na temat zakażeń układu moczowego u dzieci, przed i po zakończeniu realizacji programu szkoleniowego
- oceny organizacji i przebiegu zajęć przez uczestników programu
- zainteresowania uczestników programu edukacyjnego kontynuowaniem szkoleń

Ankieta sprawdzająca wiedzę rodziców dzieci z ZUM:

1. Inicjały
2. Wiek
3. Płeć
4. Wykształcenie

5. Proszę podać przyczyny zakażeń układu moczowego u dzieci
 - a)
 - b)
 - c) nie znam
6. Proszę podać objawy świadczące o zakażeniu dróg moczowych u dziecka
 - a)
 - b)
 - c) nie znam
7. Jakie drobnoustroje mogą wywołać zakażenie dróg moczowych:
 - a) bakterie
 - b) grzyby
 - c) wirusy
 - d) drożdże
 - e) inne (jakie?)
 - f) nie wiem
8. Czy zakażeniom układu moczowego sprzyjają nieprawidłowe nawyki higieniczne?
 - a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem
9. Czy leki w nawracającym zakażeniu układu moczowego należy:
 - a) przyjmować systematycznie
 - b) przyjmować tylko w zaostrzeniu choroby
 - c) przyjmować ściśle ze wskazówkami lekarza
 - d) nie wiem
10. Gdzie należy przechowywać mocz pobrany na badanie ogólne przed oddaniem do laboratorium
 - a) w lodówce (temperatura 4°C)
 - b) w temperaturze pokojowej
 - c) nie wiem
11. Gdzie należy przechowywać mocz pobrany do badania bakteriologicznego (na posiew) przed oddaniem do laboratorium?
 - a) w lodówce (temperatura 4°C)
 - b) w temperaturze pokojowej
 - c) nie wiem
12. Mocz do badania bakteriologicznego należy pobrać:
 - a) do słoiczka
 - b) do pojemnika jałowego, zakupionego w aptece
 - c) do pojemnika takiego samego jak na badanie ogólne moczu

13. Pojemnik z próbką moczu na posiew należy prawidłowo opisać umieszczając następujące dane:
 - a) imię i nazwisko, wiek, datę pobrania moczu
 - b) imię i nazwisko, wiek, datę pobrania moczu, przyjmowane antybiotyki
 - c) nie wiem
14. W czasie zakażenia układu moczowego u dziecka należy:
 - a) zmniejszyć ilość wypijanych płynów do 1 litra na dobę
 - b) zapewnić podaż płynów do picia w ilości 1,5–2 litrów na dobę
 - c) nie wiem
15. Zakażeniom układu moczowego mogą sprzyjać:
 - a) zaparcia
 - b) nadmierne spożycie słodczy
 - c) wypijanie zbyt małej ilości płynów
 - d) wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe
16. Dieta dziecka z zakażeniem układu moczowego powinna zawierać:
 - a) przynajmniej jeden posiłek mięsny w ciągu dnia
 - b) jogurty naturalne, kefir
 - c) warzywa i owoce z dużą zawartością witaminy C
 - d) dużą ilość słodczy
 - e) nie wiem

Piśmiennictwo

1. Bochniewska V., Jung A., Golczyk A.: Zakażenie układu moczowego u dzieci. *Klinika pediatryczna*, 1966, 4 (4), 4–8.
2. Jung A., Żuber J.: Zakażenia układu moczowego u dzieci. Medipress, Warszawa, 1999, 25–120.
3. Sancewicz-Pach K., Stec Z.: Zakażenia układu moczowego. *Klinika Pediatryczna*, 2001, 9 (1), 4–9.
4. Sancewicz-Pach K.: Zakażenia układu moczowego u dzieci. *Medycyna po Dyplomie*, 1995, wyd. specjalne, 25–30.
5. Sieniawska M., Kostro I.: Zasady postępowania w zakażeniach układu moczowego u dzieci. *Terapia i Leki*. 2000, XXXVIII/L/1, 20–23.
6. Sieniawska M.: Najczęstsze choroby układu moczowego u dzieci. *PZWL*, Warszawa, 1966, 33–34.
7. Sieniawska M.: Nawracające zakażenia układu moczowego. *Medycyna Praktyczna – Peditria*, 2000, 4 (10), 130–143.
8. Wyszyńska T.: Zakażenia układu moczowego u dzieci. Aktualny stan wiedzy. *Postępy Nauk medycznych*, 2000, 3, 28–34.
9. Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. *Pielęgniarstwo* 2000, 1999, 3 (44), 19–25.

10. Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1997, 22–28.
11. Kawczyńska-Butrym Z.: Pielęgniarstwo rodzinne. Centrum Edukacji medycznej, Warszawa 1997, 239–251.
12. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina, zdrowie, choroba. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin, 2001, 26–60.
13. Przewoźniak L.: Edukacyjne zadania pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001, 1, 42–43.
14. Przewoźniak L.: Edukacyjne zadania pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001, 2, 39–41.
15. Bartusek M.: Pielęgnowanie w zdrowiu i w chorobie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 1999, 4 (4), 32–33.

Tabela 1. Szczegółowy program zajęć

Temat	Treść nauczania	Metody realizacji	Czas realizacji	Osoba realizująca	Uwagi
Budowa i czynność układu moczowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budowa dolnego i górnego odcinka dróg moczowych 2. Budowa kłębuszka nerkowego i mechanizm filtracji kłębuszkowej. 3. Prawidłowa czynność nerek, pęcherza moczowego. 4. Fizjologiczny skład moczu. 5. Rola nerek w organizmie człowieka 	Projekcja filmu video „Bądź zdrow”, wykład	45 min	Lekarz nefrolog	
Przyczyny zakażeń układu moczowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czynniki ryzyka ZUM związane z zachowaniami zdrowotnymi pacjenta: zaparcia, higiena osobista, przetrzymywanie moczu, sposób odżywiania. 2. Czynniki ryzyka ZUM niezależne od pacjenta: wady układu moczowego, kamica nerkowa, zaburzenia czynnościowe pęcherza moczowego, cukrzyca, owsica. 3. Charakterystyka drobnoustrojów wywołujących ZUM. 	Pokaz, pogadanka	30 min	Lekarz nefrolog	
Jak rozpoznać zakażenie układu moczowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objawy zakażenia górnego odcinka układu moczowego. 2. Objawy zakażenia dolnego odcinka układu moczowego. 3. Objawy nawrotowego zakażenia układu moczowego. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie moczu na posiew. 	Wykład, pogadanka	30 min	Lekarz nefrolog	Rodzice na podstawie analizy przypadków i własnych doświadczeń określają objawy świadczące o ZUM

Temat	Treść nauczania	Metody realizacji	Czas realizacji	Osoba realizująca	Uwagi
Przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sposoby pobierania moczu do badań. 2. Przygotowanie dziecka do badań radiologicznych. 	Pogadanka, warsztaty	30 min	Pielęgniarka koordynująca, studenci Licencjatu Pielęgniarstwa	Rodzice nabywają wiedzę i umiejętności dotyczące pobierania moczu do badań
„Jak zapobiegać nawrotom choroby?” – wskazówki dla rodziców	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zasady żywienia w schorzeniach zapalnych układu moczowego. 2. Profilaktyka zapań. 3. Udział rodziców w farmakoterapii. 4. Higiena osobista. 5. Zaplanowanie opieki nad dzieckiem w czasie remisji choroby. 	Wykład, warsztaty	45 min	Pielęgniarka koordynująca, dietetyczka	Rodzice samodzielnie planują opiekę nad dzieckiem w okresie remisji choroby. Rodzice układają jednodniowy jadłospis dla swoich dzieci.
Organizacja opieki nad dzieckiem ze schorzeniami nefrologicznymi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struktura organizacji opieki medycznej nad dzieckiem ze schorzeniami nefrologicznymi. 2. Przygotowanie rodziców i dziecka do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. 	wykład	30 min	Pielęgniarka rodzinna/ środowiskowa	

Jolanta Eszyk¹, Dorota Ordys¹

Potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży szkolnej w zakresie zdrowia

Opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania (medycyna szkolna) ma charakter profilaktyczny. Jej wpływ na zdrowie populacji dotyczy sytuacji aktualnej, a także przyszłości. Od opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą zależy w dużym stopniu stan zdrowia dorosłego społeczeństwa. Istotnym elementem opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą jest edukacja zdrowotna.

Wstęp

Medycyna szkolna jest dziedziną medycyny zajmującą się teoretycznie i praktycznie rozwojem oraz zdrowiem uczniów, zarówno w skali populacyjnej, jak i jednostkowej, w kontekście procesu nauczania i wychowania oraz wpływu środowiska szkolnego. Jest dziedziną ściśle powiązaną z pedagogiką i dydaktyką, a w jej rozwoju historycznym nauki te, obok takich dyscyplin medycyny jak higiena i pediatria, odegrały znaczącą rolę [3].

W Polsce idea opieki medycznej nad uczniami ma ponad 100-letnią tradycję. Takie umiejscowienie medycyny szkolnej stwarza konieczność pracy lekarza i pielęgniarki (higienistki szkolnej) bezpośrednio w środowisku szkolnym i rozwiązywania przez nich problemów zdrowotnych nie tylko w skali jednostkowej, ale przede wszystkim jako zbiorowości.

Ostatni okres rozwoju medycyny szkolnej związany jest ściśle z transformacją ustrojowo-gospodarczą Polski. Przypada on na ostatnie dziesięciolecie XX wieku i został zapoczątkowany pracami, pod kierunkiem B. Woynarowskiej, nad nowym systemem opieki zdrowotnej nad uczniami. U jego podstaw znalazła się, rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ), współczesna filozofia zdrowia i jego promocji (szkoła promująca zdrowie) oraz przewidywane reformy opieki zdrowotnej w Polsce. Podstawowym założeniem stało się aktywne

¹ Kolegium Kształcenia Umiejętności Pielęgniarskich, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

włączenie się w opiekę zdrowotną, obok służby zdrowia i szkoły, samego ucznia i jego rodziców. Pozwala to na większą indywidualizację opieki, a jednocześnie upodmiotawia ucznia. Koncepcja ta równocześnie przewartościowuje tradycyjny układ lekarz szkolny-pielęgniarka szkolna, dając tej ostatniej de facto rolę lidera w bezpośredniej opiece zdrowotnej w szkole, w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Ten model opieki został nazwany profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami w miejscu nauczania [3, 7].

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w miejscu nauczania sprawowana przez pracowników służby zdrowia obejmuje opiekę: lekarsko-pielęgniarską (medyczną, „ogólną”), sprawowaną przez pielęgniarkę (higienistkę szkolną) i lekarza (specjalistę pediatrii, medycyny ogólnej, rodzinnej itd.) oraz stomatologiczną. Stanowi ona część podstawowej opieki zdrowotnej, a jej istotą są działania profilaktyczne. Wyodrębnienie tej opieki wynika ze specyficznych potrzeb tak bardzo licznej (ponad 8 mln [5]) grupy populacji, a także możliwości wykorzystania szkoły, jako masowej organizacji, do medycznych i stomatologicznych działań prewencyjnych [6].

W modelu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami zarówno pielęgniarka, jak i lekarz w swoje zadania ma wpisaną edukację zdrowotną [1, 2, 4]. Aby działania edukacyjne mogły być podjęte i realizowane w sposób efektywny niezbędne jest rozpoznanie potrzeb dzieci i młodzieży w tej dziedzinie [8].

Materiał i metoda

Celem pracy jest próba zdiagnozowania potrzeb edukacyjnych w dziedzinie zdrowia dzieci i młodzieży, które mają być realizowane przez pielęgniarkę szkolną.

Badaniami objęto grupę 402 uczniów różnych rodzajów szkół:

- szkoła podstawowa 148 uczniów, co stanowiło 37% badanej grupy
- gimnazjum 176 uczniów, co stanowiło 44% badanej grupy
- liceum ogólnokształcące 78 uczniów stanowiących 19% badanej grupy.

Dane zostały zebrane przy pomocy kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania otwarte, półotwarte i zamknięte. Pytania dotyczyły: opinii na temat zdrowia i jego potęgowania, oceny opieki medycznej w szkole z uwzględnieniem realizowania edukacji zdrowotnej oraz potrzeb edukacyjnych uczniów w zakresie zdrowia.

Badania przeprowadzono na próbie 402 uczniów w wieku od 11–20 lat. Dziewczęta stanowiły 45,3% badanej grupy, chłopcy 52,7%.

Badania zostały przeprowadzone w szkołach miejskich Katowic, dlatego większość uczniów mieszka w dużym mieście 96,8% a tylko 3,2% podaje jako miejsce zamieszkania małe miasto.

Wyniki

Dzieci i młodzież generalnie zgadzają się z opinią, że zdrowie jest wartością, o którą należy dbać. Twierdzi tak 93,2% uczniów szkoły podstawowej, 87,5% uczniów szkół gimnazjalnych oraz 81% uczniów liceum ogólnokształcącego (ryc. 1).

Wśród sposobów, w jaki badani dbają o swoje zdrowie są wymieniane

- zdrowe odżywianie – 59,5% uczniów szkoły podstawowej, 46% uczniów gimnazjum, 41% uczniów liceum ogólnokształcącego
- aktywność fizyczna (spacery, sport) – 29% uczniów szkoły podstawowej, 41,5% uczniów gimnazjum, 48,7% uczniów liceum ogólnokształcącego
- dbanie o higienę osobistą, czystość – 40,5% uczniów szkoły podstawowej, 12,5% uczniów gimnazjum, tylko 2,6% uczniów liceum ogólnokształcącego
- zażywanie witamin i mikroelementów – 23% uczniów szkoły podstawowej, 15,9% uczniów gimnazjum, 16,7% uczniów liceum ogólnokształcącego
- ubieranie się odpowiednio do pogody, temperatury otoczenia – 20,3% uczniów szkoły podstawowej, 19,3% uczniów gimnazjum, 9% uczniów liceum ogólnokształcącego
- korzystanie z porad lekarza czy dentysty – 18,2% uczniów szkoły podstawowej, 5,7% uczniów gimnazjum, 9% uczniów liceum ogólnokształcącego (ryc. 2).

Z przeprowadzonych badań wynika, że w szkołach pielęgniarka szkolna nie prowadzi edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Średnio 95% badanych uczniów wszystkich rodzajów szkół stwierdziło, że w tym roku szkolnym nie były prowadzone zajęcia na tematy związane ze zdrowiem. Największy odsetek odpowiedzi twierdzących jest w szkole podstawowej (9,5%). Z dodatkowych informacji, które uczniowie szkoły podstawowej zamieścili w ankiecie wynika, że zajęcia takie dopiero się odbędą. W gimnazjum i liceum takich zajęć nie było.

Wśród tematów, których dotyczyły zajęcia pojawiały się takie, jak: dojrzewanie płciowe, higiena osobista, właściwe ubieranie się, uzależnienia. Tych odpowiedzi udzielili uczniowie szkoły podstawowej, gdzie uczniowie pamiętają, że takie zajęcia się odbyły.

Osoby, które uczestniczyły w zajęciach oceniały je jako ważne (4,8%) i potrzebne (3,4%).

Uczniowie mając możliwość wypowiedzenia się na temat jak chcieliby mieć prowadzone zajęcia o tematyce związanej zdrowiem uznali, że powinny być prowadzone: w sposób ciekawy i urozmaicony (1,4% podstawówka, 25,6% gimnazjum 21,8% liceum), w formie pytań i odpowiedzi (2,7% podstawówka, 8,2% gimnazjum 6,4% liceum) lub w formie rozmowy, dyskusji czy filmu (13,5% podstawówka, 13,1% gimnazjum 14,1% liceum), sposób aktywizujący ich do działania oraz dawać możliwość wypowiedzenia swego zdania (16,2% podstawówka, 2,3% gimnazjum 19,2% liceum), odpowiednio dobierając tematy, którymi będą

zainteresowani (13,5% podstawówka, 15,9% gimnazjum 2,6% liceum), w taki sposób, żeby wytłumaczyć dokładnie wszystkie wątpliwości (18,2% podstawówka, 7,4% gimnazjum 3,9% liceum) (ryc. 3).

Tematy, które wzbudzają u respondentów zainteresowanie to:

- Radzenie sobie ze stresem – 35,8% uczniów szkoły podstawowej, 46% uczniów gimnazjum, 56,4% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Zdrowy styl życia – 40,6% uczniów szkoły podstawowej, 41,5% uczniów gimnazjum, tylko 43,6 uczniów liceum ogólnokształcącego
- AIDS – 37,2% uczniów szkoły podstawowej, 36% uczniów gimnazjum, 38,5% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Zdrowe, racjonalne odżywianie – 32,4% uczniów szkoły podstawowej, 38,1% uczniów gimnazjum, 37,2% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową – 27,7% uczniów szkoły podstawowej, 31,3% uczniów gimnazjum, 33,3% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Zapobieganie próchnicy zębów – 24,3% uczniów szkoły podstawowej, 24,4% uczniów gimnazjum, 15,4% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Metody regulacji poczęć – 11% uczniów szkoły podstawowej, 19,9% uczniów gimnazjum, 30,8% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Zapobieganie chorobom zakaźnym (szczepienia) – 16,9% uczniów szkoły podstawowej, 12,5% uczniów gimnazjum, 11,5% uczniów liceum ogólnokształcącego
- Wśród innych tematów badani wymieniali dojrzewanie płciowe, współżycie płciowe, nałogi, anoreksja i bulimia (ryc. 4).

Celem rozmowy dla ponad połowy uczniów szkoły podstawowej gimnazjum i liceum było przede wszystkim poszerzenie wiedzy (ryc. 5).

Źródłem wiedzy o zdrowiu i jego pielęgnowaniu dla uczniów szkoły podstawowej są rodzice (85%), telewizja (44,6%), lekarze i pielęgniarki (37,8%), nauczyciele (30,4%). W mniejszym stopniu niż ich koledzy z gimnazjum i liceum korzystają z prasy młodzieżowej, Internetu.

Uczniowie gimnazjum korzystają z wiedzy rodziców (64,8%), telewizji (57,4%), prasy młodzieżowej i kobiecej (43,8%), książek na tematy związane ze zdrowiem (29,5%) oraz Internetu (28,4%), na dalszy plan odsuwając lekarzy i pielęgniarki oraz nauczycieli.

Natomiast młodzież licealna najczęściej czerpie wiedzę o zdrowiu z telewizji (66,7%), od rodziców (57,7%) i Internetu (51,3%), książek na tematy medyczne (35,6%) oraz prasy kobiecej i młodzieżowej (31%) podobnie jak młodzież z gimnazjum odsuwając na dalszy plan nauczycieli i pracowników służby zdrowia (ryc. 6).

Większość (69,2%) respondentów stwierdziła, że ich wiedza na temat zdrowia i jego pielęgnowania jest wystarczająca i nie widzą potrzeby jej uzupełniania czy poszerzania.

Największą pewność w tym zakresie mają uczniowie szkoły podstawowej 72,3%. W liceum jest 61,5% uczniów uważających, że ich wiedza jest wystarczająca.

Niedosyt w tym zakresie odczuwa ogółem 28,9% badanych uczniów, (38,5% liceum, 28,4% gimnazjum i 24,3% podstawówka), którzy chcieliby uzupełnić wiedzę przez spotkania, rozmowy z pielęgniarką, lekarzem (8,2%) lub specjalistami np. psycholog 4,5%, książki 2,2%. 3,2% osób widzi niedostatki w wiedzy na temat zdrowia, ale nie ma zdania, nie wie jak można je uzupełnić.

Omówienie

Przeprowadzone badania wskazują na duże zapotrzebowanie dzieci i młodzieży szkolnej na wiedzę dotyczącą zdrowia i jego pielęgnowania. Dla większości uczniów zdrowie jest wartością, o którą należy dbać. Twierdzi tak ok. 90% badanych [9].

Wśród tematów, na które chcą rozmawiać uczniowie są radzenie sobie ze stresem, zdrowy styl życia, AIDS, zdrowe odżywianie [9]. O sposobach niwelowania stresu częściej chcą rozmawiać uczniowie liceum i gimnazjum niż uczniowie szkoły podstawowej. Ich interesuje bardziej zdrowy styl życia i AIDS, a dopiero potem niwelowanie stresu. Znamienne jest również to, że uczniowie podstawówki i gimnazjum częściej chcą pozyskać wiedzę o zapobieganiu próchnicy zębów niż uczniowie liceum, natomiast uczniowie liceum bardziej interesują się metodami regulacji poczucia.

Rodzice są źródłem wiedzy o zdrowiu dla uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum. Licealiści częściej korzystają z telewizji i Internetu niż uczniowie podstawówki i liceum czerpiąc z nich wiedzę o zdrowiu.

Niedostatki swojej wiedzy o zdrowiu i jego pielęgnowaniu widzi więcej uczniów liceum (ok. 40%) i liczba ta zmniejsza się wraz ze zniżaniem poziomu edukacji szkolnej. Taka zależność może wynikać z bardziej świadomej refleksji nad swoimi możliwościami u młodzieży szkół średnich niż u uczniów niższych poziomów kształcenia.

Wnioski

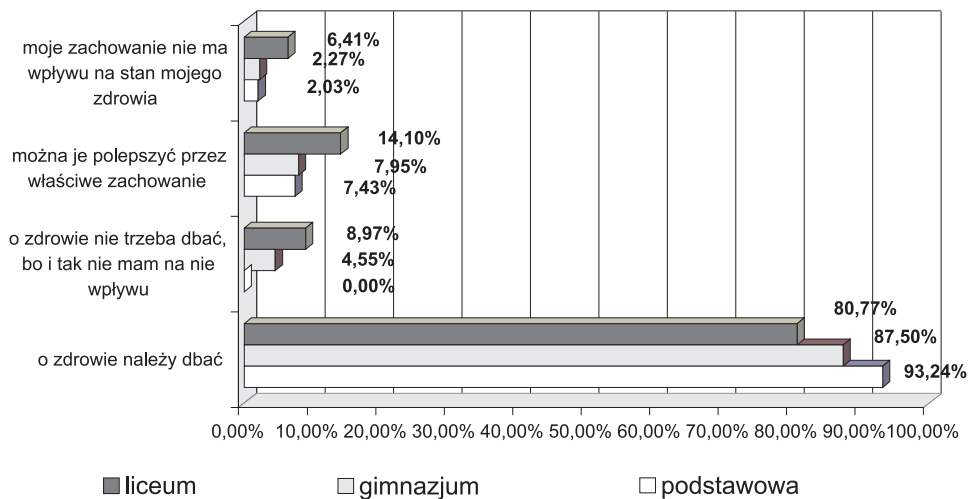
1. Edukacja zdrowotna w badanych szkołach nie jest praktycznie realizowana.
2. Potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży uwidaczniają się w zarówno w zakresie formy jak i tematów, na które chcieliby porozmawiać otwarcie, aktywnie i dokładnie zgłębiając zagadnienie. Uczniowie gimnazjum i liceum chcą rozmawiać o sposobach radzenia sobie ze stresem, a uczniowie podstawówki o zdrowym stylu życia i AIDS.

3. Głównym źródłem wiedzy o zdrowiu i jego pielęgnowaniu dla uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum są rodzice. Licealiści szukają informacji w telewizji i Internecie częściej niż uczniowie niższych poziomów edukacji szkolnej.
4. Odczucie niedosytu w zakresie posiadanej wiedzy o zdrowiu wzrasta wraz z wiekiem badanych (ok. 40% licealistów, 30% gimnazjalistów i 24% uczniów podstawówki).

Piśmiennictwo

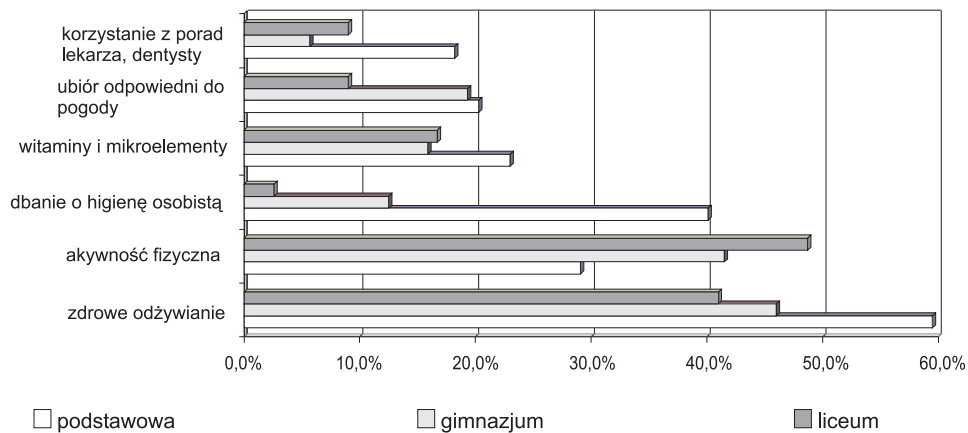
1. Fetlińska J.: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami – stan, potrzeby i warianty rozwiązań w dobie reformy systemu ochrony zdrowia, edukacji i administracji. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna.*, 2000, VII (19), 133–144.
2. Hirszfeld H.: Zadania pielęgniarstwa środowiskowo-szkolnej w miejscu nauczania i wychowania na podstawie własnych doświadczeń. *Kompensum 99: rynek usług medycznych – nowe zadania, nowe możliwości.* Warszawa 1999, 37–44.
3. Radiukiewicz S.: Historia i drogi rozwoju medycyny szkolnej.: B. Woynarowska: *Zdrowie i szkoła.* PZWL, Warszawa 2000, 18–30.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą. *Dz. U. z 2003 r. Nr 130, poz. 1196.*
5. Woynarowska B.: Charakterystyka demograficzno-społeczna populacji w wieku szkolnym. *Pediatrics Praktyczna*, 1999, 7 (2), 171–175.
6. Woynarowska B.: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami. B. Woynarowska: *Zdrowie i szkoła.* PZWL, Warszawa 2000, 493–523.
7. Woynarowska B.: O potrzebie reaktywowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w miejscu nauczania, *Zdrowie Publiczne* 2000, 110 (2), 54–59.
8. Zahradniczek K.: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa,* PZWL, Warszawa 1999.
9. Abramczyk A., Sobiech I., Tomaszewicz G.: Selected health protection problems among young people in the town environment, *Polish Nursing* 2002, 2 (14), 213–216.
10. Piechowiak A.: Health as a value according to the gymnasium youth. *Polish Nursing* 2002, 2 (14), 190–193.

Rycina 1. Opinie dzieci i młodzieży na temat pielęgnowania zdrowia



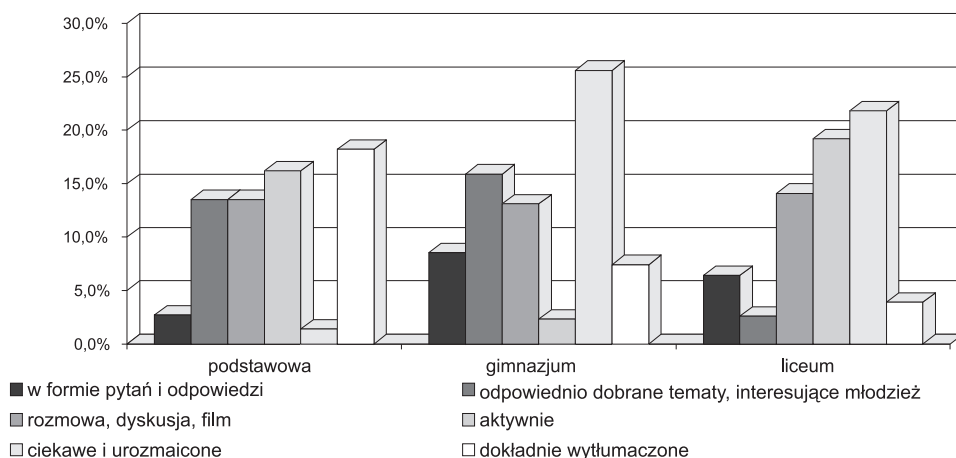
Źródło: badania własne

Rycina 2. Sposoby dbania o zdrowie przez uczniów



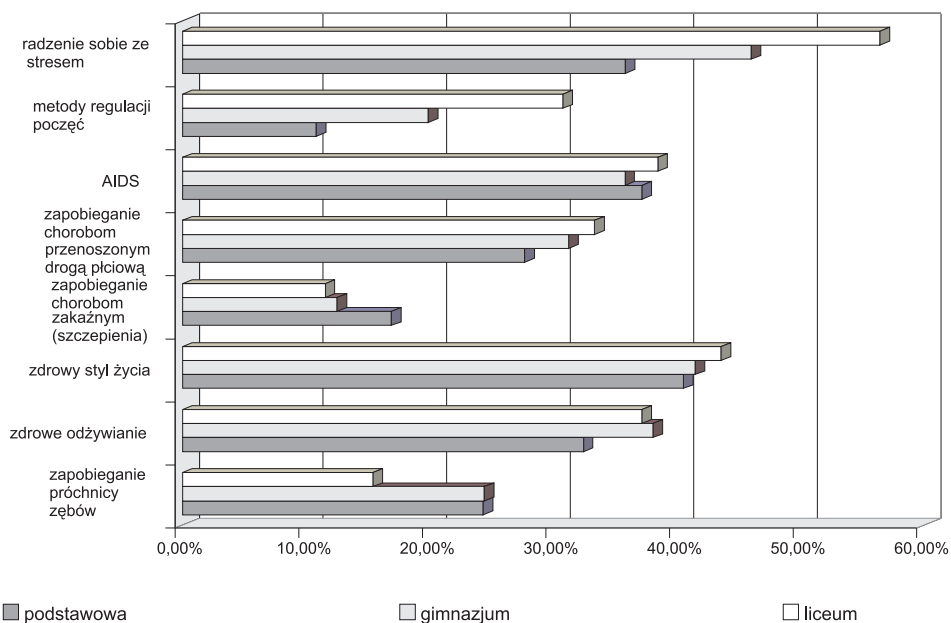
Źródło: badania własne

Rycina 3. Opinie uczniów na temat sposobu przeprowadzania edukacji zdrowotnej



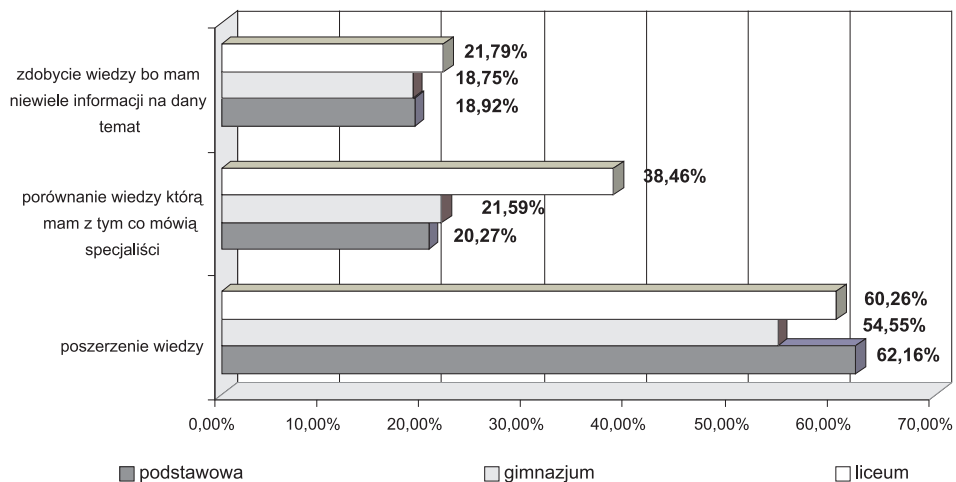
Źródło: badania własne

Rycina 4. Tematy, na które uczniowie chcieliby porozmawiać z pielęgniarką szkolną



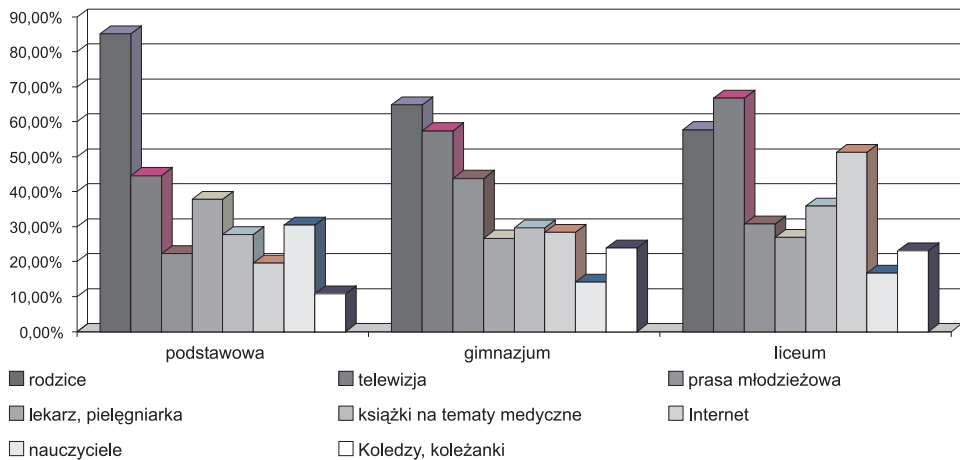
Źródło: badania własne

Rycina 5. Cele rozmowy z pielęgniarką szkolną



Źródło: badania własne

Rycina 6. Źródła wiedzy o zdrowiu i jego pielęgnowaniu



Źródło: badania własne

Wybrane problemy zdrowotne wieku podeszłego



Wprowadzenie

Nikt nie jest tak stary, aby nie mógł się
jeszcze czegoś nowego nauczyć

Ajschylos

Przeciętny mieszkaniec starożytnego Rzymu żył nieco ponad 35 lat. Jeszcze w 1800 roku średnia długość życia przekraczała nieznacznie cztery dekady. Współczesne prognozy demograficzne wskazują, że do 2010 roku populacja osób w wieku od 65 do 75 lat zwiększy się o 11%, a osób powyżej 75 lat o 26% w stosunku do roku 2000. W roku 2050 roku odsetek ludzi starych wyniesie aż 35% populacji.

Starość staje się więc problem interdyscyplinarnym, tym bardziej, że człowiek starzeje się w zasadzie od momentu narodzin i jest to normalna „biologiczna machina”. Wiek podeszły niesie jednak za sobą liczne problemy zdrowotne nakładające się na związane z procesami starzenia zmiany fizjopatologiczne. Pogarszają się z reguły warunki ekonomiczne oraz socjalne tych osób. Wskutek fizjologicznego spadku aktywności i wydolności fizycznej ich działania stają się mniej spektakularne. Ludzie młodzi unikają z nimi kontaktów, lękając się starości. Masmedia natomiast propagują kult piękna, młodości i zdrowia, pogoń za sprawnością, efektywnością i umiejętnością „urządzania się” w życiu. Prawie wcale nie poruszają tematów dotyczących dojrzałej refleksji, „spokojnej powolności”, zadumy nad własną niemożnością i życiowej mądrości, którą reprezentują osoby w podeszłym wieku. Nie próbują podkreślać tego, że ludzie starzy pokazują nam wszystkim jacy sami kiedyś będziemy, ze wszystkimi swoimi ułomnościami, niewydolnościami i licznymi chorobami. Grucho Marx powiedział kiedyś żartobliwie: „Wiek średni jest wtedy, gdy kładziesz się wieczorem i masz nadzieję, że rano będziesz się czuł lepiej. Wiek podeszły jest wtedy, gdy kładziesz się wieczorem i masz nadzieję, że rano się obudzisz”. Wielu z nas postrzega osoby stare jako bierne, samotne, chore i wymagające pomocy. Otacza ich nadmierną opieką i pielęgnacją, powodując rozwój i pogłębienie ich niedoleństwa. Nieliczni tylko zdają sobie sprawę, że starość sama w sobie nie jest patologią, a w wielu schorzeniach typowych dla tego wieku można skutecznie zapobiegać. Takie podejście do seniorów dawało by im szansę na aktywną starość, wspomagało

i mobilizowało do działania oraz samoopieki. Dziś już powszechne jest stwierdzenie psychologów rozwojowych, że również wiek podeszły podlega prawidłowościom psychicznego dojrzewania i także w tym wieku czekają na człowieka specyficzne zadania rozwojowe. W takim ujęciu starość, jak pięknie określił Piotr Szczurkiewicz, to coś więcej niż „odcinanie kuponów” z osiągnięć poprzednich okresów życia.

Elżbieta Krajewska-Kułak

Anna Jermolaj¹, Małgorzata Halicka²

Hospitalizacja jako czynnik stresujący pacjentów w starszym wieku

Wstęp

Szpital jako instytucja gwarantuje choremu zaspokojenie ważnej dla niego potrzeby tj. leczenie. Daje choremu poczucie bezpieczeństwa, że znajduje się w środowisku specjalistów z nadzieją na wyzdrowienie. Jednocześnie pobyt w szpitalu i proces hospitalizacji to dla pacjenta sytuacja obciążająca w sensie psychicznym. Stres, jaki odczuwają pacjenci, może osłabić skutki terapii poprzez silny niepokój albo też opór [1]. Proces hospitalizacji może wyzwać bezradność i poczucie zagrożenia. Niektórzy autorzy [2, 3] podkreślają, że szczególnie długotrwała hospitalizacja osób starszych – zwana także chorobą szpitalną lub odleżyną psychiczną – wyzwała stan apatii, bierności i doprowadza nawet czasami do powstania lub nasilenia się istniejącej już depresji lub głębokich zaburzeń psychicznych.

Do źródeł stresu w środowisku szpitalnym najczęściej zaliczane są: świadomość poważnej choroby, brak informacji na temat stanu zdrowia, efekty uboczne stosowanego leczenia. Drugą grupę silnie stresujących czynników stanowią: znalezienie się w nowym i obcym środowisku, izolacja od rodziny, domu i osobistych przedmiotów, przebywaniu wśród innych chorych o różnym stanie zdrowia, konieczność poddania się rygorom życia szpitalnego [4]. W sensie emocjonalnym konsekwencją tego wszystkiego może być frustracja wyzwalająca u pacjenta lęk, smutek, poczucie winy.

Podczas procesu leczenia duży wpływ na powrót pacjenta do zdrowia ma atmosfera, jaka panuje w placówce leczniczej, interakcje pomiędzy pracującym w oddziale personelem a pacjentem. Przyjazny klimat szpitala pozytywnie oddziałuje na pacjentów. Wzajemna życzliwość, sympatia, akceptacja, chęć pomocy mogą łagodzić ujemne reakcje chorego wynikające z choroby, wieku czy sa-

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

² Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna w Białymstoku

mej hospitalizacji [5, 6]. Bardzo ważne w procesie pielęgnacyjno-leczniczym jest sprawne przekazywanie pacjentowi informacji, co zwiększa szansę stosowania się do zleceń lekarskich i wpływa na skuteczność leczenia. Jak wynika z badań B. Tobiasz-Adamczyk [4] opieka medyczna, która nie satysfakcjonuje pacjenta jest mniej efektywna.

Na te i inne problemy hospitalizowanych pacjentów w wieku starszym powinni zwracać większą uwagę osoby bezpośrednio zaangażowane w proces nie tylko leczenia, ale i zdrowienia pacjenta w starszym wieku. Niektóre z sygnalizowanych wyżej problemów były przedmiotem badań ankietowych przeprowadzonych w SP ZOZ w Białymstoku.

Materiał i metoda

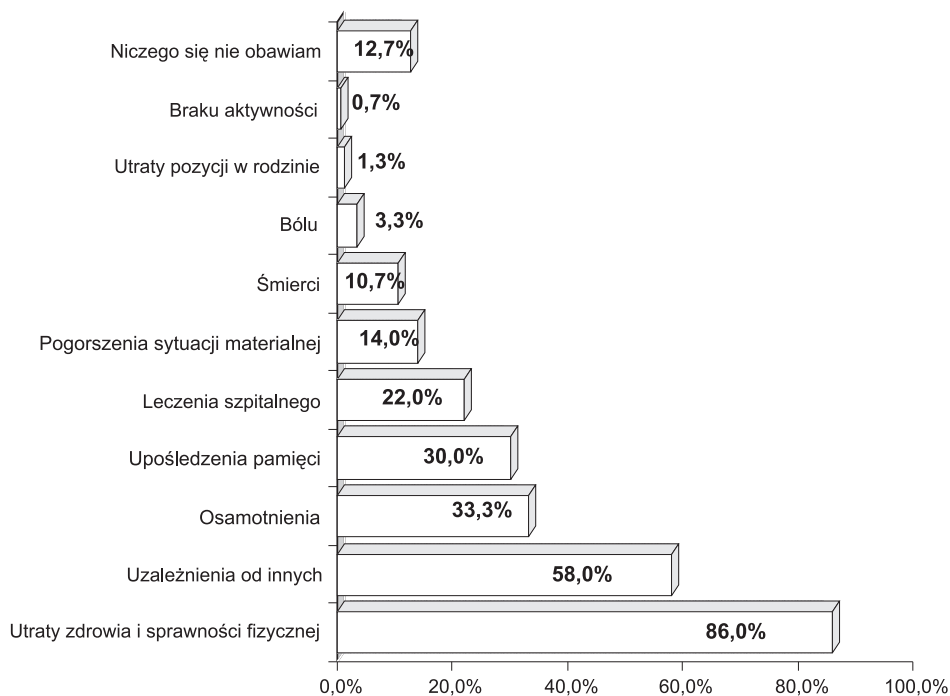
Celem badań było zdiagnozowanie potrzeb hospitalizowanych osób w starszym wieku ze szczególnym uwzględnieniem czynników, które stanowią przeszkodę w jakości realizowanych usług leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Prezentowane wyniki stanowią fragment obszerniejszych badań na temat oceny potrzeb psychospołecznych oraz realizowanych świadczeń usługowo-medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespoleonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Badaniami objęto 150 osób w wieku 65 i więcej lat, hospitalizowanych w roku 2003 w wyżej wymienionym oddziale, których stan zdrowia pozwolił na przeprowadzenie badania ankietowego. W badanej grupie przeważały kobiety (66%), mężczyźni stanowili 34% osób. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica firmy StatSoft. Do oceny wyników zastosowano test χ^2 Pearsona.

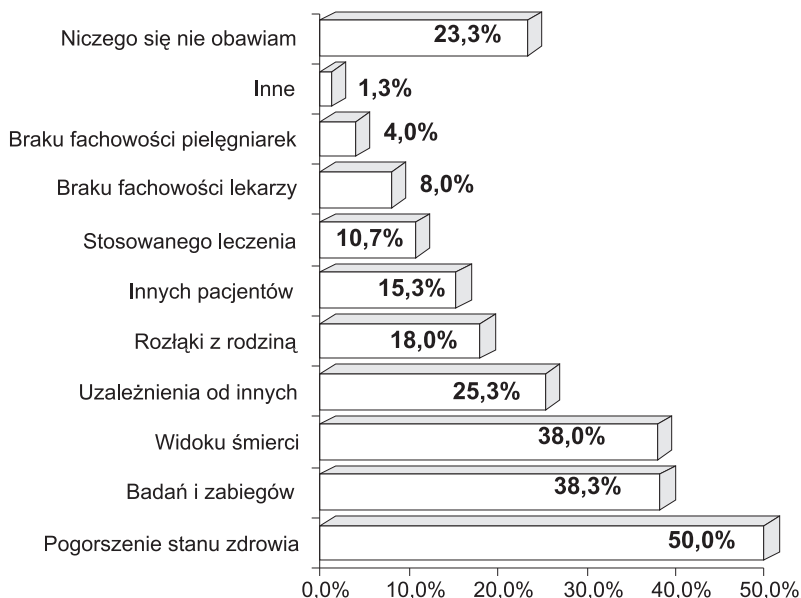
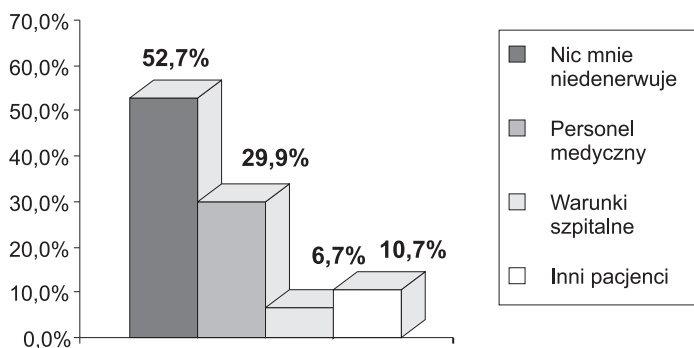
Wyniki

Niepokoje hospitalizowanych osób starszych

U osób starszych lęk może wykazywać tendencję wzrostową, ponieważ typowe dla osób w tym wieku jest wzrastające poczucie zagrożenia, które wiąże się zarówno z pogorszeniem sytuacji życiowej, jak i gorszymi zdolnościami adaptacyjnymi. Jak wynika z ryc. 1, poczucie niepokoju u ankietowanych pacjentów w największym stopniu związane było z utratą zdrowia i niepełnosprawnością fizyczną (86%). Stan taki rodzi dalsze obawy związane z uzależnieniem od innych, na co zwracało uwagę 58% hospitalizowanych osób w starszym wieku. Około 30% pacjentów odczuwa lęk przed osamotnieniem i upośledzeniem pamięci. Leczenia szpitalnego obawia się 22%, pogorszenia sytuacji materialnej 14%, a śmierci blisko 11%. Tylko niespełna 13% badanych osób starszych nie obawia się niczego w związku z procesem starzenia się, co mogłoby wskazywać na akceptację zmian związanych z progresją wieku.

Rycina 1. Obawy pacjentów w starszym wieku związane z procesem starzenia się

Szpital jako instytucja był przez respondentów na ogół postrzegany pozytywnie. Jednocześnie opinie hospitalizowanych osób w starszym wieku na temat szpitala, jako placówki realizującej szereg właściwych jej funkcji, nie zawsze były pochlebne. Obawy, jakie towarzyszą ludziom starszym w związku z hospitalizacją (ryc. 2) dotyczą najczęściej pogorszenia stanu zdrowia (50%), badań i zabiegów medycznych (38%), widoku umierających pacjentów (38%). Zwraca uwagę, że 8% badanych osób starszych obawiało się braku fachowości lekarzy, a 4% braku fachowości u pielęgniarek, co dodatkowo mogło być związane z wcześniejszymi złymi ich doświadczeniami w relacjach personel medyczny – pacjent. Pomimo dużego zaufania do pracowników oddziału, to jednak aż 30% osób ankietowanych wskazywało na personel oddziału szpitalnego jako źródło niezadowolenia i zdenerwowania (ryc. 3). Do najczęściej powtarzających się deprymujących sytuacji stwarzanych przez personel medyczny zaliczono: zbyt duży hałas zwłaszcza w porze nocnej, kolejki na badania, ciągły pośpiech, brak zaangażowania w organizowanie pacjentom wolnego czasu, chłodne traktowanie pacjentów oraz nie liczenie się z ich zdaniem. W opinii badanych osób starszych także inni pacjenci stanowili dla nich problem w trakcie trwania hospitalizacji. Takiego zdania było blisko 11% badanych. Najczęstszą przyczyną niezadowolenia z obcowania

Rycina 2. Obawy pacjentów w starszym wieku dotyczące hospitalizacji**Rycina 3. Czynniki stresujące podczas procesu hospitalizacji**

z innymi chorymi było: brak utrwalonych nawyków higienicznych oraz palenie papierosów w sanitariatach. Hospitalizowani pacjenci wskazywali ponadto na złe warunki socjalne w środowisku szpitalnym jako czynnik silnie stresujący (6,7%). Zgłaszane uwagi dotyczyły przede wszystkim: zbyt dużych sal, które nie zapewniają intymności, braku podstawowych leków, złego odżywiania, złych warunków sanitarnych, a także zbyt wysokich łóżek.

W sytuacji choroby niezwykle ważne dla osób starszych jest poszanowanie ich godności osobistej. Większość pacjentów uważała, że pracownicy szpitala traktują ich podmiotowo, z należyty szacunkiem (97,3%). Tylko trzy osoby były zdania, że nie wszyscy i nie zawsze zachowują się wobec nich godnie, a jedna osoba nie miała na ten temat zdania. Zdecydowana większość respondentów twierdziła, iż pracownicy oddziału na ogół nie lekceważą spraw poruszanych przez pacjentów (80%). Zwraca jednak uwagę, że mimo tej pozytywnej oceny aż 16,7% osób spotykało się z ignorowaniem przez personel medyczny zgłaszanych przez nich problemów, a pięć osób, co stanowiło 0,3%, nie miało na ten temat zdania.

Inną cechą, która ma związek z poczuciem godności hospitalizowanych pacjentów w wieku starszym jest respektowanie ich intymności. Z badań wynika, że choć zdecydowana większość badanych osób starszych uznała, iż nie naruszono ich intymności w środowisku szpitalnym, to jednak blisko 11% osób przyznało, że ich potrzeba intymności nie była respektowana: w obecności osób obcych byli np. narażeni na odsłanianie ciała. Dla dalszych 8% pacjentów w starszym wieku zadawanie krepujących pytań w obecności osób obcych w trakcie wykonywania usług medycznych także naruszało ich poczucie intymności.

Ocena działalności usługowej personelu medycznego

Podsumowując ten fragment badań należy stwierdzić, iż mimo zróżnicowanych niekiedy, a nawet krytycznie ocenianych przez osoby starsze niektórych kwestii, zdecydowana większość z nich była zadowolona z przebiegu hospitalizacji (88,7%). Większość ankietowanych (65%) twierdziła także, iż podczas pobytu w szpitalu zawsze mogła liczyć na kontakt z lekarzem, pielęgniarką w sytuacji gdy zachodziła taka potrzeba.

Osoby, które negatywnie oceniały swój pobyt w szpitalu, jako źródło niezadowolonia wskazywały najczęściej: brak efektów leczenia tj. brak poprawy stanu zdrowia oraz brak leków w aptece szpitalnej, co zmuszało pacjentów do wykupywania leków za własne pieniądze. Nie powinno tym samym dziwić, że osoby hospitalizowane zgłaszały także szereg krytycznych uwag. Katalog oczekiwań pacjentów pod adresem większego zaangażowania pracowników oddziału w proces leczenia i pielęgnowania prezentuje tabela 1. Ze wskazań tych wynika, że starsze osoby najczęściej oczekują od pracowników oddziału lepszej komunikacji (26%), większej wrażliwości na problemy pacjenta (26%), a także większego zaangażowania w samo leczenie i diagnozowanie (18%).

Dla osób z „późnej starości” najważniejsza była dobra komunikacja z pracownikami medycznymi (29%), ich wrażliwość na problemy podopiecznych (26,2%) oraz zaangażowanie w czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze (17%). Zaś w grupie „młodszych starszych” oczekiwania pacjentów wobec personelu w najwyższym odsetku dotyczyły wrażliwości pracowników na problemy pacjen-

Tabela 1. Oczekiwania pacjentów w procesie hospitalizacji a wiek

Wzrost oczekiwań w zakresie:	Wiek				Ogółem	
	65–74		75 i więcej			
	N	%	N	%	N	%
Leczenie i diagnozowanie	21	24,7	6	9,2	27	18,0
Wrażliwość na problemy pacjenta	22	25,9	17	26,2	39	26,0
Czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze	9	10,6	11	16,9	20	13,3
Komunikacja z pacjentem	20	23,5	19	29,2	39	26,0
Edukacja w zakresie leczenia i samoopieki w domu	10	11,8	1	1,5	11	7,3
Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Inne	31	36,5	22	33,8	53	35,3

Procenty nie sumują się, do 100% gdyż można było wybrać dwie odpowiedzi.

ta (26%), zaangażowania pracowników w leczenie i w diagnozowanie (24,7%) oraz lepszej komunikacji z nimi (23,5%).

W grupie „młodszych starszych” dość duży był także odsetek osób zainteresowanych edukacją w zakresie leczenia i samoopieki w domu (12%). Można to tłumaczyć wzrastającym wraz z wiekiem zapotrzebowaniem na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz silną potrzebą kontaktów międzyludzkich.

Aby ocenić jakość otrzymanego wsparcia hospitalizowanych osób starszych postawiono pytanie, czy są różnice pomiędzy zaspokajaniem potrzeb psychospołecznych w szpitalu i w środowisku domowym. Niemal połowa ankietowanych uważała, że rodzina udziela im lepszego wsparcia (46%), dla dalszych 38% nie było żadnych różnic między wsparciem szpitalnym a domowym, a jedynie (9%) badanych wyżej oceniło wsparcie emocjonalne udzielane przez pracowników oddziału. Oto kilka przykładów potwierdzających te zróżnicowane opinie: „oczywiście, że rodzina lepiej mnie wspiera, tego nawet nie można porównywać ze szpitalną opieką”, „w domu jest cieplejsza atmosfera”, „w domu jest więcej swobody”, „w domu więcej serdeczności”, „rodzina lepiej rozumie mnie”, „w szpitalu jest mniej troski i ciepła”, „w szpitalu czuję się lepiej, bo mam, z kim porozmawiać”, „tu w szpitalu lepiej rozumieją moje problemy i chcą mi pomóc”, „tu przynajmniej mnie wysłuchają”, „czuje się tu jak w domu, znam tu wszystkich, byłem tu tyle razy”.

Postulaty pacjentów dotyczące poprawy świadczonej opieki szpitalnej

Zdaniem hospitalizowanych osób starszych atmosferę w oddziale na „cieplejszą i miłszą” może poprawić: organizacja klubu spotkań pacjentów (45%), zakup nowego telewizora (28%), zorganizowanie zajęć edukacyjnych (19%) utwo-

rzenie biblioteki (16%) lub zmiana wystroju wnętrz (6,7%). Jedna osoba proponowała zatrudnienie fryzjera szpitalnego. Bardzo dokuczliwa dla przebywających w oddziale szpitalnym osób w starszym wieku jest także bezczynność. Lepsza w ich opinii organizacja wolnego czasu np. w postaci utworzenia na terenie oddziału klubu spotkań mogłoby sprzyjać integracji pacjentów.

Zwraca także uwagę, iż większość osób ankietowanych poprawy opieki psychosocjalnej w sensie emocjonalnym upatruje w lepszej komunikacji z personelem medycznym (53%). Dość duża grupa osób wskazywała także na potrzebę kontaktu z psychologiem (15%). Dla blisko 5% osób ankietowanych zatrudnienie większej ilości personelu medycznego pozwoliłoby na poczucie komfortu psychicznego związanego z opieką szpitalną. Podkreślić przy tym należy, że aż 17% badanych osób starszych nie miało zdania na ten temat, a ponad 10% nie widziało potrzeby wprowadzania jakichkolwiek zmian w tym zakresie.

Aby pobyt w szpitalu uczynić bardziej godnym i ludzkim niezbędne są także pewne rozwiązania w zakresie oferowanych warunków lokalowych, na co zwracali uwagę pacjenci. Blisko 49% było zdania, że w szpitalu należy poprawić warunki socjalne, ponad 23% badanych postulowało, że trzeba zmniejszyć liczebność sal, a dalszych 10% upatrywało zmian na lepsze w zatrudnieniu większej ilości pielęgniarek.

Omówienie

Starzenie się społeczeństw prowadzi do wzrostu odsetka ludzi starych wśród świadczeniobiorców systemu ochrony zdrowia. Chociaż wielu badaczy [7, 8] zwraca uwagę na lepszą dostępność ludzi starych do usług medycznych, to jednak gerontolodzy wskazują także na konieczność szybkiego opracowania i wdrożenia standardów ocen dotyczących potrzeb socjomedycznych i opiekuńczych tej zbiorowości. W prezentowanych badaniach potwierdzono wcześniej poczynione przez innych badaczy [9] spostrzeżenia, że wraz z wiekiem narasta u osób starszych lęk przed niepełnosprawnością i utratą zdrowia oraz uzależnieniem od innych.

U większości hospitalizowanych osób starszych szpital jako instytucja nie wywołuje uczucia lęku. Wysoki stopień zadowolenia pacjentów z podejścia personelu do ich problemów ma zapewne związek ze zmianą modelu zachowań pracowników służby zdrowia w związku z przemianami, jakie wymusił rynek usług medycznych. Coraz częściej pacjent jest nie tylko człowiekiem chorym, ale także klientem za którym „idą pieniądze”, należy go zatem traktować z należytytym szacunkiem i godnością. Mimo tej pozytywnej opinii dotyczącej przejawianych postaw i zachowań personelu szpitalnego w stosunku do hospitalizowanych pacjentów w starszym wieku okazuje się, że niektóre osoby z personelu medycznego cechuje brak wrażliwości a nawet opieszałość w relacjach z pacjentami, co w tym miejscu należy w sposób szczególny zaakcentować. Podkreśla się,

że niepokoje hospitalizowanych osób starszych dotyczą przede wszystkim personelu medycznego, a niektóre z nich odnoszą się do braku fachowości lekarzy i pielęgniarek.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w Białymstoku w latach 90-tych przez M. Halicką i W. Pędicha [8] zaufanie do społecznej służby zdrowia jest różnie oceniane. W tamtych latach pełne zaufanie do społecznej służby zdrowia wyrażało 72% badanych osób starszych.

Podczas procesu hospitalizacji osoby starsze najbardziej obawiały się pogorszenia stanu zdrowia, badań i zabiegów medycznych. Duży dyskomfort odczuwały także w związku z widokiem umierających pacjentów. Badania pokazały, iż osoby w starszym wieku narażone były także na frustrację z powodu naruszania przez personel medyczny ich intymności. Występujące w relacjach personel medyczny – pacjent – liczne sytuacje deprymujące pacjentów naruszały ich godność osobistą. W pogłębiony sposób informacje te zostały zweryfikowane w badaniach biograficznych przeprowadzonych przez M. Halicką na temat satysfakcji życiowej ludzi starych w Białymstoku [10].

Osoby starsze w sytuacji choroby i hospitalizacji oczekują od personelu medycznego silnego wsparcia emocjonalnego. Liczą na lepszą komunikację pracowników oddziału z pacjentem oraz większą ich wrażliwość na jego problemy. Wyniki tych badań zestawiono z badaniami przeprowadzonymi w opiece otwartej [11]. Okazuje się, że niezależnie czy jest to opieka szpitalna, czy otwarta osoby starsze oczekują od lekarza i pielęgniarki nie tylko zainteresowania chorobą, ale przede wszystkim zainteresowania kłopotami codziennymi i całością spraw życiowych oraz większego zaangażowania się w bezpośrednie kontakty z podopiecznymi (rozmowy, zachowania niewerbalne). Badania H. Sęk i R. Cieślak [12] także potwierdzają powyższe spostrzeżenia. Zdaniem autorów z punktu widzenia realizacji potrzeb psychospołecznych osób hospitalizowanych bardzo ważne są prawidłowe relacje pacjenta z personelem medycznym.

W kontekście zaprezentowanych wyników badań wydaje się, że wdrożenie i realizacja przynajmniej niektórych zgłaszanych przez pacjentów postulatów mogłaby w przyszłości zminimalizować niekorzystne następstwa związane z procesem hospitalizacji osób w starszym wieku.

Piśmiennictwo

1. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
2. Coni N., Davison W., Webster S.: Starzenie się. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
3. Pitt B.: Psychogeriatrya. PZWL, Warszawa 1986.
4. Tobiasz-Adamczyk B.: Relacje lekarz pacjent w perspektywie socjologii medycyny. WUJ, Kraków 2002.

5. Kędzior M.: Pacjent jest celem. *Mag. Piel. i Położ.* 2002, (6), 6–7.
6. Lewandowska J.: Pielęgnowanie w oddziałach gerontopsychologicznych. *Gerontol. Pol.* 1997, 5 (1), 27–29.
7. Bień B.: Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. B. Synak: Polska starość. WUG, Gdańsk 2003, 78–99.
8. Halicka M., Pędich W.: Działania samopomocowe ludzi starszych. AM, Białystok 1997.
9. Szwarz H., Szyszko-Wydra B.: Ocena własnego życia, a aktualna sytuacja psychospołeczna badanych osób starszych. *Gerontol. Pol.*, 1999, 7 (1), 33–37.
10. Halicka M.: Satisfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne. AMB, Białystok 2004.
11. Marcinowicz L., Borzuchowska A.: Świadczenia lekarza i pielęgniarki rodzinnej w ocenie starszych podopiecznych. *Gerontol. Pol.*, 2002, 10 (1), 42–45.
12. Sęk H., Cieślak R. (red): *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN, Warszawa 2004, 175–188.

Monika Biercewicz¹, Robert Ślusarz², Bernadeta Cegła²,
Kamila Faleńczyk², Kornelia Kędziora-Kornatowska¹

Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na wydolność funkcjonalną osób w starszym wieku

Wstęp

Badania w dziedzinie gerontologii w znacznej mierze skupiają się na zagadnieniu niepełnosprawności czynnościowej osób w wieku podeszłym [1, 2, 3, 4]. Ma to związek głównie z wydłużaniem się przeciętnej długości życia człowieka.

Sprawność czynnościową (aktywność funkcjonalna = wydolność funkcjonalna) należy utożsamiać ze zdolnością do bycia niezależnym od innych osób w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych [5, 6, 7]. Do podstawowych potrzeb życiowych zaliczyć należy przede wszystkim takie obszary, jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych organizmu czy utrzymanie czynności higienicznych. Niniejsze obszary znalazły odzwierciedlenie w indeksie Katza, jako składowe oceny czynności życia codziennego (*Activities of Daily Living – ADL*).

Okazuje się, że oprócz wieku, również i szeroko rozumiany stopień wydolności funkcjonalnej (niepełnosprawność) jest istotnym czynnikiem prognozującym umieralność [8].

Niewątpliwie na wydolność funkcjonalną wpływ mają zarówno czynniki społeczno-demograficzne, jak i chorobowe (współistniejące schorzenia) [9, 10]. Do najczęściej analizowanych czynników społeczno-demograficznych mogących mieć wpływ na wydolność funkcjonalną osób w wieku starszym zalicza się: płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce i sposób zamieszkania, sytuację ekonomiczną oraz stan cywilny [3, 11, 12].

Do czynników chorobowych mogących mieć wpływ na wydolność funkcjonalną osób w wieku starszym zalicza się typowe schorzenia występujące w wieku podeszłym takie, jak: choroby układu ruchu, choroby układu krążenia czy choroby układu oddechowego [10, 13, 14, 15, 16]. Do tej grupy czynników należą

¹ Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy

również zespoły otępienne, zespoły depresyjne oraz „wielkie problemy geriatryczne”, które bezpośrednio wpływają na wydolność funkcjonalną osób w wieku podeszłym.

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie oceny, czy wybrane czynniki społeczno-demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie badanego, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja zawodowa) oraz czynniki chorobowe (współistniejące schorzenia) mają wpływ na wydolność funkcjonalną osób w starszym wieku.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Geriatrii SPSK im. dr A. Jurasza Collegium Medicum w Bydgoszczy na grupie 105 osób. Wszyscy badani byli hospitalizowani w Klinice Geriatrii. Pod względem płci przebadano 33 mężczyzn (31,4%) i 72 kobiety (68,6%). Wiek badanych wahał się w granicach od 50 do 93 lat, a najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 75–89 lat (64 osoby – 61%). Warunkiem realizacji badań było uzyskanie pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy; dotyczącej koncepcji przedstawionej pracy (KB/31/2003).

W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią z wykorzystaniem pomiaru. Do oceny podstawowych czynności życia codziennego wykorzystano skalę Katza ADL (*Activities of Daily Living*) [17, 18]. Pomiar za pomocą skali ADL dokonywany był u osób w dniu wypisu ze szpitala.

W analizie statystycznej posłużono się testem niezależności χ^2 (dla porównywania rozkładów zmiennych jakościowych). Wynik testu χ^2 wyrażono w następujący sposób, np. $\chi^2(n = 48, df = 8) = 26,14, p < 0,001$, gdzie wartość w nawiasie wyraża liczbę uwzględnionych przypadków ($n = 48$) i liczbę stopni swobody ($df = 8$). Oceny siły powiązania pomiędzy analizowanymi zmiennymi dokonano za pomocą testu V Cramera. Do sprawdzenia, czy istnieją istotne statystycznie różnice między średnimi w porównywanych grupach (dla pomiarów niepowtarzalnych) wykorzystano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa i test ANOVA Friedmana (dla pomiarów powtarzalnych). Korelację obliczono za pomocą współczynnika korelacji Pearsona [19]. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W dniu wypisu ze szpitala przeważają osoby zakwalifikowane do grupy I ADL (90 osób – 85,7%). Są to osoby wykazujące w pełni zachowane czynności życia codziennego. 9 osób – 8,6% zakwalifikowanych zostało do II grupy ADL

Tabela 1. Wydolność funkcjonalna pacjenta oceniona za pomocą ADL

ADL	N	%
I (w pełni zachowane czynności) 5–6 pkt.	90	85,7
II (średniego stopnia upośledzenie czynnościowe) 3–4 pkt.	9	8,6
III (ciężkie upośledzenie czynnościowe) 0–2 pkt.	6	5,7
Razem	105	100,0
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe	5,2 ± 1,3	

Tabela 2. System punktacji skali ADL

Składowe ADL	System punktacji					
	0 pkt.		0,5 pkt.		1 pkt.	
	N	%	N	%	N	%
1. Kąpiel	17	16,2	22	21,0	66	62,9
2. Ubieranie się	7	6,7	12	11,4	86	81,9
3. Toaleta	6	5,7	9	8,6	90	85,7
4. Poruszanie się	3	2,9	13	12,4	89	84,8
5. Zwieracze	5	4,8	17	16,2	83	79,0
6. Jedzenie	1	1,0	11	10,5	93	88,6

0 pkt. – znaczna pomoc, brak samodzielności, całkowity brak kontroli itp.

0,5 pkt. – niewielka pomoc, częściowa pomoc, potrzebuje pomocy,

1 pkt. – całkowita samodzielność,

$\chi^2(n = 105, df = 10) = 37,48, p < 0,001$

ANOVA Friedmana ($n = 105, df = 5$) = 74,72, $p < 0,001$

(wykazujących średniego stopnia upośledzenie czynnościowe) i 6 osób – 5,7% zakwalifikowanych zostało do III grupy ADL (wykazujących ciężkie upośledzenie czynnościowe) (tabela 1).

Jak widać, dużo osób w skali ADL otrzymało 0 pkt za czynność kąpiel w porównaniu z innymi składowymi podlegającymi ocenie. Oznacza to, że 17 osób – 16,2% potrzebuje znacznej pomocy, a 22 osoby – 21,0% niewielkiej pomocy w wykonywaniu tej czynności. W porównaniu z innymi czynnościami życia codziennego, w zakresie tego obszaru badane osoby wykazywały największy deficyt ($p < 0,001$) (tabela 2). Różnica w uzyskanych wynikach okazała się istotna statystycznie.

W dniu wypisu ze szpitala zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najwięcej osób zakwalifikowanych zostało do grupy I ADL. Otrzymane wyniki w tej grupie wśród obu płci mieszczą się w granicach 85% badanych (kobiety 62 – 86,1%, mężczyźni 28 – 84,8%). Średnia ilość punktów otrzymana w ADL dla obu płci

Tabela 3. Wiek a wydolność funkcjonalna pacjenta wg ADL

ADL	Wiek								Razem	
	do 60 r.ż.*		60–74 r.ż.		75–89 r.ż.		powyżej 90 r.ż.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	2	100,0	33	100,0	53	82,8	2	33,3	90	85,7
II	0	0,0	0	0,0	9	14,1	0	0,0	9	8,6
III	0	0,0	0	0,0	2	3,1	4	66,7	6	5,7
Razem	2	100,0	33	100,0	64	100,0	6	100,0	105	100,0
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe										
		6,0±0,0		5,8±0,4		5,2±1,2		2,8±2,3		5,2±1,3

* wartość pominięta w obliczeniach ze względu na małą liczbę przypadków

$\chi^2(n = 103, df = 4) = 49,11, p < 0,001, V = 0,49$

test Kruskala-Wallisa $H(2, n = 103) = 14,20, p < 0,001$

współczynnik korelacji liniowej Pearsona $r = -0,32, p < 0,001$

jest porównywalna, w granicach $5,2 \pm 1,3$. Różnica w otrzymanych wynikach nie jest istotna statystycznie.

Najgorsze wyniki uzyskano w grupie wiekowej powyżej 90 r.ż. (66,7% osób zakwalifikowanych do III grupy ADL). Najlepsze wyniki (I grupa ADL) otrzymano w grupie wiekowej do 60. r.ż. i grupie między 60.–74. r.ż. (tabela 3). Oznacza to, że wraz z wiekiem pogorszeniu ulega wydolność funkcjonalna (grupa III ADL) ($p < 0,001$). Różnica w uzyskanych wynikach okazała się istotna statystycznie ($p < 0,001$).

Stwierdzono, że osoby o niższym poziomie wykształcenia (podstawowe, średnie) wykazują częściej ograniczenia w zakresie ADL (grupa III) w porównaniu z osobami o wyższym poziomie wykształcenia. W otrzymanych wynikach nie stwierdzono jednak różnic istotnych statystycznie.

Badana grupa wykazała przewagę owdowiałych kobiet i mężczyzn (59 osób – 56,2%). W związku małżeńskim pozostawało 29 osób – 27,6%. Pomimo, iż osoby rozwiedzione i owdowiałe otrzymywały średnio mniej punktów w ADL w porównaniu z pozostałymi grupami, to nie jest to jednak różnica istotna statystycznie.

Zdecydowana większość badanych pochodzi z aglomeracji miejskiej (92 osoby – 87,6%). Osoby mieszkające na wsi stanowią 12,4% badanych (13 osób). Badania własne nie wykazały istotnego wpływu miejsca zamieszkania na wydolność funkcjonalną osób w zakresie czynności życia codziennego co oznacza, że przynależność do grup ADL jest równomierna wśród osób mieszkających w mieście, jak i na wsi. Osoby zamieszkujące wieś otrzymywały średnio mniej punktów w ADL w porównaniu z grupą osób mieszkających w mieście. Uzyskana różnica nie jest istotna statystycznie.

Tabela 4. Choroby współistniejące a wydolność funkcjonalna pacjenta wg ADL

Choroby współistniejące	ADL						Razem	
	I		II		III			
	N	%	N	%	N	%	N	$x \pm s$
Choroby układu nerwowego	9	75,0	1	8,3	2	16,7	12	$4,7 \pm 1,7$
Choroby narządu ruchu ¹	30	83,3	3	8,3	3	8,3	36	$5,0 \pm 1,4$
Choroby układu krążenia	48	84,2	5	8,8	4	7,0	57	$5,2 \pm 1,3$
Choroby układu oddechowego	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	$5,2 \pm 1,4$
Choroby układu pokarmowego	10	100,0	0	0,0	0	0,0	10	$5,8 \pm 0,3$
Choroby endokryjne i metaboliczne	30	88,2	3	8,8	1	2,9	34	$5,3 \pm 1,2$
Choroby układu moczowo-płciowego ²	5	55,6	2	22,2	2	22,2	9	$4,3 \pm 2,0$
Choroby narządu wzroku i słuchu	10	90,9	1	9,1	0	0,0	11	$5,6 \pm 0,7$
Zaburzenia psychiczne	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	$5,5 \pm 0,7$
Inne	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6	$5,4 \pm 0,5$
Razem	158	84,5	17	9,1	12	6,4	187	$5,2 \pm 1,3$

$x \pm s$ – średnia liczba punktów w skali ADL \pm odchylenie standardowe

$\chi^2(n = 187, df = 20) = 17,49, p = 0,62$ (n.s.)

test Kruskala-Wallisa $H(9, n = 187) = 9,09, p = 0,43$ (n.s.)

¹ różnica istotna statystycznie w grupie chorób narządu ruchu (tabela XIII)

² różnica istotna statystycznie w grupie chorób układu moczowo-płciowego (tabela XIV)

Głównym źródłem utrzymania 103 osób – 98,1% jest renta lub emerytura. Tylko 2 osoby – 1,9% badanej grupy, wykazywały aktywność zawodową. Wśród tej grupy (czynnej zawodowo) 100% badanych klasyfikowało się do I grupy ADL. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w otrzymanych wynikach.

Jak można było przewidzieć, osoby nie pracujące, wykazywały w pełni zachowane czynności życia codziennego – I grupa ADL. Jednakże ze względu na małą populację tej grupy (2 osoby – 1,9%) nie została ona objęta analizą statystyczną. Wśród osób wykonujących pracę fizyczną, 54 osoby – 83,1% wykazywały w pełni zachowane czynności życia codziennego, a 3 osoby – 4,6%, ciężkie upośledzenie czynnościowe. Natomiast w grupie osób wykonujących pracę umysłową, 34 osoby – 89,5% wykazywały I grupę ADL, a 3 osoby – 7,9% III grupę ADL. Różnica w otrzymanych wynikach nie jest istotna statystycznie.

Tabela 5. Choroby narządu ruchu a wydolność funkcjonalna pacjenta wg ADL

Choroby narządu ruchu	ADL						Razem	
	I		II		III			
	N	%	N	%	N	%	N	$x \pm s$
zwyrodnienie kręgosłupa	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9	$5,6 \pm 0,5$
osteoporoza	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	$5,9 \pm 0,2$
reumatoidalne zapalenie stawów	11	84,6	2	15,4	0	0,0	13	$5,3 \pm 0,9$
zmiany zwyrodnieniowe stawów	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5	$3,6 \pm 2,1$
brak choroby	9	100,0	–	–	–	–	9	$5,7 \pm 0,5$
Razem	38	–	3	–	2	–	43	$5,1 \pm 1,3$

$x \pm s$ – średnia liczba punktów w skali ADL \pm odchylenie standardowe

$\chi^2(n = 43, df = 8) = 21,20, p = 0,007; V = 0,50$

Oprócz przeanalizowanych czynników społeczno-demograficznych wpływających na wydolność funkcjonalną osób w wieku podeszłym, wpływ wywierają mogą również czynniki chorobowe (współistniejące schorzenia).

Tabela czwarta przedstawia najczęściej występujące schorzenia u badanych osób. Jak widać najliczniejszą grupę stanowią choroby układu krążenia, które zostały zdiagnozowane w 57 przypadkach. Dokładniejsza analiza materiału wykazała, że choroby układu krążenia stanowiły 30,5% wszystkich schorzeń występujących u badanych, co oznacza, że występowały one u 54,3% osób. Na drugim miejscu klasyfikowały się schorzenia narządu ruchu zdiagnozowane w 36 przypadkach, natomiast choroby endokrynne i metaboliczne rozpoznano w 34 przypadkach, co klasyfikowało je na trzecim miejscu. Większość z wymienionych w tabeli czwartej, chorób współistniejących nie miała istotnego statystycznie wpływu na wydolność funkcjonalną badanych osób. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy wydolnością funkcjonalną osób ocenianą za pomocą skali ADL, a chorobami dotyczącymi poszczególnych układów lub narządów.

Do „wielkich problemów geriatrycznych” zalicza się między innymi upadki i nietrzymanie moczu. Wymienione problemy w sposób bezpośredni związane są ze schorzeniami narządu ruchu (tabela 5) i chorobami układu moczowo-płciowego (tabela 6). Badany materiał wykazał, że wśród schorzeń narządu ruchu najczęściej dominowało reumatoidalne zapalenie stawów (13 przypadków) oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (9 przypadków). Jednakże osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów w sposób istotny statystycznie częściej klasyfikowane są do grupy II i III ADL (tabela 5). Również osoby z problemem nietrzymania moczu (2 osoby), w 100% klasyfikowane są do III grupy ADL,

Tabela 6. Choroby układu moczowo-płciowego a wydolność funkcjonalna pacjenta wg ADL

Choroby układu moczowo-płciowego	ADL						Razem	
	I		II		III			
	N	%	N	%	N	%	N	$x \pm s$
przerost gruczołu krokowego (prostata)	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	$5,2 \pm 1,4$
nietrzymanie moczu	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	$1,5 \pm 0,7$
zmiany w nerkach	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	$5,0 \pm 1,4$
brak choroby	9	100,0	–	–	–	–	9	$5,7 \pm 0,5$
Razem	15	–	2	–	2	–	19	$4,4 \pm 2,0$

$x \pm s$ – średnia liczba punktów w skali ADL \pm odchylenie standardowe

$\chi^2(n = 19, df = 6) = 23,64, p = 0,001; V = 0,79$

co w sposób istotny statystycznie obniża sprawność funkcjonalną badanych osób (tabela 6).

Omówienie

Kompleksowa ocena geriatryczna (k.o.g.) jest wielokierunkowym procesem diagnostycznym, mającym na celu określenie sprawności funkcjonalnej pacjenta w wieku podeszłym oraz zdefiniowanie jego potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Przeprowadzenie takiej oceny może służyć zarówno dorażnej interwencji, jak również działaniom długoterminowym [4]. Przydatnym elementem uzupełniającym dokonanie k.o.g jest także określenie czynników mogących mieć istotny wpływ na sprawność funkcjonalną badanego.

Indeks ADL został skonstruowany w celu klinicznej oceny stanu sprawności ludzi starszych w zakresie podstawowych czynności życiowych i stopnia ich zależności od innych osób. Uważa się, że pogorszenie lub całkowita utrata samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności takich, jak: spożywanie posiłków, mycie się, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, kontrola czynności wydalniczych powoduje utratę niezależności, obniża jakość życia osób starszych oraz staje się przyczyną znacznego zaangażowania ze strony opiekuna lub rodziny seniora [8, 12].

Przeprowadzone badania wskazują, iż sprawność funkcjonalna osób w wieku starszym w większości charakteryzuje się w pełni zachowanymi podstawowymi czynnościami dnia codziennego. Uzyskane dane potwierdzają badania innych autorów [4, 11]. Posługując się Indekssem ADL Katza [17, 18], stwierdzono, że czynność, jaką jest kąpiel (wykonywanie czynności związanych z myciem się), jest obszarem, w zakresie którego badane osoby wykazują największy deficyt,

oczekując znacznej pomocy ze strony osób drugich. Potwierdzają to podobne badania przeprowadzone przez Bień i wsp. [1], Jaracz i wsp. [2] oraz Pruszyńskiego i wsp. [3].

Do czynników, które w istotny sposób wpływają na sprawność funkcjonalną należy zaliczyć także wiek. Jest on znaczącym predyktorem obniżającym wydolność funkcjonalną człowieka. Nasze badania wykazały istotną korelację pomiędzy wiekiem badanych a ich sprawnością funkcjonalną. Potwierdzają to także w swoich badaniach Bień i wsp. [1], Wojszel i Bień [12] oraz Jaracz i wsp. [2].

Badania własne potwierdzają występowanie zjawiska polipatologii w wieku starszym a wśród najczęściej współistniejących schorzeń wyróżniono choroby układu krążenia, narządu ruchu oraz schorzenia metaboliczne i endokryne. Jednakże w przeprowadzonych badaniach jedynie schorzenia narządu ruchu (głównie zmiany zwyrodnieniowe stawów) oraz układu moczowo-płciowego (głównie w zakresie nietrzymania moczu) korelowały z obniżeniem wydolności funkcjonalnej w zakresie ADL (II i III stopień upośledzenia czynnościowego). Badania przeprowadzone przez Gębską-Kuczerowską i wsp. [10], wskazują, iż to schorzenia narządu ruchu oraz układu krążenia znacznie ograniczają aktywność ruchową w zakresie poruszania się (składowej ADL) a więc obniżają wydolność funkcjonalną. Dodatkowo autorka stwierdza, że wraz z zaawansowanym wiekiem większy odsetek badanych deklaruje trudności w poruszaniu się.

Podobne wyniki otrzymały w swoich badaniach Wojszel i Bień [12], które wykazują, iż szeroko rozumiana aktywność funkcjonalna badanych osób, w wysokim stopniu koreluje z ich sprawnością lokomocyjną. Autorki stwierdzają, że zaburzenia mobilności obniżają jakość życia ludzi starszych poprzez ograniczenie ich przestrzeni życiowej. Zaburzenia mobilności stają się przyczyną zależności od innych osób.

Wnioski

- Z czynników społeczno-demograficznych jedynie wiek istotnie wpływa na wydolność funkcjonalną chorego w starszym wieku co oznacza, że wraz z wiekiem pogorszeniu ulega sprawność funkcjonalna chorego.
- Wśród czynników chorobowych, współistniejące schorzenia takie, jak choroby układu ruchu i choroby układu moczowo-płciowego, znacząco obniżają sprawność funkcjonalną osób w starszym wieku.
- Czynniki takie, jak: płeć, wykształcenie badanego, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz sytuacja zawodowa nie miały istotnego wpływu na wydolność funkcjonalną osób w starszym wieku.

Piśmiennictwo

1. Bień B., Wojszel B. Z., Wilmańska J., Polityńska B.: Epidemiologiczna ocena rozpoznania niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontologia Polska*, 1999, 2, 42–47.

2. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G.: Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej. *Gerontologia Polska*, 2001, 1, 26–30.
3. Pruszyński J. J., Cicha-Mikołajczyk A.: Ocena wpływu stopnia samodzielności na czas przeżycia starszych osób przebywających w warunkach pielęgniarskiego domu opieki. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 61–74.
4. Klich-Rączka A., Sagan M., Sulika J., Życzkowska J., Pitucha M.: Sprawność funkcjonalna pacjentów hospitalizowanych po 80. roku życia oceniona na podstawie kompleksowej oceny geriatrycznej. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 75–83.
5. Pędich W.: Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżycy. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 139–142.
6. Fojt E., Krzemiński M., Strzałkowska D., Fojt T., Paprocki J., Kurek A., Fajfer D.: Chorobowość osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych. *Gerontologia Polska*, 1996, 2, 4–11.
7. Bugajska B. Samodzielność w starości. Perspektywa psycho-pedagogiczna. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 217–225.
8. Tobiasz-Adamczyk B.: Czynniki psychospołeczne warunkujące długość życia osób starszych wiekiem. *Gerontologia Polska*, 1997, 1, 30–37.
9. Car J., Sygnowski Synowski., Gębska-Kuczerowska A., Wysocki M. J.: Epidemiologia niepełnosprawności w podeszłym wieku. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 47–52.
10. Gębska-Kuczerowska A., Miller M., Wysocki M. J.: Niepełnosprawność osób w wieku 65 lat i więcej. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 53–59.
11. Halicka M., Pędich W.: Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości – obiektywne wyznaczniki jakości życia. *Gerontologia Polska*, 1999, 3–4, 63–68.
12. Wojszel B., Bień B.: Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontologia Polska*, 2001, 2, 32–38.
13. Skalska A., Ocetkiewicz T.: Upadki w wywiadzie – próba identyfikacji wskaźników predykcyjnych. Materiały konferencyjne. PTG. Warszawa 2004, 119–126.
14. Krzyżowski J.: *Psychogeriatrya*. Medyk. Warszawa 2004.
15. Misztalski T.: Próba oceny współzależności między depresją, otępieniem a chorobą somatyczną u chorych w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2000, 1, 22–29.
16. Miller M., Gębska-Kuczerowska A.: Ocean stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 1998, 3–4, 18–23.
17. Katz S., Downs T. D., Cash H. R., Grotz R. C.: Progress in development of the Index of ADL. *Gerontologist* 1970, 10, 20–30
18. Brorsson B., Asberg K. H.: Katz Index of independence in ADL. *Scand. J. Rehab. Med.*, 1984, 16, 125–132.
19. Moczko JA., Bręborowicz G. H., Tadeusiewicz R.: *Statystyka w badaniach medycznych*. PWN. Warszawa 1998.

Ewa Urszula Pużuk¹, Cezary Godlewski²,
Agnieszka Zahorowska³, Agnieszka Szyszko-Perłowska⁴

Poziom i struktura samorealizacji według A. H. Masłowa w grupie kobiet i mężczyzn powyżej 60-tego roku życia mieszkających w domach pomocy społecznej – badania porównawcze

W ostatnich latach problemy osób starych oraz wybór miejsca, w którym człowiek będzie mógł się godnie zestarzeć są częściej poruszonym tematem niż kiedykolwiek. Zmienia się stosunek do starości, obecnie jest ona rozpatrywana jako równie dynamiczny, twórczy i rozwojowy etap w życiu człowieka co etapy poprzednie [1].

W ujęciu A. Masłowa rozwój człowieka wyraża się w jego zdolności do samorealizacji i samourzeczywistnienia, które można osiągnąć poprzez zaspokojenie potrzeb oraz dążenie do osiągania stawianych sobie celów [2]. Zdaniem badacza każdy człowiek charakteryzuje się dążeniem do osiągnięcia zdrowia oraz dążeniem do rozwoju, który to rozumiany jest jako urzeczywistnienie możliwości stojących przed człowiekiem. Twierdzi on również, że możliwości te potencjalnie dostępne są dla każdego już od momentu jego narodzin. Tak więc kierunki rozwoju osoby mogą być wytyczone przez charakterystyczne właściwości osób zdolnych do samorealizacji, które A. Masłow zawarł w szesnastu cechach.

Podobny pogląd dostrzegamy też u Goldsteina. Stwierdza on, że podstawowym zadaniem człowieka nadającym sens jego życiu jest samorealizacja [3].

Podążając tokiem myślenia wyżej wymienionych badaczy można stwierdzić, że samorealizacja nadaje życiu sens. Jesteśmy więc zobowiązani do kierowania swoim życiem w sposób umożliwiający urzeczywistnienie swoich potencjałów i możliwości [4].

Samorealizacja stanowi główny motor działania osób, odbywa się ona na drodze zaspokajania różnorodnych potrzeb i różnorodnych celów, podporząd-

¹ Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku, ul. Świerkowa 9

² Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Akademia Medyczna w Białymstoku

³ Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku, ul. Baranowicka 203

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

kowanych jednak celowi głównemu, czyli samourzeczywistnieniu swoich potencjałów [5].

Do twórczego rozwoju poprzez samorealizację powołane są również osoby w podeszłym wieku. Seniorzy zobowiązani są do zrozumienia przede wszystkim siebie i otaczającego ich świata, dzięki czemu rozumieją też innych. Sztuka urzeczywistnienia własnych potencjałów nie jest prostym zadaniem. Stary człowiek jest zmuszony do ciągłego zastanawiania się w jakim momencie i z czego należałoby się wycofać, jak również z czego rezygnować nie należy [6]. W szczególnej sytuacji życiowej znajdują się seniorzy mieszkający w instytucjach np. domach pomocy społecznej. Miejsca te predysponują do przybierania przez ich podopiecznych postawy bierności oraz uzależnienia od otoczenia. Mieszkańcy są wyręczani w wielu sytuacjach, zwolnieni od ponoszenia odpowiedzialności za swój byt. Żyją w dość odizolowanym i specyficznym świecie. Aby zmniejszyć to zjawisko domy pomocy społecznej realizują różne programy zapobiegające poczuciu bezużyteczności czy osamotnienia, które są formami nieistnienia społecznego. Do programów tych należą między innymi aktywizacja mieszkańców oraz tworzenie zespołów terapeutycznych, mających za zadanie wspierać mieszkańca i pomagać w adaptacji do mieszkania w warunkach instytucjonalnych [7].

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie różnice w poziomie i strukturze samorealizacji występują pomiędzy kobietami i mężczyznami mieszkającymi w DPS.

Materiał i metoda

Podczas realizacji w/w celów badań, do zebrania odpowiedniego materiału empirycznego, stworzono autorską metodę psychologiczną. Powstała ona podczas seminarium magisterskiego w 2004 roku w Studium Filozofii i Psychologii Człowieka Akademii Medycznej w Białymstoku. Badaniem objęto dwie grupy osób: grupę kobiet i mężczyzn mieszkających w domach pomocy społecznej. Grupa kobiet liczyła 33 osoby natomiast grupa mężczyzn 24 osoby. Różnica w liczebności obu grup wynika ze średniej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce. Jest to grupa reprezentatywna. Metodę skonstruowano w oparciu o teorię samorealizacji A. H. Masłowa. Składa się ona z dziesięciu cech (wybranych z szesnastu) charakteryzujących osoby samorealizujące się. Każda z dziesięciu cech została opisana poprzez trzy twierdzenia utworzone metodą sędziowską. W ten sposób powstało trzydzieści twierdzeń odnoszących się do opisu osób samorealizujących się (według A. Masłowa). Wybrane cechy brzmią następująco: **cecha 1:** Adekwatna percepcja rzeczywistości i bardziej zadowolające niż przeciętne związki z otaczającym światem; **cecha 2:** Wysoki stopień akceptacji samego siebie, innych ludzi i realnych właściwości ludzkiej natury; **cecha 3:** Potrzeba intymnego kontaktu z samym sobą, umiejętność cieszenia się samot-

nością, a nawet jej poszukiwanie w okresach intensywnej koncentracji; **cecha 4**: Wysoki stopień autonomii i względna niezależność wobec środowiska i kultury pozwalające na pozostanie sobą, nawet w obliczu odrzucenia czy braku popularności; **cecha 5**: Zdolność do cieszenia się podstawowymi dobrami życia, jak np. świeża i dziecięca radość z zabawy czy z kontaktów z przyrodą; **cecha 6**: Bliskie i głębokie związki z kilkoma przyjaciółmi lub z kimś, kogo się kocha; **cecha 7**: Twórczość i nastawienie na innowację w niektórych zakresach życia; **cecha 8**: Wrażliwość na problemy moralne; **cecha 9**: Poczucie humoru bez wrogości i zjadliwości; **cecha 10**: Zdolność do wykraczania poza dychotomię i przeciwieństwa.

Każdej cesze przypisano skalę 7-stopniową od 0 do 6 punktów ze względu na właściwą dyskryminację wyników.

Wyniki badań

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej. Ze względu na różnorodny rozkład wyników (normalny lub nienormalny) zastosowano dwa testy statystyczne: parametryczny T-studenta i nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Wyniki testów parametrycznych zostały przedstawione w tabelach, natomiast nieparametrycznych na diagramach.

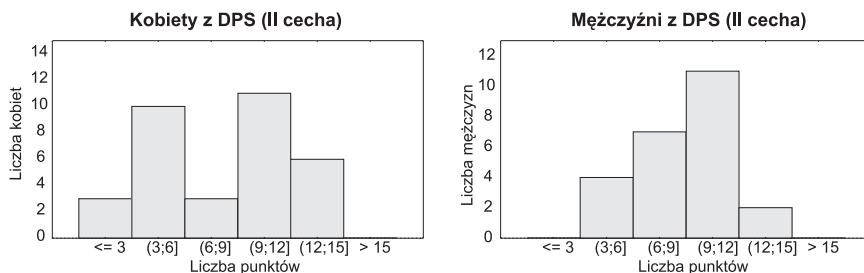
Różnice w wynikach uzyskane w cesze 1: **Adekwatna percepcja rzeczywistości...**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS. W obu grupach kobiet i mężczyzn rozkłady tej cechy są normalne, a wariacje jednorodne. Na podstawie testu t-studenta. Wartość współczynnika $p = 0,31$ świadczy, że średnia ilość punktów u kobiet **nie jest** istotnie statystycznie różna od średniej ilości punktów u mężczyzn.

Tabela 1. Cecha 1

	K	M
M	8,788	7,750
d	3,305	4,416
p	p = 0,31	

Różnice w wynikach uzyskane w cesze 2: **Wysoki stopień akceptacji samego siebie...**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS. W badanej grupie kobiet rozkład nie jest normalny. W grupie mężczyzn jest normalny. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariacji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p < 0,05$ co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup jest istotna statystycznie na korzyść mężczyzn (Ryc. 1).

Rycina 1. Cecha 2



Rycina 2. Cecha 3

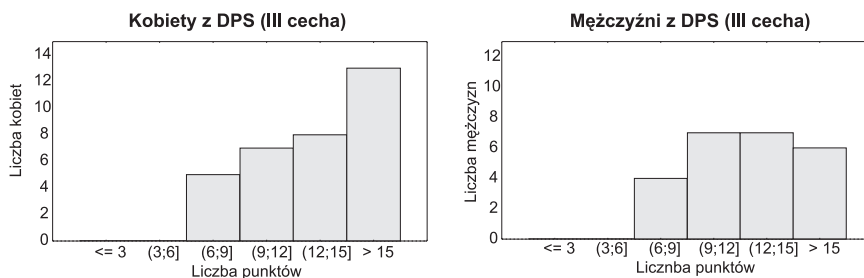


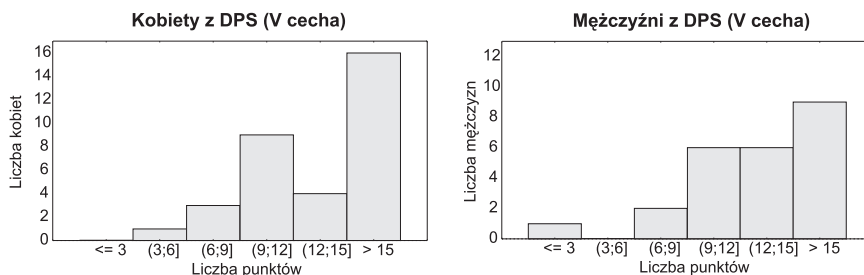
Tabela 2. Cecha 4

	K	M
M	9,515	10,83
d	4,417	4,252
p	p = 0,63	

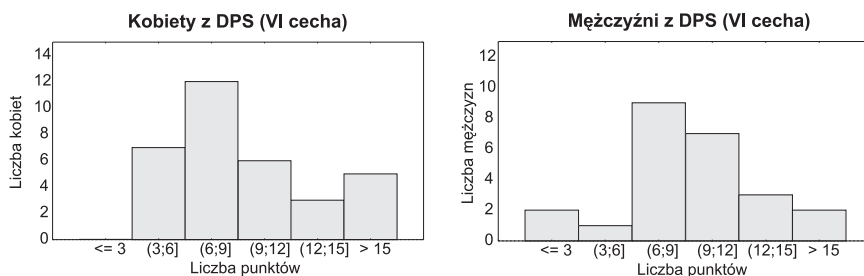
Różnice w wynikach uzyskane w cesze 3: **Potrzeba intymnego kontaktu...**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS. W badanej grupie kobiet rozkład nie jest normalny. W badanej grupie mężczyzn jest normalny. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariacji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p > 0,05$ co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup nie jest istotna statystycznie (Ryc. 2).

Różnice w wynikach uzyskane w cesze 4: **Wysoki stopień autonomii...**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS. W obu grupach kobiet i mężczyzn rozkłady tej cechy są normalne, wariacje jednorodne. Zdecydowano się na test t-studenta. Wysoka wartość współczynnika $p = 0,63$ świadczy, że średnia ilość punktów badanej grupy kobiet **nie jest** istotnie statystycznie

Rycina 3. Cecha 5



Rycina 4. Cecha 6



różna od średniej ilości punktów w badanej grupie mężczyzn, co obrazuje tabela 3.

Różnice w wynikach uzyskane w cesze 5: **Zdolność do cieszenia się podstawowymi dobrami życia...**, pomiędzy grupą kobiet i grupą mężczyzn mieszkających w DPS. W obu grupach badanych kobiet i mężczyzn rozkład nie jest normalny. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariancji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p > 0,05$ co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup **nie jest** statystycznie istotna, co przedstawia rycina 3.

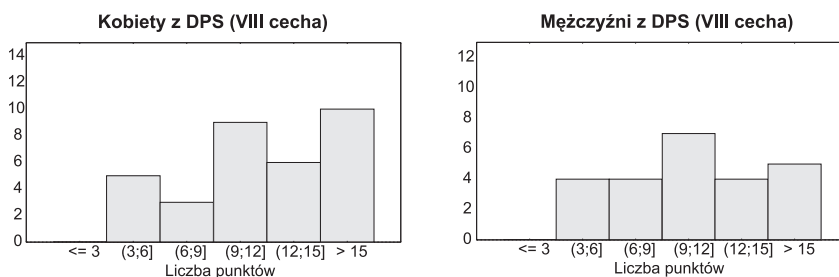
Różnice w wynikach uzyskane w cesze: **Bliskie i głębokie związki...**, pomiędzy grupą kobiet i grupą mężczyzn mieszkających w DPS przedstawia rycina 4. W badanej grupie kobiet rozkład nie jest normalny. W badanej grupie mężczyzn jest normalny. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariancji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p > 0,05$ co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup **nie jest** istotna statystycznie.

Różnice w wynikach uzyskane w cesze 7: **Twórczość i nastawienie na innowację...**, pomiędzy grupą kobiet i grupą mężczyzn mieszkających w DPS przedstawia tabela 3. W obu grupach kobiet i mężczyzn rozkłady tej cechy są normalne wariacje jednorodne. Zdecydowano się na test t-studenta. Wysoka wartość

Tabela 3. Cecha 7

	K	M
M	9,121	9,083
d	4,622	3,513
p	p = 0,97	

Rycina 5. Cecha 8



współczynnika $p = 0,97$ świadczy, że średnia ilość punktów w grupie kobiet **nie jest** istotnie statystycznie różna od średniej ilości punktów w grupie mężczyzn.

Różnice w wynikach uzyskane w cesze 8: **Wrażliwość na problemy moralne**, pomiędzy grupą kobiet i grupą mężczyzn mieszkających w DPS obrazuje rycina 5. W badanej grupie kobiet rozkład nie jest normalny. W badanej grupie mężczyzn jest. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariancji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p > 0,05$, co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup **nie jest** istotna statystycznie.

W rycinie 6 pokazano różnice w wynikach uzyskane w cesze 9: **Poczucie humoru bez wrogości i zjadliwości**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS (Ryc. 6). W badanej grupie kobiet rozkład nie jest normalny. W badanej grupie mężczyzn jest. Ze względu na licznosc prób $N < 50$ i na niejednorodność wariancji zdecydowano się na test nieparametryczny Walda-Wolfowitza. Dla tego testu poziom istotności $p > 0,05$, co oznacza, że różnica pomiędzy danymi obu grup **nie jest** istotna statystycznie.

Tabela 4 przedstawia różnice w wynikach uzyskane w cesze 10: **Zdolność do wykraczania poza dychotomię i przeciwieństwa**, pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS. W obu badanych grupach kobiet i mężczyzn rozkłady tej cechy są normalne wariancje jednorodne. Zdecydowano się na test t-studenta. Wysoka wartość współczynnika $p = 0,85$ świadczy, że średnia ilość punktów w grupie kobiet **nie jest** istotnie statystycznie różna od średniej ilości punktów w grupie mężczyzn (Tab. 4).

Tabela 4. Cecha 10

	K	M
M	7,778	7,583
d	4,052	3,764
p	p = 0,85	

Omówienie

Uzyskane wyniki przedstawiają się następująco: Na dziesięć badanych cech w dwóch cechach (trzeciej i piątej) uzyskano wyniki wysokie. Cecha trzecia – potrzeba intymnego kontaktu z samym sobą... kształtuje się na wysokim poziomie zarówno u kobiet jak i u mężczyzn w DPS. Uzyskany wynik wartości średniej w obu grupach jest zbliżony (kobiety osiągnęły $M = 13,848$; mężczyźni osiągnęli $M = 13,00$), a różnice wyników nie są statystycznie istotne. Podobny wynik przedstawia cecha piąta – zdolność do cieszenia się podstawowymi dobrami życia. Uzyskany wynik wartości średniej jest w obu grupach zbliżony (kobiety osiągnęły $M = 14,424$; mężczyźni osiągnęli $M = 13,542$), a różnice wyników nie są statystycznie istotne. Różnica wprawdzie statystycznie istotna nie jest, ale wyższe wyniki osiągnęły kobiety. Świadczyć to może o tym, iż kobiety mieszkające w badanych DPS mają wyższy poziom samorealizacji w tych cechach od mężczyzn. Być może łatwiej się adaptują do warunków mieszkania w instytucjach.

Analizując dalsze wyniki widzimy, że tylko w jednej cesze: wysokim stopniu akceptacji samego siebie uzyskano wynik istotnie statystycznie różniący kobiety i mężczyzn. Wynik wartości średniej osiągnięty przez mężczyzn wynosi $M = 9,50$, natomiast kobiety osiągnęły wynik $M = 8,909$. Znaczy to, iż mężczyźni w większym stopniu akceptują siebie i innych ludzi. Wynikać to może stąd, iż kobiety nie akceptują zewnętrznych oznak starości, trudniej im się pogodzić z utratą fizycznej atrakcyjności (która jest niewątpliwie ważna dla każdej kobiety). W modelu dawnej rodziny kobiety samorealizowały się jako zaradne i pracowite gospodynie domowe, czułe i opiekuńcze matki, a niektóre z nich łączyły te obowiązki z pracą zawodową. Usamodzielnienie się dzieci, jak również częste wdowieństwo oraz zamiana środowiska domowego na dom pomocy społecznej odbierają im możliwość samorealizacji w tych dziedzinach. Brak możliwości spełnienia się w inny sposób może powodować niskie poczucie własnej wartości i niższy poziom samoakceptacji w stosunku do grupy mężczyzn.

Uogólniając stwierdzamy, iż kobiety częściej uzyskiwały wyższe wyniki (8 cech na 10) w stosunku do mężczyzn (2 cechy na 10). Co może oznaczać, iż kobiety jednak łatwiej akceptują zmiany, natomiast mężczyźni są bardziej konserwatywni w swych poglądach, trudniej im się pogodzić z utratą autonomii i zaadaptować do warunków pobytu w DPS.

Wnioski

Jak wynika z przeprowadzonych badań porównawczych między grupą kobiet i mężczyzn mieszkających w DPS:

- W jednej cesze wynik jest istotny statystycznie. Jest to cecha druga tj. wysoki stopień akceptacji samego siebie. Poziom istotności $p \leq 0,05$ świadczy o istotnej statystycznie różnicy uzyskanych wyników na korzyść mężczyzn ($M_K = 8,909$, $M_M = 9,50$).
- Pozostałe cechy przyjmują wartości zbliżone. Wyniki cechy trzeciej i piątej przyjmują wartości wysokie w obu grupach kobiet i mężczyzn.
- Wyniki cech pozostałych przyjmują wartości średnie w obu grupach kobiet i mężczyzn.

Piśmiennictwo

1. Rembowski J.: Psychologiczne procesy starzenia się człowieka, Warszawa – Poznań 1984, PWN.
2. Masłow A. H.: W stronę psychologii istnienia, Warszawa 1986.
3. Sękowski T.: Pomoc psychologiczna, Lublin 1999.
4. Mieścicka-Mellibruda L., Mellibruda J.: Psychoterapia i rozwój osobowości u osób w wieku od 18 do 30 roku życia. W: „Terapia Grupowa w psychiatrii”, PZWL 1980.
5. Zajac L.: Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty. W: „Starość i osobowość”, K. Obuchowski (red), Bydgoszcz 2002.
6. Orzechowska G.: Aktualne problemy geriatry społecznej, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1999.
7. Chauchard P. i J.: Starzeć się we dwoje, Instytut Wydawniczy PAX 1977.

K. Kędziora-Kornatowska¹, K. Kujawski², M. Koter²,
P. Duchnowicz², T. Kornatowski³, J. Kędziora⁴

Ocena wybranych markerów uszkodzenia erytrocytów u osób w wieku podeszłym

Wstęp

Patogeneza procesu starzenia budzi od wielu lat zainteresowanie wielu badaczy. Z jednej strony jest to naturalny proces fizjologiczny z drugiej zaś strony związany jest on z tworzeniem w komórkach i tkankach strukturalnych zmian inwolucyjnych, których konsekwencją są zaburzenia funkcjonowania wielu narządów i układów. Na tle tych zaburzeń dochodzić może do zwiększonej zapadalności na wiele chorób.

Proces starzenia jest bardzo złożony i wieloczynnikowy. Działanie różnorodnych mechanizmów potwierdzają liczne hipotezy starzenia. Spośród nich jedną z bardziej uniwersalnych, mogących stanowić wspólne ogniwo łączące wszystkie pozostałe, jest teoria wolnorodnikowa sformułowana po raz pierwszy przez D. Harmana [1]. Zgodnie z jej założeniem wiodący wpływ na starzenie się organizmów wielokomórkowych poprzez inicjację działania destrukcyjnego mają wolne rodniki tlenowe i nadtlenki, które stanowią pośredni i końcowy produkt wielu reakcji enzymatycznych i nieenzymatycznych. Niszczący wpływ reaktywnych form tlenu (ROS) jest skutkiem zachwiania równowagi pomiędzy procesami prooksydacyjnymi a skutecznością antyoksydacyjnych mechanizmów ochronnych, a tym samym nasilenia stresu oksydacyjnego. Wolne rodniki tlenowe inicjują lipoperoksydację, a pośrednio powodują wzmożenie generowania nadtlenów lipidowych, zmieniają właściwości białek enzymatycznych i strukturalnych, glikoprotein i glikolipidów. Przez to powodują zmiany degeneracyjne i zanik starczy organizmu.

¹ Katedra i Klinika Geriatrii, Uniwersytet Łódzki

² Katedra Biofizyki, Uniwersytet Łódzki

³ Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴ Katedra i Zakład Biochemii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Krwinki czerwone, z racji pełnionej funkcji, są szczególnie narażone na uszkodzenia przez ROS. Z jednej strony poddane są ekspozycji wysokiego stężenia tlenu, z drugiej posiadają hemoglobinę, której obecność związana jest z wytwarzaniem anionorodnika ponadtlenkowego, a ponadto białko to lub jego fragment (hem) mogą katalizować reakcje wolnorodnikowe [2]. Stres oksydacyjny w obrębie krwinki czerwonej nasila peroksydację lipidów błony, wywołuje agregację białek błonowych, zwiększa przepuszczalność błony (ucieczka potasu z komórki) oraz wzmacnia wiązania własnych immunoglobulin G. W błonach erytrocytów poddanych działaniu RFT obserwowano obniżenie ilości powierzchniowych grup -SH oraz tworzenie agregatów o dużej masie cząsteczkowej. Obserwowany był również wzrost wrażliwości proteolitycznej białek, które są 50-krotnie szybciej trawione niż białka natywne. Ponadto wykazano, że uszkodzona przez reaktywne formy tlenu albumina ulega szybszej endocytozie przez makrofagi niż albumina natywna [3]. Działanie ROS w konsekwencji może powodować obniżenie odkształcalności erytrocytów, a także pęcznienie i zmiany kształtu krwinek czerwonych [4]. Zmiany te powodują wcześniejsze usuwanie krwinek czerwonych z krwiobiegu, czyli skrócenie czasu ich życia, co może prowadzić do wyrównanej lub niewyrównanej anemii, którą tak często obserwuje się w wieku podeszłym [5].

Chociaż badania wielu autorów potwierdzają nasilenie ogólnoustrojowego stresu oksydacyjnego u osób w wieku podeszłym, to wolnorodnikowa teoria starzenia się w ostatnim czasie jest przedmiotem licznych kontrowersji.

Dlatego też celem badania była analiza wybranych markerów oksydacyjnego uszkodzenia krwinek czerwonych u osób w wieku podeszłym.

Materiał i metody

W badaniu udział wzięło 20 zdrowych osób w wieku podeszłym (średnia wieku 71,3 lat). Grupę odniesienia (K) stanowiło 20 osób zdrowych w wieku 50–59 lat (średnia wieku 56,3 lat). Z badań wyłączono palaczy, osoby nadużywające alkohol, z nadwagą i otyłe przy BMI > 30 kg/m². W okresie 3 miesięcy poprzedzających eksperyment jego uczestnicy deklarowali nieprzyjmowanie preparatów farmakologicznych o znanych właściwościach antyoksydacyjnych. Kwalifikacja osób do udziału w badaniu odbywała się na podstawie: badania podmiotowego i przedmiotowego, określenia wskaźnika masy ciała (BMI), wykonania rutynowych badań laboratoryjnych (badanie morfologiczne krwi, badanie biochemiczne krwi, lipidogram, badanie ogólne moczu), które miały wykryć wcześniej nierozpoznane choroby współistniejące mogące mieć wpływ na stan oksydacyjny organizmu.

Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Etycznej Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi (nr 184/02). Krew do badań pobierano z żyły odłokciowej

na czczo. Jako antykoagulant użyto ACD (23mM kwasu cytrynowego; 45,1 mM cytrynianu sodu; 45 mM glukozy).

Pełną krew odwirowano (3000 obr/min, 10 min.), w uzyskanych krwinkach czerwonych oznaczono mikrolepkość wnętrza metodą znaczników spinowych przy użyciu elektronowego rezonansu paramagnetycznego [6, 7]. Peroksydację lipidów błonowych erytrocytów określano metodą wg Stocks'a i Dormandy'ego z wykorzystaniem reakcji końcowego produktu peroksydacji nienasyconych kwasów tłuszczowych – dialdehydu malonowego (MDA) z kwasem tiobarbiturowym (TBA). Uzyskany wynik to zawartość w próbie wszystkich związków reagujących z TBA – TBARS [8]. Na oksydacyjne uszkodzenie białek błonowych wskazywał parametr W/S, który określano metodą znaczników spinowych przy użyciu elektronowego rezonansu paramagnetycznego (użyto znacznik reagujący kowalencyjnie z grupami -SH białka; znacznik spinowy 4-maleimido-2,2,6,6-tetramethylpiperidinoxyl (MSL). Zawartość grup -SH oznaczono metodą Ellmana [9].

Do obliczeń statystycznych zastosowano program „Statistica” z wykorzystaniem testów F-Fishera i T-Studenta.

Wyniki

Mikrolepkość wnętrza erytrocytów w sposób znamieny statystycznie była wyższa w grupie osób w podeszłym wieku (tabela 1). W grupie tej stwierdzono istotnie statystycznie wyższe stężenie TBARS w porównaniu do grupy odniesienia (tabela 2). Ilość grup -SH była statystycznie znamienie niższa w grupie osób starszych (tabela 3). Średnia wartość parametru W/S była znamienie wyższa w grupie starszych osób (tabela 4).

Tabela 1. Mikrolepkość wnętrza erytrocytów [Puazy (N x s/m²)]

	Wartość średnia	±SD
K	1,72	0,58
A	2,22*	0,79

* p < 0,05

Tabela 2. Peroksydacja lipidów [μmol TBARS/g Hb]

	Wartość średnia	±SD
K	26,80	13,60
A	60,01*	12,12

* p < 0,5

Tabela 3. Stężenie grup -SH ($\mu\text{mol SH/mg}$ białka błonowego)

	Wartość średnia	\pm SD
K	0,08	0,02
A	0,06*	0,03

* $p < 0,05$ **Tabela 4. Parametr W/S**

	Wartość średnia	\pm SD
K	2,92	0,47
A	2,97*	0,70

* $p < 0,05$

Omówienie

Proces starzenia się organizmu może być wynikiem szkodliwego działania na jego komórki reaktywnych form tlenu, których ilość wzrasta wraz z wiekiem [1, 10]. Teoria ta jest przedmiotem wielu kontrowersji. Wzrost ilości ROS w starzejącym się organizmie potwierdził w swoich badaniach Pryor [11]. Uważa on jednak, że udział zwiększonej ilości ROS w starzeniu się organizmu nie jest związany z inicjowaniem tego procesu, lecz związany jest z patogenezą procesów chorobowych charakterystycznych dla tego okresu życia, które w konsekwencji doprowadzają do przyspieszonego starzenia się i śmierci organizmu.

W wykonanych badaniach własnych określono wybrane markery stresu oksydacyjnego erytrocytów, których wartości mogą świadczyć o ich uszkodzeniu w wyniku działania ROS. Wybór krwinki czerwonej do tego badania wynika z faktu, i są to najbardziej narażone na działanie wolnych rodników elementy morfotyczne krwi ze względu na dużą zawartość tlenu, żelaza i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych [5, 12, 13]. Starzejące się krwinki czerwone osób w wieku podeszłym nie tylko wytwarzają więcej RFT, ale mają też ograniczone możliwości obrony przed ich działaniem. U osób starszych stężenie antyoksydantów niskocząsteczkowych jest obniżone (np. witaminy E), a aktywność komórkowych enzymów antyoksydacyjnych (dysmutazy ponadtlenkowej, reduktazy czy peroksydazy glutationowej) jest zmniejszona [14].

W literaturze nie ma pełnej zgodności odnośnie wpływu wolnych rodników na płynność błon. Rezultaty różnych badań mogą być wyjaśnione przez odmienne warunki eksperymentalne i wykorzystanie różnych metod. Jain w swoich badaniach wykazał, że dialdehyd malonowy (MDA), jeden z końcowych produktów peroksydacji lipidów, powoduje usztywnienie błony erytrocytarnej, a więc

osłabia zdolność erytrocytów do odkształceń [15]. Potwierdzają to Nohl i Stolze [18] oraz Siems i wsp. [17], którzy zwracają uwagę, iż konsekwencją stresu oksydacyjnego jest wzmożona peroksydacja lipidów krwinek czerwonych, co doprowadza do obniżenia płynności błon. Badania własne wykazały, że u ludzi w wieku podeszłym, niepalących, nie przyjmujących żadnych leków, które mogłyby mieć wpływ na peroksydację lipidów występuje znamienne statystycznie wyższe stężenie TBARS w wyizolowanych błonach erytrocytarnych w porównaniu do grupy odniesienia. Wskazuje to pośrednio na nasilenie stresu oksydacyjnego w tej grupie wiekowej. Wraz ze spadkiem płynności błon proporcjonalnie wzrasta mikrolepkość wnętrza erytrocytu [18]. Badania własne wykazały istotnie statystycznie wyższą mikrolepkość wnętrza erytrocytów u osób w podeszłym wieku w stosunku do osób młodszych, stanowiących grupę odniesienia.

Jednym ze skutków oddziaływania RFT na komórkę jest oksydacyjne uszkodzenie białek. Dochodzi do tego głównie poprzez modyfikację reszt aminokwasowych oraz grup prostetycznych, a także agregację lub fragmentację cząsteczek białkowych. Jednym z rodzajów tej modyfikacji jest utlenianie grup -SH przez co zmniejsza się ich ilość. Według Bartosza [13] analiza parametru W/S umożliwia opisanie zmian w konformacji białek błonowych. Wzrost parametru W/S świadczy o denaturacji i degradacji wyznakowanych białek i może być wynikiem zmiany oddziaływań białko-białko [19]. W badaniach własnych w grupie osób w podeszłym wieku uzyskano znamienne niższą ilość grup -SH oraz znamienne wyższą wartość parametru W/S, co potwierdza oksydacyjne uszkodzenie białek błonowych erytrocytów osób w wieku podeszłym. Obserwacje te potwierdzają badania innych autorów.

W procesie fizjologicznego starzenia się dochodzi także do zmian w lizosomalnym systemie proteolitycznym. Gromadzenie w organizmie osób starszych oksydacyjnie uszkodzonych białek może odgrywać istotną rolę w etiopatogenezie wielu chorób wieku podeszłego [20].

Konsekwencją oksydacyjnego uszkodzenia erytrocytów, obserwowanego u osób w wieku podeszłym, może być szereg zaburzeń patologicznych występujących w tym okresie życia. Najważniejsze z nich to zmniejszona odkształcalność oraz płynność lipidów błonowych, upośledzona zdolność do transportu tlenu, zakłócenia gospodarki jonowej czy też skrócenie czasu ich życia. Na tle tych zmian, które biorąc pod uwagę naturę procesu starzenia wydawałoby się, że są zmianami fizjologicznymi może dochodzić do szeregu procesów patologicznych dotyczących całego organizmu, a zwłaszcza chorób układu sercowo-naczyniowego czy też schorzeń hematologicznych.

Wnioski

Reasumując, uzyskane wyniki wskazują, że u osób w podeszłym wieku dochodzi do nasilenia stresu oksydacyjnego, czego dowodem są markery uszkodze-

nia krwinek czerwonych. Przejawia się to występowaniem wykładników oksydacyjnego uszkodzenia białek błonowych (obniżenie stężenia grup -SH, wzrost wartości parametru W/S erytrocytów), nasileniem peroksydacji lipidów błonowych, wzrostem mikrolepkości wnętrza.

Dlatego też u osób starszych w patogenezie szeregu procesów patologicznych rozwijających się na tle fizjologicznych zmian inwolucyjnych należy uwzględnić etiologię wolnorodnikową. Powinno to mieć także implikacje terapeutyczne, związane z wzmocnieniem bariery antyoksydacyjnej organizmu osób starszych.

Piśmiennictwo

1. Harman D.: Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J. Gerontol.*, 1956, 11, 298–300.
2. Galaris D., Mita D., Savanian A., Cademas E., Hochstein P.: Cooxidation of salicylate and cholesterol during autoxidation of methemoglobin by H₂O₂. *Arch. Biochem. Biophys.*, 1988, 262, 221–231.
3. Grant A., Jessup W., Dean R. T.: Accelerated endocytosis and incomplete catabolism of radical damage proteins. *Biochim. Biophys. Acta.*, 1993, 1134, 203–209.
4. Kinałski M., Śledziwski A., Telejko B., Kowalska I., Kretowski A., Zarzycki W., Kinałska I.: Lipid peroxidation, antioxidant defence and acid base status in cord blood at birth: the influence of diabetes. *Horm. Metab. Res.*, 2001, 33, 227–231.
5. Druga twarz tlenu. G. Bartosz (red): Wydawnictwo naukowe PWN. Warszawa 2003, 242–264.
6. Koter M.: Elektronowy rezonans paramagnetyczny. Z. Józwiak (red.): Materiały do ćwiczeń z biofizyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 1993, 138–151.
7. Lowry O. H., Rosenboarg N. J., Farer A. L., Rundall R. J.: Protein measurment with the Folin Phenol reagent. *J. Biol. Chem.* 1971, 20, 265–275.
8. Stock J., Dormandy T.L.: The autooxidation of human red cell lipid induced hydrogen peroxide. *Brit. J. Haemat.* 1971, 20, 95–101.
9. Ellman G.: Tissue sulfhydryl groups. *Arch. Biochem. Biophys.*, 1959, 82, 70–77.
10. Harman D.: Free radical theory of aging: Effects of free radical reaction inhibitors on the mortality rate of male LAF mice. *J. Gerontol.*, 1968, 23, 475–482.
11. Pryor W. A.: Oxy-radicals and related species: their formation, lifetimes, and reactions. *Annu. Rev. Physiol.*, 1986, 48, 657–667.
12. Chęciński P., Krauss H., Koźlik J.: Wolne rodniki tlenowe i ich rola w uszkodzeniu tkanek. S. Zapalski, P. Chęciński (red): Kliniczne aspekty niedokrwienia i reperfuzji. (Medica Press, Bielsko-Biała 1998, 24–32.
13. Bartosz G.: Peroxynitrite: mediator of the toxic action of nitric oxide. *Acta Biochem. Pol.*, 1996, 43, 646–659.
14. Cutler R. G.: Antioxidants and aging. *A. J. Clin. Nutr.*, 1991, 53, S373–S379.
15. Jain S. K.: The accumulation of malonyldialdehyde, a product of fatty acid peroxidation, can disturb aminophospholipid organization in the membrane bilayer of human erythrocytes. *J. Biol. Chem.*, 1984, 259 3391–3394.

16. Nohl H., Stolze K.: Formation of methemoglobin and free radicals in erythrocytes. *Met. Ions. Biol. Syst.*, 1999, 36, 289–307.
17. Siems W. G., Sommerburg O., Grune T.: Erythrocyte free radical and energy metabolism. *Clin. Nephrol.*, 2000, Suppl 53, S9–S17.
18. Koter M., Grzebińska E.: Interpretacja widm znaczników spinowych stosowanych w badaniach płynności lipidów błon. *Zagadnienia biofizyki współczesnej*, 1989, 14, 103–122.
19. Halliwell B., Gutteridge J. M.: Role of the radicals and catalytic metal ions in human disease. *Methods Enzymol.*, 1990, 186, 1–8.
20. Levine R. L.: Carbonyl modified proteins in cellular regulation, aging, and disease. *Free Rad. Biol. Med.*, 2002, 32, 9, 779–790.

Izabella Uchmanowicz¹, Marta Arendarczyk¹, Sylwia Krzemińska¹,
Adela Bartczuk¹, Barbara Liszka¹, Joanna Rosińczuk-Tonderys²

Jakość życia chorych z chorobą niedokrwienną serca w wieku podeszłym

Wprowadzenie

Obserwowane w ostatnich latach korzystne zmiany stylu życia i postęp medycyny przyczynił się nie tylko do wydłużenia przeciętnej długości trwania życia ludzkiego, ale również do zwiększenia odsetka ludzi starszych, często dotkniętych chorobami przewlekłymi, wymagających długotrwałego leczenia oraz stałej opieki medycznej i częstych hospitalizacji [6].

Ludność ziemi starzeje się i według danych World Health Organization (WHO), co miesiąc przybywa około 800000 ludzi powyżej 65 r.ż. Tak, więc pomiędzy 1990 a 2015 rokiem ich liczba wzrośnie do ponad 540 milionów.

Polacy również się starzeją i liczba ludności powyżej 65 r.ż. stale wzrasta. W 1996 roku osoby powyżej 65 r.ż. stanowiły 11,4%, a 2% przekroczyło 80 rok życia, ze znaczną przewagą kobiet. Tak więc jesteśmy społeczeństwem starym, ponieważ za takie uznaje się społeczeństwo, w którym odsetek ludzi powyżej 65 r.ż. przekroczył 7% (ustalenia ONZ) [13].

Według World Health Organization (WHO), choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów osób w starszym wieku. Wśród chorób układu krążenia największa śmiertelność przypada na chorobę niedokrwienną serca (30–60%) co sprawia, że problem ten niezmiennie utrzymuje się w czołówce zainteresowań kardiologów całego świata. W latach 1976–1988 w wielu krajach zanotowano spadek umieralności spowodowany chorobami układu krążenia. Natomiast w Polsce umieralność w wyniku tych chorób wyraźnie wzrasta [11].

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Zakład Patologii Chorób Układu Nerwowego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Cele i założenia pracy

Wobec znacznego wydłużenia życia ludzkiego ważne jest zapewnienie odpowiedniej jakości życia chorym z chorobą niedokrwienną serca.

W pracy postawiono następujące pytania:

1. Jak kształtowała się subiektywna ocena jakości życia pacjentów oraz relacje pomiędzy objawami chorobowymi, sprawnością funkcjonalną i stanem emocjonalnym?
2. Jakie czynniki wpływają na jakość życia?
 - czy styl życia?
 - czy wskaźnik masy ciała (BMI)?
 - czy współistniejące choroby?
 - czy przebyte zawału mięśnia sercowego?
 - czy wykonanie zabiegu chirurgicznego – CABG-?
 - czy powikłania występujące w ostrej fazie choroby?
 - czy czynniki społeczno-demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania)?
 - czy poczucie wsparcia społecznego (samotność, mieszkanie z rodziną)?
3. Jaki wpływ ma występowanie lęku i depresji na jakość życia osób w wieku podeszłym?

Materiał chorych

Badania przeprowadzono wśród 62 losowo wybranych osób w podeszłym wieku, u których występuje choroba niedokrwienna serca. Badania przeprowadzono w Powiatowym Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze na oddziale wewnętrznym na przełomie września 2003 / lutego 2004 roku.

W badanej grupie było 41 kobiet w wieku od 65 do 102 lat, średnia wieku kobiet wynosiła – 71 lat oraz 21 mężczyzn w wieku od 65 do 94 lat, średnia wieku mężczyzn wynosiła – 87 lat. Średnia wieku ogółem wynosiła – 76 lat.

Pacjenci byli poinformowani o celu badania.

Metody badań

- Analiza dokumentacji medycznej.
- Kwestionariusz Oceny Jakości Życia QL według własnego opracowania.
- Geriatryczna Skala Oceny Depresji według Ji. Sheikh i JA. Yesevage.
- Kwestionariusz Skali Lęku według profesora J. Tylki.
- Wskaźnik Obciążenia Opiekuna (Caregiver Strain Index).

Omówienie wyników

Badaniami objęto 63 osoby w tym: 42 kobiety i 21 mężczyzn w przedziale wieku 65–102 lata. Najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale 70–74 lat (35,48% ogółu badanych). Wśród badanych 54,09% mieszka na stałe w mieście, pozostali na wsi (47,54%).

Zdecydowana większość badanych (56,45%) pozostawała w związku małżeńskim. Poziom wykształcenia badanych był zróżnicowany: od podstawowego 54,09% i zawodowego (29,50%) poprzez średnie (16,39%) do wyższego (1,63%). Większość badanych wykonywała pracę fizyczną (83,60%), pozostali pracę umysłową (18,05%).

W badaniach własnych przeanalizowano 22 cechy diagnostyczne, wyznaczono wagi tych cech, określające siłę wpływu danej cechy na wartość QL oraz oceniono wartość wskaźnika średniej jakości życia QL.

Wśród badanych występowały wszystkie czynniki ryzyka i objawy potwierdzające chorobę niedokrwinną serca. Na podstawie procentowego występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca stwierdzono, że nadciśnienie tętnicze, nadmiar masy ciała, palenie papierosów i cukrzyca są najczęstszymi czynnikami ryzyka.

Nadciśnienie tętnicze występowało aż u 61 osób badanych, co wynosiło 98,38%, nadmiar masy ciała stwierdzono u 36 osób badanych, co stanowiło 59,01%, natomiast palenie papierosów deklarowało 21 osób badanych, czyli 33,87%.

Analiza równoczesnego występowania kilku czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca pozwala stwierdzić, że u przeważającej liczby badanych 46 osób tj. 74,19% badanych występują dwa, trzy czynniki ryzyka łącznie. Najczęściej skojarzone było nadciśnienie tętnicze z nadmiarem masy ciała oraz paleniem papierosów. Analizując czynniki ryzyka zaobserwowano wyższy wskaźnik jakości życia u chorych, u których występował jeden czynnik ryzyka $x = 0,521$, u chorych z trzema i więcej czynnikami $x = 0,487$.

Objawy patologiczne ze strony choroby niedokrwiennej serca występowały u większości badanych. Należały do nich zwłaszcza: duszność (77,41%), ból (64,51%) i łatwe męczenie się (54,83%).

W badaniach stwierdzono, że istnienie chorób współistniejących (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i inne) obniża jakość życia.

Z badań wynika, że występowanie powikłań w ostrej fazie choroby (nie-wydolność krążenia – 82,25%, zaburzenia rytmu serca – 54,83% i zawał mięśnia sercowego – 43,54%) znacznie obniża jakość życia chorych.

Z badań wynika, że osoby, u których nie wystąpił zawał mięśnia sercowego mają, wyższą jakość życia, jak również zaobserwowano, że u osób, które przeżyły zawał mięśnia sercowego, a leczeni byli chirurgicznie CABG mają wyższą jakość życia.

Zaobserwowano też, że na jakość życia ma wpływ czas rozpoznania choroby, im dłużej trwa choroba, tym niższa jest jakość życia. Związane jest to z większą liczbą, często wielokrotnych hospitalizacji, nasilenia dolegliwości oraz występujących powikłań.

Na odległą jakość życia wpływ miały również czynniki demograficzne. Z badań wynika, że jakość życia badanych chorych pogarsza się wraz z wiekiem, co

wiązać można z występowaniem powikłań, a w szczególności nasileniem się objawów niewydolności krążenia.

Wyższa jakość życia występuje u chorych pozostających w związkach małżeńskich niż u osób samotnych. Oceniając wpływ wykształcenia na jakość życia stwierdzono, iż najwyższa jakość życia miały osoby z wyższym wykształceniem, prawdopodobnie poziom wykształcenia warunkuje sposób postrzegania własnego zdrowia oraz wiąże się z lepszym uposażeniem finansowym.

Wykazano, że w badanej grupie wyższą jakość życia mieli chorzy z poczuciem wsparcia rodzinnego co oznacza, że rodzina pełni w życiu osób starszych bardzo ważną rolę i jest istotnym źródłem satysfakcji życiowej [3]. Największą wagę diagnostyczną dla pacjentów w wieku podeszłym miały następujące cechy: cecha X_1 – bóle wieńcowe (0,874), X_2 – uczucie męczenia się (0,815) oraz X_3 – duszność (0,732), które w sposób znaczący mogą ograniczyć samopoczucie i sprawność, a co za tym idzie, obniżyć jakość życia. Najmniejszą wagę diagnostyczną miały następujące cechy: cecha X_{17} – opieka nad wnukami (0,378), X_{14} – spotkanie się z rodziną, znajomymi (0,401) oraz X_{11} – tryb życia.

W badaniach własnych zaobserwowano występowanie depresji u 8,06% pacjentów, a brak depresji i prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u 38,70% pacjentów. W badanej grupie stwierdzono występowanie lęku na niskim i średnim poziomie u 50% badanych. W badaniach własnych oceniono też wskaźnik obciążenia opiekuna, ponieważ starzenie się społeczeństwa stawia nowe wyzwania dotyczące opieki. Zaobserwowano, że tylko 22,58% badanych wymaga opieki, w tym 28,57% stanowią mężczyźni a kobiety 19%.

Przeprowadzone badania oraz ich analiza potwierdzają, że istnieje potrzeba zastosowania skuteczniejszego postępowania zapobiegawczego. Choć to nie zapewni wyleczenia choroby niedokrwiennej serca, umożliwi może jednak w większym stopniu zwiększenie samodzielności pacjentów, poprawi ich sprawność oraz jakość życia [16].

Wnioski

- Matematyczna metoda Krefft wykazała, że spośród 22 cech największą wagę diagnostyczną, w ocenie jakości życia QL, miały: występowanie bólów wieńcowych, uczucie męczenia się oraz występowanie duszności. Najmniejszą wagę diagnostyczną miały: opieka nad wnukami, spotkanie się z rodziną i znajomymi oraz tryb życia.

- Wykazano, że występowanie chorób współistniejących (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i inne) obniżające życia.

- Zaobserwowano niższą jakość życia u pacjentów, u których wystąpiły powikłania w ostrej fazie choroby (niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego).

- Wykazano, że średnia wartość wskaźnika jakości życia była wyższa u pacjentów, którzy nie przeżyli zawału mięśnia sercowego.
- Zaobserwowano wyższą jakość życia u osób, u których po zawale mięśnia sercowego wykonano zabieg chirurgiczny CABG.
- Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem liczby czynników obniżała się wartość wskaźnika odległej jakości życia QL.
- Średnia wartość wskaźnika jakości życia była najwyższa u osób z prawidłową masą ciała.
- Na jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca w wieku podeszłym wpływ ma: wiek, płeć, stan cywilny oraz wykształcenie.
- Poziom lęku i depresji wpływa na jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca w wieku podeszłym.
- Zaobserwowano, że chorzy w wieku podeszłym wymagają opieki.

Piśmiennictwo

1. Arendarczyk M.: Jakość życia i powrót do pracy chorych w 2 lata po zawale mięśnia serca. Praca Doktorska, Wrocław 1996.
2. Farniak-Brodzinska M.: Znaczenie badań jakości życia w przewlekłych chorobach układu oddechowego w aspekcie holistycznego pojęcia medycyny. Wiadomości Lekarskie, 1998, Nr 7–8.
3. Jaracz K., Woźna M.: Subiektywna ocena zdrowia i jakości życia osób starszych, Pielęgniarstwo Polskie, Rok 2001, Nr 12.
4. Kocemba J.: Fizjologia układu sercowo-naczyniowego u osób w podeszłym wieku, w: Świątecka G.: Kardiologia wieku podeszłego, Via Medica, Gdańsk 1997/1998.
5. Łysoń S.: Mierniki jakości życia, Służba Zdrowia, Rok 1999, Nr 31–32.
6. Opolski G.: Choroba niedokrwienna serca, w: Januszewicz Wł., Kokota F., Interna I, PZWL, Warszawa, Rok 2002.
7. Paranowski T.: Rozpoznanie i leczenie depresji w wieku podeszłym, Terapia, Rok 1997, Nr 5 (47).
8. Różyk A.: Współczesne problemy ludzi starszych, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Rok 1992, Nr 2.
9. Rutkiewicz A.: Geriatria, PZWL, Warszawa, Rok 1979.
10. Scott Paist, Ayesha Jafri: Ocena czynnościowa pacjentów w starszym wieku, Medycyna po Dyplomie Rok 1997, Vol 6, Nr 1/Marzec.
11. Sztembis B.: Standardy postępowania pielęgniarki środowiskowej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia, Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, Chełm, Rok 1993.
12. Sztembis B.: Występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia, Pielęgniarstwo 2000, Rok 1992, Nr 4 (18).
13. Świątecka G.: Kardiologia starszego wieku, Via Medica, Gdańsk, Rok 1997/1998.
14. Troncale J. A.: Starzenie się, Medycyna po Dyplomie, Rok 1997, Vol. 6, Nr 1/Marzec.

15. Tylka J.: Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej, Postępy Rehabilitacji, Rok 1996, Tom X, Nr 4.
16. Wajngarten M.: Choroba wieńcowa u osób w podeszłym wieku, Medical Press, Gdańsk, Rok 2003.

Anna Małecka-Dubiela¹, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska²,
Andrzej Basiński³

Poprawa jakości życia u pacjentów w podeszłym wieku po zabiegach kardiochirurgicznych

Wstęp

Jedną z podstawowych determinant współczesnego świata jest starość oraz związane z nią problemy. Starzenie się jest procesem naturalnym i nieodwracalnym. Jest to szczególnie ważne, ponieważ społeczeństwo polskie już od 1969 roku jest społeczeństwem demograficznie starym. W pracy podjęto próbę oceny poprawy jakości życia u chorych po 65 roku życia cierpiących na choroby układu krążenia, przede wszystkim na chorobę niedokrwinną serca, niewydolność zastawki mitralnej i aortalnej. U tych pacjentów zdecydowano się na wykonanie zabiegu kardiochirurgicznego w celu złagodzenia dolegliwości bólowych, a tym samym poprawy jakości życia. W Polskiej medycynie pojęcie jakości życia pojawiło się w latach 70-tych, rozumiane jako jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (Health Related Quality of Life). Pojęcie to możemy określić jako ocenę własnego położenia życiowego, która dokonuje się w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniającą szczególnie ich rolę. Jakość życia (Quality of Life – QL) obejmuje cztery najważniejsze dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne. Często uczeni sugerują wzięcie pod uwagę dodatkowych komponentów takich, jak: relacje społeczne, duchowość oraz subkomponentów np. seksualność, obraz ciała i samoocenę mającą za zadanie uzupełnienie koncepcji jakości życia. Jakość życia podlega subiektywnej ocenie jednostki. Sami pacjenci są najlepszymi sędziami własnej jakości życia.

Powszechnie uważa się, że u chorych po 65 roku życia w związku ze zmianami wielonarządowymi typowymi dla procesu starzenia należy oczekiwać większej śmiertelności okołoperacyjnej, częstszych powikłań, trudniejszego przebiegu pooperacyjnego, długotrwałej rehabilitacji. W ostatnich dziesięcioleciach medycyna poszukuje sposobu oceny efektów swojej działalności, wskazując na od-

¹ Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Akademia Medyczna w Gdańsku

ległe skutki terapii osób, które zostały dotknięte chorobą. Postęp w medycynie dzięki nowoczesnym technikom przyczynił się do ratowania ludzkiego życia, a także do jego przedłużania.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była próba sprawdzenia poprawy stanu fizycznego, psychicznego pacjentów w podeszłym wieku po zabiegu kardiochirurgicznym oraz tych czynników, które wpływają na całokształt jakości życia.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 129 osób. Dobór osób miał charakter losowy. Z badań wykluczono osoby chore psychicznie, obłożnie lub terminalnie chore, a także osoby upośledzone umysłowo lub z zaawansowanym procesem otępiennym. Badania były prowadzone w Klinice Kardiologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Osoby badane od wielu lat cierpiały na chorobę wieńcową, chorobę niedokrwienną serca, jak również miały wady zastawek serca (mitralną, aortalną, trójdzielną). U tych chorych podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu operacyjnego.

Planując niniejszą pracę posłużono się dwoma kwestionariuszami ankiety. Do badania zmiennej niezależnej X – poczucie jakości życia służył opracowany kwestionariusz składający się z 16 pytań. Zostały w nim wykorzystane następujące subiektywne wskaźniki jakości życia: emocjonalne przeżycia związane z pojawieniem się choroby w dotychczasowym życiu, a także emocje związane z podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym. Oczekiwania dotyczące własnego życia i otaczającego świata po zabiegu operacyjnym. Stosunek chorego do najbliższego otoczenia, a także subiektywne odczucie stosunku rodziny do pacjenta.

Drugim narzędziem badawczym był kwestionariusz jakości życia SAQ (Seattle Angina Questionnaire). Kwestionariusz ten opublikował Barkhoff w 1999 roku w piśmie „Lancet”. SAQ jest 19 punktową ankietą. Pytania obejmują 5 zasadniczych kategorii kompleksowo sumujących najważniejsze elementy oceny jakości życia, dobranych do specyfiki choroby niedokrwiennej serca.

Pacjenci samodzielnie wypełniali ankiety przed zabiegiem operacyjnym oraz o takiej samej treści ankiety otrzymywali do domu i po 3 miesiącach przesłali do ankietera, w celu oceny skuteczności leczenia.

W badaniach obserwowano cechy statystyczne jakościowe, używając do ich opisu wskaźnika struktury. Wyniki badań zapisano w arkuszu kalkulacyjnym Excel 5. Badanie statystycznych związków między cechami oparto o czteropolowe i wielopolowe tablice kontyngencji. Do analizy statystycznej użyto nieparametrycznego testu niezależności zmiennych chi-kwadrat. Przyjęto generalnie jako wartość graniczną poziom istotności 0,05, poniżej którego określano zależności

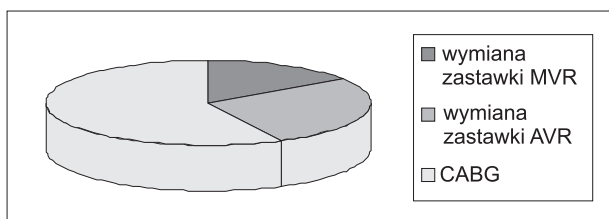
jako statystycznie istotne, jednak w kilku przypadkach obrano poziom istotności jako 0,1 oraz 0,15.

Wyniki

W badaniach brało udział 129 osób. Wiek badanych wahał się od 65 do 84 lat. Więcej chorych znajdowało się w przedziale wiekowym od 65 do 75 lat. Badani zostali podzieleni pod względem wieku na dwie grupy: starość wczesną od 65 do 75 lat oraz starość późną od 76 do 84 lat.

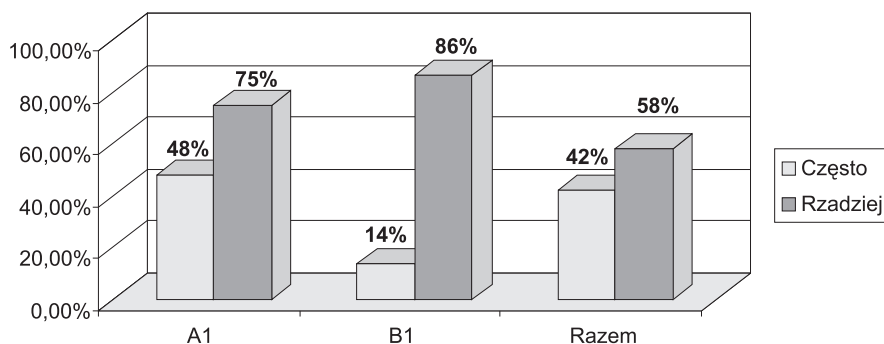
U 74 osób wykonano zabieg pomostowania tętnic wieńcowych, u 35 osób wymianę zastawki aortalnej, u 20 pacjentów wymianę zastawki mitralnej (ryc. 1).

Rycina 1. Rodzaj zabiegów wykonywanych u osób w podeszłym wieku



Wyniki potwierdziły obecność statystycznie istotnej zależności między wiekiem a odczuwaniem bólu lub duszności po wykonaniu znacznego wysiłku przed zabiegiem operacyjnym dla całej populacji ($p > 0,05$). W grupie osób badanych obserwuje się znaczną różnicę między przyjętym podziałem wiekowym. Osoby z grupy wczesnej starości w 47,7% odpowiedziały, że wykonanie znacznego wysiłku wywoływało częsty ból, bądź duszność. Natomiast dużym zaskoczeniem są wyniki danych chorych z grupy późnej starości. Tylko 13,6% opowiedziało się za częstym występowaniem bólu lub duszności podczas wysiłku przed zabiegiem operacyjnym (ryc. 2). Nie obserwowano statystycznie istotnej zależności między wiekiem a występowaniem bólu lub duszności po znacznym wysiłku po zabiegu operacyjnym. Z badań wynika, że zabieg operacyjny przyczynił się do złagodzenia objawów chorobowych. U osób z grupy wczesnej starości tylko 7,5% chorych odpowiedziało, że po wysiłku fizycznym często występował ból lub duszność.

W zależności między wiekiem a występowaniem bólu lub duszności podczas ubierania przed zabiegiem operacyjnym stwierdzono statystycznie istotną zależność dla całej populacji ($p > 0,15$). W badanej grupie chorych ból podczas ubierania odczuwało 15% osób z grupy wczesnej starości, a 85% nie skarżyło się na występowanie dolegliwości bólowych podczas ubierania. Natomiast z grupy późnej starości 100% bólu podczas wykonywania czynności, jaką jest ubieranie

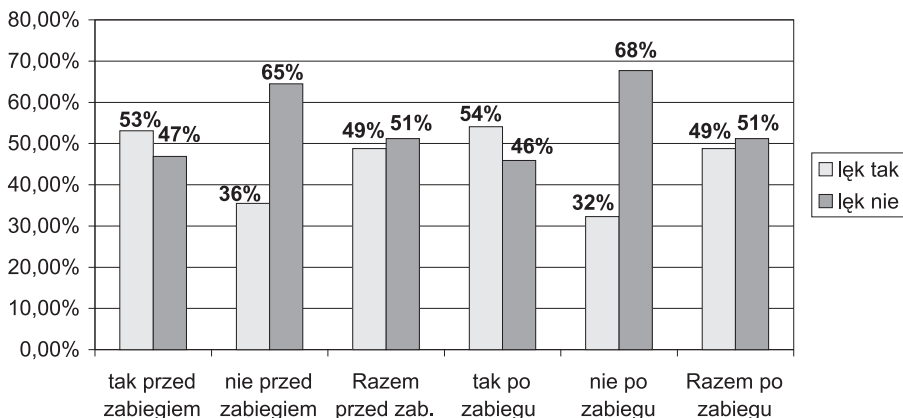
Rycina 2. Zależność między wiekiem a występowaniem bólu lub duszności po wykonaniu znacznego wysiłku

nie odczuwało. Po upływie trzech miesięcy po zabiegu operacyjnym w rozpatrywanej populacji nie stwierdza się istotnej zależności, co wskazuje na zmniejszenie dolegliwości bólowych po operacji. Spośród osób z grupy wczesnej starości tylko 3,7% odczuwało ból podczas ubierania. W grupie późnej starości po upływie trzech miesięcy wyniki badań się nie zmieniły.

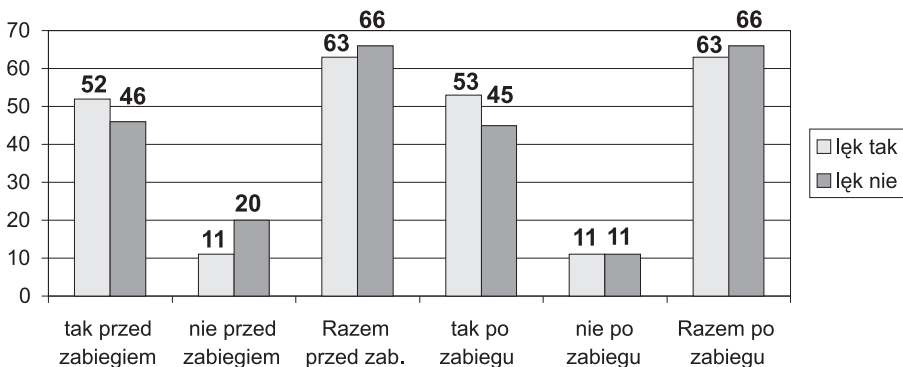
W korelacji dotyczącej kojarzenia choroby z bólem a odczuwaniem lęku przed zabiegiem operacyjnym dla całej populacji nie zaobserwowano statystycznie istotnej zależności. 53,1% osób kojarzyło chorobę z bólem oraz odczuwało lęk przed operacją. 46,9% kojarzyło chorobę z bólem, ale nie obawiało się zabiegu. 35,5% chorych bało się zabiegu lecz nie widziało związku między chorobą a bólem. 64,5% badanych nie odczuwało lęku przed zabiegiem oraz nie kojarzyło choroby z bólem. Po trzech miesiącach po zabiegu operacyjnym dla całej populacji obserwuje się statystycznie istotną zależność między kojarzeniem choroby z bólem a odczuwaniem lęku przed operacją. Z upływem czasu oraz poprawą samopoczucia pacjentów obserwuje się zmiany w wypowiedziach. 54,1% badanych kojarzyło chorobę z bólem i odczuwało lęk przed zabiegiem, 32,3% nie widziało związku między występowaniem bólu w chorobach jednakże odczuwało obawę przed operacją. 45,9% chorych identyfikowało ból z chorobą, ale nie odczuwało lęku przed zabiegiem. Nie kojarzyło choroby z bólem i nie obawiało się zabiegu 67,7% osób badanych (Ryc. 3).

W rozpatrywanej populacji obserwuje się istotną statystycznie zależność między obawą wystąpienia zawału lub nagłej śmierci a podjęciem świadomej decyzji o zabiegu operacyjnym przed zabiegiem operacyjnym, przyjmując $p < 0,15$. Wyniki wskazują, że 73,8% chorych nie podjęło świadomej decyzji o zabiegu operacyjnym, ponieważ obawiało się wystąpienia zawału lub nagłej śmierci. Tylko 26,2% chorych podjęło świadomą decyzję pomimo lęku przed zawałem lub śmiercią. 62,1% chorych bało się zabiegu i wykazało, że nie była to świadoma decyzja o zabiegu, mimo okazjonalnie występującej obawy przed pojawieniem się zawału lub śmierci. 37,9% badanych, którzy okazjonalnie odczuwali obawę

Rycina 3. Zależność między kojarzeniem choroby z bólem a odczuwaniem lęku przed zabiegiem operacyjnym



Rycina 4. Zależność między kojarzeniem choroby z bólem a odczuwaniem lęku przed zabiegiem operacyjnym



powstania zawału lub nagłej śmierci, podjęli świadomą decyzję o zabiegu. Osoby w ogóle nie obawiające się zawału w 45,7% opowiedziały się za świadomym wyborem zabiegu, a 54,3% chorych z różnych względów wyraziło zgodę na operację, ale przyznali, że nie była to świadoma decyzja. Po okresie trzech miesięcy po zabiegu dla badanej populacji nie stwierdza się statystycznie istotnej zależności między obawą wystąpienia zawału lub nagłej śmierci a decyzją o zabiegu operacyjnym. W badaniach przeprowadzonych przed zabiegiem operacyjnym w rozpatrywanej populacji istnieje statystycznie istotna zależność między wpływem choroby na aktywność społeczną a odczuciem „bycia ciężarem” dla rodziny ($p < 0,001$). 38,6% badanych u których obserwuje się zmniejszenie kontaktów ze

znajomymi miało poczucie „bycia ciężarem” dla swoich najbliższych, 61,4% mimo zmniejszenia kontaktów ze znajomymi nie odczuwało „bycia ciężarem” dla rodziny. 92,5% osób, u których pod wpływem choroby więź rodzinna i koleżeńska bardziej się zacieśniła, nie czuły się ciężarem dla swoich najbliższych, tylko 7,5% badanych miało takie odczucie. Seniorzy, którzy podczas pobytu w szpitalu zawarli nowe znajomości aż 94,7% nie odczuwało, że stanowią „ciężar” dla najbliższych, 5,3% chorych takie poczucie miało. Po upływie trzech miesięcy w rozpatrywanej populacji nie stwierdza się istotnie statystycznie zależności między wpływem choroby na aktywność społeczną.

Omówienie

Jednym z charakterystycznych zjawisk współczesnego świata jest starzenie się społeczeństw. Należy zauważyć, iż w ostatnich latach wizerunek człowieka starego uległ zmianie. Zmienia się dosyć jaskrawo pojęcie starości jako swoistej kategorii społecznej oraz pojmowanie jej w społeczeństwie. Starość, która do niedawna była pojmowana jako synonim niedołężności w rzeczywistości przychodzi coraz później. Coraz więcej osób w wieku 75–80 lat jest jeszcze w pełni aktywnych. Współczesna medycyna może pochwalić się swoimi osiągnięciami, dzięki którym udaje się przedłużyć ludzki życie. Jest to szczególnie widoczne na przykładzie nowoczesnej dziedziny medycyny, jaką jest kardiochirurgia.

Uzyskane wyniki potwierdziły, że na jakość życia wpływa wiele czynników, między innymi: fizyczne, emocjonalne i społeczne. W ostatnich latach rozwój kardiologii interwencyjnej spowodował charakterystyczne zmiany w wyborze chorych do CABG (Coronary artery bypass grafting). Młodzi ludzie z dobrą funkcją lewej komory oraz z izolowanymi zmianami w tętnicach wieńcowych są obsługiwani przez kardiologię interwencyjną. Zwiększyła się natomiast liczba chorych po 70 roku życia, a także po 80 roku życia kierowanych do zabiegu operacyjnego (CABG).

Badania wykazały istotną statystycznie zależność między wiekiem a odczuwaniem bólu lub duszności po wykonaniu znacznego wysiłku przed zabiegiem operacyjnym. Ból jest jednym z dominujących czynników, które wpływają na dyskomfort psychiczny i fizyczny a tym samym wpływają niekorzystnie na jakość życia. 47% osób z grupy wczesnej starości przed zabiegiem operacyjnym odczuwało ból po wykonaniu znacznego wysiłku. Natomiast tylko 13% chorych po 75 roku życia odczuwało ból po wykonaniu znacznego wysiłku. Zjawisko to może być związane z podniesieniem progu bólowego osób w podeszłym wieku lub ograniczeniem wysiłków fizycznych przez te osoby.

Po zabiegu operacyjnym obserwuje się znaczną poprawę stanu zdrowia zarówno u chorych z grupy wczesnej starości (92,5%), a także u chorych z grupy późnej starości (100%) Analiza badań wykazała, że zabieg operacyjny przyczynił się do złagodzenia dolegliwości bólowych. Wyniki badań wykazały statystycz-

nie istotną zależność między kojarzeniem choroby z bólem a odczuwaniem lęku przed zabiegiem operacyjnym. Zabieg operacyjny, zwłaszcza kardiochirurgiczny, wywołuje lęk. Chorym oczekującym na zabieg targają mieszane uczucia, obawia się on czy zabieg przeżyje, czy po zabiegu stan jego zdrowia się poprawi oraz jak będzie wyglądało jego życie. Lęk jest czynnikiem, który obniża jakość życia, zaburza rzeczywistą sytuację w jakiej znajduje się pacjent.

Nie stwierdza się istotnie statystycznej zależności między wiekiem a obawą wystąpienia zawału lub nagłej śmierci dla całej populacji. W badanej grupie również nie spotyka się statystycznie istotnej zależności w podzielonych grupach wiekowych. Przez cały czas wystąpienia zawału lub nagłej śmierci obawiało się 50,5% chorych z grupy wczesnej starości, okazjonalnie pojawiła się obawa u 21,5 chorych z tej samej grupy, a 28% obawy nie odczuwało wcale.

Z II grupy 59,1% chorych cały czas obawiało się wystąpienia zawału lub nagłej śmierci. Okazjonalnie poczucie zgłaszało 22,7% badanych, 18,2% chorych nie wykazywało takiej obawy. Ból wpływa niekorzystnie nie tylko na stan fizyczny, ale również na psychikę pacjenta. Odczuwanie bólu powoduje lęk przed wystąpieniem zawału mięśnia sercowego lub nagłej śmierci. Ta obawa może być jeszcze bardziej nasiloną, jeżeli zawał mięśnia sercowego wystąpił już wcześniej. Po upływie trzech miesięcy obserwuje się istotną różnicę w wypowiedziach badanych osób. Z badań można przypuszczać, że zabieg operacyjny przyczynił się do poprawy stanu zdrowia, zmniejszył ich objawy bólowe i tym samym wzmocnił ich psychicznie, co się objawia w uzyskanej zmianie odpowiedzi na zadawane pytania. 46,7% osób zakwalifikowanych do I grupy odpowiedziało, że w ogóle nie obawia się wystąpienia zawału lub nagłej śmierci. Tylko 25,2% oświadczyło, że cały czas obawia się powstania zawału lub nagłej śmierci. U chorych z grupy późnej starości również zauważa się zmianę odpowiedzi. Ta różnica jest mniejsza niż ta, którą obserwuje się u osób z I grupy badanych niemniej jest widoczna. Cały czas zawału lub nagłej śmierci obawiało się 36,4% chorych, okazjonalnie zgłaszało obawę 27,3%, natomiast 36,4% chorych wcale nie wyrażało takiej obawy (Ryc. 3).

Wyniki badań wskazują na pozytywne zjawisko. Zabieg operacyjny przyczynił się do zmiany nastawienia pacjentów, spowodował pewną stabilizację psychiczną.

Wnioski

1. Przeprowadzone badania wykazały, że jakość życia pacjenta w podeszłym wieku po zabiegu kardiochirurgicznym kształtuje wiele czynników: fizyczne, emocjonalne i społeczne.
2. Zły stan zdrowia oraz lęk wywołują niepożądane emocje, które są przyczyną wielu konfliktów oraz izolacji ludzi starszych od pozostałych członków rodziny.

3. Pod wpływem choroby człowiek ma poczucie zależności od innych osób, co staje się ogromnym problemem wewnętrznym szczególnie dla osoby, która do niedawna stanowiła podporę dla całej rodziny.
4. Po trzech miesiącach po zabiegu operacyjnym u pacjentów w podeszłym wieku nastąpiło zmniejszenie częstości występowania dolegliwości bólowych oraz lęku przed wystąpieniem zawału mięśnia sercowego lub nagłej śmierci.
5. Pacjenci po upływie trzech miesięcy zmienili swoje negatywne podejście do życia, częściej myśleli o przyszłości.
6. Seniorzy po trzech miesiącach po zabiegu operacyjnym odnowili swoje kontakty z najbliższymi, a stosunki między chorymi a rodziną i znajomymi uległy zacieśnieniu.
7. 71% badanych po upływie trzech miesięcy po zabiegu odczuwało satysfakcję z leczenia chirurgicznego.

Piśmiennictwo

1. Bień B.: Kwestionariusz EASY – Care: założenia i metodologia badań, *Gerontologia Polska* 7 (2), 1999, 37–43.
2. Bochenek A.: Operacje kardiochirurgiczne u chorych po 70 roku życia, *Medipress Kardiologia* Vol. 4, No 4 (1997).
3. Burszta W. J.: Profile starości, Ibis, Poznań 2000.
4. Chodowrowski W. J.: Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca w populacji geriatrycznej, *Nowa Klinika* 9, *Geriatrics*, Vol 7 (No 8), 817–821.
5. Creighton Neal M., Feeltz Cohen P.: *Nursing Care Planning Guides*, 1983, 28–35.
6. De Walden-Gałuszek K.: *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia*, Warszawa 1997.
7. Garrett G.: *Potrzeby zdrowotne ludzi starszych*, Warszawa 1990, 37–45.
8. Rybicki J.: *Wiek a wyniki rehabilitacji chorych z chorobą niedokrwiennej serca*, *Postępy Rehabilitacji*, Tom X, 1996, 137–143.
9. Wilson L. B., Simson S. P.: *Handbook of Geriatric Emergency Care*, University Park Press, Baltimore 1984.

Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska¹, Anna Małecka-Dubiela¹,
Andrzej Basiński²

Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku w okresie okołoperacyjnym

Wstęp

Starość jest naturalną fazą w życiu człowieka, która nadchodzi powoli i rozwija się stopniowo. W ujęciu ogólnospołecznym traktowana jest jednak jako okres małej aktywności, nieatrakcyjności, konsumowania wcześniejszych zdobyczy i osiągnięć. Wzrastająca liczba pacjentów w wieku podeszłym zwiększa odsetek chorych operowanych po 65 roku życia. Pacjenci ci powinni być rozważani jako odrębna subpopulacja, gdyż reagują na postępowanie terapeutyczne zgodnie z możliwościami swoich mechanizmów wyrównawczych [1]. Wiek nie ogranicza zakresu zabiegów operacyjnych, jednakże śmiertelność operacyjna u pacjentów powyżej 90 r.ż. wynosi 7,8% w przypadku zabiegów w trybie ostrym, a 0,6% w trybie planowym [2]. Zrozumienie procesu starzenia, związanych z nim zmian fizjologicznych, dobór najbardziej korzystnych metod znieczulenia oraz konieczność prowadzenia specjalistycznego nadzoru i monitorowania w okresie okołoperacyjnym jest bezwzględnie konieczne dla bezpiecznego przeprowadzenia pacjentów w wieku podeszłym przez okres okołoperacyjny [1].

Celem pracy była próba zdefiniowania najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych w okresie okołoperacyjnym powiązanych ze znieczuleniem.

Metodyka badań

Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej, który pozwolił zebrać dane niezbędne do przeprowadzenia badań. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Analizie poddano 91 pacjentów obojga płci, w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym, znie-

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Kliniczny Oddział Ratunkowy, Akademia Medyczna w Gdańsku

czulanych w trybie planowym i ostrym. Dokonano analizy dokumentacji pielęgniarstwa, indywidualnej karty pielęgnowania, karty gorączkowej, karty zleceń. Do oceny natężenia bólu posłużyła Wzrokowo-Analogowa Skala Natężenia Bólu (VAS).

Kryterium doboru badanej grupy była możliwość nawiązania kontaktu z chorym oraz wiek od 65 roku życia. Badania przeprowadzono w dwóch szpitalach klinicznych w Gdańsku.

Wszystkie odpowiedzi w celu przeprowadzenia analizy skategoryzowano i umieszczono w arkuszu kalkulacyjnym programu Microsoft Excel 97. Natężenie i kierunek współzależności wyrażono liczbowo za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona (r_{xy}) przy dwustronnym poziomie istotności. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny Statistica 6 PL.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Populacja 91 badanych respondentów dotyczyła pacjentów w wieku podeszłym, operowanych w 84% w trybie planowym i w 13% w trybie ostrym. Wśród badanych 56% zostało poddanych znieczuleniu ogólnemu, 39% przewodowemu, 4% miało znieczulenie ogólne połączone z zewnątrzoponowym.

Najliczniejsza grupa pacjentów 59% mieściła się w przedziale wiekowym od 65–75 r.ż., w następnej grupie znaleźli się pacjenci od 76–84 r.ż. i stanowili 38%, a w kolejnej było 3% powyżej 85 r.ż. Objęta analizą grupa jest również zróżnicowana pod względem płci, bowiem kobiet było 34 (37,4%), zaś mężczyzn 57 (51,8%). Analizując wykształcenie respondentów 26% posiadali wykształcenie zawodowe, 63% średnie, a 8% wyższe.

Z badań wynika, iż wiedza respondentów na temat znieczulenia słabo zależy od wykształcenia (współczynnik korelacji dla zmiennych wyrażających wiedzę na temat znieczulenia waha się od $r = 0,23$ do $r = 0,32$). O metodzie znieczulenia 53 (58,2%) respondentów dowiedziało się w czasie wizyty anestezjologa, 22 (24,2%) od osoby wcześniej operowanej, natomiast 5 (5,5%) z prasy lub czytając fachową literaturę. Ważną rolę personelu medycznego jest przygotowanie pacjentów do zabiegu chirurgicznego, jak również przygotowanie do znieczulania. Z badań wynika, że 41 (37,3%) respondentów, zgodziło się z metodami znieczuleń, natomiast 23 (20,9%) pacjentów nie miało zdania na ten temat. Również najczęściej pacjenci dokonywali wyboru metody znieczulenia w czasie wizyty anestezjologa 52 (57,1%), z powodu deficytu wiedzy na ten temat. U 20 (18,2%) pacjentów o metodzie znieczulenia zdecydował anestezjolog ze względu na współistniejące choroby. Analizując rolę czynników, które wpłynęły na wybór znieczulenia 52 (57,1%) respondentów wybierało znieczulenie ogólne, aby nie mieć świadomości zabiegu. 20 pacjentów (18,2%) nie wybrało znieczulenia przewodowego, ponieważ obawiali się oni powikłań neurologicznych. Nato-

miast w przypadku wyboru znieczulenia przewodowego 15 (13,6%) pacjentów wybrało tę metodę w obawie przed nie odzyskaniem świadomości po znieczuleniu ogólnym.

Występuje wyraźna zależność pomiędzy rodzajem znieczulenia, a ilością przebytych znieczuleń. Im więcej przebytych znieczuleń przewodowych, tym mniejsze prawdopodobieństwo wyboru znieczulenia ogólnego ($r = 0,65$), natomiast im więcej znieczuleń ogólnych tym mniejsze prawdopodobieństwo wyboru znieczulenia przewodowego ($r = 0,44$).

Problemy pielęgnacyjne w okresie okołoperacyjnym

Jak wynika z badań najistotniejszym problemem pielęgnacyjnym był strach przed zabiegiem operacyjnym, 75 (82,5%) respondentów bało się znieczulenia natomiast 16 (17,6%) negowało strach.

Badani sami określali natężenie odczuwanego niepokoju przed zabiegiem operacyjnym: 32 (35,2%) odczuwało niepokój w stopniu średnim, 26 (28,6%) w stopniu dużym, a 19 (20,9%) w stopniu bardzo dużym. Niepokój częściej występował u mężczyzn niż u kobiet.

Ważnym zadaniem personelu medycznego jest zmniejszenie niepokoju jaki występuje przed zabiegiem operacyjnym.

Stwierdzono wyraźną zależność pomiędzy stopniem odczuwanego niepokoju a sposobem w jaki został on zmniejszony ($r = 0,51$). Na pierwsze miejsce wysunęła się farmakoterapia, 42 (46,2%) pacjentów podało, że niepokój został zmniejszony podaniem środka uspakajającego. Nie bez znaczenia pozostaje również zmniejszenie niepokoju poprzez szczegółowe wyjaśnianie przez personel medyczny postępowania przed- i pooperacyjnego 28 (30,8%). Zapewnienie spokoju i ciszy potwierdziło się u 15 (13,6%) badanych.

Zbadano następujące problemy śródoperacyjne: problem zapewnienia bezpieczeństwa, intymności, komfortowej pozycji podczas zabiegu operacyjnego. Pacjenci czują się bezpieczni 74 (81,3%), 76 (83,5%) pacjentom zapewniono intymności w czasie przygotowania do zabiegu operacyjnego, 65 (71,4%) respondentom nie zapewniono komfortowej pozycji. Nie znaleziono zależności pomiędzy zapewnieniem intymności a rodzajem wykonywanego znieczulenia czy zabiegu. Nie wykazano zależności między zapewnieniem komfortowej pozycji a rodzajem operacji, czy czasem trwania zabiegu operacyjnego.

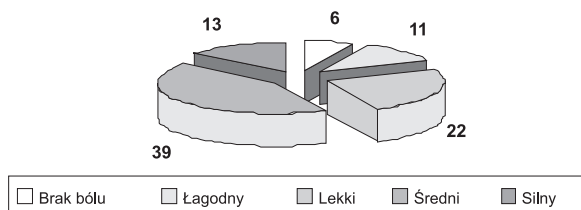
W okresie okołoperacyjnym należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie wystąpieniu hipotermii. Zaburzenia termoregulacji w czasie znieczulenia okazały się dość częste – 30 (33%) respondentów odczuwało zimno podczas zabiegu operacyjnego. Zaburzenia termoregulacji w okresie pooperacyjnym wystąpiły u 54 (59,3%) badanych.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zmniejszenie dolegliwości bólowych. Jak wynika z badań w okresie śródoperacyjnym 9 (9,9%) respondentów odczuwało ból. Najczęściej był on spowodowany u 16,5% respondentów zakładaniem

wkłucia, u 9,9% podczas kilkukrotnego nakłucia przestrzeni podpajęczynówkowej, a u 7,7% podaniem leków anestetycznych.

Zdecydowana większość 85 (93,4%) badanych podawała wystąpienie bólu pooperacyjnego. Najczęściej był on spowodowany raną pooperacyjną 72 (79,1%), ból gardła spowodowany rurką intubacyjną u 13 (14,3%), tylko 6 (6,6%) nie odczuwało bólu. Respondenci określali natężenie bólu za pomocą Wzrokowo-Analogowej Skali Natężenia Bólu (ryc. 1).

Rycina 1. Intensywność bólu w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym



Z analizy statystycznej wynika, że intensywność dolegliwości bólowych generalnie nie zależy od zastosowanego znieczulenia. Występowanie dolegliwości bólowych zależy od rodzaju zabiegu ($r = 0,29$) i czasu trwania zabiegu ($r = 0,31$). Aktywność ruchowa z powodu dolegliwości bólowych była ograniczona u 73 (80,2%). U 51 (56%) respondentów ból utrudniał zasypianie.

Istotnym problemem jest zapobieganie wystąpieniu nudności i wymiotów, ponieważ pojawiły się u 47 (51,6%) badanych, w tym u 19,8% kobiet i 13,2% mężczyzn. Istnieje zależność pomiędzy wystąpieniem nudności i wymiotów, a rodzajem znieczulenia ($r = 0,42$), bowiem częściej były związane ze znieczuleniem ogólnym.

W bezpośrednim okresie po operacji szczególnym problemem jest zapewnienie drożności dróg oddechowych, gdyż trudności w oddychaniu pojawiły się u 34 (37,4%) respondentów, wynikające z utrzymującego się działania leków anestetycznych, bądź zaleganiem śliny. Trudności w mikcji miało 33 (36,3%) respondentów i częściej po znieczuleniu przewodowym, co skłania do zapobiegania występowaniu tego problemu poprzez wczesne wykrycie i podjęcie działań terapeutycznych.

Problem dezorientacji po zabiegu operacyjnym dotyczył tylko 3 (3,3%) badanych.

Omówienie

Zjawisko starzenia się społeczeństwa polskiego oraz wydłużenie się średniej liczebności populacji wymagającej kompleksowej opieki pielęgniarskiej. Uzyskane wyniki badań potwierdziły istnienie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów

w wieku podeszłym w okresie okołoperacyjnym i skłania do podjęcia działań terapeutyczno-pielęgnacyjnych.

Ogólnie występuje deficyt wiedzy na temat znieczulenia i roli zespołu anestezyjologicznego. Często pacjenci nie zdają sobie sprawy z nieprawidłowego przygotowania do znieczulenia, co w późniejszym czasie wpływa na wystąpienie powikłań. Zadawalający jest fakt, że 58,2% pacjentów o metodzie znieczulenia dowiedziało się w czasie wizyty anestezyjologa, natomiast tylko 5,5% z prasy, czy telewizji. W chwili obecnej rzeczą bezsporną pozostaje fakt, iż publicystyka prasowa *sensu stricto* zajmuje się szeroko pojętymi zagadnieniami medycznymi, natomiast rolę zespołu anestezyjologicznego marginalizuje [3]. Najważniejsze jest nawiązanie kontaktu z chorym i zdobycie jego zaufania. W dostępnej literaturze wykazano, że anestezyjolog w czasie wizyty przedoperacyjnej udzielając porad i instrukcji co do zachowania się bezpośrednio po zabiegu, wpływa na zmniejszenie wystąpienia powikłań [4, 14].

Wśród najczęściej występujących problemów był niepokój o różnym nasileniu. Obawy przed zabiegiem występowały częściej u badanych mężczyzn niż kobiet. Nie pokrywa się to z badaniami innych autorów [4, 5]. Nie znaleziono również korelacji między lękiem przed operacją a wykształceniem respondentów mimo, iż takie doniesienia istnieją [6]. W łagodzeniu niepokojów przedoperacyjnego na pierwsze miejsce wysunęła się farmakoterapia, jednak nie bez znaczenia pozostają szczegółowe wyjaśnienia przez personel medyczny postępowania przed- i pooperacyjnego 28 (30,8%). Inne doniesienia sugerują, że mogą one nawet o połowę złagodzić liczbę dolegliwości, a przede wszystkim wyeliminować stres [4, 6]. Inni badacze twierdzą iż udzielanie wyczerpujących informacji nie wpływa na niepokój przedoperacyjny [4].

Personel medyczny powinien nawiązać kontakt z chorym i zdobyć jego zaufanie poprzez spokojne, życzliwe i opiekuńcze zainteresowanie się nim. Należałoby unikać niedomówień i niezrozumiałej dla pacjenta terminologii medycznej.

W okresie śródoperacyjnym i bezpośrednio po operacji istotnym problemem okazały się trudności w utrzymaniu normotermii.

Wśród badanych respondentów zaobserwowano zależności pomiędzy spadkiem ciepłoty ciała i czasem trwania znieczulenia, potwierdzają to również inne doniesienia [7, 8].

Stwierdzona w badaniu, jedynie słabą zależność między zaburzeniami termoregulacji, a czasem trwania zabiegu ($r = 0,31$) wynika najprawdopodobniej z prawidłowego rozpoznania problemów związanych z zaburzeniami termoregulacji i skutecznego przeciwdziałania im, w przypadku długotrwałych zabiegów. Wysoki odsetek pacjentów doświadczających dyskomfortu związanego z zaburzeniami termoregulacji przemawiać może za twierdzeniem, że problem wystąpienia zaburzeń jest niewłaściwie rozpoznany i najprawdopodobniej ignorowany w przypadku zabiegów krótkotrwałych. Wynik ten skłania do podjęcia działań profilaktycznych mających na celu utrzymanie ciepłoty ciała w okresie

przed-, śród- i pooperacyjnym przez personel medyczny bez względu na przewidywany czas zabiegu.

Literatura podaje występowanie dreszczy po zabiegu operacyjnym u 7–35% pacjentów [9]. Z analizy statystycznej wynika, że w okresie śródoperacyjnym dreszcze występowały u 33% respondentów, a po zabiegu u 59,3% badanych. Chorzy w okresie wybudzenia nie są w stanie uruchomić całkowicie odpowiedzi termoregulacyjnej na skutek resztkowego działania środków anestetycznych. Dlatego też większość chorych opuszcza blok operacyjny nadal z obniżoną ciepłotą ciała [7, 13]. Stosunkowo mało jest doniesień na temat zaburzeń termoregulacji w okresie okołoperacyjnym. Wiadomo, że im bardziej zaawansowany wiek pacjenta tym dłuższy czas powrotu normotermii.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły pozostałe problemy pielęgnacyjne występujące bezpośrednio po znieczuleniu. Do najczęstszych należą: nudności i wymioty 51,6%, niedrożność dróg oddechowych 37,4%, trudności w oddawaniu moczu 36,3%, podobne wyniki potwierdzają badania Jałowickiego [4].

Osobnego omówienia wymaga problem bólu pooperacyjnego. Podawanie leków przeciwbólowych „na żądanie” wydaje się być mało skuteczne. Pomimo imponującej gamy możliwości terapii przeciwbólowej, dalej nie jest jasne jaką metodę wybrać, aby skutecznie sprostać oczekiwaniom pacjenta. Dowodzi tego analiza wyników własnych, gdzie 93,4% respondentów odczuwało ból po zabiegu operacyjnym o różnym nasileniu. W świetle tego wyniku warto było by rozważyć powołanie zespołu do zwalczania bólu. Pacjenci w wieku podeszłym ze względu na choroby współistniejące, zmiany klirensu leków są bardziej narażeni na fizjologiczne konsekwencje niedostatecznej analgezji, jak i na skutki uboczne związane z użyciem leków przeciwbólowych [12]. Inne doniesienia wykazują, że intensywność odczuwanego bólu nie zależy od wieku [10]. Stwierdzono, że stany przebiegające z silnym bólem mogą u osób w starszym wieku powodować dyskomfort [11]. Obecne badania potwierdziły, iż ból znacznie utrudnia zaspokojenie i wpływa na aktywność fizyczną, co zarazem wiąże się z późniejszym uruchamianiem.

Postępowanie anestezjologiczne jest jednym z ważniejszych czynników składających się na okres okołoperacyjny. Szerzenie informacji na temat roli i miejsca zespołu anestezjologicznego w poradniach anestezjologicznych, przeciwbólowych poprawia relacje pacjent – zespół anestezjologiczny. Wydaje się to mieć istotne znaczenie w poprawie jakości świadczonych usług.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Należy w znaczny sposób poprawić komfort psychiczny i poczucie bezpieczeństwa pacjenta przed znieczuleniem.

2. Zdecydowanie należy zwiększyć skuteczność analgezji pooperacyjnej u osób w wieku podeszłym, gdyż zapobieganie wystąpieniu bólu w okresie pooperacyjnym jest niedostateczne.
3. Należy położyć większy nacisk na zapobieganie wystąpieniu hipotermii w okresie okołoperacyjnym, bez względu na planowany czas zabiegu.

Piśmiennictwo

1. Wordliczek J., Wojtas J.: Problemy anestezjologiczne u chorych w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 1997, 5, 4–12.
2. Linda L., Jeanine P.: Perioperative anesthesia issues in the elderly. *Crit Care Clin* 2003, 4.
3. Turowski M. J.: Oblicze anestezjologii w mediach. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2001, 33, 197–198.
4. Jałowicki P., Rudner R.: Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. Okres przedoperacyjny. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2001, 33, 149–154.
5. Clifton P. J. M.: Expectations and experiences of anesthesia in a district general hospital. *Anesthesia* 1984, 39, 281–285.
6. Klafka J. M., Roizner M. F.: Current understanding of patients' attitudes toward preparation for anesthesia; a review. *Anesth Analg* 1996, 83, 1314–1321.
7. Burwił A., Dyk D.: Pomiar ciepłoty ciała u chorych operowanych w znieczuleniu ogólnym i implikacje terapeutyczno-pielęgniacyjne. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1997, 29, 143–146.
8. Sessler D. J.: Central thermoregulatory inhibitions by general anesthesia. *Anesthesiology* 1991, 75, 557–559.
9. Rybicki Z.: *Intensywna terapia dorosłych*. Novus Orbis, Gdańsk, 1994.
10. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Ból u chorych w wieku podeszłym. *Terapia* 2002, 12, 23–33.
11. Gagliese L., Melzack R.: Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997, 70, 3–14.
12. Cook D. J., Rooke A. G.: Priorities in perioperative geriatrics. *Anesth Analg* 2003, 96, 1823–1836.
13. Brunner L. S., Suddarth D. S.: *Medical – Surgical Nursing*, J. B. Lippincott Company Philadelphia 1988.
14. Necek S.: Wybór pomiędzy anestezją ogólną a przewodową. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1998, 30, 25–28.

Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska¹,
Anna Małecka-Dubiela¹, Andrzej Basiński²

Implikacje pielęgnacyjne i terapeutyczne w przypadku niezamierzonej hipotermii w okresie okołooperacyjnym u pacjentów w wieku podeszłym

Wstęp

Jedną z podstawowych determinant współczesnego świata jest starość oraz stosunkowo mało zbadany problem termoregulacji podczas operacji i znieczulenia. Zarówno przyczyny, jak i efekty śród- i pooperacyjne są przedmiotem licznych badań [1, 2, 3]. Celem pracy jest próba zaprezentowania możliwości pielęgnacyjno-terapeutycznych w zapobieganiu lub znacznym ograniczeniu występowania niezamierzonej hipotermii w okresie okołooperacyjnym u pacjentów w podeszłym wieku, na podstawie analizy literatury i badań.

Hipotermia jest zaburzeniem, wynikającym z przekroczenia możliwości termoregulacyjnych organizmu i przebiegających z obniżeniem ciepłoty ciała poniżej 36°C, według niektórych autorów poniżej 34°C [1, 2, 3, 4]. Wytwarzanie i utratę ciepła reguluje autonomiczny układ nerwowy. Ośrodek termoregulacji znajduje się w podwzgórzcu, a termoreceptory na skórze i układzie naczyniowym, wrażliwe zarówno na ciepło, jak i zimno oraz głębokie receptory znajdujące się w rdzeniu kręgowym. Spadek temperatury centralnej wyzwała mechanizmy prowadzące do zwiększenia produkcji ciepła i ograniczenia jego utraty. Produkcję ciepła zwiększa termogeneza bezdreszczowa polegająca na stymulacji przemian metabolicznych przez hormony tarczycy, przysadki i nadnerczy lub termogeneza dreszczowa. Zabezpieczenie przed utratą ciepła odbywa się poprzez stymulację współczulną, której efektem jest obkurczanie naczyń obwodowych [1, 2, 3].

Zmiany temperatury ciała w okresie okołooperacyjnym spotyka się względnie często. Badania dowodzą, iż u 30–60% pacjentów w okresie okołooperacyjnym występuje hipotermia [4, 5].

Utrzymanie równowagi cieplnej ustroju wymaga zdolności do reagowania na zmianę temperatury otoczenia i temperatury centralnej, jak i odpowiedzi fizjo-

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Akademia Medyczna w Gdańsku

logicznej i behawioralnej na te zmiany. W wieku podeszłym zaburzenia te mogą doprowadzić do hipotermii. Ograniczenia zdolności termoregulacyjnych związane są przede wszystkim ze zmianami fizjologicznymi towarzyszącymi procesowi starzenia [5, 6]. Skrajnie niska ciepłota ciała w okresie budzenia pacjenta może wydłużać czas działania anestetyków.

Przyczyny i objawy hipotermii

Na regulację homeostazy cieplnej ustroju wpływa zarówno operacja, jak i znieczulenie.

Podczas znieczulenia ogólnego dochodzi do znacznej utraty ciepła, gdyż leki anestetyczne hamują regulację temperatury ciała w podwzgórzu, obniżają podstawową przemianę materii, zmniejszają aktywność mięśniową, obniżają funkcję układu autonomicznego. Podczas znieczulenia ogólnego pacjent traci ciepło przez drogi oddechowe na skutek mechanicznej wentylacji, ma odsłonięte narządy wewnętrzne. Użycie leków z grupy wazodylatorów również wpływa na zaburzenia termoregulacji. Ograniczona zostaje również produkcja ciepła, gdyż leki zwiotczające mięśnie szkieletowe zapobiegają występowaniu dreszczy [4, 7].

Znieczulenie zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe także sprzyja śródoperacyjnej utracie ciepła, ponieważ w obszarze objętym znieczuleniem wywołuje blokadę ruchową, rozszerzenie naczyń i zwiększenie strat ciepła drogą konwekcji [7, 8].

Warunkiem wystąpienia przechłodzenia jest przewaga oddawania ciepła nad jego wytwarzaniem i zachwianiem mechanizmów obronnych. Obrona organizmu może okazać się nieskuteczna, jeśli temperatura otoczenia jest zbyt niska lub działanie zimna zbyt długie.

Najczęstszymi przyczynami pozaustrojowymi wpływającymi na zaburzenia termoregulacji u pacjentów w wieku podeszłym to m.in.: obniżenie temperatury otoczenia poniżej 21°C, przeciągi w sali operacyjnej, zbyt długie oczekiwanie pacjenta na transport, przetaczanie i płukanie jam ciała zimnymi płynami o temperaturze pokojowej [1, 3, 9, 10].

Wiadomo, że umiarkowana hipotermia może być powodem poważnych komplikacji u ludzi w wieku podeszłym ze zmniejszoną wydolnością układu oddechowego i krążenia. Czynnikiem sprzyjającym obniżeniu temperatury ciała jest niedożywienie, otyłość, oparzenia, obrażenia wielonarządowe oraz choroby metaboliczne.

Hipotermia, poniżej 36°C uruchamia odruchowy mechanizm obronny pod postacią dreszczy i kurczu naczyń. Towarzysząca dreszczom tachykardia i wzrost ciśnienia tętniczego powodują dalsze zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Ten proces jest szczególnie niebezpieczny u starszych osób. Przy temperaturze poniżej 30–32°C dreszcze ustają, pacjent staje się apatyczny, podsypiający,

rozwija się śpiączka. Gdy temperatura serca spadnie poniżej 28°C, pojawia się migotanie komór i asystolia. Są również doniesienia o zwiększonej śmiertelności. Śmiertelność dotyczy 50% chorych po zabiegach ogólnochirurgicznych, u których temperatura spadła poniżej 28–26°C [2, 10, 11].

Występowanie hipotermii w okresie śródoperacyjnym powoduje hipoksję, co zwiększa ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego u osób z chorobą wieńcową. Wywołuje zaburzenia immunologiczne, wzrost częstość występowania infekcji oraz spowolnienie procesu gojenia się ran. W rezultacie wystąpienie tych powikłań przedłużania hospitalizację pacjenta.

Zmniejsza przepływ mózgowy wskutek zwiększenia krzepliwości krwi i wystąpienia hipokapni. Zwalnia biotransformację dożylnie podawanych leków i nasila działanie leków zwiotczających mięśnie [6, 8].

Natomiast w okresie pooperacyjnym może dochodzi do wystąpienia drżeń mięśniowych, które pięciokrotnie zwiększają zużycie tlenu i produkcję CO₂, dlatego w okresie jeszcze niepełnej wydolności układu oddechowego pojawia się kwasica oddechowa i metaboliczna. Dreszcze zwiększają przeciek płucny, obciążają krążenie. Są szczególnie niebezpieczne u starszych osób ze zmianami miażdżycowymi naczyń. Mogą być również spowodowane niedostateczną analgezą w czasie operacji [4, 9, 10, 11, 12].

Postępowanie pielęgnacyjno-terapeutyczne

Ryzyko następstw zaburzeń termoregulacji u pacjentów w wieku podeszłym skłania personel medyczny do podjęcia działań profilaktycznych, mających na celu zapobiec utracie ciepła pacjenta przed zabiegiem operacyjnym. Pielęgniarka na oddziale powinna zapewnić pacjentowi oczekującemu na zabieg operacyjny ogrzanie powierzchni ciała, stosując dodatkowe nakrycie, ogrzanie płynów infuzyjnych, ogrzewanie łóżek, stosowanie skarpet na stopy, stosowanie podgrzewanych koców w czasie transportu chorego. Zapobiega to śródoperacyjnemu obniżeniu ciepłoty ciała i wystąpieniu dreszczy w okresie pooperacyjnym.

Zespół anestezjologiczny jest odpowiedzialny za podjęcie działań profilaktycznych już w pierwszej godzinie znieczulenia, gdyż wówczas intensywność zaburzeń termoregulacji jest największa. Ogrzewanie wyzionego pacjenta powinno odbywać się stopniowo co oznacza, że podnoszenie temperatury ciała nie może być szybsze niż 0,5–2°C na godzinę. Nieprzestrzeganie tego zalecenia prowadzi do gwałtownego zaburzenia homeostazy. Zbyt szybkie ogrzewanie może doprowadzić do rozwoju wstrząsu hipowolemicznego, w związku z przeciekiem kapilarnym płynów i białek krwi oraz zaburzoną homeostazą Ca i fosforanów. Często towarzyszy mu migotanie komór, co jest najczęstszą przyczyną śmierci u bardzo wychłodzonych chorych poddanych terapii. Również zbyt szybkie ogrzewanie może spowodować poparzenia [1, 2, 3, 4, 13].

Metody ogrzewania chorego dzielimy na aktywne i pasywne.

Ogrzewania pasywne pozwala na ocieplenie chorego o $0,5\text{--}2^{\circ}\text{C}/\text{godzinę}$, zależnie od nasilenia wystąpienia dreszczy. Do pasywnych metod ogrzewania chorego należy:

- kontrolowanie i utrzymanie temperatury sali operacyjnej powyżej 24°C ,
- okrywanie nie operowanych części ciała prześcieradłami, serwetami, foliami termicznymi, a po zabiegu operacyjnym okrycie chorego zwykłym kocem,
- stosowane serwety do obłożenia pola operacyjnego w przypadku zmoczenia, powinny być szybko usuwane i zastępowane suchymi,
- doniesienia sugerują, aby u pacjentów właśnie w wieku podeszłym podczas anestezji ogólnej, owinąć głowę ręcznikiem i umieścić w plastikowej torbie [1, 2, 5].

Wśród aktywnych metod ogrzewania wyróżniamy:

1. Ogrzewanie zewnętrzne, umożliwia ogrzanie pacjenta o $1^{\circ}\text{C}/\text{godzinę}$, do metod tych należy:
 - stosowanie koców ratowniczych,
 - wykorzystanie materaca elektrycznego (między chorym a stołem operacyjnym) nastawionego do temperatury 35°C ,
 - zastosowanie urządzeń do ogrzewania nawiewem oraz lampy ogrzewające.
2. Ogrzewanie wewnętrzne dzielimy na:
 - a) proste, pozwala na ogrzanie pacjenta o $1\text{--}2^{\circ}\text{C}/\text{godzinę}$ poprzez:
 - ogrzewanie i nawilżenie anestetycznych gazów oddechowych,
 - podgrzewanie płynów do mycia pola operacyjnego i płukania jam ciała,
 - ogrzewanie dożylnych płynów infuzyjnych do 43°C , metodą przepływową np. za pomocą grzałki Hotline bądź za pomocą ciepłarki lub łaźni wodnej nastawionej do temperatury 37°C .
 - b) inwazyjne, pozwalają na ogrzanie pacjenta o $1\text{--}4^{\circ}\text{C}/\text{godzinę}$ poprzez:
 - płukanie ciepłymi płynami izotonicznymi 4 l/h jamy otrzewnowej, opłucnowej, żołądka. Metoda ta, oprócz kontroli temperatury ciała, wymaga również kontroli równowagi kwasowo-zasadowej,
 - stosowanie przepłykowych sond ogrzewających.
 - c) inwazyjne pozaustrojowe, pozwalają na ogrzanie pacjenta o $1\text{--}2^{\circ}\text{C}/5\text{ min}$. Metoda ta znalazła zastosowanie w przypadku obniżenia temperatury ciała do $32\text{--}28^{\circ}\text{C}$, stosuje się ogrzewanie krwi poprzez:
 - hemodializę
 - ciągłe ogrzewanie (tętniczo-żylnie, żylny-żylnie) [1,2,5,11].

Do innych prostych metod zapobiegania wystąpieniu zaburzenia termoregulacji, o których często zapominamy jest:

- zmniejszenie czasu oczekiwania na zespół chirurgiczny, jak i na transport po zabiegu operacyjnym

- zapewnienie dostatecznej analgezji w okresie śródoperacyjnym i pooperacyjnym, uczucie zimna i dreszcze ustępują po dożylnym podaniu petydyny. Petydyna obniża wartość graniczną temperatury, przy której występują dreszcze
- zapewnienie dostatecznej ilości tlenu w okresie wybudzania i zapewnienie tlenoterapii bezpośrednio po operacji [4, 6].

Zastosowanie wyżej wymienionych metody ogrzewania pacjenta jest zależne od rozległości zabiegu operacyjnego i temperatury ciała. Najlepiej stosować łącznie dwie lub trzy metody ogrzewania, zarówno w okresie śródoperacyjnym i pooperacyjnym [3].

W okresie pooperacyjnym ogrzewanie stosujemy do momentu powrotu normotermii. Wiele badań dowodzi, iż brak zastosowania jakichkolwiek metod ogrzewania pacjenta podczas operacji z otwarciem dużych jam ciała może prowadzić do poważnych zaburzeń parametrów cieplnych ustroju. Badania dowiodły, że im bardziej zaawansowany wiek pacjentów, tym dłuższy czas powrotu ciepłoty ciała do normy. Co ciekawe badania wykazują, iż wychłodzenie pacjenta jest często pamiętane jako najczęstsze przykre doznanie w okresie okołoperacyjnym i nie zależy od czasu operacji [1, 2, 3, 6]. W celu oceny skuteczności stosowanych metod ogrzewania pacjenta konieczne jest monitorowanie ciepłoty ciała i parametrów życiowych w okresie okołoperacyjnym. Czujnik pomiaru temperatury możemy umieścić w następujących miejscach: przełyk, nosogardło, odbył, błona bębenkowa, we krwi za pomocą czujnika umieszczonego w cewniku Swana-Ganza oraz na skórze [4]. Zasadą podczas wykonywania pomiaru temperatury jest uzyskanie wyniku najbardziej zbliżonego do temperatury serca. Obecnie preferowany jest pomiar w przewodzie słuchowym. Temperatura mierzona w tej części ciała odzwierciedla temperaturę podwzgórza i jest dobrze tolerowana przez pacjentów wybudzanych. Ocena temperatury ciała powinna opierać się przede wszystkim na pomiarze temperatury głębokiej. Pomiar temperatury skóry nie jest rzeczywistym wykładnikiem ciepłoty ciała, gdyż nie odzwierciedla on temperatury wewnętrznej. Pomiar taki mają istotne znaczenie dla określenia różnicy pomiędzy temperaturą głęboką a temperaturą skóry. Różnica ta jest wykładnikiem perfuzji obwodowej. Jej wartość przekraczająca 4°C świadczy o znaczącym obkurczeniu naczyń. Monitorowanie temperatury podczas operacji może stanowić istotny element nie tylko w zapobieganiu obniżania się temperatury ciała, ale i w ocenie skuteczności stosowanych metod ogrzewania [14].

Podsumowanie

Zapobieganie hipotermii okołoperacyjnej wydaje się mieć istotne znaczenie w poprawie jakości świadczonych usług. Celem opieki nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym jest więc utrzymanie bądź przywrócenie prawidłowej temperatury ciała, utrzymanie dostarczenia tlenu i składników odżywczych do

wszystkich komórek, podtrzymanie funkcji mechanicznej i fizjologicznej organizmu, zapewnienie komfortu oraz zapobieganie dalszemu uszkodzeniu narządowym [13].

Piśmiennictwo

1. Barone C. S., Pablo C. S.: Postanesthetic Care In the Critical Care Unitet. *Critical Care Nurse*. 2004; 24: 38–39.
2. Biem J., Koehncke N., Classen D., Dosman J.: Out of the cold: Management of hypothermia and frostbite. *Canadian Medical Association* 2003; 168: 305–306.
3. Vassal T., Benoit-Gonin B., Guidet B.: Severe accidental hypothermia treated in an ICU: Prognosis and outcome. *Chest* 2001; 120: 1998–1999.
4. Larsen R.: *Anestezjologia*. Urban & Prtner, Wrocław 1996.
5. Buggy D. J., Crossley A. W. A.: Thermoregulation, mild perioperative hypothermia and post – anaesthetic shivering. *British Jurnal of Anaesthesia*. 2000; 84: 615–616.
6. Suchorzewska J.: Niezamierzona hipotermia okołooperacyjna. *Anestezjologia i Intensywna Terapia* 1997; 29: 257–259.
7. Wordliczek J., Wojtas J.: Problemy anestezjologiczne u chorych w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 1997; 3: 4–12.
8. Ryall D. M., Dodds C.: Znieczulenie do operacji urologicznych u chorych w wieku podeszłym. *Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece* 1994; 2: 72–73.
9. Seymour D. G.: Ocena ryzyka przedoperacyjnego. *Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece* 1994; 2: 59–65
10. Hall G. M.: Body temperature and anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 1988; 50: 157–165.
11. Cook d. J., Rooke A. G.: Priorities in perioperative geriatrics. *Anesthesia and Analgesia* 2003; 96: 1823–1836.
12. Cieniawa T., Kubisz A., Szczepaniak A. M.: Age and the risik of surgery. *Med. Sci. Monit.* 1996; 2: 377–378.
13. Howell E., Widra L., Hill G. M.: *Comprehensive trauma nursing: theory and practice*. Foresman an company, USA 1988.
14. Suchorzewska J.: Niezamierzona hipotermia okołooperacyjna. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1997; 29: 257–259.

**Andrzej Basiński¹, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska²,
Anna Małecka-Dubiela²**

Zapobieganie niedotlenieniu w okresie pooperacyjnym u pacjentów w podeszłym wieku

Wstęp

W miarę starzenia się organizmu wydolność poszczególnych narządów oraz ich rezerwy czynnościowe ulegają stopniowemu ograniczeniu.

Niedotlenienie jest najistotniejszym powikłaniem ze strony układu oddechowego występuje u ponad 40% pacjentów w wieku podeszłym, poddanych znieczuleniu i zabiegom operacyjnym. Może pojawiać się zaraz po wybudzeniu, a u niektórych pacjentów trzeciego dnia po zabiegu operacyjnym lub później [1, 2, 3]. Celem pracy jest analiza czynników wpływających na wystąpienie niedotlenienia w okresie pooperacyjnym u pacjentów w podeszłym wieku oraz przesłedzenie możliwości w zapobieganiu niedotlenieniu.

Najwięcej zmian wynikających z procesu starzenia dotyczy układu sercowo-naczyniowego. Komórki mięśnia sercowego z wiekiem ulegają degeneracji tłuszczowej, a sam mięsień i jego zastawki sztywnieją i tracą elastyczność. Wydolność serca jako pompy jest gorsza i może okazać się niedostateczna do utrzymania odpowiedniego ciśnienia, przepływu krwi i dostarczenia tlenu do tkanek ważnych dla życia narządów [3, 4, 5, 6].

Zmiany w funkcji płuc związane z wiekiem polegają głównie na postępującej utracie rezerwy czynnościowej płuc. Ten fakt ogranicza zdolność wzrostu pojemności wyrzutowej serca i czyni pacjentów w wieku podeszłym bardzo wrażliwymi na stężenie hemoglobiny, która ma wpływ na skuteczność utlenowania tkankowego. Stopniowo zmniejsza się rezerwa czynnościowa szpiku kostnego. Ostra niedokrwistość ze spadkiem ciśnienia tętniczego powoduje wzrost oporu obwodowego, co pogarsza warunki pracy i wydolności serca oraz możliwości dostarczenia tlenu do tkanek. Spowolniona jest reakcja układu oddechowego

¹ Kliniczny Oddział Ratunkowy, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Gdańsku

i krążenia na hipoksję, czy hiperkarbię [1, 2, 7, 8]. W 80 roku życia reakcja ta zmniejsza się o połowę, co może zmniejszyć możliwości kompensacyjne w stanie ostrego niedotlenienia.

Wystąpienie istotnej hipoksji w okresie pooperacyjnym jest bardziej prawdopodobne u osób w wieku podeszłym z już uprzednio istniejącą chorobą układu krążeniowo-oddechowego. Niedotlenieniem zagrożeni są przede wszystkim chorzy po operacjach w nadbrzuszu i w obrębie klatki piersiowej, a także chorzy ze znaczną nadwagą. Bez nadzorowanej uzupełniającej tlenoterapii połowa pacjentów po dużych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej spędza przedłużające się okresy rekonwalescencji pooperacyjnej z saturacją na poziomie 85% lub niższą [4, 5, 9]. Badania z użyciem video nadzoru nad pacjentami wykazały, że wystąpienie hipoksemii było często spowodowane usunięciem maski tlenowej przez samego pacjenta lub personel [9, 10].

Rodzaje niedotlenienia

Transport tlenu do tkanek zależy od wielu czynników tj: rzut serca, utlenowanie krwi tętniczej, odpowiedniego poziomu hemoglobiny, zapotrzebowania metabolicznego.

Hipoksemia hipoksyiczna – pojawia się kiedy spadek stężenia O_2 we krwi powoduje zmniejszoną dyfuzję do tkanek. Terapia polega na zwiększeniu wentylacji pęcherzykowej i podaży O_2 .

Hipoksemia niedoborowa – spowodowane spadkiem poziomu hemoglobiny we krwi, co obniża zdolność transportu tlenu przez krew. Terapia polega na uzupełnieniu niedoborów elementów morfotycznych krwi.

Hipoksemia zastoinowa – spowodowane spadkiem rzutu serca; bradykardią, hipotensją, zatrzymaniem krążenia. Terapia polega na nawodnieniu, podaniu wazopresorów, a w przypadku zatrzymania akcji serca resuscytacji.

Hipoksemia histotoksyczna – spowodowana zatruciem substancjami, które blokują uwalnianie tlenu na poziomie tkankowy m.in. cjanek, CO [7, 9, 10].

Przyczyny i objawy niedotlenienia

Przyczyną niedotlenienia po zakończonej operacji są m.in.: zmniejszenie czynnościowej pojemności zalegającej płuc, które utrzymuje się przez 1–3 godzin, a w skrajnych przypadkach może utrzymywać się do 2–3 tygodni po zabiegu operacyjnym. W rezultacie rośnie przeciek odtlenowanej krwi przez płuca. Pojawienie się śródplucnego przecieku żylnego jest szczególnie prawdopodobne po operacjach na klatce piersiowej lub wówczas, gdy rana znajduje się w nadbrzuszu, w związku z tym chory nie jest w stanie głęboko oddychać. Przyczyną niedotlenienia jest również pojawienie się ognisk niedodmy w płucach, powstałe w wyniku obniżonego napędu oddechowego, obturacja dróg oddechowych wy-

dzielną, hipowentylacja, zwiększone zapotrzebowanie na tlen przy dreszczach lub gorączce, za niska prężność tlenu w mieszaninie wdechowej, obrzęk płuc, utrzymujące się działanie anestetyków oraz analgetyków opioidowych. Ponadto brak użębiania i zwiotczałe policzki mogą upośledzać drożność dróg oddechowych. Badania naukowe potwierdziły niestabilność dotyczącą zarówno oddychania, jak i perfuzji mięśnia sercowego u pacjentów w wieku podeszłym do trzeciego dnia po operacji. Większość przypadków epizodycznych bezdechów pojawia się w nocy, prawdopodobnie w czasie snu. Istnieje związek pomiędzy epizodami bezdechu i podawaniem opiatów, zwłaszcza w pierwszej nocy po operacji i z powrotem fazy snu REM w kolejnych nocach [1, 5, 6, 7, 8, 9].

Klinicznymi objawami niedotlenienia są m.in.: zmiana w oddychaniu pacjenta, hipertensja, dysarytmie, pocenie się, sinica, która występuje gdy stężenie odtlenowanej hemoglobiny wynosi co najmniej 5 g%, wyziębienie kończyn, duszność.

Hipoksemia u ludzi w wieku podeszłym często jest przyczyną hipoksji mózgu, co prowadzi do wystąpienia objawów z CUN tj: niepokój, pobudzenie, lęk, senność, apatia zmęczenie, splątanie, brak koordynacji ruchów, a w skrajnych przypadkach występuje utrata przytomności. Pojawia się również kwasica metaboliczna na skutek przemiany beztlenowej w tkankach [8]. W późniejszym okresie rekonwalescencji, przy zmniejszonej aktywności ruchowej pacjenci w wieku podeszłym narażeni są na udary niedokrwienne i zawały serca. Największe ryzyko stanowi zagrożenie hipoksją i ischemią, przy nieprawidłowym leczeniu tlenem [7].

Niedotlenienie rozpoznaje się na podstawie badania gazometrycznego, w którym PaO_2 spada poniżej wartość 70 mmHg. Wczesne wykrycie niedotlenienia jest możliwe dzięki rutynowemu stosowaniu pulsoksymetrów na oddziałach pooperacyjnych. Profilaktycznym postępowaniem, które byłoby efektywne w zmniejszeniu stopnia hipoksji, jest tlenoterapia kontrolowana stosowana do momentu minimalizacji wpływu opiatów [2, 5].

Postępowanie pielęgnacyjno-terapeutyczne

Z wiekiem słabnie siła mięśni oddechowych, ściana klatki piersiowej staje się sztywna i mniej podatna, a utrata sprężystości tkanki płucnej prowadzi do wzrostu liczby zapadających się drobnych oskrzelików, zwiększenia fizjologicznej przestrzeni martwej kosztem powierzchni oddechowej. Dlatego też fizjoterapia odgrywa istotną i rozstrzygającą rolę w okresie pooperacyjnym u pacjentów w wieku podeszłym. Wczesna i aktywna, opierająca się na wdechach fizjoterapia może zminimalizować ilość znaczących powikłań płucnych i powinna być prowadzona od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala. Aby nie dopuścić do niedotlenienia, wszyscy pacjenci w okresie pooperacyjnym powinni zapobiegawczo otrzymywać nawilżony tlen oraz muszą być systematycznie zachęceni do

głębokiego oddychania, oczywiście po uprzednim wdrożeniu leczenia bólu. Kaszel i ćwiczenia natężonego wydechu ułatwiają ewakuację wydzieliny. Techniki relaksacyjne, oddychanie przez zwężone usta oraz kontrolowanie sposobu oddychania (unikanie szybkich, płytkich oddechów) mogą niekiedy pomóc chorych opanować nagłą duszność [3, 5, 6, 7, 10, 11].

U pacjentów z zaburzeniami mechaniki przepony, na skutek wzdęcia jamy brzusznej i otyłości, które popychają przeponę w kierunku klatki piersiowej zwiększając pracę oddychania, należy pomóc poprzez ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej, która likwiduje nieprawidłowe ruchy przepony. Po zabiegach operacyjnych, kiedy następuje pogorszenie oksygenacji z powodu niedrożności dróg oddechowych na skutek zapadającego się języka, pacjenta należy położyć na lewym boku. Jeżeli takie ułożenie jest niemożliwe, należy unieść brodę lub wysunąć żuchwę. Zabiegi te powodują odsunięcie języka od tylnej ściany gardła. Pomocna w utrzymaniu drożności dróg oddechowych jest również rurka ustno-lub nosowo-gardłowa i podłączenie tlenu [12].

Tlen jest lekiem i powinien być podawany na zlecenie lekarza. Transport tlenu i strumień tlenu są bardzo istotnymi funkcjami układu krążenia i oddychania, które powinny być pod szczególnym nadzorem. Suplementacja tlenowa jest prawie w 100% skuteczna w utrzymaniu saturacji we wczesnym okresie pooperacyjnym na poziomie wyższym niż 90% [9].

Metody stosowania tlenoterapii

Wśród metod tlenoterapii wyróżniamy bierne i czynne.

1. Metody bierne są stosowane, gdy pacjent wdycha tlen dzięki zachowanej wydolnej wentylacji płuc, są to:

Kaniula donosowa – stosowana, kiedy chory potrzebuje niskich do średnich stężeń tlenu. Metoda prosta, pozwala, aby chory jadł, kaszlał, ruszał się w łóżku bez przerywania tlenoterapii. Przepływ O_2 od 6–8 l może prowadzić do połykania powietrza i podrażnienia śluzówki nosa i gardła.

Kateter ustno-gardłowy – powinien być nażelowany i wprowadzony przez jamę nosową tak, aby końcówka była widoczna tuż poniżej podniebienia miękkiego.

Maska twarzowa – nie zawiera zastawek, ani rezerwuaru. Przepływ tlenu musi przewyższać wentylację minutową chorego, aby zminimalizować ilość ponownie wdychanej mieszaniny gazów. Stężenie tlenu, które otrzymuje pacjent zależy od jego wysiłku oddechowego i częstości oddechów.

Maska Venturiego – wysoki przepływ zapewnia stałe stężenie O_2 niezależnie od zmian w sposobie oddychania. Wskazana przede wszystkim dla pacjentów z POChP.

Maska bez oddechu zwrotnego – zaopatrzona w system zastawek jednokierunkowych, które zapobiegają ponownemu wdychaniu powietrza pokojowego [7, 9].

Mieszanka oddechowa musi być ogrzana do temperatury 37°C i nawilżona do 100% wilgotności względnej. Najlepiej stosować w tym celu nawilzacze ciepłe z komorą wodną o dużej powierzchni parowania. U pacjentów z rurką tracheostomijną stosujemy wymienniki ciepła i wilgoci, zakładane na rurkę, niekiedy pełnią one role filtrów oddechowych.

Do napełniania nawilzaczy należy używać jedynie wody destylowanej, a cały nawilzacz dezynfekować, według przyjętych standardów, w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia.

Jeżeli mimo głębokiego oddychania, kaszlu i wysokiego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej nie udaje się przywrócić obniżonego utlenowania krwi tętniczej do normy, trzeba zaintubować tchawicę i wdroyć wentylację zastępczą [7, 9].

2. Tlenoterapia czynna, polega na podaży tlenu (lub mieszaniny oddechowej) do dróg oddechowych przy pomocy oddechu wymuszonego (zastępczego).

Podawanie tlenu powinno się rozpoczynać od małych stężeń. Podaż wysokich stężeń O₂ oraz wysoka PaO₂ nie wpływają na ilość przenieszonego tlenu. Podaż czystego tlenu powyżej 50% od momentu rozpoczęcia prowadzi w układzie oddechowym do niepożądanych zmian:

- już po 3 godz. tlenoterapii zmniejszenia się szybkość oczyszczania śluzowo-rzęskowego tchawicy,
- po upływie 6 godz. stwierdza się zmiany zapalne o charakterze tracheobronchitis,
- po 24 godz. dochodzi do zmniejszenia syntezy białek, zapadania się pęcherzyków płucnych i niedodmy płuc,
- po 36 godz. rozwija się obrzęk śródmiąższowy,
- po 48 godz. obrzęk pęcherzykowy [11].

Niedotlenienie zmniejsza rzut serca i przepływ mózgowy. W mózgu dochodzi do rozwoju kwasicy, która sprzyja wystąpieniu drgawek i stanu padaczkowego. Natomiast w erytrocytach dochodzi do utlenowania białek błony komórkowej i wystąpienia hemolizy. W celu zapobiegania wystąpieniu powikłań należy zredukować czas i stężenie tlenu do minimum, które jest potrzebne [5, 10].

Podsumowanie

W celu zmniejszenia ilości powikłań pooperacyjnych u osób w wieku podeszłym, ważnym jest przeprowadzenie badania ogólnego pacjentów przed zabiegiem operacyjnym. Szczególne znaczenie ma ocena stanu wydolności krążeniowo-oddechowej, gdyż wystąpienie istotnej hipoksji w okresie pooperacyjnym jest bardziej prawdopodobne u osób z już uprzednio istniejącą chorobą układu krążeniowo-oddechowego. Doniesienia wykazują, iż chorzy otrzymujący tlen w okresie pooperacyjnym w mniejszym stopniu narażeni są na wystąpienie

niedotlenienia i o połowę zmniejszona jest częstość występowania zakażeń ran pooperacyjnych [1, 4, 5, 10].

Piśmiennictwo

1. Berry A. J., Knos G. B.: *Anestezjologia*. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1999.
2. Dodds C.: Wiek podeszły. Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece 1994, 2, 59–60.
3. Seymour D. G.: Ocena ryzyka przedoperacyjnego. Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece 1994, 2, 59–64–65.
4. Davis F. M.: Znieczulenie w dużych zabiegach ortopedycznych u osób starszych. Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece 1994, 2, 66–7.
5. Akle A., Jones R. M.: Powikłania pooperacyjne u chorych w wieku podeszłym. Przegląd Nowości W Anestezjologii I Intensywnej Opiece 1994, 2, 88–90.
6. Wordliczek J., Wojtas J.: Problemy anestezjologiczne u chorych w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 1997, 3, 4–12.
7. Brunner L. S., Suddarth D. S.: *Medical – surgical nursing*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia 1988.
8. Larsen R.: *Anestezjologia*. Urban & Partner, Wrocław 1996.
9. Kirby R. R., Taylor R. W., Civetta J. M.: *Handbook of Critical Care*. Lippincott – Raven, New York 1997.
10. Greif R., Acka O.: Supplemental perioperative oxygen to reduce the incidence of surgical – wound infection. *The New England Journal of Medicine* 2000, 342, 161.
11. Kózka M.: *Stany zagrożenia życia*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
12. Gwinnutt C. L.: *Anestezjologia Kliniczna*. Urban & Partner, Wrocław 1999.

Urszula Kwapisz¹

Analiza sytuacji pacjentów zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego na podstawie samooceny zdrowia

Wprowadzenie

Starzenie się jako proces nieuchronny i nieodwracalny dodatkowo uzyskuje współcześnie wymiar globalny. Obecnie w krajach Unii Europejskiej prawie 1/4 ogółu populacji stanowią ludzie powyżej 65 roku życia, w Polsce struktura demograficzna uległa także poważnym przekształceniom, bowiem co szósty Polak jest powyżej 65 roku życia z przewagą kobiet. Sytuacja osób starszych wiekiem wynika z nałożenia się na siebie odmiennych uwarunkowań, tj. zmian wynikających z procesu starzenia i jego konsekwencji oraz stopnia możliwości kontrolowania swojej sytuacji życiowej w odniesieniu do oczekiwań społecznych, które wyznaczają granice aktywności społecznej w podeszłym wieku, bowiem nadal obowiązuje zasada wycofywania z uczestniczenia w życiu publicznym (często wbrew woli) [Tobiasz-Adamczyk B.]. Globalizacja starzenia stawia pytania natury etycznej w kwestiach związanych z prawem równego dostępu osób starszych do zasobów materialnych, a także pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, poprawy jakości życia, wyboru interwencji medycznych, socjalnych, czy nakładów publicznych na opiekę długoterminową. Wydłużanie czasu trwania życia przy jednoczesnym spadku stopy urodzeń oznacza nie tylko postęp starzenia się polskiego społeczeństwa, ale także spadek ogólnej liczby ludności, wzrost obciążenia społeczeństwa oraz rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i społeczną [Synak, Halik]. Sytuacja ludzi starych w okresie transformacji społecznej, uległa w naszym kraju, niestety, pogorszeniu, a działania związane z zapewnieniem im opieki wobec narastania tempa starzenia się nie są adekwatne [Frąckowiak L.]. Liczba chorób przypadających na jedną osobę wynosi średnio 1,79, a u osób powyżej 65 roku życia ponad dwa razy więcej, ponadto ocenia się, że 90% starszych osób jest przewlekłe chorych na jedną lub więcej chorób [Kuczerowska A., Tobiasz-Adamczyk B.]. Samookreśle-

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Poznaniu

nie zdrowia może stanowić trafne określenie stanu zdrowia pacjenta w starszym wieku i opiera się między innymi na doświadczeniach życiowych, pozycji społeczno-ekonomicznej, poziomie wykształcenia itd. [Synak B., Bień B.]. Samoocena zdrowia w percepcji badanych pacjentów geriatrycznych wyraża subiektywne poczucie stanu psychofizycznego i społecznego [Bień B.]. Z dostępnych badań w Polsce wynika, że samoocena zdrowia jest zdeterminowana głównie poziomem dochodów i wykształcenia, a pozytywną ocenę zaobserwowano u osób o wyższym poziomie edukacji i sytuacji materialnej [Synak B., Bień B., Halik J.]. Według badań PTG (Polskie Towarzystwo Gerontologiczne) wyniki wskazują na pogorszenie się stanu zdrowia osób starszych w Polsce, co wymaga dalszych badań i analizy tej niekorzystnej tendencji. Potrzeby związane ze stałą opieką medyczną nad osobami starszymi doprowadziły do powstawania instytucji nastawionych na sprawowanie funkcji opiekuńczo-leczniczych, które są tańsze niż realizowane w szpitalu. Stereotypowy obraz człowieka w starszym wieku, w licznych doniesieniach, przedstawiany negatywnie jako obciążenie w społeczeństwie nie zawsze znajduje potwierdzenie tej smutnej wizji starości [Kotlarska-Michalska, Tokaj, Woźniak Z.]. Powszechną jest obawa pacjentów przed umieszczeniem ich w zakładzie, bowiem osoby starsze preferują utrzymanie własnej niezależności tak długo, jak tylko jest to możliwe, a rodzina nie zawsze postrzegana jest jako najwłaściwsze źródło wsparcia [Modlińska A.]. Przeżywanie starości wiąże się z doświadczaniem lęku i obaw, co może być związane z bagażem negatywnych doświadczeń życiowych [Kotlarska-Michalska A.]. Od zdolności adaptacyjnych pacjentów geriatrycznych w zakładzie, a także oczekiwań, satysfakcji i zaufania do personelu, w dużej mierze uzależniona jest sytuacja podopiecznych [Bień B., Halicka]. Występowanie powikłań (zaburzenia psychiczne, odleżyny, itd.) wpływają na poziom jakości opieki w odniesieniu do podopiecznych w starszym wieku, co wynika z licznych doniesień [Taunton R. L.]. Szczególnego znaczenia w DPS nabiera zdolność do komunikacji z personelem i rodziną oraz potrzeba indywidualnego wsparcia i zapewnienia spokoju, dla poczucia bezpieczeństwa [Modlińska A., Sokołowska M.].

Dominującą pozycję w rankingu czynników wpływających na samoocенę zdrowia zajmowała sprawność w zakresie podstawowych czynności życiowych oraz liczba odczuwanych dolegliwości, niezależnie od płci [Bień B., Pędich W.].

Celem podjętych badań była ocena stanu funkcjonowania osób w starszym wieku przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym, w zależności od wybranych zmiennych demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, religia). Realizacja powyższego celu prowadzi przez odpowiedź na pytania; jaki jest poziom satysfakcji życiowej, autopercepcji, a także sfery kontaktów społecznych pacjentów geriatrycznych.

Materiał i metoda

Badania wykonano wśród 54 pacjentów (38 kobiet, 16 mężczyzn) zakładu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego w Poznaniu, w wieku 65–87.

Kryteria doboru badanych: zgoda badanych na udział w badaniu, chorzy po 65 roku życia, a także bez upośledzenia funkcji umysłowych, z wykluczeniem współistnienia chorób, które mogą trwale obniżać sprawność psychoruchową.

W badaniach zastosowano kwestionariusz samooceny FACT-G, który składał się z 4 podskal: stan fizyczny, funkcjonalny, emocjonalny oraz sytuacja społeczna. Badani dokonywali jakościowej samooceny zdrowia (subiektywnie), a oceny dokonywane były w oparciu o pięciopunktową skalę, o następujących wariantach odpowiedzi: wcale nie – 0 punktów, bardzo mało – 1 punkt; trochę – 2 punkty; sporo – 3, bardzo – 4 punkty.

Ocena poszczególnych obszarów: fizycznego i psychospołecznego ma dostarczyć informacje dotyczące stanu funkcjonowania, wynikające z subiektywnego poczucia zdrowia pacjentów w starszym wieku. Rezultaty porównań średnich wyników w podskalach FACT-G, zostały przedstawione w zależności od wybranych zmiennych demograficznych, zarówno dla wyników przeliczonych, jak i wyników wystandaryzowanych (skala tenowa). Jako, że wynik w skali FACT-G można traktować jako pomiar na skali interwałowej, dla weryfikowania hipotez o różnicach średniego wyniku w poszczególnych skalach wykorzystano test istotności, czyli test t-Studenta dla danych niezależnych, przy poziomie istotności = 0,05.

Analiza wyników badań

Wśród badanych (kobiety – 70,4%, mężczyźni – 29,6%), większość to osoby starsze, bowiem 61,1% była powyżej 75 roku życia, pozostające w związkach małżeńskich (63%), o niższym poziomie wykształcenia (66,7%) oraz wyznania katolickiego (81,5%) (tab. 1, 2, 3). Porównanie wyników w poszczególnych podskalach (stan fizyczny – GP, społeczny – GS, emocjonalny – GE i funkcjonalny – GF) w zależności od płci wykazały, że mężczyźni uzyskują wyższe wyniki niż kobiety, w zakresie stanu fizycznego i stanu emocjonalnego. Chociaż różnica ta nie jest istotna statystycznie, to jednak zbliża się do granicy istotności (tabela 1). Dlatego też można mówić o tendencji, którą należy zweryfikować w dalszych badaniach. I tak w zakresie stanu fizycznego im wyższe wartości tym niższa samoocena ze względu na występowanie negatywnych symptomów zdrowotnych: brak energii, mdłości, ból, trudności w zaspakajaniu potrzeb, leżenie w łóżku itd. (tabela 1). Symptodem o szczególnie wysokim stopniu nasilenia był ból, co potwierdziły badania, bowiem wystąpiła różnica statystycznie znamienne. Natomiast w zakresie stanu emocjonalnego najbardziej dominującym objawem było występowanie zmartwienia, które związane było z pogorszeniem się stanu zdrowia badanych,

Tabela 1. Porównanie średnich w podskalach FACT-G wśród kobiet i mężczyzn

Dane	Mężczyźni (n = 16)		Kobiety (n = 38)		t	df	Istotność (dwustronna)
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe			
GP	16,4375	6,9086	12,3421	7,0453	1,961	52	0,055
GS	11,2396	4,8648	11,9570	5,1202	-0,477	52	0,635
GE	13,9375	4,2657	11,7105	4,2484	1,757	52	0,085
GF	13,1875	5,1279	12,1053	4,9418	0,727	52	0,471
GTOT	54,8021	15,9902	48,1149	17,0770	1,338	52	0,187
GPst	56,6250	17,0328	46,4737	17,8897	1,930	52	0,059
GSst	41,0000	12,3504	42,9474	10,9148	-0,576	52	0,567
GEst	50,9375	11,2337	46,6579	10,8759	1,308	52	0,197
GFst	48,5625	10,2825	46,7895	10,0085	0,590	52	0,558
GTOTst	48,8750	4,8836	47,0526	5,8075	1,100	52	0,276

GP – stan fizyczny; GS – stan społeczny; GE – stan emocjonalny; GF – stan funkcjonalny

Tabela 2. Porównanie średnich w podskalach FACT-G dla osób pozostających w małżeństwie i stanu wolnego

Dane	Małżeństwo (n = 34)		Wolny (n = 20)		t	df	Istotność (dwustronna)
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe			
GP	14,3824	6,9108	12,1500	7,6177	1,104	52	0,275
GS	12,8480	4,9039	9,8683	4,7319	2,184	52	0,034
GE	12,8824	3,8436	11,5000	5,0524	1,134	52	0,262
GF	13,0588	3,8764	11,3500	6,4013	1,083	27,349	0,288
GTOT	53,1716	14,7666	44,8683	19,2833	1,779	52	0,081
GPst	51,7059	16,5338	45,7000	20,3628	1,182	52	0,242
GSst	44,6176	10,6259	38,5500	11,5825	1,960	52	0,055
GEst	49,3235	10,0806	45,5500	12,4456	1,217	52	0,229
GFst	48,7647	7,6873	44,8500	12,9463	1,231	27,029	0,229
GTOTst	48,6176	5,0513	45,8500	6,0895	1,801	52	0,078

GP – stan fizyczny; GS – stan społeczny; GE – stan emocjonalny; GF – stan funkcjonalny

co potwierdziły różnice statystycznie znamienne (tabela 1). Badania dotyczące grup wiekowych (65–75 – 38,8% badanych, powyżej 75 roku życia – pozostali badani) nie wykazały różnic statystycznych (tabela 1). Porównanie poszczególnych średnich w podskalach FACT-G (GP, GS, GE, GF) dla osób pozostających

Tabela 3. Porównanie średnich w podskalach FACT-G wśród katolików i osób nie będących katolikami

Dane	Katolickie (n = 44)		Inne (n = 10)		t	df	Istotność (dwustronna)
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe			
GP	12,7500	6,7793	17,1000	8,2388	-1,760	52	0,084
GS	12,1894	4,6341	9,7867	6,3276	1,380	52	0,173
GE	12,2727	3,5853	12,8000	7,0048	-0,231	10,096	0,822
GF	12,3409	4,2860	12,8000	7,5982	-0,185	10,337	0,857
GTOT	49,5530	13,9472	52,4867	27,2728	-0,330	10,094	0,748
GPst	47,0000	16,1303	60,4000	22,8580	-2,188	52	0,033
GSst	43,4091	9,6166	37,8000	16,6853	1,434	52	0,158
GEst	47,4318	7,6990	50,1000	20,7335	-0,401	9,571	0,697
GFst	47,0909	8,4491	48,3000	15,7977	-0,235	10,199	0,819
GTOTst	47,3409	4,1927	48,7000	9,8438	-0,693	52	0,491

GP – stan fizyczny; GS – stan społeczny; GE – stan emocjonalny; GF – stan funkcjonalny

w małżeństwie i stanu wolnego, wykazały występowanie różnic statystycznie znamiennej (tabela 2). Pacjenci pozostający w małżeństwie (34 badanych) stanowili grupę dominującą wśród badanych, w odniesieniu do których stwierdzono różnicę statystyczną (istotność dwustronna = 0,034, przy poziomie $p = 0,05$), w zakresie sytuacji społecznej (GS) (tabela 2). Ponadto odnośnie wyznania, osoby nie będące katolikami uzyskały wyższe wyniki niż katolicy, w zakresie stanu fizycznego (GP), a także emocjonalnego (GE) (tabela 3). Pomimo, iż różnice te nie są statystycznie istotne, to jednak zbliżają się do granic istotności, co wymaga ponawiania badań w dziedzinie wyznania wśród pacjentów geriatrycznych. W dostępnych badaniach [Sęk, Pasikowski, Synak], stwierdzono, że proces transformacji społeczno-ekonomicznej może wpływać na subiektywną ocenę zdrowia w kierunku jej zaniżania, zwłaszcza u osób bez perspektyw, czy w przypadku braku wsparcia społecznego, co w znacznym stopniu ogranicza aktywne mobilizowanie i negatywnie wpływa na radzenie sobie ze stresem [Antonovsky A. 1997, Sęk Z. 1998]. Jednakże, wobec powyższego nie można wysnuć jednoznacznych wniosków wynikających z badań. Można jednak postawić przypuszczenie, że występowanie negatywnych symptomów zdrowotnych może być związane z sytuacją problemową, którą stanowiąc może pobyt w zakładzie pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym, starszy wiek, czy trudności w readaptacji społecznej pacjentów geriatrycznych. W dostępnych badaniach dotyczących samooceny zdrowia [Antonovsky 1993, Pasikowski 2000, Sęk 2001] wykazano, że istnieje związek pomiędzy statusem społeczno-demograficznym a subiektywną oceną zdrowia. Niska ocena zdrowia może być spostrzegana jako wydarzenie krytyczne, a ponieważ zdrowie

jest wysoko usytuowane w hierarchii wartości, dlatego problemy w tym zakresie wpływają na poczucie zagrożenia, a nawet straty. Szczęólnego znaczenia dla osób starszych nabiera sprawa wyznania, zagadnienie to wymaga dalszych, poszerzonych badań, by móc zweryfikować ostatecznie sytuację zdrowotną pacjenta geriatrycznego i ustalić miejsce tegoż wydarzenia, ale interpretacja tego wyniku jest trudna do zinterpretowania (tabela 3). O wyniku samooceny zdrowia może decydować szereg czynników, co sugeruje przeprowadzanie dalszych badań celem wnikliwego poznania stanu pacjenta geriatrycznego.

Wnioski

- wśród badanych stwierdzono, iż mężczyźni uzyskali wyższe wyniki niż kobiety w zakresie stanu fizycznego i emocjonalnego,
- badani pacjenci wyrażali trudności zarówno w życiu osobistym, rodzinnym, jak i sytuacji społecznej,
- w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych powinna być zastosowana indywidualizacja planu opieki.

Piśmiennictwo

1. Tobiasz-Adamczyk B.: Rola socjomedycznych mierników w kompleksowej ocenie stanu zdrowia osób starszych wiekiem. Mierniki zachowań zdrowotnych. Wyd. Ignis, Warszawa, 2000, 210–219.
2. Halik J. (red.): Starzy ludzie w Polsce. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, 103–107.
3. Synak B. (red.): Zmiany transformacyjne i ogólnocywilizacyjne. Synak B.: Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, 15–21.
4. Frątczak E., Sobieszak A.: Sytuacja demograficzna osób starszych. Seniorzy w polskim społeczeństwie. GUS, Warszawa 1999.
5. Bień B.: Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. Synak B. (red.): Polska starość. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, 35–67.
6. Frąckiewicz L.: Starzenie się ludności Polski i jej konsekwencje. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. 1999, 1.
7. Taunton R. L., Swagerty D. L., Smith B., Lasseter J. A., Lee R. H.: Care Planning for Nursing Home Residents. Journal of Gerontological Nursing, 2004, 30, 12, 40–49.
8. Gębska-Kuczerowska A., Miller M.: Charakterystyka zachowań zdrowotnych ludzi starych w Polsce. Mierniki zachowań zdrowotnych. Ignis, Warszawa 2000, 221–227.
9. Kotłarska-Michalska A.: Starość w aspekcie socjologicznym. Profile starości. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w Poznaniu, 2000, 87–96.
10. Woźniak Z.: Najstarsi z poznańskich seniorów. Wyd. Miejskie, Urząd Miasta Poznania, Poznań 1997, 25.
11. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Fundacja IPN, Warszawa 1995, 111–125.
12. Pasikowski T.: Stres i zdrowie. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, 11–24.

Niepełnosprawność a zdrowie



Wprowadzenie

Kto się złości na swoją chorobę,
ten ją niezawodnie pokona

Iwan Turgieniew

Idea niesienia pomocy chorym nabrała szczególnego znaczenia, w okresie wojen, chorób czy klęsk żywiołowych, które dziesiątkowały ludność wielu krajów. Początki jej sięgają 5 w.n.e., a rozpowszechniła się przede wszystkim w okresie Średniowiecza. Dopiero w 1864 roku powstała pierwsza organizacja „Czerwony Krzyż” utworzona przez szwajcara Henrego Dunata, która miała nieść pomoc rannym żołnierzom oraz ludności cywilnej. Kinezyterapia i medycyna fizykalna są najstarszą spośród specjalności medycznych. Od czasów antycznych stosowano bowiem energię fizyczną, jak światło, zimno, ciepło, ćwiczenia fizyczne, masaż, wodę dla celów leczniczych. W tym okresie mniej uwagi poświęcano jednak leczeniu i opiece nad osobami przewlekle chorymi, a wymienione czynniki stosowano głównie w stanach ostrych. Dopiero ogromna liczba żołnierzy – ofiar I wojny światowej, jak też wśród ludności cywilnej, a szczególnie po II wojnie światowej zwróciła uwagę na odzyskiwanie sprawności funkcjonalnej przez niepełnosprawnych i konieczność ich powrotu do aktywnego życia. Wymusiło to na rządach różnych państw stworzenie opieki medycznej i finansowej nad ludźmi, którzy na skutek walk zostali w jakiś sposób okaleczeni i spowodowało wielki skok w kierunku opieki nad osobami niepełnosprawnymi.

Uważa się, że niepełnosprawność jest „wynalazkiem” drugiej połowy XX stulecia. Angielskie słowo „disability” i jego polski odpowiednik „niepełnosprawność” pojawiły się w powszechnym użyciu dopiero wtedy, gdy dostrzeżono, że istotne różnice między ludźmi zależą od tego, czy ktoś może, czy też nie, wypełniać bez przeszkód wszystkie role narzucone mu przez społeczeństwo, czy oznacza częściową, ograniczoną, czy też pełną zdolność do wykonywania czegoś, co nie zostało bliżej określone. Pojawienie się grupy osób z takimi dysfunkcjami zdrowotnymi przyczyniło się do zastanowienia nad zagadnieniem niepełnosprawności. W każdym społeczeństwie istnieje bowiem pewien odsetek osób, które z przyczyn dziedzicznych, wrodzonych, w wyniku chorób, wypadków czy

też nieprawidłowych warunków życia nie mają pełnej sprawności fizycznej lub psychicznej.

W Polsce jest ich ponad 5,5 mln., co stanowi 14,3% ogółu ludności kraju, w tym 8% „przykutych” do łóżek i 15% nie opuszczających własnych domów. Głównymi przyczynami niepełnosprawności a naszym kraju są: w 80% choroba (w tym w 11% choroby zawodowe), w 6% wady wrodzone, a w 14% wypadki.

Wojciech Kułak

Halina Cieślak¹

Zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych i społecznych osób niepełnosprawnych a zadania pielęgniarstwa środowiskowej/rodzinnej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia podają, że odsetek osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 30 lat zwiększył się z 12% do 18% w całej populacji ludzkiej. Stan zdrowotny społeczeństwa polskiego zajmuje jedno z ostatnich miejsc w statystyce europejskiej. W 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 5456,7 tys., co stanowiło 14,3%. Oznacza to, że co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną. Przyrost liczby osób niepełnosprawnych w okresie ostatnich czternastu lat wynika głównie z procesu starzenia się społeczeństwa. W 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych na 1000 mieszkańców Polski wynosiła 143 osoby. Natężenie zjawiska niepełnosprawności wzrasta wraz z wiekiem. Blisko 60% wśród osób niepełnosprawnych stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym (tabela 1).

Tabela 1. Osoby niepełnosprawne według płci i grup wieku w 2002 r.

Osoby niepełnosprawne	Ogółem	Wiek							
		0–15	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 lat i więcej
Ogółem	14,3	2,2	3,2	3,8	8,0	20,7	34,5	38,5	48,4
Mężczyźni	13,9	2,4	3,7	4,4	8,8	21,2	39,1	38,9	47,4
Kobiety	14,7	1,9	2,7	3,2	7,1	20,1	30,5	38,2	48,8

Źródło: DPS Forum na podstawie mat. GUS 28.07.2003

Polacy najczęściej chorują na choroby układu krążenia, które stanowią przyczynę 52% zgonów. Kolejne miejsce w statystyce zajmują nowotwory. Większość niepełnosprawnych Polaków cierpi na poważne ograniczenia ruchowe. Około 30% niepełnosprawności jest następstwem urazów.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie

Według raportu banku światowego opublikowanego w 2000 r. „Niepełnosprawność a praca w Polsce”, na 1000 osób pracujących przypada 153 osoby niezdolne do pracy, które mają poważne problemy w utrzymaniu się z własnych środków finansowych z powodu upośledzenia stanu zdrowia i funkcji organizmu [1].

„Za osoby niepełnosprawne, według WHO, uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności” [1]. W 1994 roku w Parlamencie Europejskim – Europejskie Forum Niepełnosprawności rozszerzyło definicję osoby niepełnosprawnej i definicji nadało następujące brzmienie „jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększone przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa” [1]. Podstawą do wyznaczenia roli i zadań pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w opiece nad ludźmi niepełnosprawnymi powinny być badania epidemiologiczne, wykonane w poszczególnych regionach kraju, zawierające informacje o zdrowotnych i społecznych potrzebach poszczególnych grup ludzi. Takie działanie zgodne jest z zaleceniami ekspertów WHO. Pierwszym krokiem do określenia zadań pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (dalej POZ), powinny być zdefiniowane przez badania empiryczne potrzeby zdrowotne osób niepełnosprawnych.

Przeprowadzane badania, zebrane informacje pozwolą pielęgniarce środowiskowej/rodzinnej określić stan zdrowia, problemy zdrowotne i społeczne niepełnosprawnej społeczności lokalnej, w której pielęgniarka pracuje. Analiza uzyskanego materiału pozwala przede wszystkim na ustalenie głównych problemów i pielęgnację niepełnosprawnych wg procesu pielęgnowania w ich naturalnym środowisku zamieszkania. Spełnia funkcję sondażu opinii na temat opieki medycznej w POZ zgromadzonej w reprezentatywnej (bo korzystającej) grupie mieszkańców w określonym rejonie. Działania pielęgniarki dotyczą nie tylko problematyki ochrony zdrowia, lecz również szeroko rozumianych warunków bytowych podopiecznych i ich rodzin. W świetle powyższych założeń poznanie warunków zdrowotnych i społecznych życia niepełnosprawnych jest jednym z elementów branych pod uwagę w planowaniu i doskonaleniu opieki pielęgniarskiej, lekarskiej i socjalnej.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na potrzebę:

- dywersyfikacji i indywidualizacji opieki zdrowotnej, społecznej w zależności od problemów zdrowotnych i społecznych rozpoznanych w danym środowisku lokalnym;

Szczegółowe założenia pracy dostarczają odpowiedzi na następujące pytania:

- Jacy niepełnosprawni i dlaczego wymagają pomocy w środowisku?

- Jakie problemy zdrowotne i społeczne mają niepełnosprawni?
- Jakie są oczekiwania niepełnosprawnych w stosunku do pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych i pracowników POZ?
- Jakie są priorytetowe zadania pielęgniarki w POZ?

Material i metoda

Badania ankietowe przeprowadzono w 2003 i 2004 roku wśród pacjentów w ich naturalnym środowisku zamieszkania na terenie miasta stołecznego Warszawy. Badaniu poddano losowo wybraną grupę 200 chorych, niepełnosprawnych klientów POZ (dwóch przychodni lekarskich). W badaniu posłużono się kwestionariuszem ankiety składającym się z 19 pytań zamkniętych.

Narzędzie badawcze

Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. W kwestionariuszu zawarto 19 pytań zgrupowanych w zespołach tematycznych:

- Charakterystyka ogólna badanych
- Warunki społeczno-bytowe, ekonomiczne niepełnosprawnych
- Ocena funkcji poznawczych MMS w skróconej wersji 10 punktowej
- Ocena sprawności dziennej wg skali ADL (Activity of Daily Living)
- Choroby i dolegliwości oraz samoocena stanu zdrowia podopiecznych
- Kontakty rodzinne osób niepełnosprawnych
- Oczekiwania podopiecznych w zakresie realizacji świadczeń pielęgniarskich w POZ

Dodatkowo w celu uzupełnienia danych o niepełnosprawnych wykorzystano dokumentację indywidualną pacjenta – kartę środowiskowo-epidemiologiczną oraz kartę zdrowia i choroby.

Charakterystyka badanych osób

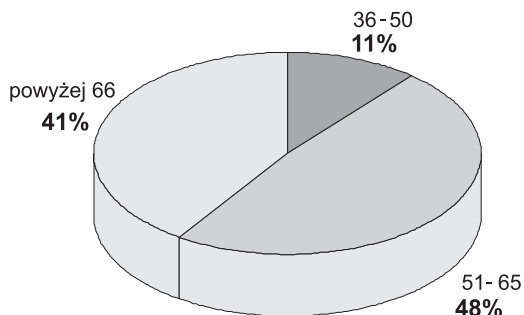
Płeć. Grupę badawczą stanowiły: kobiety 64% i mężczyźni 36% w zróżnicowanym przedziale wiekowym.

Wiek. Prawie połowa podopiecznych była w przedziale wiekowym 51–65 lat (48%). Osób powyżej 66 lat było 41%, najmłodszą grupę badanych stanowili podopieczni w przedziale wiekowym 36–50 lat – 11% (ryc. 1).

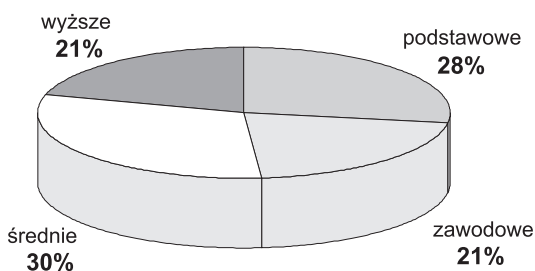
Wykształcenie wyższe posiadało 21% badanych, średnie 30%, 21% zawodowe i 28% podstawowe. Grupa 37% badanych były to osoby samotne, 41% mieszkało z drugą osobą/współmałżonek lub osobą bliską, 22% badanych mieszkało z 3 i więcej osobami.

Sytuacja społeczno-bytowa. Wszyscy badani podopieczni byli głównymi najemcami zajmowanego mieszkania. Pomieszczenia zajmowane przez badanych

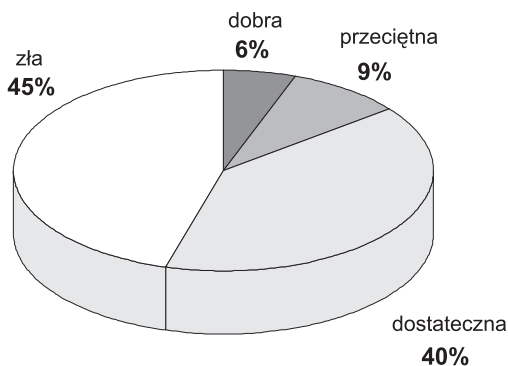
Rycina 1. Wiek



Rycina 2. Wyształcenie



Rycina 3. Sytuacja ekonomiczna w rodzinie



były słabo wyposażone w instalacje sanitarne, centralne ogrzewanie. Budynki mieszkalne są bardzo stare brudne i latami są nieremontowane. Najczęściej osoba niepełnosprawna zajmuje jeden pokój. W 97% źródłem utrzymania badanej grupy była renta lub emerytura. Sytuacja materialna badanych osób była dla 45% respondentów zła, dostateczna dla 40%, przeciętna dla 9%, dobra tylko dla 6% badanych.

Sytuację ekonomiczną.

- 6% podopiecznych określiło swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą,
- 9% jako przeciętną,
- 40% jako dostateczną
- 45% badanych udzieliło informacji, że jest ona zła.

Zaspakajanie podstawowych potrzeb:

- 71,5% podopiecznych jest w stanie pokryć samodzielnie czynsz,
- 80,0 % energię elektryczną,
- 22% podopiecznych wykupuje wszystkie leki,
- 74% częściowo wykupuje leki,
- 4% nie wykupuje leków z powodu braku środków finansowych,
- 90% badanych wykupuje podstawowe produkty żywnościowe, 10% podopiecznych ma problemy w zaspokojeniu tej potrzeby.

Z analizy danych uzyskanych w trakcie badania osób niepełnosprawnych nasuwają się następujący wnioski:

- większość osób, dla których głównym źródłem utrzymania jest emerytura, renta inwalidzka czy zasiłek pomocy społecznej ma poważne trudności z funkcjonowaniem w życiu codziennym, co jest spowodowane niskim poziomem dochodów.

Przedstawione świadczenia finansowe są najczęściej niskie z tak zwanego „starego portfela” i nie zawsze starczą na zabezpieczenie podstawowych potrzeb życiowych. W 1997 roku średnia emerytura stanowiła 70% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej. Około 61% emerytów i 70% rencistów pobiera świadczenia niższe od przeciętnej emerytury i renty. W środowisku domowym główne wydatki to opłata czynszu, energii elektrycznej, podstawowej/skromnej żywności, realizacja recept jest zazwyczaj tylko częściowa.

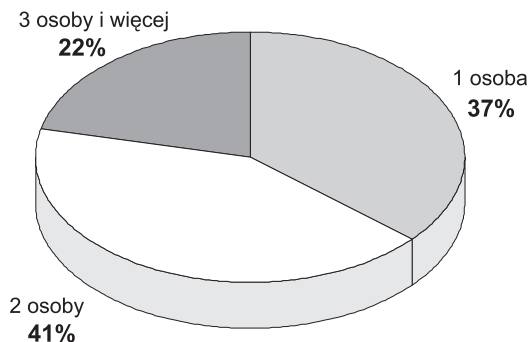
Najczęściej badanym środowiskiem niepełnosprawnych jest środowisko tworzone przez dwie osoby starsze niepełnosprawne. Samoocena sytuacji materialnej jest zróżnicowana w zależności od poziomu wykształcenia badanych. Osoby mające współmałżonków oceniają swoje warunki materialne lepiej niż osoby samotne (37%) (ryc. 4).

Ocena funkcji poznawczych. W grupie badanej 84% to osoby, których funkcje poznawcze zostały ocenione prawidłowo.

Sprawność higieniczna. Z badań wynika, że 66% badanych ma ograniczoną samodzielność w zakresie wykonywania toalety osobistej, całkowitą zależność wykazuje 11% badanych, 23% badanych tę czynność wykonuje samodzielnie. Jeżeli chodzi o kąpiel w wannie 20% badanych wskazuje na całkowitą zależność od osób drugich, 66% badanych ma ograniczoną możliwość pobierania samodzielnie kąpeli.

Sprawność ubierania się. Całkowitą sprawność w zakresie ubierania się deklarowało 38% badanych, ograniczoną samodzielność deklarowało 57% pod-

Rycina 4. Łączna ilość osób w gospodarstwie domowym



opiecznych, 5% badanych wskazywało na całkowitą zależność. Z dodatkowych informacji² wynika, że mężczyźni są sprawniejsi od kobiet oraz, że odsetek każdego rodzaju sprawności wyraźnie maleje pod wpływem wieku i istniejącej choroby.

Sprawność lokomocyjna. Uzyskane wyniki wykazały, że 38% badanych ma zachowaną sprawność lokomocyjną w stopniu umożliwiającym pełną samodzielność w przemieszczaniu się. Gorszą sprawność przemieszczania mają kobiety po ukończeniu 60 roku życia (48% kobiet). 10% badanych jest całkowicie uzależniona od drugiej osoby.

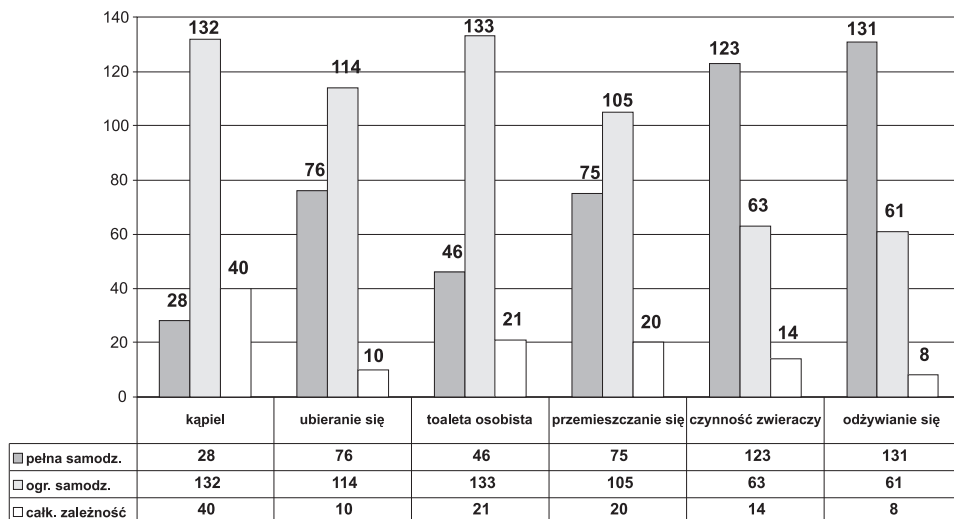
Duża grupa badanych ma kontrolę nad czynnością zwieraczy – 60% badanych, ale 31% podopiecznych wymaga pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu tej potrzeby. 9% badanych jest całkowicie zależna od drugiej osoby (ryc. 5).

Samoocena stanu zdrowia w opinii badanych. Na pytanie o stan zdrowia, przeważająca większość podopiecznych deklarowała zły lub bardzo zły stan zdrowia. Stan zdrowia bardzo dobry deklarowało jedynie 1% badanych, dobry 3%, zły 66%, bardzo zły oceniło 30% badanych (ryc. 6).

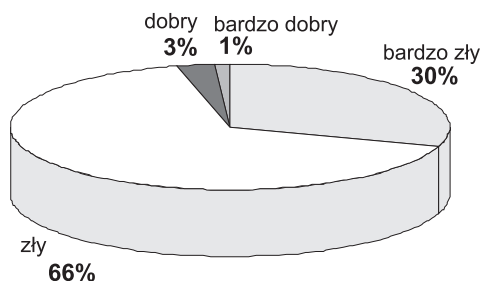
Wraz z wiekiem wzrasta nie tylko liczba osób chorujących przewlekłe, ale także liczba chorób dotykających jedną osobę. Osobom starszym niepełnosprawnym najczęściej dolega kilka chorób, trzy a nawet więcej. W tej sytuacji znajdują się głównie kobiety. Trudno jest wyjaśnić to zjawisko, przyczyną może być wyższa umieralność mężczyzn w grupie osób w wieku poniżej 60 lat. Na jedną osobę chorującą przypadają minimum dwie choroby, co wynika z zależności biologicznych, a ponadto może być związane z negatywnymi warunkami ekonomicznymi, ekologicznymi i stresami. Zestawienie stanu zdrowia osób starszych z liczbą dolegliwości wskazuje na wzajemne ich uwarunkowanie. Należy stwierdzić, że niewielki odsetek osób starszych nie odczuwa żadnych dolegli-

² Dodatkowa analiza obejmowała karty środowiska epidemiologicznego, prowadzone przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne.

Rycina 5. Ocena sprawności dziennej (ADL)



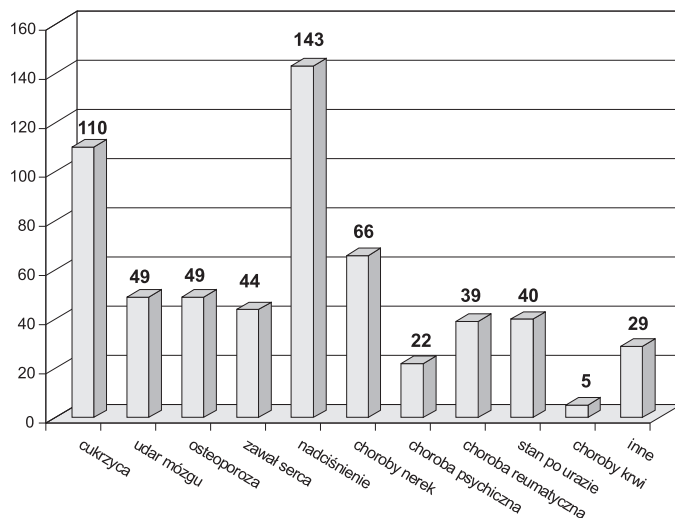
Rycina 6. Samoocena stanu zdrowia



ści. Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia somatycznego, a także sprawność życia codziennego. Podopieczni, którzy określili swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły niewątpliwie powinni pozostawać pod szczególną opieką ze strony pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. Wielu badaczy podkreśla znaczenie samooceny stanu zdrowia oraz dopatruje się istnienia powiązania negatywnej oceny stanu zdrowia z podwyższonym ryzykiem zgonu [2]. Analizę występowania chorób i różnych dolegliwości w badanej grupie podopiecznych dokonano za pomocą kwestionariusza ankiety i zweryfikowano te informacje badaniem lekarskim umieszczonym w dokumentacji indywidualnej podopiecznego³.

³ Dokumentacja indywidualna pacjenta – karta zdrowia i choroby.

Rycina 7. Diagnoza lekarska



Diagnoza lekarska w grupie badanych przedstawiała się następująco:

- 71,5% nadciśnienie tętnicze
- 55% cukrzyca
- 49% udar mózgu i osteoporoza
- 22% zawał mięśnia sercowego
- 33% choroby nerek
- 20% stan po urazie

Odczuwane problemy zdrowotne niepełnosprawnych:

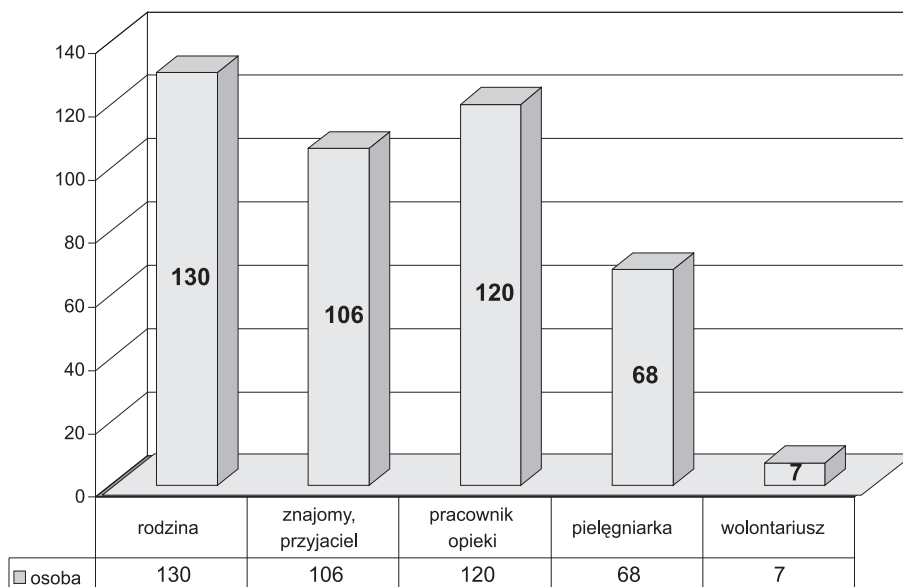
- 80% przewlekły ból
- 68% brak samodzielności w poruszaniu się
- 60,4% brak samodzielności w utrzymaniu czystości
- 32,5% obniżenie nastroju

Suma nie stanowi 100%, ponieważ podopieczni podawali więcej niż jeden problem zdrowotny.

Osoby opiekujące się podopiecznymi w ich naturalnym środowisku zamieszkania. W 65% – opiekę tę realizuje rodzina, w 60% jest to pracownik opieki socjalnej, 53% znajomy, przyjaciel, 34% pielęgniarka środowiskowa/rodzinna, 3,5% wolontariat⁴.

Pomimo wysokiego wskaźnika dotyczącego opieki przez członków rodziny należy stwierdzić, że pomoc ta jest w większości przypadków niedostateczna. Często z rozmowy z podopiecznym wynikało, że wsparcie występuję w odwrotnym od prawidłowego kierunku. Renta, bądź emerytura osoby niepełno-

⁴ Źródło: Dokumentacja pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej POZ.

Rycina 8. Osoba opiekująca się chorym w życiu codziennym

sprawnej stanowi także wsparcie dla innych członków rodziny, np. bezrobotnych dzieci mieszkających wspólnie z podopiecznym. To zjawisko wpływa negatywnie na zaspokajanie podstawowych potrzeb osoby niepełnosprawnej, zwłaszcza w zakresie możliwości zakupu przepisanych leków. Zaobserwowano jednocześnie brak współpracy rodziny z pielęgniarką i znaczne ograniczenie przez środowisko funkcji edukacyjno-informacyjnej świadczonej przez pielęgniarkę.

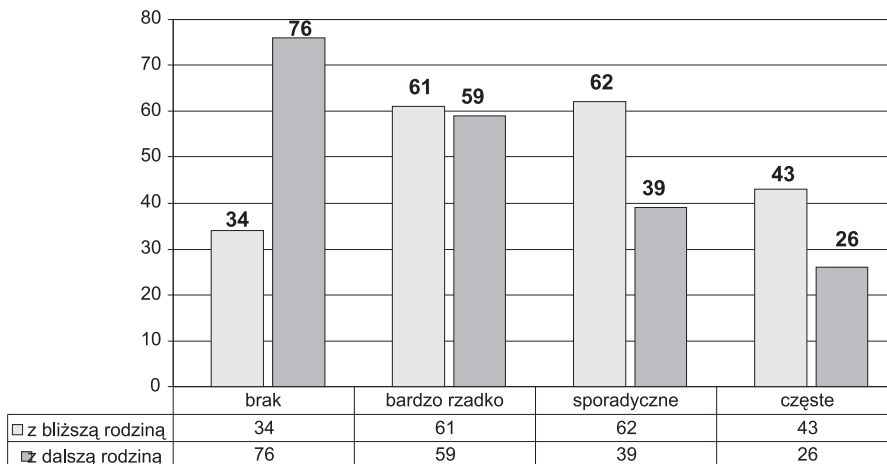
Kontakty rodzinne. To rodzina najczęściej opiekuje się niepełnosprawnym, ale podyktowane jest to często innymi, niż humanitarnymi względami. Z niewystarczającą ilością łączy się również niezadowolająca jakość tych kontaktów. Na pytanie dotyczące utrzymywanie kontaktów z bliską rodziną badani odpowiedzieli następująco:

- 17% respondentów nie ma tych kontaktów,
- 62% bardzo rzadko, sporadycznie spotyka się z bliską rodziną,
- 21% często spotyka się z rodziną.

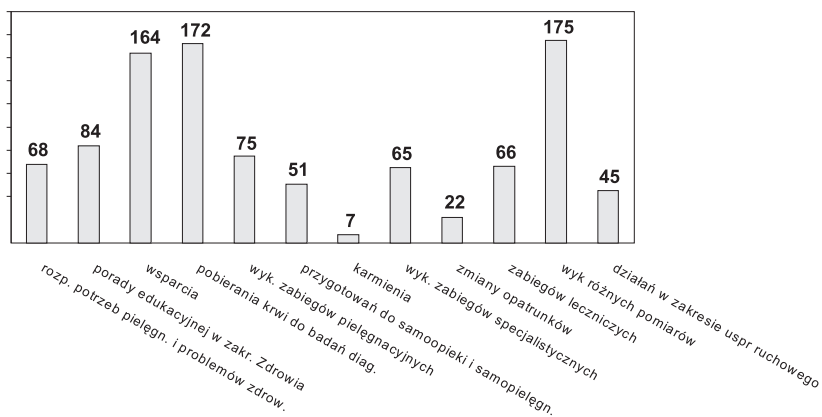
Z dalszą rodziną częste kontakty ma 13% badanych, bardzo rzadkie kontakty ma 30% podopiecznych, 38% badanych nie utrzymuje kontaktów z dalszą rodziną.

Z przedstawionych danych wynika, że większość osób dotkniętych niepełnosprawnością najczęściej pozostaje sama ze swymi problemami. Ich najbliżsi często uznają, że trudne jest utrzymanie z nimi normalnych, rodzinnych relacji.

Rycina 9. Utrzymywanie kontaktów rodzinnych



Rycina 10. Oczekiwania podopiecznych od pielęgniarki POZ



suma nie stanowi 100% - podopieczni zgłaszali więcej niż jedno

Oczekiwania podopiecznych wobec pielęgniarki POZ

Oczekiwania dotyczą:

- 87,5% wykonywania różnych pomiarów
- 86% pobierania krwi do badań
- 82% wsparcia
- 42% porady edukacyjnej w zakresie zdrowia
- 37,5% wykonania zabiegów pielęgnacyjnych
- 34% rozpoznania potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych
- 22,5% wykonania ćwiczeń rehabilitacyjnych
- 33% wykonania zabiegów

Wnioski na temat życia rodzinnego potwierdzają odpowiedzi na temat oczekiwań wobec pielęgniarki POZ. Aż 164 osoby z 200 badanych oczekuje wsparcia, a tylko 84 osoby oczekują edukacji. Dlatego głównym zadaniem pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, obok fachowej pomocy pielęgniarskiej, jest wsparcie osoby niepełnosprawnej w jej codziennej egzystencji na wielu płaszczyznach. Pielęgniarka środowiska/rodzinna swoją opieką może i powinna kompensować, przynajmniej w części, niską jakość kontaktów rodzinnych osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne chcą otrzymywać świadczenia pielęgniarskie w domu (95%). Tylko 5% badanych chce je otrzymać w różnych zorganizowanych zakładach ochrony zdrowia.

Podopieczni mają duże trudności w korzystaniu ze świadczeń POZ, ponieważ nie mają informacji na temat rodzajów świadczeń zdrowotnych w przychodni lekarskiej, w której mają zadeklarowane usługi zdrowotne 54%. Trudności związane z samodzielnym przemieszczaniem się ograniczają dostęp do korzystania z w/w świadczeń – 11% badanych. Duża grupa podopiecznych mieszkająca samotnie (35%) nie ma osoby zaprzyjaźnionej, która pomogłaby w nawiązaniu kontaktu z pracownikami medycznymi POZ. Z badań wynika, że to kobiety częściej należą do grupy niepełnosprawnych, w związku z czym gorzej funkcjonują w życiu codziennym, czują się samotne, mają niższy status materialny, gorszy stan zdrowia.

Podsumowanie

Przedstawione dane dowodzą, że niepełnosprawność to nie marginalny problem XXI wieku, ale poważny problem całego społeczeństwa, który będzie narastał wraz z procesem starzenia się społeczeństwa polskiego. Niepełnosprawność powoduje ograniczenie możliwości samodzielnej egzystencji. Osoba niepełnosprawna zazwyczaj nie może samodzielnie zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę w zakresie potrzeb fizjologicznych, poruszanie się i komunikowanie. Najczęściej niepełnosprawni skazani są na pomoc państwa, które zapewnia specjalistyczne świadczenia zdrowotne w POZ, świadczenia opiekuńcze w domach opieki społecznej i innych placówkach opiekuńczych zgodnie z art. 69 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁵.

Częstotliwość występowania niepełnosprawności związana jest z wiekiem i pogarszającym się stanem zdrowia.. W przedziale wiekowym 60–79 lat 4 osoby na 10 to niepełnosprawni. W populacji ludzi starszych wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych, które nie mają orzeczenia prawnego o inwalidztwie. Znaczne ograniczenie zdolności wykonywania podstawowych czynności życiowych ma 52%. Najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności są schorzenia układu

⁵ Mały Rocznik Statystyczny, Warszawa, GUS, 1998.

krażenia, cukrzyca, choroby nerek, udar mózgu, zawał serca, osteoporoza, choroba reumatyczna, stan po urazie. Wszyscy badani niepełnosprawni leczeni są farmakologicznie, 21% poddało się rehabilitacji ruchowej, 41% nie odczuwa takiej potrzeby, 66% badanych osób niepełnosprawnych potrzebuje pomocy drugiej osoby w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych. 12% niepełnosprawnych potrzebuje stałej pomocy, ponieważ nie opuszcza domu samodzielnie. Rodzina, która najczęściej sprawuje opiekę nad niepełnosprawnym nie jest źródłem wsparcia dla niego i często niepełnosprawny pozostaje sam ze swymi problemami.

Wnioski

Uzyskane dane mogą być podstawą do prowadzenia dalszych, szeroko zakrojonych badań w środowisku niepełnosprawnych. Otrzymane dane statystyczne z kolei mogą być podstawą do przygotowywanych planów działania POZ, Pomocy Społecznej i różnych organizacji społeczności lokalnych działających na rzecz poprawy życia niepełnosprawnych. Dane te powinny mieć charakter stymulujący ruch społeczny i działania samorządowe. Organizacje pozarządowe powinny w swym działaniu dążyć do poprawy jakości życia poprzez aktywizację osób niepełnosprawnych oraz skierowanie pomocy prawno-socjalnej do rodzin osób niepełnosprawnych. Niezbędna wydaje się kontynuacja modernizacji kształcenia personelu medycznego wg standardów europejskich. Należy dążyć także do zwiększenia liczby wykwalifikowanych pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych wyspecjalizowanych w zakresie pielęgnowania osób niepełnosprawnych.

Piśmiennictwo

1. Wilmowska A.: Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski, PZH, Zakład Statystyki Medycznej, Warszawa 2003.
2. Wojszel B.: Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starszych. *Gerontologia Polska* 1996, 4, 3, 28–33.

Bernadeta Szczupał¹

Wybrane aspekty poczucia samotności i jakości życia młodzieży niepełnosprawnej ruchowo

Samotność jest wielowymiarowym psychospołecznym doświadczeniem człowieka. Jest to nieprzyjemne uczucie, pojawiające się na skutek niezgodności między oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Jako zjawisko towarzyszące ludzkiej egzystencji, samotność analizowana jest najczęściej w odniesieniu do populacji dorosłych, znajdujących się sytuacjach trudnych. Znacznie rzadziej natomiast odnosi się ją do populacji dzieci i młodzieży, choć młodzież jest szczególnie predestynowana do przeżywania różnych postaci samotności [1].

Znajomość siebie, świadomość własnych potrzeb, zainteresowań, wartości i zdolności odgrywa ważną rolę w kształtowaniu planów życiowych i kontaktów społecznych. Wielu autorów w swoich rozważaniach nad samotnością podkreśla, że pojawiać się ona może w związku ze świadomym wyborem, który może mieć charakter konstruktywny, umożliwia bowiem dotarcie do swojego wnętrza i sprzyja własnej kreatywności [1, 2, 3, 4]. Natomiast, gdy izolacja od świata nie jest wyborem świadomym i celowym, może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania człowieka, wywoływać reakcje o charakterze autodestruktywnym.

Samotność powinna być traktowana jako ważny czynnik, mogący destrukcyjnie wpływać na osobowość oraz zaburzać funkcjonowanie osobiste i interpersonalne. Osoby odczuwające wysokie poczucie samotności przejawiają niski stopień stabilności zachowania, mają trudności w należytych zaspokojeniu podstawowych potrzeb: akceptacji, zrozumienia, afiliacji, wyrażania uczuć [5]. Podkreślane są m.in. zależności zachodzące między samotnością a nieśmiałością, jakością życia, depresją, zagrożeniem uzależnieniami [1, 6].

W procesie kształtowania się poczucia samotności wyróżniane są trzy fazy. Pierwszą charakteryzują okoliczności zewnętrzne, które wpływają na ograniczenie lub zablokowanie kontaktów z innymi, eliminując tym samym tzw. zachowania wzajemne. W fazie tej następuje zahamowanie poczucia przynależności. W drugiej fazie samotności jednostka traci zaufanie do siebie i innych oraz wiarę w zdolność do podejmowania i utrzymywania kontaktów z innymi osobami.

¹ Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Trzecia faza samotności charakteryzuje się zniszczeniem zdolności do wchodzenia w interakcje z innymi. Powstaje wtedy u jednostki przekonanie, że jej istnienie nie obchodzi nikogo, a otoczenie wyraża wobec niej obojętność [5]. Ograniczenie lub brak kontaktów społecznych satysfakcjonujących jednostkę może stanowić podstawę kształtowania się u niej nadmiernego poczucia samotności, które wywołuje przekonanie, że jest się samym na świecie, bez możliwości liczenia na kogokolwiek [7].

Przyczyny samotności można klasyfikować w kategoriach społecznych, kulturowych i w zależności od dominujących czynników eksponować te lub inne jako decydujące. Przeżycia związane ze stanem samotności są uwarunkowane różnorodnymi czynnikami natury społeczno-demograficznej i psychologicznej (np. obraz własnej osoby, system wartości, plany życiowe, zainteresowania) [8, 9, 10].

Doszukując się źródeł nadmiernego poczucia samotności dzieci i młodzieży należy wskazać środowisko społeczne. Zdaniem wielu autorów zajmujących się problematyką samotności i jakości życia dzieci i młodzieży, można wnioskować, że:

- odczucie samotności przez młodzież oraz społeczne niezadowolenie pozostają w ścisłym związku; niski status społeczny osiągają przede wszystkim osoby ujawniające silne poczucie samotności,
- samotność odczuwana przez młodzież w okresie adolescencji pozostaje w ścisłym związku z trudnościami w komunikowaniu się z otoczeniem;
- między poczuciem samotności młodzieży a poziomem jej samooceny, empatii, depresji i reakcjami agresywnymi zachodzi wyraźna korelacja [1, 6, 8].

Również mimo różnorodności podejść do oceny jakości życia, ze względu na duże zapotrzebowanie różnych środowisk, psychologowie często podejmują badania w celu opisu jakości życia określonej populacji ludzi zdrowych, osób niepełnosprawnych czy bezrobotnych. Coraz częściej badacze jakości życia wskazują na jej subiektywny wymiar, czyli poczucie jakości życia. Przedmiotem badań są subiektywne wskaźniki jakości życia, mierzone w postaci ocen poszczególnych sfer życia oraz zadowolenia z życia. Subiektywne wskaźniki jakości życia nazywane są poczuciem jakości życia [11, 12, 13].

Na poczucie jakości życia składa się wiele wskaźników tworzących strukturę warstwową, od pragnienia życia do zadowolenia z różnych sfer aktywności człowieka. Ocena siebie, własnej sytuacji życiowej oraz środowiska jest subiektywnym odzwierciedleniem rzeczywistości. Subiektywna ocena jakości życia może być następstwem obiektywnych zmian sytuacji człowieka.

W badaniach nad osobami niepełnosprawnymi ruchowo, obok zagadnień rehabilitacji i adaptacji do życia w społeczeństwie ludzi zdrowych, coraz większego znaczenia nabierają próby określenia, w jakim stopniu niepełnosprawność i związane z nią ograniczenia mają wpływ na ich system wartości, plany życiowe i jakość życia. Autorzy zajmujący się problematyką rehabilitacji osób niepełno-

sprawnych podkreślają, że skuteczna rehabilitacja może być prowadzona tylko wówczas, gdy dotyczy ona jednocześnie sfery somatycznej, psychicznej i społecznej [14, 15, 16, 17, 18, 19]. W czasie choroby akceptacja samego siebie oraz określenie swojego systemu wartości i planów życiowych pozwala mobilizować siły organizmu do walki z napotkanymi ograniczeniami i utrudnieniami, pozwala znosić ból oraz sprzyja procesowi samorealizacji osoby niepełnosprawnej.

Jednym z ważniejszych aspektów funkcjonowania interpersonalnego młodzieży niepełnosprawnej ruchowo jest odczuwanie przez nią stanów psychicznych, mogących stanowić podstawę kształtowania ich zachowań w celu osiągnięcia własnej tożsamości i autonomii oraz współdziałania z innymi.

Metodologia badań własnych

Celem badań było ukazanie wybranych uwarunkowań i aspektów poczucia samotności i jakości życia młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Starano się również odpowiedzieć na pytanie: Jak określona sytuacja życiowa wyznaczona niepełnosprawnością fizyczną wpływa na poczucie samotności i jakości życia?

Zmierzając do uzyskania odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, w ramach której wykorzystano następujące techniki i narzędzia badawcze: Skalę Sagsa i Skalę Rascha, badające stopień odczuwanej samotności w określonych sytuacjach interpersonalnych oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa wybranych uwarunkowań poczucia samotności badanej młodzieży.

W oparciu o Skalę Sagsa, która składa się z 28 punktów (itemów), określano samotność: wynikającą z braku związków z rówieśnikami, związaną z brakiem satysfakcjonujących stosunków z rodzicami oraz z innymi znaczącymi osobami.

Skala Rascha pozwoliła określić następujące wymiary samotności: deprywacji potrzeby kontaktu społecznego, poczucia utraty grupy towarzyskiej, sytuacyjnego odrzucenia społecznego, poczucia związku z grupą, poczucia znaczących związków z ludźmi.

Do badania poczucia jakości życia osób niepełnosprawnych posłużono się analizą dokumentacji oraz kwestionariuszem ankiety, w którym pytano o: pragnienie życia, samoocenę, poziom optymizmu życiowego, zadowolenie z życia (obecnie, w przeszłości i za 5 lat), satysfakcję z niektórych sfer życia, hierarchię wartości, cele i aspiracje życiowe oraz szanse i przeszkody w ich realizacji, miejsce zamieszkania. W pytaniach kwestionariusza wywiadu zwrócono też uwagę na aktualną sytuację materialną badanych osób, sposoby spędzania czasu wolnego, rodzaje relacji społecznych (z rodziną, społecznością lokalną i różnego rodzaju organizacjami społecznymi) oraz sposoby radzenia sobie z problemami i trudnościami życiowymi.

Badania przeprowadzono wśród uczniów klas III liceum ogólnokształcącego i technikum, w Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

w Konstancinie, Centrum Zdrowia Dziecka, i Klinice Ortopedii i Rehabilitacji w Zakopanem. Badana młodzież posiadała niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie. Wszyscy badani pełnosprawni byli uczniami szkół średnich: liceów ogólnokształcących, liceów zawodowych i techników w Warszawie, Otwocku i Konstancinie. Łącznie przebadano 378 uczniów w wieku 17–18 lat.

Wyniki badań

Uzyskane wyniki badań nad poczuciem samotności młodzieży niepełnosprawnej ruchowo pozwoliły stwierdzić, iż odczuwa ona znacznie intensywniej swoją samotność niż młodzież pełnosprawna. Młodzież z dysfunkcją narządu ruchu częściej odczuwa swoją samotność w kontaktach z rówieśnikami. Świadczą o tym wysokie wskaźniki uzyskiwane w Skali Sagsa. Między omawianymi grupami zachodziły istotne statystycznie różnice, np. w podskali „stosunki z rówieśnikami” ($t = 3,98$; istotność na poziomie $p < 0,001$); w podskali „stosunki z rodzicami” ($t = 2,37$; istotność na poziomie $p < 0,05$).

Zaobserwowano również różnice między badanymi grupami w zakresie odczuwania samotności „w stosunkach z innymi osobami znaczącymi”. Młodzież niepełnosprawna częściej odczuwała trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych z osobami dla niej znaczącymi, np. z nauczycielami. Różnice okazały się również istotne statystycznie ($t = 4,17$; istotność na poziomie $0,001$).

Potwierdzeniem faktu o częstszym występowaniu w grupie młodzieży niepełnosprawnej poczucia samotności były wysokie wskaźniki samotności osiągnięte w Skali Rascha. Młodzież niepełnosprawna osiągała także wysokie wyniki w wymiarze samotności „deprywacja potrzeby kontaktu społecznego”. Szczególną uwagę zwracał brak bliskiego przyjaciela, odrzucenie przez otoczenie ($t = 4,87$; istotność na poziomie $p < 0,001$). Zaznaczyły się również istotne statystycznie różnice w wymiarze „sytuacyjne poczucie odrzucenia” ($t = 3,68$; istotność na poziomie $0,01$) oraz „sytuacyjne odrzucenie społeczne” ($t = 4,65$; istotność na poziomie $p < 0,001$) i „poczucie znaczących związków z ludźmi” ($t = 3,38$; istotność na poziomie $p < 0,01$).

Na podstawie analizy wypowiedzi badanych grup w kwestionariuszu ankiety można wnioskować:

- młodzież niepełnosprawna ruchowo oraz młodzież pełnosprawna łączy samotność przede wszystkim z izolacją od osób bliskich, brakiem intymnych więzi, zaufania oraz bycie opuszczonym przez wszystkich, którzy mają dla niej znaczenie;
- obie badane grupy przyczyn samotności doszukują się przede wszystkim w swoich cechach fizycznych, charakterologicznych i osobowościowych, np. nieśmiałość, małomówność, niskie poczucie własnej wartości;

- młodzież niepełnosprawna (78%) częściej zauważa przyczyny własnej samotności w swoich relacjach z rówieśnikami, postawach społecznych oraz w wielu zagrożeniach tkwiących we współczesnym świecie (istniejące bezrobocie, olbrzymie tempo życia, postawa konsumpcyjna, brak czasu na podtrzymywanie więzi itp.);
- samotność zdaniem obu badanych grup (67% młodzieży niepełnosprawnej i 59% młodzieży pełnosprawnej) to również w określonych sytuacjach konieczność pozwalająca rozwiązać różne problemy życiowe.

O zadowoleniu z życia i jego jakości u badanej młodzieży wnioskuje się na podstawie oceny aktualnego życia i perspektywy życia za 5 lat. Młodzież niepełnosprawna (78,9%) – niezależnie od indywidualnej sytuacji życiowej, sytuacji rodzinnej – odczuwa posiadanie niepełnosprawności jako zubożenie życia o określoną wartość.

W badanej grupie odczuwanie skutków rodzinnych i społecznych, jakie niesie ze sobą niepełnosprawność i choroba przewlekła, powoduje niską ocenę życia. W porównaniu z obecnym życiem, to które minęło wydaje się lepsze, ponieważ to co tracimy często postrzegamy jako bardziej wartościowe niż to, co aktualnie posiadamy.

Otrzymane wyniki mogą również świadczyć o gorszej sytuacji społecznej osób niepełnosprawnych, dotyczącej np. nieprawidłowych postaw społecznych, poczucia krzywdy. Zjawiska te są wynikiem złego przystosowania swoich ograniczonych możliwości fizycznych i psychicznych do zmieniającej się sytuacji społecznej.

Kolejnym aspektem poczucia jakości życia należącym do stanów psychicznych, najmniej podatnych na oddziaływanie zewnętrzne, jest aspekt bycia szczęśliwym. Opiera się na wartościach w danym momencie życia ważnych, jak rodzina i zdrowie, a w dalszej kolejności praca czy trwała niepełnosprawność. Badania poczucia jakości życia osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych pokazują ponadto, że obecna sytuacja na rynku pracy oraz bezrobocie przez większość ankietowanych (74,7% niepełnosprawnych i 57,6% pełnosprawnych) są postrzegane jako najbardziej pewny aspekt ich przyszłości. Decyduje to o kolejnym aspekcie poczucia jakości życia, jakim jest poziom optymizmu życiowego. Zdaniem badanych (78,8% niepełnosprawnych) znacznemu pogorszeniu uległy istotne dla osób niepełnosprawnych możliwości korzystania z usług medycznych i rehabilitacyjnych. Sprostanie swoim potrzebom zdrowotnym i rehabilitacyjnym staje się dla badanej grupy dramatycznym wyzwaniem.

Wśród czynników decydujących o poczuciu jakości życia ważną rolę odgrywa rodzina. Jednak z powodu wielu problemów ekonomicznych oraz zdrowotnych i ona wypełnia swoje zadania z coraz większymi trudnościami. Ponadto badana młodzież niepełnosprawna w swoich wypowiedziach zwraca uwagę na problem samotności, na ograniczony kontakt z innymi osobami. Tworzenie warunków do takich kontaktów w zasadzie nie jest uwzględniane przez programy

działalności publicznej, a rodzina z coraz większymi trudnościami wypełnia te funkcje.

Analiza otrzymanych danych empirycznych potwierdza, że poczucie samotności jest niższe, gdy dotyczy osób o dobrym lub przeciętnym stanie zdrowia, pozostających w szczególnie dobrej, lub zadawalającej sytuacji społecznej, oraz wyższe u osób chorych, które mają przekonanie o braku kontroli na własnym losie i niskiej integracji społecznej [6]. Ponadto analizując objawy poczucia samotności należy zwrócić uwagę na ważny dla okresu adolescencji kryzys wartościowania, decydujący również w istotnym stopniu o nasileniu poszczególnych objawów. Sytuacja młodzieży niepełnosprawnej nie jest prosta, nie tylko musi ona dojrzewać w warunkach chaosu systemu wartości, ale również musi sobie z tym chaosem radzić.

Ogólnie można stwierdzić, że podstawowym warunkiem i celem oddziaływań wychowawczych powinna być troska o to, aby młodzież niepełnosprawna ruchowo miała akceptujący stosunek do samego siebie, poczucie własnej wartości oraz by potrafiła realnie ocenić wymagania jej stawiane i swoje szanse na nawiązywanie prawidłowych relacji społecznych [15, 10]. Dlatego ważnym zadaniem pedagogów specjalnych i psychologów jest podejmowanie czynności zmierzających do zapobiegania i ograniczania u młodzieży niepełnosprawnej nadmiernego odczuwania samotności oraz podejmowanie działań mających na celu kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych.

Piśmiennictwo

1. Rembowski J.: *Samotność*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1992.
2. Giryński A.: Poczucie samotności dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w zależności od postaw rodzicielskich. *Szkoła Specjalna*, 2004, nr 1, s. 3–18.
3. Skorny Z.: *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*. WSiP, Warszawa, 1997.
4. Wolf D.: *Pokonać samotność*. Czytelnik, Warszawa, 1995.
5. Lake T.: *Samotność, jak sobie z nią radzić*. Książka i Wiedza, Warszawa, 1993.
6. Dołęga Z.: *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2003.
7. Braun-Gałkowska M.: *Projekcyjny obraz osób przeżywających poczucie samotności*. M. Chodkowska (red.): *Człowiek niepełnosprawny*. Wyd. UMCS, Lublin, 1994, s. 87–96.
8. Giryński A.: *Poczucie samotności osób z upośledzeniem umysłowym a ich funkcjonowanie interpersonalne*. J. Pańczyk (red.): *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku*. Wyd. WSPS, Warszawa, 1998, s. 194–203.
9. Szczupał B.: *Poziom samoakceptacji i poczucie sensu życia u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo (aspekt teoretyczny)*. W: E. Górnisiewicz, A. Krauze (red.) *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Konteksty teoretyczne*. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2003, s. 126–130.

10. Szczupał B.: Sistemi di valori e progetti di vita dei giovani con disfunzioni motorie. *Orientamenti Pedagogici*, Roma, 2004, n. 2, s. 245–260.
11. Kasprzak E.: Poczucie jakości życia bezrobotnych osób niepełnosprawnych. B. Aouil (red.): *Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 1999, s. 126–137.
12. Kowalik S.: Temporalne uwarunkowania jakości życia. A. Bańka, R. Derbis (red.): *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Wyd. UAM i WSP, Poznań – Częstochowa, 1994, s. 41–52.
13. Kowalik S.: Jakość życia psychicznego. R. Derbis (red.): *Jakość rozwoju a jakość życia*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie, Częstochowa, 2000, s. 11–32.
14. Hulek A.: *Stan obecny i kierunki przebudowy kształcenia specjalnego w Polsce*. PWN, Warszawa, 1989.
15. Majewicz P.: Plany i orientacje życiowe młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. J. Pilecki, S. Olszewski (red.): *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych*. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków, 1999, s. 125–136.
16. Larkowa H.: *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*. PWN, Warszawa, 1987.
17. Szczupał B.: Praca pedagogiczna w zakładzie leczniczym. J. Stochmiałek (red.): *Pedagogika wobec kryzysów życiowych*. Wyd. Instytut Technologii Eksploatacji, Radom, 1998, s. 263–274.
18. Szczupał B.: Wykształcenie w systemie wartości młodzieży niepełnosprawnej. K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.): *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2003, s. 415–420.
19. Wojtasiak E.: Rehabilitacja osób niepełnosprawnych – założenia teoretyczne i działalność praktyczna. J. Pańczyk (red.) *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, WSPS Warszawa, 1997, n. 8, s. 297–311.

Małgorzata Kalwa¹

Fizjologiczne aspekty treningu sportowego dzieci (na przykładzie gimnastyki artystycznej)

Wynik sportowy w wielu dyscyplinach, a szczególnie w gimnastyce, jest obecnie tak wysoki, że jego osiągnięcie możliwe jest tylko przez zawodników, których forma sportowa może być oceniona jako doskonała. Wymaga to takiego przygotowania technicznego i kondycyjnego, aby wykonywana czynność ruchowa była niemal mechaniczna. Wiadomo, że najłatwiej efekty adaptacyjne pochodzenia treningowego powstają we wczesnym okresie rozwojowym. Jest to przyczyną tendencji do rozpoczynania treningu sportowego w możliwie najwcześniejszych latach życia [4, 63, 64, 65, 70]. Liczne prace potwierdzają rozwój fizjologicznych determinant zdolności wysiłkowej, który jest wynikiem nie tylko prowadzonej aktywności ruchowej (treningu sportowego) [5, 8, 24, 25, 27, 28, 34, 62]. Istotne znaczenie mają takie determinanty, jak: czynniki genetyczne, wiek, płeć, charakterystyka i rozmieszczenie włókien mięśniowych oraz wpływy hormonalne [39, 56, 60]. Wpływy te są w okresie rozwojowym szczególnie intensywne, będąc składową biologicznego procesu dojrzewania. Jednak aktywność sportowa może niekiedy dawać niekorzystne efekty i prowadzić do zmian o charakterze przeciążeniowym. Wielokrotnie stwierdzano zaburzenia wewnątrzustrojowe, które powstały w efekcie skumulowanych zmian treningowych na skutek niewłaściwych, źle dobranych obciążeń treningowych [11, 15, 26, 41, 45, 78]. Jest to szczególnie niebezpieczne wówczas, gdy trening prowadzony jest z dziećmi, jak w przypadku gimnastyki sportowej, gimnastyki artystycznej, łyżwiarstwa figurowego, tenisa ziemnego i wielu innych dyscyplin o złożonej koordynacji ruchowej i kształtowaniu, szczególnie, nawyków czuciowo-ruchowych zamkniętych [44]. Pogoń za sukcesem sportowym może spowodować zakłócenia w procesie rozwojowym tych dzieci, zwłaszcza wobec trudności w ustalaniu kryteriów oceny dobrego przygotowania zawodników. Różnice indywidualne w szybkości wzrastania i dojrzewania mogą dodatkowo utrudniać określenie zmian niezgodnych z wiekiem rozwojowym [19, 30, 52]. Powstaje uzasadnione pytanie o wpły-

¹ Katedra Nauk o Sporcie, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

wie wysiłku fizycznego w procesie rozwoju progresywnego na przebieg tego rozwoju, szczególnie gdy ten wysiłek jest intensywny, jak to ma miejsce w treningu sportowym. Zatem w jakim okresie rozwoju dziecka (w którym roku życia) można rozpocząć trening sportowy?

Zdolność wysiłkowa dzieci

Znaczenie biologiczne ruchu jako niezbędnego czynnika modelującego rozwój i zdrowie organizmu staje się zwłaszcza widoczne w miarę starzenia się organizmu. Zapotrzebowanie na ruch we wczesnym okresie rozwojowym jest stymulowane głównie genetyczną komponentą. Olbrzymia liczba dzieci wykazuje aktywność ruchową, która pod względem intensywności znacznie przekracza poziom obserwowany u dorosłych [32]. Pokrywane jest w ten sposób biologiczne zapotrzebowanie bez dodatkowych interwencji z zewnątrz. Jest to jedna z przyczyn małej liczby doświadczalnych dowodów, które jednoznacznie mogą potwierdzać znaczenie ruchu dla rozwoju dzieci. Wnioski są zazwyczaj formułowane w oparciu o obserwację dzieci, u których aktywność ruchowa jest obniżona z przyczyn chorobowych. Wykazano ponadto, że występujące w wieku dziecięcym czynniki ryzyka, zwłaszcza otyłość, nadciśnienie tętnicze i podwyższony poziom cholesterolu, mogą się utrzymywać i rzutować w późniejszym wieku na powstawanie chorób układu krążenia [12, 53, 59]. Mniej pewny jest wpływ ruchu na wzrost ciała oraz na strukturę kości, pomijając korekcyjne działanie w wadach postawy. Wykazano, że utrzymywanie wysokiej aktywności ruchowej w dziecięcym i młodzieńczym okresie stymuluje rozwój proporcjonalnej budowy ciała [6, 68], współdziała w prawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego i funkcji psychicznych [18], a w wieku dojrzałym opóźnia zmiany spowodowane starzeniem się układu kostnego [71].

Obserwacja dynamicznego rozwoju biologicznego dzieci jest nieodzowna w odpowiednim doborze grupy dzieci pod względem wieku i zaawansowania w rozwoju do dyscyplin gimnastycznych. Do gimnastyki artystycznej rekrutuje się dziewczęta bardzo wcześnie. Z uwagi na fizjologiczne podstawy zdolności do wysiłku dziewcząt wiek ten nie powinien być zbyt wczesny, gdyż dojrzewanie układu nerwowego jest procesem wieloletnim. Proces mielinizacji, odpowiedni stosunek unerwienia mięśni agonistycznych do ich antagonistów wpływający na ich zdolność do koncentracji i kontynuacji wysiłku oraz zdolności do abstrahowania i uogólniania kończy się około 6–7 roku życia. Stanowi to podstawę aktywności ruchowej i możliwości opanowania dużej ilości czynności ruchowych. Ze względu na dużą plastyczność im więcej nawyków ruchowych opanuje dziecko w tym okresie, tym bardziej wzrastają jego potencjalne możliwości do tworzenia lub odwzorowania nowych, bardziej skomplikowanych form ruchu w przyszłości. Jest to zatem wiek najbardziej korzystny do rozpoczynania zajęć ruchowych

z dziećmi, szczególnie biorąc pod uwagę dyscypliny, których wynik sportowy związany jest z odwzorowaniem ruchu. W siódmym roku życia większość dzieci ma przewagę procesów hamowania i większą ruchliwość procesów nerwowych [36, 38, 74].

Rozwój podstawowych zdolności motorycznych oparty jest na bazie doskonałej współpracy wszystkich narządów wewnętrznych, kierowanych poprzez ośrodkowy układ nerwowy ze swym najwyższym piętnem – korą mózgową. Zadaniem tego układu jest między innymi odbiór sygnałów czuciowych i przekazywanie na obwód impulsów scalających funkcje poszczególnych części organizmu. Procesy analizy i syntezy są bardzo złożone i zachodzą w ośrodkach nerwowych, a związane są nieodłącznie z przemianą energii chemicznej w elektryczną, która uwidacznia się w postaci prądów czynnościowych. Dynamika funkcji nerwowych oparta jest na zmieniających się procesach pobudzenia i hamowania różnych obszarów mózgowia [61, 69]. Pobudzenie różnych warstw komórek nerwowych kory to efekt kontaktów receptorów ze środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym ustroju. W ten sposób wszelkie zmiany w otoczeniu człowieka lub jego narządach odbijają się w bioelektrycznej aktywności mózgu. Tutaj tworzą wzorce ruchowe zanim uruchomią się mięśnie szkieletowe niezbędne do wykonania danej pracy. Ulegają najpierw przeróbce i uplastycznieniu, dzięki modyfikującym wpływom jąder podkorowych związanych z receptorami ucha wewnętrznego, zmysłem wzroku i słuchu oraz czucia powierzchniowego i głębokiego. Modelująca funkcja mózdzku dopasowującego napięcie mięśni do odpowiedniego ruchu, polega na wykorzystaniu zapamiętanego algorytmu wcześniejszej czynności ruchowej. Układ pobudzeń wspomagany nieustannie przez informacje z prioprioreceptorów na zasadzie sprzężenia zwrotnego, pozwala na regulację aktywności ruchowej człowieka. Zdolność kory mózgowej do tworzenia ruchowych odruchów warunkowych oraz automatyzacja na poziomie podkorowym często powtarzanych ruchów lub czynności stereotypowych ulega rozbudowie podczas całego rozwoju mózgu [28, 35, 43, 61]. Najszybciej następuje w okresie płodowym i w pierwszych latach życia dziecka, ale ilość neuronów po urodzeniu nie zmienia się. Przeobrażeniom ulega masa komórek nerwowych oraz mielinizacja ich wypustek. Wraz z rozwojem ustroju masa mózgu zwiększa się równoległe do przyrostu masy ciała. Wyraźnym zmianom ulegają podczas rozwoju wszystkie funkcje fizjologiczne ustroju dziecka. Równoległe z rozwojem morfologicznym następuje doskonalenie i rozwój wydolności fizycznej. Współzależność ta jednak nie jest całkowita, ponieważ stopień wydolności fizycznej tylko częściowo zależy od poziomu rozwoju morfologicznego [39, 32, 33, 72].

Fizjologiczna ocena zdolności wysiłkowej zwykle dotyczy ogólnej zdolności do pracy, zwłaszcza określenia poziomu maksymalnego poboru tlenu ($VO_2 \max$) przyjmując, że główną rolę w energetyce pracy odgrywają procesy tlenowe [7, 57, 58, 76]. Przyjmując za Jethonem [23] definicję zdolności wysiłkowej, według której jest ona uwarunkowana sprawnością określonych determinant,

wskaźnik $\text{VO}_2 \text{ max}$ będzie wyrazem sprawności determinanty metabolicznej tlenowej (wydolności tlenowej) oraz funkcji układu krążenia i oddychania. Określona w ml.kg^{-1} masy ciała wydolność tlenowa u dziewcząt obniża się w miarę osiągnięcia wieku dojrzewania płciowego. Obniżanie to zostało potwierdzone w badaniach longitudinalnych i przekrojowych w przedziale wieku 8–18 lat i wynosi za ten okres średnio 25% [1, 34].

Charakter ćwiczeń (na przykładzie gimnastyki artystycznej)

Dyscypliny sportowe wymagające wysokiej koordynacji ruchów, w których dąży się do odwzorowania modelu, należą do grupy dyscyplin wczesnej specjalizacji. Wyniki osiągnięte w takich dyscyplinach, jak gimnastyka artystyczna, gimnastyka sportowa, łyżwiarstwo figurowe, itp., zazwyczaj ocenia się w punktach w zależności od stopnia trudności i wyrazu artystycznego ćwiczeń. Ćwiczenia te są zazwyczaj acykliczne, chociaż niektóre elementy (np. rozbieg do skoku) mogą być cykliczne. Określa to zróżnicowanie mocy i zmienną intensywność procesów zachodzących w organizmie aktywnych dzieci. Złożoność koordynowania ruchów powoduje, że największy jest tutaj stopień napięcia funkcji ośrodkowego układu nerwowego i aparatu ruchowego. Jednak istotne są również wymagania związane z funkcją układu krążenia i oddychania [3, 33, 77]. Czynność układów wegetatywnych związanych z wykonaniem koordynacyjnie złożonych ruchów acyklicznych, często bywa powiązana z trudnościami w zabezpieczeniu właściwej hemodynamiki, przede wszystkim z uwagi na przyjmowanie niezwykłych pozycji ciała. Ćwiczenia te oddziałują między innymi na ciśnienie wewnątrzpiersiowe oraz przemieszczanie się mas krwi podczas ewolucji, a także wielokrotnym wstrzymaniem oddechu lub zmianą rytmu oddechu w zależności od biomechaniki ćwiczeń. Skomplikowane ćwiczenia rozwijają zdolność do dokładnej orientacji przestrzennej, dzięki przyjmowaniu przeróżnych położeń ciała. Dlatego poziom czucia mięśniowego u zawodników gimnastyki, łyżwiarstwa, skoków do wody itp. jest bardzo wysoki oraz pozwala im różnicować z dużą dokładnością siłę i czas trwania napięcia podczas wykonywania ruchów [64]. Duży udział w tym doskonaleniu mają układy czuciowe, gdzie znaczącą rolę w prawidłowym wykonaniu ćwiczeń odgrywa analizator wzrokowy, szczególnie widzenie obwodowe. Zawodnicy z dużą precyzją dozują amplitudę ruchów w różnych stawach wykonanych bez kontroli wzrokowej. Wielką rolę odgrywa także analizator przedsionkowy, zwłaszcza w ruchach obrotowych, wokół osi rozmieszczonych we wszystkich płaszczyznach. Do kontroli postawy ciała i w czasie wielu ćwiczeń fizycznych istotna jest informacja przekazywana do ośrodkowego układu nerwowego z narządu wzroku, słuchu i priopropreceptorów. Narządy te i ich funkcje receptywne są w pełni rozwinięte już we wczesnym okresie życia, ale pełna integracja ich czynności następuje dopiero około 8 roku życia. Polepszenie

koordynacji następuje niedługo później, w 8–10 roku życia. Zwiększają się możliwości do utrzymywania pracy statycznej oraz następuje poprawa wszystkich zdolności motorycznych o dużej intensywności.

Źródła energii

Charakterystyka opisywanych ćwiczeń fizycznych w aspekcie energetycznym związana jest głównie ze zdolnością do maksymalnej utylizacji energii dla celów ruchowych oraz wspomnianą sprawnością koordynacyjną. Analiza właściwości morfologicznych i fizjologicznych organizmu w wieku wczesnoszkolnym np. układu oddechowego i układu krążenia pozwala przyjąć, że nie ma istotnych przeszkód, które uniemożliwiałyby trening o charakterze siłowym i szybkościowym [16, 46, 62]. Wysiłki te zakwalifikowane są w IV strefie przemian energetycznych (strefa przemian beztlenowych niekwasomlekowych według Wołkowa i Koriagina [37, 44, 50, 63]. Z analizy metabolizmu wysiłkowego wynika, że zespoły bogato energetycznych związków fosforanowych (adenozynotrójfosforan i fosfokreatyna) w mięśniach, w przeliczeniu na kilogram masy ciała, są u dzieci podobne do zasobów jakie posiadają dorośli. Stymulowanie wydolności w tej oraz w III strefie przemian energetycznych (beztlenowej kwasomlekowej) wydaje się z fizjologicznego punktu widzenia zasadne dla rozwoju zdolności wysiłkowej [27, 29, 76].

Wysoki poziom adaptacji dzieci do wysiłków krótkotrwałych łączy się z większym poborem tlenu przez organizm na początku wysiłku, podczas gdy zmiany częstości skurczów serca są podobne jak u dorosłych [33, 47, 48]. Szybsze osiągnięcie przez dzieci dużego poziomu poboru tlenu jest wynikiem lepszej adaptacji krążenia obwodowego do wymogów wysiłku, gdyż zapotrzebowanie na tlen związane jest z intensywnością pracy i reakcja na to zapotrzebowanie u dzieci przebiega sprawniej [14, 66]. Natomiast wydolność anaerobowa dzieci jest nie wysoka, gdyż już przy niskich stężeniach mleczanu obserwuje się objawy zmęczenia, czy wyczerpania [46].

Kierunki adaptacji

Wykonanie kombinacji z wielką ilością elementów, wielogodzinne treningi i zawody wymagają rozwoju wytrzymałości specjalnej. Stwarza tą pewną trudność w dyscyplinach acyklicznych. Wyraźnie występuje tu praca mięśni wykonywana w warunkach izometrycznych, przy równoczesnym udziale kontrastowych ćwiczeń o charakterze dynamicznym. Ma to wpływ na wegetatywne funkcje organizmu, tym bardziej, że przy nagłych zmianach położenia ciała zmienia się położenie narządów wewnętrznych (np. serca), zatrzymanie oddychania, zwięks-

szenie ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej dzięki napięciu mięśni oddechowych przy zamkniętej krtani. Częstość skurczów serca sięga około 170–180 ud/min., a także zwiększa się maksymalne ciśnienie krwi. U zawodniczek zaawansowanych po złożonych układach obserwuje się dług tlenowy. Pochłanianie tlenu przewyższa poziom obserwowany podczas pracy. Zmiany wielkości długu tlenowego u młodych gimnastyczek są zróżnicowane, dopiero u dorosłych gimnastyczek zmiany te są niewielkie. Wykazano, że nawet nieznaczne obniżenie nasycenia krwi tlenem, przy narastającym długu tlenowym, może niekorzystnie wpłynąć na koordynację ruchów i pogorszyć reakcję wzrokowo-ruchową [64]. Trening gimnastyki artystycznej powinien prowadzić do adaptacji do wyraźnego obniżenia nasycenia krwi tlenem, gdzie narastający dług tlenowy nie będzie powodował obniżenia koordynacji ruchów. Różnorodność tempa i rytmu skurczów grup mięśniowych, występowanie przerw o różnej długości, różnorodne połączenia ćwiczeń siłowych z gibkościowymi oraz rozluźniającymi stwarza duże możliwości dla doskonalenia analizatorów: ruchowego, przedsionkowego, dotykowego i wzrokowego.

Zmiany somatyczne zawodniczek a rozwój biologiczny

W badaniach własnych [25] wzięto pod uwagę grupę dziewcząt w wieku, gdzie z jednej strony jest to okres przyspieszonego rozwoju (grupa młodsza – zatem czy trening modyfikuje ten rozwój?), a z drugiej strony okres bardziej stabilny pod względem rozwojowym (grupa starsza), gdzie przyrosty antropometryczne i zmiany funkcji fizjologicznych nie są związane ze skokowym rozwojem na tle grupy kontrolnej i biologicznych uwarunkowań procesu rozwoju. Analiza uzyskanych wyników na podstawie pomiarów antropometrycznych w zakresie wzrostu, masy ciała i poszczególnych obwodów: szyi, ramienia, klatki piersiowej, pasa, bioder, uda i podudzia pozwala ocenić stan rozwoju somatycznego. Wyniki nie wykazują dużych różnic pomiędzy grupami młodszymi, jednak zauważalny jest już na tym etapie charakterystyczny typ budowy dziewcząt cechujący gimnastyczki artystyczne. O ile wysokość ciała i jego przyrosty pozostają na podobnym poziomie jak w grupie kontrolnej, to masa ciała jest istotnie niższa a trening stabilizuje a nawet pogłębia (wyniki grupy starszej) tą różnicę między grupami. W pewnej mierze różnice te wywodzą się z naboru do gimnastyki, gdzie niewielka masa jest jednym z istotnych kryteriów w postępowaniu kwalifikacyjnym do gimnastyki artystycznej [2]. Może to oznaczać z jednej strony, że charakterystyczny typ budowy cechujący gimnastyczki wyraża się w niższych wartościach masy ciała (o czym świadczą różnice wyjściowe) to jednak nieco niższy przyrost masy wśród gimnastyczek w okresie badawczym świadczy o spowolnionym procesie rozwoju tej cechy. Warto zwrócić uwagę, że w odniesieniu do średnich wartości referencyjnych młodsze gimnastyczki mają prawidłową masę ciała na-

tomia dziewczynki z grupy kontrolnej wyższą o około 3 kg. Nie jest to znaczne odchylenie od średniej jednak porównując średnie wartości antropometryczne dzieci na przełomie ostatnich dwudziestu lat, zwraca się uwagę na tendencje zwykłe populacji dziewcząt w wieku młodszym zarówno w odniesieniu do masy ciała (o 2 kg), wzrostu (o 5 cm) i niektórych obwodów (jak pasa o 2 cm, bioder 3 cm) [19, 30, 31, 54]. Zatem wyniki gimnastyczek artystycznych nie powinny budzić niepokoju o hamującym wpływie typowych ćwiczeń na tym etapie szkolenia. Wysokość ciała w obu grupach jest na podobna i jest to zgodne z doniesieniami wielu autorów, że rozwój elementów kostnych pozostaje pod wspólnym wpływem mechanizmów genetycznych [19, 33, 72, 73, 74].

U dziewcząt starszych różnice w masie ciała są bardzo widoczne już w badaniu początkowym. Starsze gimnastyczki są średnio o 10 kg lżejsze i mimo, iż przyrosty masy i obwodów ciała są podobne, różnica między grupami pozostaje nadal tak duża. Odnosząc wyniki do wartości referencyjnych należy stwierdzić iż populacja 11–12 latek na przełomie ostatnich 20 lat nie miała tak niskich wartości wagowych. Może to świadczyć o pewnych zahamowaniach rozwoju somatycznego dziewcząt trenujących gimnastykę artystyczną. Gimnastyczki średnio są też niższe o około 3–4 cm, jednak średni przyrost wysokości ciała jest podobny. Ocena masy i wysokości ciała gimnastyczek artystycznych potwierdza ostatnie badania [49, 80], gdzie zaobserwowano podobny trend wagowo-wzrostowy w odniesieniu do populacji dziewcząt z innych regionów [20, 79, 80].

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wymogi dyscypliny oraz prowadzony trening nieco hamuje przyrost masy i obwodów poszczególnych partii ciała. Dowody na to są jednak nieco ograniczone, gdyż należy pamiętać, że każdy z układów i narządów organizmu człowieka posiada własną sekwencję zmian rozwojowych i choć rozwój właściwości strukturalnych i funkcjonalnych jest procesem ciągłym, to nie znaczy, że odbywa się w równym czasie i tempie. W badaniach Pietrzyk-Gąsior [49], także stwierdzono wyraźne różnice w typie budowy i stopniu szczupłości ciała zwłaszcza w grupach młodszych. Różnice te zacierają się z wiekiem i stażem treningowym, ale nadal pozostawały istotne. Zatem jednoznaczne stwierdzenie, że proces treningu gimnastycznego opóźnia rozwój somatyczny dziewcząt nie byłoby obiektywne. W doborze kandydatek do tej dyscypliny kieruje się zazwyczaj smukłą budową ciała, a taki typ budowy (leptosomatyczny) wyróżnia się specyficznym procesem rozwoju somatycznego i dojrzewania w całym swoim przebiegu, a początkowo także jest nieco opóźniony [13, 21, 22, 67]. Z drugiej strony istnieją dowody potwierdzające wpływ wysiłku u dziewcząt przed okresem pokwitania na opóźnienie menarchy [9, 10, 17, 40, 75]. Parametrem stwierdzającym wysoką korelację wieku dojrzewania z rozwojem somatycznym jest wartość obwodu szyi [19]. Na podstawie tego parametru z przedstawionych w niniejszej pracy badań wynika, że stan zaawansowania dojrzewania płciowego w grupach gimnastyczek artystycznych i kontrolnych jest istotnie różny, zwłaszcza w grupach starszych gimnastyczek.

Kierując się tym wynikiem oraz biorąc pod uwagę doniesienia o hamującym wpływie sportu na rozwój dzieci, można przypuszczać, że prowadzony trening spowalnia proces dojrzewania gimnastyczek, mimo ich leptosomatycznej budowy ciała.

Przedstawione wcześniej dane dotyczące rozwoju strukturalnego i funkcjonalnego wskazują, że kształtowanie się motoryki może być także procesem równie złożonym i nieliniowym. Genetyczne uwarunkowania motoryczności, a także determinanty procesów związanych ze wzrastaniem, rozwojem morfologicznym i fizjologicznym układu nerwowego oraz stopniem rozwoju układu ruchu zarówno czynnego i biernego, łączą się z predyspozycjami psychomotorycznymi i nie zawsze przebiegają równolegle [8, 55, 72] wskazuje, że stymulacja wysiłkiem fizycznym nie zawsze powoduje akcelerację rozwoju motorycznego. Istnieją dane mówiące o spowolnieniu procesu rozwoju, który stwarza korzystne warunki dla osiągnięcia wysokiego poziomu niektórych zdolności motorycznych. Według tej teorii można wyróżnić następujące linie rozwoju osobniczego: stabilny, progresywny, regresywny i wielopoziomowy [54]. O ile rozwój somatyczny gimnastyczek można zakwalifikować do grupy retardantów to sprawność motoryczna zarówno młodszych jak i starszych dzieci jest znacznie wyższa, zarówno w stosunku do grupy kontrolnej jak i w stosunku do dziewcząt uprawiających inne dyscypliny [16, 24, 48, 51, 62, 65, 79, 80].

Rozwój jest procesem kumulowania i integrowania zmian kierunkowych, układających się w łańcuch przekształceń, którego sekwencje powodują coraz wyższy poziom funkcjonowania. Obecne koncepcje rozwoju człowieka nawiązują do zmiany modeli opartych na przesłankach biologicznych. Jak podaje autor [52] istota złożoności procesu rozwojowego polega na tym, że dokonujące się zmiany zawsze następują w kontekście innych zmian. Integracja wielu kierunków rozwoju, ciągły system sprzężeń zwrotnych oraz duża plastyczność tego procesu sprawia, że kierunki zachowały swą indywidualność w systemie i zależą od potrzeb, zasobów oraz warunków środowiskowych w jakich ustrój się rozwija. Stąd przypuszczenie, że proces rozwoju cechuje nieliniowa dynamika, a przebieg w czasie poszczególnych funkcji może być przypadkowy o nieprzewidywalnym charakterze. Dlatego trudno jest na podstawie wybiórczych badań określać poziom sprawności, czy wydolność. Rozwój fizyczny zależy od zdolności adaptacyjnych, będących warunkiem skuteczności elastycznych oddziaływań treningowych. Zwłaszcza potencjał biologiczny dzieci posiada ogromne możliwości reaktywności i dostosowania, co oznacza, że określone bodźce treningowe nie wyzwalają identycznych reakcji przystosowawczych.

Piśmiennictwo

1. Armstrong N., Welsman J.: Assessment and interpretation of aerobic fitness in children and adolescents. *Exercise Sport Sci. Re.* 1994, 22: s. 435–476.

2. Barańska Z.: Wybrane zagadnienia z zakresu gimnastyki artystycznej, AWF Warszawa, 1989.
3. Bartlett R. H. (1999): Fizjologie stanów krytycznych, Wyd. Lek. PZWŁ, Warszawa.
4. Bequet G., Berthoin S., Gerbeaux M. Van Praagh (2001): High-intensity aerobic training during a 10 week one-hour physical fitness of adolescents aged 11 to 16. *Int. J. Sports Med.*, 22: s. 295–300.
5. Bocheńska Z.: Zmiany w rozwoju osobniczym na tle trendów sekularnych i różnic społecznych. AWF Kraków, Praca monograficzna. 1978, nr 5.
6. Borer K. T.: Neurohumoral mediation of exercise-induced growth. *Med. Sci. Sport Exercise*, 1994, 26: s. 741–754.
7. Cempla J.: Oxygen uptake in boys and girls during 2-min supramaximal running, *Biology of Sport*, 1994, vol. 11, 1: s. 43–48.
8. Cooper D. M.: New horizons in pediatric exercise research. [W]: Blimkie C. J. R., Bar-Or O. (red.): *New Horizons in Pediatric Exercise Science*, Human Kinetics, Champaign, 1995, s. 1–24.
9. De Créé C.: The Possible Involvement of Endogenous Opioid Peptides and Catecholestrogens in Provoking Menstrual Irregularities in Women Athletes, *Int. J. Sport Med.* 1990, 11: s. 329–348.
10. De Souza J., Metzger D. A.: Reproductive dysfunction in anorexic athletes and anorexic patients: a review, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1991, vol. 23, 9: s. 995–1007.
11. Di Fiori J. P.: Uszkodzenia przeciążeniowe narządu ruchu u dzieci i młodocianych, *Medycyna po Dyplomie*, 1999, 10: s. 91–102.
12. Dobrzański T.: *Medycyna wychowania fizycznego i sportu. Wybrane zagadnienia*, wyd. 2, Sport i Turystyka, Warszawa, 1989.
13. Drozdowski Z.: *Antropologia w wychowaniu fizycznym, Monografie, Podręczniki, Skrypty AWF Poznań*, 1992, 24.
14. Dwyer T., Blizzard L., Kimberlie D.: Physical activity and performance in children, *Nutrition Reviews*, 1996, vol. 54, 4: s. 27–31.
15. Dziak A., Zorgani E. A.: Urazy sportowe u dzieci i dorastających, *Materiały Konferencyjne – Medyczne Aspekty Sportu, PTMS Jelenia Góra*, 1999, s. 116–120.
16. Fąfara M., Stachowska M.: Dynamika rozwoju wskaźników metabolicznej determinanty beztlenowej bezmleczanowej u zawodniczek gimnastyki artystycznej w wieku 6–13 lat w stosunku do ich siły eksplozywnej i szybkości. [W]: Mieczkowski T. (red.) *Materiały Konferencyjne, Szczecin*, 1999.
17. Fogelholm M., Lichtenbelt W., Ottenheim R., Westerterp K.: Amenorrhea in ballet dancers in the Netherlands, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1996, s. 545–550.
18. Hollmann W., Strüder H. K.: Exercise, physical activity, nutrition, and the brain. *Nutr. Rev.*, 1996, 54: s. 37–43.
19. Ignasiak Z.: Uwarunkowania w rozwoju cech morfologicznych dzieci w młodszym wieku szkolnym w świetle zróżnicowanego wieku biologicznego, *Studia i Monografie AWF Wrocław*, 1988, Zeszyt 19.
20. Janusz A., Jarosińska A.: Tempo rozwoju niektórych cech morfologicznych dziewcząt wrocławskich w wieku 8–11 lat. *Roczniki Naukowe XIII, AWF Wrocław*, 1977, s. 19–27.

21. Jasicki B.: Zmienność proporcji ciała w nawiązaniu do wieku metrykalnego, morfologicznego i szkolnego, MPA, 1977, s. 3–18.
22. Jaworski J., Żychowska M., Szopa J.: Secular changes of chosen somatic variables in children aged 7 to 15 from the rural regions of Żywiec between 1964–1996. *J. Human Kinetics*, 2001, 6: s. 99–112.
23. Jethon Z.: Wydolność fizyczna. *Roczniki Naukowe AWF Warszawa*, 1979, tom 24, s. 91–107.
24. Kaczorowski K., Lewicki R., Dobrzański B., Golińska A.: Analiza dynamiki zmian wskaźników hematologicznych u dorastającej młodzieży uprawiającej pływanie i lekkoatletykę. *Materiały Konferencyjne – Prozdrowotne Wychowanie Fizyczne i Sport Dzieci i Młodzieży*, Warszawa, 1996, s. 115–116.
25. Kałwa M.: Zmiana Poziomu zdolności wysiłkowej dziewcząt trenujących gimnastykę artystyczną w wieku 7–13 lat. Praca doktorska, AWF Wrocław, Materiał niepublikowany.
26. Kennedy D., Fitzgerald P.: Urazy i kontuzje sportowe u dzieci, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 2001.
27. Keul J., Kinderman W., Simon G.: Die aerobe und anaerobe Kapazität als Grundlage für Leistungsdiagnostik, *Leistungssport*, 1978, 1.
28. Klimek A.: Fizjologiczne podłoże dynamiki rozwoju cech motorycznych u dzieci i młodzieży. *WSWF Kraków, Rocznik Naukowy XI: 1972*, s. 443–450.
29. Kłossowski R., Tkaczuk: Ocena związku między wielkością przemian energetycznych i precyzją zautomatyzowanego ruchu u gimnastyków wysokiej klasy, *Materiały Konferencyjne – Sport Gimnastyczny i Taniec w badaniach naukowych*, Gdańsk, 2001, s. 64–68.
30. Kopczyńska-Sikorska J. (red.): Normy w pediatrii, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1996.
31. Kopczyńska-Sikorska J. (red.): Biologiczne układy odniesienia w pediatrii. *Biblioteka Pediatrii*, PZWL Warszawa, 1985.
32. Kozłowski S.: Znaczenie aktywności ruchowej w rozwoju fizycznym człowieka, [W]: Wolański N. (red.), *Czynniki rozwoju człowieka*, PWN Warszawa, 1981, s. 239.
33. Kozłowski S., Nazar K. (red.): *Fizjologia wysiłków fizycznych*, [W]: Wprowadzenie do fizjologii klinicznej, Wyd. Lek. PZWL Warszawa, 1999.
34. Krahenbuhl G. S., Skinner J. S., Kohrt W. M.: Developmental aspects of maximal aerobic power in children. *Exercise Sport Sci. Rev.*, 1985, 13: 503–538.
35. Kubica R.: *Podstawy fizjologii pracy i wydolności fizycznej*, Wydawnictwo Skrytowe nr 24, AWF Kraków, III, 1999.
36. Kurniewicz-Witczakowa R.: Rozwój somatyczny, [W]: Kopczyńska-Sikorska J. (red.), *Biologiczne układy odniesienia w pediatrii*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1985.
37. Łasiński G. (red.): *Wprowadzenie do teorii treningu sportowego*. AWF Wrocław, 1991.
38. Ledzińska M.: *Studia nad efektami uczenia się*, [W]: Strelau J. (red.), *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000.
39. Lernatowska I.: *Rozwój i wzrastanie*. [W]: Górnicki B., Pawlikowski T. (red.), *Endokrynologia kliniczna wieku rozwojowego*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1974.
40. Loucks A. B.: Effects of exercise training on the menstrual cycle: existence and mechanisms, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1990, vol. 22, 3: s. 275–279.

41. Luke A., Lyle M.: Urazy sportowe: wstępna ocena w przypadkach nagłych oraz postępowanie poza boiskiem, *Pediatrics po Dyplomie*, 2000, vol. 4, 1: s. 59–76.
42. Malinowski A.: Norma biologiczna a rozwój somatyczny człowieka, Warszawa, 1987.
43. Mellerowicz H., Meller W.: *Training. Biologische und medizinische Grundlagen und Prinzipien des Trainings*, Springer – Verlag Berlin Heidelberg Yew York, 1975.
44. Naglak Z.: *Metodyka trenowania sportowca*, AWF Wrocław, 1991.
45. Obumiński Z., Lerczak K.: Ryzyko przetrenowania młodych zawodników dużymi obciążeniami treningowymi. Materiały Konferencyjne – Prozdrowotne Wychowanie Fizyczne i Sport Dzieci i Młodzieży, Warszawa, 1996, s. 136–137.
46. Opaszowski B., Jusiak R., Psyta B.: Ocena wytrzymałości, powysiłkowego stężenia LA i pH krwi dzieci I–VII z klas o profilu sportowym, *Materiały Konferencyjne – Medyczne Aspekty Sportu PTMS*, Jelenia Góra, 1990, s. 12–18.
47. Paradowski A.: Obwodowe i centralne mechanizmy adaptacji układu krążenia do wysiłku fizycznego, *Wydolność fizyczna człowieka w procesie ontogenezy na tle wpływów czynników środowiskowych*, *Zeszyty Naukowe AWF*, Wrocław, 1975, 18: s. 5.
48. Pietrasiuk K.: Wpływ zwiększonej aktywności ruchowej na tempo rozwoju motorycznego u dzieci uprawiających pływanie sportowe. *Materiały Naukowe – Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, USzIKF, Szczecin, 1995.
49. Pietrzyk-Gąsior R.: Otluszczenie ciała u dziewcząt uprawiających gimnastykę artystyczną na różnym poziomie zaawansowania sportowego. [W]: *Sport gimnastyczny i taniec w badaniach naukowych*, *Materiały Konferencyjne*, AWF Gdańsk, 2001.
50. Płatonow W. N.: *Adaptacja w sporcie*, Biblioteka Trenera RCMSKFiS Warszawa, 1990.
51. Prus G. (2000): Wytrenowalność zdolności motorycznych u kobiet. *AWF Katowice*.
52. Raczek J.: Rozwój – podstawowy cel i wyznacznik szkolenia sportowego dzieci i młodzieży (wybrane aspekty), *Sport Wyczynowy*, 2001, 9–10, s. 39–61.
53. Raitakari O. T., Porkka K. V. K., Taimela S., Telama R., Räsänen L., Viikari J. S. A.: Effects of persistent physical activity and inactivity on coronary risk factors in children and young adults. *Amer. J. Epidemiol.*, 1994, 140: s. 195–205.
54. Raport o wychowaniu zdrowotnym, (red.) Woynarowska B., Mazur J., Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 1999.
55. Roth K. i wsp.: Diferentille Aspekte in der motorischen Entwicklung, *Sportpsychologie*, 1998, 2, s. 1–8.
56. Round J. M., Jones D. A., Honour J. W., Nevill A. M.: Hormonal factors in the development of differences in strength between boys and girls during adolescence: a longitudinal study. *Ann. Human Biol.*, 1999, 26: 49–62.
57. Rowland T., Lee N., Cunningham D.: Oxygen uptake plateau during maximal treadmill exercise in children, *Chest*, 1992, 101: 485–489.
58. Rump P., Vetapen F., Gerver W., Houstra G.: Body composition and cardiorespiratory fitness indicators in prepubescent boys and girls, *Int J Sports Med.*, 2002, 23: s. 50–54.
59. Sallis J. F., McKenzie T. L.: Physical education's role in public health. *Res. Quart. Exercise Sport*, 1991, v. 62: 124–137.
60. Simoneau J.-A., Bouchard C.: The effects of genetic variations of anaerobic performance, [W]: van Praagh E. (red.), *Pediatric Anaerobic Performance*, *Human Kinetics*, Champaign, 1998, s. 5–21.

61. Skinner B. F.: Zachowanie się organizmów, Biblioteka Klasyków Psychologii, PWN Warszawa, 1995.
62. Sobańska B., Nieścieruk-Szafrańska B., Gudaniec D.: Ocena wydolności beztlenowej dziewcząt uprawiających gimnastykę sportową, Materiały Konferencyjne – Medyczne aspekty sportu PTMS, Jelenia Góra, 1990, s. 36–39.
63. Sozański H.: Sport dzieci i młodzieży. Vademecum trenera, Biblioteka Trenera, Wydawnictwo RCMSKFiS Warszawa, 1994.
64. Starosta W., Handelsman A.: Biospołeczne uwarunkowania treningu dzieci i młodzieży, Biblioteka Trenera, RCMSzKFiS, Warszawa, 1990.
65. Starosta W., Hirtz P.: Okresy sensorytywne i krytyczne w rozwoju koordynacji ruchowej oraz ich znaczenie w szkoleniu młodych zawodników. Aktualne Problemy Sportu Dzieci i Młodzieży. Instytut Sportu, Warszawa, 1990, s. 201–203.
66. Stefaniak T.: Trening siłowy u dzieci, Kultura Fizyczna i Sport, Bodylife, 2001, 2, s. 28–29.
67. Szczepańska K.: Dobór dziewcząt do gimnastyki artystycznej, Studia i Monografie, AWF Warszawa, 1997.
68. Teegarden D., Proulx W. R., Kern M., Sedlock D., Weaver C. M., Johnston C. C., Lyle R. M.: Previous physical activity relates to bone mineral measures in young women. *Med. Sci. Sport Exercise*, 1996, 28: 105–113.
69. Traczyk W., Trzebski A. (red.): Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej, Wyd. Lek. PZWL, tom 2, Warszawa, 1990.
70. Van Praagh E.: Development of anaerobic function during childhood and adolescence. *Pediatr. Exercise Sci.*, 2000, 12: s. 150–173.
71. Vuori I.: Peak bone mass and physical activity: A short review. *Nutr.Rev.*, 1996, 54: s. 11–14.
72. Winter R.: Die motorische Entwicklung (ontogenese) des Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter, [W]: Meinel K., Schnabel G. (red.), *Bewegungslehre – Sportmotorik*, Sportverlag, Berlin, 1998, s. 237–350.
73. Wolański N.: Rozwój biologiczny człowieka, PWN Warszawa, 1983.
74. Woynarowska B.: Aktywność fizyczna, [W]: Profilaktyka w pediatrii, (red.) Woynarowska B., Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
75. Wyżnikiewicz Z., Aktywność sportowa kobiet, PWN, Warszawa, 1978.
76. Zatoń M.: Wartość kryteriów fizjologicznych w kontroli i regulacji treningu sportowego, Studia i Monografie, AWF Wrocław, 1990, 22.
77. Zatoń M.: Struktura treningu w sporcie dziecięcym i młodzieżowym a efekty adaptacyjne i sportowe, Materiały Naukowe, Materiały Konferencyjne – Aktualne Problemy Sportu Dzieci i Młodzieży, Warszawa, 1996.
78. Zatoń M., Jethon Z.: Aktywność ruchowa w świetle badań fizjologicznych i promocji zdrowia, AWF Wrocław, 1998.
79. Ziarkowska M.: Z badań rozwoju sprawności fizycznej dzieci w wieku 7–12 lat ze Szczecina i z Przelewic, Materiały Naukowe Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku, Materiały Konferencyjne USZIKF, Szczecin, 1995.
80. Zieliński W.: Rozwój i zdolności motoryczne dziewcząt uprawiających gimnastykę sportową. [W:] Sport gimnastyczny i taniec w badaniach naukowych, AWF Gdańsk, 2001.

Renata Piotrkowska¹, Janina Książek¹, Alicja Patoła²

Niedokrwienie kończyn dolnych jako przyczyna niepełnosprawności pacjentów

Wstęp

Schorzenia naczyń obwodowych przebiegają przewlekłe. Przyczyną niedokrwienia kończyn dolnych w 98,5% jest miażdżyca, a następnie inne zmiany zapalno-zarostowe, w tym choroba Bürgera 1,5% [1, 2]. Wśród czynników ryzyka miażdżycy zarostowej należy wymienić: palenie tytoniu, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, hiperlipoproteinemię, obciążenie rodzinne [3]. Charakterystyczne objawy niedokrwienia kończyn dolnych występujące u chorych to: chromanie przestankowe, ból spoczynkowy i nocny, oziębienie stóp, brak tętna, owrzodzenia troficzne, martwica. Wykonanie badania arteriograficznego stanowi podstawę do podjęcia decyzji co do leczenia operacyjnego. Według większości autorów, wskazaniem do interwencji inwazyjnej jest krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych tj. III i IV stopień niedokrwienia według Fontaine'a, które zagraża amputacją kończyny [4, 5]. Możliwość utraty kończyny jest dla pacjenta tragedią niemal tak wielką, jak wiadomość o nieuleczalnej chorobie, wyłączającym chorego z normalnego sposobu życia w jego środowisku. Wykonanie skutecznego zabiegu rewaskularyzacyjnego pozwala uniknąć amputacji kończyny [6]. Zakończone powodzeniem rekonstrukcje naczyniowe redukują objawy uniemożliwiające pacjentowi normalne funkcjonowanie, zwiększają szanse na pełen powrót aktywności i samodzielne funkcjonowanie. Proces pielęgnowania musi uwzględniać profilaktykę niepełnosprawności oraz działania edukacyjne w przygotowaniu pacjenta do samoopieki i samokontroli [7, 8].

Celem pracy jest ocena niepełnosprawności pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych leczonych operacyjnie.

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Klinika Kardiochirurgii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

Materiał i metoda badań

Badaniem objęto 60 pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych leczonych operacyjnie w Klinice Kardiochirurgii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku (SPSK Nr 1 ACK AMG). W celu uzyskania materiału badawczego posłużono się kwestionariuszem ankiety skonstruowanym dla potrzeb tej pracy. Arkusz ankiety zawierał pytania dotyczące subiektywnej oceny wydolności fizycznej przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu, umiejętności radzenia sobie z codziennymi czynnościami, zdolności poruszania się przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu, zaleceń dotyczących trybu życia i umiejętności dokonywania samoobserwacji kończyn dolnych. Udział w badaniach był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Dokonano analizy statystycznej ilościowej.

Wyniki badań i omówienie

Charakterystykę badanej grupy przedstawia Tabela 1, 2 i Diagram 1. Wśród badanych chorych było 47 mężczyzn (78,3%) i 13 kobiet (21,7%). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 35 do 84 lat, ze średnią wieku 61,6 lat. Większość badanych miała wykształcenie podstawowe i zawodowe – 45 osób (75,0%). Wykształcenie średnie posiadało 13 osób (21,7%), a 2 osoby wyższe (3,3%). W badanej grupie tylko 11 osób (18,3%) było czynnych zawodowo. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby przebywające na rencie chorobowej tj. 25 osób (41,7%), a 24 osoby (40,0%) przebywały na emeryturze. Analiza zebranego materiału ukazuje, że miażdżyca zarostowa tętnic występowała u 59 pacjentów (98,3%), a choroba Bürgera u 1 pacjenta (1,7%). W badanej grupie nadciśnienie tętnicze występowało u 28 osób (46,7%), cukrzyca u 11 osób (18,3%), niedokrwienie mięśnia sercowego u 8 pacjentów (13,3%).

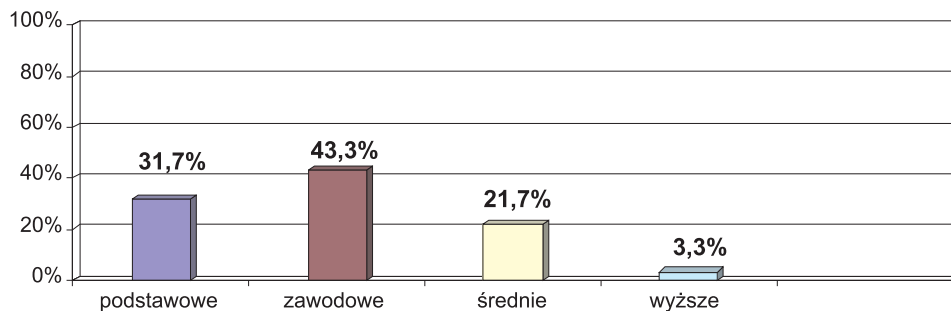
Palenie tytoniu występowało u 29 osób (48,3%), do nadużywania alkoholu przyznały się 4 osoby (6,7%), natomiast 12 osób (20,0%) w badanej grupie łączyło palenie tytoniu z piciem kawy. Perspektywa leczenia chirurgicznego jest dla chorego bardzo stresująca. Wśród reakcji emocjonalnych najczęściej występował lęk przed trwałym kalectwem, tj. 39 osób (65,0%). Ból towarzyszący chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych może mieć różne nasilenie, często jest to ból spoczynkowy, który prowadzi do ograniczenia aktywności fizycznej. Tabela 3 ilustruje subiektywną ocenę aktywności fizycznej przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu w dniu wypisu chorego ze szpitala. Ponad połowa badanych określiła aktywność fizyczną przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu jako małą (odpowiednio 73,3% i 66,7%). Respondentów zapytano również o zdolność poruszania się przed zabiegiem operacyjnym i po jego wykonaniu w dniu wypisu chorego ze szpitala – Tabela 4. Przed zabiegiem operacyjnym

Tabela 1. Podział badanej grupy pacjentów

Płeć	Badana grupa	
	N	%
Kobiety	13	21,7
Mężczyźni	47	78,3

Tabela 2. Wiek badanych pacjentów

Wiek	N	%	Średnia wieku
30–40 lat	1	1,7	61,6
41–50 lat	6	10,0	
51–60 lat	20	33,3	
61–70 lat	18	30,0	
71–80 lat	13	21,7	
81–90 lat	2	3,3	
Razem	60	100,0	

Diagram 1. Wykształcenie badanej grupy pacjentów**Tabela 3. Subiektywna ocena aktywności fizycznej badanych pacjentów**

Kategoria odpowiedzi	Aktywność fizyczna przed zabiegiem operacyjnym		Aktywność fizyczna po zabiegu operacyjnym	
	N	%	N	%
Mała	44	73,3	40	66,7
Średnia	13	21,7	17	28,3
Duża	2	3,3	2	3,3
Bardzo duża	1	1,7	1	1,7

Tabela 4. Samodzielność poruszania się badanych pacjentów

Kategoria odpowiedzi	Zdolność poruszania się przed zabiegiem operacyjnym		Zdolność poruszania się po zabiegu operacyjnym	
	N	%	N	%
Chodzę samodzielnie	20	33,3	30	50,0
Podpieram się laską	32	53,3	26	43,3
Z pomocą osób bliskich	5	8,3	1	1,7
Korzystam z wózka inwalidzkiego	3	5,0	3	5,0

Tabela 5. Umiejętność radzenia sobie z codziennymi czynnościami badanej grupy pacjentów

Kategoria odpowiedzi	N	%
Wykonuję samodzielnie	30	50,0
Wymagam niewielkiej pomocy	28	46,7
Wymagam dostarczenia przyborów i pomocy w wykonywaniu czynności	1	1,7
Wymagam kompleksowej pomocy	1	1,7

20 osób (33,3%) poruszało się samodzielnie, natomiast po wykonaniu zabiegu operacyjnego w dniu wypisu chorego ze szpitala połowa badanych tj. 30 osób (50,0%) poruszała się samodzielnie. Tabela 5 przedstawia umiejętność radzenia sobie z codziennymi czynnościami, jak mycie się, ubieranie, spożywanie posiłków, wydalanie. Ponad połowa badanych (50,0%) czynności te wykonuje samodzielnie.

Istotnym warunkiem dobrego przygotowania pacjentów do samoopieki jest podjęcie działań edukacyjnych, mających na celu wyposażenie w wiedzę i umiejętności pozwalające na wczesne wykrywanie powikłań i prowadzenie trybu życia zwalniającego proces chorobowy. Tabela 6 ilustruje poziom wiedzy pacjentów dotyczący trybu życia. Przedstawione dane wskazują, że ponad 50,0% badanych wiedziało o konieczności stosowania ograniczeń w trybie życia. Posiadane umiejętności pacjentów w dokonywaniu obserwacji kończyny i pomiaru tętna ukazano w Tabeli 7. Najwięcej badanych posiadało umiejętność obserwacji zabarwienia kończyny i jej ocieplenia. Obserwacji rany i opatrunku dokonywało 65,0% badanych tj. 39 osób, a umiejętność pomiaru tętna obserwowano tylko u 41,7% badanych tj. 25 osób. Na pytanie, z jakiego źródła pochodzi Pani/Pana wiedza na temat niedokrwienia kończyn dolnych, 33,3% badanych (20 osób) odpowiedziało, że od lekarza, a 20,0% (12 osób) od pielęgniarki.

Tabela 6. Wiedza badanych pacjentów dotycząca trybu życia

Kategoria odpowiedzi	N	%
Niepalenie tytoniu	43	71,7
Wykluczenie spożycia alkoholu	30	50,0
Stosowanie zleconych leków	30	50,0
Ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych	30	50,0
Ograniczenie wysiłku fizycznego	30	50,0

Tabela 7. Umiejętność obserwacji kończyny i pomiaru tętna badanych pacjentów

Kategoria odpowiedzi	N	%
Zabarwienie kończyny	48	80,0
Ocieplenie kończyny	50	83,3
Obserwacja rany i opatrunku	39	65,0
Badanie tętna	25	41,7

Pojawiająca się niepełnosprawność narusza równowagę emocjonalną, obniża poczucie własnej wartości oraz uzależnia od pomocy innych osób. Podstawowym działaniem zespołu terapeutycznego powinno być dążenie, aby pacjent odzyskał optymalną sprawność psychofizyczną i zawodową. Ważnym elementem w profilaktyce niedokrwienia kończyn dolnych jest posiadanie odpowiedniego poziomu wiedzy, która pozwoli na zapewnienie sobie samoopieki i samokontroli w środowisku domowym.

Wnioski

1. Ogólną aktywności fizyczną ponad połowa badanych określa jako małą.
2. Operacje naprawcze tętnic powodują wzrost w badanej grupie chorych liczby osób poruszających się samodzielnie.
3. Połowa badanych wiedziała o konieczności stosowania ograniczeń w trybie życia co wskazuje na konieczność wzmożenia działań edukacyjnych w odziale.
4. Tylko część badanych posiada umiejętność obserwacji kończyny i pomiaru tętna, co powinno zostać uwzględnione przy planowanym wypisie pacjenta do domu i planowaniu wsparcia w warunkach domowych.

Piśmiennictwo

1. Piskorz A.: Chirurgia tętnic. W. Góral R. (red.): Zarys Chirurgii. PZWL Warszawa 1992.
2. Noszczyk W., Andziak P.: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. W. Noszczyk W. (red.): Chirurgia tętnic i żył obwodowych. PZWL Warszawa 1998, 343–387.
3. Reilly D. T., Wolfe J. H. N.: ABC of Vascular Diseases The young patient with claudication. *BMJ*. 1991, 303, 845–848.
4. Nicolaidides A. N.: ABC of Vascular Diseases Assessment of leg ischaemia. *BMJ*. 1991, 303, 1323–1326.
5. Ziąja K. (red.): Zarys chirurgii tętnic i żył. Śląska Akademia Medyczna. Katowice 1995.
6. Cheshire N. J. W., Wolfe J. H. N.: ABC of Vascular Diseases Critical leg ischaemia: amputatio or reconstruction. *BMJ*. 1992, 304, 312–314.
7. Kurowska K., Wrońska I.: Chorzy z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *MPiP*, 2003, 11, 34–35.
8. Rutkowska R. (red.) Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 109–114.

B. Samujło¹, K. Klimaszewska¹, J. Duda¹,
M. Strankowska¹, A. Kulikowska¹

Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane do samoopieki i samopielęgnacji

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, powoli postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego (OUN), w przebiegu której dochodzi do odcinkowego zniszczenia mieliny (osłonka włókna nerwowego) przez proces zapalny. Proces ten dotyczy osłonek mielinowych mózgu i rdzenia kręgowego powodując zaburzenia przewodnictwa impulsów nerwowych, co jest przyczyną wystąpienia takich objawów, jak: pogorszenie wzroku lub słuchu, zaburzenia równowagi, uczucie zmęczenia, trudności w mówieniu, drętwienie kończyn, niedowład, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. W przebiegu choroby występują okresy poprawy (remisje) oraz okresy pogorszenia (rzuty), kiedy objawy nasilają się.

Rokowanie dla chorego ze stwardnieniem rozsianym jest pomyślne co do długości życia, ale kolejne rzuty procesu chorobowego prowadzą do niepełnosprawności i inwalidztwa. Całe leczenie, rehabilitacja, pielęgnowanie koncentruje się na wydłużeniu okresów remisji oraz poprawie jakości życia.

Rolą pielęgniarki pielęgnującej takiego chorego jest oszacowanie rozmiarów i rodzaju deficytu samoopieki rozumianego jako celowe i rozsądne podejmowanie działań na rzecz wspierania procesów życiowych, kontrolowanie rozwoju choroby, promowanie dobrostanu. Pielęgniarka staje się nauczycielką i doradczynią pacjenta i jego rodziny podejmując działania zmierzające do przygotowania chorego do samoopieki poprzez przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie samopielęgnowania i samoopieki.

Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu sprawowanej opieki pielęgniarskiej na proces przygotowania chorego na stwardnienie rozsiane do samoopieki i samopielęgnacji.

¹ SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Oddział Neurologii II z Pododdziałem Udarowym

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety i analizy dokumentacji medycznej na grupie 43 chorych ze stwardnieniem rozsianym hospitalizowanych w Oddziale II Neurologii z Pododdziałem Udarowym w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku oraz członkach Stowarzyszenia Chorych na Stwardnienie Rozsiane.

Grupa badanych składała się z 43 osób.

Tabela 1. Płeć badanych pacjentów

Płeć badanych	Liczba osób	%
Kobiety	33	76,7%
Mężczyźni	10	23,3%
Razem	43	100,0%

Źródło: badania własne

Tabela 1 obrazuje, że znaczny odsetek badanych stanowiły kobiety – 33 osoby (76,7%), natomiast mężczyźni 23,3% badanych – 10 osób.

Tabela 2. Przedział wiekowy ankietowanych

Lp.	Przedział wiekowy	Osoby badane					
		Kobiety		Mężczyźni		Razem	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	18–25 r.ż.	3	6,9	1	2,3	4	9,3
2.	26–30 r.ż.	5	11,6	2	4,6	7	16,2
3.	30–40 r.ż.	4	9,3	3	6,9	7	16,2
4.	> 40 r.ż.	21	48,8	4	9,3	25	58,1

Źródło: badania własne

Najliczniejszą grupą wśród ankietowanych (25 osób) stanowili badani powyżej 40 roku życia (58,8%). Najmniej liczącą grupą 9,2% były osoby do 25 roku życia. Po 7 osób (16,2%) to pacjenci w przedziale wiekowym 26–30 r.ż. i 30–40 r.ż.

Jak wynika z tabeli 3, u 16 osób (37,2%) pierwsze objawy choroby wystąpiły między 20 a 25 rokiem życia. Następnich 10 osób (23,2%) zaobserwowało pierwsze objawy między 26 a 30 rokiem życia. U 7 osób objawy wystąpiły po 40 roku życia to jest 16,2%. Nieco mniej, bo u 6 osób to jest 13,9% badanych zachorowało między 30 a 40 rokiem życia. Najmniejszą liczbą badanych stanowią pacjenci do 20 roku życia (9,3%).

Tabela 3. Wiek zaobserwowania pierwszych objawów

Lp.	Przedział wiekowy	Osoby badane					
		Kobiety		Mężczyźni		Razem	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	do 20 r.ż.	3	6,9	1	2,3	4	9,3
2.	20–25 r.ż.	12	27,9	4	9,3	16	37,2
3.	25–30 r.ż.	7	16,2	3	6,9	10	23,2
4.	30–40 r.ż.	5	11,6	1	2,3	6	13,9
5.	> 40 r.ż.	6	13,9	1	2,3	7	16,2

Źródło: badania własne

Wyniki badań

Jak wynika z przeprowadzonych badań pacjenci chorujący na SM w czasie hospitalizacji oczekiwali od personelu pielęgniarskiego wsparcia. Oczekiwania pacjentów w stosunku do pielęgniarek związane były z daną sytuacją, stanem zdrowia, wiedzą oraz umiejętnościami. Pielęgniarki podejmują zadania wynikające z funkcji edukacyjnej i wychowawczej w przygotowaniu pacjentów chorych na SM do funkcji samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych. Pacjenci zgłaszają spadek poczucia własnej wartości, braku wiary we własne możliwości.

Pośród badanych:

- 21 osób (48,8%) oczekiwało od pielęgniarek rady jak żyć?, jak radzić z codziennymi trudnościami?, gdzie szukać pomocy i wsparcia?
- 12 badanych (27,8%) liczyło na pomoc w nauczaniu zapobiegania powikłaniom, głównych zaleceń pomocnych w obecnej sytuacji.
- 6 osób (13,9%) oczekiwało na zachęcenie, motywowanie, przywrócenie wiary w siebie co mogło wynikać z wyczerpania emocjonalnego, które związane było ze zmianą stylu życia, utratą pracy, czy też rodziny.
- 4 badanych (9,2%) oczekiwało na zapewnienie im odpowiedniego otoczenia, przygotowania środowiska na przybycie chorego na SM.

Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła ustalić, że pacjenci chorujący na SM, jak również ich rodziny posiadają wiedzę, umiejętności na temat patomechanizmu SM, powikłań, nowych objawów na jakie powinni zwrócić uwagę w okresie rzutu choroby.

W świetle powyższych wyników spośród badanych

- tylko 7 osób (39,9%) wykazało, że posiada częściową wiedzę, umiejętności i motywację, a więc wymagało tylko częściowego wzmocnienia;
- najwięcej, bo 19 osób (44,1%) wykazało całkowitą wiedzę, umiejętności, motywację do dalszego funkcjonowania.

Znajomość przez badanych czynników ryzyka, które mają wpływ na przebieg choroby:

- zaburzona odporność;
- nieprawidłowy stan fizykochemiczny;
- klimat;
- odżywianie;
- zakażenie wirusem

jak również różnych powikłań, które mają wystąpić w przebiegu choroby:

- zaburzenia mikcji (nietrzymanie moczu; zatrzymanie moczu)
- odleżyny;
- ograniczona sprawność fizyczna (utrzymanie pełnego zakresu ruchów czynnych; normalizacja napięcia mięśniowego; ćwiczenia oddechowe; profilaktyka powikłań) pozwoliło pielęgniarce ukierunkować edukację pacjentów w kierunku wykształcenia umiejętności samopielegnacji.

33 osoby (76,7%) wiedziało, jakie działania należy podjąć przy nietrzymaniu moczu:

- ograniczyć płyny;
- unikać przeziębień pęcherza;
- ciepło się ubierać;
- unikać mocnej herbaty i kawy;
- nosić wkładki lub pampersy;
- zgłosić się do lekarza, aby założyć cewnik do pęcherza moczowego.

37 osób (86%) stwierdziło, że zna zasady postępowania przy zatrzymaniu moczu:

- ciepłe okłady na podbrzusze;
- picie dużej ilości płynów aby wypełnić pęcherz;
- wykonać przerywane cewnikowanie.

Pomimo rozwoju medycyny odleżyny stanowią nadal problem, szczególnie na oddziałach, gdzie przebywają pacjenci starsi, wymagający intensywnej terapii, chorzy z tetraplegią. Pielęgniarka pracująca na oddziale neurologii swoje działania kieruje na profilaktykę i zapobieganie tworzeniu się odleżyn. Każdy pacjent jest oceniany pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyny wg skali Bartla. Pacjentów zagrożonych edukujemy i uświadamiamy, jak ważne są takie działania:

- częste przemieszczanie się;
- zastosowanie materacy przeciwodleżynowych;
- wykonanie prawidłowej toalety ciała;
- odpowiednie ubranie – zapobiegać przegrzaniu lub oziębieniu ciała;
- odpowiednia dieta.

Analiza badanej grupy pozwoliła wykazać, że:

- 23 osoby (53,5%) znało wszystkie zasady stosowane w zapobieganiu odleżynom;
- 14 osób (32,6%) posiadało częściowe wiadomości na temat zapobiegania odleżynom;

- 6 osób (13,9%) miało brak wiadomości na dany temat.

Istotną rolę w przebiegu choroby dla chorych na SM ma aktywność ruchowa pacjentów.

- poprawa siły i kondycji;
- utrzymanie pełnego zakresu ruchów czynnych;
- normalizacja napięcia mięśniowego;
- ćwiczenia oddechowe.

Pozwala na wykonywanie czynności związanych z samoopieką i samopielegnacją. Istotną rolę jest wprowadzenie usprawnień jak najwcześniej i systematycznie, należy pamiętać o unikaniu ćwiczeń siłowych oraz niewykonywaniu ich w ostrym okresie choroby.

Jak wynika z badań większość badanych:

- 28 osób (65,1%) jest świadoma konieczności aktywności fizycznej stosowanej do sytuacji;
- 9 osób (20,9%) częściowo rozumie zasadność problemu;
- 6 osób (13,9%) nie zastanawiało się nad problemem, gdyż ich to nie dotyczy.

Duża grupa badanych 25 osób (58,1%) posiada sprzęt pielęgnacyjno-leczniczo-rehabilitacyjny w domu potrzebny do codziennego funkcjonowania. 18 osób (41,8%) nie posiada sprzętu rehabilitacyjnego, gdyż nie wymagają korzystania z jego pomocy lub brakuje pieniędzy na zakup.

Ważną oceną przez badanych jest ocena stanu zdrowia, która pozwala na sprawowanie samoopieki i samopielegnacji. Największa grupa

- bo 15 osób (36,2%) jest w pełni wydolna w zakresie samoopieki;
- tyle samo 15 osób (36,2%) wymaga działań częściowo wyrównawczych
- mniejsza grupa 8 osób (18,5%) wymaga działań całkowicie wyrównawczych, natomiast
- 5 osób (11,6%) potrzebuje działań wspierająco-edukacyjnych.

Bardzo często choroba, taka jak SM, wpływa na zmiany stylu życia. Część osób przestaje pracować, nie może odnaleźć się w nowej codzienności. W sferze rodzinnej również zachodzą zmiany, czasami osoby chore pozostają zostawieni przez współmałżonków lub pozostają tylko z dziećmi.

Ważnym elementem oczekiwań pacjentów chorych na SM jest wsparcie środowiska, rodziny w sprawowaniu opieki i możliwości skorzystania z pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej. W ocenie badanej grupy osób analiza przedstawia się następująco:

- 16 osób (37,2%) ma możliwość skorzystania z profesjonalnej i nieprofesjonalnej opieki w ciągu całego tygodnia i całej doby;
- 9 osób (20,9%) może liczyć na wsparcie środowiska w ciągu tygodnia pomiędzy 7 a 20 godziną;
- 8 osób (18,6%) podaje, że ma możliwość skorzystania z pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej w ciągu całego tygodnia tylko w godzinach między 8 a 13;

- 10 osób (23,3%) oceniło, że trudno jest uzyskać pomoc profesjonalną w określonych godzinach.

U chorych na SM często wynikają problemy natury psychologicznej. Badani obawiają się o:

- trwałość rodziny, lęk przed samotnością;
- kłopoty finansowe;
- problemy natury osobisto-intymnej;
- brak perspektyw na przyszłość.

Świadomość stanu zdolności i możliwości opiekuna, rodziny, osób postronnych w zakresie sprawowania opieki, wsparcia zgodnie z zapotrzebowaniem danej chwili jest ważnym elementem oczekiwań pacjentów na SM. Dużą pomoc i wsparcie otrzymują w Stowarzyszeniu Chorych na SM – tam mogą liczyć na pomoc w załatwieniu sprzętu ortopedycznego, ustalenia kolejki hospitalizacji w szpitalu lub złożenia wniosku sanatoryjnego.

Wnioski badań

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Na SM chorują częściej kobiety niż mężczyźni, pomiędzy 20 a 25 rokiem życia.
2. Pacjenci mieszkający w dużych miastach mają lepszy dostęp do specjalistycznej opieki medycznej oraz grupy wsparcia, jakim jest Stowarzyszenie Chorych na SM.
3. Badani chorzy na SM oczekiwali od pielęgniarek udzielenia wskazówek dotyczących właściwego postępowania w danej sytuacji zdrowotnej i w chwili zaostrzenia choroby.
4. Pacjenci ci oczekiwali od pielęgniarek troskliwości, serdeczności, opiekuńczości, zrozumienia co wynikało z ich potrzeb psychicznych i społecznych.
5. Ważnym elementem pracy edukacyjnej zespołu pielęgniarskiego jest przekazywanie odpowiedniej wiedzy, umiejętności i motywacji do działania.
6. Przekazywanie wiedzy i umiejętności przez pielęgniarki w zakresie przygotowania do samoopieki chorych na stwardnienie rozsiane było postrzegane przez badanych jako szczególnie ważny element kompleksowej opieki medycznej realizowanej na oddziale neurologii.

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K., Turowski K. (red.): Wybrane szczegółowe standardy opieki klinicznej, Neurocentrum, Lublin 1996.
2. Cendrowski W. S.: Stwardnienie rozsiane – poradnik dla chorych, Sanmedia, Warszawa 1995.

3. Członkowska A.: Stwardnienie rozsiane – diagnostyka i leczenie. *Medycyna Praktyczna*, 1994, 5, 39–42.
4. Forsythe E.: Jak żyć z stwardnieniem rozsianym, PZWL, Warszawa 1986.
5. Garret J. E., Levine E. S.: Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów, PZWL, Warszawa 1972.
6. Kawczyńska-Butrym Z. (red.): Diagnostyka pielęgniarska, PZWL, Warszawa 1999.
7. Piątek A. (red.): Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
8. Prusiński A.: Neurologia praktyczna, PZWL, Warszawa 1998.
9. Szczepka M.: Standaryzacja jakości opieki pielęgniarskiej, *Pielęgniarstwo 2000*, 1996, 4, 30–35.
10. Świątek M. J.: Stwardnienie rozsiane – poradnik dla chorych, Pelikan, Warszawa 1994.
11. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.
12. Zielińska-Charszewska S.: Rehabilitacja chorych neurologicznie w domu, PZWL, Warszawa 1986.

Joanna Rosińczuk-Tonderys¹, Janusz Mierzwa¹,
Monika Kosmala¹, Marta Arendarczyk²

Rehabilitacyjna i profilaktyczna funkcja pielęgniarki w opiece nad chorymi z chorobą Parkinsona

Wstęp

Choroba Parkinsona, zwana drżączką porażną, zaliczana jest do najbardziej rozpowszechnionych chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Ma charakter przewlekły i postępujący, a na przestrzeni lat prowadzi do całkowitego zniedołężnienia chorego. Choroby o nie do końca poznanej etiologii, takie jak choroba Parkinsona budzą zawsze poczucie bezsilności, wprowadzając do życia chorych i ich rodzin znaczące zmiany. Dzięki rzetelnej opiece rehabilitacyjnej, ćwiczeniom wzmacniającym, właściwemu odżywianiu, wsparciu emocjonalnemu, edukacji pacjenta i jego rodziny pielęgniarka jest w stanie poprawić samopoczucie fizyczne i psychiczne chorego, a tym samym przywrócić wiarę w siebie, wolę walki, nauczyć cierpliwości i życia z chorobą Parkinsona.

Cel pracy

W niniejszej pracy przedstawiono funkcję opiekuńczo-rehabilitacyjną pielęgniarki w terapii chorego na Parkinsona. Ukazany jest sposób aktywnego leczenia, w którym zadaniem pielęgniarki jest nie tylko pomoc w usprawnianiu ruchowym, ale umożliwienie uzyskania optymalnego poziomu funkcjonowania umysłowego i społecznego.

Sposoby i metody rehabilitacyjnego usprawnienia pacjentów

Z doświadczeń terapii wynika, że aby zachować optymalną sprawność ruchową i fizyczną konieczna jest konsekwentnie prowadzona fizjoterapia. Daje

¹ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

ona szansę w miarę sprawnego życia w środowisku rodzinnym, w pracy oraz pomaga przystosować się do nowych warunków zaistniałych na skutek choroby. Fizjoterapia ma ogromny wpływ nie tylko na układ mięśniowo-kostny, ale też jest czynnikiem przywracającym wiarę w siebie i własną wartość, pobudza chorych do życia, jej efekty przynoszą satysfakcję i samozadowolenie, a w konsekwencji wpływają na poprawę samopoczucia psychicznego [1].

Ogromne znaczenie w rehabilitacji chorych ma systematyczność, różnorodność ćwiczeń ruchowych oraz wytrwałość i motywacja pacjenta. Rozpoczęta w początkowym stadium fizjoterapia może opóźnić towarzyszące chorobie wady postawy i upośledzenia ruchów, a w rezultacie odwlec inwalidztwo. Ćwiczenia muszą być regularnie dopasowywane do indywidualnych i zmieniających się potrzeb i możliwości chorego [2].

Ćwiczenia łagodzące sztywność mięśni. Celem ćwiczeń jest zmniejszenie napięcia mięśni i związanych z nimi bólów. Podtrzymanie ogólnej sprawności ruchowej, korektę postawy, pobudzenie funkcji oddechowych. Ćwiczenia można wykonywać w pozycji leżącej na plecach, uginając nogi w kolanach, podciągając na przemian nogi do brzucha, pamiętając o rozluźnieniu głowy i barków. W pozycji na brzuchu można ugiąć nogi w kolanach, przyciągać pięty do pośladków, na zmianę unosić ręce do przodu. W pozycji siedzącej wykonywać wymachy rękami, patrząc przy tym za lewe ramię, przechylać głowę na zmianę do prawego i lewego ramienia, pamiętając o zachowaniu prostych pleców i nieruchomych ramion. W pozycji stojącej, w lekkim rozkroku ćwiczyć można, wykonując drążkiem ruchy wiosłowania lub przemieszczania na zmianę w prawo, w lewo i wokół ciała [3].

Ćwiczenia łagodzące spowolnienie ruchowe. Celem ćwiczeń jest poprawa ogólnej sprawności ruchowej, zmniejszenie zaburzeń równowagi i świadome przemieszczanie środka ciężkości, ze szczególnym uwzględnieniem doskonalenia chodu i zmiany ułożenia ciała. Ćwiczenia można wykonywać w pozycji stojącej uważając jednocześnie na to, aby zachować wyprostowane plecy i równowagę. Ćwiczenia te polegają na chodzeniu w miejscu, obracaniu się w kółko, podnoszeniu na przemian nóg. Ćwicząc w pozycji siedzącej można, wymachując rękami, klaskać na zmianę przed i za plecami, odbijać do góry piłkę obydwoma rękami. W trakcie ćwiczeń należy pamiętać o zachowaniu równego oddechu, wygodnej pozycji ciała, nie przemęczaniu się i zachowaniu szczególnej ostrożności w przypadku występowania osteoporozy [3].

Ćwiczenia łagodzące drżenie spoczynkowe. Za pomocą terapii ruchowej wpływanie na drżenie jest możliwe w ograniczonym zakresie. Skuteczne okazały się np. ćwiczenia napinające. Ćwiczenia zmniejszające drżenie rąk polegają na przyciskaniu dłoni i przedramion do oparcia krzesła lub do blatu stołu, lub przyciskaniu powierzchni dłoni do siebie. Ćwiczenia zmniejszające drżenie nóg polegają na przyciskaniu nogi do nogi krzesła lub stołu. Ćwiczenia zmniejszające drżenie głowy wykonuje się przy stole opierając łokcie o blat stołu, jednocześnie

podpierając podbródek tak, aby poczuć lekki ucisk na rękę. Pomimo, iż drżenie parkinsonowskie jest drżeniem spoczynkowym wielu chorym mogą również pomóc ćwiczenia odprężające [3].

W terapii ruchowej chorych na parkinsonizm zadaniem pielęgniarki, oprócz przedstawienia ćwiczeń łagodzących, jest poinformowanie o konieczności dokonywania częstych przerw na odpoczynek, unikania kofeiny oraz alkoholu, które zwiększają drżenie. Kontrolowanie w trakcie ćwiczeń swojej postawy ciała, używanie butów na niskim obcasie, unikanie butów wsuwanych, zachowanie prawidłowej postawy ciała. Poinformowanie o konieczności unikania nadmiernego wysiłku oraz regularnym ćwiczeniu ok. 15–20 minut dziennie.

Logopedia. W miarę postępu choroby Parkinsona narastają trudności w mówieniu. Mowa jest zamazana, monotonna, często zacinająca się lub podobna do szeptu. Zmienia się wyraz twarzy, która jest bardziej napięta i maskowata. Takie objawy mogą być wywołane przez ograniczenie ruchowe mięśni krtani i twarzy. Takim zmianom chorobowym można przeciwdziałać dzięki logopedii oraz ćwiczeniom rozluźniającym mięśnie twarzy, ramion i karku, które mają szczególne znaczenie dla mowy i głosu. Ćwiczenia rozluźniające polegają na pocieraniu twarzy, szczypaniu policzków, marszczeniu i unoszeniu brwi, układaniu warg do gwizdania, nadymania, wypychaniu językiem policzków, obлизывaniu językiem ust, podnoszeniu i opuszczaniu ramion, obracaniu głowy na lewo i prawo [3]. Logopedia polega na wzmacnianiu siły i modulacji głosu poprzez stosowanie regularnych i intensywnych ćwiczeń głosnego czytania, właściwego oddychania.

Oprócz wskazówek logopedycznych pielęgniarka powinna również poinformować pacjenta o wskazaniach do stosowania kwaśnych lub słonych pastylek do ssania, co zapobiega suchości w jamie ustnej. Jedzeniu częściej pomiędzy posiłkami, co pobudza przełykanie i zwiększa wydzielanie śliny [2].

Choreoterapia. Uważa się, że leczenie poprzez taniec może działać efektywniej w łagodzeniu objawów parkinsonizmu, takich jak dyskinezja, sztywność mięśni, a nawet drżenie, niż inne konwencjonalne metody. Taniec obejmuje muzykę, rytm, ruchy seryjne, znajomość swojej osobowości, powiązania między ciałem i przestrzenią oraz zdolność współpracy z innymi. Choreoterapia umożliwia łatwiejsze wykonywanie ruchów w każdym kierunku, stanowi pomoc w ćwiczeniu koncentracji, pozwala zapomnieć o chorobie oraz poprawia stan psychiczny i fizyczny chorych [4].

Chodzenie. U większości osób cierpiących na chorobę Parkinsona na pewnym etapie trwania choroby pojawiają się trudności w chodzeniu, które nie zawsze poprawiają się po farmakologicznym leczeniu przeciwparkinsonowskim [5]. Chód parkinsonika jest powolny, z tendencją do unoszenia pięt. Powyższe objawy i zaburzenia mogą prowadzić do zaburzeń równowagi, a w konsekwencji w późniejszym okresie do upadków. Dlatego też chorzy w czasie chodu powinni pamiętać o:

- stałej kontroli ułożenia głowy – należy ją unosić stale do góry, gdyż pochYLENIE jej do przodu zmienia położenie środka ciężkości ciała, a w konsekwencji prowadzi do utraty równowagi,
- stawianiu stóp lekko rozstawionych, co zwiększa punkt podparcia,
- wyprostowaniu się, wypinając lekko biodra w przód, co ułatwia utrzymanie równowagi,
- unoszeniu wyżej kolan i stóp, i nie szuraniu nogami,
- przenoszeniu równowagi z jednej na drugą nogę, by móc oderwać stopy od podłoża,
- obracaniu się na szeroko rozstawionych nogach, tak aby czubek nosa wskazywał ten sam kierunek co czubki butów,
- zmienianiu kierunku marszu chodząc po łuku koła, co pozwala uniknąć upadku [6].

W przypadku hipokinezji przydane jest wykorzystywanie zewnętrznych sygnałów i strategii poznawczych. Sygnały wzrokowe (np. białe linie na podłodze z przerwami równymi długości kroków odpowiedniej dla wieku i wzrostu chorego) normalizują przestrzenne i czasowe zaburzenia chodu. Doświadczenia udowodniły, że unikanie wykonywania dwóch zadań jednocześnie podczas chodzenia pomaga osobom z chorobą Parkinsona utrzymać odpowiednią długość kroków [5].

Bardzo istotnym czynnikiem wspomagającym ruch jest odpowiednio dobrana muzyka. Jeżeli jest rytmiczna (jak marsze) to wyrabia rytm chodu, jego sprężystość i siłę. Poprawia również długość kroku i ułatwia zmianę kierunku chodu [6]. Ważne jest by obuwiu chorego było wygodne, dobrze trzymające stopę i na niskich obcasach.

Aby chory mógł bezpiecznie poruszać się po domu, ważne jest aby był on odpowiednio do tego przystosowany. Zadaniem pielęgniarki jest rozmowa z rodziną chorego i zwrócenie ich uwagi na kilka istotnych elementów, a mianowicie:

- należy z domu usunąć wszelkie chodniki, dywaniki, które nie są przymocowane do podłogi i które przesuwają się przez co mogą utrudniać chodzenie i być przyczyną upadków,
- w łazience powinny znajdować się maty antypoślizgowe oraz uchwyty i poręcze ułatwiające choremu korzystanie z wanny lub toalety,
- obuwiu, w którym chory porusza się po domu, również powinno być odpowiednio dobrane (dobrze trzymające stopę i wygodne).

Pracując z pacjentem pielęgniarka musi pamiętać o tym, aby przekazać mu kilka istotnych wskazówek na temat, jak zachować się w chwili zatrzymania (przymrożenia, „freezing”). Chory powinien wiedzieć, że:

- w chwili kiedy nie może zrobić kroku naprzód, nie należy się pochylać do przodu, szarpać się ani denerwować,
- należy wyprostować się, postawić mocno i równo stopy na ziemi, nie przechylać się do tyłu, patrzeć prosto przed siebie,

- po chwili zacząć spokojnie maszerować w miejscu, unosząc wysoko kolana i stawiając najpierw na ziemi piętę a nie palce; po chwili maszerowania w miejscu można ruszyć do przodu,
- patrzeć prosto przed siebie, wybrać sobie określony punkt lub obiekt i iść w jego kierunku,
- można spróbować nieco rozkołysać się na boki i dopiero ruszyć do przodu.

Wstawanie i siadanie. Częstym problemem podczas wstawania u osób z chorobą Parkinsona jest trudność w pochyleniu się do przodu w wystarczającym stopniu. Ponadto, patrzenie w dół i niemożność wykonania zamachu z powodu akinezji zwiększają trudność w wykonaniu tego zadania. U osób z hipokinezą i akinezą pomocne są sygnały dźwiękowe, liczenie lub głośne wymawianie czynności, takie jak powiedzenie „idź” lub lekkie rozkołysanie ciała w tył i do przodu przed wykonaniem ruchu. Ważne jest aby chory wiedział, że aby wstać z pozycji siedzącej musi:

- przesunąć ciało do przodu tak, aby pośladki znajdowały się blisko brzegu krzesła,
- cofnąć stopy nieco do tyłu, aby znalazły się pod tułowiem, postawić je równo na podłodze, nieco oddalone od siebie,
- oprzeć ręce na poręczach fotela czy siedzeniu krzesła,
- pochylić się energicznie do przodu i w tej samej chwili odepchnąć rękoma od poręczy lub siedzenia, prostując tułów.

Obracanie się i wstawanie z łóżka. Częstym problemem jest trudność obracania się w łóżku i wstawania z niego. W przypadku pojawienia się takich problemów należy polecić pacjentowi aby:

- odrzucił nakrycie (używanie lekkiej kołdry, a także poszewek satynowych lub jedwabnych pidżam, aby zmniejszyć tarcie),
- przeniósł pośladki w kierunku środka łóżka, tak aby po obróceniu się ciało nie było zbyt blisko brzegu łóżka, następnie obrócił głowę, przeniósł ramię w poprzek ciała w kierunku obrotu oraz przeniósł nogi nad krawędzią i podniósł się,
- jeżeli leży na plecach powinien położyć ręce wzdłuż ciała, następnie unieść głowę, pochylić ją do przodu, przyciskając brodę do piersi i usiąść opierając się na łokciach, następnie pochylić się jeszcze bardziej do przodu, oprzeć na wyprostowanych z tyłu rękach, skrócić się, spuścić jedną nogę, a potem drugą nogę i usiąść na łóżku,
- ważne jest utrzymywanie w nocy włączonego światła, ponieważ wzrok może pomóc w wykonywaniu ruchów,

Wskazówki ułatwiające choremu wykonywanie codziennych czynności

Bardzo ważne jest aby chory jak najdłużej pozostawał samodzielny. Pozwala mu to zachować wiarę we własne siły i jest „źródłem energii” niezbędnej do wal-

ki z chorobą. Pielęgniarka powinna udzielić pacjentom cierpiącym na chorobę Parkinsona kilku prostych wskazówek, które pozwolą im uniknąć codziennych trudności związanych z wykonywaniem toalety porannej, ubieraniem się i jedzeniem:

- przed umywalką postawić krzesło, co pozwoli mu ogolić się czy umyć zęby siedząc,
- używać elektrycznej maszynki do golenia, aby uniknąć skaleczeń,
- używać elektrycznej szczoteczki do zębów, jeżeli ma trudności z umyciem,
- używać do mycia frotowej rękawicy z kieszonką na mydło, jeśli nie może utrzymać śliskiego mydła,
- w łazience używać mat antypoślizgowych na podłogę i do wanny,
- unikać strojów zakładanych przez głowę lub z zapięciem z tyłu,
- unikać guzików, dobrze byłoby zastąpić je zatrzaskami lub rzepami,
- chory nie powinien nosić butów na obcasach, bez pięty czy kłapek, ponieważ nie zabezpieczają one stabilności i równowagi; przy wkładaniu butów z pewnością pomocna okaże się długa łyżka.

Aby poradzić sobie z trudnościami przy jedzeniu chory powinien:

- używać słomki do picia, jeżeli drżą mu ręce i nie może unieść kubka, używać lekkich kubków o dobrze wyprofilowanym uszku, z przykrywką uniemożliwiająca wylanie napoju i oblanie się,
- spożywać posiłki łatwe do gryzienia i przełykania i nie wymagające krojenia,
- zaadaptować sztucce przez pogrubienie uchwytów,
- używać lekkich talerzy, np. plastikowych, z uniesionym brzegiem, aby jedzenie nie spadało poza obręb talerza,
- używać gumowych podkładek, aby talerz nie ślizgał się,
- często popijać pokarm, co pozwoli łatwiej go przełykać,
- pamiętać, aby przełknąć nadmiar śliny, zanim weźmie jedzenie do ust.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Zaburzenia przewodów pokarmowych występują najczęściej u chorych z chorobą Parkinsona w postaci zaburzeń połykania, zgagi, nudności, bólu w nadbrzuszu, zaparc, nadmiernego wydzielania śliny. U wielu chorych dochodzi do rozwoju refluksu żołądkowo-jelitowego, zespołu poposiłkowego z objawami wczesnej sytości, zmniejszeniem przyjmowania pokarmów i utratą masy ciała [7]. Duża ilość spożywanego białka oraz opóźnione opróżnianie żołądka może znacząco utrudnić wchłanianie lewodopy z jelit, co ujemnie wpływa na leczenie. Dlatego leki (preparaty lewodopy) należy przyjmować 40 minut przed posiłkiem. Pielęgniarka powinna także zalecić pacjentowi picie dużej ilości płynów (8 szklanek dziennie), spożywanie surowych warzyw, zawierających dużo błonnika (marchew, kalafior, brokuły), które powinny wchodzić w skład, co najmniej dwóch posiłków dziennie. Stałe mobilizowanie pacjenta do zwiększenia aktywności fizycznej (ćwiczenia izometryczne, pływanie, spacer) oraz zalecenie naturalnych środków przeczyszczających, takich jak: woda z miodem, śliwki su-

szone, herbatki ziołowe, a w ostateczności mleczko magnezowe lub lewatywy [8].

Zaburzenia sercowo-naczyniowe. Zaburzenia czynności układu krążenia obejmują przede wszystkim niedociśnienie ortostatyczne oraz zaburzenia rytmu serca. Zaburzenia sercowo-naczyniowe często nasilają się po posiłku, w czasie długiego stania lub w nocy. Pacjenci z niedociśnieniem ortostatycznym skarżą się na zawroty głowy, osłabienie, zmęczenie, zaburzenia koncentracji, bóle głowy, a nawet zaburzenia widzenia. Pacjenci wymagają podawania 5–7 szklanek płynów dziennie z dodatkiem soli. Pielęgniarka powinna co 2 tygodnie w trakcie wizyt ważyć chorych i oznaczać wydalany sód z moczem, zalecać chorym utrzymanie dużej aktywności ruchowej w ciągu dnia oraz zadbanie o wyższe ułożenie głowy w czasie snu, co powoduje stymulację uwalniania reniny i zmniejszenie oddawania moczu w nocy. U części chorych można zalecić stosowanie na przemian zimnego i gorącego prysznica oraz zakładanie ściśle przylegających, uciskających pończoch przed pionizacją (porannym wstawaniem z łóżka). Powodują one zmniejszenie żylnego łożyska naczyniowego oraz zabezpieczenie w sytuacjach wymagających dłuższego przebywania w pozycji stojącej [8].

Zaburzenia oddawania moczu. Zaburzenia oddawania moczu występują u ponad 70% chorych na parkinsonizm zarówno we wczesnym, jak i późnym okresie choroby. Chorzy najczęściej skarżą się na częste oddawanie moczu, parcie naglące na mocz, konieczność oddawania moczu w nocy (nokturia), rzadziej nietrzymanie moczu. W celu złagodzenia tych objawów zadaniem pielęgniarstwa jest zlecenie choremu wizyty u urologa oraz zaproponowanie zmniejszenia spożycia płynów przed snem. Pielęgniarka może również zaproponować regularne odwiedzanie toalety w celu „zaprogramowania” pracy pęcherza, zastosowanie wkładek, pieluszek dla dorosłych oraz stosowanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie pęcherza. U niektórych chorych pielęgniarstwo może również okresowo zastosować cewnikowanie pęcherza [9].

Zaburzenia termoregulacji. Zaburzenia termoregulacji objawiają się u chorych najczęściej w postaci zaburzeń potliwości, łojotokiem oraz nadmiernym wydzielaniem śliny. Chorzy źle znoszą wysoką, jak i niską temperaturę otoczenia. W sytuacjach tych pielęgniarstwo może zaproponować pacjentom zastosowanie herbaty lub drażetek z szałwi, ssanie cukierków, wydalanie nadmiaru śliny, ćwiczenia połykania, stosowania ziołowych szamponów, noszenia ubrań z naturalnych włókien, takich jak bawełna, len, jedwab oraz częste zmiany bielizny [8].

Wnioski

1. Pielęgniarka odgrywa bardzo ważną rolę w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji chorego z chorobą Parkinsona. Jest ona często pierwszą osobą do której pacjent zwraca się ze swoimi wątpliwościami i problemami,

dlatego tak ważne jest, aby posiadała odpowiednią wiedzę na temat choroby i jej leczenia oraz potrafiła w sposób łatwy i przystępny przekazać ją pacjentowi oraz jego rodzinie.

2. Istotne jest, aby pielęgniarka zwróciła uwagę chorego na niefarmakologiczne metody leczenia oraz aby umiała zachęcić go do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.
3. Rolą pielęgniarki jest również nauczenie pacjenta, jak radzić sobie z codziennymi trudnościami pojawiającymi się, w miarę postępu choroby, podczas chodzenia, siadania, wstawania z łóżka czy jedzenia.
4. Pielęgniarka powinna zaproponować choremu wykonywanie prostych ćwiczeń, które pozwolą mu dłużej pozostać samodzielnym oraz zachęcać go do aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i towarzyskim.

Piśmiennictwo

1. Sobów T.: Leczenie choroby Parkinsona: zaburzeń motorycznych, powikłań terapii, objawów psychiatrycznych. *Ordynator Lek.*, 2003: 3 (1), s. 35–36, 38, 40.
2. Sikorska B.: Nie zastygnąć w bezruchu. Choroba Parkinsona. *Pielęg. i Położ.*, 2000: 42 (2), 20–21.
3. Ludwig E., Annecke R., Lóbring E., Fritsch I. Choroba Parkinsona. Poradnik dla chorych, ich rodzin, opiekunów i przyjaciół. przeł. A. Kuryś, Kraków, 2003, Espe.
4. Frender M.: Nauka i medycyna, Uspokoić neurony. *Newsweek*, 9/2004.
5. Friedman A.: Zdaniem specjalisty – choroba Parkinsona. *Reh. Med.*, 2001, 5, 2.
6. Obrzydowska A.: Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona. Rehabilitacja. Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona, Warszawa 1999.
7. Potulska A., Friedman A. i wsp.: Zaburzenia połykania w chorobie Parkinsona. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 2002: 36 (3), 449–456.
8. Friedman A.: Choroba Parkinsona. Warszawa, 1999, α -medica press.
9. Krygowska-Wajs A., Węglarz W. i wsp.: Zaburzenia oddawania moczu w chorobie Parkinsona: ocena kliniczna i urodynamiczna. *Neur. Neuroch. Pol.*, 2002: 36 (1), 25–32.

Lucyna Wilczewska¹, A. Roszmann¹

Standard opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Wydłużanie się życia ludzkiego wpływa na to, iż wzrasta populacja osób w wieku podeszłym, których dotyczą liczne choroby, w tym otępienne z chorobą Alzheimera na czele. Jak wykazują dane epidemiologiczne liczba osób dotkniętych tą chorobą w Polsce to około 200 tysięcy zarejestrowanych przypadków (5% populacji osób w wieku powyżej 65 roku życia). **Epidemiolodzy przewidują, że w ciągu najbliższych 20 lat liczba osób dotkniętych otępieniem w rozwiniętych krajach będzie stale wzrastać** [1, 2]. Choroba staje się poważnym wyzwaniem nie tylko dla zawodów medycznych, ale także opiekunów chorych, gdyż jest „(...) nieuleczalna, a jej postęp jest nieunikniony” [3].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było opracowanie standardu opieki w odniesieniu do pacjenta z chorobą Alzheimera.

Metoda badań

W niniejszej pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku. Poprzez analizę problemów, jakie występowały w przebiegu choroby u jednej z podopiecznych domu opieki „Nasz Dom” opracowano standard opieki. Metoda ta polega na analizie jednostkowych losów ludzkich, uwikłanych w określone sytuacje, poprzez ocenę konkretnych zjawisk z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku w celu podjęcia działań terapeutycznych w rozumieniu holistycznej i kompleksowej opieki nad chorym [4, 5].

Obserwacja dotyczyła Pani Z., która przebywała w domu opieki „Nasz Dom”. Placówka ta położona jest w Górze, miejscowości oddalonej 10 km od Wejherowa. Dom ten przeznaczony jest dla osób w wieku podeszłym i działa w opar-

¹ Katedra Pielęgniarstwa, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Psychiatryczno-Neurologicznego, Wydział Lekarski, Oddział Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Gdańsku

ciu o statut zatwierdzony przez Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej, który przeprowadza kontrole związane ze standardami pielęgnowania. Pensjonariuszom zapewnione są warunki bezpiecznego, godnego, intymnego i samodzielnego życia. Zakres i poziom świadczeń dostosowano do zindywidualizowanych potrzeb bytowych, zdrowotnych, opiekuńczych.

Opis przypadku

W chwili zamieszkania w „Naszym Domu” pacjentka – Pani Z. miała 62 lata. Chorobę Alzheimera rozpoznano u niej kilka lat wcześniej. W chwili przyjęcia pacjentka posługiwała się zaledwie kilkoma słowami („tak”, „nie”, „Monisia”) używała także różnych dźwięków do wyrażania swoich uczuć i emocji. Gestykulacja była bardzo wyrazista, szczególnie bogata mimika twarzy. Niemożliwa była komunikacja werbalna. Przy występujących zaburzeniach pamięci pacjentka potrafiła w całości zaśpiewać piosenki, w szczególności tradycyjne „sto lat”, czemu zawsze towarzyszyła poprawa nastroju. Postawa chorej była prawidłowa, sprawność fizyczna również. Zauważalne było charakterystyczne „dreptanie” (chodzenie drobnymi kroczkami, naprzemienne unoszenie kończyn dolnych podczas stania w miejscu). Pensjonariuszka prawie cały dzień chodziła, siadała tylko do posiłków lub po nakłonieniu przez opiekunkę. Kontakt słowny był niemożliwy do nawiązania, jednak jak wynika z obserwacji chora dobrze rozumiała co do niej mówiono oraz była bardzo wrażliwa na zmiany sytuacji (wyczuwała lęk, niepokój, ale również radość i zadowolenie w otoczeniu). Po „Naszym Domu” poruszała się powoli i zwracała uwagę na schody po których bała się samodzielnie schodzić. Pacjentka kontrolowała swoje potrzeby fizjologiczne, sygnalizowała chęć skorzystania z toalety, gdzie jednak wymagała pomocy. Na początku pobytu w ośrodku wystarczyło przypomnienie o konieczności wykonania toalety ciała, bądź przykładowe zademonstrowanie czynności oraz ich kolejności. Pani Z. z dużym zainteresowaniem oglądała zdjęcia, które ze sobą miała. Niektóre sytuacje bawiły Panią Z., takie jak zakładanie obuwia w sposób nieprawidłowy (lewy but na prawą nogę i odwrotnie). Choroba postępowała stopniowo, występowało dużo objawów klinicznych opisywanych w literaturze i związane z tym problemy. Początkowo nakłaniana do spożywania posiłków samodzielnie jadła i piła trzymając kubek w ręce, która drżała podczas podnoszenia do góry, w późniejszym okresie wymagała coraz częściej pomocy. Dzień był zorganizowany rutynowo, tak aby Pani Z. mogła zapamiętać czynności wykonywane w ciągu dnia. Plan dnia przedstawiał się następująco:

8:00	toaleta poranna
8:45– 9:15	śniadanie
9:15–11:00	ćwiczenia usprawniające, muzykoterapia, zajęcia terapeutyczne, spacer
11:00–11:30	drugie śniadanie

11:30–12:30	terapia indywidualna (malowanie, oglądanie zdjęć)
12:30–13:30	obiad
13:30–15:00	odpoczynek, poobiednia drzemka
15:00–15:30	podwieczorek
15:30–18:00	oglądanie telewizji, terapia zajęciowa, spacer
18:00–18:30	kolacja
18:30–19:30	toaleta wieczorna, odpoczynek nocny

Potrzeby fizjologiczne pensjonariuszka także załatwiała o określonych porach dnia, dlatego można było wyraźnie określić potrzeby Pani Z. Podopieczna była pogodną osobą, jednakże uśmiechem odpowiadała nielicznym. Nie ufała każdemu. Reakcje emocjonalne do osób bliskich, rodziny wyraźnie wyrażała „ciepłym” spojrzeniem, uśmiechem, podwyższonym napięciem emocjonalnym. Wizyty rodziny odbywały się regularnie i zawsze w ten sam dzień tygodnia, co było dobrą stabilizacją dla chorej oraz dawało możliwość dobrej organizacji jej czasu. W miarę postępu otępienia chora wymagała coraz większego nakładu opieki. Zapominała w jaki sposób powinna spożywać pokarmy, odruch połykania stopniowo zanikał. Jednak udało się uniknąć konieczności zastosowania zgłębnika żołądkowego w celu odżywiania chorej. Pani Z. jadła razem z innymi pensjonariuszami, jednak należało Jej przypominać, w jaki sposób należy przeżuwać pokarm. Czynności motoryczne także ulegały stopniowej regresji, mimo częstych spacerów oraz wykonywanych ćwiczeń pacjentka przestała chodzić, poruszała się na wózku inwalidzkim. Choroba przebiegała kolejno rzutami zaostżeń i remisji, niestety okresy remisji były coraz krótsze, a następujące po nich okresy zaostżenia bardziej intensywne.

Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimer'a

Wprowadzenie

Otępienie typu Alzheimer'a prowadzi do stopniowej degradacji komórek nerwowych. Powolny, podstępny rozwój choroby powoduje, że początek otępienia trudno umiejscowić w czasie nawet osobom najbliższym. Stopniowo pacjent przestaje interesować się otoczeniem, traci pamięć, poczucie czasu i miejsca. Przyczyna choroby nie jest znana. Literatura przedmiotu wskazuje na predyspozycje genetyczne, organiczne następstwa urazów ponadto wskazuje na hipotezę: infekcyjną, toksyczną, immunologiczną, cholinergiczną. Choroba Alzheimer'a jest chorobą postępującą, wyniszczającą mimo dotychczasowych prób leczenia. Dotychczasowa wiedza pomaga zrozumieć istotę choroby i tym samym rozpoznać problemy chorego oraz zaplanować opiekę pielęgniarską [6].

Oświadczenie standardowe

Działania pielęgniarские w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera pozwolą na poprawę jakości życia chorego w zakresie: zaburzeń pamięci, sposobu komunikowania się z otoczeniem, zachowań w określonych sytuacjach, sposobu odżywiania, zasad utrzymania higieny osobistej, zapewnienia bezpieczeństwa. Różne formy oddziaływań terapeutycznych umożliwią utrzymanie aktywności fizycznej i wzmocnią możliwość porozumiewania się z chorym.

Kryteria struktury

Zapewnione są warunki do pielęgnacji i prowadzenia działań terapeutycznych w odniesieniu do pacjenta z chorobą Alzheimera (gabinet zabiegowy, sale chorych, sala dziennego pobytu, pomieszczenia do terapii zajęciowej, sala gimnastyczna i rehabilitacyjna, pomieszczenia do zajęć plastycznych, muzykoterapii oraz basen) [6].

Pomieszczenia są przestronne i oznakowane, wyposażone w: poręcze i podpórki oraz uchwyty w ścianach, meble o kształtach zaokrąglonych nie ostrych, na podłodze znajduje się wykładzina przeciwpoślizgowa, sala dziennego pobytu jest wyposażona w telewizor, radiomagnetofon, książki, prasę, proste gry, w sanitariatach i łazienkach zastosowano szczególnie rozwiązania konstrukcyjne (wpuszczane wanny, podnośniki do wanien, na sedes, indywidualne prysznice, uchwyty przy wszystkich urządzeniach sanitarnych, zintegrowanych system do higieny osobistej).

Pielęgniarka posiada wiedzę na temat zaburzeń psychicznych oraz zachowań chorych, posiada umiejętności praktyczne w zakresie opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera, potrafi komunikować się z chorym z zespołem otępienym, potrafi określać poziom rozumienia i funkcjonowania chorego, dostosować formy terapeutycznych oddziaływań do stanu chorego, rozpoznaje i rozumie problemy chorego, dokumentuje wszystkie podejmowane działania opiekuńcze i terapeutyczne, doskonali swoją wiedzę i umiejętności zawodowe,

Kryteria procesu

Pielęgniarka potrafi określać działania i sposoby rozwiązywania problemów chorego związanych z:

a) zaburzeniami pamięci:

pielęgniarka – przedstawia się kilkakrotnie pacjentowi, przedmioty osobiste chorego (okulary, przybory toaletowe itp.) kładzie w tym samym miejscu, aby nie musiał on ich szukać, usuwa z otoczenia pacjenta nadmiar przedmiotów osobistych, prowadzi ćwiczenia wspomagające pamięć poprzez częste powtarzanie nazwiska, imienia, daty, pory roku, miejsca, w którym się znajduje,

- b) trudnościami w komunikowaniu się:
pielęgniarka – stwarza odpowiednie warunki rozmowy (cisza, spokój), mówi spokojnie, powoli i wyraźnie, okazuje cierpliwość i życzliwość w czasie rozmowy, słucha uważnie pacjenta, prowadzi rozmowy proste (jeden przekaz w tym samym czasie), powtarza ważne informacje, wykorzystuje poparcie gestami tego, co mówi, chwali nawet małe osiągnięcia chorego
- c) zaburzeniami snu i czuwania:
pielęgniarka – utrzymuje pacjenta w aktywności w ciągu dnia tak długo, jak to jest możliwe, ogranicza choremu picie kawy i mocnej herbaty zwłaszcza przed snem, ogranicza spożycie zbyt dużej ilości płynów wieczorem, stosuje środki fizyczne (masaż pleców, ciepłe kąpiele), odpowiednio wcześniej przygotowuje pokój do snu (wietrzy, zaciąga zasłony, zapewnia ciszę),
- d) nadmierną podejrzliwością, drażliwością oraz gwałtownymi reakcjami:
pielęgniarka – próbuje ustalić źródło stresu, nie drażni chorego zbędnymi zachowaniami, nie podejmuje dyskusji i nie stara się spierać z pacjentem, zachowuje spokój, opanowanie i cierpliwość, nie ponagla chorego, odwraca uwagę pacjenta (zmienia miejsce, proponuje spokojne towarzystwo), zachowuje codzienny, stały rozkład zajęć,
- e) czynnościami higienicznymi:
pielęgniarka – dokonuje bieżącej oceny stanu czystości (skóry, bielizny, otoczenia), pomaga w czynnościach higienicznych (kąpiel, mycie krocza), zachęca do dbania o swój wygląd zewnętrzny i higienę jamy ustnej (ubranie się, czesanie, usuwanie resztek jedzenia, mycie zębów lub protezy), w razie konieczności stosuje pieluchomajtki, analizuje
- f) zaburzeniami w przyjmowaniu pokarmów:
pielęgniarka – ustala przyczynę trudności (brak apetytu, dolegliwości bólowe, zaparcia, braki w uzębieniu, kłopoty z połykaniem, nieodpowiednie miejsce przy stole), prowadzi kontrolę ilości przyjmowanych posiłków i płynów, zapewnia warunki i czas na spożycie posiłku, kontroluje masę ciała, zachęca do jedzenia, a w razie potrzeby karmi chorego, rejestruje wypróżnienia,
- g) nadmiarem aktywności i ogólnym niepokojem:
pielęgniarka – prowadzi nadzór, niekiedy ścisłą obserwację, okazuje troskę i życzliwość, zachęca do wykonywania prostych czynności w ramach terapii zajęciowej (robotki ręczne, czynności dnia codziennego – wspólne parzenie i picie kawy, herbaty, gotowanie budyniu), stosuje techniki odprężające i uspokajające, kąpiele połączone z masażem, kąpiele z użyciem olejków eterycznych, zaciemnia pokój, w którym chory śpi, opowiada proste, pogodne, kończące się szczęśliwie (bajkowe) historyjki, zachęca do śpiewania i słuchania muzyki, przebojów sprzed lat, proponuje zajęcia ruchowe, spacerowanie na świeżym powietrzu, proste ćwiczenia gimnastyczne, drobne prace w oddziale, w ogrodzie, gry i zabawy, wieczorki taneczne, kąpiel w basenie pod

opieką personelu, prowadzi rozmowy z chorym o jego życiu, o wspomnieniach z przeszłości, pobudza pamięć chorego poprzez oglądanie obrazów, znanych przedmiotów, zdjęć, rozwiązywanie krzyżówek, zachęca do obejrzenia starego filmu, stwarza warunki do prowadzenia zajęć plastycznych,

h) utrzymaniem bezpieczeństwa:

pielęgniarka – informuje chorego, gdzie się znajduje i dlaczego, zabezpiecza się drzwi wejściowe, okna, towarzyszy w przemieszczaniu się chorego (do łazienki i innych pomieszczeń), nadzoruje w czasie spacerów, uniemożliwia dostęp do leków, ostrych narzędzi i niebezpiecznych przedmiotów, czuwa nad bezpieczeństwem w czasie wykonywania czynności higienicznych, rzeczy chorego są oznakowane, zachęca rodzinę do częstych odwiedzin.

Ponadto pielęgniarka rozpoznaje [3];

- Zaburzenia równowagi i lokomocji.

Regularne spacerowanie i ćwiczenia wytrzymałościowe mogą do pewnego stopnia zahamować pogarszanie się lokomocji i równowagi. Impulsywność i nieuwaga często prowadzą do upadków; dlatego też istotne jest utrzymanie porządku w otoczeniu chorego i prawidłowe oświetlenie pomieszczeń.

- Sztywność mięśni.

Wraz z postępem choroby sztywność się nasila, zwłaszcza w kończynach dolnych. Ćwiczenia łagodzą zaburzenia tylko w pewnym stopniu. Należy podjąć próbę wykrycia i leczenia ewentualnych schorzeń współistniejących, np. choroby zwyrodnieniowej stawów.

- Zaburzenia snu.

Występują często i są dla opiekunów prawdziwym utrapieniem. Stosowanie leków nasennych ze względu na działania niepożądane nie jest wskazane. Chorego należy zachęcać do większej aktywności w ciągu dnia, tak by nie przespiał większości dnia. Należy dążyć do tego, by chory spał w nocy, w tym samym czasie co rodzina. Po położeniu chorego do łóżka dobrze jest pozostawić w pokoju zapalone światło (ciemność budzi lęk) oraz stworzyć ciepłą, bezpieczną atmosferę (np. odtwarzając znajomą, spokojną muzykę).

- Dysfagia.

Występuje w wielu chorobach układu nerwowego; czasami jest bezpośrednim następstwem otępienia. Jeśli wystąpi we wczesnej fazie choroby, należy wdrożyć karmienie zastępcze, np.: przez zgłębnik żołądkowy. Dysfagia będąca następstwem udaru (należy wziąć pod uwagę taką ewentualność) może po pewnym czasie samoistnie ustąpić.

- Nietrzymanie moczu.

Jest to częsty problem, który również może być bezpośrednią konsekwencją otępienia. Chorzy dobrze reagują na postępowanie behawioralne polegające na przypominaniu i częstych wizytach w toalecie. Z czasem konieczne może być zakładanie pieluch (chorych nie należy cewnikować). Powinno się zlecić badania dodatkowe dla wykluczenia innych czynników (np. zakażenia dróg moczowych).

- Nietrzymanie stolca.

Nieprzyjemnym incydentom zapobiec mogą regularne wizyty w toalecie. Szczególnie warto wykonać z chorym trochę ćwiczeń po śniadaniu lub obiedzie, a pół godziny po posiłku zaprowadzić go do toalety.

Kryteria wyniku

Działania pielęgniarские poprawią jakość życia chorego, ułatwią komunikację z otoczeniem, zapewnią poczucie bezpieczeństwa. Różne formy terapeutycznych oddziaływań wzmacniają zdolność przeżywania, ucą nawiązywania kontaktów i są treningiem umiejętności społecznych.

Podsumowanie

Pielęgnowanie chorych z postępującym otępieniem jest dużym obciążeniem dla pielęgniarek, opiekunów i rodziny chorego. Standardy pielęgnowania stają się więc niezbędnym narzędziem w opiece nad chorym. Zadaniem pielęgniarki jest nie tylko odpowiednia pielęgnacja, ale także współpraca z placówkami instytucjonalnymi i poza instytucjonalnymi, (Stowarzyszeniami na rzecz chorych na chorobę Alzheimera oraz grupami wsparcia). Tylko taka holistyczna opieka może zapewnić właściwą jakość życia chorym.

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentem z chorobą Alzheimera powinny pamiętać o następujących zasadach:

- długofalowym celem postępowania jest prewencja, albo opóźnianie niekorzystnych zmian funkcjonalnych
- o fizycznym bezpieczeństwie pacjenta należy zacząć myśleć wcześniej i nigdy o nim nie zapominać
- otoczenie chorego, nawet jeśli ma on w nim przebywać krótko, powinno być dostosowane do jego możliwości i potrzeb
- współistniejące schorzenia należy rozpoznawać wcześniej i skutecznie leczyć (co może być utrudnione ze względu na upośledzenie czynności poznawczych chorego)

Piśmiennictwo

1. Wiadomości multimedialne; <http://www.alzheimer.pl/igero.php>; Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO). Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 1999.
2. Wiadomości multimedialne; www.esculap.pl; Europejski Instytut Zdrowia Kobiet „Dementia Care. Challenges for an Ageing Europe”.

3. McKhann G., Drachman D., Holstein M., Et al.: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life. Baltimore: Johns Hopkins Univ Press, 1981, New York.
4. Mace NL., Rabins PV.: „The 36-hour day: a family guide to caring for persons with Alzhiemer's disease, related dementing illnesses, and menory loss in later life". Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1981.
5. Berg L., Buckwalter KC., Chafetz PK., et., al.: Special care units for persons with dementia. J Am Geriatr Soc 1991; 39 (12); 1229–36, Florida.
6. Grochowska D.: Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym; NIPiP, Warszawa, 2002.

Maria Lipińska

Postawy studentów pielęgniarstwa wobec niepełnosprawnych

Wstęp

We wszystkich krajach Wspólnoty Europejskiej żyje około 37 milionów niepełnosprawnych, co stanowi 10 proc. społeczeństwa Unii Europejskiej. Przewiduje się, że po przyjęciu nowych państw liczba ta uległa zwiększeniu do 50 milionów. Dlatego też działania podejmowane na rzecz tak dużej grupy ludzi mają istotne znaczenie. Obecnie „niepełnosprawność nie jest rozumiana tylko jako rezultat uszkodzenia ciała czy choroby, ale raczej jako wynik barier – społecznych, ekonomicznych, fizycznych – jakie napotyka się w środowisku” [1].

Pomimo trudów jakie niesie codzienna rzeczywistość, każdy człowiek, również osoba z niepełnosprawnością dąży do samorealizacji, samourzeczywistnienia, oczekuje aby jej podmiotowość była respektowana, pragną włączyć się w działalność społeczną na zasadach równości oraz mieć nadzieję na lepszą przyszłość. Wówczas odczuwa sensowność własnej egzystencji, rozwija własną aktywność [2].

Unia Europejska prowadzi strategię spójnej polityki w odniesieniu do osób niepełnosprawnych wprowadzając zasadę: nic o niepełnosprawnych bez niepełnosprawnych, stworzenie osobom z niepełnosprawnością równych szans. Jest to zasada propagowana również przez kościół katolicki [3]. Papież Jan Paweł II zwraca uwagę na to, że każda istota ludzka powinna być szanowana jako osoba od pierwszej chwili swojego istnienia. Osoby z niepełnosprawnością powinny być akceptowane przez społeczeństwo i społeczeństwo powinno się czuć za ich odpowiedzialne [4].

Konieczność socjalizacji towarzyszy nam przez całe życie, szczególnie wraz z dojrzewaniem kiedy przejmujemy nowe role. Postawy pozytywne ułatwiają budowaniu lepszej więzi interpersonalnej, wzmacniają samoocenę i poczucie własnej wartości oraz podtrzymują wiarę w siebie i chęć działania. Budują nadzieję u osób niepełnosprawnych na bardziej godne przeżywanie swoich trudności oraz zmniejszenie stresu związanego z brakiem sprawności.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa WOZ CMUJ

Pojęcie postawy w naukach społecznych przyjmuje się jako wyraz organizacji psychicznej człowieka [5], w strukturze postawy wyróżnia się komponent poznawczy, emocjonalny, behawioralny.

Komponent poznawczy tworzony jest przez system przekonań powstałych na skutek posiadanej wiedzy w tym zakresie. Pełni on wiodącą rolę w stosunku do składnika uczuciowo-motywacyjnego, wyrażającego się emocjonalnym stosunkiem do określonych działań na rzecz ludzi z niepełnosprawnością. Komponent behawioralny stanowią ujawnione przez jednostkę zachowania wobec przedmiotu postawy [5].

Powierzchnowy i formalny zazwyczaj kontakt może pogłębić poczucie osamotnienia i przyczynić się do skomplikowania przebiegu przystosowania się do niepełnosprawności [6].

Mądrzycki T. [7] twierdzi, że postawy jednostki tworzą się w oparciu o doświadczenie społeczne, tradycję kulturową, którą jednostka przyjmuje od innych ludzi oraz w wyniku jej własnych działań i doświadczeń. Samowychowanie poszerza aktywność i poczucie odpowiedzialności.

pozytywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością są istotne również z tego powodu, że [8] życie stawia tym osobom większe wymagania niż sprawnym, wymaga większego wysiłku i wydatkowania większej energii do walki z cierpieniem.

Szczególnie ważne jest kształtowanie pozytywnych postaw wobec osób z niepełnosprawnością w procesie kształcenia pielęgniarek. Pielęgniarki bowiem w swojej przyszłej pracy zawodowej powinny wykazać się umiejętnością zarówno promocji zdrowia, jak i niesieniem pomocy potrzebującym [9] oraz udzielaniem wsparcia osobom niepełnosprawnym. Opieka nad niepełnosprawnymi wymaga zrozumienia ich potrzeb i problemów. Skutecznej opiece sprzyjają pozytywne postawy wobec niepełnosprawności. Riehl-Sisca [10] określa pielęgniarzkę jako „osobę, która w sposób uczuciowy utożsamia się ze swoim pacjentem, wspiera go w wyrażanych przez niego potrzebach, pozyskuje jego zaufanie, prawidłowo kształtuje relację terapeutyczną oraz wszystkich swoich podopiecznych traktuje równo i sprawiedliwie. Pielęgniarka zna swoje możliwości i zgodnie z nimi planuje i realizuje swoje działania”. Szczególnie ważne to jest w kontekście niepełnosprawności.

Cel pracy, materiał i metody

Celem pracy było zbadanie, czy środowisko społeczne różnicuje postawy wobec osób z niepełnosprawnością.

Interesujące jest pytanie, czy znacząca różnica środowiska wielkomiejskiego i małego miasta różnicuje postawy wobec niepełnosprawności. Środowisko wielkomiejskie stwarza większe możliwości szerszych kontaktów społecznych i korzystania z szeroko pojętej kultury. Przypuszcza się, że studentki Uniwersytetu Jagiellońskiego są bardziej tolerancyjne wobec osób z niepełnosprawnością niż

ich rówieśniczki z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie, środowiska mniejszego miasta, gdyż szersze kontakty sprzyjają tolerancji i otwartości na problemy innych. W celu odpowiedzi na powyższe pytania zbadane zostały dwie grupy studentek pielęgniarstwa pierwszego roku studiów.

Pierwszą grupę tworzyły studentki Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego. w Krakowie. Drugą grupę porównawczą stanowiły studentki Zakładu Pielęgniarstwa PWSZ w Tarnowie. Ogółem przebadano 140 studentek. Pierwsza grupa obejmowała 72 studentki, w skład drugiej wchodziło 68 studentek.

W celu zachowania jednorodności grup wzięto pod uwagę jedynie kobiety. Badania zostały przeprowadzone w grudniu 2004 r. Należy nadmienić, że program studiów w obu uczelniach jest identyczny.

Do badań zastosowano wystandaryzowane narzędzia badawcze – skala postaw wobec osób niepełnosprawnych Andrzeja Sękowskiego [11] oraz skala postaw emocjonalnych do niepełnosprawności opartej na technice dyferencjału semantycznego Osgooda [12].

Każda pozycja obu narzędzi bezpośrednio dotyczyła opinii o niepełnosprawnych albo o ich cechach osobowości, ich zachowaniu o tym czy odróżniają się od osób zdrowych albo emocjach związanych z niepełnosprawnymi lub z kontaktem z nimi, a w niektórych przypadkach deklarowanych zachowań wobec osób z niepełnosprawnością.

Efektom zastosowania skali wobec osób niepełnosprawnych Sękowskiego było utworzenie zmiennej „postawy wobec osób z niepełnosprawnością”. Zmienna ta została otrzymana poprzez zsumowanie liczby punktów uzyskanych we wszystkich 30 pozycjach skali +1 do +3 i -1 do -3. Zmienna może teoretycznie przyjmować wartości od -90 do 90 punktów. Im wyższą wartość przyjmuje, tym postawa badanego wobec osób z niepełnosprawnością jest bardziej przychylna. Wartości dodatnie oznaczają przewagę odpowiedzi diagnostycznych dla pozytywnej postawy nad odpowiedziami diagnostycznymi dla negatywnej postawy. Wartości ujemne wyrażają odwrotnie – przewagę odpowiedzi diagnostycznych dla uprzedzeń nad odpowiedziami świadczącymi o akceptacji niepełnosprawnych. Z dodatnich wartości zmiennej nie wynika jednak bezpośrednio diagnoza mówiąca o przychylniej postawie. Na wyniki liczbowe uzyskane w skali wpływa bowiem nie tylko postawa osoby badanej, lecz również treść twierdzeń. Im ostrzej twierdzenia są sformułowane, tym mniejsza część badanych się z nimi zgodzi. Im dane twierdzenie bardziej łagodnie wypowiada się o postawie, tym jego akceptacja będzie większa.

Skala postaw emocjonalnych do niepełnosprawności

Skala została oparta na technice Dyferencjału Semantycznego Osgooda. Składa się z 12 pozycji. W połowie z nich określenie wyrażające pozytywny stosunek znajduje się po lewej stronie listy, a w połowie (naprzemiennie) – po stronie

prawej. Zgodnie z przyjętym kluczem, w każdej pozycji można było uzyskać od 1 do 5 punktów. W celu sprawdzenia struktury skali postaw wobec osób z niepełnosprawnością wykonano analizę czynnikową. Najbardziej odpowiednie okazało się wyodrębnienie 5 czynników. Zdecydowały o tym zarówno kryteria psychometryczne (kryterium osypiska), jak też możliwości interpretacji czynników. Po wstępnej analizie treści czynników wykonano analizę rzetelności skal składających się z pozycji o najwyższych ładunkach poszczególnych czynników. Rezultatem tej operacji było utworzenie trzech podskal.

Wyniki

Pomiar postawy wobec osób z niepełnosprawnością odznaczał się w pełni zadowalającym stopniem rzetelności. Świadczy o tym współczynnik alfa Cronbacha, który w badanej, 140-osobowej próbie, przyjął wartość 0,82. Zadowalające okazały się również wskaźniki mocy dyskryminacyjnej wszystkich 30 pozycji skali. Badani ze 140-osobowej próby w 12 pozycjach skali udzielili odpowiedzi odznaczających się wewnętrzną zgodnością (spójnością). Rezultatem tego jest wysoka rzetelność pomiaru zmiennej: współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,85.

W skali jako całości możliwe do otrzymania wyniki obejmowały zatem przedział od 12 do 60 punktów. Oba narzędzia do pomiaru postawy odznaczały się w pełni zadowalającym poziomem rzetelności. Trafność pozytywnie oceniano na podstawie analizy treści wszystkich 30 i 12 pozycji obu skal.

Współczynnik korelacji pomiędzy wskaźnikami postaw otrzymany dzięki obu narzędziom wynosi 0,29 i jest istotny ($p < 0,001$). Słabość tej korelacji można tłumaczyć różnicami w treści obu mierzonych zmiennych, gdyż Dyferencjał Semantyczny Ozgooda mierzy przede wszystkim emocjonalne postawy wobec niepełnosprawności.

Analiza ogólnych wskaźników postaw wobec osób z niepełnosprawnością

Większość badanych ujawniała pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych. Rozkłady wyników w skali postaw wobec niepełnosprawnych przedstawiono w tabeli 1.

Poziom negatywnych emocji, jak i postrzeganie niepełnosprawnych jako osób wartościowych oraz potrzeby kontaktów z nimi nie różnicują grup z Krakowa i Tarnowa. Jak już wspomniano studentki ujawniają w większości pozytywne emocje (poziom negatywnych jest nieznaczny). Percepcja niepełnosprawnego, jako osoby wartościowej i zasługującej na szacunek nie różnicuje grup. Również większość studentek z różnych środowisk wyraża gotowość współpracy z niepełnosprawnymi. Jak widać, rozkłady wskaźników postawy kształtują się regularnie, a największe zagęszczenie wyników występuje w każdej z grup wokół modalnej wynoszącej około 45 punktów. Wartości podstawowych

Tabela 1. Rozkłady wyników uzyskanych w skali postaw wobec osób niepełnosprawnych

Wyniki w skali postaw	Ogółem		Kraków		Tarnów	
	N	%	N	%	N	%
-9-0	1	0,7	1	1,4	-	-
1-10	2	1,4	1	1,4	1	1,5
11-20	7	5,0	2	2,8	5	7,4
21-30	15	10,7	7	9,7	8	11,8
31-40	26	18,6	13	18,1	13	19,1
41-50	40	28,6	24	33,3	16	23,5
51-60	27	19,3	14	19,4	13	19,1
61-70	15	10,7	6	8,3	9	13,2
71-80	6	4,3	4	5,6	2	2,9
81-90	1	0,7	-	-	1	1,5
Ogółem	140	100,0	72	100,0	68	100,0

charakterystyk opisowych przedstawiam w tabeli 2 oraz w towarzyszącej ryc. 1 obrazującej różnicę w postawach między obiema porównywanymi grupami studentek.

Średnie wartości zmiennej w grupach osób studiujących w Krakowie i w Tarnowie były bardzo do siebie zbliżone. W teście t-Studenta różnica między tymi średnimi okazała się nieistotna: $t = 0,34$; $df = 138$; $p = 0,734$. Badanie skalą postaw wobec osób niepełnosprawnych nie wykazało zatem, aby w jednej z grup występowały częściej osoby z pozytywną, a rzadziej z negatywną postawą niż w drugiej. Postawy wobec niepełnosprawności studentek z obu środowisk były zbliżone. Większość dziewcząt w obu grupach akceptowała pogląd, że niepełnosprawni mogą zakładać normalne rodziny oraz uczyć się razem z pełnosprawnymi. Większość studentek zarówno z Krakowa, jak i z Tarnowa aprobowała możliwość pracy z niepełnosprawnymi, jak też ujawniała chęć bliższych kontaktów z nimi. Wyrażała również pogląd, że dzieci niepełnosprawne powinny być traktowane z dużą tolerancją.

Dodatkowo sprawdzono, czy grupy studentek z Krakowa i z Tarnowa nie różniły się od siebie pod względem poziomu zmiennych utworzonych na podstawie analizy czynnikowej. Wyniki analizy tych różnic przedstawiam w tabeli 3.

Wszystkie różnice pomiędzy średnimi okazały się nieistotne. Brak wykrytych różnic pomiędzy obiema grupami dotyczy zatem nie tylko ogólnego wskaźnika postaw, lecz także trzech wyodrębnionych aspektów postaw.

Wyniki badania Dyferencjałem Semantycznym skalą postaw emocjonalnych Osgooda, przedstawiono w tabeli 4. Osoby studiujące w Tarnowie uzyskują przeciętnie w skali postaw emocjonalnych istotnie wyższe wyniki niż osoby studiujące w Krakowie (test t: $t = -1,98$; $df = 138$; $p = 0,049$).

Tabela 2. Wyniki w skali postaw wobec osób niepełnosprawnych – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD)

Środowisko	Wartość średnia	Odchylenie standardowe
Kraków	44,9	15,4
Tarnów	44,0	16,6
Ogółem	44,4	15,9

Rycina 1. Postawy studentek z Krakowa i Tarnowa wobec osób niepełnosprawnych – wartości średnie, odchylenia standardowe oraz 95-procentowe przedziały ufności dla średnich

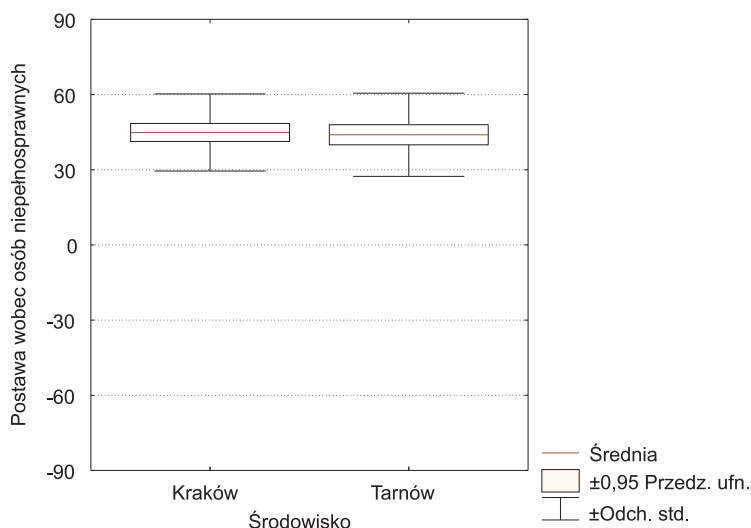


Tabela 3. Postawy w trzech wyodrębnionych podskalach – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w porównywanych grupach oraz sprawdzenie istotności różnic między średnimi

Zmienna	Kraków		Tarnów		Testy t (df = 138)	
	M	SD	M	SD	t	p
Brak negatywnych emocji w stosunku do osób z niepełnosprawnością	12,6	4,2	12,0	4,7	0,73	0,466
Opinie o wartości osób niepełnosprawnych	6,2	6,0	4,6	7,1	1,48	0,140
Opinie o potrzebie kontaktów z niepełnosprawnymi	9,6	3,7	9,8	2,8	-0,30	0,765

Tabela 4. Wyniki w skali postaw emocjonalnych Osgooda – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD)

Środowisko	Wartość średnia	Odchylenie standardowe
Kraków	39,2	6,4
Tarnów	41,3	6,6
Ogółem	40,2	6,5

Tabela 5. Postawy w 12 pozycjach Skali postaw emocjonalnych – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w porównywanych grupach oraz sprawdzenie istotności różnic między średnimi

Określenie niepełnosprawności		Kraków		Tarnów		Testy t (df = 138)	
Pozytywne (5 pkt.)	Negatywne (1 pkt.)	M	SD	M	SD	t	p
Stanowi dar Boga	Stanowiąca karę za grzechy	3,39	0,66	3,37	0,69	0,19	0,853
Ułatwiająca życie	Stanowiąca ciężar ponad siły	2,57	0,69	2,43	0,65	1,26	0,210
Budzająca podziw	Budzająca litość	3,33	1,03	3,56	1,18	-1,21	0,230
Oznaczająca błogosławieństwo	Oznaczająca przekleństwo życia	3,10	0,48	3,22	0,73	-1,19	0,237
Zachwycająca	Pogardzana	3,12	0,65	3,24	0,83	-0,88	0,381
Przynosząca godność	Pozbawiona godności	3,25	0,85	3,66	0,96	-2,69	0,008**
Akceptowana	Odrzucana	3,31	1,16	3,78	0,99	-2,59	0,010**
Budująca życie	Przekreślająca życie	3,21	0,92	3,54	0,85	-2,24	0,027*
Wartościowa	Bezwartościowa	3,81	0,83	3,99	0,87	-1,25	0,215
Odbierająca sens życia	Niosąca sens życia	3,33	1,01	3,57	0,92	-1,47	0,143
Pozwalająca na sukces	Uniemożliwiająca sukces	3,26	0,99	3,34	1,11	-0,42	0,677
Budująca	Niszcząca	3,47	0,89	3,63	0,83	-1,10	0,272

Istotność: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Niemniej pomiędzy dwiema grupami zarysowały się różnice statystycznie istotne dotyczące tylko trzech cech w ramach Dyferencjału Semantycznego Osgooda. Statystycznie częściej studentki z Krakowa niż z Tarnowa sądziły, że niepełnosprawność jest pozbawiona godność, odrzucana i przekreślająca życie, co przedstawiono w tabeli 5.

Podsumowanie

Wyniki badań wskazują, że środowisko społeczne nie różnicuje postaw wobec niepełnosprawności, większość osób zarówno z ośrodka wielkomiejskiego, miasta uniwersyteckiego o dużych tradycjach kulturowych, jak i z miasta o średniej wielkości przejawia pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych. Świadczy to o wiedzy badanych, jakie postawy powinny przejawiać wobec niepełnosprawnych. Nie należy bowiem zapominać, że postawy mają charakter deklaratywny a nie behawioralny. Równocześnie świadczy to o pozytywnym procesie oddziaływań środowiskowych. Zwraca uwagę również to, że studentki wielkomiejskiego ośrodka statystycznie więcej przypisują niepełnosprawnym negatywne cechy w postaci braku godności, nieaprobaty i przekreślenia wszelkich szans życiowych. Nasuwa się hipoteza wymagająca weryfikacji, iż ośrodek wielkomiejski w większym stopniu rozbudza potrzeby konsumpcyjne, kolidujące z opieką nad niepełnosprawnym.

Piśmiennictwo

1. Wapiennik E., Piotrowicz R.: Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej. Urząd Komitetu Integracji Europejskiej i Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Wyd. „Pozkał”, Inowrocław 2003, str. 2–12.
2. Jedynak M.: Pozycja osoby niepełnosprawnej w zmieniającej się rzeczywistości społeczno-ekonomicznej, w: *Pielęgniarka i Położna* 2004, Nr 6/521, str. 9–7.
3. Kozłowski G.: Godność osobowa człowieka ułomnego. Krytyka utylitarystyczno-materialistycznych poglądów Petera Singera. w: *Pielęgniarka i Położna* 2004, nr 6/521, str. 17–26.
4. Goodman N.: *Wstęp do socjologii*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1997, s. 94–98.
5. Gawęł A.: *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Wyd. U. J., Kraków 2003 6M.
6. Obuchowska J.: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. W.Sz. i P. Warszawa 1995, str. 76–82.
7. Mądrzycki T.: *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. WSP, Warszawa 1977, s. 51–70.
8. Dykcik W.: *Problemy autonomii i integracji społecznej osób niepełnosprawnych w środowisku życia*. W: *Pedagogika Specjalna*. Pod red. W. Dykcika, Wyd. Naukowe U.M., Poznań 1998, str. 315–336.
9. Varray, P. Grosch P.: *Etyka*, Zysk i S-ka, Poznań 1995, str. 178–190.
10. Wrońska I.: *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1987, s. 54.
11. Sękowski A. E.: *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 1994.
12. Nachmias Ch. F., Nachmias D.: *Metody dydaktyczne w naukach społecznych*. Wyd. Zysk i S-ka Wydawnictwo. Poznań, 2001, s. 276.

Współczesne problemy neurologii i neurorehabilitacji



Wprowadzenie

Część leczenia zależy
od woli wyleczenia.

Seneka Młodszy

Cały XX wiek należy uznać za przełomowy nie tylko dla medycyny, ale i wszystkich nauk biologicznych. Dzięki biologii molekularnej poznano już prawie wszystko o patogenezie takich chorób, jak choroba Huntingtona, dystrofia Duchenne'a, choroba Friedriecha, miotonia wrodzona, porażenie okresowe i inne zaburzenia neurogenetyczne. Do największych osiągnięć należy także wprowadzenie nowoczesnych metod obrazowania mózgu i układu nerwowego: tomografii komputerowej, magnetycznego rezonansu oraz ultrasonografii. Neurologia kliniczna coraz bardziej staje się neurologią molekularną, co doskonale ilustruje diagnostyka wspomnianych chorób neurogenetycznych. Korzyści ze współczesnych metod neuroobrazowania odczuwają przede wszystkim pacjenci, ponieważ są one coraz mniej inwazyjne a jednocześnie umożliwiające szybką i precyzyjną diagnostykę. W najbliższych latach przewiduje się dalszy rozwój neurobiologii molekularnej. Współczesne problemy neurologii związane są ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku, co wiąże się ze zwiększoną liczbą pacjentów z chorobami naczyniowymi mózgu i zaburzeniami pamięci. Starzenie się ludzi na świecie zachodzi w skali dotąd niespotykanej. Analiza danych z lat 1988–1997 wykazała, że ogólna liczba przyjęć do szpitala z powodu udaru mózgu wzrosła o więcej niż 35%. Jest on w Polsce trzecią co do częstości przyczyną zgonów, a każdego roku z jego powodu umiera więcej niż 30 tysięcy Polaków. Stwierdzono również, że udarowi mózgu coraz częściej towarzyszą inne schorzenia, takie jak cukrzyca, niewydolność serca czy nadciśnienie tętnicze. Staje się także główną przyczyną inwalidztwa w dojrzałym wieku, stanowiąc olbrzymie obciążenie finansowe dla społeczeństwa. Ocenia się, że w Polsce całkowite koszty związane jedynie z wtórnymi udarami mózgu wynoszą rocznie około 432 mln złotych, z czego ponad połowa przypada na koszty medyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

Co roku zwiększa liczba niepełnosprawnych w Polsce. Pojawiają się więc coraz bardziej realne perspektywy gwałtownego rozwoju rehabilitacji medycznej

w Polsce, w tym także neurorehabilitacji. Składa się na to zarówno świadomość społeczeństwa i ich rodzin z tego, jak wiele można zyskać dzięki rehabilitacji. Zwiększa się też w sposób istotny liczba i fachowość specjalistów medycznych niezbędnych w realizowaniu kompleksowej rehabilitacji. Poprawia się sukcesywnie baza dla rehabilitacji szpitalnej i ambulatoryjnej oraz jakość tej bazy i wyposażenia.

Wojciech Kułak

Lucyna Sochocka¹

Niewerbalne formy kontaktu z noworodkiem przedwcześnie urodzonym

„Wyobraź sobie, że jesteś zamknięty w plastikowym pudle, sam jak palec, zupełnie bezbronny, pozbawiony możliwości ruchu, aby sięgnąć po coś do jedzenia lub picia, gdy masz na to ochotę. Leżąc tak, nie jesteś w stanie nic zrobić, a wszyscy oczekują od ciebie, że w ciszy i w spokoju zajmiesz się patrzeniem w sufit. Jedynym sposobem zwrócenia na siebie uwagi jest zrobienie jak największej hałasu – płacz, krzyk, wrzask – wtedy dopiero coś zaczyna się dziać!” [1].

Każde zachowanie człowieka jest komunikatem, dlatego nie można nie komunikować się [Watzlawick 1967]. Milczenie i czyjaś obecność są także komunikatami. Już od pierwszych dni życia noworodek, dysponując zachowaniami, takimi jak patrzenie, ssanie, płacz, próbuje realizować swoje potrzeby biologiczne, ale przede wszystkim porozumiewać się z otoczeniem [2]. Umiejętność nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem zależy od synchronizacji. Ta interpersonalna synchronizacja (matka–dziecko), w niezakłóconych przez chorobę warunkach, zaczyna się już w chwili narodzin. Od pierwszej wymiany spojrzeń dziecko uczy się złożonych form relacji międzyludzkich. Uczy się nawiązywać kontakt wzrokowy, przenosić wzrok gdzie indziej na znak znudzenia, skupiać na czymś uwagę, okazywać emocje, reagować na bodźce, wywoływać reakcje u innych osób, posługiwać się mimiką twarzy [3]. Uczy się zachowań niewerbalnych, które obok zachowań werbalnych, są formą interakcji międzyludzkich, formą, jak się okazuje o bardzo dużym zasięgu, bowiem aż 93% komunikacji odbywa się bez użycia słów. Pozostała część to przekaz werbalny.

Zachowania niewerbalne w interakcji dzieli się na: wokalikę i kinezykę. Inne zachowania, które mają pośredni związek z interakcją, to: przedmiotowość osoby (person object), sposób wykorzystania czasu czyli chronemika oraz obiekty fizyczne i ich uporządkowanie. Wokalizacja obejmuje dźwięk naszego głosu (ale też ziewnięcia, odchrząknięcia, pauzy), barwę głosu, tempo mowy, wysokość, głośność, czas wypowiedzania głosek i inne. Kinezyka odnosi się do ruchów. Składają się na nią: zachowania posturalno-gestowe tj.: pozycja i ruchy części

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ciała, ogólna postawa ciała i jej zmiany; mimika, spojrzenia, proksemika i haptyka. Mimika, czyli wyraz twarzy, jaki świadomie tworzymy przy udziale mięśni mimicznych twarzy (który często pojawia się również automatycznie) w związku z doznawaniem i ekspresją uczuć, emocji. Spojrzenie, to sposób, w jaki posługujemy się oczami w trakcie konwersacji: w którą stronę patrzymy, jak często nawiązujemy kontakt wzrokowy z rozmówcą, czas trwania spojrzenia. Proksemika, czyli posługiwanie się przestrzenią i dystansem fizycznym. Haptyka odnosi się do zachowań dotykowych, które służą do przekazania stronom interakcji rozmaitych znaczeń. Zidentyfikowano ich dwanaście: podtrzymanie na duchu, uznanie, wspólnotę, uczucie, zainteresowanie lub intencje seksualne, zgodę, zwracanie uwagi, agresję, powitanie, pożegnanie, zapowiedź odpowiedzi [4].

Wszyscy potrzebujemy kontaktu i bliskości osoby, z którą moglibyśmy nawiązać więź uczuciową, bez względu na to kim ona jest: matką, opiekunem, pielęgniarką. Posługując się emocjami, w pierwszych stadiach naszego rozwoju, kompensujemy małą wartość, kształtujących się dopiero, sprawności poznawczych. Ludzie, najpierw jako dzieci, komunikują się za pomocą związków uczuciowych z otaczającym ich światem. Unikają w nim tego co przykre, dążą do tego co przyjemne. Na początku istnienia, gdy całym naszym światem jest matka, związek uczuciowy z nią jest podstawowym warunkiem istnienia w świecie, drugim, nie mniej ważnym jest bezpieczeństwo [5].

Nawiązanie kontaktu niewerbalnego z noworodkiem przedwcześnie urodzonym jest trudne, powiedzieć można: trudno jest „dogadać się z wcześniakiem”. Jest to uwarunkowane wieloma czynnikami, m.in.: wcześniaki potrzebują dużo silniejszych bodźców stymulujących np. do zwrócenia ich uwagi, okres czuwania wcześniaków jest krótszy, fiksacja wzroku na twarzy bardziej ulotna niż noworodka donoszonego. Posiadają również umiejętności pozwalające im „wyłączyć się”, gdy poczują się zagrożone lub zmęczone natarczywością swojego rozmówcy: zapadają w sen, płaczą, lub przybierają charakterystyczny, obojętny wyraz twarzy. Wg Tiffany Field, profesor doktor pediatrii, psychiatrii i psychologii z Uniwersytetu Akademii Medycznej Miami, specjalistki w dziedzinie wieku rozwojowego: „Zbyt słabe bodźce mogą nie wystarczyć do wywołania jakiegokolwiek reakcji, z drugiej jednak strony łatwo o przesadną, zbyt intensywną stymulację”. Kontakt z noworodkiem z dystrofią wewnątrzmaciczną jest jeszcze trudniejszy, on najlepiej czuje się sam ze sobą. Gdy bierze się go na ręce, tuli go, pieści, jego ciało nieruchomieje, sztywnieje. Męczy się próbami reagowania na bodźce płynące z otoczenia. Może być i tak, że dziecko jest nadwrażliwe, bardzo niespokojne, wówczas wszelkie interakcje sprowadzają się przede wszystkim do prób wyciszenia go i uspokojenia [6].

Nie tylko z tych powodów noworodek przedwcześnie urodzony jest trudnym partnerem interakcji. Przebywając w oddziale intensywnej opieki medycznej, narażony jest na stale dopływające do niego bodźce, które są niedostosowane do etapu rozwoju jego układu nerwowego, tj: nadmiar ostrego światła, hałas, si-

ła grawitacji; podłączony do respiratora i innych urządzeń podtrzymujących go przy życiu, otrzymuje leki p/bólowe i nasenne, stale jest poddawany przykrym dla niego procedurom medycznym. Myślę, że to wystarczy, aby mieć świadomość złożoności problemu kontaktu z wcześniakiem. Ale, czy to oznacza, że mamy nie inicjować tego kontaktu, że noworodek przedwcześnie urodzony go nie potrzebuje, że mamy czekać, aż nauczy się werbalizować swoje potrzeby?...

Dziecko od początku życia jest istotą społeczną, a dla prawidłowego rozwoju jego psychiki ważna jest jakość wczesnych interakcji z matką lub inną osobą odgrywającą tę rolę. Podkreśla się tutaj dostępność fizyczną i psychiczną matki, jej gotowość do dialogu z dzieckiem, zdolność do emocjonalnego dostrojenia się do dziecka. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwoju [7]. Dzieci urodzone przedwcześnie nie są w stanie zdobywać doświadczeń i uczyć się pozytywnych wzorców w tak dynamiczny i naturalny sposób jak noworodki donoszone. Tymczasem doznawanie, adaptacja do własnej spontanicznej funkcji wszystkich bodźców w pierwszym okresie życia jest warunkiem prawidłowego rozwoju psychoruchowego. Bodźce te stają się naturalną stymulacją dotykową, proprioceptywną, zmysłową, dzięki której dziecko poznaje swoje ciało, otaczające go środowisko, uczy się reagować na światło, dźwięk, twarze najbliższych i obcych mu osób. Każdy dotyk, zmiana pieluchy, noszenie i kąpanie dziecka to formy stymulacji, która wykonana właściwie może wspomagać prawidłowy rozwój dziecka. W tej sytuacji, pomocne okazać się mogą, sposoby pielęgnacji dziecka, opracowane, stale doskonalone i stosowane przez terapeutów NDT-Bobath, nazywane „handlingiem”. System ten ma na celu: uruchomienie potencjału rozwojowego dziecka, kształtowanie umiejętności ruchowych i zdolności poznawczych od początku życia dziecka, budowanie poczucia własnego bezpieczeństwa dziecka oraz rozwój poczucia kompetencji rodziców. Techniki te używane są, między innymi, jako najprostsza forma wspomagania rozwoju u dzieci urodzonych przedwcześnie i wymagających długiej hospitalizacji. Pozwalają w prosty sposób opanować ciało dziecka, ukoić je gdy jest niespokojne, płacze i pręży się [8].

Dotyk jest pierwszym językiem, który wyprzedza inne. To rozmowa skóry ze skórą, skóry, z której wychodzą inne narządy zmysłów. Skóra noworodka posiada inteligencję, wrażliwość, przez tę skórę dziecko poznaje świat [9]. Jest ona cienka, osłania znajdujące się w niej zakończenia nerwowe, ponadto kora somatosensoryczna, jest najlepiej rozwiniętą częścią kory mózgowej. Bardziej wrażliwą na dotyk jest prawa połowa ciała niż lewa, co można zaobserwować u dzieci leżących z głową zwróconą w prawą stronę. Wśród noworodków dziewczynki są bardziej wrażliwe na dotyk niż chłopcy; kilkugodzinne dziewczynki na ogół reagują na słabsze dmuchnięcie powietrzem na brzusek niż chłopcy; po usnięciu kołderki wcześniej zaczynają się kręcić i płakać [10].

Przed rozwinięciem zachowań werbalnych, uczenie się, radzenie sobie z problemami i doświadczanie człowieka opiera się w znacznej części na dotyku. Jeste-

śmy dotykani na znak pocieszania, towarzystwa i ochrony. Poprzez dotyk dłoni dziecko odczuwa wszystko: spokój, pewność, czułość lub – nerwowość, niezręczność, a nawet przemoc. Potrafi rozpoznać, czy są to ręce, które kochają, czy są nieobecne, czy go nie chcą. Przyjazny dotyk zapewnia poczucie bezpieczeństwa dziecku. Poprzez różne formy kontaktu ze skórą dziecka: mocny uścisk, delikatny chwyt, głaskanie, pocieranie, przekazujemy dziecku, w sposób pozawerbalny informacje, na które dziecko reaguje zmianą napięcia mięśniowego, częstości oddechów, położenia głowy, a także gestykulacją, spojrzeniem, cmokaniem. Są to przejawy mowy ciała. Nasze zachowanie i poziom przystosowania w późniejszym życiu zależą, w dużej mierze, od ilości ciepła emocjonalnego, które otrzymaliśmy przez dotyk naszych rodziców, opiekunów, bliskich. Dotyk sprzyja poczuciu zaufania i empatii. Dzięki niemu uczymy się wnioskować o tym, w jakim stopniu możemy ufać innym. Nabieramy zaufania do rodziców, odczuwając ich czuły i opiekuńczy dotyk podczas karmienia, kąpania, ubierania i kołysania nas. Zaufanie to umacnia się, jeżeli często nas dotykają i kontakt z nimi zaspokaja nasze potrzeby [11].

Wszystkie czynności pielęgnacyjne, które wykonuje przy chorym dziecku, w oddziale intensywnej opieki, pielęgniarka lub/i matka, takie jak: przewijanie, ubieranie, kąpiel, masowanie, głaskanie, trzymanie na rękach, karmienie, mają na celu nie tylko pielęgnację dziecka, ale również wzajemne porozumiewanie się za pomocą komunikatów niewerbalnych. Między dzieckiem a matką i/lub pielęgniarką wytwarza się więź emocjonalna dzięki temu, że utrzymuje z nim kontakt wzrokowy, dotyka je, uśmiecha się, mówi do niego [12].

Badania przeprowadzone jeszcze w latach sześćdziesiątych wykazały pozytywny wpływ głaskania, kołysania i przytulania dzieci z niską masą urodzeniową na ich samopoczucie i komfort. Dotyk sprawiał, że dzieci były spokojniejsze, mniej płakały i szybciej przybierały na wadze. Ich rozwój motoryczny przebiegał sprawniej. Metodę tą, nazwaną techniką czułego dotyku, opracowała Ruth Rice.

Inną technikę dotyku, którą można stosować nawet u wcześniaków leżących w inkubatorach, zwaną TIC TAC (touching and caressing, tender and caring), („dotyk i pieszczota, czułość i troska”) opracowała Elvedina Adamson-Macedo. Technika ta nie wymaga żadnego ucisku na mięśnie ani tarcia skóry. Polega ona na pobudzaniu zakończeń nerwowych w skórze poprzez bardzo delikatne głaskanie opuszkami palców [13].

W Polsce, w wielu oddziałach intensywnej opieki medycznej wcześniaków, coraz częściej spotkać można rodziców stosujących „metodę kangura”. Metoda ta, zwana też „kangurowaniem”, lub kontakt ciało-do-ciała, zapoczątkowana w Bogocie, w Kolumbii, zyskała w ostatnich latach dużą popularność w krajach Europy Zachodniej i USA, a w krajach skandynawskich stała się procedurą standardową. Jej pozytywne efekty opisali w 1983 roku Rey i Martinez, wskazując na zmniejszenie wskaźników umieralności i zachorowalności wcześniaków oraz mniejszą liczbę dzieci porzucanych przez matki. Metoda ta polega na umożli-

wieniu matce przebywania razem z dzieckiem i trzymania go w półpionowej pozycji, przytulonego do ciała matki, ułożonego na jej brzuchu, między piersiami i otulonego z zewnątrz kocykiem lub kołderką. Stosowane są różne jej wersje w zależności od czasu rozpoczęcia jej stosowania: „bardzo wczesna” – początek 30–40 minut po porodzie, „wczesna” – rozpoczynana w pierwszej dobie po porodzie, „pośrednia” – początek około 7 dnia po porodzie, kiedy dziecko nie jest jeszcze w pełni stabilne lub jest stabilne, ale wciąż na respiratorze, „późna” – rozpoczyna się nawet wiele dni od porodu, gdy dziecko wyjdzie z fazy intensywnego leczenia [14].

Bliskość fizyczna daje poczucie bezpieczeństwa, które jest bezwzględnie potrzebne bezbronnemu, małemu dziecku, jakim jest wcześniak. To właśnie poprzez głaskanie, przytulanie, pieszczony dajemy wyraz swojej troski, opieki i miłości. Okazanie uczuć jest ważne nie tylko dla dziecka. Poprzez dotyk i fizyczną bliskość z dzieckiem również rodzice realizują swoje potrzeby opiekuńcze. Pomagamy Im w tym.

Piśmiennictwo

1. Kitzinger S.: Znudzenie i samotność. Płaczące niemowlę. Prószyński i Spółka, Warszawa 2000, s. 174–195.
2. Nyklewicz W.: Podstawy teoretyczne procesu komunikowania. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Czelej, Lublin 2003, s. 29–78.
3. Kitzinger S.: Znudzenie i samotność. Płaczące niemowlę...
4. Grove T. G.: Niewerbalne elementy interakcji. J. Stewart: Mosty zamiast murów Podręcznik komunikacji interpersonalnej. PWN, Warszawa 2003, s. 122–134.
5. Obuchowski K.: Potrzeba kontaktu emocjonalnego. Przez galaktykę potrzeb. ZYSK i S-ka, Poznań 1995, s. 196–228.
6. Kitzinger S.: Wcześnieiki i dzieci z niską wagą urodzeniową. Płaczące niemowlę..., s. 160–174.
7. Kmita G.: Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko. E. Helwich: Wcześnieik. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 111–115.
8. Zawitkowski P.: Wczesna stymulacja rozwoju psychoruchowego dzieci urodzonych przedwcześnie. M. K. Kornacka: Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 68–82.
9. Leboyer F.: Narodziny bez przemocy. Wydawnictwo Radunia, Wrocław 1974, s. 47–49.
10. Maurer D., Maurer Ch.: Aktywność noworodka w ciągu dnia. Świat noworodka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 169–188.
11. Hardison J.: Polepszanie związków interpersonalnych przez dotyk. J. Stewart: Mosty zamiast..., s. 141–154.
12. Bartoszewicz A.: Komunikowanie się pielęgniarki z dzieckiem. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek: Komunikowanie interpersonalne..., s. 171–183.
13. Kitzinger S.: Wcześnieiki i dzieci z niską wagą...
14. Kmita G.: Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko. E. Helwich: Wcześnieik..., s. 111–115.

Magdalena Strugała¹

Opieka medyczna sprawowana nad dziećmi po przebyciu zespołu Guillain-Barré

Wstęp

Uleczalne zapalenie wielokorzeniowo nerwowe, czyli zespół Guillain-Barré zaliczany jest do procesów autoimmunologicznych, charakteryzujących się ostro występującą, symetryczną neuropatią, w której zaburzenia ruchowe dominują nad czuciowymi. Zapadalność wynosi około 2 przypadki na 100 tys. [1, 2].

Osiowym objawem zespołu jest symetryczne osłabienie mięśni kończyn (zwłaszcza kończyn dolnych) z osłabieniem lub zniesieniem odruchów głębokich. Ciężkość zespołu waha się od niewielkiego opadania stóp do całkowitej tetraplegii z porażeniem mięśni twarzy, niemożnością połykania, mówienia, zamykania oczu, oddychania [3]. Mniej więcej w 20–40% przypadków występują objawy niewydolności oddechowej wymagające stałego oddechu zastępczego. Na szczególne podkreślenie zasługuje konieczność właściwej pielęgnacji i długotrwałego, możliwie najwcześniej rozpoczętego leczenia usprawniającego [4]. W ciągu 6 miesięcy od zachorowania 85%–90% chorych odzyskuje zdolność do samodzielnego poruszania się. W połowie przypadków objawy częściowego uszkodzenia nerwów obwodowych pozostaną na stałe [3]. Zespół Guillain-Barré nie może być traktowany jako łagodne schorzenie, śmiertelność w ostrej fazie choroby wynosi około 5% [5].

Cel pracy

Celem pracy było podsumowanie własnych obserwacji i spostrzeżeń, dotyczących opieki medycznej sprawowanej nad dziećmi, które przebyły zespół Guillain-Barré.

¹ Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Materiał i metoda

Badaniu poddano 40 osobową grupę dzieci, które były hospitalizowane z powodu zespołu Guillain-Barré w Klinice Neurologii Wiekowej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Grupa respondentów składała się z 20 dziewcząt i 20 chłopców, mieszkających w środowisku miejskim (55%) i wiejskim (45%). Badania przy pomocy ankiety wg. własnego opracowania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Kwestionariusz zawierał pytania skierowane zarówno do rodziców, jak też do dziecka. W celu uwiarygodnienia wyników przeprowadzonych badań własnych zastosowano test niezależności, przyjmując poziom istotności $p = 0,05$.

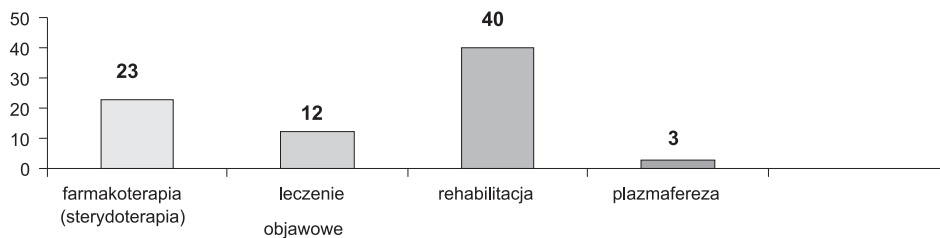
Wyniki badań

Objętą analizą 40 osobowa grupa była reprezentowana przez dzieci w wieku od 3 do 23 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 13 lat, najlicniejsza grupa zarówno dziewcząt jak chłopców mieściła się w przedziale wiekowym 11–15 lat (tabela 1).

Tabela 1. Struktura wieku badanych z uwzględnieniem płci

Przedziały wiekowe	Płeć		Pacjenci ogółem	
	Dziewczęta	Chłopcy	n	%
0–5	3	3	5	12,5
6–10	5	0	5	12,5
11–15	7	10	17	42,5
16–20	5	6	11	27,5
> 20	1	1	2	5,0
śr. wieku	13	13	13	32,5
Razem (n = 40)	20	20	40	100,0

Wyniki leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji w badanej grupie były pomyślne. Wśród ankietowanych najwięcej było dzieci, u których czas jaki upłynął od momentu rozpoznania zespołu Guillain-Barré wynosił od 4–5 lat (35% dzieci). Dane dotyczące ciężkości procesu chorobowego wykazały, że u 8% badanych dzieci odnotowano ciężki przebieg choroby, w pozostałych przypadkach był on lekki (30%) lub umiarkowany (62%). W związku z tym czas hospitalizacji i leczenia był bardzo zróżnicowany i w niektórych przypadkach wynosił nawet kilka miesięcy. Jak wynika z badania najczęstszą formą leczenia była farmakoterapia, ukierunkowana na leczenie objawowe (do często zgłaszanych dolegliwości należały bóle mięśniowe i parestezje), rehabilitacja ruchowa, stosowana u wszyst-

Rycina 1. Zastosowany rodzaj leczenia

kich dzieci po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych oraz plazmafereza, przy czym zabieg ten był stosowany przede wszystkim u chorych z niewydolnością oddechową (ryc. 1).

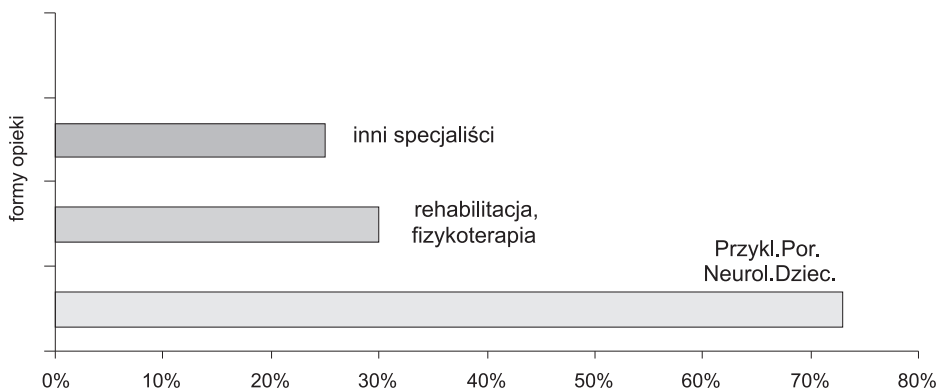
Chorzy, zwłaszcza w pierwszych tygodniach choroby, byli pod stałą obserwacją pielęgniarki, do najważniejszych problemów z zakresu pielęgnacji u chorych z zespołem Guillain-Barré należały m.in.: znacznie ograniczona aktywność ruchowa spowodowana niedowładem kończyn, zaburzenia oddechowe, bezradność dziecka wobec podstawowych potrzeb życiowych, przeżywanie lęku i poczucie zagrożenia. Celem opieki pielęgniarskiej było zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, wsparcie psychiczne, zapewnienie warunków do odpoczynku, zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia: przeciwdziałanie przykurczom, zanikom mięśniowym, opadaniu stóp oraz troskliwa pielęgnacja skóry dziecka, zapobieganie odleżynom, odpowiednie odżywianie, wyrównanie masy ciała. U chorych nie mogących połykać, stosowano żywienie przez cienki zgłębnik nosowo-żołądkowy.

Usprawnianie ruchowe rozpoczęto po całkowitym ustąpieniu zaburzeń oddechowych, stosując najpierw ćwiczenia oddechowe i ćwiczenia bierne oraz odpowiednio częstą zmianę pozycji dziecka w łóżku. W miarę poprawy stanu zdrowia dziecka rozpoczęto ćwiczenia czynne w łóżku, a następnie pionizację i naukę chodu. 77% dzieci opuściło szpital samodzielnie z zaleceniem kontynuacji kinezyterapii i fizykoterapii, 60% pacjentów po opuszczeniu szpitala wymagało dłuższej pielęgnacji i rehabilitacji, a 30% badanych w początkowym okresie po chorobie miało trudności z samoobsługą, nikt z nich nie korzystał z wózka inwalidzkiego (tabela 2). Wyniki badań dotyczące utrzymujących się objawów pochorobowych wykazują, że 80% pacjentów w okresie prowadzenia badania funkcjonowało bez żadnych dolegliwości. Do wymienianych przez 20% dzieci, utrzymujących się objawów po przebytej chorobie, najczęściej należały: drżenie rąk i cierpienie stóp. 97% badanych dzieci po przebytym zespole Guillain-Barré odzyskało samodzielność ruchową.

Opieka medyczna sprawowana nad dziećmi po chorobie była satysfakcjonująca dla 60% dzieci. Ze specjalistycznej opieki medycznej po zakończeniu hospitalizacji korzystało regularnie 73% osób, w zajęciach rehabilitacyjnych i fizykoterapeutycznych aktywnie uczestniczyło 30% ankietowanych. Dzieci w największym

Tabela 2. Stopień samodzielności i aktywności dzieci w bezpośrednim okresie po chorobie

Stan funkcjonowania fizycznego dziecka	n	%
opuszczenie szpitala na „własnych nogach”	31	77,5
korzystanie z wózka inwalidzkiego	0	0,0
długa rehabilitacja i pielęgnacja po wyjściu ze szpitala	24	60,0
trudności z samoobsługą	12	30,0
duża samodzielność	23	57,5

Rycina 2. Formy opieki medycznej sprawowanej nad dzieckiem po okresie hospitalizacji

zakresie korzystały z pomocy Przyklinicznej Poradni Neurologii Dziecięcej, rehabilitanta i fizykoterapeuty oraz innych specjalistów: psychologa, logopedy i okulisty (ryc. 2). U kilku dzieci zaistniała przejściowa konieczność zastosowania odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego. Zdaniem większości respondentów opieka specjalistyczna poradni lub lekarza specjalisty była w zupełności wystarczająca, 25% uznało ją niestety za niewystarczającą. Opinie respondentów wskazują na potrzebę poprawy dostępności do specjalistycznej opieki medycznej. Opieka świadczona przez personel medyczny w trakcie hospitalizacji była oceniana bardzo dobrze.

Omówienie wyników badań

Uzyskane wyniki w zakresie leczenia są zgodne przyjętymi metodami leczenia zespołu Guillain-Barré, większość autorów fachowej literatury podaje, że największe znaczenie mają dwie metody: plazmafereza i duże dawki ludzkiej

immunoglobuliny [6]. Dane dotyczące ciężkości procesu chorobowego i utrzymujących się objawów pochorobowych, pokrywają się z doniesieniami innych autorów wskazując, że zespół Guillain-Barré najczęściej kończy się pomyślnie, pozostawiając niekiedy nieznaczne niedowłady kończyn [4]. Przytoczone w pracy spostrzeżenia dotyczące opieki pielęgniarskiej nad chorym z zespołem Guillain-Barré można potwierdzić powołując się m.in. na Ugniewską C., która podaje, że praca pielęgniarki w opiece nad chorym z polineuropatią, powinna być skoncentrowana na uważnej obserwacji zaburzeń oddechowych, zaburzeń układu autonomicznego, czynności zwieraczy, właściwej pielęgnacji skóry i przeciwdziałaniu powikłaniom wynikającym z unieruchomienia [7]. Rola pielęgniarki w późniejszym okresie choroby powinna przede wszystkim polegać na wspomaganie pacjenta w powrocie do normalnego funkcjonowania w swoim środowisku. Nieocenioną rolę odgrywa również kompleksowa rehabilitacja, przede wszystkim kinezyterapia i fizykoterapia. Zastosowane postępowanie usprawniające u badanych pacjentów z zespołem Guillain-Barré było podobne do proponowanych przez innych autorów form w tym zakresie [1, 3].

Analiza wyników badań wykazała, że możliwość leczenia i konieczność dalszej rehabilitacji, była utrudnieniem zwłaszcza dla dzieci mieszkających w środowisku wiejskim, gdzie opieka zdrowotna jest ograniczona do wymiaru podstawowej opieki. Ponadto wysokie koszty leczenia specjalistycznego, koszty dojazdów, ograniczały dostęp do specjalistycznych świadczeń medyczno-rehabilitacyjnych.

Wnioski

1. Opieka medyczna sprawowana nad dziećmi po chorobie była dla ponad połowy dzieci satysfakcjonująca.
2. Opinie respondentów wskazują na potrzebę poprawy dostępności do specjalistycznej opieki medycznej. Opieka świadczona przez personel medyczny w trakcie hospitalizacji była oceniana bardzo dobrze.
3. Konieczne są działania związane z przygotowaniem pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji.

Piśmiennictwo

1. Jakimowicz W.: Neurologia kliniczna w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987, s. 185–186.
2. Kuliński W. i inni.: Zespół Guillain-Barré o szczególnie ciężkim przebiegu. (w:) Neurologia i Neurochirurgia Polska, 1997, T. 31, Nr 1.
3. Członkowska A., Członkowski A.: Diagnostyka i leczenie w neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992, s. 233–234.
4. Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (red.): PEDIATRIA. Warszawa 1995, T. 2, s. 578–579.

5. Czochańska J. (red.): Neurologia dziecięca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1990.
6. Pietrzak M.: Przebieg i leczenie a wyniki usprawniania w zespole Guillain-Barré. (w:) Postępy w rehabilitacji w chorobach układu nerwowego u dzieci. Materiały z sesji naukowych, Poznań 25–26 listopada 1993. Wydawnictwo PAN, Poznań 1995.
7. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 377.

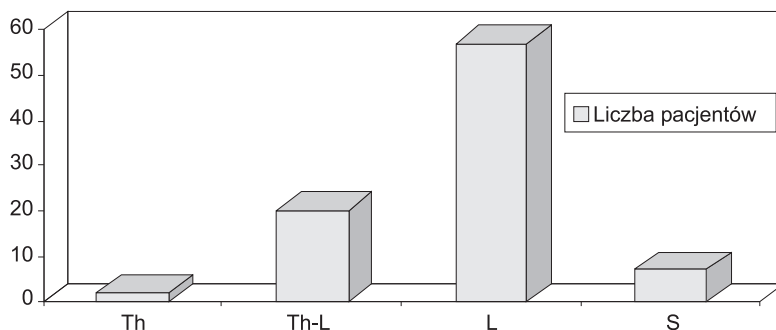
Bożena Okurowska-Zawada¹, Wojciech Sobaniec¹

Postępowanie rehabilitacyjno-pielęgnacyjne w niedowładach u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w korelacji z poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego

Wstęp

Przepuklina oponowo-rdzeniowa (Myelomeningocele) jest zaburzeniem rozwojowym kręgosłupa i ośrodkowego układu nerwowego. Wadliwie zbudowany rdzeń i jego opony uwypuklają się na zewnątrz, w postaci worka, przez ubytek kostny łuków kręgowych. Najczęściej umiejscawia się w części lędźwiowo-krzyżowej (90%) [1]. Jest przyczyną porażień ruchowych i czuciowych oraz zaburzeń w wydalaniu moczu i stolca. Z punktu widzenia patologicznego i klinicznego rozróżniamy: ukryty rozszczep kręgosłupa – spina bifida occulta – brak połączenia łuków kręgowych bez zmian w rdzeniu i bez przepukliny, spina bifida cystica przepuklina oponowa (meningocele), b) przepuklina – oponowo-rdzeniowa (meningomyelocele), wycianowanie opon i rdzenia (myelocele). Częstość występowania przepukliny oponowo-rdzeniowej wynosi od 1–4% u noworodków. W Polsce rodzi się ok. 700 dzieci rocznie, a regionami gdzie liczba wystąpień jest znacznie większa od przeciętnej są białostockie, bielsko-podlaskie, łomżyńskie, siedleckie [1, 2]. Wady dysraficzne są interakcją genotypu i środowiska. Ryzyko zwiększa się u kolejnego potomstwa. Gdy rozszczep występuje u pierwszego dziecka, ryzyko wystąpienia u drugiego wynosi 1:20, a u trzeciego 1:8. Wady cewy nerwowej spotykane są częściej u rodzin o niższym usytuowaniu społeczno-ekonomicznym niezależnie od miejsca zamieszkania [2, 3, 4]. Spośród potencjalnie teratogennych czynników powodujących wystąpienie wady wymienia się niedobór kwasu foliowego i witaminy B12, leki przeciwpadaczkowe (karbamazepina i kwas walproinowy), diuretyki, leki antyhistaminowe, sulfonamidy, preparaty cynku [2, 3, 5, 6]. Przepukliny oponowo-rdzeniowe tworzą się w 3–4 tygodniu życia płodowego, kiedy powstała z zewnętrznego listka zarodkowego płytka nerwowa przekształca się w rynienkę, a następnie w cewę nerwową [2, 7].

¹ Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Akademia Medyczna w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy (n = 86) w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego

Odcinek: Th – piersiowy, Th-L – piersiowo-lędźwiowy, L – lędźwiowy, S – krzyżowy

Cel pracy

Celem pracy była analiza stanu klinicznego, stosowanej terapii i problemów związanych z pielęgnowaniem w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego u dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową.

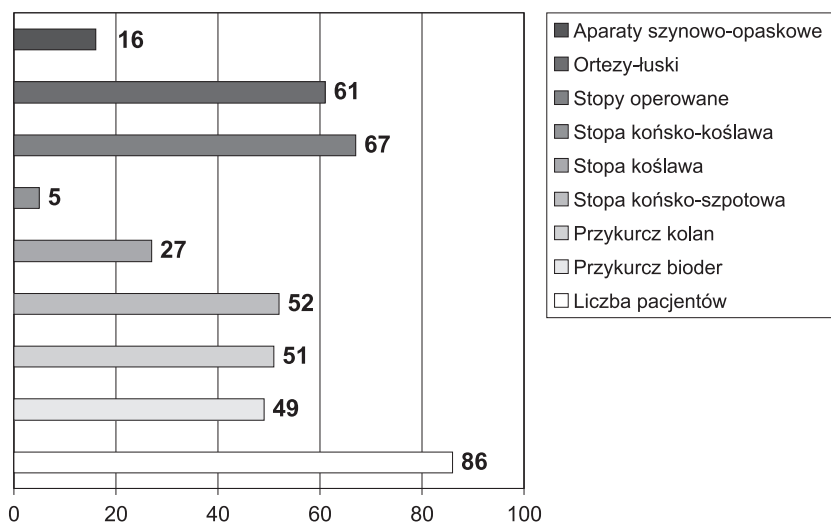
Materiał i metody

Grupa badawcza obejmuje 86 pacjentów w wieku od 2–17 lat (średnia – 7,89+/-1) z rozpoznaną przepukliną oponowo-rdzeniową (43 dziewczęta i 43 chłopców), które są leczone w Klinice Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku oraz w Poradni Rehabilitacji – 57% stanowiły dzieci mieszkające na wsi i w małych miejscowościach, 43% w miastach. Na podstawie badania klinicznego (ocena siły mięśniowej wg. testu Loveta), pacjentów podzielono na cztery grupy w zależności od poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego – poziom piersiowy, piersiowo-lędźwiowy, lędźwiowo-krzyżowy i krzyżowy (Ryc. 1). Analizowano stan kliniczny – zniekształcenia narządu ruchu w korelacji ze stosowanym zaopatrzeniem ortopedycznym (Ryc. 2). Oceniano dysfunkcję pęcherza moczowego oraz zaburzenia defekacji (Ryc. 3). Analizowano również metody terapeutyczne stosowane w usprawnianiu dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową (Ryc. 4).

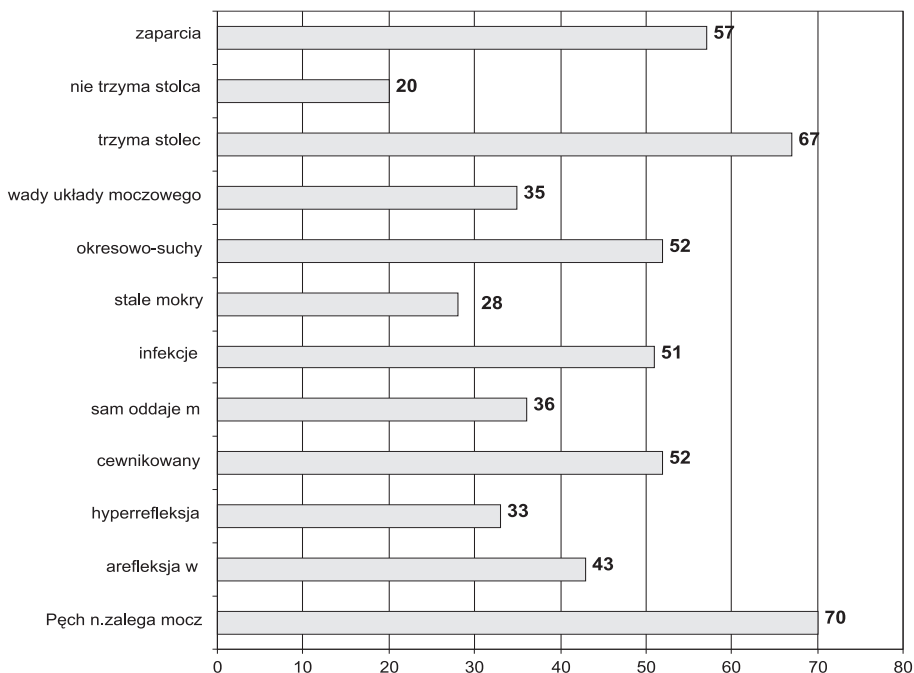
Wyniki

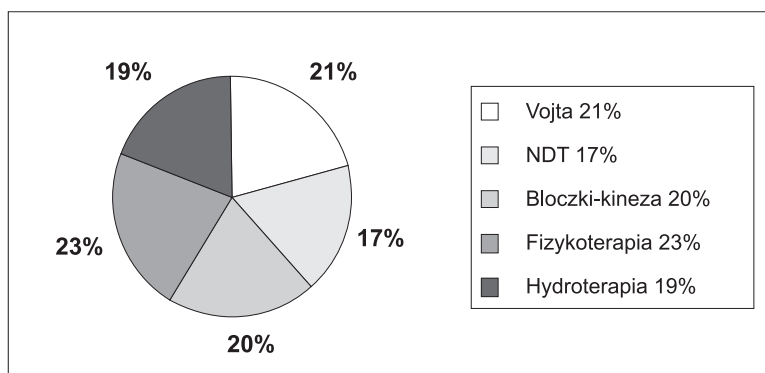
W analizowanej grupie pacjentów dominowali pacjenci z przepukliną w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa (Ryc. 1).

Rycina 2. Charakterystyka grupy (n = 86) w zależności od zniekształceń narządu ruchu i stosowanym zaopatrzeniem ortopedycznym



Rycina 3. Zaburzenia funkcji zwieraczy u badanych dzieci (n = 86) z przepukliną oponowo-rdzeniową



Rycina 4. Procentowy udział metod w terapii dzieci (n = 86) z przepukliną oponowo-rdzeniową

W badanej grupie u ponad połowy pacjentów występowało wodogłowie wymagające leczenia zastawką. W obrębie narządu ruchu wyodrębniono najczęściej występujące deformacje 56% (49 pacjentów) – przykurcze w stawach biodrowych, 59% (51 pacjentów) – przykurcze w stawach kolanowych, 60% (52 pacjentów) – stopę końsko-szpotawą, 31% (27 pacjentów) – stopę koślawą, 5% (5 pacjentów) – stopę końsko-koślawą. U 67 dzieci stopy wymagały korekcji operacyjnej, 61 korekcji w łuskach, 16 osób w aparatach szynowo-opaskowych (Ryc. 2). W zakresie pęcherza neurogennego – 60% (52 dzieci) musiały być cewnikowane, u 38% (33 dzieci) występował pęcherz z hyperrefleksją wypieracza, u 50% (43 dzieci) pęcherz z refleksją, u 81% (70 dzieci) występowało zaleganie moczu w pęcherzu. Główne powikłania w badanej grupie to zakażenie układu moczowego u 59% (51 osób), wady układu moczowego 40% (35 osób), u 66% (57 osób) zaparcia (Ryc 3.). W leczeniu pęcherza neurogennego stosowano Oxybutynin hydrochloride o działaniu przeciwskurczowym. W zależności od występujących patologii dzieci usprawniano metodą Vojty, NDT-Bobath, ćwiczeniami w systemie bloczkowym, fizykoterapią i hydroterapią (Ryc. 4). Pacjenci i rodzice otrzymywali zgodne ze stanem klinicznym zalecenia pielęgnacyjne.

Dyskusja

Dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową rodzą się z potencjalnym kalectwem. Leczenie rozpoczynamy od pierwszych dni życia. Postępowanie usprawniające opiera się na bardzo troskliwym, dokładnym pielęgnowaniu, które traktujemy jako najwcześniejszą interwencję. Zasadniczą rolę odgrywa natychmiastowe sterylne zaopatrzenie rany grzbietu oraz chirurgiczne zamknięcie w okresie od 4 do 24 godzin z preferencją czasu od 8 do 12 godzin po urodzeniu dziecka [2, 8]. Od tej chwili zespół terapeutyczny powinien rozpocząć edukację rodziców od-

nośnie pielęgnacji i problemów, jakie wniesie w ich życie dziecko z myelomeningocoele. W okresie edukacji, który może trwać kilka godzin lub kilka tygodni musimy ostrożnie prognozować o przyszłości dziecka pamiętając o tym, że w pierwszych dniach jest niezmiernie trudno przewidzieć, jakie możliwości rozwoju będzie ono w stanie osiągnąć. Wyjątkiem oczywiście będą przypadki z licznymi wrodzonymi nieprawidłowościami, w których rokowanie jest zdecydowanie gorsze [9, 10, 11]. W przypadku współistniejącego wodogłowia i konieczności zabiegu operacyjnego usprawnianie rozpoczynamy po 24–48 h (w zależności od stanu ogólnego), a siłę mięśniową oceniamy ok. 10 dnia po operacji. Poziomą czynność ruchowych ustalamy od ostatniego nie uszkodzonego korzenia nerwowego. Pozytywne i troskliwe nastawienie w trakcie zajęć terapeutycznych jest ważnym zadaniem dla zespołu sprawującego opiekę nad noworodkiem. Tylko takie podejście może pomóc w stabilizacji zaangażowania się rodziny. Terapeuta sprawowania musi też zwracać uwagę na ruchy automatyczne typowe przy porażeniu od poziomu rdzenia piersiowego – brak aktywności w stawie biodrowym, a obecność obwodowo w stawie kolanowym i skokowym, zaś w mięśniach zginaczach na podszwowe zgięcie stopy. Ta odruchowa aktywność jest siłą deformującą stawy. Przy uszkodzeniu na poziomie – L2-L3 lub L3-L4 przy silnym mięśniu biodrowo-łędźwiowym istnieje konieczność modyfikacji pozycji na brzuchu lub na boku w okresie pooperacyjnym [8, 12, 13]. Jeśli unerwienie występuje na poziomie L5 – silne grzbietowe zgięcie stopy zmusza do masażu i szynowania stawu skokowego pod kątem 90 stopni. W pierwszych dniach po operacji noworodek powinien być układany na wznak i na boku, unikamy pozostawiania dziecka w jednej pozycji. Na kolanach matki poleca się ułożenie na brzuchu. Opiekun kołysząc dziecko, zachęca je do unoszenia głowy. Istotne staje się poinformowanie rodziców o trudnościach dziecka w rozwinięciu kontroli położenia głowy, szyi, tułowia. Jest to związane z faktem, że na ogół przepuklinie towarzyszy wodogłowie (60–90%) [1, 8]. Opóźnienie uzyskania kontroli na ruchami głowy we wszystkich kierunkach zmusza do dostarczania doświadczeń we wszystkich pozycjach – głównie w postawie pionowej. Przedstawienie różnych sposobów trzymania i układania dziecka z uwzględnieniem symetrycznej i wyprostowanej sylwetki, pozycja siedząca i stymulacja reakcji równoważnych uczy kontroli utrzymania głowy i tułowia, wyzwala doświadczenia percepcji i koordynacji w zakresie oko–ręka. Działanie na ciało grawitacji stymuluje powierzchnie stawowe szyi, tułowia i kończyn dolnych, dostarcza bodźców niezbędnych do kształtowania się samoświadomości własnego ciała i jego pozycji w przestrzeni. Zespół terapeutyczny ustala taki plan usprawniania, który uwzględni ćwiczenia wykonywane we wszystkich pozycjach oraz użycie siły ciężkości jako bodźca ułatwiającego rozwój zdolności ruchowych dziecka [13, 14]. Ustalając program usprawniania zespół terapeutyczny nie może pominąć innych aspektów związanych z następstwami melomeningocoele takich jak: neurogenny pęcherz moczowy (uszkodzony ośrodek oddawania moczu), porażenie lub osła-

bienie mięśni odbytu i odbytnicy (zaparcia, tworzenie się kamieni kałowych), deformacje stawów kończyn dolnych i kręgosłupa (zaburzenie unerwienia mięśni i trudności w poruszaniu się), zaburzenia czucia skórniego możliwość powstawaniem odleżyn [15]. Neurogenna dysfunkcja pęcherza moczowego rozpoczyna się w okresie noworodkowym, postępując szybko w czasie intensywnego wzrostu 11–14 lat. Podział zaburzeń neurogennych układu moczowego: typ 1 – arefleksja z przeszkodą podpęcherzową, typ 2 – arefleksja bez przeszkody podpęcherzowej, typ 3 – hiperrefleksja wypieracza z przeszkodą podpęcherzową, typ 4 – hiperrefleksja wypieracza bez przeszkody podpęcherzowej, dyssynergia zwieraczowo-wypieraczowa również warunkuje metody pielęgnacyjne stosowane u pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową [8, 15, 16]. Cewnikowanie pęcherza moczowego wykonuje się u chorych z atonicznym pęcherzem moczowym lub przeszkodą podpęcherzową uniemożliwiającą oddawanie moczu (np. wysokociśnieniowy neurogenny pęcherz z przerośniętą szyją pęcherza) oraz tzw. trzymające zbiorniki na mocz wytwarzane z jelita lub zbiorniki pęcherzowo-jelitowe [15, 16]. U małych dzieci zabieg okresowego cewnikowania mogą wykonywać rodzice – dzieci starsze łatwo uczą się tej metody i same prawidłowo wykonują zabieg [8, 15, 16]. Podstawowym warunkiem, który bezwzględnie należy przestrzegać jest systematyczne cewnikowanie co 3–4 godzin u małych dzieci, co 4–6 godzin u starszych. Dzieci i rodziców należy nauczyć jak przestrzegać zasad higieny i aseptyki niezbędnych podczas zabiegu. Kolejnym etapem usprawniania jest nauczenie przez zespół terapeutyczny ćwiczeń zwieraczy pęcherza moczowego. Ćwicząc odruchy (biofeedback) częściowo udaje się odtworzyć odruchy, które sterują czynnościami mikcji i defekacji. Metoda jest uzupełnieniem czystego, okresowego cewnikowania pęcherza moczowego w pęcherzach niskociśnieniowych z obniżonym napięciem zwieracza. Leczenie neurogennej dysfunkcji pęcherza moczowego polega na ochronie górnych dróg moczowych przed uszkodzeniem, a uzyskanie trzymania moczu ma znaczenie drugoplanowe [16, 17, 18].

Członkowie zespołu terapeutycznego powinni mieć świadomość że wadom cewy nerwowej można zapobiegać stosując kwas foliowy, który jest witaminą należącą do witamin z grupy B. Codzienne przyjmowanie przez kobietę kwasu foliowego w ilości 0,4 mg na miesiąc przed zajściem w ciążę i przez okres pierwszych 2 miesięcy ciąży znacząco obniża ryzyko urodzenia dziecka z wadą cewy nerwowej. W przypadku, kiedy para małżeńska miała już dziecko z podobną wadą dawka kwasu foliowego powinna być wyższa: 4 mg dziennie – przyjmowanego przynajmniej na miesiąc przed planowaną ciążą i przez dwa pierwsze miesiące ciąży. Obowiązuje dieta bogata w kwas foliowy [3, 4, 5, 6]. Wady współistniejące z przepukliną oponowo-rdzeniową takie jak: zdwojenie rdzenia, diastomatomyelia, deformacje trzonów kręgowych (defekty segmentacji), wrodzona skolioza, kifoza, lub kifoskolioza stawiają określone cele przed zespołem terapeutycznym i warunkują etapy usprawniania leczniczego [1, 19, 20].

Wnioski

Jest wiele metod usprawniania dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową. Zespół terapeutyczny musi znać problemy i strategie postępowania w zależności od typu wady i współistniejących deformacji.

Piśmiennictwo

1. Marciniak W., Szulc A.: Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową. W: Marciniak, A. Szulc: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, tom 2. PZWL, Warszawa, 2003, 411–424.
2. Kwiatkowski S.: Częstość występowania przepuklin oponowowo-rdzeniowych. Postępowanie chirurgiczne w przepuklinach oponowowo-rdzeniowych u dzieci na podstawie wielokierunkowej oceny leczenia. UJ, Kraków, 2003, 14–16, 35–45.
3. Brzeziński Z. J.: Rozpowszechnianie wad cewy nerwowej. Z. Brzeziński, E. Helwich: Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000, 25–36.
4. Laurence K. M.: The genetics and prevention of neural tube defects. W: Principles and practice of medical genetics (red. Emery A. E. E., Rimoin D. L.). Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York 1933.
5. Pietrzyk K., Bronstrup A.: Folate in preventive medicine: A new role in cardiovascular disease, neural tube defects and cancer. *Ann. Nutr. Metab.*, 1997, 41, 331–343.
6. Herbert V.: The role of vitamin B12 and folate in carcinogenesis. *Adv. Exp. Med. Biol.*, 1986, 206, 293–311.
7. Orkiszewski M., Strzyżewski K.: Epidemiologia, powstawanie, rozpoznawanie wad cewy nerwowej. Opieka pielęgniarki środowiskowej nad dzieckiem z przepukliną oponowo-rdzeniową i jego rodziną Bydgoszcz, Akademia Medyczna, 2002, 10–18.
8. Tappit-Emas E.: Rozszczep kręgosłupa. J. S. Tecklin: Fizjoterapia pediatria. Wydawnictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa, 1994, 155–205.
9. Banta J.: Long-term ambulation in spina bifida. Presented AT the American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine; Chicago, 2003.
10. Murdoch A.: How valuable is muscle charting? *Physiotherapy*. 1980, 66, 221–223.
11. Schafer M., Dias L.: Myelomeningocele: Orthopedic Treatment. Baltimore. Williams and Wilkins, 2003.
12. Sagan L. M.: Rola neurochirurga w leczeniu późnych następstw przepukliny oponowo-rdzeniowej. *Pediatr. Pol.*, 2003, 78, 601–606.
13. Osemlak J.: Wczesne postępowanie chirurgiczne u noworodka z wadą rozszczepową ośrodkowego układu nerwowego. I. P. Wośko: Problemy ortopedyczno-rehabilitacyjne u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. Folium, Lublin 1995, 35–38.
14. Knapczyk M., Stryła W.: Ocena funkcjonalna dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową. *Postępy Rehabilitacji*, 1998, 12 (4), s. 41–46.
15. Łodziński K., Paruszkiewicz G.: Próby usprawniania dzieci z mielomeningocelią i pęcherzem neurogennym. Wodogłowie mielomeningocelia: [materiały naukowe] XVI Sympozjum Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych Gorzów 1991.

16. Nowakowska I.: Leczenie i usprawnianie zaburzeń fikcji i defekacji u dzieci z myelodysplazją. Wodogłowie mielomeningocelia: [materiały naukowe] XVI Sympozjum Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, Gorzów 1991.
17. Daniluk-Matras I.: Późne wyniki leczenia nietrzymania moczu i stolca u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową: Wodogłowie mielomeningocelia: [materiały naukowe] XVI Sympozjum Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, Gorzów 1991.
18. Piechuta L.: Schemat opieki urologicznej dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. W: Problemy ortopedyczno rehabilitacyjne u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową, Folium, Lublin 1995, 49–52.
19. Siwek R.: Leczenie wad współistniejących z rozszczepem OUN. W: *Pediat. Pol.* 1992: 67 (9/10), supl.
20. Radło W.: Możliwości lokomocji u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. *Przegl. Lek.*, 1998, 55, 217–220.

Krystyna Klimaszewska¹, Anna Kulikowska¹,
Bożena Samujło¹, Małgorzata Strankowska¹

Ocena sprawności pacjentów po udarze mózgu z zastosowaniem skali Barthela

Udar mózgu stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata, jest trzecią, co do częstości, przyczyną zgonów i głównym powodem niepełnosprawności. W Polsce, co roku na udar zapada około 70 tys. ludzi z tego 30 tysięcy umiera. W ciągu pierwszego miesiąca od zachorowania notuje się zgon wśród 30% chorych, 20% z tych którzy przeżyją wymaga stałej opieki, a 30% – pomocy w niektórych czynnościach życia codziennego. Jednocześnie aż 50% pacjentów po przebytych udarze odzyskuje niemal pełną sprawność i jest samodzielna.

Wczesne przyjęcie chorego z udarem mózgu do szpitala, zastosowanie kompleksowej terapii, w tym rehabilitacji ratuje życie wielu chorym, a tych, którzy przeżyją chroni przed inwalidztwem. Ważnym jest rozpoznanie, eliminacja czynników ryzyka wystąpienia zachorowania, ponieważ pozwala to na wdrożenie działań profilaktycznych zapobiegających powtórnemu wystąpieniu choroby.

Celem badań było ustalenie zależności między ograniczoną sprawnością ruchową a wydolnością chorych z udarem mózgu w zakresie samoopieki. W przypadku wystąpienia takich zależności przyporządkowano różnym stopniom niedowładu określone kategorie wydolności chorych w zakresie samoopieki.

Ze względu na istniejące rozbieżności w modelach rehabilitacji pacjentów po udarach mózgu postanowiono na podstawie przeprowadzonych badań odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Jakie czynniki ryzyka mają wpływ na zachorowanie?
2. Jaki wpływ ma szybkie wdrażanie rehabilitacji na dalszy rozwój udaru i zapobieganie jego powikłaniom?
3. Czy przeprowadzony proces rehabilitacji ma wpływ na wynik leczenia?

¹ SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Materiał i metoda

W analizowanej grupie 70 chorych leczonych z powodu niedokrwiennego udaru mózgu było 40 kobiet i 30 mężczyzn, średnia wieku badanych wynosiła 61,9 lat, czas pobytu w szpitalu wynosił 33–55 dni.

Badaną grupę chorych podzielono zgodnie z dynamiczną klasyfikacją udarów mózgu na udar odwracalny – RIND i udar dokonany – CS. Postać odwracalną udaru (RIND) zdiagnozowano u 39 chorych, zaś postać dokonaną (CS) u 31 chorych.

Tabela 1. Zestawienie grupy badanej z uwzględnieniem charakteru zmian niedokrwiennych mózgu oraz wieku chorych (n = 70)

	RIND			CS		
	K	M	Razem	K	M	Razem
Liczba chorych	20	19	39	20	11	31
Średnia wieku w latach	59,4			64,6		

RIND – odwracalny udar niedokrwienny mózgu

CS – dokonany udar niedokrwienny mózgu

Nagły początek zachorowania wystąpił u 44 pacjentów, w tym z utratą przytomności u 17 badanych. Podostry początek zachorowania na udar mózgu stwierdzono u 26 chorych.

Tabela 2. Kliniczna charakterystyka chorych z udarem niedokrwiennym mózgu

L.p.	Grupa badana	Ilość chorych	%
1.	Liczba chorych z udarem niedokrwiennym mózgu	70	100,0
2.	Początek udaru niedokrwiennego mózgu	Nagły z utratą przytomności	17 24,3
		Nagły bez utraty przytomności	27 38,6
		podostry	26 37,1

Ocenie funkcjonalnej za pomocą testu Barthela poddano grupę 67 pacjentów z udarem mózgu leczonych i rehabilitowanych w warunkach szpitalnych.

Test Barthela obejmował:

- test organizacji sensorycznej (zdolność utrzymania równowagi);
- test sięgania (badający zdolność utrzymania równowagi przy sięganiu do przodu zdrową kończyną górną);

- test wchodzenia na stopień (zdolność utrzymania równowagi przy stawianiu jednej nogi na stopień);
- miara niezależności czynnościowej (stopień wymaganej pomocy choremu w przemieszczaniu się);
- skala sprawności ruchowej (zdolność do stawania, marszu i wchodzenia na schody);
- klasyfikacja zdolności do chodzenia (zdolność poruszania się w zależności od zakresu udzielanej pomocy i warunków podłoża);
- prędkość chodu i długość kroku oraz dystans marszu bez zatrzymywania się.

Wyniki

Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że udar mózgu występuje najczęściej w okresie od szóstej do ósmej dekady życia i w większej liczbie dotyczy kobiet niż mężczyzn.

Tabela 3. Rozpiętość wiekowa chorych z udarem mózgu

	Wiek						
	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 i więcej
Kobiety	–	–	2	4	9	15	10
Mężczyźni	–	1	1	3	4	13	8

Najczęstszym schorzeniem współistniejącym była miażdżycza – 50 osób, co stanowi 71,4%. Choroby serca (niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu) stwierdzono w większości przypadków, tj. u 49 chorych, co stanowi 70% badanych.

Tabela 4. Częstość występowania czynników ryzyka udarów mózgu

	K	M	Razem	%
Nadciśnienie tętnicze	20	16	36	51,4
Cukrzyca	10	6	16	22,9
Miażdżycza	28	22	50	71,4
Choroby serca (niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca)	30	19	49	70,0
Nikotynizm	2	12	14	20,0
Nadużywanie alkoholu	1	5	6	8,6
Brak czynników ryzyka	3	–	3	4,3

Tabela 5. Wskaźnik Barthela

Czynność	Wykonanie	Punktacja
1. Jedzenie	Samodzielne	10
	Z pomocą	5
	Całkowicie zależny od pomocy	0
2. Przechodzenie z krzesła na łóżko	Samodzielne	15
	Z niewielką pomocą lub pod nadzorem	10
	Z pomocą	5
	Niemożliwe	0
3. Higiena osobista (mycie twarzy, czesanie włosów)	Samodzielne	5
	Potrzebna pomoc	0
4. Korzystanie z toalety (basenu)	Samodzielne korzystanie z WC	10
	Z pomocą	5
	Zależny od innych	0
5. Kąpiel	Samodzielna	5
	Zależny od pomocy	0
6. Chodzenie (wózek)	Samodzielne	15
	Z pomocą lub nadzorem	10
	Samodzielne na wózku	5
	Niemożliwe	0
7. Chodzenie po schodach	Samodzielne	10
	Z pomocą	5
	Niemożliwe	0
8. Ubieranie się, rozbieranie	Samodzielne	10
	Z pomocą	5
	Niemożliwe	0
9. Kontrola trzymania stolca	Bez problemów	10
	Okresowe problemy	5
	Nietrzymanie stolca	0
10. Kontrola trzymania moczu	Bez problemów	10
	Okresowe problemy	5
	Nietrzymanie moczu	0

Skala:

- I. 86–100 pkt. – stan pacjenta „lekki”
- II. 21–85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”
- III. 0–20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

Uzyskane wyniki badań wykazywały częstsze występowanie układowego nadciśnienia tętniczego krwi – u 36 pacjentów, co stanowi 51,4%, cukrzycę natomiast stwierdzono u 16 chorych, czyli 22,9% przypadków. Wykazano, że 14 osób paliło papierosy, co stanowi 20%, a osób nadużywających alkoholu było 6, czyli 8,6%. Tylko u 3 osób (4,3%) nie udało się ustalić czynników ryzyka (tabela 4).

U wszystkich pacjentów stwierdzono poprawę sprawności w stosunku do pierwszego tygodnia hospitalizacji. Średni wynik funkcjonalny w skali Barthela wzrósł z 20 punktów przy przyjęciu do Oddziału do 70 punktów przy wypisie. Najbardziej zauważalny był wzrost samodzielności jedzenia i samoobsługi (tabela 5).

W zakresie sprawności chodu wyniki również uległy istotnej poprawie, ale pod koniec okresu rehabilitacji nadal utrzymywały się duże deficyty sprawności ruchowej pomimo znaczącej poprawy w szybkości chodu i długości kroku. Ocena zdolności do pokonywania schodów wykazała, że nieco więcej niż połowa badanych wchodziła na wysokość półpiętra, ale tylko niewiele osób (10 osób) pokonywało schody w tempie zadawalającym.

W wyniku leczenia oraz rehabilitacji 55,7% pacjentów zostało wypisanych do domu samodzielnie chodzących, bez objawów neurologicznych. Natomiast około 1/4 pacjentów (25,7%) wymagało opieki osób drugih.

Tabela 6. Zejście schorzenia

	Liczba	%
Pacjent wypisany do domu samodzielny, chodzący bez objawów neurologicznych	39	55,7
Samodzielny, chodzący z objawami neurologicznymi	10	14,3
Wymaga opieki osób drugih	18	25,7
Zgon	3	4,0

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Na udar niedokrwienny zapadają częściej kobiety w wieku po 70 roku życia.
2. Do najczęściej występujących czynników ryzyka u chorych z niedokrwiennym udarem mózgu należą: miażdżyca – 71,4%, choroby serca (niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca) – 70% oraz nadciśnienie tętnicze – 51,4%.
3. Sprawność hospitalizowanych chorych po udarze mózgu zwiększyła się z 20 do 70 punktów według skali Barthela.
4. W analizowanym materiale 55,7% pacjentów zostało wypisanych do domu samodzielnie chodzących, bez objawów neurologicznych.
5. Przeprowadzona wcześniej i kompleksowo rehabilitacja po udarze mózgowym była pomocna w uzyskaniu optymalnego wyniku leczenia.

Piśmiennictwo

1. Barańska-Gieruszczak M., Ryglewicz D., Lechowicz W., Mendel T., Weissbein T.: Obciążenie czynnikami ryzyka chorych z udarem mózgu. *Neur. i Neurochir. Pol.*, 1993; 5: 625–632.
2. Jędrzejowska H. i wsp.: Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i zaburzenia rytmu serca jako niezależne czynniki ryzyka w odwracalnych i dokonanych niedokrwiennych udarach mózgu. *Neur. i Neurochir. Pol.* 1996; 4: 559–570.
3. Klimowicz-Młodzik J. i wsp.: Wpływ palenia papierosów i nadużywania alkoholu na występowanie udarów mózgu. *Neur. i Neurochir. Pol.* 1995; 2: 151–158.
4. Ryglewicz D., Członkowska A.: Udary mózgu – diagnostyka i leczenie. *Klinika*, 1995; 12: 3–7.
5. Ryglewicz D.: Epidemiologia udarów mózgu. *Medycyna 2000*, 1992; 27/28: 38–40.
6. Ryglewicz D., Wieczorkiewicz M.: Nowe poglądy na rehabilitację chorych z udarem mózgu, *Nowa Klinika – Neurologia*. Vol. 4, No 12, 1997, 624.
7. Zielińska-Charszewska S.: Rehabilitacja chorych neurologicznie w domu, PZWL, Warszawa 1986.
8. Zwanenberg D., Adams C. B. T.: *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*, PZWL, Warszawa 1986.

Małgorzata Paprocka-Borowicz¹, Anna Jasiewicz-Lebioda²,
Andrzej Pozowski¹

Niepełnosprawność osób po urazach rdzenia kręgowego z porażeniem kończyn dolnych a pojęcie zdrowia

Zdrowie, wg WHO to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub ułomności [1]. Istnieje znacznie więcej zróżnicowanych w zależności od płaszczyzny odniesienia definicji, które w mniej lub bardziej precyzyjny sposób opisują ten stan. Jak dotąd nie powstał bardziej holistyczny a zarazem skrótowy opis tego pojęcia. Pełne zdrowie, zatem umożliwia człowiekowi pokonywanie przeszkód, podejmowanie wysiłku fizycznego i umysłowego. Pozwala na cieszenie się życiem oraz aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym i politycznym. Można, więc uznać, że jest to „wartość, którą należy doskonalić, rozwijać, pomnażać, potęgować zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym” [2]. Dlatego wiele osób uważa, że zdrowie nie jest pojęciem statycznym, ale raczej procesem. W holistycznym ujęciu zdrowia wyróżnia się 6 stref wzajemnie przenikających się ze sobą: fizyczną, emocjonalną, intelektualną, społeczną, osobistą i duchową. Tworzą one ze sobą wspólną całość, wykazując między sobą ścisłe zależności. Powstaje, zatem pytanie, jak można oddziaływać na zdrowie w zakresie jego poprawy i utrzymania. Tym problemem zajmuje się promocja zdrowia.

Wyszczególniono szereg czynników wpływających na zdrowie człowieka. Są to w kolejności wg stopnia oddziaływania:

- styl życia (53%) tu dieta, aktywność fizyczna, przeciwdziałanie stresom, eliminowanie używek i właściwe kształtowanie stosunków międzyludzkich,
- środowisko naturalne (fizyczne i społeczne) (21%) to czyste powietrze, woda, bezpieczna żywność, zdrowy dom, szkoła, rozkład pracy, ewentualna degradacja środowiska naturalnego, wpływ szkodliwych substancji chemicznych, promieniowania jonizującego i wysokiej częstotliwości, czynników biologicznych, hałas, niebezpieczne odpady,

¹ Zakład Fizjoterapii, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Ośrodek Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji CELMED we Wrocławiu

- cechy genetyczne (16%) poradnictwo genetyczne i eliminacja ryzyka chorób genetycznych,
- opieka zdrowotna (10%) w tym jej organizacja, struktura, funkcjonowanie, dostępność [3].

Wynika z tego, że proces utrzymania i pomnażania zdrowia jest działaniem wielokierunkowym z punktu widzenia oddziaływań, zarówno instytucji ponad rządowych, rządowych, pozarządowych, międzynarodowych, jak i samych zainteresowanych, czyli ludzi. Fakt ten jest naprawdę bardzo istotny, gdyż uświadamia nam, że to od nas, od naszych zachowań prozdrowotnych, niezależnie od sytuacji wyjściowej zależy nasze ogólne samopoczucie, czyli holistycznie rozumiane zdrowie.

Istotnym, zagadnieniem w powyższym świetle wydaje się sytuacja osób niepełnosprawnych.

Według WHO „osoba niepełnosprawna to ta, u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie, czy uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych, wypełnienie ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki społeczne, środowiskowe i kulturowe” [4]. Jest to jedna z wielu obowiązujących definicji. Unia Europejska sformułowała dla własnych potrzeb inną: „niepełnosprawny jest to osoba, która na skutek urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku zazwyczaj zdolna jest wykonać” [5].

Wobec uchwalonej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka uważa się, że: „uznanie przyrodzonej godności oraz równości i niezbywalnych praw człowieka wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju świata” [6]. W tym aspekcie powinniśmy dążyć do pełnego udziału niepełnosprawnych w życiu i rozwoju społeczeństwa. Dlatego wyrównanie szans niepełnosprawnych i zdrowych staje się nie tylko moralnym, ale także i prawnym obowiązkiem. Podobnie jak w sytuacji oddziaływań na stan zdrowia społeczeństwa, zarysowuje się potrzeba zadbania o grupę słabszą – osób niepełnosprawnych, aby nie doprowadzić do ich izolacji, czy dyskryminacji. Musimy zapewnić tym ludziom równe szanse poprzez likwidację barier fizycznych, finansowych, socjalnych lub psychologicznych, które zmniejszają ich udział w życiu społecznym.

Jedną z prób wyżej wymienionej regulacji prawnych jest Traktat Amsterdamski (2.X.1997), który zainicjował zainteresowanie tym tematem w krajach członkowskich Unii Europejskiej. W Polsce w 1993 r. przyjęto Rządowy Program Działania na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i Ich Integracji ze Społeczeństwem, ustalono nowe zapisy w Konstytucji RP zapobiegające dyskryminacji osób niepełnosprawnych, a w Kodeksie Pracy zapisy antydyskryminacyjne wobec tej grupy ludzi na rynku pracy [7]. W dniu 1.VIII.1997 została uchwalona przez Sejm RP „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”. Istnienie zasadniczych aktów

prawnych, to za mało, żeby w istotny sposób poprawiła się sytuacja osób o niepełnej sprawności. Oczekuje się ponadto odpowiedniej aktywności od środowiskowych organizacji niepełnosprawnych, jak również działań prozdrowotnych i prointegracyjnych od samych zainteresowanych [8].

W Polsce żyje ok. 5 mln osób niepełnosprawnych, ponad 70% to chorzy z dysfunkcją narządu ruchu [9]. Wśród nich istotną grupę stanowią ludzie po urazie rdzenia kręgowego. W dużej mierze są to osoby młode z porażeniem cztero lub dwukończynowym. Uszkodzenie rdzenia w odcinku lędźwiowym nie powoduje zaburzeń czynności kończyn górnych. Umożliwia to przystosowanie tych osób do trybu życia na wózku inwalidzkim. Jednak ich reakcje fizjologiczne są w dużej mierze odmienne od reakcji u ludzi zdrowych. Wobec istotnych zmian w ogólnej wydolności fizycznej organizmu, odmienności nerwowo-mięśniowej i powstawania całkiem nowego statusu społecznego, szczególnej roli nabiera szeroko rozumiana rehabilitacja.

Jednym z ważniejszych elementów leczenia usprawniającego pacjentów z porażeniem kończyn dolnych (paraplegików) jest praca nad aktywizacją kończyn górnych, jako że stają się one głównym narządem umożliwiającym motorykę na wózku inwalidzkim. Przy ustalaniu planu rehabilitacji powinniśmy uwzględnić szereg odmienności, które modyfikują nam przebieg usprawniania. Są to: mniejsza masa mięśniowa kontrolowana przez CUN, zaburzenia pracy pompy mięśniowej kończyn dolnych, osłabienie odruchów sercowo-naczyniowych, zaburzenia czucia, dysrefleksja autonomiczna. Dlatego często musimy opiekować się pacjentem, który nie dość, że cierpi z powodu odleżyn, kurczów mięśniowych, nawracających infekcji dróg moczowych, zaburzonej termoregulacji, męczliwości mięśni, niedociśnienia wysiłkowego, ma jeszcze ogólnie słabszą wydolność fizyczną [10]. Program rehabilitacji paraplegika obejmuje: ćwiczenia bierne kończyn dolnych, ćwiczenia czynne kończyn górnych, ćwiczenia izometryczne (ewentualnie czynne) mięśni tułowia, ćwiczenia oddechowe oraz nauczanie radzenia sobie w aktywnościach dnia codziennego z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności. Metodami wspomagającymi będą tutaj również masaże, termoterapia, stymulacja elektryczna mięśni itp. [11].

Istotny element stanowi wyposażenie pacjenta w sprzęt i pomoce ortopedyczne (wózek, poduszka przeciw odleżynowa, parapodium, względnie aparaty szynowo-opaskowe, letory na kończyny dolne, buty ortopedyczne i inne). Wszystkie te działania mają na celu przeciwstawienie się statycznemu trybowi życia paraplegika, zwiększenie niezależności funkcjonalnej, poprawienie jakości życia i profilaktyce powikłań medycznych. Niedopuszczenie i zwalczanie powikłań pochorobowych lub powypadkowych, przywrócenie zaburzonych funkcji ruchowych to zaledwie część z szerokiego wachlarza celów rehabilitacji leczniczej. Bardzo ważnym zagadnieniem jest przystosowanie osób niepełnosprawnych do nowych warunków życia, pogodzenia się z utratą zdrowia lub zaistniałym kalectwem [12]. Zgodnie z Polskim Modelem Rehabilitacji, proces ten rozpo-

czyna się w momencie zaistnienia choroby czy zabiegu chirurgicznego i trwa do końca życia osoby niepełnosprawnej. Po opuszczeniu szpitala i zakończeniu etapu usprawniania sanatoryjnego i ambulatoryjnego istnieje możliwość dalszego usprawniania między innymi przez sport i rekreację. Jest to najlepsza i najskuteczniejsza forma usprawniania ruchowego, najłatwiej kompensuje utracone funkcje i podtrzymuje uzyskaną sprawność. Jest bardzo mocną motywacją do wzmożonego wysiłku.

Profesor Wiktor Dega twórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji sformułował trzy podstawowe cechy, którymi powinien charakteryzować się sport i rekreacja osób niepełnosprawnych. Powyższe działania powinny być:

1. zgodne indywidualnym programem rehabilitacji medycznej,
2. bezpieczne,
3. powszechne możliwe do uprawiania przez osoby z różnymi rodzajami schorzeń [13].

Aktywność fizyczna jest jednym z najprostszych czynników fizykalnych, które modelują w naturalny sposób stan zdrowia pozytywnego. Ćwiczenia fizyczne wykonywane systematycznie i z odpowiednią intensywnością powinny być uznane za higieniczny obowiązek osoby z porażeniem kończyn dolnych. Trening fizyczny podejmowany w celu pielęgnowania, usprawniania, umacniania zdrowia to kinezyprofilaktyka. Zdrowotny nurt wychowania fizycznego, rekreacyjnego, „sportu dla wszystkich” stanowi przeciwwagę dla współczesnego, hipokinezytycznego stylu życia. Przed przystąpieniem do rekreacyjnego treningu fizycznego osoba z paraplegią musi być poddana indywidualnej ocenie w celu określenia:

1. ogólnego stanu zdrowia i wydolności fizycznej,
2. rodzaju i charakteru czynności dnia codziennego, które będą kompensowane odpowiednią formą aktywności ruchowej,
3. wymiaru treningu zdrowotnego i wielkości obciążeń wysiłkowych,
4. indywidualnego zainteresowania możliwościami i umiejętnościami w zakresie rekreacji fizycznej oraz dostępności lokalnej infrastruktury rekreacyjnej [14].

Korelacja aktywności fizycznej ze zdrowiem jest powszechnie znana, ale często nie wykorzystuje się tego w codziennym życiu. Kompleksowe i wielokierunkowe rozwiązywanie tego problemu umożliwia pacjentowi kontynuację usprawniania w ramach stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji. Oddziały wyżej wymienionego stowarzyszenia działają na terenie całej Polski. Zajęcia prowadzone są przez niepełnosprawnych instruktorów stanowiących wzorce osobowe dla innych. Uświadamia się osobom po urazie kręgosłupa, że to oni odpowiadają za swój proces rehabilitacji. Metody działań Aktywnej Rehabilitacji to szukanie sponsorów, organizacja obozów, na których doskonalili się technikę jazdy na aktywnym wózku inwalidzkim, prowadzi się trening siłowo-wytrzymałościowy mięśni nie objętych porażeniami. W ramach zajęć organizowanych przez Aktywną Rehabilitację znalazły miejsce również dyscypliny sportowe takie jak: pływa-

nie, łucznictwo, tenis stołowy, koszykówka oraz taniec. Pływanie jest specyficzną formą aktywności ruchowej ze względu na środowisko wodne, w którym się odbywa i ma ogromne walory terapeutyczne. Wykorzystując wybór wody usprawnia niedokładne mięśnie i zwiększa pojemność płuc. Łucznictwo, tenis stołowy oraz taniec stanowią swojego rodzaju trening całego ciała. Doskonałą równowagę, koncentrację, koordynację i gibkość. Ułatwiają odprężenie psychofizyczne. Piłka koszykowa na wózkach, bardzo lubiany i widowiskowy sport również wszechstronnie oddziałuje na organizm uprawiających ją osób. Zespołowość gry powoduje powstanie wzajemnych relacji między uczestnikami i zachęca do większego wysiłku. Pełen wachlarz proponowanych przez Aktywną Rehabilitację form aktywności ma na celu doskonalenie wszelkich umiejętności koniecznych do funkcjonowania w świecie ludzi zdrowych. Działania te odbywają się w 3 etapach:

- I – wsparcie psychiczne i uzmysłowienie choremu, że jego nowa dramatyczna sytuacja jest drogą ku samorealizacji i samodzielności, czego przykładem jest sam instruktor,
- II – udział w turnusach aktywnej rehabilitacji oraz rozwiązywanie nowych zadań (doskonalenie, preorientacja zawodowa, zatrudnienie i konsolidacja ze środowiskiem osób sprawnych i niepełnosprawnych),
- III – kontynuacja i doskonalenie metod wyuczonych wcześniej i przeciwdziałanie skutkom starzenia się paraplegika [15].

Nie tylko ogólnie pojęta sprawność fizyczna, samodzielność, radzenie sobie w życiu codziennym jest celem każdej jednostki. Istotnym elementem rozwoju człowieka jest jego poczucie samorealizacji, zapewnienie satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi, realizacja własnych marzeń, czyli poczucie zdrowia. Szczególnie przy obecności fizycznych i w ich efekcie psychicznych ograniczeń istnieją liczne możliwości do kompensacyjnego rozwoju własnej aktywności na innych płaszczyznach. Mogą to być np. różne dziedziny sztuki: malarstwo, rzeźba, muzyka, taniec, teatr itp. Stwarzają one sposobność do rozwoju wielorakich indywidualnych talentów na poziomie sztuki profesjonalnej, jak i możliwości ekspresji i wypowiedzenia się na poziomie sztuki amatorskiej. Unikalny wpływ sztuki na integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem polega na łagodzeniu lęków, dzieleniu się przeżyciami z osobami z „kręgu zainteresowań”, relaksie, zabawie łamiąc bariery między zdrowymi a niepełnosprawnymi. Jest to również pewna forma kompensacji utraconej funkcji. Stwarza okazję do rywalizacji na danej płaszczyźnie ze „zdrowymi”, eliminuje kompleksy, wzbogaca życie duchowe.

Następnym etapem rehabilitacji i integracji społecznej jest uzyskanie niezależności materialnej. W rozumieniu prawa pracy osoba niepełnosprawna „oznacza jednostkę, której szanse uzyskania, utrzymania i awansu we właściwym zatrudnieniu są poważnie ograniczone na skutek fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności oficjalnie orzeczonej” [3]. Momentem przełomowym jest w tym

przypadku podjęcie decyzji o wyborze określonego zawodu. Odbywa to się w różnych formach: szkoły integracyjne, szkoły specjalne o profilu zawodowym i ogólnym, przekwalifikowanie na odpowiednich kursach, podwyższanie kwalifikacji (w tym szkolnictwo wyższe). Istnieje szereg instytucji, które pomagają w edukacji zawodowej osób niepełnosprawnych (samorząd terytorialny, fundacje, stowarzyszenia, pracodawcy, kościoły). W Polsce podstawą regulacji prawnej dotyczącej zatrudnienia niepełnosprawnych jest Ustawa o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej z dnia 27.VIII.1997 [16]. Z wielu badań ogólnoswiatowych i polskich wynika jednak, że pomimo istniejących aktów prawnych to brak lub niewłaściwe wykształcenie oraz wysokie bezrobocie wśród osób niepełnosprawnych spycha tę grupę na margines społeczeństwa. W nowej rzeczywistości społeczno-politycznej w Polsce zaistniały nowe formy pomocy do aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Europejski Fundusz Społeczny i jego program „Integracja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych”). Instytucją odpowiadającą za realizację działania (beneficjent końcowy) jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Celem jego działania jest „poprawa poziomu przygotowania zawodowego i możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tworzenie nowych i doskonalenie dotychczasowych instrumentów zwiększających możliwości na rynku pracy” [16]. Ostatecznym beneficjentem tych działań ma być inwalida, który zgłosi chęć skorzystania i udziału w określonym programie organizowanym przez PFRON.

Mimo licznych propozycji pomocy osobom niepełnosprawnym spotykają się one z wieloma barierami utrudniającymi im normalne funkcjonowanie. Część przeszkód wynika ze stereotypów myślenia i braku zrozumienia problemu w społeczeństwie. Na szczęście w efekcie działań informacyjnych prowadzonych przez media, zmian w polityce społecznej i zawodowej osoba niepełnosprawna zaistniała wśród zdrowych. Jest widoczna na ulicy, w teatrze itp. a niezamknięta w czterech ścianach domu. Czeka na nią wiele utrudnień natury architektonicznej, barier komunikacyjnych, braku odpowiednich środków na nowoczesny sprzęt ortopedyczny. Problemem jest również mała dostępność instytucjonalnej rehabilitacji. Odrębną sprawę stanowi godne zabezpieczenie materialne codziennej egzystencji. Przeszkadza temu zbyt mała wysokość uposażenia rentowego, czy brak dostępności pracy dla osoby niepełnosprawnej.

Reasumując osoba niepełnosprawna jest w stanie zbliżyć się do pojęcia zdrowia w holistycznym ujęciu tego stanu, ale pod warunkiem zapewnienia jej wsparcia społecznego. Urzędnik, lekarz, wolontariusz nie wystarczy, to każdy z nas na bazie zwykłej solidarności może przyczynić się do zwiększenia poczucia jej jedności z ludźmi. Na skutek rozwoju techniki, nowych regulacji prawnych i wzrostu aktywności środowisk niepełnosprawnych obserwuje się rosnącą samorealizację inwalidów i ich integrację ze społeczeństwem. Pomniejszaniu barier towarzyszy minimalizacja niepełnosprawności. Jednak jest to zależne nie tylko od ogółu, ale w znacznej mierze od osób dotkniętych kalectwem.

Piśmiennictwo

1. Last J. M.: *Public Health and Human Ecology*. Prentice Hall International. Inc 1988, 4.
2. Jethon Z.: Uwarunkowania zdrowotne. Indulski J. A., Jethon Z., Dawydzik L. T.: *Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000, 55.
3. Gniazdowski A.: *Zdrowie – pojęcie, uwarunkowania*. Indulski J. A., Jethon Z., Dawydzik L. T.: *Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000, 333.
4. Otrębski W.: *Niepełnosprawność wybrane problemy i definicje*. Rutkowska E.: *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2002, 16.
5. Stępiak M.: *Definicje niepełnosprawności w wybranych aktach międzynarodowych*. Glossary and list of principal terms used In rehabilitation of disabled persons. Council of Europe, Strasbourg 1981.
6. Stępiak M.: *Rola Organizacji Narodów Zjednoczonych w dziedzinie ochrony praw człowieka*. Fundacja Fuga Mundi 2003, 5.
7. *Rządowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych*, październik 1993.
8. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalona przez Sejm RP w dniu 1 sierpnia 1997 roku*, M.P. Nr 50, poz. 475.
9. Putz J.: *Niepełnosprawność*. Indulski J. A., Jethon Z., Dawydzik L. T.: *Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2000, 315.
10. Apple D. F.: *Fizjologia wysiłku (część pierwsza)*. Kształtowanie sprawności fizycznej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. *Rehabilitacja Medyczna* 1997, T. I, Nr 1, 63–69.
11. Janssen T. W. J., Van der Oers C. A. J. M., Rozendaal E. P., Willemsen E. M., Hollander A. P., Van der Woude L. H. V.: *Changes in physical strain and physical capacity in men with spinal cord injuries*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1995, 551–559.
12. Dallmeijer A. J., Van der Woude L. H. V., Hollander P. A. P., Angenot E. L. D.: *Physical performance in persons with spinal cord injuries after discharge from rehabilitation*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 1111–1116.
13. Plinta R.: *Sport osób niepełnosprawnych*. Zembaty A.: *Kinezyterapia*. KASPER Sp. z o.o., Kraków 2003, t. II, 168–169.
14. Rutkowska E.: *Kinezyprofilaktyka i kinezyterapii w pielęgnowaniu osób zdrowych i chorych*. Rutkowska E.: *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2002, 162–163.
15. Tasiemki T.: *Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego*. T. Tasiemski, Poznań 2001, 10–15.
16. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz. U. z dnia 9 października 1997 r., Nr 123, poz. 776.*

Janusz Mierzwa¹, Joanna Rosińczuk-Tondersy¹,
Monika Kosmala¹, Bogusław Czapiga², Rafał Załuski²

Rehabilitacja kompleksowa chorych po udarze mózgu

Wstęp

Rehabilitacja jest szczególnym działem medycyny, codziennie bowiem spotyka się z ludzkim nieszczęściem. W związku z tym od pracowników tej specjalności wymaga się wysokiej fachowości, życzliwości, wyrozumiałości, a nawet współczucia.

Rehabilitacja chorych z uszkodzeniem mózgowia stanowi jeden z trudniejszych problemów medycznych i psychospołecznych. W tej grupie chorzy po udarze mózgu stawiają przed zespołem rehabilitacyjnym szczególne wymagania. Przeważnie są to ludzie starsi, a uszkodzenie mózgu jest u nich powikłaniem wcześniejszych zaburzeń w układzie krążenia (miażdżyca, nadciśnienie tętnicze). Często też stwierdza się u tych chorych cukrzycę oraz zespoły psychoorganiczne o różnym nasileniu. Stąd zasadą w rehabilitacji jest równoległe leczenie tych podstawowych chorób i szeroko rozumiana rehabilitacja neurologicznych powikłań po udarze. W dzisiejszych czasach, gdy zachorowalność na udar mózgu wzrasta, priorytetem staje się skrócenie do maksimum czasu rehabilitacji chorego [1, 2].

Celem pracy jest wykazanie potrzeby kompleksowego działania pielęgniarki i fizjoterapeuty w procesie usprawniania, a także przedstawienie roli pielęgniarki w procesie usprawniania tak w szpitalu jak i w warunkach domowych.

Praca przedstawia najbardziej skuteczną i rozpowszechnioną w świecie kompleksową metodę pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów po udarach mózgu – metodę Bobath.

¹ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Neurochirurgii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Rehabilitacja kompleksowa

W przypadku osób ciężko poszkodowanych, a są nimi chorzy po udarze mózgu, szczególnie ważne jest leczenie i rehabilitacja prowadzone przez wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny.

W skład takiego zespołu powinien wchodzić:

- Lekarz – opiekujący się pacjentem i leczący.
- Pielęgniarka – koordynująca i uczestnicząca w realizacji planu rehabilitacji chorego.
 - Fizjoterapeuta – wykonujący ćwiczenia lecznicze, zabiegi fizykalne i masaże.
 - Ergoterapeuta – terapeuta zajęciowy – prowadzący praktyczne zajęcia z pacjentem, które są dostosowane do potrzeb leczenia. Terapia zajęciowa nie tylko wypełnia czas choremu, ale jest tak ujęta, że uzupełnia ćwiczenia gimnastyki leczniczej.
 - Psycholog – poznający reakcje psychiczne chorego i starający się sterować nimi w sposób sprzyjający jego rehabilitacji.
 - Pracownik socjalny – zajmujący się takimi sprawami jak zasiłki, renty, sprawy bytowe. Będący łącznikiem między chorym a jego środowiskiem domowym.
 - Instruktor pracy zawodowej – ciężkie kalectwa uniemożliwiają często choremu powrót do pracy w wyuczonym zawodzie. Rozpatrywanie możliwości przeszkolenia w nowym zawodzie nastrocza nieraz trudności. Przewidywanie przyszłości zawodowej jest w czasie leczenia ważne np. dla wytyczenia całego programu rehabilitacji chorego, oraz dla poczucia możliwości powrotu do normalnego życia.
 - Techniki ortopedyczny – zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny jest u wielu chorych zasadniczym warunkiem powodzenia efektów rehabilitacji.
 - Logopeda – w przypadku wystąpienia zaburzeń mowy – afazji – pomagający pacjentowi w nauce mówienia [3].

W praktyce brak specjalistycznych ośrodków rehabilitacyjnych jest przyczyną, dla której chorych po udarze mózgu spotyka się w każdym prawie szpitalu. Z powodu nieskoordynowanej współpracy i braku specjalistów w oddziałach szpitalnych pacjenci po udarze mózgu stanowią zazwyczaj duży problem terapeutyczny [4].

Konieczne jest stworzenie modelu współpracy wszystkich tych specjalistów, którzy powinni być osobami uzupełniającymi wykonywane zadania oraz modelu definitywnego, w którym:

- w obrębie każdej dziedziny zawodowej wypracuje się wysoce specjalistyczne umiejętności postępowania dla każdej grupy chorych,
- specjaliści będą skutecznie z sobą współpracować.

Aby to osiągnąć trzeba mieć na uwadze dwie istotne sprawy:

- Kompetencje – co jest rzeczą zasadniczą dla każdego wykwalifikowanego przedstawiciela jakiegokolwiek zawodu. Pogłębiane są codzienną praktyką kli-

niczną i szkoleniami podyplomowymi obejmującymi teorię i jej zastosowanie zarówno w swojej jak i pokrewnych specjalnościach.

- Wymiana doświadczeń – polega na współpracy różnych specjalistów, dzięki czemu wysiłek każdego z nich jest wspierany, a także sam wspiera pracę innych. Obejmuje ona rozumne poświęcenie się i szkolenie w zakresie pewnych, wspólnych w różnych dziedzinach umiejętności. Pozwolą one zespołowi działać jako zintegrowanej grupie mającej prawdziwie całościowy pogląd na rehabilitację.

Zasadą ostatecznego modelu zespołu rehabilitacyjnego jest to, że jego członkowie pracują w sposób skoordynowany. Łącząc swą wiedzę i umiejętności zwiększają potencjalne możliwości przywracania sprawności pacjentowi [5, 4].

Fizjoterapia po udarze mózgu

Po zaakceptowaniu przez WHO polskiego modelu rehabilitacji w 1970 r. i zaleceniu go innym narodowym organizacjom, dopiero w roku 1995 na zlecenie WHO opracowano tzw. Deklarację Helsinborską. Dotyczy ona zasad postępowania i rehabilitacji z chorymi po udarze mózgu. Główne zalecenia deklaracji to powszechny dostęp i wprowadzenie rehabilitacji od pierwszych godzin pobytu chorego w szpitalu. Deklaracja ta stanowi więc zaadoptowanie i rozwinięcie modelu polskiego. Ogromną zasługą autorów deklaracji jest ustalenie istotnych zasad szeroko rozumianej rehabilitacji w stosunku do chorych po udarze mózgu [1].

Zadaniem kinezyterapii pacjentów po udarze jest doprowadzenie do odzyskania sprawności w części ciała, która uległa porażeniu. Pomaganie pacjentowi w odzyskaniu samodzielności w wykonywaniu różnych czynności. Fizjoterapeuci najczęściej ćwiczą z pacjentami podstawowe elementy danego ruchu, co stanowi przygotowanie pacjenta do wykonywania pełnych czynności, np. sięgania po coś ręką, przechodzenia z pozycji siedzącej do leżącej, czy wstawania w celu chodzenia. Fizjoterapia może być prowadzona w domach pacjentów albo w szpitalach na oddziałach ogólnych, neurologicznych lub geriatrycznych, w dziennych klinikach, a także w ośrodkach specjalizujących się w rehabilitacji pacjentów po udarach. Jednakże w omawianych przypadkach uzyskanie takiego wyniku leczenia usprawniającego rzadko jest osiągnięte. W założeniach jednakże należy dążyć wszelkimi dostępnymi środkami terapeutycznymi do zminimalizowania następstw choroby lub urazu ośrodkowego układu nerwowego. Z reguły nie ma możliwości przywrócenia funkcji struktur nerwowych, które uległy zniszczeniu. Staramy się więc uzyskać poprawę funkcji, głównie przez pobudzanie procesów kompensacji i wykorzystanie zjawisk adaptacji ustroju [6].

Fizjoterapeuci mają nauczać metod kompensacyjnych, w sytuacji, gdy odzyskanie sprawności jest mało prawdopodobne, albo gdy pacjenci chcą jak najszybciej stać się samodzielnymi. Ta strategia może zmniejszyć możliwości pa-

cjenta nauczenia się wykonywania jak największej ilości codziennych czynności. Zależność jest prosta: mniejszy wkład pracy – mniejsze efekty zdrowotne. Fizjoterapeuci nie spodziewają się, że wszyscy pacjenci odzyskają funkcje motoryczne w porażonej stronie ciała, zazwyczaj stwarzają oni możliwość odzyskania sprawności motorycznej w tej części ciała, która ucierpiała wskutek udaru, jeszcze zanim zastosują metodę kompensacji. Praca nad tym by uzyskać bardziej normalne wzorce ruchowe wymaga intensywnej i pracochłonnej fizjoterapii. Ale ta bardziej rozwinięta i intensywniejsza terapia, a raczej ten zwiększony wysiłek terapeutyczny, zostaje zrekompensowany odzyskaniem lepszego zdrowia, dzięki lepszej, bardziej skutecznej ruchomości. Pozwoli ona na zapobieganie komplikacjom takim jak, np. przykurcze. Czynniki, które z punktu widzenia fizjoterapeuty mogą wpłynąć na zdrowienie porażonej w wyniku udaru strony ciała to: ostra spastyczność, uporczywa wiotkość, niedowład utrzymujący się po 4–6 tygodniach, utrata czucia, zaburzenia poznawczo-percepcyjne, zakres współpracy z pacjentem i jego opiekunem [7].

Często występującym powikłaniem udaru mózgu jest depresja. Przez wiele lat uważano, że depresja poudarowa jest naturalną reakcją „udarowca” na ciężkie zachorowanie i wiążące się z tym inwalidztwo. Nasiloną depresją występuje u 10–27% pacjentów po udarze. Jest związana z większą śmiertelnością, większą niesprawnością w podejmowaniu czynności życia codziennego, gorszą socjalizacją, gorszym podejmowaniem aktywności seksualnej i z częstszą potrzebą instytucjonalnego leczenia.

Najefektywniejszą metodą diagnostyczną stanowi wywiad przeprowadzony przez psychologa. Dopuszczanie rodziny do bliskich kontaktów z chorymi ma istotne znaczenie dla procesu usprawniania, ponieważ pacjent otrzymuje wsparcie psychiczne oraz poważny bodziec zachęcający do wysiłku w całym procesie usprawniania. Uzyskanie silnej motywacji i pozytywnego nastawienia chorego do całego procesu usprawniania jest pierwszym celem leczenia rehabilitacyjnego. Pozwala na uzyskanie samodzielności w życiu codziennym poprzez zmniejszenie niedowładów. Bez tych wsparć, nawet chorzy z niewielkimi zaburzeniami w sferze wyższych czynności nerwowych, nie są w stanie uzyskać większej samodzielności. Bardzo ważna jest więc poprawa stanu psychicznego, chociaż nie jest to zadanie łatwe. W dużym stopniu osiągnięcie poprawy w tej dziedzinie warunkuje powrót do życia rodzinnego, społecznego i zawodowego [2, 6, 8, 9, 10].

Trudności rokownicze zależą od rozmaitych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. W późniejszych stadiach rehabilitacji niektóre z tych czynników można celowo włączać do programu usprawniania w formie przygotowania do realiów życia domowego i społecznego, ale pod warunkiem, że nie będą wywoływały szkodliwego wpływu na pacjenta.

Czynniki zewnętrzne mające wpływ na rehabilitację to:

- Opieka – nieodpowiednie lub nieregularne zmiany pozycji i obsługa oraz brak aktywności między sesjami usprawniania, powodują zamęt w procesie na-

uczania i przypominania czynności motorycznych, a także zwiększają niesprawność.

- Klimat – zimne otoczenie zmniejsza elastyczność tkanki mięśniowej i spowalnia krążenie zwiększając napięcie mięśni i ich spastyczność. Przeciwnie zbędne przegrzanie obniża napięcie mięśni, ale także obniża próg pobudzenia w mięśniach porażonych. Zwiększony wysiłek, konieczny do zapoczątkowania i wykonania ruchu w stanach hiper- i hipotonii, może wyzwolić niekorzystną reakcję odruchową i zwiększyć spastyczność.

- Ubranie – dodatkowego ciepła dostarczają skarpetki i rękawiczki ze specjalnego „termalnego” tworzywa noszone na kończynach. Zbyt ciasne ubranie ogranicza aktywność ruchową, natomiast zbyt luźne przekręca się i zsuwa oraz może ukrywać nieprawidłowe lub utrudniać prawidłowe stereotypy ruchowe.

- Otoczenie – hałas i przerywanie wszelkich czynności rozprasza. Śliska podłoga powiększa niepewność i obniża sprawność, pokryta dywanem wymaga zwiększenia wysiłku przy poruszaniu się.

Czynniki wewnętrzne – jakiegokolwiek napięcie umysłowe zwiększa napięcie mięśniowe, pogłębia odruchy i utrudnia skupienie się. Jeśli osiągnięcia pacjenta wydają się niewystarczające, po wykluczeniu czynników zewnętrznych należy wziąć pod uwagę lub dowiedzieć się, czy nie mamy do czynienia z:

- Niepokojem o siebie samego lub o innych (naturalnym lub patologicznym, przejściowym lub długotrwałym).

- Bólem z uszkodzonych stawów, wzdęcia brzucha, miejscowych stanów zapalnych (odleżyn, skaleczeń, otarć), zapań, zatrzymania moczu, zmęczeniem spowodowanym zaburzeniami snu, nadmierną aktywnością, nieodpowiednim żywieniem, innymi stanami chorobowymi jak niedokrwistość.

- Chorobą – zaburzeniami oddychania, niewydolnością krążenia, zakażeniami (zapalenie pęcherza, zapalenie płuc), zapaleniem żył, przeziębieniem.

- Niedożywieniem – jest bardzo prawdopodobne u chorych z dysartrią i dysfagią, jak również spowodowane:

- nieodpowiednią dietą

- brakiem pomocy przy jedzeniu lub czasu na skończenie jedzenia u osób jedzących powoli

- nieodpowiednim pożywieniem przyjmowanym ze względów religijnych, etnicznych, osobistych, medycznych

- uprzednio istniejącymi lub nowo powstałymi zaburzeniami w przewodzie pokarmowym

- zmniejszonym łaknieniem spowodowanym zatrzymaniem moczu, zapań i przygnębiem

- innymi procesami chorobowymi [5].

Metoda Bobath w pielęgnacji i rehabilitacji chorych po udarze mózgu

Obecnie najbardziej skuteczną i rozpowszechnioną w świecie kompleksową metodą pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów po udarach mózgu jest metoda Bobath. Pierwotnie metoda została opracowana dla potrzeb rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Po niewielkich modyfikacjach zaczęto ją stosować przy usprawnianiu dorosłych pacjentów z niedowładem połowicznym.

Metoda Bobath polega na całodobowym postępowaniu terapeutycznym mającym na celu rozwinięcie odruchów prawidłowych oraz hamowanie odruchów patologicznych z jednoczesną normalizacją napięcia mięśniowego. Obejmuje ona ćwiczenia, które przyczyniają się do powrotu prawidłowego napięcia mięśni i odruchów motorycznych oraz zintegrowanych ruchów motorycznych, jak też zintegrowanych odruchów utrzymujących postawę ciała. Wszystkie ruchy powinny być kontrolowane rękami terapeuty, który ściśle współpracuje z pacjentem oraz uczy rodzinę zabiegów pielęgnacyjnych stanowiących nieodłączną część postępowania usprawniającego. Najważniejszym elementem w tej metodzie jest program usprawniania, który powinien być opracowany indywidualnie dla każdego pacjenta dostosowany do jego możliwości i potrzeb. Powinien zapewniać poczucie bezpieczeństwa, motywować do ćwiczeń, a także ułatwiać utrwalanie nowo nabytych umiejętności. Metodę tą stosują przede wszystkim rehabilitanci, ale także pielęgniarki, logopedzi i psycholodzy. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celu opieki jest stosowanie określonych zasad postępowania z pacjentem przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego trwających całą dobę.

Metoda Bobath pozwala na osiągnięcie w opiece nad pacjentem następujących celów:

- obudzenie czucia;
- wyrównanie ubytków sensomotorycznych;
- przeciwdziałanie nieprawidłowej, spastycznej postawie ciała i/lub zaburzeniom koordynacji ruchowej;
- ćwiczenie kończyn po stronie porażonej w koordynacji ze stroną zdrową;
- ułatwianie percepcji;
- rozwijanie samodzielności w życiu codziennym.

Zasady postępowania pielęgnacyjnego z pacjentem w metodzie Bobath:

- łóżko należy umieścić tak, aby każdy kontakt z chorym miał miejsce od porażonej strony ciała;
- stół nocny należy ustawić zawsze po porażonej stronie ciała;
- rękę z niedowładem należy umiejscowić tak aby zawsze była w zasięgu wzroku chorego;
- należy zachęcać pacjenta, aby z użyciem zdrowej ręki próbował poruszać, układać, myć i wycierać rękę z niedowładem;

- podczas siedzenia na krześle obie stopy pacjenta powinny możliwie szeroko i mocno spoczywać na podłodze;
- wszystkie czynności pielęgnacyjne powinny być podejmowane zawsze od porażonej strony ciała;
- reżim łóżkowy obowiązuje tylko w ostrym okresie choroby i w razie zaznaczonych wyraźnie objawów niedowładu.

Dzięki przestrzeganiu powyższych zasad postępowania można osiągnąć następujące wyniki usprawniania:

- pacjent umie chwycić przedmioty po stronie niedokładnej;
- chory widzi swoją stronę objętą niedowładem i ma świadomość jej postrzegania.

Koncepcja Bobath zakłada, że odpowiednie ułożenie pacjenta po udarze mózgu powoduje zmniejszenie lub całkowite ustąpienie spastyczności.

Rodzaje ułożenia pacjenta z udarem mózgu według Bobath:

1. Ułożenie po stronie niedowładu – ułożenie pozostawia choremu swobodę ruchów po stronie nie dotkniętej niedowładem oraz hamuje skłonność do spastyczności.
2. Ułożenie na stronie zdrowej – ułożenie prowadzi do ograniczenia pola widzenia oraz samodzielności pacjenta, ale pozwala na poświęcenie większej uwagi prawidłowej pozycji ręki.
3. Ułożenie w pozycji na plecach – ułożenie może być przyczyną nasilenia się spastyczności, a w przypadku zaburzeń połykania zwiększa się ryzyko zakrztuszenia.

Wnioski

1. Konieczne jest wprowadzenie wczesnej i kompleksowej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu, niezależnie od wieku chorych.
2. Pielęgniarka ze względu na bardzo rozległą funkcję w kontakcie z pacjentem jest jedną z podstawowych osób warunkujących poprawny przebieg usprawniania.
3. Zaniedbany pacjent po udarze jest po „stokroć trudniejszy i droższy” do usprawnienia niż prowadzony od samego początku choroby.
4. Sumienna i systematyczna rehabilitacja jest korzystniejsza dla chorego, ponieważ daje mu szansę na w miarę normalne życie, ale także dla budżetu państwa, ponieważ trwa krócej i jest po prostu tańsza.

Piśmiennictwo

1. Kwolek A.: Rehabilitacja chorych po udarze mózgu – założenia i realia. Post. Reh. T. XIII, z. 1, 1999.

2. Talar J., Rogiewicz M.: Metody psychoterapii w rehabilitacji. Post. Reh. T. VII, z. 4, 1993.
3. Diner H., Cunha L., Forbes C. i wsp.: European stroke prevention study: DP and acetosalicylic acid in the secondary prevention of stroke. J. Neurol. 1996.
4. Weiss M., Zembaty A.: Fizjoterapia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1983.
5. Laidler P.: Rehabilitacja po udarze mózgu. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
6. Kiwerski J.: Zdaniem specjalisty. Rehabilitacja medyczna, T. I, nr 2, 1997.
7. Lennon S., Hastings M.: Główne fizjoterapeutyczne wskaźniki jakości opieki nad chorymi po udarach mózgu. Reh. Med. T. I, nr 2, 1998.
8. Broła W., Czernicki J., Węgrzyn W.: Ocena porównawcza wskaźników Bartel przez lekarza i fizjoterapeutę u pacjentów po udarze mózgu. Post. Reh. T. XI, z. 3, 1997.
9. Kwolek A., Mróz B., Pyrcz P.: Sytuacja socjalna chorych po udarze mózgu rehabilitowanych na oddziale – badanie porównawcze. Post. Reh. T. XII, z. 2, 1999.
10. Pierzchała Z., Kapustecki W., Saj R.: Samoocena jakości życia chorych udarem mózgu. Post. Reh. T. XII, z. 2, 1999.

Władysław Berny¹, Grażyna Prudlak¹, Wojciech Zub¹,
Artur Weiser¹, Joanna Tonderys-Rosińczuk²

Wybrane problemy opieki pielęgniarzkiej u chorych z dyskopatią lędźwiową w okresie pooperacyjnym

Wstęp

Bóle kręgosłupa są dolegliwością często występującą u ludzi, a ich skutki stają się narastającym problemem społecznym. Istnieje duża różnorodność przyczyn bólów, spowodowanych przez: zaburzenia rozwojowe kręgow, urazy, mikrourazy, przeciążenia spowodowane pracą nadwaga, zaburzenia hormonalne, siedzący tryb życia i wiele innych.

Ocenia się, że około 60–80% populacji jest dotkniętych bólami krzyża, a 20–30% będzie w przyszłości mieć stałe dolegliwości bólowe [1, 2]. Inni autorzy oceniają, że u ciężko pracujących mężczyzn bóle kręgosłupa występują u 60%, u kobiet odsetek ten jest wyższy i dochodzi do 86% [3]. Nasilenie bólów kręgosłupa jest różne w poszczególnych grupach zawodowych. U kierowców wynosi 35%, u górników 33%, u szwaczek 30%, u hutników 28%, u murarzy 25%, a u pracowników gospodarki morskiej 15,5–30%. Również w krajach zachodnich wyniki badań są podobne [4, 5, 6, 7]. W Stanach Zjednoczonych ocenia się, że w grupie wiekowej do 45 lat ból krzyża jest najczęstszą przyczyną upośledzenia aktywności życiowej, a w grupie pomiędzy 45 a 67 rokiem życia stanowi trzecią grupę schorzeń po chorobach serca i zwyrodnieniach stawów [5].

Bóle kręgosłupa lędźwiowego stanowią poważny problem społeczny i ekonomiczny, jako że dotyczą one w dużej mierze ludzi w wieku produkcyjnym, którzy są czasowo lub trwale niezdolni do pracy. Wielu z nich jest zmuszonych zmienić pracę lub zrezygnować z wykonywania zawodu i przejść na rentę. Podkreśla się także wysokie koszty leczenia, które przekraczają często wydatki ponoszone na wszystkie pozostałe choroby razem wzięte. Choroby kręgosłupa ograniczają wydolność ruchową, ciągną się latami, zniechęcają ludzi do aktywności, co powoduje szereg dodatkowych dolegliwości jak depresję, lekozależność.

¹ Katedra i Klinika Neurochirurgii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Wyniki leczenia chorych z dyskopatią lędźwiową zależą od stosowanych metod i ich jakości, w tym także od poziomu opieki pielęgniarskiej.

Jakość opieki pielęgniarskiej w dużej mierze zależy od rozwoju całego systemu pielęgniarstwa i ustalonych przez ten system standardów, które stanowią punkt odniesienia w planowaniu, wprowadzaniu zmian oraz ocenie jakości usług [11].

Najważniejsze zadania dla pielęgniarki, która opiekuje się chorym po zabiegu operacyjnym na odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa to:

1. Obserwacja podstawowych parametrów życiowych, takich jak: stan świadomości, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, temperatura ciała i zabarwienie powłok skórnych.
2. Obserwacja pod kątem wystąpienia lub utrzymywania się zaburzeń neurologicznych, takich jak: trudności w oddawaniu moczu (zaburzeniami unerwienia mięśni zwieraczy pęcherza moczowego), zaburzenia czucia (szczególnie w okolicy krocza), niedowłady, w zakresie kończyn dolnych.
3. Obserwacja stanu opatrunku na ranie pooperacyjnej i drenażu.
4. Prawidłowe ułożenie chorego w łóżku (unieruchomienie i odciążenie kręgosłupa) – pacjenta należy ułożyć płasko, najlepiej na boku lub brzuchu, z głową odchyloną na bok. Chory nie powinien mieć zbyt miękkiego materaca.
5. Regularne podawanie zleconych przez lekarza środków przeciwbólowych, zmniejszających napięcie mięśni oraz innych leków.
6. Dbłość o regularne wypróżnienia (eliminowanie ewentualnych zaparć).
7. Wczesne uruchamianie chorego – gimnastyka oddechowa, bierna i czynna terapia ruchowa, która jest jednocześnie elementem profilaktyki przeciwzatorowej.
8. Udzielania informacji o sposobie bezpiecznego siadania i wstawania oraz trybie życia, jaki powinien prowadzić pacjent po zabiegu [8, 9].

Rola pielęgniarki w rehabilitacji i edukacji prozdrowotnej chorych z dyskopatią lędźwiową

W rehabilitacji pooperacyjnej powinien uczestniczyć interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza specjalisty, magistra wychowania fizycznego lub specjalisty w zakresie rehabilitacji ruchowej, fizjoterapeuty, psychologa klinicznego, asystenta socjalnego oraz pielęgniarki. Znacząca rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji pooperacyjnej wynika z faktu, że: pielęgniarka stale przebywa z pacjentem, towarzyszy mu bezpośrednio w wykonywaniu codziennych czynności, pomaga w przyswajaniu wielu umiejętności, np. izometrycznym napinaniu mięśni, mobilizacji ruchowej i stopniowej pionizacji, w samodzielnym utrzymywaniu higieny osobistej, wypróżnianiu się, oddawaniu moczu, spożywaniu posiłków, poruszaniu się. Uczy pacjenta aktywnych form rehabilitacji, to jest: ćwiczeń gim-

nastycznych, wzmacniających mięśnie brzucha, obręczy biodrowej oraz mięśni przykręgosłupowych. Pielęgniarka odgrywa rolę „łącznika” w niektórych sprawach ważnych dla chorego i jego rodziny, a także oddziałuje na psychikę pacjenta [12].

Przed wypisaniem chorego ze szpitala pielęgniarka powinna udzielić mu porad dotyczących jego trybu życia. Należą do nich: wyjaśnienie zasad biomechaniki kręgosłupa oraz ukazanie niebezpieczeństw związanych z niewłaściwą postawą podczas wykonywania zajęć domowych, pracy wypoczynku [1, 2].

Pielęgniarka powinna wyjaśnić pacjentowi oraz zademonstrować, na czym polega prawidłowa pozycja stojąca, prawidłowa pozycja siedząca, prawidłowa pozycja leżąca, zasady bezpiecznego wstawania, zasady prawidłowego (bezpiecznego) schylania się i unoszenia ciężarów, zasady gimnastyki funkcjonalnej. Pielęgniarka powinna też wyjaśnić na czym polega prawidłowa aktywność ruchowa – trening rekreacyjny, uprawianie sportów, zasady ergonomii pracy i odpoczynku, zasady postępowania w okresach zaostrzeń dolegliwości [8, 12].

Celem badań było określenie najważniejszych zadań pielęgnacyjnych w okresie pooperacyjnym w chorych z dyskopatią lędźwiową w ocenie pielęgniarek i pacjentów.

Materiał i metoda badań

Badania ankietowe przeprowadzono, w okresie od stycznia do maja 2004 roku w grupie 42 pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologii i neurochirurgii oraz w grupie 50 chorych (28 mężczyzn (56%) i 22 kobiety (44%) w wieku od 24 do 62 lat) hospitalizowanych z powodu zachowawczego lub operacyjnego leczenia dyskopatii lędźwiowej.

Zbierano ich opinie na temat problemów opieki pielęgnacyjnej i skuteczności ich rozwiązywania. Przeprowadzono także ankietę wśród pielęgniarek oddziałowych, aby określić strukturę i organizację pracy w poszczególnych oddziałach.

Wyniki badań

Wśród badanych pielęgniarek aż 26 respondentek (61,9%) uważa za najważniejszą funkcję wykonywanie zleceń lekarskich. Na drugim miejscu znalazły się funkcje opiekuńcze – tak uważa 10 osób spośród badanych pielęgniarek (23,8%).

Badane pielęgniarki najmniejszą wagę przywiązują do dokumentowania i organizowania pracy oraz do funkcji rehabilitacyjnej – zdecydowało tak 4,8% pielęgniarek.

W badanej populacji pielęgniarek ok. 78,5% respondentek sądzi, że świadczona przez nie opieka pielęgniarska nad pacjentami hospitalizowanymi z powodu dyskopatii wykonywana jest na poziomie dobrym. 11,9% spośród respondentek uważa, że poziom świadczonej przez nie opieki jest doskonały. Natomiast 9,1% pielęgniarek ocenia sprawowaną przez siebie opiekę jako słabą.

Na edukację prozdrowotną pacjenta podczas dwunastogodzinnego dyżuru 66,6% respondentek przeznacza od 30 do 45 minut. Więcej czasu, tj. 45–60 minut i mniej, tzn. 15–30 minut przeznacza na edukację zdrowotną po 5 respondentek (po 11,9%). Jedyne 4 (9,5%) spośród wszystkich badanych respondentek potrafi przeznaczyć na edukację chorego z dyskopatią lędźwiową ponad 60 minut. Jednocześnie 90% badanych pielęgniarek uważa, że opieka pielęgniarska w zakresie promowania zdrowia fizycznego i emocjonalnego chorych świadczona jest na poziomie niedostatecznym. Również 90% respondentek uważa, że powinny odbywać się szkolenia dotyczące postępowania z chorym z dyskopatią, a 10% badanych twierdzi, że wiedzę powinno się uzupełniać samemu korzystając z fachowej literatury.

W odczuciu chorych najważniejszymi problemami podczas leczenia dyskopatii były:

- dolegliwości bólowe wynikające z istoty choroby, podaje je aż 50 pacjentów (100%).
- 22 chorych (44%) obawia się zabiegu operacyjnego, a 17 (34%) badania diagnostycznego (problemy te wynikają prawdopodobnie z braku podstawowej wiedzy na ten temat).
- przyszłe funkcjonowanie w środowisku domowym i wykonywania pracy zawodowej; przeprowadzenia rozmowy na temat wymagało 21 pacjentów (42%).
- likwidacja nadwagi i zdobycie wiedzy na temat metod stosowanych w walce z nadwagą; pobudzenia motywacji do tych działań wymagało 21 pacjentów (42%).

W odczuciu 18 badanych pacjentów (36%) ich problemy pielęgnacyjne zostały rozwiązane bardzo dobrze, a 9 chorych (18%), uważa, że w sposób niezadowolający. Natomiast 23 pacjentów (46%) wypowiedających się w tej kwestii twierdzi, że okazana im pomoc pielęgnacyjna była dobra.

Analiza danych z ankiety przeprowadzonej wśród pielęgniarek oddziałowych wykazała, że struktura organizacji pracy w badanych oddziałach jest podobna. Przede wszystkim widoczna jest mała, w stosunku do ilości łóżek, ilość zatrudnionych pielęgniarek. Na dyżurze popołudniowym – na jedną pielęgniarkę przypada około 12 pacjentów, a w jednym z oddziałów nawet 15.

Tylko w 2 badanych oddziałach zatrudniony jest rehabilitant, który jest obecny przez 7 godz. i 35 min., a więc część rehabilitacji ruchowej, u pacjentów z dyskopatią lędźwiową spoczywa na pielęgniarkach, które nie zawsze potrafią wykonać prawidłowo te czynności.

Wszystkie analizowane oddziały dysponują dokumentacją pielęgniarską zgodnie z obowiązującymi standardami. Natomiast, nie na wszystkich prowadzone są szkolenia dla pielęgniarek dotyczące postępowania z chorym z dyskopatią lędźwiową.

Monitorowanie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej odbywa się tylko na jednym z czterech zbadanych oddziałów (w formie przeprowadzenia anonimowej ankiety wśród chorych z dyskopatią lędźwiową i ich rodzin).

Omówienie

Ankieta przeprowadzona wśród pacjentów przyjętych do szpitala, wykazała znaczny niedobór wiedzy z zakresu prewencji przeciążeń kręgosłupa słabą znajomość zasad odciążania kręgosłupa w różnych pozycjach, sposobów zachowania się w okresie nasilonych dolegliwości bólowych, oraz zasad obowiązujących przy dźwiganiu przedmiotów.

W badaniach innych autorów wykazano, że podczas leczenia ambulatoryjnego 71% chorych otrzymało wystarczające informacje dotyczące choroby dyskowej, higieny kręgosłupa i sposobów zapobiegania jej rozwojowi i nawrotom [10]. Niepokojący jest fakt ubogiej wiedzy u chorych w tak podstawowych zakresach jak zasady podnoszenia przedmiotów, zasady ochrony kręgosłupa w wymuszonych pozycjach ciała przy pracy.

Przeprowadzone badania potwierdziły tezę, iż należy prowadzić lepszą edukację w zakresie prewencji przeciążeń kręgosłupa wśród osób dotkniętych dyskopatią. Wiedza z tego zakresu jest niepełna, wymaga usystematyzowania i uzupełnienia. Działania edukacyjne personelu medycznego i nabyta przez chorych wiedza powinna wpływać na zmianę zachowań, co pozwoli zmniejszyć konsekwencje choroby już cierpiącym oraz ochroni osoby zdrowe przed cierpieniem. Pełna edukacja prozdrowotna nie zawsze może być zrealizowana na etapie hospitalizacji. Jedną z przyczyn tej sytuacji może być nieumiejętna praca w zespole oraz braki kadrowe.

Współczesne trendy do skracania okresu hospitalizacji do niezbędnego minimum, z uwagi na wysokie koszty podczas leczenia szpitalnego, nie będą sprzyjać realizacji pełnej edukacji prozdrowotnej [11].

Bardzo interesującą propozycją rozwiązania problemu edukacji chorych z dyskopatią, są tzw. „Szkoly pleców”, które upowszechniają formy terapii pozwalające z jednej strony na utrwalenie efektów pozabiegowych, a z drugiej przeciwdziałające ewentualnym nawrotom dolegliwości [4, 12].

Wnioski

1. Opieka pielęgniarska świadczona chorym z dyskopatią lędźwiową w badanych oddziałach kształtuje się na średnim poziomie. Najlepiej realizowaną funkcją pielęgniarską jest funkcja techniczno-zabiegowa, czyli wykonywanie zleceń lekarskich.
2. Opieka pielęgniarska w zakresie promowania zdrowia fizycznego i profilaktyki dyskopatii jest świadczona na poziomie bardzo niskim i wymaga podjęcia zdecydowanych działań korekcyjnych.

3. Najślabszym elementem opieki jest udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentowi i rodzinie oraz współpraca pielęgniarek z innymi członkami zespołu terapeutycznego.
4. Poziom wiedzy chorych z dyskopatią o chorobie i zachowaniach prozdrowotnych jest różnicowany, stwierdzono znaczne niedobory wiedzy w zakresie radzenia sobie z chorobą oraz znajomości zasad higieny kręgosłupa. Przeprowadzone badania wykazały zbyt małą ilość zatrudnionego personelu w stosunku do ilości chorych w poszczególnych oddziałach oraz fakt, że wraz ze wzrostem stażu pracy zmniejsza się zaangażowanie respondentek w rozwiązywanie problemów opieki pielęgniarskiej.
5. W badanych oddziałach nie funkcjonują standardy pielęgniarskie. Brakuje szkoleń uzupełniających wiedzę pielęgniarek, mimo, że wszystkie oddziały posiadają prawidłowo prowadzoną dokumentację pielęgniarską.

Piśmiennictwo

1. Dziak A.: Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1990.
2. Kolendowska J., Kolendowski J.: Ruch zapobiega bólom kręgosłupa. PZWL. Warszawa 1993.
3. Bruhl W.: Studium kliniczne kręgosłupa. Instytut Reumatologiczny. Warszawa 1966.
4. Szawłowski K., Wojewoda-Wójcik B.: Patomechanizm bólów w uszkodzeniach krążka międzykręgowego. Biomechanika w patogenezie zespołu bólów w dolnym odcinku kręgosłupa u ludzi pracy. Materiały z sesji naukowej 10–11.11.1974. PZWL 1977, 68–73.
5. Cassidy J. D., Wedge J. H.: The epidemiology and natural history of low back pain and spinal degeneration. W. H. Kirkaldy-Willis: Managing low back pain. Churchill-Livingstone New York, Edinburgh, Melbourne 1988.
6. Frymoyer J. W., Selby D. K.: Segmental instability: rationale for treatment. Spine 1985, 10: 280–286.
7. Kirkaldy-Willis W. H., Wedge J. H., Yong-Hing K., Reilly J.: Pathology and pathogenesis of lumbar spondylosis and stenosis. Spine 1978, 3, 319–328.
8. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Czelej, Lublin 2000.
9. Beuth W., Ślusarz R.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego. AM Bydgoszcz 1998.
10. Retinger-Grzesiułowa M.: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. PZWL Warszawa 1984.
11. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL Warszawa 1998.
12. Zielińska-Charaszewska S.: Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego. PZWL Warszawa 1986.

Monika Ostrowska¹, Jolanta Lewko²

Rola edukacyjna pielęgniarki w zapobieganiu dyskopatii lędźwiowej

Dyskopatia to zespół bólów ze zmianami patologicznymi w obrębie krążków międzykręgowych. Może powstawać na skutek zwyrodnienia krążków międzykręgowych, jego przemieszczenia z powodu wady budowy kręgow lub kręgozmyku (tj. przesunięcia się względem siebie dwóch sąsiednich kręgow lub na skutek przepukliny jądra miażdżystego) [4].

Rozróżnia się trzy postacie dyskopatii lędźwiowej:

1. Dyskopatia prosta – jest początkową fazą choroby krążka, następuje ubytek masy krążka, utrata elastyczności.
2. Przepuklina krążkowa – jest to rozwinięta faza choroby krążka. Polega na tym, że niewielki uraz lub przeciążenie kręgosłupa może wytworzyć wrota przepukliny, przez które przemieszcza się na zewnątrz jądra miażdżystego.
3. Spondyloza. Stanowi ona końcową fazę choroby krążka. Obejmuje krążki, stawy, więzadła i nerwowe struktury śródkanałowe [4, 7].

Krążek międzykręgowy wysuwa się zwykle w kierunku tylno-bocznym powodując ucisk na korzenie nerwowe lub centralnie do kanału kręgowego. Ucisk ten powoduje ból w zakresie korzeni położonych poniżej dysku. Trudno jest ustalić lokalizację bólu.

Początkowo ból jest tępy, pojawiający się z przerwami, stopniowo narastający. Początek może być nagły. Kaszel, kichanie, wysiłek lub przy ucisku na głowę wzdłuż osi kręgosłupa (objaw szczytowy) nasilają ból, natomiast pozycja leżąca na boku zdrowym zmniejsza ból. Początkowo ból może być zlokalizowany w obrębie pośladków, po czym promieniuje do uda i całej nogi (rwa kulszowa) [2, 6].

Najczęstszym objawem występującym prawie w każdym przypadku jest objaw Lsequence'a – jest to jeden z objawów rozciągowych. Polega on na tym, że przy rozciągowym unoszeniu kończyny dolnej następuje ból wzdłuż tej kończyny [5].

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

W profilaktyce dyskopatii lędźwiowej ważną rolę odgrywa pielęgniarka poprzez realizację funkcji wychowawczej. Celem funkcji wychowawczej jest wywieranie wpływu na postawy i przekonania prozdrowotne pacjenta, jego aktywność, system wartości, poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie osób najbliższych. Istotnym elementem jest również przekazywanie wiedzy i kształtowanie umiejętności potrzebnych do inwestowania w zdrowie, utrzymania zdrowia lub jego przywracania.

Ciechaniewicz edukację zdrowotną określa jako proces, w którym ludzie uczą się, jak dbać o własne zdrowie i zdrowie społeczności, w której żyją. Natomiast edukacja pacjenta to proces, którego treścią jest przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji oraz do świadczenia opieki nieprofesjonalnej, przygotowanie do samopielęgnowania i samoopieki. Edukacja rozumiana jest więc jako „proces celowych oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych, w którym rolę nauczycieli powinni pełnić różni profesjonaliści, w tym przypadku pielęgniarka, zgodnie z posiadanymi kompetencjami w zakresie osiągnięcia celów edukacji i realizacji zaplanowanych treści” [8].

Zakres edukacji pacjenta powinien obejmować treści edukacji zdrowotnej oraz działania na rzecz kształtowania umiejętności życia z chorobą lub niepełnosprawnością.

Podstawą profilaktyki dyskopatii lędźwiowej jest podejmowanie działań ograniczających nadmierne obciążenie i napięcie kręgosłupa. Istotne znaczenie ma dobór właściwej pozycji ciała podczas: leżenia, stania, siedzenia, wstawania, pochylania i podnoszenia ciężarów. Odciążenie kręgosłupa polega przede wszystkim na prowadzeniu oszczędnego trybu życia z unikaniem określonych wysiłków fizycznych, wykonywania gwałtownych ruchów kręgosłupa [3].

Do czynników ryzyka zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa związanych z pracą zaliczamy:

- ciężką pracą fizyczną,
- długotrwałe wymuszoną postawę,
- często powtarzane ruchy zginania i rotacji,
- powtarzany wysiłek podnoszenia ciężarów,
- narażenie na wibrację,
- pracę na wysokościach,
- narażenie na zmienne warunki atmosferyczne (zimno, gorąco, przewiew, wilgoć),
- pracę w transporcie i kierowaniu ruchem,
- pracę powtarzającą się w systemie taśmowym,
- pracę w pewnych zawodach urzędniczych wymagających długotrwałego siedzenia bez przerw” [3].

Jeżeli pacjent ma skłonności do nawrotów dolegliwości spowodowanych dyskopatią, należy poinformować go o przestrzeganiu utrzymywania odpowied-

niej pozycji podczas stania, siedzenia i ruchu, aby zmniejszyć drażnienie uszkodzonego krążka międzykręgowego [4].

Prawidłowe zasady zachowywania się podczas pozycji stojącej to:

- wysokie uniesienie głowy z cofniętym podbródkiem,
- wciągnięcie brzucha,
- zaciśnięcie pośladków.

Aby nie dochodziło do przeciążeń odcinka lędźwiowego należy poinformować pacjenta, aby zastosował się do następujących zaleceń:

- stać i spacerować zawsze z napiętymi pośladkami i wciągniętym brzuchem
- unosi się miednica od przodu i zmniejsza obciążenie kręgosłupa, łagodzi bóle krzyża,
- naprzemiennie stawiać stopy na niewielkim stołeczku,
- unikać trwania zbyt długo w jednej pozycji, np. stania – należy ruszać się od czasu do czasu, przejść się kilka kroków.

Aby umożliwić pracę bez konieczności schylania się, sięgania do góry lub na dół to sprzęt, meble w domu i środowisku pracy powinny być odpowiednio usytuowane i skonstruowane.

Zaleca się noszenie obuwia na niewielkich obcasach, które powinny być z gumy lub z innego miękkiego tworzywa [1, 3]. Należy przestrzegać odpowiedniej pozycji siedzącej polegającej na tym, że: uda tworzą kąt prosty z kręgosłupem, powinno unikać się siadania na miękkich fotelach. Podczas siedzenia nigdy nie należy wyginać się do tyłu, nie siadać z nogami wyciągniętymi prosto przed siebie (ta pozycja jest najbardziej obciążająca dla kręgosłupa – nacisk w tej pozycji na odcinek lędźwiowy wynosi ok. 140 kg) oraz unikać zakładania nogi na nogę.

Prawidłowe meble powinny zapewnić w czasie siedzenia zgięcie nóg w stawach biodrowych i kolanowych pod kątem 90°, pełne oparcie obu stóp, oparcie sięgające do łopatek, dobrze podpierające lędźwiowy odcinek kręgosłupa, krzesło powinno mieć regulację wysokości, siedzenia i podparcia [1, 3].

W pozycji leżącej kręgosłup powinien znajdować się w fizjologicznym ułożeniu poprzez prawidłowe podłoże. Zaleca się materac półsztywny, dopasowujący się do fizjologicznych wygięć kręgosłupa. Należy unikać grubych, dużych poduszek pod głowę, najlepsza jest poduszka, która wypełnia kąt między szyją a barkiem i utrzymuje głowę w przedłużeniu linii kręgosłupa.

Zaleca się leżenie na plecach i boku z nieco ugiętymi w stawach biodrowych i kolanowych nogami. Najlepiej jak sam pacjent indywidualnie dobierze pozycję zapewniającą mu relaks [3].

Osobom, które mają dolegliwości kręgosłupa przeciwwskazane jest dźwiganie przedmiotów.

Poprawne podnoszenie to: ugięcie nóg w stawach biodrowych i kolanowych, napięcie mięśni brzucha w celu podparcia odcinka lędźwiowego kręgosłupa ciśnieniem tłoczni brzusznej. Przedmiot podnoszony należy trzymać blisko siebie

(skraca dźwignię ramion i zmniejsza obciążenie działające na krążki międzykręgowy). Maksymalne obciążenie dla kobiet wynosi 4 kg, dla mężczyzn 6 kg. Po ustąpieniu dolegliwości nie wolno podnosić ciężarów powyżej 8 kg dla kobiet i 20 kg dla mężczyzn.

Osobom po zabiegu operacyjnym przeciwwskazane jest podnoszenie jakichkolwiek ciężarów. W wyjątkowych przypadkach mogą podnosić 2–5 kg [3]. Zaleca się noszenie obuwia na niewielkich obcasach, które powinny być z gumy lub z innego miękkiego tworzywa.

Kobiety powinny unikać chodzenia na wysokich obcasach, gdyż powoduje to przesunięcia środka ciężkości do przodu i w konsekwencji doprowadza do hiperlordozy (nadmierne wygięcie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym). Nie zaleca się również noszenia ciężkich jesionek i kozuchów, ubrania powinny być lekkie, ciepłe i przewiewne [1, 3].

Bardzo groźna dla całego organizmu jest otyłość. Nadwaga zaburza prawidłowe funkcjonowanie układu kostno-mięśniowo-stawowego. Następstwem zbyt dużej masy ciała jest obciążenie chrząstek stawowych co przyśpiesza i nasila procesy zwyrodnieniowe w stawach (1 kg tkanki tłuszczowej na brzuchu jest równe 100 kg obciążeniu dysku). Należy poinformować pacjenta o przestrzeganiu odpowiedniej diety ograniczonej w tłuszcz, cukry proste, słodycze, produkty tłuste, smażone, ciężkostrawne. Wskazane jest ograniczenie ilości spożywanych posiłków, przeciwdziałanie zaparciom poprzez spożywanie dużej ilości produktów zawierających błonnik. Dieta powinna być urozmaicona, bogata w warzywa i owoce oraz nabiał (kefiry, jogurty) [3].

Fotel samochodowy powinien zapewnić dobre podparcie całego kręgosłupa. Niekorzystne jest nadmierne odchylenie oparcia ku tyłowi (zmusza to kierowcę do pochylania się w przód, garbienia co w efekcie przeciąża mięśnie grzbietu i kręgosłupa).

Fotel samochodowy powinien:

- znajdować się blisko kierowcy,
- tłumić ewentualne uderzenia, siły wynikające z przyśpieszenia,
- posiadać regulowane podłóżki [1, 3].

Aktywność fizyczna we wszystkich postaciach jest istotnym środkiem utrzymującym sprawność i wydolność organizmu. Brak ruchu powoduje zagrożenie wystąpienia otyłości oraz osłabienia siły aparatu mięśniowego i więzadłowego, co powoduje gorszą stabilizację kręgosłupa. Szkodliwe jest również wyłączenie chorych z wszelkiej aktywności, poprzez zbyt troskliwą opiekę nadmiernie współczującej rodzinie.

W okresie remisji i po leczeniu operacyjnym zaleca się: spacerować na świeżym powietrzu po płaskim terenie, wydłużenie trasy do powstania uczucia zmęczenia (bez objawów bólu), marsz, bieganie po płaskim terenie w sportowym obuwiu, pływanie kraulem i na plecach – uzyskuje się optymalne odciążenie krążków międzykręgowych.

Przed rozpoczęciem ćwiczeń po operacji kręgosłupa należy skonsultować się z lekarzem.

Do sportów zabronionych zaliczamy piłkę nożną, hokej, siatkówkę, piłkę ręczną, podnoszenie ciężarów. Dobrą formą odpoczynku jest sen. Można wypoczywać również poprzez relaks: pełne rozluźnienie wszystkich mięśni i wytlumieniu napięcia psychicznego [3].

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo I, Lublin 2000.
2. Członkowsy A. i A.: Leczenie w neurologii – kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 220–224.
3. Lorencowicz R., Rutkowska E.: Zapobieganie nawrotom bólów krzyża. Zeszyt promocji zdrowia, Wydanie I, Lublin 1997.
4. Nowak J.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Magazyn pielęgniarki i położnej, 05–06 1996, 30–31.
5. Prusiński A.: Podstawy neurologii klinicznej. Podręcznik dla studentów medycyny PZWL, Wydanie V, Warszawa 1989.
6. Rapałak: Zespoły bólowe kręgosłupa. Wydanie lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 65–99.
7. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Wydanie Lekarskie PZWL, Wydanie II, Warszawa 1998.
8. Ciechaniewicz W.: Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie I, Warszawa 2000.

Wojciech Zub¹, Władysław Berny¹, Joanna Tonderys-Rosińczuk²,
Artur Weiser¹, Grażyna Prudlak¹

Poziom wiedzy pacjentów na temat dyskopatii lędźwiowej i profilaktyki bólów krzyża

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego stanowi bardzo istotny problem, głównie z powodu znacznego rozpowszechnienia w populacji ludzkiej [1, 2]. Szczególnie ważne jest to, iż dotyczy często ludzi młodych, aktywnych zawodowo i w znaczny sposób obniża tę aktywność. Rozwój i przebieg dyskopatii zależy od trybu życia, utrwalonych wadliwych postaw, niepożądanych stereotypów zachowania, ograniczeń ruchowych. Zachowania chorego determinowane są wiedzą o prozdrowotnym stylu życia, znajomością zasad samoobserwacji i samokontroli własnego zdrowia. Istotne znaczenie ma przede wszystkim znajomość zasad biomechaniki kręgosłupa polegająca na właściwym doborze pozycji ciała podczas: leżenia, stania siedzenia, wstawania i pochylania się, podnoszenia i dźwigania ciężarów. Ponadto chory powinien znać zachowania zapobiegające nawrotom choroby, z uwzględnieniem ruchu, ćwiczeń, diety oraz działań antystresowych. Powinien również dokonywać prawidłowych wyborów ubioru oraz sprzętów adekwatnych do potrzeb zdrowotnych [3, 4, 5]. Wiedza ta nabywana jest w trakcie całego życia, w największym stopniu, gdy pojawiają się określone problemy zdrowotne lub w czasie leczenia (ambulatoryjnego, szpitalnego lub sanatoryjnego).

Celem pracy jest przedstawienie stanu faktycznego poziomu edukacji zdrowotnej oraz zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej wśród pacjentów z dyskopatią lędźwiową.

Pomimo dobrej znajomości procesów bichemicznych zachodzących w zwyrodniałym krążku międzykręgowym, nadal nie wiadomo dokładnie, jaki czynnik zapoczątkowuje te zmiany. Powstało szereg teorii próbujących wyjaśnić ten problem, z których najważniejsze to teoria biochemiczna, enzymatyczna, hormo-

¹ Katedra i Klinika Neurochirurgii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

nalna czy też urazowa [6, 7]. Jednak żadna z nich nie rozwiązuje jednoznacznie tego zagadnienia. Problem zatem pozostaje nadal otwarty.

Nazewnictwo i klasyfikacja zmian zwyrodnieniowych także nastęrcza duże trudności. Zmiany te określa się jako dyskopatia, osteochondroza, czy też spondyloza. We wszystkich tych jednostkach podobna jest istota zmian biochemicznych, jakie zachodzą w krążku międzykręgowym. Różnice natomiast wynikają z nasilenia objawów klinicznych oraz okresu choroby, w którym się ujawniają. I tak, jeśli objawy występują w okresie wczesnym choroby, wówczas mamy do czynienia z dyskopatią. Natomiast w okresach późniejszych z reguły dochodzi, obok zmian zwyrodnieniowych krążka międzykręgowego, do zmian w obrębie chrząstek nasadowych, tworzenia się osteofitów, które to zmiany powodują zwężenie kanału kręgowego i otworów międzykręgowych. Wówczas mówi się raczej o spondylozie lub stenozie kanału kręgowego.

Istotą leczenia choroby zwyrodnieniowej krążka międzykręgowego jest zniesienie patologicznych następstw ucisku elementów nerwowych kanału kręgowego. W przypadkach nie poddających się leczeniu zachowawczemu stosuje się leczenie operacyjne [8, 9, 10, 11]. Nadrzędnym celem zabiegu jest odbarczenie elementów nerwowych kanału kręgowego i jednoczesne zachowanie stabilności kręgosłupa. Leczenie operacyjne podejmuje się zwykle po niepowodzeniu leczenia zachowawczego. Hafek zaleca leczenie operacyjne w przypadku częstych nawrotów choroby oraz w momencie pojawienia się takich objawów neurologicznych jak: niedowładny mięśni, zaburzenia zwieraczy pęcherza moczowego, osłabienie lub zniesienie odruchów ścięgowo-okostnowych, czy też zaburzenia czucia powierzchniowego [12].

Ocena prowadzona wśród pacjentów przyjętych do szpitala, wykazała znaczny niedobór wiedzy z zakresu prewencji przeciążeń kręgosłupa, m.in.: słabą znajomość zasad odciążania kręgosłupa w różnych pozycjach, sposobów zachowania się w okresie nasilonych dolegliwości bólowych oraz zasad obowiązujących przy podnoszeniu przedmiotów.

Niepokój budzi fakt niskiego poziomu wiedzy u chorych w tak podstawowych zakresach jak zasady podnoszenia przedmiotów (co może spowodować przeciążenie kręgosłupa oraz przerwanie pierścienia włóknistego i wypadnięcie jądra miążdżystego), zasady ochrony kręgosłupa w wymuszonych i długotrwałych pozycjach (co sprzyja kumulowaniu się przeciążeń i powoduje nawrót dolegliwości bólowych).

Przeprowadzone badania dowiodły, iż należy prowadzić edukację wśród zdrowych osób w zakresie prewencji przeciążeń kręgosłupa, a szczególnie wśród osób dotkniętych dyskopatią jako profilaktykę wtórną. Wiedza wśród społeczeństwa z tego zakresu jest niepełna, wymaga usystematyzowania i uzupełnienia. Działania edukacyjne, nabyta przez chorych wiedza, może wpływać na zmianę zachowań, co pozwoli zmniejszyć konsekwencje choroby już cierpiącym oraz ochroni osoby zdrowe przed cierpieniem.

Bardzo interesującą propozycją rozwiązania problemu edukacji chorych z dyskopatią jest tzw. „Szkoła pleców”. Była ona odpowiedzią na poszukiwanie nowych metod terapii nawracających incydentów dolegliwości bólowych kręgosłupa. Dolegliwości te przechodzą nierzadko w postać przewlekłą, ze stosunkowo krótkotrwałym, pozytywnym efektem leczenia zachowawczego. Poszukiwano zwłaszcza takich form terapii, które pozwoliłyby z jednej strony utrwalić efekty pozabiegowe, a z drugiej przeciwdziałałyby ewentualnym nawrotom dolegliwości [13, 14].

Pierwsza „Szkoła pleców” powstała w Szwecji już w 1950 roku, a następnie w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii. W latach 80-tych XX wieku tego typu programy profilaktyczne zaczęły powstawać w Niemczech i Szwajcarii. Nadrzędnym celem „Szkoły pleców” jest trwałe wprowadzenie do czynności dnia codziennego zachowań ruchowych redukujących niewłaściwe obciążenia narządu ruchu. Jej cechą szczególną jest interdyscyplinarność i próba systemowego rozwiązania problemu wtórnej profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa [13,14].

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono od stycznia do maja 2004 roku na oddziale neurologii i neurochirurgii jednego ze szpitali specjalistycznych we Wrocławiu. Grupa badanych to 50 chorych hospitalizowanych z powodu zachowawczego lub operacyjnego leczenia dyskopatii lędźwiowej. Było wśród nich 28 mężczyzn (56%) i 22 kobiety (44%) w wieku od 24 do 62 lat. Wykształceniem podstawowym legitymowało się 13 (26%) pacjentów, zawodowym – 6 (12%), średnim 18 (36%), a wyższym 13 (26%).

Badana grupa pacjentów była zróżnicowana pod względem czasu trwania choroby. Dolegliwości trwające poniżej roku miało 15 pacjentów, do 5 lat – 12 pacjentów, do 10 lat – 8 pacjentów, natomiast u 15 pacjentów trwały one powyżej 10 lat.

Ocenę wiedzy pacjentów przeprowadzono za pomocą testu wiadomości. Składał się on z pytań dotyczących m.in.: istoty dyskopatii, zasad zachowania podczas bólu, pozycji odciążających kręgosłup.

Poziom wiedzy sprawdzano podczas przyjęcia do oddziału i w trakcie zbierania wywiadu. Podczas pobytu pacjenta zbierano też opinie na temat problemów pielęgnacyjnych i możliwości ich rozwiązania.

Analiza zebranego materiału wykazała, że pacjenci przyjęci do szpitala do zachowawczego i/lub operacyjnego leczenia dyskopatii, posiadali niewielki zasób wiedzy o sposobach odciążania kręgosłupa w wymuszonych pozycjach (siedzącej 36%, stojącej 38%) oraz o zasadach zachowania się przy natężeniu bólu kręgosłupa. Również nieliczni wykazali się wiedzą o zasadach obowiązujących przy podnoszeniu przedmiotów (41%). Tylko około połowa badanych знаła zasady podnoszenia przedmiotów nie powodujące przeciążeń oraz cechy obuwia, które zaleca się w profilaktyce schorzeń kręgosłupa (48%). Badani potwierdzi-

Tabela 1. Ocena wiedzy osób z dyskopatią o profilaktyce bólów krzyża oraz ocena skuteczności edukacji prowadzonej przez pielęgniarki w szpitalu

Zadania testu	Wynik pozytywny
Wiedza o chorobie	83%
Zasady zachowania przy bólu	38%
Pozycje odciążające kręgosłup	77%
Cechy podłoża do spania	41%
Zasady bezpiecznego wstawania	77%
Zasady odciążania przy siedzeniu	36%
Zasady bezpiecznego schylania się	75%
Zasady podnoszenia przedmiotów	48%
Zasady obowiązujące przy noszeniu przedmiotów	41%
Zasady odciążania kręgosłupa przy staniu	38%
Zasady przesuwania przedmiotów	55%
Ćwiczenia przeciążające kręgosłup	54%
Cechy „zdrowego” obuwia	48%

Tabela 2. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z dyskopatią

Stwierdzone problemy	Liczba chorych	%
Dolegliwości bólowe wynikające z istoty choroby	50	100%
Obawa przed zabiegiem operacyjnym wynikająca z braku wiadomości na ten temat	22	44%
Obawa o własną przyszłość (o funkcjonowanie w dotychczasowych rolach społecznych) wynikająca z konsekwencji choroby i możliwości jej nawrotów	21	42%
Niekompletne wiadomości na temat przyszłego trybu życia (wynikające z braku motywacji do edukacji na ten temat, niedostępność literatury)	18	36%
Zagrożenie zdrowia związane z utrzymywaniem się nadwagi spowodowanej brakiem wiedzy na temat sposobu likwidacji tego stanu i jej szkodliwego wpływu na kondycję kręgosłupa	18	36%
Obawa przed badaniem diagnostycznym wynikająca z braku wiedzy na ten temat	17	34%

li, iż znają zagadnienia dotyczące istoty choroby (83%), pozycje, które odciążają kręgosłup oraz zasady bezpiecznego wstawania (77%) i pochylania się (75%).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazują, że: 100% badanych jako największy problem podało dolegliwości bólowe wynikające z istoty choroby. 22 (44%) chorych obawia się zabiegu operacyjnego, a 17 (34%) badania diagnostycznego. Jest to problem wynikający z braku podstawowej wiedzy na ten temat.

21 z 50 pacjentów wymaga przeprowadzenia rozmowy na temat przyszłego funkcjonowania w środowisku domowym i wykonywania pracy zawodowej (to jest konieczności zmiany niektórych warunków pracy lub zmiany stanowiska pracy).

Również u 42% pacjentów należy wzbudzić motywację do zlikwidowania nadwagi i przekazać im wiedzę na temat różnych metod stosowanych w walce z nadwagą (diety, zmiany nawyków żywieniowych, zwiększenia aktywności ruchowej, psychoterapii).

36% badanych pacjentów (tj. 18 z 50) uważa, że ich problemy pielęgnacyjne zostały rozwiązane bardzo dobrze. Dziewięciu z 50 chorych (18%), spośród wszystkich badanych, uważa, że ich problemy nie zostały zlikwidowane lub próbowano je rozwiązać w sposób niezadowolający. Natomiast 23 z 50 pacjentów (46%) wypowiadających się w tej kwestii twierdzi, że okazana im pomoc była dobra.

Wnioski

1. Opieka pielęgniarstwa w zakresie promowania zdrowia fizycznego i emocjonalnego chorych wymaga podjęcia zdecydowanych działań korekcyjnych, gdyż jest świadczona na niskim poziomie.
2. Najśłabszym elementem opieki pielęgniarstwa jest udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzinie pacjenta i współpraca pielęgniarki z innymi członkami zespołu terapeutycznego.
3. Poziom wiedzy pacjentów z dyskopatią o chorobie i zachowaniach prozdrowotnych jest zróżnicowany, stwierdzono znaczne niedobory wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemami chorobowymi oraz znajomości zasad profilaktyki i higieny kręgosłupa.
4. Problemy pielęgnacyjne w opinii pacjentów z dyskopatią lędźwiową rozwiązywane są w sposób zadowolający.

Piśmiennictwo

1. Bruhl W.: Studium kliniczne kręgosłupa. Instytut reumatologiczny, Warszawa 1996.
2. Dziak A.: Bóle krzyża. PZWL Warszawa 1990.
3. Retinger-Grzesiułowa M.: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne, PZWL, Warszawa 1984.

4. Stodolny J.: Jak chronić swój kręgosłup. ZL NATURA, 1999.
5. Tullberg T., Isacson J., Weidenhielm L.: Does microscopic removal of lumbar disc herniation lead to better results than the standard procedure? Results a one-year randomized study. *Spine*. 1993 Jan. 18 (1); 24-7.
6. Jarmundowicz W.: Jednoczasowa spondylodeza przednia i tylna w niestabilnościach kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym. Praca doktorska, 1975.
7. Skaggs D. L., Weidenbaum M., Iatridis J. C., Ratcliffe A., Mow V. C.: Regional variation in tensile properties and biochemical composition of the human lumbar annulus fibrosus. *Spine*. 1994 Jun. 19 (12); 1310-9.
8. Fager C. A.: Role of laminectomy in lumbar disc herniation. *Mt. Sinai J. Med.* 1991 Mar. 58 (2); 133-8.
9. Jarmundowicz W., Haftek J., Radek A., Karbownik J.: Późne wyniki leczenia operacyjnego kręgosłupa powikłanego objawami uszkodzenia ogona końskiego. *Neurochir. Pol.*, 1988, 3, 216.
10. Mayer H. M., Brock M.: Percutaneous endoscopic lumbar discectomy (PELD). *Neurosurg. Rev.* 1993; 16 (2); 115-20.
11. Ognik G., Helms C., Ginsberg L., Høglund T., Morris J.: Percutaneous lumbar discectomy using a new aspiration probe. *A.J.N.R.* 1985, 6, 290-295.
12. Haftek J., Radek A., Jarmundowicz W.: Aspekty ortopedyczne radykalnych zabiegów neurochirurgicznych w obrębie kręgosłupa. Materiały XXII zjazdu naukowego PTO i Traum. Poznań 1987, PZWL, Warszawa, 1987.
13. Szawłowski K., Wojewoda-Wójcik B.: Patomechanizm bólów w uszkodzeniach krążka międzykręgowego. Biomechanika w patogenezie zespołu bólów w dolnym odcinku kręgosłupa u ludzi pracy. Materiały z sesji naukowej 10-11.11.1974. PZWL 1977, 68-73.
14. Zielińska-Charaszewska S.: Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego. PZWL, Warszawa 1986.

ISBN: 83-86796-97-9