

Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia  
Akademia Medyczna w Białymstoku

# Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości

Pod redakcją: E. Krajewskiej-Kutak,  
M. Szczepańskiego, C. Łukaszuk i J. Lewko

Tom II





Problemy  
terapeutyczno-pielęgnacyjne  
od poczęcia do starości

Tom II

„Badania w zakresie medycyny uczyniły tak niezwykły postęp,  
że praktycznie nie mamy już ani jednego zdrowego człowieka”

Aldous Huxley



Akademia Medyczna w Białymstoku  
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

# Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości

Tom II

Praca zbiorowa pod redakcją  
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak  
Dr hab. med. Marka Szczepańskiego  
Dr n. med. Cecylii Łukaszuk  
Dr n. med. Jolanty Lewko

Białystok 2007

Recenzenci:  
Prof. dr hab. med. Waczesław Niczyporuk  
Dr hab. med. Alicja Wasiluk

ISBN 978-63-89934-24-6

Wydanie I

Białystok 2007

Projekt okładki: Agnieszka Kułak

Skład i łamanie: Stanisław Żukowski

Druk i oprawa:  
MKDruk, Drukarnia S.C., ul. Marczukowska 6, 15-724 Białystok

## SPIS TREŚCI

### **Rola zespołu terapeutycznego w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem**

|  |    |
|--|----|
| Salamon J., Moździerz K.<br><i>Czy zespoły terapeutyczne realizują w pełni swoje zadania? . . . . .</i>  | 13 |
| Cieślak H.<br><i>Rola Pielęgniarki POZ w opiece środowiskowej . . . . .</i>  | 17 |
| Bielemuk A., Jankowiak B., Krajewska-Kułąk E., Chmura R. M., Strankowska M., Samujło B., Krysiak T.<br><i>Ocena relacji interpersonalnych w grupie zawodowej pielęgniarka–lekarz . . . . .</i>                               | 25 |
| Dowbór-Dzwonka A., Cegła B., Filanowicz M., Szykiewicz E.<br><i>Satysfakcja pacjenta jako miernik jakości usług medycznych – rozważania teoretyczne i analiza skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)</i> | 35 |
| Książek J., Gaworska-Krzemińska A., Janiewicz P., Piotrkowska R.<br><i>Zastosowanie wybranych modeli pielęgnowania w opiece nad pacjentem chirurgicznym . . . . .</i>  | 42 |
| Grabowska H., Narkiewicz K., Chrostowska M., Szczęch R., Dubiela-Dąbrowska A., Kucharska W., Grabowski W.<br><i>Zasady klinicznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w opinii pielęgniarek. . . . .</i>                      | 50 |
| Kurowska K., Zajac M.<br><i>Związek poczucia koherencji z radzeniem sobie w codziennym życiu w schorzeniach tkanki łącznej . . . . .</i>   | 58 |
| Piotrkowska R., Książek J., Nowatkowska A., Patoła A.<br><i>Problemy występujące u pacjentów po usunięciu tarczycy . . . . .</i>   | 65 |

|  |     |
|--|-----|
| Książek J., Gibas A., Jaromińska M.<br><i>Ocena procesu pielęgnowania operowanych chorych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego</i> . . . . .  | 70  |
| Cierzniakowska K., Szewczyk M. T., Banaszekiewicz Z.<br><i>Wyznaczenie miejsca stomii jelitowej – rola i zadania pielęgniarki</i> . . . . .  | 78  |
| Kondzior D. J., Klimaszewska K., Jankowiak B., Krajewska-Kuślak E., Kowalczyk K., Rolka H., Baranowska A., Szyszko-Perłowska A.<br><i>Najczęściej występujące problemy bio-psycho-społeczne u chorego z miastenią</i>  | 83  |
| Klimaszewska K., Kowalewska K., Łukaszuk C., Krajewska-Kuślak E., Kowalczyk K., Jankowiak B., Kondzior D., Krajewska K., Szyszko-Perłowska A.<br><i>Rola pielęgniarki w pielęgnacji pacjenta z założonym opatrunkiem gipsowym po złamaniu kości ramiennej.</i> . . . . . | 89  |
| Ostrowska M.<br><i>Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiową</i> . . . . .  | 95  |
| Kuślak W., Rakowicz E., Cybula K., Dytrych G.<br><i>Plastyczność mózgu, mechanizmy uszkodzenia mózgu a możliwości rehabilitacji</i>  | 102 |
| Jankowiak B., Kozłowska A., Lewko J., Krajewska-Kuślak E., Kowalczyk K., Klimaszewska K., Rolka H.<br><i>Ocena wiedzy pielęgniarek o metodach pielęgnacji pacjentów z niedokrwiennym udarem mózgowym.</i> . . . . .  | 109 |
| Dopierała L.<br><i>Pielęgnowanie chorych leczonych po przebytych urazie mózgowo-czaszkowym</i>   | 117 |
| Karabanowicz A., Ślusarz R., Jabłońska R., Królikowska A., Grzelak L.<br><i>Samooceńca pielęgniarek neurochirurgicznych w zakresie wybranych aspektów opieki</i> . . . . .   | 123 |
| Jatczak D., Ślusarz R., Józwicka M.<br><i>Subiektywna ocena dolegliwości bólowych po zabiegu neurochirurgicznym – doniesienia wstępne</i> . . . . .  | 129 |

## **Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej**

|  |     |
|--|-----|
| Łuczak J.<br><i>Co to jest leczenie objawowe/paliatywne oraz opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?</i> . . . . . | 139 |
| Czerwik M.<br><i>Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej</i> . . . . .        | 155 |



|   |     |
|---|-----|
| Fiedorczyk I.   |     |
| <i>Grupy wsparcia dla kobiet leczonych onkologicznie jako metoda wprowadzania w życie pacjentek wszechstronnych programów zdrowotnych</i> . . . . .   | 164 |
| Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.  |     |
| <i>Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarcom w opiece nad pacjentem umierającym</i> . . . . .   | 173 |
| Tolarczyk A.  |     |
| <i>Postawy wobec śmierci pielęgniarek hospicyjnych i anestezyjologicznych</i> . . . . .   | 181 |
| Łyżnicka M., Korbel-Pawlas M., Sułek J., Pawlas A., Dębska G.   |     |
| <i>Satysfakcja z pracy pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej</i> . . . . .  | 188 |
| Król I., Jakrzewska-Sawińska A., Wajda-Kasprowicz M., Bortkiewicz E.  |     |
| <i>Pacjenci Wielkopolskiego Hospicjum dla Dzieci w latach 1999–2006</i> . . . . .   | 196 |
| Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Jakrzewska-Sawinska A., Sawiński K.   |     |
| <i>Doświadczenia z działalności „Hospicjum Domowego” przy Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej w Poznaniu</i> . . . . .  | 200 |
| Kacprzak E., Kania M., Cieślak H.   |     |
| <i>Rola pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej w profilaktyce raka jąder</i> . .  | 204 |
| Balewska M., Terlikowski R., Bernaczyk P. S., Terlikowski S. J., Kulikowski M.  |     |
| <i>Opieka nad chorą po leczeniu raka piersi</i> . . . . .   | 209 |
| Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Jankowiak B., Baranowska A., Kondzior D., Krajewska K., Szyszko-Perłowska A., Łukaszuk C., Chylińska J., Kowalewska B., Gołębiewska A. |     |
| <i>Postawy wobec eutanazji</i> . . . . .  | 215 |
| Błaszczuk J.  |     |
| <i>Świadoma zgoda pacjenta a eutanazja</i> . . . . .  | 219 |

## **Zagrożenia zawodowe personelu medycznego**

|   |     |
|---|-----|
| Kilańska D.   |     |
| <i>Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki</i> . . . . .   | 227 |
| Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Makarowski T.  |     |
| <i>Wpływ powietrza na zdrowie człowieka</i> . . . . .   | 234 |
| Rolka H., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Kułak W., Jankowiak B., Ostapowicz Van Damme K., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Kondzior D., Baranowska A. |     |
| <i>Mikroflora powietrza pomieszczeń placówek ochrony zdrowia</i> . . . . .  | 243 |

|  |     |
|--|-----|
| Laskowska A., Łukaszuk C., Krajewska-Kułał E., Macura A., Jakoniuk P., Oksiejczuk E.<br><i>Epidemiologia zakażeń szpitalnych</i> . . . . .   | 255 |
| Laskowska A., Łukaszuk C., Krajewska-Kułał E., Macura A. B., Jakoniuk P.<br><i>Zakażenia w grupie zawodowej pracowników ochrony zdrowia</i> . . . . .  | 268 |
| Makarowski T.<br><i>Narażenia zawodowe pracowników pracowni radiologicznych</i> . . . . .  | 275 |
| Orzeł-Nowak A., Ścisło L., Kowalewska M.<br><i>Czynniki ryzyka i objawy przewlekłej niewydolności żyłnej (PNŻ) u pielęgniarek</i> . . . . .  | 283 |
| Michalewicz M. J., Golonko B., Kondzior D. J., Szarejko E.<br><i>Ocena wiedzy średniego personelu medycznego dotyczącej narażenia na zakażenie wirusami przenoszonymi drogą parenteralną</i> . . . . . | 294 |
| Chmura R. M., Bielemuk A., Samujło B., Strankowska M.<br><i>Wpływ czynników środowiska pracy i relacji społecznych na występowanie zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek</i> . . . . .       | 302 |
| Szczurak T., Kamińska B., Szpak A.<br><i>Subiektywne symptomy zmęczenia na pielęgniańskich stanowiskach pracy w ocenie obciążenia psychicznego</i> . . . . .   | 310 |

## **Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna**

|   |     |
|---|-----|
| Paszek T., Sienkiewicz Z., Wrońska I.<br><i>Zastosowanie poradnictwa w praktycznej działalności pielęgniarki</i> . . . . .  | 319 |
| Filarski R., Majewski R.<br><i>Ocena zawartości tłuszczów w jadłospisach w przedszkolach na terenie Białegostoku</i> . . . . .  | 327 |
| Sawicki M.<br><i>Potrzeba i metody edukacji zdrowotnej wśród młodzieży w wieku 10–16 lat.</i> . . . . .   | 334 |
| Zalewska-Puchała J., Majda A., Gałuszka A., Kolonko J.<br><i>Zachowania zdrowotne studentów a poczucie własnej skuteczności</i> . . . . .   | 339 |
| Eszyk J., Ordys D.<br><i>Analiza stylu życia studentów wybranych uczelni w Polsce</i> . . . . .   | 349 |
| Patola A., Piotrkowska R., Książek J.<br><i>Zachowania zdrowotne pacjentów z niedokrwieniem kończyn dolnych</i> . . . . .   | 358 |
| Krzemińska S., Strama A., Milan M., Spodzieja J., Uchmanowicz I.<br><i>Działania edukacyjne podejmowane przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny wobec pacjenta z chorobą wrzodową</i> . . . . . | 363 |

|   |     |
|---|-----|
| Ozga M., Borowiak E., Adamek M.<br><i>Odżywianie pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy jako element edukacji zdrowotnej</i> . . . . .  | 370 |
| Krzemińska S., Pogorzelska J., Uchmanowicz I., Borodzicz-Cedro A., Piechocki J.<br><i>Ocena znajomości czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz zapotrzebowania pacjentów kardiochirurgicznych na edukację zdrowotną</i> . . . . . | 377 |
| Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., Krajewska M., Świetlik D.<br><i>Dieta a prewencja pierwotna nadciśnienia tętniczego w opinii pielęgniarek</i> . . . . .  | 384 |
| Bocian A., Borowiak E., Matuszewska M.<br><i>Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych</i> . . . . .  | 391 |
| Tomkiewicz A., Sierakowska M., Krajewska-Kułak E.<br><i>Przygotowanie pacjenta ze stomią jelitową do samopielegnacji i samoopieki</i> . . . . .   | 400 |
| Szerko K., Naumnik B., Myśliwiec M.<br><i>Wiedza na temat zaleceń dietetycznych u pacjentów przewlekle hemodializowanych</i> . . . . .  | 417 |
| Terlikowski R., Balewska M., Bernaczyk P. S., Terlikowski S. J., Kulikowski M.<br><i>Aktywność fizyczna i dieta w terapii raka piersi</i> . . . . .   | 423 |
| Siwiec D., Magosa D.<br><i>Edukacja narzędziem kształtowania roli osoby opiekującej się chorym w domowej opiece hospicyjnej, w aspekcie pracy pielęgniarki</i> . . . . .  | 429 |
| Trams M. K., Filarski R., Majewski R., Pentkowska E.<br><i>Ocena jakości porad dietetycznych przez pacjentów poradni dla cukrzyków</i> . . . . .  | 435 |



*Rola zespołu terapeutycznego  
w interdyscyplinarnej opiece  
nad pacjentem*





Jadwiga Salamon, Kazimiera Moździerz

## Czy zespoły terapeutyczne realizują w pełni swoje zadania?

### Wstęp

Praca zespołowa jest zawsze cechą opieki zdrowotnej, podstawą skutecznych i skoordynowanych usług. Zespół jest zbiorem osób, które potrzebują nawzajem swoich możliwości i umiejętności [1]. Zespół terapeutyczny można określić jako grupę profesjonalistów zaangażowanych w szeroki proces terapeutyczny, współpracujących ze sobą w zakresie diagnostyki, leczenia i usprawniania pacjenta. Celem jego jest powrót pacjenta do zdrowia lub przygotowanie jego i rodziny do jak najlepszego radzenia sobie w życiu. Każda grupa zawodowa pracująca w zespole ma do odegrania swoistą rolę, chociaż istnieją obszary zadań wspólnych, np. promocja zdrowia, profilaktyka [2]. Głównym zadaniem zespołu jest poprawa jakości życia pacjenta. „Ludzie narodzili się ku wzajemnej pomocy (...), bo ani dobra okolica, ani zdrowy klimat nie są tak skutecznym lekarstwem dla chorych, jak (...) przebywanie w lepszym otoczeniu” [3].

### Cel

Poznanie pracy zespołów terapeutycznych i zbadanie czy realizują w pełni swoje zadania.

### Materiał i metodyka

W badaniu ankietowym uczestniczyło 120 osób, członków 27 zespołów terapeutycznych działających w szpitalu w Tarnowie (60%), w miejskich i gminnych ośrodkach zdrowia powiatu tarnowskiego (37%) oraz w ośrodku rehabilitacyjno-leczniczym (3%).

---

<sup>1</sup> Zakład Fizjoterapii, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Respondenci pracowali na stanowisku fizjoterapeuty, rehabilitanta (50%), pielęgniarki (37%), lekarza (7%), terapeuty zajęciowego (1,6%), masażysty (1,6%), hipoterapeuty (1,6%).

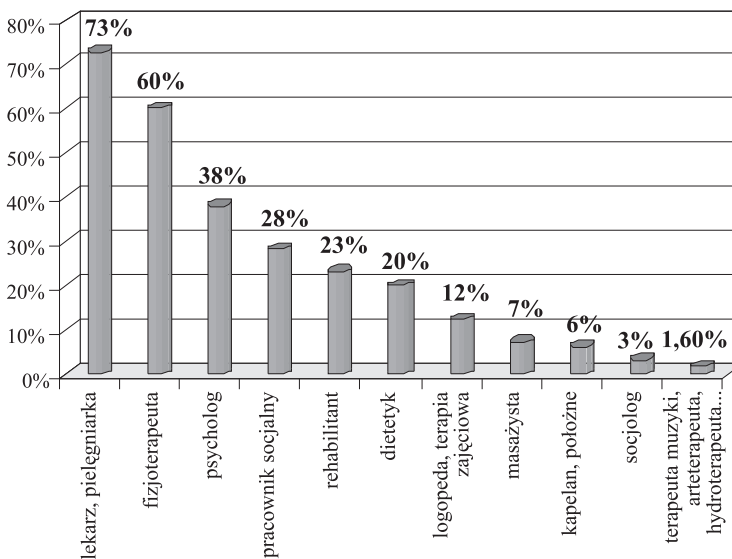
Wykształcenie wyższe posiadało 43% badanych, 57% ukończyło studium medyczne. Średnia wieku wynosiła 35 lat, przeciętny staż pracy 16 lat.

## Wyniki badań i ich omówienie

Według 97% ankietowanych w ich placówkach działają zespoły terapeutyczne, 3% stwierdziło, że nie ma takiego zespołu (osoby te pracują w małych ośrodkach pomocy na wsi).

W skład badanych zespołów interdyscyplinarnych wchodzi kilku (80%) lub kilkunastu (20%) specjalistów. Są nimi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, dietetyczka, terapeuta zajęciowy, logopeda, masażysta, położna, kapelan, socjolog, terapeuta muzyki, arteterapeuta, hydroterapeuta, dogoterapeuta (Ryc. 1).

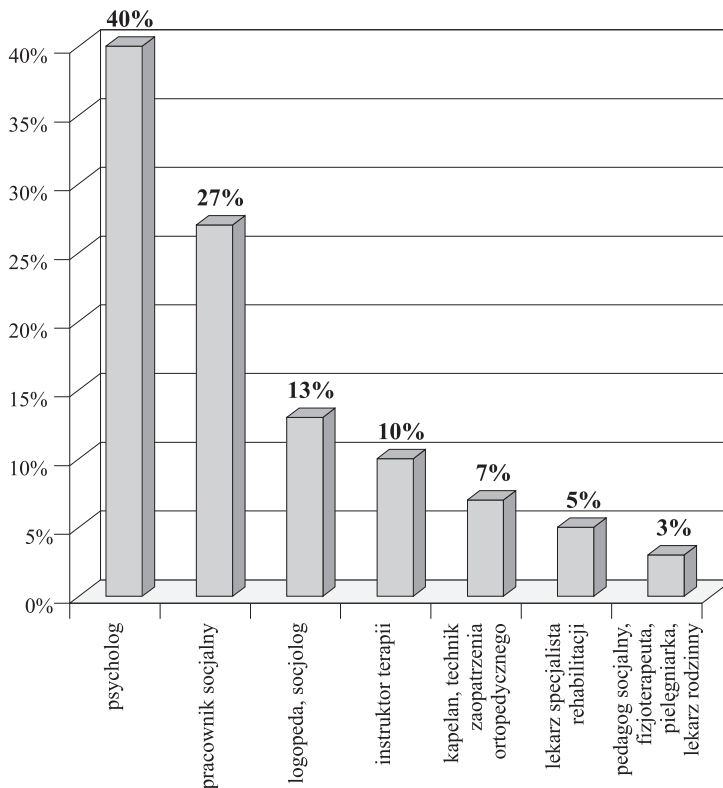
Rycina 1. Skład zespołów terapeutycznych



Respondenci uznali, że w ich zespołach brak jest kilku specjalistów, m.in. psychologa, pracownika socjalnego, socjologa, logopedy, instruktora terapii zajęciowej, technika zaopatrzenia ortopedycznego, kapelana, lekarza specjalisty rehabilitacji, fizjoterapeuty, pielęgniarki, pedagoga specjalnego, lekarza rodzinnego (Ryc. 2). Taka sytuacja zmusza innych członków zespołu (zwłaszcza fizjoterapeutów i pielęgniarki) do wykonywania dodatkowych czynności.



Rycina 2. Braki specjalistów w zespołach terapeutycznych



Wiodącą rolę w zespole odgrywa lekarz-ordynator, specjalista rehabilitacji lub rodzinny (62%), czasem mgr fizjoterapii, rehabilitacji (25%), pielęgniarka (3%), dr rehabilitacji (3%), psycholog (1,6%), pracownik socjalny (1,6%), 7% respondentów twierdzi, że wszyscy są równi.

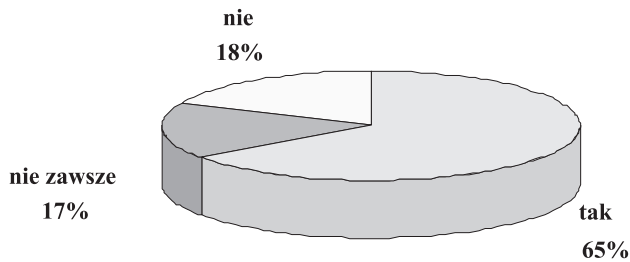
Miejsce pacjenta w zespole jest najważniejsze, stwierdza 97% badanych, jednak 3% pisze, że niekiedy jest on ostatni.

Częstotliwość spotkań członków zespołów jest różna, odbywa się codziennie (55%), dwa razy w tygodniu (7%), jeden raz w tygodniu (11%) lub doraźnie (27%).

Najczęstszymi metodami badawczymi wykorzystywanymi w pracy zespołów są: obserwacja (100%), wywiad (100%), analiza dokumentów (100%), stosuje się też testy (43%), eksperyment (13%), ankiety (1,6%).

Współdziałanie zespołu terapeutycznego polega na wymianie informacji, spostrzeżeń i doświadczeń dotyczących chorego, dobrze zorganizowanej terapii, ustaleniu strategii działań i harmonii tych działań. 82% badanych nie ma zastrzeżeń do współpracy swojego zespołu.

### Rycina 3. Czy zespół terapeutyczny realizuje w pełni swoje zadania?



Na pytanie: Czy zespół terapeutyczny realizuje w pełni swoje zadania? 65% respondentów odpowiedziało „tak”, pozostali uważają, że „nie zawsze” lub „nie” (Ryc. 3).

Niepełna satysfakcja z działalności zespołu interdyscyplinarnego spowodowana jest najczęściej brakiem specjalistów w zespole (8%), niepełną współpracą między członkami zespołu (8%), słabą współpracą z instytucjami pozarządowymi i poradniami specjalistycznymi (6%), złą organizacją pracy w zespole – brak szkoleń, niedokładny podział obowiązków (5%), pośpiechem i brakiem czasu na dobrą współpracę z pacjentem i jego rodziną (5%).

„Do efektywnej i harmonijnej pracy grupowej potrzebny jest zrównoważony zespół” [4]. Wśród 65% badanych zadowolonych z działalności zespołu terapeutycznego w swojej placówce 17% stwierdziło, że zespół jest bardzo dobrze zorganizowany, a współpraca w nim jest idealna – i to jest najważniejsze.

### Wnioski

Badanie wykazało, że zespoły terapeutyczne nie realizują w pełni swoich zadań. Aby ich działanie było lepsze rozwiązanie zaproponowali sami respondenci:

- Zwiększyć liczbę specjalistów w zespole.
- Poprawić organizację pracy zespołu (częstsze spotkania, szkolenia, bardziej szczegółowy podział obowiązków) i relacje między członkami zespołu.
- Pozyskać do współpracy pacjenta i jego rodzinę.
- Usprawnić współpracę z organizacjami pozarządowymi i poradniami specjalistycznymi.

### Piśmiennictwo

1. Damant M., Martin C., Openshaw S., red. nauk. pol. wyd. Wrońska I. *Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej*, Warszawa 1997, s. 73.
2. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Warszawa 2001, s. 104.
3. Seneka I. A. *Myśli*, wybrał i przełożył Strybała S., Kraków 1987, s. 69, 113.
4. Forster D., Pike S. *Promocja zdrowia dla wszystkich*, przekład z angielskiego Gąsowska U. i Giszczak R., Lublin 1996, s. 126.

Halina Cieślak<sup>1</sup>

## Rola Pielęgniarki POZ w opiece środowiskowej

### Wstęp

Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego jest nie zadowalająca i od szeregu lat systematycznie ulega pogorszeniu. Ludzie, co prawda, żyją dłużej, ale średni poziom zdrowotności społeczeństwa jest coraz niższy [1, 6]. Wśród powszechnie stosowanych wskaźników zdrowotności społeczeństwa (oczekiwana długość życia, wskaźnik umieralności) nasz kraj, niestety, zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów Unii Europejskiej [2]. Powyższa sytuacja powoduje konieczność zwrócenia uwagi na zmieniającą się strukturę organizacyjną i funkcjonowanie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

Trendy demograficzne obserwowane w Polsce wskazują na systematyczny wzrost długości życia osób po 60. roku życia [6]. Starzenie się społeczeństwa, problemy zdrowotne i społeczne powodują zwiększenie zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, zwłaszcza opiekę środowiskową [4].

W nowym systemie Podstawowej Opieki Zdrowotnej pielęgniarka powinna być nie tylko partnerem lekarza rodzinnego wykonującym zlecenia w procesie leczenia, ale także osobą podejmującą zasadne działania względem chorego i jego najbliższej rodziny w środowisku życia [5]. Obecnie pacjenci POZ oczekują od lekarza nie tylko postępowania leczniczego i informacji na temat swojej sytuacji zdrowotnej, ale przede wszystkim oczekują zaspakajania problemów zdrowotnych, często i społecznych w środowisku domowym [3, 4]. Zmiany demograficzne i zdrowotne obserwowane w ciągu ostatnich dwudziestu lat i nowe trendy w medycynie mają niewątpliwy wpływ na rozwój opieki środowiskowej, a także wpływają na wzrost wymagań kwalifikacyjnych stawianych przede wszystkim pielęgniarkom w POZ.

### Cel pracy

Zebranie informacji o aktualnym stanie POZ z punktu widzenia realizujących opiekę – pielęgniarek.

---

<sup>1</sup> Akademia Medyczna w Warszawie

**Cele szczegółowe** to – określenie możliwości sprostania tym potrzebom/ problemom szczególnie w zakresie:

- wiedzy o pacjencie – podmiocie świadczeń zdrowotnych;
- wykonywania zadań zawodowych przez pielęgniarki dla jednostki, rodziny, społeczności;
- współpracy pielęgniarki z zespołem terapeutycznym POZ w celu zapewnienia kompleksowej opieki w środowisku podopiecznego;
- uzupełnienia przez pielęgniarkę wiedzy teoretycznej i praktycznej niezbędnej do pełnienia zadań zawodowych dla podopiecznego w opiece środowiskowej.

## **Materiał i metoda**

### **Charakterystyka grupy badanej**

Badaniami objęto 253 pielęgniarki, pracujące w otwartej opiece zdrowotnej, zatrudnione w warszawskich przychodniach lekarskich na terenie miasta stołecznego Warszawy i miejscowości podmiejskiej. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Zwrot wypełnionych kwestionariuszy był potwierdzeniem zgody na udział w badaniu. Rozprowadzono 300 kwestionariuszy, uzyskano 253 zwrotów. Co wyznacza wskaźnik efektywności uzyskanych danych 84%.

Badana próba była wewnątrznie zróżnicowana ze względu na wiek, wykształcenie, staż i miejsce pracy, w którym były zatrudnione pielęgniarki.

W grupie tej było 136 pielęgniarek środowiskowych/rodziny zatrudnionych w POZ i 117 pielęgniarek praktyki, pracujących w przychodniach specjalistycznych. Pielęgniarki ze stażem 10 letnim posiadały kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, natomiast pielęgniarki ze stażem poniżej 10 lat posiadały zaświadczenia o kursach specjalistycznych z zakresu szczepień ochronnych, pielęgniarstwa chirurgicznego, intensywnej terapii i promocji zdrowia.

### **Technika badania**

Badania przeprowadzono za pomocą ankiety zawierającej 22 pytania zamknięte. Dwadzieścia dwa pytania zamknięte, zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyły;

- podmiotu świadczeń zdrowotnych i zadań zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki dla jednostki, rodziny, społeczności,
- celowości świadczonej opieki środowiskowej, składu zespołu terapeutycznego, oceny współpracy pielęgniarki z zespołem terapeutycznym w POZ,
- określenia znajomości dziedzin wiedzy niezbędnych do świadczenia potrzeb zdrowotnych i pracy środowiskowej dla pacjenta POZ oraz ponoszenia odpowiedzialności osobowej za rozwijanie opieki środowiskowej.

## Analiza statystyczna

Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet Statistica PL na przykładach z medycyny. Zależności pomiędzy cechami oraz różnice w rozkładach empirycznych oceniono za pomocą:

- testu niezależności chi-kwadrat w sytuacji poszukiwania zależności pomiędzy dwiema zmiennymi skategoryzowanymi;
- do analogicznego badania, w którym odpowiedzi na rozpatrywane w kwestionariuszu zagadnienia traktowano jako wartości porządkowe stosowano tzw. test *U* Manna-Whitney'a;
- w przypadku, gdy czynnik, którego wpływ rozpatrywano miał charakter liczbowy (staż pracy) stosowano test istotności dla współczynnika korelacji.

Za istotne statystycznie przyjęto wartości  $p < 0,05$ . Wartości współczynnika  $p > 0,05$  określano jako nieistotne. Analiza statystyczna wyników ankiety dotyczyła między innymi następujących zależności:

1. Czy ocena współpracy w zespole terapeutycznym zależy od miejsca i stażu pracy?
2. Czy rodzaj ukończonej szkoły medycznej ma wpływ na opinię dotyczącą posiadania wystarczającej wiedzy i umiejętności pielęgniarek do wykonywania pracy?

## Wyniki

### Płeć

Wśród ankietowanej grupy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy zdecydowaną większość (99,2%) stanowiły kobiety, dwie osoby to mężczyźni.

### Wiek grupy badawczej

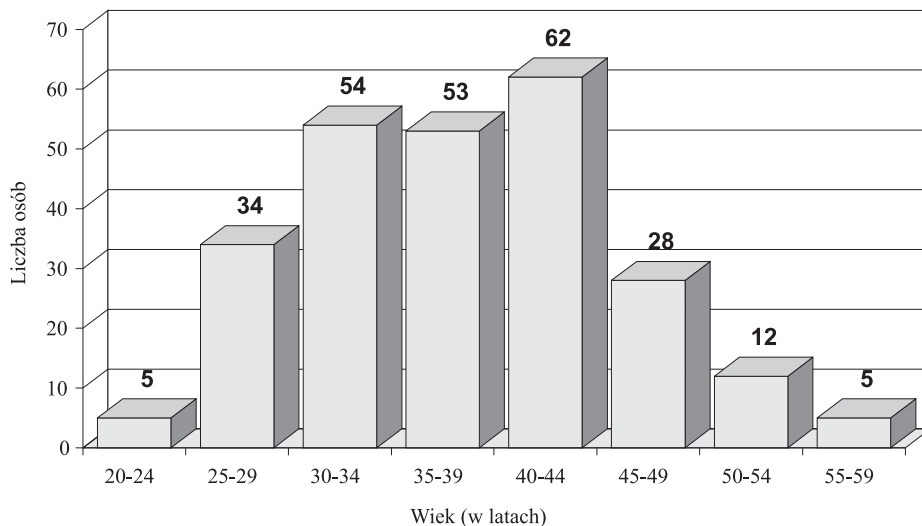
Najbardziej liczną grupą były kobiety w wieku 40–44 lata (24,5%), kolejna duża grupa pielęgniarek była w wieku 30–34 lata (21%), najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki powyżej 50. roku życia (6,7%). Pielęgniarki młode – poniżej 30. roku życia stanowiły 15,3% badanych. Średni wiek ankietowanych osób wynosił 37,5 lat przy przeciętnym zróżnicowaniu (odchyleniu standardowym 7,7). Najmłodsza liczyła 23, a najstarsza 57 lat. Co czwarta osoba miała mniej niż 31 lat, z drugiej strony, co czwarta pielęgniarka miała 43 lata lub więcej.

**Tabela 1. Średnia wieku pielęgniarek**

| Średnia | Me   | Min  | Max  | Q <sub>25</sub> | Q <sub>75</sub> | s   |
|---------|------|------|------|-----------------|-----------------|-----|
| 37,5    | 38,0 | 23,0 | 57,0 | 31,0            | 43,0            | 7,7 |

Źródło: badania własne.

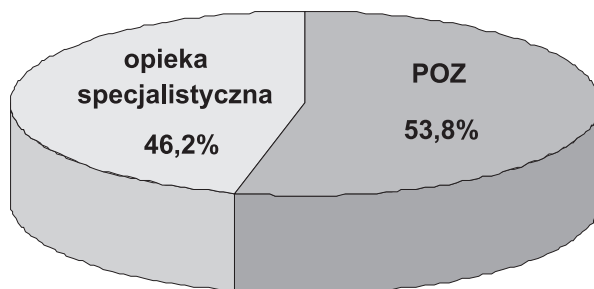
Rycina 1. Wiek badanej grupy



### Sektor pracy zawodowej

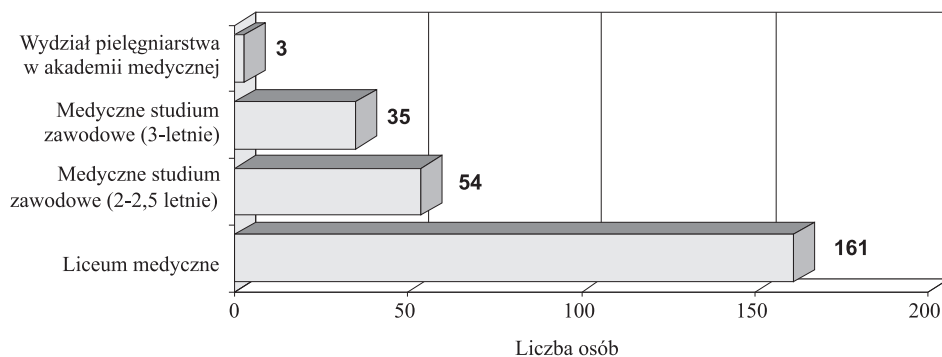
Pielęgniarki pracowały w przychodniach specjalistycznych jako pielęgniarki praktyki (117 osób) i w POZ (136 osób) jako pielęgniarki środowiskowe/rodzinne.

Rycina 2. Sektor pracy zawodowej



Źródło: badania własne.

Badane pielęgniarki ukończyły cykl kształcenia medycznego w następujących szkołach: 161 osób ukończyło 5-letnie Liceum Medyczne, 54 osoby posiadały dyplomy 2 i 2,5 Medycznych Studiów Zawodowych, 35 osób ukończyło 3-letnie Medyczne Studia Zawodowe, 3 osoby ukończyły Pielęgniarstwo w Akademii Medycznej w Lublinie.

**Rycina 3. Rodzaj ukończonej szkoły**

Źródło: badania własne.

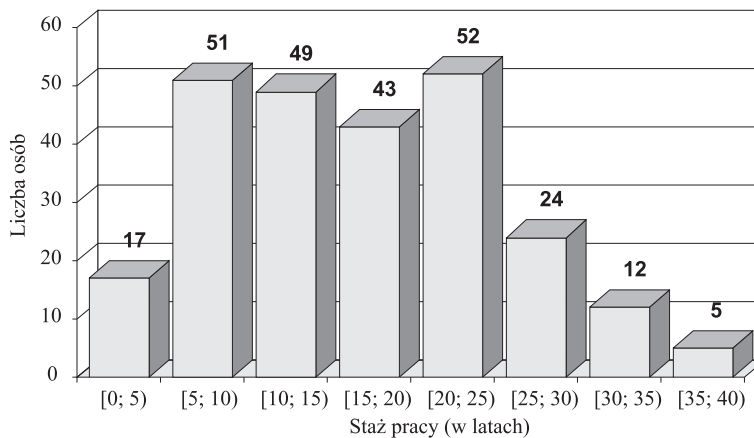
### Doświadczenie zawodowe

Staż pracy ankietowanych osób wynosił od 1,5 roku do 38 lat. Wartość średnia to ok. 16 lat, zaś odchylenie standardowe lat wynosi 8,4. Co czwarta osoba pracuje krócej niż 9, co czwarta dłużej niż 22 lata. Dokładniejsze informacje na temat rozkładu stażu pracy w przedziałach pięcioletnich udostępnia poniższy histogram (tab. 2).

**Tabela 2. Staż pracy pielęgniarek**

| Średnia | Me   | Min | Max  | Q <sub>25</sub> | Q <sub>75</sub> | s   |
|---------|------|-----|------|-----------------|-----------------|-----|
| 15,9    | 16,0 | 1,5 | 38,0 | 9,0             | 22,0            | 8,4 |

Źródło: badania własne.

**Rycina 4. Staż pracy pielęgniarek**

Źródło: badania własne.

## Wyniki

Jeżeli chodzi o pierwszą kwestię badawczą otrzymano następujące odpowiedzi: w opinii 61% badanych pielęgniarek najczęstszym odbiorcą świadczeń zdrowotnych jest zawsze podopieczny jako samotny, 18,3% pielęgniarek w swojej pracy zawsze spotyka się z rodziną i jej problemami, w opinii 15,8% badanych społeczność lokalna jest tą grupą, z którą pielęgniarka POZ często współpracuje w zakresie zdrowotnym.

Grupa 47% badanych to osoby starsze, u których występują problemy zdrowotne i socjalne, 40,3% to osoby dorosłe z przewlekłymi chorobami somatycznymi, 38,4% stanowią podopieczni po pobytach w szpitalu, 29,3% to osoby niepełnosprawne fizycznie, a 24,4% badanych to podopieczni z chorobą nieuleczalną.

Do czynności pielęgniarskich często wykonywanych w trakcie pracy badanych pielęgniarek należą: współpraca z rodziną zwłaszcza edukacja rodziny i podopiecznego 54,3%, współpraca z innymi profesjonalistami 47,6%, czynności pielęgnacyjne 31,1%, współpraca z podopiecznym i rodziną w zakresie próby pomocy w rozwiązywaniu problemów natury socjalnej 40,8%.

W opinii badanych pielęgniarka w opiece środowiskowej powinna: oceniać umiejętność uczenia się przez podopiecznego 68,9%, oceniać motywację podopiecznego do działania na rzecz swojego zdrowia 67,1%, oceniać niezależność pacjenta w codziennych czynnościach 57,9%, oceniać zaangażowanie rodziny w opiekę nad podopiecznym 58,5%, oceniać problemy i źródła pomocy lokalnej dla jednostki i rodziny na podstawie analizy środowiska 54,2% oraz oceniać stan fizyczny podopiecznego 53%.

Jeżeli chodzi o odczucia pielęgniarek w zakresie (samooceny swojej pracy) uzyskano następujące odpowiedzi: 70,1% badanych dobrze ocenia zaspakajanie potrzeb zdrowotnych swoich podopiecznych, 62,2% badanych uważa, że ma wystarczającą wiedzę do wykonywania zadań zawodowych na rzecz pacjenta, 54,9% badanych ma wystarczające umiejętności do wykonywania zadań na prawidłowym poziomie, 41,5% badanych ma wystarczający sprzęt i wyposażenie do wykonywania pracy zawodowej. Jednocześnie tyle samo pielęgniarek nie zgadza się z tą oceną. Ponad 50% badanych stwierdza, że nie ma wystarczającej ilości czasu do sprawowania opieki pielęgniarskiej nad podopiecznym, ponieważ ma za dużą ilość podopiecznych w środowisku.

Odpowiedzi na II grupę pytań były następujące: w opinii 64,6% badanych pielęgniarek celem opieki środowiskowej jest odpowiadanie na potrzeby jednostki, 64% badanych uważa, że jest to odpowiadanie na potrzeby rodziny, dla 62,8% badanych celem opieki jest wspieranie niezależności pacjenta, a dla 62,2% pomaganie podopiecznym w zdobywaniu samodzielności do codziennego funkcjonowania.

Zespół terapeutyczny w opinii pielęgniarek najczęściej stanowią: lekarze



pierwszego kontaktu, lekarze pediatrzy, ginekolodzy, położnicy, pielęgniarki praktyki, położne, pielęgniarki, pediatrii i pielęgniarki środowiskowe/rodzinne. Pielęgniarka najczęściej w zespole terapeutycznym dla potrzeb pacjenta współpracuje z: w 34,2% z innymi pielęgniarkami, 28,7% z rodziną, 17,1% z pracownikami socjalnymi, 13,4% z lekarzami pierwszego kontaktu, 11,6% z fizykoterapeutami, 7,9% z wolontariuszami, 6,7% z dietetykami.

Jeżeli chodzi o kwestię dotyczącą zapewnienia i koordynacji opieki środowiskowej, uzyskano następujące dane: opieka środowiskowa najczęściej zapewniana i koordynowana jest przez pielęgniarkę POZ w 54%, pracownika socjalnego 32%, natomiast przez lekarza pierwszego kontaktu w 14%.

W trzeciej grupie zagadnień uzyskano następujące odpowiedzi: opieka środowiskowa w pielęgniarstwie w opinii badanych pielęgniarek zawiera: w 42,1% opiekę długoterminową, 41,5% opiekę domową, 23,1% opiekę paliatywną, 15,9% opiekę prewencyjną.

Założeniami dotyczącymi opieki środowiskowej w opinii badanych pielęgniarek są: przestrzeganie praw pacjenta 47,6%, indywidualne podejście do pacjenta 34,7%, znajomość najnowszej aparatury i umiejętność jej obsługi 24,4%, prowadzenie opieki holistycznej 18,3% i praca w grupach multidyscyplinarnych 6,7%.

Kolejne zagadnienie dotyczyło odpowiedzialności osobowej za proces rozwoju opieki środowiskowej. W opinii badanych pielęgniarek za rozwój opieki środowiskowej odpowiedzialni są: stowarzyszenia pielęgniarek w 54,2%, politycy, przedstawiciele władz lokalnych w 51,2%, profesjonaliści pracujący w POZ w 35,4%, uczelnie i osoby, które prowadzą badania empiryczne w tej dziedzinie w 26,8%.

W opinii badanych pielęgniarek do pracy z podopiecznym zawsze potrzebna jest wiedza z następujących dziedzin: z pielęgniarstwa w 80,5% z rozwiniętym działem diagnozy pielęgniarskiej i procesu pielęgnowania, medycyny w 57,3%, psychologii w 51,8% z bardzo rozwiniętym działem komunikacji interpersonalnej, etyki 31,1%, pedagogiki w 22,6%, socjologii w 15,8%.

W badanych zależnościach [1, 2, str. 2] otrzymano następujące wyniki:

- ocena współpracy w zespole terapeutycznym zależna jest od miejsca pracy badanych pielęgniarek – różnica wysoce istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ) i stażu pracy otrzymano wynik świadczący o istotności statystycznej  $p > 0,05$ .
- rodzaj ukończonej szkoły medycznej ma wpływ na opinię dotyczącą posiadania wystarczającej wiedzy i umiejętności pielęgniarek do wykonywania pracy. Analiza za pomocą średnich punktowych, z wykorzystaniem nieparametrycznego testu Manna-Whitney'a dała wynik istotny statystycznie – wyżej swoje umiejętności oceniają osoby, które ukończyły Liceum Medyczne  $p < 0,05$ .

## Wnioski

- Pacjentami pielęgniarek POZ są najczęściej pacjenci starsi, samotni, z problemami zdrowotnymi i socjalno-bytowymi.
- Najczęstszymi świadczeniami pielęgniarskimi wykonywanymi przez pielęgniarki są świadczenia edukacyjne, lecznicze, diagnostyczne, pielęgnacyjne.
- Pielęgniarki w celu zapewnienia kompleksowej opieki w środowisku chorego współpracują z grupą zawodową pielęgniarek [ze sobą], z pracownikiem socjalnym, z kapłanami i fizjoterapeutami,
- Stwierdzono niewystarczającą współpracę pielęgniarek z lekarzami rodzinnymi. Pielęgniarki zgłaszają braki dotyczące wiedzy teoretycznej, nie są przekonane o posiadaniu wystarczających umiejętności do pracy z podopiecznymi.

Rola pielęgniarki w opiece środowiskowej powinna być ukierunkowana na:

- edukację, w której szczególnie ważne jest wspomaganie motywacji do uczenia się i zdobywania kompetencji potrzebnych dla zdrowia,
- umiejętność trafnej oceny sytuacji zdrowotnej i socjalno-bytowej w celu dostarczenia konkretnej pomocy podopiecznym,
- inicjowanie wsparcia społecznego w postaci nieprofesjonalnej opieki domowej, rodzinnej, sąsiedzkiej (radzenie sobie w środowisku domowym w zmiennej sytuacji zdrowotnej, np. choroba przewlekła).

## Piśmiennictwo

1. Czapiński J. (red): *Diagnoza społeczna 2005*, Warszawa 2006.
2. CBOS. *Badania publiczne*, Warszawa, 2002.
3. Jethon Z. Grzybowski A. *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, Wyd. PZWL, Warszawa 2000.
4. Kawczyńska-Butrym Z. *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*, CEM. Warszawa 1995.
5. Kowalska M. *Miejsce pielęgniarki w zespole terapeutycznym*, *Pielęgniarstwo* 2000, 1993, 4.
6. *Mały rocznik statystyczny*, GUS, Polska, 2005 Warszawa.

**Agnieszka Bielemuk<sup>1,2</sup>, Barbara Jankowiak<sup>2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułać<sup>2</sup>,  
Renata Maria Chmura<sup>1,2</sup>, Małgorzata Strankowska<sup>1</sup>, Bożena Samujło<sup>1</sup>,  
Teresa Krysiak<sup>1</sup>**

## **Ocena relacji interpersonalnych w grupie zawodowej pielęgniarka–lekarz**

### **Wstęp**

Człowiek już od chwili narodzin staje się członkiem grupy społecznej. Następnie w ciągu życia poszerza się jego przynależność do innych grup, w tym także do grupy pracowniczej. Większość naszego dorosłego życia spędzamy w pracy, a ta praca często wykonywana jest w grupach. Relacje zachodzące pomiędzy jednostkami w grupach oraz pomiędzy grupami, które tworzą zespoły pracownicze znacząco wpływają na jakość komunikacji.

Życie człowieka to sieć relacji, splot działań, w których do czynienia ma się z innymi ludźmi, grupami oraz instytucjami. Natomiast na całą naszą komunikację ze światem wpływ mają nie tylko nasze oczekiwania, postawy, potrzeby i cele, ale również reakcje wywoływane przez nas u drugiej osoby. Dlatego też traktuje się komunikację jako proces wpływu wzajemnego. Ponadto w procesie tym istotną rolę odgrywają tak zwane normy poznawcze.

Są to pewne uzgodnione społecznie zasady, które znają i stosują członkowie określonej grupy. Ich funkcja polega na tym, że określają czego członkowie danej grupy, w danej sytuacji oczekują od siebie. Spostrzeganym osobom przypisuje się cały zespół cech, do których natomiast obrazu dostosowuje swoje postępowanie. Przypisywane cechy innym osobom są bardziej, bądź mniej obiektywnie wyłaniane co oznacza, że spostrzegany obraz innych osób jest bardziej lub mniej prawdziwy. Sposób, w jaki jakaś osoba spostrzega i interpretuje wydarzenia, wpływa na to, jak się zachowa [1, 2, 3, 4].

Dobre stosunki panujące w zespole pracowniczym należą do jednych z podstawowych warunków właściwej organizacji pracy oraz zdrowia pracownika. Jakość relacji interpersonalnych w zespole zawodowym wpływa na stopień za-

---

<sup>1</sup> SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

dowolenia z pracy pracownika, jego wydajność działania, a także na atmosferę w miejscu pracy [5].

Pozytywna komunikacja w zespole wzrasta, gdy różnica między skuteczną i nieskuteczną komunikacją są redukowane przez członków zespołu. Sprowadza się to do sposobu radzenia sobie przez nich z przeszkodami w procesie komunikacji, takimi jak: niezgodność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, różnice w postrzeganiu, emocje oraz brak wzajemnego zaufania między uczestnikami grupy [5].

Pielęgniarka, jak i lekarz w swojej pracy zawodowej komunikuje się z podopiecznymi, ale również z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego. Efektywna praca zespołu terapeutycznego jest uwarunkowana licznymi czynnikami, wśród których komunikowanie jest głównym determinantem do osiągnięcia optymalnego celu w opiece nad chorym. Dobra komunikacja w zespole terapeutycznym ułatwia efektywnie realizować zadania, podejmować decyzje, a także pomaga sprawnie realizować pomysły i rozwiązywać konflikty. Ponadto należy podkreślić, że jakość komunikowania odgrywa istotną rolę w kreowaniu atmosfery w pracy [6].

**Celem pracy** było:

1. Określenie relacji interpersonalnych w grupie zawodowej pielęgniarka–lekarz.
2. Zidentyfikowanie czynników wpływających na jakość relacji pomiędzy grupą zawodową pielęgniarek i lekarzy.
3. Określenie wpływu stażu zawodowego na relacje interpersonalne w grupie zawodowej pielęgniarka–lekarz.

## **Materiał i metoda**

W badaniach udział wzięło 50 pielęgniarek i 50 lekarzy pracujących w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Metodą badań był sondaż diagnostyczny, zaś narzędziem – specjalnie skonstruowane anonimowe kwestionariusze (dla pielęgniarek i lekarzy). Kwestionariusze składały się z 37 pytań, obejmujących kilka części tematycznych dotyczących: oceny relacji interpersonalnych zachodzących pomiędzy badanymi grupami zawodowymi, cech komunikacji pozawerbalnej wpływające na jakość relacji oraz dokonywały określenia stopnia zadowolenia ze wzajemnej współpracy badanych. W ramach danych osobowych respondentów z obu grup zawodowych uwzględniono: wiek, stanowisko pracy, staż pracy w zawodzie, staż pracy w oddziale, wykształcenie pielęgniarki, specjalizacje w zawodzie lekarza, system pracy pielęgniarki i lekarza. Wyniki badań poddano analizie ilościowej i dokonano analizy porównawczej pomiędzy dwiema badanymi grupami.

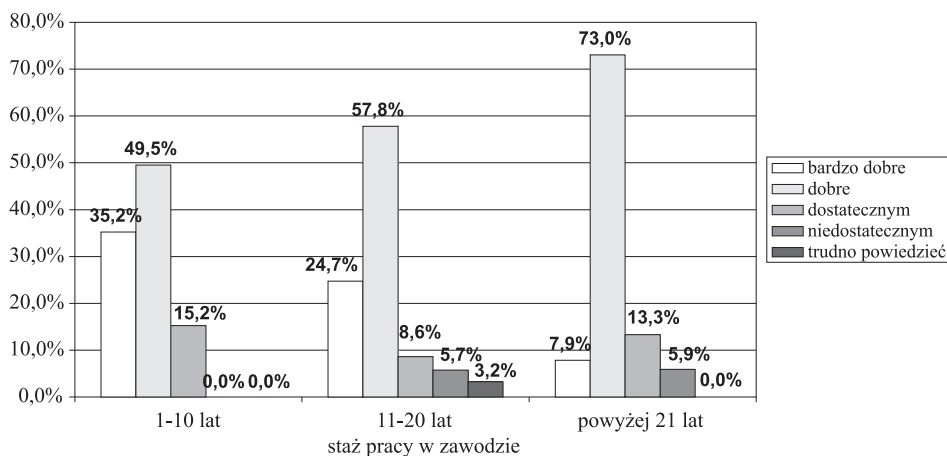
## Wyniki badań

Najliczniejszą grupę wśród pielęgniarek stanowiły osoby w przedziale wiekowym powyżej 41 lat (50%), a także pielęgniarki odcinkowe (84%). Staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosił 38% dla przedziału 11–20 lat i 44% dla respondentek pracujących powyżej 21 lat. Ponadto struktura wykształcenia pielęgniarek przedstawiała się następująco: zdecydowana większość, bo 58% były to pielęgniarki ze średnim wykształceniem, a tylko 3 z wykształceniem wyższym, z czego 1 posiadała wykształcenie wyższe pielęgniarskie.

Większość badanych z grupy lekarzy stanowiła płeć żeńska (60%). Najliczniejszą grupę prezentowali lekarze pracujący w zawodzie w przedziale czasowym 1–10 lat (56%), natomiast najmniej liczną ze stażem pracy powyżej 21 lat (20%). W większości były to osoby w wieku 31–40 lat (40%).

W pierwszej kolejności analizie poddano ocenę stopnia indywidualnych relacji interpersonalnych pielęgniarek z lekarzami, które jak wynikało z przeprowadzonych badań są zależne od stażu pracy w zawodzie. Pielęgniarki pracujące w zawodzie powyżej 21 lat częściej stwierdzały, że relacje są dobre niż te, które w zawodzie pracują najkrócej (49,5%). Natomiast wraz z długością stażu malał odsetek odpowiedzi o bardzo dobrych relacjach. W każdym przedziale stażowym pojawiały się odpowiedzi oceniające relacje w stopniu dostatecznym. W dwóch ostatnich przedziałach pojawiały się z równą częstotliwością oceny niedostateczne dla relacji interpersonalnych (Rycina 1).

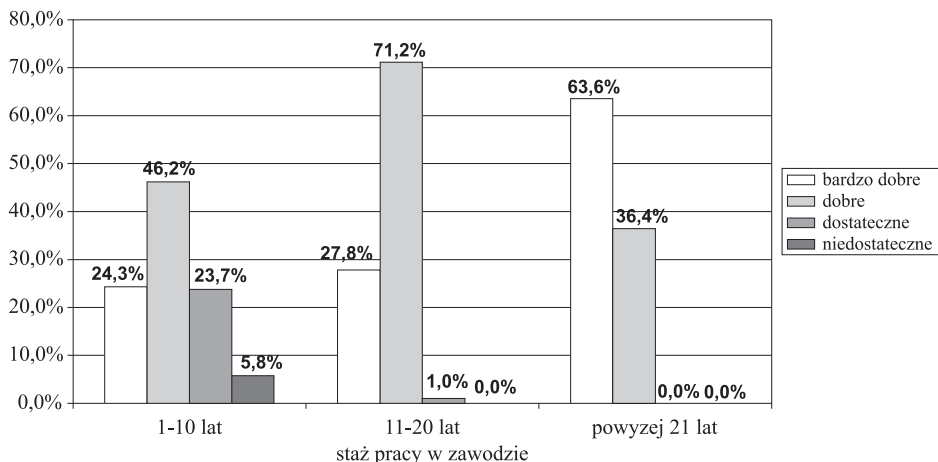
**Rycina 1. Odpowiedzi pielęgniarek dotyczące stopnia indywidualnych relacji interpersonalnych z lekarzami w zależności od stażu pracy w zawodzie**



W następnej kolejności przeanalizowano oceny dokonane przez lekarzy, a dotyczące indywidualnych relacji interpersonalnych z pielęgniarkami. Lekarze

z najdłuższym stażem pracy w zawodzie, częściej określali relacje interpersonalne z pielęgniarkami jako bardzo dobre (63,6%). Najmniej, bo 24,3% takiego określenia użyło lekarzy pracujących najkrócej w zawodzie. W tym także przedziale prawie tyle samo wskazało, że są one dostateczne (23,7%). W środkowym przedziale stażowym 11–20 lat, najczęściej odpowiedzi było świadczących o dobrych relacjach, a najmniej o dostatecznych (Rycina 2).

**Rycina 2. Odpowiedzi lekarzy dotyczące stopnia indywidualnych relacji interpersonalnych z pielęgniarkami w zależności od stażu pracy w zawodzie**

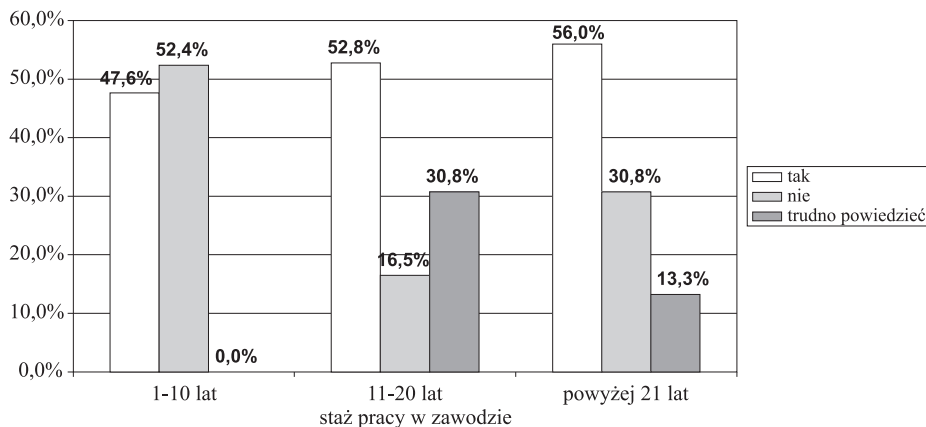


Okazało się, że dla 52,4% pielęgniarek pracujących od 1–10 lat w zawodzie nie ma znaczenia wspólny czas pracy z lekarzem, co wpływałoby na jakość relacji interpersonalnych. Natomiast, czym dłuższy staż pracy pielęgniarki w zawodzie tym więcej było odpowiedzi potwierdzających wpływ długiego okresu pracy razem. Pielęgniarki pracujące 11–20 lat w 52,8% dokonały takiego wskazania, natomiast w ostatnim przedziale było ich 56%. W tym także przedziale 13,3% respondentek nie określiła jednoznacznie wpływu (Rycina 3).

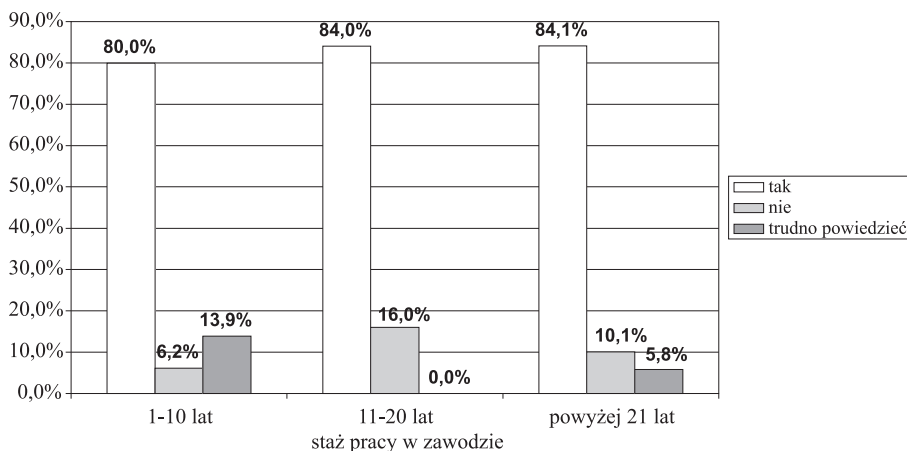
Wśród badanych lekarzy w każdym przedziale stażowym prawie wszyscy jednoznacznie stwierdzili, że długi okres czasu pracy z pielęgniarką ma wpływ na jakość ich relacji interpersonalnych. Odmiennego zdania w ostatnim przedziale stażowym było 10,1%, a w pierwszym 6,2% lekarzy (Rycina 4).

Relacje pomiędzy grupą pielęgniarek i lekarzy były zmienne w zależności od stażu pracy w zawodzie. W przedziale 1–10 lat zdania, że są dobre było 84,8%, natomiast tego samego zdania w ostatnim przedziale było 68,2% pielęgniarek. Odpowiedzi twierdzących, że te relacje są bardzo dobre najczęściej pojawiło się w środkowym przedziale stażu (17,5%). Tutaj także 5,7% respondentek powiedziało, że relacje są złe (Rycina 5).

**Rycina 3. Odpowiedzi pielęgniarek dotyczące wpływu długiego wspólnego okresu czasu pracy z lekarzem na relacje komunikacyjne w zależności od stażu pracy w zawodzie**

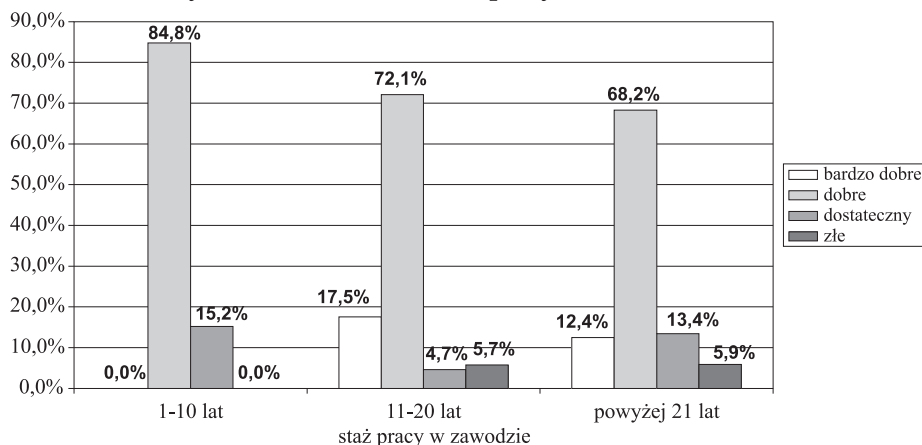


**Rycina 4. Odpowiedzi lekarzy dotyczące wpływu długiego wspólnego okresu czasu z pielęgniarką na relacje komunikacyjne w zależności od stażu pracy w zawodzie**

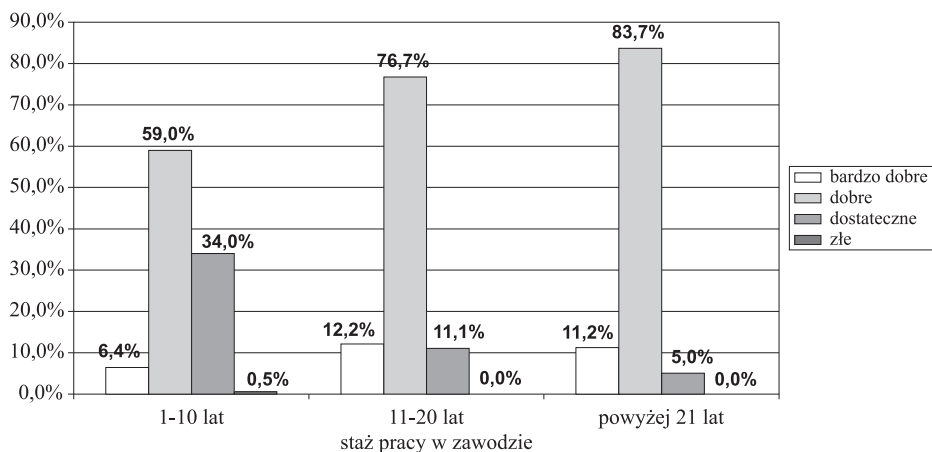


Natomiast w badaniach można było zaobserwować wzrost ocen, mówiących o dobrych relacjach panujących pomiędzy grupą lekarzy i pielęgniarek, w zależności od stażu pracy w zawodzie lekarza. W przedziale stażowym 1–10 lat takich wskazań było 59,3%, natomiast w przedziale powyżej 21 lat – 83,7%. Istniała także widoczna tendencja spadkowa ocen dostatecznych w zależności od długości

**Rycina 5. Odpowiedzi pielęgniarek oceniające relacje interpersonalne pomiędzy grupą zawodową pielęgniarek, a grupą zawodową lekarzy w zależności od stażu pracy w zawodzie**



**Rycina 6. Odpowiedzi lekarzy oceniające relacje interpersonalne pomiędzy grupą zawodową lekarzy, a grupą zawodową pielęgniarek w zależności od stażu pracy w zawodzie**



stażu pracy lekarza. W przedziale pierwszym było ich 34,2%, z kolei w ostatnim tylko 5%. O bardzo dobrych relacjach pomiędzy grupami wypowiadali się w większej części lekarze pracujący średnio 11–20 lat, aniżeli w pozostałych grupach stażowych (Rycina 6).

Wśród pracowników medycznych zarówno większość pielęgniarek (158%), jak i lekarzy (74%) najwięcej odpowiedzi dotyczyło współpracy, jako cechy określającej ich relacje (Tabela I). W następnej kolejności respondenci wskazywali wzajemny szacunek, 64% pielęgniarek oraz 50% lekarzy. Najrzadziej wymieniana



**Tabela I. Opinie określające cechy relacji interpersonalnych dokonane przez pielęgniarki i lekarzy**

| Cechy określające relacje interpersonalne zachodzące pomiędzy grupą pielęgniarek i lekarzy | Pielęgniarki |       | Lekarze |      |
|--|--------------|-------|---------|------|
|  | N            | %*    | N       | %*   |
| Partnerstwo  | 3            | 6,0   | 13      | 26,0 |
| Współpraca   | 79           | 158,0 | 37      | 74,0 |
| Wzajemny szacunek  | 32           | 64,0  | 25      | 50,0 |
| Służbowy stosunek do członków zespołu  | 16           | 32,0  | 15      | 30,0 |
| Ciepły   | 4            | 8,0   | 6       | 12,0 |
| Wzajemne zaufanie  | 27           | 54,0  | 23      | 46,0 |
| Pogarda  | 3            | 6,0   | 1       | 2,0  |
| Brak współpracy  | 1            | 2,0   | 0       | 0,0  |
| Zgodność   | 11           | 22,0  | 7       | 14,0 |
| Współzawodnictwo   | 2            | 4,0   | 1       | 2,0  |
| Brak odpowiedzi  | 12           | 24,0  | 22      | 44,0 |

\* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

no w obu grupach pogardę i współzawodnictwo. Brak współpracy wskazała 1 pielęgniarka, a z grupy lekarzy nikt nie udzielił takiej odpowiedzi. Partnerstwo wskazały 3 pielęgniarki oraz 13 lekarzy. Wysoko oceniane było wzajemne zaufanie, łącznie w obu grupach takich odpowiedzi było pięćdziesiąt.

Najwięcej pielęgniarek, bo 29 oraz tylu samo lekarzy za pozytywną cechę uznało sumienność. Następną wskazaną przez personel medyczny pozytywną cechą była komunikatywność, tak wskazało 25 pielęgniarek oraz 21 lekarzy. Wśród innych pozytywnych cech w obu grupach wymieniano jeszcze zaufanie, a także otwartość na innych, natomiast najrzadziej wskazywano dowcipność. W grupie lekarzy nikt nie odpowiedział, że pozytywnie wpływającą na jakość relacji interpersonalnych cechą pielęgniarki jest wyrozumiałość oraz jej towarzyskość. Z kolei 6 pielęgniarek odpowiedziało, że pozytywną cechą lekarza jest wyrozumiałość (Tabela II).

Większość respondentów z obu grup zawodowych najczęściej określała złośliwość, jako cechę o negatywnym wpływie. Znaczna część pielęgniarek (52%) wymieniła, że przeszkadza im impulsywność lekarzy. Lekarzom (54%) natomiast przeszkadzało, gdy pielęgniarka była nieprzyjemna w stosunku do nich, a tę samą cechę wskazało 36% pielęgniarek określając lekarzy. Wśród przedstawicieli obu grup zawodowych, z przewagą lekarzy (50%) wskazywaną negatywną cechą były zmienne humory członka zespołu terapeutycznego. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki najrzadziej wymieniali samolubność, egocentryzm i najmniej w relacjach przeszkadzało im, że ktoś jest zamknięty w sobie, tak odpowiedziało po dwie osoby z każdej grupy zawodowej (Tabela III).

**Tabela II. Opinie określające pozytywne cechy charakteru dokonane przez pielęgniarki/lekarzy**

| Określenie cech charakteru pielęgniarki/<br>lekarza wpływających <b>pozytywnie</b><br>na jakość relacji interpersonalnych<br>pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami | Wskazane przez<br>pielęgniarki |      | Wskazane przez<br>lekarzy |      |
|--|--------------------------------|------|---------------------------|------|
|  | N                              | %*   | N                         | %*   |
| Towarzyski   | 3                              | 6,0  | 0                         | 0,0  |
| Dowcipny   | 2                              | 4,0  | 1                         | 2,0  |
| Przyjacielski  | 4                              | 8,0  | 1                         | 2,0  |
| Otwarty na innych  | 14                             | 28,0 | 16                        | 32,0 |
| Szczery  | 4                              | 8,0  | 9                         | 18,0 |
| Sumienny   | 29                             | 58,0 | 29                        | 58,0 |
| Uczciwy  | 19                             | 38,0 | 12                        | 24,0 |
| Komunikatywny  | 25                             | 50,0 | 21                        | 42,0 |
| Uprzejmy   | 9                              | 18,0 | 19                        | 38,0 |
| Godny zaufania   | 23                             | 46,0 | 21                        | 42,0 |
| Miły   | 8                              | 16,0 | 11                        | 22,0 |
| Wyrozumiały  | 6                              | 12,0 | 0                         | 0,0  |

\* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

**Tabela III. Opinie określające negatywne cechy charakteru dokonane przez pielęgniarki/lekarzy**

| Określenie cech charakteru pielęgniarki/<br>lekarza wpływających <b>negatywnie</b><br>na jakość relacji interpersonalnych<br>pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami | Wskazane przez<br>pielęgniarki |      | Wskazane przez<br>lekarzy |      |
|--|--------------------------------|------|---------------------------|------|
|  | N                              | %*   | N                         | %*   |
| Impulsywny   | 26                             | 52,0 | 10                        | 20,0 |
| Nudny  | 1                              | 2,0  | 0                         | 0,0  |
| Zarozumiały  | 16                             | 32,0 | 19                        | 38,0 |
| Nieprzyjemny   | 18                             | 36,0 | 27                        | 54,0 |
| Powierzchowny  | 5                              | 10,0 | 6                         | 12,0 |
| Małoduszny   | 6                              | 12,0 | 13                        | 26,0 |
| Niewyrozumiały   | 15                             | 30,0 | 9                         | 18,0 |
| Humorzasty   | 19                             | 38,0 | 25                        | 50,0 |
| Egocentryczny  | 3                              | 6,0  | 3                         | 6,0  |
| Zamknięty w sobie  | 2                              | 4,0  | 2                         | 2,0  |
| Samolubny  | 1                              | 2,0  | 3                         | 6,0  |
| Leniwa   | 0                              | 0,0  | 1                         | 2,0  |
| Złośliwy   | 33                             | 66,0 | 32                        | 64,0 |

\* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

Na jakość relacji interpersonalnych pielęgniarki z lekarzem wpływ ma zadbane wygląd lekarza (84%) oraz schludny ubiór (78%). Respondenci z grupy lekarskiej wskazali w większości miły wyraz twarzy pielęgniarki (80%), a także jej zadbane wygląd (76%), jako cechy wyglądu mogące wpływać pozytywnie na jakość relacji interpersonalnych (Tabela IV).

**Tabela IV. Opinie dotyczące cech wyglądu fizycznego dokonane przez pielęgniarki i lekarzy**

| Określenie cech wyglądu fizycznego pielęgniarki/lekarza, które wpływają na jakość relacji interpersonalnych pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami | Pielęgniarki |      | Lekarze |      |
|---|--------------|------|---------|------|
|   | N            | %*   | N       | %*   |
| Atrakcyjny  | 5            | 10,0 | 5       | 10,0 |
| Przyjemny zapach  | 14           | 28,0 | 9       | 18,0 |
| Zadbany   | 42           | 84,0 | 38      | 76,0 |
| Schludny ubiór  | 39           | 78,0 | 36      | 72,0 |
| Miły wyraz twarzy   | 35           | 70,0 | 40      | 80,0 |
| Zadbana fryzura   | 3            | 6,0  | 4       | 8,0  |
| Zaniedbany  | 1            | 2,0  | 5       | 10,0 |
| Wysportowana sylwetka   | 0            | 0,0  | 2       | 4,0  |
| Brak odpowiedzi   | 11           | 22,0 | 11      | 22,0 |

\* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

## Wnioski

1. Grupa pielęgniarek i lekarzy oceniła relacje interpersonalne pomiędzy nimi w stopniu dobrym.
2. Większość personelu medycznego podała, że łączy ich współpraca oraz wzajemny szacunek.
3. Oceny relacji interpersonalnych zmieniały się w obu grupach w zależności od stażu pracy w zawodach.
4. Grupa pielęgniarek i lekarzy określiła, że cechą pozytywnie wpływającą na jakość relacji interpersonalnych pomiędzy nimi jest sumienność, natomiast negatywną złośliwość.
5. Wśród cech wyglądu fizycznego mających wpływ na jakość relacji interpersonalnych pracownicy medyczni najczęściej wskazywali miły wyraz twarzy, zadbane wygląd oraz schludny ubiór.

## Piśmiennictwo

1. Migdał K.: Psychologia w praktyce społecznej. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, 2003.

2. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
3. Formański J.: Psychologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
4. Wróblewski J.: Psychologia w zawodach wymagających kontaktu z ludźmi. Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa, 1997.
5. Kolarzyk E., Niewiadomska I., Łyszczarz J.: Stres w zawodach medycznych. [w:] Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych pod red. Marcinkowski J., Warszawa, 2003.
6. Sierpińska L., Ksykiewicz-Dorota A.: Komunikowanie w zespole terapeutycznym jako element poprawy procesu zarządzania podsystemem pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2003, 4, 37–41.

Aneta Dowbór-Dzwonka<sup>1</sup>, Bernadeta Cegła<sup>1</sup>,  
Małgorzata Filanowicz<sup>1</sup>, Ewa Szyrkiewicz<sup>1</sup>

## Satysfakcja pacjenta jako miernik jakości usług medycznych – rozważania teoretyczne i analiza skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)

*Gdyby kazano mi wybierać między śledzeniem działań konkurencji  
a monitorowaniem potrzeb klientów, zdecydowałbym się na to drugie*

Ph. Kotler

### Wstęp

Zmiany, jakie dokonały się w systemie opieki zdrowotnej i obecna w nim konkurencja wprowadziły do obszaru zainteresowań medycyny pojęcie jakości usług medycznych. Zmienił się także model podejścia do pacjenta – z biomedycznego, przedmiotowego na holistyczny, podmiotowy. Pacjent, przynajmniej z teoretycznego punktu widzenia, stał się partnerem pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, współdecydem w procesie opieki i leczenia, a także wnikliwym obserwatorem podejmowanych wobec swej osoby działań [1]. O pacjencie mówi się czasami wręcz jako o „kliencie”, posiadającym określone oczekiwania dotyczące realizacji swych preferencji i potrzeb [2, 3]. Jakość usług medycznych jest dziś więc rozpatrywana nie tylko z punktu widzenia uzyskania klinicznej poprawy, ale także w odniesieniu do zadowolenia biorcy usługi [4]. W dużym uproszczeniu można stwierdzić, iż w tym kontekście doszło do wyodrębnienia satysfakcji pacjenta jako miernika jakości opieki zdrowotnej. Pielęgniarki, ze względu na specyfikę swej pracy, mają najbliższy kontakt z pacjentem. Odgrywają one niepodważalną rolę w budowaniu jego zadowolenia z opieki. Dlatego też badanie satysfakcji pacjenta pod kątem opieki pielęgniarskiej jest jak najbardziej uzasadnione i potrzebne. Naukowo potwierdzono wpływ odczucia przez pacjenta satysfakcji na jego dalsze korzystanie z opieki medycznej, poziom zaufania, stosowanie się do przekazywanych zaleceń, a zatem na stan jego zdrowia [4, 5]. Jest to dodatkowa przesłanka do prowadzenia badań tego typu – wiedza o tym,

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

jak odbierana jest praca pielęgniarek oraz znajomość czynników wpływających na powstawanie zadowolenia z opieki staje się podstawą do wprowadzania konstruktywnych zmian w celu poprawy jakości opieki.

## Cel pracy

Celem pracy jest analiza pojęcia satysfakcji pacjenta i zagadnień nim związanych oraz przybliżenie niektórych aspektów metodologii badań nad nią, ze zwróceniem uwagi na aspekt opieki pielęgniarskiej. Szczególne miejsce w niniejszym opracowaniu zajmuje omówienie i przybliżenie skali NSNS – narzędzia standaryzowanego służącego ocenie stopnia zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

## Rozwinięcie

### *Definicje i modele wyjaśniające pojęcie satysfakcji*

Samo pojęcie „jakości opieki” zdefiniował w 1984 roku Maxwell jako sześć elementów wzajemnie ze sobą powiązanych: efektywność, skuteczność, dostępność, akceptowanie oraz trafność w stosunku do potrzeb [6]. Realizacja postulatu wysokiej jakości usług zdrowotnych jest możliwa tylko wtedy, gdy dotyczy personelu medycznego na wszystkich szczeblach organizacyjnych [6, 7, 8].

P. Mudie i A. Cottam piszą, iż w instytucjach usługowych osobami najważniejszymi z punktu widzenia klienta są te, które mają z nim kontakt bezpośredni, co w przypadku instytucji opieki zdrowotnej oznacza przede wszystkim personel pielęgniarski [8, 9]. Wojciech Kapała pisze, iż jest to grupa zawodowa, której praca coraz częściej podlega wnikliwej obserwacji i ocenie przez pacjentów [10]. Dostrzegając rolę pielęgniarek w tworzeniu wizerunku jakości danej placówki ważne staje się konfrontowanie rzeczywistych działań tej grupy zawodowej w kwestii realizacji polityki jakości z odczuciami pacjentów.

W Polsce waga subiektywnej miary zadowolenia pacjenta została dostrzeżona dopiero w momencie dokonania się gruntownej reformy sektora opieki zdrowotnej [3]. Obecnie jest to zagadnienie o niekwestionowanej pozycji – pomiary zadowolenia są uznane za potrzebny i miarodajny wskaźnik jakości. Niemniej występują na tym polu pewne trudności. U ich źródła leżą między innymi rozbieżności w pojmowaniu znaczenia pojęcia satysfakcji, co rzutuje na proces badawczy, szczególnie zaś na etap tworzenia narzędzia badawczego. Powinno być ono konfrontowane z przyjętą wcześniej definicją, co podkreślają w swojej pracy Maciej Januszek, Mariola Rejdak i Grażyna Bonek-Wytrych [11]. Inne podejście jest błędne, gdyż może pogarszać trafność narzędzia. Niejednokrotnie badacze w ogóle nie podają definicji pojęcia, w oparciu o którą następuje analiza wyników. Ich jednoznaczna interpretacja i porównanie z wynikami innych badaczy jest wówczas utrudniona lub wręcz niemożliwa [4, 12]. Jest wiele

różnych definicji samego pojęcia satysfakcji. Jedną z nich, autorstwa specjalisty od marketingu – Philipa Kotlera mówi, iż jest to stopień, w jakim postrzegane cechy usługi odpowiadają oczekiwaniom nabywcy. Satysfakcja zwana jest także kluczowym elementem relacji klient – dostawca usług. Wpływa ona na kształtowanie się długoterminowej współpracy między usługodawcą i usługobiorcą [13].

Wtórnie do ogólnych definicji pojawiły się te zaadoptowane dla potrzeb teorii satysfakcji pacjentów. Maria Berkowska nazywa ten rodzaj satysfakcji „stanem emocjonalnym pacjenta będącym następstwem korzystania z usługi; pozytywnie lub negatywnie niejako »zabarwiającym« całość opieki z punktu widzenia pacjenta” [4]. Stanisław Dąbrowski i Marek Ignaczak określają ją „poznawczym i emocjonalnym efektem kontaktu z systemem opieki”. Satysfakcja jest „tym wyższa, im większa zgodność z wcześniejszymi oczekiwaniami, im mniej stwarzanych przez ten system przeszkód w zaspokajaniu własnych potrzeb, im mniej ograniczeń praw” [14].

Obok definicji satysfakcji pacjenta powstały także modele wyjaśniające mechanizm powstawania odczucia satysfakcji. Posiadanie przez pacjenta doświadczeń związanych z wcześniejszym korzystaniem z opieki medycznej stanowi punkt odniesienia, w oparciu o który może stworzyć się wyraźnie odczuwany przezeń kontrast. Najczęściej wykorzystywana jest zatem koncepcja kontrastu, w którym satysfakcja lub jej brak jest efektem konfrontacji aktualnie świadczonej usługi z doświadczeniem poprzednio wykonywanej i płynącym za nim oczekiwaniem. Usługa o jakości zbliżonej lub wyższej do oczekiwań zostaje odebrana jako satysfakcjonująca, niższa jakość niesie brak zadowolenia. Drugi model – „asymilacyjny” jest stosowany, gdy stosunek pacjenta do poprzednich doświadczeń jest mało wyraźny, niedookreślony. Zakłada on, że usługa nieco niższej jakości od oczekiwanej może zostać uznana za satysfakcjonującą, gdy zostanie „zasymilowana”, „przyswojona” do większych oczekiwań [1].

Satysfakcja pacjenta to miara w całości subiektywna, jednak podlegająca wieloczynnikowemu warunkowaniu. Wpływ na indywidualny wynik odczucia satysfakcji pacjenta mają jego opinie, potrzeby i oczekiwania skorelowane m.in. z właściwościami psychologicznymi [15], czy osobowościowymi [13, 14], systemem wartości [6], wcześniejszymi doświadczeniami z systemem ochrony zdrowia [1, 5], samooceną pacjenta i stosunkiem do życia oraz choroby [1], oraz czynnikami zewnętrznymi – obiektywnie istniejącymi możliwościami jednostki służby zdrowia [13], a nawet wykreowanymi w społeczeństwie stereotypami. Nie znając tego swoistego fundamentu trudno jest jednoznacznie odnieść uzyskany wynik do przyjętego za wartość progową stopnia satysfakcji. Osoby prowadzące badania nie powinny zapominać o diagnozowaniu tych uwarunkowań.

Warto wspomnieć także o oczekiwaniach pacjentów. Na przestrzeni ostatnich lat ich wachlarz znacznie się zmienił. Zacytowany na samym wstępie Kotler

orzekł bardzo odważnie, iż „klienci (a więc i pacjenci\*) są dziś kapryśni, nieobliczalni, dobrze poinformowani, wymagający stałej uwagi” [9]. Myślę, że podobne generalizowanie nie jest dobre w żadnej sytuacji, jednak prawdą jest, iż większa świadomość osób korzystających z opieki w kwestii przysługujących praw pozwala im baczniej przyglądać się wykonawstwu usług medycznych i odważniej upominać się o oczekiwany poziom ich realizacji. W niektórych przypadkach przyjmuje to nawet postać postawy roszczeniowej. Jakże są zatem oczekiwania i potrzeby odbiorców opieki pielęgniarskiej?

Najważniejsza grupa oczekiwań dotyczy tzw. „miękkich” (psychologicznych) aspektów uzyskiwanej usługi medycznej. Ann Lawthers pogrupowała je na następujące obszary: • dostępność • dobra komunikacja i zrozumiała informacja • respektowanie praw i preferencji • zapewnienie kontynuacji opieki oraz koordynacji interdyscyplinarnej • zapewnienie komfortu psychicznego oraz • indywidualizacja opieki stosownie do potrzeb i oczekiwań.

Mówiąc o potrzebach pacjentów można wyróżnić następujące ich typy: • informacji • kontroli sytuacji • bezpieczeństwa • zainteresowania i wsparcia emocjonalnego • szacunku i akceptacji • intymności i poufności • przyjaznej atmosfery [15]. Maria Szewczyk wymienia ponadto potrzeby ułatwienia adaptacji do środowiska szpitalnego oraz przygotowania do poszpitalnej adaptacji psychospołecznej [16]. Wszystkie z wymienionych powyżej aspektów opieki można nazwać „elementami dodanymi do usługi medycznej” [9], dotyczącymi działań pielęgniarskich zależnych od tzw. „czynnika ludzkiego”. Realizacja tych potrzeb i oczekiwań lub ich ignorowanie to fakt najłatwiej zauważalny przez pacjentów i ich rodziny, przez pryzmat którego często oceniana jest całościowa jakość usług oddziału. Jednocześnie jest to ta składowa warunkująca jakość opieki, której poprawa nie wymaga żadnych nakładów finansowych.

Inne składowe jakości, związane z fachową realizacją zawodu pielęgniarek, wymykają się zwykle ocenie pacjentów z powodu braku wiedzy merytorycznej, pozwalającej takiej ocenie dokonać [13, 17].

### *Metodologia badań nad satysfakcją pacjenta*

Większość badań, bez względu na to, czy prowadzone były w lecznictwie otwartym, czy zamkniętym, czy badały poprzez pryzmat satysfakcji poziom jakości totalnej (czyli jakości całej placówki, czy jednostki organizacyjnej), czy jakości opieki pielęgniarskiej, wykazały jej wysoki poziom. Wyniki te kontrastują z realnym stanem służby zdrowia oraz poziomem opieki, która w wielu przypadkach jest, niestety, daleka od perfekcji. Rodzi to tym razem pytania o jakość prowadzonych badań, zastosowanych w nich metod i narzędzi [18]. Co zatem może przyczynić się do powstania tego swoistego „fenomenu” wysokiego stopnia zadowolenia pacjentów?

---

\* wtrącenie autora



- Prowadzenie badań na niewielkich, niedokreślonych, a tym samym mało reprezentatywnych próbach [12];
- Ankietowanie przez osoby opiekujące się pacjentem [12] – może wywołać to powściągliwość w negatywnym opiniowaniu. Przyczyną ostrożności w szczerym wyrażaniu opinii może być także brak zaufania w kwestii anonimowości, obawy, że krytyka przełoży się w negatywny sposób na dalszą opiekę, albo odwrotnie – że pojawią się konsekwencje wobec osób odpowiedzialnych za opiekę [6];
- Tendencja do udzielania przez badanych społecznie akceptowanych odpowiedzi;
- Sposób konstruowania narzędzia badawczego, np. odpowiedzi na pytania zamknięte są zwykle korzystniejsze, aniżeli odpowiedzi na to samo pytanie zadane w sposób otwarty, co nazywa się „efektem łagodności” [18];
- Odmowa udziału w badaniach przez osoby niezadowolone z opieki – ich odczucie braku satysfakcji nie zaniża wtedy ogólnego wyniku [14];
- Moment pomiaru – jeśli zaważy ostatnie przed pomiarem pozytywne doświadczenie z opieki, satysfakcja może być wysoka, mimo wcześniejszych i późniejszych zastrzeżeń; Iga Rudawska mówi bowiem, że „Satysfakcja jest emocją, a więc ulotnym i zmiennym doznaniem” [2].

Ogólną tendencją w badaniach naukowych jest obecnie stosowanie narzędzi standaryzowanych. Są one poddawane weryfikacji pod kątem m.in.: rzetelności, czułości, swoistości, czyli czynników warunkujących miarodajność pomiaru. W trakcie przeglądu polskiej literatury natrafiono na dwie jedynie prace oryginalne dotyczące satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwa, w których wykorzystano narzędzie tego typu – jest to skala NSNS – The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. W obu przypadkach prace pochodziły z Akademii Medycznej w Poznaniu.

### *Skala NSNS i jego charakterystyka*

Skala ta stworzona została przez badaczy z Uniwersytetu w Newcastle upon Tyne w Wielkiej Brytanii. Przetłumaczona na język polski została wtórnie zaakceptowana przez współautorkę narzędzia Elaine McColl. Skala służy poznaniu opinii i doświadczeń pacjentów z uzyskanej w trakcie pobytu w szpitalu opieki pielęgniarstwa, ale analizowanych ogólnie – na poziomie oddziału (nie należy rozpatrywać indywidualnie uzyskanych ankiet, ani analizować statystycznie poszczególnych pytań, czy zagadnień, gdyż skala nie była weryfikowana statystycznie pod takim kątem). W instrukcji w jasny sposób przedstawiono kryteria badawcze: dobór próby, jej minimalną wielkość, sposób prowadzenia rejestru, dekodowania uzyskanych odpowiedzi. Wyraźnie zaznaczono poufność procesu badawczego – w roli ankietera nie może występować pracownik oddziału, w którym prowadzi się badania, wypełnione kwestionariusze pacjenci wkładają do kopert, które następnie zaklejają i wrzucają do zamkniętej i oznakowanej urny.

Kwestionariusz NSNS składa się z trzech części: pierwsza – doświadczenia związane z opieką pielęgniarską – zawiera 26 stwierdzeń (15 o zabarwieniu pozytywnym, 11 – negatywnym) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Po przekodowaniu odpowiedzi można uzyskać max. 100 punktów (opieka pielęgniarska na najwyższym poziomie), min. 0 pkt (opieka najgorsza do wyobrażenia). W drugiej części wymieniono 19 aspektów opieki i poproszono o określenie poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Tu także po przekodowaniu maksymalna ilość punktów wynosi 100 (pełna satysfakcja), minimalna 0 (całkowity brak satysfakcji). Trzecia część skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów oraz ich pobytu w szpitalu [18, 19, 20].

Jedyną wadą tego narzędzia może być fakt, iż stworzona poza granicami Polski, w innych warunkach pracy pielęgniarskiej (znacznie wyższa autonomia zawodowa), może miejscami nie przystawać do polskich warunków.

### **Podsumowanie**

W polskiej literaturze fachowej wiele prac poświęconych satysfakcji pacjentów, niewiele badań dotyczy natomiast opieki pielęgniarskiej. Badania totalnej jakości placówki mierzonej poziomem satysfakcji traktowały ten obszar wycinkowo. Oparte najczęściej na autorskich kwestionariuszach ankiety uniemożliwiały miarodajne porównanie wyników i wyodrębnienie czynników mających największy wpływ na poziom satysfakcji. Na polski grunt wprowadzono dotąd tylko jedno narzędzie standaryzowane służące ocenie zadowolenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej – jest to skala NSNS. Zachęcam do jego wykorzystywania w badaniach, jak również do pracy nad rodzimymi skalami tego typu.

Zastanawia także uzyskiwanie we wszystkich pomiarach wysokiego poziomu satysfakcji pacjenta, co może sugerować, iż stosowane dotąd narzędzia cechuje zbyt niska czułość. Wymienia się także inne przyczyny takiego stanu rzeczy.

Pacjenci mają trudności w merytorycznej ocenie uzyskanych świadczeń, ich satysfakcja jest zatem w największym stopniu wynikiem towarzyszącemu ich wykonywaniu tła, które nazwać można „usługami dodanymi” do usługi podstawowej, zależnymi od „czynnika ludzkiego”. Poprawienie działań będących składowymi tegoż tła pozbawione jest zatem konieczności poniesienia kosztów finansowych.

### **Piśmiennictwo**

1. Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J.: Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. *Post. Psychiat. i Neurol.*, 2005, 14, 4, 299–304.

2. Rudawska I.: Satysfakcja pacjenta czy postrzegana jakość usługi zdrowotnej? O sposobach oceny relacji pacjent – usługodawca. *Zesz. Nauk. Ochr. Zdr. Zdr. Publ. i Zarz.*, 2005, 3, 1, 101–106.
3. Kabacińska B.: Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chirurgicznych i internistycznych w szpitalach województwa wielkopolskiego – analiza wybranych aspektów. *Zdr. i Zarz.*, 2002, 6, 3–4, 85–92.
4. Pędziwiatr A.: Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta. *Piel. Pol.*, 2005, 2, 20, 421–423.
5. Zadroga M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. *Piel. Pol.*, 2005, 1, 19, 49–52.
6. Gawęł G., Filus I.: Satysfakcja pacjentów oddziałów internistycznych z jakości opieki pielęgniarskiej. *Piel. Pol.*, 2002, 1, 13, 120–125.
7. Kupcewicz E.: Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości opieki zdrowotnej. *Pielęg. i Położ.*, 2004, 46, 4, 9–11.
8. Kapała W.: Jakość w pielęgniarstwie Miejsce i rola wysokiej wartości świadczeń pielęgniarstkich. *Zdr. i Zarz.*, 2002, 6, 6, 63–68.
9. Kapała W.: Jakość w medycynie – obszary zainteresowań w polskim piśmiennictwie naukowym. *Antidotum*, 2002, 1, 9, 48–53.
10. Kapała W., Drygas P.: Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce. *Zdr. i Zarz.*, 2001, 3, 5, 33–41.
11. Januszek M., Rejda M., Bonek-Wytrych G.: Narzędzie do pomiaru satysfakcji pacjenta – Skala Subiektywnej Oceny Poziomu Usług Medycznych. *Zdr. Publ.*, 2005, 115, 4, 490–496.
12. Marcinowicz L.: Satysfakcja pacjenta z opieki – analiza polskiej literatury medycznej. *Probl. Med. Rodz.*, 2004, 6, 2, 10–13.
13. Burda K.: Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum*, 2003, 12, 1, 61–80.
14. Dąbrowski S., Ignaczak M.: Satysfakcja i jej pomiar – przegląd badań. *Biul. Inst. Psych. i Neurol.*, 1990, 3–4, 63–67.
15. Mykowska A.: Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdr. i Zarz.*, 2002, 6, 6, 69–73.
16. Szewczyk M., Jawień A.: Oczekiwania chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgicznych w zakresie zaspokajania potrzeb psychospołecznych i realizacja opieki. *Prz. Lek.*, 2005, 62, 9, 871–875.
17. Kurpas D., Steciwko A.: Satysfakcja pacjenta jako główny wskaźnik poziomu jakości podstawowej opieki zdrowotnej. *Prz. Lek.*, 2005, 62, 12, 1546–1551.
18. Marcinowicz L., Grębowski R.: Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol. Mercuriusz Lek.*, 2005, 18, 118, 663–666.
19. Talarska D., Kapela T.: Satysfakcja pacjenta leczonego w oddziale internistycznym. *Piel. Pol.*, 2001, 2, 12, 255–261.
20. Thomas L. H., McColl E., Priest J., Boys R. J.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care. *Qual. Health Care*, 1996, 5, 67–72.

Janina Książek<sup>1</sup>, Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>2</sup>,  
Piotr Janiewicz<sup>3</sup>, Renata Piotrkowska<sup>1</sup>

## Zastosowanie wybranych modeli pielęgnowania w opiece nad pacjentem chirurgicznym

### Wstęp

Nowoczesne pielęgniarstwo trwale kojarzy się z takimi definicjami, jak modele opieki, proces pielęgnowania, holizm, jakość opieki, standardy, procedury i algorytmy postępowania pielęgniarstwa. We współczesnej opiece nad zdrowiem pielęgniarki spełniają coraz bardziej znaczącą rolę. Istotne jest, aby za wzrostem odpowiedzialności spoczywającej na ich barkach, wzrastała także ich wiedza i świadomość w sprawowanej opiece [1, 2].

W dążeniu do rozwoju pielęgniarstwa istotną siłą miało opracowanie teoretycznych modeli opieki oraz rozwijanie i upowszechnianie procesu pielęgnowania. Modele opieki służą rozwijaniu naukowych podstaw pielęgniarstwa, a proces pielęgnowania, jako podstawowy element tego modelu, jest metodą zapewniania opieki w sposób całościowy, ciągły i zindywidualizowany [3, 4, 5]. Model pielęgnowania może być stosowany w rozwiązywaniu indywidualnych potrzeb chorego. Jest określonym systemem pracy, zmierzającym do podniesienia jakości opieki. Celem jego jest doprowadzenie do optymalnego, aktywnego i twórczego funkcjonowania człowieka w warunkach zdrowia i choroby lub niepełnosprawności. W praktyce pielęgniarstwa, teoretyczne modele opieki mają za zadanie rozpoznanie potrzeb i oczekiwań chorego, dokonania oceny sfery biologicznej, psychicznej i społecznej, a i także duchowej [6]. W żadnej innej instytucji i sytuacji społecznej człowiek nie jest tak bezradny, jak w sytuacji choroby i szpitala. I tak dalece bezbronny wobec autorytetu lekarza oraz pielęgniarki, których wiedza i doświadczenie znajdują się poza zasięgiem kontroli chorego. Dlatego w tym okresie szczególnie ważnym zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa [7]. Właśnie w modelach opieki, pacjent postrzegany

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego AMG

<sup>2</sup> Katedra Pielęgniarstwa AMG

<sup>3</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego AMG

jest jako pełnoprawny i aktywny podmiot działań pielęgniarских, gdzie wszelkie działania są wynikiem współpracy pielęgniarki i pacjenta. Wdrożenie i stosowanie w praktyce uznanych koncepcji opieki pielęgniarской prowadzi do usystematyzowania opieki nad chorym oraz doskonalenia metod pracy i wzrostu wiedzy na temat pielęgnowania. Celem pielęgnowania, wg autorów teoretycznych modeli opieki, jest pomoc okazywana ludziom. Pomoc, która ma na celu zapobieganie chorobie poprzez właściwie postawioną diagnozę pielęgniarскую i proces pielęgnowania, wyrażoną podjętymi działaniami pielęgniarскими [7, 8, 9].

Celem pracy jest ocena potrzeb i możliwości pracy pielęgniarki w oparciu o teoretyczne modele pielęgnowania, a w tym odpowiedź na pytania problemowe:

1. Czy pielęgniarki znają teoretyczne modele pielęgnowania?
2. Czy pielęgniarki mają potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych?
3. Czy opieka nad pacjentem jest realizowana z wykorzystaniem Procesu Pielęgnowania?
4. Czy szpital stwarza warunki pracy w opiece nad pacjentem chirurgicznym z wykorzystaniem teoretycznych modeli pielęgnowania?
5. Jaka jest ocena i oczekiwania pacjentów na sprawowaną opiekę pielęgniarскую?

## **Materiał i metody**

Badania przeprowadzono wśród 25 pielęgniarek i 80 pacjentów oddziałów chirurgicznych dwóch szpitali powiatu kwidzyńskiego województwa pomorskiego. Metodę zastosowaną w pracy jest analiza dokumentacji medycznej oraz sondaż diagnostyczny i metody statystyczne. Do celów niniejszej pracy zostały opracowane dwa narzędzia badawcze, z których jeden skierowano do pielęgniarek prowadzących bezpośrednią opiekę nad pacjentem, drugi do ich podopiecznych, którzy przebywali na oddziale. Związek między cechami dzielącymi weryfikowano za pomocą testu Chi-kwadrat ( $\chi^2$ ) na niezależności cech. Związek wartości różnic średnich weryfikowano za pomocą t-studenta.

Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek. Staż pracy badanych pielęgniarek wahał się od 2 do powyżej 21 lat. Wśród badanej grupy aż 40% (10) było ze stażem 16–20 lat, pozostałe osoby to 4% (1) ze stażem do 2 lat, 16% (4) ze stażem 6–10 i 20% (5) to osoby ze stażem 11–15 lat oraz ze stażem powyżej 21 lat pracy. W badanej grupie nie było pielęgniarek ze stażem pracy 3–5 lat. Wśród badanej grupy tylko 4% (1) miała ukończone studium medyczne, pozostała grupa pielęgniarek 96% (24) ukończyła 5-letnie liceum medyczne. Prawie dwie trzecie respondentek, czyli 64% (16) nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu podyplomowym. Z całej badanej grupy 32% (8) ukończyła kurs dokształcający i tylko jedna osoba specjalizację.

Charakterystyka badanej grupy pacjentów. Największą grupę reprezentowali mężczyźni 58% (35), z wyraźną reprezentacją w szpitalu A, gdzie stanowili prawie dwie trzecie badanej grupy 64% (16) – tabela 1.

**Tabela 1. Płeć ankietowanych pacjentów, a miejsce hospitalizacji**

| Miejsce hospitalizacji | Mężczyźni |        | Kobiety |        | Razem |     |
|------------------------|-----------|--------|---------|--------|-------|-----|
|                        | N         | %      | N       | %      | N     | %   |
| Szpital A              | 16        | 64,000 | 9       | 36,000 | 25    | 100 |
| Szpital B              | 19        | 54,286 | 16      | 45,714 | 35    | 100 |
| Razem                  | 35        | 58,333 | 25      | 41,667 | 60    | 100 |

$$\chi^2_{\alpha}(0,05; 1) = 7,879; \chi^2 = 0,451; \chi^2_{\alpha} > \chi^2$$

Wiek badanych pacjentów wahał się od 18 do powyżej 65 lat. Osoby w przedziale od 45 do 54 lat stanowiły 35% (21), 18% (11) w wieku 35–44, 12% (7) to grupa 18–24, i 25–34 lat, a 5% (3) pacjentów to osoby powyżej 65 lat. Wykształcenie średnie posiadało 43% (26) pacjentów, 37% (22) legitymowała się wykształceniem zawodowym i 5% (3) podstawowym oraz 15% (9) wykształceniem wyższym.

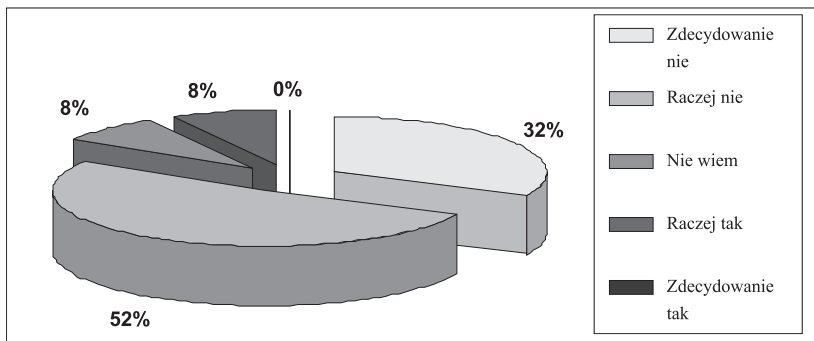
### Wyniki badań i ich omówienie

Pomiędzy badanymi szpitalami w opinii pielęgniarek istnieje różnica w ocenie poziomu opieki na oddziale –  $t_{\alpha}(0,05;23) = 2,069$   $t = 0,715$   $t_{\alpha} > t$ . W badanej grupie 40% (10) respondentek określiło – „Raczej tak” – potrzebę poprawy jakości opieki pielęgniarskiej, 32% (8) odpowiedziało „Raczej nie”, a 24% (6) jako „Nie wiem”. Tylko jedna osoba wśród badanych widziała taką potrzebę jako „Zdecydowanie tak”. Brak różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi placówkami –  $\chi^2_{\alpha}(0,05;6) = 18,548$   $\chi^2 = 0,1514$ ;  $\chi^2_{\alpha} > \chi^2$ .

Według pielęgniarek, na obniżenie opieki pielęgniarskiej mają wpływ następujące czynniki: zbyt mała ilość personelu – 30% (21); Świadomość i wykształcenie personelu – 8,7% (6); Formy organizacji pracy – 13% (9); Warunki finansowe – 26% (18); Niedostateczna ilość i jakość sprzętu – 12% (8); Zbyt mała ilość szkoleń i kursów – 5,8% (4); Inne – 4,3% (4) (zła atmosfera w pracy, duża biurokracja, brak motywacji). Wynik nie stanowi 100% – można było udzielić więcej niż jedną odpowiedź. Z badań wynika, że zdecydowana większość pielęgniarek nie zna teoretycznych modeli pielęgnowania – Wykres 1.

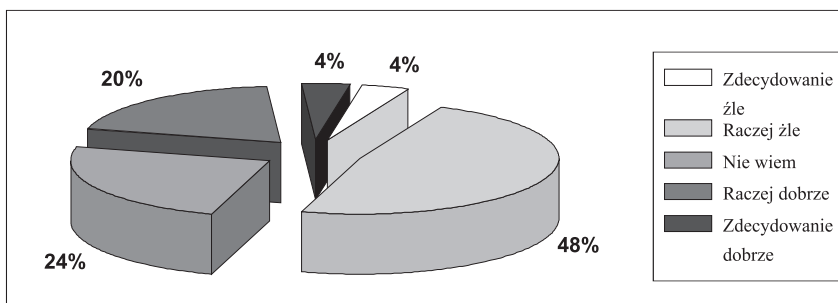
W pytaniu o wymienienie przynajmniej jednego teoretycznego modelu pielęgnowania, 100% badanych nie wymieniła ani jednego. Ponad jedna trzecia ankietowanych, 36% (9) nie ma zdania czy „teoretyczne modele pielęgnowania” mogą mieć wpływ na podnoszenie poziomu jakości opieki nad pacjentem. „Zdecydowanie nie” odpowiedziało 8% (2); „Raczej nie” – 24% (6); „Raczej tak” – 28% (7)

Wykres 1. Znajomość teoretycznych modeli pielęgnowania



oraz „Zdecydowanie tak” – 4% (1). Smutny wydaje się fakt, że 28% (7) badanych nie ma zdania, co do chęci doskonalenia swojej wiedzy na temat teoretycznych modeli pielęgnowania. Swoją chęć doskonalenia wiedzy („Raczej tak”) zgłosiło 40% (10) i „Zdecydowanie tak” – 4% (1) badanych, a „Raczej nie” odpowiedziało 24% (6) i 4% (1) „Zdecydowanie nie”. W obu placówkach szpitalnych jest prowadzona karta procesu pielęgnowania. Jednak w pytaniu: „Czy prowadzenie karty może mieć wpływ na poprawę jakości opieki pielęgniarskiej” ponad połowa 56% (14) odpowiedziała „Raczej nie”. Zdecydowana większość udzielająca takiej odpowiedzi, 91% (10) były to respondenci szpitala A. Spośród wszystkich badanych „Zdecydowanie nie” oraz „Nie wiem” odpowiedziało 12% (3) ankietowanych; „Raczej tak” – 16% (4) i „Zdecydowanie tak” – 4% (1) –  $\chi^2_{\alpha}(0,05; 4) = 14,860$   $\chi^2 = 0,340$ ;  $\chi^2_{\alpha} > \chi^2$ . Zaangażowanie w prowadzenie Karty Procesu Pielęgnowania przedstawia wykres 2.

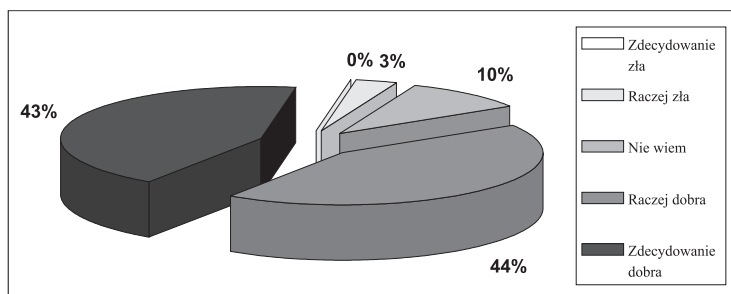
Wykres 2. Zaangażowanie w prowadzenie Karty Procesu Pielęgnowania



W zapytaniu o wymienienie podstawowych etapów (elementów) w Karcie Procesu Pielęgnowania, aż 52% (13) nie wymieniła żadnego elementu prawidłowo, a tylko jedna osoba wymieniła wszystkie składowe prawidłowo. W zapy-

taniu jednak o potrzebę przydziału pacjentów podczas dyżuru dla pielęgniarki aż 52% (13) badanych ze szpitala „B” odpowiedziało „Raczej nie” i tylko 20% (5) „Raczej tak”. W szpitalu „A” aż 82% (9) odpowiedziało „Raczej nie” ( $t_{\alpha}(0,05;23) = 2,069$   $t = -1,443$   $t_{\alpha} > t$ ). W trakcie przyjęcia 52% (13) pielęgniarek deklaruje, że informuje swoich pacjentów o ich prawach, 64% (16) zapoznaje ich w trakcie przyjęcia z topografią oddziału. Niestety, aż 76% (19) pielęgniarek nie ustala z pacjentem indywidualnego planu opieki, a 24% (9) robi to „Czasami”. Podobnego opinii wyrazili sami pacjenci. W pytaniu „Czy pielęgniarka zapoznała Panią/Pana z planem opieki pielęgniarskiej w stosunku do pańskiej osoby?”, ponad 57% (34) odpowiedziało, że „Nie”. Z osób, które zapoznały się z planem opieki pielęgniarskiej, tylko 35% (21) miała go ustalonego wspólnie z pielęgniarką, a aż 65% (39) określiło, że został on ustalony bez ich udziału. Wśród respondentów 58% (35) oceniła przyjęcie na oddział jako „Raczej dobre” i 31% (11) jako „Zdecydowanie dobre”. Uprzejmość personelu jako „Raczej dobrą” oraz „Zdecydowanie dobrą” oceniło 43% (26) – wykres 3.

**Wykres 3. Uprzejmość personelu w opinii badanych pacjentów**

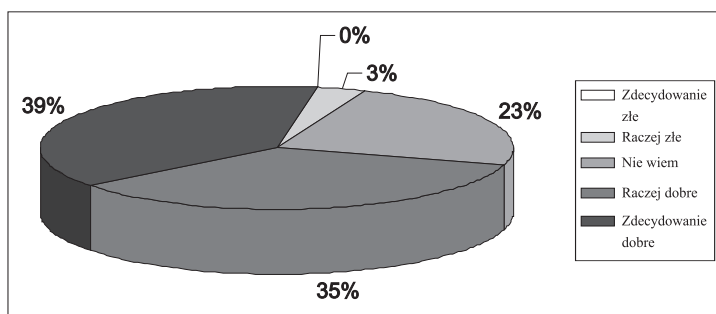


Czas oczekiwania na łóżko 42% (25) respondentów określiło jako „Zdecydowanie dobre” i tyle samo jako „Raczej dobre”. Pozostali ankietowani: „Nie wiem” 7% (4), „Raczej złe” 8% (5) oraz „Zdecydowanie złe” 2% (1). Większość pacjentów 47% (28) oceniła wyposażenie sal jako „Raczej dobre”, jedna czwarta 27% (16) jako „Zdecydowanie dobre”; 12% (7) badanych nie potrafiła sprecyzować swojej oceny, a 15% (9) oceniło wyposażenie sal jako „Raczej złe”. Wśród badanej populacji prawie jedna trzecia 27% (16) oceniła zachowanie ciszy na oddziale jako „Zdecydowanie dobre”, 38% (23) jako „Raczej dobre”, a 18% (11) ankietowanych określiło swoją ocenę jako „Nie wiem”. Pozostali respondenci odpowiadali jako „Raczej złe” 12% (7) oraz „Zdecydowanie złe” 5% (3). W ocenie pacjentów dostęp do różnych diet jest w 39% (24) „Raczej dobry”; w 17% (10) „Zdecydowanie dobry”; 7% (4) oceniła dostępność jako „Raczej złą”, a 5% (3) „Zdecydowanie złą”. W pytaniu o pomoc przy spożywaniu posiłków jedna czwarta, 25% (15)



odpowiedziała „Zdecydowanie dobrze”; 35% (21) „Raczej dobrze”. „Zdecydowanie źle” odpowiedziało tylko 2% (1) badanych. W ocenie reakcji pielęgniarki na zgłaszane uwagi ze strony pacjentów ponad połowo respondentów, 53% (32) określiła je jako „Raczej dobre”, a 40% (24) jako „Zdecydowanie dobre”. Podobnie badani oceniają czas reakcji pielęgniarki na dzwonki. Prawie 47% (28) ocenia ten aspekt jako „Zdecydowanie dobre” i prawie tyle samo badanych 45% (27) jako „Raczej dobre”. Ocena wyjaśnienia przez pielęgniarkę celowości oraz sposobu badań i zabiegów pielęgnacyjnych przedstawia wykres 4.

**Wykres 4. Ocena wyjaśnienia celowości oraz sposobu badań i zabiegów pielęgnacyjnych**



Prawie 45% (27) oceniło przygotowanie do badań i zabiegów jako „Raczej dobre”, a 43% (26) jako „Zdecydowanie dobre”. Bardzo wysoko została oceniona fachowość zabiegów pielęgnacyjnych, 50% (30) respondentów oceniło ją jako „Raczej dobra” i tyle samo osób oceniło ją jako „Zdecydowanie dobra”. Niestety, gorzej przedstawia się już ocena czasu poświęconego dla chorych przez pielęgniarki, gdzie 47% (28) przyznało ocenę „Raczej dobry”, ale już tylko 28% (17) „Zdecydowanie dobry”. Inne oceny to: 6% (10) „Nie wiem”, 3% (5) „Raczej zły” i 6% (10) „Zdecydowanie zły”. Tylko 33% (20) oceniła edukację chorych jako „Raczej dobrą”, a 10% (17) jako „Zdecydowanie dobrą”. Ocenę przygotowania do samoopieki 13% (22) respondentów ocenia jako „Zdecydowanie dobrą”, 14% (23) jako „Raczej dobrą”, 15% (25) „Nie wiem” oraz 12% (20) „Raczej złą” i 6% (10) jako „Zdecydowanie złą”. W pytaniu o ocenę uzyskania możliwości informacji o swoim stanie zdrowia 50% (30), odpowiedziało „Raczej dobra”, a prawie jedna trzecia, tj. 33% (20) „Zdecydowanie dobra”. Poczucie intymności i poszanowanie godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych ankietowani w 35% (21) ocenili jako „Raczej dobre” i 30% (18) jako „Zdecydowanie dobre”. Należy jednak zwrócić uwagę, że 10% (6) ankietowanych wystawiło ocenę „Raczej złą”, a 5% (3) jako „Zdecydowanie złą”.

## Dyskusja

Najbardziej pożądanym rodzajem opieki jest połączenie teoretycznego modelu opieki z jego praktycznym wykorzystaniem w pracy pielęgniarki. Proces pragmatycznego zastosowania modelu zaczyna się z chwilą, gdy pielęgniarka próbuje wyobrazić sobie, jakie będą następstwa wdrożenia danego modelu w rozwiązywaniu problemu pielęgnacyjnego [2]. Mimo uzyskania zadowolających ocen opieki ze strony pacjentów, w powyższej pracy daje się zauważyć bardzo niskie przygotowanie pielęgniarek do podjęcia pracy w wybranym modelu opieki. Niestety, za słabym teoretycznym przygotowaniem samych pielęgniarek idzie również ich niechęć do próby podjęcia pracy w wybranym modelu opieki. W stworzonym przez D. Orem modelu pielęgnowania, priorytetowym elementem staje się pojęcie samoopieki. Samoopieka jest kwantem wszystkich czynności, jakie człowiek wykonuje codziennie dla zapewnienia sobie prawidłowego działania i rozwoju [3, 7]. W odniesieniu do analizy powyższej pracy należy stwierdzić, że takie elementy jak edukacja chorych i przygotowanie ich do samoopieki, które są kluczowymi składnikami powyższego modelu, w ocenie pacjentów nie uzyskały oceny wystarczającej do stwierdzenia, że w badanych szpitalach model ten jest stosowany.

Jak wykazali autorzy wykształcenie uzyskane w szkole pielęgniarskiej okazuje się niedostateczne już po kilku latach wykonywanej specjalność, a treści nabyte w szkole zapewniają jedynie wiedzę podstawową. Wiedzę specjalistyczną należy pogłębiać i rozszerzać w ciągu całej swojej pracy zawodowej, albowiem dynamika rozwoju cywilizacji, szybki postęp nauki i techniki stwarzają określoną sytuację w systemie oświatowo-wychowawczym. Wyraża się ona między innymi w potrzebie ciągłego podnoszenia i doskonalenia ludzkich kwalifikacji oraz modyfikowanie własnej osobowości. Temu celowi ma właśnie służyć kształcenie podyplomowe, które jest systematycznym aktualizowaniem wiadomości i umiejętności zawodowych [9].

## Wnioski

1. Zdecydowana większość pielęgniarek nie zna teoretycznych modeli pielęgnowania, co powoduje, że na tym etapie wiedzy i świadomości pielęgniarek nie ma możliwości pracy w oparciu o teoretyczne modele pielęgnowania.
2. W obu badanych jednostkach jest prowadzona Karta Procesu Pielęgnowania. Jednak w opinii ankietowanych pielęgniarek, nie ma ona wpływu na poprawę jakości opieki pielęgniarskiej, a sytuacja kadrowa (mała ilość personelu) nie stwarza warunków do prowadzenia opieki w systemie zindywidualizowanym.
3. Ocena pacjentów, co do sprawowanej opieki pielęgniarskiej jest bardzo dobra, ale główną realizowaną funkcją jest funkcja instrumentalna, ukierunkowana na realizację zleceń lekarskich.

## Piśmiennictwo

1. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988, 11–94.
2. Nuting M. A., Dock L.: A history of nursing G. P. Putnam's Sons. T. I, New York, Londyn 1907, 34, 76–77, 141, 428.
3. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, 36–104.
4. Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania. Skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1989.
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa Tom I. Założenia teoretyczne. Czelej, Lublin 2004.
6. Krymska B.: Pielęgniarka: nauczyciel i doradca. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2004 (9), 29.
7. Lipieńska M.: Jeszcze raz o teorii Orem. Pielęgniarstwo 2000. 1996(4), 12–13.
8. Płaszewko-Żywko L., Wilczek-Różyńska E.: Teoria Pielęgnowania D. Orem. Pielęgniarstwo 2000. 1996 (1), 10–12.
9. Kresowicz K., Rogala-Pawelczyk G.: Doskonalenie zawodowe pielęgniarek. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 1996 (3), 6.

Hanna Grabowska<sup>1</sup>, Krzysztof Narkiewicz<sup>2</sup>, Marzena Chrostowska<sup>2</sup>,  
Radosław Szczęch<sup>2</sup>, Andżelina Dubiela-Dąbrowska<sup>2</sup>,  
Wiesława Kucharska<sup>2</sup>, Władysław Grabowski<sup>1</sup>

## Zasady klinicznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w opinii pielęgniarek

### Wstęp

Nadciśnienie tętnicze stanowi ważną przyczynę chorobowości i śmiertelności na świecie. Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi wiążą się ze wzrostem ryzyka, między innymi rozwoju udaru mózgu, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca oraz niewydolności nerek, stąd dokonywanie prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego pozostaje nadal kluczową umiejętnością zawodową współczesnej pielęgniarki.

Tradycyjny (standardowy, kliniczny) pomiar ciśnienia oznacza pomiar wykonywany manometrem rtęciowym (uważanym za urządzenie najdokładniejsze i referencyjne) lub manometrem sprężynowym, z zastosowaniem osłuchiwania tętnicy metodą Korotkowa [1].

Rozwój innych metod pomiarowych ciśnienia tętniczego rozpoczął się w latach 80. XX w. i od tego czasu poczyniono duże postępy w technikach pomiaru ciśnienia. Szczególnie wprowadzenie nowoczesnego pomiaru oscylometrycznego oraz połączenie z techniką elektroniczną i cyfrową, również przy metodzie osłuchowej, ułatwiło i spopularyzowało pomiary ciśnienia tętniczego [2].

Rutynowy pomiar wartości ciśnienia tętniczego, ze względu na bezpieczeństwo, niski koszt i szeroką dostępność, uznany jest za najważniejsze badanie przesiewowe w kierunku rozpoznawania nadciśnienia tętniczego [3].

Podkreślić należy, iż ogromną zaletą konwencjonalnego, okazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim / pielęgniarskim jest również

---

<sup>1</sup> Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

<sup>2</sup> Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna w Gdańsku

to, że zarówno wiedza dotycząca ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz ograniczenia powikłań opiera się na danych z dużych badań epidemiologicznych i zakończonych sukcesem badań klinicznych, które były oparte głównie na tradycyjnym pomiarze ciśnienia tętniczego, jak i fakt, że dawne i aktualne definicje oraz klasyfikacje nadciśnienia tętniczego odnoszą się do badania tradycyjnego [1, 2, 4, 5].

Z uwagi na powyższe, każdy lekarz i każda pielęgniarka powinni wiedzieć, w jaki sposób należy właściwie zmierzyć ciśnienie tętnicze, jak interpretować i klasyfikować uzyskane w wyniku pomiaru informacje oraz jak oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe pacjenta przed wprowadzeniem skutecznego procesu edukacji zdrowotnej i ewentualnego leczenia.

Celem niniejszej pracy jest próba ukazania stopnia znajomości najważniejszych zaleceń i zasad obowiązujących podczas dokonywania tradycyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w grupie pielęgniarek, jak również ocena zależności statystycznej uzyskanych wskazań od wieku, stażu pracy oraz miejsca zamieszkania respondentek.

## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono w styczniu 2007 roku wśród 53 pielęgniarek, studentek V roku jednolitych studiów magisterskich Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku, z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego, techniki ankietowej. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy.

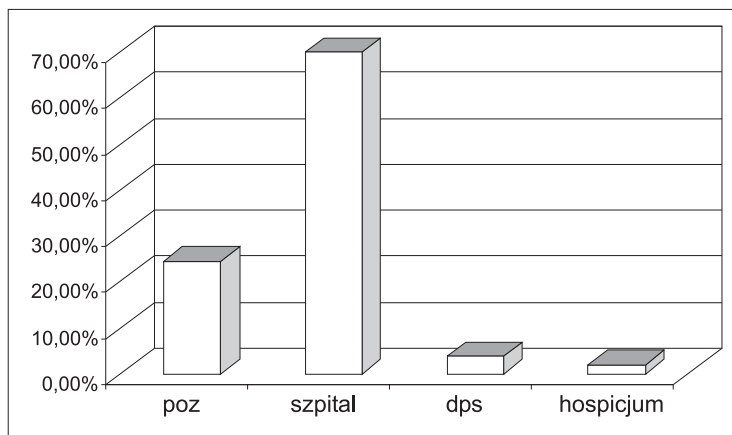
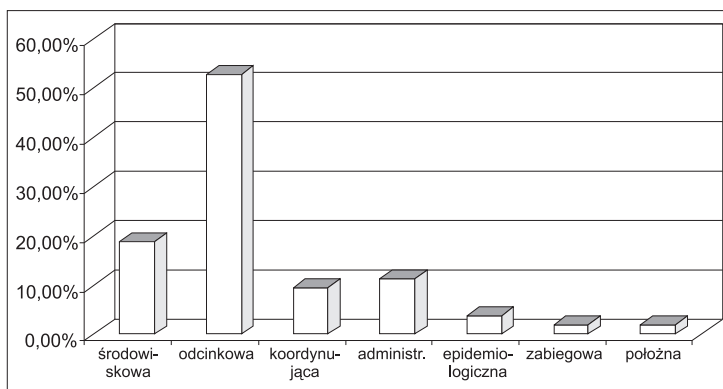
Grupę badawczą stanowiły kobiety (100,0%). Średnia wieku wynosiła 37,8 lat. Wiek badanych mieścił się w przedziale 28–52 lata, przy czym największy odsetek dotyczył przedziału wieku 31–40 lat (60,4%).

Wśród respondentek przeważały mieszkanki miast (84,91% – 45 osób), wieś reprezentowało 8 badanych, tj. 15,09%. Osoby zamężne stanowiły 73,58% badanych.

Średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki wyniósł 16,6 lat i wahał się od 6 do 28 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły studentki legitymujące się doświadczeniami zawodowymi mieszczącymi się w przedziale 16–20 lat (33,9%, tj. 18 osób), natomiast 4 respondentki, co stanowi 7,5%, zadeklarowały 26–28 letnie doświadczenia zawodowe.

Dominującą grupę badanych stanowiły pielęgniarki zatrudnione w oddziałach szpitalnych. Miejsce pracy respondentek ilustruje wykres 1.

Dokonując analizy badanej grupy pod kątem zajmowanego aktualnie stanowiska okazało się, iż ponad połowa respondentek pełni obowiązki pielęgniarki odcinkowej (52,83%). Udział procentowy zajmowanych przez uczestniczki badania stanowisk zawiera wykres 2.

**Wykres 1. Miejsce pracy ankietowanych pielęgniarek****Wykres 2. Stanowisko pracy respondentek**

## Wyniki i omówienie

Właściwej techniki dokładnych pomiarów ciśnienia tętniczego naucza się zazwyczaj bardzo wcześnie w toku kształcenia, ale później zasady te są rzadko przestrzegane w praktyce. Wiele grup ekspertów opracowało zalecenia dotyczące metodologii pomiarów ciśnienia tętniczego, które często nie są zgodne we wszystkich szczegółach, ale łączy je kilka wspólnych ogólnych reguł [6].

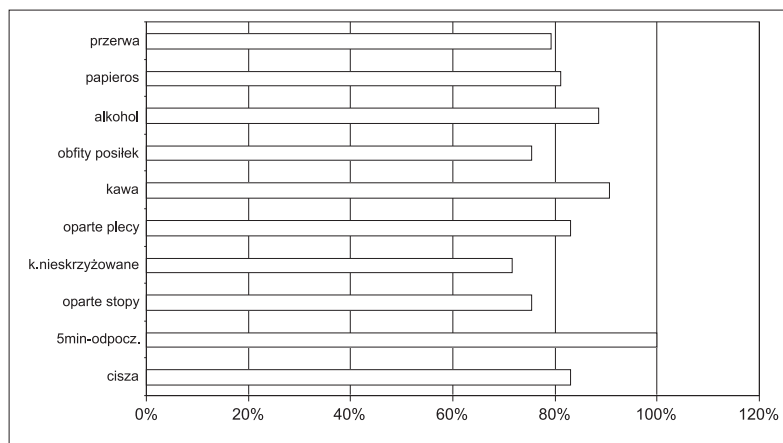
Pomiaru ciśnienia należy dokonywać w cichym i ciepłym pomieszczeniu, co najmniej po 5. minutowym odpoczynku, zapewnić atmosferę spokoju i odprężenia, zastosować właściwą pozycję chorego w trakcie pomiaru, tzn. pacjent w pozycji siedzącej, z podpartymi plecami, stopy chorego powinny być oparte o podłoże, a kończyny dolne nie mogą być skrzyżowane. Przedramię powinno

być oparte na twardym podłożu (podparcie przedramienia jest bardzo ważne, ponieważ wartości ciśnienia tętniczego znacznie się zmieniają w zależności od jego ułożenia), przy czym powinno być lekko ugięte oraz zrotowane zewnętrznie (zbyt silnie zgięta kończyna górna powoduje zaniżone wartości RR).

Należy również ograniczyć wpływ czynników i okoliczności wpływających na wartość ciśnienia tętniczego, w tym między innymi: nie należy dokonywać pomiarów ciśnienia u osoby, która odczuwa parcie na stolec lub moc [3]. Od wypalenia papierosa przez chorego powinno upłynąć co najmniej 30 minut, 30–60 minut od wypicia płynu zawierającego kofeinę, 2 godziny od spożycia obfitego posiłku [7], czas od spożycia napojów zawierających alkohol waha się, według różnych autorów, od 30 minut [1, 4] do 3 h [7], chory przed pomiarem nie powinien zażywać środków zawierających substancje andrenomimetyczne, ani prowadzić rozmów [4, 5].

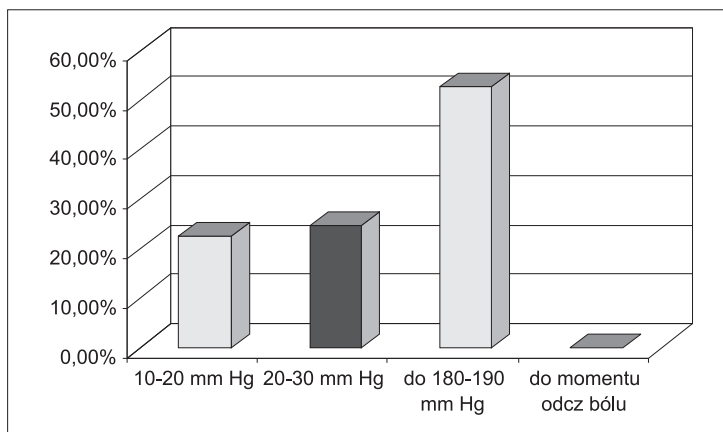
Cieszyć może fakt, iż badane pielęgniarki prawidłowo wskazały powyższe zalecenia. Stopień znajomości wybranych zasad pomiaru ciśnienia tętniczego w grupie respondentek ilustruje wykres 3.

**Wykres 3. Wybrane zasady pomiaru RR w opinii respondentek**



Autorzy zaleceń sugerują, aby podczas pomiaru mankieta napęczyć powietrzem do wysokości ok. 30 mm Hg powyżej palpacyjnie stwierdzanego momentu zniknięcia tętna na tętnicy promieniowej, aby przed osłuchiowaniem tonów być pewnym, że wartość ciśnienia w mankiecie przekroczyła ciśnienie skurczowe. Należy pamiętać, iż napęczenie mankieta powietrzem do zbyt wysokich wartości ciśnienia wywołuje ból i związaną z nim reakcję presyjną [1, 4]. Prawidłową odpowiedź w omawianej kwestii wskazało 13 respondentek, co stanowi 24,53%. Ponad połowa badanych (52,83%), tj. 28 osób zadeklarowała wypełnienie mankieta w każdej sytuacji pomiaru do wysokości 180–190 mm Hg. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 4.

Wykres 4. Stopień wypełnienia mankietu w opinii pielęgniarek



Podczas pomiaru ciśnienia tętniczego należy pamiętać, że powietrze z mankietu powinno być wypuszczane z prędkością powodującą spadek słupa rtęci lub obniżenie wskazówki manometru o 2–3 mm Hg na sekundę, przy czym powietrze należy wypuszczać równomiernie [1, 2, 4, 8, 9]. Znajomość opisanej zasady pomiaru wskazała większość badanych (37 osób, co stanowi 69,81%). Dwukrotnie większą prędkość wypuszczania powietrza z mankietu zaznaczyło 14 osób (26,42%).

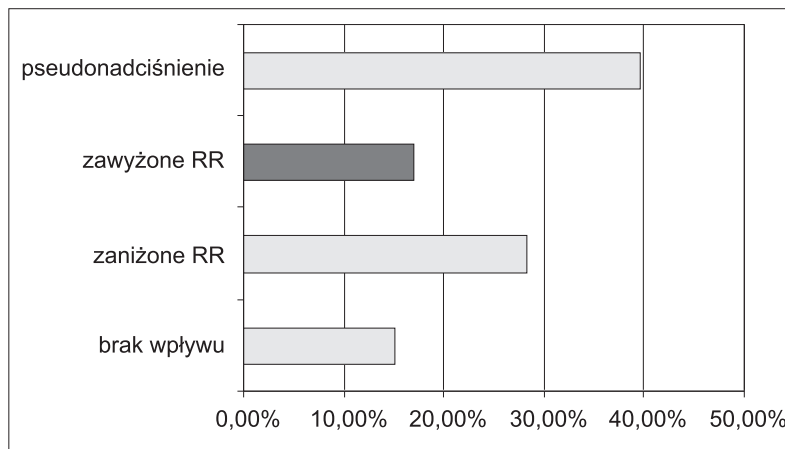
Niezmiernie ważną kwestią, którą należy uwzględnić jest to, aby pamiętać, iż mankiety standardowe może być stosowany dla obwodu ramienia od 24 cm do 33 cm, natomiast przy grubszym ramieniu pacjenta należy użyć szerszego i dłuższego mankieta, gdyż w przeciwnym wypadku przy normalnym mankiecie konieczne są zbyt wysokie napięcia, aby ucisnąć tętnicę ramienną, skutkiem czego uzyskuje się zawyżone wartości ciśnienia tętniczego [4]. Powyższą zależność wskazało zaledwie 9 osób (16,98%). Udział procentowy poszczególnych kategorii odpowiedzi, określających skutek zastosowania standardowej szerokości mankieta u osoby otyłej, przedstawia wykres 5.

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami dolny brzeg mankieta powinien znajdować się ok. 2–3 cm powyżej zgięcia łokciowego i miejsca osłuchiwania tętnicy [1, 4, 7, 8, 9, 10]. Znajomością tej reguły wykazała się zdecydowana większość respondentek (33 osoby, tj. 62,26%), co ilustruje wykres 6.

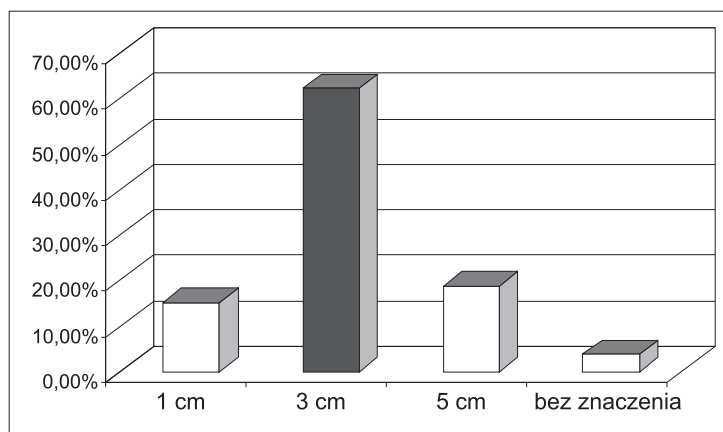
Ważna jest również wskazówka, według której ramię z założonym mankietem powinno znajdować się na poziomie serca bez względu na pozycję ciała pacjenta [1, 2, 4]. Powyższe zalecenie znane jest większości badanych pielęgniarek, bowiem zaznaczyły je 44 osoby, co stanowi 83,02%. Pozostałe respondenci (9 osób, tj. 16,98%) wskazały odpowiedź sugerującą, iż zasadne jest uwzględnianie omawianej reguły tylko podczas pomiarów dokonywanych w pozycji siedzącej.



Wykres 5. Szerokość mankietu a wartość RR



Wykres 6. Usytuowanie mankietu ciśnieniomierza



cej. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej okazało się, iż prawidłową odpowiedź udzieliły młodsze pielęgniarki.

| odpowiedź     | średni wiek | liczebność | odch.std |
|---------------|-------------|------------|----------|
| prawidłowa    | 37.00       | 44         | 5.31     |
| nieprawidłowa | 41.78       | 9          | 5.76     |

Test Manna-Whitneya wykazał istotność statystyczną wieku pomiędzy pielęgniarkami, które udzieliły odpowiedzi prawidłowej i nieprawidłowej (wartość testu – 2.22676,  $p = 0.025964$ ).

Wśród zaleceń ekspertów pojawia się również to, aby w czasie pierwszorazowego badania pacjenta ciśnienie mierzyć na obu kończynach górnych, w przypadku zaś wystąpienia różnicy przeprowadzić pomiary na tym ramieniu, na którym stwierdzone jest wyższe ciśnienie [1, 2]. Znajomość tego zalecenia wykazała grupa 42 respondentek (79,25%). Zdaniem 8 badanych (15,09%) okolica dokonywanego pomiaru nie posiada większego znaczenia, natomiast według opinii 3 osób pomiar ciśnienia tętniczego krwi powinien być dokonywany zawsze na lewej kończynie górnej.

## Wnioski

1. Podstawowym warunkiem skutecznego rozpoznawania i leczenia nadciśnienia tętniczego jest dokładny pomiar ciśnienia tętniczego, wobec czego należy go przeprowadzać bardzo starannie, zwracając uwagę na liczne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, przyczyniające się do znacznych różnic w wynikach.
2. Badana grupa pielęgniarek prezentuje wysoki poziom znajomości większości zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.
3. W praktyce pielęgniarskiej należy zwrócić większą uwagę na stosowanie właściwej szerokości mankietu oraz stopnia jego wypełniania powietrzem, bowiem te zalecenia były znane zaledwie co czwartej respondentce.
4. Zasadnym wydaje się przeprowadzenie badań w większej populacji personelu medycznego.

## Piśmiennictwo

1. Kabat M., Pęczkowska M., Cendrowska-Demkow I.: Pomiar ciśnienia tętniczego. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 423–431.
2. Middeke M.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 23–43.
3. Gaziano J. M.: Znaczenie badań przesiewowych w wykrywaniu choroby wieńcowej i identyfikacji czynników ryzyka. W: Braunwald E., Goldman L.: Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 289–307.
4. Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 29–56.
5. Mac Gregor G. A., Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze. Medical Press, Gdańsk 2001, 20–25.
6. Elliot W. J., Black H. R.: Diagnostyka i leczenie u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W: Braunwald E., Goldman L.: Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 309–344.
7. Wizner B.: Zasady pomiaru ciśnienia tętniczego – pomiar domowy. W: Grodzicki T., Narkiewicz K., Wizner B. (red.): Poradnik dla pacjenta z nadciśnieniem tętniczym. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2004, 12–25.

8. Bickley L. S., Szilagyi P. G.: *Bate's Guide to Physical Examination and History Taking*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003, 75–80.
9. Dougherty L., Lister S. E.: *The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures*. Blackwell Publishing, Oxford 2004, 448–455.
10. Merritt J. Ch., Fordy J. M.: *Nielipidowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego*: Griffin B. P., Topol E. J.: *Podręcznik kardiologii*. Cleveland Clinic. Lippincott Williams & Wilkins, medipage, Warszawa 2006, 544–562.

Krystyna Kurowska<sup>1</sup>, Magdalena Zajac<sup>2</sup>

## Związek poczucia koherencji z radzeniem sobie w codziennym życiu w schorzeniach tkanki łącznej

### Wstęp

Choroby tkanki łącznej stanowią dużą grupę chorób o różnej etiologii i patogenezie. Do nich między innymi zaliczane jest reumatoidalne zapalenie stawów i toczeń układowy. Wspólnym objawem łączącym te choroby są zmiany w stawach, które charakteryzują się bólem i objawami zapalenia [1, 2, 3].

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekły, postępujący proces zapalny, rozpoczynający się w błonie maziowej stawów, prowadzący do zniszczenia tkanek stawowych, zniekształceń i upośledzenia czynności stawów. Należy do najbardziej złożonych patogenetycznych chorób tkanki łącznej. Etiologia nie została dotychczas wyjaśniona. Niewątpliwie w powstawaniu choroby decydujące znaczenie ma wrażliwość genetyczna i czynniki środowiskowe. Przypuszcza się, że choroba uwarunkowana jest wielogenowo, czynniki środowiskowe mogą być różne, ale decydujące znaczenie mają zakażenia wirusowe. Na chorobę tą choruje ok. 2% ludności. Szczyt zachorowań przypada na okres 30–40 r.ż. Kobiety chorują 3–4 razy częściej niż mężczyźni. RZS może pojawiać się nagle w ciągu kilku dni lub rozwijać się skrycie w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. Pacjent zgłasza się najczęściej z bólami i obrzękiem licznych małych i dużych stawów, niekiedy jednak występuje ból np. tylko jednego nadgarstka i kolana, a nawet asymetryczne zajęcie stawów tylko jednej połowy ciała. Bólowi i obrzękom stawów często towarzyszy sztywność poranna i uczucie zmęczenia. Objawy nieswoiste to: uczucie rozbicia, skłonność do pocenia, czasem stany podgorączkowe, zmatowienie paznokci, ich kruchość; spotyka się także zmiany barwnikowe na grzbiecie ręki [1, 2].

Kolejne schorzenie – toczeń układowy to układowa choroba skóry i tkanki łącznej okołonaczyniowej różnych narządów z zapaleniem naczyń i zapa-

---

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM w Bydgoszczy

<sup>2</sup> Zakład Psychologii Wychowawczej UKW Bydgoszcz, Instytut Psychologii

leniem okołonaczyniowym małych tętnic i tętniczek, związana z odkładaniem się kompleksów immunologicznych, składających się z: DNA, anty-DNA, dopełniacza i włókniaka. Choroba ta występuje u 3–6/100000 osób. W 80–90% przypadków chorują kobiety, szczególnie młodsze. W patogenezie zakłada się zakażenie wirusowe, które potencjalnie prowadzi do cytolizy i uwalniania odczynu immunologicznego przeciw DNA. Wskutek upośledzenia czynności supresorowej limfocytów T utrzymuje się odczyn immunologiczny. Objawy odczuwane przez pacjentów to dolegliwości ogólne dotyczące 95% chorych: gorączka, osłabienie, utrata masy ciała. Pozostałe objawy – dolegliwości mięśniowo-stawowe: zapalenie wielostawowe bez zniekształceń stawów (powyżej 80% chorych), zapalenie mięśni (ok. 40% chorych), zmiany skórne (dotyczą ponad 70% chorych): rumień o kształcie motyla na policzkach; liszaj krążkowy: świecące, czerwone grudki, łuszczące się i z mieszkową hiperkeratozą; nadwrażliwość na światło powodująca zmiany skórne; owrzodzenia jamy ustnej i nosowej; zmiany na skórze głowy: bliznowate łysienie plackowate, występują także zmiany sercowo-płucne (60–70%); zmiany nerkowe (60–70%); kłębuszkowe zapalenie nerek z różnymi obrazami histopatologicznymi, zmiany neurologiczne (60%). Choroba przebiega pod postacią nawracających zaostrzeń i remisji [3].

Przedstawiony obraz schorzeń wskazuje na ich istotne znaczenie dla funkcjonowania chorego, jednak mimo tak licznych objawów dodatkowych znaczna część chorych funkcjonuje w codziennym życiu stosunkowo sprawnie. Wyjaśnieniem tego faktu może być konstrukt poczucia koherencji. Przyjęcie salutogenetycznej perspektywy teoretycznej wskazuje na znaczenie poziomu poczucia koherencji jako cechy dyspozycyjnej, która z jednej strony może być związana (w sensie – może przyczyniać się) z zachorowaniem na chorobę przewlekłą, z drugiej strony natomiast może pomagać (lub nie) w radzeniu sobie z chorobą poprzez ukierunkowanie zachowań chorego na pro- lub anty-zdrowotne działania. Zdaniem Antonovsky'ego [4] im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo podejmowania zachowań prozdrowotnych. Związana jest bowiem z wysokim poczuciem koherencji wiara, że życie jest sensowne, uporządkowane i przewidywalne, stanowi dobry powód, aby chcieć być zdrowym i móc sprawnie funkcjonować. Osoby takie będą więc unikały zachowań szkodzących zdrowiu i angażowały się w aktywność prozdrowotną. Ludzie posiadający powyższą orientację życiową uważają za warte zachodu angażowanie się w aktywność fizyczną, zaprzestanie palenia czy preferowanie właściwego, zdrowego odżywiania się, jak i też skrupulatne przestrzeganie zaleceń medycznych, związanych z leczeniem schorzenia. Tak więc celem badań opartych o powyższe założenia było ustalenie, czy poziom poczucia koherencji jest związany z radzeniem sobie w codziennym życiu i czy jest on inny w odmiennych schorzeniach tkanki łącznej.

## Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w okresie marzec–październik 2006 na grupie 64 chorych z RZS i TU, hospitalizowanych na oddziale reumatologicznym w Toruniu. Do pomiaru zastosowano kwestionariusz SOC-29, skalę Barthel oraz ankiety konstrukcji własnej, opisującą zmienne demograficzne. Analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 6.0 wykorzystując miary opisowe, testy istotności różnic oraz korelacje. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek, iż  $p < 0,05$ . Skala Barthel służy do oceny złożonych czynności życia codziennego, ocenia stopień niesprawności badanego. Jest skalą 100 punktową uwzględniającą stan funkcjonowania człowieka w zakresie samoopieki. Kwestionariusz SOC-29, jest narzędziem wystandaryzowanym, znormalizowanym, ogólnodostępnym.

## Wyniki badań

W badanej grupie określono zmienne demograficzne. Przeciętny wiek pacjentów oscylował w granicach 50. roku życia (tabela I). Jak widać różnica w wieku badanych nie była istotna statystycznie. Badani pochodzą z kohorty, w której szczyt zachorowań już nastąpił. Jednocześnie stwierdzono istotne różnice ze względu na płeć badanych. Wśród chorób z toczniem układowym 84,37% stanowiły kobiety, natomiast w grupie z RZS stanowiły one 100% badanych. Różnice w zakresie płci były istotne na poziomie  $p < 0,03$  ( $t = -2,357$ ), także wykształcenie istotnie różnicowało badane grupy. Osoby z toczniem układowym częściej posiadały wyższy jego poziom, a różnica była istotna statystycznie ( $t = -3,09$ ;  $p < 0,003$ ). Rozkład wykształcenia przedstawia (tabela II). W kolejnym etapie

**Tabela I. Wiek badanych ze schorzeniami tkanki łącznej**

| Badani | Średnia RZS | Średnia TU | T       | df | p        |
|--------|-------------|------------|---------|----|----------|
| Wiek   | 50,19355    | 48,53125   | 0,46981 | 61 | 0,640167 |

**Tabela II. Rozkład wykształcenia badanych z obu grup**

| Wykształcenie       | RZS |          | TU |          |
|---------------------|-----|----------|----|----------|
|                     | N   | %        | N  | %        |
| Niepełne podstawowe | 7   | 22,58065 | –  | –        |
| Podstawowe          | 7   | 22,58065 | 7  | 21,87500 |
| Zawodowe            | 4   | 12,90323 | 2  | 6,25000  |
| Średnie             | 10  | 32,25806 | 13 | 40,62500 |
| Wyższe              | 3   | 9,67742  | 10 | 31,25000 |

**Tabela III. Poziom SOC oraz różnice w jego zakresie między badanymi grupami**

| Poczucie koherencji (SOC) | Średnia RZS | Średnia TU | T        | df | p        |
|---------------------------|-------------|------------|----------|----|----------|
| zrozumienie               | 38,4516     | 54,1250    | -8,7424  | 61 | 0,000001 |
| zaradność                 | 41,4194     | 53,9687    | -6,6559  | 61 | 0,000001 |
| sensowność                | 37,1935     | 46,2188    | -6,1924  | 61 | 0,000001 |
| SOC ogólne                | 117,0645    | 154,3125   | -10,5475 | 61 | 0,000001 |

określono wśród badanych poziom poczucia koherencji oraz jego składowe. Uzyskane wyniki przeciętne wraz z różnicami prezentuje (tabela III). Na podstawie średnich można stwierdzić, że osoby z toczniem układowym posiadają wyższy poziom poczucia koherencji w każdym aspekcie. Średni poziom SOC w tej grupie jest wysoki, charakterystyczny dla osób zdrowych, może być on jednocześnie wynikiem wyższego niż w drugiej grupie wykształcenia. Osoby z reumatoidalnym zapaleniem stawów posiadają globalny poziom SOC zdecydowanie niski, jest on charakterystyczny dla chorób somatycznych [5, 6, 7, 8, 9]. W grupie tej najbardziej w stosunku do TU obniżony jest poziom zrozumienia. Na powyższej próbie badanych dokonano także podziału poziomu SOC na niski oraz wysoki. Podział medianą  $M = 137$  wyłonił 2 podgrupy – wysoki SOC ( $SOC \geq 137$ ) oraz niski poziom SOC ( $SOC < 137$ ). Co ciekawe, wszyscy chorzy z toczniem układowym mieli SOC wysokie, natomiast z reumatoidalnym zapaleniem stawów – SOC niskie.

**Tabela IV. Przeciętne skali Barthel oraz różnice w średnich grup TU i RZS**

| Skala Barthel | Średnia RZS | Średnia TU | T       | df | p        |
|---------------|-------------|------------|---------|----|----------|
|               | 88,3871     | 89,8437    | -0,4105 | 61 | 0,682866 |

W dalszej analizie sprawdzono, jaki jest poziom zdolności do samoopieki na podstawie skali Barthel. Wyniki przeciętne oraz różnice prezentuje (tabela IV). W powyższej skali nie zaobserwowano różnic w zdolności do samoopieki. Można stwierdzić, że badani pozostawali w stanie lekkim co oznacza, że posiadali stosunkowo duże zdolności do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego. Wśród osób z RZS siedmioro badanych (22,58%) kwalifikowało się do uznania za stan średnio ciężki, natomiast w toczniu układowym taki stan dotyczył 9 badanych (28,12% badanych).

Podstawowym założeniem badań było określenie, czy pomiędzy orientacją życiową a samoopieką istnieje związek. Globalnie na całej grupie chorych

**Tabela V. Związek skali Barthel i SOC w kolagenozach**

| Poczucie koherencji (SOC) | Skala Barthel |
|---------------------------|---------------|
| Zrozumienie               | -0,01         |
| Zaradność                 | 0,12          |
| Sensowność                | 0,16          |
| SOC – ogólne              | 0,10          |

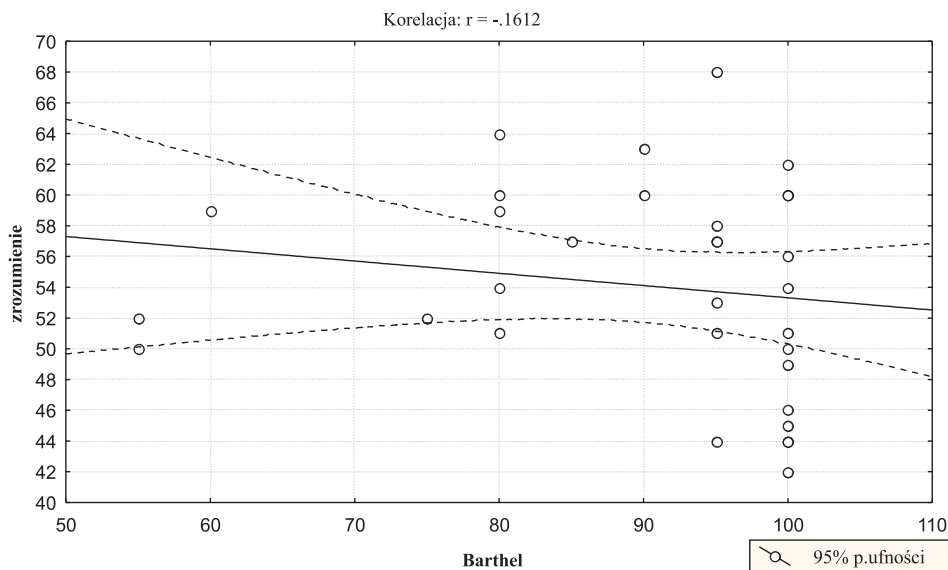
określono korelacje przedstawione w (tabeli V). Mimo, że nie uzyskano istotnych statystycznie wskaźników można stwierdzić, że zaradność i sensowność w większym stopniu korelują z samoopieką w skali Barthel. Im wyższy poziom tych skal, tym lepszy stan wg Barthel. Siła związku między ogólnym SOC a samoopieką jest słaba, jednak związek ten także jest pozytywny. Uzyskanie korelacji dla zrozumienia  $r = -0,01$  wydaje się być artefaktem.

**Tabela VI. Związek między skalą Barthel a SOC i jego podskalami dla chorych z RZS i TU**

| Poczucie koherencji (SOC) | Skala Barthel |       |
|---------------------------|---------------|-------|
|                           | RZS           | TU    |
| Zrozumienie               | -0,01         | -0,16 |
| Zaradność                 | 0,12          | 0,12  |
| Sensowność                | 0,08          | 0,33  |
| SOC – ogólne              | 0,10          | 0,08  |

W celu określenia, czy typ choroby może wpływać na związek między badanymi zmiennymi, dokonano dalszego ich określenia w podziale na grupy z RZS i TU. Wyniki prezentuje (tabela VI). W zaprezentowanych wynikach także nie stwierdzono istotności statystycznej, jednak widoczna jest rozbieżność w sile związków. U osób z TU widać negatywny związek między zrozumiałością a skalą Barthel, siła tego związku jest niska, co może jednak sugerować, że mimo wszystko osoby w stanie średnio ciężkim mają stosunkowo wysoki jego poziom, jest dobrym prognostykiem poprawy ich stanu zdrowia (rycina 1). Wskazywać na to pośrednio może także przeciętna siła związku między badaną skalą a zaradnością. Wyniki uzyskane dla osób z RZS nie odbiegają od globalnie określonych w kolagenozach. Brak istotności statystycznych powyższych związków wyjaśnić może niewielka liczba badanych. Wydaje się jednak, że są to związki stabilne, które na bardziej reprezentatywnej próbie mogłyby okazać się istotne statystycznie.



**Rycina 1. Poczucie zrozumienia a skala Barthel u osób z toczeniem układowym**

## Omówienie

W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że badani chorujący na choroby tkanki łącznej to zazwyczaj kobiety, w wieku po szczycie zachorowań. Różnią się one wykształceniem – wyższy jego poziom posiadały chore (kobiety stanowiły 100% badanych) z toczeniem układowym. Pacjentki te posiadały także zdecydowanie wyższy poziom poczucia koherencji, a także wyższy poziom jego składowych niż chorzy z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Jednocześnie nie stwierdzono, by obie badane grupy różniły się poziomem samodzielności. Wydawać by się mogło, że toczeń układowy jako choroba wywołująca więcej powikłań i bardziej pustosząca dla organizmu (mimo pozornie mniejszych objawów zewnętrznych) powinna powodować zdecydowanie gorsze funkcjonowanie chorych. Jednak prawdopodobnie wysoki poziom SOC, wyższa świadomość i wykształcenie, powoduje znacznie lepsze radzenie sobie w sytuacji podstawowej samoopieki. Konkluzja ta jest jednak przypuszczeniem opartym na przeprowadzonych badaniach i wymaga dalszej analizy. Co istotne jednak to fakt, że wszyscy badani z toczeniem układowym posiadali wysoki poziom SOC, przy zdecydowanie gorszych rokowaniach niż w RZS. Stanowi to optymistyczny prognostyk pracy terapeutycznej z tą grupą chorych. W przypadku osób z RZS niski poziom SOC wymaga wysiłków w kierunku jego podwyższenia. Jednak poziom

sensowności – wyznaczający tendencje do podwyższania globalnego SOC, w stosunku do chorych z TU był najmniej obniżony, co także wskazuje na pewien potencjał do wzmocnienia poczucia koherencji, co może wspomagać sensowność oddziaływań terapeutycznych.

## Wnioski

1. Osoby z kolagenozami różnią się istotnie poziomem wykształcenia. Wyższy jego poziom mają osoby z TU. W pozostałych aspektach odpowiadają sylwetkom chorych opisywanych w literaturze. Zdecydowanie częściej chorują kobiety, w wieku ok. 40 i więcej lat.
2. W obu chorobach poziom zdolności do samoopieki mierzony skalą Barthel jest zbliżona.
3. Badani o odmiennych chorobach niezwykle mocno różnią się poziomem SOC i jego składowymi. Wyniki wysokie są charakterystyczne dla TU, natomiast niskie – dla RZS.
4. Osoby z TU, mimo niekorzystnych rokowań, są zabezpieczone w funkcjonowaniu przez wysoki poziom SOC oraz wykształcenie. Wniosek ten wymaga pogłębionej analizy w dalszych badaniach.

## Piśmiennictwo

1. Medycyna wewnętrzna. G. Herold. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004, 774–784.
2. Mackiewicz S.: Choroby tkanki łącznej. A. Wojtczak: Choroby wewnętrzne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1995, 355–363.
3. Musiał J., Szczeklik A.: Układowe choroby tkanki łącznej – kolagenozy. F. Kokot: Choroby wewnętrzne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004, 926–930.
4. Antonovsky, A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Fundacja IPN, Warszawa 1995, 85.
5. Grochmal-Bach B., Wilczek-Rużyczka E., Mesterhazy J.: Poczucie koherencji (SOC) i adaptacja do choroby u osób z osteoporozą (plakat nie opublikowany).
6. Zawadzka B.: Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. Nef. rol. Dializoter. Pol., 2000, 4, 50–53.
7. Kurowska K., Wrońska I., Zajac M., Poczucie koherencji u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, Zdr. Publ. 115 (2), 2005.
8. Bogutyn T., Szerszeń-Motyka J., Ogorzały-Skupniewicz M., Piotrowski W.: Zmiany poczucia koherencji i wskaźników psychologicznego przystosowania w przebiegu rehabilitacji kardiologicznej. Sztuka Leczenia, 1998, 4 (2), 57–63.
9. Kossakowska M., Basińska M.: Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Postępy Psychiatr. Neurol. 2000, 9 (1), 55–61.

Renata Piotrkowska<sup>1</sup>, Janina Książek<sup>1</sup>,  
Anna Nowatkowska<sup>2</sup>, Alicja Patoła<sup>3</sup>

## Problemy występujące u pacjentów po usunięciu tarczycy

### Wstęp

Choroby gruczołu tarczowego występują czterokrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Z tego powodu, kobiety są też częściej leczone operacyjnie, a głównym powodem zabiegów operacyjnych jest wole obojętne guzowate (struma nodosa) [2, 4, 8, 10]. Powikłania mogące wystąpić po zabiegu operacyjnym na gruczole tarczowym to: krwotok, uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych, zapadnięcie się krtani po usunięciu znacznych ilości tkanki zmienionej nowotworowo. W wyniku powikłań może wystąpić duszność, w przebiegu której staje się koniecznością pozostawienie rurki intubacyjnej, zaś w skrajnym przypadku wykonanie tracheotomii. Po zabiegu może również dojść do okresowej lub przewlekłej niedoczynności przytarczyc [1, 3, 7, 8, 9]. Pobyt w szpitalu, konieczność poddania się operacji, ból wywołują silny stres u każdego pacjenta. Opieka pielęgniarska stanowi ważne ogniwo w procesie leczenia i rehabilitacji chorych w okresie okołoperacyjnym, a pielęgniarka jest osobą, która w sposób naturalny i bezpośredni wspomaga chorych [8].

### Cel pracy

Diagnoza problemów występujących u pacjentów po usunięciu tarczycy:  
Problemy badawcze

1. Jakie specyficzne problemy występują u chorych po usunięciu tarczycy?
2. Kto w opinii pacjentów udziela informacji dotyczących możliwości wystąpienia powikłań po operacji?

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>3</sup> Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Akademii Medycznej w Gdańsku

3. Czy pielęgniarki uczestniczyły w rozwiązywaniu problemów pacjentów po usunięciu tarczycy?

## Material i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego u 24 chorych leczonych operacyjnie z powodu chorób tarczycy w Klinice Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Gdańsku. Analizie poddano również dokumentację medyczną.

## Wyniki

W badanej grupie 24 osób operowanych z powodu chorób tarczycy 100% stanowiły kobiety. Wiek badanych wahał się w przedziale od 29 do 81 lat. Średnia wieku 56,13 lat. W badanej grupie 3 (12,5%) osoby pochodziły ze wsi, 4 (16,67%) z miejscowości do 100 tys. mieszkańców, a pozostałe 17 (70,83%) pacjentek mieszkało w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. Największą grupę stanowiły chore z przedoperacyjnym rozpoznaniem wola guzowatego 16 (62,5%) – tabela 1.

**Tabela 1. Rozpoznania chorób pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego na gruczole tarczowym**

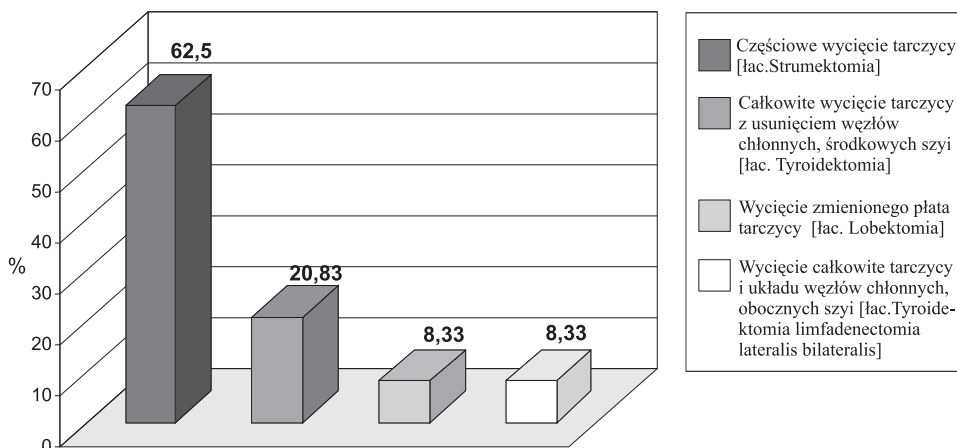
| Rozpoznanie lekarskie  | Ilość | %     |
|--|-------|-------|
| Rak gruczołu tarczowego [łac. Ca glandulae thyreoidea]                             | 3     | 12,50 |
| Wole guzowate [łac. Struma nodosa]   | 16    | 62,50 |
| Guz płata lewego gruczołu tarczowego [łac. Tu lobii sinistri glandulae thyreoidea] | 1     | 4,17  |
| Guz pęcherzykowaty gruczołu tarczowego [łac. Tu folliculare glandulae thyreoidea]  | 3     | 12,50 |
| Wole zamostkowe [łac. Struma retrosternalis]                                       | 1     | 4,17  |

W analizowanej grupie badanych chorych najwięcej wykonano zabiegów częściowego usunięcia tarczycy [łac. strumektomia] 15 (62,5%) – rycina 1.

Po zabiegu operacyjnym pacjentki zgłaszały najczęściej: ból gardła, chrypkę, trudności w przełykaniu, problem w poruszaniu głową, mroczki przed oczami, obrzęk kończyn dolnych, szum w uszach, ból brzucha – tabela 2.

Po zabiegu operacyjnym każdemu pacjentowi towarzyszy ból, jego nasilenie może być jednak różne. Ból pooperacyjny związany jest z chirurgicznym uszkodzeniem tkanek i największe natężenie osiąga w pierwszej dobie pooperacyjnej. W badanej grupie 9 (37,5%) pacjentek odczuwało bardzo duże dolegliwości bólowe, 8 (33,33%) średniego stopnia, 1 (4,17%) pacjentka w małym

**Rycina 1. Rodzaje wykonanych zabiegów na gruczole tarczowym w badanej populacji**



**Tabela 2. Rodzaj występujących dolegliwości u chorych po zabiegu operacyjnym**

| Dolegliwości po zabiegu operacyjnym | N  | %      |
|-------------------------------------|----|--------|
| chrypka                             | 22 | 91,67  |
| ból gardła                          | 24 | 100,00 |
| trudności w przełykaniu             | 15 | 62,50  |
| obrzęk nóg                          | 2  | 8,33   |
| trudności w poruszaniu głową        | 14 | 58,33  |
| szum w uszach                       | 2  | 8,33   |
| mroczyki przed oczami               | 3  | 12,50  |
| ból brzucha                         | 1  | 4,17   |

stopniu, a 2 (8,33%) w minimalnym. Ponad połowa badanych 18 (75,00%) została uwolniona od bólu pooperacyjnego poprzez systematyczne podawanie leków przeciwbólowych.

Ponad połowa badanych pacjentek 18 (75,00%) została poinformowana przez pielęgniarkę, jak należy unosić właściwie głowę w okresie pooperacyjnym. Po zabiegu operacyjnym mogą wystąpić mrowienia dłoni, stóp i ust. Na występowanie takich objawów najczęściej zwracał uwagę lekarz 14 (58,33%), następnie pielęgniarki. Dwie operowane chore twierdziły, że nikt o takie objawy nie pytał. Ciężkie powikłanie pooperacyjne w postaci tracheotomii nie wystąpiło w czasie prowadzonych badań. Osoby, do których chorzy zwracają się by rozwiązać problemy i uzyskać informacje dotyczące procesu pielęgnowania i leczenia to

**Tabela 3. Osoby, do których chorzy zwracają się by rozwiązać problemy i uzyskać informacje dotyczące procesu pielęgnowania i leczenia**

| Odpowiedzi chorych | N  | %      |
|--------------------|----|--------|
| lekarz             | 5  | 20,83  |
| pielęgniarka       | 12 | 50,00  |
| sąsiad z sali      | 1  | 4,17   |
| rodzina            | 2  | 8,33   |
| nikogo             | 4  | 16,67  |
| Ogółem             | 24 | 100,00 |

najczęściej pielęgniarki 12 (50%), 5 (20,83%) chorych uzyskało informacje od lekarza, 4 (16,67%) nie angażowały w to nikogo, 2 (8,33%) rozmawiały z rodziną, 1 (4,17%) chora ze współpacjentką – tabela 3.

Połowa badanych 12 (50,00%) twierdzi, iż pielęgniarki udzielają pomocy w rozwiązywaniu problemów w okresie okołoperacyjnym i udzielają informacji dotyczących procesu pielęgnowania.

### Omówienie

Jak się podaje w piśmiennictwie, powikłania mogące wystąpić po zabiegu operacyjnym na gruczole tarczowym to: krwotok, uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych, zapadnięcie się krtani po usunięciu znacznych ilości tkanki zmienionej nowotworowo. Po zabiegu może również dojść do okresowej lub przewlekłej niedoczynności [1, 3, 7, 8, 9]. U chorych po zabiegu operacyjnym na gruczole tarczowym najistotniejsze problemy dotyczą bólu pooperacyjnego, rany operacyjnej, trudności w spożywaniu posiłków oraz trudności w poruszaniu się i samoobsłudze [5]. W badanej grupie chorych najczęściej towarzyszył ból gardła, chrypka, trudności w poruszaniu głową oraz trudności w przełykaniu. Właściwa opieka pielęgnacyjna pozwala zapewnić choremu bezpieczeństwo i komfort w okresie okołoperacyjnym. W rozwiązywaniu problemów chorych najczęściej uczestniczyły pielęgniarki. Problem zwalczania bólu i zapobiegania wczesnym powikłaniom pooperacyjnym wykazał, że pielęgniarki powinny być członkami zespołów do zwalczania bólu. Ciągły kontakt pielęgniarki z pacjentem i obserwacja pozwala jej na bieżąco reagować i minimalizować doznania bólowe [6].

### Wnioski

1. Dolegliwości występujące po zabiegu operacyjnym wykazują specyfikę problemów leczniczo-pielęgnacyjnych u pacjentów ze schorzeniami gruczołu tarczowego.

2. Pielęgniarki stanowią główne źródło informacji o możliwości wystąpienia powikłań pooperacyjnych.
3. Pielęgniarki udzielają pomocy w rozwiązywaniu problemów chorych po usunięciu tarczycy.

### **Piśmiennictwo**

1. Bogusz J.: Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1986, 21–22, 51–55, 217–222.
2. Gietka-Czernel M., Jastrzębska H.: Rozpoznawanie i leczenie chorób tarczycy. Oinpharma, Warszawa 2002.
3. Gruca Z., Łachiński A.: Nowotwory Tarczycy. Zarys chirurgii onkologicznej. Red. A. Kopacz, AM Gdańsk 2000, 485–495.
4. Górowski T.: Chcę mieć zdrową tarczycę. PZWL, Warszawa 2004.
5. Jaracz K., Popow A.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej po operacji tarczycy. [w:] Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie. Wdrażanie programów promocji zdrowia – Konferencja. Poznań 7–8.5.1999. Materiały Konferencyjne, 335–356.
6. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 123–125.
7. Lawrence P. F. (red): Chirurgia ogólna. Wyd. Medyczne, Wrocław 1998, 310–314.
8. Rowiński W., Dziak A.: Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1999, 15–71, 495–507.
9. Rybiński K., Cichoń S., Jędrzejewski K. S., Komorowski J., Kunert-Radek J., Kuzdak K., Pomorski L.: Chirurgia Tarczycy. Podstawy Chirurgii. Red. Szmidt J. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 1065–1105.
10. Zgliczyński S.: Choroby tarczycy. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2001.

Janina Książek<sup>1</sup>, Artur Gibas<sup>2</sup>,  
Monika Jaromińska<sup>3</sup>

## Ocena procesu pielęgnowania operowanych chorych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego

### Wstęp

Na przestrzeni minionych lat medycyna zdążyła już przybliżyć istotę choroby, jaką jest kamica pęcherzyka żółciowego. W patomechanizmie powstawania złożeń żółciowych najbardziej istotnym czynnikiem jest zastój żółci i zakażenie. Następnym obecności złożeń w pęcherzyku są trudności w odpływie żółci, co powoduje dalsze dolegliwości charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej [1, 2]. W kamicy pęcherzyka żółciowego bardzo istotne są czynniki ryzyka, które zwiększają możliwość zachorowania, a są nimi: czynniki genetyczne; wiek; płeć (kobiety); dieta – bogatotłuszczowa; otyłość; liczne porody; gwałtowne odchudzanie; cukrzyca; przebyta wagotonia; marskość wątroby; długotrwałe żywienie pozajelitowe; choroby przedłużające pasaż przez jelito cieńkie; zaawansowana miażdżyca; nadciśnienie; leki – przyjmowanie środków antykoncepcyjnych przez kobiety w wieku rozrodczym [3, 4, 5, 6].

Kamica pęcherzyka żółciowego jest jedną z najczęstszych chorób układu żółciowego i jednym z głównych problemów medycznych na świecie [5]. Każdego dnia zarówno w Polsce, jak i na świecie rośnie liczba zachorowań na to schorzenie. Kamica żółciowa dotyczy około 10 do 20% dorosłej populacji Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej [2, 7]. Australia i niektóre kraje Azji również odnotowują zwiększoną zachorowalność na tę chorobę [8]. W Polsce wśród osób dorosłych żyjących w miastach ocenia się, że na kamicy pęcherzyka żółciowego zapada średnio około 14% ogółu społeczności powyżej 18 roku życia, w tym 18% kobiet, 8,2% mężczyzn [8, 4]. W latach 1996–1997 w Polsce wykonano 70 tysięcy cholecystektomii. W Polsce przeważała metoda cholecystektomii otwartej, która stanowiła około 60% wszystkich zabiegów [8]. Dzisiaj te proporcje zmieni-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego AMG

<sup>2</sup> Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AMG

<sup>3</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego AMG



ły się. W większości metodą leczenia z wyboru jest cholecystektomia laparoskopowa. Jest to metoda chętniej stosowana przez chirurgów, ponieważ odbywa się ona bez otwierania powłok brzusznych, jest obciążona znacznie mniejszym ryzykiem powikłań pooperacyjnych i zgonów, skraca pobyt pacjenta w oddziale do minimum, nie pozostawia widocznych blizn i jest bardziej ekonomiczna. Pierwsze cholecystektomie laparoskopowe w Polsce wykonano w 1991 roku w klinikach w Poznaniu i Warszawie [9]. Obecnie cholecystektomia laparoskopowa jest przyjętym standardem postępowania, mającym zastosowanie u około 80% chorych wymagających wycięcia pęcherzyka żółciowego [1, 2, 10, 11, 12]. „Zaletą” płynącą z wykonania zabiegu tą techniką jest krótki pobyt w szpitalu, krótki okres rekonwalescencji 1 do 2 tygodni i cztery małe blizny na powłokach brzusznych oraz niska śmiertelność od 0 do 0,16%, i mała liczba powikłań [8, 9, 10]. Dla osób zarządzających ważnym kryterium jakości opieki jest także poczucie satysfakcji z wykonanych procedur. Satysfakcja naszych pacjentów, poznanie ich potrzeb oraz stopnia zadowolenia powinno być jednym z najwyższych celów opieki. Jedną z metod zbadania opinii pacjenta na temat jakości świadczonych usług pielęgnacyjnych jest ciągły pomiar i ocena satysfakcji pacjenta. Pozwala nam ona na ocenę rozbieżność pomiędzy tym, co pacjent uważa za dobrą usługę medyczną, a tym, co za najlepsze uważa świadczeniodawca [13, 14, 15, 16].

## **Cel pracy**

Celem pracy jest ocena procesu pielęgnowania operowanych chorych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego oraz ocena poziomu satysfakcji pacjenta.

## **Materiał i metody**

Materiał stanowi 50 pacjentów operowanych w jednym ze Szpitali Specjalistycznych województwa pomorskiego w okresie od 16.02.06 do 31.04.06. Dobór do grupy badawczej był losowy. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, metody kwestionariuszowe i analizę dokumentacji. Do tego celu stworzono dwa arkusze: arkusz oceny dokumentacji pielęgniarstwa oraz arkusz oceny satysfakcji pacjenta. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu STATISTICA 7.1. Opisu statystycznego dokonano z zastosowaniem średniej, odchylenia standardowego (SD) i częstości. Wnioskowanie statystyczne wykonano za pomocą: testu Anova, testu Spearmana.

## **Wyniki i ich omówienie**

Grupa badawcza stanowiła ogółem 50 osób (100%), w tym 17 osób stanowili mężczyźni (34%), a 33 osoby kobiety (66%). Ankietowani znajdowali się w średnim wieku 58 lat, natomiast przedział wiekowy stanowił od 24 lat do 95 lat. Ocenę satysfakcji w badanej grupie przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena satysfakcji

| Nr | Zakres tematyczny pytania  | A    | Ocena pacjenta |                |                |                |                | B      | C     |
|----|--|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|-------|
|    |  |      | 0 pkt<br>N (%) | 2 pkt<br>N (%) | 3 pkt<br>N (%) | 4 pkt<br>N (%) | 5 pkt<br>N (%) |        |       |
| 1a | Bezpieczeństwo pacjenta  | 4,70 | 1 (2%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 10 (20%)       | 39 (78%)       | d=0,43 | p<,01 |
| 1b | Samopoczucie pacjenta  | 4,22 | 0 (0%)         | 6 (12%)        | 7 (14%)        | 7 (14%)        | 30 (60%)       | d=0,36 | p<,01 |
| 1c | Negatywne nastawienie do wykonywanych czynności dnia codziennego     | 4,28 | 0 (0%)         | 6 (12%)        | 1 (2%)         | 16 (32%)       | 27 (54%)       | d=0,31 | p<,01 |
| 1d | Wpływ rozpoznania na samopoczucie                                    | 4,24 | 0 (0%)         | 4 (8%)         | 6 (12%)        | 14 (28%)       | 26 (52%)       | d=0,31 | p<,01 |
| 2a | Wprowadzenie w oddział przez pielęgniarkę                            | 3,36 | 11 (22%)       | 6 (12%)        | 1 (2%)         | 7 (14%)        | 25 (50%)       | d=0,29 | p<,01 |
| 2b | Zapoznanie z topografią oddziału                                     | 4,30 | 2 (4%)         | 5 (10%)        | 1 (2%)         | 8 (16%)        | 34 (68%)       | d=0,39 | p<,01 |
| 2c | Zapoznanie z prawami pacjenta  | 2,20 | 9 (18%)        | 26 (52%)       | 6 (12%)        | 5 (10%)        | 4 (8%)         | d=0,26 | p<,01 |
| 2d | Przeprowadzenie wywiadu przez pielęgniarkę                           | 4,66 | 2 (4%)         | 1 (2%)         | 0 (0%)         | 4 (8%)         | 43 (86%)       | d=0,48 | p<,01 |
| 3a | Informacja na temat zabiegu  | 3,82 | 2 (4%)         | 8 (16%)        | 8 (16%)        | 9 (18%)        | 23 (46%)       | d=0,26 | p<,01 |
| 3b | Informacja na temat przygotowania do zabiegu                         | 4,70 | 1 (2%)         | 0 (0%)         | 2 (4%)         | 6 (12%)        | 41 (82%)       | d=0,46 | p<,01 |
| 3c | Informacja na temat przygotowania p. pokarmowego                     | 4,72 | 2 (4%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 4 (8%)         | 44 (88%)       | d=0,49 | p<,01 |
| 3d | Informacja na temat przygotowania skóry                              | 4,68 | 2 (4%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 6 (12%)        | 42 (84%)       | d=0,46 | p<,01 |
| 3e | Informacja na temat premedykacji                                     | 4,26 | 4 (8%)         | 1 (2%)         | 2 (4%)         | 10 (20%)       | 33 (66%)       | d=0,36 | p<,01 |
| 3f | Obecność pielęgniarki przy przygotowaniu do zabiegu                  | 4,88 | 0 (0%)         | 1 (2%)         | 0 (0%)         | 3 (6%)         | 46 (92%)       | d=0,52 | p<,01 |
| 4a | Informacja na temat możliwości wystąpienia problemów pielęgnacyjnych | 3,64 | 5 (10%)        | 6 (12%)        | 4 (8%)         | 17 (34%)       | 18 (36%)       | d=0,29 | p<,01 |
| 4b | Obecność pielęgniarki po zabiegu operacyjnym                         | 4,96 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 2 (4%)         | 48 (96%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 5a | Zachowanie godności i intymności pacjenta                            | 4,98 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 1 (2%)         | 49 (98%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 5b | Upředzenie o wykonaniu zaplanowanych czynności przez pielęgniarkę    | 4,78 | 2 (4%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 1 (2%)         | 47 (94%)       | d=0,53 | p<,01 |
| 5c | Informacja na temat diety po zabiegu                                 | 4,08 | 2 (4%)         | 8 (16%)        | 1 (2%)         | 10 (20%)       | 29 (58%)       | d=0,33 | p<,01 |
| 5d | Niezbędność obecności pielęgniarki, pacjentowi po zabiegu            | 4,96 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 2 (4%)         | 48 (96%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 5e | Poświęcenie odpowiedniej ilości czasu pacjentowi pacjentowi          | 4,76 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 12 (24%)       | 38 (76%)       | d=0,47 | p<,01 |
| 5f | Dostępność pielęgniarki w czasie dyżuru dziennego i nocnego          | 4,96 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 2 (4%)         | 48 (96%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 5g | Reakcja pielęgniarki na wezwanie pacjenta                            | 4,98 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 1 (2%)         | 49 (98%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 5h | Odczucie zniecierpliwienia w czynnościach pielęgnarskich             | 4,90 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 1 (2%)         | 3 (6%)         | 46 (92%)       | d=0,53 | p<,01 |
| 5i | Zadowolenie pacjenta z opieki pielęgnarskiej                         | 4,92 | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 4 (8%)         | 46 (92%)       | d=0,53 | p<,01 |

A – Średni poziom satysfakcji

B – Dopasowanie badanych parametrów do wybranego rozkładu – rozkładu normalnego – Df

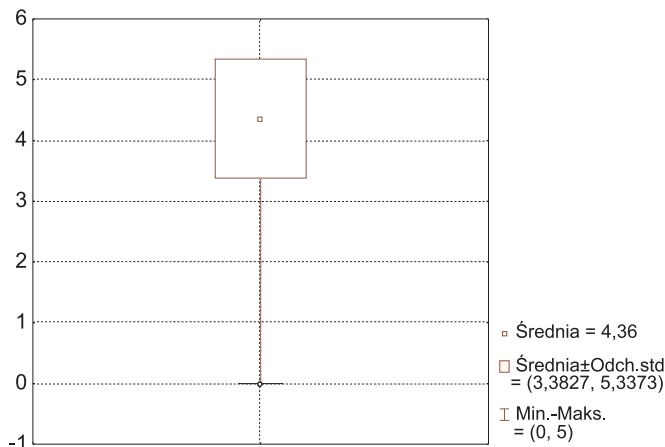
C – Poziom istotności różnic – p

Nie ma zależności między oceną poziomu satysfakcji a picią pacjenta, ponieważ  $p = 0,79154$  oraz miejscem zamieszkania pacjenta, ponieważ  $p = 0,05568$ . Istnieje zależność między oceną poziomu satysfakcji a wykształceniem pacjenta, ponieważ  $p = 0,00931$ . Satysfakcja pacjentów jest zależna od ich wykształcenia. Taki wynik pozwala nam na stwierdzenie, że poziom zadowolenia z opieki pielęgnarskiej wśród pacjentów z oddziału pooperacyjnego zależy od ich wykształ-

cenia. Najniższy poziom satysfakcji z opieki pielęgniarstwa występuje wśród pacjentów z wykształceniem podstawowym i wyższym. Najwyższy poziom zadowolenia z usług pielęgniarstwa występuje wśród pacjentów z wykształceniem zawodowym i średnim.

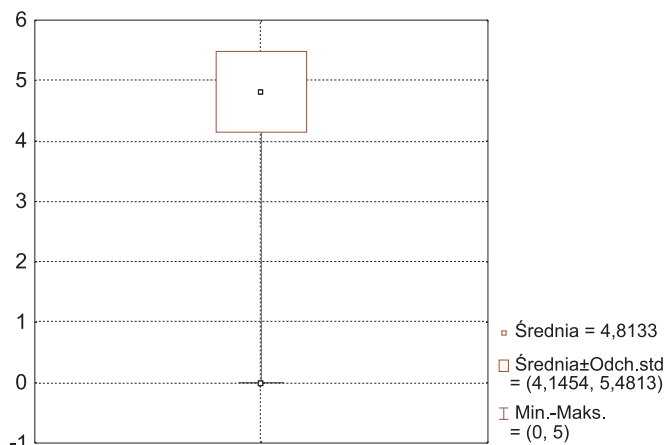
Satysfakcję z zaspokojenia potrzeb psychicznych przedstawia wykres 1.

**Wykres 1. Sfera psychiczna**



Średnia otrzymanych punktów w ocenie sfery psychicznej wynosi 4,36, średnia plus odchylenie standardowe od 3,3827 do 5,3373. Satysfakcję z opieki pooperacyjnej przedstawia wykres 2.

**Wykres 2. Po zabiegu operacyjnym**



Średnia wynosi 4,8133, średnia plus odchylenie standardowe od 4,1454 do 5,4813.

U każdej badanej osoby dokonano oceny dokumentacji pielęgniarstwa – tabela 1 i wykres 3.

**Tabela 1. Ocena dokumentacji**

| Nr | Zakres tematyczny pytania                                       | A    | Ocena dokumentacji |                |                | B      | C     |
|----|---|------|--------------------|----------------|----------------|--------|-------|
|    |   |      | 0 pkt<br>N (%)     | 1 pkt<br>N (%) | 2 pkt<br>N (%) |        |       |
| 1  | Ustalenie planu pielęgnowania                                   | 1,52 | 0 (0%)             | 24 (48%)       | 26 (52%)       | d=0,35 | p<,01 |
| 2  | Ocena narażenia na odleżyny                                     | 0,16 | 45 (90%)           | 2 (4%)         | 3 (6%)         | d=0,52 | p<,01 |
| 3  | Prowadzenie karty ścisłej obserwacji                            | 0,16 | 45 (90%)           | 2 (4%)         | 3 (6%)         | d=0,52 | p<,01 |
| 4  | Uwzględnienie sfery psychicznej i fizycznej chorego w diagnozie | 1,00 | 12 (24%)           | 26 (52%)       | 12 (24%)       | d=0,26 | p<,01 |
| 5  | Bieżąca aktualizacja diagnozy                                   | 1,52 | 0 (0%)             | 24 (48%)       | 26 (52%)       | d=0,35 | p<,01 |
| 6  | Uwzględnienie sfery materialnej i rodzinnej chorego w diagnozie | 1,52 | 3 (6%)             | 19 (38%)       | 28 (52%)       | d=0,35 | p<,01 |
| 7  | Poprawność formułowania diagnozy                                | 0,44 | 30 (60%)           | 18 (36%)       | 2 (4%)         | d=0,38 | p<,01 |
| 8  | Prawidłowa hierarchia rozpoznań                                 | 1,20 | 2 (4%)             | 36 (72%)       | 12 (24%)       | d=0,42 | p<,01 |
| 9  | Poprawność zaplanowanych działań                                | 1,28 | 2 (4%)             | 32 (64%)       | 16 (32%)       | d=0,38 | p<,01 |
| 10 | Prowadzenie planu opieki w oparciu o diagnozę                   | 1,00 | 8 (16%)            | 34 (68%)       | 8 (16%)        | d=0,34 | p<,01 |
| 11 | Edukacja pacjenta – wdrożenie do samopielęgnacji                | 0,92 | 10 (20%)           | 34 (68%)       | 6 (12%)        | d=0,36 | p<,01 |
| 12 | Uwzględnienie czynników ryzyka w diagnozie                      | 1,12 | 2 (4%)             | 40 (80%)       | 8 (16%)        | d=0,45 | p<,01 |
| 13 | Zgodność realizacji planu opieki z możliwościami oddziału       | 1,74 | 1 (2%)             | 11 (22%)       | 38 (76%)       | d=0,46 | p<,01 |
| 14 | Element oceny założonych działań                                | 1,14 | 1 (2%)             | 41 (82%)       | 8 (16%)        | d=0,48 | p<,01 |
| 15 | Wypełnienie wszystkich rubryk w procesie                        | 1,60 | 1 (2%)             | 18 (36%)       | 31 (62%)       | d=0,39 | p<,01 |
| 16 | Czytelność planu opieki   | 1,88 | 0 (0%)             | 6 (12%)        | 44 (88%)       | d=0,52 | p<,01 |
| 17 | Numeracja stron planu opieki                                    | 1,44 | 6 (12%)            | 16 (32%)       | 28 (56%)       | d=0,35 | p<,01 |
| 18 | Opisanie kolejnych stron planu imieniem i nazwiskiem pacjenta   | 1,92 | 1 (2%)             | 2 (4%)         | 47 (94%)       | d=0,53 | p<,01 |
| 19 | Podpisanie planu opieki przez pielęgniarkę                      | 1,98 | 0 (0%)             | 1 (2%)         | 49 (98%)       | d=0,54 | p<,01 |
| 20 | Odpowiednie zabezpieczenie dokumentacji                         | 1,04 | 0 (0%)             | 48 (96%)       | 2 (4%)         | d=0,54 | p<,01 |

A – Średni poziom oceny dokumentacji

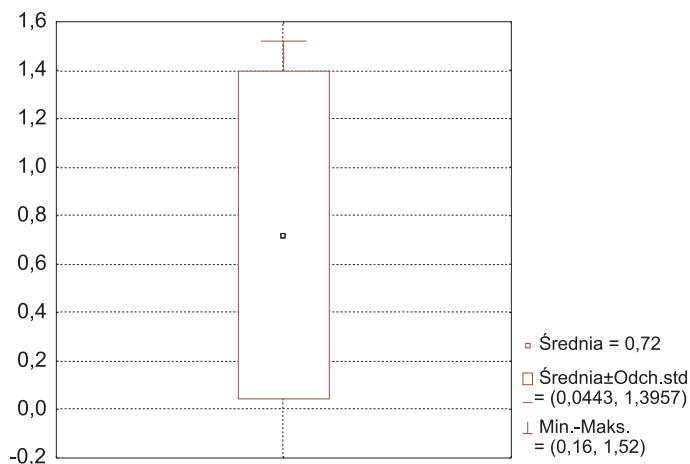
B – Dopasowanie badanych parametrów do wybranego rozkładu – rozkładu normalnego – Df

C – Poziom istotności różnic – p

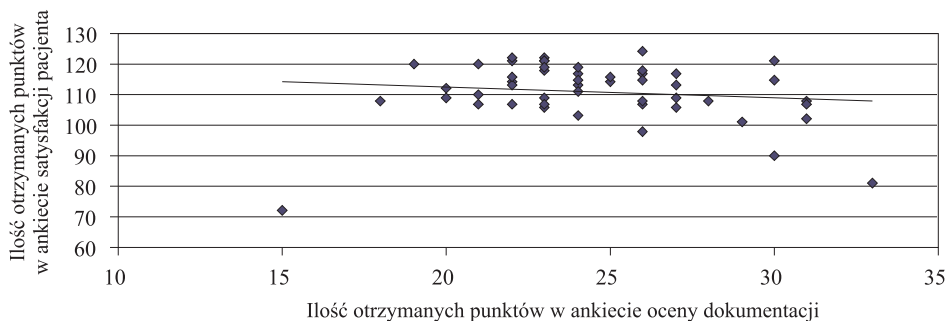
Średnia ilość otrzymanych punktów w arkuszu dokumentacji wynosiła 24,56 co oznacza, że dokumentacja prowadzona w oddziale przez pielęgniarki plasuje się na średnim poziomie. Średnia plus odchylenie standardowe wynosiła od 20,889 do 28,231. Minimalna liczba otrzymanych punktów w arkuszu oceny dokumentacji wynosiła 15 punktów, a maksymalna 33 punkty. Najgorszy wynik uzyskano przy ocenie narażenia na odleżyny. Oceniane kryterium w pytaniu numer 2 oraz pytaniu numer 3, otrzymało najmniejszą liczbę punktów. Na 50 ankiet, co stanowi 100%, 90% otrzymało 0 punktów co oznacza, że u większości pacjentów nie oceniono stopnia narażenia na odleżyny. Kolejny wykres obrazuje ocenę rzetelności w gromadzeniu danych o pacjencie.

Średnia oceny rzetelności wynosi 0,72, średnia plus odchylenie standardowe od 0,0443 do 1,3957, natomiast minimalna liczba punktów 0,16, a maksymalna 1,52.

Wykres 3. Ocena rzetelności



Wykres 4. Rozkład satysfakcji i poziomu dokumentacji jednostkowego pacjenta



Związek pomiędzy satysfakcją i oceną dokumentacji przedstawia wykres 4.

Korelacja porządku rang Spearmana  $-0,2310$   $p < 0,05$ . Wykres przedstawia zestawienie satysfakcji każdego ankietowanego pacjenta z oceną punktową jego dokumentacji. Taki wynik pozwala nam na stwierdzenie, iż wysoko oceniona dokumentacja pacjenta nie daje gwarancji podwyższenia jego satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Stopień poprawność wypełnienia dokumentacji nie wpływa na poziom satysfakcji pacjenta, ale ma związek z jakością opieki.

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej mierzona za pomocą arkusza satysfakcji pacjenta wypadła na dobrym poziomie. Oznacza to, że pacjenci oddziału pooperacyjnego są zadowoleni z opieki pielęgniarskiej na tym oddziale. Najgorzej wypadły pytania z grupy drugiej – przyjęcie w oddział. Najlepiej pytania z grupy piątej – po zabiegu operacyjnym, dotyczące całościowej oceny opieki pielęgniarskiej. Taką sytuację można wytłumaczyć tym, iż chirurgia jest oddziałem

dużej rotacji pacjentów, gdzie działania personelu niekiedy muszą być sprawne i szybkie, co niestety ma negatywny wpływ na poprawność przyjęcia pacjentów w oddział.

## Wnioski

1. Poziom opieki pielęgniarskiej w oparciu o analizę oceny dokumentacji i satysfakcja pacjenta kształtują się na średnim poziomie.
2. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej na średnim poziomie nie warunkuje wzrostu satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej w oddziale.
3. Nie istnieje zależność między satysfakcją pacjenta a płcią i miejscem zamieszkania.
4. Istnieje zależność w badanej grupie między satysfakcją pacjenta a wykształceniem i wiekiem. Pacjenci w starszym wieku są najmniej zadowoleni z usług pielęgniarskich.

## Piśmiennictwo

1. Konturka S.: *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. PZWL, Warszawa, 2001. Drogi żółciowe, s. 457–471.
2. Porro G., Cremer M., Krejs G., Romandori G., Rask-Madsen J., Isselbacher K., J.: *Gastroenterologia i hepatologia*. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o. Lublin, 2003. Kamica żółciowa, s. 489–517.
3. Levine J.: *Podjęmowanie decyzji w gastroenterologii*. D. W. Publishing Co, 1995.
4. Partyka R.: *Epidemiologia kamicy żółciowej w Polsce i na Świecie*, Nowa Klinika 1996: 3(9).
5. Agrawal S., Jonnalagadda S.: *Kamica żółciowa, od pęcherzyka żółciowego do jelit*. Metody leczenia powikłań. Medycyna po dyplomie. Praktyczny magazyn lekarzy polskich. Luty 2001, nr 2(61), s. 130–138.
6. Travis S. P. L., Taylor R. H., Misiewicz J. J.: *Gastroenterologia praktyczna*. Ośrodek Wydawniczy „Augustyna” pl. Marcina Lutra, Bielsko-Biała, 2002. Pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe, s. 293–315.
7. Gabryelewicz A.: *Gastroenterologia w praktyce*. PZWL, Warszawa, 2002. Kamica żółciowa, s. 179–185.
8. Szmidt J., Gruca Z., Krawczyk M., Kużdżaka J., Lamp P., Powoński J.: *Podstawy Chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej*. Medycyna praktyczna, 2004. Chirurgia dróg żółciowych, s. 899–925.
9. Karwowski A.: *Refleksje na temat stanu chirurgii polskiej w ostatniej dekadzie XX wieku, Chirurgia dróg żółciowych*, Polski Przegląd Chirurgiczny 2000, 72, 5, 489–499.
10. Cameron J.: *Chirurgia dróg żółciowych*. Kraków, 1997. Cholecystektomia tradycyjna. Cholecystektomia laparoskopowa, s. 7–31.
11. Harmsen G.: *Przebieg operacji od a do Z – praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek*. PZWL, Warszawa, 1994. Cholecystektomia, s. 98–103.
12. Bandurski R., Piotrowski Z., Myśliwiec P., Gryko M.: *Laparoskopowa cholecystektomia u chorych po operacji jamy brzusznej*, Endoscopy Polonica 2000:1.

13. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa 2005.
14. Książek J., Kretowicz K., Skokowski J.: *Dokumentacja procesu pielęgnowania w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku*. Annales Academiae Medicae Gedansis. Tom XXXIV, 2004.
15. Dykowska G., Opolski J.: *Jakość Świadczeń zdrowotnych: pakiet samokształceniowy*, Warszawa: Międzynarodowa Szkoła Managerów, 2001.
16. Książek J., Łapiński M., Skokowski J.: *Satysfakcja z leczenia i pielęgnowania pacjentów z ropniakiem opłucnej oraz operowanych na raka płuca*. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej, Bydgoszcz 2005 (10), 49–53.

Katarzyna Cierzniaowska<sup>1</sup>, Maria T. Szewczyk<sup>1</sup>,  
Zbigniew Banaszek<sup>2</sup>

## Wyznaczanie miejsca stomii jelitowej – rola i zadania pielęgniarki

W opiece nad chorym ze stomią jelitową, na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat, zaszły „rewolucyjne” zmiany. Sytuacja taka zaistniała pod wpływem wielorakich czynników, wśród których na szczególną uwagę zasługuje powstawanie stowarzyszeń pacjentów ze stomią. W 1949 roku, w Phoenixville koło Filadelfii zostaje założone pierwsze towarzystwo stomijne na świecie. Trzydzieści lat później, w Poznaniu zawiązano Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorym ze Stomią (POLILKO). Przynależność do organizacji i działalność umożliwiła tej grupie chorych realizację określonych celów, między innymi związanych z obszarem potrzeb w zakresie opieki okołoperacyjnej, opieki domowej czy zaopatrzenia stomijnego. W powstawaniu towarzystw stomijnych ogromną rolę wspierającą zawsze odgrywało środowisko medyczne. Występujący w tym czasie dynamiczny rozwój pielęgniarstwa spowodował między innymi powołanie do życia w Stanach Zjednoczonych pierwszej szkoły terapeutek stomijnych (1961 r.). W latach 70-tych XX w. nowa specjalność „enterostomal therapy nursing” rozpowszechnia się już na całym świecie [1, 2].

W czerwcu 1993 roku Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomijne (IOA) ogłosiło Kartę praw osoby ze stomią, która jednoznacznie określa sposób wyłaniania stomii: *stomia powinna być wytworzona w optymalnym dla pacjenta miejscu, zgodnie z zasadami medycznymi i z uwzględnieniem wszystkiego, co będzie sprzyjało komfortowi pacjenta. Takie jest podstawowe prawo pacjenta.*

Wyłonienie stomii jelitowej podczas zabiegu operacyjnego, bez uprzedniego uzgodnienia miejsca jej lokalizacji może skutkować wieloma powikłaniami. W związku z tym wyznaczenie miejsca przyszłej stomii stanowi nierozdzielny i charakterystyczny element przygotowania pacjenta ze schorzeniami jelit do zabiegu operacyjnego. Prawidłowe umiejscowienie stomii zwiększa szanse chorego

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy



na jej prawidłowe funkcjonowanie, pozytywnie wpływa na proces rehabilitacji i adaptacji do środowiska [3, 4].

Miejsce stomii należy wyznaczać zawsze przed planowaną operacją, najlepiej w przeddzień zabiegu. Czynność tę powinien wykonywać zespół: lekarz operator – pielęgniarka stomijna przy czynnym udziale pacjenta. Stomia wyprowadzona w złym miejscu może zupełnie uniemożliwić jej prawidłowe zaopatrzenie [3, 4, 5].

W przypadkach, kiedy operację wykonuje się ze wskazań pilnych, często z powodu ciężkiego stanu chorego, dolegliwości bólowych lub/i wzdęcia brzucha wskazanie właściwej lokalizacji stomii jest trudne, lecz mimo to należy podjąć taką próbę.

Instrukcja wyznaczenia miejsca stomii, przedstawiona w tabeli I może być przydatna pielęgniарce przygotowującej chorego do zabiegu operacyjnego wyłonienia stomii jelitowej.

**Tabela I. Wyznaczenie lokalizacji przyszłej stomii u chorego – instrukcja**

|    |  |
|----|--|
| 1. | Przeprowadź z chorym rozmowę – wywiad i oceń jego wiedzę na temat przyszłego zabiegu operacyjnego i stomii   |
| 2. | Wyjaśnij choremu konieczność wyznaczenia miejsca stomii  |
| 3. | Zapytaj chorego o jego preferencje dotyczące stylu ubierania się, aktywności fizycznej, wykonywanej pracy  |
| 4. | Dokonaj oceny powłok skórnych brzucha chorego w trzech pozycjach: siedzącej, stojącej i leżącej  |
| 5. | Zwróć szczególną uwagę na: nadmierne wychudzenie, otyłość, niepełnosprawność, obecność blizn na skórze brzucha oraz inne indywidualne cechy chorego, które potencjalnie mogą w przyszłości wpływać na funkcjonowanie chorego ze stomią |
| 6. | Przyklej choremu na skórę woreczek stomijny (możliwość oswojenia się chorego ze sprzętem)  |
| 7. | Poproś chorego ażeby przykucnął, pochylił się i w tym czasie oceń i zweryfikuj trafność wyboru miejsca   |
| 8. | Wybrane wspólnie z pacjentem miejsce oznacz niezmywalnym pisakiem  |
| 9. | Uzupełnij dokumentację pacjenta  |

Najbardziej typowym miejscem dla wyłonienia kolostomii jest lewy dół biodrowy, natomiast w przypadku ileostomii – prawy dół biodrowy [6]. Stomia powinna przebiegać między włóknami mięśnia prostego brzucha, gdyż zapobiega to powstawaniu powikłań. Podczas wyznaczania miejsca stomii u chorego, trzeba kierować się zasadą indywidualizacji, uwzględniając słaby wzrok, blizny po poprzednich operacjach, wypukły brzuch, upodobania chorego co do sposobu ubierania się, wykonywaną pracę oraz inne ważne cechy i problemy chorego rozpoznane wcześniej. Stomia nie powinna znajdować się blisko kolców biodrowych, fałdów skórnych, zmian skórnych popromiennych. Odległość od główne-

go cięcia operacyjnego powinna wynosić około 4 cm. Uważa się, że najlepsze miejsce znajduje się na gładkiej powierzchni skóry brzucha, w 2/3 odległości między kolcem biodrowym przednim górnym a pępkiem. W sytuacjach klinicznych, gdy rodzaj zabiegu chirurgicznego jest trudny do przewidzenia należy wyznaczyć 2 lub 3 miejsca. Niezmiernie istotne jest, aby ujście stomii było dobrze widoczne dla chorego, gdyż to warunkuje i ułatwia podejmowanie przez chorego czynności samopielegnacyjnych [5, 7].

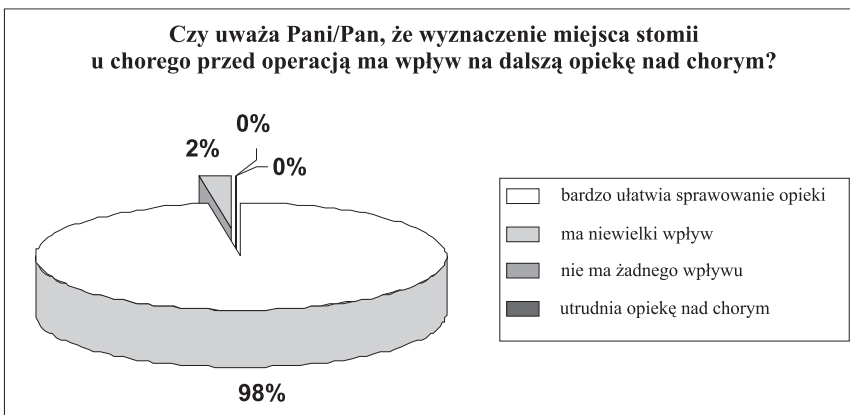
Użytkowanie sprzętu zabezpieczającego stomię nie powinno powodować dyskomfortu ani kępować ruchów chorego. Jednocześnie lokalizacja stomii powinna dać choremu możliwość „ukrycia” jej pod ubraniem, zapewniając pełną dyskrecję i swobodę [8].

W celu określenia wagi problemu oznaczania miejsca stomii przed zabiegiem operacyjnym, cztery lata temu (maj 2003 r.) podczas odbywającego się w Białowieży, VII Ogólnopolskiego Spotkania Naukowo-Szkoleniowego *Koloproktologia i opieka nad chorym ze stomią*, poproszono obecne na spotkaniu pielęgniarki o opinię na ten temat. W spotkaniu brały udział 42 pielęgniarki z terenu całego kraju opiekujące się chorymi ze stomią. Staż pracy respondentek – 2 do 35 lat. W tej grupie:

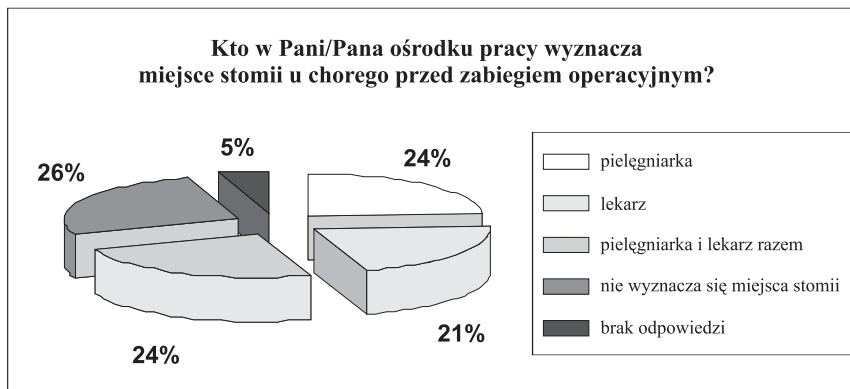
- 32 osoby pracowały w oddziałach szpitalnych
- 6 osób w poradniach stomijnych
- 4 osoby w poradni oraz pełniły dyżury w oddziale.

Pielęgniarki, na podstawie własnego doświadczenia, zgodnie stwierdziły (98% wypowiedzi), że prawidłowe wyznaczenie miejsca stomii w okresie przedoperacyjnym bardzo ułatwia sprawowanie opieki nad chorym z wyłonioną stomią (wykres I). Niestety, blisko 30% osób potwierdziło, że w niektórych ośrodkach nie prowadzi się określania lokalizacji przyszłej stomii (wykres II).

### Wykres I. Wpływ wyznaczenia miejsca stomii na opiekę pooperacyjną



## Wykres II. Wyznaczanie miejsca stomii



Z powyższego przykładu wynika, że:

- Często, pomimo właściwego przygotowania kadry pielęgniarskiej do opieki okołoperacyjnej nad chorym ze stomią, nie zawsze podejmowane są działania wyznaczenia miejsca stomii przed zabiegiem.
- Identyfikacja przyczyn utrudniających pełne wykonanie wszystkich procedur przygotowujących chorego do zabiegu wyłonienia stomii oraz ich wyeliminowanie, będzie skutecznie podnosić jakość opieki nad chorym ze stomią jelitową.

Niezwykle ważny, a dotychczas mało poruszany przez polskie pielęgniarki problem może dotyczyć wyznaczenia miejsca stomii i opieki okołoperacyjnej nad chorym o odmiennej kulturze i religii. Ze względu na migracje ludności wzrasta prawdopodobieństwo pielęgnowania chorego o innych obyczajach (noszących tradycyjne stroje) i wyznaniach (np.: muzułmanin sprawujący rytualne modlitwy kilka razy dziennie). Świadomość uwarunkowań religijnych pozwala pielęgniarkie świadczyć profesjonalną opiekę i zachować wysoce etyczną postawę wobec chorych [9, 10].

W naszym kraju, jak dotąd nie powstała specjalizacja dla pielęgniarek stomijnych. Jednak o dużym zainteresowaniu poszerzaniem własnej wiedzy i umiejętności w dziedzinie pielęgniarstwa stomijnego świadczy wysoka frekwencja pielęgniarek na kursach specjalistycznych w zakresie opieki nad chorymi ze stomią jelitową, liczny udział w warsztatach, sympozjach i konferencjach naukowych.

### Piśmiennictwo

1. Gill-Thompson, NN. An early history of the WCET. World Council of Enterostomal Therapists Journal, 20, 1, Jan-Mar 2000, 8–9.
2. Moore S., Grant E., Katz B.: Nurse perceptions of ostomy patients & their ostomy care competence. Home care Provid 1998; 3 (4), 214–220.

3. Cierzniaowska K., Szewczyk M., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszekiewicz Z.: Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przewodnik Lekarza* 2005, 2, 87–92.
4. Szczepkowski M., Bielecki K.: Prawidłowe umiejscowienie i wykonanie stomii jako problem chirurgiczny istotny w pooperacyjnej rehabilitacji chorych. *Pamiętnik 56 Zjazdu TChP. T-3, Lublin 1993*, 1299–1301.
5. Sobczak U.: Jak prawidłowo wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii? *Troska*. 2001, 2 (7), 6–7.
6. Burch J.: The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 2005, 14, 6, 310–317.
7. Kirkwood L.: An introduction to stomas. *Journal of Community Nursing*. 2005, 19, 7, 20–24.
8. Cierzniaowska K., Szewczyk M. T., Stodolska A., Cwajda J., Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Nowiny Lekarskie*, 2005, 74, 2, 222–225.
9. Hollinworth H., Howlett S., Tallett J., Pettitt S. et al.: Professional holistic care of the person with a stoma: online learning. *British Journal of Nursing*. 2004, 13, 21, 1268–1271.
10. Khot U. P., Vellacott K. D, Swarnkar K. J.: Correspondence Islamic practices: informed consent for stoma. *Colorectal Disease*, 7, 5, 529.

Dorota Joanna Kondzior<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>, Hanna Rolka<sup>1</sup>,  
Anna Baranowska<sup>1</sup>, A. Szyszko-Perłowska<sup>1</sup>

## Najczęściej występujące problemy bio-psycho-społeczne u chorego z miastenią

### Wstęp

Miastenia Gravis, zwana też chorobą Erba-Goldflama należy do chorób autoimmunologicznych. Charakteryzuje się nadmierną męczliwością mięśni wskutek zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego. Istotą tej choroby jest niedobór receptorów acetylocholino w płytkach ruchowych, najprawdopodobniej wskutek procesów autoagresyjnych [1, 2].

Początek choroby obserwuje się najczęściej u osób w wieku 20–30 lat. Częściej chorują kobiety (średnio 4:1) [3]. Po 60. r.ż. obie płci są jednakowo reprezentowane. Rodzinne przypadki są bardzo rzadkie, ale mogą pojawiać się w tym samym przedziale (rodzeństwo, krewni) lub występować u jednego z rodziców i potomstwa [2].

Choroba zwykle rozwija się powoli i niepostrzeżenie. Pierwszym objawem u 40% chorych są zaburzenia ruchów mięśni gałek ocznych (opadanie jednej albo obu powiek górnych, dwojenie się obrazów, zez), u 20% niedowład mięśni podniebienia i krtani manifestujące się zaburzeniami mowy, trudnościami w gryzieniu i połykaniu pokarmów, u 1/3 ogółu chorych – osłabienie mięśni tułowia i kończyn [3].

Inne obserwowane objawy to: opadanie żuchwy, słabnięcie głosu aż do zupełnego bezgłosu, mało mimiczna twarz (z wyrazem zmęczenia i przygnębienia, niepełnym – tzw. poprzecznym uśmiechem spowodowanym niemożnością rozciągnięcia i ściągnięcia ust, brak marszczenia czoła), opadanie głowy w wyniku osłabienia mięśni szyi i karku, zaburzenia oddychania w wyniku niedowładu mięśni oddechowych [1, 2].

Zasadniczym i znamionym objawem miastении jest szybkie i łatwe występowanie zmęczenia i osłabienia mięśni szkieletowych, które zjawia się podczas

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

ich skurczu. Objaw ten nazywa się apokamnozą [2, 4]. W początkowym okresie choroby prawie wszyscy chorzy podają, że rano i po wypoczynku czują się lepiej, gorzej zaś wieczorem lub po wysiłku. W przebiegu choroby mięśnie tracą możliwość powrotu do stanu prawidłowego i wówczas powstają mniej lub bardziej nasilone niedowłady. W cięższych postaciach niedowłady utrwalają się, zwłaszcza mięśni powiek, żwaczy i pasa barkowego [2].

Objawy choroby mogą ustąpić na miesiąc albo nawet na lata, by znów powrócić. Opisane czynniki predysponujące to:

- Infekcje wirusowe
- Przebywanie w bardzo wysokiej temperaturze
- Czynniki hormonalne
- Leki powodujące zaburzenia transmisji nerwowo-mięśniowej (narkoza z użyciem kurary lub środków kuraro pochodnych)
- Zmiana pogody i stresy emocjonalne

Szczególnym rodzajem nasilenia się objawów choroby są tak zwane przełomy chorobowe: miasteniczny i cholinergiczny.

Przełom miasteniczny – oznacza nasilenie się objawów (niewydolność oddechu, rozszerzenie źrenic) z powodu zadziałania czynnika zwiększającego zapotrzebowanie organizmu na środki acetylocholinoesterazowe, np. sytuacje stresowe, w przypadku stosowania niewystarczających dawek leków albo zmniejszenia się wrażliwości chorego na te preparaty (np. Polstygmina, Mytelaza, Mestionon). Jeżeli nasilenie objawów dotyczy niewydolności mięśni oddechowych czy opuszkowych stan taki może zagrażać życiu.

Przełom cholinergiczny – występuje na skutek przedawkowania inhibitora acetylocholinoesterazy (przyjęcie zbyt dużej dawki leku). Może pojawić się 15–45 min. po zażyciu ostatniej dawki leku. Manifestuje się objawami:

- Muskarynopodobnymi (zlewne poty, mdłości, wymioty, biegunka, bóle brzucha, zaburzenia oddychania)
- Nikotynopodobnymi (nużliwość, drżenie mięśni, zaburzenia oddychania)
- Ośrodkowymi (niepokój, senność, zaburzenia przytomności, zwężenie źrenic) [1, 2, 3, 4, 5].

Zastosowanie preparatu o nazwie Tensilon w powolnym wlewie dożylnym (tylko w warunkach szpitalnych) pozwala na zróżnicowanie przełomu miastenicznego od cholinergicznego (zmniejsza objawy przełomu miastenicznego, nasila przełom cholinergiczny) [2].

Obydwa stany są bardzo niebezpieczne dla życia i wymagają niezwłocznej hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii [6].

Rozpoznanie choroby opiera się na wykonaniu testów diagnostycznych:

- Próby farmakologicznej (Tensilonowej, polstygminowej – objawy się zmniejszają)
- Badaniu elektromiograficznym (ocenia siłę i męczliwość mięśni po podrażnieniu nerwu)

- Badaniu immunologicznym (poziomu przeciwciał acetylocholinyl)
- Tomografii komputerowej śródpiersia uwidaczniającej grasnicę [1, 2, 4].

#### Metody leczenia:

- Leczenie objawowe – polega na zwalczaniu osłabienia mięśni za pomocą inhibitorów acetylocholinoesterazy (Neostygmina, Polstygmina, Myltelase, Mestinon)
- Leczenie immunosupresyjne lub immunomodulujące – tymektomia, kortykosteroidoterapia, plazmafereza
- Leczenie wspomagające stosuje się w razie potrzeby. Niezbędna może okazać się intubacja, tracheotomia, sztuczna wentylacja, terapia oddechowa, podawanie antybiotyków, założenie sondy żołądkowej lub gastrostomii [1, 2].

## Rozwinięcie

Prezentowana praca koncentruje się głównie na analizie wybranego piśmiennictwa z lat 1988–2005 z zakresu występowania, profilaktyki, rozpoznawania i pielęgnowania chorych na miastenię i ma na celu przedstawienie najczęściej występujących problemów bio-psycho-społecznych występujących w tej jednostce chorobowej.

Wśród problemów wysuwających się na czoło są **zaburzenia widzenia i opadanie powiek**. Ostre światło szybko męczy oczy, szczególnie powieki, dlatego chory powinien nosić okulary przeciwsłoneczne lub okulary korekcyjne z przyciemnionymi soczewkami nie tylko w słoneczne dni, ale też we wszystkich miejscach, gdzie występuje jasne światło. Jeżeli występuje podwójne widzenie należy skorzystać z porady okulisty, ponieważ może wystąpić konieczność zastosowania soczewek pryzmatycznych. W doraźnych przypadkach podwójnego widzenia skutecznym sposobem jest naprzemienne zaklejenie jednego oka lub soczewki w okularach. Przy opadaniu powiek można podklejać je specjalnymi plastrami podtrzymującymi.

Osłabienie mięśni tułowia i kończyn stwarza problemy z utrzymaniem **higieny osobistej**. Aby ułatwić samoobsługę chory powinien posiadać wiedzę, że należy używać elektrycznych urządzeń pozwalających oszczędzić energię, np.: maszyny elektryczne do golenia. Podczas golenia lub wykonywania makijażu powinien siedzieć na taborecie lub oprzeć się o krawędź umywalki. Nie powinien kąpać się w wannie (może mieć problem z wyjściem z niej), w zbyt gorącej wodzie (gorąca woda osłabia mięśnie). Jeżeli kąpiel pod prysznicem jest czynnością zbyt męczącą, powinien brać prysznic siedząc na krześle lub taborecie, a w kabinie prysznicowej lub na ścianie przy wannie powinny być zainstalowane uchwyty. Jeśli choroba postępuje należy pomagać albo wykonywać za chorego toaletę ciała [3].

Kolejnym problemem wynikającym z istoty choroby są **trudności podczas żucia i połykania pokarmów**, dlatego też posiłki powinny mieć odpowiednią

konsystencję (papkowate, półpłynne, płynne) i temperaturę (nie mogą być zbyt ciepłe lub zimne) w zależności od kondycji chorego. Posiłki powinien spożywać wolno, z przerwami. Kiedy zachodzi konieczność karmienia przez zgłębnik należy zachować szczególną ostrożność ze względu na brak odruchu kaszlowego i możliwość wprowadzenia zgłębnika do tchawicy. Czasem przed karmieniem należy odessać ślinę z jamy ustnej [3, 4].

Ze względu na trudności w odkrztuszaniu wydzieliny z drzewa oskrzelowego chory ma większą **skłonność do infekcji górnych dróg oddechowych**. Zapobiegawczo należy zadbać o odpowiedni mikroklimat w pomieszczeniu, w którym przebywa: temperatura powietrza 18–21°C, nawilżanie powietrza, sprzątanie na mokro, dbanie o higienę osobistą, używanie bawełnianej, przewiewnej bielizny. Aby unikać przegrzania lub oziębienia ubiór powinien być odpowiedni do pory roku lub sytuacji, w jakiej chory się znajduje. Osoby z miastenią powinny unikać innych chorych zakażonych bakteryjnie lub wirusowo, wykonywać profilaktycznie szczepienia, np.: przeciw grypie. W miarę możliwości powinny odkrztuszać zalegającą wydzielinę. Jeśli stan się pogarsza wydzielinę należy odsysać ssakiem elektrycznym (chory i rodzina powinna poznać działanie ssaka i zakupić do domu). W szpitalu powinien znajdować się zestaw do natychmiastowej tracheotomii [3].

Jednym z czynników wyzwalających nasilenie choroby jest stres, dlatego też chory powinien mieć zapewniony **spokój i odpoczynek**. Jeśli przebywa w szpitalu personel powinien zapewnić ciszę w sali chorego, czynności wykonywać sprawnie, cicho, nie pozwalać na gromadne odwiedziny. W domu rolę przejmuje rodzina.

Potas jest jednym z najważniejszych kationów w procesach wewnątrzkomórkowych. Bierze udział w wielu procesach fizjologicznych, ma wpływ na prawidłową kurczliwość mięśni, odgrywa ważną rolę w przewodnictwie nerwowym i przemianie węglowodanów, dlatego ważnym elementem jest **prawidłowe odżywianie, a szczególnie dostarczenie potasu w diecie chorego na miastenię**. Prawidłowy poziom można zapewnić przez spożywanie owoców i warzyw zawierających dużo potasu: pomidory (sok pomidorowy), pomarańcze, banany, brokuły, białe mięso drobiu. Osoby spożywające posiłki ubogie w potas lub mimo odpowiedniej diety mające niskie stężenie we krwi mogą przyjmować środki doustne zawierające ten kation, np.: Kalipoz prolongatum. Niedobór potasu nasila objawy miastenii, należy jednak pamiętać o kontroli jego stężenia we krwi, ponieważ przedawkowanie może być równie niebezpieczne jak jego niedobór [2].

Kolejnym problemem jest **wystąpienie zaostrzenia choroby i wystąpienie przełomu miastenicznego lub cholinergicznego**. W takim przypadku występuje konieczność natychmiastowej hospitalizacji i wnikliwej obserwacji chorego: monitorowanie parametrów życiowych (ciśnienia, tętna, oddechu, diurezy), wykonanie badań diagnostycznych, przeciwdziałanie duszności (podanie tlenu, ułożenie w pozycji bezpiecznej), działanie przeciwbólowe, przygotowany zestaw do



tracheotomii, ssak elektryczny, podłączenie do aparatury kontrolowanego lub wspomaganego oddechu, całkowite przejęcie przez personel czynności pielęgnacyjnych (toaleta ciała, karmienie, profilaktyka przeciwoleżynowa – zmiana pozycji ciała co 2 godz., stosowanie udogodnień, obserwacja skóry), odsysanie wydzieliny z jamy ustnej i nosa, profilaktyka przykurczy – systematyczna terapia ułożeniowa (w pozycjach fizjologicznych), wykonywanie ćwiczeń biernych kończyn.

W okresach remisji powinna być prowadzona **rehabilitacja ruchowa**. Program usprawniania należy dobrać indywidualnie, najlepiej okresowo kontrolowane przez rehabilitanta lub pielęgniarkę. Ćwiczenia powinny być wykonywane tylko do momentu wystąpienia pierwszych objawów zmęczenia, nie wolno ćwiczyć na siłę, między ćwiczeniami zaplanować odpoczynek.

Bardzo ważna jest **edukacja chorego i rodziny**. Rodzina powinna być starannie przygotowana przez pielęgniarkę i zespół terapeutyczny do obserwacji i opieki nad chorym. Pacjent powinien prowadzić prozdrowotny tryb życia. Należy poinformować, aby unikał nadmiernych wysiłków fizycznych i przeżyć emocjonalnych, sytuacji stresowych, kontaktu z osobami chorymi zakaźnie, właściwie się odżywiał. Należy zapoznać chorego z listą leków przeciwwskazanych w miasteni: leki stosowane do narkozy – kurara i leki kuraropodobne, preparaty zawierające gruczoł tarczowy, chloropromazyna, beta blokery, antybiotyki (streptomycyna, neomycyna, tetracyklina, doxycyclina, kanamycyna), leki przeciwmalaryczne. Pacjent i rodzina powinna znać objawy zaostrzenia choroby oraz te, które wskazują na konieczność hospitalizacji (zaburzenia oddychania, przełom miasteniczny, cholinergiczny). Chorym na miastenię zaleca się noszenie przy sobie kartki z informacją o ich chorobie (imię, nazwisko, nazwa choroby, leki przyjmowane aktualnie, leki zakazane) [2].

Choroba przewlekła, postępująca zawsze stwarza **problemy natury psychologicznej**. Jest dla człowieka sytuacją trudną, powodującą stan stresu. Każdy chory przystosowuje się do choroby inaczej. Niejednokrotnie nie chce przyjąć postawionej diagnozy do wiadomości i zdać sprawę z sytuacji, w której się znalazł. Pacjent z miastenią może przeżywać smutek, przygnębienie, lęk o dalsze życie. Musimy wpłynąć na chorego tak, aby umiał radzić ze stresem, czuł się wartościowy i miał wysoką samoocenę. Dobre samopoczucie pozwoli mu żyć i akceptować chorobę. Ważna jest tu rola pielęgniarki i zespołu terapeutycznego (lekarza, psychologa, pracownika socjalnego).

Aby pomóc pacjentowi w zaakceptowaniu choroby należy:

**Udzielać informacji** odnośnie trybu życia, planów dotyczących diagnostyki oraz leczenia

**Wyjaśniać** – każde nowe zjawisko dotyczące bezpośrednio lub pośrednio pacjenta powinno być objaśnione w sposób przystępny dla chorego, we właściwym czasie, w razie potrzeby powtarzać je aż uzyska się pewność, że pacjent je zrozumiał

**Rozmawiać i doradzać** – pielęgniarka powinna stwarzać sytuację dogodną do rozmowy (serdeczną, życzliwą, spokojną), zachęcać chorego do wypowiedzenia i formułowania swoich obaw, nie wypytywać chorego, nie przejawiać nadmiernej ciekawości, znać temat rozmowy, umiejętnie rozwiewać obawy chorego, nie odpowiadać jednym zdaniem „wszystko będzie dobrze”, nie okazywać zniecierpliwienia, upokarzać chorego, krytykować, nie podejmować decyzji ani nie rozwiązywać za niego problemów, nigdy nie oceniać chorego, wykazywać szczerze zainteresowanie i życzliwość, poznać przyzwyczajenia i nawyki pacjenta odnośnie jedzenia i trybu życia.

Choroba dotyka często ludzi będących w pełni rozwoju kariery zawodowej, w trakcie zdobywania dorobku materialnego, realizacji planów osobistych i rodzinnych, dlatego należy udzielić pomocy w nawiązaniu kontaktu z instytucjami zajmującymi się poradnictwem i szkoleniem zawodowym, doborze odpowiednich stanowisk pracy (przy pracy nakładczej lub chronionej), umożliwić kontakt z innymi chorymi, którzy już zaakceptowali chorobę i dobrze sobie radzą w nowej sytuacji, tzw. grupy samopomocy.

### Podsumowanie

Rokowanie co do wyleczenia jest niepomyślne, ponieważ zawsze może wystąpić nawrót choroby, ale możliwe jest uzyskanie długotrwałej remisji. Chory powinien prowadzić prozdrowotny, aktywny, ale zarazem oszczędzający (unikając nadmiernych wysiłków fizycznych i psychicznych) tryb życia, w miarę możliwości kontynuować pracę zawodową lub naukę.

Rodzina czy opiekunowie powinni angażować chorego w czynności związane z samoobsługą, umożliwiać utrzymywanie kontaktów towarzyskich, mobilizować do dbałości o wygląd zewnętrzny, jakość życia (aktywność fizyczna i intelektualną), gdyż to podnosi samoocenę i samopoczucie pacjenta [3].

### Piśmiennictwo

1. Błaszczyk M.: Miastenia. red. I. Hausmanowa-Petrusewicz: Choroby nerwowo-mięśniowe. PAN, Wydawnictwo Nauk Medycznych, Komitet Nauk Neurologicznych, 2005, s. 252–279.
2. Błaszczyk M.: Miastenia. red. I. Hausmanowa-Petrusewicz: Leczenie chorób układu nerwowego. Warszawa, 1990, s. 232–233.
3. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej. Lublin, 2000, s. 87–88.
4. Retinger-Grzesiułowa M.: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. PZWL. Warszawa, 1988, s. 136.
5. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. PZWL. Warszawa, 1996, s. 361–363.
6. Formański J.: Psychologia. PZWL. Warszawa.

Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Katarzyna Kowalewska<sup>2</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>,  
Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Katarzyna Krajewska<sup>1</sup>, Agnieszka Szyszko-Perłowska<sup>1</sup>

## Rola pielęgniarki w pielęgnacji pacjenta z założonym opatrunkiem gipsowym po złamaniu kości ramiennej

### Wstęp

Postępująca modernizacja, szybki rozwój środków komunikacyjnych oraz dynamicznie rozwijający się przemysł są głównymi przyczynami stale rosnącej liczby urazów. Według danych WHO, co roku urazów na świecie doznaje 75 milionów ludzi, z czego 40% powstaje wskutek wypadków komunikacyjnych [1].

Złamanie kości kojarzy się nam nierozłącznie z opatrunkiem gipsowym. W przypadku tej jednostki chorobowej, konieczność hospitalizacji przychodzi nagle i gwałtownie, pacjent w bardzo krótkim czasie musi przyzwyczać się do nowej sytuacji, w której się znalazł.

Każdy uraz prowadzi do przerwania ciągłości żywej tkanki, co wymaga unieruchomienia. Unieruchomienie natomiast nieodłącznie prowadzi do ograniczenia sprawności uszkodzonego odcinka ciała, jak również ogólnej kondycji fizycznej osoby dotkniętej urazem.

Postępowanie pielęgniarskie ma na celu zapewnienie komfortu psychicznego i fizycznego osoby chorej. Pełne poznanie jednostki chorobowej daje pacjentowi podstawę do prowadzenia samoobserwacji i samokontroli w warunkach domowych, podejmowania decyzji i umiejętnego rozwiązywania problemów. Miarą sukcesu jest osiągnięcie prawidłowego zrostu złamania w jak najkrótszym czasie, co wiąże się z uniknięciem lub całkowitą eliminacją powikłań po długotrwałym unieruchomieniu opatrunkiem gipsowym. Edukacją powinien być objęty nie tylko pacjent, ale także osoby z jego najbliższego otoczenia. Pozwoli to na lepsze zrozumienie i zaakceptowanie problemów chorego przez najbliższych.

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>2</sup> Państwowy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Podstawowym celem leczenia złamań jest anatomicznie poprawne nastawienie przemieszczonych odłamów kostnych, bezwzględne ich unieruchomienie aż do uzyskania zrostu klinicznego i radiologicznego.

Wybór sposobu leczenia jest procesem trudnym i zależy od wielu czynników mających wpływ na przebieg procesu gojenia się złamania.

Analizie wstępnej podlegają:

- wielkość i rozległość obrażeń,
- wiek i stan ogólny chorego,
- wyposażenie oddziału leczącego,
- doświadczenie zespołu prowadzącego leczenie [2, 3, 4].

Sposoby leczenia złamań można podzielić na zachowawcze i operacyjne.

Etapy leczenia zachowawczego są następujące:

- repozycja, czyli odtworzenie prawidłowego ustawienia odłamów w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym sposobem zamkniętym lub przez wyciąg szkieletowy,
- unieruchomienie, uzyskane repozycją ustawienia kości do czasu zrostu: opatrunkiem gipsowym, wyciągiem szkieletowym,
- rehabilitacja usprawniająca w celu zapobiegania przykurczom i zanikiem mięśni [2, 5, 6, 7].

Leczenie operacyjne ma na celu:

- ustawienie odłamów kostnych poprawnie anatomicznie,
- szybki zrost kostny złamania,
- wczesne usprawnianie,
- krótki pobyt w szpitalu [2, 3, 7].

Złamanie kości kojarzy się nam najbardziej z założeniem w miejscu urazu opatrunku gipsowego. Metoda ta jest jednym i najbardziej powszechnym elementem leczenia złamań, skręceń i zwicnięć stawów w traumatologii. Założenie gipsu polega na użyciu opasek gipsowych.

Opatrunek gipsowy może być samodzielnym sposobem leczenia lub też bywa etapem leczenia pooperacyjnego. Zapewnia stały kontakt odłamów kostnych oraz utrzymuje oś kończyny. Ma też duży wpływ na walkę z bólem pourazowym.

Głównym celem założenia gipsu jest uzyskanie zrostu kostnego, jak również zapewnienie pełnej sprawności uszkodzonej kończyny. Dzięki swojej sztywności skutecznie zastępuje złamaną kość i pozwala na szybkie podjęcie ograniczonej czynności kończyny [8, 9, 10].

Złamania trzonu kości ramiennej to uraz, który w większości przypadków może być leczony zachowawczo za pomocą opatrunku gipsowego. Dzięki zastosowaniu tej metody zrost kości uzyskuje się w 90–100% przypadków. Kość ramienna może się wygoić nawet przy 30 stopniowym zgięciu szpotawym oraz 20 stopniowym przodozgięciu, nie powodując dysfunkcji stawu ramiennego [2, 7].

Dodatkowo, tolerowane jest skrócenie do 3 centymetrów kości ramiennej, gdyż to nie powoduje także dysfunkcji. Większe przemieszczenia trzonu kości ramiennej wymagają leczenia operacyjnego [2, 7].

Złamania trzonu kości ramiennej powstają najczęściej wskutek urazów mechanicznych, takich jak:

- wypadek komunikacyjny,
- uderzenie ciężkim przedmiotem,
- upadek na łokieć,
- upadek na rękę.

Dominuje opinia, że najlepsze wyniki leczenia urazów kości ramiennej uzyskuje się metodami, w których interwencja chirurgiczna ograniczona jest do minimum.

Najbardziej preferowane jest leczenie opatrunkiem gipsowym, rzadziej za pomocą wyciągów lub szyn Grucy.

## **Rozwinięcie**

Złamania kości ramiennej to choroba, która przez określony czas zmusza chorego do zaprzestania wykonywania dotychczasowych czynności.

Zadaniem pielęgniarki jest pomoc choremu w zaakceptowaniu planowanej metody leczenia: wyjaśnienie celu, metody działania, przedstawienie przewidywanych korzyści oraz konsekwencji zwłoki lub innego wyboru. Musi ona tak przedstawić problem medyczny, aby pacjent go zrozumiał, a także był w stanie świadomie rozważyć możliwe korzyści i skutki zastosowanej metody leczenia.

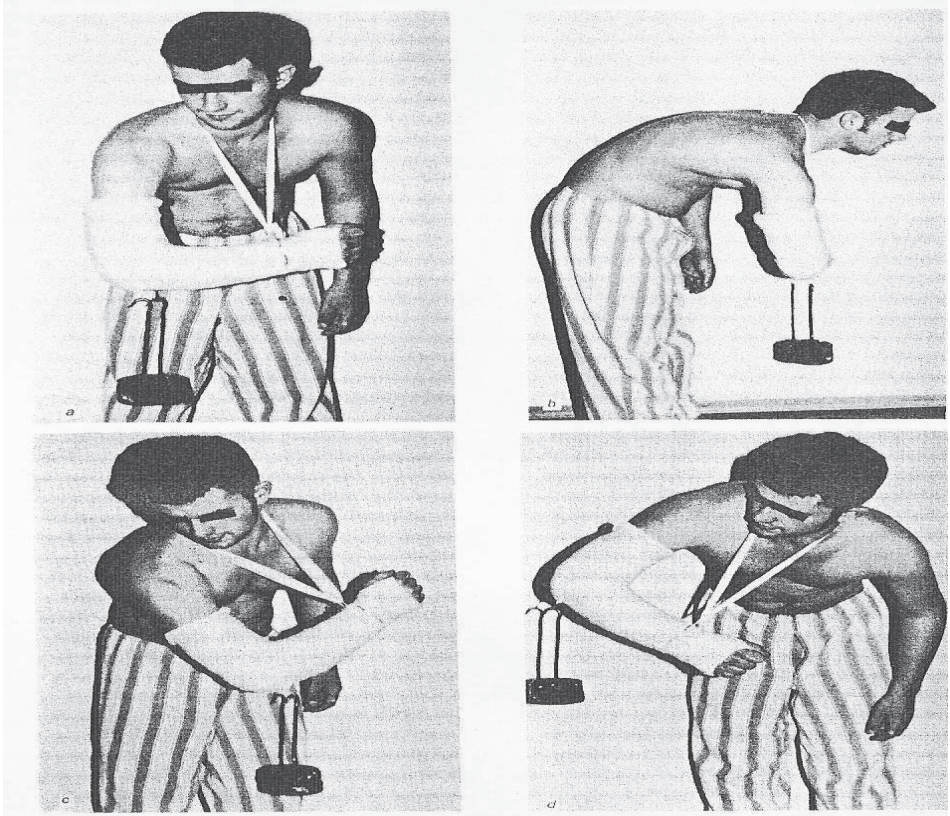
Następstwem nieodpowiedniego leczenia, jak również pielęgnacji mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu złamanej kończyny. Dzięki wiedzy zdobytej w procesie edukacji, chory może w pełni kontrolować i zapobiegać powikłaniom wynikającym z unieruchomienia kończyny za pomocą opatrunku gipsowego.

## **Wskazówki do dalszej pielęgnacji.**

A) Dla personelu medycznego:

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia bólu prawej kończyny górnej w okolicy złamania, obserwacja miejsca, charakteru, natężenia bólu,
- obserwacja pacjenta w nocy, zwracanie uwagi czy ma trudności w zasypianiu,
- wzmoczone kontrolowanie postępowania pacjenta w wykonywaniu ćwiczeń zapobiegających upośledzeniu czynności złamanej kończyny,
- okazywanie zainteresowania aktualnymi potrzebami pacjenta i w razie konieczności pomoc w ich zaspakajaniu,
- dbanie o odpowiednie nawilżanie skóry i obserwacja pod kątem występowania świądu, zgłaszanie niepokojących zmian lekarzowi,
- miłe i życzliwe traktowanie pacjenta ze względu na obniżony nastrój.

Rycina 1. Ćwiczenia ruchów zgięciowych i wyprostnych (a, b)  
 Ćwiczenia ruchów odwodzenia i przywodzenia (c, d)



Źródło: Tylman Donat: *Czynnościowe leczenie złamań*.

B) Dla pacjenta:

- unikanie podsypiania w dzień (sen w ciągu dnia powoduje trudności w zasypianiu nocą),
- obserwacja natężenia, charakteru i miejsca występowania bólu, zwrócenie uwagi na to, jakie czynniki łagodzą, a jakie nasilają ból,
- konieczność systematycznego wykonywania ćwiczeń zapobiegających upośledzeniu czynności złamanej kończyny – ćwiczenia czynnej opozycji kciuka, zginanie i prostowanie palców, używanie chorej ręki do wykonywania czynności dnia codziennego (z wyjątkiem czynności w wodzie), wykonywanie ćwiczeń stawu barkowego w możliwie największym zakresie: ruchy przywodzenia, odwodzenia, ruchy koliste zapobiegające bolesnemu usztywnieniu barku (zestaw ćwiczeń przedstawia ryc. 1),

- dbanie o odpowiednie nawilżanie skóry, nie drapanie w przypadku wystąpienia świądu,
- informowanie pielęgniarki o wszelkich trudnościach przy wykonywaniu czynności spowodowanych unieruchomieniem prawej ręki.

### **Wskazówki pielęgniarskie do opieki domowej.**

- zgłaszanie się na kontrolę według zaleceń lekarza,
- przygotowanie do samoopieki i samoobserwacji w warunkach domowych,
- samoobserwacji objawów niedokrwienia kończyny, obrzęku, ucisku, odparzeń i otarć naskórka, odleżyn, zakrzepicy oraz konieczności natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza w przypadku pojawienia się objawów niepokojących,
- konieczność noszenia kończyny na temblaku, zapobiega to obrzękowi palców,
- konieczność systematycznego wykonywania ćwiczeń zapobiegających upośledzeniu złamanej kończyny,
- dbanie o odpowiednie nawilżanie i pielęgnację skóry,
- unikanie podsypiania w ciągu dnia,
- stosowanie diety służącej gojeniu się złamanej kości (produkty i potrawy wzbogacone w białko, witaminy, szczególnie witaminę D i minerały).

### **Podsumowanie**

Pacjenci po złamaniu kości ramiennej leczeni opatrunkiem gipsowym mają problem natury psychologicznej związany z obawą o to, czy podołają obowiązkowi domowemu i w pracy z unieruchomioną kończyną.

Odpowiednia opieka, zrozumienie oraz rozmowa z pacjentem o jego problemach mają duży wpływ na zmniejszenie jego lęku, pomagają w zaakceptowaniu sytuacji, w której się znalazł i przyczyniają do poprawy ogólnego samopoczucia.

### **Piśmiennictwo**

1. Mikula W., Kiwerska-Jagodzińska K.: Rola rehabilitacji w leczeniu pacjentów po urazach narządu ruchu. *Medycyna Rodzinna* zeszyt 20. Maj 2002, 15–18.
2. Aluisio F. V., Christensen Ch. P., Urbaniak J. R.: *Ortopedia* pod red. Dziaka A., Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
3. Gaździk T.: *Ortopedia i Traumatologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Zahradniczek K. red.: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
5. Garrison S. J.: *Podstawy rehabilitacji medycyny fizykalnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

6. Malinowska K., Dega W.: Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
7. Wroński J. i wsp.: Wybrane problemy urazów wielonarządowych, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1997.
8. Dziak A.: Opatrunki unieruchamiające w Ortopedii i Traumatologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
9. Pousada L., Osborn H. H., Levy D. B.: Medycyna Ratunkowa pod red. Jakubaszki J., Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999.
10. Tylman D. (red): Czynnościowe leczenie złamań. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1998.



Monika Ostrowska<sup>1</sup>

## Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiową

### Wstęp

Dyskopatia lędźwiowa jest jedną z najczęstszych dolegliwości kręgosłupa. Przeciętnie 60–90% populacji uskarża się okresowo na bóle krzyża, a u 1% pacjentów z ostrymi bólami krzyża występują objawy korzeniowe. Blisko 95% dyskopatii jest umiejscowionych na poziomie kręgów lędźwiowych. Pierwszy incydent bólowy występuje między 25–45 rokiem życia, rzadziej przed 20. rokiem życia i po 65. roku życia. Najczęściej wypadnięcia dysków występują między 5 kręgiem lędźwiowym a kością krzyżową, gdzie obciążenia naciskowe i ruchowe są bardzo duże. Czyli najczęściej proces ten dotyczy krążków L4-L5, L5-S1, rzadziej L3-L4. Wpływ na uszkodzenie krążka mają czynniki genetyczne, wady wrodzone, zaburzenia postawy, siedzący tryb życia, zmniejszenie ruchu i związane z tym osłabienie mięśni oraz więzadeł kręgosłupa, nikotynizm [1, 2, 4, 6, 8]. Podstawą profilaktyki jest wystrzeżenie się nadmiernych obciążeń i napięć kręgosłupa. Odciążenie kręgosłupa polega przede wszystkim na prowadzeniu oszczędnego trybu życia z unikaniem określonych wysiłków fizycznych i wykonywania gwałtownych ruchów kręgosłupa [3, 5].

### Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i wpływów środowiskowych pacjentów z dyskopatią lędźwiową.

### Materiały i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w Klinice Neurochirurgii AM w Białymstoku wśród 100 hospitalizowanych pacjentów po operacji dyskopatii lędźwiowej.

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademia Medyczna w Białymstoku

W badaniu została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz jakości życia WHOQOL – BREF w polskiej wersji językowej, umożliwiający określenie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin (fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiskowej). Punktacja odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie badanych dziedzin i ma kierunek pozytywny co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia [7].

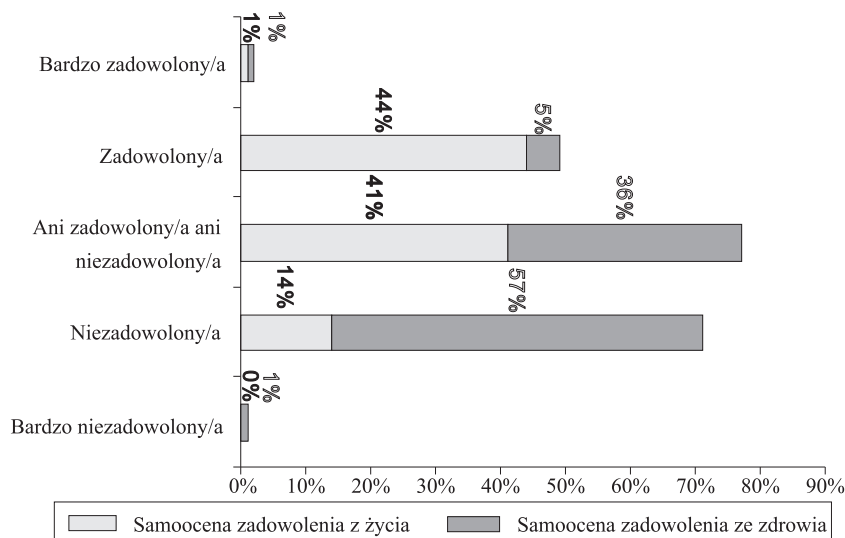
Analizę statystyczną danych wykonano w oparciu o oprogramowanie Microsoft Excel i SPSS wersji 12.0, obliczenia WHOQOL – BREF wykonano przy użyciu Programu Syntax, do ustalenia związku między danymi zastosowano test nieparametryczny Manna-Whitneya przy założeniu, że  $p < 0,05$  stanowi wartość istotnie statystyczną.

## Wyniki i ich omówienie

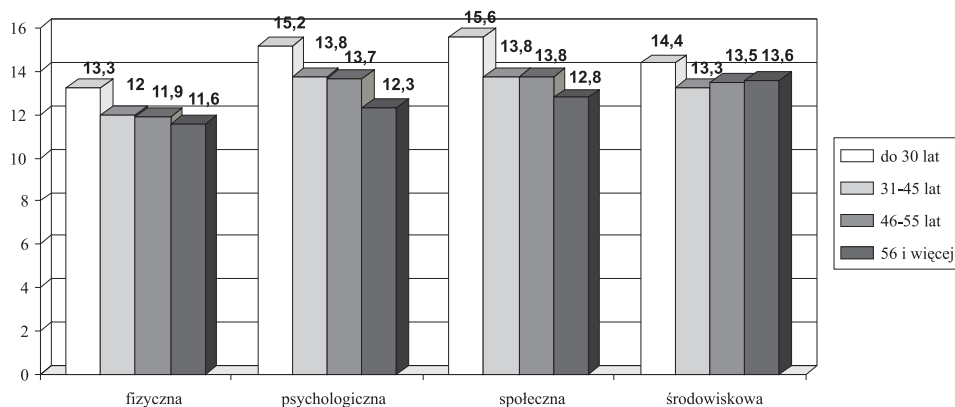
Subiektywna ocena stopnia zadowolenia z jakości zdrowia i jakości życia w grupie badanych pacjentów z dyskopatią lędźwiową przedstawia Rycina 1. Największa grupa badanych pacjentów (44%) była zadowolona z jakości swojego życia, niezadowolonych z jakości własnego życia było 14% chorych. Oceniając stopień zadowolenia z jakości swojego zdrowia zaobserwowano, iż największą grupę stanowili chorzy, którzy byli niezadowoleni z jakości własnego zdrowia (57%). Najmniejszą grupę stanowili badani zarówno bardzo zadowoleni, jak i bardzo niezadowoleni z jakości zdrowia, tj. 1%. Także nieznaczną grupą byli chorzy zadowoleni z jakości zdrowia, którzy stanowili 5% badanych.

Oceniając jakość życia zaobserwowano nieznaczące różnice pomiędzy poszczególnymi dziedzinami (Tab. 1) składającymi się na jej wartość ogólną. Najwyższy wynik uzyskała dziedzina społeczna (13,82) oceniająca związki osobiste, wsparcie społeczne aktywność seksualną, w następnej kolejności była dziedzina psychologiczna (13,74) oceniająca uczucia, emocje, pamięć i koncentrację oraz dziedzina środowiskowa (13,48) biorąca pod uwagę możliwości finansowe, bezpieczeństwo, dostępność do opieki zdrowotnej. Najniżej została oceniona przez badanych pacjentów dziedzina fizyczna (11,98), na którą składają się m.in. czynności dnia codziennego, zdolność do pracy, dolegliwości bólowe bezpośrednio powiązane z chorobą.

Analizując jakość życia ze względu na wiek (Ryc. 2.), zaobserwowano obniżanie się wraz z wiekiem jakości życia badanych pacjentów w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz roli społecznej, czego nie można stwierdzić w przypadku dziedziny środowiskowej. Najwyżej swoją jakość życia oceniali pacjenci do 30. roku życia, a najniżej osoby w wieku 56 lat i więcej. Natomiast jednoznacznie można stwierdzić, że pacjenci we wszystkich przedziałach wiekowych najniżej oceniali swoje zdrowie w zakresie funkcjonowania fizycznego.

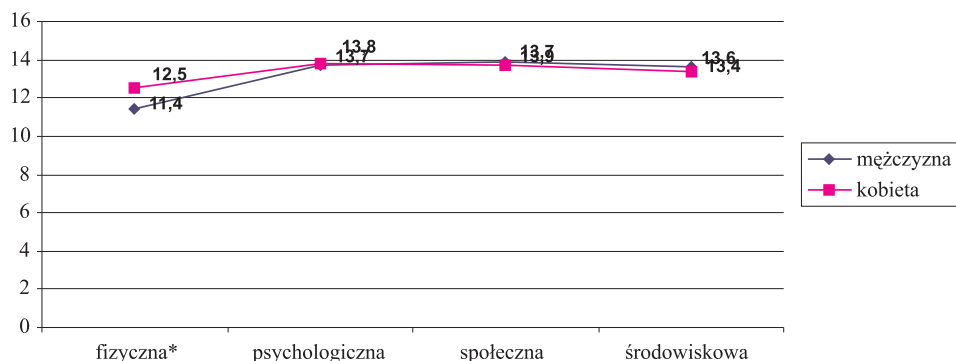
**Rycina 1. Subiektywna ocena zadowolenia z życia i zdrowia w grupie badanych pacjentów****Tabela 1. Punktacja w poszczególnych dziedzinach jakości życia**

| Dziedziny    | Mean $\pm$ SD    | Min.–Max.  |
|--------------|------------------|------------|
| Fizyczna     | 11,98 $\pm$ 2,14 | 4,00–19,43 |
| Psychiczna   | 13,74 $\pm$ 2,12 | 8,67–18,67 |
| Spółeczna    | 13,82 $\pm$ 2,54 | 5,33–18,67 |
| Środowiskowa | 13,48 $\pm$ 1,21 | 11–16      |

**Rycina 2. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach w zależności od wieku badanych**

Na podstawie przeprowadzonego badania wykazano, że mężczyźni gorzej oceniają jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego w porównaniu do grupy kobiet i jest to różnica istotna statystycznie ( $p < 0,01$ ). W pozostałych dziedzinach różnice są nieznaczne i niezamienne statystycznie, wyniki przedstawia Rycina 3.

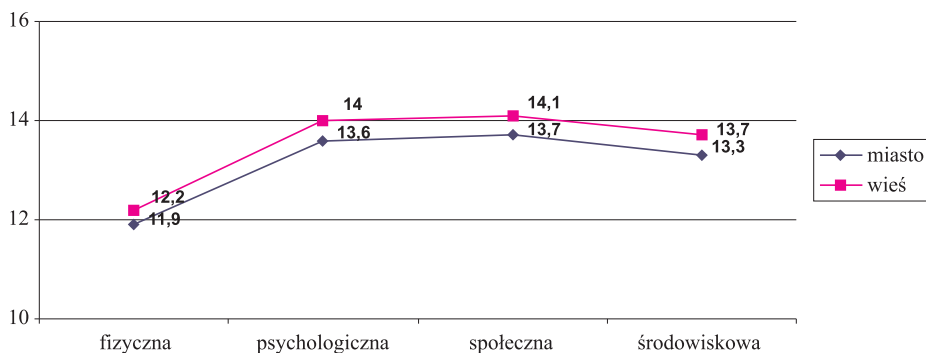
**Rycina 3. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach w zależności od płci**



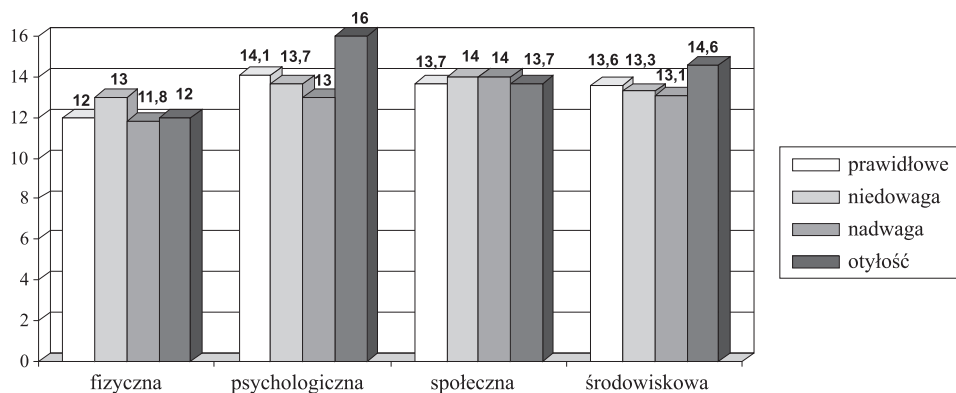
\*  $p < 0,01$

Otrzymane wyniki jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiową pokazują, że lepsze samopoczucie w poszczególnych dziedzinach posiadają pacjenci zamieszkujący wieś (Ryc. 4.), szczególnie w dziedzinie społecznej.

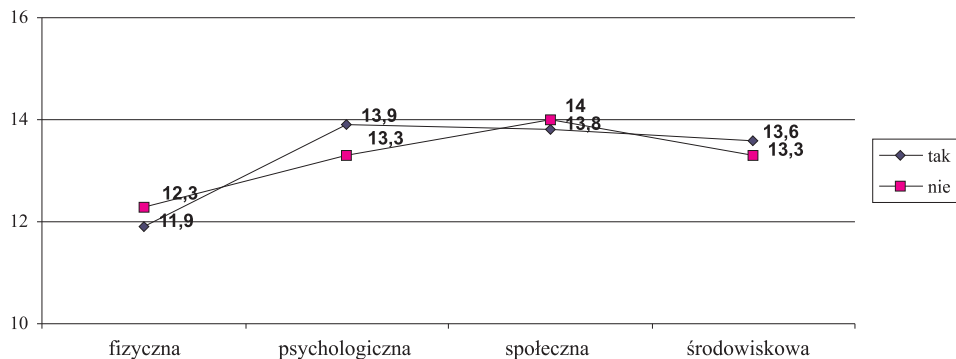
**Rycina 4. Ocena jakości życia pod względem miejsca zamieszkania badanej grupy**



Wyniki badań wykazały, że pacjenci z otyłością dobrze oceniali swoją jakość życia w dziedzinie psychologicznej w porównaniu do osób o prawidłowej masie ciała. Pomimo wysokiej wagi pacjenci odczuwali pozytywne uczucia, dobrą samoocenę oraz zadowolenie z wyglądu zewnętrznego (Ryc. 5).

**Rycina 5. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach w zależności od BMI**

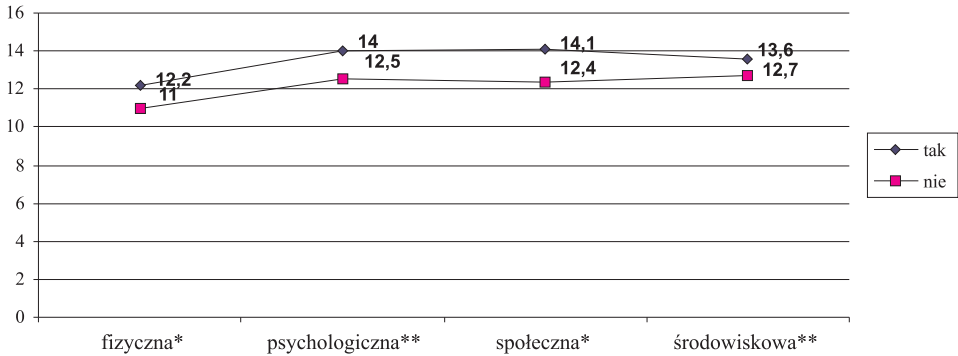
Pacjentom z dyskopatią lędźwiową zalecane jest utrzymanie prawidłowej postawy ciała podczas stania i siedzenia oraz wykonywania czynności dnia codziennego. W przeprowadzonym badaniu zauważono, że pacjenci, którzy nie utrzymują prawidłowej postawy ciała wykazują lepszą jakość życia, w przeciwieństwie do osób, którzy prawidłową postawę utrzymują (Ryc. 6.). Podczas odpoczynku zalecane jest korzystanie z materaca pólstywnego, dopasowującego się do fizjologicznych wygięć kręgosłupa. Respondenci stosujący materac usztywniający znacznie gorzej oceniali swoją jakość życia w wymiarze fizycznym, psychologicznym i środowiskowym. Różnice występujące pomiędzy grupami są na poziomie istotności  $p < 0.05$ .

**Rycina 6. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach a utrzymywanie prawidłowej postawy ciała badanej grupy**

Podczas choroby pacjenci powinni systematycznie korzystać z usług medycznych w zakresie leczenia farmakologicznego, rehabilitacji ruchowej oraz

edukacji życia z chorobą. W badaniu stwierdzono, że pacjenci korzystający z takiej pomocy (Ryc. 7.) wykazywali lepszą jakość życia we wszystkich badanych dziedzinach, różnice pomiędzy grupami są istotne statystycznie.

**Rycina 7. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach a uczestniczenie w leczeniu farmakologicznym, poradnictwie medycznym i rehabilitacji ruchowej**



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

Wykazano również, że występowanie zapańc obniża istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ) jakość życia badanych w dziedzinie środowiskowej.

Dyskopatia lędźwiowa stanowi poważny problem zdrowotny, ponieważ chorują na nią przede wszystkim ludzie młodzi w pełni aktywni fizycznie i zawodowo. Istotną rolą opieki pielęgniarskiej jest nie tylko łagodzenie bądź niwelowanie niepożądanych objawów bólowych, ale również podnoszenie jakości życia chorych we jego wszystkich aspektach: somatycznych, psychicznych i społecznych.

## Wnioski

1. Zadowolonych z jakości swojego zdrowia było 57% ankietowanych, natomiast zadowolonych z jakości życia było 44% całej badanej grupy. Lepszą jakość swojego życia mają mieszkańcy wsi.
2. Mężczyźni gorzej oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne w porównaniu do grupy badanych kobiet.
3. Młodszy respondenci lepiej oceniają swoją jakość życia w porównaniu do osób po 56 roku życia.

## Piśmiennictwo

1. Braian & Bannister. Neurologia kliniczna. Wydanie I. 1.
2. Dziak A. Bolesny krzyż. Wyd, Kraków 2003, s. 73–102. 3.

3. Lorencowicz R., Rutkowska E.: Zapobieganie nawrotom bólów krzyża. Zeszyt Promocji Zdrowia, Lublin 1997. 13.
4. Rapała A., Jasiński T.: Jakość życia lekarzy i ich pacjentów. Ortop. Traumatol. Rehab. 2005, (1): 87–91. 5.
5. Rapała A.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Wydanie lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 65–99. 6.
6. Słoniewski P. (red.). Neurochirurgia. Wyd. I, Wrocław 1998. 8.
7. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL BREF. (w) Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L. (red.) Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 2001, s. 235–275. 12.
8. Wrońska I., Stępień R., Wiraszka G.: Jakość życia w naukach medycznych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2004, 1 (6): 5–19. 2.

Wojciech Kułak<sup>1</sup>, Ewa Rakowicz<sup>1</sup>,  
Katarzyna Cybula<sup>1</sup>, Grażyna Dytrych<sup>1</sup>

## Plastyczność mózgu, mechanizmy uszkodzenia mózgu a możliwości rehabilitacji

Problem osób niepełnosprawnych i rozwój współczesnej rehabilitacji łączy się ze stanem zdrowotnym populacji XX wieku. Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia podają, że odsetek osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich 30 lat zwiększył się z 12% do 18% w całej populacji ludzkiej, czyli prawie co piąty mieszkaniec naszego globu jest osobą w mniejszym lub większym stopniu niepełnosprawną [1]. Przeprowadzone w Polsce w latach 1974–1978 badania pozwoliły na przygotowanie raportu o stanie i potrzebach osób niepełnosprawnych. Zdaniem wówczas ankietowanych osób w wieku ponad 15 r.ż., 6% uważało się za osoby ze stałym ograniczeniem sprawności fizycznej wymagającej długotrwałej opieki medycznej i socjalnej. Wśród czynników powodujących wzrost liczby osób niepełnosprawnych wyróżnia się: tryb życia, warunki pracy charakteryzujące się mechanizacją i szybkim tempem życia oraz wpływy środowiska i jego skażenia. Uszkodzenie mózgu stanowi istotny odsetek przyczyn inwalidztwa [2].

W krajach wysoko rozwiniętych, jak również i w Polsce, udar mózgu stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów. Częstość jego występowania waha się w granicach od 120 do 130 przypadków na 100 tysięcy ludności rocznie i wyraźnie wzrasta w grupie wiekowej 65–74 lat [2, 3]. Współczynnik śmiertelności w udarach niedokrwiennych szacuje się w granicach 35–40%, w udarach krwotocznych 53–56%. Na podkreślenie zasługuje fakt, że 20% chorych umiera w ciągu 2 tygodni. Tylko nieco ponad połowa chorych po udarze niedokrwiennym przeżywa rok [3].

Rehabilitacja stała się nieodzowną składową rozwoju socjalnego każdego nowoczesnego kraju. Rozwój metod diagnostycznych i leczniczych powoduje ratowanie życia i zdrowia w przypadkach bardzo trudnych, które jeszcze niedawno kończyły się śmiertelnie. Jednak nie zawsze udaje się w pełni przywrócić wszystkie funkcje człowieka do stanu wyjściowego [1, 2].

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku



Obecnie rehabilitacja rozumiana jest jako ciągły, trwający proces społeczny, wynikający z działania różnych instytucji samorządowych, ogólnopństwowych, charytatywnych, fundacji – a jej celem jest stworzenie takich warunków, by osoba niepełnosprawna mogła powrócić do pełni zdrowia, a w wypadku braku takiej możliwości wykształciła mechanizmy kompensacyjne, które zastąpiłyby utracone funkcje organizmu [1]. Tak rozumiana rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby niepełnosprawnej do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna rehabilitacja lecznicza. Ta wielowątkowość pojęcia rehabilitacji nabiera szczególnego znaczenia w przypadku osób po skomplikowanych, wielonarządowych urazach, ze schorzeniami prowadzącymi do dysfunkcji wielu organów, z trwałymi uszkodzeniami narządów, czy chorobami przewlekłymi [1].

Pod pojęciem **rehabilitacji leczniczej (medycznej)** rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych i psychicznych następstw choroby [1]. Rehabilitacja jest uznana od 1972 r. za integralną część leczenia, a nie elementem dodatkowy terapii. Określamy ją jako „proces złożony, który obejmuje działanie lecznicze, społeczne i psychiczne, zmierzające do przywrócenia w miarę możliwości poprzedniego stanu sprawności”.

W zależności od stosowanych metod wyróżniamy rehabilitację:

- leczniczą (fizyczną),
- psychologiczną,
- społeczną,
- zawodową.

Celem działań rehabilitacji leczniczej jest „usprawnianie fizyczne, czyli podniesienie sprawności uszkodzonych narządów i funkcji całego organizmu” [1].

Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych, leczniczych oraz stała kontrola procesu leczniczego, regeneracyjnego pozwala na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja lecznicza musi stymulować cały proces leczniczy, głównie poprzez aktywność ruchową i psychiczną.

U podstaw rehabilitacji medycznej schorzeń układu nerwowego leży **plastyczność mózgu** – termin wprowadzony przez Konorskiego, oznaczający zdolność neuronów do ulegania trwałym zmianom w trakcie procesów uczenia się. Według Konorskiego podłożem plastyczności są morfologiczne zmiany synaptyczne w układzie nerwowym. Oznacza to, że w trakcie uczenia się dochodzi do reorganizacji połączeń synaptycznych między neuronami. Obecnie uważa się, że plastyczność neuronalna jest pojęciem szerszym, obejmującym zarówno zmiany zachodzące w procesach uczenia się i pamięci, jak również zmiany rozwojowe i kompensacyjne (naprawcze).

**Plastyczność rozwojowa.** Jest to tworzenie się oraz reorganizacja połączeń synaptycznych we wczesnym okresie rozwoju ośrodkowego układu nerwowego.

W okresie tym ogromną rolę odgrywają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Oznacza to, że do wykształcenia nowych i utrwalenia już istniejących połączeń między neuronami może dojść pod warunkiem ekspresji odpowiednich genów (tj. uruchomienia informacji zawartej w materiale genetycznym) oraz odpowiedniego poziomu pobudzenia przez bodźce zewnętrzne samych neuronów. Trzeba jednak dodać, że im organizm starszy, tym wpływ czynników genetycznych staje się mniej konieczny. Dużą rolę plastyczności rozwojowej odrywa również proces tzw. apoptozy, tj. zaprogramowanej genetycznie śmierci komórki. Tak więc tworzenie się nowych połączeń synaptycznych, jak również ich obumieranie, leży u podstaw zmian morfologicznych i funkcjonalnych zachodzących w trakcie rozwoju OUN.

**Plastyczność pamięciowa.** W procesach uczenia się i podczas zabiegów usprawniających dochodzi do wzmocnienia i reorganizacji połączeń między neuronami, w odpowiedzi na specyficzne bodźce. Konsekwencją tego jest powstanie tzw. engramu, czyli pamięciowej zmiany plastycznej. Istnieje kilka sposobów za pomocą których może dochodzić do owych zmian. Najważniejsze z nich to:

- wydłużenie zgrubienia postsynaptycznego,
- zwiększenie liczby pęcherzyków z neurotransmiterem w obrębie kolbki synaptycznej,
- wzrost liczby rozgałęzień dendrytów,
- wzrost liczby kolców dendrytycznych,
- wzrost liczby synaps.

W procesy powstawania śladów pamięciowych (zmian plastycznych) zaangażowany jest również mechanizm genetyczny, który tak naprawdę umożliwia zachodzenie tych zmian.

**Plastyczność kompensacyjna.** W procesach plastyczności kompensacyjnej dochodzi do wytworzenia połączeń między nietypowymi partnerami. Umożliwia to w przypadku uszkodzenia mózgu przywrócenie częściowo lub w pełni utraconych funkcji. Podłożem tego procesu jest obumieranie uszkodzonych neuronów, co umożliwia stosunkowo łatwe wytworzenie nowych połączeń przez inne neurony w pustych miejscach. Lepsze poznanie tych mechanizmów pozwoli być może na skuteczniejsze leczenie usprawniające. Podsumowując, należy zwrócić uwagę na fakt, iż mózg jest strukturą szalenie dynamiczną zarówno pod względem morfologicznym, jak i funkcjonalnym, a podstawą tych zmian są właśnie zmiany plastyczne komórek nerwowych.

W warunkach fizjologicznych panuje równowaga pomiędzy procesami naprawczymi a destrukcyjnymi w OUN. Wiąże się to z pojęciem wyżej omówionej plastyczności mózgu, z którą mamy do czynienia w przypadku zmian rozwojowych, naprawczych, jak i również w procesach uczenia i pamięci [1]. Wykazano, że modulacja aminokwasów pobudzających w zakończeniach presynaptycznych odgrywa istotną rolę w rozwoju sieci neuronalnych [4]. Procesy te są zależne również od kanałów wapniowych.

Zmiany w neuronach są również istotne w procesie rozwoju połączeń synaptycznych.

Długotrwała potencjalizacja – *long-term potentiation* (LTP) – jest jednym z przykładów, jak połączenia synaptyczne mogą się zmienić w wyniku aktywności neuronów [5]. Jest zarazem najczęściej badanym modelem zmian komórkowych synaptycznej plastyczności. Stymulacja o wysokiej częstotliwości aksonów obszarów mózgu indukuje LTP postsynaptycznych neuronów. LTP została po raz pierwszy odkryta w hipokampie, a więc w obszarze mózgu odpowiedzialnym za uczenie się u człowieka oraz przekształcanie informacji krótkotrwałej w długotrwałą [5].

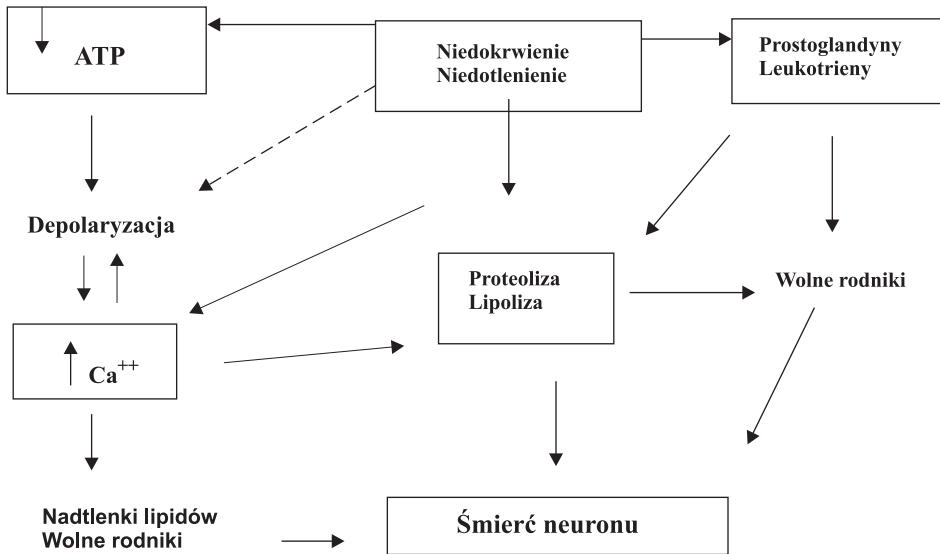
Badania eksperymentalne ostatnich lat wykazały istotną rolę białkowych kinaz w indukcji LTP. Stwierdzono, że aktywacja kinazy typu II zależnej od kompleksu wapń/kalmodulina, kinazy białkowej zależnej od wapń/fosfolipidy, kinazy białkowej zależnej od cGMP, cAMP i kinazy tyrozyny jest niezbędna w indukcji LTP [6].

Potwierdzono również ważną rolę nadtlenków azotu, analogów cGMP w aktywacji LTP. Z drugiej strony uzyskiwano sprzeczne wyniki w przypadku kwasu arachidonowego i jego metabolitów w procesie indukcji LTP.

### **Mechanizmy uszkodzenia mózgu**

W ostatnich latach badania eksperymentalne i kliniczne wykazały istotne znaczenie jonów wapniowych w patogenezie wielu chorób, w tym związanych z dysfunkcją lub uszkodzeniem komórki nerwowej [8, 9]. Najważniejsze mechanizmy odpowiedzialne za uszkodzenie neuronu zostały przedstawione na Ryc. 1. W stanach niedokrwienno-niedotlenieniowych tkanki nerwowej stwierdzono szybką utratę nośników energii (ATP, ADP i fosfokreatyny) oraz obniżenie pH we wnętrzu komórki [8, 10]. Powoduje to zwiększenie przepuszczalności błony komórkowej wskutek rozkojarzenia pompy sodowo-potasowej (jony potasowe wędrują z komórki na zewnątrz, zaś jony sodowe i wapniowe do wnętrza neuronu [10]). Wzrost stężenia  $\text{Na}^+$  i  $\text{Ca}^{+2}$  w komórce powoduje zaburzenia metaboliczne, między innymi aktywację fosfolipazy A2 i uruchomienie kaskady kwasu arachidonowego. W wyniku czego powstają wolne rodniki, nadtlutki lipidów, prostaglandyny i leukotrieny [8, 10]. Zwiększona ilość wolnych rodników w komórce nerwowej pogłębia destrukcję komórki (rozkojarzenie łańcucha oddechowego w mitochondriach, destabilizację błon lizosomalnych). Dane z literatury wskazują na duże znaczenie wolnych rodników w patogenezie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (udar niedokrwienno i krwotoczny, stany padaczkowe, obrzęk mózgu) [9, 10]. Skurcz naczyń mózgowych w następstwie krwotoku podpajęczynówkowego jest odpowiedzialny za powstanie ogniskowego uszkodzenia mózgu. Uważa się, że lipidową peroksydację w ścianach naczyń i neuronów zwiększają głównie jony żelaza z wynaczynionej krwi, powodując po-

### Rycina 1. Mechanizmy uszkodzenia komórki nerwowej wg Kułak i Sobaniec – Medycyna 2000, 1991



głębienie procesów destrukcyjnych i nasilenie skurczu naczyniowego [10]. Wśród czynników potęgujących skurcz naczyń mózgowych pierwszoplanowe miejsce zajmują jony wapniowe [9, 11]. Zwiększone gromadzenie się  $\text{Ca}^{+2}$  w neuronach mózgu w czasie drgawek padaczkowych odpowiedzialne jest za powstawanie mikrouszkodzeń mózgu, a w konsekwencji nasilenie aktywności drgawkowej ognisk padaczkowych [11]. Stężenie wewnątrzkomórkowe wapnia jest ściśle związane z aktywnością receptorów aminokwasów pobudzających (asparginianu i glutaminianu). Wzrost ilości jonów wapniowych w neuronach zwiększa uwalnianie glutaminianu i asparginianu z zakończeń presynaptycznych [12, 13]. Podwyższony poziom glutaminianu może nasilać napływ jonów wapnia przez kanały wapniowe operacyjne N-metylo-D-asparginian (NMDA) i kanały wapniowe zależne od napięcia (hamowane przez blokery kanałów wapniowych werapamil, nifedypinę, diltiazem) oraz indukować depolaryzację błony komórkowej (pompa sodowo-wapniowa) [14].

Rehabilitacja neurologiczna jest skuteczną formą leczenia pacjentów po udarach i urazach mózgu, kiedy dochodzi do uszkodzenia strukturalnego i/lub funkcjonalnego ośrodkowego układu nerwowego. Stanowi czynny i ciągły proces, który rozpoczyna się jak najwcześniej w szpitalu i trwa nieprzerwanie, również po powrocie chorego do środowiska domowego.

Dzięki temu, że plastyczność mózgu dorosłego człowieka może być istotnie intensyfikowana przez szeroko rozumiany trening, wcześniej rozpoczęta kom-

pleksowa rehabilitacja przynosi znaczącą poprawę funkcjonowania chorych po tzw. incydentach mózgowych.

Proces rehabilitacji powinien rozpocząć się w oddziale neurologii (udarowym) w ciągu 24–48 godzin po wystąpieniu udaru, jednak pod warunkiem, że stan ogólny chorego na to pozwala.

Następnie chory usprawniany jest w oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Podkreślić należy, że obok fizjoterapii ważną rolę odgrywa rehabilitacja neuropsychologiczna. Za rehabilitację psychologiczną uznaje się działania prowadzące do usprawniania psychicznego, czyli adaptacji psychicznej do sytuacji i warunków wyznaczonych przez uszkodzenie narządów i funkcji organizmu. Ma ona za zadanie oddziaływanie w ramach tzw. trzeciego łańcucha, tzn.: reakcji psychologicznych na chorobę i uszkodzenie [3]. Osoba, która przeżyła udar mózgu może borykać się z wieloma następstwami zaburzeń poznawczych dotyczących: reakcji osobistych; zagadnień uszkodzenia mózgu; wpływu osobowości przedchorobowej; podejmowania decyzji (motywacja); obrazu ciała oraz rodziny. Przebieg usprawniania należy rozważać w aspektach: poczucia własnej wartości, realnych potrzeb oraz motywacji do aktywnego działania [1].

Proces rehabilitacji powinien trwać dopóki obserwuje się poprawę w stanie chorego. Optymalnym okresem dla usprawniania są pierwsze 3 miesiące – wtedy chory może osiągnąć znaczną poprawę w zakresie utraconych funkcji, ale również w późniejszych okresach czasu można uzyskać właściwe efekty.

Rehabilitacja powinna być wprowadzana w okresie ostrym choroby, często prawie jednocześnie z diagnostyką, a zawsze równolegle z farmakoterapią. Szczególnie wyraźnie uwidocznili się to w neurologii, gdy odkrycia wybitnego polskiego naukowca profesora Jerzego Konorskiego z połowy ubiegłego wieku, dotyczące plastyczności mózgu, zostały ponownie „odkryte” w latach osiemdziesiątych, następstwem czego była światowa „dekada mózgu” obejmująca lata dziewięćdziesiąte i dynamiczny rozwój rehabilitacji neurologicznej. Okazało się bowiem, że właśnie ruch, stosowany jako lek, jest najbardziej korzystnym i bezpiecznym czynnikiem pobudzającym plastyczność mózgu. Potwierdziły się tym samym słowa Tissota i Wiktora Degi, że „ruchu nie można zastąpić żadnym innym lekiem” [1].

Podstawowe zasady rehabilitacji medycznej powinien znać każdy lekarz specjalista, ale także pielęgniarki, pacjent i jego rodzina. W leczeniu pacjenta nie można się bowiem ograniczać tylko do farmakoterapii, leczenia operacyjnego, ale należy sięgać do innych metod, w tym stosowanych rutynowo w rehabilitacji, czyli fizykoterapii, kinezyterapii, terapii zajęciowej, psychoterapii, logoterapii, zaopatrzenia ortopedycznego.

Z wielu analiz psychologicznych wynika, że najlepszym środowiskiem dla rozwoju człowieka jest rodzina, która jest punktem wyjścia i elementem podstawowym w procesie pielęgnacji i rehabilitacji. Włączenie więc jej w proces reha-

bilitacji jest bardzo ważne, ponieważ otoczenie chorego przyjazną, pełną empatii atmosferą potęguje efekt leczenia usprawniającego.

Opieka nad chorym członkiem rodziny i pomoc mu w konkretnych czynnościach, w sposób umiejętny daje szansę na uzyskanie poprawy stanu chorego. Natomiast zaniedbanie, czy brak czynności pielęgnacyjnych świadczonych przez rodzinę niejednokrotnie przesądza o zdrowiu oraz życiu lub śmierci członka rodziny. Dom rodzinny jest tym miejscem, w którym winny zaistnieć największe szanse na uzyskanie jak najlepszych wyników leczenia i rehabilitacji.

## Piśmiennictwo

1. Milanowska K., Dega W. (red.). Rehabilitacja medyczna. PZWL – Warszawa 2000.
2. Laidler P.: Rehabilitacja po udarze mózgu. Zasady i strategia. PZWL – Warszawa 2000
3. Falconer, J. A., Naughton, B. J., Strasser, D. C., Sinacore, J. M.: Stroke inpatient rehabilitation: A comparison across age groups. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1994, 92, 39–44.
4. Breukel, A. I. M., Besselsen, E., Lopes da Silva, F. H. and Ghijsen, W. E. J. M. A presynaptic N-methyl-D-aspartate autoreceptor in rat hippocampus modulating amino-acid release from a cytoplasmic pool. *Europ. J. Neuroscience.*, 1998, 10: 479–1489.
5. Hess G., Donoghue J. P.: Long-term potentiation of horizontal connections provides a mechanism to reorganize cortical motor maps. *J. Neurophysiol.*, 1994; 7, 2543–2547.
6. Dolleman-van der Weel, M. J., Lopes da Silva, F. H. and Witter, M. P. Nucleus reuniens thalami modulates activity in hippocampal field CA1 through excitatory and inhibitory mechanisms. *J. Neuroscience.*, 1997, 17: 5640–5650.
7. Gorter, J. A., Petrozzino, J. J., Aronica, E. M., Rosenbaum, D. M., Opitz, T., Bennett, M. V. L., Connor, J. A. and Zukin, R. S. Global ischemia induces downregulation of Glur2 mRNA and increases AMPA receptor-mediated Ca<sup>2+</sup> influx in hippocampal CA1 neurons of gerbil. *J. Neuroscience.*, 1997 17: 6179–6188.
8. Siesjo B. K.: Cell damage in the brain a speculative synthesis. *J. Cer. Blood Flow Metab.*, 1981, 1, 155–159.
9. Greenberg D. A.: Calcium channel antagonists, pharmacology and neurological applications. W: Appel, S. H (Ed). *Current Neurology. Year Book Medical Publishers INC.* 1986, 91–121.
10. Siesjo B. K.: Mechanisms of ischemic brain damage. *Crit. Care Med.*, 1998, 16, 954–963.
11. Kułak W., Sobaniec W.: Współczesne dane na temat uszkodzenia komórki nerwowej. *Medycyna* 2000, 1991, 15/16, 24–27.
12. Huntley C. W., Vickers C., Morrison J. H.: Cellular and synaptic localization of NMDA and non-NMDA receptor subunits in neocortex: Organizational features related to cortical circuitry, function and disease. *Trends Neurosci.*, 1994, 17, 536–543.
13. McGeer G.: Excitatory amino acid neurotransmission and its disorders. *Curr. Opin. Neurol. Neurosurg.*, 1991, 4, 548–554.
14. Bou J., Llenas J., Masingham R.: Calcium entry blocking drugs. Calcium antagonists and vascular smooth muscle function. *J. Auton. Pharmac.*, 1983, 3, 219–225.
15. Carbone E., Swandulla D.: Neuronal calcium channels: kinetics, blockade and modulation. *Prog. Biophys. molec. Biol.*, 1989, 54, 31–58.

Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Anna Kozłowska<sup>2</sup>, Jolanta Lewko<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kulałak<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczyk<sup>1</sup>,  
Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Hanna Rolka<sup>1</sup>

## Ocena wiedzy pielęgniarek o metodach pielęgnacji pacjentów z niedokrwiennym udarem mózgowym

### Wstęp

Ze względu na swój gwałtowny przebieg, choroby naczyniowe mózgu określone są mianem udaru. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje udar mózgu (*Insultus Cerebri*), jako zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a czasem uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż dobę lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa [1, 2].

Udar mózgu stanowi coraz większe zagrożenie dla ludzi, znajdując się obecnie na trzecim miejscu wśród przyczyn śmierci [3]. Schorzenie to dotyka głównie osoby w wieku podeszłym oraz przewiduje wzrost częstości jego występowania wraz ze starzeniem się społeczeństwa [3].

Od wielu lat w Polsce notuje się wyższe, w porównaniu np. do Europy Zachodniej i USA, niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne udarów mózgowych. Częściej niż w krajach Ameryki Północnej występuje typ udaru o cięższym przebiegu, kiedy ognisko niedokrwienia pochodzi z dorzecza dużych naczyń. Obserwuje się również zjawisko kumulacji czynników ryzyka udaru i groźnych chorób współistniejących co sprawia, że rokowanie jest gorsze [3].

W literaturze znaleźć można wiele czynników ryzyka mających wpływ na występowanie udaru. Wymienia się tutaj wiek chorego, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, przebyty wcześniej udar lub TIA. Mazur podaje, oprócz wyżej wymienionych, szereg innych czynników, np. płeć, rasę, choroby serca, nikotynizm i alkoholizm oraz inne [4]. Niejednokrotnie spotkać się można także z uznaniem nadciśnienia tętniczego za główny czynnik ryzyka udaru mózgu.

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Obserwacyjno-Zakaźna DSK w Białymstoku

Pielęgnacja chorego po przebytych udarze mózgu ma na celu zwiększenie szansy przeżycia, a następnie osiągnięcie jak najlepszej sprawności i jakości życia. Optymalna opieka pielęgniarska powinna obejmować ogólne postępowanie, prowadzone w ostrej fazie choroby oraz ogólne postępowanie pielęgnacyjno-rehabilitacyjne [1, 2].

Celem pracy było: określenie poziomu wiedzy pielęgniarek na temat metod pielęgnacji pacjentów po niedokrwiennych udarach mózgowych, określenie stopnia przygotowania pielęgniarek do sprawowania opieki nad pacjentem udarowym oraz określenie poziomu przygotowania do edukacji pacjenta i jego rodziny.

## **Materiał i metoda**

Badania zostały przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, który opracowany został w oparciu o literaturę medyczną. Składał się on z dwóch części:

- metryczkowej, gdzie zawarto pytania o wiek, staż pracy w zawodzie, miejsce pracy, wykształcenie, a także zajmowane stanowisko;
- ankietowej, która badała stan wiedzy pielęgniarek na temat udarów niedokrwiennych mózgu i metod pielęgnacji po ich wystąpieniu.

Grupę badawczą stanowiło 50 pielęgniarek pracujących w oddziałach neurologicznych i 50 pielęgniarek pracujących w innych oddziałach niż neurologiczne.

## **Wyniki**

Prawie połowa ankietowanych pielęgniarek była w wieku 31–40 lat. Staż pracy respondentek był zróżnicowany. Największa grupa wykonywała ten zawód ponad 20 lat (34%), najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki o stażu wynoszącym 6–10 lat (6%). 94% badanych pielęgniarek pracowało w szpitalu, a tylko 2% ankietowanych pracowało w POZ. Ponad połowa respondentek posiadała wykształcenie średnie medyczne, a 12% stanowiły osoby o wyższym wykształceniu pielęgniarskim. Na stanowisku pielęgniarki odcinkowej pracowało 84% badanych, najmniej liczne grupy stanowiły pielęgniarki oddziałowe (5%) i „inne” (np. pracujące w poradniach) – 4%.

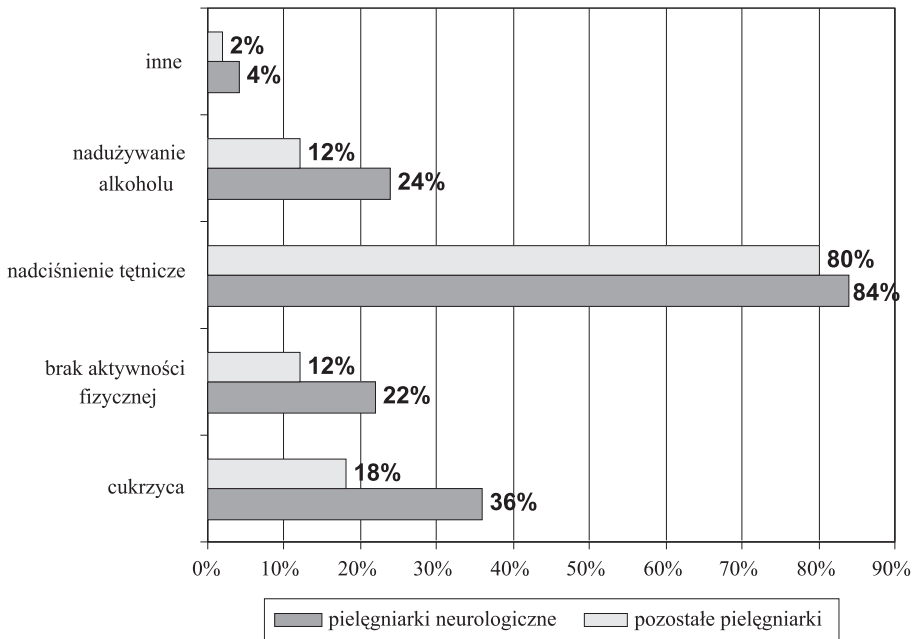
Ankietowanym zadano pytanie „Co rozumieją pod pojęciem TIA?”. Nie można było przeoczyć istotnych różnic dotyczących odpowiedzi w dwu grupach badanych. Tylko 2% pielęgniarek neurologicznych nie wiedziało, co to jest TIA, natomiast z grupy pozostałych pielęgniarek – aż 54%. Podobnie – tylko 12% pielęgniarek nie związanych zawodowo z neurologią wiedziało, że objawy TIA ustępują w czasie 24 godzin, wśród neurologicznych – 74% zdawało sobie z tego sprawę.



Prawie wszystkie pielęgniarki (97%) wiedziały, że bezpośrednią przyczynę stanowi zakrzep lub zator. Zaledwie kilka osób stwierdziło, że czynnikiem takim może być krwotok (2%) lub inna przyczyna (1%).

Pielęgniarki zapytane o czynniki mające wpływ na występowanie udaru stwierdziły, że największe znaczenie ma nadciśnienie tętnicze (82%), jak również cukrzyca (27%), a tylko 3% wybrało odpowiedź „inne” dopisując, że może to być stres lub błędy dietetyczne. Porównując odpowiedzi obu grup na to pytanie, widoczna była różnica w przypadku cukrzycy, nadużywania alkoholu oraz braku aktywności fizycznej (Ryc. 1).

**Rycina 1. Czynniki ryzyka występowania niedokrwiennego udaru mózgu z uwzględnieniem obu grup badanych**



Ponad 20% pielęgniarzek nie związanych zawodowo z neurologią nie wiedziało o zależności między migotaniem przedsionków a udarem mózgu, podczas gdy w grupie pielęgniarzek neurologicznych nie wiedziało o tym zaledwie 6% ankietowanych.

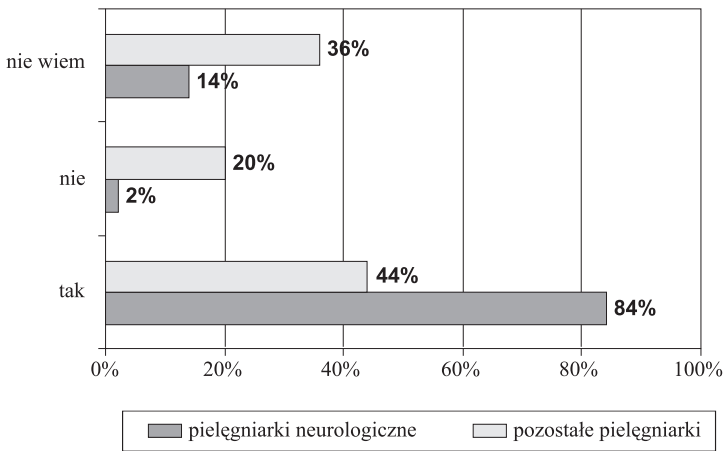
Według 69% pielęgniarzek, sposób odżywiania ma wpływ na występowanie udaru, 16% ankietowanych uważało, że odżywianie nie ma na to wpływu.

Trzy czwarte pielęgniarzek uważało, że istnieje skuteczna profilaktyka w postaci antykoagulantów i preparatów przeciwplatek, tylko 2% pielęgniarzek sądziło, że profilaktyka farmakologiczna polega na podawaniu preparatów wielowitaminowych. Większość pielęgniarzek zarówno neurologicznych (86%), jak

i pozostałych (64%) uważało podawanie antykoagulantów i preparatów przeciwplatek za skuteczną profilaktykę farmakologiczną.

Na pytanie „Czy potrafi Pan(i) przeprowadzić edukację pacjenta w zakresie zapobiegania wystąpieniu niedokrwiennego udaru mózgu?” większość pielęgniarek (64%) udzieliła odpowiedzi „tak”. Jednak 11% badanych nie potrafi przeprowadzić takiej edukacji. Jednocześnie istnieją różnice między pielęgniarkami neurologicznymi a pozostałymi (Ryc. 2). Wynika z niej, że 84% pielęgniarek neurologicznych potrafi przeprowadzić edukację, natomiast pielęgniarki o innej specyfice pracy deklarowały taką umiejętność w 44%.

**Rycina 2. Różnice między dwiema grupami badawczymi w zakresie umiejętności prowadzenia edukacji w zakresie zapobiegania niedokrwinnemu udarowi mózgu**



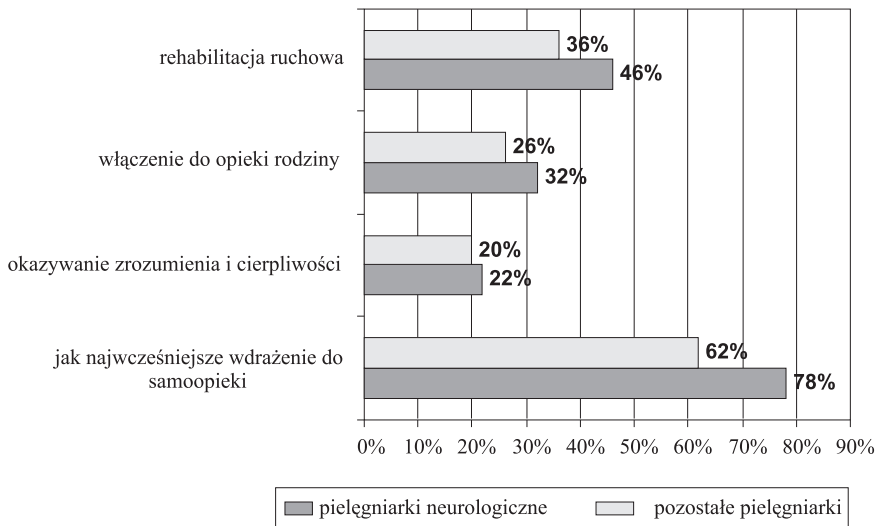
Ankietowane największą uwagę podczas edukacji zwróciłyby na pomiar ciśnienia tętniczego krwi i interpretowanie jego wyników (68%), ponad połowa respondentek podkreślała zasadność właściwej diety i redukcji masy ciała, a 40–45% pielęgniarek również zdawało sobie sprawę ze znaczenia walki z namiętnościami i aktywności fizycznej.

Jedna trzecia respondentów oceniła swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji jako „dobre”, a 1% badanych stwierdziła, że nie jest przygotowana. Po przeanalizowaniu odpowiedzi w obu grupach, rysują się wyraźne różnice w ilości pielęgniarek określających swoje przygotowanie jako dobre (42% – pielęgniarek neurologicznych, 22% – pozostałych) oraz w przypadku deklarujących przygotowanie jako minimalne (8% – pielęgniarek neurologicznych, 40% – pozostałych).

Dwie trzecie ankietowanych, jako główny problem zdrowotnych u pacjentów widzi zły stan psychiczny chorych spowodowany brakiem samodzielności.

Najmniej pielęgniarek (27%) udzieliło odpowiedzi, że jest to wyłączenie z pracy zawodowej i zmiana dotychczasowego trybu życia. Natomiast za najważniejszy element związany z opieką pielęgniarki uznały, jak najwcześniejsze wdrażanie do samoopieki (70%), okazywanie pacjentowi zrozumienia i cierpliwości (21%) (Ryc. 3).

**Rycina 3. Elementy, pełniące największą rolę w pielęgnacji pacjenta udarowego, wg pielęgniarek neurologicznych i pozostałych**



Jako najbardziej uciążliwe dla pacjenta powikłania pielęgniarki wskazały afazję, niedowład oraz możliwość wystąpienia odleżyn (po 65%), najmniejszą uwagę zwróciły na powikłania układu moczowego (9%).

Ponad 50% pielęgniarek uważało, że dobrymi sposobami ułatwiania porozumiewania się choremu z afazją jest wspomaganie wypowiedzi gestami i mimiką oraz mówienie powoli z zastosowaniem powszechnie znanych słów. Ponadto pielęgniarki neurologiczne podkreślały znaczenie powolnego mówienia z zastosowaniem znanych słów (72%), pozostałe pielęgniarki zakreśliły tę odpowiedź w 44%. Istotna różnica pojawiła się również w kwestii stosowania rysunku – opcję tę wybrało 40% pielęgniarek neurologicznych i tylko 16% nie związanych zawodowo z neurologią.

W przypadku wystąpienia dysfagii, trzy czwarte pielęgniarek proponowało odżywianie przez zgłąbник żołądkowy. Najmniej pielęgniarek (10%) jest zdania, że zasadne jest żywienie przez wkłucie centralne. Więcej pielęgniarek neurologicznych (92%), niż pozostałych (60%) zdawało sobie sprawę z zasadności karmienia przez zgłąbnik żołądkowy.

Blisko 80% ankietowanych, jako najskuteczniejszą metodę regulacji wypróżnień podawało dobranie odpowiedniej diety. Najmniej popularne było stosowanie wlewów i lewatyw (7%).

Prawie połowa ankietowanych powikłaniom ze strony układu moczowego zapobiega poprzez uruchamianie pacjenta w celu niedopuszczenia do zalegania moczu. Analizując odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na pielęgniarki neurologiczne i pozostałe można zauważyć, że pielęgniarki nie związane z neurologią częściej wybierały opcję o uruchamianiu pacjenta (50%), natomiast neurologiczne częściej niż inne podkreślały istotność starannej i regularnej toalety całego ciała (42%).

Zdaniem 76% respondentów, najskuteczniejszą metodą zapobiegania zapaleniu płuc u pacjenta po przebytych udarach, jest wykonywanie zabiegów, takich jak: oklepywanie, masowanie i odsysanie. Prawie równie ważne jest stosowanie ćwiczeń oddechowych (64%). Najmniejszą uwagę zwrócono na zapobiegawcze podawanie antybiotyków (4%).

84% pielęgniarek stwierdziło, że działaniem najskuteczniejszym w profilaktyce przykurczy jest stosowanie ćwiczeń rozluźniających mięśnie kończyn. Najmniej osób opowiedziało się za stosowaniem środków farmakologicznych (6%).

Ponad połowa badanych uważała, że czas poświęcany na pielęgnację jest niewystarczający ze względu na niedostateczną liczbę personelu, nieliczne osoby z tej grupy uważały również, że przyczyną jest brak finansów, niedostateczna wiedza personelu czy niskie wynagrodzenie. Ciekawym jest, że aż dwie trzecie pracowników neurologii uważało, że czas pielęgnacji jest niewystarczający ze względu na niedostateczną liczbę personelu.

Niemal wszystkie ankietowane pielęgniarki (93%) na pytanie „Czy istnieje konieczność tworzenia specjalistycznych oddziałów udarowych?“, odpowiedziały twierdząco. Zaledwie 2% uważała, że opieka sprawowana w oddziale neurologicznym jest wystarczająca.

## Dyskusja i omówienie wyników

Udar mózgu stanowi coraz większe zagrożenie dla ludzi, znajdując się obecnie na trzecim miejscu wśród przyczyn śmierci [3].

Mazur w swej publikacji klasyfikuje udary na niedokrwienne, krwotoczne oraz krwotoki podpajęczynówkowe. Podział ten uznaje za najważniejszy ze względu na implikacje diagnostyczne, terapeutyczne i rokownicze [4].

Również ankietowane pielęgniarki spytane o istnienie zależności między wiekiem a częstością występowania udaru stwierdziły, że niewątpliwie częściej występuje on u osób starszych (91%).

Jak podaje Drozdowska-Pluskiewicz, jedną ze zmian naczyniopochodnych mózgu są przemijające ataki ischemiczne – TIA. Autorka definiuje to jako „trwa-

jące nie dłużej niż 24 godziny ogniskowe ubytkowe objawy mózgowie, powstałe w wyniku krótkotrwałych zaburzeń w krążeniu mózgowym” [5].

Badania własne pokazały, że 43% wszystkich ankietowanych pielęgniarek zdawało sobie sprawę, że TIA jest stanem, którego objawy ustępują w ciągu 24 godzin, natomiast o tym, że jest to przemijające niedokrewnie mózgu wiedziało 41% respondentów.

Ankietowane pielęgniarki, zapytane o istotę udaru niedokrwiennego, mając do wyboru krwotok, zakrzep, zator i inne przyczyny, słusznie wybrały zakrzep i zator jako bezpośrednie przyczyny udaru niedokrwiennego (97%).

W literaturze znaleźć można wiele czynników ryzyka mających wpływ na występowanie udaru. Skwarcz i Majcher wymieniają wiek chorego, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, przebyty wcześniej udar lub TIA [6]. Mazur podaje, oprócz wyżej wymienionych, szereg innych czynników, np. płeć, rasę, choroby serca, nikotynizm i alkoholizm oraz inne [4]. Niejednokrotnie spotkać się można z uznaniem nadciśnienia tętniczego za główny czynnik ryzyka udaru mózgu, jak dowodzi Członkowska [7].

Badania własne pokazały, że również pielęgniarki uznały nadciśnienie tętnicze za najważniejszy czynnik ryzyka niedokrwiennego udaru mózgu (82%). Kolejne miejsce w gradacji zajęła cukrzyca (27%).

Według Porębskiej i Nowackiego, „migotanie przedsionków jest jednym z najczęstszych zaburzeń rytmu serca i najbardziej powszechnym źródłem zatorów w krążeniu mózgowym”. Autorzy podają też, że jego obecność zwiększa ryzyko wystąpienia niedokrwiennego udaru mózgu aż pięciokrotnie [8].

Z badań własnych wynikało, że 77% wszystkich pielęgniarek było zdania, że występowanie migotania przedsionków niesie za sobą ryzyko udaru, 9% uważało, że nie ma żadnego wpływu.

W materiale własnym pielęgniarki spytane o najbardziej, ich zdaniem, uciążliwe powikłanie niedokrwiennego udaru mózgu, najczęściej wymieniły afazję oraz niedowład i możliwość wystąpienia odleżyn (po 65%), która jest zaburzeniem mowy manifestująca się niemożnością wyrażania myśli słowami lub niemożnością rozumienia mowy.

Jak podkreślają Ślusarz i Beuth, czynnością pielęgniarską jest rozpoznanie ewentualnych zaburzeń połykania, zapobieganie zachłyśnięciu, dobranie odpowiedniej diety i sposobu jej podaży [9].

Analiza badań własnych ukazała, że trzy czwarte badanych pielęgniarek w przypadku dysfagii proponowało odżywianie przez zgłębnik żołądkowy, 10% widziało celowość żywienia przez wkłucie centralne. Po zanalizowaniu odpowiedzi obu grup badawczych okazało się, że 60% pielęgniarek spoza oddziałów neurologicznych widziało zasadność karmienia przez zgłębnik, podczas gdy pielęgniarek neurologicznych, które udzieliły takiej odpowiedzi było aż 90%. Żadna z pielęgniarek neurologicznych nie widziała sensu żywienia przez wkłucie centralne, pozostałe pielęgniarki udzieliły tej odpowiedzi w 20%. Ta różnica

jest być może spowodowana niewiedzą pielęgniarek spoza oddziałów neurologicznych na temat metod pielęgnacji pacjentów po przebytych udarach.

Ślusarz i Beuth zauważyli również konieczność dbania o regularną i częstą (co 2 godziny) zmianę pozycji ciała pacjenta, co zapobiega odleżynom [9].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 82% pielęgniarek zdawało sobie sprawę ze znaczenia częstej zmiany pozycji. Po uwzględnieniu podziału na dwie grupy okazało się, że obie grupy zwracały uwagę na te same działania. Różnica polegała na tym, że pielęgniarki neurologiczne znacznie częściej podawały kilka odpowiedzi sugerując, że działania te są nieodłączne.

Mendel w swoim opracowaniu pisze, że spadek umieralności związanej z udarem w krajach wysoko uprzemysłowionych związany jest nie tylko z profilaktyką, która jest tam dobrze zorganizowana, lecz również ze zmianami organizacyjnymi systemu leczenia chorych z udarem. „Zaobserwowano, że leczenie chorych przez wyspecjalizowane zespoły udarowe zmniejsza liczbę zgonów (poniżej 20%), skraca czas pobytu w szpitalu oraz zwiększa liczbę pacjentów wypisywanych do domu w stanie ogólnym dobrym, mogących prowadzić samodzielny tryb życia” [10].

## Piśmiennictwo

1. Adamczyk K.: Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.
2. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2000.
3. Kozubski W.: Choroby naczyniowe układu nerwowego [w:] Choroby układu nerwowego. Kozubski W., Liberski P. (red.): Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
4. Mazur R. (red.): Neurologia kliniczna. Via Medica, Gdańsk, 2005.
5. Drozdowska-Pluskiewicz B.: Choroby naczyniowe i naczyniopochodne OUN [w:] Neuropatologia. Słowiński J. (red.): Dział Wydawnictw ŚAM, Katowice, 2002.
6. Skwarcz A., Majcher P.: Następstwa uszkodzeń układu nerwowego [w:] Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Rutkowska E. (red.): Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2002.
7. Członkowska A.: Nadciśnienie tętnicze – główny czynnik ryzyka udaru mózgu. Świat Medycyny i Farmacji, 2002, 8, 16–21.
8. Porębska A., Nowacki P.: Migotanie przedsionków jako istotny czynnik ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2005, 134–139.
9. Ślusarz R., Beuth W.: Opieka pielęgniarska w udarach mózgu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2001, 9, 26–27.
10. Mendel T.: Oddział udarowy – organizacja, zasady działania. Nowa Klinika, 2001, 7/8, 753–756.

Lidia Dopierała<sup>1</sup>

## Pielęgnowanie chorych leczonych po przebytych urazie mózgowo-czaszkowym

### Wstęp

Znaczną grupę chorych leczonych w oddziałach neurochirurgii stanowią pacjenci po przebytych urazie mózgowo-czaszkowym. W skład zespołu terapeutycznego opiekującego się chorym wchodzi: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny.

Urazy czaszki i mózgu są najczęściej urazami złożonymi. W zależności od rodzaju uszkodzenia można je podzielić na:

- otwarte (z przerwaniem ciągłości skóry, uszkodzeniem kości, uszkodzeniem opon mózgowych oraz zranieniem mózgu),
- zamknięte (bez uszkodzenia opony twardej i powłok czaszki) [2].

Najczęstsze pourazowe uszkodzenia mózgu to:

- wstrząśnienie mózgu,
- stłuczenie mózgu,
- krwiaki śródczaszkowe (nadtwardówkowe, podtwardówkowe, śródmózgowe).

Pacjenta z urazem mózgowo-czaszkowym należy zawsze traktować jako chorego w ciężkim stanie ogólnym [3].

### Wstrząśnienie mózgu

Wstrząśnienie mózgu to stan nagłej pourazowej utraty przytomności. Objawami wstrząśnienia mózgu są: utrata przytomności, niepamięć wsteczna i następca, bóle i zawroty głowy, nudności, wymioty, wahania amplitudy ciśnienia krwi, tachykardia [4].

Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego ze wstrząśnieniem mózgu obejmuje:

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

- zebranie wywiadu od chorego, rodziny lub świadków zdarzenia,
- zachowanie reżimu łóżkowego w okresie nasilonych zawrotów głowy,
- ocenę stanu świadomości,
- pomiary parametrów życiowych: RR, tętno, oddech, saturacja,
- założenie dostępu do żyły obwodowej,
- pobranie krwi do badań,
- podawanie leków zleconych przez lekarza (moczopędne, osmotycznie czynne, płyny infuzyjne),
- prowadzenie bilansu płynów,
- utrzymywanie kontaktu słownego z chorym,
- pomoc w zaspokojeniu potrzeb higienicznych (toaleta jamy ustnej, toaleta ciała, pomoc podczas wymiotów),
- zapewnienie spokoju i ciszy,
- asekuracja i pomoc podczas rehabilitacji i pionizacji [5].

Okres hospitalizacji chorego trwa średnio od 2 do 4 dni.

### **Stłuczenie mózgu**

Stłuczenie mózgu to uszkodzenie strukturalne dotyczące określonej powierzchni bądź okolicy mózgu, występujące pod postacią martwicy krwotocznej i znacznego obrzęku. W ognisku martwicznym dochodzi do uwalniania się enzymów z uszkodzonych komórek i tworzenia mikrozatorów w naczyniach mózgowych, co prowadzi do powiększania się ogniska stłuczenia w kierunku głębszych struktur mózgu [6].

Kliniczne objawy stłuczenia mózgu w znacznym stopniu zależą od okolicy, która została uszkodzona. Chorzy są zwykle pobudzeni, niespokojni, splątani, senni [7].

Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego ze stłuczeniem mózgu obejmuje:

- monitorowanie czynności życiowych,
- kontrolę źrenic,
- ocenę świadomości i przytomności,
- podaż płynów infuzyjnych drogą dożylną,
- kontrolę diurezy, prowadzenie bilansu płynów,
- pobieranie krwi do badań,
- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- prowadzenie prewencji powikłań tj. odleżyny, zapalenie płuc,
- zapewnienie higieny ciała,
- zapewnienie prawidłowego żywienia dojelitowego (podanie zbilansowanej diety wysokobiałkowej i wysokokalorycznej),
- zapobieganie samouszkodzeniom w okresie pobudzenia psychoruchowego (np.: usunięcie przez chorego cewnika z pęcherza moczowego),
- prowadzenie edukacji rodziny w zakresie opieki nad chorym.



Po odzyskaniu przytomności u chorych występuje brak orientacji co do miejsca i czasu, brak sygnalizacji potrzeb fizjologicznych oraz pobudzenie psychoruchowe. Stan taki może utrzymywać się przez okres kilku dni, a nawet tygodni, rokowanie co do powrotu do stanu przed urazem jest niepewne [6].

### Krwiaki śródczaszkowe

Krwiak nadwardówkowy, podwardówkowy i śródmózgowy określane są jako krwiaki śródczaszkowe. Powstają głównie w mechanizmie urazu głowy, występują w każdej grupie wiekowej. Wynaczyniona krew tworząc zbiornik w strukturach mózgowia powoduje objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Szybko przeprowadzona diagnostyka i ewakuacja krwiaka warunkuje przeżycie pacjenta [8].

Objawami krwiaków śródczaszkowych są:

- zaburzenia świadomości, przytomności,
- bóle głowy,
- nudności i wymioty,
- asymetria źrenic,
- niedowłady, porażenia stronne,
- uszkodzenia nerwów czaszkowych,
- płynotok (uszny lub nosowy),
- zaburzenia oddechu [9, 10, 11].

Postępowanie pielęgniarki wobec chorego z rozpoznanym krwiakiem śródczaszkowym obejmuje:

- zebranie danych o chorym (identyfikacja, wywiad, oględziny, analiza dokumentacji),
- zapewnienie drożności dróg oddechowych (oczyszczenie jamy ustnej, odsysanie zalegającej wydzieliny, zapobieganie zapadaniu się języka, intubacja dotchawicza),
- pobranie krwi do badań,
- założenie dostępu żylnego (obwodowe lub centralne),
- stała kontrola stanu świadomości i parametrów życiowych,
- toaleta ciała chorego i zabezpieczenie zranień,
- przygotowanie pola operacyjnego (ogolenie głowy, dezynfekcja skóry),
- podawanie płynów infuzyjnych pod kontrolą bilansu i wartości OCŻ,
- właściwe przygotowanie leków (kontrola dawek, stężeń i szybkości przepływu),
- ocena miejsc podawania leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną,
- założenie sondy odbarczającej w przypadku chorych nieprzytomnych,
- założenie cewnika do pęcherza moczowego,
- zapewnienie choremu bezpieczeństwa przez odpowiednie ułożenie i stałą obecność [11, 12].

Postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne po zabiegu operacyjnym.

1. Transport chorego z sali operacyjnej
  - zabezpieczenie w aparat Ambu i maskę,
  - odpowiednie ułożenie i umiejętne przekładanie chorego,
2. Zabezpieczenie sali pooperacyjnej w odpowiedni sprzęt:
  - kardiomonitor,
  - pulsoksymetr lub kapnograf,
  - reduktor tlenowy,
  - ssak próżniowy,
  - pompa infuzyjna,
  - respirator,
  - zestaw reanimacyjny,
  - łóżko typu Egerton lub inne umożliwiające zmiany pozycji chorego,
  - sprzęt jednorazowy w pełnym asortymencie i odpowiedniej ilości.
3. Właściwe ułożenie chorego:
  - pacjent ułożony na plecach z głową i tułowiem uniesionym pod kątem 15–30 stopni,
  - głowa skierowana lekko na bok przeciwny do strony operowanej (zapewnia prawidłowy odpływ wydzieliny z rany).
4. Kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej:
  - prowadzenie bilansu płynów,
  - kontrola diurezy,
  - badania biochemiczne krwi (poziom sodu, potasu, białka).
5. Obserwacja rany pooperacyjnej
  - kontrola opatrunku i jego prawidłowe umocowanie na ranie,
  - kontrola drenów w ranie,
  - kontrola charakteru i ilości wydzieliny ewakuowanej z rany pooperacyjnej.
6. Ocena stanu przytomności:
  - wg punktowej skali GCS.
7. Podaż leków:
  - dokumentowanie podaży leków,
  - planowanie przetaczania płynów infuzyjnych pod kontrolą bilansu płynów i wartości OCŻ,
  - właściwe przygotowanie leków (kontrola dawek, stężeń i szybkości przepływu),
  - ocena miejsca podawania leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną,
  - obserwacja chorego w kierunku występowania objawów niepożądanych po farmakoterapii.
8. Żywienie chorego:
  - wybór metody żywienia,

- założenie sondy do żołądka,
  - podaż diety zbilansowanej – wysokokalorycznej, wysokobiałkowej (zmniejszenie objawów katabolizmu pourazowego).
9. Działania profilaktyczne:
- zapobieganie narastaniu objawów obrzęku mózgu,
  - zapobieganie odleżynom,
  - zapobieganie infekcjom (zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, zakażenie rany operacyjnej).
10. Psychoterapia:
- utrzymywanie kontaktu słownego z chorym,
  - muzykoterapia,
  - zapewnienie obecności osób bliskich.
11. Elementy rehabilitacji:
- ćwiczenia bierne w łóżku chorego,
  - ćwiczenia czynne kończyn,
  - odpowiednie układanie kończyn,
  - stosowanie udogodnień,
  - regularne zmiany pozycji,
  - pionizacja chorego [8, 11].

Ewakuacja krwiaka śródczaszkowego ma zasadnicze znaczenie dla szybkiej poprawy stanu zdrowia chorego. W przypadku osób w wieku podeszłym dynamika poprawy stanu zdrowia jest mniejsza, częściej pozostają objawy ubytkowe oraz występuje większa ilość powikłań związanych z przebytych urazem i hospitalizacją.

Omawiając zagadnienia leczniczo-pielęgniacyjne należy wspomnieć o możliwych powikłaniach przebytego urazu mózgowo-czaszkowego i interwencji operacyjnej. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- płynotok,
- infekcje CUN,
- infekcje rany operacyjnej (rozejście się brzegów rany, stan zapalny, ropienie),
- ubytki neurologiczne pod postacią zaburzeń: połykania, mowy, czynności zwieraczy, funkcji informacyjno-poznawczych oraz niedowład i porażenia.

Opieka nad chorym po przebytych urazach mózgowo-czaszkowych stawia przed pielęgniarką wysokie wymagania. Oprócz umiejętności manualnych w wykonywaniu zabiegów i zleceń lekarskich, działania pielęgniarki zmagają się w kierunku samodzielnego planowania i realizacji zadań diagnostycznych, opiekuńczych, profilaktycznych i edukacyjnych, a także ścisłej współpracy ze wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego. Wysoki poziom świadczonej opieki wiąże się z nieustannym doskonaleniem wiedzy i umiejętności pielęgniarek w dziedzinie intensywnej terapii, neurochirurgii i neurotraumatologii.

**Piśmiennictwo**

1. Curie D. G. Postępowanie w urazach głowy. Wydawnictwo  $\alpha$ -medica press. Bielsko-Biała, 1994.
2. Ślusarz R., Kruszyna K., Beuth W.: Postępowanie pielęgniarские wobec pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym. Ślusarz R., Szewczyk M. T. (red.). Pielęgniarstwo w neurochirurgii. Borgis. Warszawa, 2006, 61–68.
3. Kaczmarczyk R., Kaczmarczyk R.: Urazy czaszkowo-mózgowe. Med. Rodz., 2001, 4, 121–125.
4. Ząbek M. Urazy czaszkowo-mózgowe. PZWL. Warszawa, 1994.
5. Beuth W., Ślusarz R.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego elementami kliniki i rehabilitacji. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz, 2002.
6. Schrimmer M.: Neurochirurgia. Wydawnictwo Urban & Partner. Wrocław, 2000.
7. Lorencowicz R. Pielęgowanie pacjentów zaburzeniami w funkcjonowaniu układu nerwowego. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia teoretyczne. Czelej. Lublin, 2004, 134–157.
8. Ferber J., Jakubaszko J., Jarmundowicz W.: Zasady postępowania w początkowej fazie leczenia ciężkich urazów mózgowo-czaszkowych. Med. Int. i Rat. 2001, 4, 85–91.
9. Ząbek M.: Zarys neurochirurgii. PZWL. Warszawa, 1999.
10. Osiński P., Beuth W.: Pourazowe krwiaki śródczaszkowe. Jawień A., Jędrzejczyk W., Kasprzak H. A., Lambrecht W., Mackiewicz Z. (red.). Wybrane zagadnienia z chirurgii. Akademia Medyczna w Bydgoszczy. Bydgoszcz, 1996, 349–356.
11. Beuth W., Ślusarz R.: Intensywna opieka medyczna w neurochirurgii. Mag. Piel. i Poł., 2000, 6, 15.
12. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H. A.; Wybrane elementy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem neurochirurgicznym. Annales UMCS. Lublin, 2002, 57, Supl. 11, 432–439.

Aleksandra Karabanowicz<sup>1</sup>, Robert Ślusarz<sup>2</sup>, Renata Jabłońska<sup>1</sup>,  
Agnieszka Królikowska<sup>2</sup>, Lech Grzelak<sup>3</sup>

## **Samoocena pielęgniarek neurochirurgicznych w zakresie wybranych aspektów opieki**

### **Wstęp**

Współczesne pielęgniarstwo stawia pielęgniarkom neurochirurgicznym bardzo wysokie wymagania. Oprócz umiejętności manualnych w wykonywaniu zabiegów i zleceń lekarskich, oczekuje się od pielęgniarki samodzielnego planowania i realizowania zadań diagnostycznych, opiekuńczych i edukacyjnych, a także ścisłej współpracy ze wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego oraz ludzkiej serdeczności, dobroci i empatii w kontaktach z pacjentem [1].

Jednym z elementów świadczonej przez pielęgniarkę neurochirurgiczną opieki jest skupienie uwagi na oczekiwaniach i potrzebach podopiecznego, aktywna czujność na wypadek, gdyby stan pacjenta wymagał szybkiej interwencji i pomocy. Charakterystycznym aspektem jest udzielanie wsparcia w codziennych czynnościach, wymagające umiejętności udzielania pomocy fizycznej oraz wskazówek i motywowania do samodzielnego działania. Kolejnym ważnym elementem opieki jest informowanie o wykonywanych czynnościach i zabiegach oraz wskazówek służących kształtowaniu umiejętności [2].

Rozpatrując znaczenie profesjonalnego przygotowania do podejmowania działań w zakresie opieki nad pacjentem, należy dużo uwagi poświęcić ocenie tego przygotowania, również przez dawców tej opieki. Nierzadko bowiem wyniki samooceny pracowników medycznych, w tym pielęgniarek, dostarczają licznych wniosków, które mogą być brane pod uwagę podczas działań naprawczych szpitala [3].

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>3</sup> Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek neurochirurgicznych na temat ich własnej pracy, w zakresie wybranych aspektów opieki. Szczegółowe założenia pracy można określić następująco:

1. Jak pielęgniarki oceniają przyjęcie pacjenta w oddział neurochirurgii?
2. Czy pielęgniarki informują pacjentów o przysługujących im prawach?
3. Czy pielęgniarki traktują pacjentów w sposób podmiotowy?

## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono w 2007 roku wśród 55 osobowej grupy pielęgniarek i pielęgniarzy, zatrudnionej na oddziałach neurochirurgii trzech szpitali: Szpital Uniwersytecki im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital im. J. Bizuela w Bydgoszczy, X Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Wśród ankietowanych było 50 kobiet (91%) oraz 5 mężczyzn (9%), w przedziale wieku od 27 do 52 lat. 36 respondentów (65%) miało wykształcenie średnie, natomiast 19 osób (35%) – wykształcenie wyższe. W celu przeprowadzenia badań posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety.

## **Wyniki**

### **1. Ocena przyjęcia pacjenta w oddział neurochirurgii**

W pierwszej kolejności poproszono respondentów o podanie czasu oczekiwania na łóżko w oddziale neurochirurgii. Badani spośród pięciu wariantów odpowiedzi wybierali jedną. 20 osób, tj. 36% ogółu badanych odpowiedziało, że na łóżko w oddziale czeka się do 10 minut. 15 osób, tj. 27% ogółu badanych stwierdziło, że czas oczekiwania na łóżko wynosi do godziny. Natomiast 11 osób, tj. 20% ogółu badanych zakreśliło odpowiedź – do 30 minut. 8 osób, tj. 15% ogółu badanych wybrało piąty wariant odpowiedzi – ponad 2 godziny. Tylko 2% ogółu badanych, czyli 1 osoba odpowiedziała, że na łóżko trzeba czekać do 2 godzin. Dane te umieszczono w tabeli 1.

Kolejnym pytaniem, na które grupa pielęgniarek i pielęgniarzy udzieliła odpowiedzi, było *Czy pacjent zostaje zapoznany z topografią oddziału?* 52 osoby, tj. 95% ogółu badanych odpowiedziało, że przy przyjęciu pacjenta w oddział neurochirurgii personel pielęgniarski zapoznaje go z topografią oddziału, natomiast pozostałe 3 osoby (5%) stwierdziły, że tego nie robią (tabela 1).

### **2. Prawa pacjenta**

Pracownicy służby zdrowia ponoszą odpowiedzialność za przestrzeganie i ochronę praw pacjenta. Zdarza się, że normy są naruszane, lecz nie na skutek złej woli personelu medycznego, ale z braku odpowiedniej wiedzy. Największy odsetek badanych osób (41%) zna prawa pacjenta w stopniu dobrym, oczywiście według ich oceny. Nieco wyższy stopień znajomości praw pacjenta wykazuje

**Tabela 1. Wybrane aspekty pielęgniarek neurochirurgicznych w ich własnej ocenie**

| Wybrane aspekty opieki                                  |  | Odpowiedzi                 | Liczba badanych | %    |
|---|--|----------------------------|-----------------|------|
| PRZYJĘCIE<br>PACJENTA<br>W ODDZIAŁ                      | Czas oczekiwania na łóżko                                  | Do 10 min                  | 20              | 36,0 |
|   |  | Do 30 min                  | 11              | 20,0 |
| Do 1 godz   |  | 15                         | 27,0            |      |
| Do 2 godz   |  | 1                          | 2,0             |      |
| Powyżej 2 godz  |  | 8                          | 15,0            |      |
|   | Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału                  | Wykonują tę czynność       | 52              | 95,0 |
|   |  | Nie wykonują tej czynności | 3               | 5,0  |
| PRAWA<br>PACJENTA                                       | Stopień znajomości praw pacjenta                           | Bardzo dobrze              | 18              | 33,0 |
|   |  | Dobrze                     | 23              | 41,0 |
| Dostatecznie  |  | 12                         | 22,0            |      |
| Miernie   |  | 2                          | 4,0             |      |
| Niedostatecznie   |  | 0                          | 0,0             |      |
|   | Informowanie chorego o przysługujących mu prawach          | Wykonują tę czynność       | 33              | 60,0 |
|   |  | Nie wykonują tej czynności | 22              | 40,0 |
| PODMIOTOWOŚĆ<br>W STOSUNKU<br>DO PACJENTA               | Ocena zapewnienia poszanowania godności osobistej pacjenta | Bardzo dobra               | 40              | 73,0 |
|   |  | Dobra                      | 12              | 22,0 |
|   |  | Dostateczna                | 3               | 5,0  |
|   |  | Zła                        | 0               | 0,0  |
|   |  | Bardzo zła                 | 0               | 0,0  |
|   | Ocena dyspozycyjności czasowej na potrzeby pacjenta        | Bardzo dobra               | 22              | 40,0 |
|   |  | Dobra                      | 26              | 47,0 |
|   |  | Dostateczna                | 7               | 11,0 |
|   |  | Zła                        | 1               | 2,0  |
|   | Bardzo zła   | 0                          | 0,0             |      |
| Ocena udzielania informacji o dalszej samoopiece w domu | Bardzo dobra   | 23                         | 42,0            |      |
|   | Dobra  | 19                         | 35,0            |      |
|   | Dostateczna  | 9                          | 16,0            |      |
|   | Zła  | 4                          | 7,0             |      |
|   | Bardzo zła   | 0                          | 0,0             |      |

18 osób, tj. 33% ogółu badanych. 12 osób, tj. 22% badanych odpowiedziało, że zna prawa dostatecznie, natomiast pozostałe 2 osoby (4%) określiło je na poziomie miernym (tabela 1).

Inaczej kształtuje się obowiązek informowania pacjenta o przysługujących mu prawach. 33 osoby, tj. 60% ogółu badanych informuje pacjentów o ich prawach, natomiast 22 osoby tj. 40% badanych czynności tej nie wykonuje (tabela 1).

### 3. Podmiotowość w stosunku do pacjenta

Samoocena dotycząca poszanowania godności osobistej pacjenta i zapewnienia dyskrecji ujęta jest także w tabeli 1. Ocenę bardzo dobrą wydało 40 osób, co stanowi 73% ogółu badanych, dobrą – 12 osób (22%), natomiast ani jedna pielęgniarka nie oceniła siebie źle i bardzo źle.

Pod uwagę wzięto ponadto opinię zespołu pielęgniarskiego dotyczącą dyspozycji czasowej na potrzeby pacjenta. Okazuje się, że grupa 26 osób, tj. 47% ogółu badanych oceniła dobrze dyspozycję czasową na potrzeby pacjenta. 40% badanych (22 osoby) wskazało na ocenę bardzo dobrą, natomiast 11% osób z badanej grupy zakreśliło ocenę dostateczną (tabela 1).

Kolejny aspekt dotyczył udzielania choremu informacji o dalszej samoopiece w domu. Uzyskane odpowiedzi wskazywały na poziom bardzo dobry w tej kwestii – opinię taką wydały 23 osoby (42%). Dobry poziom był wskazany przez 19 osób (35%), zaś dostateczny i zły – odpowiednio przez 16% i 7% (tabela 1).

### Omówienie

Zachodzące obecnie zmiany w opiece nad zdrowiem na rzecz jej optymalizacji i efektywności zmiernają do możliwie najlepszego osiągnięcia celów zdrowotnych oraz spełnienia oczekiwań społecznych. Obowiązek i moralna powinność gwarantowania odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej spoczywa także na pielęgniarkach i może być rozpatrywana z punktu widzenia tej grupy zawodowej [4, 5].

Wyrazem podejścia do zapewnienia jakości opieki ukierunkowanej na pacjenta jest zwrócenie uwagi pracowników medycznych, w tym pielęgniarek neurochirurgicznych, na kształtowanie podmiotowości pacjenta. Jest to niezbędnym warunkiem aktywizacji pacjentów i stworzenia sytuacji ułatwiających samodzielne podejmowanie decyzji i działań na rzecz utrzymania i poprawy własnego zdrowia oraz postępu w procesie leczenia i rehabilitacji [6]. Z analizy danych dotyczących podmiotowego traktowania pacjenta przez personel pielęgniarski wynika, iż 73% ankietowanych w sposób bardzo dobry szanuje godność osobistą pacjenta. W świetle badań innych autorów, odsetek ten wypada bardzo podobnie [5].

Edukacja zdrowotna to często zaniebdywany obszar opieki pielęgniarskiej, a została ona zaliczona do niezwykle istotnych elementów poprawy jakości świadczeń medycznych. Według K. Szczerbińskiej [7] zmniejsza ona koszty opieki zdrowotnej (poprzez skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie liczby porad lekarskich), a zwiększa satysfakcję pacjentów z opieki. Liczne badania pokazują, że tylko nieliczni chorzy zostają przygotowani do sprawowania samoopieki [8, 9]. Analiza własna potwierdziła tą zależność.

Ciekawym wyznacznikiem oceny działań pielęgniarskich jest wskazanie przez tę grupę błędów popełnianych podczas opieki nad pacjentem. W badaniach M. Sztumskiej [3] personel pielęgniarski zwrócił uwagę przede wszystkim



na fakt poświęcenia zbyt małej ilości czasu dla pacjenta – 52% ankietowanych. W tych samych badaniach blisko 70% pielęgniarek wskazało właśnie na brak czasu na kontakt z pacjentem, jako wyraźny problem w opiece zdrowotnej zamkniętej. W wynikach własnych 47% respondentów oceniło dyspozycję czasową na potrzeby pacjenta jako dobrą.

Ważnym elementem w określeniu poziomu świadczonej opieki pielęgniarskiej jest znajomość praw pacjenta przez personel pielęgniarski. Przeprowadzone badania pokazały, że największy odsetek badanych osób (41%) zna prawa pacjenta w stopniu dobrym, a 5% prawa te zna na poziomie miernym. Z kolei badania R. Ślusarza i wsp. [5] dowodzą, iż 81,5% pielęgniarek ma wiedzę o przysługujących prawach pacjentowi, a 5% ogółu badanych praw tych nie zna. Według tego samego autora, znacznie lepiej kształtuje się obowiązek informowania pacjenta o przysługujących mu prawach – 51,9% ankietowanych czynność tą wykonuje, a 48,1% badanych nie robi tego w ogóle. W badaniach własnych otrzymano podobne dane w tej kwestii (odpowiednio – 60% i 40%). Podobnie podaje T. Borkowski-Kalwas i wsp. [10] – w większości zakładów opieki zdrowotnej (dokładnie 22), w których zatrudnione były ankietowane pielęgniarki, pacjenci są informowani o swoich prawach, a w 11 z nich – nie (1 osoba udzieliła odpowiedzi „nie wiem”).

## Wnioski

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Czas oczekiwania na łóżko w oddziale neurochirurgii nie jest określony jednoznacznie.
2. Prawie cała badana grupa zapoznaje pacjenta z topografią oddziału, jeżeli jego stan na to pozwala.
3. Prawa pacjenta znane są większości osób badanych na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Jednak tylko ponad połowa badanych informuje pacjentów o przysługujących im prawach.
4. Prawie cała badana grupa szanuje godność osobistą pacjenta i zapewnia dyskrecję.
5. Wszystkie badane osoby starają się dysponować czasem w chwili, gdy pacjent ich potrzebuje.
6. Oceny dotyczące udzielania informacji o dalszej samoopiece w domu są różnicowane.

Opieka pielęgniarska stanowi jeden z najszerszych obszarów świadczeń zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Pomimo, że samooceena badanej grupy pielęgniarek i pielęgniarzy wypadła na poziomie dobrym, to i tak o ostatecznej ocenie świadczonej opieki zdecydują pacjenci przebywający na oddziale neurochirurgii.

## Piśmiennictwo

1. Ślusarz R., Szewczyk M. T.: *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*. Borgis, Warszawa, 2006.
2. Beuth W., Ślusarz R.: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego (z elementami kliniki i rehabilitacji)*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 2002.
3. Szumska M.: Komunikacja z pacjentem na oddziale szpitalnym w świetle oceny lekarzy, pielęgniarek i pacjentów na przykładzie sześciu polskich szpitali. *Piel. Pol.*, 2005, 2, 20: 430–434.
4. Lenartowicz H.: *Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarstwa*. K. Zahradniczek: *Pielęgniarstwo*. PZWL, Warszawa, 2004, 185–227.
5. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H.: Jakość opieki pielęgniarstwa w opinii pielęgniarek. *Valet. Post. Med. Kl. I Wojsk.*, 2002, 7, 3: 84–89.
6. Piątek A., Błaszczak M.: Realizacja funkcji edukacyjnej pielęgniarki w szpitalu a przygotowanie pacjenta do samoopieki. *Zdr. Publ.*, 2003, 113, 3/4: 221–225.
7. Szczerbińska K.: Edukacja zdrowotna pacjentów – nowa jakość. *Antid.*, 1996, 11, 12: 34–45.
8. Baczewska B., Kropornicka B., Turowski K.: Promowanie zdrowia fizycznego i emocjonalnego chorych z nowotworem mózgu pielęgnowanych metodą tradycyjną i metodą procesu pielęgnowania. *Annales UMCS, Lublin*, 2002, 57, supl. 11: 45–51.
9. Kropornicka B., Baczewska B., Turowski K.: Nadzorowanie osób sprawujących opiekę nad chorymi z dyskopatią lędźwiową w ocenie audytowej. *Annales UMCS, Lublin*, 2002, 57, supl. 11: 141–148.
10. Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M.: Pielęgniarki o problemach swojej pracy. *Antid.*, 1998, 7, 5: 57–60.

Dariusz Jatzak<sup>1</sup>, Robert Ślusarz<sup>2</sup>, Małgorzata Józwicka<sup>3</sup>

## Subiektywna ocena dolegliwości bólowych po zabiegu neurochirurgicznym – doniesienia wstępne

### Wstęp

Komisja Taksonomii Bólu (IASP) zdefiniowała ból jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne spowodowane uszkodzeniem lub zagrożeniem uszkodzenia tkanek, bądź odnoszone do takiego uszkodzenia [1]. Jest to zjawisko psychosomatyczne, w którym oprócz wrażenia zmysłowego (element somatyczny), istnieje spostrzeżenie bólu (element poznawczy) oraz towarzyszące mu uczucie przykrości (element emocjonalny) [2].

Ból przedoperacyjny, dokładnie zlokalizowany, wywołany jest przez bodźce nocyceptywne nie powodujące chirurgicznego uszkodzenia tkanek [3]. Natomiast ból pooperacyjny jest złożoną reakcją fizjologiczną na uraz tkanek towarzyszący manipulacjom z pola operacyjnego [4]. Jest on uwarunkowany nie tylko obecnością rany pooperacyjnej, ale również szeregiem czynników podmiotowych (np. profilem psychologicznym pacjenta, uprzednimi doświadczeniami związanymi z bólem) oraz środowiskowych (np. warunki hospitalizacji) [5].

### Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie problematyki bólu pooperacyjnego w subiektywnej ocenie badanych. Cele szczegółowe obejmowały zagadnienia dotyczące oceny dolegliwości bólowych przed i po zabiegu operacyjnym w neurochirurgii. Problemy badawcze sformułowano w postaci pytań:

1. Czy istnieje różnica w natężeniu dolegliwości bólowych przed i po zabiegu?
2. Czy istnieje różnica w dobowym występowaniu dolegliwości bólowych przed i po zabiegu?

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego WSHE we Włocławku

<sup>2</sup> Wydział Zdrowia Publicznego WSHE we Włocławku

<sup>3</sup> Oddział Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku

3. Czy ból ma wpływ na wydolność funkcjonalną chorego przed i po zabiegu?
4. Czy istnieje różnica w występowaniu dodatkowych dolegliwości towarzyszących bólowi przed i po zabiegu?
5. Czy istnieje różnica w czynnikach zmniejszających dolegliwości bólowe przed i po zabiegu?
6. Czy istnieje różnica w czynnikach wyzwalających dolegliwości bólowe przed i po zabiegu?

## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono w Oddziale Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku na grupie 32 pacjentów operowanych z powodu zespołów bólowych kręgosłupa.

W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem ankiety. W celu zgromadzenia informacji dotyczących subiektywnych odczuć badanych na temat dolegliwości bólowych przed i po zabiegu operacyjnym (czas występowania dolegliwości bólowych, dolegliwości towarzyszących bólowi oraz czynniki zmniejszające i wyzwalające dolegliwości bólowe), skonstruowano Kwestionariusz Ankiety, zawierający pytania związane z wyżej wymienionymi obszarami. Do oceny natężenia dolegliwości bólowych przed i po zabiegu operacyjnym zastosowano zmodyfikowaną dla potrzeb badania wizualno-analogową skalę bólu *Visual Analogue Scale* (VAS) [6], gdzie 0 oznacza brak bólu, 1–3 oznacza ból o natężeniu słabym, 4–7 oznacza ból o natężeniu silnym oraz 8–10 oznacza ból o natężeniu bardzo silnym. Do oceny wydolności funkcjonalnej chorego przed i po zabiegu operacyjnym zastosowano *Skalę Wydolności Funkcjonalnej* (SWF) [7], gdzie 1 oznacza pacjentów samowystarczalnych, w pełni niezależnych, a 4 oznacza pacjentów wymagających intensywnej opieki, niewydolnych funkcjonalnie. Pacjenci zostali poddani badaniu trzykrotnie tzn.: Pomiar I odbył się w dniu przyjęcia na oddział, Pomiar II odbył się w 3 dobie po zabiegu operacyjnym i Pomiar III odbył się w dniu wypisu z oddziału.

## **Wyniki**

Z analizy danych zawartych w tabeli 1 wynika, iż bardzo silny ból w I pomiarze dotyczył 63% badanej grupy, natomiast 9% badanych wskazało na ból słaby. W II pomiarze najwięcej, bo 56% badanej grupy, wskazywało na ból silny, natomiast tylko 6% na ból bardzo silny. W III pomiarze u 63% badanych respondentów występował ból słaby, a u 9% ból silny.

Tabela 2 przedstawia dane dotyczące czasu występowania dolegliwości bólowych. U większości pacjentów ból miał charakter ciągły (występował w dzień i w nocy), co dotyczyło 44% ankietowanych, a najslabiej ból był odczuwany w ciągu nocy, co stwierdziło 25% ankietowanych. Analizując dobowy rozkład wystę-

**Tabela 1. Ocena natężenia bólu przed i po zabiegu**

| Stopień natężenia bólu (VAS) | Pomiar I |     | Pomiar II |     | Pomiar III |     |
|------------------------------|----------|-----|-----------|-----|------------|-----|
|                              | n        | %   | n         | %   | n          | %   |
| 0 (brak bólu)                | 0        | 0   | 0         | 0   | 4          | 12  |
| 1–3 (ból słaby)              | 3        | 9   | 12        | 38  | 20         | 63  |
| 4–7 (ból silny)              | 9        | 28  | 18        | 56  | 5          | 16  |
| 8–10 (ból bardzo silny)      | 20       | 63  | 2         | 6   | 3          | 9   |
| Razem                        | 32       | 100 | 32        | 100 | 32         | 100 |

**Tabela 2. Ocena dobowego występowania bólu przed i po zabiegu**

| Dobowe występowanie  | Pomiar I |     | Pomiar II |     | Pomiar III |     |
|----------------------|----------|-----|-----------|-----|------------|-----|
|                      | n        | %   | n         | %   | n          | %   |
| brak bólu            | 0        | 0   | 0         | 0   | 4          | 12  |
| dzień                | 10       | 31  | 9         | 28  | 20         | 63  |
| noc                  | 8        | 25  | 15        | 47  | 5          | 16  |
| ciągły (dzień i noc) | 14       | 44  | 8         | 25  | 3          | 9   |
| Razem                | 32       | 100 | 32        | 100 | 32         | 100 |

powania bólu w pomiarze III można stwierdzić, że największe nasilenie dolegliwości bólowych dotyczyło dnia (63% ankietowanych).

Kolejnym analizowanym problemem była ocena wpływu bólu na wydolność funkcjonalną chorego w okresie okołoperacyjnym. Respondenci stwierdzili, iż wpływ dolegliwości bólowych na ich funkcjonowanie przed zabiegiem (pomiar I) był większy niż po operacji (pomiar III). W obu przypadkach wyniki prezentowały się następująco: 47% badanych przed operacją stwierdziło znaczną zależność w tej kwestii, zaś w okresie pooperacyjnym 47% chorych oceniło wpływ bólu na wydolność funkcjonalną jako niezależność pełną (czyli pacjent samowystarczalny). Przed operacją tylko 9% badanych zauważyło, że jest samowystarczalna (jest zupełnie niezależna), po zabiegu tak oceniło 47% chorych. Pacjentów w pełni zależnych (wymagających intensywnej opieki) przed operacją (pomiar I) było 11 (35%), po zabiegu operacyjnym pacjentów zakwalifikowanych do tej kategorii nie było (pomiar II i III) (tabela 3).

Z analizy pomiaru I wynika, że najczęstszymi dolegliwościami towarzyszącymi bólowi był: lęk, strach i obawa, i zgłaszało je aż 53% badanych, natomiast najmniej ankietowanych zgłaszało duszność – tylko 6%. W pomiarze II najwięcej osób uznało, że bólowi towarzyszy bezsenność – 31%, a u 3% występuje drażliwość i nadmierne napięcie emocjonalne oraz wzrost temperatury ciała. W pomiarze III (podobnie jak w pomiarze II) najczęściej zgłaszaną dolegliwością była

**Tabela 3. Ocena wpływu bólu na wydolność funkcjonalną przed i po zabiegu**

| Wpływ bólu na wydolność funkcjonalną (SWF)             | Pomiar I |     | Pomiar II |     | Pomiar III |     |
|--|----------|-----|-----------|-----|------------|-----|
|  | n        | %   | n         | %   | n          | %   |
| 0 (brak bólu)  | 0        | 0   | 0         | 0   | 4          | 12  |
| 1 (niezależność pełna, pacjent samowystarczalny)       | 3        | 9   | 7         | 22  | 15         | 47  |
| 2 (częściowa zależność)                                | 3        | 9   | 21        | 66  | 12         | 38  |
| 3 (znaczną zależność)                                  | 15       | 47  | 4         | 12  | 1          | 3   |
| 4 (zależność pełna, pacjent wymaga intensywnej opieki) | 11       | 35  | 0         | 0   | 0          | 0   |
| Razem  | 32       | 100 | 32        | 100 | 32         | 100 |

**Tabela 4. Ocena dolegliwości towarzyszących bólowi przed i po zabiegu**

| Dolegliwości towarzyszące bólowi               | Pomiar I |    | Pomiar II |    | Pomiar III |    |
|--|----------|----|-----------|----|------------|----|
|  | n        | %  | n         | %  | n          | %  |
| 1. kołatanie serca                             | 3        | 9  | 3         | 9  | 1          | 3  |
| 2. nudności/wymioty                            | 6        | 19 | 3         | 9  | 0          | 0  |
| 3. duszność                                    | 2        | 6  | 3         | 9  | 1          | 3  |
| 4. zaparcia                                    | 10       | 31 | 5         | 16 | 2          | 6  |
| 5. brak apetytu                                | 8        | 25 | 5         | 16 | 3          | 9  |
| 6. pocenie się                                 | 11       | 34 | 3         | 9  | 0          | 0  |
| 7. wzrost temperatury                          | 3        | 9  | 1         | 3  | 0          | 0  |
| 8. złe samopoczucie                            | 13       | 41 | 5         | 16 | 4          | 12 |
| 9. strach, lęk, obawa                          | 17       | 53 | 2         | 6  | 0          | 0  |
| 10. bezsenność                                 | 11       | 34 | 10        | 31 | 5          | 16 |
| 11. nadmierna senność                          | 0        | 0  | 0         | 0  | 1          | 3  |
| 12. nadmierne napięcie emocjonalne, drażliwość | 7        | 21 | 1         | 3  | 3          | 9  |

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badane osoby mogły udzielać wielu odpowiedzi  
n – ilość odpowiedzi

bezsenność i występowała ona u 16% ankietowanych, natomiast najrzadziej pojawiała się: duszność, nadmierna senność oraz kołatanie serca – u 3% badanych.

Analizując dane w tabeli 5 możemy stwierdzić, iż w pomiarze I największy wpływ na zmniejszenie bólu miał brak ruchu, co stwierdziło 47% ankietowanych, natomiast tylko 6% badanych wskazuje, iż dolegliwości bólowe niweluje muzyka. W pomiarze II najbardziej znaczący wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych miał odpoczynek – 44%, natomiast jedynie 3% ankietowanych wskazało muzykę. W pomiarze III najbardziej znaczący dla złagodzenia bólu był sen – 28% badanych, natomiast najmniejsze znaczenie miały ćwiczenia ruchowe – 3% ankietowanych.

**Tabela 5. Czynniki zmniejszające dolegliwości bólowe przed i po zabiegu**

| Czynniki zmniejszające ból | Pomiar I |    | Pomiar II |    | Pomiar III |    |
|----------------------------|----------|----|-----------|----|------------|----|
|                            | n        | %  | n         | %  | n          | %  |
| 1. sen                     | 12       | 38 | 13        | 41 | 9          | 28 |
| 2. odpoczynek              | 11       | 34 | 14        | 44 | 6          | 19 |
| 3. brak ruchu              | 15       | 47 | 8         | 25 | 5          | 16 |
| 4. rozmowa z pielęgniarką  | 3        | 9  | 7         | 21 | 5          | 16 |
| 5. odwiedziny rodziny      | 8        | 25 | 11        | 34 | 6          | 19 |
| 6. cisza, spokój           | 7        | 21 | 7         | 21 | 5          | 16 |
| 7. ćwiczenia ruchowe       | 0        | 0  | 9         | 28 | 1          | 3  |
| 8. muzyka                  | 2        | 6  | 1         | 3  | 0          | 0  |
| 9. zimne okłady            | 4        | 12 | 0         | 0  | 0          | 0  |

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badane osoby mogły udzielać wielu odpowiedzi  
n – ilość odpowiedzi

**Tabela 6. Czynniki wyzwalające dolegliwości bólowe przed i po zabiegu**

| Czynniki wyzwalające ból | Pomiar I |    | Pomiar II |    | Pomiar III |    |
|--------------------------|----------|----|-----------|----|------------|----|
|                          | n        | %  | n         | %  | n          | %  |
| 1. hałas                 | 11       | 34 | 9         | 28 | 3          | 9  |
| 2. bezsenność            | 14       | 44 | 8         | 25 | 5          | 16 |
| 3. ruch                  | 20       | 63 | 12        | 38 | 8          | 25 |
| 4. posiłek               | 1        | 3  | 0         | 0  | 0          | 0  |
| 5. niepewność            | 4        | 12 | 2         | 6  | 3          | 9  |
| 6. zmiana opatrunku      | 1        | 3  | 5         | 16 | 0          | 0  |
| 7. beczynność            | 0        | 0  | 1         | 3  | 0          | 0  |
| 8. inne                  | 0        | 0  | 1         | 3  | 0          | 0  |

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badane osoby mogły udzielać wielu odpowiedzi  
n – ilość odpowiedzi

Z analizy danych zawartych w tabeli 6 wynika, iż w pomiarze I ruch wyzwał dolegliwości bólowe u 63% pacjentów, natomiast najmniejszy wpływ na występowanie bólu miała zmiana opatrunku i spożywanie posiłku – 3% badanych. W pomiarze II pacjenci wskazywali, iż czynnikiem wyzwalającym ból jest ruch – 38%, a najmniejszy wpływ miała beczynność – 3%. Z pomiaru III wynika, że u 25% badanych ruch wywoływał dolegliwości bólowe, natomiast najmniejsze znaczenie miał hałas i niepewność – 9%.

### Omówienie

Ból jest nieprzyjemnym, czuciowym i emocjonalnym doznaniem związanym z istniejącym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek [4]. Z praktycznego punktu widzenia ważna jest analiza relacji człowieka cierpiącego na ból. Próg

tolerancji bólu oznacza największe natężenie bólu, które człowiek cierpiący określa jako „jeszcze do zniesienia”. Wartość tego progu jest zmienna i zależy od wielu czynników, w tym zwłaszcza od aktualnego stanu emocjonalnego, któremu w okresie okołoperacyjnym często towarzyszy lęk i niepokój, potęgujący natężenie bólu [8]. Na stopień odczuwania bólu przez chorego w istotny sposób wpływa zarówno lokalizacja zabiegu, jego rozległość, stopień traumatyzacji tkanek, kierunek cięcia skórniego, jak i stosowanie w okresie przedoperacyjnym tzw. analgezji z wyprzedzeniem. Ważny jest również przedoperacyjny poziom endogennych opioidów, poziom neurotyzmu oraz stopień uświadomienia pacjenta o czekających go dolegliwościach bólowych [3, 9].

Wyniki uzyskanych badań wskazują, iż wpływ bólu na funkcjonowanie przed zabiegiem operacyjnym był większy niż po operacji. Można uznać, że wiąże się to z większym nasileniem i zwiększoną częstotliwością występowania dolegliwości bólowych przed zabiegiem. Spośród analizowanych dolegliwości towarzyszących bólowi istotnymi okazały się: strach, lęk, obawa, złe samopoczucie, pocenie się oraz bezsenność zarówno przed zabiegiem jak i w dniu wypisu z oddziału. Liczne badania kliniczne potwierdzają, że to właśnie lęk jest czynnikiem, który może modyfikować ból.

Badania przeprowadzone przez Breś i wsp. [10], na grupie 50 pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych, hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii wykazały, że: charakter bólu był zmienny w zakresie natężenia, czasu występowania i odczuć chorego oraz, iż ból w okresie pooperacyjnym występował u większości badanych.

Badania przeprowadzone w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr A. Jurasza CM w Bydgoszczy na grupie 94 chorych operowanych z powodu guza mózgu i tętniaka śródczaszkowego [11], są zbieżne z uzyskanymi wynikami badań własnych dotyczącymi natężenia dolegliwości bólowych przed i po zabiegu operacyjnym. W badaniach bydgoskich u większości chorych przed zabiegiem operacyjnym występowało znaczne stopnia natężenie dolegliwości bólowych, natomiast po zabiegu operacyjnym większość badanych wykazywała ból o niewielkim natężeniu. Badania wykazały również, że umiejscowienie bólu, czas występowania dolegliwości bólowych oraz pozycja ciała chorego są statystycznie istotnymi czynnikami różnicującymi występowanie bólu u pacjentów po zabiegu neurochirurgicznym.

## Wnioski

1. Stopień natężenia dolegliwości bólowych przed zabiegiem operacyjnym był znacznie większy w porównaniu z okresem po zabiegu. W dniu wypisu z oddziału zdecydowana większość pacjentów odczuwała ból o słabym natężeniu.
2. Istnieje różnica w dobowym występowaniu dolegliwości bólowych przed i po zabiegu. W większości przypadków ból występujący przed zabiegiem



operacyjnym miał charakter ciągły (dzień i noc). Po zabiegu ból najczęściej występował w ciągu dnia.

3. Ból w istotny sposób ograniczał wydolność funkcjonalną chorego przed zabiegiem w porównaniu z okresem po operacji. Oznacza to, że w okresie przed zabiegiem ból utrudniał samodzielne funkcjonowanie pacjenta w czynnościach życia codziennego.
4. Istnieje różnica w występowaniu dodatkowych dolegliwości towarzyszących bólowi przed i po zabiegu. W okresie przedoperacyjnym częściej pojawia się: strach, lek i obawa, a także złe samopoczucie oraz bezsenność.
5. Nie ma znaczących różnic w występowaniu czynników zmniejszających ból przed i po zabiegu. Najczęściej wskazywane czynniki to: ograniczenie ruchu, odpoczynek, sen.
6. Nie ma znaczących różnic w występowaniu czynników wyzwalających ból przed i po zabiegu. Najczęściej udzielane odpowiedzi to: ruch i bezsenność.

## Piśmiennictwo

1. Merskey H.: The definition of pain. *European Journal of Psychiatry*, 1991, 6, 153.
2. De Walden-Gałuszko K.: Psychologiczne aspekty bólu. *Przewodnik Lekarza*. 2001, 4, 58–59.
3. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Ból po zabiegach operacyjnych. *Przegląd Urologiczny*. 2003, 3, 50–58.
4. Gaca M., Kokot N. Leczenie bólu pooperacyjnego. *Problemy Lekarskie*. 1996, 3, 141–152.
5. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2005, 1 (19), 9–14.
6. Manniche C., Asmussen K., Lauritens B., Vinterberg H., Kreiner S., Jordan A.: Low back pain rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. *Pain*. 1994, 57, 317–326.
7. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H. A.: Psychometryczne właściwości skali wydolności funkcjonalnej. *Valetudinaria Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*. 2003, 3–4, 100–104.
8. De Walden-Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
9. Golec A., Dobrogowski J., Kokot N.: Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski*. 2000, 57, 4, 211–214.
10. Breś M., Lorencowicz R., Parzyszek B., Turowski K.: Ból głowy u chorych przed i po operacji guza mózgu. [w:] Konieczny J., Bartuzi Z.: Leczenie, pielęgnowanie i zarządzanie – wybrane elementy opieki nad pacjentem. Bydgoszcz, 2006, 398–403.
11. Ślusarz R., Woźniak B., Beuth W., Barczykowska E., Biercewicz M., Woźniak A., Kasprzak H. A.: Problem bólu u pacjentów z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym. *Annales UMCS*. 2005, Supl. 16, 476–480.



*Problemy opieki  
paliatywnej/hospicyjnej*





Jacek Łuczak<sup>1</sup>

## Co to jest leczenie objawowe/paliatywne oraz opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?

### Definicje

**Leczeniem objawowym** (ang. symptom management) – określamy postępowanie ukierunkowane na uśmierzanie bólu, duszności i innych dokuczliwych objawów towarzyszących ostrym i przewlekłym chorobom, w tym również chorobie nowotworowej.

**Leczeniem paliatywnym** (pallium łac. – płaszcz obszerny, **palliatus** płaszcz otulający cierpiącego chorego, ang palliative treatment) nazywamy postępowanie mające na celu złagodzenie, zmodyfikowanie oznak, w tym objawów postępującej, nie poddającej się leczeniu przyczynowemu choroby przewlekłej, postępującej o niekorzystnym rokowaniu. W tym również zaawansowanej chorobie nowotworowej.

Oba te określenia zazębiają się i obejmują podobne obszary działalności.

**Leczenie paliatywne jest ukierunkowane na niesienie ulgi w cierpieniu – uśmierzanie dolegliwości i jest ważną składową leczenia objawowego** (np. paliatywna radioterapia u chorych z bólem kostnym w przerzutach do kości ma działanie przeciwbólowe).

**Opieka paliatywna i hospicyjna (OPH) są określeniami jednoznacznymi (WHO)**

OPH obejmuje wszechstronne działania interdyscyplinarnego zespołu mające na celu zaspakajanie potrzeb: somatycznych (uśmierzanie bólu, duszności i innych objawów), psychosocjalnych oraz duchowych poprzez wczesne ustalenie potrzeb, zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu chorym na przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby (PPZZCH), nie tylko w zaawansowanej chorobie nowotworowej oraz wsparcie ich rodzin. Celem jest tu poprawa jakości życia (WHO, 2002).

---

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Opieka paliatywna znajduje zastosowanie również we wcześniejszych stadiach postępujących przewlekłych chorób **równocześnie z terapią mającą na celu przedłużenie życia chorego**. Zapobiec cierpieniu można poprzez wczesne rozpoznawanie objawów i ich skuteczne leczenie, np. wczesne włączenie silnych opioidów w bólu umiarkowanym do silnego (może zapobiec zmianom w układzie przewodzenia bólu w OUN – „chronizacji bólu”) lub postępowanie mające na celu prewencję kompresji rdzenia związanej z przerzutami do kręgosłupa (podawanie glikokortykoidów, radioterapia, stabilizacja złamanych kręgosłupów).

Wg Rekomendacji Rady Europy dotyczących organizacji opieki paliatywnej – Re 2003 (24) paliatywna oznacza opiekę „maskującą” skutki nieuleczalnej, postępującej choroby i otulenie płaszczem chorych porzuconych, którym nie może już pomoc medycyna ukierunkowana na wyleczenie.

**hospicjum** (łac.) hospes – gość, gościnność, ang. hospitality, pokrewne – hospital.

*Nowoczesny rozwój opieki hospicyjnej datuje się od czasu założenia w 1967 roku przez Dame Cicely Saunders Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie. Nazwa opieka paliatywna została wprowadzona przez chirurga onkologa Baflour Mount, który w 1973 roku założył pierwszy oddział opieki paliatywnej w Montrealu. W Polsce początki sięgają 1976 roku (grupa wolontariuszy przy kościele Arka Pana w Binczycach Nowej Hucie, w 1981 roku powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Krakowie, 1984 z inicjatywy śp. ks. E. Dutkiewicza powstało pierwsze hospicjum domowe w Gdańsku, w 1985 roku podobne w Poznaniu. Pierwszy zespół opieki paliatywnej domowej z poradnią utworzono w Poznaniu przy Klinice Onkologii w 1987 r. poszerzony w 1991 roku o oddział 7 łóżkowy i pierwszą Klinikę Opieki Paliatywnej z programem szkolenia studentów medycyny. Obecnie w Polsce istnieje około 500 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym 7 w oparciu o akademie medyczne.*

**Opieka u schyłku życia** (ang. *End of Life Care*) nie jest tożsama z OPH, jednak stanowi istotną jej składową i znajduje zastosowanie w opiece nad chorym bliskim śmierci (ostatnie tygodnie/dni życia), jednak ciągle żyjącym i wymagającego bardzo starannej, profesjonalnej opieki i leczenia paliatywnego; leczenie przedłużające życie stanowi z reguły w tym czasie uporczywą, nieprzydatną, szkodliwą terapię (futile treatment Sykes). Używanie tego terminu równoznacznie z OPH oraz określenia „opieka terminalna” (nazewnictwo o negatywnym wydźwięku) jest niewłaściwe.

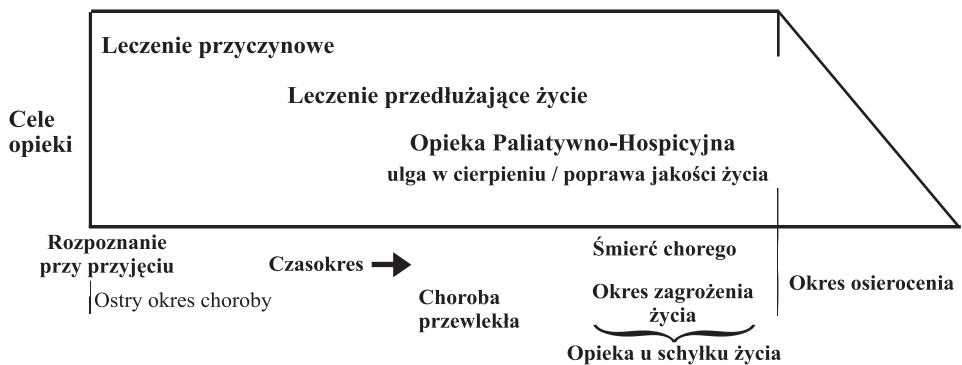
**Medycyna paliatywna** jest specjalizacją medyczną (W. Brytania 1987, Polska 1998) ukierunkowaną na całościową opieką i leczenie (objawowe) chorego z PPZZCH wraz z zaspakajaniem potrzeb rodziny za życia i po śmierci chorego. Od 1998, w Polsce **opieka paliatywna** jest również specjalnością pielęgniarską.

**Opieka wspierająca** (supportive care) polega na wszechstronnych działaniach mających na celu udzielenie pomocy chorym korzystającym z leczenia

onkologicznego, a jednym z głównych zadań jest zwalczanie i prewencja następstw – niepożądanych tego leczenia (chemioterapii, radioterapii), takich jak – nudności, wymioty, biegunki, osłabienie, infekcje, zaburzenia układu krążenia, leukopenia, spadek liczby płytek i niedokrwistość, zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów w tym brak łaknienia. Jednym z ważnych czynników jest tu leczenie niedożywienia (stosowanie żywienia pozajelitowego) wywołanego lub nasilonego terapią onkologiczną.

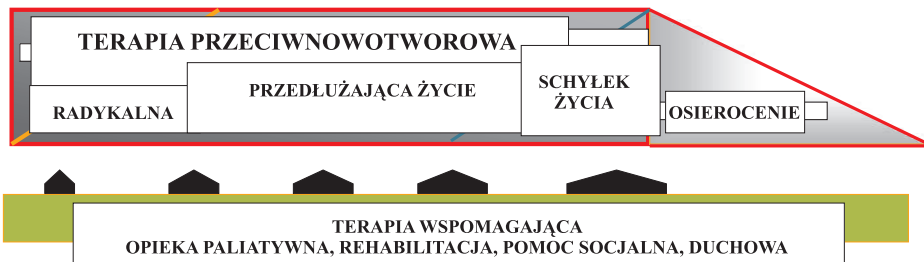
Poniżej schemat **model** postępowania/leczenia – modyfikacja schematu The role of hospice palliative care during illness and bereavement, J Pain Symptom Manage 2002; 24: 108.123.

### Schemat postępowania w przewlekłych, postępujących, zagrażających życiu chorobach



Źródło: Modyfikacja schematu The role of hospice palliative care during illness and bereavement, J Pain Symptom Manage 2002; 24: 108.123.

### Model „Sheffield” postępowania w chorobie nowotworowej



Źródło: Achmedzai S. New approaches to pain control in patients with cancer. Eur J. Cancer 1997 33: s 8–14. (suppl 6).

## Wskazania, opis postępowania

**Leczenie objawowe (LO)** mające długotrwałe, sięgające starożytności tradycje (opium w leczeniu bólu stosowano już przed 5 tysiącami lat, morfinę od 1803 roku) stanowi nieodłączną składową sztuki lekarskiej, stosowane zarówno w zachorowaniach błahych (środki przeciwgorączkowe, leki zmniejszające sekrecję wydzieliny w infekcjach górnych dróg oddechowych, środki rozkurczowe stosowane w kolce brzusznej), jak i poważnych, ostrych (podawanie morfiny w bólu w zawale serca, obrzęku płuc, tlenoterapia w niewydolności oddechowej przy saturacji poniżej 90%), w szczególności zaś w przewlekłych schorzeniach w różnym okresie zaawansowania i wyleczalności choroby.

Ustalono, że 30–50% chorych na nowotwory w okresie leczenia przyczynowego (radykałnego) odczuwa bóle wymagające stosowania analgetyków, zazwyczaj opioidowych (Foley). Istotne znaczenie ma prewencja i skuteczne leczenie przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym, co może zapobiegać wystąpieniu bólu fantomowego i umożliwić wczesną rehabilitację. LO stanowi ważny element postępowania (z reguły w łączności z innymi komponentami całościowej opieki paliatywnej) w leczeniu bólu, duszności, wymiotów, niepokoju i innych dokuczliwych objawów (jest ich nawet do 30 w zaawansowanej chorobie nowotworowej). Obok najważniejszej w leczeniu bólu monitorowanej farmakoterapii, istotną rolę w leczeniu łagodzącym objawy odgrywają różnego rodzaju paliatywne terapie/zabiegi (leczenie paliatywne). Spośród metod nefarmakologicznych **leczenia objawów (LO)** należy wymienić stosowanie **leczenia paliatywnego (LP)**: paliatywnej radioterapii i izotopów w leczeniu bólu kostnego, stabilizację złamań patologicznych – zabiegi paliatywne ortopedyczne i neurochirurgiczne (implanty w obrębie kręgosłupa mogące zapobiec zespołowi ucisku rdzenia kręgowego)

W leczeniu objawowym (LO) stosuje się również inwazyjne metody leczenia bólu. Analgezja zewnątrzoponowa ciągła, neurolizy, termolezja znajdują zastosowanie u kilku do kilkunastu % chorych, u których niewystarczające jest leczenie *farmakologiczne prowadzone wg zasad zalecanych przez WHO w oparciu o trzystopniową drabinę analgetyczną wprowadzoną w 1986 roku, gdzie naczelnym miejscem w leczeniu bólu umiarkowanego do silnego odgrywa morfina o szybkim uwalnianiu oraz preparaty morfiny o zmodyfikowanym działaniu, oraz inne silne cenne opioidy szczególnie przydatne w rotacji opioidowej – fentanyl i buprenorfina stosowane przezskórnie oraz metadon szczególnie przydatny w bólach neuropatycznych, metadon* (silne opioidy uznane jako najważniejsze przez międzynarodowych ekspertów IAHP przygotowujących dla WHO rekomendacje o lekach stosowanych w opiece paliatywnej).

Przy stosowaniu opioidów w plastrach (fentanyl, buprenorfina) – wygodnej formie dla chorych, należy pamiętać o równoczesnym zaopatrzeniu chorego w morfinę o szybkim działaniu (najlepiej roztwór doustny), którą należy podawać w bólu przebijającym (1/6 dawki dobowej analgetyka opioidowego). U cho-



rych otrzymujących plastry fentanylu o uwalnianiu 25 mcg/godz. dawka dobową fentanylu odpowiada ok. 60 mg morfiny, dawka ratująca morfiny podana w bólu przebijającym wynosi  $60:6 = 10 \text{ mg} = 2 \text{ ml}$  roztworu (Rp poniżej).

Rp

*Morphini hydrochlorici 0.5*

*Aquae dest ad 100,0*

*Słownie pięćset miligramów chlorowodoru morfiny w roztworze wodnym*

*Lek pobiera się z butelki strzykawką i podaje do wypicia łącznie z małą ilością płynu. 1 ml zawiera 5 mg. W zależności od dawek można przygotowywać również bardziej stężone roztwory np. 1 lub 2 gramy w 100 ml wody destylowanej. Roztwór morfiny jest stabilny w temperaturze pokojowej przez okres ok. 3 miesięcy.*

*Można również podać tabletkę morfiny szybko działającej zawierającej 10 lub 20 mg morfiny*

W leczeniu objawów innych niż ból, również u chorych onkologicznych najważniejszą rolę odgrywa farmakoterapia. Zastosowanie mają tu antyemetyki dobierane w zależności od przyczyny wywołującej, podawane również prewencyjnie (przed włączeniem chemioterapii i leczenia opioidami – podaje się tu rutynowo 3 razy 10 mg metoklopramid), poprawiające łaknienie, przeczyszczające, środki uspokajające, antypsychotyczne, nasenne. Leki podawane są **zazwyczaj doustnie**, jednak przy trudnościach w połykaniu metodą z wyboru jest droga podskórna przy użyciu igły motylek i infuzora kieszonkowego lub dożylna w przypadku trudnych do kontrolowania objawów. Leki kompatybilne podaje się w sposób ciągły zmieszane w jednej strzykawce (np. tramadol lub morfina łącznie z buskoliną lub metoklopramidem). Droga dożylna znajduje zastosowanie u chorych zaopatrzonych w kontakt centralny, w tym w port. Unikamy podawania leków we wstrzyknięciach domięśniowych, aby nie narażać chorych na niepotrzebny ból.

Należy tu uwzględnić **sedację paliatywną** – postępowanie **stosowane w uzgodnieniu z chorym i jego bliskimi** w przypadkach nie dającego się opanować cierpienia (zazwyczaj dotyczy to narastającej duszności wywołanej rozświeżeniem płucnym, np. limfangiozą płucną, napadach paniki w okresie umierania, ale również jako postępowanie doraźne w b. silnym słabo reagującym na opioidy bólu, np. bólu o charakterze tenesma w naciekaniu pęcherza moczowego, odbytnicy oraz ucisku na splot krzyżowo-lędźwiowy i w zespole ostrego ucisku na korzeń nerwowy – do czasu zastosowania skutecznej terapii p. bólowej, np. analgezji zewnątrzoponowej). Lekiem z wyboru w sedacji paliatywnej jest propofol (niebarbituranowy, ultrakrótko działający, środek usypiający) po zastosowaniu wstępnych frakcjonowanych dawek wywołujących sen (u chorych w ciężkim stanie jedno lub wielorazowo 10–20–30 mg) podawany w ciągłej infuzji dożylniej w dawce 10–100 mg/godzinę. Terapia ta powinna być monitorowana (pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, częstości oddechów, pulsoksymetria ciągła, po-

dawanie tlenu). Wymagane jest, aby sedacja wdrażana była na oddziale (oddział opieki paliatywnej) pod nadzorem lekarza anestezjologa.

## Leczenie paliatywne

Leczenie paliatywne (LP) stanowi istotną składową postępowania u chorych na przewlekłe, postępujące, ograniczające życie schorzenia o różnym czasie przeżycia. W schematach postępowania onkologicznego odnosi się z reguły do IV stadium zaawansowania choroby. Wyróżnia się następujące paliatywne leczenie/zabiegi:

- **chirurgiczne:** m.in. zabiegi omijające guz, wylanianie stomii (w raku przełyku, niedrożności jelit), przetoki nerkowe, zabiegi endoskopowe: zakładanie stentów dojelitowych, do dróg żółciowych, przewodu trzustkowego, oskrzeli, przełyku, przezskórna gastrostomia oraz zabiegi stabilizujące złamania patologiczne kończyn, kręgow, endoprotezy, częściowe resekcje guza, usunięcie zmian przerzutowych (np. wątroby, płuca, mózgu), pleurodezę przy użyciu talku
- **paliatywną chemioterapię**
- **paliatywną hormonoterapię**
- **paliatywną radioterapię/terapię izotopami**
- **paliatywne leczenie obrzęku limfatycznego**

## Opieka paliatywna i hospicyjna (OPH)

Definicja opracowana przez WHO podkreśla znaczenie:

1. wczesnego objęcia chorego OPH jeszcze w okresie aktywnego lub przedłużającego życie leczenia,
2. zapobieganie cierpieniu poprzez np. wczesne skuteczne leczenie – bólu i stanów nagłych w oparciu o badania ukierunkowane na wykrycia zaburzeń biochemicznych (hiperkalcemii, mocznicy, niedotlenienia), przerzutów do OUN, kości (zapobieganie złamaniom, rozpoznanie i aktywne leczenie stanu zagrożenia uciskiem rdzenia),
3. poszerzenia OPH o chorych z przewlekłymi postępującymi chorobami nie-nowotworowymi **OPH** coraz częściej znajduje zastosowanie u chorych, u których równocześnie prowadzona jest terapia przedłużająca życie chorego

W OPH można wyróżnić:

**Postępowanie oparte na podstawowych zasadach opieki paliatywnej:** cały personel medyczny powinien znać i stosować w praktyce **podstawowe zasady** OPH.

**Specjalistyczna opieka paliatywna** sprawowana w opiece nad chorymi ze złożonymi potrzebami przez wysoko wykwalifikowany i odpowiednio wyposażony, zespół interdyscyplinarny (lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik

socjalny, kapelan, rehabilitant oraz wolontariusze) powinna być szeroka dostępna w formie poradni, domowej opieki – (konieczna jest całodobowa dostępność lekarza i pielęgniarki), stacjonarnej (oddziały OP), szpitalnego zespołu wspierającego oraz ośrodka opieki dziennej.

*Specjalistyczna-pediatryczna hospicyjna opieka domowa.* Opieka ta sprawowana w domu obejmuje dzieci ze schorzeniami ograniczającymi życie, z reguły znacznie dłuższym trwaniem choroby aniżeli u chorych dorosłych, połączona z aktywnym współudziałem rodziców i innych członków rodziny.

Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (2005) wskazania do objęcia OPH istnieją w następujących ograniczających życie schorzeniach:

1. chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową,
2. AIDS,
3. Stwardnienie zanikowe boczne,
4. Ch. Alzheimera i demencja,
5. Przewlekła niewydolność sercowa,
6. Końcowe stadium niewydolności nerek,
7. Choroby płuc z niewydolnością oddechową,
8. Wielonarządowe uszkodzenie narządów (np. niewydolność krążenia i przewlekła ch. płuc),
9. Udary mózgu (śpiączka mózgowa, stan wegetatywny, nieodwracalne – uszkodzenie mózgu, niemożność połykania, w których wymagana jest całościowa opieka).

Nie może być żadnych ograniczeń liczby chorych przyjmowanych do ośrodków opieki paliatywnej wynikających z rodzaju schorzenia (nowotworowe lub inne). Jedynym kryterium są cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe w tym narastające zaburzenia czynności fizycznej związane z postępowaniem przewlekłej choroby. W Stanach Zjednoczonych AP ok. 40% pacjentów hospicjów stanowią chorzy ze schorzeniami nienowotworowymi.

### **Cierpienia chorych z zaawansowaną, postępującą chorobą o niekorzystnym rokowaniu. Ustalenie przyczyn i postępowania**

Zaawansowana, postępująca choroba – o niekorzystnym rokowaniu stanowi wezwanie dla cierpiącego, doświadczającego kolejnych strat chorego, udręczonej rodziny oraz sprawującego opiekę i leczenie personelu medycznego, profesjonalistów i wolontariuszy zespołu OPH. Cierpieniom somatycznym (przykre, dokuczliwe objawy, niekorzystne zmiany wyglądu i postępująca niesprawność) towarzyszą negatywne emocje: smutek, przygnębienie lęk, niepokoje, bunt przechodzący w protesty i złość (dlaczego mnie to spotkało?) oraz uczucie pustki i osamotnienia zarówno w aspekcie fizycznym socjalnym, emocjonalnym, jak i egzystencjalnym – duchowym.

Chorzy ci posiadają swoją bogatą przeszłość, terażniejszość z uświadamianymi licznymi stratami związanymi z pogarszaniem się zdrowia (utrata roli w rodzinie, pracy, społeczeństwie, trudności w zaspakajaniu potrzeb, spełnianiu *nadziei*<sup>2</sup>, z którymi tak trudno się pogodzić oraz zagrożenia związane z niepewnością co do dalszego przebiegu zagrażającej życiu choroby oraz umieraniem i śmiercią.

Autorzy amerykańscy (Cherny, Foley) wymieniają szereg różnego rodzaju przyczyn cierpienia u chorych z zaawansowaną, postępującą chorobą nowotworową:

- nieuśmierzony ból i lub inne dolegliwości (postępujące osłabienie jest najczęstszym objawem),
- niepowodzenia terapii – postęp, nawrót choroby
- odstąpienie od leczenia przyczynowego – „chory/a paliatywny/a”
- postępujące zniedołężnienie, utrata funkcji, ról, niezdolność do zaspakajania potrzeb, samoobsługi, utrata atrakcyjności, deformacja ciała, zeszczenie, przykre zapachy wywołujące uczucie odrazy!, poczucie bycia ciężarem, utrata *godności*<sup>3</sup>, poczucie niższej wartości, utrata autonomii
- stygmatyzacja, izolacja społeczna
- lęk przed zbliżającym się umieraniem i śmiercią, rozstaniem
- troska o los rodziny, dokonania, finanse
- poczucie osamotnienia w aspektach somatycznych (izolacja społeczna, umieranie za parawanem), emocjonalnych (zamaskowanie postępu choroby i umierania – zmowa milczenia chory – rodzina – profesjonaliści) i duchowych (samotne wkraczanie w szeol, mrok, otchłan niewiedzy, misterium śmierci)
- poczucie bezsensu i pustki – Dlaczego Ja?
- poczucie niepokoju – odpowiedzialność za dokonane życie (Kubler-Ross)

Zaniedbania ze strony personelu medycznego: niewłaściwe komunikowanie się, medykalizacja (ograniczenie się do somatycznego aspektu choroby z pomijaniem potrzeb psychosocjalnych i duchowych), niedostatki w szkoleniu w zakre-

<sup>2</sup> Nadzieję można zdefiniować jako obejmująca wiele obszarów życia siłę życiową, oczekiwania, które są budowane na realnej ocenie trudnej sytuacji i co do których brak pewności czy się spełnią. Obiektem nadziei jest upragnione, realne do osiągnięcia dobro, ważne dla danej osoby. Nadzieja jest otwarciem na to, co może się wydarzyć. Utrwalona nadzieja na to, że śmierć nie jest kresem egzystencji człowieka ma oparcie w utrwalonej wierze. (Margaret Byrne) *Nieuzasadniony optymizm – wypieranie prawdy nie buduje nadziei*. Opieka paliatywna – pomoc w zbudowaniu realistycznej nadziei.

<sup>3</sup> **Godność: szczególna wartość człowieka** jako osoby pozostającej w relacjach interpersonalnych **nadających sens życiu** (Frankl); godność zakłada poczucie wewnętrznej wolności, autodeterminacji i odpowiedzialności. Człowiek z poczuciem godności potrafi cierpieć, sytuacje trudne przyjąć bez rozpacz, akceptując przeciwności życia (Encyklopedia Katolicka, KUL, Lublin 1989). Godność – jak sobie radzę z cierpieniem – w ciężkiej, nieuleczalnej chorobie (chorzy). Obawa przed utratą godności / oczekiwanie pomocy!

sie opieki/medycyny paliatywnej, niedostępność całodobowej opieki paliatywnej, brak wsparcia dla rodziny **dotatkowo nasilają cierpienia** chorych i ich rodzin.

Wg Twycross istotne znaczenie dla dalszego postępowania, które powinno być uzgodnione z chorym i jego bliskimi w oparciu o 1) możliwie dokładny przekaz informacji o zaawansowaniu choroby i rokowaniu 2) ustalenie zaawansowania procesu chorobowego i wyboru terapii – leczenia uwzględniające niesienie ulgi w cierpieniu vs terapia uwzględniająca leczenie przedłużające życie/umieranie) oraz 3) wyboru miejsca dalszej opieki i leczenia uwzględniające czy są osoby, które mogłyby opiekować się chorym korzystającym ze specjalistycznej domowej opieki paliatywnej ma ustalenie przyczyn objawów, które mogą być związane nie tylko z ch. nowotworową:

- Zaawansowana choroba nowotworowa
- Leczenie przyczynowe i objawowe ch. nowotworowej
- Zniechęcenie wywołane ch. nowotworową
- Choroba konkurencyjna (większość chorych na nowotwory > 60 roku życia)

Ważne jest ustalenie patomechanizmu objawu (wymioty wywołane hiperkalcemią wymagają innego leczenia aniżeli przerzutami do mózgu, ból neuropatyczny wymaga dodatkowego stosowania koanalgetyków i często metod anestezyjologicznych)

Często objawy wywołane są wieloma przyczynami (np. zaparcie stolca: zniechęceniem oraz stosowaniem opioidów). Czynniki nasilające dolegliwości: strach, lęk, bezsenność, depresja, wyczerpanie, samotność, izolacja, brak wsparcia, ból egzystencjalny.

Rutynowo wypełnia się kartę objawów i ich natężenia posługując się uproszczoną skalą Lickerta (0 – brak, 1 – słabe, 2 – umiarkowane, 3 – silne) oraz ocenia się wydolność fizyczną w oparciu o skalę ECOG i Karnofsky.

U chorych korzystających z opieki domowej istotne jest ustalenie czynników ułatwiających opiekę w oparciu o sporządzenie genogramu i wybór osoby kluczowej, zdolnej do opiekowania się chorym.

Zmodyfikowane przy pierwszej wizycie, często w sytuacji naglącej – kryzysowej, w domu, przy braku dostatecznej dokumentacji (Maddocks) postępowanie, obejmuje poza dokładnym zebraniem wywiadu i badaniem przedmiotowym, ocenę

- codziennej aktywności (stopień niesprawności chorego uwarunkowany dolegliwościami), jakie czynności może wykonać: siadanie, stanie o własnej sile, przejście na fotel, do toalety, korzystanie z natrysku?, Czy czynności te nie sprawiają bólu?)
- wyboru miejsca dalszej opieki nad chorym (gdzie spędza chory większość czasu: w łóżku, na fotelu, czy zajmuje najlepsze miejsce w domu, czy jest łatwość wykonywania pielęgnacji, łatwy dostęp do toalety, łazienki, ogrodu czy można dokonać zmian w domu? czy jest zaopatrzone w sprzęt rehabilitacyjny)

Jaki jest stopień – uświadomienia sobie przez chorego i jego bliskich sytuacji i oczekiwania? Czy przekazano rozpoznanie, wiedzę o obecnej sytuacji i prognozie? Co chory wie, jakie są jego nadzieje, oczekiwania, obawy, uczucie niepewności, czego dotyczą obawy. Niejednokrotnie mamy do czynienia z próbą narzucenia przez rodziny formy porozumiewania się z chorym, opartej na „spiskowaniu” (utajaniu prawdy o chorobie i rokowaniu) rodziny z lekarzem/osobami zespołu opiekującego się. Wielu chorych zdaje sobie sprawę ze stanu w jakim się znajdują, ale nie stwarza się im możliwości, aby dokładnie poznali prognozę i *mogli zamknąć swoje życie*<sup>4</sup>.

W ocenie potrzeb chorego i rodziny należy zawsze oprzeć się na narracji, medyczną historię choroby: badanie podmiotowe i przedmiotowe i badania pracowniane (ukierunkowane na objawy) oraz przebieg leczenia należy uzupełnić – o swobodny przekaz – **narrację – historię cierpienia** przekazaną przez chorego i jego bliskich. Z pomocą chorym i ich bliskim przychodzi opieka OPH, obejmująca chorego i otaczającą rodzinę jako osoby cierpiące wymagające wszechstronnej opieki.

---

<sup>4</sup> Pomocny w przekazywaniu prawdy jest list-porada doktor Douglas Bridge z Royal Perth Hospital w Australii (bulletinboard@palliativedrugs.com z 8.04.2005) zawierająca **propozycję prowadzenia rozmowy z chorymi w intencji zaspokojenia ich potrzeb i przygotowania do zbliżającej się śmierci**.

„Podzielam poglądy innych osób, które podobnie odpowiedziały na przedstawiony przez Ciebie pytania dotyczące młodego chorego, który jest umierający, nie odczuwa głodu ani pragnienia, a u którego dodatkowe żywienie przy zastosowaniu sondy żołądkowej byłoby niecelowe i nieskuteczne. Opieka powinna być tu ukierunkowana na zapewnienie właściwego wsparcia aż do momentu śmierci. Pracuję w dużym szpitalu, jak również w hospicjum i często spotykam się z sytuacjami gdy wielodyscyplinarny zespół potrafi postawić diagnozę zbliżania się śmierci, ale nie radzi sobie z niemedycznymi głębokimi problemami związanymi z umieraniem i śmiercią. Przygotowując sobie w swoim umyśle listę pytań, które z zasady są tu pomocne, uświadamiam sobie jak trudno jednak jest znaleźć te właściwe otwierające w rodzaju: Chciałabym zadać Ci osobiste pytanie (to uświadamia choremu i Go przygotowuje do konwersacji, która nie będzie dotyczyła spraw błahych!) Powiedz co Ty **RZECZYWIŚCIE** sądzisz o stanie swojego zdrowia?) Jeśli odpowiedź będzie zawierając przekonanie o możliwości poprawy, a nawet powrotu do zdrowia wtedy zrozumie, że jest w okresie zaprzeczania i wypierania prawdy o postępującej chorobie i nie będę go teraz zmuszała do dalszej rozmowy na temat umierania. Z zasady większość chorych odpowie w podobnej sytuacji Jestem umierający, to oczywiste”, a czasem dodają jeszcze „Ale ani mój lekarz, ani rodzina nie chcą ze mną na ten temat rozmawiać”.

W tej sytuacji staram się kontynuować prowadzoną w poufny tonie rozmowę mającą na celu wyjaśnienie szeregu związanych z umieraniem kwestii w rodzaju:

1. Czy TY masz odczucie umierania, czy to tylko Twój lekarz powiedział Ci o tym?
2. Czy jesteś przygotowany do śmierci?
3. Jakie są Twoje potrzeby przed tym zanim umrzesz?
4. Gdzie chciałbyś umierać?
5. Czy czujesz, że mogłaby Ci pomóc rozmowa z księdzem?
6. Czy jest cokolwiek takiego związanego z umieraniem i śmiercią co budzi Twoje obawy?
7. Czy jest cokolwiek takiego o co chciałbyś mnie zapytać lub o czymś mi powiedzieć?

Pytania te nie mają struktury gotowego wywiadu i są dostosowywane do każdej sytuacji. Ich celem jest rozpoznanie rodzinnych problemów, wyłączenia zadawanych w przeszłości bolesnych zranień, przebaczenia imnym i uzyskania przebaczenia.

## Opieka u schyłku życia

Podczas 48-letniej praktyki lekarskiej w różnych miejscach sprawowania opieki i różnych specjalnościach (intensywna kardiologia, interna, anestezjologia, medycyna paliatywna) spotykałem się z trzema różnymi postawami lekarzy (dotyczy to również w pewnym stopniu pielęgniarek pracujących z tymi lekarzami) do umierających pacjentów: 1) Unikanie lub tylko bardzo krótki kontakt z chorym umierającym, często z pominięciem rozmowy z rodziną 2) Kontakt wyłącznie medyczny ukierunkowany na ustalenie czy chory ma dolegliwości somatyczne (ból, duszność, jest niespokojny) i czy wymaga wykonania badań, podania kroplówek, leków w celu ich uśmierzania lub złagodzenia, ale niejednokrotnie i w celu przedłużenia życia i umierania. To czysto medyczne podejście – interwencja lekarska doraźna w odniesieniu jedynie do objawów nosi nazwę *medykalizacji*, a podawanie środków farmaceutycznych nie może stanowić uniwersalnego sposobu niesienia ulgi w każdym rodzaju cierpienia włącznie z lękiem przed śmiercią i bólem duchowym, 3) Opieką u schyłku życia jako istotną składową opieki paliatywnej i hospicyjnej oznaczającą objęcie całościową wszechstronną opieką chorego i jego rodziny – *po uzyskaniu ich zgody*. Działania te obejmują właściwą komunikację, empatyczne wysłuchanie skarg chorego i bliskich, leczenie dokuczliwych objawów oparte na ciągłym monitorowaniu. Umieranie przebiega jako proces dynamiczny i postępowanie powinno być modyfikowane w zależności od zmieniającego się i zaskakującego zmiennością stanu chorego i reakcji jego bliskich. Często można przewidzieć scenariusz umierania i wystąpienie sytuacji nagłych, których obawiają się również chorzy, jak i rodzina, co wymaga odpowiedniego ich przygotowania z wyprzedzeniem („Co złego może mnie jeszcze spotkać przed śmiercią” – pytała 14-letnia Natalia, której ojciec powiedział wszystko o jej chorobie i niepomyślnym rokowaniu, umierająca spokojnie w domu. Natalia uspokoiła się po przeprowadzeniu w domu szkolenia rodziców w zakresie zakładania igły motylek podskórnie i podawania tą drogą opioidów, ustąpiły wtedy jej obawy, że będzie odczuwać dokuczliwy ból nogi, gdy nie będzie mogła połykać morfiny). Wymaga to dostosowywania opieki i leczenia objawowego, wychodzenie naprzeciw obawom osób bliskich i ich edukacji: co zrobić, jak się zachować w sytuacji nagłej, jak również zapewnienia 24 godzinnej dostępności opieki paliatywnej, uwzględniającej również posługę kapłańską, modlitwę oraz poszanowanie dla obrzędów.

Podczas konsultacji chorych u schyłku życia przebywających w różnych szpitalach przekonałem się, że lekarze opiekujący się chorym nie zawsze rozpoznają, że pacjent umiera, mimo wystąpienia typowych objawów stanu preagonalnego lub agonii (jak zmiany wyglądu, zaburzenia świadomości i charakterystyczny chrapliwy i nieregularny oddech), co wymaga lepszej edukacji w opiece paliatywnej. Zgodnie z „Rekomendacjami Rady Europy dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej, Re (2003) 24” każdy pracownik służby zdrowia podstawowo-

wej, jak i szpitalnej opieki zdrowotnej powinien posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie podstaw opieki paliatywnej. Poza podręcznikami oraz publikacjami z zakresu opieki paliatywnej – hospicyjnej i medycyny paliatywnej (Polska Medycyna Paliatywna, Ból) zaleca się szkolejącym zapoznanie się z książkami E. Kubler Ross: „Rozmowy o śmierci i umieraniu” (klasyczna pozycja literatury tanatologicznej, zawiera istotne wskazówki pomocne w prowadzeniu rozmów z chorymi u schyłku życia oraz wiedzę dotyczącą postaw chorych/reakcji stadiów adaptacji psychicznej).

Mało znany język umierających. Odgadywanie z bardzo ograniczonego **przekazu niewerbalnego** (grymasy, jęki, płacz, ponawiane ruchy kończyną, znaki ruchem głowy, warg, gałek ocznych, mruganie, uścisk ręki w odpowiedzi na pytania: czy nie czujesz bólu, duszności, pragnienia, nie ścierpieś, zmień pozycję, a jak rozpoznać i ukoić ból duchowy?), trudnego do interpretacji, stanowi ważny, niedoceniany system komunikowania się. Poza próbami oceny stopnia głębokości zaburzeń świadomości/stopnia sedacji, nie udało się opracować narzędzi, pomocnych przy określaniu odczuwanego cierpienia w okresie agonii. Zbyt często lekarz, pielęgniarka, wolontariusz czuwający przy umierającym zapewniają towarzyszące osoby bliskie, że chory na pewno nie cierpi mimo, że istnieją tak istotne powyżej przedstawione trudności w porozumiewaniu się. Osoby bliskie znające znacznie lepiej chorego są najlepszymi obserwatorami odczytującymi jego gesty i mowę ciała, a zespół opiekujący się powinien z należytą uwagą reagować na przekazywane przez nich sygnały. Znacznie więcej uwagi, szczególnie w okresie zbliżania się śmierci, należy poświęcić wspieraniu osób bliskich – roztaczających opiekę nad chorym. Cierpienia ich obejmują empatyczne współodczuwanie cierpienia chorego zarówno nieuśmierzonego bólu i postępującej niedołężności, jak również zatajanych lęków i rozterek moralnych, religijnych – głębokiego bólu duchowego – egzystencjalnego, utraty wiary w sens szybko uciekającego życia, jak i Boga. Trudno również pogodzić się z konieczną zmianą w pełnieniu nowych funkcji w rodzinie, a nade wszystko z poszukiwaniem drogi jak żyć z osobą bliską, która wkrótce umrze (spotęgowana obawą: czy będzie cierpieć?), ze śmiercią której umiera również znaczna część naszego życia. Konieczne jest zatem wcześniejsze ustalenie potrzeb chorego poprzez cierpliwe, empatyczne wysłuchanie, często zatajanej, historii cierpienia przekazanej przez chorego, jak i jego rodzinę. Odwlekane jest przekazywanie trudnej prawdy o zbliżaniu się do śmierci, często zastępowane złudną nadzieją – o możliwości wyzdrowienia i poprawy, a rodzina chorego zabrania wręcz zespołowi OPH prowadzenia rozmów na ten temat, wypierając – maskując nieuchronność zbliżania się śmierci. Zamyka się w ten sposób choremu i ich bliskim możliwość wyrażania swoich emocji, udzielenia wsparcia opartego na empatii i miłości oraz przekazania całego swojego dorobku życia, nieprzemijających wartości bliskim i opiekującym się, jak również wyprostowanie często powikłanych dróg, uzyskanie wybaczenia, uporządkowanie życia i spokojne umieranie. Opiekujący się mają znaczne trudności



w udzielaniu szczerej odpowiedzi na zadawane przez chorych pytania: Ile mi jeszcze czasu zostało? Czy ja już umieram? Często są one pomijane milczeniem, zmianą tematu, zdawkową odpowiedzią, że tylko Pan Bóg to wie lub szukaniem pomocy u innych, odsyłaniem chorego do psychologa czy też kapelana hospicyjnego, a nawet stawia się fałszywą diagnozę, że chory ma zapewne depresję skoro zadaje pytania związane z własnym umieraniem. Przydatne mogą tu być szacunkowe odpowiedzi, jeśli stan chorego pogarsza się z miesiąca na miesiąc – można odpowiedzieć – miesiące, z tygodnia na tydzień – tygodnie, a z dnia na dzień – dni. Barnard mówi o przyzwoleniu opiekujących się (również lekarza, pielęgniarek, wolontariuszy, ale i kapelana) na intymność, wysłuchanie zwierzeń o co proszą umierający. Ale jak się do tego przygotować? Jest to wezwanie, w którym pomocą służą lekcje udzielane przez niezrównanych nauczycieli – umierających chorych i ich rodziny, należy tylko wykorzystać te nauki i sięgnąć do własnych zasobów, często ukrytych i zamaskowanych lękiem, by nie zaszkodzić choremu, nie narazić się rodzinie, nie zranić siebie. Ważne jest, aby kierując się doświadczeniem w opiece nad chorymi, uczyć się od innych osób w zespole, wzmacniać swoją duchowość, modlić się razem z chorym i rodziną (jeśli przyzwolą) i prosić Boga o pomoc.

Istotne jest, aby wszystkie osoby z zespołu **uświadamiały sobie** podczas każdego spotkania z chorym 1) co spostrzegają swoimi zmysłami w oparciu o skargi/relacje chorego i opiekującej się rodziny, i badanie przedmiotowe, dążąc do analizy zmieniającej się sytuacji i ustalenia – zmodyfikowania planu postępowania w uzgodnieniu z chorym i rodziną, jak również 2) co sami odczuwają (emocje) – uruchamiając swoją empatię, starając się choć na chwilę zamienić się miejscami z chorym, wczuć się w rolę chorego i jego bliskich i wreszcie 3) czy są tymi osobami, które są w stanie poradzić sobie z niesieniem ulgi cierpiącemu choremu i jego bliskim i kto mógłby tu pomóc lub nawet ich zastąpić.

*Liverpool Care Pathway for the terminal/dying phase (w Care of the Dying, J Ellershaw, S Wilkinson, Oxford Press 2003) zawiera szereg istotnych wskazówek dotyczących oceny potrzeb i leczenia chorego (przeгляд leków/drogi podawania), objawy, ich leczenie, problemy psychologiczne/komunikowanie się/świadomość zaawansowania, choroby/umierania – wsparcie, potrzeby i wsparcie duchowe/religijne, komunikowanie się z rodziną/lekarzem pierwszego kontaktu/Specjalistą medycyny paliatywnej Plan opieki/leczenia uzgodniony z chorym/rodziną – czy chory/rodzina zrozumieli ten plan Stała ocena objawów/leczenia/zaspakajania potrzeb psychicznych/duchowych/chorego/zaznajamiania ze sytuacją i procedurami stosowanymi, przygotowanie rodziny/uświadamianie umierania. zaspakajanie potrzeb rodziny.*

## **Korzyści**

Leczenie objawowe, leczenie paliatywne i opieka paliatywna, i hospicyjna stanowiące we współczesnej medycynie **standard postępowania** – są ważnymi

składowymi całościowego leczenia i opieki onkologicznej, jak również powinny stanowić taki standard dla chorych z innymi ograniczającymi życie chorobami. Jakkolwiek te sposoby postępowania/leczenia nie prowadzą do wyleczenia, to jednak mogą zmodyfikować/zwolnić postęp choroby – niejednokrotnie przedłużyć życie, przynieść znaczną poprawę, złagodzić oznaki i objawy ciężkiej choroby, chronić przed powikłaniami (np. stabilizacja kręgow i radioterapia mogą cofnąć objawy ucisku na rdzeń i zabezpieczyć przed ich narastaniem, radioterapia jest wysoce skuteczna w bólach kostnych, krwiopłuciu i zespole ucisku żyły głównej górnej). Skuteczne uśmierzanie dolegliwości wraz ze wsparciem psychicznym niejednokrotnie umożliwiają również kontynuowanie terapii onkologicznych przedłużających życie. Wszystkie te działania w oparciu w szczególności o monitorowaną nowoczesną farmakoterapię przynoszą korzyści choremu, zapewniając ulgę w cierpieniu, lepsze funkcjonowanie w rodzinie, mogą umożliwić realizację planów życiowych i wpływają na poprawę jakości życia chorego i wspieranych osób bliskich przeżywających jego cierpienia.

Sprawowana przez interdyscyplinarny zespół specjalistyczny (lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapelan) z udziałem wolontariuszy domowa opieka paliatywna – hospicyjna *umożliwia choremu pobyt w domu w otoczeniu rodziny* i korzystanie z dobrodziejstw ogniska domowego, niezależności i wygód, nieosiągalnych w warunkach szpitalnych. Ofiarowana nieodpłatnie ciągła opieka medyczna jest dostępna również w dni wolne od pracy. Do domu dostarczany jest sprzęt ułatwiający pielęgnację (łóżko szpitalne, materac przeciwoleżynowy) i rehabilitację oraz niezbędne urządzenia do prowadzenia terapii (pompa infuzyjna do podawania podskórnego leków oraz koncentrator tlenu). Częste wizyty wykwalifikowanych pielęgniarek współpracujących z lekarzem medycyny paliatywnej służą nawiązaniu dobrego komunikowania się z chorym i rodziną, prowadzeniu obserwacji chorego w oparciu o ocenę objawów i sprawności fizycznej, zmniejszają, a nawet całkowicie eliminują wystąpienie odleżyn (u chorych leżących), monitorowaniu terapii i jej adiustacji z równoczesną edukacją chorego i rodziny w zakresie prowadzonej opieki i leczenia objawowego oraz instrukcji odnośnie postępowania w sytuacjach naglących, które mogą się wydarzyć. Istotne znaczenie ma tu również rozwiewanie mitów o rzekomo uzależniającym psychicznie i szkodliwym działaniu silnych opioidów, co dotyczy szczególnie morfiny. Liczne argumenty wskazują na minimalne ryzyko w tym zakresie (u 3 spośród 12.000 chorych leczonych silnymi opioidami wystąpiły objawy uzależnienia – badania amerykańskie) i wynikające z doświadczeń klinicznych dowody wskazujące na korzyści wynikające z odpowiednio dawkowanych szeroko stosowanych w opiece paliatywnej analgetyków morfiny i innych analgetyków opioidowych w tym tramadolu, fentanylu przezskórnego, buprenorfiny przezskórnej oraz metadonu. Rola zespołu, a szczególnie pielęgniarki ma istotne znaczenie wspierające dla osób opiekujących się chorym w domu (primary caregivers), bez których

prowadzenie dobrej opieki domowej, w tym skuteczne niesienie ulgi w dolegliwościach jest nieosiągalne. Pielęgniarka jest powiernikiem chorego i jego bliskich również w zakresie przeżywanych emocji, problemów socjalnych i bólu egzystencjalnego, duchowego i osobą pomagającą w uzyskaniu kontaktu z pozostałymi członkami zespołu, jak również z rehabilitantem (skuteczne uśmierzanie bólu związanego z ruchem umożliwia prowadzenie kinezyterapii). Pobyt na specjalistycznych oddziałach opieki paliatywnej – hospicyjnej jest zarezerwowany dla chorych, u których nie udaje się w warunkach domowych w stopniu zadawalającym złagodzić dolegliwości, konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań i specjalistycznych konsultacji, jak również dla zapewnienia odpoczynku bardzo zmęczonych trudami opieki nad chorym osobą (opieka wyręczająca zazwyczaj 1–2 tygodniowa) oraz dla samotnych osób u schyłku życia.

Potrzeba zapewnienia chorym umierającym spokojnego, godnego umierania nie może budzić sprzeciwu i jest zawarta w Ustawie o Zakładach opieki zdrowotnej (1991. Każdy chory ma prawo do umierania w spokoju i godności). Konieczne jest wykorzystanie zasad opieki paliatywnej i wprowadzenie ich wszędzie tam, gdzie chorzy umierają<sup>5</sup>. Unikanie tego będącego jeszcze ciągle taboo tematu również w rozmowach z osobami zbliżającymi się do śmierci powoduje nasilenie lęku, nieprzygotowanie do umierania i śmierci, umieranie w samotności i bez pożegnania, co nasila żalobę osieroconych – *opóźnia* również lub uniemożliwia objęcie chorego u schyłku życia opieką paliatywną – hospicyjną, narażając go na umieranie w nieuśmierzonych cierpieniach. Wymaga to nie tylko lepszego kształcenia personelu medycznego, ale i edukacji społeczeństwa.

## Piśmiennictwo

1. Field M.J., Cassel K. Caring in the end of life in approaching death-improving care at the end of life. Committee of Care at the End of Life. Washington: National Academy Press; 1997.
2. Cherny N. I., Coyle N., Foley K. M. Suffering in the advanced cancer patient. Definition and taxonomy. *J Palliat. Care* 1994; 10(2): 57–70.
3. Smith D. C., Maher M. F. Achieving a healthy death: The dying person's attitude contributions. *The Hospice J* 1993; 9(1): 21–32.
4. Roy D. J. Death late in the 20th century. *J Palliat Care* 1991; 7(2): 3.
5. Ventafridda V., Ripamonti C., De Conno F. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990; (3): 7–11.
6. Bliss M., Osler W. A life in medicine. New York: Oxford University Press 1999.

---

<sup>5</sup> Rekomendacje Rady Europy (Re 2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej (Council of Europe, Strassbourg, 2003, tłum. polskie ECEPT Hospicjum Palium, Poznan 2004).

7. Lynn J. et al: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT investigations. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments. *Ann Intern Med* 1997; 126(2): 97–10.
8. Luczak J., Okupny M., Wieczorek-Cuske L. The program of palliative medicine and Care in the curriculum of sixth year medical students in Poland *J Palliat Care* 1992; 8: 2: 39–43.
9. *Choroby wewnętrzne pod red A. Szczeklika, t. 2, Kraków 2005.*
10. R. Twycross: *Symptom Management in advanced cancer*, Radcliffe Medical Press, Oxford 1997.
11. Z. Pawlak – *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby* *Nowa Medycyna* 2000, VII, 97, 1.
12. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments (SUPPORT), *JAMA* 1995, 274 (20), 1591–1598.
13. *Liverpool Care Pathway for the terminal/dying phase* (w *Care of the Dying*, J. Ellershaw, S Wilkinson, Oxford Press 2003).
14. *Zasady postępowania w ostatnich dniach życia – wybór taktyki* (1999) National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Tłumaczenie na j. polski: Luczak J., Kotlińska-Lemieszek A. *Nowa Medycyna* VI: 95 (11/1999).

Marta Czerwik<sup>1</sup>

## Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej

### 1. Wstęp

Opieka paliatywna, zgodnie z założeniami WHO, jest aktywną i całościową opieką świadczoną wszystkim tym pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie. Początkowo opieką paliatywną obejmowani byli chorzy z chorobą nowotworową. Obecnie do grupy tej dołącza się chorych z AIDS i pacjentów w okresie terminalnym z postępującymi chorobami układowymi.

Podstawowym celem opieki paliatywnej jest ustawiczne dążenie do poprawiania i utrzymywania wysokiej jakości życia pacjentów i ich rodzin w ostatniej fazie choroby. Główną metodą działań medycznych w takiej sytuacji jest łagodzenie dolegliwości somatycznych związanych z zaawansowaną chorobą i wyniszczeniem organizmu. W przypadku chorób nowotworowych najczęstszym leczonym objawem jest ból. Zaawansowane metody farmakologiczne i wdrożenie drabiny analgetycznej WHO pozwalają zminimalizować wpływ bólu na jakość życia pacjentów. Dzięki zaspokojeniu podstawowych potrzeb somatycznych możliwe jest ujawnienie się potrzeb wyższego rzędu, takich jak potrzeba bliskości, bezpieczeństwa i szacunku. Warunkiem i sposobem zapewnienia wysokiej jakości życia pacjentów staje się spełnienie oczekiwań pacjentów w tym zakresie.

### 2. Założenia i cel pracy

Celem pracy było określenie potrzeb i oczekiwań pacjentów z bólem nowotworowym oraz poziomu ich zaspokojenia w ramach opieki paliatywnej świadczonej w hospicjum stacjonarnym i domowym. Praca jest kontynuacją i uzupełnieniem badania przeprowadzonego w 1990 roku. Na podstawie uzyskanych

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii w Warszawie

wówczas wniosków opracowano system organizacyjny opieki paliatywnej zwany „modelem warszawskim”. Aktualne badanie miało na celu weryfikację słuszności pierwotnych koncepcji i umożliwienie udoskonalenia istniejącego modelu opieki paliatywnej z uwzględnieniem aktualnych potrzeb pacjentów [1, 2].

#### **Podstawowe cele badania:**

1. Identyfikacja aktualnych potrzeb pacjentów leczonych paliatywnie i określenie korelacji tych potrzeb z jakością życia pacjentów i poziomem kontroli bólu,
2. Określenie obszarów, w których potrzebna jest poprawa i udoskonalenie procedur opieki dla zapewnienia jak najwyższej jakości życia pacjentów w terminalnych okresie choroby.

**Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Centrum Onkologii Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.**

### **3. Materiał, metodyka i techniki badań**

Do badania wykorzystana została autorska ankieta opracowana w oparciu o kwestionariusz oczekiwań pacjenta użyty w roku 1990, opracowany przez Centrum Onkologii w Warszawie. Kwestionariusz ten posłużył wówczas do opracowania tzw. „modelu warszawskiego” opieki paliatywnej. Ankieta badawcza składała się z 3 podstawowych części: formularza oceny jakości życia, formularza oceny bólu oraz uaktualnionego kwestionariusza oczekiwań pacjenta [1, 2].

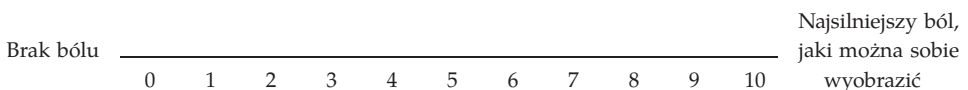
#### **3.1. Ocena jakości życia**

Do oceny jakości życia pacjentów użyto kwestionariusza QLQ-C15-PAL opracowanego przez grupę badawczą jakości życia pracującą przy europejskiej organizacji badań i leczenia raka (EORTC). Kwestionariusz QLQ-C15-PAL jest skróconą wersją kwestionariusza QLQ-C30 przeznaczoną do oceny jakości życia chorych leczonych paliatywnie.

#### **3.2. Ocena bólu**

Do oceny poziomu odczuwanego bólu zastosowana została kompilacja skali wizualno-analogowej VAS z numeryczną skalą oceny bólu. Pacjenci proszeni byli o określenie aktualnie odczuwanego bólu, najsilniejszego bólu odczuwanego w ostatnim tygodniu oraz średniego bólu odczuwanego w ostatnim tygodniu.

### **Rycina 1. Skala oceny bólu użyta w badaniu**



### **3.3. Ocena oczekiwań pacjentów i poziomu ich zaspokojenia**

Do oceny oczekiwań pacjentów użyty został „Kwestionariusz oczekiwań pacjenta” skonstruowany jako zestaw 24 pytań, gdzie na każde pytanie oczekiwana była odpowiedź określająca ważność danego oczekiwania i na ile, w subiektywnym odczuciu pacjenta, potrzeba ta jest zaspokojona. Taka konstrukcja kwestionariusza pozwala określić nie tylko poziom zaspokojenia oczekiwań pacjenta, ale także priorytetyzować je pod względem ważności dla chorego.

Pytania podstawowe obejmowały potrzeby pacjenta z następujących dziedzin: decydowanie o sobie, informacja o własnym stanie zdrowia, funkcjonowanie w społeczeństwie, troska o rodzinę i najbliższych, bliskość drugiego człowieka, cisza i samotność, opieka, praktykowanie wiary, dostęp do radia i telewizji.

## **4. Wyniki**

Prośba o umożliwienie przeprowadzenia badania została przedstawiona w 9 hospicjach, z czego 5 hospicjów udzieliło zgody na przeprowadzenie badań. W jednym hospicjum odmówiono zgody motywując to faktem, że potrzeby pacjentów nie są istotne w przygotowywaniu procedur medycznych.

Łącznie przebadano 65 chorych w wyżej wymienionych hospicjach. Jednak ze względu na ich ciężki stan zdrowia nie we wszystkich przypadkach możliwe było wypełnienie całej ankiety. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano kompletne ankiety wypełnione przez 55 chorych w terminalnym stanie choroby nowotworowej, leczonych przeciwbólowo. Wszyscy badani ukończyli 18 rok życia i wyrazili ustną zgodę na przeprowadzenie badania.

W badaniu wzięło udział 36 kobiet i 19 mężczyzn. Najmłodszy uczestnik ankiety miał 39 lat, najstarszy 90 lat, średnia wieku wyniosła 64,8 roku. 39 chorych leczonych było w hospicjum stacjonarnym, a 16 objętych było opieką hospicjum domowego.

### **4.1. Współczynniki pomocnicze – oceny jakości życia i bólu**

#### **4.1.1. Współczynniki jakości życia**

Współczynniki jakości życia wyliczone zostały na podstawie odpowiedzi udzielonych w formularzu QLQ-C15-PAL, jako agregaty skal objawowych i funkcjonalnych wyrażony w skali procentowej zgodnie z zaleceniami EORTC. Współczynnik obiektywnej jakości życia oznaczany QL1, określa wpływ objawów na życie pacjenta. Współczynnik subiektywnej jakości życia oznaczany QL2 określa samopoczucie pacjenta i postrzeganie przez niego choroby.

#### **4.1.2. Współczynniki odczuwanego bólu**

Do analizy statystycznej używane były 2 współczynniki – średni ból odczuwany w ostatnim tygodniu i aktualnie odczuwany ból. Do tego celu użyte zostały odpowiedzi na pytania II-1 i II-3.

## 4.2. Współczynniki główne – oceny potrzeb

Po sparametryzowaniu wyników wyliczone zostały 3 współczynniki: współczynnik ważności, współczynnik zaspokojenia potrzeby i współczynnik oczekiwań (potrzeba poprawy).

### 4.2.1. Współczynnik ważności potrzeby

Współczynnik ważności potrzeby wyliczony został wg poniższego wzoru:

$$W = \frac{I-1}{3} \times 100\%$$

$W$  – ważność potrzeby dla pacjenta wyrażona w skali procentowej,  
 $I$  – wartość przyporządkowana do istotności potrzeby określonej w skali opisowej.

### 4.2.2. Współczynnik zaspokojenia potrzeby

Współczynnik zaspokojenia potrzeby wyliczony został wg poniższego wzoru:

$$Z = \frac{S-1}{4} \times 100\%$$

$Z$  – zaspokojenie potrzeby wyrażone w skali procentowej,  
 $S$  – wartość liczbowa przyporządkowana do poziomu spełnienia potrzeby określonego w skali opisowej.

### 4.2.3. Współczynnik oczekiwań/potrzeby poprawy

Współczynnik oczekiwań/potrzeby poprawy ilustruje połączenie ważności potrzeby i stopnia jej niezaspokojenia. Końcowy wzór użyty do wyliczenia współczynnika oczekiwań:

$$P = \sqrt{\frac{(I-1) \times (5-S)}{12}} \times 100\%$$

$P$  – współczynnik oczekiwań (potrzeba poprawy) wyrażona w procentach,  
 $I$  – wartość przyporządkowana do istotności potrzeby określonej w skali opisowej,  
 $S$  – wartość przyporządkowana do spełnienia potrzeby określonego w skali opisowej.

## 4.3. Statystyczna analiza odpowiedzi

### 4.3.1. Wskaźniki statystyczne zmierzonej jakości życia pacjentów

Wskaźniki statystyczne wyliczone dla współczynników jakości życia przedstawia poniższa tabela:



**Tabela 1. Wskaźniki statystyczne zmierzonej jakości życia**

| Współczynnik jakości życia | Wartość średnia | Średnie odchylenie | Odchylenie standardowe |
|----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| QL1                        | 40,59           | 13,65              | 15,70                  |
| QL2                        | 37,92           | 13,86              | 17,65                  |

Można zauważyć, że pacjenci określają swoją jakość życia nieco niżej niż wynosi współczynnik wyliczony na podstawie obiektywnych przesłanek. Subiektywne postrzeganie jakości życia w dużej mierze zależy od samopoczucia biopsychospołecznego pacjenta.

#### 4.3.2. Wskaźniki statystyczne bólu odczuwanego przez pacjentów

Przyjmuje się, że ocena odczuwanego bólu w zakresie 0–3 oznacza nieznaczne dolegliwości i dobrą kontrolę bólu. Wartości powyżej 7 oznaczają znaczne nasilenie dolegliwości bólowych. Można stwierdzić, że w badanej grupie chorych ból był dobrze kontrolowany.

**Tabela 2. Wskaźniki statystyczne bólu odczuwanego przez pacjentów**

| Pytanie                            | Wartość średnia | Średnie odchylenie | Odchylenie standardowe |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Obecnie odczuwany ból              | 2,69            | 1,05               | 1,41                   |
| Największy ból w ubiegłym tygodniu | 5,24            | 1,70               | 2,15                   |
| Średni ból w ubiegłym tygodniu     | 2,78            | 0,96               | 1,26                   |

#### 4.3.3. Podstawowe wskaźniki statystyczne kwestionariusza oceny oczekiwań

**Tabela 3. Parametry statystyczne odpowiedzi w rozbiciu na dziedziny**

| Dziedzina | Ważność |                    |                        | Zaspokojenie |                    |                        | Potrzeba |                    |                        |
|-----------|---------|--------------------|------------------------|--------------|--------------------|------------------------|----------|--------------------|------------------------|
|           | Średnia | Odchylenie średnie | Odchylenie standardowe | Średnia      | Odchylenie średnie | Odchylenie standardowe | Średnia  | Odchylenie średnie | Odchylenie standardowe |
| BLI       | 90,00   | 10,73              | 13,17                  | 42,73        | 15,25              | 19,82                  | 67,47    | 16,01              | 19,62                  |
| DEC       | 87,88   | 12,78              | 16,81                  | 45,45        | 14,38              | 18,46                  | 64,29    | 16,18              | 20,95                  |
| FS        | 86,46   | 11,71              | 13,81                  | 37,80        | 11,73              | 15,81                  | 70,17    | 11,15              | 16,85                  |
| INF       | 86,46   | 12,69              | 15,52                  | 44,85        | 13,70              | 17,59                  | 65,66    | 13,05              | 18,85                  |
| OP        | 91,82   | 5,65               | 7,61                   | 47,95        | 13,22              | 18,27                  | 65,38    | 13,20              | 18,53                  |
| RODZ      | 72,93   | 16,02              | 19,45                  | 41,36        | 15,97              | 19,90                  | 58,35    | 18,34              | 23,26                  |
| SAM       | 43,64   | 13,93              | 18,28                  | 54,55        | 9,28               | 12,41                  | 32,56    | 14,16              | 18,62                  |
| TV        | 61,21   | 27,75              | 33,80                  | 60,23        | 18,18              | 22,06                  | 38,38    | 20,58              | 25,70                  |
| WIA       | 77,27   | 23,20              | 28,39                  | 51,93        | 18,60              | 22,94                  | 55,37    | 18,68              | 24,42                  |

#### 4.4. Korelacja współczynników jakości życia z odczuwanym bólem

Poniższa tabela przedstawia wyliczone współczynniki korelacji Pearsona występujące pomiędzy wielkością bólu odczuwanego przez pacjenta a współczynnikami jakości życia.

**Tabela 4. Korelacja współczynników jakości życia z bólem odczuwanym przez pacjentów**

|                  | Aktualnie odczuwany ból | Największy ból odczuwany w ostatnim tygodniu | Średni ból odczuwany w ostatnim tygodniu |
|------------------|-------------------------|--|--|
| Współczynnik QL1 | -0,15                   | -0,35  | -0,28                                    |
| Współczynnik QL2 | 0,00                    | -0,10  | 0,06                                     |

#### 4.5. Korelacje odpowiedzi na pytania z kwestionariusza oczekiwani z odczuwanym bólem oraz współczynnikami jakości życia

Dla każdego pytania oraz dla każdej z dziedzin przeprowadzona została analiza korelacji odpowiedzi na pytania ze współczynnikami opisującymi jakość życia pacjenta oraz odczuwany przez niego ból. Wyliczone zostały współczynniki korelacji Pearsona pomiędzy odpowiedziami na pytania a współczynnikami jakości życia oraz poziomem odczuwanego przez pacjenta bólu. Wyłuszczone zostały pozycje, gdy współczynnik korelacji można uznać za znaczący statystycznie ( $< -0,30$  lub  $> 0,30$ ).

**Tabela 5. Korelacja wyników w poszczególnych dziedzinach ze współczynnikami jakości życia**

| Dziedzina | Ważność |             | Zaspokojenie |             | Potrzeba     |              |
|-----------|---------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
|           | QL1     | QL2         | QL1          | QL2         | QL1          | QL2          |
| BLI       | 0,00    | -0,12       | 0,25         | <b>0,34</b> | -0,25        | -0,31        |
| DEC       | -0,10   | -0,21       | <b>0,41</b>  | <b>0,34</b> | <b>-0,36</b> | <b>-0,34</b> |
| FS        | -0,20   | 0,09        | 0,19         | 0,04        | -0,28        | -0,01        |
| INF       | -0,15   | -0,28       | <b>0,33</b>  | 0,08        | <b>-0,36</b> | -0,22        |
| OP        | -0,13   | -0,03       | <b>0,34</b>  | <b>0,39</b> | <b>-0,36</b> | <b>-0,36</b> |
| RODZ      | 0,01    | 0,19        | 0,08         | <b>0,33</b> | -0,19        | -0,19        |
| SAM       | -0,06   | 0,11        | 0,10         | 0,14        | <b>-0,32</b> | -0,24        |
| TV        | 0,14    | <b>0,38</b> | <b>0,31</b>  | 0,22        | -0,26        | 0,18         |
| WIA       | -0,14   | 0,21        | 0,21         | 0,01        | -0,29        | 0,04         |

**Tabela 6. Korelacja wyników w poszczególnych dziedzinach z bólem odczuwanym przez pacjenta**

| Dziedzina | Ważność                 |                                | Zaspokojenie            |                                | Potrzeba                |                                |
|-----------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|           | Aktualnie odczuwany ból | Średni ból w ostatnim tygodniu | Aktualnie odczuwany ból | Średni ból w ostatnim tygodniu | Aktualnie odczuwany ból | Średni ból w ostatnim tygodniu |
| BLI       | 0,08                    | 0,01                           | 0,27                    | <b>0,40</b>                    | -0,24                   | <b>-0,38</b>                   |
| DEC       | -0,02                   | -0,16                          | 0,22                    | 0,22                           | <b>-0,32</b>            | <b>-0,32</b>                   |
| FS        | 0,12                    | -0,03                          | -0,06                   | 0,07                           | 0,05                    | -0,09                          |
| INF       | 0,23                    | 0,15                           | 0,25                    | 0,27                           | -0,12                   | -0,17                          |
| OP        | 0,03                    | -0,04                          | 0,25                    | 0,26                           | -0,29                   | -0,30                          |
| RODZ      | -0,11                   | -0,10                          | -0,03                   | 0,08                           | -0,16                   | -0,18                          |
| SAM       | -0,08                   | -0,02                          | 0,20                    | 0,21                           | -0,26                   | -0,19                          |
| TV        | 0,16                    | 0,26                           | 0,19                    | 0,30                           | -0,05                   | -0,04                          |
| WIA       | 0,11                    | 0,08                           | 0,22                    | 0,22                           | -0,13                   | -0,15                          |

## 5. Dyskusja wyników

Badaniem objęci byli chorzy będący pod opieką hospicjum stacjonarnego i domowego. Kilka hospicjów odmówiło udziału w badaniu. W jednym z hospicjów odpowiedziano, że badanie oczekiwań pacjentów jest niepotrzebne, ponieważ personel medyczny doskonale wie, czego potrzeba pacjentom. W pozostałych przypadkach możliwe jest, że przyczyną odmowy był wciąż pokutujący pogląd, że badanie chorych w stanie terminalnym jest nieetyczne. Pogląd ten nie ma uzasadnienia w aktualnie stosowanej praktyce medycznej. Grupa badawcza przy Europejskim Towarzystwie Opieki Paliatywnej podkreśla, że podejmowanie trudnych decyzji w dziedzinie opieki paliatywnej musi być oparte na mocnych podstawach naukowych i badawczych.

Na podstawie wyników uzyskanych w badaniu wskazać można kilka istotnych dziedzin, które wymagają szczególnej uwagi.

Dziedziną, do której pacjenci przywiązywali największą wagę była potrzeba opieki otrzymywanej od personelu medycznego. Średnia ważność przypisywana potrzebom z tej dziedziny wyniosła 91,8%. Poziom zaspokojenia tych potrzeb pacjenci ocenili średnio na 48%, czyli nieznacznie niżej niż „dostatecznie”. Jednocześnie widoczna jest dodatnia korelacja postrzeganego zaspokojenia potrzeb opieki ze stanem zdrowia pacjentów

Kolejną szczególnie istotną dziedziną jest komunikacja personelu medycznego z pacjentami. W odpowiedziach pacjentów widać, że kwestie związane z otrzymywaniem informacji medycznej są dla nich bardzo ważne. Średnia ważność przypisywana potrzebom dotyczącym informacji wyniosła 86,5%. Średni

stopień zaspokojenia tej potrzeby wyniósł 44,8%, czyli poniżej wartości oznaczającej dostateczne zaspokojenie oczekiwania i wartość ta zmniejszała się wraz z pogarszaniem się stanu pacjentów. Problemy w komunikacji wynikają prawdopodobnie z dysonansu między treścią i sposobem przekazywania informacji a oczekiwaniami pacjentów. Personel medyczny skupia się głównie na dostarczeniu informacji czysto medycznych, natomiast pacjenci oczekują ogólnych informacji „co się z nimi będzie działo” i wyjaśnienia terminów fachowych.

Zbiorem potrzeb o dużym znaczeniu dla pacjentów są potrzeby społeczno-socjalne. Składają się na nie potrzeba poszanowania opinii i życzeń pacjenta oraz potrzeba funkcjonowania w społeczeństwie pomimo choroby. Ważność potrzeby decydowania o sobie i otoczeniu w badanej grupie oceniona została średnio na 87,9%, a ważność potrzeb społecznych na 86,5%. Jednocześnie pacjenci oceniali, że ich prośby nie są dostatecznie respektowane, co wyraża się w średnim poziomie zaspokojenia tej potrzeby na poziomie 45,5%, a zaspokojenie możliwości pełnienia funkcji społecznych ocenione zostało średnio na 37,8%. Wśród pacjentów w bardziej zaawansowanym stadium choroby współczynniki te są jeszcze niższe.

Warto zauważyć, że niewielu pacjentów określało stopień zaspokojenia ich potrzeb lepiej niż dostatecznie. Wynikać to może, oprócz słabego rozpoznania ich oczekiwań, także z wyidealizowanego obrazu hospicjum przedstawionego w akcjach medialnych. Brak obiektywnej wiedzy prowadzić może do powstania postawy roszczeniowej i rodzić frustrację, gdy wygórowane oczekiwania nie zostaną spełnione.

Bardzo ważnym zadaniem, wynikającym bezpośrednio z powyższych wniosków oraz z rozmów z pacjentami i wyników badania, wydaje się praca nad poprawą komunikacji. Problem z komunikacją medyczną jest powszechnie podkreślany i zauważany.

Wyniki niniejszego badania dowodzą, że dobra kontrola bólu staje się łatwa do osiągnięcia dzięki postępowi medycyny i farmacji. Gdy wyeliminowany zostaje czynnik somatyczny, ujawniają się potrzeby dotyczące innych dziedzin życia, które wciąż wymagają uwagi i uwzględnienia ich w całościowym procesie terapeutycznym.

## 6. Wnioski

Podsumowując powyższe rozważania postawić można następujące wnioski:

- Na jakość życia chorego wpływa wiele czynników i ograniczenie się jedynie do kontroli objawów somatycznych nie jest wystarczające.
- Główne potrzeby pacjentów skupiają się w sferze psychospołecznej i dotyczą możliwości kontaktu z najbliższymi, poczucia szacunku i możliwości podejmowania decyzji, natomiast objawy somatyczne, takie jak ból są zwykle dobrze kontrolowane.

- Poprawę jakości opieki paliatywnej można uzyskać budując prawdziwy obraz choroby nowotworowej i opieki paliatywnej w świadomości społecznej.
- Doskonalenie umiejętności w komunikacji jest niezbędnym warunkiem do właściwego określania potrzeb pacjentów i skutecznej odpowiedzi na nie.

### **Piśmiennictwo**

1. Jarosz J., Hilgier M.: Cancer pain treatment – the Warsaw model. *The Pain Clinic* 1996, 9: 357–359.
2. Jarosz J., Drażkiewicz J., Towpik E., Nowacki M. P.: Expectations and needs of terminal care patients and their families in Poland. *III International Consensus on Supportive Care in Oncology*. Bruksela 1990: 75.
3. Hilgier M., Jarosz J.: Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne. *Terapia*. 2004, 10 (157).

Irena Fiedorczuk<sup>1</sup>

## **Grupy wsparcia dla kobiet leczonych onkologicznie jako metoda wprowadzania w życie pacjentek wszechstronnych programów zdrowotnych**

### **Wstęp**

Położna środowiskowa/rodzinna powinna uczestniczyć w prewencji chorób, promocji zdrowia, świadczeniach pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych u kobiet od okresu pokwitania, poprzez lata dojrzałości płciowej, czasu klimakterium i starości.

Znaczny obszar działań stanowi edukacja zdrowotna, a w tym konsultacje i doradztwo w stosunku do kobiet i ich rodzin w sprawach zdrowia. Szczegółnej wiedzy i umiejętności potrzebuje poradnictwo pielęgniarstwa w sprawie osób dotkniętych chorobą nowotworową. Dlatego też zarówno w teorii, jak i w praktyce pielęgniarstwa rodzinnego wzrasta zainteresowanie znaczeniem małych grup w rozwoju osobowym każdego człowieka.

Racjonalna, efektywna pomoc dla kobiet po leczeniu onkologicznym to zorganizowanie i prowadzenie psychospołecznej grupy wsparcia, gdzie podopieczne mogą liczyć na fachowe wspieranie samodzielności, pomoc w rozwiązywaniu problemów, podniesienie samopoczucia poprzez korygowanie zachowań zdrowotnych. Chodzi tu nie tylko o przekazywanie wiedzy, ale także pomoc kobietom w ich osobowym rozwoju, w lepszym poznaniu siebie i innych, a tym samym wszechstronne dążenie do zdrowia.

Praca ta ma na celu dostarczenie podstawowych treści i praktycznych wskazań dla położnych, pielęgniarek pracujących w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, a pragnących zorganizować i poprowadzić grupę wsparcia w ramach swoich świadczeń.

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku

Opracowane są specjalne metody prowadzenia spotkań grupowych, odchodzące od tradycyjnego modelu spotkań dyskusyjnych, składającego się z referatu i ogólnej dyskusji. Nie rezygnuje się z krótkich prelekcji, ale wprowadza się inne metody pracy grupowej, zwane ogólnie metodami aktywizującymi. Stosuje się je przede wszystkim w małych grupach zajmujących się wiedzą związaną z życiem człowieka, przeżywaniami, pracą, układami międzyludzkimi [1].

Zaletą małej grupy jest większa możliwość kontaktów międzyosobowych, porozumiewania się oraz wypowiedzania się każdego uczestnika, każdy czuje się przez innych zauważony. Ilość interakcji w grupie jest zależna od jej wielkości, najwięcej jest w grupie 2–4 osobowej. Liczba 12 jest uważana za optymalną dla małej grupy, jeśli w grupie jest więcej niż 12, ilość interakcji znacznie maleje. Za dużą grupę uważa się 20 osób i więcej.

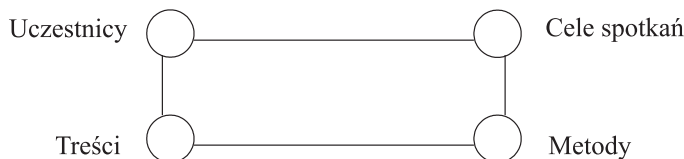
Zasadą pedagogiki grup jest nie tyle podanie gotowego materiału, ile pobudzenie uczestników do aktywnego udziału w spotkaniu.

**Wśród metod aktywizujących można wyróżnić metody odnoszące się do poszczególnych płaszczyzn komunikacji:**

1. Metody ułatwiające zrozumienie tematu, pobudzające do przemyśleń i dyskusji oraz takie, które powodują wzrost zainteresowania tematem;
2. Metody dotyczące płaszczyzny osobowej – „ja”. Chodzi w nich o to, aby pomóc każdemu w lepszym poznaniu siebie i swoich przeżyć, w uświadomieniu sobie własnej sytuacji, własnych możliwości i trudności, a także o dodanie uczestnikom odwagi do wyrażania swoich poglądów i życzeń w obecności innych ludzi;
3. Metody dotyczące płaszczyzny kontaktów, czyli stosunków międzyosobowych: chodzi tu o stworzenie atmosfery zaufania, a nie konkurencji, o lepsze poznanie się, wzajemne zrozumienie i umiejętność nawiązywania kontaktów, a także umiejętność przewyżczania konfliktów i kryzysów tak, aby nie niszczyły więzi, lecz je pogłębiały.

**Dydaktyka w grupach ludzi dorosłych [1]**

- 1) Spotkanie grupowe winno być zawsze dokładnie przygotowane – trzeba mieć jasną koncepcję całości (jeżeli spotkanie ma wzbogacić uczestników o jakąś wiedzę, to trzeba wcześniej przemyśleć, jakimi metodami będziemy się posługiwać i tak zaplanować całość, aby dana teoria została przedstawiona i przepracowana systematycznie według planu).
- 2) W przygotowaniu spotkań grupowych pomocna jest znajomość czynników wchodzących w czworobok dydaktyczny.



- **Znajomość uczestników** – umożliwia porozumienie się i nawiązanie z nimi głębszego kontaktu, ma również znaczenie dla doboru metody. Każde spotkanie powinno uczestników poruszyć, nie zostawiać ich w tym punkcie, w którym się aktualnie znajdują, lecz „przesunąć” niejako do przodu, wnieść w ich życie coś nowego, jakąś zmianę.
  - **Cele spotkań** – prowadzący grupę musi wiedzieć, w jakim kierunku pragnie uczestników poprowadzić.
  - **Treści** – podczas jednego spotkania nie daje się na ogół powiedzieć wszystkiego na zaplanowany temat. Zasadniczą sprawą jest podanie treści dostosowanych do osobistej sytuacji uczestników, uwzględniających ich potrzeby, oczekiwania i stan wiedzy.
  - **Metody** – należy dobierać takie metody, które możliwie najlepiej odpowiadają głównemu celowi spotkania oraz pragnieniom samych uczestników. Zainteresowanie spotkaniem u ludzi dorosłych zwiększa się zwykle przez zastosowanie takich metod, w których mogą oni wykazać własną aktywność w danej dziedzinie
    - Warto planować i przeprowadzać tylko takie metody, co do których prowadzący sam ma zaufanie, wówczas udziela się ono uczestnikom.
- 3) **Osoba prowadząca** – każde zorganizowane kształcenie jest w dużym stopniu zależne od osoby prowadzącej, od tego, czy posiada ona kompetencje zawodowe i osobiste:
- czy jest przystępna i łatwo nawiązuje kontakt ze słuchaczami
  - czy mówi zrozumiale i czy umie przekazać własne przemyślenia i doświadczenia
  - czy nie nadużywa swego autorytetu
  - czy ma szacunek dla każdego uczestnika
- Prowadzący winien być:**
- bezpośredni
  - budzić zaufanie
  - umieć włączać się w niektóre gry, ale równocześnie powinien zachować pewien nieznaczny dystans i nie stać się w pełni zwykłym członkiem grupy
  - nie powinien stać w centrum uwagi, ważniejsze jest to, co mówi i jak prowadzi spotkanie
- UWAGA: *Prowadzenia spotkań, a zwłaszcza kursów, zwykle bardzo silnie angażuje emocjonalnie. Jeżeli to zaangażowanie ujawnia się w stopniu nadmiernym, wtedy istnieje obawa, że jego zwykle codzienne życie może wydać się mniej ciekawe [1].*
- 4) **Organizacja:**
- Ważny jest sposób zaproszenia na spotkanie, jak i dostatecznie wczesny termin



- Wcześniejsze zorientowanie się, kim są uczestnicy i jaka jest przewidziana ich liczba
- Jaka jest sala, w której spotkanie ma się odbyć

Przykładowa forma rekrutacji pacjentek:

*P o t r z e b u j e m y s i ę n a w z a j e m !*

**Położna środowiskowo/rodzinna  
organizuje grupę wsparcia dla kobiet leczonych onkologicznie**

**Grupa wsparcia**, czyli wzajemne wspieranie się w dążeniu do zdrowia, bez negowania realności choroby (rak jest chorobą inną niż wszystkie pozostałe)

**Każde spotkanie będzie składało się z:**

- Części edukacyjnej, czyli „terapii stylu życia” (treści, które przyczyniają się do wyzdrowienia)
- Część druga – to czas na otwartą rozmowę i wsparcie (możliwość swobodnego wyrażania własnych lęków i frustracji) oraz pobudzenie osobistego rozwoju – jak pełnić aktywną rolę w procesie swojego zdrowienia.

Pani: .....

(proszę wybrać jedną z dwóch opcji)

- Jeżeli jest Pani zainteresowana (jeżeli jest Pani potrzebna grupa wsparcia) – proszę zadeklarować to własnym podpisem i podać numer telefonu – w celu zawiadomienia o czasie i miejscu spotkań

.....

Imię i nazwisko, numer kontaktowy

- Nie jestem zainteresowana

.....

Imię i nazwisko

- 5) Środki pomocnicze: plakaty, napisy, kwestionariusz, odpowiednie przedmioty, filmy, itp. – pomogą one w zaostreniu uwagi słuchaczy, w skoncentrowaniu się w lepszym zapamiętaniu usłyszanych treści

(rozważ następujące stwierdzenie: pewien profesor, specjalista w zakresie pedagogiki powiedział, że jeśli zaproszony przez niego referent nie przynosi nic więcej poza własną osobą, to już go więcej nie zaprasza) [1]

- 6) kontrola przebiegu spotkania – po każdym spotkaniu wskazane jest sprawdzenie, czy wyniesione przez uczestników wiadomości i przeżycia są pozytywne, czy może są też wśród nich odczucia negatywne.

### **Grupa wsparcia jako skuteczny opiekun, nauczyciel i przewodnik**

Istnieją dwa główne typy takich grup [7]:

- 1) Grupy informacyjne – przekazują podstawową wiedzę o szerokim zakresie zagadnień onkologicznych, np. rodzaje terapii raka, skutki uboczne terapii, fizykoterapia po operacji piersi, jak żyć ze stomią, itp. Cel spotkań to po prostu szerzenie informacji.
- 2) Grupy psychospołeczne – realizują one terapeutyczne programy wsparcia i ekspresji, które koncentrują się na emocjonalnych, umysłowych i duchowych aspektach choroby nowotworowej. Istnieje możliwość wyrażania własnych lęków i frustracji, pobudzanie do osobistego rozwoju oraz wzajemne wspieranie się w dążeniu do zdrowia.

Psychospołeczne grupy wsparcia powinny być przewodnikiem w wykonywaniu wszystkiego co można, by przysłużyć się swojemu zdrowiu. Należy otoczyć pomocą osoby, które:

- Chcą przeżyć chorobę nowotworową oraz są gotowi aktywnie uczestniczyć w procesie zdrowienia
- Cieszą się remisją czy wręcz całkowitym wyleczeniem
- Przeżywają nawrót choroby nowotworowej, co jest niewątpliwie przerażającym wydarzeniem, momentem medycznych, emocjonalnych i duchowych przewartościowań.

### **Podstawowe założenia pomocne w formułowaniu programu:**

- 1) Racjonalne podejście do choroby nowotworowej – to łączenie aspektów fizycznych, umysłowych i duchowych
- 2) Przejście przez chorobę nowotworową wymaga wysiłku i dyscypliny
- 3) Utworzenie programu będącego przesłaniem dla każdego człowieka dotkniętego chorobą nowotworową
- 4) Opracowanie strategii z myślą przede wszystkim o kobietach dotkniętych chorobą nowotworową narządu rodowego i gruczołu piersiowego:
  - Okiełznać strach (wszystkie problemy zdrowotne rodzą stresy)
  - Przeanalizować diagnozę
  - Dostarczyć wiedzy na temat procesów zdrowienia
  - Zachęcić do wprowadzenia w życie wszechstronnego programu zdrowotnego
- 5) Należy przyjąć zobowiązanie do wzajemnego wspierania się w dążeniu do zdrowia

**Cel ogólny programu to:**

- Dostarczenie wiedzy i umiejętności z zakresu zindywidualizowanej pracy nad sobą
- Złagodzenie objawów, korygowanie zachowań zdrowotnych

**Czas spotkań:** Proponuję, aby program zawierał się w 10 sesjach grupowych. Czas jednego spotkania ok. 3 godziny.

**Formy pracy:** zajęcia (spotkania) powinny być prowadzone metodami warsztatowymi, opartymi na aktywności własnej uczestników, zakładającymi przeżywanie i doświadczanie na sobie, rozwijanie własnej osobowości poprzez gry interakcyjne i praktyczne działania.

**Należy wykorzystywać następujące metody:**

- Mini wykład (np. wzmacnianie odporności)
- Praca w małych grupach
- Praca w parach (doboru należy dokonać na zasadzie wspólnych doświadczeń, np. ten sam rodzaj choroby)
- Techniki relaksacyjne
- Metody kontrolowania negatywnych myśli
- Techniki powodujące „grę wyobraźni”
- Autosugestia
- Pisanie automatyczne „wyrzucanie słów”
- Prowadzenie „dziennika powrotu do zdrowia” (dziennik rozpoczyna motto „Zdrowie bierze się z wnętrza człowieka, należy je jedynie uruchomić”)

**Krótkie wyjaśnienie zalecanych metod:**

- **Gry interakcyjne** – w odróżnieniu od konwencjonalnych metod uczenia odnoszą się przede wszystkim do intelektualnego zrozumienia; gry interakcyjne uwzględniają całego uczącego się, jego myśli i uczucia, oddziałują na jego wiedzę, a szczególnie stymulują jego chęć do ćwiczeń. Pomagają one widzieć siebie i innych w sposób całościowy, pobudzają do trenowania zdolności psychologicznych, uczą postrzegać krytycznie, otwarcie porozumiewać się, pomagać innym, współpracować, samemu szukać możliwości pomocy [3].
- **Mini wykład** – to wyjaśnienie, udzielenie podstawowych wskazówek dotyczących wzmacniania odporności (czym jest układ immunologiczny, podstawowe przyczyny zaburzeń odporności, odżywianie: podstawa zdrowia i odporności (przepisy na zdrowe potrawy), dodatkowe metody wzmacniania odporności).
- **Nauczenie kobiet różnych technik relaksacyjnych** – najprostszą metodą jest skoncentrowanie się na oddychaniu przeponą. Prawidłowe oddychanie torem brzuszny sprawia, że ręce położone na brzuchu poruszają się w górę i w dół. Ten sposób oddychania pobudza nerw błędny, należący do nerwów parasympatycznych, który przebiega przez przeponę. Relaksacja nie tylko prowadzi do zwolnienia czynności serca, ale także pomaga w odzy-

skaniu delikatnego stanu równowagi hormonalnej, zależnej od podwzgórze i przysadki mózgowej. Ta równowaga ulega łatwemu zakłóceniu przez stres [6].

- **Nauczenie metody kontrolowania negatywnych myśli** – to, jak o sobie myślimy i co czujemy do siebie wpływa na sposób, w jaki traktujemy własną osobę i innych ludzi. Samoakceptacja wyzwala zaufanie i wiarę we własną siłę, skłania nas do wykorzystywania możliwości i korygowania zachowania pod wpływem krytyki. Przekonania, jakie mamy na swój temat mogą wpływać na samopoczucie i jakość życia [5].
- **Wykonanie ćwiczenia „Różowe okulary”**: grupa wspólnie wymienia jak najwięcej spraw, które teraz są lepsze niż kiedyś. Każdy indywidualnie zastanawia się, co w jego życiu osobistym jest teraz lepsze niż kiedyś, a co będzie jeszcze lepsze w przyszłości. Chętni odczytują swoje listy. Omówienie: dzielenie się uwagami, jak wewnętrzne nastawienie wpływa na samopoczucie [5].
- **Wykonanie ćwiczenia „Słodkie cytryny”**: podział uczestników na grupy. Każda grupa wymyśla po dwie codzienne sytuacje wywołujące zdenerwowanie, które trudno przewidzieć bądź na które trudno mieć wpływ. Wypisują je na arkuszu i przekazują sąsiedniej grupie. Jej zadaniem jest znalezienie dobrych stron każdej sytuacji. Grupy prezentują wyniki swojej pracy. Omówienie: dzielenie się opiniami na temat wyszukiwania dobrych stron w zdarzeniach, na które nie ma się wpływu [5].
  - Wprowadzenie technik powodujących „grę wyobraźni”, np. wizualizacja (umiejętność korzystania z wyobraźni)
  - Wprowadzenie autosugestii – polega ona na cichym powtarzaniu pewnych zdań (każda z kobiet przygotowuje sobie 10 zdań dopasowanych do swoich potrzeb), które mogą wpływać na czynność określonych części organizmu
    - Jeśli powtórzy się je 6–7 razy w stanie głębokiego odprężenia, wywierają udokumentowany wpływ na wzrost dopływu krwi do części ciała, której dotyczą – zwiększenie przepływu krwi przez narząd, układ sprzyja jego zdrowemu funkcjonowaniu [8].
  - Pisanie automatyczne „wyrzucanie słów” – przez parę minut mamy za zadanie pisać, co nam przyjdzie do głowy (nie czyta się tego na głos, więc musi milczeć wewnętrzny krytyk), po prostu należy wyrzucać z siebie słowa. Pisanie automatyczne to fantastyczny sposób na dotarcie do podświadomości, a także rozgrzewka przed rozpoczęciem pisania innych rzeczy. Ta ekspresja emocjonalna jest kluczowym elementem nauczania pacjentek radzenia sobie z negatywnymi emocjami [9].
  - Każda z kobiet jest zobowiązana do prowadzenia „Dziennika powrotu do zdrowia”. Należy dokonać oceny siebie [11]:

- Jakie terapie medyczne mam już za sobą
- Jaką mam osobowość (słabe i mocne strony); moje przekonania i postawy
- Jak wygląda moja aktywność fizyczna
- Czy posiadam jakiś cel lub cele
- Czy czuje się potrzebna innym
- Jakie mam relacje z najbliższymi
- Jak oceniam swoje kontakty międzyludzkie
- Jaki jest mój styl odżywiania się (moje nawyki)
- Czy występują w tobie negatywne uczucia, np. lęk, gniew, niepewność, itp.
- Czy wprowadzasz w swoje życie praktyki religijne lub bardziej duchowe, osobiste nastawienie do ludzi i do świata
- Jakiego wsparcia ze strony otoczenia oczekujesz

Pisanie może być metodą terapii i autoterapii, bo pozwala wydobyć z podświadomości rzeczy ukryte – bardzo pomocne jest wykonanie tzw. mapy marzeń (umieścić na niej wszystko, o czym się marzy). Zdobyć inspiracje do stawiania sobie celów i osiągania ich, do tworzenia własnego życia na miarę marzeń.

W programie proponuję kłaść nacisk na troskę o siebie podopiecznych – kobiety bardzo często zasklepione w swoim nieszczęściu przestają kupować nowe ubrania i zapominają o rozrywkach. Należy dążyć do wyrobienia w kobietach postawy, że nie ma teraz niczego ważniejszego niż staranie się o dobry stan zdrowia, wysiłki te muszą być nadrzędne wobec innych spraw. Począwszy już od pierwszych spotkań w grupie wsparcia należy mobilizować pacjentki do wprowadzenia tzw. dyscypliny zdrowotnej do swojej codziennej rutyny, zaplanować praktycznie każdą minutę swojego dnia, ułożyć rozkład typowego dnia powszedniego minimalizując zobowiązania, które powodują zbędny stres.

Po zakończeniu uczestnictwa w dziesięciu intensywnie przepracowanych sesjach grupowych każda z kobiet powinna stać się ekspertem w sprawie swojej choroby, a szczególnie sposobów jej pokonania.

## Podsumowanie

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest przeżyciem skrajnie traumatycznym, niezależnie od rodzaju nowotworu czy jego stadium. Jest to taki okres życia człowieka, kiedy wsparcie rodziny oraz przyjaciół jest potrzebne bardziej niż kiedykolwiek przedtem. Należy wziąć pod uwagę, że na ogół ludzie chcą pomagać innym, szczególnie w tak trudnym okresie – czują się wtedy potrzebni i pożyteczni. Nikt nie musi zmagać się z nowotworem, jego leczeniem oraz własnymi uczuciami bez niczyjej pomocy. Dlatego też utworzenie grupy wsparcia przy Gabinetzie Lekarza Rodzinnego jest doskonałą możliwością uzyskania pomocy. Sesje grupowe mogą odbywać się wtedy, gdy będziemy tego potrzebować

lub też na bardziej regularnych zasadach. Grupy wsparcia stają się coraz bardziej popularne, zbiór osób stojących przed takim samym wyzwaniem pozwala uzyskać dogłębne zrozumienie. Na czele tego typu grup wsparcia powinien stać zawodowiec – położna, pielęgniarka środowiskowa/rodzinna, osoba przygotowywana by być przewodnikiem i w zdrowiu, i w chorobie.

### **Piśmiennictwo**

1. Wójcik E., *Metody aktywizujące w pedagogice grup*. Rebikon, Kraków 2000.
2. Kawczyńska-Butrym Z. (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne*, CEM, Warszawa 1997.
3. Vopel K., *Gry i zabawy interakcyjne*. Wydawnictwo „Jedność”, Kielce 1999.
4. Kay J., *Chemioterapia Radioterapia*. GWP. Gdańsk 2002.
5. Bodanko A., *Wspomaganie procesu wychowawczego programami profilaktyczno-edukacyjnymi*. Impuls, Kraków 1999.
6. Teubner G., *Wzmocnij swoją odporność*. Warszawa 2005.
7. Andersen G., *Rak. 50 kroków po poznaniu diagnozy*. Ravi. Łódź 2005.
8. Siegel B., *Miłość, medycyna i cuda*. Nimbus. Bydgoszcz 1998.
9. Dossey L., *Słowa, które uzdrawiają: siła modlitwy a praktyka medyczna*, Santorski Co., Warszawa 2000.
10. Kofta K., *Lewa, wspomnienie prawej*. WAB, Warszawa 2003.
11. Simonton C., Henson R., *Jak żyć z rakiem i go pokonać*. Ravi, Łódź 2004.

Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>1</sup>, Lucyna Kujawska<sup>2</sup>,  
Regina Żuralska<sup>3</sup>, Janina Książek<sup>4</sup>, Hanna Grabowska<sup>1</sup>

## Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarcom w opiece nad pacjentem umierającym

### Wstęp

Człowiek, którego życie dobiega końca, nie może być pozostawiony samemu sobie. Udzielanie pomocy umierającemu jest absolutną i niezbędną koniecznością. Naczelnym zadaniem opieki paliatywnej jest ciągle towarzyszenie pacjentowi w jego drodze do śmierci [1]. „W czasie umierania najważniejsza jest obecność. Obecność rodziny przy umierającym, a nas przy rodzinie” [2]. Pielęgniarka przez swą obecność pomaga choremu w momentach najtrudniejszych, w chwilach bezradności i braku. We współczesnym społeczeństwie zaobserwowano wzrost zachorowalności na nowotwory oraz choroby przewlekłe. Fakt ten przyczynił się do wzrostu zapotrzebowania na usługi pielęgniarstwa. W medycynie coraz ważniejsza staje się rola pielęgniarki-osoby wiodącej, której właściwa postawa wobec chorego umierającego oraz jego rodziny przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu opieki, wynikającej nie tylko z postępu medycyny, ale i również z obowiązku holistycznej postawy wobec człowieka. Praca w trudnych warunkach wymaga przestrzegania pewnych reguł i właściwych umiejętności. Warunkami przystosowania się do pracy są strategie obronne zarówno świadome, jak i nieświadome oraz pewne postawy i emocja wobec chorego.

### Cel pracy

Celem badań było dokonanie analizy postaw pielęgniarek, jak również towarzyszących im emocji, wobec pacjentów umierających.

---

<sup>1</sup> Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>2</sup> SP Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia Wydział Nauk o Zdrowiu AMG

<sup>4</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu AMG

## Materiał i metody

Badaniami objęto 50 pielęgniarek zatrudnionych w trzech oddziałach, tj.: w oddziale ortopedii, hospicjum stacjonarnym oraz oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie. Do zebrania materiału badawczego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 28 pytań zamkniętych i otwartych. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu Statistica 6,0.

## Wyniki

Najliczniejszą grupą badanych były pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych – 24 osoby, tj. 46%; z oddziału ortopedii – 17 osób, tj. 34% oraz z hospicjum – 9 osób, tj. 20%.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy**

| Lp.   | Miejsce pracy | Ilość pielęgniarek |     |
|-------|---------------|--------------------|-----|
|       |               | N                  | %   |
| I     | Ortopedia     | 17                 | 34  |
| II    | Wewnętrzny    | 24                 | 46  |
| III   | Hospicjum     | 9                  | 20  |
| Razem |               | 50                 | 100 |

Największym problemem w opiece nad chorym umierającym zdaniem badanych jest (ryc. 1):

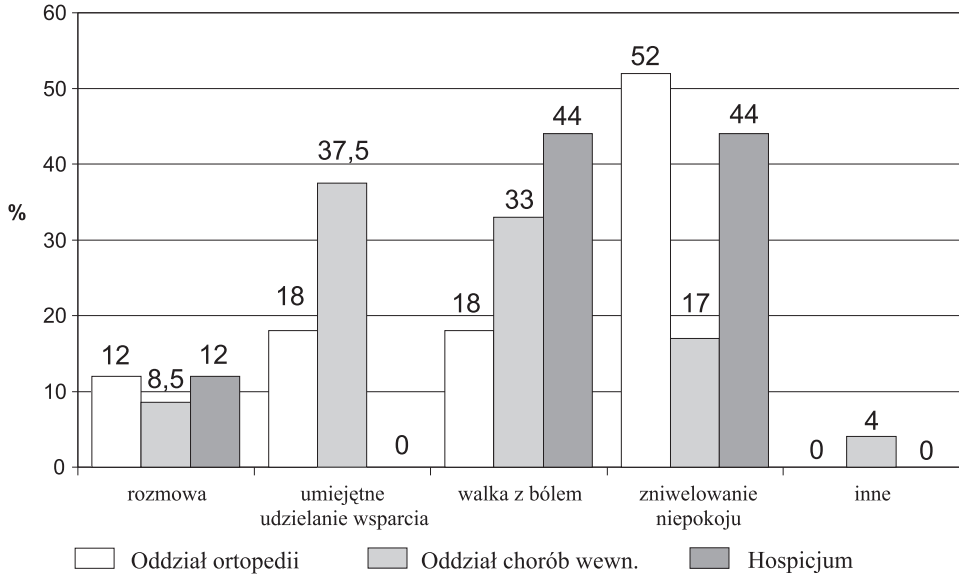
- w oddziale ortopedii: zniwelowanie niepokoju i lęku (52%)
- w oddziale chorób wewnętrznych: umiejętne udzielanie profesjonalnego wsparcia (37,5%)
- w hospicjum: walka z bólem, zniwelowanie niepokoju i lęku po 44%.

Uczucia najczęściej towarzyszące pielęgniarkom, gdy chory umiera a miejsce pracy (ryc. 2)

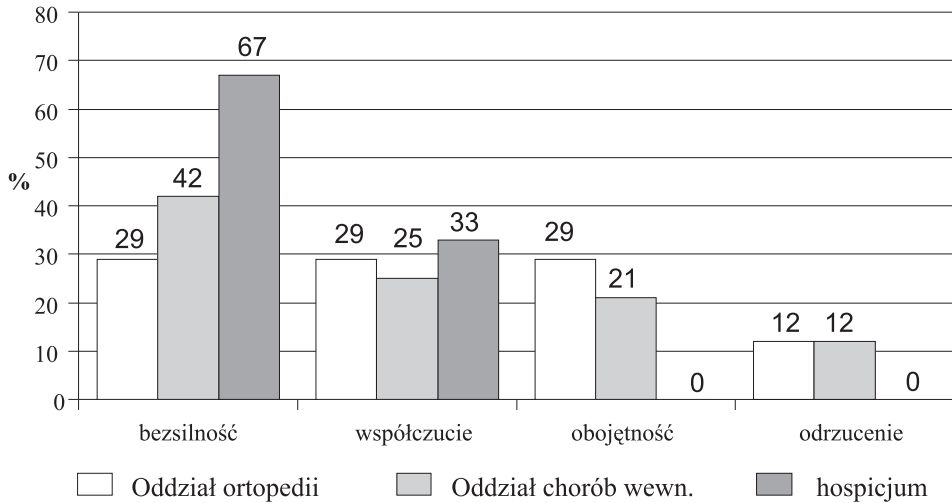
- ortopedia:
  - bezsilność,
  - współczucie (każda odpowiedź po 29%),
  - obojętność.
- Oddział chorób wewnętrznych:
  - bezsilność 42%.
- Hospicjum
  - bezsilność 67%.



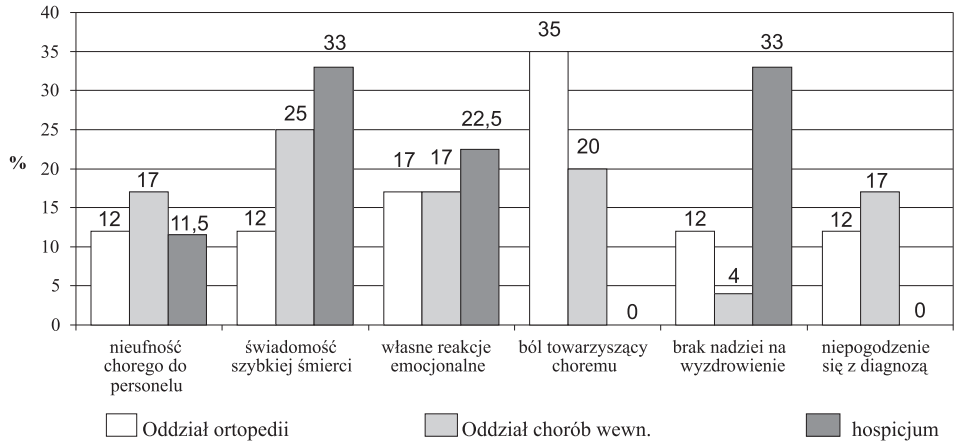
**Rycina 1. Główne problemy w opiece nad chorym umierającym**



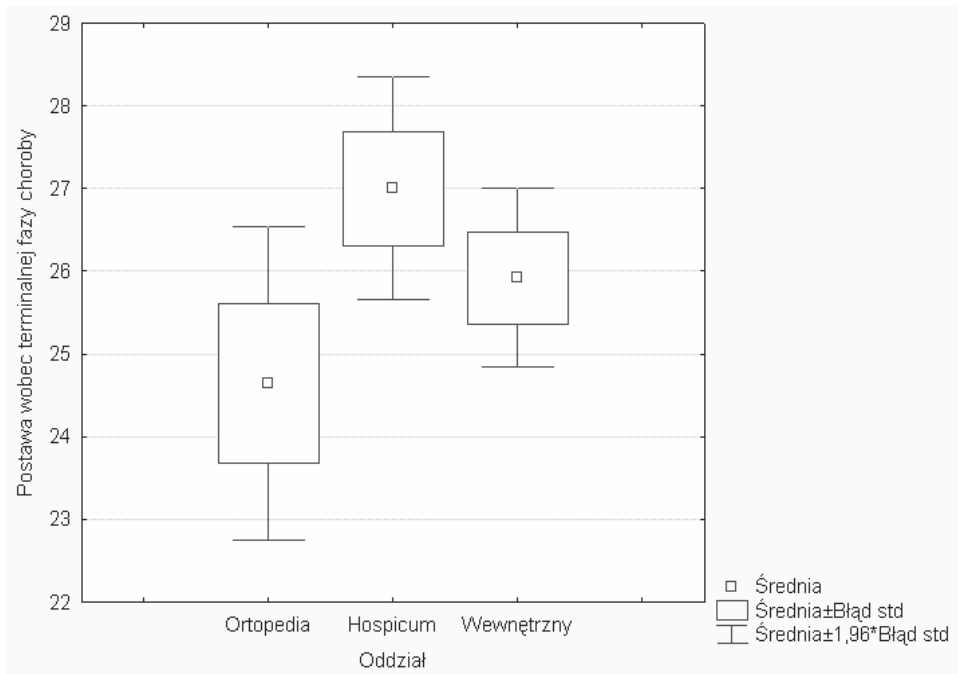
**Rycina 2. Najczęstsze uczucia towarzyszące pielęgniarcom**



Rycina 3. Czynniki utrudniające komunikowanie z pacjentem



Rycina 4. Postawa pielęgniarek wobec terminalnej fazy choroby a miejsce pracy

Test Kruskala-Wallis:  $p = 0,3121$ Chi-kwadrat:  $p = 0,1141$

Do czynników najbardziej utrudniających porozumiewanie się z chorym pielęgniarce zaliczyły (ryc. 3):

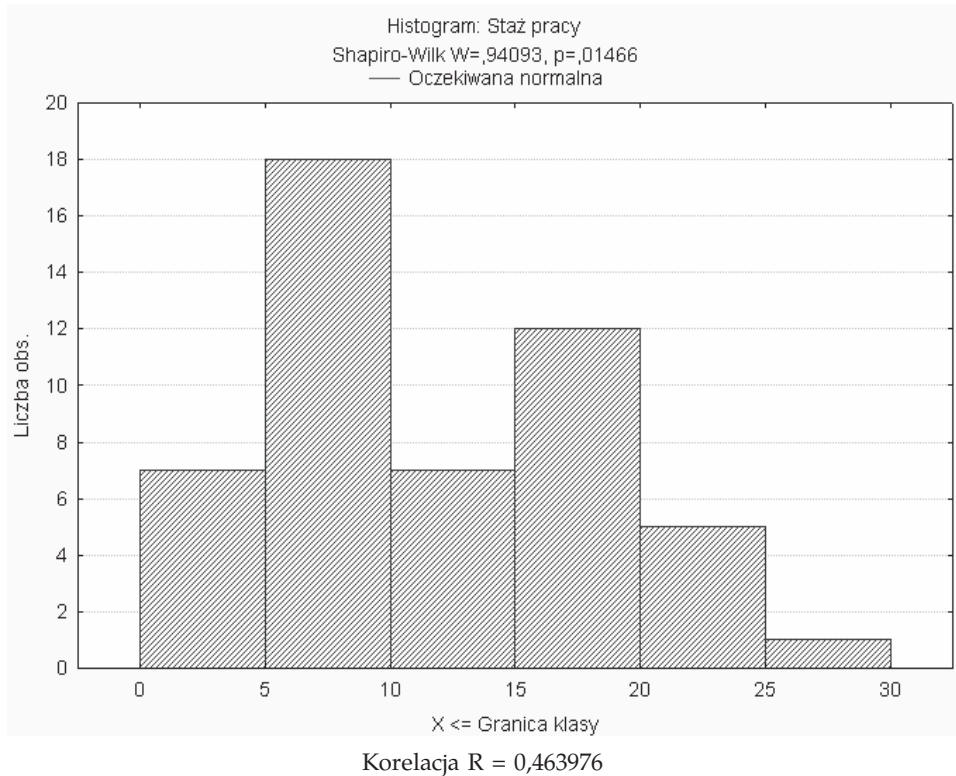
- w oddziale ortopedii:
  - ból towarzyszący choremu 35%,
  - własne reakcje emocjonalne 17%;
- w oddziale chorób wewnętrznych:
  - ból towarzyszący choremu 20%;
- w hospicjum:
  - świadomość szybkiej śmierci 33%,
  - brak nadziei na wyzdrowienie 33%.

Najczęstszymi reakcjami i emocjami pielęgniarek po śmierci chorego są:

- ortopedia: trwały uraz i wspomnienie przez kilka dni 40%,
- oddział chorób wewnętrznych: duże obciążenie psychiczne 25%,
- hospicjum: duże obciążenie psychiczne 56%.

W wyniku analizy wariancji nieparametrycznej Kruskala-Wallisa nie wykazano różnic pomiędzy postawą badanych pielęgniarek wobec terminalnej fazy choroby w zależności od oddziału, na którym pracują (ryc. 4).

**Rycina 5. Postawa pielęgniarek, a staż pracy**



Nie wykazano statystycznie znamiennej zależności pomiędzy postawą badanych pielęgniarek wobec terminalnej fazy choroby a ich stażem pracy (ryc. 5).

## Dyskusja

Na podstawie realizowanych badań wśród pielęgniarek stwierdzono, że szczególnie źle na stres w pracy reagują pielęgniarki młode, niedoświadczone, o niestabilnej sytuacji materialnej i rodzinnej. Również rzeczą ważną jest czynnik osobowościowy. Osoby z cechami emocjonalnej dojrzałości i z silną motywacją do pracy radzą sobie względnie dobrze w sytuacjach trudnych [3]. Należy podkreślić, że pielęgniarki w opiece nad chorym w stanie terminalnym posiadają wiedzę zawodową bardzo powierzchowną, dotyczy to w szczególności prawidłowej komunikacji z chorym i jego rodziną, przygotowania rodziny na śmierć bliskiej osoby oraz wytworzenia właściwej atmosfery w sytuacji cierpienia i śmierci. Taki stan rzeczy wpływa na powstanie i pogłębienie wśród pielęgniarek barier emocjonalnych i psychologicznych w odniesieniu do śmierci. „Bezsilność i przerażenie umierających idzie w parze z bezsilnością i lękiem osób pomagających” [4]. Badane pielęgniarki, oprócz dużego obciążenia psychicznego towarzyszącego im po śmierci chorego, na oddziale ortopedycznym wskazywały na trwałe urazy i wspomnienie przez kilka dni (40%). Od samego początku tworzenia opieki hospicyjnej skupiano uwagę na obciążającym charakterze pracy i podejmowano działania profilaktyczne, czego nie robiono w odniesieniu do osób sprawujących opiekę na innych oddziałach [3, 5, 6, 7].

Najtrudniejszą próbą sił i kwalifikacji zawodowych jest opieka pielęgniarek nad ciężko chorymi w stanie terminalnym, ponieważ wymaga ona wielowymiarowych działań [8], polegających na zdobywaniu informacji, dzięki którym można postawić diagnozę pielęgniarską, a tym samym pozyskać wiedzę na temat potrzeb pacjenta [9]. Na pierwszy plan wysuwa się obowiązek złagodzenia dolegliwości bólowych, lęku, duszności. Wykonując czynności pielęgniarskie przy chorym w ciężkim stanie należy pamiętać, że zmieniają się one równoległe z postępowaniem choroby. Pielęgniarka winna więc właściwie korygować działania pielęgnacyjne, zachowując przy tym cierpliwość, dobroć, wyrozumiałość, zapewniając atmosferę bezpieczeństwa i zaufania; pacjent powinien do końca widzieć zatroskaną twarz pielęgniarki [10]. Każdy pacjent przeżył wraz z rodziną trudną drogę diagnostyki i leczenia. Sam fakt niedostatecznego zaopatrzenia w środki p/bólowe w trakcie wykonywania badań może być przyczyną cierpienia. Pogłębiający się niepokój chorego, nieufność i brak akceptacji są wołaniem o pomoc – pomoc wielokierunkową, „krzyczy” nie tylko obolałe ciało, ale także psychika i dusza [11]. Takie momenty są dla pielęgniarki wyzwaniem, wielką możliwością poprzez wykorzystanie całego doświadczenia zawodowego.

Od samego początku w opiece nad człowiekiem umierającym ważna jest dobra komunikacja oparta na szczerości, prawdzie i sztuce cierpliwego słuchania.

Pielęgniarka wspiera rodzinę, stara się być dla niej podporą, a w przypadku rodzinnych nieporozumień z chorym dąży do ich zminimalizowania. Wspieranie człowieka umierającego i jego rodziny wymaga od pielęgniarki dużej odporności psychicznej powiązanej z umiejętnością odczytywania stanu psychicznego pacjenta. Współczucie jest jedną z form wsparcia i objawem troski (odpowiedni gest, ton głosu, słowo, dotyk, otarcie potu powoduje uspokojenie i ukojenie chorego) [12]. Hildeger o trosce pisał: „Troski są dwie: pierwsza przejawia się krzątaniem wokół codzienności, druga ukazuje się jako piecza i zawsze ma na celu człowieka” [8]. Obowiązkiem dobrze sprawowanej opieki przy umierającym jest pełna taktu obecność do zakończenia życia [12]. Prezentowana postawa wobec pacjentów umierających przez badaną grupę wskazuje na właściwe przygotowanie do swojej roli, mimo towarzyszącego im stresu i obaw.

## Wnioski

1. Nie stwierdzono statystycznej znamiennej zależności pomiędzy postawą pielęgniarek wobec terminalnej fazy choroby a ich wiekiem, stażem i miejscem pracy oraz poziomem doskonalenia zawodowego.
2. Do czynników najbardziej utrudniających porozumiewanie się pielęgniarki z chorym zaliczono ból towarzyszący choremu na oddziale ortopedycznym i chorób wewnętrznych, natomiast w hospicjum: świadomość szybkiej śmierci i brak nadziei na wyzdrowienie.
3. Najczęściej towarzyszącym pielęgniarkom uczuciem, gdy chory umiera jest bezsilność.

## Piśmiennictwo

1. Drożdż Z., Mess B., Pawlaczyk B.: *Wspomaganie umierającego dziecka w jego śmierci – rola pielęgniarki*. „Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa” T. 7. Poznań 1992, s. 31–33.
2. Dubowska A., Warmuz A.: *Opieka nad pacjentem przewlekle chorym i umierającym na przykładzie pracy personelu Hospicjum Cordis*; Ann. Acad. Med. Siles. 2000, supl. 30, s. 349–358.
3. de Walden Gałuszko K.: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
4. Florek K.: *Towarzyszenie umieraniu – problem dydaktyczny*. Pielęgniarstwo 2000, 1998 (5), s. 44–46.
5. de Walden Gałuszko K. (red.): *Podstawy opieki paliatywnej*. PZWL, Warszawa 2004.
6. Wrońska J., Stańczyk T.: *Pielęgniarka wobec śmierci*. Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa. T. 7, Poznań 1992, s. 34–37.
7. Ciechanowicz W. (red.): *Pielęgniarstwo ćwiczenia*. PZWL. Warszawa 2001, s. 752–763.
8. Tatur G.: *Rola etyki a filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie onkologicznym*. Psychoonkologia 2001 (9), s. 37–40.

9. Gaworska A.: *Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarских a jakością życia chorych w stanie terminalnym*. Rozprawa doktorska, AM Gdańsk 2003.
10. Stańczyk T.: *Opieka terminalna przy łóżku pacjenta*. Symposium pt. „Problemy medycyny społecznej”. Warszawa 1995, s. 72–74.
11. Głowacka A.: *Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej*. Nowa Medycyna 200 (1), s. 70–73.
12. Nowak G.: *U kresu*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1994 (2), s. 22–23.

Agnieszka Tolarczyk<sup>1</sup>

## Postawy wobec śmierci pielęgniarek hospicyjnych i anestezyjologicznych

### Wstęp

Pielęgniarka strzegąca ludzkiego życia i służąca mu posiada przywilej towarzyszenia swoim pacjentom w ostatnim etapie życia, czyli w procesie umierania i śmierci.

Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej w części szczególnej „Pielęgniarka i podopieczny” mówi: „Pielęgniarka i położna winna dążyć do zapewnienia podopiecznemu godnych warunków umierania z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości”<sup>2</sup>.

„Powinność zapewnienia umierającym godnych warunków ich umierania odnosi się do jednego z poważniejszych momentów pracy zawodowej pielęgniarek, gdy stwierdzają, że wszelkie działania terapeutyczno-pielęgniacyjne okazują się już zupełnie bezskuteczne, gdy nadchodzi kres życia ich podopiecznych. W tych chwilach pielęgniarka całą postawą powinna wyrażać swą troskę „jestem przy Tobie, czuвам z Tobą”<sup>3</sup>.

Personel medyczny staje wtedy w sytuacji, której niezwykłość i doniosłość należy rozpatrywać nie tylko w aspekcie medycznym, lecz także moralnym, zwłaszcza, gdy dokonuje się „w pełni świadomości końca zwiastowanego niemocą i cierpieniem paraliżującym zdolność działania i myślenia”<sup>4</sup>.

„Towarzyszyć” w języku polskim oznacza „przebywać z kimś, gdzieś, być obecnym przy kimś, asystować”<sup>5</sup>.

Postawa towarzyszenia wyraża się przede wszystkim przez obecność przy łóżku umierającego. Pielęgniarka towarzyszy też przez swoje słowo, uścisk dło-

---

<sup>1</sup> Zakład Propedeutyki Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

<sup>2</sup> *Kodeks Etyki Zawodowej* w Wrońska I., Mariański J.: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2002, s. 231.

<sup>3</sup> Wrońska I.: *Komentarz do Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej*, Włocławek 1996, s. 17.

<sup>4</sup> Sczepański J.: *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa 1988, s. 310.

<sup>5</sup> Red. Sobol E.: *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1997, s. 945.

ni. Obecność ta „stanowi dla człowieka ciężko chorego znak i potwierdzenie, że jego osobowa godność jest ciągle zauważana i szanowana. Wyrazem pełnego szacunku wobec osobowej godności umierającego jest uznanie jego podmiotowości. Traktowanie chorego jako podmiotu myślącego, zdolnego do decydowania o sobie jest ważnym elementem towarzyszenia”<sup>6</sup>.

W pracy podjęto próbę ukazania postaw pielęgniarek zatrudnionych w hospicjum i w oddziale intensywnej opieki medycznej wobec śmierci i umierania, a w szczególności:

1. Osobistego stosunku do śmierci.
2. Sposobu przeżywania śmierci innych ludzi.
3. Podejścia do pracy zawodowej i związanych z nią obowiązków.
4. Stosunku do Pana Boga i wyznawanej religii.
5. Poczucia sensu życia.

## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono w grupie 50 pielęgniarek (25 pielęgniarek hospicyjnych i 25 pielęgniarek anestezyjologicznych) z terenu Krakowa (45 osób) i Bielska Białej (5 osób).

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety składający się z następujących części:

1. Część I – autoryzowane pytania o charakterze projekcyjnym;
2. Część II – część A „Test Poczucia Sensu Życia” – „Purpose in Life Test” (PLT) Crumbough J. G. i Micholik’a L. T. w autoryzowanym przekładzie Z. Płużek (ilość uzyskanych punktów świadczy o:
  - wysokim poczuciu sensu życia – 140–106 pkt,
  - średnim poczuciu sensu życia – 105–77 pkt,
  - niskim poczuciu sensu życia – poniżej 76 pkt).

Średnia wieku pielęgniarek hospicyjnych wynosiła 33,2 lata. Ich średni staż pracy wynosił 9,3 lata. Średni wiek badanych pielęgniarek anestezyjologicznych wynosił 30,68 lat, a ich średni staż pracy – 8,46 lat; 12 pielęgniarek z całej grupy badanych posiadało wykształcenie wyższe.

## **Wyniki i omówienie badań**

### **1. Osobisty stosunek do śmierci.**

W badanej grupie na aspekt przygotowania do własnej śmierci zwróciło uwagę 44% pielęgniarek hospicyjnych i 8% pielęgniarek z OIOM-u (Tabela 1).

---

<sup>6</sup> Ks. Bartoszek A.: *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Wydawnictwo Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, s. 208.



**Tabela 1. Mój stosunek do śmierci jest taki, że...**

| Mój stosunek do śmierci jest taki, że...      | pielęgniarki hospicyjne | pielęgniarki z OIOM-u | razem z ogółu badanych |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| jestem na nią przygotowana                    | 44%                     | 8%                    | 26%                    |
| jestem na nią niezupełnie przygotowana        | 44%                     | 80%                   | 62%                    |
| jestem nieprzygotowana i bardzo się jej lękam | 12%                     | 12%                   | 12%                    |

Wśród badanych pielęgniarek 20% pielęgniarek hospicyjnych i aż 52% pielęgniarek z OIOM-u, myślało w swoim życiu o samobójstwie. Przeciwstawia się im 80% pielęgniarek hospicyjnych i 48% pielęgniarek z OIOM-u, które deklarują, że nigdy ani przez chwilę nie myślały o samobójstwie (Tabela 2).

**Tabela 2. O samobójstwie...**

| O samobójstwie...                                   | pielęgniarki hospicyjne | pielęgniarki z OIOM-u | razem z ogółu |
|---|-------------------------|-----------------------|---------------|
| myślałam o tym na serio jako jedynej drodze wyjścia | 4%                      | 8%                    | 6%            |
| myślałam o tym                                      | 16%                     | 44%                   | 30%           |
| nigdy ani przez chwilę o tym nie myślałam           | 80%                     | 48%                   | 64%           |

Śmierć własna w wyobrażeniach pielęgniarek budzi u większości z nich (64% ogółu badanych) uczucia negatywne: lęk, strach, niepokój, niepewność. Część pielęgniarek nie wyobraża sobie własnej śmierci (22% ogółu badanych). 12% pielęgniarek hospicyjnych, wyobrażając sobie własną śmierć, odczuwa spokój i wzruszenie. Wszystkie badane (100% respondentek) mają świadomość przeplatania się życia ze śmiercią, uznają ten fakt za naturalny, mający miejsce od zawsze.

Choć wszystkie badane pielęgniarki uznają naturalność przeplatania się życia i śmierci ze sobą to jednak ich osobisty stosunek do śmierci nie potwierdza tego faktu. Tylko 52% pielęgniarek hospicyjnych i 60% pielęgniarek z OIOM-u akceptuje śmierć jako zjawisko: naturalne, konieczne, pewne, nieuchronne, czekające wszystkich ludzi. 22% ogółu badanych boi się śmierci. Jedna z pielęgniarek hospicyjnych pisze: „Nie chcę umierać!”, wyrażając w ten sposób swój bunt i sprzeciw wobec śmierci własnej.

## 2. Sposób przeżywania śmierci innych ludzi.

Przeżywanie śmierci przez badane pielęgniarki różni się w zależności od tego, kto umiera.

Śmierć dziecka wzbudza najwięcej negatywnych emocji. Przez 40% badanych pielęgniarek hospicyjnych i 40% pielęgniarek z OIOM-u określana jest jako: tragedia, dramat, katastrofa. 24% pielęgniarek hospicyjnych i 28% pielęgniarek z OIOM-u odczuwa smutek, żal, jest im przykro w chwili śmierci dziecka. Część

pielęgniarek (12% pielęgniarek hospicyjnych i 16% pielęgniarek z OIOM-u) wyraża swój bunt wobec śmierci dziecka, mówią wprost: „to niesprawiedliwe”. Reszta pielęgniarek wyraża swoje niezrozumienia wobec takich sytuacji, czują wtedy: ból, strach. Jedna z pielęgniarek pracujących na OIOM-ie napisała: „znam to z autopsji”.

Również śmierć osoby młodej przeżywana jest głównie w atmosferze bólu, smutku, niezrozumienia, buntu – 88% pielęgniarek hospicyjnych i 88% pielęgniarek z OIOM-u.

Jedna z pielęgniarek hospicyjnych kończy zdanie: „Gdy umiera człowiek młody – pisze – widocznie Bóg tak chciał”, z drugiej strony pielęgniarki z OIOM-u piszą „wściekam się”, „myślę, że mógł jeszcze żyć” (8%). W czasie odchodzenia młodego człowieka „na chwilę zamiera życie wokół” – pisze jedna z nich.

Śmierć osoby w podeszłym wieku u 52% badanych pielęgniarek traktowana jest jako naturalna kolej rzeczy. 12% pielęgniarek hospicyjnych i 28% pielęgniarek z OIOM-u pisze o żalu, smutku, odczuciu straty w chwili śmierci człowieka starszego. Jedna osoba z grupy pielęgniarek anestezyjologicznych podkreśla: „zawsze walczę”.

Sposób przeżywania, odczuwania śmierci pacjenta został zawarty w następującym zdaniu niedokończonym: „W chwili śmierci pacjenta czuję...” – 50% badanych odczuwa smutek, żal. Wśród odpowiedzi pojawiają się określenia wyrażające negatywne emocje, odczucia w chwili śmierci pacjenta: „czuję się niezręcznie”, „pustkę” (8% pielęgniarek hospicyjnych), „strach”, „bezradność i rozpacz”, „bezsilność” (12% pielęgniarek z OIOM-u).

Tylko pielęgniarki hospicyjne piszą, że w chwili śmierci pacjenta czują „pokorę” (8%), „spokój” (4%), „że jestem świadkiem tajemnicy” (8%) (Tabela 3).

**Tabela 3. W chwili śmierci pacjenta czuję...**

| pielęgniarki hospicyjne              | n = 100% | pielęgniarki z OIOM-u      | n = 100% |
|--------------------------------------|----------|----------------------------|----------|
| smutek, żal, zadumę                  | 44%      | smutek, żal                | 60%      |
| pokorę                               | 8%       | coś dziwnego               | 8%       |
| że jestem świadkiem tajemnicy        | 8%       | nic nie czuję              | 4%       |
| spokój                               | 4%       | strach                     | 4%       |
| się niezręcznie                      | 4%       | ulgę wobec jego cierpienia | 4%       |
| ulgę, że zmarł w komforcie           | 4%       | złość lub ulgę             | 4%       |
| trudno to ocenić, nie zawsze to samo | 4%       | bezradność i rozpacz       | 4%       |
| pustkę                               | 4%       | bezsilność                 | 4%       |
| jak gaśnie życie                     | 4%       | brak odpowiedzi            | 8%       |
| modłę się, nie mogę opanować płaczu  | 4%       |                            |          |
| żał i smutek, że nie mogę już pomóc  | 4%       |                            |          |
| brak odpowiedzi                      | 8%       |                            |          |

### 3. Podejście do pracy zawodowej i związanych z nią obowiązków.

36% pielęgniarek hospicyjnych i tyleż samo pielęgniarek z OIOM-u dokończyło rozpoczęte zdanie: „Mój zawód...” – „pielęgniarka”. U obu grup badanych występuje bardzo pozytywne podejście do zawodu (pielęgniarki hospicyjne – 64%, pielęgniarki z OIOM-u 40%):

- „to sztuka”
- „to moje powołanie”
- „jest moją pasją”
- „nadaje sens mojemu życiu”
- „daje mi poczucie spełnienia zawodowego”.

Wśród pielęgniarek pracujących w oddziale intensywnej opieki medycznej 8% określiło swój zawód jako „ciężki”, kolejne 8% wyraziło swój negatywny stosunek, pisząc: „to dramat”, „kicha”, a pozostałe 8% nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Dla 96% badanych pielęgniarek (4% nie udzieliło odpowiedzi) sumienne wypełnianie obowiązków zawodowych jest ważne. Tylko pielęgniarki hospicyjne podkreślają, że jest to także *przyjemność i satysfakcja oraz powód do dumy*.

„W pracy zawodowej pacjent stanowi dla mnie...” – oto kolejne zdanie niedokończone, w którym odpowiedzi pielęgniarek hospicyjnych i anestezyjologicznych były podobne. Dla badanych pacjent stanowi:

- podmiot, cel starań, sens pracy, najwyższe dobro (36% pielęgniarek hospicyjnych i 36% pielęgniarek z OIOM-u);
- człowieka potrzebującego pomocy, cierpiącego (16% pielęgniarek hospicyjnych i 32% pielęgniarek z OIOM-u);
- człowieka, osobę (20% pielęgniarek hospicyjnych i 12% pielęgniarek z OIOM-u);
- wyzwanie (20% pielęgniarek hospicyjnych i 4% pielęgniarek z OIOM-u).

Aż 98% badanych pielęgniarek hospicyjnych traktuje opiekę nad pacjentem umierającym jako ważne, jeśli nie najważniejsze zadanie. Określa ją jako: „pracę i posługę”, „bazę nowych doświadczeń”, „wzbogacające doświadczenie”, „powołanie”, „spełnienie”, „sens pracy”, „sens życia”, jako „wielką tajemnicę” i „wyróżnienie”.

Pielęgniarki z OIOM-u w 56% piszą, że opieka nad pacjentem umierającym jest dla nich: ciężka, obciążająca, trudna, przygnębiająca, przytłaczająca, wypełnieniem obowiązku. Pielęgniarki pracujące w oddziale intensywnej opieki medycznej nastawione są na ratowanie życia, a nie na godzenie się na śmierć.

### 4. Stosunek do Pana Boga i wyznawanej religii.

Badane pielęgniarki uznają obecność Pana Boga, z tym, że 16% pielęgniarek z OIOM-u wskazuje na istotne oddalenie siebie od Pana Boga czy na Jego istnienie dla innych – „Bóg jest dla innych”.

Prawie wszystkie badane uznają obecność Boga, można by więc przypuszczać, że będzie się to przekładać proporcjonalnie na ich stosunek do religii. Jednak tak nie jest. Pielęgniarki hospicyjne piszą: „Religia to bajka”, „kiedyś mnie fascynowała”, „nie do końca mnie przekonuje” (12%). Natomiast dla pielęgniarek z OIOM-u „Religia...”: „to coś w co wierzyłam”, „drażni mnie”, „przeraża mnie”, „jest interesującym tematem dla socjologa”, „jest jaka jest”, „jest prywatną sprawą każdego” (30%).

Z drugiej strony „Religia daje siłę”, „wzbogaca mnie”, „nadaje sens mojemu istnieniu”, jest: „ważna”, „potrzebna”, „wspaniała”, „tajemnicą”, „dobrem”, „celem nadrzędnym” (72% pielęgniarek hospicyjnych); jest: „ważna”, „istotna”, „potrzebna”, „daje wiarę” (32% pielęgniarek z OIOM-u)

„Mój system wartości opiera się na...” – kończąc to zdanie pielęgniarki hospicyjne wymieniały w większości: „Bogu”, „Eucharystii”, „dekalogu”, „wierze” (60%), własnym sumieniu (8%). Z kolei pielęgniarki pracujące w OIOM-ie swój system wartości opierają na: „kulturze, tradycji, religii” (20%), „wierze, religii” (16%), „wartościach, które wybrałam” (8%). Aż 28% tych pielęgniarek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

### 5. Poczucie sensu życia.

U obu grup badanych pielęgniarek poczucie sensu życia jest wysokie. Aż 88% pielęgniarek hospicyjnych i 68% pielęgniarek z OIOM-u osiągnęło wynik pomiędzy 140 a 106 punktów w Teście PLT, co świadczy o bardzo wysokim poczuciu sensu życia. 12% pielęgniarek hospicyjnych i 28% pielęgniarek z OIOM-u wykazuje średnie poczucie sensu życia (105–77 pkt.), tylko jedna pielęgniarka z OIOM-u niskie poczucie sensu życia (poniżej 76 pkt.) (Tabela 4).

**Tabela 4. Poczucie sensu życia badanych pielęgniarek**

| Poczucie sensu życia | pielęgniarki hospicyjne, n = 100% | pielęgniarki z OIOM-u, n = 100% | razem z ogółu badanych, n = 100% |
|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Bardzo wysokie       | 88%                               | 68%                             | 78%                              |
| Średnie              | 12%                               | 28%                             | 20%                              |
| Niskie               | 0%                                | 4%                              | 2%                               |

### Wnioski

1. Pielęgniarki anestezyjologiczne nie są przygotowane na własną śmierć, natomiast prawie połowa pielęgniarek hospicyjnych potwierdziła osobiste przygotowanie na własną śmierć.
2. Większość pielęgniarek hospicyjnych i tylko połowa pielęgniarek z OIOM-u nigdy ani przez chwilę nie myślała o samobójstwie.

3. Większość badanych pielęgniarek nie wyobraża sobie własnej śmierci, bądź odczuwa wtedy strach, niepokój, niepewność, smutek, żal.
4. Wszystkie badane pielęgniarki akceptują przeplatanie się śmierci z życiem, lecz fakt ten nie przekłada się na ich osobisty stosunek do śmierci. Zgoda na śmierć jako ostatni, nieuchronny i konieczny etap życia charakteryzuje połowę badanych osób.
5. Obie grupy pielęgniarek przeżywają w podobny sposób śmierć zarówno dziecka, jak i człowieka młodego oraz osoby w podeszłym wieku – głównie w atmosferze smutku, rozpacz, bólu i buntu.
6. Z kolei śmierć pacjenta odczuwana jest negatywnie („W chwili śmierci pacjenta czuję: smutek, żal, strach, bezradność, rozpacz”) lub jest pozbawiona uczuć („nic nie czuję”, „czuję pustkę”) u większości badanych.
7. Zdecydowana większość pielęgniarek hospicyjnych wskazuje na satysfakcję i zadowolenie z wykonywanej pracy zawodowej (co znajduje potwierdzenie w bardziej twórczym podejściu do wykonywanego zawodu: „Mój zawód: to sztuka”, „to moje powołanie”, „jest moją pasją”, „nadaje sens mojemu życiu”, „daje mi poczucie spełnienia”), ich zdanie podziela tylko niewielka część pielęgniarek anestezyjologicznych.
8. Dla wszystkich badanych pielęgniarek sumienne wypełnianie obowiązków zawodowych jest bardzo ważne.
9. Prawie wszystkie pielęgniarki hospicyjne (96%) podchodzą do opieki nad pacjentem umierającym z wielką pasją i zaangażowaniem. Dla połowy pielęgniarek z OIOM-u opieka nad pacjentem umierającym jest przygnębiająca, przytłaczająca, obciążająca.
10. Choć wszystkie badane pielęgniarki wierzą w obecność Pana Boga, to tylko większość pielęgniarek hospicyjnych podkreśla istotne znaczenie praktykowanej religii i szukanie w Bogu i modlitwie oparcia dla siebie i swoich pacjentów.
11. Poczucie sensu życia u 98% wszystkich badanych pielęgniarek jest wysokie i bardzo wysokie.

## Piśmiennictwo

1. *Kodeks Etyki Zawodowej* w Wrońska I., Mariański J.: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2002, s. 231.
2. Wrońska I.: *Komentarz do Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej*, Włocławek 1996, s. 17, s. 17.
3. Sczapański J.: *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa 1988, s. 310.
4. Red. Sobol E.: *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1997, s. 945.
5. Ks. Bartoszek A.: *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Wydawnictwo Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000.

Maria Łyżnicka<sup>2</sup>, Monika Korbel-Pawlas<sup>1,2</sup>,  
Jolanta Sulek<sup>1,2</sup>, Adam Pawlas<sup>1</sup>, Grażyna Dębska<sup>2</sup>

## Satysfakcja z pracy pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej

### Wstęp

„Zadowolenie z pracy jest jednym z najstarszych problemów badawczych podejmowanych przez psychologię pracy, organizacji i zarządzania” [1]. „W transakcyjnym modelu jakości życia zadowolenie z pracy oznacza postawę osoby wobec pracy, wyrażającą jej ocenę tego, w jakim stopniu wykonywana praca jest dla niej korzystna” [2]. Postawa ta zawiera komponent poznawczy i emocjonalny. Oceny emocjonalne określają, co osoba czuje w pracy (samopoczucie, nastrój, intensywność i/lub częstość stanów afektywnych).

Oceny poznawcze wyrażane w sądach odzwierciedlają, co osoba myśli, jak poznawczo ocenia swoją pracę i swój stosunek do niej. Sądy te określane są mianem satysfakcji i mogą dotyczyć oceny pracy jako całości (ogólna satysfakcja z pracy) lub jej składników (satysfakcja z kolegów, treści pracy, płacy itd.) [2]. „Jednym z elementów filozofii zarządzania przez jakość jest badanie satysfakcji pracowników” [3]. „Satysfakcja z pracy stała się pojęciem atrakcyjnym w badaniach społecznych i psychologicznych” [4]. „W przypadku pielęgniarek bezspornym wydaje się związek pomiędzy ich satysfakcją z pracy a jakością świadczonej opieki, efektywnością realizacji specjalistycznych procedur oraz zadowoleniem pacjenta” [4].

„Pacjent w okresie transformacji w służbie zdrowia postrzegany jako aktualny lub potencjalny klient, zajmuje centralne miejsce w nowym podejściu do problematyki jakości” [5].

W praktyce badanie satysfakcji z pracy pielęgniarek jest mało widoczne z powodu braku odpowiednich narzędzi oraz małego zainteresowania tą problematyką kadry zarządzającej [4].

---

<sup>1</sup> Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem

<sup>2</sup> Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

W opracowaniach dotyczących satysfakcji znacznie więcej miejsca poświęca się satysfakcji pacjenta jako odbiorcy usług pielęgniarских [4, 6]. W opiece paliatywnej jakość świadczonej opieki wobec chorego i jego najbliższych może być znaczącym źródłem satysfakcji [7]. Wysoka ocena opieki dokonana przez chorego i jego bliskich jest źródłem satysfakcji z pracy dla personelu świadczącego tę opiekę.

## Cel pracy

Celem badań było określenie poziomu satysfakcji z pracy pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej wraz z niektórymi jej uwarunkowaniami, na które składają się:

- relacje z chorymi i ich bliskimi,
- relacje z przełożonymi,
- relacje z członkami zespołu terapeutycznego,
- satysfakcja z prestiżu zawodowego,

oraz emocje związane z towarzyszeniem umierającym.

## Material i metoda

Badaniem objęto 45 pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej (grupa I) oraz 45 pielęgniarek zatrudnionych w innych placówkach (grupa II – kontrolna).

Osoby pracujące w opiece paliatywnej w większości (35 badanych) podjęły pracę wskutek restrukturyzacji macierzystych placówek, stąd decyzja o miejscu zatrudnienia była przypadkowa i nie do końca zgodna z ich oczekiwaniami, zainteresowaniami, preferencjami. Pielęgniarki te nie legitymują się żadnymi kwalifikacjami kierunkowymi (12), bądź przeszły krótkie kursy przygotowujące. W grupie kontrolnej znalazły się osoby zatrudnione w oddziałach szpitalnych: internistycznym, chirurgicznym, psychiatrycznym, okulistycznym, dziecięcym i neurologicznym oraz osoby pracujące w DPS i w POZ.

Średnia wieku badanych w grupie I wynosiła 37,8 lat, średni staż pracy 15,8 lat.

Średnia wieku badanych w grupie II wynosiła 35,3 lat, średni staż pracy 13,6 lat.

Narzędziem badawczym były autorskie kwestionariusze ankiet zawierające zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte. Dla określenia natężenia wybranych cech zastosowano wizualną skalę liniową w wymiarze od 0 do 10, gdzie natężenie 0 oznacza wcale, a 10 – całkowicie (maksymalnie). W analizie statystycznej posłużono się testem niezależności 2 (dla porównywania rozkładów zmiennych jakościowych). Dla wykazania różnic pomiędzy badanymi grupami osób posłużono się testem U Manna-Whitneya. Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności  $p = 0,05$ .

## Wyniki badań

W tabeli 1 przedstawiono wyniki dotyczące ogólnej charakterystyki badanych grup pielęgniarek, takie jak: miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, staż pracy oraz odbyte szkolenia.

**Tabela 1. Dane statystyczne osób w badanej grupie pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej i pielęgniarek z grupy kontrolnej**

| Kategoria            |                       | Grupa badana |     | Grupa kontrolna |     |
|----------------------|-----------------------|--------------|-----|-----------------|-----|
|                      |                       | N=45         | %   | N=45            | %   |
| Miejsce zamieszkania | miasto                | 23           | 51% | 26              | 58% |
|                      | wieś                  | 22           | 49% | 19              | 42% |
| Wykształcenie        | średnie               | 37           | 82% | 40              | 89% |
|                      | wyższe                | 2            | 5%  | 3               | 7%  |
|                      | licencjat             | 6            | 13% | 2               | 4%  |
| Stan cywilny         | panna/kawaler         | 9            | 20% | 10              | 22% |
|                      | mężatka               | 36           | 80% | 33              | 73% |
|                      | rozwódka              | 0            | 0%  | 2               | 5%  |
| Staż pracy           | do 10 lat             | 14           | 31% | 18              | 40% |
|                      | 11–20 lat             | 18           | 40% | 20              | 44% |
|                      | powyżej 20 lat        | 13           | 29% | 7               | 16% |
| Odbyte szkolenia     | brak                  | 12           | 27% | 2               | 5%  |
|                      | krótkie przeszkolenie | 20           | 44% | 5               | 11% |
|                      | większa ilość szkoleń | 13           | 29% | 38              | 84% |

W grupie 45 osób najczęściej wymienianą predyspozycją do pracy w opiece paliatywnej są: cierpliwość (16 osób), odporność psychiczna (5), wyrozumiałość (5), życzliwość, wrażliwość, wiedza i umiejętność komunikowania (po 3), współczucie, tolerancja, uczciwość (po 2), empatia, wiarygodność, sumienność, rzetelność, serdeczność, otwartość na potrzeby chorego i rodziny, spokój, delikatność, gotowość do pomocy, pracowitość, asertywność.

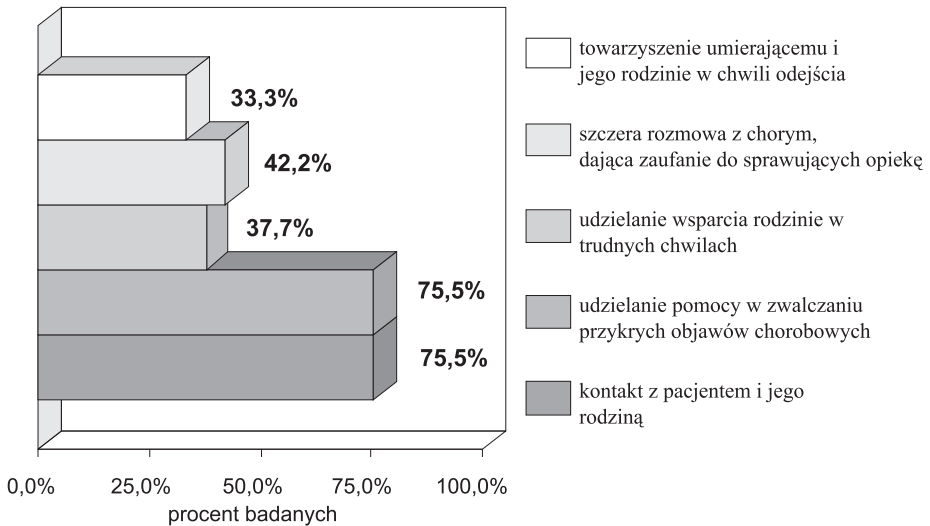
Zakresy pracy z chorym nieuleczalnie sprawiające personelowi najwięcej satysfakcji to:

- kontakt z pacjentem i jego rodziną – 75,5%,
- udzielanie pomocy w zwalczaniu przykrych objawów chorobowych – 75,5%,
- udzielanie wsparcia rodzinie w trudnych chwilach – 37,7%,
- szczerza rozmowa z chorym, dająca zaufanie do sprawujących opiekę – 42,2%,
- towarzyszenie umierającemu i jego rodzinie w chwili odejścia – 33,3%.

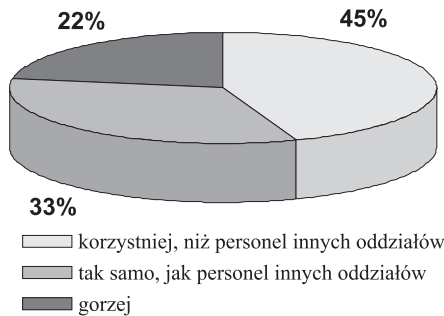
Pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej czują się korzystniej oceniane przez podopiecznych niż pielęgniarki pracujące na innych oddziałach (64% badanych osób). Porównywalną ocenę odczuwa 33%, niższą – 22% pielęgniarek.



**Wykres 1. Zakresy pracy z chorym nieuleczalnie sprawiające personelowi najwięcej satysfakcji**



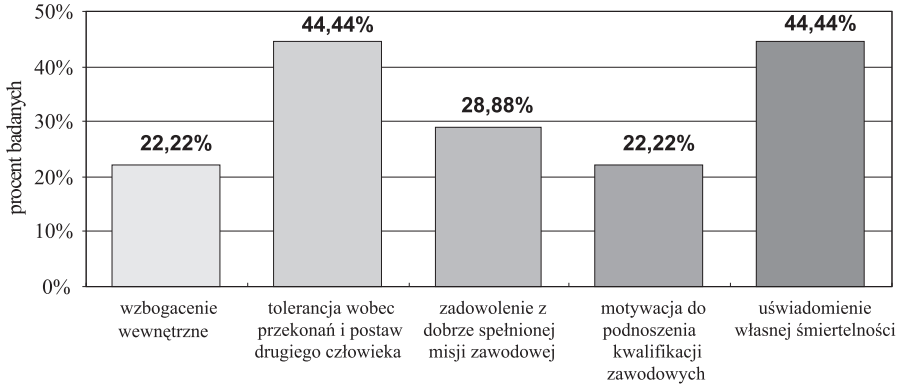
**Wykres 2. Odczucia personelu dotyczące oceny ich pracy przez pacjentów**



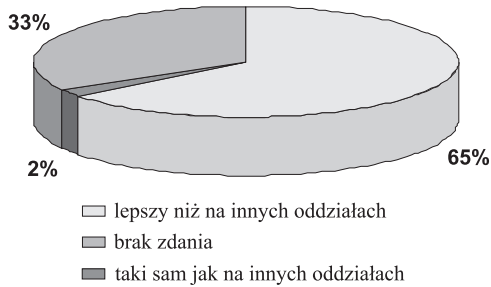
Osoby zawodowo opiekujące się nieuleczalnie chorymi dostrzegają wpływ pracy zawodowej na życie osobiste. Spośród negatywnych konsekwencji wymieniają najczęściej psychiczne obciążenie – 47%. Pozytywne konsekwencje to: wzbogacenie wewnętrzne (22%), tolerancja wobec przekonań i postaw drugiego człowieka (44%), zadowolenie z dobrze spełnionej misji zawodowej (29%), motywacja do podnoszenia kwalifikacji zawodowych (22%), uświadomienie własnej śmiertelności (44%).

We współpracy z zespołem terapeutycznym 64% dostrzega lepszy kontakt ze współpracownikami niż wśród pracowników innych oddziałów; 36% uważa, że w relacjach przełożony – pracownik występuje mniej psychicznych barier, a 24% w ogóle nie dostrzega takich barier.

Wykres 3. Pozytywne konsekwencje pracy w opiece paliatywnej

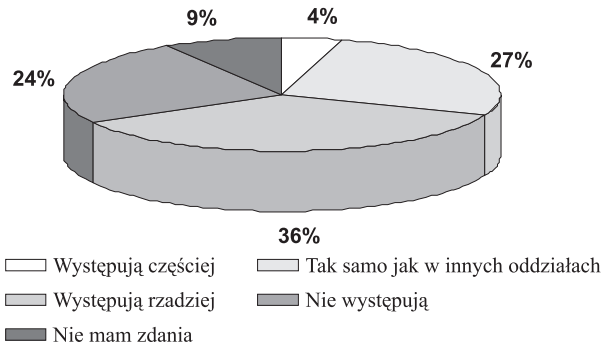


Wykres 4. Ocena współpracy w zespole terapeutycznym

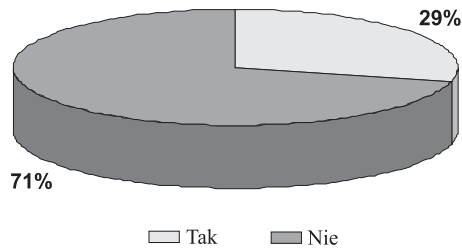


Możliwość skorzystania z doświadczeń starszych stażem współpracowników doświadczają 71%, pomoc w rozwiązywaniu problemów osobistych ze strony innych członków zespołu terapeutycznego odczuło 53% badanych.

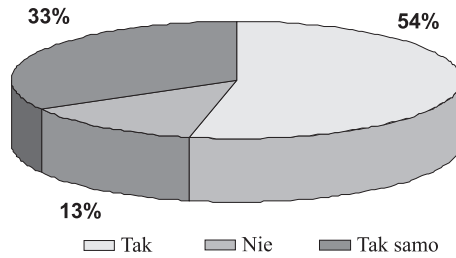
Wykres 5. Bariery w relacjach przełożony – pracownik



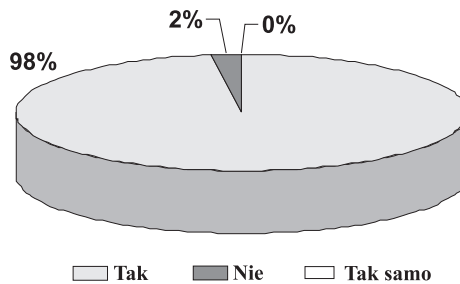
Wykres 6. Ocena rotacji personelu



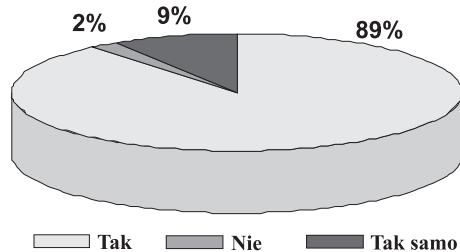
Wykres 7. Czy praca w oddziale paliatywnym w porównaniu z innymi oddziałami daje więcej czasu na opiekę nad chorym



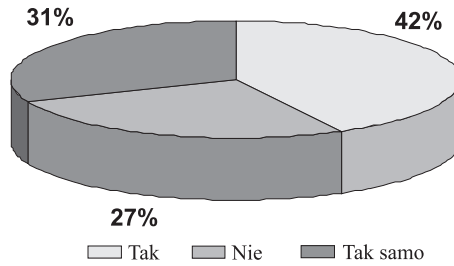
Wykres 8. Czy praca w opiece paliatywnej wymaga większego emocjonalnego zaangażowania personelu



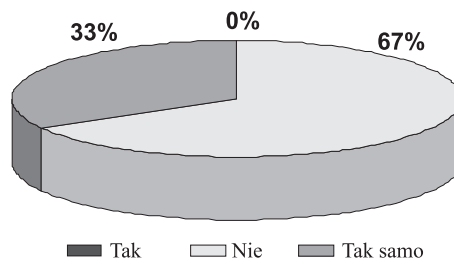
Wykres 9. Czy praca w oddziale paliatywnym jest cięższa fizycznie niż praca na innych oddziałach



**Wykres 10. Czy praca w opiece paliatywnej ma większy prestiż niż praca na innych oddziałach**



**Wykres 11. Czy praca w opiece paliatywnej jest lepiej płatna niż praca na innych oddziałach**



Personel wykazuje troskę o wysoki poziom świadczonej opieki i o dobrą atmosferę w pracy, co przejawia się: dbałością o jakość opieki nad chorym 89% i brakiem akceptacji niezdrowej rywalizacji o względy chorego i jego rodziny (64%).

Do pozytywnych emocji pojawiających się na myśl o pracy w opiece paliatywnej do najczęściej wymienianych przez pielęgniarki należą: życzliwość, cierpliwość, troska, spokój, akceptacja, nadzieja, pogoda ducha i wiara.

Najczęściej wymieniane negatywne emocje to: przeciążenie, bezradność, zwątpienie, strach, smutek, litość, zdenerwowanie i przerażenie.

## Dyskusja

Pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej, wśród których przeprowadzono badania w przeważającej większości podjęły pracę w opiece paliatywnej w wyniku restrukturyzacji macierzystych placówek, stąd ich wybór miejsca pracy trudno uznać za zgodny z preferencjami i zainteresowaniami zawodowymi. Mimo dużego stażu pracy nie posiadały profesjonalnego przygotowania do podjęcia pracy z nieuleczalnie chorym. Adaptacja do nowych warunków pracy dla nich samych była wielkim problemem, w związku z tym niższy od przewidywanego poziom satysfakcji. Kategorie objęte badaniem są specyficzne dla opieki paliatyw-

nej, np. satysfakcja z osobistych kontaktów z rodziną i pacjentem w szczególnym dla nich okresie czy rozwój własnej osobowości personelu są pozytywnie postrzegane i części personelu kompensują stres adaptacyjny. U pozostałych wyzwalają negatywne emocje, takie jak: poczucie przeciążenia, lęk, bezradność. Większość badanej grupy w krótkim okresie czasu uzupełniała wiadomości i umiejętności z zakresu opieki paliatywnej, które być może wpłyną na wzrost poczucia satysfakcji.

## Wnioski

1. Satysfakcja z relacji z chorymi i ich bliskimi wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej kształtuje się na poziomie nieznacznie niższym niż satysfakcja pielęgniarek pracujących na innych oddziałach.
2. Poziom zadowolenia z kontaktów i współpracy z przełożonymi wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej jest nieznacznie wyższy niż wśród pielęgniarek innych oddziałów.
3. Zadowolenie z kontaktów i współpracy z członkami zespołu terapeutycznego pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej kształtuje się na takim samym poziomie, jak wśród pielęgniarek innych oddziałów.
4. Satysfakcja z prestiżu zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej jest niższa niż wśród pielęgniarek innych oddziałów.

## Piśmiennictwo

1. Zalewska A. M.: Zadowolenie z pracy w zależności od reaktywności i wartości stymulacyjnej pracy. Warszawa: Wyd. WSPS; 2006, 49 (3), 289.
2. Zalewska A. M.: Zadowolenie z pracy w zależności od reaktywności i wartości stymulacyjnej pracy. Warszawa: Wyd. WSPS; 2006, 49 (3), 291.
3. Mach U., Zuniga-Careaga Y., Narzędzie z importu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej; 2004, nr 7–8, 14.
4. Kosińska M., Pilarz Z., Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania. Lublin: UMCS; 2005, Vol. LX, Suppl. XVI, 236, Sectio D, 46.
5. Talarska D., Kapela T., Satysfakcja pacjenta leczonego w oddziale internistycznym. Pielęgniarstwo Polskie; 2001, 2 (12), 255.
6. Strama A., Janczar A., Milan M., Krzemińska S., Uchmanowicz I., Spodziewa J., Lisowska A., Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej. Lublin: UMCS; 2006, Vol. LX, Suppl. XVI.
7. de Walden-Gałuszko K., Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2004, 290.

Iwona Król<sup>1</sup>, Anna Jakrzewska-Sawińska<sup>1</sup>,  
Maria Wajda-Kasprowicz<sup>1</sup>, Elżbieta Bortkiewicz<sup>1</sup>

## Pacjenci Wielkopolskiego Hospicjum dla Dzieci w latach 1999–2006

Wielkopolskie Hospicjum dla Dzieci (WHDz) rozpoczęło pracę jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej 31 sierpnia 1999 roku. Wcześniej opiekę nad dziećmi sprawował Zespół Wyjazdowy Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum dla Dorosłych. Wielkopolskie Hospicjum obejmuje opieką dzieci mieszkające w promieniu 100 kilometrów od Poznania. Są to tereny powiatów: gnieźnieńskiego, gostyńskiego, grodzkiego, jarocińskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, nowotomyskiego, obornickiego, poznańskiego, rawickiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego, wągrowieckiego, wolsztyńskiego, wrzesińskiego oraz miasto Poznań i Leszno.

Celem pracy była charakterystyka populacji pacjentów objętych opieką WHDz z uwzględnieniem cech demograficznych, przyczyny skierowania do hospicjum oraz czasu pozostawania pod jego opieką.

### **Materiał i metody badań**

Materiałem badanym były dane 157 chorych zgłoszonych do WHDz w okresie od 31 sierpnia 1999 do 31 sierpnia 2006. Ujęto również dzieci (4), które przed 31 sierpnia 1999 pozostawały pod opieką Zespołu Wyjazdowego Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum dla Dorosłych.

Ocenie poddano:

- płeć
- wiek pacjentów w momencie przyjmowania do Hospicjum. Zastosowano podział na następujące grupy wieku: 0–4, 5–9, 10–14, 15–19 oraz 20 i więcej lat (wg ICD-10).
- miejsce zamieszkania
- przyczyny skierowania dzieci do hospicjum – według głównych kategorii Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)
- czas pozostawania pod opieką hospicjum

---

<sup>1</sup> Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”

Wyniki badań podano w liczbach bezwzględnych i względnych (wskaźniki struktury). Dla wieku i czasu opieki określono również podstawowe miary statystyczne: minimum, maksimum, średnią arytmetyczną ( $\bar{x}$ ).

Źródłem informacji była dokumentacja WHDz: księga główna i historie chorób.

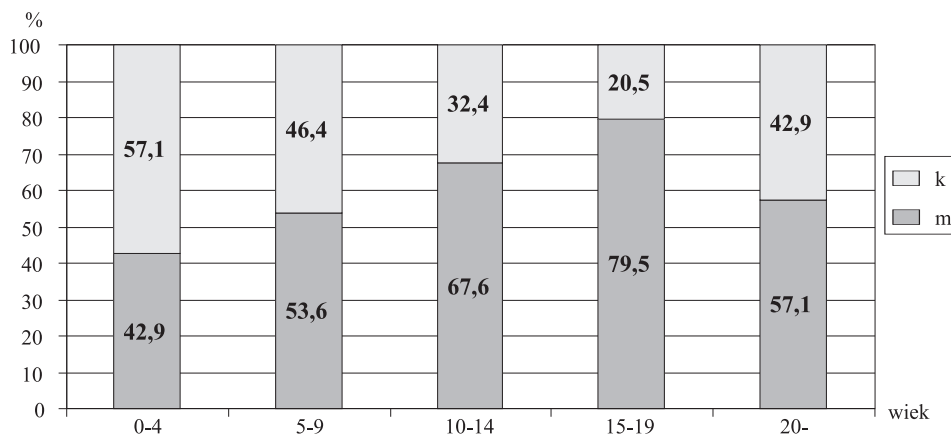
### Wyniki badań

W latach 1999–2006 zgłoszono do WHDz 157 pacjentów, w tym 61 dziewcząt (39%) i 96 chłopców (61%). Dla roku 1999 dane są niepełne ze względu na rozpoczęcie pracy hospicjum dla dzieci 31 sierpnia, natomiast dla roku 2006 podano liczbę zgłoszeń do 31 sierpnia. Rocznie rejestrowanych jest od 14 do 31 osób.

W analizowanym okresie siedmiu lat 34% zgłoszonych pacjentów zmarło, 28% pozostaje nadal pod opieką hospicjum, 12% ma tymczasowo zawieszoną opiekę, u 10% miała miejsce jednorazowa wizyta konsultacyjna, 3% dzieci leczonych jest w Poradni Medycyny Paliatywnej, natomiast 12% chorych zrezygnowało z opieki WHDz. Są to osoby korzystające z opieki lekarza rodzinnego, zakładów opiekuńczych lub hospicjów właściwych dla miejsca zamieszkania (po 14% rezygnacji). U części chorych (58%) przyczyna rezygnacji nie jest znana.

Do WHDz zgłaszano chorych w wieku od 3 miesięcy do 32 lat, średnia wieku wynosiła 10 lat. Największą grupę stanowiły dzieci w wieku 0–4 lat (27,5%), najmniejszą w wieku 20 i więcej lat (4,5%) (ryc. 3). Odsetek chłopców zwiększał się w kolejnych grupach, poza najstarszą, tj. w wieku 20 i więcej lat (ryc. 1).

**Rycina 1. Chorzy zarejestrowani w Wielkopolskim HD w latach 1999–2006 struktura wg płci w poszczególnych grupach wieku [%]**



W Poznaniu mieszkało 41% podopiecznych WHDz, w innych miastach 34%. Na wsi mieszkało 26% dzieci.

**Tabela 1. Rozpoznanie będące przyczyną skierowania dzieci do hospicjum**

| Rozpoznanie   | n          | %           |
|---|------------|-------------|
| <b>Choroby nienowotworowe</b>                                       | <b>136</b> | <b>86,6</b> |
| Choroby układu nerwowego  | 89         | 56,7        |
| Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe   | 26         | 16,6        |
| Choroby metaboliczne  | 12         | 7,6         |
| Choroby układu oddechowego  | 12         | 7,6         |
| Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu                           | 8          | 5,1         |
| Choroby układu krążenia   | 6          | 3,8         |
| Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania                       | 2          | 1,3         |
| Choroby zakaźne i pasożytnicze                                      | 2          | 1,3         |
| Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej       | 1          | 0,6         |
| <b>Choroby nowotworowe</b>  | <b>21</b>  | <b>13,4</b> |
| Rozpoznanie zawierające więcej niż jedną główną kategorię wg ICD 10 | 52         | 33,1        |

Przeważającą część rozpoznań stanowiły choroby nienowotworowe (86,6%) (tab. 1). Były to przede wszystkim:

- choroby układu nerwowego (56,7%), w tym:
  - u 31 osób dziecięce porażenie mózgowie, inne miopatie
  - u 17 osób (choroba Duchenne’a),
  - porażenie czterokończynowe u 8
  - zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego (zespół Werdniga-Hoffmana) u 7 chorych.
- wady rozwojowe wrodzone (16,6%), głównie układu nerwowego (12) i krążenia (5),
- choroby metaboliczne (7,6%),
- choroby układu oddechowego (7,6%)
- zaburzenia spowodowane zewnętrznymi przyczynami zachorowań i zgonów (5,1%), w tym utonięcia, wypadki komunikacyjne.

Przyczyną opieki hospicyjnej u 13,4% pacjentów była choroba nowotworowa. Najczęściej były to nowotwory mózgu (9), kości (3) i białaczki (3). Warto podkreślić, że u 33,1% chorych stwierdzono dwie lub więcej głównych grup chorób.

Czas opieki jakim dzieci były objęte wynosił od trzech dni do 123 miesięcy, czyli ponad 10 lat. Największa grupa dzieci (47,5%) była lub jest pacjentami Wielkopolskiego HDz krócej niż rok, 16,3% przez dwa lata. Pięć i więcej lat trwała opieka u 7,8% chorych. Pacjenci z chorobami nienowotworowymi pozostają pod opieką hospicjum do 123 miesięcy, średnio 26 miesięcy. Natomiast dzieci z chorobami nowotworowymi do 65, średnio 12 miesięcy. Najdłużej są pod opieką dzieci obecnie z niej korzystające (średnio 40 miesięcy), najkrócej dzieci, które zmarły – od 3 dni do 110 miesięcy, średnio 13,9 miesięcy (tab. 2).



**Tabela 2. Czas pozostawania pod opieką WHDz**

| Dzieci                             | Czas opieki [miesiące] |       |      |
|------------------------------------|------------------------|-------|------|
|                                    | Min.                   | Maks. | x    |
| Ch. nienowotworowe                 | 0                      | 123   | 25,6 |
| Ukł nerwowego                      | 0                      | 123   | 30,3 |
| Metaboliczne                       | 3                      | 50    | 23,1 |
| Wady rozwojowe wrodzone            | 0                      | 63    | 16,5 |
| Ch. nowotworowe                    | 0                      | 65    | 11,6 |
| Zarejestrowane                     | 3 dni                  | 123   | 23,7 |
| Przebywające nadal pod opieką WDHZ | 1                      | 123   | 40,4 |
| Zmarłe                             | 3                      | 110   | 13,9 |
| Z zawieszoną opieką                | 1                      | 73    | 27,8 |

W analizowanym okresie zmarło 52 dzieci, w tym 30 dziewcząt (58%) i 22 chłopców (42%). W grupie zmarłych pacjentów odsetek chorych na nowotwory jest większy niż w grupie wszystkich zarejestrowanych pacjentów (21,2% vs 13,4%).

### Wnioski

1. W Wielkopolskim Hospicjum Dla Dzieci zarejestrowano w okresie od 31 VIII 1999 do 31 VIII 2006 roku 157 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 32 lat, w większości (61%) byli to chłopcy.
2. W naszym hospicjum dominowało rozpoznanie chorób nienowotworowych (86,6%), głównie układu nerwowego (56,7%). Prawdopodobnie wynika to z faktu, że większość dzieci chorych na nowotwory umiera w szpitalu, ze względu na prowadzoną do końca terapię.
3. Dzieci z chorobami nowotworowymi pozostają pod opieką hospicjum krócej niż pacjenci z rozpoznaniem innych chorób.

Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>1,2</sup>, Agnieszka Rajska-Neumann<sup>1,2</sup>,  
Anna Jakrzeska-Sawinska<sup>1</sup>, Krzysztof Sawiński<sup>1</sup>

## Doświadczenia z działalności „Hospicjum Domowego” przy Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej w Poznaniu

### Wstęp

Wraz z wiekiem narasta częstość występowania chorób przewlekłych, które w zaawansowanych stadiach nie podlegają leczeniu przyczynowemu. Do tej grupy chorób należą np. stany po udarach mózgu, niedowłady wielokończynowe, zaawansowane stadia choroby Parkinsona czy zespołów otępiennych. Również częstość chorób nowotworowych narasta z wiekiem [1]. Pacjenci starsi, zarówno ci z chorobami nowotworami, jak i z nienowotworowymi problemami przewlekłymi, wymagają specjalistycznej holistycznej opieki nastawionej na likwidowanie objawów chorobowych wpływających negatywnie na ich jakość życia [2].

Warto zdać sobie sprawę, że wiele z występujących objawów trudno poddających się leczeniu jest wspólnych zarówno dla schyłkowego okresu stadiów nowotworów, jak i zaawansowanych stadiów chorób przewlekłych. Jak podaje Cartwright i Welsh [3, 4] dokuczliwy ból występuje u 75% pacjentów z nowotworami i u 68% osób starszych z przewlekłymi schorzeniami nienowotworowymi. I choć ból towarzyszący chorobom nowotworowym uważany jest za silniejszy, to ból towarzyszący chorobom przewlekłym o charakterze nienowotworowym trwa dłużej. Do innych objawów charakterystycznych dla obu rozważanych grup pacjentów należą zaburzenia wydzielania śliny, zaburzenia połykania, nietrzymanie moczu i/lub stolca oraz odleżyny. Leczenie tych zespołów jest domeną medycyny paliatywnej, jednakże w przypadku ich występowania u osób starszych wymaga ono znajomości założeń medycyny geriatrycznej [5].

*Hospicjum Domowe* jest instytucją zajmującą się pacjentami w końcowej fazie życia z chorobą nienowotworową. Zapewnia ono swoim podopiecznym holistyczną opiekę w ramach współczesnych światowych standardów medycyny

---

<sup>1</sup> Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej WSWOP *Hospicjum Domowe*

<sup>2</sup> Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii, Uniwersytet im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

paliatywnej, która zajmuje się nie tylko pacjentami z chorobami nowotworowymi, ale wszystkimi chorymi w zaawansowanym stadium przewlekłej choroby somatycznej, u których zaniechano leczenia przyczynowego. Celem tego działania jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia. Unikalność *Hospicjum* polega na łączeniu i wdrażaniu jednocześnie elementów opieki paliatywnej i geriatryi.

Objęcie pacjenta opieką przez *Hospicjum Domowego* pozwala indywidualne dostosowanie zakresu działań zarówno medycznych, jak i niemedycznych do aktualnych potrzeb. *Hospicjum Domowe* działa w oparciu o zespół wyjazdowy, którego trzon stanowi lekarz specjalista z geriatryi i/lub medycyny paliatywnej, pielęgniarka specjalizująca się w geriatryi i/lub medycynie paliatywnej, psycholog i pracownik socjalny. W razie konieczności skład zespołu poszerzany jest o rehabilitanta. Rehabilitacja zapewnia pacjentom możliwość wolniejszej utraty posiadanej sprawności funkcjonalnej, co jest jednym z niezbędnych warunków zapewnienia im dobrej jakości życia. Pożądana jest również współpraca farmaceuty z zespołem.

Zespół obejmuje również opieką opiekunów pacjentów starszych w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej. Stała dyspozycyjność oraz konieczność zaakceptowania postępujących ograniczeń u współmałżonka, rodzica czy rodzeństwa może być przyczyną zmęczenia nie tylko fizycznego, ale i psychicznego. Duża częstość obniżenia nastroju czy wręcz depresji wśród opiekunów chorych na chorobę Alzheimera jest zjawiskiem dobrze znanym [6]. Dane dotyczące analogicznego zjawiska u osób opiekujących się pacjentami w zaawansowanym stadium innych chorób przewlekłych nie są znane.

Dodatkowo, działanie zespołu wspierane jest przez wolontariuszy. Pomoc wolontariuszy może dotyczyć nie tylko obsługi higienicznej czy porządkowej, ale także pomocy w opiece medycznej w ściśle określonym zakresie. Czasem dla pacjenta na trwale unieruchomionego najważniejszym jest, aby z nim po prostu być. Opieka wolontariuszy to także pomoc rodzinie chorego przy załatwianiu spraw związanych z opieką członka rodziny, także w aspekcie socjalnym.

## Cel

Celem pracy jest prezentacja działalności *Hospicjum*. W tym celu poddano analizie historie chorób 120 kolejnych pacjentów w wieku podeszłym objętych opieką *Hospicjum* w 2003 roku.

## Wyniki

Średni czas leczenia tych pacjentów w *Hospicjum Domowym* wynosił 12,4 ± 10,5 miesięcy, ale wahał się w szerokich granicach od 2 dni do 40 miesięcy. Najczęstszą przyczyną skierowywania pacjentów do *Hospicjum* były stany po udarach mózgu (32%), zespoły otępienne, głównie z trudnymi do leczenia zaburze-

niami zachowania (32%), niedowład często wielokończynowe (21%) oraz stany po złamaniach – głównie szyjki kości udowej (17%). Jednak jedynie u 5/120 pacjentów (4%) przyczyną skierowania był pojedynczy problem medyczny. Średnio w ocenianej grupie liczba przyczyn kierowania do naszej jednostki wynosiła  $3,8 \pm 1,3$  (zakres: 1–9).

Niepełnosprawność ruchowa powodująca zaburzenia lokomocji występowała u 77% badanych. Wśród tych osób ponad połowę stanowili pacjenci leżący, którzy nie byli w stanie utrzymać pozycji siedzącej samodzielnie (53%), a dalsze 27% było wysadzanych przez opiekunów, czyli były one w stanie utrzymać pozycje siedzącą. Pozostali (20%) byli w stanie poruszać się po domu z pomocą balkonika lub kul. Tylko dwie (1,7%) zgłaszały problem upadków.

Do innych częstych problemów należały: nietrzymanie moczu i/lub stolca (79%) oraz zespoły otępienne (57%), przy czym u prawie połowy (45%) występowały trudne do leczenia zaburzenia zachowania. Stosunkowo rzadko natomiast w grupie ocenianych pacjentów rozpoznawano depresję (24%).

Wyodrębnienie osób z otępieniem pokazało, że w grupie pacjentów z otępieniem częściej obserwowano niepełnosprawność ruchową ( $p < 0,001$ ) oraz tendencję do częstszego występowania nietrzymania moczu i/lub stolca ( $p = 0,0504$ ).

Wszystkie badane osoby, poza konsultacjami lekarskimi wykonywanymi przez specjalistę geriatry i/lub opieki paliatywnej, wymagały również pomocy pielęgniarskiej. Ponadto 30% było pod opieką rehabilitanta, a 16% – psychologa.

## Wnioski

Większość działających na świecie hospicjów to placówki przeznaczone dla pacjentów z chorobą nowotworową w fazie terminalnej, u których występują trudne do opanowania objawy. W ostatnim czasie, w związku z rozszerzeniem definicji medycyny paliatywnej, tworzone są instytucje przeznaczone dla pacjentów w zaawansowanych stadiach chorób przewlekłych. Są to w zdecydowanej większości osoby starsze. W Polsce jedynym Hospicjum opiekującym się pacjentami z zaburzeniami postępującymi, przewlekłymi, u których wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego, jest *Hospicjum Domowe* przy Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej w Poznaniu. Zdecydowana różnica pomiędzy sprawowaną opieką nad pacjentami z chorobą nowotworową w fazie terminalnej i pacjentami w zaawansowanych stadiach chorób przewlekłych to długość jej sprawowania. U pacjentów nienowotworowych ma ona często cechy opieki długoterminowej, na co wskazuje średni czas trwania opieki – wynoszący ponad rok.

Pacjenci w wieku podeszłym w zaawansowanym stadium chorób przewlekłych, w tym również pacjenci z otępieniem wymagają holistycznej opieki sprawowanej przez zespół osób przygotowanych do świadczenia takiej pomocy, tj. zespół medyczny i wolontariuszy. Pożądanym jest, aby w ramach zespołu specja-

liści medycyny paliatywnej i geriatryi współdziałali ze sobą. Taki model opieki gwarantuje zarówno skuteczność medyczną, jak i niesie ze sobą humanistyczny jej wymiar.

### **Piśmiennictwo**

1. Crawford J., Cohen H. J. Relationship of cancer and ageing. *Clin Geriatr Med.* 1987; 3: 419–31.
2. World Health Organization: cancer pain relief and palliative care. WHO, Geneva 1990.
3. Cartwright A, Seale C. *The year before the death.* Aldershot, Ashgate Publishing, 1994.
4. Welsh J., Fallon M., Keeley P. W. Palliative care. W: Tallis R., Fillit H., (red.). *Brocklehurst's textbook of Geriatric medicine and gerontology.* 6th ed. New York: Churchill Livingstone; p. 257–72.
5. Tsukuda R. A. Interdisciplinary collaboration: teamwork in geriatrics. W: Cassel C. K., Riesenber D. E., Sorensen L. B., Walsh J. R. (red). *Geriatric Medicine.* New York: Springer-Verlag. 1990; p. 669–75.
6. Beeson R. A. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Arch Psychiatr Nurs,* 2003; 17: 135–43.

Ewa Kacprzak<sup>1</sup>, Maria Kania<sup>1</sup>, H. Cieślak<sup>2</sup>

## Rola pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej w profilaktyce raka jąder

### Wstęp

W Polsce w ostatnim dziesięcioleciu wzrasta zachorowalność na nowotwory złośliwe. W 2003 roku do rejestru nowotworów złośliwych dotarły informacje o nowych zachorowaniach w liczbie 121 000 tys. osób, a ponad 88 300 tys. osób zmarło z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce i są główną przyczyną przedwczesnej śmierci wśród osób przed 65 rokiem życia [3].

Rak jądra jest dość rzadką chorobą, stanowi około 1% wszystkich schorzeń nowotworowych mężczyzn. Wykryty we wczesnej fazie jest w 95% wyleczalny. Późna faza daje mniejsze szanse [2]. Częstość występowania tego nowotworu odzwierciedla się w świadomości społeczeństwa, oczywiście negatywnie. O takim schorzeniu wie bardzo mały odsetek społeczeństwa, szczególnie panów. Jest to szokujące. Świadomość jest bardzo niska szczególnie u młodych mężczyzn, gdzie notuje się największą liczbą zachorowań. Kiedy w klasie II liceum, podczas rozmowy edukacyjnej na temat profilaktyki raka jąder padło pytanie: „czy ktoś słyszał o tym nowotworze lub coś wie więcej na ten temat?” otrzymałyśmy odpowiedź milczącą i zdziwienie na twarzach uczniów – zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Wśród nieco starszych panów wygląda to bardzo podobnie, a szkoda. Co roku na raka jądra umiera w Polsce około 180 mężczyzn. Często nie leczony rak jądra przenosi się drogą układu krwionośnego i limfatycznego na inne narządy, np. płuca i powoduje liczne komplikacje zdrowotne, w efekcie doprowadzające do zgonu pacjenta [4].

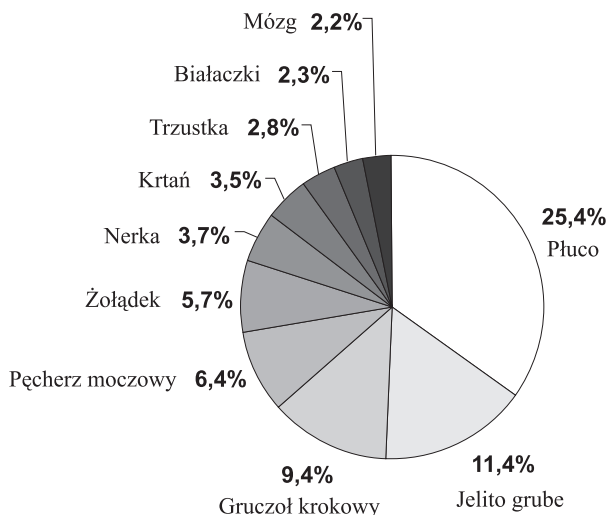
Tematyka andrologiczna jest wciąż tematem „tabu” zarówno dla panów, jak i pań. Zaczyna się to powoli zmieniać i trzeba temu dopomóc. Przeciętny Kowalski powinien mieć dostęp do informacji na temat schorzeń układu płciowego.

---

<sup>1</sup> Studentka II roku Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Warszawie, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

<sup>2</sup> Akademia Medyczna w Warszawie

**Rycina 1. Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe  
Mężczyźni – Polska 2003**



Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku. CO-I im. Skłodowskiej-Curie M., Warszawa 2005.

Niestety, wstyd, niska świadomość i niejednokrotnie brak źródeł i osób, które mogłyby pomóc w zdobyciu wiadomości hamuje świadomość społeczeństwa. Przeciętny Polak wie tyle, co usłyszał w reklamie któregoś z preparatów farmakologicznych, a to zdecydowanie za mało by miało uratować czyjeś zdrowie i życie. Sytuacja ta jest szczególnie dramatyczna na polskich wsiach.

### Samobadanie jako metoda profilaktyki pierwszorzędowej

Grupę ryzyka, czyli mężczyzn młodych (18–45 lat) trzeba edukować już w szkole, następnie w miejscach pracy i podczas wizyt w przychodni rodzinnej. Akcja edukacyjna należy do lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiska nauczania, medycyny pracy, pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej i położnej środowiskowej. Później funkcję tą powinny przejąć pielęgniarki praktyki w gabinetach profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy nauczyć młodych mężczyzn dbać o swoje zdrowie. Podstawową metodą profilaktyki jest samobadanie.

Każdy mężczyzna powinien badać swoje jądra co miesiąc, a z każdą wykrytą nieprawidłowością zgłosić się do lekarza. Najłatwiej pierwsze zmiany wykryć samemu mężczyźnie, gdyż każdy zna swoje ciało najlepiej. Samo badanie zajmuje około 3 minut. Badanie najlepiej jest wykonywać pod prysznicem lub biorąc ciepłą kąpiel. Skóra worka mosznowego jest wtedy rozluźniona i miękka, dzięki

czemu można łatwiej wyczuć wszelkie nieprawidłowości. Każde jądro należy badać osobno. Najpierw należy przetaczać delikatnie jądro między kciukiem a palcem wskazującym sprawdzając, czy są wyczuwalne jakiegokolwiek zgrubienia lub grudki. Na tylnej ścianie jądra może być wyczuwalne najądrze i nasieniowód (jako małe i twarde zgrubienie połączone z jądrem) Trzeba zwracać uwagę, czy od poprzedniego samobadania wystąpiły jakieś zmiany. Następnie należy delikatnie ucisnąć jądro. Zdrowe jądro będzie miękkie i gładkie w dotyku. Gdy jest twarde i chropowate wymaga konsultacji lekarskiej [1].

### **Badania diagnostyczne i postępowanie lecznicze**

Panowie powinni zgłaszać się do andrologów, urologów bądź do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz ponownie wykonuje badani jąder. Niektóre wątpliwości pacjenta są rozstrzygane już podczas takiego badania. Jeśli samo badanie palpacyjne nie wystarcza, lekarz zleca wykonanie USG moszny i/lub jamy brzusznej oraz badanie krwi w kierunku markerów nowotworowych: beta HCG i AFP (alfafetoproteiny), i LDH – białek będących specyficznym wskaźnikiem raka jąder. Kiedy zostanie już postawiona diagnoza lekarz z pacjentem uzgadnia metody leczenia. Nie każda wykryta zmiana jest nowotworem. Najczęstszą i najskuteczniejszą metodą leczenia jest operacyjne usunięcie jądra. Stosuje się też radioterapię i chemioterapię. Czasami leczenie wymaga terapii skojarzonej (szczególnie w późno wykrytych przypadkach). Resekcja jądra nie oznacza utraty funkcji seksualnych przez mężczyznę. Funkcję usuniętego jądra przejmuje drugie jądro (produkcja hormonów i plemników zdolnych do zapłodnienia).

### **Czynniki ryzyka**

Nauczenie mężczyzn badania nie wystarczy. Ważne jest, także dla personelu medycznego, aby znać czynniki, które zwiększają wielokrotnie ryzyko zachorowania na raka jądra. Bycie w grupie zagrożenia nowotworem jądra wiąże się także z innymi nowotworami. Wiele czynników dotyczy wielu chorób. Jednym z najważniejszych jest czynnik genetyczny [3].

W wywiadzie rodzinnym chorych na różne nowotwory, również raka jądra, stwierdza się wystąpienie nowotworu u któregoś z rodziców, dziadków, a czasem i pradziadków. Dodatni wywiad jest już sygnetem dla każdego z nas do częstego kontrolowania stanu naszego zdrowia, szczególnie w kierunku nowotworu. Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka jądra aż 17 krotnie jest niezstąpienie jąder do worka mosznowego – wnętrostwo. Jądra należy sprowadzić do moszny przed ukończeniem 2. roku życia, daje to chłopcu szansę na osiągnięcie dojrzałości płciowej i zostanie ojcem w przyszłości. Niesprowadzenie jąder (hormonalnie bądź operacyjnie) przed ukończeniem 6. roku życia zwiększa ryzyko zachorowania 3 razy.



Innym ważnym czynnikiem ryzyka są częste infekcje u chłopców. Do zapalenia jądra może dojść przez przeniesienie się ogniska zapalnego z innego miejsca w organizmie. U młodych mężczyzn zapalenie jąder może być powikłaniem świnki. Nie leczone lub źle leczone infekcje bakteryjne i wirusowe przebyte przez mężczyznę zwiększają ryzyko zachorowania na raka jądra 5–10 razy. Przebyte operacji przepukliny pachwinowej zwiększa ryzyko zachorowania aż 3-krotnie. Nawet nietypowy przebieg ciąży przez matkę jest czynnikiem zwiększającym ryzyko [3].

Chłopcu szkodzi nadmiar estrogenów w organizmie matki w momencie kształtowania się u niego jąder, czyli około 7 tygodnia życia płodowego. Wiek matki także nie jest bez znaczenia. Rak jądra częściej pojawia się u mężczyzn, których matki rodząc ich miały powyżej 35 lat [4, 6].

Oprócz czynników specyficznych dla raka jąder istnieją czynniki, które zwiększają ryzyko wielu chorób. Obecnie jednym z najistotniejszych jest zanieczyszczenie środowiska, które z roku na rok jest większe. Zgubny jest także stres, brak czasu na odpoczynek i relaks. Nie stronimy od używek: tytoń, alkohol, narkotyki, kawa. Brak aktywności fizycznej, siedząca praca, promieniowanie urządzeń elektrycznych codziennego użytku, takich jak telefon, komputer, telewizor itp., również zwiększają ryzyko zachorowania na nowotwór. Nie można również zapomnieć o dziurze ozonowej i modzie na solaria (ostatnio modne również wśród panów). Wymienione powyżej czynniki przyczyniają się do powstawania zmian nowotworowych całego organizmu, z rakiem jąder włącznie [3].

## Podsumowanie

Dzięki znajomości czynników ryzyka, mężczyźni będą mogli uświadomić sobie, iż nowotwór może dotyczyć każdego z nich. Mamy nadzieję, że świadomość o przynależności do grupy ryzyka skłoni panów do wykonywania badań kontrolnych zarówno samemu (samobadanie), jak i w gabinecie lekarskim. Niestety, wielu mężczyzn wstydzi się rozmawiać o problemach andrologicznych, nawet ze swoim lekarzem. Dla zainteresowanych, mających pytania, chcących porozmawiać Polska Unia Onkologii uruchomiła bezpłatną infolinię czynną od poniedziałku o czwartku między 16–20 pod numerem 0 800 49 34 94.

Często powtarzamy starą mądrość, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Niestety, nie stosujemy tego w praktyce. Wiedza na temat wczesnego wykrywania i leczenia schorzeń andrologicznych u młodych mężczyzn jest niewystarczająca, zarówno w społeczeństwie, jak i wśród lekarzy. Liczba specjalistów z tej dziedziny oraz dostęp do nich są ograniczone. Ma to szczególnie niekorzystne znaczenie wobec wzrastającej w ostatnich dekadach lat częstości występowania zaburzeń układu rozrodczego u chłopców i młodych mężczyzn. Dlatego trzeba edukować młodzież już w szkole. Najbliżej pacjenta jest pielęgniarstwo, dlatego na niej spoczywa odpowiedzialność za profilaktykę. Nie wolno nam dopuścić do

pomijania niektórych tematów tylko dlatego, że są wstydliwe. Edukacja młodych chłopców i panów jest trudna, ze względu na wiek dojrzewania jaki przechodzą. Niemniej temat profilaktyki raka jądra powinien być poruszany, tak samo często, jak porusza się profilaktykę raka sutka i szyki macicy u kobiet.

### **Piśmiennictwo**

1. Jarosz A.: Męskość w pułapce, *Zdrowie*, sierpień 2006, s. 46–48.
2. <http://www.forumowisko.pl/index.php?showtopic=970> (informacja z dnia 5 marca 2007 roku).
3. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W.: „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku”. CO-I im. Skłodowskiej-Curie M., Warszawa 2005.
4. Zespół Naukowo-redakcyjny Time-Life Books, *Wielki Poradnik Medyczny (Choroby jąder, Rak jąder)*, Wydawnictwo Amber, 1998, s. 224–225, 572–573.
5. Ślusarska B. i wsp.: *Podstawy Pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, 2004, s. 527–528.
6. [http://beta.resmedica.pl/arttykul/1451\\_Nowotwory\\_zlośliwe\\_jądra.html](http://beta.resmedica.pl/arttykul/1451_Nowotwory_zlośliwe_jądra.html).
7. [http://nowotwory.resmedica.pl/arttykul/1122\\_Atak\\_na\\_męskość.html](http://nowotwory.resmedica.pl/arttykul/1122_Atak_na_męskość.html) (informacja z dnia 1 marca 2007).

**Marta Balewska<sup>1</sup>, Robert Terlikowski<sup>1</sup>, Piotr S. Bernaczyk<sup>1</sup>,  
Sławomir J. Terlikowski<sup>1</sup>, Marek Kulikowski<sup>1</sup>**

## **Opieka nad chorą po leczeniu raka piersi**

### **Wstęp**

Stale rosnąca liczba chorych na raka piersi to wynik wzrostu liczebności i starzenia się populacji kobiet [1]. Wiele z nich chorobę przeżywa i stanowi grupę wymagającą opieki skoncentrowanej nie tylko na chorobie zasadniczej, ale i na problemach z nią związanych [2, 3, 4]. Pociąga to za sobą konieczność wczesnego wykrycia nawrotu choroby lub rozwoju drugiego pierwotnego nowotworu, oceny predyspozycji genetycznych do zachorowania na raka, monitorowania i postępowania w przypadku powikłań związanych z prowadzonym leczeniem, rozwiązywania na bieżąco problemów wynikających z zaburzeń fizjologicznych funkcji organizmu spowodowanych wzrostem nowotworu, jego leczeniem jak również udzielenie niezbędnego wsparcia psychospołecznego.

### **Wczesne wykrycie nawrotu choroby**

Monitorowanie naturalnego przebiegu nowotworu polega na wykrywaniu nawrotów miejscowych po leczeniu oszczędzającym oraz rozsiewu ogólnoustrojowego u wszystkich chorych. Współczesne dane sugerują niewielki udział nawrotów miejscowych, nie przekraczający 1% rocznie, w przypadkach gdy operacyjny zabieg oszczędzający uzupełniono napromienianiem. Ryzyko wznowy procesu u tych chorych wynosi 14% w ciągu 20 lat po zakończeniu leczenia. Wzrasta ono do 39%, jeżeli napromieniania nie zastosowano [5]. Przerzuty odległe występują najczęściej w drugim roku po leczeniu. Są ściśle związane ze stopniem zaawansowania nowotworu oraz wiekiem pacjentek. Ich częstość zmniejsza się wraz z upływem czasu. W piątym roku po leczeniu dotyczy 1,5% pacjentek, w dziesiątym około 1% [6].

Retrospektywne analizy sugerują brak istotnego wpływu na czas przeżycia rutynowo prowadzonych badań laboratoryjnych i obrazowych. Wykazano, że ponad 30% wznów procesu nowotworowego rozpoznawana jest na podstawie wywiadu, tyle samo na podstawie badania przedmiotowego. Badanie mammograficzne stanowi podstawę jedynie 17% rozpoznań [7]. Wydaje się więc, że w tym

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Akademii Medycznej w Białymstoku

zakresie monitorowania nawrotów choroby powinny obowiązywać comiesięczne wizyty kontrolne, obejmujące zebranie wywiadu i badanie przedmiotowe przez okres 6 miesięcy, z wydłużaniem przerw między kolejnymi badaniami do roku po upływie pięciu lat od zakończenia leczenia. Zasadne jest także w tej sytuacji wykonanie raz w roku badania mammograficznego. W przebiegu terapii wykorzystującej tamoksyfen celowe jest przeprowadzenie przynajmniej raz w roku badania ginekologicznego [8].

### **Ocena predyspozycji genetycznych do zachorowania na raka piersi**

Około 10% raków piersi związana jest z dziedziczną mutacją w genach *BRCA1* (*Breast Cancer 1 Gene*) i *BRCA2* (*Breast Cancer 2 Gene*) [9]. Ponieważ przypadki te dotyczą zwykle kobiet młodych, z obciążonym wywiadem rodzinnym, każda z nich powinna mieć możliwość wykonania badań genetycznych, tym bardziej, że jeśli jest nosicielką takiej mutacji to istnieje duże prawdopodobieństwo nawrotu nowotworu po tej samej lub przeciwnej stronie. Kobiety te są także dodatkowo zagrożone rozwojem raka jajnika [10]. W tej sytuacji, po zakończeniu okresu reprodukcji należy brać pod uwagę profilaktyczne usunięcie jajników, co u nosicielek mutacji organicza zachorowalność na oba nowotwory [11]. Nie mniej radykalnym postępowaniem jest profilaktyczna mastektomia lub trwająca 5 lat terapia tamoksyfenem [12, 13]. W przypadku braku zgody na tego typu działania pacjentki powinny być objęte rutynową kontrolą mammograficzną. U kobiet młodych skuteczniejszy w wykrywaniu raka wydaje się rezonans magnetyczny [14]. Zagrożonych chorobą członków rodziny należy jak najwcześniej objąć ukierunkowanymi działaniami profilaktycznymi. Powinny być one wdrożone co najmniej w wieku 25 lat lub na 5 lat wcześniej niż miała najmłodsza w rodzinie chora [15].

### **Wykrycie drugiego pierwotnego nowotworu**

Prawdopodobieństwo rozwoju drugiego pierwotnego nowotworu po upływie 20 lat od wykrycia pierwszego sięga 15% [16]. Potwierdza to konieczność wykonywania co roku (przez całe życie pacjentki) badania mammograficznego. Istnieją doniesienia o celowości zapobiegawczego stosowania tamoksyfenu, który zmniejsza ryzyko nawrotu miejscowego oraz częstotliwość występowania raka w piersi drugiej [17].

Z mutacją w genach *BRCA1* i *BRCA2* wiąże się nie tylko zwiększone ryzyko wystąpienia raka jajnika, ale również nowotworów przewodu pokarmowego [18]. Do dnia dzisiejszego nie opracowano jednak badań, które pozwoliłyby na wcześnie ich wykrycie.

### **Monitorowanie i postępowanie w przypadku powikłań po leczeniu**

Powikłania występują w przebiegu wszystkich stosowanych metod terapeutycznych. Po leczeniu operacyjnym najczęstszym jest obrzęk limfatyczny powsta-

jący po usunięciu pachowych węzłów chłonnych. Jest rejestrowany w szerokim zakresie, od 10 do ponad 40% przypadków [19]. Uzupełniające napromienianie dołu pachowego odsetek ten zwiększa. Mimo współcześnie wykorzystywanej techniki wykrywającej tzw. „węzeł wartowniczy” nadal istnieją wskazania do całkowitej resekcji dołu pachowego, stąd bardzo ważne jest w tej sytuacji wcześnie wdrożenie zapobiegawczej terapii [20].

Powikłaniem po chemioterapii może być ostra białaczka szpikowa [21]. Na skutek leczenia antracyklinami, a zwłaszcza skojarzenia ich z trastuzumabem, może dojść do niewydolności serca [22]. Stosowanie w terapii tamoksyfenu prowadzi do objawów niedoboru estrogenów oraz zwiększa ryzyko wystąpienia raka endometrium [23]. Brak badań przesiewowych umożliwiających jego wcześnie wykrycie sugeruje konieczność rutynowych kontroli ginekologicznych raz w roku z ultrasonograficzną oceną grubości błony śluzowej jamy macicy [24]. Tamoksyfen zwiększa również ryzyko zakrzepowego zapalenia żył i zatorowości płucnej, na co personel opiekujący się chorą powinien być wyczulony [25].

### **Rozwiązywanie problemów wynikających z zaburzeń fizjologicznych funkcji organizmu**

Głównym problemem kobiet po leczeniu raka piersi jest menopauza, którą zwykle przyspiesza chemioterapia lub chirurgiczna kastracja. Współczesne doniesienia o zwiększonym ryzyku wystąpienia raka piersi w następstwie stosowania hormonalnej terapii zastępczej dyskwalifikują w tej sytuacji jej wykorzystanie w łagodzeniu objawów menopauzy [26]. Bezpośrednio z nią związana jest osteoporoza, która wymaga farmakoterapii, odpowiedniej suplementacji wapnia i rehabilitacji ruchowej. Po chemioterapii pojawić się może nadwaga, która będąc skutkiem leczenia uzupełniającego i menopauzy jest bardzo trudna w zwalczaniu oraz istotnie pogarsza rokowanie [27, 28].

Nieodłącznymi objawami towarzyszącymi usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego są: osłabienie i trudności w poruszaniu kończyną. Objawy te mijają po upływie około 6 miesięcy od zabiegu operacyjnego, a w ich łagodzeniu znaczącą rolę odgrywa fizjoterapia [29].

Po chemioterapii, u około 35% pacjentek występują problemy z pamięcią, myśleniem i koncentracją [30]. W chwili obecnej nie ma sposobu ich skutecznego leczenia, nie wiadomo także dlaczego w indywidualnych przypadkach samoistnie ustępują [31].

### **Wsparcie psychospołeczne**

Jakkolwiek rozpoznanie raka piersi oraz następujące po nim leczenie odciągają ogromne piętno na zdrowiu i psychice kobiety, po zakończeniu terapii pozostawiają niewielkie skutki psychospołeczne. Wykazano, że samopoczucie kobiet po leczeniu jest lepsze niż w momencie rozpoznania i nieco lepsze niż przyjęta norma dla populacji kobiet zdrowych [32]. Większość pacjentek boi się

wznowy procesu nowotworowego, zaburzenia obrazu własnego ciała i utraty seksualnej atrakcyjności. Pojawiają się obawy co do przyszłości. Niepokój ten odzwierciedla stan zdrowia psychicznego i świadczy zwykle o pogorszeniu samopoczucia [33, 34]. Po postawieniu ostatecznej diagnozy, wraz z upływem czasu obawy i lęk zmniejszają się [35, 36].

### Podsumowanie

Rak piersi jest jedną z głównych przyczyn umieralności kobiet w Polsce. Zachorowalność na ten typ nowotworu stale rośnie. Najczęściej chorują kobiety w okresie okołomenopauzalnym. W tym czasie, w ich życiu zachodzi wiele zmian psychofizycznych. Zachorowanie na raka piersi je nasila. Pojawiają się także problemy związane z leczeniem. Dotyczą one obniżenia samooceny, zmian obrazu ciała, lęku i depresji, często zaburzeń sfery emocjonalnej i towarzyszących im zaburzeń sfery seksualnej. Ogromny stres związany z koniecznością radzenia sobie z chorobą oraz związanym z nią zagrożeniem życia, a także znaczne pogorszenie jakości życia powodują w tej grupie chorych zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę. Jest ona współcześnie integralną częścią procesu terapeutycznego. Jej celem jest wydłużenie czasu przeżycia oraz zmniejszenie lub ograniczenie niekorzystnych zmian psychofizycznych pojawiających się na skutek terapii.

### Piśmiennictwo

1. Parkin D. M., Bray F., Ferlay J., Pisani P.: Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J. Clin.*, 2005, 55(2), 74–108.
2. Althuis M. D., Dozier J. M., Anderson W. F., Devesa S. S., Brinton L. A.: Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997. *Int. J. Epidemiol.*, 2005, 34(2), 405–412.
3. Hortobagyi G. N., de la Garza Salazar J., Pritchard K., Amadori D., Haidinger R., Hudis C. A., Khaled H., Liu M. C., Martin M., Namer M., O'Shaughnessy J. A., Shen Z. Z., Albain K. S.: The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clin. Breast Cancer*, 2005, 6(5), 391–401.
4. Levi F., Lucchini F., Negri E., La Vecchia C.: Trends in mortality from major cancers in the European Union, including acceding countries, in 2004. *Cancer*, 2004, 101(12), 2843–2850.
5. Fisher B., Anderson S., Bryant J., Margolese R. G., Deutsch M., Fisher E. R., Leong J. H., Wolmark N.: Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N. Eng. J. Med.*, 2002, 347, 1233–1241.
6. Voogd A., Nielsen M., Peterse J. L., Bartelink H., Overgaard M., van Tienhoven G., Andersen K. W., Sylvester R. J., van Dongen J.A.: Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast-conserving therapy: Pooled results of two large European randomized trials. *J. Clin. Oncol.*, 2001, 19, 1688–1697.
7. Joseph E., Hyacinthe M., Lyman G. H., Busch C., Demps L., Reintgen D. S., Cox C. E.: Evaluation of an intensive strategy for follow-up and surveillance of primary breast cancer. *Ann. Surg. Oncol.*, 1998, 5, 522–528.

8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™. Breast Cancer., V. 1. 2007. [www.nccn.org](http://www.nccn.org).
9. Loman N., Johannsson O., Kristoffersson U., Olsson H., Borg A.: Family history of breast and ovarian cancers and BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based series of early-onset breast cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2001, 93, 1215–1223.
10. McLaughlin J. R., Risch H. A., Lubiński J., Moller P., Ghadirian P., Lynch H., Karlan B., Fishman D., Rosen B., Neuhausen S. L., Offit K., Kauff N., Domchek S., Tung N., Friedman E., Foulkes W., Sun P., Narod S. A.: Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *Lancet Oncol.*, 2007, 8(1), 26–34.
11. Madalinska J. B., van Beurden M., Bleiker E. M., Valdimarsdotti H. B., Lubsen-Brand-sma L., Massuger L. F., Mourits M. J., Gaarenstroom K. N., van Dorst E. B., van der Putten H., Boonstra H., Aaronson N. K.: Predictors of prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy compared with gynecologic screening use in BRCA1/2 mutation carriers. *J. Clin. Oncol.*, 2007, 25(3), 301–307.
12. Lostumbo L., Carbine N., Wallace J., Ezzo J.: Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2004, 4, CD002748.
13. Fisher B., Costantino J. P., Wickerham D. L., Cecchini R. S., Cronin W. M., Robidoux A., Beyers T. B., Kavanah M. T., Atkins J. N., Margolese R. G., Runowicz C. D., James J. M., Ford L. G., Wolmark N.: Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2005, 97(22), 1652–1662.
14. Lehman C. D.: Screening MRI for women at high risk for breast cancer. *Semin. Ultrasound CT MR.*, 2006, 27(4), 333–338.
15. Burke W., Daly M., Garber J., Botkin J., Kahn M. J., Lynch P., McTieran A., Offit K., Perlman J., Petersen G., Thomson E., Varricchio C.: Recommendations for follow-up of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA1 and BRCA2. *Cancer Genetics Studies Consortium. JAMA*, 1997, 277, 997–1003.
16. Carmichael A. R., Bendall S., Lockerbie L., Prescott R., Bates T.: The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 2002, 28(4), 388–391.
17. Fisher B., Land S., Mamounas E., Dignam J., Fisher E. R., Wolmark N.: Prevention of invasive breast cancer in women with ductal carcinoma in situ: an update of the national surgical adjuvant breast and bowel project experience. *Semin. Oncol.*, 2001, 28(4), 400–418.
18. Niell B. L., Rennert G., Bonner J. D., Almog R., Tomsho L. P., Gruber S. B.: BRCA1 and BRCA2 founder mutations and the risk of colorectal cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2004, 96(1), 15–21.
19. Erickson V. S., Pearson M. L., Ganz P. A., Adams J., Kahan K. J.: Arm edema in breast cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2001, 93, 96–111.
20. Chagpar A. B., McMasters K. M.: Treatment of sentinel node-positive breast cancer. *Expert Rev. Anticancer Ther.*, 2006, 6(8), 1233–1239.
21. Pagano L., Pulsoni A., Mele L., Tosti M. E., Cerri R., Visani G., Melillo L., Candoni A., Clavio M., Nosari A., Petti M. C., Martino B., Mele A., Levis A., Allione B., Almicci C., Equitani F., Leone G., Mandelli F.: Acute myeloid leukemia in patients previously

- diagnosed with breast cancer: experience of the GIMEMA group. *Ann. Oncol.*, 2001, 12(2), 203–207.
22. Ocana A., Cruz J. J., Pandiella A.: Trastuzumab and antiestrogen therapy: focus on mechanisms of action and resistance. *Am. J. Clin. Oncol.*, 2006, 29(1), 90–95.
  23. Ganz P. A.: Impact of tamoxifen adjuvant therapy on symptoms, functioning, and quality of life. *J. Natl. Cancer Inst. Monograph*, 2001, 30, 130–134.
  24. Fung M. F., Reid A., Faught W., Le T., Chenier C., Verma S., Brydon E., Fung K. F.: Prospective longitudinal study of ultrasound screening for endometrial abnormalities in women with breast cancer receiving tamoxifen. *Gynecol. Oncol.*, 2003, 91(1), 154–159.
  25. Meier C. R., Jick H.: Tamoxifen and risk of idiopathic venous thromboembolism. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 1998, 45, 608–612.
  26. Shah N. R., Wong T.: Current breast cancer risks of hormone replacement therapy in postmenopausal women. *Expert Opin. Pharmacother.*, 2006, 7(18), 2455–2463.
  27. Goodwin P. J., Ennis M., Pritchard K. I., McCready D., Koo J., Sidlofsky S., Trudeau M., Hood N., Redwood S.: Adjuvant treatment and onset of menopause predict weight gain after breast cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol.*, 1999, 17, 120–129.
  28. Chlebowski R. T., Aiello E., McTiernan A.: Weight loss in breast cancer patient management. *J. Clin. Oncol.*, 2002, 20, 1128–1143.
  29. Duncan M. A., Lotze M. T., Gerber L. H., Rosenberg S. A.: Incidence, recovery and management of serratus anterior muscle palsy after axillary node dissection. *Phys. Ther.*, 1983, 63, 1243–1247.
  30. Schagen S. B., Hamburger H. L., Muller M. J., Boogerd W., van Dam F. S.: Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high-dose chemotherapy on cognitive function. *J. Neurooncol.*, 2001, 51(2), 159–165.
  31. Mehnert A., Scherwath A., Schirmer L., Schleimer B., Petersen C., Schulz-Kindermann F., Zander A. R., Koch U.: The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue and health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus high-dose chemotherapy. *Patient Educ. Couns.*, 2007, 66(1), 108–118.
  32. Ganz P. A., Desmond K. A., Leedham B., Rowland J. H., Meyerowitz B. E., Belin T. R.: Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer. A follow-up study. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2002, 94, 39–49.
  33. McGaughey A.: Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative literature review. *J. Midwifery Womens Health*, 2006, 51(6), 45–49.
  34. Lampic C., Wennberg A., Schill J. E., Glimelius B., Brodin O., Sjoden P. O.: Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol.*, 1994, 33, 887–894.
  35. Lampic C., Wennberg A., Schill J. E., Brodin O., Glimelius B., Sjoden P. O.: Anxiety and cancer-related worry of cancer patients at routine follow-up visits. *Acta Oncol.*, 1994, 33, 119–125.
  36. Deimling G. T., Wagner L. J., Bowman K. F., Sterns S., Kercher K., Kahana B.: Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 2006, 15(2), 143–59.



Rolka H.<sup>1</sup>, Krajewska-Kułałak E.<sup>1</sup>, Kułałak W.<sup>3</sup>, Klimaszewska K.<sup>1</sup>, Kowalczyk K.<sup>1</sup>, Jankowiak B.<sup>1</sup>, Baranowska A.<sup>1</sup>, Kondzior D.<sup>1</sup>, Krajewska K.<sup>1</sup>, Szyszko-Perłowska A.<sup>1</sup>, Łukaszuk C.<sup>1</sup>, Chilińska J.<sup>2</sup>, Kowalewska B.<sup>2</sup>, Gołębiwska A.<sup>2</sup>

## Postawy wobec eutanazji

### Wstęp

Obecnie w wyniku postępu medycyny i w kontekście kulturowym doświadczanie umierania nabiera pewnych nowych cech, a człowiek u kresu życia staje w obliczu tajemnicy śmierci. Za „bezsensowną” uważana jest śmierć, kiedy niespodziewanie kładzie kres życiu otwartemu na przyszłość, staje się natomiast „upragnionym wyzwoleniem”, gdy człowiek pogrążony jest w bólu i w ciągłym cierpieniu. Bez wątplenia życie bywa lepsze lub gorsze, ale pytaniem kluczowym nie jest jednak pytanie „Które życie jest dobre, a które złe?” lecz „Czy istnieje jakiegokolwiek życie, którym ktoś z boku i z całkowitą pewnością może orzec, że w ogóle nie jest już nic warte?”.

Alfonso Vergana mówi „człowiek powołany jest do życia, nawet wtedy gdy nie jest w stanie robić nic użytecznego, warto istnieć choćby tylko po, aby móc kochać i żeby jak latarnia rozjaśniać mroki światłem swej godności, co już samo w sobie czyni życie wartym przeżycia” [1].

### Rozwinięcie

Słowo eutanazja jest złożeniem dwóch greckich słów: *eu* – dobry i *tonatos* – śmierć, co w dokładnym tłumaczeniu oznacza „dobrą śmierć”. Do języka nowożytnego wprowadził je Francis Bacon w roku 1605. Początkowo wyrażenie to oznaczało pomoc umierającemu człowiekowi w pokonaniu lęku przed zbliżającą się śmiercią tak, aby mógł umrzeć w spokoju [2]. Przez eutanazję w sensie szerokim rozumiano zaniechanie działania w stosunku do osoby nieuleczalnie chorej, była to tzw. eutanazja pasywna polegająca na zaprzestaniu podejmowania

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

<sup>2</sup> Instytut Pielęgniarstwa PWSP i I w Łomży

<sup>3</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej AMB

zabiegów podtrzymujących życie. Obecnie określenie eutanazja używane jest na ogół w sensie ścisłym i oznacza zamierzone, bezpośrednie, aktywne lub pasywne zainicjowane działanie przyspieszające śmierć ludzi chorych [3].

Eutanazją w sensie ścisłym „jest również pozbawienie człowieka koniecznych mu do życia środków, takich jak pożywienie, leki lub zabiegi lecznicze” [4].

Powszechnie przyjmuje się, że działania medyczne powinny być podejmowane na rzecz szeroko rozumianego „dobra pacjenta” jakim jest jego życie i zdrowie. Ocena powyższa przestaje być jednoznaczna również dla pracowników medycznych w sytuacji chorych w stanie terminalnym, kiedy to wyleczenie jest niemożliwe, a jakość życia chorych jest na poziomie którego pacjent nie akceptuje, a jego życie z chorobą jest połączone z cierpieniem, nie tylko fizycznym, ale także psychicznym i egzystencjalnym. Trudno wówczas, przedłużając życie chorym być pewnym, że stanowi ono dobro najwyższe, a w katalogu obowiązków moralnych lekarza i pielęgniarki „niesienie ulgi w cierpieniu” przez stosowanie męczących procedur medycznych i pielęgnacyjnych przynosi mu tak naprawdę krzywdę, ponieważ wzmacnia jego cierpienie fizyczne. Jednak zagwarantowany obowiązek niesienia ulgi w cierpieniu został potwierdzony w postaci prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności art. 19, ust. 1, pkt. 5 Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30.VIII.1991.

Godność, jako przyrodzona cecha każdego człowieka, nie podlega stopniowaniu, a oceny czy została w danej sytuacji zachowana czy nie, może jednak dokonać tylko i wyłącznie podmiot którego dotyczy, czyli cierpiący pacjent. To właśnie on ocenia czy sytuacja, w jakiej się znajduje nie uwłacza jego osobistemu poczuciu godności. Nieodzownym elementem zachowania godności jest prawo do samostanowienia. Dlatego można powiedzieć, że prawo do eutanazji to wyraz szacunku dla wolności człowieka.

Akty prawne wielokrotnie podkreślają, że udzielanie jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych jest uwarunkowane zgodą odpowiednio poinformowanego pacjenta, który zawsze ma prawo odmówić leczenia lub podejmowania w stosunku do niego określonych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Wyjątkowe przypadki tylko dopuszczają podjęcie działań medycznych pomimo sprzeciwu pacjenta oraz sytuacji niemożności uzyskania tej zgody.

W sytuacji, kiedy chory ma zagwarantowane prawo wyrażania swojej świadomej zgody na podejmowane co do jego osoby procedury medyczne (zasada autonomii pacjenta), powinien mieć zagwarantowaną możliwość wyrażania opinii na temat zaprzestania przedłużania życia.

Pracownicy medyczni w myśl zasady sprawiedliwości oraz nieczynienia krzywdy powinni uznać opinię chorego na temat eutanazji szczególnie w sytuacji wyrażonej z wyprzedzeniem, czyli przed zaistniałym faktem. Swoją wolę dotyczącą zastosowania eutanazji w określonej sytuacji opisują ludzie w pełni zdrowi pisemnie w „testamencie życia”, który jest respektowany w niektórych krajach Europy Zachodniej.

Według polskiego kodeksu karnego zakaz stosowania eutanazji jest czynem zabronionym zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie działania, czyli niepodjęcie działania, które w danej sytuacji było nakazane przez prawo. Polski kodeks karny przy przestępstwach umyślnych, a do takich zalicza zabójstwo eutanazyjne przewiduje możliwość jego popełnienia w dwóch formach. W pierwszej formie – zamiaru bezpośredniego lub ewentualnego. Obie formy podlegają karze w myśl obowiązujących aktów prawnych.

Eutanazja, na którą dobrowolnie decydują się pacjenci w terminalnej fazie choroby nie zawsze przebiega zgodnie z ich wyobrażeniem i oczekiwaniami. Badania kliniczne przeprowadzone w Holandii przez dr Serwin Nuland z Uniwersytetu w Yale wykazały, że eutanazja zamiast skracać cierpienie człowieka może je potęgować. U 16% chorych poddanych eutanazji stwierdzono, że agonia trwała zdecydowanie dłużej niż przypuszczano, a u 7% wystąpiły działania niepożądane. Obserwowano u tej grupy chorych trudności z połykaniem leków, które wywołać miały zgon, wymioty, trudności z oddychaniem oraz odzyskanie przytomności, pomimo że wcześniej osoby zapadły w śpiączkę.

Według Amy Sullivan z Oregon Health Division ludzie decydują się na eutanazję, ponieważ obawiają się niewyobrażalnych cierpień, na które skazani będą w miarę postępu choroby, utraty kontroli nad własnym ciałem, uzależnienia od osób trzecich, czyli utratą niezależności oraz brakiem oczekiwanych efektów w niwelowaniu dolegliwości somatycznych.

Eutanazja cieszy się coraz większym przyzwoleniem społecznym, pomimo iż potępia ją zarówno Kościół Katolicki, jak i Protestancki. Nie jest już postrzegana jako tabu, na którego temat nie przystoi dyskutować. Prawo na skrócenie życia na życzenie chorego popiera 75% Australijczyków, 67% Hiszpanów, 90% Holendrów, 45% Polaków. Z sondażu TNS OBOB wynika, że prawie połowa Polaków opowiada się za eutanazją w sytuacji, kiedy człowiek cierpi na nieuleczalną chorobę, a przy obecnym stanie wiedzy medycznej nie ma dla niego ratunku. Wówczas należy tym ludziom dać prawo do dobrej i godnej śmierci i samodzielnego podejmowania decyzji. Ankietowanych zapytano, w jakich sytuacjach powinno się zezwolić na eutanazję. Respondenci w 53% stwierdzili, że zgoda na eutanazję powinna być wydana w sytuacji, kiedy człowiek sam jest w stanie świadomie poprosić o śmierć, po zweryfikowaniu jego poczytalności przez psychiatrę. Badani w 41% byli zgodni, że pozwolenie na eutanazję powinno być wydane w sytuacji, gdy człowiek jest sztucznie przez wiele miesięcy podtrzymywany przy życiu, a 38% uczestniczących w badaniu było przeciw eutanazji w takim przypadku, ponieważ nieznana jest wówczas wola chorego, zaś 21% nie potrafiło w tej sprawie udzielić jednoznacznej odpowiedzi [5, 6].

Propagatorzy eutanazji pytają: Czy człowiek śmiertelnie chory, proszący o „łagodną śmierć” musi znosić „niegodne cierpienie” i ma obowiązek życia tylko dlatego, że jego decyzja jest moralnie dezaprobowana społecznie?

Jednak same osoby, które były świadkami eutanazji pomimo, że pacjent sam w formie pisemnej i ustnej wielokrotnie wyrażał swoją wolę, nie są w 100% przekonane „Czy żądanie chorego oznacza zawsze pragnienie śmierci?” Może nie zależy mu tak naprawdę, by pomóc mu szybciej umrzeć, ale chce tylko zwrócić uwagę, że potrzebuje pomocy, a jego decyzja jest „krzykiem rozpaczny” [7].

### Podsumowanie

Bez wątplenia celem medycyny nie jest walka ze śmiercią, lecz walka o zdrowie i jak najlepszą opiekę nad chorymi. Przyspieszanie więc śmierci nie jest więc tryumfem medycyny. Tak naprawdę ból, cierpienie, jakość życia chorych nie podlegają ocenom wartościującym przez pracowników medycznych, ani rodzinę chorego, ponieważ rzetelnej oceny może tylko dokonać sam chory, a decyzja o przeprowadzeniu eutanazji nie powinna być tylko i wyłącznie aktem współczucia. „Prośba o śmierć nie stwarza nigdy stanu wyższej konieczności, przymusowej sytuacji. Istnieje zawsze inny ludzki sposób postępowania”.

### Piśmiennictwo

1. Nowak E. *Żyć i nie umierać*, wydawnictwo Avi, Warszawa, 2002, 23–24.
2. Pietkiewicz B.: *Wyklęte sowo eutanazja*, Wydawnictwo Polityka, warszawa, 2000, 3–5, 8–9.
3. Bartkiewicz P.: *Mentalność eutanastyczna w świetle encykliki „Evangelium Vitae Colleconeae”* Teologia, Warszawa, 1996, 3, 83–93.
4. Jan Paweł II.: *Encyklika o wartości, nienaruszalności życia ludzkiego*, Rzym, 1995, 7–107.
5. *Postawy wobec eutanazji. Komunikat z badań*, nr 143/1999, CBOS, Warszawa, 1999.
6. *Opinie o eutanazji. Komunikat z badań*, nr 48/2001, CBOS, Warszawa, 2001.
7. Cieślak M., Górny G.: *Eutanazizm*, Wprost, 2004, 13, 58–63.

Jerzy Błaszczuk<sup>1</sup>

## Świadoma zgoda pacjenta a eutanazja

W większości przypadków chorzy zgłaszają się do lekarza dobrowolnie, z własnej i nie przymuszonej woli, z przekonaniem, iż potrzebują konkretnej, fachowej, lekarskiej pomocy. Problem świadomej zgody pacjenta na leczenie ciągle jest dla wielu nowością.

W obecnej sytuacji często stawiamy sobie pytanie czy decydującym kryterium legalności zabiegów medycznych powinno być zdrowie i życie pacjenta, czy jego zgoda na interwencję medyczną. Lekarze w sytuacji konfliktu tych wartości skłonni są, za naczelną regułę swojego postępowania, uznać zasadę: *salus aegroti suprema lex*, podczas gdy prawnicy uznając zasadę: *voluntas aegroti suprema lex*, stale podkreślają, iż prawo pacjenta do samostanowienia powinno być w pełni respektowane.

Już w roku 1959 Tadeusz Kielanowski przedstawił projekt kodeksu deontologii lekarskiej [1], w którym określił zasadę zgody pacjenta jako przesłanki dopuszczalności wszelkiej czynności leczniczej. Art. 47 brzmiał: „Leczenie lub operowanie chorego wbrew jego woli lub wbrew woli jego rodziców lub prawnych opiekunów, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez prawo, jest ciężkim przekroczeniem zawodowym, bez względu na wynik leczenia lub operacji”.

Nadrzędnym wobec wszystkich aktów prawnych w naszym kraju jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, w której podkreślone zostały wartości, takie jak wolność i nietykalność osobista. Artykuł 41 ust. 1 Konstytucji RP mówi: „Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”.

Oczywiste jest, że cytowany przepis ma bardzo szeroki zakres. Odnosi się on także do interwencji lekarskich, w trakcie których dochodzi do naruszenia sfery wolności i nietykalności osobistej. Dlatego każda interwencja medyczna musi być przedmiotem zgody [2].

---

<sup>1</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Przedmiotem ochrony jest autonomia pacjenta, jego prawo do samostanowienia. Jest to element wolności człowieka, zagwarantowanej w prawie międzynarodowym oraz Konstytucji RP. Art. 47 Konstytucji daje każdemu prawo do decydowania o swoim życiu osobistym.

Przepis artykułu 5 konwencji bioetycznej stanowi: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, a także jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili wycofać swoją zgodę” [3].

Do polskiego systemu prawnego świadomą zgodę wprowadził art. 19. ust. 1, pkt 3 zawierający zapis: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub jej odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji”. Kluczowe znaczenie mają użyte w tym przepisie wyrażenia: zgoda na określone świadczenia oraz odpowiednia informacja [4]. Formalnie wykluczyły one możliwość pobierania zgody blankietowej, która w związku z powyższym w obecnym stanie prawnym jest po prostu nieskuteczna.

Konieczność uzyskania zgody pacjenta na czynności medyczne narzucają także: ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz Kodeks Etyki Lekarskiej.

W ustawie o zawodzie lekarza w artykule 32. ust. 1 brzmi: „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie po wyrażeniu zgody przez pacjenta”.

Również ustawa o zawodzie lekarza (art. 31, ust. 1) mówi, że „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” [5].

W Kodeksie Etyki Lekarskiej w artykule 15. znajdujemy natomiast stwierdzenie: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta” [6].

Szczegółowe zasady wyrażania przez pacjenta zgody na świadczenie zdrowotne oraz sytuacje, w których zgoda wyjątkowo nie jest wymagana, określają przepisy zawarte w art. 32–35 ustawy o zawodzie lekarza oraz przepisy niektórych innych ustaw.

Przed wszystkim musi być to zgoda wyrażana przez osobę zdolną do jej wyrażenia. Zdolność ta jednak nie jest równoznaczna ze zdolnością do czynności prawnych w rozumieniu przepisów prawa cywilnego. Zdolność do wyrażenia zgody przez pacjenta jest coraz częściej traktowana jako kategoria niezależna od zdolności do czynności prawnych. Jest ona aktem autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr człowieka, zatem stopień respektu dla podejmowanych w tym obszarze aktów woli powinien być większy niż przy określeniu zdolności do czynności prawnych.

Ustawodawca potwierdził takie podejście i dał temu wyraz w przepisach prawnych:

- 1) art. 32 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza – na przeprowadzenie badania – obok zgody przedstawiciela ustawowego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej – konieczne jest również uzyskanie zgody tej osoby, jeżeli jest ona w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania;
- 2) art. 32 § 5 ustawy o zawodzie lekarza – niezależnie od zgody przedstawiciela ustawowego małoletniego na badanie wymagana jest także zgoda pacjenta, który ukończył lat 16;
- 3) art. 32 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza – sprzeciw małoletniego, który ukończył 16 lat, osoby ubezwłasnowolnionej, osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, lecz dysponującej dostatecznym rozeznaniem, wobec czynności medycznej, powoduje konieczność wyrażenia zgody przez sąd opiekuńczy, mimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
- 4) art. 3 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – zawiera definicję zgody wyrażonej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, pojęcie to oznacza „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania” [7].

Jak wynika z powyższych przepisów zgoda pacjenta (lub jego pełnomocnika) jest niezbędnym warunkiem, który musi być spełniony przed podjęciem czynności medycznych.

Niedawno w Kodeksie karnym pojawił się nieznaný dotąd polskiemu prawu przepis sformułowany w artykule 192. Brzmi on następująco:

§ 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Należy jednak zaznaczyć, iż za zabieg leczniczy w rozumieniu art. 192 k.k. uznać należy zarówno zabieg o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym. Jako takie rozumie się czynności podejmowane wobec pacjenta w trakcie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji [8].

Prof. A. Zoll w swojej pracy *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu* pisze, że istotnym czynnikiem decydującym o legalności zabiegu jest zgoda pacjenta, a lekarz podejmujący się przeprowadzenia zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta atakuje jego wolność, prawo do decydowania o stanie własnej osoby i o swoim losie. Przyjmuje się, że przy zabiegach o małym stopniu ryzyka wystarczy ogólnie wyrażona zgoda na leczenie i brak sprzeciwu. Przy zabiegach niosących większe ryzyko działań nieprzewidzianych i niepożą-

danych zgoda musi być wyrażona każdorazowo, a ponadto fakt ten powinien być udokumentowany, co sprowadza się najczęściej do jej wyrażenia na piśmie. Takie stanowisko wybitnego prawnika nadaje całej sprawie szczególnego wymiaru i podkreśla wagę problemu [9].

Decyzja o nadaniu pierwszeństwa świadomej zgodzie chorego na leczenie przed wskazaniami medycznymi pociąga za sobą konsekwencje. Musimy być konsekwentni jeśli przyjmujemy, że bez zgody chorego nie można podejmować żadnej interwencji medycznej to musimy zastanowić się, jaki wniosek wypływają w sytuacji kiedy pacjent odmawia zgody na podjęcie lub kontynuację leczenia.

Obowiązujące prawo jest jednoznaczne – leczenie bez zgody pacjenta jest dopuszczalne tylko w przypadkach wskazanych w ustawach.

Pierwsza dotyczy tzw. przymusu leczenia, przez który należy rozumieć obowiązek poddania się leczeniu obwarowany sankcją zastosowania przymusu bezpośredniego. W polskim prawie jest tylko kilka takich przypadków. Wymienić można art. 74 § 2 i 3 k.p.k., art. 13 dekretu o zwalczaniu chorób wenerycznych, art. 7 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, art. 26 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 17 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 27 ustawy o powszechnym obowiązku obrony, art. 18, 23, 24, 33 i 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Druga sytuacja dotyczy tzw. stanów medycznej konieczności. Przepis art. 13 ustawy o zawodzie lekarza przewiduje, że lekarz może podjąć postępowanie medyczne bez zgody pacjenta, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym, albo gdy przedstawiciel nie wyraża zgody, a proces uzyskiwania zgody sądu opiekuńczego groziłby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Jednak zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, który jej w danej chwili nie może wyrazić, jest dopuszczalny jedynie wtedy, gdy jego dokonanie nie sprzeciwia się wiadomej lekarzowi woli chorego.

Placówki opieki zdrowotnej nie są przygotowane do pełnienia opieki nad chorym w schyłkowym okresie życia. Osłabiony, zniedołężniały chory traci swoją autonomię. W szpitalu jest traktowany jak intruz, kłopotliwy problem medyczny, z którym nie potrafią poradzić sobie lekarze i pielęgniarki. Przy przekazywaniu informacji o rozpoznaniu choroby i rokowaniu chory jest oszukiwany. Wizyty lekarskie są krótkie, rodzina ma utrudniony dostęp do chorego. W efekcie takiego podejścia umiera on w cierpieniach i samotności, oddzielony od innych chorych jedynie parawanem.

Medykalizacja śmierci, polegająca na skupieniu się personelu medycznego na walce z objawami zbliżającej się nieubłaganej śmierci powoduje stracenie



z oczu potrzeb umierającego człowieka. Lekarz i pielęgniarka starają się ograniczyć kontakty z oddanym pod ich opiekę pacjentem wyłącznie do tematów fachowych, dotyczących zabiegów pielęgnacyjnych.

Nie należy się dziwić, że w takiej trudnej psychologicznie sytuacji rodzi się chęć ucieczki przed problemem, z którym nie umiemy sobie poradzić. Jednym z możliwych wyjść jest skrócenie tej fazy życia – dokonanie eutanazji. Należy tylko zastanowić się, czyje cierpienia ma ona skrócić, umierającego, czy tych którzy nie mogą lub nie chcą towarzyszyć chorym w ich ostatniej drodze?

Chory w zaawansowanym okresie śmiertelnej choroby wymaga znacznie większej i bardziej wszechstronnej opieki aniżeli ten, który ma szansę powrotu do zdrowia. Lekarz i pielęgniarka mają do spełnienia bardzo ważną rolę. Musimy pamiętać o przekazie niewerbalnym. Chory w stanie terminalnym jest bardzo wyczulony na drobne nawet odstępstwa od ustalonego porządku. Zaniechanie wizyty u pacjenta może skłonić go do myślenia, że może nie warto już go odwiedzać, bo i tak wkrótce umrze [16].

Obserwowany w medycynie postęp technologiczny powoduje, że nasze możliwości podtrzymywania czynności życiowych chorych znajdujących się w skrajnych stanach są ograniczone jedynie naszą wrażliwością. Nie bez powodu powstał termin „zacierzewienie terapeutyczne”, a papież Jan Paweł II pisał, iż: „nie wszystko, co technicznie możliwe, jest moralnie dopuszczalne” [17].

„Bez zgody” oznacza zarówno wbrew woli, jak i przy braku pozytywnej decyzji w tym względzie. Każdy chory, który ma prawo kierować się inną hierarchią wartości niż opiekujący się nim lekarz. I tutaj dochodzimy do podstawowego pytania, jak powinien postąpić lekarz kiedy pozostający pod jego opieką pacjent odmawia zgody na kontynuowanie stosowanego leczenia, mimo świadomości faktu, że bezpośrednim skutkiem zaprzestania będzie jego zgon.

Eutanazja została w następujący sposób zdefiniowana w art. 150 k.k.:

§ 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. W wyjątkowych wypadkach, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Czy w takiej sytuacji, kiedy pacjent żąda zaprzestania leczenia, możemy mówić o eutanazji czy tylko o poszanowaniu woli innej autonomicznej istoty ludzkiej?

Czy przyczyną wzrastającej społecznej akceptacji eutanazji jakże często nie jesteśmy my sami nie potrafiący pohamować własnej ambicji leczenia chorych „za wszelką cenę”.

## Piśmiennictwo

1. A. Tulczyński: Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne, Warszawa 1975, s. 162–170.
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Europejska Konwencja o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, Oviedo 1997.
4. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.
5. Ustawa o zawodzie lekarza.
6. Kodeks etyki lekarskiej.
7. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.
8. Kodeks karny.
9. A. Zoll: Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988.
10. Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych.
11. Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych.
12. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
13. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.
14. Ustawa o powszechnym obowiązku obrony.
15. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.
16. J. Łuczak: Czy tylko słowa? [w:] Sztuka rozmowy z chorym pod red. A. Grajcarek Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2001.
17. Jan Paweł II Orędzie z okazji X Światowego Dnia Chorego.

*Zagrożenia zawodowe  
personelu medycznego*





Dorota Kilańska<sup>1</sup>

## **Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki**

Jak podaje Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) właściwe środowisko pracy jest wymogiem obecnych czasów. Organizacja systemu ochrony zdrowia zmienia się na całym świecie, ukierunkowując działania na wzmocnienie znaczenia zdrowia dla jednostki. Do osiągnięcia tego celu niezbędne są środki finansowe i finansowanie świadczeń, które nie jest ograniczane limitowaniem kosztów usług, wzmacniająca infrastrukturę i zasoby ludzkie oraz umożliwiające wysoką jakość świadczonych usług. Jakość mierzona przede wszystkim bezpieczeństwem pacjenta i personelu medycznego i ich satysfakcją z realizowanych usług i wykonywanej pracy. „Właściwe środowisko pracy: jakość warunków pracy = jakość opieki” to hasło Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki.

Celem publikacji jest przedstawienie informacji nt. wpływu właściwego środowiska pracy na warunki pracy, a w konsekwencji na jakość opieki pielęgniarskiej i przekazanie środowisku pielęgniarskiemu danych przygotowanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek, które pomogą w podejmowaniu działań w zakresie zapewnienia pielęgniarkom właściwego „pozytywnego” środowiska pracy.

\*  
\*       \*  
\*

Pielęgniarki w ponad 80% krajów wiodą główną rolę w ochronie zdrowia. Pielęgniarstwo światowe jest pogrążone w globalnym kryzysie niedoboru profesjonalnych kadr. Jak podaje Buchan i Calman na świecie są różne liczby populacji pielęgniarek przypadających na 100 000 ludności. Liczby te wynoszą od 10 do 1000 pielęgniarek na 100 000 ludności. Odnotowano 8 razy większą średnią liczbę pielęgniarek w krajach o wysokim dochodzie narodowym niż w krajach o niskim dochodzie narodowym<sup>2</sup>. Ubiegłoroczne obchody Międzynarodowego Dnia Pie-

---

<sup>1</sup> Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup> Buchan J., Calman L.: The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. ICN 2004: 4.

lęgniarki odbywały się pod hasłem „Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów”. Opublikowane z okazji tego święta dane jednoznacznie wskazywały, że liczba pielęgniarek ma wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i personelu pielęgniarskiego<sup>3</sup>.

Powody niedoboru obsad pielęgniarskich są różnorodne, lecz jego kluczem jest najczęściej „niebezpieczne środowisko pracy”, obniżające jakość wykonywanych zadań lub też alienujące pielęgniarki. Zmienne te bardzo często są wskazywane jako przyczyna poszukiwania odpowiednich warunków pracy poza granicami kraju, czyli migracji pielęgniarek. W wielu przypadkach środowisko pracy oddziałuje odwrotnie i zamiast dążyć do zapewnienia jakości i powodować przyciąganie oraz zatrzymywanie pielęgniarek w ich miejscu pracy, powoduje ich migrację. Od wielu lat przedmiotem zainteresowania naukowców są czynniki zagrożenia środowiska pracy. Obserwuje się również występowanie wielu zagrożeń zdrowia pracowników ochrony zdrowia w środowisku pracy. Służby nadzorujące warunki pracy zamykają zakłady produkcyjne z powodu niespełnienia warunków sanitarno-epidemiologicznych; brak tych warunków w placówkach ochrony zdrowia lub też rażące zaniedbania w zakresie, wskazane m.in. w raporcie Państwowej Inspekcji Pracy, zaniedbania bhp nie stanowią przeszkód w ich dalszym funkcjonowaniu. I tak np.: „Kontrole przeprowadzone przez Państwową Inspekcję Pracy w latach 2001–2002 w 37 szpitalach wojewódzkich i 51 powiatowych w całym kraju ujawniły smutną prawdę. Zagrzybione ściany, ubytki w posadzkach, na których łatwo się poślizgnąć, wysoki wskaźnik wypadkowości i zachorowalności na choroby zawodowe, nieprzestrzeganie zasad ochrony radiologicznej, nieświadomość pracowników mających kontakt ze szkodliwymi i niebezpiecznymi substancjami chemicznymi, nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami medycznymi to tylko niektóre z długiej listy zarzutów stawianych skontrolowanym jednostkom przez PIP”<sup>4</sup>.

Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek „Właściwe Środowisko Pracy” to środowisko charakteryzujące się:

- innowacyjnością polityki kadrowej opartej na zatrudnianiu i utrzymywaniu kadry pielęgniarskiej;
- posiadaniem strategii kontynuowania przez pielęgniarki kształcenia podyplomowego;

---

<sup>3</sup> Safe Staffing. Save Lives. Tool Kit. ICN 2006.

<sup>4</sup> Państwowa Inspekcja Pracy. Polsko-duński projekt „Bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia zawodowego w szpitalach publicznych”. Jego najważniejszym celem było opracowanie dla szpitali tzw. dobrych praktyk, czyli rozwiązań organizacyjnych i technologicznych, dzięki którym warunki pracy w szpitalach mogłyby być bardziej bezpieczne. zobacz: <http://www.pip.gov.pl/html/pl/old/spraw2002/spraw-int/spr07.htm>.

- odpowiedniej polityki wynagradzania, wraz ze strategią motywowania i nagradzania;
- odpowiednim wyposażeniem stanowisk w sprzęt pielęgnacyjny;
- bezpiecznym środowiskiem pracy.

Niewłaściwe środowisko pracy wg ICN to występujące zagrożenia, tj.:

- stres spowodowany ciężką pracą,
- wydłużanie czasu pracy (praca w wielu miejscach i w nadgodzinach),
- niski status zawodowy,
- trudności w relacjach interpersonalnych w miejscu pracy,
- problemy z wykonywaniem zadań pozazawodowych (realizacja zadań społecznych na rzecz zawodu),
- różnorodne zagrożenia fizyczne i psychiczne związane z miejscem pracy, które wpływają na zagrożenie zdrowia pielęgniarzek.

Badania Baumann i in. wykazały m.in., że długość czasu pracy wpływa także na wzajemne relacje tzn. powoduje wzrost zachorowań, konfliktów, niezadowolone z pracy, ucieczkę z zawodu oraz nieskuteczność podejmowanych interwencji pielęgniarских<sup>5</sup>.

Wiele organizacji międzynarodowych podejmuje działania przeciwdziałające niedoborom kadr medycznych, a w tym personelu pielęgniarского, traktując to zadanie jako priorytet.

W 2006 r. również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała, że globalny niedobór pielęgniarzek stanowi czynnik zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta<sup>6</sup>.

Nie bez znaczenia dla spadku liczby personelu medycznego w stosunku do liczby mieszkańców są warunki pracy nie gwarantujące bezpieczeństwa jej wykonywania, będącego m.in. skutkiem niedoboru personelu.

Sprzyjające warunki pracy według ICN powinny obejmować m.in. atmosferę w pracy, czas pracy umożliwiający bezpieczną pracę, dostępność sprzętu do pielęgnacji pacjentów zapobiegającego urazom i wypadkom personelu i pacjentów, odpowiednią liczbę kadry pielęgniarской zapewniającej dostępność usług pielęgniarских pacjentom w każdym czasie, kiedy są one niezbędne. Efektem realizacji procesu jakości w pielęgniarstwie będzie przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa pacjenta i jego satysfakcja z otrzymywanych świadczeń. Bezpieczeństwo jest bowiem najwyższym dobrem, jakie powinniśmy uzyskać w procesie terapeutycznym.

Jak podaje Aiken zbyt duża liczba pacjentów przypadająca na 1 pielęgniarkę powoduje wzrost powikłań, błędów medycznych, śmiertelności wśród pacjentów

---

<sup>5</sup> Baumann A., O'Brien-Pallas L., Armstrong-Stassen M. et al. (2001) Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.

<sup>6</sup> Resolution WHA 59.27 WHO 2006.

– m.in. 40 procentowy wzrost infekcji dróg moczowych, które stanowią aż 40% zakażeń szpitalnych<sup>7</sup>.

Na szczęście dla bezpieczeństwa chorych i personelu medycznego, pracodawcy zaczynają dostrzegać pozytywny wpływ warunków pracy na dobre relacje zawodowe, a także decyzje personelu pielęgniarskiego o zmianie pracy. W świecie pozytywnie ocenia się działalność „Szpitali Magnesów”, tj. szpitali szczyjących się dobrze wykwalifikowaną kadrą świadczącą wysoką jakość usług.

Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie, które sponsorowało badania przeprowadzone w ww. szpitalach, a których celem było rozpoznanie przyczyn postrzegania ich atrakcyjności przez personel pielęgniarski, zidentyfikowało trzy podstawowe zmienne wyróżniające „szpitale Magnesy” spośród innych:

- zarządzanie zaangażowane w pielęgniarstwo i dla pielęgniarek,
- silne przywództwo pielęgniarek,
- odpowiednie wynagrodzenie personelu i dodatkowe korzyści pozapłacowe.

W „Szpitalach Magnesach” odnotowuje się rezultaty organizacji właściwego środowiska pracy, tzn. mniejszą liczbę przypadków „wypalenia zawodowego”, większą satysfakcję z pracy i lepsze wyniki sprawowanej opieki<sup>8</sup>. Pielęgniarki natomiast postrzegają te instytucje jako oferujące atrakcyjne środowisko i warunki pracy dla pracowników.

Według Bagulej na satysfakcję z wykonywanej pracy ma wpływ wolność działania i autonomia zawodowa, a także nie ograniczanie swobody podejmowania decyzji w realizacji interwencji pielęgniarskich<sup>9</sup>. Badania satysfakcji pielęgniarek przeprowadzane przez Best & Thurston wykazały, że:

- atrybuty przywództwa;
  - autonomia interwencji pielęgniarskich;
  - praca zespołowa, w tym właściwe relacje w zespole terapeutycznym,
- były ważnymi aspektami wpływającymi na satysfakcję pielęgniarek z wykonywanej pracy<sup>10</sup>. Są także dowody na to, iż obszar decyzyjny – jego zasięg umożli-

---

<sup>7</sup> Aiken L., Clarke S. P., Cheung R. B., Sloane D. M., Silber J. H. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987–1993.

<sup>8</sup> Havens, Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses; Scott J., Sochalski J., Aiken L. (1999) Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29 (1), 9–19.

<sup>9</sup> Baguley K. (1999) Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organisational behavior. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada, za: Baumann A.: *Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care*. Information and Action Tool Kit. ICN 2007.

<sup>10</sup> Best M., Thurston E. (2004), Measure Nursin Job Satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 24; Best M., Thurson E. (2006) Canadian Public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing* 23 (3), 250–255.



liwiający swobodę podejmowania decyzji zmniejsza odchodzenie pielęgniarek od zawodu<sup>11</sup>.

Sytuacja, gdy pielęgniarki są ograniczane w podejmowaniu decyzji w zakresie pielęgnowania pacjentów powoduje, że zmniejsza się zaangażowanie w pracę, a pielęgniarki odczuwają, iż ich doświadczenie nie ma większego znaczenia. Negatywnie odbierane jest również nadmierne kontrolowanie realizacji interwencji pielęgniarskich.

Satysfakcja z pracy, wg ICN, oceniana jest na podstawie subiektywnej oceny pielęgniarek, tzn. jak pielęgniarki czują się w zawodzie. Badania przeprowadzone przez Weisman i Nathanson wykazały, iż poziom satysfakcji z pracy personelu pielęgniarskiego był najsilniejszym determinantem wpływającym na wzrost poziomu satysfakcji pacjentów.

Wiele mówi się o migracji pielęgniarek, a „etyczne zatrudnianie” – zatrudnianie pielęgniarek z krajów, gdzie nie występuje ich niedobór, staje się przedmiotem troski wielu organizacji pielęgniarskich. Przyczyny wyjazdu są różne, ale zawsze jednak wyjazd jest ostatecznością. Badania przeprowadzone przez Baumann i in. wykazały, że pielęgniarki preferują jako miejsce zamieszkania miejsce, w którym ukończyły szkołę, a wyjeżdżają, gdy warunki zatrudnienia nie odpowiadają osobistymi i zawodowym oczekiwaniom<sup>12</sup>. Nie zawsze jednak powodem takiej decyzji jest wynagrodzenie. Inne badania, przeprowadzone przez Zurn, Dolea i Stilwell wśród personelu Londyńskiej narodowej służby zdrowia (w których należało podać przyczyny decyzji emigracji) wykazały, że wynagrodzenie, jako przyczynę takiej decyzji, wymieniało dopiero na czwartym miejscu. Wcześniejszą pozycję zajmowały odpowiedzi: „więcej personelu”, lepsze warunki pracy, lepsze wyposażenie stanowisk pracy. Wynagrodzenie jednak było na wyższym (3) miejscu listy określającej możliwą przyczynę odejścia z systemu ochrony zdrowia (odejście od zawodu).

Mniejsza satysfakcja z wykonywanej pracy występowała w krajach o niskim statusie ekonomicznym. Lesotho i in. wykazali, że powyżej 37% pielęgniarek nie jest zadowolonych z wykonywanej pracy. Procent zadowolonych uzależniony od miejsca pracy i wzrasta do 80% wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych<sup>13</sup>. Nie bez znaczenia są też złe warunki pracy, będące rezultatem niedostatecznego wyposażenia stanowisk pracy. Następnie, jako powód mniejszej satysfakcji wymienia się niewystarczające doświadczenie w pracy. Wskazywały na to badania przeprowadzone w 5 krajach afrykańskich<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Alexander J. A., Bloom J. R., Nuchols B. A. (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: Anorganisation-level analysis. *Industrial Relations*, 33 (4), 505–520.

<sup>12</sup> Baumann, Blyte, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006.

<sup>13</sup> Lesotho, Schwabe at al. 2004.

<sup>14</sup> Awases i in. 2003.

Jak wynika z przeprowadzonych badań zapewnienie właściwego środowiska pracy zespołowi terapeutycznemu, w tym personelowi pielęgniarstwu, powinno stanowić priorytet zarządzających ochroną zdrowia i stać się przedmiotem lobbingu organizacji pielęgniarstwach. Będzie to możliwe dzięki stworzeniu rozwiązań systemowych, obejmujących ochronę przed przemocą w miejscu pracy i konsekwencjami wynikającymi ze zgłaszania niebezpiecznych warunków pracy oraz wdrożenie tego rodzaju rozwiązań na każdym poziomie organizacji.

Priorytetem pozyskiwania środków unijnych na wyposażenie zakładów ochrony zdrowia winno być zapewnienie odpowiedniego wyposażenia stanowisk pracy pielęgniarek w sprzęt do pielęgnacji, umożliwiający właściwą opiekę i ochronę przez ryzykiem związanym m.in. z urazami występującymi przy przemieszczaniu pacjentów.

Pamiętać należy również o ważnym elemencie jakości zarządzania, jakim jest kultura organizacji kształtowana na wszystkich poziomach decyzyjnych i służąca dobrej atmosferze w pracy, a więc efektywniejszej pracy, a przede wszystkim dobru pacjenta.

## Wnioski

Proces rozwoju działań na rzecz właściwego środowiska pracy powinien być wieloaspektowy i podejmowany na wielu poziomach organizacji. Na początku projektu każda organizacja powinna określić profile zatrudnienia zawierające przyczyny:

- 1) nieobecności w pracy;
- 2) braków kadrowych;
- 3) odchodzenia z pracy;

uwzględniając demograficzne determinanty jak wiek i doświadczenie.

Ten rodzaj danych powinien stanowić solidną bazę do podejmowania decyzji. Częścią tej polityki musi być kształtowanie właściwego środowiska pracy przez:

- kontynuację promowania roli pielęgniarki w opiece zdrowotnej;
- definiowanie zapotrzebowania na opiekę z uwzględnieniem rzeczywistej możliwości opieki tak pielęgniarstwach, jak i zawodów pomocniczych z uwzględnieniem wzrostu zapotrzebowania na opiekę ludności;
- lobbowanie na rzecz rozpoznawania potrzeb zawodowych pielęgniarek;
- wspierania badań, zbieranie danych dla potrzeb dobrej praktyki oraz upowszechnianie otrzymanych danych;
- nagradzanie i prezentowanie nagradzanych pracodawców za zapewnienie odpowiednich warunków pracy i właściwego środowiska zapewniającego wzrost satysfakcji z opieki pielęgniarstwach;
- wykorzystywanie zestawu zadań publikowanych przez ICN dla uzasadniania konieczności zapewnienia właściwego środowiska pracy w zakładach opieki zdrowotnej.

## Piśmiennictwo

1. Alexander J. A., Bloom J. R., Nuchols B. A. (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: Anorganisation-level analysis. *Industrial Relations*, 33 (4), 505–520.
2. Baguley K. (1999). Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organisational behavior. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada, za: Baumann A.: Positive Practice Enviroments: Quality Workplaces = Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit. ICN 2007.
3. Baumann A., Blyte J., Cleverley K., Grinspun D., Tompkins A. (2006). Health Human Resource Series Number. Educated and ununderemployed: The paradox for nursing graduants. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
4. Best M., Thurston E. (2004). Measure Nursin Job Satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 24; Best M., Thurson E. (2006) Canadian Public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing* 23 (3), 250–255.
5. Buchan J., Calman L.: The Global Shortage of Registred Nurses: An Overview of Issues and Actions. ICN 2004: 4.
6. Państwowa Inspekcja Pracy. Polsko-duński projekt „Bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia zawodowego w szpitalach publicznych”. Jego najważniejszym celem było opracowanie dla szpitali tzw. dobrych praktyk, czyli rozwiązań organizacyjnych i technologicznych, dzięki którym warunki pracy w szpitalach mogłyby być bardziej bezpieczne. zobacz: <http://www.pip.gov.pl/html/pl/old/spraw2002/sprw-int/sprw07.htm>.
7. Safe Staffing. Save Lives. Information and Action Tool Kit. Geneva ICN 2006.

Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>, Hanna Rolka<sup>1</sup>,  
Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>, Tadeusz Makarowski<sup>2</sup>

## Wpływ powietrza na zdrowie człowieka

### Wprowadzenie

Problem czystości i zanieczyszczeń powietrza znany jest już od początków wczesnych kultur i cywilizacji. Starożytni Grecy i Rzymianie uważali go jako jedno z podstawowych i głównych zagadnień higieny [1]. Hipokrates, szukając przyczyn nagminnych chorób zakaźnych wśród zjawisk naturalnych, doszedł do wniosku, że źródło ich musi znajdować się w powietrzu [1]. Lukrecjusz stwierdził, że „złowrogie” ludziom cząsteczki przenoszone są w chmurach przez wiatr i osadzają się na zbożu lub mogą być wdychane z zanieczyszczonej atmosfery [1]. O czystości atmosfery pisał także w latach 23–27 Marek Witruwiusz, architekt rzymski z czasów Augusta [1]. Galen tłumaczył powstawanie epidemii trzema łącznie działającymi czynnikami: wpływem atmosfery, indywidualną predyspozycją i zakażeniem [1].

W okresie nowożytnym problem czystości powietrza związany był nierozdzielnie z pracami między innymi Baillona, Valeriusa Cordusa, Koelreutera, Sprengera, Leewnehoecka [1]. Prace Schoerderma i Duskiego przyczyniły się wybitnie do podkreślenia roli powietrza w przenoszeniu mikroorganizmów [1]. Spallanzani wykazał doświadczalnie, że mikroorganizmy są obecne w powietrzu [1]. W latach 1861–1865 Pasteur prowadził badania powietrza atmosferycznego oraz powietrza wewnątrz pomieszczeń [1]. Stwierdził np. że powietrze jest równomiernie „obsiane” mikroflorą, a ilość mikroorganizmów zależy od rodzaju badanego powietrza oraz miejsca pobierania próby [1]. Ogromne zasługi na polu badania mikroflory powietrza mają także higieniści – Salisbury, Madadox, Cunningham [1].

Mykolog Herz był pierwszym, który udowodnił obecność różnych grup mikroorganizmów w górnych warstwach powietrza [1]. Badania te kontynuował

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

<sup>2</sup> Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

Fleming [1]. W roku 1929 Dillon Weston pobierając próbki powietrza podczas lotów samolotem, po raz pierwszy stwierdził, że bakterie i grzyby występowały licznie do wysokości 3000 m, a w mniejszej ilości powyżej tego poziomu [1].

W rozwoju badań mikroflory powietrza bardzo zasłużył się polski uczonec, lekarz bakteriolog, Odo Bujwid, prowadzący od 1886 roku badania nad mikroflorą powietrza wewnątrz pomieszczeń w Warszawie [1]. Innym polskim uczonym zajmującym się tym tematem był Leon Kryński, który przebadał pod względem mikrobiologicznym powietrze w Zakopanem [1].

Ostatnie lata wyraźnie pokazują rozwój nowego kierunku badań związanego z oceną flory mikologicznej powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, w tym występowania grzybów pleśniowych w powietrzu nowego budownictwa (2, 3, 4). Jest to bardzo istotne, ponieważ z jednej strony obserwuje się korelację między „zagrzybieniem” pomieszczeń a częstością występowania u lokatorów różnych schorzeń (głównie nowotworów i alergii), z drugiej – między negatywnymi skutkami technicznymi, obniżeniem estetyki wnętrza a niszczeniem przechowywanych produktów, jako wynikiem biokorozji materiałów budowlanych [2, 3, 4].

### **Wpływ cech budynków oraz występowania organicznych zanieczyszczeń na jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń**

Powietrze domów mieszkalnych i pomieszczeń użytkowych prawidłowo eksploatowanych i higienicznie utrzymanych niewiele różni się od czystego powietrza zewnętrznego [1]. W przypadkach, gdy użytkowanie pomieszczeń jest nieprawidłowe, odbiegające od norm i podstawowych zasad higieny (źle sprzątane, nie wietrzone), mogą wystąpić znaczne wahania w składzie chemicznym, a także zapyleniu i mikroflorze powietrza w poszczególnych rodzajach pomieszczeń [1].

Ogromne modyfikacje architektoniczne spowodował np. obserwowany w latach 60-tych światowy kryzys energetyczny. W związku ze stwierdzeniem, że 1/3 światowej energii zużywana jest na ogrzewanie lub chłodzenie pomieszczeń, zmieniono technologię budowy [2, 3, 4]. Rozpoczęto konstruowanie budynków w „izolacyjnych kopertach” ograniczających do minimum utratę energii i kontakt ze światem zewnętrznym. Początkowo wprowadzono wentylację mechaniczną, potem rozpoczęto montaż systemów klimatyzacyjnych i automatycznego ogrzewania, mających na celu zastąpienie naturalnej wentylacji i tradycyjnych pieców. Cegły zamieniono konstrukcjami z prefabrykatów, płytami cementowymi, suporexem, lastriko, a jako uszczelniacze wprowadzono watę szklaną i mineralną. Równocześnie zaczęła postępować modyfikacja wyposażania wnętrz (tapety, wykładziny, nowe środki czyszczące) [2, 3, 4].

W roku 1982 wprowadzono termin „*Sick Building Syndrome*” – SBS – „Zespół chorych budynków” [5]. Określono nim zespół różnorodnych dolegliwości powstających wskutek długotrwałego przebywania w budynkach, których

konstrukcja i wyposażenie mogą wywierać szkodliwy wpływ na zdrowie ludzkie [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

W literaturze podkreśla się, że bardzo trudne jest udowodnienie związku pomiędzy konstrukcją budynku, jego wyposażeniem i systemem wentylacyjnym a dolegliwościami występującymi u jego mieszkańców [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Na stan zdrowia lokatorów mają bowiem wpływ także pewne czynniki osobnicze, jak np. płeć, status społeczny, kondycja fizyczna, stan emocjonalny, podłoże atopowe oraz wcześniej przebyte choroby [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Parametry „chorych” i „zdrowych” budynków określa się w oparciu o IAQ (Indoor Air Quality) [6, 13]. Powstały organizacje określające normy IAQ dla budownictwa oraz dopuszczalne stężenia substancji uważanych za szkodliwe dla zdrowia. W Europie obowiązują normy ustalone przez WHO w 1987 roku – Indoor Air Guidelines for Europe, w USA przez Occupational Safety and Health Administration – normy AVAC (Heating, Ventilation, Air Conditioning) [8].

Obiekty budowlane stwarzają specyficzny mikroklimat, tworząc przestrzenie zwane niszami ekologicznymi. Powstają w nich warunki do zasiedlania, wzrostu oraz rozmnażania się licznych i zróżnicowanych organizmów. Elementami tego mikrośrodowiska, wpływającymi na stan zdrowia, są z jednej strony sami ludzie, z drugiej meblowanie, sprzęt, rośliny doniczkowe czy elementy konstrukcyjne budynku [4].

Prawie w każdym obiekcie budowlanym grzyby i bakterie znajdują wspaniałe warunki do bytowania, np. dostateczną ilość pożywienia w postaci okruchów żywności, złuszczonego naskórka, włosów, sierści, rozmaitych wydzielin zwierzęcych, roślin, kwiatów, drobin drewna, tkanin, kału roztoczy, owadów oraz właściwą dla ich życia wilgotność (powyżej 20%) i temperaturę (5–30°C) [3]. W powietrzu atmosferycznym znajdują się między innymi zarodniki i konidia grzybów (w tym drożdży) oraz bakterie i ich przetrwalniki, które mogą wnikać do budynku z zewnątrz [3].

Do cech budynków, które wpływają na jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń należy zaliczyć: teren, na którym stoi budynek, warunki zewnętrzne wokół budynku, jego wiek, zespół tzw. „ciasnego budynku”, rodzaj użytego materiału budowlanego, sposób konserwacji budynku, rodzaj systemów wentylacyjnych oraz rodzaj ogrzewania i/lub chłodzenia pomieszczeń [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Wykazano, że budynki podpiwniczone lub/i stawiane na terenach o naturalnej radoczynności, z wentylacją głównie przez otwory dachowe, mają zdolność kumulowania radonu wewnątrz pomieszczeń [14, 15, 16].

Systemy klimatyzacyjne w klimacie sub- i tropikalnym są bardziej narażone na skolonizowanie przez pleśnie i bakterie, a wszelkie nieszczelności, starzenie się i zła konserwacja klimatyzacji prowadzi do niebezpiecznego dla zdrowia stężenia bioaerozolu zawierającego endotoksyny bakteryjne, beta-glukan i mikotoksyny [13, 17, 18, 19, 20].

Nowo wykończone budynki cechują się wyższym stężeniem formaldehydu, lotnych substancji organicznych (VOC, VOCs), a starsze – bioaerozoli oraz wzrostem narażenia na włókna azbestu czy włókna szklane [13, 14, 17, 20].

Ostatnio zwraca się uwagę na tzw. zespół „ciasnego budynku” [13, 22]. W powstawaniu tego zespołu bierze się pod uwagę czynniki zależne od ilości ludzi przebywających w pomieszczeniu, takie jak: hałas, stres, dym tytoniowy, zapachy (np. perfumy, środki do czyszczenia ubrań), infekcje zbiorowisk ludzkich (różyczka, legionelloza, grypa, ospa wietrzna) [13, 22]. Wewnątrz budynku może być także kumulowana radioaktywność wytwarzana przez pyły cementowe i lastriko [19]. Za czynniki wywołujące narażenie na włókna szklane i azbest uważa się także niewłaściwe techniki izolacji cieplnej lub jej remont [17].

Włókna szklane wydobywają się głównie ze starych, nieszczelnych izolacji lub są rozkładane i uwalniane do pomieszczeń przez wegetujące na nich pleśnie. Powierzchnie ocieplane watą sprzyjają rozwojowi grzybów z rodzaju *Alternaria*, a cementowe – rodzaju *Cladosporium* [17]. Remonty budynków zwiększają stężenie substancji lotnych VOC i VOCs oraz stężenie zarodników grzybów rodzajów *Penicillium* i *Aspergillus* [23, 24]. Stwierdzono także, że brak remontu lub niewłaściwa konserwacja urządzeń klimatyzacyjnych, które są rezerwuarem bakterii (np. *Legionella*) i grzybów (np. *Fusarium*) zwiększa ekspozycję na bioaerozole i możliwość infekcji [14, 24]. Rodzaj systemu wentylacyjnego oraz sposób ogrzewania i/lub chłodzenia pomieszczeń jest przez wielu autorów uważany za wywołujące w 40–60% objawów SBS [5, 8, 13]. Meble, tapety, wykładziny i środki używane do ich czyszczenia są natomiast głównym źródłem formaldehydu, VOC i VOCs [26, 27]. Sprzęt fotograficzny, papier, kserokopiarki, faxy wydzielają natomiast ozon, kwas octowy, amoniak, dwutlenek azotu [25].

W literaturze podkreśla się fakt, że w budynkach może żyć kilkadziesiąt gatunków bakterii (głównie Gram – ujemnych), ponad 400 gatunków grzybów pleśniowych (głównie rodzaju *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Penicillium*, *Fusarium*), kilkanaście gatunków grzybów powodujących gnicie drewna i materiałów drewnopodobnych, wiele gatunków glonów, mszaków, porostów, roślin nasiennych, w tym ozdobnych (np. *fiscus beniamina*, zaśláz), a także ponad 30 gatunków roztoczy (głównie w kurzu domowym), ponad 300 gatunków owadów (stwarzających zagrożenia parazytologiczne i sanitarne oraz niszczących drewno konstrukcyjne domów), kilka gatunków gryzoni, kilkanaście gatunków ptaków (przebywających na dachach i ścianach zewnętrznych budynków) oraz kilka gatunków nietoperzy [18, 27, 28, 29, 30, 31].

Grzyby i bakterie mogą powodować zniszczenie fragmentów budynków, ich wykończeń zewnętrznych i wewnętrznych oraz materiałów użytych do budowy. Grzyby pleśniowe znajdują dogodne warunki do rozwoju, zwłaszcza w klimatyzowanych budynkach i pomieszczeniach z wykładzinami podłogowymi, stając się idealnym źródłem mikotoksyn oraz substancji zapachowych [17, 31].

Źródłem zarodników *Aspergillus* w szpitalu mogą być zanieczyszczenia urządzeń filtracyjnych. Prowadzone w tym zakresie badania, których celem było ustalenie ewentualnej zależności pomiędzy renowacją pomieszczeń oddziału hematologicznego a wzrostem ilości *Aspergillus* w powietrzu, wykazały znaczny wzrost stężenia zarodników *Aspergillus* w pomieszczeniach remontowanych [32]. Ocena mikroflory filtrów powietrza systemów wentylacyjnych i systemów grzewczych w 7 szpitalach USA pozwoliła na stwierdzenie wysokiej kolonizacji filtrów grzybami rodzaju *Acremonium*, *Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Epicoccum*, *Penicillium*, *Rhinocladiella* i *Beauveria-like* [33].

### **Wpływ zanieczyszczeń powietrza oraz właściwości budynków na zdrowie ludzi**

W roku 1984 Narodowy Instytut Bezpieczeństwa i Zdrowia Zawodowego w USA (NIOSH) przeprowadził badania w ponad 400 budynkach biurowych w Stanach Zjednoczonych i w opublikowanych danych podał, że w 48% przyczyną dolegliwości pracowników była niewłaściwa wentylacja, w 17% czynniki zewnętrzne, w 16% działanie maszyn i urządzeń biurowych, w 5% zanieczyszczenia mikroorganizmami, a w 12% przyczyn nie ustalono [cyt. za 4].

W roku 1987 WHO ustaliła listę objawów i jednostek chorobowych, które mogą powstać w „chorych budynkach”. Sporządzono ją według częstości występowania takich cech, jak: podrażnienie lub uszkodzenie śluzówek (oczu, nosa, krtani, oskrzeli), wysuszenie i podrażnienie skóry, objawy neurotoksyczne (ból głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, osłabienie koncentracji), astma oskrzelowa, objawy astmopodobne (ucisk w klatce piersiowej, duszności), gorączka klimatyzacyjna oraz uszkodzenie tkanki płucnej [9, 31].

Rosnąca wiedza o wpływie szkodliwości środowiska wewnętrznego budynków na organizm ludzki spowodowała, że w/w lista została zaktualizowana i nosi obecnie nazwę BRI (*Building Related Illnesses*) [34]. W obrębie BRI wyodrębnia się dwie podgrupy schorzeń:

A) specyficzne – grupa chorób o zdefiniowanym obrazie klinicznym i znanej etiologii:

- pochodzenia infekcyjnego
- pochodzenia immunologicznego
- pochodzenia alergicznego

B) niespecyficzne – objawy o niejednorodnym i niespecyficznym charakterze (np. podrażnienia skóry i błon śluzowych, ból głowy, zmęczenie, zaburzenia koncentracji), których czynnik przyczynowy nie jest ściśle określony [35, 36].

Inni autorzy uważają, że BRI obejmuje także:

- infekcje: legionelloza, grypa, różyczka, nawracające infekcje dróg oddechowych, przewlekły stan zapalny zatok obocznych nosa



- choroby alergiczne: głównie astma oskrzelowa, całoroczny alergiczny katar i zapalenie spojówek
- gorączkę klimatyzacyjną, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych
- suchość i zaczerwienienie skóry, zwłaszcza twarzy, świąd, pokrzywkę, pogorszenie przewlekłych chorób skóry (np. wyprysk atopowy, kontaktowe zapalenie skóry)
- podrażnienie i przewlekłe zapalenie spojówek, wysychanie spojówek
- nawracające i przewlekłe zapalenie ucha środkowego i zewnętrznego – objawy neurotoksyczne
- objawy astmopodobne, grypopodobne, zespoły zmęczenia (CFS)
- nowotwory [6, 24].

Powietrze na zewnątrz i wewnątrz budynku może być zanieczyszczone przez wirusy, bakterie, grzyby, pyłki, igielki roślin i inne [1]. Występują one w powietrzu w postaci tzw. aerozoli biologicznych i mogą odgrywać doniosłą rolę zarówno w powstawaniu chorób alergicznych, zakaźnych oraz epidemii, jak również w ich zwalczaniu [1].

Aerozole biologiczne, ze względu na ich skład jakościowy i znaczenie dla ludzi i zwierząt, można podzielić na: saprofityczne i zakaźne, a także mieszane [1].

Endotoksyny bakteryjne, głównie lipopolisacharydy, mają udowodniony wpływ prozapalny na drogi oddechowe, inicjujący i nasilający reakcje alergiczne, a u osób z astmą oskrzelową podnoszący nadreaktywność oskrzeli, wywołując chorobę klimatyzacyjną [18].

Substancje zapachowe: hexanol, cyclohexan i benzen, wchodzące w skład bioaerozolu (VOC), wywierają działanie drażniące skórę i objawy neurologiczne u osób wrażliwych [17].

Produkty spalania: tlenek węgla, dwutlenek węgla, czy dwutlenek azotu mają także szkodliwy wpływ na organizm ludzki [4]. Nawet ich niskie stężenia, ale działające długotrwale, powodują podrażnienie zakończeń nerwowych, głównie w krtani i w nosie, z nadprodukcją substancji P, rozwój neurogenego zapalenia, nadreaktywności śluzówek oskrzeli i nosa oraz zwiększenie podatności na infekcje [4]. Przy długotrwałej ekspozycji na dwutlenek azotu dochodzi również do uszkodzenia pęcherzyków płucnych i końcowych oskrzelików. Tlenek węgla i dwutlenek węgla są także odpowiedzialne za wywoływanie efektów neurotoksycznych i nudności [27]. Zawarte w dymie tytoniowym nitrazaminy i benzopyreny mają działanie mutagenne i rakotwórcze [30]. Dwutlenek węgla, dwutlenek azotu oraz ozon są odpowiedzialne za zapalenie spojówek, nasilenie astmy, nieżyty nosa oraz alergicznych chorób skóry [4, 27, 30].

Formaldehyd działa drażniąco na śluzówki wywołując zapalenie spojówek, nasilenie astmy, nieżyty nosa i alergicznych chorób skóry [25]. Amoniak i kwas octowy wpływają drażniąco na skórę i śluzówki [36]. Azbest stymuluje produkcję autoprzeciwciał, działa rakotwórczo oraz uszkadza tkankę płucną [8]. Włókna

szklane wbijają się do warstwy kolczystej skóry, wywołując świąd, zaczerwienienie i pokrzywkę oraz ból gardła i kaszel [15]. Lotne substancje (VOC, VOCs) wywołują podrażnienie śluzówek, wzrost nadreaktywności oskrzeli i śluzówki nosa, kaszel, wysychanie i ból gardła oraz objawy neurotoksyczne [23]. Tlenki siarki wzmagają ryzyko uszkodzenia układu oddechowego oraz podatność na infekcje [25].

Prace mające na celu jak najdokładniejsze udokumentowanie wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie organizmu ludzkiego, prowadzone są w różnych ośrodkach w kraju i za granicą [13, 17, 18, 19, 20, 37, 38, 39]. Ich zadaniem jest także udowodnienie, że grzyby i bakterie bytujące w budynkach mieszkalnych i zakładach pracy powodują niekorzystne zmiany jakości powietrza wewnętrznego i w zasadniczy sposób wpływają na stan zdrowia lokatorów. Wiadomo bowiem, że roztozca, owady i gryzonie sprzyjają przenoszeniu licznych drobnoustrojów chorobotwórczych, a za pośrednictwem powietrza, np. podczas kaszlu i kichania, roznoszone są liczne mikroorganizmy.

### Piśmiennictwo

1. Krzysztofik B.: Mikrobiologia powietrza. Wydawnictwo politechniki Warszawskiej, Warszawa, 1992, 9–47, 74–82, 82–99, 118–191.
2. Bogacka E.: Grzyby jako alergeny (w) Zarys mikologii lekarskiej pod red. E. Baran, Volumed, 1998, 503–531.
3. Ochmański W., Barabasz W.: Mikrobiologiczne zagrożenia budynków i pomieszczeń mieszkalnych oraz ich wpływ na zdrowie (syndrom chorego budynku). *Przegl. Lek.*, 2000, 57, 7–8.
4. Wittczak T., Wealusiak J., Pałczyński C.: „Sick building syndrome” – nowy problem w medycynie pracy. *Med. Pr.*, 2001, 52, 369–373.
5. Abbritti G., Muzzi G., Accatoli M. P., Fioroli T., Dell’Omo M., Colangeli C., Gabrielli A. R., Fabbi T., D’Alessandro A.: High prevalence of sick building syndrome in a new air – conditioned building in Italy. *Arch. Environ. Health.*, 1992, 47, 16–22.
6. Apter A., Bracher A., Hodgson M., Sidman J., Leng W. Y.: Epidemiology of the sick building syndrome. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 227–288.
7. Brownson K.: Hospital air is sick. *Hosp. Mater. Manage Q.*, 2000, 22, 1–8.
8. Hammad Y.: The problem of the „sick” building – facts and implications. Identifying and measuring indoor nonbiologic agents. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 296–303.
9. Nordstrom K., Norback D., Akseleson R.: Influence of indoor quality and personal factors on the sick building syndrome (SBS) in Swedish geriatric hospitals. *Occup. Environ. Med.*, 1995, 52, 170–176.
10. Pejtersen J., Brohus H., Hyldgaard C. E., Nielson J. B., Valbjorn O., Hauschildt P., Kjergaard S. K., Wolkoff P.: Effect of renovating an office building on occupants comfort and health. *Indoor Air*, 2001, 11, 10–25.
11. Seuri M., Husman K., Kinnunen H., Reiman M., Kreuz R., Kuronen P., Lehtomaki K., Paannen M.: An outbreak of respiratory diseases among workers at a water-damaged building – a case report. *Indoor Air*, 2000, 10, 138–145.

12. Wargocki P., Wyon D.P., Sundell J., Clauden G., Fanger O.: The effects of outdoor air supply rate in an office on perceived air quality, sick building syndrome (SBS) symptoms and productivity. *Indoor Air*, 2000, 10, 222–236.
13. Spaul W.: Building-related factors to consider in indoor air quality evaluations. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 385–389.
14. Brooks St.: Host susceptibility to indoor air pollution. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 334–351.
15. Lockey J., Ross C.: Radon and man – made vitreous fibers. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 310–317.
16. Mose D., Mushrush G., Kline St.: Winter – to-winter variations in indoor radon. *J. Toxicol.*, 1989, 28, 129–150.
17. Ezeonu I. M., Price D. L., Simmons R. B., Crow S. A., Ahearn D. G.: Fungal production of volatiles during growth on fiberglass. *Appl. Environ. Microbiol.*, 1994, 60, 4172–4173.
18. Ledford D.: Indoor allergens. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 327–334.
19. Lockey J., Ross C.: Radon and man – made vitreous fibers. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 310–317.
20. Selzer J.: Building – related factors to consider in indoor air quality evaluations. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, (part 2), 351–361.
21. McDonald J. C., Amstron B., Benard J., Cherry N. M., Fara J. P.: Sick building syndrome in a Canadian office complex. *Archiv. Environ. Health.*, 1993, 48, 298–304.
22. McDonald J. C., Amstron B., Benard J., Cherry N. M., Fara J. P.: Sick building syndrome in a Canadian office complex. *Archiv. Environ. Health.*, 1993, 48, 298–304.
23. Trudeau W., Fernandez-Caklas E.: Identifying and measuring indoor biologic agents. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 393–400.
24. Selzer J.: Building – related factors to consider in indoor air quality evaluations. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, (part 2), 351–361.
25. Kędzierska I., Kędzierski W., Kurzawa R.: Wpływ zmienionych warunków środowiskowych na powstawanie i rozwój chorób alergicznych. *Terapia*, 1996, 5, 3–14.
26. Kilburn K. H.: Indoor air effects building renovation and in manufactured homes. *Am. J. Med. Sci.*, 2000, 320, 249–254.
27. Alberts M.: Indoor air pollution No, No<sub>2</sub>, Co and CO<sub>2</sub>. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 289–296.
28. Chester A. C.: Sick building syndrome fatigue as a possible predation defense. *Int. Phys. Behavioral Science.*, 1995, 30, 68–83.
29. Rylander R.: Sick building syndrome (w) Proceedings of XVI European Congress of Allergology and Clinical Immunology ECACI 95, Basomba A., Sastre J. Monduzzi ed., Bologna, 1995, 409–414.
30. Sindhu R.: Exposure to environmental tobacco smoke results in an increased production of anti-Benzpyrene-7,8-dihydrodiol-9,10 epoxide in juvenile ferret lung homogenates. *J. Toxicol.*, 1996, 47, 523–534.
31. Trout D., Bernstein J., Martinez K., Biagini R., Wallingford K.: Bioaerosol lung damage in a worker with repeated exposure to fungi in a water-damaged building. *Environ. Health Perspect.*, 2001, 109, 641–644.

32. Cornet M., Levy V., Fleury L., Lortholary J., Barquins S., Coureul M. H., Deliere E., Zittoun R., Brucker G., Bouvet A.: Efficacy of prevention by high-efficiency particulate air filtration or laminar airflow against *Aspergillus* airborne contamination during hospital renovation. *Inspect. Control. Hosp. Epidemiol.*, 1999, 20, 508–513.
33. Simmons R. B., Price D. L., Noble J. A., Crow S. A., Ahearn D. G.: Fungal colonization of air filters from hospitals. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.*, 1997, 58, 900–904.
34. Samet J. M., Marbury M. C., Spengler J. D.: Helath effects and sour indoor air pollution. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1988, 137, 221–242.
35. Akiyama K.: Fungal allergy – clinical aspect. *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi.*, 2001, 42, 109–111.
36. Menzies D., Bourbeau J.: Building-related illnesses. *N. Engl. J.*, 1997, 337, 1524–1531.
37. Gniadek A., Macura A. B., Oksiejczuk E., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.: Fungi in the air of selected social welfare homes in the Małopolskie and Podlaskie provinces – a comparative study, *International Biodeterioration and Biodegradation*, 2005, 55, 2, 85–91.
38. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Oksiejczuk E., Jakoniuk P., Leszczyńska K., Niczyporuk W., Penar-Zadarko B.: Indoor air studies of fungi contamination of social welfare home in Czerewki in north – east part of Poland, *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*, 2005, Vol. 50, Supl. 1, 26–30.
39. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Szepietowski J., Łukaszuk C., Kowalczyk K., Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska K.: Analiza występowania grzybów w pomieszczeniach bloku operacyjnego, *Mikologia Lekarska*, 2006, 13 (4), 301–305.

Hanna Rolka<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułałak<sup>1</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>, Wojciech Kułałak<sup>2</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Katarzyna Ostapowicz Van Damme<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczyk<sup>1</sup>, Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Anna Baranowska<sup>1</sup>

## Mikroflora powietrza pomieszczeń placówek ochrony zdrowia

### Wprowadzenie

Wpływ jakości powietrza wewnętrznego pomieszczeń na zdrowie ludzi w nich przebywających wykazano w maju 2000 r. w Holandii na spotkaniu grupy roboczej WHO, którego celem było przedstawienie wspólnego stanowiska w dokumencie „Prawo do zdrowego powietrza wewnętrznego” [1].

W prawidłowo eksploatowanych pomieszczeniach i odpowiednim reżimie higienicznym stan mikrobiologiczny pomieszczeń ulega nieznacznym wahaniom ilościowym i jakościowym [2].

Powietrze atmosferyczne, ze względu na niedobór wody i brak substancji odżywczych, nie jest środowiskiem korzystnym dla rozwoju drobnoustrojów. Zatem zanieczyszczenia mikrobiologiczne powietrza pochodzą z innych środowisk: z gleby, wody, a także z organizmów ludzi i zwierząt szczególnie podczas kichania, kaszlu, ale także oddychania. Badania naukowe dowiodły jednak, że komórki drobnoustrojów, części grzybni, cząstki wirusowe mogą utrzymywać się w formie aerozolu lub w postaci zaabsorbowanej na cząsteczkach kurzu pochodzenia mineralnego, roślinnego lub zwierzęcego przez różnie długi okres czasu [2].

Wielkość cząstek aerozoli biologicznych w powietrzu jest zróżnicowana pod względem wielkości i kształtuje się od 1 do 200  $\mu\text{m}$ . Ze względu na wielkość swojej cząstki aerozol bakteryjny jest kwalifikowany do jednej z czterech faz:

- faza gruboziarnista (wieloziarnista) – tworzona jest przez cząstki o średnicy powyżej 100  $\mu\text{m}$ ,
- faza drobnoziarnista – w skład tej fazy wchodzi cząstki od 50 do 100  $\mu\text{m}$ ,

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

<sup>2</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej AMB

- faza kropelkowo-jądrowa w skład tej fazy wchodzi cząstki o wielkości od 1 do 50  $\mu\text{m}$ ,
- faza pyłu bakteryjnego – zawiera komórki o wielkości od 0,2 do 10  $\mu\text{m}$  [3, 4, 5].

Okres zawieszenia mikroorganizmów w powietrzu i czas ich utrzymania zależy od: średnicy cząstek, prędkości ruchu powietrza, odporności drobnoustrojów na wysychanie. Najdłużej w powietrzu utrzymują się cząstki będące w fazie drobnoziarnistej, ponieważ opadają powoli, a następnie w wyniku parowania i wysychania przechodzą do fazy kropelkowo-jądrowej zachowując swoją żywotność [3, 6].

W powietrzu przeważają na ogół bakterie saprofityczne, wytwarzające otoczki, grzyby w tym pleśnie, kropidlaki, drożdże, pędzlaki i cząstki wirusowe. Utrzymujące się w powietrzu drobnoustroje mogą wywoływać zakażenia aerogenne, czyli przenoszone drogą powietrzną [4, 7].

Aerozol, czyli „zawiesina cząstek stałych, ciekłych lub stałych i ciekłych w formie gazowej” powietrza wewnętrznego zawiera zanieczyszczenia pochodzenia chemicznego, fizycznego, biologicznego. Może być również źródłem endotoksyn, enzymów, mikotoksyn i wpływać szkodliwie na organizm człowieka [8, 9].

Powyższe zagadnienie jest szczególnie ważne w przypadku placówek ochrony zdrowia, w których występuje znaczny stopień koncentracji flory patogenicznej, często związana ze specyfiką udzielanych świadczeń i rodzajem hospitalizowanych pacjentów. Skażone powietrze w przypadku obniżenia odporności u pacjentów i ze względu na swoją wysoką patogenność może być źródłem zakażeń u pacjentów i personelu przebywającego w tych pomieszczeniach. Złe pod względem jakości powietrze, niedostatecznie oczyszczone sprzyja zwiększonej koncentracji pyłu bakteryjnego, co wpływa na wzrost występowania zakażeń szpitalnych [10, 11].

Zanieczyszczenia powietrza w sali operacyjnej mogą być wytwarzane i emitowane wewnątrz pomieszczeń lub pochodzić z zewnątrz. Istotnym źródłem zanieczyszczeń wewnętrznych jest personel, pacjenci, aparatura medyczna, powierzchnie, wyposażenie sali, złe procedury dekontaminacji sprzętu i powierzchni. Głównym źródłem zanieczyszczeń pochodzenia zewnętrznego jest niedostatecznie oczyszczone powietrze wpływające w sposób zorganizowany do sali operacyjnej, powietrze wpływające w sposób niezorganizowany, w wyniku zmiany rozkładu ciśnień z pomieszczeń o niższej klasie czystości do sali operacyjnej oraz okresowe wyposażenie sali w aparaturę medyczną [10].

Personel znajdujący się w sali operacyjnej jest źródłem zanieczyszczeń pochodzących z powierzchni skóry, ubrania ochronnego oraz wydzielanych podczas rozmowy, kaszlu, kichania, poruszania się. Ilość emitowanych zanieczyszczeń uzależniona jest od rodzaju aktywności fizycznej, aktualnego stanu zdrowia,

jakości stosowanej odzieży ochronnej oraz aktualnych parametrów powietrza wewnątrz pomieszczenia (temperatury, wilgotności, ruchu) [10].

Liczne badania dowodzą, że głównym wewnętrznym źródłem zanieczyszczenia pyłowego i mikrobiologicznego w pomieszczeniach traktu operacyjnego są ludzie i aby obniżyć do minimum ryzyko rozwoju zakażeń należy:

- ograniczyć liczbę zespołu niezbędnego do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego do minimum (lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego),
- ograniczyć poruszanie się członków zespołu operującego, aby zmniejszyć emisję zanieczyszczeń z powierzchni skóry, ubrania do otoczenia,
- ograniczyć do minimum otwieranie drzwi sali operacyjnej,
- skompletować niezbędny sprzęt w sali operacyjnej, aby wykluczyć jego wnoszenie w trakcie trwania zabiegu operacyjnego [10].

**Tabela 1. Ilość emitowanych ziaren pyłu przez jedną osobę w klasycznym ubiorze chirurgicznym**

| Rodzaj wykonywanej czynności  | Liczba ziaren pyłów równych lub większych od 0,3 $\mu\text{m}$ wyemitowana w czasie 1 min. |
|---|--|
| Bezruch, pozycja stojąca lub siedząca                                       | 100 000  |
| Pozycja siedząca lub stojąca lekkie ruchy rąk i głowy                       | 500 000  |
| Pozycja siedząca lub stojąca poruszanie ramionami, rękami, głową i tułowiem | 1 000 000  |
| Siadanie na krześle lub podobne zajęcie                                     | 2 500 000  |
| Wolny chód  | 5 000 000  |

Źródło: Charkowska A.: *Czystość powietrza w pomieszczeniach szpitalnych – wymagania i kontrola*. Politechnika Warszawska instytut Ogrzewnictwa i Wentylacji, Warszawa, 1996, 6 [12].

**Tabela 2. Emisja zanieczyszczeń mikrobiologicznych przez członka zespołu operującego**

| Rodzaj odzieży                  | Aktywność fizyczna | Emisja (JTK/min) |
|---------------------------------|--------------------|------------------|
| Luźny fartuch chirurgiczny      | duża               | 50 000           |
| Luźny fartuch chirurgiczny      | mała               | 7 000            |
| Dopasowany fartuch chirurgiczny | duża               | 3 200            |
| Dopasowany fartuch chirurgiczny | mała               | 1 500            |

Źródło: Charkowska A.: *Nowoczesne systemy klimatyzacji w obiektach służby zdrowia*, IIPU MASTA, Gdańsk, 14 [12].

**Tabela 3. Charakterystyka klas czystości pomieszczeń czystych zgodnie z rekomendacjami zawartymi w „Wytycznych projektowania szpitali ogólnych”**

| Klasa czystości pomieszczenia   | Rodzaj zakwalifikowanego do tej klasy pomieszczenia   | Dopuszczalna ilość JTK/m <sup>3</sup> powietrza |
|---|---|---|
| I KLASA<br><br>Pomieszczenia o najwyższej możliwie aseptyce, minimalny poziom zanieczyszczenia mikrobiologicznego | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale operacyjne</li> <li>• wysokoaseptyczne</li> <li>• aseptyczne – neurochirurgiczne, kardiochirurgiczne, transplantologii, oddziałów oparzeniowych</li> <li>• boksy jałowe</li> <li>• pracownie płynów infuzyjnych</li> <li>• sale chorych o wzmożonym reżimie sanitarnym</li> </ul>   | 70  |
| II KLASA<br><br>Pomieszczenia o niskim poziomie zanieczyszczenia mikrobiologicznego                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale operacyjne aseptyczne</li> <li>• sale operacyjne septyczne</li> <li>• oddziały intensywnej terapii</li> <li>• sale pooperacyjne</li> <li>• pokoje wcześniaków</li> <li>• pokoje przygotowawcze przy salach</li> <li>• operacyjnych</li> <li>• myjnie przed salą operacyjną</li> <li>• korytarze zespołu operacyjnego „czyste”</li> <li>• korytarze zespołu operacyjnego „brudne”</li> <li>• sterylizatornia w zespole operacyjnym</li> </ul>  | 300   |
| III KLASA<br><br>Pomieszczenia o normalnym poziomie zanieczyszczenia mikrobiologicznego                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale porodowe</li> <li>• sale zabiegowo-operacyjne</li> <li>• sale endoskopii</li> <li>• sale światłolecznictwa</li> <li>• pokoje diagnostyki laboratoryjnej</li> <li>• sale i sterownie RTG</li> <li>• pomieszczenia do hydroterapii</li> <li>• centralne stacje łóżek część tzw. „czysta” i „brudna”</li> <li>• pomieszczenia anatomii patologicznej</li> <li>• sale sekcyjne, szatnie personelu</li> <li>• sale gimnastyczne</li> <li>• sale wykładowe, konferencyjne</li> <li>• magazyny chemikalii</li> </ul> | 700   |

Źródło: Charkowska A.: *Nowoczesne systemy klimatyzacji w obiektach służby zdrowia*, IIPU MASTA, Gdańsk, 60, [12].



## Klasy czystości pomieszczeń placówek ochrony zdrowia

Ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń znaczna część pomieszczeń placówek ochrony zdrowia zaliczanych jest do tzw. pomieszczeń czystych, definiowanych jako „wydzielone obszary bilansowania, w których utrzymywane są ściśle określone, najczęściej krańcowo niskie stężenia zanieczyszczeń mechanicznych (fizycznych, chemicznych) lub mikrobiologicznych” [10].

Ocena stanu sanitarno-higienicznego bloku operacyjnego polega na badaniu jego mikrobiologicznego zanieczyszczenia, w tym stopnia zanieczyszczenia powietrza.

W Polsce obecnie nie obowiązują precyzyjne normy określające dopuszczalny stopień mikrobiologicznego skażenia powietrza w poszczególnych typach pomieszczeń placówek służby zdrowia, za wyjątkiem rekomendacji zawartych w „Wytycznych projektowania szpitali ogólnych”, które to pomieszczenia podzielono na trzy klasy czystości z uwzględnieniem dopuszczalnej ilości Jednostek Tworzących Kolonie (JTK) w 1 m<sup>3</sup> powietrza [10]. Dane te obrazuje tabela 3.

Według obowiązujących wytycznych krajowych wszystkie nie wymienione pomieszczenia zaliczane są do II klasy czystości, a klasa czystości określa koncentrację zanieczyszczeń w rejonie pola operacyjnego w przypadku sal operacyjnych [10].

Obecnie za podstawę klasyfikacji pomieszczeń lub stref czystych przyjmuje się w obowiązujących normach światowych i europejskich maksymalną dopuszczalną liczbę cząstek w określonej objętości powietrza. Ze względu na brak w Polsce rzeczywistych norm, które byłyby zgodne z wymogami sanitarno-higienicznymi oraz technologicznymi istnieje konieczność posługiwania się normami zagranicznymi.

Wytyczne Szwajcarskie z roku 1987 „Guidelines for construction, operation and monitoring of air engineering installations in hospitals” kwalifikują pomieszczenia szpitalne do pięciu klas czystości (Tabela 4).

Najbardziej aktualna wersja normy niemieckiej DIN 1946-4 dokonuje podziału pomieszczeń uznając za podstawowe kryterium pożądaną czystość powietrza oraz szczegółowe zalecenia dotyczące klimatyzacji tych pomieszczeń. Biorąc pod uwagę te dwa istotne wymagania pomieszczeń czystych dokonuje ich podziału na dwie klasy:

- **Klasa I** – obejmuje pomieszczenia o wysokich wymaganiach dotyczących małej zawartości mikroorganizmów w powietrzu,
- **Klasa II** – obejmuje pomieszczenia o tzw. zwykłych wymaganiach odnośnie małej zawartości organizmów w powietrzu [10, 13].

Norma francuska NF X 44-101 dokonuje podziału wszystkich pomieszczeń i stref placówki ochrony zdrowia klasyfikując je ze względu na przeznaczenie do określonej klasy czystości i wskazując na dopuszczalne normy czystości bakteriologicznej powietrza w salach operacyjnych [10, 13] (Tabela 5).

Tabela 4. Klasy czystości pomieszczeń według wytycznych Szwajcarskich

| Klasa czystości pomieszczenia                                    | Rodzaj zakwalifikowanych do tej klasy pomieszczeń   | Dopuszczalna ilość JTK/m <sup>3</sup> powietrza                         |
|--|---|---|
| I KLASA<br>bardzo niski poziom zanieczyszczeń mikrobiologicznych | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale operacyjne oddziałów transplantologii, kardiologii, ortopedii,</li> <li>• oddziały intensywnej terapii dla pacjentów leczonych immunopresyjnie, po przeszczepach szpiku kostnego,</li> <li>• pokoje dla chorych z rozległymi oparzeniami</li> </ul>   | < 10  |
| II KLASA<br>niski poziom zanieczyszczeń mikrobiologicznych       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale operacyjne o niższych wymaganiach,</li> <li>• sale przedoperacyjne,</li> <li>• korytarze bloku operacyjnego,</li> <li>• oddziały intensywnej terapii pionu chirurgii i interny,</li> <li>• pokoje wcześniaków,</li> <li>• sale porodowe, pokoje dla chorych z lżejszymi oparzeniami</li> </ul>          | 50–200  |
| III KLASA<br>normalny poziom zanieczyszczeń mikrobiologicznych   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• oddziały intensywnej opieki o profilu kardiologicznym,</li> <li>• centralna sterylizatornia,</li> <li>• gabinety lekarskie,</li> <li>• sale chorych,</li> <li>• gabinety i sterownie RTG,</li> <li>• centralna stacja łóżek,</li> <li>• sterylne magazyny,</li> <li>• korytarze, pralnie, kuchnie</li> </ul> | 200–500   |
| IV KLASA<br>pomieszczenia o zanieczyszczonym powietrzu           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• oddziały chorób zakaźnych,</li> <li>• pomieszczenia, w których prowadzona jest terapia izotopami promieniotwórczymi</li> </ul>   | bez sprecyzowanych dopuszczalnych ilości JTK/1 m <sup>3</sup> powietrza |
| V KLASA<br>pozostałe pomieszczenia                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomieszczenia sanitarne,</li> <li>• magazyny brudnej bielizny,</li> <li>• pomieszczenia do przechowywania zwłok</li> </ul>   | bez sprecyzowanych dopuszczalnych ilości JTK/1 m <sup>3</sup> powietrza |

Źródło: Charkowska A.: *Nowoczesne systemy klimatyzacji w obiektach służby zdrowia*, IIPU MASTA, Gdańsk, 62 [12].

Włoski Instytut Zdrowia dokonał w 1992 roku podziału klas czystości mikrobiologicznej powietrza wewnętrznego w salach operacyjnych na trzy klasy (Tabela 6).

Overberger i wsp. przeprowadzili ocenę zanieczyszczenia grzybami powietrza w budynku szpitalnym 3 tygodnie przed remontem, w trakcie remontu (24 tydzień) oraz w 3 tygodnie po jego zakończeniu. Autorzy stwierdzili wzrost

**Tabela 5. Klasy czystości bakteriologicznej powietrza zgodnie z normą NF X 44-101 dla sal operacyjnych**

| Klasa czystości bakteriologicznej powietrza w salach operacyjnych | Maksymalna ilość mikroorganizmów w 1 m <sup>3</sup> powietrza |
|---|---|
| B 100   | 100   |
| B 20  | 20  |
| B 5   | 5   |

**Sale operacyjne typu A** – to sale o szczególnie wysokich wymaganiach dotyczących septyczności np. oddziałów kardiochirurgii, transplantologii itp., w których najczęściej zainstalowane są systemy wentylacyjne z stropem laminarnym

**Sale operacyjne typu B** – to sale o wysokich wymaganiach dotyczących septyczności, w których zazwyczaj stosowane są systemy wentylacyjne ze strumieniem mieszającym lub ze stropem laminarnym

Źródło: Charkowska A.: *Nowoczesne systemy klimatyzacji w obiektach służby zdrowia*, IIPU MA-STA, Gdańsk, 65 [12].

**Tabela 6. Klasy czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych wg Włoskiego Instytutu Zdrowia**

| Klasa | JTK/m <sup>3</sup> |
|-------|--------------------|
| A     | 10                 |
| B     | 200                |
| C     | 500                |

Źródło: Porowski M., Szczechowiak E.: *Klimatyzacja pomieszczeń czystych*, TERMEDA, Poznań, 1999, 31 [13].

CFU/m<sup>3</sup> z 3,5 przed remontem do 350 w trakcie remontu. Dane te, według autorów, mogą być użyteczne w ocenie narażenia pacjentów na grzyby w pomieszczeniach remontowanych.

Panagopulou i wsp. badali obecność grzybów w powietrzu trzech szpitali w Grecji, w Salonikach, Atenach i Heraklionie. Próbkę powietrza pobierali co miesiąc w ciągu roku. Najwyższe stężenie zarodników grzybów stwierdzali zimą, najniższe latem. *Aspergillus spp.* stanowił 70,5% wszystkich izolowanych grzybów.

Centeno i Machado oceniali obecność grzybów filamentacyjnych i drożdżopodobnych w powietrzu oddziałów intensywnej terapii i oddziało noworodkowym w szpitalu Cumana w Wenezeli. Autorzy najczęściej izolowali *Aspergillus spp.* (46,8%), *Penicillium spp.* (19,19%) i *Fusarium spp.* (11,06%).

Pini i wsp. monitorowali zanieczyszczenie powietrza grzybami na oddziałach hematologicznych w ciągu dwóch lat. Próbkę powietrza pobierano z sal szpitalnych, w których przebywali pacjenci z neutropenią, korytarzy i na zewnątrz

budynku. Największe stężenie zarodników grzybów było na zewnątrz budynku, następnie na korytarzach, a najmniejsze w salach chorych. Najczęściej izolowano grzyby z rodzaju *Cladosporium* (57%).

Szkodliwość oddziaływania powietrza zewnętrznego i wewnętrznego, jak również stan ilościowy i jakościowy zanieczyszczeń przedostających się do wnętrza instalacji klimatyzacyjnych i wentylacyjnych oraz z powietrzem recyrkulacyjnym wpływa na występowanie pewnej grupy symptomów świadczących o rozwoju zespołu chorego budynku. Badania nad syndromem chorych budynków (Sick Buildings Syndrome – SBS) pozwoliły na określenie czynników, które mogą negatywnie wpływać na samopoczucie ludzi przebywających w pomieszczeniach. Oprócz takich, jak: parametry fizyczne powietrza (komfort cieplny), podwyższone stężenia zanieczyszczeń gazowych, cząstek stałych lub mikroorganizmów (jakość powietrza), do czynników zagrożenia można zaliczyć także elementy stresu wynikające ze sposobu organizacji pracy.

W literaturze podkreśla się, że szkodliwość oddziaływania zanieczyszczeń powietrza zależy od „stopnia emisji zanieczyszczeń do środowiska, toksyczności tych zanieczyszczeń, wielkości ekspozycji, niezmienności i trwałości substancji w środowisku, powstawania substancji wtórnych, biokumulacji” [1].

Krajewska-Kułąk i wsp., Nawrot i wsp. oraz Dzierżanowska i wsp. wskazują, że ryzyko rozwoju szpitalnego zakażenia grzybiczego wzrasta u pacjentów, którzy wykazują niedobory immunologiczne, mają stosowaną długotrwałe antybiotykoterapię, kortykosterydoterapię, stosowane żywienie pozajelitowe, są zaintubowani, mają wprowadzone cewniki do naczyń obwodowych i centralnych oraz poddawani są inwazyjnym procedurom leczniczym i diagnostycznym, podczas których dochodzi do przerwania ciągłości skóry i błon śluzowych.

Liczne badania i obserwacje kliniczne wykazały, że istotne znaczenie w etiopatogenezie zakażeń związanych z procedurą przeprowadzania zabiegów chirurgicznych odgrywają różne grupy czynników, do których należą: rodzaj interwencji chirurgicznej, czas trwania zabiegu, liczba osób przebywających na sali operacyjnej i ich stan zdrowotny, aktywność fizyczna personelu, skażenie mikrobiologiczne sprzętu i aparatury medycznej podczas trwania zabiegu lub jej kolonizacja, rodzaj i jakość stosowanych przez personel medyczny masek chirurgicznych, czepków, fartuchów, rękawiczek, samoskażenie spowodowane przez emisję zanieczyszczeń pochodzących ze skóry chorego, występowanie tzw. aerozolu bakteriologicznego. Tego zdania jest Przondo-Mordarska i wsp. [15] oraz Dzierżanowska i wsp. [16] uznając, że ryzyko wystąpienia przez które rozumie się prawdopodobieństwo, iż dana osoba poddana procedurze chirurgicznej ulegnie zakażeniu szpitalnemu zdecydowanie wzrasta w sytuacji narażenia na wymienione czynniki, szczególnie u pacjentów z obniżoną odpornością [15, 16].

Istotnym problemem współczesnej medycyny wydają się być infekcje nabyte w trakcie zabiegów operacyjnych. Uważa się, że po zabiegach czystych naturalna flora grzybicza skóry pacjentów oraz personelu medycznego stanowi przyczynę

ponad połowy tego typu zakażeń. Zarodniki grzybów zawartych w powietrzu mogą również być czynnikiem wywołującym zakażenia ran operacyjnych.

Zdaniem Szymańskiego i Łukaszewicza, Charkowskiej, Porowskiego i Szczechowiaka zanieczyszczenia powietrza w salach operacyjnych dzieli się na wytwarzane i emitowane wewnątrz pomieszczeń oraz pochodzenia zewnętrznego. Do najistotniejszych źródeł zanieczyszczeń wewnętrznych należą: personel medyczny, pacjenci, aparatura medyczna i wyposażenie sali. Wśród nich wyróżnia się: mikroorganizmy, cząstki stałe pochodzące z ciała ludzkiego lub emitowane z ubrania, gazy anestetyczne, dwutlenek węgla i wydzielane opary preparatów służących do dezynfekcji skóry pacjenta, powierzchni i sprzętu medycznego. Do źródeł zewnętrznych zalicza się natomiast: niedostatecznie oczyszczone powietrze wprowadzane w sposób zorganizowany przez instalację klimatyzacyjną (brak dezynfekcji systemu wentylacyjnego przy każdorazowej wymianie filtrów, nieprzestrzeganie terminu wymiany filtrów) i niezorganizowany z pomieszczeń sąsiadujących z salą operacyjną, a także zanieczyszczeń przenoszonych okresowo w trakcie dodatkowego wyposażenia sali operacyjnej w aparaturę medyczną i sprzęt niezbędny do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego.

W związku z tym istotne jest przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego obowiązującego na trakcie operacyjnym przez personel medyczny oraz właściwe zaprojektowanie rozdziału powietrza pomiędzy sąsiadującymi pomieszczeniami pomocniczymi a salą operacyjną, z uwzględnieniem układu ciśnień pomiędzy nimi. Procedury powyższe wpływają w sposób znaczący na ograniczenie zanieczyszczeń znajdujących się w powietrzu wewnętrznym oraz na zmniejszenie ilości zakażeń szpitalnych. Nowoczesne instalacje wentylacyjne i klimatyzacyjne mają za zadanie stworzenie właściwego mikroklimatu ciepłno-wilgotnościowego i zapewnienie odpowiedniej czystości powietrza przez asymilację oraz odprowadzenie zanieczyszczeń mikrobiologicznych, gazowych i pyłowych.

Wydaje się, że niezwykle istotną rolę w rozwoju grzybiczych zakażeń szpitalnych mają także następujące parametry powietrza wewnętrznego: temperatura, wilgotność względna, prędkość ruchu powietrza, a także sposób doprowadzenia powietrza nawiewnego do sali operacyjnej, skuteczność filtracji i stanu higienicznego instalacji wentylacyjnej. Nowoczesne sale operacyjne mają konwencjonalną wentylację tłoczącą, z powietrzem filtrowanym, gdzie usuwane są cząstki powyżej 5  $\mu\text{m}$ . W salach chirurgii ortopedycznej lub w salach przeznaczonych do przeszczepów powinno się stosować wentylację z przepływem laminarnym (warstwowym) z jednoczesnym zastosowaniem filtrów charakteryzujących się wysoką skutecznością, np. filtrów HEPA (High Efficiency Particulate Air Filter), które charakteryzują się zdolnością wychwytywania cząsteczki powyżej 0,3  $\mu\text{m}$ , co stanowi efektywną barierę przed zarodnikami grzybów.

Fox i wsp. stwierdzili, że w ostatnim 10-leciu zwiększyła się liczba zakażeń szpitalnych wywołanych grzybami filamnetacyjnymi u chorych z obniżoną odpornością organizmu. Większość zakażeń związanych było z *Aspergillus spp.*

zaś nieliczne z *Penicillium spp.* Przypadki zakażeń związane były z obecnością tych grzybów w pomieszczeniach szpitalnych pomimo stosowania wysoko wydajnego systemu filtracyjnego (HEPA). Dużą liczbę grzybów z rodzaju *Penicillium* stwierdzono w systemie grzewczym i wentylacyjnym sal operacyjnych szpitala.

Kaiser uważa, że ryzyko rozwoju mikroorganizmów w układzie wentylacyjnym nie może zostać zminimalizowane jedynie wymiana filtrów, ale powinno się stosować okresowe wietrzenie i osuszanie przewodów wentylacyjnych i elementów wyposażenia. Dettenkofer i wsp. sugerują, że wyłączanie wentylacji sal operacyjnych na czas, gdy nie są one używane, nie pociąga za sobą zbyt dużego wzrostu mikrobiologicznego zanieczyszczenia powietrza sal operacyjnych wkrótce po ponownym uruchomieniu systemu.

Pegues i wsp. w szpitalu we Francji, na dwóch oddziałach, na przestrzeni 4 lat dokonali analizy zanieczyszczenia powietrza grzybami w salach, korytarzach, dyżurkach pielęgniarskich oraz powierzchni sal chorych po transplantacjach szpiku w zależności od typu wentylacji. Część z tych sal wyposażonych było w filtry HEPA, a w innych stosowano wentylację z laminarnym przepływem powietrza. Uzyskane przez nich wyniki sugerują związek pomiędzy rejestrowanymi przypadkami oportunistycznej aspergilozy a stopniem zanieczyszczenia grzybami powietrza i pomieszczeń, w których nie używano filtrów HEPA. Inne obserwacje poczynili Cooper i wsp., którzy badali przez 16 tygodni zanieczyszczenie powietrza grzybami w 18 punktach budynku szpitalnego Box Hill Hospital. Oceniali częstość izolacji zarodników *Aspergillus* w powietrzu i ślinie pacjentów i nie stwierdzili zależności pomiędzy występowaniem grzyba *Aspergillus spp.* w powietrzu a liczbą czynnej aspergilozy u pacjentów.

Analiza porównawcza bloków operacyjnych (wyposażonych w filtry HEPA i z konwencjonalną wentylacją) dwóch szpitali w Krakowie prowadzona przez Gniadek i wsp. pod kątem zanieczyszczenia grzybami powietrza wykazała statystycznie mniejsze ich ilości w powietrzu pomieszczeń oddziału klimatyzowanego. Zarówno w powietrzu sal bloku operacyjnego bez klimatyzacji, jak i z klimatyzacją najczęściej izolowano grzyby pleśniowe rodzaju *Penicillium spp.*

Aktualne rekomendacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej z lipca 2005 wyraźnie wskazują na konieczność „zagwarantowania odpowiedniej krotności wymian powietrza na godzinę (15–30 zależnie od rodzaju przeprowadzanych na danej sali operacyjnej zabiegów) z zastosowaniem nadciśnienia” [85].

Krogulski i Podsiadły są przekonani, że w Polsce metody oceny zanieczyszczenia powietrza mikroorganizmami nie są standaryzowane. Wynika to np. ze stosowania różnych metod sedymentacji i różnych wymiarów płytek od średnicy 55 mm do 90 mm. Podobnego zdania są Prigione i wsp, którzy twierdzą, że tradycyjne metody oceny zanieczyszczenia powietrza grzybami są zbyt wolne

i nieprecyzyjne. Autorzy sugerują natomiast przydatność w badaniach cytometrii przepływowej, jako bardzo precyzyjnej i powtarzalnej,

Podsumowując należy podkreślić, że pomieszczenia służby zdrowia charakteryzują się z reguły znaczną koncentracją mikroflory patogennej, co w przypadku obniżenia odporności pacjentów i pracowników stwarza potencjalne źródło zakażeń wewnątrzszpitalnych. W związku z powyższym wskazane jest prowadzenie szczegółowych badań mikrobiologicznych obejmujących personel, chorych, ściany, podłogi, kratki łazienkowe, wyposażenie oddziałów (sprzęt, bielizna) oraz powietrze.

Najskuteczniejszą metodą zwalczania zakażeń szpitalnych jest stały wysiłek osób bezpośrednio zaangażowanych w procesy lecznicze, nakierowany na zapobieganie zakażeniom, usuwanie ich potencjalnych i aktualnych przyczyn oraz monitorowanie zjawisk wskazujących na występowanie czynników chorobotwórczych w otoczeniu pacjenta. Z tego powodu powołanie zespołu/ów ds. zakażeń, grupy osób spośród personelu medycznego oraz jego odpowiednie usytuowanie w strukturze szpitala jest elementem niezbędnym, choć zapewne nie wystarczającym.

## Piśmiennictwo

1. Charkowska A.: *Zanieczyszczenia w instalacjach klimatyzacyjnych i metody ich usuwania*. IPPU MIASTA, Gdańsk 2003, 6–18.
2. Gniadek A., Macura A. B.: *Rola grzybów w środowisku zamkniętym w powstawaniu zespołu chorego budynku*, *Mikrobiologia Medycyna*, 4, 2004, 8–15.
3. Krzysztofik B.: *Mikrobiologia powietrza*, Wydawnictwo Politechniki Warszawskiej, Warszawa, 1992, 19–20.
4. Górny R. L.: *Cząstki grzybów i bakterii jako składniki aerolu pomieszczeń: właściwości, mechanizmy emisji, detekcja*, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec, 2004, 1–12.
5. *Procedura PB-DK-1 Badanie czystości mikrobiologicznej powietrza. Oznaczanie ilościowe i jakościowe drobnoustrojów obecnych w powietrzu przestrzeni otwartej i w powietrzu pomieszczeń zamkniętych*, sporządzona w oparciu o polskie normy PN-89 Z-04111/01, PN-89 Z-04111/02, PN-89 Z-04111/03 oraz normy i zalecenia państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie mikrobiologicznych badań powietrza.
6. Gutarowska B.: *Przegląd metod oceny zanieczyszczenia mikrobiologicznego powietrza*, [w:] *Problemy jakości powietrza w Polsce 2001*, Wydawnictwo Instytutu Ogrzewnictwa i Wentylacji Politechniki Warszawskiej, Warszawa, 2002, 93–101.
7. Permoda A., Permoda Z.: *Sala operacyjna: wczoraj, dziś, jutro...* Blok Operacyjny, 2002, 2, 51–57.
8. Smyk B., Rytotycki R.: *Mikroorganizmy występujące w uprzemysłowionym budownictwie mieszkaniowym i ich wpływ na zdrowie człowieka*, [w:] *III Konferencja nt. Biozanieczyszczenia w budynkach a zdrowie*, Zeszyty Naukowe, nr 35, AWF, Kraków, 1983, 212–224.
9. Kaiser K.: *Wentylacja i klimatyzacja w obiektach służby zdrowia na podstawie nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia*. *Technika Chłodnicza i Klimatyzacyjna*, 2005, 9, 332–335.

10. Kruczkowski P.: *Wytyczne projektowania szpitali ogólnych. Instalacje sanitarne*, zeszyt 5, Wentylacja i Klimatyzacja Biuro Projektów Służby Zdrowia, 1984.
11. Przondo-Mordarska A. (red.): *Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 1999, 10–57.
12. Charkowska A.: *Nowoczesne systemy klimatyzacji w obiektach służby zdrowia*, IIPU MA-STA, Gdańsk, 62–68.
13. Porowski M., Szczechowiak E.: *Klimatyzacja pomieszczeń czystych*, TERMEDA, Poznań, 1999, 10–30.
14. Krajewska-Kulać E., Karczewski J. K.: *Grzybicze zakażenia szpitalne* [w:] Marcinkowski J. T.: *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 163–174.
15. Przondo-Mordarska A. (red.): *Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 1999, 10–57.
16. Dzierżanowska D., Jeliśiewicz J.: *Zakażenia szpitalne*. α-medica press Bielsko-Biała, 1999, 13–22.



Anna Laskowska<sup>1</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułałak<sup>2</sup>,  
Anna Macura<sup>3</sup>, Piotr Jakoniuk<sup>4</sup>, Elżbieta Oksiejczuk<sup>5</sup>

## Epidemiologia zakażeń szpitalnych

### Wprowadzenie

Epidemiologia, w ogólnym ujęciu, jest nauką zajmującą się badaniem czynników warunkujących częstość występowania i rozpowszechniania chorób w środowiskach ludzkich (*epi-* na, *demos-* lud, *logos-* nauka) [1, 2].

Epidemiologia mieści szereg różnych działów [1, 3]. Jednym z wymienianych jest epidemiologia zakażeń szpitalnych (*hospital epidemiology*), która obejmuje zagadnienia związane z badaniem, opisem i ustalaniem przyczyn pojawiania się chorób bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych, pojawiających się u chorych przebywających w szpitalu z innych przyczyn, a także ze sposobem zapobiegania tym zakażeniom. Opiera się na wiadomościach z zakresu epidemiologii ogólnej, chorób zakaźnych, mikrobiologii sanitarnej i organizacji leczenia chorych [1].

Epidemiologia szpitalna do celów praktycznych „posługuje się” miernikami zdrowia, tj. zachorowalnością, chorobowością oraz miernikiem ciężkości przebiegu choroby, jaki stanowi śmiertelność.

*Chorobowość* – wskazuje liczbę chorych osób w badanym okresie. Liczbowo wyraża się jako odniesienie wszystkich przypadków danej choroby do całości populacji narażonej na tą chorobę [1, 4].

*Zapadalność* – to liczba nowych przypadków choroby zaistniałych w analizowanym czasie. Wyraża się za pośrednictwem współczynnika zapadalności, a więc liczby nowych zachorowań do ogółu populacji narażonej na zachorowania [1, 4, 5].

*Śmiertelność* – to odsetek zgonów na ściśle określoną chorobę spośród ogólnej liczby chorych na tą chorobę. Miarą jej natężenia jest współczynnik śmiertelności [1, 3].

---

<sup>1</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej, Szpital Rejonowy, Końskie

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Mikologii Katedra Mikrobiologii CM UJ

<sup>4</sup> Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>5</sup> Zamiejscowy Wydział Zarządzania Środowiskiem w Hajnówce, Politechnika Białostocka

Rozważając epidemiologię zakażeń szpitalnych, na przypomnienie zasługują również cztery zasadnicze terminy, tj. endemia, epidemia, łańcuch epidemiologiczny i ognisko epidemiczne [4]. W literaturze nie ma jednej uniwersalnej definicji epidemii szpitalnej, a w praktyce z uwagi na niską ilość wykonywanych badań mikrobiologicznych jej diagnozowanie jest trudne i zazwyczaj opóźnione [6].

Powstanie ogniska epidemicznego w szpitalu stanowi jedno z najgroźniejszych zjawisk dotyczących ZSz, oznacza zwykle dużą liczbę zakażonych pacjentów i poważne problemy organizacyjne, finansowe i prawne [cyt. za 6].

Epidemia jest definiowana jako pojawienie się nadmiernej zapadalności na daną chorobę w zbiorowisku ludzkim na określonym terenie i w określonym czasie, w liczbie wyraźnie większej niż w poprzednich latach [3, 4]. Pojęcie epidemii jest względne i uzależnione od biologicznych właściwości drobnoustroju [1].

Ognisko epidemiczne w szpitalu oznacza wzrost powyżej oczekiwanej częstości występowania zakażeń lub nosicielstwa (kolonizacji), wywołanych przez określony drobnoustrój lub mechanizm genetyczny, np. lekooporności, zjadliwości wśród pacjentów lub personelu medycznego [cyt. za 6].

Wielu epidemiologów podziela zdanie, że już wysoko niepokojąca jest sytuacja wystąpienia dwóch ciężkich zakażeń wywołanych przez jednakowy drobnoustrój, bądź stwierdzenie jednego lub dwóch przypadków zakażenia nowym, dotychczas nie występującym patogenem o specyficznych mechanizmach lekooporności lub zjadliwości [cyt. za 6].

Niekontrolowana epidemia może prowadzić do sytuacji endemicznej, a więc stałego utrzymywania się danego drobnoustroju w szpitalu.

Endemia oznacza więc występowanie zachorowań na daną chorobę wśród ludności na danym terenie, w liczbie przypadków utrzymującej się nawet przez wiele lat na tym samym bądź podobnym poziomie [1, 4].

Kolejnym, niezwykle ważnym pojęciem jakim posługuje się epidemiologia zakażeń, jest tzw. łańcuch epidemiczny, który definiuje się jako cykl następujących po sobie zdarzeń i procesów, doprowadzających do wystąpienia zakażenia objawowego (źródło, droga (i), wrota) [1].

Dane CDC wskazują, że w latach osiemdziesiątych minionego stulecia, w USA około 5–10% ogólnej liczby przypadków ZSz dotyczyło ognisk epidemicznych, których średnia wielkość obejmowała około 6 pacjentów [cyt. za 7].

W Polsce zakładane są wyższe wskaźniki i szacuje się je w granicach nawet około 20% [cyt. za 6].

Termin „epidemiologia szpitalna” pojawił się w USA w roku 1940 [cyt. za 8], natomiast jako problem akademicki zaistniał w 1963 roku w USA na Uniwersytecie Stanford [cyt. za 9]. Powstanie szpitalnej epidemiologii wiązało się z potrzebą kontroli epidemii zakażeń zakładowych, spowodowanych przez gronkowca złocistego w latach 1950–1960. Obecne uwarunkowania wytyczyły tej dziedzinie nowe zadania, w postaci badania wpływu infekcji na jakość opieki zdrowotnej w szpitalu, jak również koszty terapii [10].

Analiza epidemiologiczna, oparta na wykrytych w ramach programu rejestracji przypadkach ZSz, pozwala na obliczanie wybranych wskaźników epidemiologicznych, stanowiących bazę do wprowadzania i modyfikacji programów kontroli zakażeń [10].

W Europie i na świecie przeprowadzono szereg badań ukierunkowanych na epidemiologię i klinikę ZSz, takich jak: badania chorobowości, czy badania zachorowalności [9, 11]. Pierwsze obszerne badania w tym zakresie miały miejsce w Wielkiej Brytanii i była to analiza dotycząca śmiertelności chorych po amputacjach przeprowadzona przez Simpsona w 1869 roku [cyt. za 8].

W niektórych krajach zachodnich próbowano określić ogólną zapadalność na ZSz, w odniesieniu do całej populacji chorych leczonych w szpitalach, w oparciu o systematyczny ich nadzór i kontrolę w wybranych szpitalach.

Przykładowo, w Stanach Zjednoczonych oceniono, że zapadalność na ZSz oscyluje w granicach od 1,7 do 11,4%, w zależności od profilu szpitala [cyt. za 12], a w niektórych oddziałach zabiegowych osiąga górną granicę 20% [cyt. za 13]. Badania szwedzkie z 1978 roku określiły ogólny wskaźnik ZSz na poziomie 10,5% [cyt. za 12].

W Wielkiej Brytanii, w latach dziewięćdziesiątych zapadalność oceniano na 5%, natomiast wcześniej, w latach osiemdziesiątych na 9,2%, a we Francji na około 6,5% [cyt. za 13]. Europejskie analizy z lat 1990–1991 wskazują, iż bezpośrednio w wyniku infekcji szpitalnych zmarło 3% pacjentów, natomiast jako pośredniej przyczyny zgonu 8,3% chorych [cyt. za 13].

W USA na przestrzeni lat 1975–1995 obserwowano tendencję wzrostową zakażeń o 36%. Infekcjom szpitalnym ulegało 5–15% „stacjonarnych” pacjentów, natomiast na OIOM odsetek sięgał 25–50% [cyt. za 14]. Zgodnie ze stanowiskiem *Institute of Medicine* w Waszyngtonie, infekcje szpitalne stanowią przyczynę zgonów zawierającą się w przedziale 44.000 do 98.000 zgonów w skali roku [cyt. za 14]. W wyniku projektu SENIC (1974 rok) obliczono zachorowalność w skali kraju na 5,7% [15].

Odmierna sytuacja przez długi okres charakteryzowała nasz kraj. „Obecne dane na temat zakażeń w polskich szpitalach są oparte raczej na wrażeniach niż na dokładnych informacjach” [cyt. za 12]. Cytowane słowa zostały wypowiedziane na pierwszej konferencji poświęconej omawianej problematyce, w 1981 roku i pozostawały aktualne jeszcze przez kolejnych kilkanaście lat. Oficjalne dane były wciąż wielce niewiarygodne i jednoznacznie wskazywały na brak rzetelnej rejestracji zjawiska, gdyż ich wskaźnik procentowy określono na średnim poziomie, zaledwie 0,02% (w zależności od oddziałów: 0,0% do 2,1%) [16].

W latach 90. minionego stulecia odsetek zgłoszonych przypadków ZSz wynosił 1%, aż w 30 województwach nie zgłoszono żadnej infekcji zakładowej [10, 13, 17].

„Pionierską” próbę przybliżenia skali zjawiska podjęli członkowie PTZSZ. Wyniki pierwszego ogólnopolskiego programu rejestracji ZSz (przedstawione

w 1998 roku), opartego o bierną metodę ich rejestracji, wskazały znacznie niższy wskaźnik występowania ZSz aniżeli w innych krajach, co podyktowane było między innymi bierną, obciążoną wysokim, bo 70% ryzykiem błędu, metodą ich rejestracji. Średnia wartość częstości występowania ZSz wyniosła 1,84%, przy czym najczęstszą wartością przypadała w OIOM – 19,72% [18]. Z kolei współczynnik śmiertelności określono na wysokości 6,9% i także, jak podają autorzy, najwyższy był w OIOM [8].

W związku z nawiązaniem niniejszej pracy do problematyki powiązanej z czynnikami ryzyka zakażeń szpitalnych, należy przypomnieć, iż określa się je w badaniach epidemiologicznych, które umożliwiają indywidualne przypisanie stopnia narażenia i indywidualną ocenę stanu zdrowia/choroby. Należą do nich badania kohortowe i kliniczno-kontrolne.

W badaniach kohortowych dobierane są grupy narażonych i nienarażonych, następnie po okresie obserwacji sprawdzana jest w obu grupach liczba osób, które zachorowały. Badania kohortowe (prospektywne) wymagają długofalowej obserwacji zjawiska (w tym wypadku ZSz) u pojedynczych osób, są wiarygodne, ale kosztowne [1].

Badania kliniczno-kontrolne polegają na porównawczym badaniu przypadków. Dobiera się grupę osób z obserwowaną cechą oraz grupę kontrolną, a następnie sprawdza liczbę narażonych w każdej z nich [1]. Badania populacyjne nie pozwalają na określenie czynników ryzyka.

Jednym z najistotniejszych parametrów szpitalnej epidemiologii, wskazującym na rzeczywisty stan oddziału i ryzyko wystąpienia infekcji, jest tzw. gęstość zachorowań – współczynnik zachorowalności związany z zastosowaniem procedur wysokiego ryzyka. Określa on rzeczywiste prawdopodobieństwo wystąpienia zachorowań w populacji pacjentów oddziału, w przeliczeniu na sumaryczny okres ich narażenia w związku z zastosowaniem procedury wysokiego ryzyka wyrażonej w dniach [19].

## Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych

*Nie ma terapii, która wyjąławia –  
jest tylko taka, która selekcjonuje szczepy*

Bulanda M.

Kategoria „mikroorganizm”, „drobnoustrój” obejmuje takie odmienne typy organizmów żywych, jak grzyby, glony, porosty, pierwotniaki, wirusy, bakterie [20].

Patogenem natomiast określamy każdy drobnoustrój, który zdolny jest wniknąć do ustroju i wywołać w nim w sprzyjających warunkach chorobę [3, 21]. Złożone środowisko szpitalne stanowi specyficzny ekosystem, idealny dla rozprze-

strzeniania się zakażeń o zróżnicowanej „mikrobiologicznie” etiologii i pełnym „spektrum” zjadliwości drobnoustrojów [3]. Sprzyja temu zjawisku konsolidacja pacjentów o obniżonej odporności [23], farmakoterapia w kierunku szerokowahlarzowej antybiotykoterapii [7], stosowanie agresywnych metod diagnostyczno-leczniczych [23, 24], przy osobniczych skłonnościach ze strony gospodarza.

W związku z powyższym, każdy szpital i jego oddział posiada zróżnicowany, swój własny, „zestaw drobnoustrojów”, stanowiących najczęstsze i najmniej bezpieczne czynniki etiologiczne zakażeń. Wszystkie grupy drobnoustrojów można tu wymienić jako istotne. Ich profil i udział w infekcjach szpitalnych zmienia się na przestrzeni lat, jest zróżnicowany i podyktowany charakterem szpitala, oddziału, ilością i rodzajem stosowanych antybiotyków, grupą szczególnego ryzyka, postacią kliniczną zakażenia.

Szczepy szpitalne, o wysokiej oporności, wyselekcjonowane wskutek stałej presji antybiotyków i chemioterapeutyków, najbardziej niebezpieczne i najtrudniej poddające się leczeniu, noszą nazwę „alert-patogenów” (patogeny alarmowe) [3].

Ponadto, pojawił się szereg dotychczas nieznanych chorób infekcyjnych, bądź znanych zespołów chorobowych, ale powodowanych przez grupy nowych czynników etiologicznych [10]. Można więc wyodrębnić grupy „starych” i „nowych” czynników indukujących ZSz [3, 5].

W zakażeniach zakładowych, obok infekcji pojedynczymi drobnoustrojami, często spotykane są również „zakażenia mieszane”, rozumiane jako równoczesne występowanie kilku czynników etiologicznych (infekcje wirusowe, bakteryjne i grzybicze mogą się na siebie nakładać lub następować kolejno po sobie). Jednak w etiologii omawianych infekcji, w dalszym ciągu wiedzy zdecydowany prym flora bakteryjna [25]. Chociaż różni się ona w poszczególnych krajach oraz ulega stałej transformacji w czasie, to właśnie z nią podczas codziennej praktyki spotyka się personel.

Zakażenia o etiologii bakteryjnej stanowią złożony problem, zarówno z uwagi na ich liczebną przewagę, jak i różnorodność szczepów oraz zmieniające się mechanizmy lekooporności. Szczepy szpitalne charakteryzuje oporność na antybiotyki, środki dezynfekujące i zdolność szybkiej adaptacji do przetrwania w środowisku.

Jak już wspomniano, potencjał patogenny mikroorganizmów zależy zarówno od właściwości ich samych, jak i stanu zdrowia gospodarza. W określaniu związków pomiędzy gospodarzem a patogenem, istotne jest różnicowanie „zaraźliwości” (*transmissibility, comunicability*) i „zakaźności” [5, 26].

Kolejnym ważnym pojęciem, w kontekście ZSz, jest zjadliwość drobnoustrojów (wirulencja), określana jako ich własna, względna zdolność do wniknięcia, namnożenia się i uszkodzenia organizmu gospodarza. Może być cechą zróżnicowaną w zależności od szczepów bakterii [5, 26]. Czynniki, które składają się na patogenne oddziaływanie drobnoustrojów, to czynniki zjadliwości (wi-

rulencji) [5, 26]. Produkty bezsprzecznie agresywne tj. toksyny, jak również te produkty i strategie, które pomagają patogenom zaadaptować się w warunkach organizmu gospodarza i uniknąć jego mechanizmów obronnych. Należą do nich adhezyny, otoczki, endo- i egzotoksyny, w niektórych sytuacjach egzoenzymy, zmienność antygenowa [5, 26].

Jeden z podziałów bakterii, które wywołują zakażenia wyróżnia ich cztery grupy w zależności od ich możliwości przetrwania:

- *ziarenkowce Gram (+)*: zdolne do przetrwania w suchym środowisku szpitala (kurzu), lecz nie namnażają się w nim. Głównym przedstawicielem jest gronkowiec koagulazo (+) (gatunek – *Staphylococcus aureus*) i gronkowiec koagulazo (–) (szereg gatunków, z najliczniej reprezentowanym *Staphylococcus epidermidis*). *S. aureus* jest obecny na skórze u około 30% zdrowych osób. Główne źródło tych bakterii w szpitalu to skolonizowany personel i pacjenci (np. z rozległymi oparzeniami i ZMO). Zakażenie jest najczęściej przenoszone przez kontakt bezpośredni (np. ręce) i drogą powietrzną (np. aerozol).

- *pałeczki Gram (–)*: stanowią po gronkowcach drugą ważną grupę „rozgałęziającą” się na pałeczki Gram (–) fermentujące z rodziny *Enterobacteriaceae* i niefermentujące z rodzaju *Pseudomonas* i *Acinetobacter*. Omawiana grupa obejmuje takie pałeczki G (–) jak *E. coli*, *Salmonella sp.*, *Proteus sp.* i oddechowe biotypy *Klebsiella sp.* Źródło zakażenia stanowią miejsca zanieczyszczone ludzkimi wydalinami, głównie wilgotne; pozostałe biotypy: *Klebsiella*, *Enterobacter sp.*, *Serratia sp.* i *Pseudomonas aeruginosa*. Są to bakterie wolno żyjące w środowisku naturalnym i nie będące składnikiem flory bakteryjnej człowieka. Mogą namnażać się w płynach ubogich w składniki odżywcze (np. dezynfekcyjnych) i wilgotnym środowisku szpitala. Łatwo kolonizują chorych i nabywają oporność na antybiotyki;

- *beztlenowe laseczki zarodnikujące*: powszechne w kurzu, glebie, wodzie i bytujące w przewodzie pokarmowym człowieka. W etiologii ZSz szczególną rolę odgrywają laseczki z rodzaju *Clostridium* (mieszane zakażenia miejsca operowanego) i zazwyczaj są to zakażenia o charakterze endogennym, choć nie wyklucza się możliwości ich wprowadzenia ze środowiska pozaszpitalnego [27].

Odnosząc się do patologii klinicznej różnicujemy drobnoustroje na: chorobotwórcze, względnie chorobotwórcze i tzw. oportunistyczne [27].

W obecnej dobie zatarł się jednak podział na bakterie chorobotwórcze i niechorobotwórcze, gdyż wszystkie mogą być powodem zakażeń szpitalnych. Na przestrzeni lat uległa istotnej transformacji koncepcja patogenności mikroorganizmów. Zakażenia zakładowe indukują obecnie takie, które w klasycznym ujęciu chorób zakaźnych nie są zaraźliwe.

Także drobnoustroje komensalne, symbionty, a nawet saprofity, drobnoustroje o znikomej wirulencji, pozostające w równowadze z immunokompetentnym organizmem, mogą z chwilą zaistnienia sprzyjających czynników wywołać zaburzenia czynnościowe lub strukturalne. Takie patogeny nazywamy

oportunistycznymi, a chorobę nimi wywołaną – zakażeniem oportunistycznym. Drobnoustroje oportunistyczne zwykle zakażają chorych z upośledzoną odpornością [5, 28].

Heczko i współpracownicy zwracają uwagę na nowe czynniki etiologiczne odpowiedzialne za ZSz. Wymieniają wśród nich wirusy zapalenia wątroby (np. HCV), wirusy Herpes, parwowirusy, nowe szczepy *E. coli*, *Cryptosporidium parvum*, *Legionella pneumophila*, czy czynnik etiologiczny choroby Creuzfeldta-Jakoba [10].

Zatrzymując się przy florze bakteryjnej w aspekcie zakażeń szpitalnych, nie należy zapominać o paciorkowcach, wśród których najistotniejsze są enterokoki, rzadziej streptokoki (*Streptococcus pyogenes*, *S. agalactiae*, *S. pneumoniae*) [29].

Częstym patogenem zakażeń człowieka jest *Enterococcus faecalis* i *E. faecium*. Źródło infekcji stanowi flora endogenna chorego (przewodu pokarmowego, nosogardzieli) lub ręce personelu. Preferencyjnie kolonizuje rany, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, jak również „przeżywa” na powierzchni wielu sprzętów z otoczenia chorego [29].

Paciorkowce hemolityczne grupy A (*Streptococcus pyogenes*) były powodem śmiertelnych inwazyjnych zakażeń ran operacyjnych przed wprowadzeniem do terapii penicyliny i obecnie nie stanowią problemu z uwagi na swą „penicylinowrażliwość” i niski odsetek zakażeń [29].

Wzrosła natomiast rola szczepów Gram (–), jako istotnych patogenów infekcji zakładowych, co szczególnie wyeksponowane jest w OIOM, gdzie stanowią one połowę wszystkich izolatów [30, 31].

Według Polz, obecnie ich udział w zakażeniach szpitalnych wynosi 57% i kształtuje się następująco: *E. coli* – 20%, *Klebsiella sp.* – 14%, *Pseudomonas* – 10%, *Proteus* – 7%, *Acinetobacter* – 3%, *Serratia marcescens* – 2%, *Salmonella* – 1% [cyt. za 1].

Gronkowcom natomiast przypisuje się udział w 16% (11% stanowi *S. aureus*, pozostałe 5% *S. epidermidis*), paciorkowcom w 12% ZSz [1]. Na przestrzeni ostatnich lat wzrosła liczba zakażeń spowodowanych przez gronkowce koagulazo (–) [32].

Chociaż bakterie te są „słabymi” patogenami, to często pojawiają się w materiale klinicznym i stanowią przyczynę licznych infekcji [33].

Wśród wciąż częstych bakteryjnych czynników sprawczych zakażeń zakładowych o etiologii gronkowcowej, na uwagę zasługuje niewątpliwie *S. aureus*, głównie MRSA [17].

Obok wspomnianych patogenów o „ugruntowanej” pozycji w infekcjach nosokomialnych, takich jak gronkowce koagulazo (+) i koagulazo (–), czy szczepów *Enterococcus faecalis*, *E. coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Pseudomonas aeruginosa* występują również *Enterobacter sp.*, *Serratia marcescens* i *Clostridium difficile* [cyt. za 17].

Pojawiają się także nowe szczepy, takie jak: *Acinetobacter sp.*, *Xantomonas maltophilii*, *Enterococcus faecalis* i *E. faecium* [cyt. za 17].

Szczególne miejsce, z uwagi na liczbę izolacji, skromne wymagania odżywcze, znaczne możliwości przystosowawcze warunkujące przetrwanie w środowisku szpitalnym oraz narastanie antybiotykooporności, przypada pałeczkom Gram (-) niefermentującym i najbardziej rozpowszechnionemu drobnoustrojowi z tej grupy – *P. aeruginosa*. Bakterie te sytuują się na drugiej pozycji wśród najczęstszych przyczyn zgonów, po *S. aureus* i kolejno przed *Acinetobacter spp.* i *E. coli* [13].

Obok flory tlenowej w infekcjach zakładowych zaznacza się udział warunkowo patogennych drobnoustrojów, stanowiących naturalną biocenozę błon śluzowych żywego organizmu. Są to bakterie beztlenowe. Ich izolacja z materiałów klinicznych, choć nie jest łatwa, nie należy do rzadkości. Mogą być one jedynym czynnikiem sprawczym infekcji, bądź współistnieć z florą tlenową. Wzrost odsetka omawianej grupy mikroorganizmów stanowi niebagatelny problem, ponieważ zakażenia „bztlenowcami” są groźne zarówno z uwagi na wzrost antybiotykooporności, jak i trudności związane z oceną bakteriologiczną [34].

Najczęściej izolowane we wszystkich rodzajach infekcji to: *Bacteroides fragilis*; *Peptostreptococcus*; *Peptococcus*; *Fusobacterium*; *Clostridium difficile*; *C. perfringens*; *C. sporogenes*; *C. septicum*; *Veillonella sp.* i inne [cyt. za 34].

Największym ryzykiem obciążone są operacje w obrębie jelita grubego (40–60% izolatów) [cyt. za 34].

Kolejną, choć znacznie mniej liczną, co wcale nie oznacza, że mniej niebezpieczną grupą szpitalnych patogenów są wirusy. Zakażenia o wirusowej etiologii charakteryzuje wysoki stopień zakaźności, w związku z tym bardzo łatwo dochodzi do nich w populacji osób hospitalizowanych [cyt. za 35]. Wirusowe ZSs, podobnie jak bakteryjne, mogą być egzogenne, które częściej występują w postaci epidemii oddziaływanych, rzadziej u pojedynczych pacjentów oraz endogenne następujące wskutek reaktywacji latentnego zakażenia lub nosicielstwa i dotyczą osób z obniżoną odpornością [35].

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, iż szereg ZSs wywoływanych jest przez wirusy latentne, tzn. posiadające zdolność do przeżywania w organizmie i reaktywacji w stanach zachwianej jego odporności [cyt. za 35].

Najczęściej wywołują infekcje związane ze stanami zapalnymi górnych dróg oddechowych (wirusy ECHO, Coxackie, Herpes zoster, adenowirusy, grypy i paragrypy oraz odpowiedzialne za zakażenia przewodu pokarmowego (rotawirusy), jak również za infekcje krwiopochodne (WZW B, C, D, HIV, *Cytomegalovirus*). Jedną spośród przyczyn ostrego zapalenia żołądkowo-jelitowego, obok wirusów Norwalk i adenowirusów, stanowią rotawirusy. Są one istotnym czynnikiem zakażeń w oddziałach o profilu pediatrycznym [29, 36].

Zakażenia dróg oddechowych w obrębie szpitala przenoszone są drogą kropelkową. Obok tak powszechnych jak wirusy paragrypy (*Paramyxoviridae*), występuje wysoce zakaźny wirus oddechowy *Respiratory syncytial virus* (RSV) [3, 36].



Ten ostatni, o wysokim stopniu zakaźności, stanowi poważny problem, wykazując szczególne powinowactwo do układu oddechowego. Jest czynnikiem sprawczym 75% zapaleń oskrzeli u niemowląt i 22% zapaleń płuc [cyt. za 35]. Śmiertelność wśród hospitalizowanych dzieci spowodowana infekcją o etiologii RSV oscyluje w przedziale 0,5–2,5 i jest zdecydowanie wyższa u dzieci obciążonych wadą serca (sięga wówczas aż 37%) [cyt. za 35].

Wirusy przenoszone drogą krwi, czy naruszenia ciągłości skóry i błon śluzowych stanowią niezwykle częstą grupę zakażeń szpitalnych. Pozostałe szerzą się za pośrednictwem kontaktu z innym osobnikiem, tzn. osobą chorą lub nosicielem [35].

W Polsce rocznie odnotowuje się powyżej 13 000 WZW typu „B”, z czego ponad 60% to infekcje nabyte w trakcie hospitalizacji [cyt. za 35]. Zakażeń zawodowych rejestruje się ponad 1 200 w skali roku [cyt. za 35].

Wirusy stanowią również poważne zagrożenie w transplantologii. Najwcześniej po przeszczepach narządów, bo ok. 17 dni po zabiegu, ujawniają się zakażenia *Herpes simplex* (HSV). Nie należą one do rzadkości u osób będących w stanie immunosupresji. Obok zakażeń skóry i błon śluzowych wirus ten może powodować infekcje narządowe, co obserwuje się szczególnie często po transplantacjach nerek [35].

Kolejnym wirusem zagrażającym chorym po przeszczepach narządowych, łącznie z zejściem śmiertelnym, jest *Herpes varicella zoster* (HVZ) [35].

U osób będących w głębokiej depresji immunologicznej może nastąpić także reaktywacja wirusa *Epsteina-Barr* (EBV) [35].

Warto zwrócić uwagę, iż mechanizmy rozwoju schorzeń związanych z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr w większości wiążą się z zaburzeniami immunoregulacji ustroju. Opisano przypadki, kiedy zakażenie EBV współistniejąc z chorobą nowotworową maskowało jej przebieg, sprawiając poważne trudności diagnostyczne, a tym samym terapeutyczne [35].

Z kolei zakażenia wirusem cytomegalii (CMV) z rodziny *Herpesviridae*, są bardzo rozpowszechnione, lecz aż 99% z nich przebiega bez obecności swoistych objawów klinicznych [cyt. za 29]. Ciężkie zakażenia tym wirusem wiążą się z transfuzjami krwi u noworodków i niemowląt. W tej grupie pacjentów u połowy przebieg kliniczny jest bardzo poważny lub kończy się zejściem śmiertelnym [cyt. za 35].

W oddziałach, najczęściej dziecięcych, możliwe są zakażenia wirusami przenoszonymi drogą oralno-fekalną: *Hepatitis* typu A i rotawirusami (HRV). Infekcje tymi ostatnimi obserwowane są najczęściej u małych dzieci do 2 roku życia, dotyczą przewodu pokarmowego i dominują w chłodnych porach roku [35].

Infekcje wirusowe są istotnym czynnikiem zwiększającym śmiertelność chorych onkologicznych. W tej grupie pacjentów przebieg infekcji (HSV, VZV, CMV, WZW, HSV, wirus grypy A, B, C i inne) o tej etiologii jest zazwyczaj cięższy, dłuższy i obciążony całą gamą poważnych powikłań narządowych: hematolo-

gicznych, neurologicznych, oddechowych, skórnych (penetrujące owrzodzenia, martwica) [37].

Prospektywna analiza kliniczna i wirusologiczna aktywnych zakażeń wirusami teratogennymi u rodzących kobiet i ich noworodków, wykonana w jednym z warszawskich szpitali w latach osiemdziesiątych minionego stulecia, wykazała wysoką częstość aktywnych infekcji CMV i w niewielkim odsetku HSV. W związku z powyższym zwrócono uwagę na możliwość występowania infekcji szpitalnych tymi wirusami w oddziałach położniczych i noworodkowych [38].

Kolejny „nowy” wirus w zakażeniach szpitalnych to HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pierwsze zakażenie wirusem HIV stwierdzono w Polsce w 1985 roku, pierwszy zgon z powodu AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrom*) rok później. Do połowy 1997 roku zarejestrowano 4744 zakażenia i 325 zgonów [cyt. za 29].

Kilkaset przypadków ZSz wirusem HIV było wynikiem przeniesienia zakażenia z pacjenta na pacjenta, za pośrednictwem niesterylnego sprzętu medycznego [cyt. za 29].

Na infekcję narażeni są także pracownicy medyczni, zwłaszcza mający stały kontakt z krwią. Infekcja może być też wynikiem kontaktu błon śluzowych z zakaźnym materiałem. W Polsce odnotowano 12 przypadków zakażeń wskutek transfuzji krwi, a w USA w latach 1978–1985 ponad 12 000 [cyt. za 29]. Szpitalne zakażenia wirusem, o którym mowa, dotyczą 22,3% dzieci płci męskiej i 20,6% dzieci płci żeńskiej [cyt. za 35].

W infekcjach szpitalnych na uwagę zasługują również grzyby. Najczęstsze czynniki infekcji nozokomialnych o tej etiologii należą do rodzajów *Candida sp.*, *Geotrichum candidum*, *Cryptococcus neoformans*, *Rhodotorula rubra*, *Aspergillus sp.*, *Fusarium sp.*, *Trichosporon sp.*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Scedosporium apiospermum*, *Rhizopus sp.*, *Absidia corymbifera*, *Mucor sp.*, *Rhizomucor pusillus* [5].

Niewątpliwym problemem klinicznym w ZSz stanowią obecnie grzyby oportunistyczne, do których należy dominujący *C. albicans*. Ten najbardziej zjadliwy spośród około dwustu poznanych gatunków *Candida*, niejednokrotnie jest sprawcą inwazyjnych infekcji mikotycznych [39]. Rybicki mówi o jego 85–90% udziale we wszystkich zakażeniach tego typu [34].

Potwierdzeniem powyższego stanowiska są publikowane badania. Bielnik biały był najczęstszą przyczyną grzybicy systemowej – 84%, w grupie krytycznie chorych noworodków w Klinice Neonatologii w latach 1996–2003 [39].

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się alarmujący wzrost zakażeń o etiologii grzybiczej. Według NNIS, w przedziale czasowym, obejmującym lata 1980–1990 ilość takich infekcji wzrosła z 6% do ponad 10% [cyt. za 40].

Również dane z pojedynczych ośrodków potwierdzają skalę zjawiska. Retrospektywna analiza przypadków potwierdzonych diagnostycznie uogólnionych infekcji grzybiczych, wśród chorych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ujawniła ogólną tendencję systematycznej eskalacji ich występowania [39].

## Piśmiennictwo

1. Jabłoński L. (red.): *Epidemiologia*, Wydawnictwo FOLIUM, Lublin.
2. Anusz Z.: *Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych*, PZWL, Warszawa, 1986.
3. Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.): *Postawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2006.
4. Anusz Z.: *Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych*, PZWL, Warszawa, 1986.
5. Zaremba L. M., Borowski J.: *Mikrobiologia lekarska*, PZWL, Warszawa, 2001, 13–27, 659–705.
6. Grzesiowski P.: *Praktyczne zasady postępowania w przypadku podejrzenia epidemii szpitalnej wywołanej przez wielooporne szczepy bakteryjne*, Menedżer Zdrowia, 2003, 2, 52–57.
7. Stefaniuk E., Grzesiowski P., Hryniewicz W.: *Zakażenia szpitalne końca XX wieku – najważniejsze czynniki etiologiczne i ich nowe mechanizmy oporności na antybiotyki*, Nowa Klinika, 1999, 6, 513–516.
8. Wójkowska-Mach J., Róžańska A., Kuthan R., Bulanda M., Heczko P.: *Śmiertelność związana z zakażeniami szpitalnymi. Analiza oparta na danych uzyskanych w ramach ogólnopolskiego programu kontroli zakażeń szpitalnych w 1998 roku*, Przegl. Epidemiol., 2000, 4, 281–290.
9. Wójkowska-Mach J., Róžańska A., Heczko P. B.: *Programy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi*, Zdrowie i Zarządzanie, 2003, 5, 67–72.
10. Heczko P. B., Bulanda M., Wójkowska-Mach J.: *Epidemiologia zakażeń szpitalnych*, [w:] Bulanda M. (red.), *Zakażenia szpitalne w Polsce*, Zbiór publikacji związanych z ogólnopolskim programem nadzoru nad zakażeniami Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych wydanych w latach 1999–2003, PTZSz, Kraków, 2003, 103–108.
11. Emmerson A. M.: *The impact of surveis on hospital infection*, J. Hosp. Infect., 1995, 30, (suppl.), 421–440.
12. Mészáros J., Jeljaszewicz J.: *Zakażenia szpitalne: zasady postępowania i kontroli*, [w:] Jeljaszewicz J., Mészáros J., Szostka M. (red.), *Zakażenia szpitalne i metody ich zwalczania*, Materiały konferencji zorganizowanej w dniu 21.05.1981 roku w Pałacu Staszica w Warszawie, PZWL, Warszawa, 1982, 32–41.
13. Juszczyk J.: *Zakażenia szpitalne w Polsce (zarys historii)*, Klin. Chor. Zak. Zak. Szpit., 2000, 4, 61–65.
14. Panknin H.-T.: *Kontrola zakażeń w szpitalach Europy – perspektywy i koncepcje poprawy jakości*, Cz. I: *Kliniczne znaczenie infekcji pochodzenia szpitalnego*, Aseptyka, Higiena Szpitalna w Polsce, 2004, 1, 11–14.
15. Haley R. W., Culver D. H., White J. W. et al.: *The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals*, Am. J. Epidem., 1985, Vol. 121, No. 2, 182–205.
16. Juszczyk J.: *Zakażenia szpitalne*, [w:] Fibak J. (red.), *Chirurgia*, Warszawa, PZWL, 1996.
17. Bulanda M., Wójkowska-Mach J.: *Zakażenia szpitalne, Próba oceny sytuacji zakażeń szpitalnych w Polsce*, [w:] Bulanda M. (red.), *Zakażenia szpitalne w Polsce*, Zbiór publikacji związanych z ogólnopolskim programem nadzoru nad zakażeniami PTZSZ wydanych w latach 1999–2003, Kraków, 2003, PTZSZ, 91–97.

18. Wójkowska-Mach J., Jeljaszewicz J., Bulanda M. i wsp.: *Ocena częstości występowania zakażeń szpitalnych w polskich szpitalach w 1998 roku na podstawie wyników Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych*, Przegl. Epidemiol., 2000, 54 (supl. 1), 37–44.
19. Szczapa J., Wojsyk-Banaszak I.: *Wybrane problemy zakażeń okresu noworodkowego. Epidemiologia zakażeń szpitalnych*, Wydawnictwo Krakowska Oficyna Naukowa TEKST, PTZSz, Kraków, 2005.
20. Kunicki-Goldfinger W. J. H.: *Życie bakterii*, PWN, Warszawa, 2001.
21. Bannister B. A., Begg N. T., Gillespie S. H.: *Choroby zakaźne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1998.
22. Połowniak-Pracka H.: *Zakażenia na oddziałach onkologicznych i chirurgii onkologicznej*, Zakażenia, 2003, 3, 100–103.
23. Grzegorzewska A.: *Zakażenia związane z dializoterapią*, Zakażenia, 2005, T. 5, Nr 1, 76–78.
24. Otto M., Zieliński A., Tołłoczko T.: *Problem zakażeń w chirurgii naczyniowej*, Terapia, 1997, 5, 20–22.
25. Piegoń G., Rzewuska I., Pękacki J., Dec Z.: *Wybrane zagadnienia z tematyki zakażeń szpitalnych*, Materiały szkoleniowe dla pielęgniarek, Wydawnictwo AUXILIUM, Warszawa, 1997.
26. Dziubek Z. (red.): *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, PZWL, Warszawa, 2000.
27. Jeljaszewicz J.: *\*Zakażenia szpitalne*, [w:] Śliwiński M., Rudowski W. (red), *Chirurgia kliniczna i operacyjna*, T. I, PZWL, Warszawa, 1981.
28. Zaremba M. L.: *Istota zakażenia drobnoustrojami oportunistycznymi*, Przegl. Epidemiol., 2001, 55, (supl. 3), 91–99.
29. Dzierżanowska D., Jeliaszewicz J. (red.): *Zakażenia szpitalne*, Wydawnictwo a-medica press, Bielsko-Biała, 1999.
30. Przesmycki K., Powoła-Niedźwiecki K., Biernacka J. i wsp.: *Retrospektywna ocena częstości występowania różnych patogenów bakteryjnych u chorych leczonych w oddziale intensywnej terapii w okresie 4 lat*, Anestezjol. Intens. Ter., 1996, 28, 73–78.
31. Brodzińska K., Migdał E., Sarnowska-Wroczyńska I., Zawadzka D.: *Zakażenia bakteryjne w oddziale intensywnej opieki pediatrycznej*, Anestezjol. Intens. Ter., 1996, T28, 175–177.
32. Kielar M.: *Zmienność składu patogennej flory bakteryjnej będącej czynnikiem etiologicznym zakażeń pooperacyjnych*, Pol. Merk. Lek., 1998, 5, 138–141.
33. Różalska B., Burów A., Pachelska M., Rudnicka W.: *Udział gronkowców koagulazo-ujemnych (CNS) w zakażeniach*, Post. Mikrobiol. 1995, 34, 53–467.
34. Rybicki Z.: *Zakażenia szpitalne*, [w:] Jastrzębski J. (red.), *Wstrząs septyczny. Niewydolność narządowa*, Wydawnictwo a-medica-press, Bielsko-Biała, 1996, 174–239.
35. Zagórniak-Nowosielska I.: *Zakażenia wirusowe u chorych hospitalizowanych*, Mikrob. Medyc., 1996, 1, 3–6.
36. Virella G.: *Mikrobiologia i choroby zakaźne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2000.
37. Pawelec K., Matysiak M.: *\*Zakażenia wirusowe u dzieci z chorobami nowotworowymi*, Przegl. Lek., 2003, 60, (supl. 5), 58–63.

38. Imbs D., Romanowski K.: *Aktywne zakażenia wirusami teratogennymi u rodzących kobiet i ich noworodków*, [w:] Kryczka W. (red.), *Materiały Naukowe X Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*, Kielce, 1985, 321–324.
39. Kędzierska J., Pietrzyk A., Kędzierska A. i wsp.: *Analiza epidemiologiczna uogólnionych zakażeń grzybiczych u chorych w oddziałach Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie*, *Zakażenia*, 2005, 5, 47–53.
40. Verduyn Lunel F. M., Meis J., Voss A.: *Nosocomial fungal infections: candidemia*, *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.*, 1999, 34, 213–220.

Anna Laskowska<sup>1</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułąk<sup>2</sup>,  
Anna B. Macura<sup>3</sup>, Piotr Jakoniuk<sup>4</sup>

## Zakażenia w grupie zawodowej pracowników ochrony zdrowia

*Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych  
warunków pracy*

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Zakażenia szpitalne to nie tylko problem dotyczący hospitalizowanego pacjenta, ale również pracowników służby zdrowia. Ich ochrona przed szeregiem biologicznych czynników stanowi więc doniosły aspekt z uwagi na wymiar ekonomiczny oraz społeczny i jest kwestią niezwykle istotną, wciąż aktualną [1, 2].

Problematykę infekcji nabywanych przez personel medyczny podnosi wielu autorów [3, 4]. Wynika to z faktu, że *„wykonywanie czynności zawodowych związanych z leczeniem i ochroną zdrowia ... stanowi podstawowy element w możliwościach zakażenia się i zachorowania na zakaźną chorobę zawodową”* [cyt. za 5].

Wśród mnogich zagrożeń na jakie narażeni są pracownicy służby zdrowia, choroby infekcyjne stanowią powszechnie spotykany problem. Osoby będące w stałym kontakcie z chorym i jego płynami ustrojowymi, są w ustawiczny sposób ekspozowane na całą gamę chorobotwórczych patogenów. Mogą nabyć i transmitować chorobę infekcyjną na współpracowników, pacjentów, członków rodziny [cyt. za 6].

*„Wszelkie choroby zakaźne personelu, których źródłem byli pacjenci szpitala, bądź jego środowisko, w tym również narzędzia, należy traktować jak zakażenie szpitalne”* [cyt. za 7].

W Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1983 roku, w sprawie chorób zawodowych, figuruje definicja choroby zawodowej, natomiast w ich wykazie – punkt 11, wyodrębniono choroby „zakaźne i inwazyjne”. Zgłoszeń do inspekcji sanitarnej mogą dokonywać zakłady społecznej służby zdrowia, lekarze spoza zakładów, zakład pracy, jak również sam zainteresowany [8].

---

<sup>1</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej, Szpital Rejonowy, Końskie

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Mikologii Katedra Mikrobiologii CM UJ w Krakowie

<sup>4</sup> Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej Akademii Medycznej w Białymstoku

Według obowiązującej definicji, jako w/w schorzenia kwalifikowane są patologie ujęte w wykazie chorób zawodowych, bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem spowodowane działaniem szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy lub w związku ze sposobem jej wykonywania [cyt. za 3].

W Polsce przypadki infekcji nabytej przez pracownika postrzegane są w kategoriach właśnie takiego schorzenia. Sytuacja jest odmienna w USA i krajach Europy Zachodniej, gdzie zaistniałe tego typu infekcje rejestruje się jako zakażenie szpitalne [cyt. za 9].

Placówki służby zdrowia to szczególne miejsca pracy, w których warunki bezpieczeństwa i higieny odnoszą się zarówno do osób zatrudnionych, jak i w nich leczonych. Wydaje się jednak, że ochrona tych ostatnich jest mniej intensywna i skuteczna. W polskich regulacjach prawnych nie ma bowiem zapisu odnoszącego się do odsunięcia zakażonego pracownika od zajmowanego stanowiska pracy. W tej sferze pozostaje wolne pole dla pracodawcy. Generalnie przyjmuje się, iż możliwość transmisji na drodze pracownik – pacjent jest minimalna [10].

Istnieje jedynie zapis chroniący pracownika przed szkodliwym wpływem warunków środowiska pracy i odsunięcia go od zajmowanego stanowiska w wypadku stwierdzenia u niego objawów choroby zawodowej. Pomija on, niestety, liczne choroby zakaźne i nie ma racji bytu, np. w przypadku WZW [11].

Rozpatrując aspekt ryzyka zakażenia pacjenta od chorego personelu, należałoby więc skierować uwagę na normy etyczne, o których trzeba przypominać w procesie edukacji. Pracownik powinien pozostawać świadomy własnej zakaźności oraz tego, jak wielce nieetycznym jest wszelkie nierozważne postępowanie narażające chorego na infekcje.

W Polsce kolejnym niekorzystnym zjawiskiem jest brak spójności, w odniesieniu do nadzoru nad ZSz pacjentów i personelu.

Nadzór nad stanem zdrowia pracowników leży w zakresie działalności lekarza zakładowego, natomiast ochrona przed zakażeniami leczonych pacjentów, to funkcja lekarza kontroli zakażeń. Jednocześnie podkreśla się wagę współpracy Komitetu Kontroli ZSz z lekarzem zakładowym. Współdziałanie na tej płaszczyźnie jest jednym z priorytetowych celów programu kontroli ZSz, w celu ograniczenia do minimum możliwości przeniesienia zakażenia z chorego na personel i odwrotnie [12].

W systemie organizacji ochrony zdrowia pracowników obowiązującym w krajach Unii Europejskiej, kierownik zespołu kontroli zakażeń obok takiej współpracy, pełni szereg dodatkowych obowiązków, pośród których wymienia się szkolenia personelu wszystkich szczebli w zakresie standardów higienicznych, wprowadzanie zasad postępowania z odpadami medycznymi i standardów postępowania poekspozycyjnego, przechowywanie danych o zakażonych członkach personelu, diagnozowanie i leczenie osób z infekcją szpitalną, prze-

prowadzanie szczepień i sprawdzanie stopnia uodpornienia [cyt. za 13].

Międzynarodowa Organizacja Kontroli Zakażeń podkreśla zasadność przejęcia odpowiedzialności za stan zdrowia pracowników medycznych, z lekarza zakładowego na Zespół Kontroli Zakażeń. Model taki „sprawdził się” i jest przyjęty w krajach Europy Zachodniej i w USA [cyt. za 13].

Polskie prawodawstwo nie przewiduje ponadto konieczności funkcjonowania scentralizowanego systemu zgłoszeń profilaktyki poekspozycyjnej, a to stanowi zdecydowanie utrudnienie oceny skali problemu [cyt. za 14].

Ochrona pracowników medycznych przed zawodowym zagrożeniem infekcją, zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, spoczywa na pracodawcy, co wyznaczają odpowiednie regulacje [11, 15]. W rozdziale 2 Ustawy z 6 września 2001 roku (Art. 10) obliuguje się dyrektorów szpitali do wdrożenia procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami. Ustawa, obok obowiązków kierowników zakładów opieki zdrowotnej w zakresie kontroli infekcji szpitalnych, zawiera wykaz chorób zakaźnych i zakażeń oraz biologicznych czynników chorobotwórczych [15].

Problemy bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia pracowników placówek medycznych w krajach Unii Europejskiej stanowią priorytetowe zadania nadzorczych i kontrolnych organów nad warunkami pracy [cyt. za 13].

Wśród zasad nowego prawa, najistotniejsze jest wprowadzenie obowiązku rozpoznawania i rejestrowania narażenia na czynniki biologiczne, przy uwzględnieniu ich jednolitej klasyfikacji w obrębie całej Europy [13].

Zgodnie z zaleceniami *Advisory Committee on Dangerous Pathogenes* (Wielka Brytania), klasyfikacja ta uwzględnia ich cztery grupy:

- czynniki biologiczne, w stosunku do których nie udokumentowano szkodliwego wpływu na organizm;
- czynniki biologiczne o udokumentowanym, szkodliwym oddziaływaniu na organizm ludzki, mogące powodować choroby zakaźne, alergiczne i immunotoksyczne, w stosunku do których możliwa jest skuteczna profilaktyka i leczenie;
- czynniki biologiczne mogące stanowić przyczynę zawodowych chorób zakaźnych o ciężkim przebiegu i chorób nowotworowych, lecz możliwa jest w ich przypadku skuteczna prewencja i leczenie;
- czynniki biologiczne, które mogą być przyczyną bardzo ciężkich zawodowych chorób zakaźnych, prowadzących w większości przypadków do zgonu, na ogół bez możliwości skutecznej prewencji i leczenia [13, 16].

Zgodnie z powyższym podziałem, rejestracji powinny podlegać drobnoustroje sklasyfikowane w 3 i 4 grupie [13].

Wyodrębnienie i określenie drobnoustrojów wg takiego podziału, jest niezbędnym elementem do wprowadzenia obowiązku ich rozpoznania i rejestracji, co z kolei umożliwi ochronę pracowników przed szczególnie niebezpiecznymi czynnikami ryzyka, jakimi są czynniki biologiczne.



Muszyński, na podstawie dróg transmisji drobnoustrojów, wyodrębnia pięć grup ryzyka zakażeń personelu medycznego:

- drogę krwiopochodną (poprzez skaleczenie);
- kontaktową (gruźlica, infekcje przyranne, cytomegalia, opryszczka, liszajec);
- pokarmową (biegunka wirusowa, bakteryjna);
- inhalacyjną (aerozol biologiczny, klimatyzacja);
- inne zakażenia (odra, różyczka, *Clostridium difficile*) [17].

Wśród wszystkich patogenów transmitowanych drogą krwi największe zagrożenie dla personelu służb medycznych stanowią wirusy HBV, HCV i HIV, które mogą być przenoszone poprzez skórę i błony śluzowe w przypadku inokulacji lub bezpośredniego kontaktu z materiałem zakaźnym (np. zachłapanie) [18].

Badania amerykańskie wykazały bezpośredni kontakt z krwią pacjenta w przypadku 30% pracowników bloku operacyjnego i w 3% z działaniem krwi na spojówkę oka [cyt. za 17].

W naszym kraju, pomimo wielokrotnej profilaktyki poekspozycyjnej w kierunku HIV, dotychczas nie orzeczono zawodowego zakażenia tym wirusem [18].

Dane dotyczące zachorowań zawodowych personelu służby zdrowia podlegają rejestracji i są gromadzone w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych, mieszczącym się w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Trafiają tu za pośrednictwem stacji sanitarno-epidemiologicznych. Dane za rok 2003 wskazują jednoznacznie dominację w grupie tych patologii chorób zakaźnych i pasożytniczych występujących w odsetku 58,2%, przy czym WZW stanowi 64,9%, a gruźlica 33,5% [cyt. za 3].

Najnowsze doniesienia z zakresu określania trendów epidemiologicznych orzekania tego typu schorzeń u pracowników służby zdrowia, na podstawie danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych w Łodzi, donoszą o nieznacznym spadku udziału WZW we wszystkich „infekcyjnych” chorobach zawodowych, przy czym wyraźny spadek obserwuje się w przypadku HBV, natomiast HCV wciąż wykazuje trend wzrostowy. W oparciu o dane z roku 2003, również potwierdzono najwyższą zapadalność na schorzenia infekcyjne w grupie pielęgniarek (WZW, gruźlica) [cyt. za 14].

W latach dziewięćdziesiątych minionego stulecia oraz wcześniej, przed wdrożeniem powszechnych szczepień przeciwko WZW typu „B”, obserwowano częste zakażenia pracowników służby zdrowia. Zachorowania odnotowywano 3–7 razy częściej w porównaniu z ogólną populacją. Rejestrowano ponad 1.200 przypadków w skali roku zakażeń zawodowych WZW typu „B” [cyt. za 19].

Podążając w kierunku wcześniej przeprowadzanych analiz, w Zakładzie Higieny AM w Poznaniu, na podstawie badań reprezentatywnej grupy orzeczonych przypadków zakażeń WZW personelu w latach 1983–1998, wykazano najwyższą ich ilość wśród pielęgniarek i położnych, bo aż 60% [cyt. za 17]. Potwierdziły to także badania włoskie, w których odsetek był zbliżony i wynosił 53%, zaś

najczęstszą przyczynę ekspozycji stanowiło zakłucie igłami iniekcyjnymi i we-nflonami [cyt. za 17, 19].

Ponadto ustalono, że na 1.400 pacjentów, 90 z nich było HIV pozytywnych, 411 – zakażonych WZW typu „C”, 114 – typu „B”. Niepokojący jest fakt, że zaledwie 25% pracowników miało świadomość aktualnego stanu serologicznego pacjenta [cyt. za 17].

Znaczący problem stanowią także infekcje, których transmisja odbywa się za pośrednictwem skażonego aerozolu. Do takich należy między innymi gruźlica.

Ilustracją takiego stanu jest jedno z badań, którego celem była zarówno ocena zachorowań na gruźlicę wśród personelu, jak i stosowanych metod prewencji w polskich szpitalach pulmonologicznych. Analiza wykazała wprawdzie spadek wskaźnika zachorowań, obserwowanego od roku 1998, lecz nie wpłynął on znacząco na zmianę wysokiej pozycji tej choroby wśród wszystkich schorzeń omawianego sektora. Wskazano również na niedostatki w stanie technicznym budynków szpitalnych, jak również brak opracowanych procedur postępowania z chorym na gruźlicę [3].

Wobec powyższego stwierdzono, że większość patologii zawodowych wśród kadry medycznej stanowią choroby zakaźne i inwazyjne, wśród których dominują wyżej wymienione, dość daleko natomiast w tyle pozostają inne (np. choroby alergiczne – 16,8%, czy narządu ruchu 11,4%) [4, 18].

Dane są niepokojące zważywszy na fakt, iż jak pisze Dawydzik, obserwuje się spadek zgłaszalności schorzeń zawodowych, a co za tym idzie także i zakaźnych, o blisko połowę. W roku 1998 odnotowano 1407 przypadków, natomiast w 2000 zaledwie 779 i zjawisko to nie jest bynajmniej powodowane znaczącym spadkiem zatrudnienia kadry medycznej w kraju [4].

W USA oceniono, iż 30–96% pracowników służby zdrowia nie zgłasza odpowiednim organom ekspozycji na krew [cyt. za 14].

W Polsce natomiast, wstępnie oceniono wskaźnik procentowy wszystkich przypadków objętych profilaktyką poekspozycyjną, na poziomie 63% [cyt. za 14].

W opracowaniu broszury dla pracowników służby zdrowia na temat bezpieczeństwa pracy i ochrony własnego zdrowia, autorzy zwracają szczególną uwagę na poważne zagrożenie dla „białego” personelu placówek medycznych, jakie niosą zużyte narzędzia naruszające ciągłość tkanek, sprzęt kontaktujący się z błonami śluzowymi, zanieczyszczony lub podejrzany o skażenie krwią, tkankami, wydzielinami, wydaliniami [20].

Pośród cennych uwag w „metodach kontroli zakażeń” pracowników opieki zdrowotnej zabrakło jednak istotnych procedur, dotyczących „praktycznego” zgłaszania ekspozycji i poddawania się procedurom poekspozycyjnym. Należy bezwzględnie pamiętać o tym, iż każdy pacjent stanowi potencjalne źródło zakażenia, tak więc ochrona personelu na poszczególnych stanowiskach pracy przed szkodliwymi czynnikami biologicznymi dotyczy wielu aspektów, również tych, które mają miejsce po nieoczekiwanej niebezpiecznych zajściach. Stosowa-

nie barier ochronnych, bezpiecznego sprzętu i technik zabiegowych, to niektóre z zasadniczych, efektywnych sposobów zapobiegania takim infekcjom [20].

Zasady kontroli zakażeń u personelu medycznego obejmują:

- monitorowanie takich infekcji (badania wstępne, okresowe);
- edukację;
- identyfikację czynników ryzyka ekspozycji na czynniki zakaźne i ich zapobieganie;
- postępowanie z personelem, z zakażeniem zawodowym [2].

Wymierny wpływ na rozprzestrzenianie infekcji zakładowych miała niegdyś gospodarka reglamentowana. Potrzeby szpitali względem wyposażenia w sprzęt „jednorazowy” oceniano „na sztuki”, ustalając dla poszczególnych oddziałów kolejność dostaw, z uwagi na ustawiczny jego deficyt [21].

Fakt ten oznaczał, że średni personel medyczny musiał zadbać o procedury związane z myciem, dezynfekcją i sterylizacją ostrych narzędzi. W „dobie” sprzętu wielorazowego użytku w latach 80–90 minionego stulecia, Dutkiewicz podkreślał potrzebę upowszechniania szczepień ochronnych w grupach wysokiego ryzyka, poprawę sytuacji lokalowej służby zdrowia oraz powszechne stosowanie igieł i strzykawek jednorazowego użytku [22]. O ile ostatnie z zaleceń uległo dezaktualizacji, pozostałe dwa niezmiennie pozostają realne.

Szereg praktycznych uwag skierowanych na prewencję ZSz w grupie zawodowej „białego personelu” zawiera rozdział VI monografii Damaniego – „*Praktyczne metody kontroli zakażeń szpitalnych*” [23].

## Piśmiennictwo

1. Juszczyk J., Hryniewicz W., Magdzik W., Samet A.: *Raport o zakażeniach szpitalnych: I. Zakażenia szpitalne, II. Wprowadzenie i komentarze do części szczegółowej, III. Część szczegółowa*, Klin. Chor. Zak. i Zak. Szpit., 1997, 1, 7–22, 25–34, 39–48.
2. Saszkiewicz W., Hryniewicz W., Grzesiowski P., Ozorowski T.: *Praktyczne Zasady Kontroli Zakażeń Szpitalnych*, Zbiór Rekomendacji i Procedur dla Polskich Szpitali Zaakceptowany przez Głównego Inspektora Sanitarnego, Warszawa, 2000.
3. Domagała-Krzewniak A.: *Struktura zawodowego zakażenia gruźlicą wśród personelu ochrony zdrowia w latach 1995–2003*, [w:] *Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych*, Materiały konferencyjne, IX Ogólnopolskie Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej, Warszawa, 2004, 51–54.
4. Dawydzik L. T.: *Stopień ryzyka narażenia pracowników opieki zdrowotnej na zakażenia*, Zakażenia, 2001, 2, 3–6.
5. Jabłoński L. (red): *Epidemiologia*, Wydawnictwo FOLIUM, Lublin, 1996.
6. Zwolska Z., Augustynowicz-Kopeć E., Domagała-Krzewniak A. i wsp.: *Ryzyko narażenia na gruźlicę jako chorobę zawodową u personelu medycznego*, Zakażenia, 2001, 2, 17–22.
7. Heczko P., Bulanda M., Wójkowska-Mach J., Jeljaszewicz J.: *Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi w Polsce – stan aktualny i możliwości rozwoju*, Przegl. Epidemiol., 2000, 54, 3–4, 247–257.

8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 18.11.1983 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz. U. 1983, Nr 65, Poz. 294.
9. Kleszcz P., Heczko P.: *Rozważania nad definicjami zakażeń szpitalnych*, Nowa Medycyna, 1997, 4, 12–15.
10. Gładysz A., Rymer W., Inglot M., Ptak M.: *Zakażenia zakładowe jako błąd medyczny*, [w:] *Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych*, Materiały konferencyjne, IX Ogólnopolskie Sympozjum Kierowniczej Kadry Medycznej, Warszawa, 2004, 19–28.
11. Gęsicki M.: *Kodeks pracy z komentarzem*, Wydawnictwo SIGMA, Skierniewice, 1998, Art. 230, Par. 1, 306–316.
12. Ayliffe G. A., Hambraeus S., Mehtar S. (red.): *Kontrola zakażeń szpitalnych*, International Federation of Infection Control, Medycyna Praktyczna, Kraków, PTZSZ, 1996, 41–50, 21–33, 13–20, 34–40, 43–48, 28–33.
13. Wójkowska-Mach J.: *Zakażenia szpitalne wśród personelu*, [w:] Bulanda M. (red.), *Zakażenia szpitalne w Polsce*, Zbiór publikacji związanych z ogólnopolskim programem nadzoru nad zakażeniami Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych wydanych w latach 1999–2003, PTZSZ, Kraków, 2003, 193–195.
14. Smoliński P., Serafińska S., Gładysz A., Szeszenia-Dąbrowska N.: *Choroby zawodowe wśród pracowników służby zdrowia związane z zakażeniem wirusami HBV/HCV/HIV zarejestrowane w Polsce w latach 1999–2003 – Aktualne trendy epidemiologiczne ich implikacje*, Zakażenia, 2005, 5, 55–58.
15. Ustawa z dn.06.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz. U. 2001, Nr 126, Poz. 1383, 1384.
16. Bannister B. A., Begg N. T., Gillespie S. H.: *Choroby zakaźne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1998.
17. Muszyński Z.: *Niektóre zasady ochrony pracowników medycznych przed zawodowym zagrożeniem infekcyjnym*, Zakażenia, 2001, 2, 31–36.
18. Gaździk T. S. (red.): *Zakażenia w ortopedii*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2004.
19. Zagórniak-Nowosielska I.: *Zakażenia wirusowe u chorych hospitalizowanych*, Mikrob. Medyc., 1996, 6, 3–6.
20. Bissinger M., Śnioszek R., Grześkowiak M.: *Szpitalne – bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia pracowników*, ALGRAF, Warszawa, 2003, 7–14.
21. Juszczak J.: *Zakażenia szpitalne w Polsce (zarys historii)*, Klin. Chor. Zak. Zak. Szpit., 2000, 4, 61–65.
22. Dutkiewicz J.: *Zasady profilaktyki*, [w:] Dudkiewicz J., Jabłoński L. (red.), *Biologiczne szkodliwości zawodowe*, PZWL, Warszawa, 1989, 84–90.
23. Damani N. N.: *Praktyczne metody kontroli zakażeń*, PTZSZ, Wydawnictwo KONTEKST, Kraków, 1999, 7–8, 183–189, 171–181, 23–34.

Tadeusz Makarowski

## Narażenia zawodowe pracowników pracowni radiologicznych

Ryzyko zagrożenia na zachorowanie związane z wykonywaniem określonego zawodu ściśle zależne jest od:

- występowania odpowiedniego czynnika (jego fizykochemicznych właściwości, biodostępności, inwazyjności, potencjału uszkodzającego)
- okoliczności ekspozycji (dawki, intensywności oddziaływania, czynników współistniejących, czasu ekspozycji)
- liczby osób wrażliwych [1].

Zagrożenia spotykane w miejscu pracy generalnie dzieli się na:

- czynniki niebezpieczne – potencjalnie zagrażające wypadkami przy pracy (np. poruszające się maszyny i mechanizmy, ruchome elementy urządzeń technicznych, powierzchnie, na których możliwy jest upadek, ostrza, ostre krawędzie, wystające elementy, położenie stanowiska pracy w stosunku do powierzchni ziemi lub podłogi)
- czynniki szkodliwe – zagrażające chorobą zawodową (związki chemiczne, pyły przemysłowe, czynniki fizyczne, czynniki biologiczne, czynniki związane z wykonywaniem pracy zawodowej) [1, 2, 3].

Można dokonać także podziału w zależności od źródła zagrożenia na:

- zależne od środowiska pracy, w tym związane z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, kontaktem ze środkami czystości, ze złą organizacją pracy, czy zagrożenia związane z warunkami przebywania na terenie szpitala (np. tzw. zespół złego budownictwa);
- wynikające z kontaktu z pacjentem;
- związane ze wzajemnymi relacjami pomiędzy pracownikami danego zakładu opieki zdrowotnej [4, 5, 6, 7, 8, 9].

W przypadku radiologów zagrożenie zawodowe ściśle związane jest z działaniem promieni jonizujących. Już w 1896 roku zanotowano i opisano pierwsze uszkodzenia skóry rąk u osób ekspozowanych na działanie promieniowania rentgenowskiego. To zwróciło uwagę na ich efekt biologiczny [10].

---

<sup>1</sup> Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

Publikacja ICRP (Międzynarodowa Komisja Ochrony Radiologicznej) wyróżnia następujące rodzaje zagrożenia:

- **Narażenie medyczne** – obejmujące pacjentów i związane jest z diagnostyką lub terapią. Najwyższa dawka narażenia (dawek promieniowania) wynika tylko z porównania wielkości zysku i straty aktualnego stanu zdrowia. Zalicza się tu także narażenie osób opiekujących się pacjentami podczas pobytu w szpitalu lub w domu
- **Narażenie zawodowe** personelu medycznego – spowodowane wykonywaniem zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych oraz opieką nad pacjentami, podlegające ograniczeniu. Dawki graniczne określają przepisy państwowe
- **Narażenie ludności** – wywołane działalnością człowieka, związaną z promieniowaniem jonizującym, np. osób postronnych przebywających w otoczeniu pracowni izotopowych. Nie obejmuje ono narażenia pochodzącego od promieniowania naturalnego, podlegające ograniczeniu. Dawki graniczne określają przepisy państwowe [cyt. za 11].

Na przestrzeni ostatnich 20 lat skutki zdrowotne promieniowania jonizującego dzielono w ochronie radiologicznej na deterministyczne i stochastyczne. Niektórzy autorzy są zdania, że korzystniej jest mówić o skutkach wczesnych i późnych [11, 12].

Deterministycznym nazywamy skutek, „jeśli w wyniku oddziaływania promieniowania następuje zniszczenie wielu komórek w organie lub tkance. Efekt będzie klinicznie obserwowany tylko wtedy, gdy wartość dawki promieniowania jest wyższa od pewnego progu. Wielkość tego progu zależy od mocy dawki (tzn. dawki chwilowej), organu i rodzaju klinicznego skutku. Ze wzrostem dawki powyżej progu, prawdopodobieństwo będzie wzrastać do jedności (100 proc.), tzn. każda ekspozycja osoba będzie wykazywała już skutek tego oddziaływania. Rozległość tego efektu będzie wzrastać z wielkością ekspozycji” [11].

Skutki stochastyczne to efekty „wynikające z biologii komórkowej i molekularnej związanej z tym, że uszkodzone DNA w pojedynczej komórce może prowadzić do transformacji tej komórki, która jednak ciągle zachowuje zdolność reprodukcji. Pomimo czynności obronnych, które zazwyczaj są bardzo efektywne, istnieje jednak małe prawdopodobieństwo (będzie więc występować tylko u niewielkiej liczby narażonych osób), że ten typ uszkodzenia, promowany przez wpływ innych czynników niż promieniowanie, może prowadzić do warunków zezłośliwienia komórki. Jeżeli początkowe uszkodzenie dotyczyło komórek rozrodczych, mogą wówczas wystąpić efekty dziedziczenia. Skutki stochastyczne związane z promieniowaniem mogą wystąpić, wprawdzie z małym prawdopodobieństwem, nawet przy bardzo małych dawkach. Znaczy to, że nie ma wartości progowej dawki, poniżej której nie istnieje ryzyko zaistnienia efektów stochastycznych. Prawdopodobieństwo efektów stochastycznych związanych z promieniowaniem wzrasta z dawką, zaś przy wyższych dawkach i mocach dawek

zależność ta może zbliżyć się do wykładniczej. Przy bardzo wysokich dawkach, bliskich wartościom progowym efektów deterministycznych, prawdopodobieństwo wzrasta wolniej niż liniowo, ponieważ współlistnieje już efekt niszczenia komórek” [11].

Zasadniczą cechą promieniowania jonizującego jest zdolność wywoływania jonizacji ośrodka materialnego, przez który ono przenika. Z punktu widzenia działania na człowieka, najważniejszymi rodzajami promieniowania jonizującego są: promieniowanie  $\chi$  (rentgenowskie) i  $\gamma$  (gamma) – będące promieniowaniem elektromagnetycznym oraz promieniowanie  $\alpha$  (alfa),  $\beta$  (beta) i promieniowanie neutronowe – będące strumieniami szybkich cząstek (promieniowanie korpuskularne) [12].

Wśród osób narażonych na działanie promieni jonizujących w wyniku jego zastosowań medycznych można wyróżnić dwie zasadnicze grupy:

- personel lekarski i pomocniczy, stanowiący grupę osób narażonych zawodowo.
- pacjenci – osoby poddane badaniom lekarskim.
- osoby stanowiące część nadzoru medycznego,
- osoby poddane kontrolnym badaniom okresowym lub kontroli wynikającej z przepisów administracyjnych.

W celu liczbowego określenia narażenia człowieka stosowane są w ochronie radiologicznej następujące wielkości:

- **dawka pochłonięta,  $D_T$**  – podstawowa wielkość fizyczna określająca energię wydzieloną w jednostce masy, uśrednioną dla rozważanego organu lub tkanki T. Jednostką dawki pochłoniętej jest Grey (Gy).
- **równoważnik dawki (1),  $H_T$**  – równy dawce pochłoniętej pomnożonej przez współczynnik ważenia promieniowania. Jednostką równoważnika dawki jest Sivert (Sv). Dla większości rodzajów promieniowania stosowanych w medycynie (rentgenowskie, gamma, beta) współczynnik ważenia jest równy jedności i równoważnik dawki jest liczbowo równy dawce pochłoniętej. W przypadku promieniowania alfa  $w_R = 20$ , a dla neutronów, w zależności od energii  $w_R = 5-20$ ;
- **dawka efektywna (2), E** – narażenie poszczególnych tkanek lub organów w końcowym efekcie rzutuje na narażenie całego organizmu. W tym celu należy uwzględnić prawdopodobieństwo uszkodzenia tych tkanek lub organów oraz ich ważność dla całego organizmu. Dawka efektywna obrazująca uszczerbek zdrowia (*health detri-ment*) jest sumą równoważników dawki w każdym organie lub tkance pomnożonych przez współczynnik ważenia tych organów lub tkanek. Jednostką dawki efektywnej jest Sivert (Sv) [11].

W obowiązującym w Polsce wykazie chorób zawodowych (rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych

sprawach, Dz. U. nr 132, poz. 1115) choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego umieszczone są w pozycji 16 i podzielone na:

- ostrą chorobę popromienną uogólnioną po napromieniowaniu całego ciała lub przeważającej jego części, gdy okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej, pomimo wcześniejszego zakończenia narażenia zawodowego, wynosi 2 miesiące;
- ostra choroba popromienna o charakterze zmian zapalnych lub zapalno-martwiczych skóry i tkanki podskórnej, gdy okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej, pomimo wcześniejszego zakończenia narażenia zawodowego, wynosi 1 miesiąc;
- przewlekłe popromienne zapalenie skóry;
- przewlekłe uszkodzenie szpiku kostnego, gdy okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej, pomimo wcześniejszego zakończenia narażenia zawodowego, wynosi 3 lata;
- zaćma popromienna, gdy okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej, pomimo wcześniejszego zakończenia narażenia zawodowego, wynosi 10 lat;
- nowotwory złośliwe z prawdopodobieństwem indukcji przekraczającym 10% [13].

Objawy spowodowane działaniem zmiennego pola elektromagnetycznego 50Hz to najczęściej:

- obniżenie zdolności zapamiętywania,
- drażliwość,
- skłonność do depresji, melancholia,
- szybsze męczenie się w pracy umysłowej i fizycznej,
- senność,
- nieregularny, przerywany sen,
- zaburzenia czucia skórniego,
- obniżenie libido,
- utrata masy ciała,
- jadłowstręt,
- nudności,
- bóle mięśni kończyn dolnych, stawów, kości, pleców,
- zwolnienie szybkości ruchów,
- zaburzenia funkcji układu krążenia,
- limfopenia,
- wzrost liczby limfocytów NK [1].

Bez względu na wykonywany zawód i specjalność medyczną, stałym elementem pracy jest stres oraz przemęczenie długotrwałą pracą. Przykładem po-



wyższego może być zespół nietolerancji pracy zmianowej, na którego objawy składają się:

- zaburzenia snu,
- chroniczne zmęczenie,
- zaburzenia żołądkowo-jelitowe,
- zaburzenia psychoneurotyczne,
- dolegliwości sercowo-naczyniowe,
- zaburzenia funkcjonowania społecznego,
- negatywna postawa wobec pracy zmianowej,
- obniżenie ogólnej satysfakcji życiowej,
- nasilenie palenia tytoniu,
- większe spożycie alkoholu, kawy, leków uspokajających i nasennych [14, 15].

Innym niepokojącym zagrożeniem pracowników ochrony zdrowia jest zespół wypalenia zawodowego [16, 17, 18]. Jego cechy to:

- wysoka niechęć przed codziennym pójściem do pracy,
- poczucie porażki,
- uczucie gniewu i urażenia, winy i odpowiedzialności,
- zniechęcenie i obojętność, negatywizm,
- izolacja i wycofywanie się,
- uczucie zmęczenia i wyczerpania się przez cały dzień,
- częste patrzywanie na zegarek,
- ogromne zmęczenie po pracy,
- brak pozytywnych uczuć w stosunku do pacjentów,
- opóźnienie kontaktu z pacjentem,
- traktowanie pacjentów stereotypowo,
- niezdolność koncentracji i słuchania tego, co mówi pacjent,
- poczucie bezradności,
- cynizm w stosunku do pacjentów,
- wroga postawa, gniewne zachowanie,
- zaburzenia snu, zaabsorbowanie samym sobą,
- zwiększona aprobata na stosowanie środków uspokajających,
- częste przeziębienia i grypy,
- bóle głowy i zaburzenia żołądkowo-jelitowe,
- trudności w myśleniu i niechęć do zmian,
- podejrzliwość i brak zaufania,
- zwiększone spożywanie leków,
- konflikty rodzinne i małżeńskie,
- wysoka absencja w pracy [16, 17, 18].

W miejscach pracy personelu medycznego materiał promieniotwórczy może zostać rozproszony zarówno na skutek niedoskonałych procedur, jak i błędów ludzkich, a to spowodować może skażenia powietrza i skażenia powierzchniowe. Skażenia takie powoduje, np. stosowanie w medycynie nuklearnej źródeł „otwar-

tych". Podkreślić jednak należy, że oprócz pierwotnych źródeł „otwartych”, zagrożenie stwarzają także pacjenci po lub w trakcie diagnostyki czy terapii, a także odpady promieniotwórcze pochodzące z otwartych źródeł promieniotwórczych lub ich opakowań. Oddzielnym problemem są nieszczelne źródła zamknięte. Dodatkowym elementem mogą być negatywne zdarzenia zaistniałe w laboratoriach stosujących zarówno źródła promieniotwórcze zamknięte, jak i otwarte (błędy ludzkie, niesprawność urządzeń itp.) [11].

W związku z powyższym monitoring miejsca pracy jest bardzo pożytecznym elementem kontroli, gdyż pozwala na wykrycie źródła zagrożenia. Jednak, aby był on efektywny, powinien obejmować zarówno pomiar skażeń powierzchni, jak i powietrza (odpowiednio aerozole i gazy) [11].

Narażenie wewnętrzne ocenia się na podstawie pomiaru aktywności radionuklidów zgromadzonych w organizmie ludzkim. Wykonuje się to dwiema metodami: *in situ* i *in vitro*. Pomiary *in situ* wykonuje się Licznikiem Promieniowania Całego Ciała (LPCC). Pomiary *in vitro* obejmują określanie wydalin biologicznych. Badania te nie wymagają także obecności personelu, a jedynie pobrania i przesłania, w określonych warunkach, materiału pomiarowego [11].

Ważnym, ale stale nie docenianym, niebezpieczeństwem jest kontakt z patogenami biologicznymi, w tym grzybami.

W środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia źródłem grzybicy może być pacjent, personel oraz środowisko szpitalne [19, 20, 21, 22]. Pamiętać należy także, że lekarze, pielęgniarki, salowe oraz inni członkowie zespołu terapeutycznego mogą być źródłem zakażenia dla pacjentów i personelu (grzyby, zwłaszcza drożdżopodobne, poprzez ręce personelu szpitalnego mogą być przenoszone na noworodki w oddziałach intensywnego nadzoru). Przyczyną grzybiczych zakażeń szpitalnych bywa także wyposażenie szpitala, aparatura, szpitalne powietrze, urządzenia wodno-kanalizacyjne czy klimatyzacyjne.

Wiele leków, ze względu na swój skład, stanowi bardzo dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, co może spowodować pojawienie się w tych produktach związków o charakterze toksyn, np. alfatoksyn produkowanych przez *Aspergillus niger*, a izolowanych zarówno z leków, jak i kosmetyków [cyt. za 23]. Grzyby mogą doprowadzać do degradacji i inaktywacji leków (np. *Aspergillus* – Aspiryny i Prednizolonu, *Cladosporium* – Hydrocortizonu) lub zmian fizykochemicznych (np. pleśnie i drożdże – zmętnienie, zmianę barwy, pojawienie się zapachu acetonu leków w postaci roztworów i mieszanin, *Trichoderma* – spadek lepkości substancji zawieszających, *Trichoderma*, *Aspergillus* – rozdzielenie faz, odbarwienie, nieprzyjemny zapach emulsji, *Penicillium* – zanieczyszczenie, wzrost na powierzchni kremów, odbarwienie powierzchni, octowy zapach tabletek, *Aspergillus* – odbarwienie, rozpad, zmianę zapachu tabletek [cyt. za 23].

Ponadto wiele wytworzonych przez drobnoustroje metabolitów może powodować reakcje alergiczne [24].

**Piśmiennictwo**

1. Jethon Z.: Szkodliwosci fizyczne [w:] *Zdrowie Publiczne*, Induski J. A., Jethon Z., Dawydzik L. T. (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2000, 75–112.
2. Krzyżaniak A., Stawińska-Witoszyńska S.: Zagrożenia zawodowe lekarzy w aspekcie epidemiologii i ergonomii [w:] *Higiena. Praktyka w zawodach medycznych*, Marcinkowski J. T. (red.), Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań, 2002, 19–23.
3. Marcinkowski J. T.: Podział zagrożeń zawodowych [w:] *Higiena. Praktyka w zawodach medycznych*, Marcinkowski J. T. (red.), Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań, 2002, 17–18.
4. Bzdęga J., Lach J., Łakomy R., Klarecki D.: Narażenie na czynniki rakotwórcze na stanowiskach pracy i służby w jednostkach wojskowych w latach 1998–2004, *Post. Hig. Epidemiol.*, 2006, 87, 61–64.
5. Kluszczyński D., Jankowski J.: Problemy zawodowej ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie. *Medycyna Pracy*, 1998, 49, 2, 157–165.
6. Nordstrom K., Norback D., Akselsson R.: Effect of air humidification on the sick building syndrome and perceived air quality in hospitals: a four month longitudinal study. *Occupant. Environn. Med.*, 1994, 51, 683–688.
7. Pałczyński C., Walusiak J.: Zawodowa alergia typu natychmiastowego na lateks – wprowadzenie, epidemiologia i obraz kliniczny. *Medycyna Pracy*, 1997, 48, 3, 317–323.
8. Sitarek K., Berlińska B.: Zawodowe narażenie personelu medycznego na czynniki medyczne mogące zaburzać płodność. *Medycyna Pracy*, 1997, 48, 2, 215–221.
9. Wolski W., Łapuć A., Szymański A.: Zagrożenie zakażeniem wirusem HIV podczas zabiegów i operacji urologicznych. *Urologia Polska*, 1997, 50, 3, 262–266.
10. Brzeziński T.: *Historia medycyny*, PZWL, Warszawa, 1998, 56–59.
11. Filipiak B., Mlicki K., Haratym Zb.: Czy narażenie wewnętrzne personelu medycznego powinno być monitorowane? *Współcz. Onkol.*, 1999, 6, 259–261.
12. Schillaci M. E.: Radiation and Risk: A Hard look at the Data, *Los Alamos Science* 23, 1995, 91–115.
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach, *Dz. U. nr 132, poz. 1115*.
14. Costa G.: Shift work and health, *Med. Lav.*, 1999, 90, 739–751.
15. Oginska H., Pokorski J., Ogiński A.: Gender, ageing, and shiftwork intolerance, *Ergonomics*, 1993, 36, 161–168.
16. Curile-Garcia J.A., Rodriguez-Moran M., Guerrero-Romero F.: Burnout syndrome among health staff, *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc.*, 2006, 44, 221–226.
17. Lamude K.G., Furno-Lamude D.: Burnout and managers' tactics of influence. *Percept. Mot. Skills*, 1996, 83, 193–194.
18. Vimantaite R., Seskevicius A.: The burnout syndrome among nurses working in Lithuanian cardiac surgery centers, *Medicina*, 2006, 42, 600–605.
19. MMartins-Deniz J. N., da Silva R. A., Miranda E. T. et al: Monitoring of airborne fungus and yeast species in a hospital unit, *Rev. Saude. Publica*, 2005, 39, 398–405.

20. Predelli E., Cristina M. L., Martini M. et al: Fungal contamination in hospital environments, *Infect. Control. Hosp. Epidemiol*, 2006, 27, 44–47.
21. Rogier C., Dabies F., Teissier R., Salomon R.: Which role do smoking and air conditioning play in the occurrence of building sicknesses in hospital workers? *Rev. Epidemiol. Sante Publ.*, 1989, 37, 255–262.
22. Simmons R. B., Price D. L., Noble J. A., Crow S. A., Ahearn D. G.: Fungal colonization of filters from hospitals. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.*, 1997, 58, 900–904.
23. Parnowska W.: Leki i kosmetyki, [w:] Zyska B., Żakowska Z. (red.): *Mikrobiologia materiałów*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, 2005, 523–569.
24. Bogacka E.: Grzyby jako alergeny, [w:] *Zarys mikologii lekarskiej* pod red. Baran. E., Volumed, 1998, 503–531.

Anita Orzeł-Nowak<sup>1</sup>, Lucyna Ścisło<sup>1</sup>,  
Marta Kowalewska<sup>1</sup>

## Czynniki ryzyka i objawy przewlekłej niewydolności żylniej (PNŻ) u pielęgniarek

### Wstęp

Choroby naczyń żylnych zaliczane są do chorób społecznych, występują u co drugiej kobiety i co czwartego mężczyzny [1]. Przewlekła niewydolność żylna stanowi więc poważny problem społeczny, socjalny i ekonomiczny. W Polsce objawy niewydolności żylniej dotyczą 47% kobiet i 37% mężczyzn [2]. Objawy PNŻ zależą od zaawansowania choroby. Pierwszy objaw to występujące u pacjentów z PNŻ pod koniec dnia uczucie ciężkości kończyn.

W późniejszym okresie pojawiają się teleangiiektazje, żyły siatkowate i żylaki. Z biegiem czasu dołączają się skurcze mięśni, obrzęki i bóle kończyn, a następnie pojawiają się zmiany skórne, którym towarzyszy świąd i nadmierna potliwość [3, 4].

Najczęstszym objawem PNŻ są żylaki. Żylaki mogą być pierwotne lub wtórne. Pierwotne rozwijają się samoistnie, a podstawowymi przyczynami są skłonności genetyczne współistniejące z czynnikami ryzyka, takimi jak styl życia: praca z długotrwałą pozycją stojącą lub siedzącą, wielokrotne ciążę, otyłość, dieta ubogoresztkowa, zakrzepica żylna, mała aktywność fizyczna. Wtórne to takie, które powstają w następstwie przebytych lub istniejących stanów chorobowych powodujących permanentny zastój krwi w układzie żylnym. Najczęstszą przyczyną są przebyte zapalenia żył głębokich, po których powstaje zespół pozakrzepowy charakteryzujący się nie tylko wtórnymi żylakami, ale także obrzękami i zmianami troficznymi skóry oraz nawrotowych, przewlekłych owrzodzeń zazwyczaj w okolicach kostek przyśrodkowych [5].

Działania profilaktyczne hamujące postęp choroby i tym samym zapobiegające powikłaniom, powinny być zastosowane u osób z grup podwyższonego ryzyka.

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ

## Cel pracy

Analiza występowania objawów przewlekłej niewydolności żyłnej oraz czynników ryzyka będących przyczyną występowania żylaków kończyn dolnych. Uzyskane wyniki mogą zostać wykorzystane do podjęcia działań edukacyjnych ukierunkowanych na profilaktykę.

## Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 100 kobiet wykonujących zawód pielęgniarki. Zastosowano próbę ekspercką (z uwagi na fakt, iż charakter pracy pielęgniarki jest obciążony czynnikami ryzyka powstania niewydolności) oraz dobór okolicznościowy (badaniami objęto pierwszych 100 pielęgniarek, które wyraziły zgodę). Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, przy pomocy techniki ankiety rozdawanej kontrolowanej. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający pytania o charakterze zamkniętym. Ankieta zapewniała anonimowość, dlatego po wyrażeniu zgody przez respondentów na wzięcie udziału w badaniu, wypowiedzi ich uznano za wiarygodne. Przeprowadzona analiza dotyczyła występowania wśród badanych: żylaków kończyn dolnych, teleangiektazji oraz występowanie takich objawów, jak: uczucie zmęczonych nóg, ból, obrzęk, świąd skóry. Analizowano wiek badanych kobiet, charakter wykonywanej pracy oraz obecność czynników ryzyka, takich jak otyłość, przebyte ciążę, rodzinne występowanie żylaków kończyn dolnych. Poddano również analizie stosowanie antykoncepcji hormonalnej i HTZ wśród respondentek

## Wyniki

Najliczniejszą grupę wiekową wśród 100 badanych kobiet tj. 45 stanowiły osoby w wieku 23–30 lat (45%), a najmniejszą tj. 5 pielęgniarek w wieku 46–50 lat (5%). Najdłuższy staż pracy – powyżej 15 lat, posiadały 23 pielęgniarki (23%). Najliczniejsza grupa badanych – 27 osób pracowało w zawodzie 3 do 5 lat (wykres 1, tabela 1).

Wykres 1. Rozkład wieku w badanej populacji

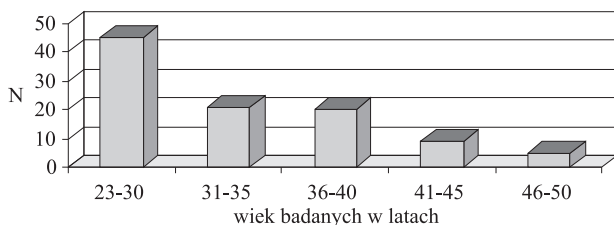


Tabela 1. Staż pracy badanych w zawodzie pielęgniarki

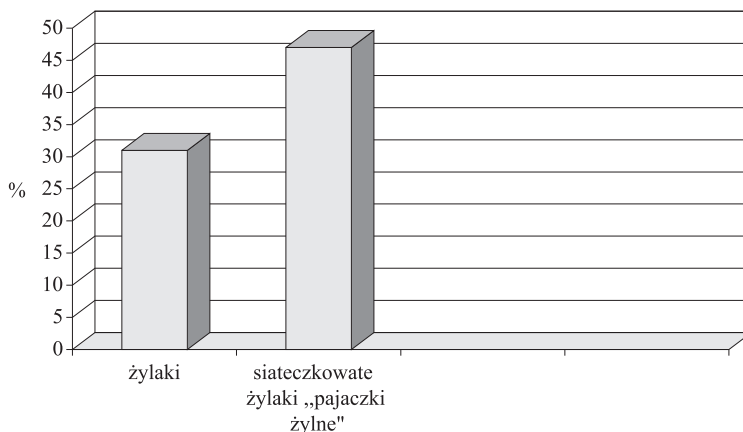
| Staż pracy w latach | N   | %   |
|---------------------|-----|-----|
| Do 2                | 4   | 4   |
| 3–5                 | 27  | 27  |
| 6–10                | 23  | 23  |
| 11–15               | 22  | 22  |
| Powyżej 15          | 23  | 23  |
| Brak odpowiedzi     | 1   | 1   |
| Razem               | 100 | 100 |

Miejszem pracy dla najliczniejszej grupy respondentów, tj. 43 (43%) były oddziały operacyjne (np. chirurgia, blok operacyjny) i intensywna terapia, dalej kolejno dla 39 osób (39%) inne oddziały (np. interna, położnictwo, oddziały noworodkowe). Dla 18 badanych (18%) miejscem pracy była Poradnia POZ, DPS lub hospicjum.

### Występowanie żylaków kończyn dolnych i objawów związanych z patomechanizmem PNŻ

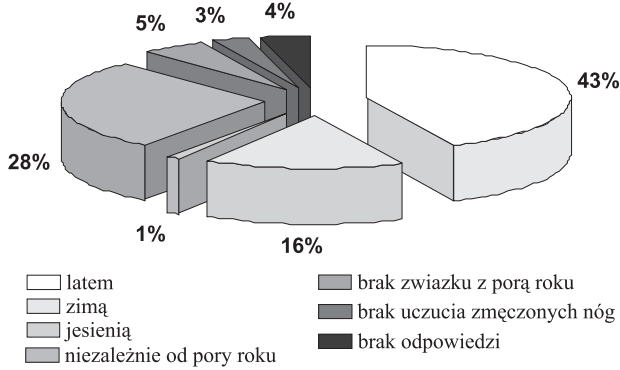
Respondentki w 31 (31%) przypadkach podały, iż występują u nich żylaki kończyn dolnych, a 47 podało występowanie teleangiektazji. (wykres 2). Największa grupa kobiet z żylakami kończyn dolnych – tj. 14 osób (45,6%), jak i z teleangiektazjami, tj. 19 (40,4%) miała 23–30 lat.

Wykres 2. Występowanie żylaków kończyn dolnych w badanej populacji pielęgniarek

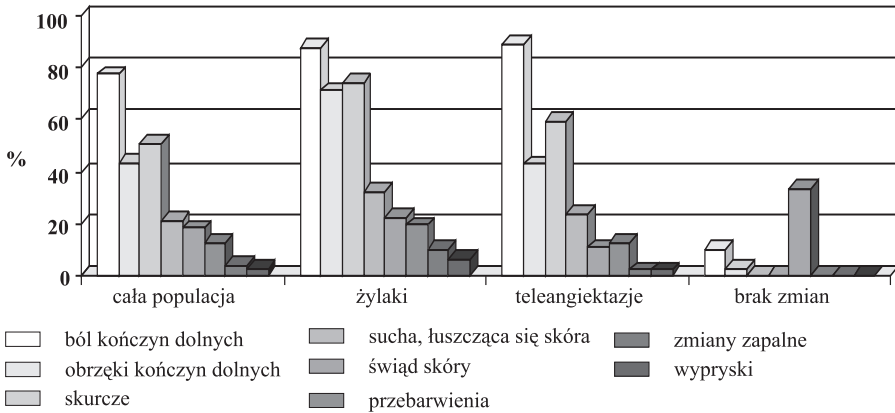


Uczucie „zmęczonych, ciężkich nóg” towarzyszy stale 2 badanym (2%), a często występuje u 71 (71%) pielęgniarek. Prawie 1/5 (24%) badanych dolegliwość tą odczuwa rzadko. Obie kobiety, które ciągle odczuwają „ciężkość” nóg

Wykres 3. Pora roku a nasilenie się objawu „uczucia zmęczonych nóg”



Wykres 4. Występowanie dolegliwości w zależności od zmian naczyniowych



podają występowanie teleangiektazji. W grupie kobiet podających występowanie żylaków 27 (87,1%) dolegliwość tą odczuwa często, podobnie jak 36 (76,6%) spośród podających występowanie teleangiektazji (wykres 4). Pielęgniarki odczuwające stale i często „zmęczenie” (N = 74) nóg w 36,5% miały żylaki kończyn dolnych, a w 48,6% – teleangiektazje. Tylko u 3 (3%) pielęgniarek uczucie „ciężkich nóg” nie pojawia się ogóle. Dolegliwość ta odczuwana jest przez 29 pielęgniarek przy długotrwałym staniu i chodzeniu, 23 podało, iż głównie po pracy. Dolegliwości związane z uczuciem „ciężkich, zmęczonych nóg” nasilają się w przypadku 43 respondentek w okresie letnim, natomiast aż 28 z nich podało, iż „ciężkość nóg” występuje u nich w takim samym nasileniu niezależnym od pory roku (wykres 3).

**Dolegliwości bólowe** kończyn dolnych odczuwa 77 (77%) badanych, w tym 51 pielęgniarek (66,2%) dolegliwość tą odczuwa w porze wieczornej, 11 (14,3%) –



po południu. Spośród zgłaszających tę dolegliwość 4 pielęgniarki, tj. 5,2% odczuwają ból w godzinach rannych, a połowa mniej tj. 2 osoby w nocy. W grupie kobiet mających teleangiektazje dolegliwości bólowe odczuwa 42 (89,4%), a wśród kobiet z żylakami 27 (87%). Ponad połowa z respondentek tj. 54,5% uskarżających się na dolegliwości bólowe kończyn dolnych podała w wywiadzie obecność teleangiektazji, a ponad 1/3 (35%) ma żylaki kończyn dolnych (wykres 4).

Występowanie **obrzęków na kończynach dolnych** podały 43 pielęgniarki (43%), wśród których najczęściej dolegliwość ta pojawia się wieczorem – 28 badanych (65,1%), rano u 7 (16,3%) respondentów, po południu u 4 (9,3%). W grupach kobiet mających teleangiektazje i żylaki kończyn dolnych występowanie obrzęków wynosiło kolejno: 42,5% i 71% (wykres 4). Wśród wszystkich kobiet, które podały występowanie obrzęków na kończynach dolnych 51,2% stanowiły kobiety mające żylaki, a 46,5% kobiety z teleangiektazjami.

Ponad połowa badanych pielęgniarek przyznała, iż występują u nich skurcze mięśni kończyn dolnych (**kurcze łydek**) (51%), wszystkie te respondenci podały występowanie teleangiektazji (54,9%) bądź żylaków kończyn dolnych (45,1%). Prawie 3/4 kobiet z żylakami kończyn dolnych (74,2%) podało, iż występują u nich kurcze nóg, podobnie jak 59,6% respondentek z teleangiektazjami (wykres 4). Kolejne 21 (21%) respondentów podało, że **skóra w okolicy kostek oraz na łydkach jest sucha lub łuszcząca się**, a 18 spośród badanych pielęgniarek (18%) odczuwa **świąd skóry**. Grupę kobiet z suchą lub łuszczącą się skórą na łydkach stanowiły niemal po równo pielęgniarki z żylakami kończyn dolnych (47,6%) oraz z teleangiektazjami (52,4%). W populacji kobiet z żylakami suchość skóry występuje u 32,2%, a u kobiet z teleangiektazjami w 23,4%. Świąd skóry na kończynach dolnych towarzyszy 7 pielęgniarkom (22,6%) spośród mających żylaki kończyn dolnych oraz 5 (10,6%) z teleangiektazjami. Populację kobiet, u których występuje świąd skóry w 28,9% stanowią respondenci z żylakami kończyn dolnych, a w 27,8% – kobiety z teleangiektazjami.

Wśród innych objawów w badanej grupie wystąpiły takie zmiany na kończynach dolnych, jak: wypryski (3 osoby), zmiany zapalne (4 osoby) oraz przebarwienia (12 osób). Zmiany te występowały tylko u kobiet mających żylaki lub teleangiektazje (wykres 4).

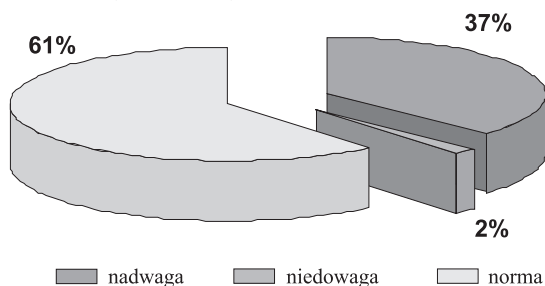
### Czynniki ryzyka w badanej populacji pielęgniarek

Nadwaga – dla każdej z respondentek obliczono wskaźnik masy ciała BMI. Uzyskane tą drogą wyniki wskazują na występowanie nadwagi u 37 (37%) badanych oraz niedowagi u 2 (2%) badanych. W przypadku 61 (60%) badanych stan odżywienia był w normie (wykres 5).

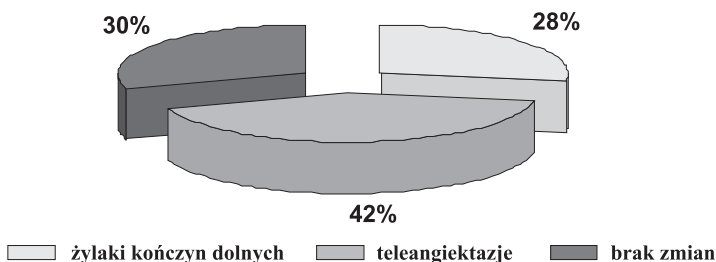
Wśród kobiet mających żylaki kończyn dolnych nadwagę miało 13 z nich tj. 41,9%, a wśród kobiet z teleangiektazjami nadwagę miało 20 z nich, tj. 42,5%.

W populacji kobiet z nadwagą 13 z nich (27,6%) podało, że ma żylaki kończyn dolnych, a 20 (42,5%) podało występowanie teleangiektazji (wykres 6).

Wykres 5. BMI w badanej populacji



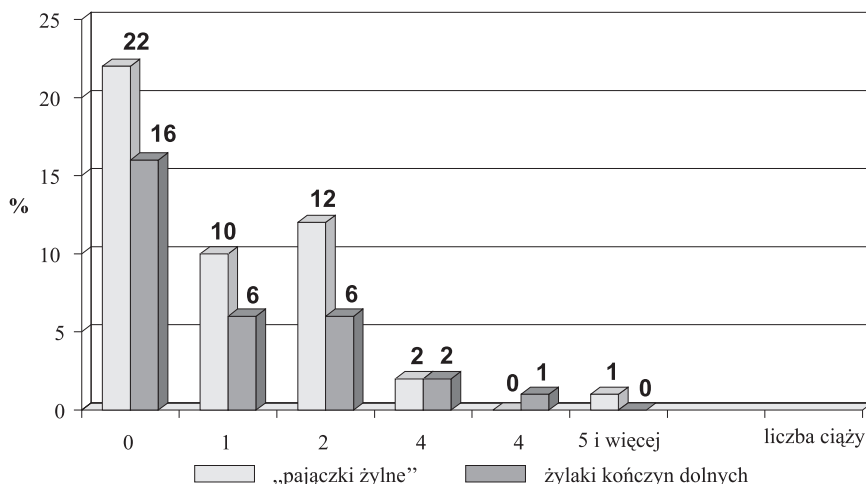
Wykres 6. Występowanie zmian żylnych w grupie kobiet z nadwagą



Poddano również analizie czynnik ryzyka, którym mogą być przebyte ciąży. Ponad połowa badanych kobiet, tj. 51 (51%) była w ciąży co najmniej jeden raz. W przypadku 22 pielęgniarek był to jeden poród, dalej 20 z nich rodziło 2 razy, a 7 – 3 razy. Jedna kobieta rodziła cztery razy oraz 1 badana – 5 razy. U 22 (44,9%) kobiet, które nie rodziły występowały teleangiektazje określane również „pajęczkami żylnymi”, a 16 (32,6%) z nich podało, iż ma żylaki kończyn dolnych. Podczas gdy u 25 kobiet, które rodziły (49%) występują teleangiektazje, a 15 (29,4%) z tej grupy ma żylaki kończyn dolnych. Występowanie „pajęczków żylnych” i żylaków kończyn dolnych w zależności od liczby porodów przedstawia wykres 7. Wśród respondentek podających występowanie teleangiektazji przeważały kobiety, które przeżyły ciąży (53,2%) w stosunku do tych, które nigdy nie były w ciąży (46,8%). W przypadku żylaków stosunek kobiet, które przeżyły ciąży (48,4%) do tych, które nie były w ciąży (51,6%) wynosił niemal 1:1.

Kobiety, które przeżyły ciąży w 22 przypadkach miały nadwagę – 43,1%. U 6 z nich (27,3%), występowały żylaki kończyn dolnych, a teleangiektazje u 15 (68,2%).

Pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym było 73, co stanowi 73%. Wśród nich obecność żylaków podało 21 kobiet (28,7%). Natomiast grupę kobiet podających występowanie żylaków kończyn dolnych w 75,2% (N = 23) stanowiły pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym. W analizowanej grupie pielęgniarek 85 osób (85%) podało, iż większość czasu pracy spędza w pozycji stojącej,

**Wykres 7. Występowanie zmian żylnych u kobiet w zależności od liczby przebytych ciąży**

13 (13%) siedząc, 2 badane osoby nie udzieliły odpowiedzi. Wśród pielęgniarek, które większość pracy wykonują stojąc występowanie żylaków kończyn dolnych podaje 26 (30,6%), a teleangiektazji 43 tj. (50,6%). W grupie kobiet z żylakami kończyn dolnych 26 (83,9%) z nich większość swojej pracy wykonuje w pozycji stojącej.

Wśród badanych kobiet 42 z nich podały występowanie żylaków wśród członków rodziny. Natomiast w grupie pielęgniarek z żylakami kończyn dolnych rodzinne występowanie żylaków stwierdzono w 27 przypadkach (87,1%). Ponad połowa kobiet mających żylaki podała występowanie w rodzinie żylaków wśród kobiet (Tabela 2).

**Tabela 2. Występowanie rodzinne żylaków kończyn dolnych**

| Stopień pokrewieństwa                            | N  | %     |
|--|----|-------|
| Mama, babka, siostra, ciotka                     | 18 | 58,1  |
| Brat   | 1  | 3,2   |
| Ojciec   | 8  | 25,8  |
|  | 27 | 87,1  |
| Brak rodzinnego występowania żylaków w wywiadzie | 4  | 12,9  |
| Razem  | 31 | 100,0 |

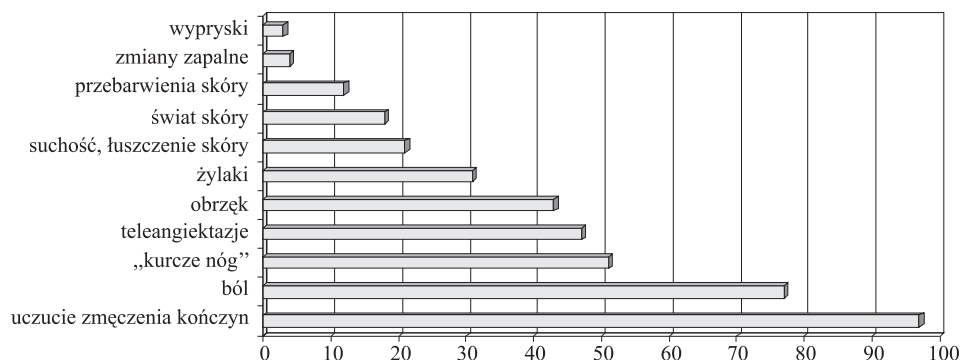
W badanej grupie pielęgniarek 13 (13%) przyjmowało hormonalne leki antykoncepcyjne. Wśród badanych stosujących antykoncepcję hormonalną występowanie żylaków podało 6 kobiet (46,1%). Żadna z badanych kobiet nie stosowała HTZ.

## Dyskusja

Choroby naczyń żylnych zaliczane są do chorób społecznych. Powszechnie przyjmuje się, że żylaki występują u 40–60% kobiet i 15–30% mężczyzn, a częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem [6].

Objawy PNŻ zależą od zaawansowania choroby, początkowo jest to uczucie ciężkości kończyn, następnie pojawiają się teleangiektazje, żyły siatkowate, żylaki, skurcze mięśni (kurcze łydek), obrzęki i bóle kończyn, zmiany skórne, którym towarzyszy świąd i nadmierna potliwość i podskórnych spłotów żylnych [3, 4]. W badanej populacji występowanie żylaków podało 31 osób, a teleangiektazji 47. Najwięcej spośród badanych pielęgniarek uskarża się na „uczucie zmęczenia nóg” – 97 osób, ból – 77, kurcze łydek – 51 (wykres 8).

**Wykres 8. Zmiany w obrębie kończyn dolnych w badanej populacji pielęgniarek**



W populacji kobiet największa zapadalność na żylaki kończyn dolnych przypada na wiek 20–35 lat [7]. Najliczniejszą grupę badanych kobiet stanowiły pielęgniarki w wieku 23–30 (45% ogółu). Największa grupa kobiet z żylakami (14 osób = 45,6%), jak i z teleangiektazjami (19 osób = 40,4) znajdowała się w tym przedziale wiekowym.

Dziedziczenie skłonności do występowania żylaków jest potwierdzone przez wielu autorów [8]. Jeżeli oboje rodzice mieli żylaki, to ryzyko u dzieci wyniosło 90%. Jeżeli żylaki stwierdzono u jednego z rodziców, ryzyko żylaków u dzieci wyniosło 62% dla kobiet, 25% dla mężczyzn. Natomiast, gdy rodzice nie mieli żylaków, ryzyko u dzieci wyniosło jedynie 20% [8, 9].

W grupie badanych pielęgniarek czynnik rodzinny miał duże znaczenie: pozytywny wywiad rodzinny podało 27 osób (87,1%) spośród badanych kobiet z żylakami. Respondentki podały w połowie przypadków występowanie objawów choroby żylakowej wśród kobiet. Warto zaznaczyć, że 15 z kobiet, które nie mają żylaków również podało, iż wśród najbliższej rodziny choroba ta występ-

puje. Łącznie 42 spośród badanych osób potwierdziły, iż żylaki występują w ich rodzinach.

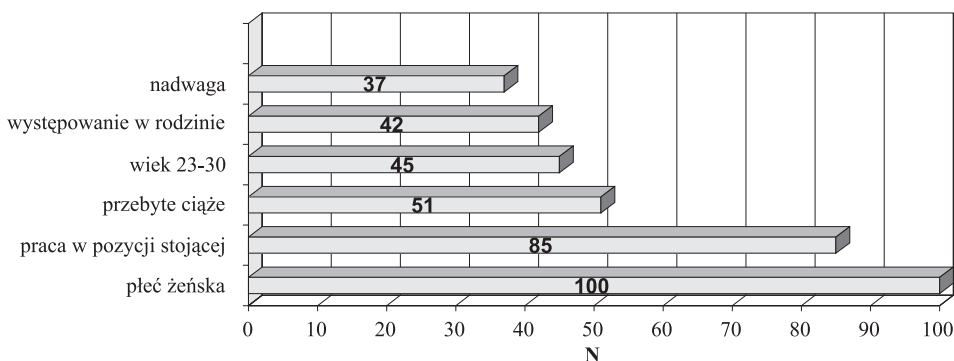
Przyczyną powstania żylaków jest często charakter wykonywanej pracy. Praca stojąca lub siedząca, gdy często przez wiele godzin nie działa pompa mięśniowa, powoduje zaleganie krwi w układzie żylnym kończyn dolnych, co prowadzi w efekcie do wzrostu ciśnienia i powstania rozszerzeń żylnych [5]. Jak wynika z naszych badań, aż 85 osób (85%) podało, iż większość czasu pracy spędza w pozycji stojącej. Wśród nich występowanie żylaków kończyn dolnych podaje 26 osób (30,6%).

Przyrost masy ciała wpływa niekorzystnie na stan układu żylnego. Wiąże się to z przeciążeniem podudzi i stóp podczas chodzenia czy stania oraz ze zwiększonym zaleganiem krwi w układzie żylnym kończyn dolnych [4]. Nasze badania wykazały, iż na podstawie obliczonego wskaźnika masy ciała, w dość licznej grupie badanych tj. u 37 osób (37%) stwierdzono nadwagę, co jest równocześnie równoznaczne z zagrożeniem powstania choroby żylakowej. Respondentki z nadwagą w 10 przypadkach miały żylaki kończyn dolnych, a u 16 z nich występowały teleangiektazje.

Na podstawie doniesień naukowych istotnym czynnikiem ryzyka żylakowości u kobiet jest liczba przeżytych ciąż. Zauważono większą częstość występowania żylaków u pacjentek, które przeżyły więcej niż jedną ciążę, w porównaniu z tymi, które były w ciąży po raz pierwszy (w stosunku 1:5) [10].

W przeprowadzonych przez nas badaniach można wyodrębnić grupę pielęgniarek w szczególności narażonych na powstanie żylaków, mając na uwadze fakt, że ponad połowa z nich przeżyła co najmniej 1 ciążę. W badanej populacji kobiet zaobserwowano częstsze występowanie teleangiektazji u kobiet, które przeżyły ciążę w stosunku do kobiet, które nie były w ciąży, kolejno 49% do 44,9%. Natomiast żylaki kończyn dolnych przeważały nieznacznie w grupie kobiet nie będących nigdy w ciąży.

**Wykres 9. Czynniki ryzyka PNŻ i żylaków kończyn dolnych w badanej populacji pielęgniarek**



Stosowanie środków hormonalnych, HTZ jest również czynnikiem ryzyka dla żylaków kończyn dolnych [7]. W grupie badanych pielęgniarek hormonalną antykoncepcję stosowało 13 z nich (13%), w tym 6 (46,1%) podało występowanie żylaków kończyn dolnych.

W wielu przypadkach na wystąpienie żylaków kończyn dolnych wpływa kilka czynników. U osób obciążonych ryzykiem, nie podejmowanie właściwych działań profilaktycznych staje się kolejnym czynnikiem ryzyka. U każdej z badanych osób wystąpiły co najmniej 2 czynniki ryzyka żylaków kończyn dolnych, a u większości z respondentów czynniki te sumowały się.

## Wnioski

Na podstawie analizowanego materiału można stwierdzić, że:

1. Większość z badanych podała występowanie objawów PNŻ, 31% ma żylaki kończyn dolnych, a 47% teleangiektazje.
2. U każdej z badanych osób wystąpiły co najmniej dwa czynniki ryzyka żylaków kończyn dolnych, a u większości respondentek kilka czynników sumowało się.
3. W badanej populacji kobiet występowały następujące czynniki ryzyka dla choroby żylakowej – wymienione w kolejności % częstości występowania: płeć żeńska, praca w pozycji stojącej, przebyte ciążę, wiek 23–30 lat, występowanie schorzenia w rodzinie, nadwaga.
4. W przypadkach podejrzenia występowania niewydolności żylniej w każdej jej postaci (w tym żylaków kończyn dolnych), istnieje konieczność uświadomienia istoty choroby oraz zastosowania działań profilaktycznych, mających na celu nie tylko zapobieganie jej poważnym powikłaniom, ale również rozwojowi dolegliwości poprzez kontrolę kliniczną i podjętym leczeniem.

## Piśmiennictwo

1. Jabłoński L. (red), Karwat I. D. i wsp.: Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych, wyd. Czelej, Lublin 2002.
2. Staszkiwicz W. (red): Choroby żył, Servier Polska, Warszawa 2001.
3. Noszczyk W. (red): Chirurgia, PZWL, Warszawa 2005.
4. Szmit J. (red) i wsp.: Podstawy chirurgii – Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej, wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.
5. Zapalski S., Oszkinis G. (red): Przewlekła niewydolność żylna, wyd. Via Medica, Gdańsk 2001.
6. Walas R., Warzocha I., Motyka M.: *Etiologia, patogeneza, diagnostyka i leczenie żylaków kończyn dolnych*. Magazyn Medyczny, 2002, (1), 30–41.
7. Wieczorek K., Gorbacka M.: *Możliwości terapeutyczne przewlekłej niewydolności żylniej w praktyce lekarza ginekologa*. Choroby żył, Servier, 2001, (16), 6–7.

8. Blombery P., McGrath B.: *Chronic venous insufficiency in post thrombotic patients*. Clin Sci., 2000, (98, 4), 445-447.
9. Cornu-Thenard A., Bovin P., Baud J. M.: *Importance of the familial factors in varicose disease. Clinical study of 134 families*. J. Dermatol. Surg. Oncol., 1994, (20), 318-326.
10. Dindelli M., Parazzini F., Basellini A., Rabaiotti E., Gorski G., Ferrari A.: *Risk factors for varicose disease before and during pregnancy*. Angiology, 1993, (44).

Małgorzata Jolanta Michalewicz<sup>1</sup>, Barbara Golonko<sup>2</sup>,  
Dorota Joanna Kondzior<sup>3</sup>, Elżbieta Szarejko<sup>1</sup>

## Ocena wiedzy średniego personelu medycznego dotyczącej narażenia na zakażenie wirusami przenoszonymi drogą parenteralną

### Wstęp

Praca personelu medycznego stwarza zagrożenie zakażenia ponad 20 patogenami przenoszonymi drogą parenteralną [1]. Najpoważniejsze zagrożenie stwarzają wirus zapalenia wątroby typu B i C oraz ludzki wirus upośledzenia odporności – HIV [2–6].

Najczęstszą przyczyną narażeń pracowników medycznych jest bezpośrednie przeskórne wprowadzenie zakażonego materiału biologicznego, zwykle krwi, w czasie zakłucia lub skaleczenia [7, 8]. Rzadziej zakażenie powoduje przedostanie się materiału zakaźnego przez uprzednio uszkodzoną skórę lub przez błony śluzowe. Pielęgniarki stanowią najbardziej narażoną na zakażenia grupę zawodową wśród personelu medycznego [9].

Czynnikami determinującymi ryzyko zakażeń zawodowych wśród personelu medycznego jest częstość występowania poszczególnych chorób w ogólnej populacji oraz częstość zdarzeń sprzyjających zakażeniu. Wiadomo jest, że narażenia zawodowe wiążą się z wiedzą oraz świadomością personelu medycznego, a przez to ze stosowaniem powszechnych środków ostrożności, zmniejszających ryzyko nabycia zakażenia w czasie wykonywania obowiązków służbowych [10].

### Cel pracy

Celem pracy była ocena:

- świadomości średniego personelu medycznego dotyczącej narażenia na zakażenie wirusami przenoszonymi drogą parenteralną w czasie wykonywania pracy zawodowej;

---

<sup>1</sup> Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, im. K. Dłuskiego w Białymstoku

<sup>2</sup> Podlaskie Centrum Zdrowia Publicznego, Białystok

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej, Białystok



- częstości ekspozycji zawodowych na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny wśród pielęgniarek pracujących w różnych placówkach służby zdrowia;
- potrzeby pogłębiania wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń parenteralnych;
- najbardziej przydatnych i efektywnych form edukacji personelu średniego.

## Materiał i metody

Badaniami ankietowymi zostało objętych 207 pielęgniarek pracujących w: przychodniach – 56, oddziałach zabiegowych – 77, oddziałach niezabiegowych – 74.

Każda z badanych osób proszona była o wypełnienie anonimowo ankiety zawierającej 21 pytań zamkniętych dotyczących częstości ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny, postępowania poekspozycyjnego, nawyków higienicznych w miejscu pracy.

W analizie statystycznej wykorzystywano testy nieparametryczne: U-Manna Whitney'a, test korelacji Spearmanna oraz test  $\chi^2$ . Za granicę istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Większość badanych (77%) stanowiły pielęgniarki z ponad 10-letnim stażem pracy. Ankietowane pracujące krócej niż rok stanowiły jedynie 2%. Przeważały (71%) pielęgniarki ze średnim wykształceniem bez specjalizacji, a jedynie pojedyncze osoby w każdej grupie były z wykształceniem wyższym (tabela 1).

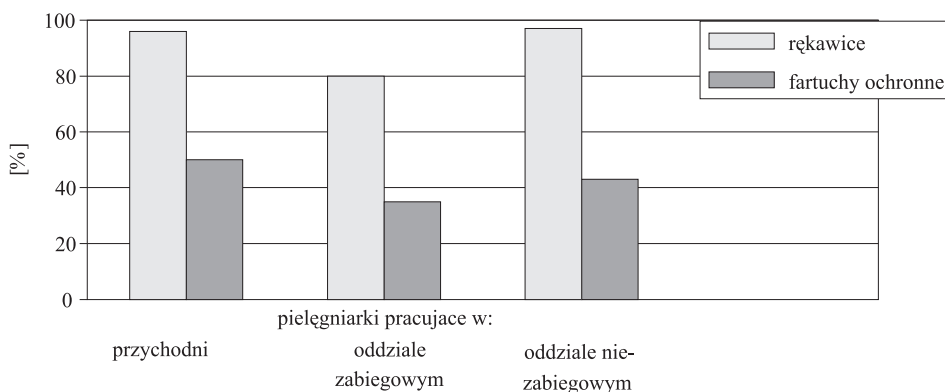
**Tabela 1. Staż pracy i wykształcenie pielęgniarek biorących udział w badaniach z podziałem na miejsce pracy**

|  | Pielęgniarki pracujące w:  |   |   |
|--|----------------------------|---|---|
|  | przychodni<br>n = 56 (27%) | oddziałach<br>zabiegowych<br>n = 77 (37%) | oddziałach<br>nie zabiegowych<br>n = 74 (35%) |
| Staż pracy w zawodzie<br>pielęgniarki: |                            |   |   |
| < 1 roku                               | 0 (0%)                     | 2 (2%)                                    | 2 (2%)  |
| < 5 lat                                | 8 (14%)                    | 0 (0%)                                    | 1 (1%)  |
| 5–10 lat                               | 12 (21%)                   | 13 (16%)                                  | 8 (11%)                                       |
| > 10 lat                               | 36 (64%)                   | 62 (80%)                                  | 63 (85%)                                      |
| Wykształcenie:                         |                            |   |   |
| średnie                                | 41 (73%)                   | 53 (68%)                                  | 53 (71%)                                      |
| średnie ze specjalizacją               | 16 (28%)                   | 19 (24%)                                  | 18 (24%)                                      |
| wyższe                                 | 3 (5%)                     | 5 (14%)                                   | 3 (4%)  |

Oznaczono istotność statystyczną w stosunku do grupy pielęgniarek z oddziałów niezabiegowych  $\chi^2 = 6,67$ ,  $p < 0,01$  oraz w stosunku do pielęgniarek pracujących w przychodni  $\chi^2 = 9,72$ ,  $p < 0,001$ ).

W badanej grupie ponad 90% pielęgniarek stosuje rękawice ochronne w każdorazowym kontakcie z chorym. Najrzadziej tę metodę profilaktyki stosują pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych ( $p < 0.01$ ). Natomiast użycie fartuchów ochronnych porównywalne jest w badanych grupach i wynosi zaledwie 42%. Brak przyzwyczajenia do używania fartuchów ochronnych podaje 27% ankietowanych, natomiast niedobór w zaopatrzeniu podkreśla 20% osób pracujących w oddziałach szpitalnych i żadna pracująca w przychodni (rycina 1).

**Rycina 1. Odsetek pielęgniarek używających rękawic i fartuchów ochronnych do każdej czynności z chorymi w poszczególnych grupach**

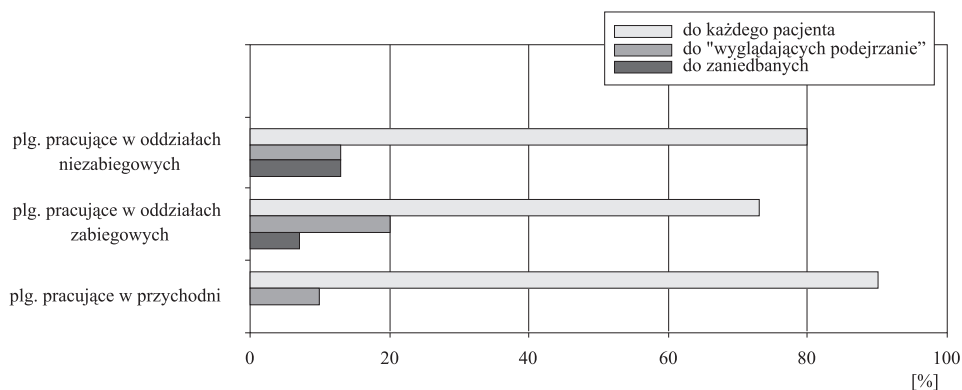


16% ankietowanych nie widzi potrzeby używania odzieży ochronnej w czasie wykonywania pracy zawodowej. Zdecydowana większość pielęgniarek używających odzież ochronną stosuje ją do wszystkich pacjentów, natomiast 14% jedynie do „wyglądających podejrzanie”. Stosowanie odzieży ochronnej jedynie do kontaktów z pacjentami „podejrzany” jest najczęstsze w oddziałach zabiegowych (20%) (rycina 2).

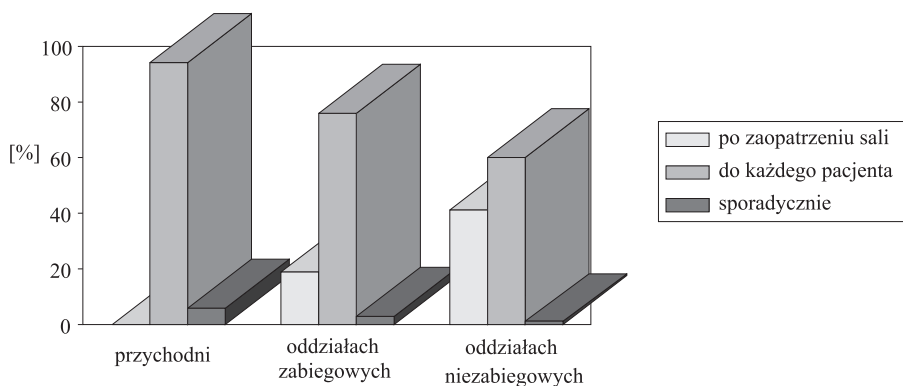
Najwięcej ankietowanych pielęgniarek zmienia rękawice po kontakcie z każdym chorym, natomiast 20% pracujących w oddziałach zabiegowych i 41% w oddziałach niezabiegowych rękawice ochronne zmienia po wykonaniu zabiegów na całej sali (rycina 3, rycina 4).

Najwięcej ankietowanych do mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego używa rękawic i przystępuje po wstępnej dezynfekcji, natomiast myje ręce przed założeniem rękawic jedynie nieco powyżej 50% pielęgniarek i prawie wszystkie po zdjęciu rękawic. Dezynfekcje miejsca pracy bezpośrednio po zabrudzeniu wykonuje zaledwie 60% pielęgniarek oddziałów zabiegowych, 52% niezabiegowych i 76% pracujących w lecznictwie otwartym. Jeszcze rzadziej dezynfekcje

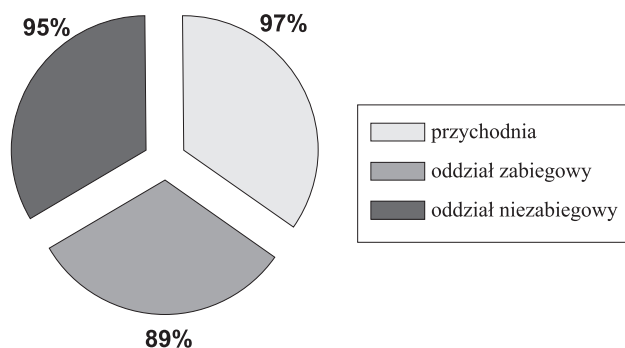
**Rycina 2. Odsetek pielęgniarek używających rękawic i fartuchów ochronnych w każdorazowym lub wybranym kontakcie z chorym**



**Rycina 3. Częstość zmiany rękawic przez ankietowane pielęgniarki w czasie wykonywania pracy zawodowej**



**Rycina 4. Odsetek ankietowanych pielęgniarek zabezpieczających własne drobne skaleczenia opatrunkiem**



**Tabela 2. Nawyki higieniczne ankietowanych pielęgniarek**

| Oceniane czynności                                 | % pielęgniarek wykonujących poszczególne czynności pracujących w: |                        |                            |
|--|---|------------------------|----------------------------|
|  | przychodni  | oddziałach zabiegowych | oddziałach nie zabiegowych |
| Mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego: |   |                        |                            |
| po wstępnej dezynfekcji                            | 82  | 92                     | 93                         |
| w rękawiczkach                                     | 100   | 92                     | 94                         |
| Mycie rąk wodą z mydłem i dezynfekcja:             |   |                        |                            |
| przed założeniem rękawiczek                        | 82  | 50                     | 52                         |
| po zdjęciu rękawiczek                              | 94  | 92                     | 97                         |
| Dezynfekcja miejsca pracy:                         |   |                        |                            |
| na koniec pracy (dyżuru)                           | 53  | 9                      | 8                          |
| bezpośrednio po zabrudzeniu                        | 76  | 60                     | 52                         |
| po każdej czynności                                | 7   | 23                     | 16                         |

przeprowadzają pielęgniarki po każdej wykonanej czynności: 23% z oddziałów zabiegowych, 16% z oddziałów niezabiegowych i jedynie 7% pracujących w poradniach (tabela 2).

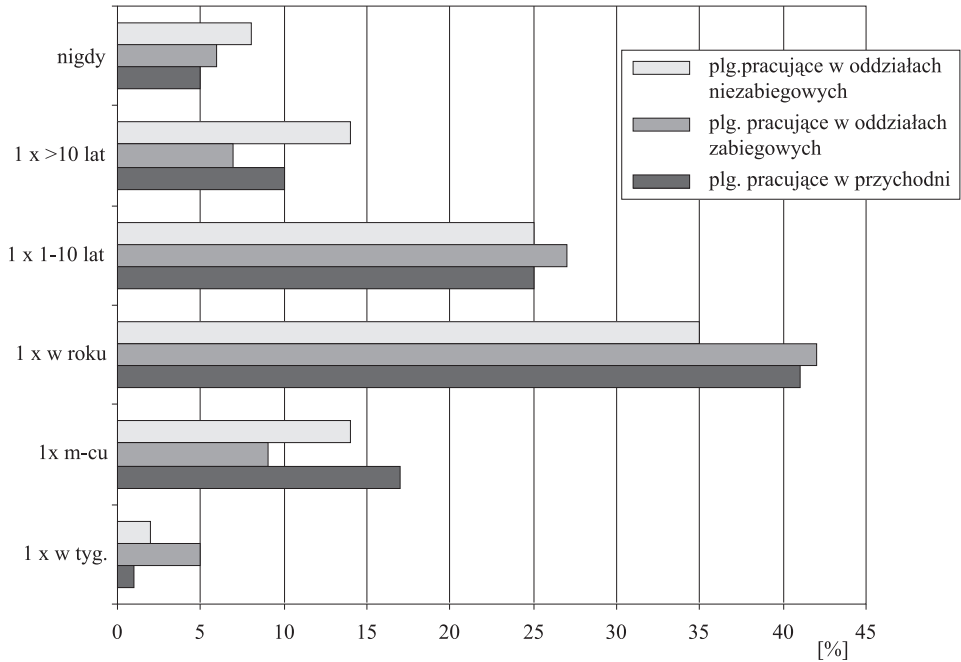
Nigdy nie zakłuło się ani skaleczyło jedynie 6% pielęgniarek. Przynajmniej 1 raz w roku przerwanie ciągłości skóry zgłosiło 40% pielęgniarek, a 26% skaleczyło się przynajmniej 1 x w czasie 10 lat pracy. W grupie pielęgniarek ze stażem pracy do 5 lat stwierdzono istotnie większą częstość zakłuć niż wśród pielęgniarek pracujących dłużej ( $\chi^2 = 10,6$ ,  $p = 0,02$ ). Natomiast częstość ta nie wiązała się z wykształceniem pielęgniarek, nie wykazano również zależności pomiędzy zakładaniem osłonek na igły a częstością zakłuć w grupie badanych zakłuwających się 1 x w roku (rycina 5).

We wszystkich analizowanych placówkach medycznych część personelu zakłada powtórnie osłonki na igły. Najwięcej, bo aż 23% takich zdarzeń dotyczy pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych. Jedynie 7% pielęgniarek pracujących w przychodni zakłada powtórnie osłonki na igły (rycina 6).

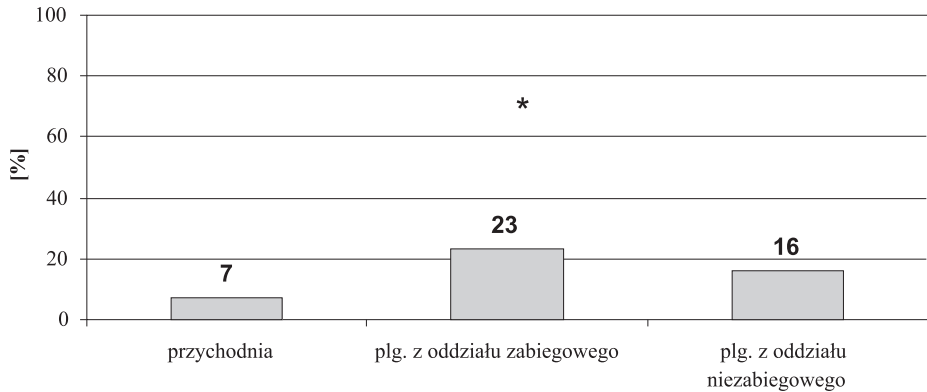
Skaleczenie/zranienie w czasie pracy w dokumentacji medycznej odnotowuje 61%, a 30% nie widzi potrzeby informowania przełożonego.

Wiedzę dotyczącą zagrożenia zdrowia własnego w czasie pracy zawodowej posiadają wszystkie ankietowane pielęgniarki (100%). Jedynie 2 (2,5%) pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych nie zna dróg przenoszenia HIV, HCV, HBV. Badania serologiczne własne w kierunku zakażeń tymi wirusami wykonywała połowa pielęgniarek, a tylko 11,5% w związku z zakłuciem w czasie pracy zawodowej. Profilaktykę anty-HIV po zakłuciu/skaleczeniu w miejscu

**Rycina 5. Częstość zakłuć/skaleczeń w czasie wykonywania pracy zawodowej**



**Rycina 6. Odsetek pielęgniarek zakładających powtórnie osłonki na igły w poszczególnych miejscach pracy**



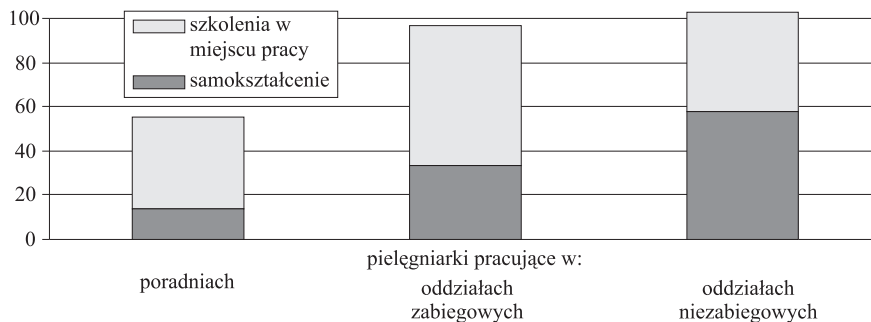
\* – oznaczono istotność statystyczną w stosunku do pielęgniarek pracujących w przychodni,  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$

pracy stosowało 57 osób (27%), najczęściej pracujących w oddziałach zabiegowych ( $\chi^2 = 6,69$ ,  $p = 0,01$  w stosunku do pracujących w przychodni).

Wiedzę na temat zagrażających zakażeń w miejscu pracy 62% pielęgniarek zdobywa poprzez samokształcenie.

Prawie wszystkie pielęgniarki wyraziły chęć udziału w szkoleniu dotyczącym narażenia na zakażenia w pracy. Jedynie dwie pielęgniarki, jedna pracująca w oddziale zabiegowym i jedna w oddziale niezabiegowym nie są zainteresowane takimi szkoleniami (rycina 7).

**Rycina 7. Sposób zdobywania wiedzy dotyczącej zagrożeń zawodowych przez ankietowane pielęgniarki**



## Wnioski

1. Deklarowana wiedza nie odzwierciedla bezpiecznego wykonywania pracy zawodowej w zakresie stosowania uniwersalnych środków bezpieczeństwa pracy.
2. Specyfika pracy, staż pracy i wykształcenie nie wpływa na częstość ekspozycji zawodowych na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny.
3. Istnieje stała potrzeba kształcenia średniego personelu medycznego w zakresie stosowania podstawowych środków zmniejszających ryzyko zakażenia zawodowego.

## Piśmiennictwo

1. Poradnik dla pielęgniarek i położnych: AIDS. Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarskiej. Red. Grajcarek A. Warszawa 1999.
2. Calver J.: Occupational health services. *Am. J. Infect Control*, 1997, 25: 363–5.
3. De Carli G., Puro V., Ippolito G.: Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV Group. Risk of hepatitis C virus transmission following percutaneous exposure in healthcare workers. *Infection*, 2003, 31 Suppl 2: 22–7.
4. Gerberding J. L.: Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and cytomegalovirus among health care personnel at a risk of blood exposure: a final report a longitudinal study. *J. Infect Dis.*, 1994, 170: 1410–17.
5. Alam M.: Knowledge, attitudes and practices among health care workers on needle – stick injuries. *Ann Saud Med*, 2002, 22: 5–6, 396–98.

6. Alter H. J., Seef L. B.: Recovery, persistence and sequelae in hepatitis C infection: a perspective on long-term outcome. *Sem Liver Dis*, 2000, 20: 17–35.
7. Angelillo I. F., Mazziotta A., Nicotera G.: Nurses and hospital infection control: knowledge, attitudes and behaviour of Italian operating theatre staff. *J Hosp Infect*, 1999, 42: 105–12.
8. Bell D. M., Shapiro C. N., Ciesielski C. A., Chamberland M. E.: Preventing bloodborne pathogen transmission from health-care workers to patients: the CDC perspective. *Surg Clin North Am*, 1995, 75: 189–203.
9. Rogowska-Szadkowska D.: Sposoby zmniejszania ryzyka zakażenia i postępowanie po kontakcie z wirusem HIV. Szczecin 1999.
10. Lymer U. B., Shultz A. A., Isaksson B.: A descriptive study of blood exposure incidents among healthcare workers in a university hospital in Sweden. *J Hosp Infect*, 1997, 35: 223–35.

Renata Maria Chmura<sup>1</sup>, Agnieszka Bielemuk<sup>1</sup>,  
Bożena Samujło<sup>1</sup>, Małgorzata Strankowska<sup>1</sup>

## Wpływ czynników środowiska pracy i relacji społecznych na występowanie zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

„(...) Wypalenie jest następstwem...  
Sama jestem wygaszona, gdyż...  
*Wszystko oddałam innym*  
A dla mnie nic nie zostało (...)”

D. Greitmeyer „Wypalenie”

Wspólnym motywem dla osób podejmujących pracę w zawodach społecznych, takich jak: nauczyciel, lekarz, pracownik socjalny, policjant i pielęgniarka, czyli opartych na emocjonalnych i bliskich relacjach z drugim człowiekiem, jest chęć niesienia pomocy innym, zrobienia czegoś dla nich lub z nimi oraz wpływanie na ich życie. Jednakże zdarza się, że praca danej osoby dotyczy stresującego środowiska, a nie wspierającego oraz zamierzone cele są zbyt wzniosłe i nie do osiągnięcia. Wówczas taka osoba doświadcza porażki i dochodzi do zespołu wypalenia zawodowego, obejmującego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz poczucie braku osiągnięć osobistych.

Wśród przyczyn zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek wyróżnia się negatywne i uciążliwe cechy tego zawodu, tj.: wymagania wynikające ze specyfiki pracy (praca zmianowa; kontakt z wydzielinami, odchodami, brudem; praca fizyczna nieuchronna przy pielęgnacji i zabiegach), obciążenia psychiczne, niskie zarobki, zła współpraca zespołu leczącego, brak warunków do leczenia (zbyt mało liczny w stosunku do liczby pacjentów personel pielęgniarski), niski status zawodowy, zła współpraca z pacjentem i jego rodziną.

Postulaty zapobiegania wypaleniu zawodowemu obejmują głównie rozpowszechnianie wiedzy o opisywanym syndromie, zminimalizowanie negatywnych skutków stresu wśród pielęgniarek przez wsparcie zasobów osobowościowych i materialnych oraz umocnienie motywacji i poprawienie warunków pracy personelu średniego. Należy w zakładach opieki zdrowotnej wdrożyć systemowy program naprawczy dla pielęgniarek, którego rezultatem między innymi

---

<sup>1</sup> SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku



mi powinien być konstruktywny sposób komunikacji w zespole kierowników z podwładnymi i pacjentami oraz wewnętrznie spójne zespoły pielęgniarские oraz wykształcić pielęgniarki terapeutki na potrzeby realizacji programu profilaktyki syndromu wypalenia zawodowego, skierowanego do przedstawicieli tego zawodu.

**Celem pracy** było określenie czynników środowiska pracy i elementów relacji społecznych, mających wpływ na powstawanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

### **Materiał i metoda**

W badaniach przeprowadzonych w dniach 12–16 lipca 2004 roku wzięło udział 60 pielęgniarek pracujących w SPSK w Białymstoku, na oddziałach internistycznych (Alergologia, Endokrynologia, Kardiologia, Reumatologia, Kardiologia Inwazyjna, Neurologia), chirurgicznych (Neurochirurgia, Chirurgia Ogólna, Urologia, Ortopedia) oraz intensywnej terapii (Intensywna Opieka Neurochirurgiczna, Intensywna Terapie, Intensywna Opieka Kardiologiczna).

Do badań wykorzystano kwestionariusz mierzenia „Skali odczuć zawodowych” J. Fenglera, który zawierał 22 twierdzenia dotyczące własnej osoby, uszeregowane w trzy podskale, odpowiadające wyróżnionym przez Ch. Maslach wymiarom wypalenia zawodowego: wyczerpaniu emocjonalnemu (9 pozycji), depersonalizacji (5 pozycji), poczuciu braku osiągnięć osobistych (8 pozycji), na które badane odpowiadały „TAK” lub „NIE”. Miarą wypalenia w zawodzie była suma odpowiedzi twierdzących w skali I i II oraz odpowiedzi przeczących w skali III.

Poza tym wykorzystano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, zawierający grupy pytań dotyczące: czynników środowiska pracy i relacji społecznych mających wpływ na powstawanie ZWZ u pielęgniarek oraz ich poziomu wiedzy na temat opisywanego zjawiska.

### **Wyniki**

Z analizy uzyskanych danych wynika, że wśród ogólnie badanych 60 pielęgniarek u 25% można stwierdzić wypalenie zawodowe, natomiast u 75% badanych to zjawisko nie występuje.

Natomiast wysoki poziom wypalenia stwierdza się u 4 badanych pielęgniarek, średni u 3, pozostałe 8 badanych znajduje się w początkowym stadium opisywanego zjawiska. Istotny jest także fakt, iż wśród 75% pielęgniarek uznanych za nie wypalone, 10 z nich wykazuje znaczne predyspozycje do rozwoju typowych dla wypalenia zawodowego objawów.

Wśród ogólnie badanych 60 pielęgniarek było 20 przedstawicielek oddziałów internistycznych, 20 przedstawicielek oddziałów chirurgicznych i 20 pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii.

Tabela I. Wypalenie zawodowe u badanych pielęgniarek

| Wypalenie zawodowe | Liczba badanych pielęgniarek |     |
|--------------------|------------------------------|-----|
|                    | Liczba                       | %   |
| Wypalenie          | 15                           | 25  |
| Brak wypalenia     | 45                           | 75  |
| Ogółem             | 60                           | 100 |

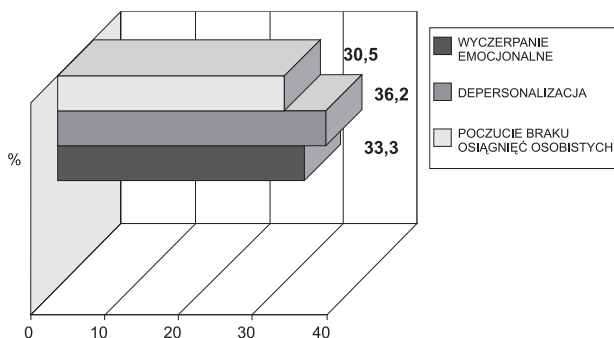
Tabela II. Praca na danym oddziale a wypalenie zawodowe wśród badanych pielęgniarek

| Miejsce pracy (oddziały) | Wypalenie zawodowe |    |                       |    |               |     |
|--------------------------|--------------------|----|-----------------------|----|---------------|-----|
|                          | Wypalenie (N=15)   |    | Brak wypalenia (N=45) |    | Ogółem (N=60) |     |
|                          | L                  | %  | L                     | %  | L             | %   |
| Internistyczne           | 6                  | 30 | 14                    | 70 | 20            | 100 |
| Chirurgiczne             | 1                  | 5  | 19                    | 95 | 20            | 100 |
| Intensywnej Terapii      | 8                  | 40 | 12                    | 60 | 20            | 100 |

Z analizy danych zawartych w tabeli II wynika, iż specyfika pracy na danym oddziale szpitalnym łączy się z występowaniem wypalenia w zawodzie pielęgniarki, ponieważ najczęściej wypalają się pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii. Zjawisko to dotyczy 40% badanej grupy. Z kolei u co 3 pielęgniarki pracującej na jednym z oddziałów internistycznych także występuje ten problem. Natomiast tylko w przypadku 1 z badanych 20 pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych, można stwierdzić syndrom wypalenia zawodowego.

Istnieją trzy wymiary wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i poczucie braku osiągnięć osobistych.

Wykres 1. Objawy wypalenia występujące u badanych pielęgniarek



Z analizy danych zawartych na powyższym wykresie wynika, iż 33,3% wskazań pozwala potwierdzić występowanie wyczerpania emocjonalnego wśród badanych pielęgniarek. Natomiast najczęściej pojawiającym się objawem wypalenia jest depersonalizacja, ponieważ dotyczy ona 36,2% wskazań wśród badanych pielęgniarek. Z kolei poczucie braku osiągnięć osobistych jest charakterystyczne dla 30,5% odpowiedzi, sugerujących ten objaw wśród badanych uznanych za wypalone.

Na środowisko pracy pielęgniarki składają się takie elementy, jak: przestrzeń do pracy, obsada pielęgniarska na danym oddziale, ilość pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę, wyposażenie w sprzęt medyczny i urządzenia pomocnicze, narażenie na szkodliwe czynniki (biologiczne, fizyczne, chemiczne) oraz praca w systemie zmianowym. Natomiast istotnym elementem w środowisku pracy, którego nie należy pominąć są panujące tam relacje społeczne, zwłaszcza te dotyczące współpracy w zespole terapeutycznym oraz relacje z pacjentami i ich rodzinami.

W pracy przyjęto podział obsady pielęgniarskiej na liczbę pracujących w niej pielęgniarek:

- mała (1–2 pielęgniarki)
- średnia (3–4 pielęgniarki)
- duża (powyżej 5 pielęgniarek).

**Tabela III. Obsada pielęgniarska a wypalenie zawodowe**

| Obsada pielęgniarska       | Wypalenie zawodowe |      |                       |      |               |       |
|----------------------------|--------------------|------|-----------------------|------|---------------|-------|
|                            | Wypalenie (N=15)   |      | Brak wypalenia (N=45) |      | Ogółem (N=60) |       |
|                            | L                  | %    | L                     | %    | L             | %     |
| Mała (1–2 pielęgniarki)    | 5                  | 15,6 | 27                    | 84,3 | 32            | 100,0 |
| Średnia (3–4 pielęgniarki) | 10                 | 35,7 | 18                    | 64,3 | 28            | 100,0 |
| Duża (powyżej 5)           | –                  | –    | –                     | –    | –             | –     |

Z analizy uzyskanych danych wynika, że w małej obsadzie na dyżurach w szpitalu pracuje 5 badanych wypalonych zawodowo pielęgniarek, natomiast 10 z nich najczęściej współpracuje z 3–4 innymi pielęgniarkami. Z kolei na oddziałach szpitalnych brak na dyżurach obsady pielęgniarskiej powyżej 5 osób, co wskazuje na znaczne obciążenie przy tak dużej liczbie obowiązków.

Podział liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę obejmował grupy:

- mała (1–2 pacjentów)
- średnia (3–4 pacjentów)
- duża (6–8 pacjentów).

**Tabela IV. Liczba pacjentów na 1 pielęgniarkę na dyżurze a wypalenie zawodowe**

| Liczba pacjentów na 1 pielęgniarkę | Wypalenie zawodowe |    |                       |    |               |       |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----|---------------|-------|
|                                    | Wypalenie (N=15)   |    | Brak wypalenia (N=45) |    | Ogółem (N=60) |       |
|                                    | L                  | %  | L                     | %  | L             | %     |
| Mała (1–2 pacjentów)               | 1                  | 50 | 1                     | 50 | 2             | 100,0 |
| Średnia (3–4 pacjentów)            | 2                  | 20 | 8                     | 80 | 10            | 100,0 |
| Duża (6–8 pacjentów)               | 12                 | 25 | 36                    | 75 | 48            | 100,0 |

Z analizy tabeli IV wynika, iż tylko 1 badana wypalona zawodowo pielęgniarka pracuje z małą liczbą (1–2) pacjentów, a 2 wypalone opiekują się średnią liczbą (3–4) pacjentów. Natomiast aż 12 pielęgniarek uznanych za wypalone pełni swoje obowiązki w dużej grupie pacjentów (6–8). Z kolei wśród badanych pielęgniarek uznanych za nie wypalone największa liczba, bo aż 36 pielęgnuje dużą grupę pacjentów. Fakt ten wynika ze specyfiki pracy na danym oddziale i oznacza, że pielęgniarki pracują ze zbyt dużą liczbą pacjentów, co w konsekwencji mogłoby prowadzić do wypalenia w zawodzie.

Natomiast biorąc pod uwagę, iż u ogólnie badanych 60 pielęgniarek tylko w przypadku 15 stwierdzono opisywany syndrom, nie można więc potwierdzić hipotezy z części metodologicznej.

W ankiecie pielęgniarki miały do wyboru następujące stwierdzenia na określenie wyposażenia oddziałów w sprzęt medyczny:

- nowoczesny i skutecznie ułatwiający pracę
- nieskuteczny, bo przestarzały
- zawsze dostępny
- często brakuje sprzętu niezbędnego.

**Tabela V. Wyposażenie oddziału w sprzęt medyczny a wypalenie zawodowe**

| Sprzęt medyczny (odpowiedzi)              | Wypalenie zawodowe |      |                       |       |               |       |
|---|--------------------|------|-----------------------|-------|---------------|-------|
|   | Wypalenie (N=15)   |      | Brak wypalenia (N=45) |       | Ogółem (N=60) |       |
|   | L                  | %    | L                     | %     | L             | %     |
| Nowoczesny i skutecznie ułatwiający pracę | 13                 | 38,2 | 21                    | 61,8  | 34            | 100,0 |
| Nieskuteczny, bo przestarzały             | –                  | –    | 3                     | 100,0 | 3             | 100,0 |
| Zawsze dostępny                           | 1                  | 12,5 | 7                     | 87,5  | 8             | 100,0 |
| Często brakuje sprzętu niezbędnego        | 1                  | 6,7  | 14                    | 93,3  | 15            | 100,0 |

Z analizy tabeli V wynika, że z „nowoczesnym i skutecznie ułatwiającym pracę” sprzętem medycznym pracuje 13 wypalonych zawodowo pielęgniarek oraz 21 uznanych za nie wypalone. Z kolei bardzo ważny jest fakt, iż 14 z nie wypalonych zawodowo pielęgniarek przyznało, iż „często brakuje sprzętu niezbędnego”, co stanowi istotny problem dla bezpieczeństwa pacjenta i pracującej pielęgniarki.

W zawodowej pracy pielęgniarek bardzo ważnym elementem jest narażenie na szkodliwe czynniki środowiska pracy. Analiza danych pozwala stwierdzić, że pielęgniarki za najbardziej obciążający czynnik w swojej pracy uważają stres (22,2% – wypalonych), kontakt z czynnikami chemicznymi (17,7% – wypalonych, 15,4% – nie wypalonych) i biologicznymi (17,7% – wypalonych, 23,5% – nie wypalonych), a także duże obciążenie pacjentami (13,3% – wypalonych, 13,2% – nie wypalonych).

Pomimo tego, iż większość badanych pielęgniarek pracuje w systemie dwuzmianowym, czyli pełni dyżury 12-godzinne, dzień/noc (20,8% – wypalonych), to nie ma to bezpośredniego wpływu na powstawanie u nich wypalenia zawodowego, a w związku z tym nie potwierdza się kolejna hipoteza badawcza.

Istotnym elementem w środowisku pracy pielęgniarki są panujące tam relacje społeczne, a zwłaszcza te, które dotyczą współpracy w zespole terapeutycznym oraz relacje z pacjentami i ich rodzinami. Pielęgniarka powinna umieć skutecznie porozumiewać się zarówno z pacjentem, jak i jego bliskimi, gdyż jest to istotny czynnik w procesie opieki, leczenia i rehabilitacji. Podobnie jest podczas współpracy w zespole terapeutycznym, co pozwoli na całkowitą realizację zamierzonych celów i spełnienie oczekiwań.

Relacje społeczne w środowisku pracy pielęgniarki mogą stanowić czynnik stresujący, dlatego należy zwrócić uwagę jak pielęgniarki oceniają swoje stosunki interpersonalne w miejscu pracy i które z nich uważają za najbardziej stresujące.

**Tabela VI. Stresujące relacje w pracy pielęgniarki a wypalenie zawodowe**

| Stresujące relacje w pracy pielęgniarki | Wypalenie zawodowe |      |                       |       |               |       |
|---|--------------------|------|-----------------------|-------|---------------|-------|
|   | Wypalenie (N=15)   |      | Brak wypalenia (N=45) |       | Ogółem (N=60) |       |
|   | L                  | %    | L                     | %     | L             | %     |
| Z chorymi                               | –                  | –    | 4                     | 100,0 | 4             | 100,0 |
| Z przełożonymi                          | 2                  | 13,3 | 13                    | 86,7  | 15            | 100,0 |
| Z grupą współpracowników                | 3                  | 25,0 | 9                     | 75,0  | 12            | 100,0 |
| Z rodziną pacjentów                     | 10                 | 34,4 | 19                    | 65,5  | 29            | 100,0 |

W wyniku analizy powyższej tabeli stwierdza się, iż co 5 pielęgniarka wypalona za stresujące uważa relacje z grupą współpracowników, 2 z nich relacje

z przełożonymi, a najwięcej, bo aż 10 za najbardziej stresujące w swojej pracy postrzega relacje z rodziną pacjentów, podobnie jak 19 pielęgniarek uznanych za nie wypalone.

Jednym z najlepszych sposobów obrony przed czymś niepokojącym jest świadomość istnienia danego problemu. Dlatego bardzo ważne jest czy współczesna pielęgniarka zna zagrożenia, jakie niesie za sobą zjawisko wypalenia zawodowego, czy potrafi skutecznie mu zapobiegać oraz na jaką pomoc i ze strony jakich „instytucji” może liczyć.

Uzyskane wyniki wskazują, iż pielęgniarki zarówno te uznane za wypalone (7), jak i nie wypalone (22) znają problem wypalenia bardzo dobrze. Podobnie jak większość (8 – wypalonych, 22 – nie wypalonych), które słyszały o tym problemie, ale nie znają szczegółów. Dane zgadzają się z wygłaszanymi przez pielęgniarki wypowiedziami podczas badań, typu: „O znów to wypalenie zawodowe!”, „Tak znam ten problem, ponieważ dotyczy mnie on bezpośrednio”, „Gdzieś słyszałam, ale dokładnie to nie wiem na czym to polega?”. Natomiast tylko 1 z badanych pielęgniarek uznanych za nie wypalone słyszała pierwszy raz o tym zagrożeniu zawodowym, potwierdzając to słowami: „Co? O czym Pani mówi, a czego to dotyczy? Mnie? Nie, na pewno nie!”.

**Tabela VII. Ocena pomocy i zapobiegania zjawisku wypalenia w zawodzie pielęgniarki**

| Ocena pomocy i zapobiegania wypaleniu | Wypalenie zawodowe |      |                       |       |               |       |
|---------------------------------------|--------------------|------|-----------------------|-------|---------------|-------|
|                                       | Wypalenie (N=15)   |      | Brak wypalenia (N=45) |       | Ogółem (N=60) |       |
|                                       | L                  | %    | L                     | %     | L             | %     |
| Wystarczająca pomoc                   | –                  | –    | 2                     | 100,0 | 2             | 100,0 |
| Niewystarczająca pomoc                | 3                  | 11,1 | 24                    | 88,9  | 27            | 100,0 |
| Brak pomocy                           | 12                 | 38,8 | 19                    | 61,2  | 31            | 100,0 |

Analiza tabeli VII pozwala stwierdzić, że najwięcej, bo 31 pielęgniarek (12 – wypalonych, 19 – nie wypalonych) uważa, iż brak pomocy dla osób zagrożonych tym zjawiskiem, podobnie jak ta część, która uważa tę pomoc za niewystarczającą (3 – wypalone, 24 – nie wypalone), najczęściej uważając, iż pielęgniarki mogą liczyć na siebie i własne pomysły, co dobrze odzwierciedla używane przez nie powiedzenie – „Umiesz liczyć, licz na siebie!”. Jednak to, co najbardziej uderza w wypowiedziach to fakt, iż tylko 1 z badanych pielęgniarek uznała, że może liczyć na pomoc ze strony „zarządu” szpitala, podczas gdy inne odpowiadają – „Władze? Brak zainteresowania z ich strony tym problemem!”, czyli jest źle, bo przecież to „pracodawca” powinien dbać o swojego pracownika.

Pielęgniarki nie znają konkretnych skutecznych sposobów walki z wypaleniem zawodowym, w związku z czym nie stosują ich praktycznie, a argumentują to najczęściej stwierdzeniem, że „Brak szkoleń i warsztatów dotyczących tego problemu”.

### Wnioski

1. Z analizy badań wynika, że opisywane zjawisko występuje u 25% badanych i objawia się depersonalizacją oraz wyczerpaniem emocjonalnym przez co może obniżać się poziom świadczonych usług.
2. Postawione hipotezy dotyczące wpływu organizacji środowiska pracy pielęgniarki i relacji społecznych na powstawanie zespołu wypalenia zawodowego u badanych, nie uzyskały potwierdzenia.
3. Wiedza pielęgniarek na temat opisywanego zjawiska jest niewystarczająca i dlatego dzięki różnym metodom pomiaru syndromu wypalenia i przeprowadzonym za pomocą nich badaniom naukowym, należy popularyzować wiedzę na ten temat i gromadzić niezbędne informacje do tworzenia programów profilaktycznych dla osób narażonych zawodowo na tą współczesną „chorobę zawodową”.

### Piśmiennictwo

1. Bagińska H., *Stres pracy zmianowej*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, kwiecień 1999.
2. Fengler J., *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
3. Formański J., *Zespół wypalenia zawodowego jako skutek dehumanizacji pracy pielęgniarek*, Humanizacja Pracy, nr 3/1997.
4. Knypl K., *Wypalenie zawodowe*, Miesięcznik STOMOZ, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej, nr 9/2001.
5. Marcinkowski J. T. (red.), *Higiena. Profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
6. McKay M., Davis M., Fanning P., *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
7. Modzelewska T., Kulik T. B., *Zachowania prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego*, Pielęgniarka i Położna, nr 10/2002.
8. Modzelewska T., *Zespół wypalenia zawodowego w opinii pielęgniarek*, Pielęgniarka i Położna, nr 11/2002.
9. Morawska B., *Wypalenie zawodowe u katechetów*, Katecheta, nr 5/2001.
10. Nyklewicz W., *Co zagraża pielęgniarce*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 9/2001.
11. Płotka A., Pitek A., Makara-Studzińska M., *Zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych*, Pielęgniarstwo 2000, nr 6 (47), 99.
12. Sęk H., *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
13. Szlendak B., *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek*, Pielęgniarka i Położna, nr 7/2000.

Tamara Szczurak<sup>1</sup>, Beata Kamińska<sup>2</sup>, Andrzej Szpak<sup>2</sup>

## Subiektywne symptomy zmęczenia na pielęgniarskich stanowiskach pracy w ocenie obciążenia psychicznego

### Wstęp

Czynnikiem charakteryzującym pracę i warunki jej wykonywania, który jednocześnie wpływa na uciążliwość jest między innymi obciążenie psychiczne. W przypadku pielęgniarek wynika ono przede wszystkim ze specyfiki pracy wśród ludzi chorych i cierpiących [1].

Jeżeli przyjmiemy, że obciążenie psychiczne odnosi się do subiektywnej reakcji pracownika na wymagania pracy, to jego wielkość zależy od trudności zadania, oddziaływania środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz indywidualnych możliwości [2].

Zarówno w przeszłości, jak i obecnie, nie maleje zainteresowanie możliwościami poprawy warunków wykonywanej pracy oraz zmniejszeniem jej kosztu biologicznego. Badaniem wzajemnych relacji pomiędzy pracownikiem a pozostałymi elementami środowiska pracy zajmuje się ergonomia. Dąży się w niej do minimalizowania skutków obciążenia pracą i występujących przy tym zagrożeń, przy maksymalnym wykorzystaniu osiągnięć techniki [3]. Po raz pierwszy pojęcia ergonomia użył polski przyrodnik W. B. Jastrzębowski (1857) dla określenia nauki o używaniu nadanych człowiekowi od Stwórcy sił i zdolności [4]. Termin *ergonomia* powstał z połączenia dwóch słów pochodzenia greckiego: *ergon*, które oznacza pracę i *nomos* – prawo, zasada. M. Krauze zdefiniował ergonomię z medycznego punktu widzenia, nazywając ją ekologią przemysłową. W takim znaczeniu nie ogranicza się ona tylko do opisu i analizy środowiska pracy, ale dąży do zaadaptowania tego środowiska do wymagań anatomiczno-fizjologicznych organizmu pracującego człowieka, wykorzystując w tym celu wszelkie dostępne środki [4].

---

<sup>1</sup> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Na Sienkiewicza”

<sup>2</sup> Zakład Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Białymstoku



Metody i techniki ergonomiczne są chętnie wykorzystywane w usprawnianiu pracy. Współcześnie nie sposób analizować przebiegu pracy zatrudnionych bez wcześniejszego przeprowadzenia badań ergonomicznych.

Praca pielęgniarek należy do jednej z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych. Wiąże się z ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego. Wymaga stałej dyspozycyjności i radzenia sobie z wymogami stanowiska pracy. Niewątpliwie występuje w niej obciążenie psychiczne zarówno umysłowe, jak i emocjonalne [5].

## Cel pracy

Celem pracy była próba oceny obciążenia psychicznego na pielęgniarskich stanowiskach pracy na podstawie subiektywnego odczucia zmęczenia. Analizie poddano jedno z trzech kryteriów – aktywność.

W następujący sposób sformułowano główne pytanie problemowe:

*Jakie jest obciążenie pracą na stanowisku pielęgniarki na podstawie subiektywnych symptomów zmęczenia?*

Pytanie główne uzupełniono szczegółowymi:

1. Jaki jest stopień spadku aktywności pielęgniarek pracujących w systemie 12- i 8-godzinnym w poszczególnych przedziałach czasowych?
2. Czy praca pielęgniarek na dwóch różnych oddziałach (kardiologia i chirurgia) ma wpływ na stopień spadku aktywności?
3. Jaki jest ogólny spadek aktywności na poszczególnych zmianach roboczych?

## Materiał i metoda

W badaniach posłużono się metodą standaryzowaną – kwestionariuszem japońskim. Umożliwia on analizę obciążenia psychicznego na podstawie subiektywnego odczucia zmęczenia w zakresie trzech objawów: „A” – aktywność, „B” – motywacja, „C” – projekcja zmęczenia fizycznego. Tego typu pomiar oparty na ogólnych i czułych wskaźnikach dostarcza podstawowych informacji o istocie obciążenia psychicznego [6]. Kwestionariusz został opracowany przez H. Yoshitake w 1967 roku dla potrzeb badawczych Komitetu Badań nad Zmęczeniem Przemysłowym Japońskiego Towarzystwa Medycyny Przemysłowej [7]. Stosowany w badaniach własnych do oceny obciążenia psychicznego pielęgniarek kwestionariusz japoński zmodyfikowano w porównaniu z oryginałem. Modyfikacja dotyczyła liczby pytań i ich treści [2]. Kwestionariusz zawiera 30 sformułowań charakteryzujących aktualne samopoczucie badanego. W ocenie subiektywnego odczucia zmęczenia pracownik zaznacza swoje aktualne samopoczucie na 5-stopniowej skali, w którą wyposażone jest narzędzie. Wskaźnik ogólnego zmęczenia określa się na podstawie procentowego wskaźnika częstości występowania objawów zmęczenia wg wzoru:

$$\% \text{ wskaźnik częstości występowania objawów zmęczenia} = \frac{\text{liczba punktów}}{\text{maksymalna liczba punktów}} \times 100\%$$

gdzie:

- liczba punktów oznacza sumę punktów dla danego objawu A, B, C,
- max liczba punktów wynosi  $4 \times 10 \times$  liczba badanych osób.

Badanie przeprowadzono w styczniu 2007 roku w dwóch oddziałach klinicznych – kardiologii i chirurgii. Objęto nim pielęgniarki pracujące w systemie 12-godzinny (dyżur dzienny) i 8-godzinny (dyżur rankowy). Uzyskano 108 subiektywnych ocen poczucia zmęczenia. Do przeprowadzenia badań zaangażowano studentki magisterskich studiów zaocznych Wydziału Pielęgniarstwa AM w Białymstoku. Pielęgniarki zatrudnione w systemie dwuzmianowym określiły swoje samopoczucie: na początku pracy, w połowie trwania dyżuru i pod koniec zmiany roboczej, zaś pracujące na trzy zmiany – na początku i na koniec pracy.

Wiek badanych w obu grupach był podobny. Najliczniejszą stanowiły pielęgniarki w przedziale od 31 do 40 lat (40% w oddziale chirurgii i 45% w oddziale kardiologii). Największą grupą pod względem stażu pracy w obu oddziałach były pielęgniarki, które przepracowały od 16 do 25 lat. W oddziale kardiologicznym ich procentowy udział wyniósł 50%, zaś w oddziale chirurgicznym 40%.

## Wyniki badań

Analizie poddano pierwszą grupę symptomów zmęczenia – „A” aktywność. Pytania zawarte w części A kwestionariusza dotyczyły następujących zagadnień: chciałabym/chciałbym się położyć, czuję się senna/y, mam zawroty głowy, mam zmęczone oczy, czuję się ociężała/y, mam zmęczone nogi, moje ruchy są niezręczne, czuję zmęczenie całego ciała, mam ciężką głowę, ziewam. Według przyjętego wzoru, określającego wskaźnik ogólnego zmęczenia, dokonano obliczeń spadku aktywności pielęgniarek uwzględniając godziny pomiaru w ciągu zmiany roboczej.

Interpretując wartości procentowe wskaźników zmęczenia w grupie A dotyczącej aktywności pielęgniarek pracujących w systemie 12-godzinny (tab. 1) zauważono, że w chwili rozpoczęcia dyżuru wskaźnik spadku aktywności (A) wyniósł 11,07% na kardiologii i 15,22% na chirurgii. Największy spadek aktywności na początku pracy odnotowano w systemie 8-godzinny (23,75%) na kardiologii. Wskazuje to na obniżoną aktywność już w momencie rozpoczęcia pracy.

Po 12-godzinny dyżurze odnotowano 5,2-krotny spadek aktywności w oddziale kardiologii i nieco mniejszy, ale znaczący, bo 3,8-krotny w oddziale chirurgii. Procentowy wskaźnik spadku aktywności wyniósł odpowiednio 58,03% (kardiologia) i 57,95% (chirurgia).

**Tabela 1. Ocena obciążenia pracą na podstawie subiektywnego odczucia zmęczenia w odsetkach w grupie A – spadek aktywności. System pracy 12-godzinny**

| Praca w systemie 12 h           |             |           |
|---------------------------------|-------------|-----------|
| Godzina badania                 | Kardiologia | Chirurgia |
| Na początku zmiany 7:00         | 11,07%      | 15,22%    |
| W połowie zmiany roboczej 13.00 | 18,92%      | 31,13%    |
| Po zakończeniu pracy 19:00      | 58,03%      | 57,95%    |
| Ogólny spadek aktywności        | 29,34%      | 34,77%    |

Poddając analizie stopień spadku aktywności kolejno o godz. 7.00, 13.00 i 19.00 należy stwierdzić, że największy spadek aktywności wystąpił w godz. 13.00–19.00.

Podczas trwania dyżuru 8-godzinnego największy spadek aktywności po pracy (27,78%) w stosunku do początku dyżuru (6,94%) zanotowano na oddziale chirurgii (tab. 2).

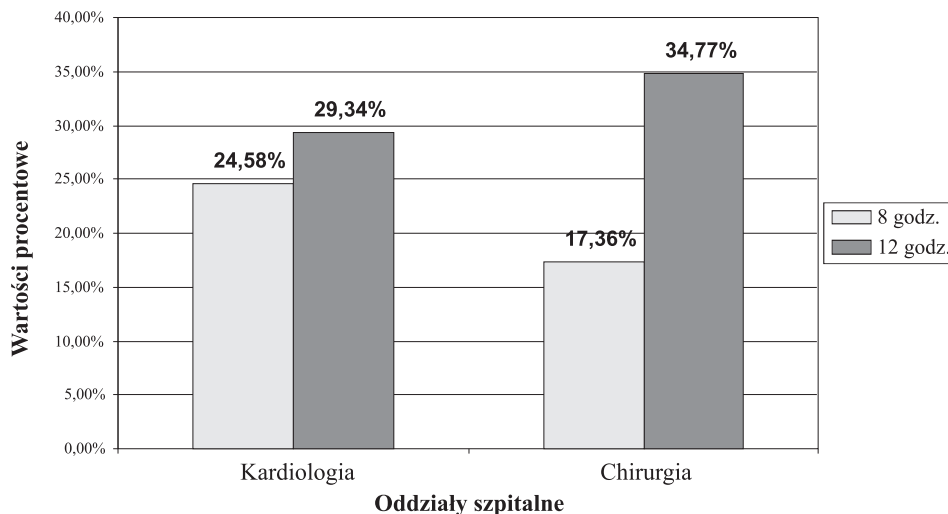
**Tabela 2. Ocena obciążenia pracą na podstawie subiektywnego odczucia zmęczenia w odsetkach w grupie A – spadek aktywności. System pracy 8-godzinny**

| Praca w systemie 8 h       |             |           |
|----------------------------|-------------|-----------|
| Godzina badania            | Kardiologia | Chirurgia |
| Na początku zmiany 7:00    | 23,75%      | 6,94%     |
| Po zakończeniu pracy 14:35 | 25,41%      | 27,78%    |
| Ogólny spadek aktywności   | 24,58%      | 17,36%    |

Większy ogólny spadek aktywności wystąpił wśród pielęgniarek pracujących w systemie 12-godzinnym. Na oddziale chirurgii był on dwukrotnie większy (ryc. 1).

### Omówienie wyników

W niniejszej pracy dokonano analizy tylko jednej grupy objawów zmęczenia – grupy „A” aktywność. Chcąc określić ogólne obciążenie psychiczne należałoby poddać analizie kolejne dwie grupy objawów – „B” motywacja i „C” projekcja zmęczenia fizycznego. Systemem pracy preferowanym przez większą część personelu pielęgniarskiego jest system 12-godzinny. Korzyści w tym systemie pracy widzą także pracodawcy, z uwagi na możliwość oszczędniejszego gospodarowania etatami [1, 8]. Preferencje dotyczące czasu trwania i pory dyżuru związane są

**Rycina 1. Ogólny spadek aktywności w dwóch systemach pracy**

głównie z życiem pozazawodowym. Jednak praca w systemie dwunastogodzinnym wiąże się z większym obciążeniem zarówno fizycznym jak i psychicznym na stanowisku pracy pielęgniarki. Na skutek znużenia psychicznego, wzrostu zmęczenia obniża się jakość wykonywanej pracy, zwiększa się liczba popełnianych błędów [8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że spadek aktywności, a tym samym przyrost poczucia zmęczenia był większy u pielęgniarek na dyżurach dwunastogodzinnym. Potwierdzeniem mogą być wyniki badań Gawęł określające średni czas reakcji sprawności psychofizycznej pielęgniarek z obu systemów w ciągu doby. Najdłuższy średni czas reakcji występował w grupie pielęgniarek zatrudnionych w systemie 12-godzinnym, przy czym dotyczył pory nocnej [9].

Z badań procesu pracy przeprowadzonych w zakładach opieki zdrowotnej wynika, iż pielęgniarki podlegają nadmiernemu obciążeniu fizycznemu i psychicznemu, na co istotny wpływ mają: organizacja pracy, wyposażenie techniczne oraz warunki lokalowe [6].

Łączne zastosowanie kwestionariusza japońskiego i metody szacunkowej, która pomija subiektywne uwarunkowania pozwoliłoby na bardziej wnikliwą analizę obciążeń psychicznych na stanowiskach pracy [2, 10].

## Wnioski

1. Ogólny wskaźnik spadku aktywności pielęgniarek zatrudnionych w systemie dwunastogodzinnym wyniósł 29,34% (oddział kardiologii) oraz 34,77% (oddział chirurgii). W systemie ośmiogodzinnym odpowiednio 24,58% i 17,36%. Ogólny spadek aktywności był na pograniczu małego i średniego.

2. Spadek aktywności na oddziale kardiologii i chirurgii był podobny. Specyfika oddziałów nie wpłynęła na stopień spadku aktywności.
3. Należy przyjąć, że jakość i wydajność pracy w systemie ośmiogodzinnym jest lepsza, a ryzyko popełnienia błędu mniejsze, gdyż w systemie dwunastogodzinnym wystąpił znacznie większy spadek aktywności.

## Piśmiennictwo

1. Kułagowska E.: Ergonomiczne aspekty uciążliwości pracy w placówkach służby zdrowia, (w:) Ergonomia w opiece zdrowotnej, Konińska M., Niebrój L., Eukrasia, vol. 4, Śląska AM, Katowice 2003, s. 15–20.
2. Gawęł G.: Analiza obciążenia psychicznego na pielęgniarskich stanowiskach, (w:) Zarządzanie w pielęgniarstwie, Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Lublin 2005, 434–438.
3. Kowal E.: Ekonomiczno-społeczne aspekty ergonomii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Poznań 2002.
4. Rosner J.: Ergonomia, PWE, Warszawa 1985.
5. Sheridan T. B., Stassen H. G.: Definitions, models and measures of human workload, (w:) Morray N. (red.), Mental workload. Its theory and measurement, New York, Plenum Press 1979.
6. Hart S. G., Staveland L. E.: Development of NASA – TLX (Task Load Index): Results of empirical and theoretical research, (w:) Hancock, Meshkati N. (red.), Human mental workload, Amsterdam, Elsevier Science Publ. B. V. 1998.
7. Yoshitake H.: Three Characteristic Patterns of Subjective Fatigue Symptoms, Ergonomics, 1978, vol. 21, No 3, s. 231–233.
8. Gawęł G.: Obciążenie pracą zmianową pielęgniarek i położnych. Materiały z konferencji: Zarządzanie Opieką Pielęgniarską w Reformowanym Systemie Ochrony Zdrowia, Lenartowicz H. (red.), Kraków 1997, 100–108.
9. Gawęł G.: Poczucie zmęczenia u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym 8- i 12-godzinnym, (w:) Ergonomia w opiece zdrowotnej, Konińska M., Niebrój L., Eukrasia, vol. 4, Katowice 2003.
10. Dudek B.: Psychiczne obciążenie pracą, pomiar – czynniki warunkujące – skutki: rozprawa habilitacyjna 1992, s. 48.



*Promocja zdrowia  
i edukacja zdrowotna*







Teresa Paszek<sup>1</sup>, Zofia Sienkiewicz<sup>1</sup>,  
Irena Wrońska<sup>1</sup>

## Zastosowanie poradnictwa w praktycznej działalności pielęgniarki

### Wprowadzenie

Podanie jednoznacznej definicji i zakresu poradnictwa jest bardzo trudne, ponieważ istnieje wiele poglądów na ten temat. Ogólnie, poradnictwo określamy jako dążenie do optymalizacji działań w różnych dziedzinach życia dla ulepszenia pewnej rzeczywistości, poprzez stosowanie określonych środków i sposobów postępowania [1]. Celem poradnictwa jest rozwój osobowości człowieka, profilaktyka i prognoza, korekcja i stymulacja. W literaturze najczęściej poradnictwo analizuje się jako działanie społeczne i uwzględnia się w nim takie elementy, jak: dwa działające podmioty, tj. doradcę oraz radzącego się, warunki działania, stosowane metody i środki oraz określony cel działania [1]. Poradnictwo obejmuje szeroki i różnorodny zakres działań: dostarczanie informacji, udzielanie porad, wyjaśnień, instruowanie, wspieranie, uwrażliwienie, motywowanie, przy których formułowaniu niezbędna jest wiedza z różnych dziedzin życia. W poradnictwie pielęgniarskim będzie to wiedza z zakresu pielęgnowania zdrowia. Działalność poradnicza związana jest z ogólną koncepcją człowieka i w zależności od niej przybiera różne odmiany. Wyróżniamy trzy główne odmiany poradnictwa (z których każde oparte jest na innej koncepcji psychologicznej): poradnictwo dyrektywne oparte na koncepcji behawioralnej i psychoanalitycznej człowieka; poradnictwo liberalne oparte na koncepcji humanistycznej; poradnictwo dialogowe (edukacyjne) oparte na poznawczej koncepcji człowieka. Według O. Czerniawskiej możemy wymienić między innymi następujące dziedziny poradnictwa: prawne, zdrowotne, wychowawcze, zawodowe, rodzinne, oświatowe, religijne, gospodarstwa domowego i wielozakresowe [1]. W pielęgniarstwie ważną rolę spełnia poradnictwo, które jest związane z pielęgnowaniem zdrowia we wszystkich jego wymiarach: zdrowie jednostki, grupy (rodziny), społeczności; w różnych fazach (etapach) życia człowieka: dzieciństwa, młodości, dorosłości,

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Akademia Medyczna w Warszawie

starości; w różnych sytuacjach związanych ze zdrowiem: w zdrowiu, gdy przewiduje się jakieś niekorzystne tendencje do jego rozwoju i utrzymania, gdy jest już zagrożone, a gdy siły człowieka i jego potencjał zdrowia jest już bardzo obniżony [1]. Pielęgniarka jako profesjonalistka i specjalista z zakresu pielęgnowania może w różnych sytuacjach udzielać porad w pełni formalnych, chociaż nie jest zawodowym doradcą. Według S. Ziemińskiego porad może udzielać każdy specjalista w zakresie nauk praktycznych, czy umiejętności praktycznych [1].

Celem pracy jest próba oceny wiedzy pielęgniarki z zakresu poradnictwa i jej zastosowanie w praktycznej działalności.

W ostatnich latach zagadnieniom poradnictwa zaczęto poświęcać więcej uwagi, ponieważ uznano, że jest ono potrzebne ludziom we wszystkich obszarach aktywności i na drodze ich indywidualnego rozwoju, towarzyszy w kolejnych etapach życia, pomagając rozwiązywać problemy istniejące i przewidywane [2]. Mało jest najnowszej literatury z zakresu poradnictwa. W latach siedemdziesiątych zorganizowano kilka specjalnych konferencji i sesji międzynarodowych poświęconych poradnictwu.

### **Materiał i metoda badawcza**

Badania zostały przeprowadzone w grudniu 2006 roku i w lutym 2007 roku wśród pielęgniarek studiujących na Wydziale Nauki o Zdrowiu w Akademii Medycznej w Warszawie. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu skonstruowano kwestionariusz ankiety skierowany do pielęgniarek, które mają różne miejsca pracy. Badaniami objęto 213 pielęgniarek. W analizie statystycznej wykorzystano metodą opisową i testu Chi-kwadrat na niezależność. W analizie materiału badawczego poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jak oceniają pielęgniarki swoją wiedzę z zakresu poradnictwa?
2. Jakie formy działania stosują pielęgniarki w poradnictwie?
3. Jakie rodzaje poradnictwa pielęgniarki stosują w swojej pracy zawodowej?

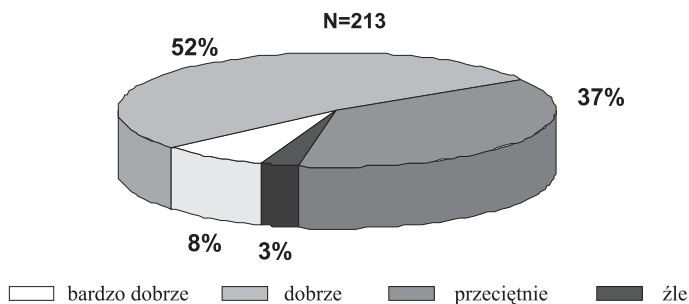
Założono, że pielęgniarki:

- w praktycznej działalności częściej stosują poradnictwo: pielęgniarskie, zdrowotne niż wychowawcze, rodzinne, liberalne, dialogowe, prawne, okolicznościowe i dyrektywne;
- w poradnictwie częściej stosują dostarczanie informacji, motywowanie i wyjaśnianie niż inne formy działania.

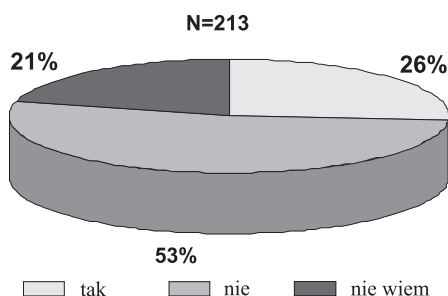
### **Rezultaty**

Badane osoby to kobiety. Wiek badanych waha się w przedziale od 20–50 lat. Najwięcej kobiet jest w przedziale wiekowym 31–40 lat – 52%, w przedziale 41–50 lat – 27%, zamężnych 60%, stanu wolnego – 37%, żyjących w konkubi-

Rycina 1. Ocena wiedzy z zakresu poradnictwa

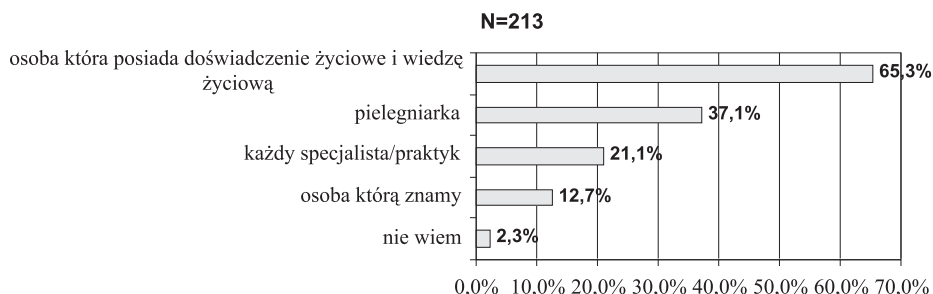


Rycina 2. Wystarczająca wiedza z zakresu poradnictwa u pielęgniarek

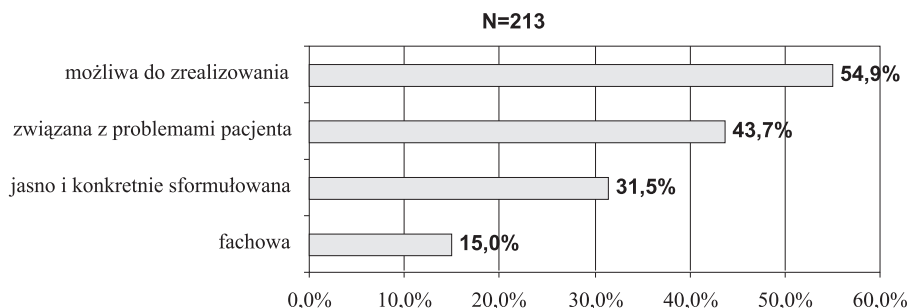


nacie – 3%. Wykształcenie wyższe licencjackie posiada 51%, Liceum Medyczne – 37%, Medyczne Studium Zawodowe – 12%. Najwięcej pielęgniarek pracuje w oddziale specjalistycznym – 55%, w oddziale chirurgicznym i w podstawowej opiece zdrowotnej po 15%, w oddziale dziecięcym – 9%, najmniej w oddziale wewnętrznym – 5%. Najwięcej osób jest ze stażem pracy do 10 lat – 29%, staż pracy do 15 lat – 25%, do 20 lat – 23%, powyżej 20 lat – 17%, a najmniej do 5 lat – 14%. Badane pielęgniarki ogólną wiedzę z zakresu poradnictwa oceniają pozytywnie, jednak uważają, że ich wiedza jest niewystarczająca. Wiedzę z zakresu poradnictwa obrazuje Ryc. 1. Badane najczęściej oceniają wiedzę z zakresu poradnictwa: 52% dobrze, 37% przeciętnie, 8% bardzo dobrze. 53% badanych uważa, że ich wiedza z zakresu poradnictwa jest niewystarczająca, 26% uważa, że jest wystarczająca, a 21% nie wie czy ich wiedza jest wystarczająca (Ryc. 2). Test zależności stochastycznej przy użyciu statystyki Chi-kwadrat wykazał słabą zależność między wiekiem a oceną wiedzy z zakresu poradnictwa: liczba stopni swobody = 9, Chi-kwadrat = 33,72, Chi-kwadrat (wartość krytyczna dla poziomu istotności  $\alpha = 0,05$ ) = 16,92, poziom istotności krytycznej  $\alpha_{kr} = 0,0001$ , współczynnik V-Cramera = 0,23%. Cechy doradcy obrazuje Ryc. 3. Badane uważają, że poradę powinna udzielać: osoba, która posiada doświadczenie życiowe i wiedzę zawodową – 65,3%, pielęgniarka – 37,1%, każdy specjalista/praktyk

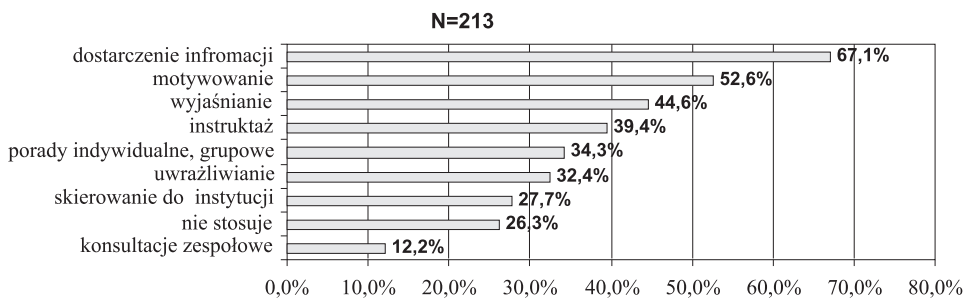
Rycina 3. Cechy doradcy



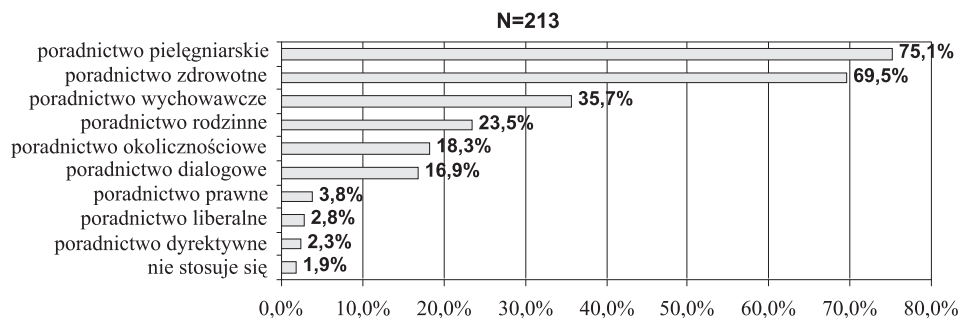
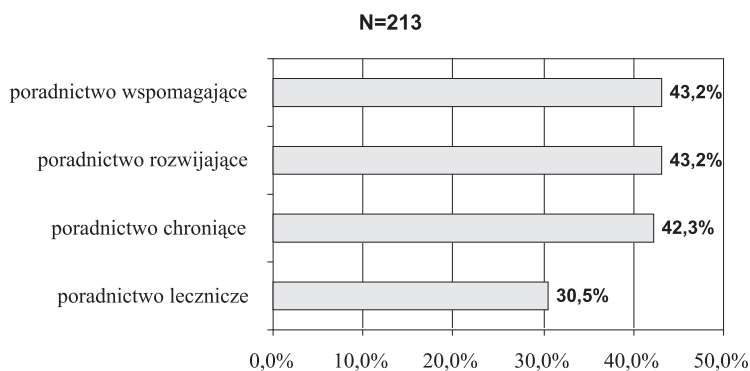
Rycina 4. Cechy porady



Rycina 5. Formy działania stosowane w poradnictwie pielęgniarskim



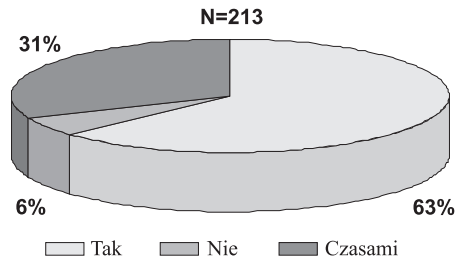
– 21,7%, osoba, którą znamy i darzymy zaufaniem – 12,7%, nie wie kto może być – 2,3%. Cechy porady obrazuje Ryc. 4. Pielęgniarki uważają, że porada powinna być: możliwa do zrealizowania – 54,9%, związana z problemami pacjenta – 43,7%, jasno i konkretnie sformułowana – 31,5%, fachowa – 15,0%. Pielęgniarki stosują różne formy działania w poradnictwie, ale najczęściej dostarczanie informacji, motywowanie i wyjaśnianie, obrazuje Ryc. 5. Badane stosują w poradnictwie: dostarczanie informacji – 67,1%, motywowanie – 52,6%, wyjaśnianie – 44,6%, instruktaż – 39,4%, porady indywidualne i grupowe – 34,3%,

**Rycina 6. Poradnictwo stosowane w pracy pielęgniarki****Rycina 7. Poradnictwo, które może być wykorzystane w pielęgniarstwie**

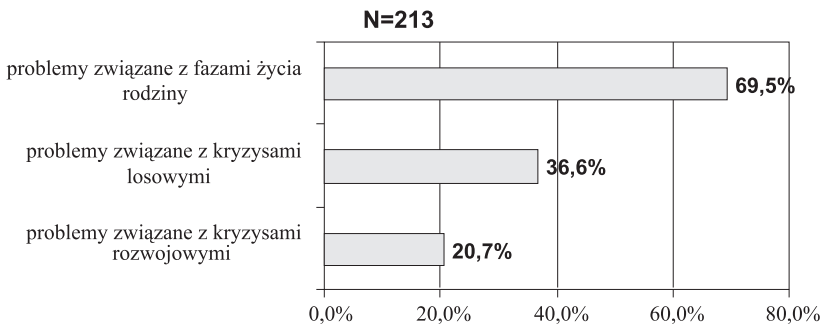
uwrażliwienie – 32,4%, skierowania do instytucji – 27,7%, konsultacje zespołowe – 12,2%, nie stosuje – 26,3%. Pielęgniarki stosują różne rodzaje poradnictwa w swojej pracy, ale najczęściej poradnictwo: pielęgniarskie i zdrowotne, obrazuje Ryc. 6. Najwięcej badanych stosuje poradnictwo: pielęgniarskie – 75,1% i zdrowotne – 69,5%, następnie poradnictwo wychowawcze – 35,7%, rodzinne – 23,5%, okolicznościowe – 18,3%, dialogowe – 16,9%, najmniej poradnictwo: dyrektywne – 2,3%, liberalne – 2,8%, prawne – 3,8%. 1,9% nie stosuje poradnictwa. Test zależności stochastycznej przy użyciu statystyki Chi-kwadrat wykazał słabą zależność między wiekiem a rodzajami poradnictwa stosowanymi w pracy pielęgniarki: liczba stopni swobody = 27, Chi-kwadrat = 56,57, Chi-kwadrat (wartość krytyczna dla poziomu istotności  $\alpha = 0,05$ ) = 40,11, poziom istotności krytyczny  $\alpha_{kr} = 0,0007$ , współczynnik V-Cramera = 0,19.

Poradnictwo, które może być wykorzystane w pielęgniarstwie obrazuje Ryc. 7. Jednakowy procent badanych, po 43,1% uważa, że w pielęgniarstwie może być wykorzystane poradnictwo: rozwijające i wspomagające (podtrzymujące), poradnictwo chroniące (zabezpieczające) – 42,3%, poradnictwo lecznicze – 30,5%. Pielęgniarki w pracy zawodowej potrzebna jest wiedza z zakresu poradnictwa

**Rycina 8. Zastosowanie wiedzy z zakresu poradnictwa rodzinnego w pracy pielęgniarki**



**Rycina 9. Przedmiot porady w rodzinie**



rodzinnego. Zastosowanie wiedzy z zakresu poradnictwa rodzinnego w pracy pielęgniarki obrazuje Ryc. 8. Większość badanych – 63% uważa, że pielęgniarki w pracy zawodowej potrzebna jest wiedza z zakresu poradnictwa rodzinnego, 31% czasami, a 23,5% badanych stosuje w pracy zawodowej poradnictwo rodzinne (Ryc. 6). Przedmiot porad w rodzinie obrazuje Ryc. 9. Najwięcej badanych uważa, że przedmiotem porad w rodzinie są problemy związane z fazami życia rodziny – 69,5 %, problemy związane z kryzysami losowymi – 36,6%, a najmniej badanych – 20,7% uważa, że problemy są związane z kryzysami rozwojowymi.

## Dyskusja

Poradnictwo pielęgniarskie rozumiemy jako działanie towarzyszące innym fachowym czynnościom podejmowanym przez pielęgniarkę. Może być ono działaniem okolicznościowym, jak też celowo zorganizowanym o charakterze promującym, wspomagającym, jak i wskazującym na potrzebę korygowania własnych zachowań, podejmowane w kontakcie z jednostką, jak i z grupą (np. rodziną) w formie dialogu [1]. Poradnictwo może być stosowane w pracy pielęgniarki. Z badań wynika, że pielęgniarki częściej stosują poradnictwo: pielę-

gniarskie i zdrowotne niż inne rodzaje poradnictwa. W praktyce pielęgniarskiej poradnictwo ma na celu rozwinięcie działań wychowawczych, opiekuńczych, socjalnych do wspierania i wspomagania rozwoju człowieka w zdrowiu [1]. Z badań wynika, że pielęgniarki w swojej pracy najmniej stosują poradnictwo: dyrektywne, liberalne, prawne, dialogowe. Poradnictwo dyrektywne jest zbudowane na koncepcji człowieka biernego. W mniej skrajnej formie, która polega na przekazywaniu informacji i propagowaniu przez doradcę najlepszych rozwiązań dla radzącego może być wykorzystane w praktyce pielęgniarskiej, zwłaszcza gdy osoba radząca się oczekuje od pielęgniarki bardzo konkretnych informacji na interesujący ją temat [1]. Poradnictwo liberalne jest nastawione na rozwiązywanie sytuacji problemowych z uwzględnieniem wewnętrznych przeżyć jednostki. Według C. Rogers doradcę w tym poradnictwie powinna charakteryzować: *kongregacja*, czyli bycie tym, kim jest; empatia, czyli zrozumienie tego, co się w kim dzieje; niezaborcza życzliwość i ciepło: bezwarunkowa akceptacja (4). W praktyce pielęgniarskiej możliwość stosowania poradnictwa liberalnego jest ograniczona, ponieważ wymaga od doradcy głębokiej i specjalistycznej wiedzy psychologicznej. W poradnictwie dialogowym proces poradniczy przyjmuje najczęściej postać dialogu. W pielęgniarstwie ten rodzaj poradnictwa powinien być szerzej praktykowany pod warunkiem, że w przygotowaniu się do niego należałoby pogłębić własne kompetencje z zakresu komunikowania (rozumienia radzącego się i prowadzenia dialogu) oraz podnieść ogólny poziom wiedzy (1). Z badań wynika, że pielęgniarki ogólną wiedzę z zakresu poradnictwa oceniają pozytywnie, ale uważają, że ich wiedza jest niewystarczająca. Poradnictwo wymaga od osób zajmujących się tymi zagadnieniami interdyscyplinarnego przygotowania merytorycznego. W poradnictwie pielęgniarskim, a szczególnie w środowiskowym/rodzinnym pielęgniarka współpracuje najczęściej z rodziną, która daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa, akceptacji i oparcia, sprawują opiekę nad swoimi członkami w zdrowiu i w chorobie. Opieka ta ma charakter złożony i wielostronny [5]. Z badań wynika, że u 63% badanych w działalności praktycznej potrzebna jest wiedza z zakresu poradnictwa rodzinnego, a stosuje ją 23,5%. Do zadań pielęgniarki należy m.in. edukacja zdrowotna, a w tym konsultacje i doradztwo w stosunku do osób, rodziny i jej członków w sprawach zdrowia, a w szczególności promocji zdrowia, zapobieganie chorobom, postępowanie w chorobie i prowadzonej terapii z uwzględnieniem zapobiegania nawrotom i powikłaniom oraz radzenie sobie w życiu z chorobą, w rehabilitacji [3]. Poradnictwo zdrowotne stanowi szczególną wartość w promowaniu i ochronie zasobów zdrowia człowieka/rodziny lub ich odtwarzaniu. Pielęgniarka środowiskowa/rodzenna jako doradca i konsultant proponuje rozwiązania dotyczące zmiany zachowań i stylu życia [1]. Z badań wynika że pielęgniarki często stosują w swojej pracy poradnictwo zdrowotne – 69,5%. W pielęgniarstwie może być wykorzystane poradnictwo: rozwijające, wspomagające, chroniące i lecznicze. Obecnie przyjmuje się, że poradnic-

two ma charakter pomocy sytuacyjnej, która pojawia się w sytuacji nowej, trudnej, problemowej lub gdy człowiek przewiduje, że tego rodzaju sytuacja może nastąpić [1].

## **Wnioski**

1. Pielęgniarki uważają, że w pracy zawodowej jest niezbędna wiedza z zakresu poradnictwa.
2. Badania potwierdziły hipotezę, że pielęgniarki w praktycznej działalności stosują wszystkie rodzaje poradnictwa (pielęgniarskie, zdrowotne częściej, niż poradnictwo: wychowawcze, rodzinne, okolicznościowe, prawne, liberalne i dyrektywne) i częściej stosują w poradnictwie dostarczanie informacji, motywowanie i wyjaśnianie niż inne formy działania.

## **Piśmiennictwo**

1. Kawczyńska-Butrym Z.: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i Praktyka. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
2. Czerniawska O.: Poradnictwo dla osób starszych. W: Poradnictwo w okresie transformacji kulturowej. Red. A. Kargulowa. Wrocław 1995.
3. Zespół Ekspertów: Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowej/ rodzinnej. W: „Pielęgniarstwo 2000”. Wkładka specjalna nr 2, s. 4, CEM, Warszawa 1995.
4. Wojtasik B.: Doradca zawodu. Studium teoretyczne z zakresu poradoznawstwa. Wrocław 1994.
5. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzinny kontekst zdrowia i choroby. Warszawa 1995, 105.



Remigiusz Filarski<sup>1</sup>, Radosław Majewski<sup>1</sup>

## Ocena zawartości tłuszczów w jadłospisach w przedszkolach na terenie Białegostoku

### Wstęp

Żywnienie należy do podstawowych czynników środowiskowych wpływających na stan zdrowia i jakość życia człowieka. Ma ono szczególne znaczenie w okresie rozwojowym i na wszystkich jego etapach, a coraz więcej danych wskazuje, że przez racjonalne żywnienie dzieci można zapobiegać lub ograniczać ryzyko występowania wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby metaboliczne, alergiczne i inne [9, 13, 14].

Według danych GUS w Polsce w roku szkolnym 2005/2006 ok. 45% dzieci w wieku 3–6 lat uczęszcza do przedszkoli, gdzie zwyczajowo spożywa 3 posiłki dziennie (2 posiłki główne tj. śniadanie i obiad i jeden posiłek dodatkowy, czyli drugie śniadanie bądź podwieczorek). Przyjmuje się, że taki układ diety przedszkolnej powinien w 70% pokrywać dobowe zapotrzebowanie na składniki odżywcze, a więc sposób żywnienia dzieci w znacznym stopniu zdeterminowany jest przez posiłki przedszkolne, których jakość często budzi zastrzeżenia [2, 5, 3, 7, 16].

W organizmie człowieka tłuszcze stanowią istotny, stały składnik budulcowy. Obok węglowodanów są głównym źródłem energii; warunkują także przyswajanie niektórych substancji biologicznie czynnych nierozpuszczalnych w wodzie. Zwraca uwagę fakt, iż nadmierne spożycie tłuszczów, zwłaszcza tych pochodzenia zwierzęcego, nie jest wskazane. Istnieje bowiem korelacja pomiędzy ilością i rodzajem spożywanego tłuszczu a stanem zdrowia [2].

Powszechnie obserwowaną nieprawidłowością stanowiącą jeden z żywieniowych czynników ryzyka chorób układu krążenia są niewłaściwe proporcje zawartości tłuszczów w diecie oraz preferowanie ich źródeł obfitujących zwłaszcza w te pochodzenia zwierzęcego. Istotną rolę przypisuje się tu nasyconym kwasom tłuszczowym oraz niektórym sterolom (cholesterol). Należy dodać, że

---

<sup>1</sup> Studenckie koło naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Białymstoku

pierwsze zmiany miażdżycowe, na podłożu których powstają kliniczne objawy chorób układu krążenia, rozwijają się już w pierwszym półroczu życia niemowlęcia, a intensywność ich wzrasta wraz z wiekiem. Miażdżycą jest chorobą rozwijającą się już w dzieciństwie, a jej objawy kliniczne najczęściej obserwujemy po 40 r.ż. [3, 10, 17].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena zawartości tłuszczów w diecie dzieci uczęszczających do białostockich przedszkoli, mając na uwadze ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych w późniejszym okresie życia.

## Materiał i metody

Materiał do analizy stanowiły jadłospisy dekadowe realizowane w 5 białostockich placówkach przedszkolnych. Wartość odżywczą jadłospisów oceniano przy pomocy programu komputerowego Dietetyk 2. Analizowano w nich zawartość tłuszczu ogółem, zawartość cholesterolu oraz proporcje poszczególnych grup kwasów tłuszczowych. Uzyskane wyniki porównano z normami Instytutu Żywności i Żywienia na poziomie bezpiecznym i zalecanym dla dzieci w wieku 4–6 lat pomniejszonymi o 30% [2, 18].

## Wyniki i ich omówienie

W tabeli nr 1 przedstawiono średnią zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w analizowanych jadłospisach w pięciu przedszkolach na terenie Białegostoku.

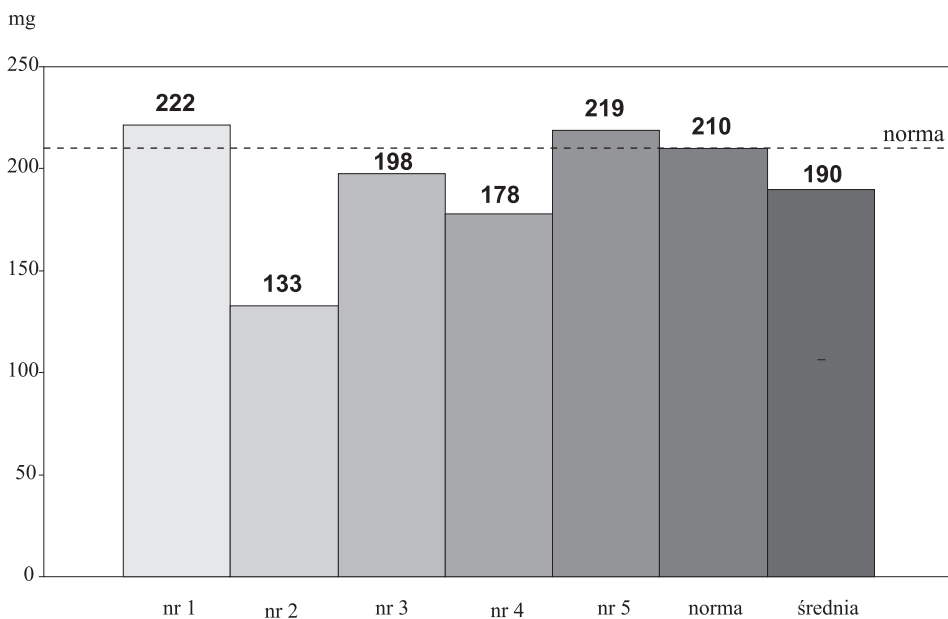
Wartość energetyczna tłuszczów w diecie wynosiła 28,4% i jest to wartość mieszcząca się w zalecanym przedziale dla tej grupy składników (25–30%). W analizowanych jadłospisach zawartość tłuszczów ogółem wyrażona w gramach wynosiła średnio 38,7 g ( $SD \pm 9,1$ ), podczas gdy norma na ten składnik na poziomie zalecanym wynosi 37,1 g. Należy jednak dodać, iż zaobserwowano znaczne różnice w żywieniu dzieci w poszczególnych placówkach, wahające się w przypadku dostarczanego tłuszczu ogółem w granicach 21,8–65,4 g/osobę/dzień.

Zawartość cholesterolu w diecie mieściła się w normie i wynosiła średnio 190 mg ( $SD \pm 83,5$ ) (Rycina 1).

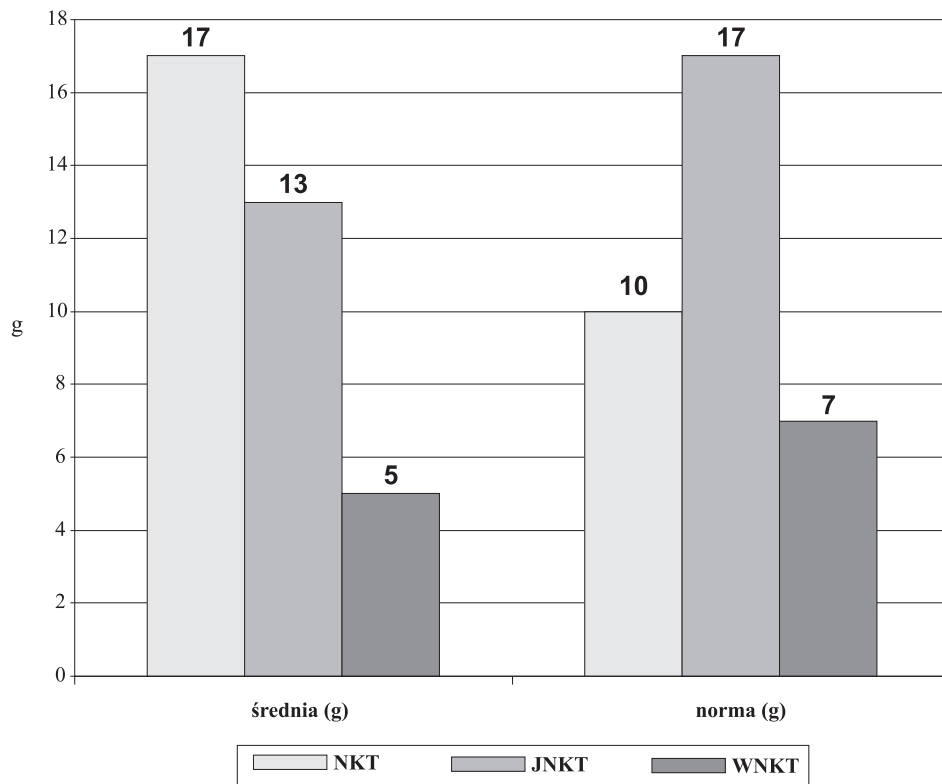
Na rycinie nr 2 zilustrowano uzyskane wyniki porównane z normą na zawartość kwasów tłuszczowych w dietach przedszkolnych. Zaobserwowano nieprawidłowe proporcje pomiędzy poszczególnymi grupami kwasów tłuszczowych. Zawartość kwasów tłuszczowych nasyconych, jednonienasyconych i wielonienasyconych wynosiła odpowiednio 17,0 g ( $SD \pm 4,1$ ), 13,0 g ( $SD \pm 4,1$ ) i 5,0 g ( $SD \pm 2,2$ ).

**Tabela 1. Zawartość tłuszczu ogółem i kwasów tłuszczowych w jadłospisach przedszkolnych realizowanych na terenie Białegostoku**

| Przedszkole   | Tłuszcz (g) | Kwasy tłuszczowe nasycone (g) | Kwasy tłuszczowe jednonienasycone (g) | Kwasy tłuszczowe wielonienasycone (g) |
|---|-------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| nr 1  | 41,7        | 18,6                          | 14,3                                  | 4,9                                   |
| nr 2  | 31,5        | 13,0                          | 10,8                                  | 4,9                                   |
| nr 3  | 37,1        | 16,2                          | 12,4                                  | 5,0                                   |
| nr 4  | 41,8        | 19,1                          | 13,7                                  | 5,4                                   |
| nr 5  | 41,3        | 17,3                          | 15,5                                  | 4,8                                   |
| Średnia ±SD   | 38,7 ± 9,1  | 16,9 ± 4,1                    | 13,3 ± 4,1                            | 5,0 ± 2,2                             |
| % normy przedszkolnej (dobowe zapotrzebowanie pomniejszone o 30%) | 104,3       | 153,4                         | 78,7                                  | 71,9                                  |
| % dobowego zapotrzebowania  | 73,0        | 99,2                          | 53,5                                  | 50,3                                  |

**Rycina 1. Zawartość cholesterolu w jadłospisach przedszkolnych**

Rycina 2. Zawartość kwasów tłuszczowych w jadłospisach przedszkolnych



Zgodnie z zaleceniami FAO/WHO zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych nie powinna przekraczać 10% energii, jednonienasyconych 10–20% i wielonienasyconych 6–7% [2]. Według normy przedszkolnej ilość tych związków wyrażona w gramach powinna stanowić odpowiednio 10,0 g, 17,0 g i 7,0 g.

Analiza jadłospisów przedszkolnych wykazała niepokojący fakt nadmiernego poziomu nasyconych kwasów tłuszczowych w diecie dzieci. Zawartość tej grupy związków o ponad 50% przekraczała normę przedszkolną. Warto podkreślić, że analizowane wyniki nie uwzględniają ilości tłuszczów spożywanych w domu.

Nasycone kwasy tłuszczowe odgrywają istotną rolę w patogenezie chorób układu krążenia, których zasadniczą przyczyną są procesy miażdżycowe. Związki te podnoszą stężenie frakcji LDL cholesterolu w surowicy, ponadto potęgują agregację płytek i aktywność czynnika VII, zwiększając tym samym tendencję prozakrzepową krwi [15].

Dieta bogata w nasycone kwasy tłuszczowe należy do podstawowych czynników ryzyka chorób układu krążenia (tzw. czynników poddających się modyfi-

kacji). Prowadzi ona do powstania nieprawidłowego profilu lipoprotein, a w konsekwencji do rozwoju miażdżycy. Proces ten jest bardzo powolny i zaczyna się już w dzieciństwie, przy czym pierwsze objawy kliniczne mogą ujawnić się w wieku 40 lat. Jeśli miażdżycą dotyczy tętnic wieńcowych objawia się chorobą niedokrwienną serca oraz zawałem mięśnia sercowego, natomiast jeśli dotyczy tętnic mózgowych – udarem mózgu. Proces aterosogenezy może dotyczyć także tętnic kończyn dolnych, co objawia się dolegliwościami bólowymi podczas chodzenia, bólami spoczynkowymi, a nawet martwicą kończyn w bardziej zaawansowanych przypadkach [15, 17].

Jak wynika z badań rodzaj diety wywiera tym większy wpływ na kształtowanie się przemian ustrojowych im młodsze jest dziecko. Błędy dietetyczne popełniane w trakcie prowadzonego żywienia przedszkolaków mogą kształtować w nich złe nawyki żywieniowe oraz przyczyniać się do rozwoju w późniejszym wieku wielu chorób dietozależnych. Wyniki badań amerykańskich wskazują, że już przed 10. rokiem życia, dzieci osiągają poziom podaży lipidów osób dorosłych. Sytuacja ta koreluje ze zwiększonymi stężeniami cholesterolu we krwi, jak i wczesnymi zmianami aterogennymi w naczyniach u tych dzieci. Badania przeprowadzane w Polsce, dotyczące sposobu żywienia dzieci w wieku przedszkolnym, ujawniły wiele nieprawidłowości, zwłaszcza w zakresie nieprawidłowej podaży tłuszczów [1, 3, 6, 8, 9, 12].

European Society of Pediatric Gastroenterology & Nutrition w roku 1994 przedstawiło rekomendacje dotyczące sposobu żywienia dzieci powyżej 3. roku życia. Zakłada się w nich, że w prowadzonym postępowaniu żywieniowym należy koncentrować się głównie na ograniczaniu nasyconych kwasów tłuszczowych oraz kwasów typu trans, a nie na ilości spożywanego tłuszczu ogółem. Należy ograniczyć takie produkty, jak masło, smalec, tłuste mleko, śmietana i sery na rzecz margaryn miękkich, olejów roślinnych, chudych gatunków mięs, drobiu i mleka oraz stopniowo zwiększać spożycie ryb morskich, warzyw i owoców [17].

W roku 1999 ukazał się Polski Konsensus Tłuszczowy, w którym grupa ekspertów różnych towarzystw i instytutów naukowych przedstawiła rekomendacje dotyczące zasad spożycia tłuszczów, m.in. przez dzieci w Polsce. Zakłada się w tym dokumencie, że do 3. roku życia nie należy ograniczać zawartości tłuszczu ogółem. Należy tu jednak szczególnie uwzględnić tłuszcze roślinne jako źródło niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych. Od 3 roku życia zaleca się stopniowe przechodzenie do diety zalecanej dla dorosłych (np. podawanie wysokiej jakości margaryn lub spożywanie większej ilości ryb, zwłaszcza morskich) [11].

Zalecenia Polskiego Konsensusu Tłuszczowego powinny stanowić podstawę profilaktyki chorób układu krążenia, odnośnie ilości i jakości spożywanych tłuszczów. Dotyczy to szczególnie osób decydujących o sposobie żywienia określonych grup populacji (dietetycy, personel przedszkolny, przedstawiciele przemysłu spożywczego itp.).

## Wnioski

1. Udział energii z tłuszczów w pokrywaniu zapotrzebowania energetycznego dzieci przedszkolnych oraz zawartość cholesterolu w ich diecie są zbliżone do zaleceń żywieniowych.
2. Dieta w przedszkolach dostarcza zbyt duże ilości nasyconych kwasów tłuszczowych, co może przyczyniać się do rozwoju miażdżycy.

## Piśmiennictwo

1. Danielewski M. i wsp.: Próba oceny sposobu żywienia dzieci w przedszkolach województwa tarnobrzeskiego w aspekcie ilości i jakości tłuszczów wydzielonych. *Żyw. Człow. i Met.* 1998, 15, 2, 165–175.
2. *Dietetyka żywienie zdrowego i chorego człowieka.* Ciborowska H., Rudnicka A. PZWL Warszawa 2000, 2004.
3. Gawędzki J. i wsp.: Ilościowa i jakościowa ocena spożycia tłuszczów i węglowodanów przez dzieci przedszkolne z różnych środowisk i regionów. *Nowiny Lekarskie*, 2005, 74, 4, 393–395.
4. Gielecińska I.: Cholesterol w diecie niemowląt i małych dzieci – jego źródła i wielkość spożycia. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka.* 2001, 3, 1, 11–14.
5. Główny Urząd Statystyczny: Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2005/2006.
6. Grajeta H. i wsp.: Ocena wartości energetycznej i odżywczej posiłków przedszkolnych. *Rocz. PZH*, 2003, 54, 4, 417–425.
7. Gronowska-Segner A., Drywień M., Hamułka J.: Analiza stanu żywienia dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym w oparciu o istniejące piśmiennictwo z lat 1980–1995. *Rocz. Pań. Zakł. Hig.* 1998, 49, 377–388.
8. Hamułka J., Wawrzyniak A.: Ocena wartości odżywczej jadłospisów dekadowych dzieci w wieku 1–6 lat. *Bromat. Chem. Tioksykol.* 2003, 36, 1, 7–11.
9. Inguś I.: Profilaktyka chorób układu krążenia a sposób żywienia dzieci i młodzieży. *Ped. Prakt.* 1997, 5, 4, 153–159.
10. Kłosiewicz-Latoszek L., Kłosińska I.: Wykrywanie i zapobieganie miażdżycy u dzieci i młodzieży. *Probl. Hig.* 2000 (68): Problemy wieku dojrzewania. Cz. 1: Zdrowie młodzieży s. 55–62. Ogólnopolska konferencja naukowa pt. Problemy wieku dojrzewania Kraków 03–05.12.2000.
11. Kozłowska-Wojciechowska M.: Polski Konsensus Tłuszczowy. *Przew. Lek.* 2000, 6, 92–93.
12. Pawłowska D. i wsp.: Ilościowa ocena jadłospisów dzieci w wieku przedszkolnym z Białegostoku. Konferencja naukowa pt. Pacjent przedmiotem troski zespołu terapeutycznego. Białystok 2005, 2, 37–42.
13. Piotrowska-Jastrzębska J.: Współczesne spojrzenie na żywienie małego i starszego dziecka, *Pol. Med. Rodz.* 2000, 2, 3, 242–243.
14. Socha P.: Znaczenia żywienia w rozwoju dzieci i w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. *Klin. Pediat.* 2003, 11, 5, 557–560.

15. Szostak-Węgierek D.: Nasycone kwasy tłuszczowe i izomery trans a patogeneza i profilaktyka miażdżycy. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*. 2001, 3, 1 19–20.
16. Szponar I., Dyczkowska U., Mielezko T.: Jakość żywienia w przedszkolach. *Pediat. Pol.* 1990, 64, 51–58.
17. Walczak A.: Ograniczenie spożycia tłuszczu – profilaktyka pierwotna miażdżycy u dzieci. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*. 2001, 3, 1 15–17.
18. Ziemiański Ś.: Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy, PZWL, Warszawa, 2001.

Michał Sawicki<sup>1</sup>

## Potrzeba i metody edukacji zdrowotnej wśród młodzieży w wieku 10–16 lat

Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia. Składowymi promocji zdrowia są: lokalna polityka zdrowotna, edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom. Promocja zdrowia przez długi czas skupiała się głównie na „samym zdrowiu”, czyli na jego pozyskaniu, odzyskaniu, utrzymywaniu i wartościowaniu. W pewnym momencie stwierdzono, że aby skuteczniej chronić zdrowie należy skupić się na warunkach w jakich to zdrowie jest pozyskiwane, tracone lub utrzymywane. Lalond zauważył, że styl życia wpływa w 50% na zdrowie (pozostałe to: czynniki środowiskowe 20%, czynniki genetyczne 20%, system opieki zdrowotnej 10%). Tak, więc jak łatwo można wywnioskować, najważniejszymi uwarunkowaniami zdrowia są zachowania osobnicze do których przede wszystkim zaliczyć należy sposób odżywiania i aktywność fizyczną. Obecnie uwarunkowania zdrowia są zasadniczą problematyką, jaką zajmuje się promocja zdrowia. Do podstawowych uwarunkowań zdrowia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza:

1. korzystanie z praw obywatelskich,
2. zatrudnienie,
3. warunki pracy,
4. warunki mieszkaniowe,
5. **kondycja psychofizyczna stosowna do płci i wieku,**
6. wykształcenie,
7. **zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia,**
8. poczucie bezpieczeństwa,
9. możliwość oszczędzania,
10. komunikację i łączność z innymi ludźmi,
11. możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki oraz dostępności odpowiedniej odzieży.

---

<sup>1</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie



W Australii uwarunkowania zdrowia podzielone zostały na 4 grupy czynników ryzyka zdrowotnego<sup>2</sup>. 3 grupa mówi o czynnikach ryzyka wynikających z zachowań osobniczych, wśród których „wysokie” miejsce zajmuje nieprawidłowe odżywianie oraz brak aktywności fizycznej. Model kanadyjski (Kanada niezmiennie od 30 lat jest światowym liderem w dziedzinie promocji zdrowia), jako jedyny w grupie państw wiodących prym w promowaniu zdrowia, zwraca szczególną uwagę na zdrowy rozwój w dzieciństwie, a także kładzie ogromny nacisk na ukształtowanie prawidłowych nawyków prozdrowotnych u dzieci, poprzez kompleksowe programy edukacyjne prowadzone w szkołach i miejscach najczęściej uczęszczanych przez dzieci. Regularny wysiłek fizyczny i racjonalne żywienie uważane są przez specjalistów za najtańszy środek zapobiegawczy przeciwko chorobom układu krążenia (np. choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie) i chorobom cywilizacyjnym (np. cukrzyca, otyłość). Tak więc edukowanie dzieci w wieku szkolnym ma niebagatelne znaczenie dla stanu zdrowia w późniejszym okresie ich życia. Jak widać obydwa czynniki (odżywianie i aktywność fizyczna) występują w każdym modelu uwarunkowań zdrowia.

Istotną przyczyną wielu problemów zdrowotnych współczesnego świata jest brak znajomości podstawowych zasad racjonalnego żywienia przez większość obywateli oraz pozytywnych aspektów regularnego wysiłku fizycznego. Większość osób jest jednak zgodna co do konieczności uświadamiania społeczeństwu wagi znaczenia tych czynników dla zdrowia.

Jednym ze wspomnianych wcześniej składowych promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna. Obejmuje ona działania dostarczające wiedzy, dzięki której możliwa jest zmiana dotychczasowych zachowań zdrowotnych. Znane są trzy modele edukacji zdrowotnej. Pierwszy z nich obejmuje działania mające na celu zapobieganie danej jednostce chorobowej, drugi kładzie nacisk na wyeliminowanie potencjalnych czynników ryzyka, trzeci zaś polega na aktywnym włączeniu jednostki w proces zachowania zdrowia, poprzez zbadanie własnej kondycji zdrowotnej i określenie warunków wpływających na nasze zdrowie. Najlepszym modelem w edukacji dzieci jest ten ostatni. W nim dziecko zdobywa informacje o swoim zdrowiu, a także uczy się je praktycznie wykorzystać. Model ten służy przede wszystkim zmianom postaw młodego człowieka na prozdrowotne.

W swojej pracy skupiłem się na dwóch osobniczych czynnikach warunkujących zdrowie: racjonalnym żywnieniu i aktywności fizycznej. Uważam, że edukacja może, co więcej powinna być prowadzona w szkołach regularnie przez odpowiednio przeszkolonych nauczycieli, higienistów lub profesjonalną kadre żywieniową. Taka kadra nie musiałaby być na stałe związana ze szkołą. Mogłaby przeprowadzać zajęcia edukacyjne gościnnie. Obydwie metody edukacji mają swoje mocne strony. Gdyby prowadzeniem zajęć zajmowałiby się nauczyciele

---

<sup>2</sup> Nutbeam D. (1996) Health outcomes and health promotion: defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 6, 58–60.

szkolni, dobrze znani uczniom i współstanowiący szkolną społeczność – zniknąłby problem nieufności, a także lęk przed nową osobą. Taka metoda miałaby zdecydowanie lepsze zastosowanie w młodszych klasach, gdzie dzieci każdorazowo przeżywają pojawienie się nowej osoby prowadzącej zajęcia. Edukatorowi w takiej grupie ciężiej zdobywa się zaufanie. Natomiast, gdyby takie zajęcia prowadzone były przez osoby z zewnątrz, uczniowie mieliby zapewniony udział grupy ekspertów specjalizujących się tylko w danej dziedzinie. Każda osoba zajmująca się edukacją byłaby specjalistą w swojej dziedzinie. Zajęcia powinny być prowadzone na godzinach wychowawczych (wtedy byłyby to zajęcia obowiązkowe), a dla grupy chętnych i żądnych wiedzy dodatkowe zajęcia fakultatywne mogłyby być organizowane w szkolnej świetlicy. Ogromną rolę widziałbym tutaj dla szkolnej pielęgniarki, która również powinna brać czynny udział w takich zajęciach, wyjaśniając znaczenie i zagrożenie chorób powiązanych bezpośrednio z nieprzestrzeganiem zasad racjonalnego żywienia i brakiem aktywności fizycznej.

Będąc studentem warszawskiej Akademii Medycznej i absolwentem Dietyki, a także jednocześnie instruktorem tenisa stołowego w Gminnym Ośrodku Sportu i Rekreacji w Piasecznie wykorzystuję swoją wiedzę w pracy z dziećmi. Regularnie prowadzę pogadanki żywieniowe z zawodnikami. Szczególną uwagę poświęcam problemowi otyłości. Może być ona przyczyną wielu groźnych dla życia chorób (cukrzyca, choroby serca, zwyrodnienia stawów). Uważam, że im wcześniej dzieci, które regularnie uprawiają sport poznają zasady racjonalnego żywienia, a także dobroczynny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie, tym szybciej zaczną zwracać uwagę na to, w jaki sposób się odżywiają. Przyczyni się to bezpośrednio do zmniejszenia zachorowalności na choroby, które swe podłoże mają w popełnianiu błędów żywieniowych, a także pośrednio poprawi wyniki sportowe młodych zawodników. W pogadankach uczestniczą także rodzice, dla których niejednokrotnie zdobywane informacje są informacjami nowymi. Uczestnictwo rodziców jest bardzo ważnym aspektem, gdyż to w większości oni kształtują postawy zdrowotne i nawyki żywieniowe dzieci (76% ankietowanych odpowiedziało, że wiedzę na temat racjonalnego żywienia czerpie głównie z domu rodzinnego). Dzięki aktywnemu uczestnictwu rodziców program nauki staje się programem kompleksowym. Należy przy tym pamiętać, że na edukację nigdy nie jest za późno. Na podstawie prowadzonych obserwacji zauważam bardzo duże zapotrzebowanie na tego rodzaju zajęcia.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań utwierdzają mnie tylko w tym przekonaniu. Wszystkie ankietowane osoby zaznaczyły, że sposób żywienia bezpośrednio łączy się ze zdrowiem. Dzieci wiedzą, że żywienie jest ważnym elementem warunkującym zdrowie, ponieważ w pytaniu o przydatności zasad racjonalnego żywienia w życiu codziennym 97% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź twierdzącą. Tylko 45% ankietowanych dzieci miało w szkole zajęcia dotyczące zdrowego żywienia – świadczy to o braku odpowiednich pro-

gramów w szkole. Fakt ten kłóci się z kanadyjskim modelem promocji zdrowia, w którym bardzo dużą wagę przywiązuje się do edukacji prozdrowotnej dzieci. A przecież żywienie jest jednym z elementów składowych edukacji prozdrowotnej. 75% młodych respondentów uznała, że zajęcia dotyczące racjonalnego żywienia powinny na stałe zagościć w szkolnych programach nauczania. Jest to bardzo ciekawy wynik, gdyż jeżeli dzieci dostrzegają potrzebę prowadzenia takiego rodzaju zajęć w szkołach – to dlaczego ludzie odpowiedzialni za wdrażanie programów edukacyjno-zdrowotnych w tak małym stopniu dostrzegają ten problem? Aż 76% ankietowanych w pytaniu skąd czerpie wiedzę na temat racjonalnego żywienia na pierwszym miejscu postawiło dom rodzinny, dalej uplasowało się radio i telewizja, a następnie kolorowe czasopisma. Dlatego tak ważne jest stworzenie kompleksowego programu edukacyjnego (tak jak już było wcześniej wspomniane), w którym uczestniczyliby rodzice, tak aby wiedza żywieniowa która wynoszona jest przez dzieci z domu rodzinnego była prawidłowo ugruntowana. Należy podkreślić, że informacje które zamieszczane są w kolorowych czasopismach (przede wszystkim różnego rodzaju diety), a także w telewizji rzadko zgodne są z zasadami racjonalnego żywienia. Tak, więc nie są to najlepsze źródła informacji – podstawowym źródłem informacji, a także edukacji powinna być szkoła. Teza ta znajduje potwierdzenie w wynikach ankiety, gdyż 76% uważa, że wiedza na temat żywienia powinna być przekazywana w szkole. Tym bardziej, że 42% ankietowanych uważa, że ich wiedza żywieniowa jest niewystarczająca i wymaga pogłębienia. Mimo to 55% deklaruje (prawdopodobnie intuicyjnie), że odżywia się raczej poprawnie. Dzieci najchętniej uczestniczyłyby w zajęciach dotyczących żywienia sportowców – ma to związek z tym, że badanie zostało przeprowadzone na grupie regularnie uprawiającej sport. W tym miejscu pragnę zaznaczyć rolę, jaką w przekazywaniu takiego rodzaju wiedzy spełniałaby osoba prowadząca zajęcia sportowe. Powinna to być osoba wykwalifikowana i dobrze znająca tematykę dietetyki sportowej. W tym celu uczelnie wychowania fizycznego powinny obowiązkowo włączyć przedmiot żywienia sportowców. Pragnę zauważyć, że warszawska Akademia Medyczna wprowadziła do swojego programu nauczania taki właśnie przedmiot. Wykładany jest on przyszłym dietetykom w Zakładzie Żywienia Człowieka przez autorytet w dziedzinie żywienia sportowców doc. dr hab. Irenę Celejową. Badana grupa zdaje sobie sprawę z dobroczynnego wpływu wysiłku fizycznego na zdrowie, a także dzieci trenują przynajmniej 3 razy w tygodniu (60% trenuje 3–5 razy w tygodniu, zaś 21% codziennie).

Ankietowane dzieci wiedzą, że sposób żywienia ma wpływ na zdrowie człowieka – niestety, większość z nich nigdy nie miała zajęć z żywienia w szkole. Takie zajęcia powinny się odbywać w każdej szkole – jak widać z przeprowadzonego badania zapotrzebowanie na nie jest duże. Świadczy o tym fakt, że większość z pytanych dzieci chętnie uczestniczyłaby w takich zajęciach, nawet wtedy gdyby były one zajęciami fakultatywnymi.

Dużą rolę spełniałaby szkolna pielęgniarka, która przedstawiałaby tematykę żywieniową i aktywności fizycznej od strony medycznej. Natomiast instruktor sportu powinien być wykształcony w kierunku żywienia w sporcie, tak aby odpowiednio ukierunkować żywieniowo swoich podopiecznych.

Powinny zostać stworzone kompleksowe programy, które w myśl kanadyjskiego modelu uwarunkowań zdrowotnych zapewniałyby zdobywanie wiedzy dzieciom w celu nabycia prawidłowych zachowań zdrowotnych (ze szczególnym uwzględnieniem problematyki żywienia i aktywności fizycznej). Programy te powinny obejmować także rodziców – gdyż to właśnie z domu rodzinnego najczęściej wnoszona jest wiedza na temat żywienia. Należy przy tym pamiętać, że to właśnie rodzice są dla dzieci wzorami do naśladowania i autorytetami, więc o ich edukację również należałoby zadbać. Zajęcia edukacyjne powinny być prowadzone przez profesjonalistów, odpowiednio przygotowanych merytorycznie i praktycznie.

Tego typu program stanowi szansę na poprawę stanu zdrowia populacji. Powinien zostać wdrożony jak najszybciej. Program ten przyczyniłby się do zmniejszenia problemu otyłości, a także zmniejszyłby zachorowalność na choroby dietozależne (np. cukrzyca, choroby serca). Kto wie, może dzięki takim działaniom doczekalibyśmy się w przyszłości spektakularnych wyników sportowych?

Joanna Zalewska-Puchała<sup>1</sup>, Anna Majda<sup>2</sup>,  
Agata Gałuszka<sup>1</sup>, Jolanta Kolonko<sup>1</sup>

## Zachowania zdrowotne studentów a poczucie własnej skuteczności

### Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat poczucie własnej skuteczności stało się na tyle ważnym konstruktym, że zostało włączone do większości teorii zachowania. Skuteczność własna okazała się w wielu badaniach bardzo silnym uwarunkowaniem zdrowia. Ogólny wpływ własnej skuteczności na zachowania zdrowotne przekracza wpływ jakiejkolwiek innej pojedynczej zmiennej [1]. Poczucie własnej skuteczności wyraża subiektywne przekonanie, że środki jakimi dysponuje jednostka, umożliwiają przeprowadzenie zamierzonych działań. Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidzieć intencje działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Wyższe poczucie własnej skuteczności zwiększa motywację do działania, wiąże się z większymi osiągnięciami jednostki i jej lepszym zdrowiem. W modelu Schwarzera, przedstawiającym procesualne podejście do działań zdrowotnych, poczucie własnej skuteczności jako „pozytywny wskaźnik zdrowia”, pełni nadrzędną rolę w przewidywaniu działań zapobiegawczych, w zmianie nawyków szkodliwych i podtrzymywaniu zachowań korzystnych dla zdrowia [2]. Osoby „dysponujące” wysokim poczuciem własnej skuteczności potrafią lepiej korzystać z posiadanych zasobów psychicznych, co umożliwia im aktywne zaspakajanie różnorodnych potrzeb oraz podejmowanie różnych aktywności [3].

„Cechą charakterystyczną aktualnie dokonujących się przemian w dziedzinie zdrowia jest akcentowanie wagi indywidualnych zachowań jako czynnika, od którego zależy utrzymanie zdrowia i jego umacnianie” [4]. Zachowanie optymalnego stanu zdrowia zarówno w sensie funkcjonowania fizycznego, jak i psychicznego wymaga prawidłowego odżywiania, regularnej i stałej aktywności fizycznej w dawce dostosowanej do wieku i możliwości, życia bez nałogów oraz umiejęt-

---

<sup>1</sup> Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Wydział Ochrony Zdrowia, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa

ności skutecznego zwalczania stresów [5]. Prawidłowe zbilansowane żywienie jest jednym z najważniejszych czynników z grupy determinant środowiskowych decydujących o stanie zdrowia dziecka, tempie i poziomie jego fizycznego i psychicznego rozwoju oraz możliwościach percepcyjnych, które z kolei mają doniosłe znaczenie dla tempa i efektów uczenia się [6]. Prawidłowe zachowania zdrowotne są szczególnie ważne w odniesieniu do ludzi młodych, ponieważ rzutują nie tylko na ich zdrowie, ale także zdrowie przyszłego pokolenia. Celem badań było zdiagnozowanie zachowań zdrowotnych młodzieży akademickiej, ocena ich poczucia skuteczności oraz określenie powiązań zachodzących pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi prezentowanymi przez badanych a poczuciem ich własnej skuteczności.

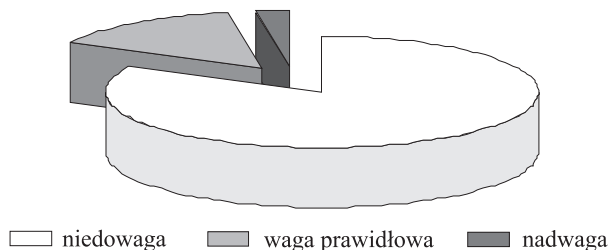
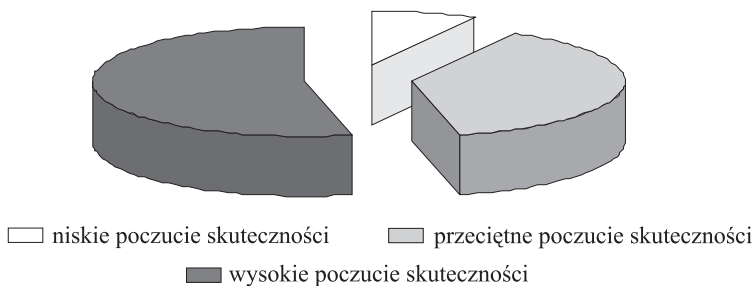
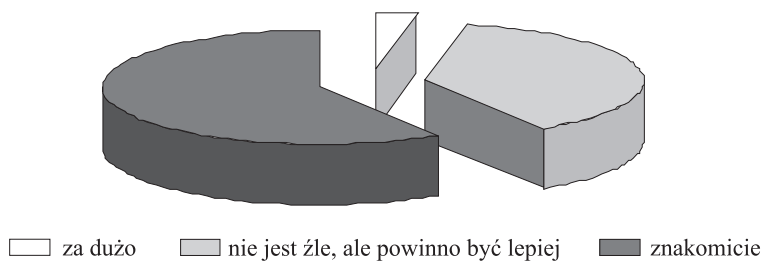
## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowej z następującymi narzędziami badawczymi: Skala Poczucia Własnej Skuteczności (Generalized Sels-Efficacy Scale – GSES R. Schwarzer, M. Jerusalem, adaptacja, Z. Juczyński) [7], autorski Kwestionariusz zachowań zdrowotnych, w którym uwzględniono pytania dotyczące m.in. sposobu żywienia, aktywności fizycznej oraz zachowań związanych z piciem alkoholu i paleniem papierosów, zbadano także wskaźnik BMI. Wyniki uzyskane od grupy 164 studentów I roku kierunku Pielęgniarstwo – licencjat z Krakowa i Bielska-Białej poddano analizie statystycznej przy użyciu testu Chi-kwadrat.

Badani (153 kobiety i 11 mężczyzn) byli w wieku 19 do 33 lat (średnio 21 lat). Większość respondentów pochodziła ze wsi (39,6%), a następnie w kolejności z miast powiatowych (26,8%), wojewódzkich (25%) i małych miasteczek (8,5%). W czasie studiów 49,4% badanych studentów zamieszkiwało w domu rodzinnym, 26,2% w prywatnie wynajmowanych mieszkaniach i 24,4% w akademiach i bursach. Zdecydowana większość badanych to absolwenci Liceum Ogólnokształcącego (86%). Badani pochodzili z rodzin o różnym stopniu zamożności i tak 64% respondentów deklaroowało, iż pochodzi z przeciętnie zamożnej rodziny (dochód na osobę w rodzinie 500–1000 zł), 25,6% z rodzin średnio zamożnych (dochód na osobę w rodzinie poniżej 500 zł), 9,1% zamożnych (dochód na osobę w rodzinie 1000–1500 zł) i 1,2% bardzo zamożnych (dochód na osobę w rodzinie powyżej 1500 zł). Jedynie 14,7% badanych miało prawidłową masę ciała wg wskaźnika BMI, w większości (82,5%) badane osoby cechowały się niedowagą (BMI < 20), a nadwagą – 2,5% (ryc. 1).

## **Wyniki**

W prezentowanej pracy założono hipotezę o związku samoskuteczności z zachowaniami zdrowotnymi, takim jak: spożywanie tłuszczu, błonnika, alkoholu, palenie tytoniu i aktywność fizyczna.

**Rycina 1. Wartość współczynnika BMI u badanych studentów****Rycina 2. Poziom poczucia własnej skuteczności badanych studentów****Rycina 3. Spożywanie tłuszczu w codziennej diecie badanych studentów**

Uzyskane dane wskazują, iż badanych studentów w większości cechuje wysokie (53,7%) lub przeciętne (38,4%) poczucie własnej skuteczności, jedynie 7,9% respondentów posiada niski poziom poczucia skuteczności (ryc. 2).

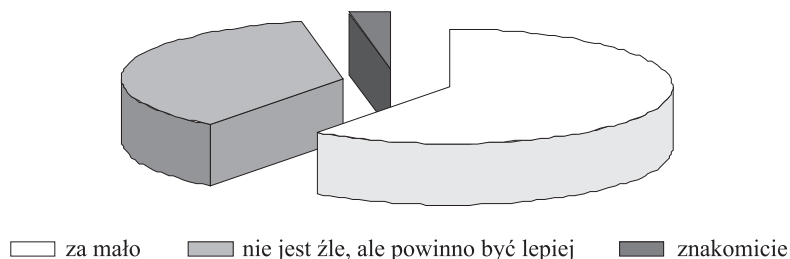
Ponadto, analiza statystyczna uzyskanych danych wykazała, iż na poziom poczucia własnej skuteczności nie mają wpływu takie zmienne, jak: wiek badanych ( $p = 0.297$ ), wykształcenie matki ( $p = 0.784$ ), wykształcenie ojca ( $p = 0.861$ ), zamożność rodziny ( $p = 0.848$ ), miejsce zamieszkania rodziny ( $p = 0.686$ ), miejsce zamieszkania w czasie studiów ( $p = 0.454$ ), ukończona szkoła średnia ( $p = 0.709$ ).

Analiza uzyskanych w badaniu danych wykazała, iż spożywanie tłuszczu u badanej młodzieży utrzymuje się na dobrym poziomie, jedynie 3% respondentów deklaruje nadmierne spożywanie tłuszczu w codziennej diecie (ryc. 3).

**Tabela 1. Zależność pomiędzy poziomem skuteczności a spożywaniem tłuszczu przez badanych studentów**

| Skala skuteczności          | Spożywanie tłuszczu |                                     |            | Poziom istotności statyst.              |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------|------------|---|
|                             | Za dużo tłuszczu    | Nie jest źle, ale powinno być mniej | Znakomicie |   |
| Niskie poczucie (10–24)     | 0                   | 9                                   | 4          | chi <sup>2</sup> = 9.6369,<br>p = 0.047 |
| Przeciętne poczucie (25–29) | 4                   | 20                                  | 39         |   |
| Wysokie poczucie (30–40)    | 1                   | 33                                  | 54         |   |

**Rycina 4. Spożywanie błonnika w codziennej diecie badanych studentów**



W omawianych badaniach wykazano, iż poczucie własnej skuteczności wiąże się z gotowością do spożywania produktów ubogotłuszczowych, albowiem uzyskano statystycznie istotną zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy poziomem skuteczności a spożywaniem tłuszczów przez respondentów (tabela 1) – im wyższy wskaźnik w skali skuteczności tym mniej spożywanych tłuszczów. Nie wykazano natomiast statystycznie istotnej zależności pomiędzy ilością spożywanych w codziennej diecie tłuszczów a wskaźnikiem BMI ( $p = 0.233$ ) i miejscem zamieszkania w czasie studiów ( $p = 0.232$ ).

Wyniki uzyskanych danych pokazały, że jedynie 3% badanych studentów deklaruje spożycie błonnika na poziomie normy żywieniowej, niestety aż 60,4% studentów w swojej codziennej diecie nie przywiązuje wagi do spożywania produktów zawierających błonnik, spożywając go zbyt mało (ryc. 4).

W badaniu statystycznym nie uzyskano potwierdzenia założonej hipotezy o wpływie poczucia własnej skuteczności na spożycie błonnika ( $p = 0.965$ ) oraz o wpływie wskaźnika BMI ( $p = 0.436$ ), uzyskano natomiast statystycznie istotną zależność pomiędzy miejscem zamieszkania w czasie studiów a spożyciem błonnika ( $p = 0.05$ ) wskazującą, iż zamieszkanie w akademiku sprzyja spożywaniu błonnika (tab. 2).

W tabelach 3–6 przedstawiono ryzykowne zachowania zdrowotnie studentów, do których zaliczono palenie tytoniu, picie alkoholu i brak aktywności fizycznej.



**Tabela 2. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania w czasie studiów a spożywaniem błonnika przez badanych studentów**

| Miejsce zamieszkania w czasie studiów | Spożywanie błonnika                  |                                      |            | Poziom istotności statyst.               |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|--|
|                                       | Za mało produktów bogatych w błonnik | Nie jest źle, ale powinno być więcej | Znakomicie |  |
| Dom rodzinny                          | 45                                   | 34                                   | 2          | chi <sup>2</sup> = 12.5914,<br>p = 0.050 |
| Akademik                              | 15                                   | 16                                   | 1          |  |
| Kwaterna prywatna                     | 34                                   | 8                                    | 1          |  |
| Inne                                  | 5                                    | 2                                    | 1          |  |

**Tabela 3. Palenie tytoniu wśród badanych studentów**

| Palenie tytoniu       | N   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| Nigdy nie paliłam     | 116 | 70,7 |
| Paliłam, ale rzuciłam | 13  | 7,9  |
| Palę okazjonalnie     | 26  | 15,9 |
| Palę codziennie       | 9   | 5,5  |

**Tabela 4. Spożycie alkoholu wśród badanych studentów**

| Spożywanie alkoholu         | N  | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Nigdy                       | 31 | 18,9 |
| Raz w miesiącu lub rzadziej | 84 | 51,2 |
| 2–4 razy w miesiącu         | 42 | 25,6 |
| 2–3 razy w tygodniu         | 7  | 4,3  |

Badani studenci deklarują w większości (70,7%), iż nigdy nie palili papierosów, do codziennego (nałogowego) palenia papierosów przyznaje się 5,5% osób. W prezentowanym badaniu nie wykazano istotnej statystycznie zależności ( $p = 0,3$ ) pomiędzy poczuciem skuteczności a paleniem tytoniu, jak również pomiędzy wskaźnikiem BMI ( $p = 0.486$ ) i miejscem zamieszkania podczas studiów ( $p = 0.06$ ) a paleniem tytoniu.

Jak podają respondenci 18,9% z nich nigdy nie piło alkoholu, raz w miesiącu lub rzadziej pije 51,2%, 2–4 razy w miesiącu – 25,6%, a 2–3 razy w tygodniu 4,3% (tab. 4). W pytaniu o ilość jednorazowo spożywanych standardowych porcji alkoholu uzyskano następujące dane: 1–2 porcje 75,9%, 3–4 porcje 19,6%, 5–6 porcji 3%, 10 porcji i więcej 1,5% badanych.

**Tabela 5. Zależność pomiędzy poziomem skuteczności a spożywaniem alkoholu przez badanych studentów**

| Skala skuteczności          | Spożywanie alkoholu |                             |                     |                     | Poziom istotności statyst.               |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|--|
|                             | Nigdy               | Raz w miesiącu lub rzadziej | 2–4 razy w miesiącu | 2–3 razy w tygodniu |  |
| Niskie poczucie (10–24)     | 7                   | 4                           | 2                   | 0                   | chi <sup>2</sup> = 14.7762,<br>p = 0.022 |
| Przeciętne poczucie (25–29) | 14                  | 29                          | 17                  | 3                   |  |
| Wysokie poczucie (30–40)    | 10                  | 51                          | 23                  | 4                   |  |

**Tabela 6. Aktywność fizyczna badanych studentów**

| Poziom aktywności     | N  | %    |
|-----------------------|----|------|
| Każdego dnia          | 40 | 24,4 |
| 3–4 razy w tygodniu   | 48 | 29,3 |
| 1–2 razy w tygodniu   | 43 | 26,2 |
| Kilka razy w miesiącu | 17 | 10,4 |
| Rzadko                | 16 | 9,7  |

**Tabela 7. Zależność pomiędzy BMI a aktywnością fizyczną badanych studentów**

| Zakresy BMI wg WHO      | Aktywność fizyczna |                     |                     |                       |        | Poziom istotności statyst.            |
|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|--------|---------------------------------------|
|                         | każdego dnia       | 3–4 razy w tygodniu | 1–2 razy w tygodniu | kilka razy w miesiącu | rzadko |                                       |
| Niedowaga (< 20)        | 34                 | 44                  | 33                  | 14                    | 10     | chi <sup>2</sup> =40.8843,<br>p=0.000 |
| Waga należąca (20–24,9) | 6                  | 4                   | 9                   | 3                     | 2      |                                       |
| Nadwaga (25–30)         | 0                  | 0                   | 0                   | 0                     | 4      |                                       |

Analiza statystyczna wykazała istnienie zależności ( $p = 0.02$ ) pomiędzy piciem alkoholu a poczuciem własnej skuteczności (tab. 5), osoby z wysokim wskaźnikiem samoskuteczności częściej spożywają alkohol, przy czym najczęściej jest to spożywanie alkoholu raz w miesiącu. Nie wykazano natomiast istotnej zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a piciem alkoholu ( $p = 0.231$ ). Przeciwnie niż w przypadku palenia papierosów nie zaobserwowano zależności pomiędzy piciem alkoholu a miejscem zamieszkania w czasie studiów ( $p = 0.609$ ).

Z deklaracji badanych wynika, iż aktywność fizyczna studentów utrzymuje się na bardzo dobrym poziomie, odpowiedź „nigdy” nie pojawiła się ani razu, natomiast częste uprawianie sportu dotyczy 79,9% badanych osób (tab. 6).

W badaniu statystycznym nie uzyskano potwierdzenia założonej hipotezy o wpływie poczucia własnej skuteczności na aktywność fizyczną młodzieży ( $p = 0.695$ ), wykazano natomiast statystycznie istotną zależność między aktywnością fizyczną a wskaźnikiem BMI ( $p=0.000$ ) (tab. 7). Osoby z niskim ( $< 20$ ) wskaźnikiem BMI to osoby podejmujące często i bardzo często aktywność fizyczną.

## Dyskusja

Wychodząc z teorii poczucia własnej skuteczności mówiącej, iż poczucie własnej skuteczności ma wpływ na determinację i rodzaj podejmowanych działań, w tym również związanych z rozwojem osobowym (naukowym), autorki pracy założyły, iż studentów cechować będzie wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Założenie to zostało w pracy potwierdzone – ponad połowę badanych studentów cechuje wysokie poczucie własnej skuteczności, niskie poczucie skuteczności dotyczy jedynie co czternastego studenta. Analiza statystyczna wykazała, iż na poziom poczucia własnej skuteczności nie mają wpływu takie zmienne, jak: wiek, wykształcenie rodziców, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania rodziny, miejsce zamieszkania w czasie studiów i rodzaj ukończonej szkoły średniej.

Poczucie własnej skuteczności wiąże się z takimi zachowaniami zdrowotnymi, jak: zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie wagi i zachowań związanych z jedzeniem, zapobieganie i porzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień [2]. Dlatego też w pracy założono hipotezę o związku samoskuteczności z zachowaniami zdrowotnymi, takim jak: spożywanie tłuszczów, błonnika, alkoholu, palenie tytoniu i aktywność fizyczna.

Hipoteza ta została potwierdzona jedynie w odniesieniu do spożywania tłuszczów i picia alkoholu przez młodzież. Spożycie tłuszczów u badanych jest na dobrym poziomie, jedynie 3% badanych wykazuje w tym zakresie nieprawidłowe nawyki żywieniowe, spożywając je w nadmiarze. Wykazano, iż na spożycie tłuszczów ma istotny wpływ poziom poczucia skuteczności – im wyższy wskaźnik w skali skuteczności tym mniej spożywanych tłuszczów. Spożycie tłuszczów na zalecanym przez dietetyków poziomie autorki łączą bezpośrednio z kultem smukłego ciała. O ile spożycie tłuszczów w pojęciu badanych ma bezpośredni wpływ na ich wygląd i kondycję, tak spożycie błonnika ma wpływ głównie na zdrowie. Względy zdrowotne są mniej istotne dla badanych niż wygląd zewnętrzny, co wydaje się być typową preferencją młodych ludzi. I tak błonnik w codziennej diecie spożywany jest na prawidłowym poziomie jedynie przez 3% badanych. W badaniu statystycznym nie uzyskano potwierdzenia założonej hipotezy o wpływie poczucia własnej skuteczności na spożycie błonnika. Zastanawiającym jest fakt, iż uzyskano statystycznie istotną zależność pomiędzy

miejszem zamieszkania w czasie studiów a spożyciem błonnika wskazującą, iż zamieszkanie w akademiku sprzyja spożywaniu błonnika. Tak więc, to nie dom rodzinny (czego należałoby się spodziewać) w przypadku badanych osób jest nośnikiem prawidłowych zachowań żywieniowych.

W niewielkim stopniu badanej młodzieży dotyczą tzw. ryzykowne zdrowotnie zachowania, do których zaliczono palenie tytoniu, picie alkoholu i brak aktywności fizycznej. Około 3/4 badanych studentów nie pali papierosów, do codziennego (nałogowego) palenia papierosów przyznaje się co dwudziesty student. Trudno przewidzieć, czy stan ten utrzyma się do końca studiów, ponieważ jak pokazują badania L. Jabłońskiego [8] na I roku medycyny paliło 29% studentów i 18% studentek, a na V roku liczba palaczy zwiększyła się do odpowiednio 42% i 28%, natomiast odsetek palących pielęgniarek wynosi 45%. Badania przeprowadzone wśród holenderskiej młodzieży przez Kok i współautorów [1] dowodzą, że wysokie poczucie skuteczności ma pozytywny wpływ na zaprzestanie palenia tytoniu, jak też wytrwanie w tym postanowieniu. Jednakże w prezentowanym badaniu nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy poczuciem skuteczności a paleniem tytoniu, jak również pomiędzy wskaźnikiem BMI i miejscem zamieszkania podczas studiów a paleniem tytoniu. Abstynencja nikotynowa wśród studentów pielęgniarstwa, przyszłych profesjonalistów w promowaniu zdrowego stylu życia, nie dziwi i wydaje się być naturalnym, ale i tu autorki upatrują przyczyn w modzie. Niepalenie tytoniu stało się modne nie tylko wśród osób dojrzałych zdających sobie sprawę z zagrożeń zdrowotnych nałogu, ale także wśród młodzieży. Niemałą zasługę autorki pracy przypisują ogromnej kampanii reklamowej podejmowanej przez wszystkie media na rzecz zaprzestania palenia tytoniu lub niesięgania po pierwszego papierosa.

Niestety, to także wpływ reklamy spowodował przekonanie, iż picie piwa nie jest szkodliwe. Piwo stało się wręcz napojem, a nie alkoholem. Badania pokazały, iż przeszło 3/4 badanej młodzieży sięga po alkohol – częściej lub rzadziej, częste picie alkoholu dotyczy około 4% studentów. Na uwagę zasługuje fakt, iż w prezentowanych badaniach mężczyźni stanowili jedynie 6,7% respondentów, tak więc picie alkoholu dotyczy także młodych kobiet. Uzyskane dane zdają się potwierdzać badania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, które pokazują, iż problem nadużywania alkoholu kobiet w wieku 18–29 lat jest zjawiskiem narastającym. Być może wynika to ze źle pojętego równouprawnienia obejmującego, niestety, także zachowania ryzykowne, a także ze zmiany postrzegania pijących kobiet (nikt już nie wytyka palcami dziewcząt pijących piwo). Analiza statystyczna wykazała istnienie zależności pomiędzy picciem alkoholu a poczuciem własnej skuteczności, osoby z wysokim wskaźnikiem samoskuteczności częściej spożywają alkohol. Wyniki dostępnych badań są niejednoznaczne, dane uzyskane w prezentowanych badaniach potwierdzają wyniki K. Okulicz-Kozaryn i A. Pisarskiej [3] i jednocześnie przeczą badaniom M. Taylora [9], który wykrył dokładnie odwrotną zależność. Autorki pracy przychylają

się do stanowiska, iż wysokie poczucie własnej skuteczności młodzieży rodzi w nich przekonanie, że mogą panować nad konsekwencjami spożywania alkoholu, a jednocześnie pijąc demonstrować swoją niezależność i dorosłość.

Aktywność fizyczna respondentów utrzymuje się na bardzo dobrym poziomie, ponad 3/4 badanych deklaruje częste uprawianie sportu, odpowiedź „nie podejmuję aktywności fizycznej” nie pojawiła się ani razu. Fuchs i Schwärzer [1] w swoich badaniach wykryli wysoką korelację między zamiarem podjęcia ćwiczeń fizycznych i działaniami fizycznymi a poczuciem własnej skuteczności. W prezentowanych badaniach nie wykryto wpływu poczucia własnej skuteczności na aktywność fizyczną, wykazano natomiast statystycznie istotną zależność między aktywnością fizyczną a wskaźnikiem BMI. Osoby z niskim wskaźnikiem BMI to osoby podejmujące często i bardzo często aktywność fizyczną. Naturalnie nie jest uprawnione na podstawie przeprowadzonego badania wnioskowanie – czy to niska waga wpływa na zwiększoną aktywność fizyczną, czy też może to zwiększona aktywność fizyczna powoduje niską wagę (do czego przychylają się autorki).

## Wnioski

1. Przeprowadzone badania częściowo potwierdziły założoną hipotezę o związku samoskuteczności z zachowaniami zdrowotnymi.
2. Samoskuteczność okazała się dobrym predyktorem podejmowania niektórych zachowań zdrowotnych.
3. Poczucie własnej skuteczności badanych jest obiecującym, pozytywnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych.
4. Prezentowane wyniki badań wskazują na potrzebę podjęcia dyskusji i dalszych badań longitudinalnych nad poszukiwaniem związków między poczuciem skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi wśród różnych grup młodzieży.

## Piśmiennictwo

1. Schwarzer R.: Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. [w:] J. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.): Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa, 1997, 175–205.
2. Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1998, 14, 54–63.
3. Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A.: Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Alkohol i Narkom, 2001, 4, 565–77.
4. Dolińska-Zygmunt G.: Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.): Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 1996, 31–68.
5. Carroll S, Smith T.: Jak żyć zdrowo. Wyd. Muza, Warszawa, 1993.

6. Tuszyńska-Bogucka V.: Nawyki żywieniowe uczniów szkół ponadpodstawowych w świetle założeń diety profilaktyki chorób cywilizacyjnych. *Ann. UMCS*, 2005, suppl XVI, 82–6.
7. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Prz. Psychol.*, 1999, 4, 43–56.
8. Jabłoński L.: Epidemiologia palenia tytoniu. [w:] J. Limanowski (red.): *Palenie tytoniu. Wpływ na zdrowie i program walki z nałogiem*. Wyd. BiFolium, Lublin, 2001, 28–34.
9. Taylor M.: The influence of self-efficacy on alcohol use among american indians. *Cult. Divers. Ethnic Minor. Psychol.*, 2000, 6/2, 1–16.

Jolanta Eszyk<sup>1</sup>, Dorota Ordys<sup>1</sup>

## Analiza stylu życia studentów wybranych uczelni w Polsce

Styl życia, zgodnie z definicją A. Sicińskiego, oznacza „zespół codziennych zachowań specyficznych dla danej zbiorowości i jednostki; inaczej mówiąc charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych” [1].

Największą popularność, a także znaczenie dla miejsca, jakie styl życia zajmuje obecnie w problematyce zdrowotności miał tzw. „Raport Lalonda (Ottawa 1974 r.). Wykazał on, że w krajach rozwiniętych można określić cztery grupy czynników warunkujących zdrowie człowieka. Czynniki te określamy jako „pola zdrowia”. Są to:

- czynniki biologiczne (genetyczne) 16%,
- środowiska zewnętrznego 21%,
- styl życia 53%,
- służba zdrowia 10% [1, 2, 3].

Wśród tych czynników największe znaczenie ma styl życia, czynnik, który w znacznej mierze podlegać może kształtowaniu dzięki osobistym decyzjom człowieka, a wyrazem stylu życia są zachowania zdrowotne, które mogą być prozdrowotne lub antyzdrowotne [2]. Należą one do czynników, które w znacznej mierze podlegają osobistym decyzjom człowieka i dają się kontrolować i modyfikować [4].

Styl życia młodzieży studenckiej jest ważnym zagadnieniem w profilaktyce i promocji zdrowia. Fakt rozpoczęcia nauki, zmiana miejsca nauki i często zamieszkania powodują, że może ulec załamaniu dotychczasowy „schemat” zachowań zdrowotnych.

Celem pracy było poznanie stylu życia studentów wybranych uczelni, wynikające z tzw. świadomego wyboru oraz próba poznania wpływu środowiska uczelni na te zachowania.

---

<sup>1</sup> Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach

## Material i metoda

Badaniami objęto 486 studentów pochodzących z trzech uczelni:

- Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach ŚAM (182 studentów),
- Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (UŚ) (162 studentów),
- Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Olsztynie WSP (142 studentów)

Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Ankieta poruszała problemy związane ze sposobem odżywiania, unikaniem palenia papierosów i picia alkoholu, aktywności fizycznej i sposobów radzenia sobie ze stresem.

## Charakterystyka badanej grupy

Największą liczbę badanych stanowiły kobiety 65,0%, a 35,0% – mężczyźni.

Wśród studentów ŚAM przeważały kobiety, które stanowiły 80,8% badanej grupy, mężczyźni to 19,2%. Podobnie sytuacja wyglądała w WSP, gdzie zdecydowaną część respondentów stanowiły kobiety 92,3%, a 7,7% to mężczyźni. Odwrotne proporcje występują na UŚ, gdzie 76,5% to mężczyźni, a kobiety stanowią mniejszość – 23,5%.

Pochodzenie społeczne badanych studentów: 50,4% całej przebadanej populacji stanowili studenci, którzy pochodzili z rodzin inteligenckich, 41,6% z rodzin robotniczych i 5,1% z chłopskich.

Studenci ŚAM pochodzą w większości z rodzin inteligenckich 61,0%, 35,2% ma pochodzenie robotnicze, 3,8% chłopskie, podobnie jest na UŚ, gdzie pochodzenie inteligenckie podaje 50,6% badanych, a robotnicze 43,9%, chłopskie 1,9%, 3,7% badanych nie określiło swojego pochodzenia. Natomiast w WSP 50,7% badanych ma pochodzenie robotnicze, 10,6% chłopskie, a inteligenckie tylko 37,7%, w stosunku do 1,4% badanych nie posiadamy danych.

Badaniami objęto studentów od I do IV roku studiów: 43,6% to studenci I roku, 32,1% – II roku, 15,7% – IV roku i 7,4% – III roku.

Na UŚ 37,7% badanych to studenci I roku, 22,2% to studenci II roku, 8,6% – III-go roku i 29,0% – IV roku studiów. Na ŚAM badaniami objęto tylko studentów I (59,9%) i II roku (41,1%). Na WSP najwięcej badanych studiuje na II roku – 33,8%, w dalszej kolejności na I 29,6%, najmniej badanych to studenci III roku – 14,8% i IV roku – 20,4%.

Spośród przebadanych studentów 97,7% w czasie studiów przebywało w mieście. W domu rodzinnym 47,5%, 6,4% we własnym mieszkaniu, 15,4% na prywatnej kwaterze, 22,2% w akademiku.

Większość studentów ze wszystkich badanych uczelni mieszkało w mieście – 96,5% WSP, 98,1% UŚ, 98,4% ŚAM.

Najmniej badanych na wszystkich badanych uczelniach posiadało własne mieszkanie. Najwięcej studentów przebywających w czasie studiowania poza



domem rodzinnym było na WSP, najmniej na UŚ, w ŚAM stanowili oni połowę badanych.

Badani byli w wieku od 18 lat do 32. Najwięcej osób mieściło się w przedziale wiekowym od 19–23 lat. Na ten okres życia przypada czas studiowania.

## Wyniki badań

### 1. Sposób odżywiania

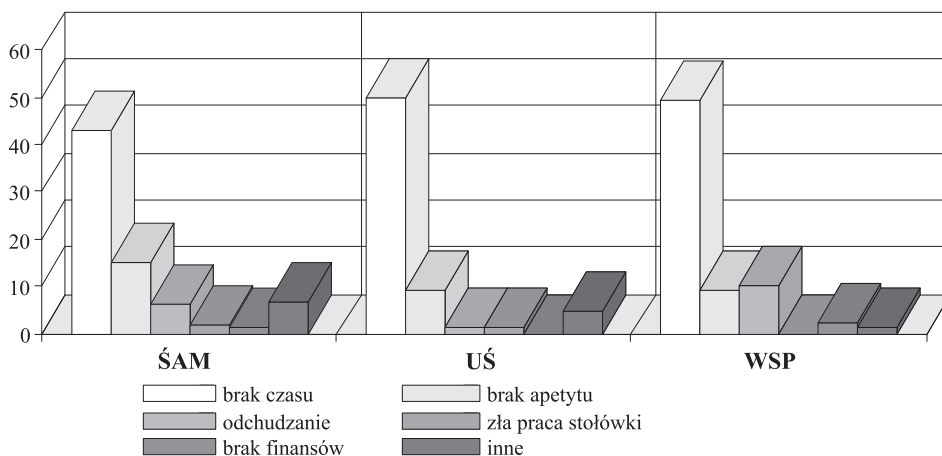
W ogólnej populacji badanych studentów większość 53,9% odżywia się nieregularnie. Nieregularnie odżywia się 57,7% respondentów ze ŚAM i 59,2% respondentów z WSP, natomiast na UŚ tylko 45,1%.

Z badań wynika, że większość badanych zjada codziennie śniadanie (63,6%), 61,0% ŚAM, 61,3% WSP, 68,5% UŚ.

Przyczynami nieregularnego spożywania posiłków jest przede wszystkim: brak czasu i zła organizacja czasu wolnego (47,1% wszystkich badanych) – tak twierdzi 50,0% studentów UŚ, 49,3% studentów WSP i 42,9% studentów ŚAM. Brak apetytu jako przyczynę nieregularnego odżywiania podaje 11,3% badanych, a odchudzanie 5,6% badanej populacji. Na drugiej pozycji u studentów ŚAM (14,8%) i UŚ (9,3%) jest brak apetytu, a odchudzanie u studentów WSP (9,9%). Trzecią pozycję zajmuje brak apetytu u studentów WSP (9,2%), a studenci ŚAM (6,6%) i UŚ (4,9%) wymieniają inne przyczyny. Te inne przyczyny generalnie można sprowadzić do: złej organizacji zajęć na uczelni określane przez respondentów jako: „zbyt długie przebywanie na uczelni”, „zły plan zajęć”, „zbyt długie wykłady”, „różne pory zajęć” oraz stres związany ze studiowaniem.

Niewielki odsetek studentów zwracał uwagę na złą pracę stołówki, czy złą sytuację finansową jako przyczyny nieregularnego odżywiania (ryc. 1).

Rycina 1. Przyczyny nieregularnego odżywiania się studentów [%]

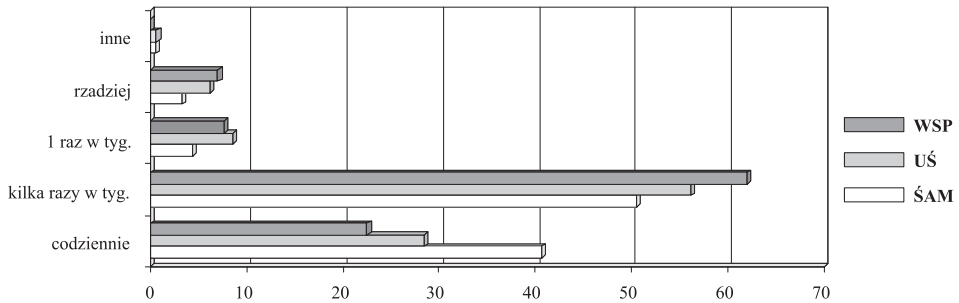


Źródło: opracowanie własne

Wśród studentów z badanych uczelni codziennie warzywa je 31,3%, kilka razy w tygodniu 55,8%, raz na tydzień 6,8%, rzadziej 5,3%.

Warzywa codziennie jada 40,7% studentów ŚAM, 22,5% studentów WSP i 28,4% studentów UŚ. Kilka razy w tygodniu, czyli jeszcze dość często – 62,0% studentów WSP, 56,2% studentów UŚ i 50,5% studentów ŚAM. Raz na tydzień do zjedzenia warzyw przekonuje się 8,6% studentów UŚ, 7,7% studentów WSP, i 4,4% studentów ŚAM. Najmniejszy odsetek osób, które jedzą warzywa rzadziej niż raz w tygodniu jest na ŚAM. Możemy przypuszczać, że wiedza o zdrowiu i zainteresowanie zdrowiem człowieka mają wpływ na decyzję odnośnie zdrowego odżywiania (ryc. 2).

**Rycina 2. Warzywa w diecie studentów [%]**



Źródło: opracowanie własne.

Podobnie wygląda sytuacja z jedzeniem owoców zarówno wśród wszystkich studentów, gdzie codziennie owoce jada 39,5% studentów, kilka razy w tygodniu 51,2%, raz w tygodniu 5,1% i rzadziej 3,1%, jak i w podziale na poszczególne uczelnie. Codziennie jada je 45,6% studentów ŚAM, 38,7% studentów WSP i 33,3% studentów UŚ. Kilka razy w tygodniu owoce zjada 55,6% studentów WSP, 54,3% studentów UŚ i 45,1% studentów ŚAM. Najmniej osób, które jedzą owoce rzadziej niż raz w tygodniu jest na WSP (2,1%), UŚ (2,5%), ŚAM (4,4%).

## 2. Używki

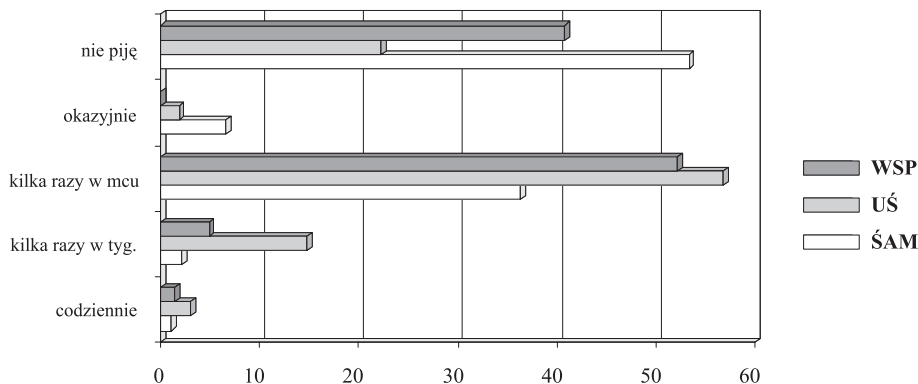
### a) Alkohol

W przeprowadzonych badaniach wyszło, że 47,7% badanych spożywa napoje alkoholowe kilka razy w tygodniu, 39,3% twierdzi, że nie pije alkoholu, 7,2% kilka razy w tygodniu i 3,1% sporadycznie. Ponad połowa studentów UŚ (56,8%) i WSP (52,1%) a ŚAM 36,6% pije alkohol kilka razy w miesiącu. Natomiast 53,3% studentów ŚAM nie pije alkoholu. 40,8% WSP i 22,2% UŚ deklaruje abstynencję od alkoholu.

Kilka razy w tygodniu pije alkohol: 14,8% studentów UŚ, 4,9% studentów WSP i 2,2% studentów ŚAM.

Najbardziej niepokojący jest fakt, że znalazły się osoby, które sięgają po alkohol codziennie – WSP i ŚAM – 2 osoby, UŚ – 5 osób przyznaje się do codziennego używania alkoholu (ryc. 3).

**Rycina 3. Picie alkoholu wśród studentów [%]**



Źródło: opracowanie własne

### b) Papierosy

Największy odsetek wśród badanych stanowią osoby, które nie palą i nigdy wcześniej nie paliły papierosów (68,1% wszystkich respondentów) – UŚ (71,6%), ŚAM (71,4%), WSP (59,9%). Osoby, które palą codziennie stanowią 11,1% całej badanej próby. Rozkład na poszczególne uczelnie wygląda następująco – 16,9% w WSP, 9,3% na UŚ, 8,2% na ŚAM. Najwięcej palaczy jest na WSP.

W czasie swojego niedługiego życia (20–30 lat) rzucić palenie zdołało 7,6% studentów – 8,5% studentów WSP, 8,0% UŚ i 6,6% ŚAM.

Mało papierosów pali (2,9%) – 1,9% studentów UŚ, 4,4% studentów ŚAM i 2,1% WSP, a okazjonalnie 12,7% studentów WSP, 9,3% ŚAM i 8,0% studentów UŚ.

### Inne używki

Średnio 75,5% wszystkich badanych nie stosuje żadnych innych używek (79,6% UŚ, 76,1% WSP, 71,4% ŚAM). 21,0% wszystkich badanych przyznaje się do ich stosowania. Na poszczególnych uczelniach wygląda to następująco: 28,0% na ŚAM, 22,5% na WSP, 11,7 na UŚ przyznaje się do tego, że używa używek. Wśród tych używek najczęściej wymieniane są kawa i herbata. Pojedyncze osoby wymieniają różnego rodzaju narkotyki, tj. marihuana, haszysz, LSD. Pojawiały się także takie odpowiedzi, jak słodycze, komputer, Internet, które nie są sensu stricto używkami, ale podobnie jak one prowadzić mogą do uzależnienia i degradacji biopsychospołecznej człowieka.

### 3. Odpoczynek i aktywność fizyczna

#### a) Sen

6–8 godzin sypia 63,6% respondentów, 29,6% poniżej 6 godzin, 6,0% powyżej 41,2% studentów ŚAM przeznacza na sen poniżej 6 godzin, na WSP tych osób jest 21,8% czyli o połowę mniej, a na UŚ 23,5%. Najwięcej osób, które śpią 6–8 godzin jest na WSP (72,5%), 65,4% na UŚ, najmniej na ŚAM (54,9%).

Natomiast osób, które mogą pozwolić sobie na spanie powyżej 6 godzin jest na UŚ – 9,3%, WSP, 4,9%, najmniej na ŚAM.

Najmniej na wypoczynek nocny przeznaczają studenci ŚAM, a najwięcej studenci UŚ.

#### b) Aktywność fizyczna

Również aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem, który wpływa na samopoczucie i ogólny stan zdrowia jednostki.

45,3% badanych uprawia ćwiczenia fizyczne. Zdecydowanie odrzuca wykonywanie ich 7,0%. Połowa badanych studentów UŚ (56,8%) i ŚAM (45,1%), a na WSP 1/3 (32,4%) podejmuje różnego rodzaju aktywność fizyczną.

Zdecydowanie odrzuca uprawianie sportu i ćwiczeń fizycznych 22,5% studentów WSP, 9,9% studentów ŚAM, 8,6% studentów UŚ. Wykonuje ćwiczenia fizyczne, choć rzadko 43,7% studentów WSP, 45,1% studentów ŚAM i 34,6 studentów UŚ. Ogólny udział osób wykonujących ćwiczenia fizyczne rzadko wynosi 41,2%.

Codziennie wykonuje ćwiczenia fizyczne niezbyt duża grupa studentów 7,8% we wszystkich uczelniach (UŚ 8,0%, WSP 8,5%, ŚAM 7,1%).

Najchętniej badani ćwiczą kilka razy w tygodniu – 45,1% studentów UŚ, 36,4% studentów ŚAM i 26,8% studentów WSP lub kilka razy w miesiącu (36,8% – ŚAM, 30,3% – WSP, 32,1% – UŚ).

Wśród ćwiczeń i rodzajów aktywności fizycznej najchętniej i najczęściej podejmowane są takie, jak: pływanie, siłownia, aerobik, bieganie, jazda na rowerze, gimnastyka. Dane przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Rodzaje aktywności fizycznej najchętniej podejmowane przez studentów**

| Rodzaj aktywności | ŚAM [%] | UŚ [%] | WSP [%] |
|-------------------|---------|--------|---------|
| Pływanie          | 25,3    | 23,5   | 5,6     |
| Siłownia          | 24,2    | 20,4   | 7,7     |
| Aerobik           | 10,4    | 4,3    | 22,5    |
| Bieganie          | 23,6    | 14,8   | 16,9    |
| Jazda na rowerze  | 32,4    | 16,0   | 14,8    |
| Gimnastyka        | 14,3    | 10,5   | 11,3    |

Źródło: opracowanie własne.

Podjęmowane są także takie rodzaje aktywności fizycznej, jak turystyka gór-ska, spacer, żeglarstwo, jazda konna, wschodnie sztuki walki, jazda na nartach, snowboardzie, łyżwach, rolkach itd.

#### 4. Umiejętność radzenia sobie ze stresem

Generalnie oddziaływanie stresu na siebie studenci odczuwają negatywnie (82,5%) – 90,8% studentów WSP, 84,6% studentów UŚ, 74,2% studentów ŚAM. Pozytywne oddziaływanie stresu odnajduje (12,8%) – 18,7% studentów ŚAM, 12,3% studentów UŚ i 12,3% studentów WSP.

Najczęstszymi przyczynami stresu w życiu studentów są zaliczenia i egzami-ny, duża ilość nauki i brak czasu, co potwierdzają przeprowadzone badania (tabela 2).

**Tabela 2. Najczęstsze przyczyny stresu wśród studentów [%]**

| Przyczyny stresu      | UŚ   | ŚAM  | WSP  |
|-----------------------|------|------|------|
| Zaliczenia i egzaminy | 86,4 | 80,2 | 80,3 |
| Dużo nauki            | 35,8 | 41,2 | 23,2 |
| Brak czasu            | 37,0 | 37,4 | 22,5 |

Źródło: opracowanie własne

Największym powodzeniem wśród sposobów radzenia sobie ze stresem jest relaks, sen, wypoczynek te sposoby wybiera (53,1%) – 56,7% studentów UŚ, 53,0% studentów ŚAM, 47,9% studentów WSP. Równie często wybierana jest rozmowa z bliską osobą (41,4%) – 51,6% studentów ŚAM, 43,0% studentów WSP i 28,4% studentów UŚ.

Niezbyt pozytywnym faktem jest, że wśród wybieranych sposobów niwelo-wania stresu znajdują się także takie środki, jak: papierosy, alkohol, środki uspo-kajające, ponieważ są to substancje chemiczne prowadzące do uzależnień, które degradują zdrowie i życie poszczególnych jednostek. Są to wartości wahające się od 1,9% do 11,3% respondentów.

Studenci wymieniają własne sposoby redukujące stres, tj. wysiłek fizyczny, słuchanie muzyki, spacer, gorąca kąpiel, wyjazdy poza miasto itd.

Wymienione sposoby radzenia sobie ze stresem ponad połowa responden-tów oceniła jako dobre, skuteczne (55,3%) – 54,3% studentów UŚ, 54,9% studen-tów ŚAM, 57,0% studentów WSP. Natomiast słabo oceniła je 28,2% badanych (29,0% UŚ, 26,4% ŚAM, 29,6% WSP).

Studenci unikali radykalnych stwierdzeń, tj. bardzo dobrze czy bardzo słabo. Mały był również odsetek osób, które nie radziły sobie ze stresem.

## Omówienie

Analiza uzyskanych informacji wykazała, że styl życia młodzieży akademickiej jest daleki od nazwania go prozdrowotnym. Badania Kawczyńskiej-Butrym przeprowadzone wśród młodzieży studenckiej lubelskich uczelni wykazały, że 60% studentów odżywia się nieregularnie [4], natomiast nasze badania wykazały blisko połowę nieregularnie odżywiających się studentów. Wśród przyczyn nieregularności w spożywaniu posiłków znalazły się, podobnie jak w pracy pod redakcją Kawczyńskiej-Butrym, brak wolnego czasu i zła organizacja zajęć, brak apetytu i odchudzanie. Niepokojący wydaje się fakt, że blisko 61% studentów pije alkohol z różną częstotliwością. Prawie 3/4 studentów badanych uczelni nie pali papierosów. Wyniki badań dotyczących stresu, aktywności fizycznej i odpoczynku są zbieżne z wynikami Kawczyńskiej-Butrym, Makohoń-Wiadrowskiej oraz Królikowskiej [4, 5, 6, 7, 8].

## Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Studenci odżywiają się nieregularnie, ale mimo tego starają się by śniadanie było podstawowym posiłkiem w ciągu dnia i dostarczać organizmowi witaminy i sole mineralne pochodzące z jarzyn i owoców.
2. Studenci badanych uczelni nie unikają alkoholu, piją go kilka razy w miesiącu, większość z nich nigdy nie paliła i nie pali papierosów, a wśród innych używek dominuje kawa i herbata.
3. Studenci podejmują różnego rodzaju aktywność fizyczną, najchętniej: pływanie, ćwiczenia siłowe, bieganie, jazdę na rowerze czy gimnastykę. Ćwiczenia te wykonywane są kilka razy w tygodniu.
4. Odpoczynek nocny trwa 6–8 godzin.
5. Stres oddziałuje na nich negatywnie, a sposobami, które pozwalają zniwelować to negatywne działanie są: relaks, sen, odpoczynek i rozmowy z bliskimi osobami. Metody te oceniane są jako skutecznie redukujące stres.

## Piśmiennictwo

1. Uczelnia promująca zdrowie. Kawczyńska-Butrym Z. (red.), UMCS Lublin, Lublin 1995, 17–32.
2. Zdrowie Publiczne. Latałski M. (red.), Akademia Medyczna Lublin, Lublin 1999, 89–120.
3. Promocja zdrowia. Karski J. B. (red.), Ignis Warszawa 1999, 19–39.
4. Bogusz R.: Zachowania uwarunkowane sytuacją studenta i zasobami środowiska akademickiego – żywienie, [w:] Kawczyńska-Butrym Z.: Uczelnia promująca zdrowie UMCS Lublin, 1995, 33–53.

5. Piątkowski W.: Zachowania uwarunkowane sytuacją studenta i zasobami środowiska akademickiego – Stres i formy jego przezwyciężania – aktywność fizyczna i wypoczynek.: Kawczyńska Butrym Z.: Uczelnia promująca zdrowie UMCS Lublin, 1995, 55–79.
6. Kawczyńska-Butrym Z.: Zachowania wynikające z osobistego wyboru.: Kawczyńska Butrym Z.: Uczelnia promująca zdrowie UMCS Lublin, 1995, 103–160.
7. Makohon-Wiadrowska E., Kulik T. B.: Styl życia młodzieży akademickiej elementem warunkującym zdrowie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska*, 2003, vol. 58, suppl. 13, 157, 291–296.
8. Królikowska B. Styl życia studentów wydziału wychowania fizycznego i fizjoterapii politechniki opolskiej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska*, 2003, vol. 58, suppl. 13, 157, 158–163.

Alicja Patoła<sup>1</sup>, Renata Piotrkowska<sup>2</sup>, Janina Książek<sup>2</sup>

## Zachowania zdrowotne pacjentów z niedokrwieniem kończyn dolnych

### Wstęp

Działanie człowieka zależy od motywów, które do tego działania go skłaniają, a z pewnością też od jego uzdolnień, nawyków, od poziomu sprawności intelektualnej. To, w jaki sposób człowiek postępuje, jak dostosowuje się do otoczenia zależy również od wielu czynników, m.in. od obrazu samego siebie oraz od sposobu widzenia ludzi i rzeczy z którymi jednostka się styka. Sytuacje społeczne determinują i pośrednio wpływają na ludzkie zachowania [3]. Człowiek, przy wykorzystaniu zasady psychologii uczenia się, stara się wytworzyć u siebie zachowania pożądane, eliminując na ogół zachowania niepożądane [4].

Pisząc o zachowaniach zdrowotnych, od których uzależnione jest utrzymanie zdrowia na odpowiednim poziomie należy zwrócić uwagę, iż w obecnych czasach zdrowie jest sprawą wyboru, czyli świadomego podejmowania decyzji. Wpływ codziennych zachowań człowieka na jego zdrowie został udowodniony już dość dawno [6].

E. Mazurkiewicz ujmuje zachowania zdrowotne jako „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia (...), to jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym, jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych itp.” [2].

Wśród zachowań zdrowotnych można wyróżnić zachowania prozdrowotne, a więc sprzyjające zdrowiu i antyzdrowotne, czyli wpływające destrukcyjnie na organizm człowieka. Wg J. Wardla i A. Steptoe'a wyróżnić można pięć klas zachowań prozdrowotnych:

---

<sup>1</sup> Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1, ACK AM w Gdańsku

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego AM w Gdańsku



- 1) unikanie używek – palenie papierosów, picie alkoholu,
- 2) pozytywne praktyki zdrowotne – ćwiczenia fizyczne, odpowiednia ilość snu,
- 3) zwyczaje żywieniowe – ilość spożywanego mięsa, owoców, soli, kawy, ilość posiłków w ciągu dnia, przestrzeganie określonej diety,
- 4) bezpieczne prowadzenie samochodu – nie prowadzenie pod wpływem alkoholu, zapinanie pasów bezpieczeństwa,
- 5) zachowania związane z działalnością prewencyjną – regularne wizyty u lekarza, regularne kontrolowanie ciśnienia tętniczego krwi.

Do najpowszechniejszych zachowań antyzdrowotnych obserwowanych wśród naszego społeczeństwa należą: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej, nieracjonalne odżywianie się [7]. Dość często zdarza się, że zachowanie zagrażające zdrowiu jest postrzegane jako możliwy do zaakceptowania sposób radzenia sobie z trudnościami życiowymi [1].

Główne zagrożenia życia i zdrowia ludności w Polsce stanowią choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, urazy i zatrucia. Mają one bezpośredni związek ze stylem życia, rozpowszechnieniem niewłaściwych nawyków i postaw antyzdrowotnych.

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych w 98% spowodowane jest miażdżycą [7]. Czynniki sprzyjającymi są uwarunkowania rodzinne, a także niehigieniczny styl życia, m.in. mała aktywność fizyczna, nikotynizm, błędy dietetyczne. Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych jest procesem rozwijającym się latami i stopniowo prowadzącym do ograniczenia sprawności fizycznej oraz niosącym za sobą określone skutki indywidualne i społeczne [4].

## Cel pracy

Analiza i ocena zachowań zdrowotnych pacjentów hospitalizowanych z powodu niedokrwienia kończyn dolnych.

## Material i metoda

Badaniem objęto 35 pacjentów leczonych z powodu niedokrwienia kończyn dolnych w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku w okresie od sierpnia 2006 r., do stycznia 2007 r. Badania były anonimowe i dobrowolne. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową z zastosowaniem kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej. Ankieta składa się z dwóch części: 1 – dane osobowe, 2 – pytania dotyczące zachowań zdrowotnych. Badania mają charakter pilotażowy.

## Wyniki i omówienie

Grupę badawczą stanowiło 11 (31,4%) kobiet i 24 (68,6%) mężczyzn. Największą grupę reprezentowały osoby w przedziale wiekowym 61–70 lat – 16 (45,7%), 11 (31,4%) osób mieściło się w przedziale 51–60 lat. Cztery (11,4%) osoby znalazły się w przedziale wiekowym 41–50 lat oraz 4 (11,4%) osoby powyżej 70 r.ż.

Zdecydowana większość badanych to osoby z wykształceniem na poziomie zawodowym i średnim – po 15 (42,8%) osób, co łącznie stanowi 85,6%. Wśród badanych znalazły się 3 (8,6%) osoby z wykształceniem podstawowym i tylko 2 (5,7%) z wyższym.

Przeważająca liczba osób 18 (51,4%) to mieszkańcy dużych miast, 10 (28,6%) pacjentów zamieszkuje w małych miastach, natomiast 3 (8,6%) w miastach średniej wielkości. Wśród osób badanych znalazło się 4 mieszkańców wsi, co stanowi 11,4% respondentów.

Na pytanie dotyczące poddawaniu się badaniom profilaktycznym przed wystąpieniem objawów chorobowych, 20 (57,1%) osób odpowiedziało twierdząco, natomiast 15 (42,9%) badań profilaktycznych nie stosowało. W przypadku wystąpienia objawów chorobowych ważnym elementem stają się wizyty u lekarza, zgodnie z zaleceniami zgłasza się 25 (71,4%) badanych osób, 9 (25,7%) osób nie zawsze respektuje termin wizyty, natomiast 1 (2,9%) osoba nie stosuje się do zaleceń w tym względzie. 29 (82,9%) pacjentów regularnie i zgodnie z zaleceniami lekarza przyjmuje zlecone przez niego leki, jednak 6 (17,1%) respondentów twierdzi, że nie zawsze tego przestrzega.

Wśród badanych osób zdecydowana większość, bo 34 (97,1%) uważa, że uprawianie sportu i aktywnego wypoczynku ma pozytywny wpływ na zapobieganie lub opóźnienie wystąpienia choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. Jedna osoba, co stanowi 2,9% respondentów nie ma na ten temat zdania. 23 (65,7%) badanych twierdzi, że przed wystąpieniem objawów chorobowych prowadziła aktywny tryb życia, 11 (31,4%) deklaruje, że raczej tak, natomiast jedna osoba (2,9%) odpowiedziała przecząco. Pośród wymienionych form aktywności najczęściej wymieniano pracę fizyczną np. na działce – 23 (65,7%) osoby, spacerowanie na świeżym powietrzu preferują 22 (62,9%) osoby badane, następnie wycieczki rowerowe – 11 (31,4%) respondentów, a także uprawianie sportu i ćwiczenia rehabilitacyjne – 4 (11,4%) badanych.

Jednym z ważniejszych czynników sprzyjających wystąpieniu niedokrwienia kończyn dolnych jest nikotynizm, na pytanie dotyczące uzależnienia od papierosów 17 (48,6%) badanych odpowiedziało twierdząco. Wśród osób uzależnionych, 11 (64,7%) pali papierosy więcej niż 20 lat, 5 (29,4%) osób wśród palących mieści się w przedziale czasowym 10–20 lat, natomiast 1 (5,9%) z pacjentów mieści się w przedziale 5–10 lat. 14 (82,4%) respondentów wypala dziennie 10–20 papiero-

sów, 2 (11,8%) osoby wypalają 5–10 sztuk na dobę, natomiast 1 (5,9%) respondent twierdzi, iż jest to 20–40 papierosów dziennie.

Pośród badanych osób 18 (51,4%) to zdeklarowani niepalący, wśród nich 15 (83,3%) to byli nałogowi palacze. Warto zaznaczyć, że dla 14 (77,8%) obecnie niepalących powodem do rzucenia palenia było wystąpienie objawów choroby.

Jako formę radzenia sobie w sytuacji stresowej 15 (42,9%) respondentów podało rozmowę z bliską osobą, 13 (37,1%) badanych w takiej sytuacji preferuje wysiłek fizyczny, 11 (31,4%) osób wypala papierosa, 6 (17,1%) osób zażywa środek uspakajający i tyle samo respondentów spożywa słodczyce.

Ważnym elementem profilaktyki chorób układu krążenia jest przestrzeganie diety przeciwmiażdżycowej, wiąże się to ściśle ze znajomością jej głównych zasad. 25 (71,4%) osób uważa, że ważnym jej elementem jest spożywanie dużych ilości owoców i warzyw, zdaniem 21 (60%) osób to preferowanie potraw gotowanych. 19 (54,3%) respondentów twierdzi, że ważną zasadą diety przeciwmiażdżycowej jest preferowanie tłuszczów roślinnych oraz ograniczenie tłuszczów zwierzęcych, ograniczenie soli i cukrów prostych – 11 (31,4%). 9 (25%) respondentów wskazuje na spożywanie ilości pożywienia w zależności od rodzaju wykonywanego wysiłku i wieku, tyle samo osób preferuje produkty bogate w błonnik, natomiast 18 (51,4%) uważa, że istotne znaczenie ma regularne spożywanie posiłków. Wśród badanych znalazły się 3 (8,6%) osoby zdaniem, których można spożywać różne produkty bez ograniczeń.

## Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono:

- 1) znaczna część osób nie poddawała się badaniom profilaktycznym przed wystąpieniem objawów chorobowych niedokrwienia kończyn dolnych,
- 2) osoby dotknięte chorobą nie zawsze przestrzegają ustalonych terminów wizyt u lekarza, a część pacjentów nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniem, co może mieć negatywne skutki zdrowotne i prowadzić do powikłań,
- 3) zdecydowana większość pacjentów ma świadomość korzystnego wpływu ćwiczeń fizycznych na zachowanie zdrowia, ale niewiele osób stosuje je w praktyce,
- 4) około połowa badanych osób to uzależnieni od nikotyny, wśród niepalących zdecydowana większość to byli palacze, którzy zerwali z nałogiem dopiero po wystąpieniu objawów chorobowych, co wskazuje na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych w tym zakresie od jak najwcześniejszych lat życia,
- 5) w sytuacjach stresowych badane osoby przejawiają zachowania destrukcyjne, takie jak palenie papierosów i zażywanie środków uspakajających,
- 6) tylko część osób zna zasady diety przeciwmiażdżycowej i posiada świadomość jej znaczenia w profilaktyce chorób układu krążenia,

- 7) wskazane jest prowadzenie długofalowych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia nie tylko wśród osób już dotkniętych tego typu schorzeniami, ale w stosunku do całego społeczeństwa, a w szczególności w odniesieniu do osób będących w grupie ryzyka.

### **Piśmiennictwo**

1. Karski J. B.(red.), Promocja zdrowia, Warszawa 1999.
2. Kawczyńska-Butrym Z., Wsparcie w zdrowiu i chorobie, Lublin 2000.
3. Mika K., Po odjęciu piersi, PZWL, Warszawa 1991.
4. Mika K., Poradnik dla kobiet po odjęciu piersi, Warszawa 1998.
5. Noszczyk W. (red.), Chirurgia tętnic i żył obwodowych, PZWL, Warszawa 1998.
6. Taranowicz I. i wsp., Elementy socjologii dla pielęgniarek, Lublin 2000.
7. Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków 1998.
8. Ziaja K. (red.), Zarys chirurgii tętnic i żył, Katowice 1995.

Sylwia Krzemińska<sup>1</sup>, Agnieszka Strama<sup>2</sup>, Magdalena Milan<sup>3</sup>,  
Jan Spodzieja<sup>3</sup>, Izabella Uchmanowicz<sup>1</sup>

## **Działania edukacyjne podejmowane przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny wobec pacjenta z chorobą wrzodową**

### **Wstęp**

Choroba zmienia świat dotychczasowych przyzwyczajeń i prowadzonego trybu życia. W prawidłowym procesie samoopieki i samopielęgnacji pacjent prawidłowo wyedukowany dąży do uzyskania całkowitego wyzdrowienia, bądź poprawy swojego stanu zdrowia, aby móc być sprawnym w samoopiece i stworzyć sobie szansę na poprawę sił witalnych na przyszłość.

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest problemem ogólnoswiatowym, dotyczącym 1 osoby na 10 [1, 2].

Podejmowanie przez personel medyczny edukacji zdrowotnej wśród chorych na chorobę wrzodową jest działaniem niezwykle istotnym. Zakres omawianych działań obejmuje współpracę wielu dyscyplin naukowych. Bardzo ważne jest prawidłowe działanie zespołu interdyscyplinarnego. Skład omawianego w pracy zespołu interdyscyplinarnego tworzą: pielęgniarka, lekarz, dietetyk, psycholog. W pracy przedstawiono zadania poszczególnych osób tworzących zespół wobec pacjenta.

### **Rozwinięcie**

Wśród objawów choroby wrzodowej żołądka podawanych w wywiadzie przez pacjentów, możemy wyróżnić: ból tępy zlokalizowany w nadbrzuszu występujący natychmiast po przyjęciu pokarmu, albo bóle zależne od pożywienia, mogą mu towarzyszyć nudności i wymioty, uczucie ucisku lub gniecienia w doł-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Położnictwa, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

<sup>3</sup> Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

ku, pieczenie za mostkiem (zgaga), odbijania, wzdęcia, utrata apetytu, niekiedy zaparcie lub rozwolnienia. W chorobie wrzodowej dwunastnicy chorzy skarżą się na: bóle w nadbrzuszu, późne (2–3 godz. po posiłku), nocne i na czczo; z poprawą po przyjęciu pokarmu, wzdęcia, zgagę, zaparcie lub rozwolnienia. Charakterystyczna jest sezonowość (wiosna, jesień) [3, 4, 5].

Istotnym elementem w edukacji, po wcześniejszych badaniach przeprowadzonych przez lekarza potwierdzających obecność *Helicobacter pylori*, jest uświadomienie pacjentowi pilności w stosowaniu się do zażywania leków zleconych przez lekarza. Należy również uzmysłowić choremu czynniki ryzyka zakażenia *Helicobacter pylori*, które mogły doprowadzić go do obecnego zakażenia. Znajomość czynników ryzyka może uchronić chorego przed ponownym zakażeniem.

Wśród czynników ryzyka zakażenia *H. pylori* wymienia się: urodzenie w kraju rozwijającym się, niski poziom socjoekonomiczny, życie w warunkach przeludnienia, duża rodzina, brak należytych warunków sanitarnych, spożywanie niedostatecznie oczyszczonego jedzenia lub wody, obecność w domu małych dzieci, ekspozycja na treść żołądkową osób zakażonych [1, 2].

Do czynników agresywnych, poza *H. pylori*, należą także HCl, pepsyna, kwasy żółciowe, aspiryna i niesterydowe leki przeciwzapalne oraz alkohol, kawa, palenie papierosów i inne. Do czynników ochronnych natomiast zaliczamy śluz, wodorowęglany, prostaglandyny, a także prawidłową odnowę nabłonka, mikrokrążenie i jego regulację, unerwienie i inne [4, 6, 7, 8, 9].

Uważa się, że ryzyko powstania poważnych owrzodzeń związanych ze stosowaniem NLPZ sięga objawów w ciągu roku 1–2%. Choroba wrzodowa związana ze stosowaniem NLPZ występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn (wiąże się to prawdopodobnie z częstszym stosowaniem leków przeciwbólowych w chorobach reumatycznych) oraz dotyczy większego odsetka osób starszych. Nie zależy od postaci leku czy drogi jego podania. Powikłania żołądkowo-jelitowe terapii NLPZ mogą się rozwinąć w każdym jej momencie, nawet po dłuższym czasie bez komplikacji. Istotny jest fakt, że wystąpienie powikłań nie musi być poprzedzone stopniowym narastaniem objawów, ani wstępnym okresem umiarkowanych dolegliwości. Pierwszym objawem może być krwawienie z rozległego owrzodzenia [5].

Dawniej chorzy z wrzodem żołądka byli hospitalizowani. Miało to pewne uzasadnienie, gdyż samo położenie do łóżka może spowodować złagodzenie dolegliwości. Obecnie tylko chory z bardzo uporczywym przebiegiem choroby z powikłaniami i bardzo dużym wydzielaniem gastryny, z nawrotami, które występują mimo nowoczesnego leczenia lub nawet po resekcji żołądka, powinien być przebadany szpitalnie w celu wykluczenia zespołu Zollingera-Ellisona. Do szpitala kieruje się również chorych, u których pojawiają się powikłania, takie jak krwotok, objawy otrzewnowe (przebiecie wrzodu) lub objawy zwężenia odźwiernika. Wszystkie inne przypadki mogą być diagnozowane i leczone ambulatoryjnie. Leczenie zachowawcze obejmuje zastosowanie odpowiedniej diety,

bezwzględny zakaz spożywania alkoholu i palenia papierosów, unikanie leków przeciwzapalnych oraz wypoczynek psychiczny i fizyczny. W leczeniu farmakologicznym stosuje się leki zobojętniające sok żołądkowy, leki hamujące wydzielanie histaminy, leki działające ochronnie na błonę śluzową żołądka, leki hamujące czynność pompy protonowej oraz eradykację *H. pylori* [4].

Wskazaniem bezwzględnym do leczenia chirurgicznego jest przedziurawienie wrzodu, krwotok, bliznowate zwężenie odźwiernika lub podejrzenie zmiany złośliwej. Wskazaniem względnym jest długotrwały, przewlekły wrzód trawienny oporny na leczenie zachowawcze.

Edukacja dietetyka wobec chorego dotycząca zasad stosowania diety obejmuje naukę samoobserwacji wdrażania diety w okresie choroby, w której aktualnie znajduje się pacjent. Obecnie zakłada się stosowanie pożywienia wg aktualnej fazy choroby pacjenta: ostrej, podostrej i przewlekłej. Dieta w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy nie jest bezpośrednim czynnikiem terapeutycznym, ale wspomaga leczenie farmakologiczne i łagodzi objawy kliniczne. Zadaniem dietetyka będzie wyposażenie pacjenta w wiedzę dotyczącą diety. Istotnym elementem diety jest z jednej strony utrzymanie zaopatrzenia w podstawowe składniki pokarmowe, a z drugiej strony unikanie potraw, produktów i napojów nadmiernie pobudzających wydzielanie soku żołądkowego: kawy, także kawy bezkofeinowej, napojów zawierających kofeinę, napojów alkoholowych, także napojów gazowanych. Należy ograniczyć, a nawet unikać stosowania przypraw i pokarmów, które nie są dobrze tolerowane, a więc smażonych, pieczonych czy wędzonych, niezalecanych w leczeniu choroby wrzodowej. Posiłki małe objętościowo, podawane częściej niż trzy razy w ciągu dnia niektórzy autorzy uważają za szczególnie zalecane w długoterminowej terapii choroby wrzodowej [10, 11, 12, 13].

W okresie zaostrzenia choroby należy zalecić choremu, aby odstępy pomiędzy posiłkami nie były dłuższe niż 2 godziny, a ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków może być większa niż 6. Ostatni posiłek wieczorny powinien być spożyty co najmniej godzinę przed snem. Wszystkie potrawy powinny być gotowane, duszone lub pieczone w folii lub pergaminie. Temperatura posiłków musi być umiarkowana, ponieważ nie jest wskazane spożywanie potraw bardzo zimnych albo bardzo gorących. Ważne jest prawidłowe nawodnienie organizmu, szczególnie przy współistniejących biegunkach lub wymiotach. Chory powinien wypijać 1,5–2 litry płynów w ciągu dnia: słabej herbaty, kakao, mleka, wody mineralnej niegazowanej. Od ogólnego stanu pacjenta, a więc od tego, czy ma niedowagę, zależy wartość energetyczna zalecanej, łatwo strawnej diety. Na ogół powinna ona być w granicach 2500 kcal (10467 kJ), ale można ją podwyższać, dodając: śmietankę, masło, jaja. Chory w ciągu dnia powinien otrzymać w posiłkach około 80 g białka, 80 g tłuszczów i około 350 g węglowodanów. Połowę z należytnej ilości białek powinny stanowić białka zwierzęce. Podstawowym tłuszczem dla chorych powinno być świeże masło, śmietanka i dobrej jakości oleje. Na ogół

w okresie zaostrzenia objawów choroby źle znoszą: bardzo świeże pieczywo, stężone rosoly oraz wywary mięsne i kostne, potrawy odsmażane i smażone, bardzo ostro przyprawione, potrawy konserwowane i marynowane, kwaśne i cierpkie soki owocowe, tłuste ciasta, kawę naturalną, mocną herbatę, napoje alkoholowe i potrawy wzdymające. Indywidualna tolerancja tych potraw musi być dla chorego najważniejszym wskaźnikiem ich doboru w diecie. Z praktycznych zaleceń ważne jest, aby podawać potrawy gotowane, duszone, spożywać mleko, sery, chude mięsa, pieczywo pszenne, ale także ciasta drożdżowe, warzywa gotowane, dojrzałe owoce cytrusowe, jabłka, banany. Do zalecanych warzyw zaliczyć należy: marchew, ziemniaki, buraki, sałatę zieloną, natomiast przeciwwskazane są napoje alkoholowe, mocna kawa, herbata, wywary z mięsa, buliony, rosoly, także warzywa surowe i zawierające dużo błonnika oraz tłuste mięsa i produkty zawierające duże ilości cukrów prostych, a więc ciastka, kremy cukiernicze, ostre przyprawy [10, 12].

#### **Pokarmy dozwolone w chorobie wrzodowej:**

1. Słaba herbata (najlepiej w postaci bawarki) lub kawa zbożowa z mlekiem.
2. Produkty mleczne: mleko (w dobowej objętości 250–750 ml przy zachowanej tolerancji na mleko), ser śmietankowy (najlepiej własnego wyrobu), jaja (na miękko), jajecznica na parze, omlet na parze, śmietanka, świeże masło (może być dodawane do potraw już po ich przyrządzeniu).
3. Produkty mięsne: cielęcina, kurczak, galaretki z mięsa kurzego lub nóżek cielęcych drobno pokrajanych lub mielonych, młoda miękka wołowina, gotowana chuda szynka i polędwica. Sposób przygotowania: gotowanie, duszenie, w późniejszym okresie pieczenie w pergaminie.
4. Ryby chude: szczupak, sandacz, chudy karp, dorsz, ryby gotowane z wody lub w galarecie. Do ryb gotowanych można dodać masła po ugotowaniu.
5. Produkty zbożowe: produkty mączne (makarony, łazanki, drobne kluski), pieczywo pszenne (z białej mąki, niekoniecznie czerstwe, można podawać sucharki), kasze (krakowska, manna itp., ryż, płatki owsiane), ciastka (z ciastek dopuszczone są biszkopty, herbatniki, ciasto drożdżowe),
6. Galaretki owocowe i kisiele, budynie.
7. Warzywa gotowane i przetarte: marchew, ziemniaki, buraki, szpinak, sałata zielona, kalafior, soki rozcieńczone.
8. Owoce: dojrzałe, niekwaśne jabłka gotowane lub pieczone.

#### **Pokarmy przeciwwskazane w chorobie wrzodowej:**

1. Napoje alkoholowe, mocna herbata i kawa.
2. Wywary z mięsa (np. rosoly), warzyw (soki warzywne nie rozcieńczone).
3. Mięso i ryby smażone. Mięso i ryby tłuste (np. wieprzowina, śledź, makrela, łosoś, sardynki).
4. Wędzone wędliny.



5. Surowe warzywa, warzywa zawierające dużo błonnika: kapusta w każdej postaci, ogórki.
6. Surowe niedojrzałe owoce, kwaśne owoce, owoce suszone, np. figi, rodzynki, skórki (wszystkich owoców), marmolada.
7. Ciastka i kremy cukiernicze.
8. Ostre przyprawy: pieprz, ocet, chrzan, musztarda, cebula, pikle, inne ostre marynaty, korzenie.

Leczenie żywieniowe upośledzonego opróżniania żołądka, powstałe np. po resekcjach żołądka lub jako skutek zwężenia odźwiernika po zabiegu, wymaga uwzględnienia kilku podstawowych faktów:

- Najszybciej opuszczają żołądek płyny.
- Pokarmy stałe wymagają ograniczenia objętości i zmiany konsystencji, umożliwiających opuszczenie żołądka.
- Płyny o wysokiej osmolarności spowalniają motorykę żołądka w porównaniu z płynami izosmolarnymi (izotonicznymi).
- Spośród substratów energetycznych najbardziej spowalniają perystaltykę tłuszcze (szczególnie LUFA – dwułańcuchowe kwasy tłuszczowe).

Leczenie praktycznie sprowadza się do małych objętościowo, częstych posiłków, składających się z papkowatych, miękkich potraw o małej zawartości tłuszczu.

Wyniki badań eksperymentalnych dowodzą, że sytuacje konfliktowe i frustracyjne lub ujmując bardziej ogólnie – sytuacje stresowe, odgrywają istotną rolę w powstawaniu zaburzeń psychosomatycznych [14].

Zależności psychosomatyczne chorób dotyczą zarówno wpływu czynników psychicznych w powstawaniu i rozwoju choroby somatycznej, jak i wpływu zaburzeń somatycznych na funkcjonowanie psychiczne człowieka. Tak szeroki zakres pojęcia psychosomatyki wiąże się z holistycznym modelem zdrowia, w którym przyjmuje się polietiologiczną koncepcję chorób, a więc zakłada się, że czynniki psychospołeczne w konstelacji z innymi uwarunkowaniami mogą mieć pewien udział w powstawaniu i rozwoju każdej choroby.

Z badań wykorzystujących metaanalizę wynika, że ogólnie negatywny styl reakcji emocjonalnych, na który składa się: depresja, lęk, wrogość związany może być z zachorowalnością na wiele różnych schorzeń, w tym chorobę wrzodową, gościec, chorobę wieńcową, dychawicę oskrzelową, chorobę nowotworową. Z niektórych spostrzeżeń wynika także, że rola czynników psychicznych jest większa w patogenezie owrzodzenia dwunastnicy niż żołądka (A. Freedman i in., 1972; K. Czubalski i A. Galczak, 1976). Osoby z chorobą wrzodową często za fasadą pewności siebie, silnym dążeniem do powodzenia w życiu zawodowym i osiągnięcia prestiżu społecznego ukrywają uczucia niepewności i lęku. W świetle niektórych danych okazuje się również, że zarówno sytuacje „przykre”, jak i „przyjemne” mogą wywołać zbliżone reakcje fizjologiczne [14, 15, 16, 17].

Choroba i jej konsekwencje behawioralne oraz przeżyciowe mogą wyzwać szczególny stan umysłowy nazywany troską. Jest to przyjęcie odpowiedzialności za los osoby chorej, nałożenie na siebie obowiązku zajmowania się tą osobą. Stan ten sprzyja uruchomieniu działania na rzecz poprawy losu pacjenta. Można przypuszczać, że im więcej osób zacznie troszczyć się o zdrowie chorego człowieka, tym większe są szanse na poprawie jakości życia. Psycholog oraz pielęgniarka wchodzący w skład zespołu leczniczego powinny podejmować próbę sprostania indywidualnym problemom pacjenta, także w sferze emocjonalnej. Niejednokrotnie zaostrzenie choroby następuje po sytuacji stresowej, w której w ostatnim czasie znalazł się chory.

Choroba lub też jakieś sygnały zwiastujące zagrożenie poważną chorobą mogą też wyzwać samotroskę. Pacjent może nie tylko cierpieć z powodu choroby, ale także może troszczyć się o swój los, zastanawiać się, jakie są możliwości jego poprawy i w końcu podjąć aktywne próby przeciwdziałania istniejącej sytuacji. Jednak żeby do tego doszło, musi poczuć się odpowiedzialnym za przebieg własnej choroby i jej leczenie. Cały zespół terapeutyczny zobligowany jest zatem do motywowania chorego w podejmowaniu działań podnoszących jego stan zdrowia w aspekcie bio-psycho-społecznym [18].

Określenie „dobre samopoczucie” wskazuje na subiektywny charakter pojęcia jakości życia, a słowa „psychiczne i społeczne” wyznaczają jego obszary. Schipper wprowadził pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta (HRQoL – Health Related Quality of Life). W tym rozumieniu jakość życia to spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i jej leczenia na funkcjonowanie. Tak pojmowana ocena jakości życia stała się jednym ze składników określających stan zdrowia. Uwzględnienie tej oceny jest wyrazem podmiotowego podejścia do pacjenta, które poza obiektywnymi wykładnikami stanu zdrowia ważną rolę przypisuje subiektywnym sądom i odczuciom chorego.

Ten kontekst chorującej osoby każe nie ustawać w poszukiwaniach uwarunkowań jakości życia, również poza obszarem choroby i procesu terapeutycznego, np. w rodzinie. Właśnie w bliższym i dalszym środowisku społecznym, w relacjach interpersonalnych chorego, w tzw. wsparciu społecznym itp., znajduje się bogactwo czynników mogących wywołać w sferze przeżyciowej i poznawczej wiele zmian poprawiających istotnie jego jakość życia [19].

## Podsumowanie

Choroba wrzodowa należy do grupy chorób psychosomatycznych. Chcąc otoczyć chorego pełną opieką przedstawiono w pracy zadania zespołu interpersonalnego. Przedstawiony skład zespołu dotyczy: lekarza, pielęgniarki, dietetyka oraz psychologa. Priorytetem jest wyedukowanie chorego w zakresie leczenia farmakologicznego, prawidłowej diety, czynników psychologicznych mających wpływ na zaostrzenie objawów chorobowych oraz radzenia sobie ze stresem.

## Piśmiennictwo

1. Graham D. Y, Ravel R. E., Fendrick A. M., Go M. F., Marshall B. J., Peura D. A., Scherger J. E.: Zakres i następstwa choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, *Med. po dyplomie*, 1999, tom 8, 65–66.
2. Laine L., Fendrick A. M.: *Helicobacter pylori* a choroba wrzodowa., *Med. po dyplomie*, 1998, tom 7, 91–98.
3. De Bando J. R., Varilek G. W., Haas L.: Możliwe przyczyny przewlekłego bólu brzucha, *Med. po dyplomie*, 2000, tom. 9, 71.
4. *Zarys chirurgii. Z. Grzebieniak. (red.)*, Wydawnictwo Wrocławska Drukarnia Naukowa im. S. Kulczyńskiego Sp. z o. o., Wrocław 2002, 196–197.
5. Graham D. Y., Ravel R. E., Fendrick A. M., Go M. F., Marshall B. J., Peura D. A., Scherger J. E.: Rozpoznawanie choroby wrzodowej, *Medycyna po dyplomie*, 2000, tom 9, 158–160.
6. Hryniewiecki L.: Właściwości kawy i jej wpływ na ustrój człowieka, *Gastroenterologia Polska*, 1998, tom 5, 378.
7. Drózd M., Kozłowski A., Pardela M.: Rozważania nad patofizjologią żółciowego nieżytu żołądka, *Gastroenterologia Polska*, 1994, tom 1, 265–267.
8. Bartnik W.: Postępy w gastroenterologii i hepatologii, *Medycyna praktyczna*, tom 1, 2003, 106.
9. Markowski A. R., Namiot Z., Kemon A., Namiot D. B., Górski J.: Wpływ palenia tytoniu i picia alkoholu na wydzielanie wodorowęglanów śliny u pacjentów z chorobą wrzodową dwunastnicy, *Gastroenterologia Polska*, 2002, tom 9, 61.
10. Hasiak J., Gawęcki J.: *Żywnie człowieka zdrowego i chorego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, 190–193.
11. *Wieczorek-Chełmińska Z.: Zasady żywienia i dietetyka stosowana*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987, 86–88.
12. *Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 304.
13. *Hasik J., Gawęcki J.: Żywnie człowieka zdrowego i chorego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, 190–192.
14. *Jarosz M.: Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988, 215.
15. *Bilikiewicz A.: Psychiatria*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 314–316.
16. *Zimbardo P. G.: Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, 486–489.
17. *Solińska-Zygmunt G.: Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, 171.
18. *Wołowicka L. (red.): Jakość życia w naukach medycznych*. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 15, 22–24, 221–226.
19. *Walden-Gałużko K. (red.): Psychoonkologia*. Wydawnictwo Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 143, 147.

Magdalena Ozga<sup>1</sup>, Ewa Borowiak<sup>1</sup>, Małgorzata Adamek<sup>1,2</sup>

## Odżywianie pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy jako element edukacji zdrowotnej

### Wstęp

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy zaliczana jest do chorób społecznych. Stanowi jedną z najczęstszych chorób przewlekłych przewodu pokarmowego. Czynniki usposabiającymi są m.in.: palenie tytoniu, stres, podniecenie, alkohol, niewłaściwa dieta, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, grupa krwi „0”, zakażenie błony śluzowej przez bakterie *Helicobacter pylori* [1, 2, 3, 4]. Wrzody powstają najczęściej wczesną wiosną i jesienią. Wrzód dwunastnicy jest częstszy u mężczyzn. Pierwsze objawy pojawiają się u nich ok. 30. roku życia. Wrzód żołądka występuje jednakowo często u obu płci. Objawy (ból, nudności, uczucie ucisku, odbijanie) pojawiają się najczęściej w wieku starszym [4, 5]. Leczenie choroby wrzodowej jest najczęściej zachowawcze (dieta, leki). Leczenie operacyjne polega na częściowej resekcji żołądka lub wagotomii [4, 6]. Pacjenci z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy wymagają edukacji zdrowotnej, która będzie wpływać na ich prawidłowy stan funkcjonowania. Edukacja zdrowotna powinna się opierać przede wszystkim na zdrowym stylu życia, diecie, znajomości czynników ryzyka, objawów i metod leczenia własnej choroby. Większość zaostrzeń choroby wrzodowej szybko ustępuje pod wpływem leczenia, jednak nawroty są częste. Pacjenci powinni pamiętać, że „wrzód – to zawsze wrzód” [6, 7].

Informacje zawarte w dostępnym piśmiennictwie wykazują, iż leczenie choroby wrzodowej musi być wielokierunkowe. Powinno obejmować m.in. leczenie: dietetyczne (ilość, jakość, częstotliwość posiłków), farmakologiczne (leki osłaniające, zmniejszające produkcję kwasu solnego, uspokajające), fizykalne (odpoczy-

---

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup> Sekcja Koła Naukowego przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

nek, spacer, sen, sanatoria, hospitalizacja), obejmuje również stan psychiczny chorego, jego kontrolę [6].

Współczesny człowiek jest narażony na ciągły stres. W profilaktyce choroby wrzodowej istotną rolę odgrywa umiarkowany tryb życia. Aktywny wypoczynek pomaga utrzymać dobrą kondycję psychiczną i fizyczną, jak również zniwelować negatywny wpływ stresu na organizm [8].

## **Materiał i metody**

Badania zostały przeprowadzone na terenie miasta Łodzi w grupie liczącej 30 osób (kobiet 17, mężczyzn 13). Grupę badanych stanowili pacjenci poradni gastrologicznej przy Szpitalu im. gen. dyw. B. Szareckiego oraz oddziału gastrologii w Szpitalu im. N. Barlickiego. Pacjenci poradni stanowili grupę 18 osób. W oddziale szpitalnym 12 osób. Wiek badanych wynosił od 18 do 83 lat, mediana 25. Wśród badanych przeprowadzono wywiad w celu pozyskania informacji dotyczących wieku, wzrostu, wykształcenia, wagi, występujących chorób, trybu życia, odżywiania, aktywności ruchowej, przyjmowanych leków.

W badaniach posłużono się ankietą opracowaną w Katedrze Pielęgniarstwa Klinicznego UM, zawierającą w pierwszej części pytania ogólne dotyczące pacjentów, w drugiej pytania dotyczące czynników ryzyka występowania choroby wrzodowej (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, stres, sposób odżywiania), dolegliwości występujących w przebiegu choroby. Zastosowano także kwestionariusz służący do oceny stopnia odżywienia – „Mini Nutritional Assessment” (MNA) składający się z 18 pytań dotyczących: m.in. rodzaju przyjmowanych pokarmów, utraty masy ciała, zdolności do samodzielnego poruszania się, wystąpienia choroby czy stresów w ciągu ostatnich miesięcy, wskaźnika masy ciała (BMI) oraz przyjmowanych leków [9]. W celu oceny jakości życia badanych zastosowano kwestionariusz oceny stanu zdrowia i jakości życia – *EuroQol 5D* (Składa się on z 6 pytań dotyczących możliwości poruszania się, wykonywania codziennych czynności, samoopieki oraz stopnia odczuwania bólu i niepokoju [10]. Skala funkcjonowania codziennego (ADL) dotyczy poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta w zakresie codziennych czynności, takich jak: kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, karmienie, poruszanie się [11]. Skala funkcjonowania instrumentalnego (IADL) zawiera pytania dotyczące posługiwania się pieniędzmi, lekami, telefonem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, sprzątaniami, praniem oraz korzystaniem ze środków transportu [12]. Kwestionariusz aktywności ruchowej – „Selen Dey Recoill PA Questionnaire” składa się z 10 pytań, które dotyczą ilości snu, wysiłku o różnej intensywności (umożliwia ustalenie dobowego wydatku energetycznego osoby badanej) [13]. Kwestionariusz *Stanford* obejmuje pytania z zakresu aktywności ruchowej pacjenta w stopniu umiarkowanym i dużym (bieg, jazda na rowerze, pływanie) [14]. U osób po 65. roku życia zastosowano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS)

– wersję skróconą – 15 cech (ocenia samopoczucie oraz nasilenie występowania objawów świadczących o depresji respondenta) [15]. Również w tej samej grupie wiekowej badanych przeprowadzona została Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego – „Mini-Mental State Examination” (MMSE) (umożliwia ocenę poziomu orientacji w czasie, miejscu, zapamiętywania, liczenia, przypominania, funkcji językowych) [16].

### Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Zmienne analizowano analizą wariacji (ANOVA) oraz współczynnikiem korelacji Pearsona. Zmienne ilościowe przedstawiono jako  $\pm$  odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość  $p < 0.05$ .

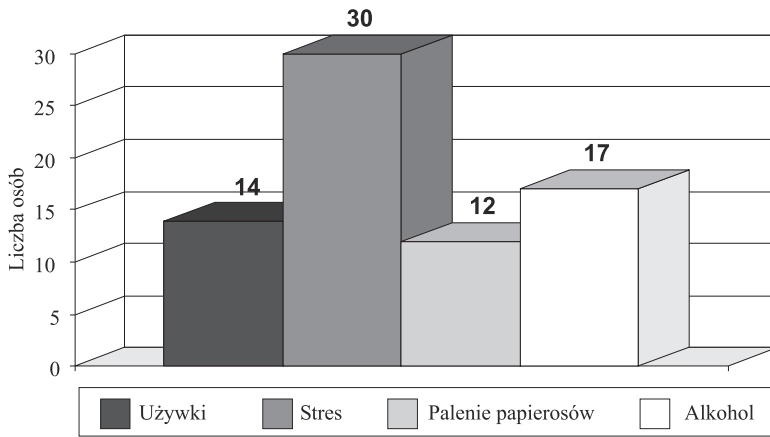
### Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet ( $48.59 \pm 5.17$ ) i mężczyzn ( $42.92 \pm 5.91$ ) były podobne. 23 osoby pochodziły ze środowiska miejskiego, a 7 osób z wiejskiego. Większość grupy badanych stanowiły kobiety (17 osób). Średnie lata choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy wśród respondentów wynosiły  $9.71 \pm 10.79$ . W badanej grupie respondentów najczęściej wykazywano występowanie choroby wrzodowej żołądka zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Najrzadziej badani posiadali rozpoznane jednocześnie choroby wrzodowej żołądka, jak i dwunastnicy. Wśród produktów w diecie pacjentów najczęściej spożywane były: kasze, jaja (25 osób – 83.33%) i przetwory mleczne (21 osób – 70.00%). Badani najrzadziej wykazywali spożywanie pokarmów tłustych (13 osób – 43.33%). W tej grupie 8 osób było szkolonych wcześniej przez pracowników służby zdrowia (Tab. 1). Badani wykazywali znajomość diety. Najczęstszym źródłem informacji o diecie był dla nich lekarz (76.67%), 4 osoby pozyskały wiedzę na ten temat samodzielnie. 26 respondentów (86.67%) znało produkty, które należy wyeliminować z jadłospisu. 17-tu badanych (56.67%) uważało, że dieta powinna być

**Tabela 1. Produkty spożywane przez pacjentów**

| Produkty                                     | Liczba pacjentów |
|--|------------------|
| Przetwory mleczne                            | 21               |
| Kasze, jaja                                  | 25               |
| Surowe owoce                                 | 14               |
| Pokarmy kwaśne (np. ogórek, kapusta kiszona) | 16               |
| Rosół  | 16               |
| Pokarmy tłuste                               | 13               |

**Rycina 1. Czynniki wpływające na powstanie choroby wrzodowej według ankietowanych**



pełnowartościowa, a 11-tu (36.67%), że niskokaloryczna. Z przeprowadzonych badań wynika, że 17 osób (56.67%) spożywało od 2–3 posiłków dziennie, a 5 i więcej posiłków – 13 osób (43.33%). Również 13 osób (43.33%) spożywało pokarmy w postaci rozdrobnionej, 2 osoby (6,67%) w płynnej. Dietę bez zmian stosowało 15 respondentów (50%). W dominującej liczbie badanych nieregularne odżywianie wykazywały kobiety (11 osób). Tylko 13 osób (43.33%) spożywało posiłki regularnie (w tym 10 osób szkolonych przez pracowników służby zdrowia). Posiłki o nieregularnych porach spożywała najczęściej grupa badanych (64.70%) z BMI < 25.

Zdaniem badanych czynnikiem, który najbardziej negatywnie wpływa na powstanie choroby wrzodowej jest stres (100% odpowiedzi), alkohol (56.67%), używki (46.67%), tytoń (40%) (Ryc. 1). Dolegliwości bólowe sygnalizowało 90% badanych. Wśród czynników wyzwalających, pacjenci najczęściej podkreślali: spożycie pokarmów kwaśnych – 16 osób (53.33%), rosółu – 16 osób (53.33%), alkoholu 17 osób (56.67%), czy występowanie sytuacji stresowych – 30 osób.

Na ból uskarżali się przeważnie wszyscy pijący alkohol przynajmniej jeden raz na tydzień; 17 osób z 20 pacjentów z chorobą wrzodową żołądka; 18 osób z 19 spożywających dietę wysokokaloryczną; 22 osoby z 25 jedzących kaszę i jaja. Infekcja *Helicobacter pylori* została rozpoznana u 3 respondentów leczonych w placówkach medycznych (1 osób miała rozpoznaną chorobę wrzodową dwunastnicy). Najczęściej systematycznie stosowana liczba leków wynosiła cztery preparaty (10 osób – 33.33%). Po dwa środki farmakologiczne stosowało 6 osób, pojedyncze leki przyjmowały 4 osoby. Do przyjmowania trzech leków przyznały się 3 osoby. Wraz z wiekiem respondenci wykazywali wyższy wskaźnik BMI.

Brak nadwagi i otyłości (wskaźnik BMI < 25) wykazywali respondenci (70%) w wieku od 18 do 34 lat.

Podobny związek wykazano analizując wiek badanych i liczbę systematycznie stosowanych leków. Osoby starsze wykazywały stosowanie większej liczby leków. Wykazano również związek między wiekiem respondentów a liczbą punktów zaznaczonych na skali jakości życia. Osoby młodsze, jak również z niższą wartością wskaźnika BMI wykazywały lepszą jakość życia.

## Omówienie

Wydaje się, iż wyniki badania przeprowadzonego wśród osób z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy, mimo małej liczebności grupy, wykazują konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej. Uzyskane dane są porównywalne z prezentowanymi w dostępnym piśmiennictwie. W badaniach stwierdzono, że 33.39% osób nie zna zasad diety w tej chorobie, a nieregularnie odżywia się 33.33% samych kobiet. W dotychczasowym badaniu przeprowadzonym na 30-stu ankietowanych, dolegliwości bólowe zgłaszało 90% osób, a wśród 80-ciu badanych wg Talarskiej D. i Grzelki J. [17], ból sygnalizowany był przez 81% pacjentów. Wśród czynników wyzwalających pacjenci poprzednich badań wymieniali: spożycie tłustych pokarmów (60%), zażycie leków przeciwwzapalnych (6%), spożycie ostrych potraw (17%) i sytuacje stresowe (17%). A w obecnym przeprowadzonym badaniu stwierdzono, iż na chorobę wrzodową znaczny wpływ ma stres (100% badanych).

26% pacjentów wg Talarskiej D. i Grzelki J. [17], spożywa posiłki regularnie w wieku od 20–30 lat. Natomiast w moim badaniu aż 43.33% pacjentów niezależnie od wieku. Wg Paradowskiego, jak też innych autorów prawidłowe odżywianie i styl życia zwracają szczególną uwagę na zapobieganie nawrotom choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy. Badana grupa pacjentów w większości nieprawidłowo się odżywiała i stosowała używki. Posiłki regularnie stosowały tylko osoby do 30. roku życia. Wśród przebadanych pacjentów w dotychczasowych badaniach osoby z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy wcale nie zwracały w jakiś szczególny sposób uwagi na swój stan odżywiania. Przede wszystkim spożywały obfite, często nieregularne posiłki, jak również prowadziły nie unormowany tryb życia. Pacjenci zbyt często spożywali alkohol, używki i palili papierosy, co w szczególnym stopniu wiązało się z sytuacjami silnie stresującymi.

W obecnej pracy związek między wartością wskaźnika BMI a subiektywną oceną jakości życia może sugerować, iż to BMI może być istotnym determinantem jakości życia osób z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy. Wyniki pracy sugerują, iż prowadząc edukację zdrowotną wśród ankietowanych pacjentów należy zwrócić uwagę szczególnie na ich sposób odżywiania. W przeprowadzonych badaniach uzyskano niski poziom wiedzy pacjentów na temat ich



prawidłowego odżywiania. Badani wykazywali brak wiedzy dotyczącej związku nieracjonalnego żywienia z możliwością niekorzystnego jego wpływu na ich stan zdrowia.

Mimo, iż w badaniu objęto niewielką liczbę osób wydaje się, iż istnieje konieczność zmiany stylu życia pacjentów. Sytuacje stresowe wykazały istotne znaczenie przyczyniające się do powstania i zaostrzenia choroby wrzodowej. Pielęgniarka odgrywa bardzo ważną rolę w edukacji zdrowotnej, staje się tą osobą, która potrafi pomóc pacjentowi. Służy wsparciem i towarzyszy pacjentowi w trudnej dla niego sytuacji. Pełniąc rolę nauczyciela, edukatora udziela informacji na temat stosowanej diety, regularności spożywanych posiłków, sposobów zapobiegania nawrotom choroby. Wydaje się, iż istnieje bardzo duża konieczność kontynuacji obecnego badania. Zwiększenie liczby respondentów i rozszerzenie badania o analizę skuteczności różnorodnych form edukacji dostarczy informacji niezbędnych do tworzenia m.in. programów edukacyjnych dla pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy.

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

1. Ogólna wiedza na temat choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy, jak również postępowania dietetycznego jest niewystarczająca zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni odżywiają się nieregularnie bez względu na wiek.
3. Starsze osoby, z większym wskaźnikiem BMI wykazują gorszą jakość życia.
4. Cała grupa badanych nie posiada umiejętności i radzenia sobie w sytuacjach trudnych (stresowych).
5. Istnieje konieczność opracowania szczegółowych programów edukacyjnych dla pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy.

## Piśmiennictwo

1. Guzek W.: Patofizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2002; 463–469.
2. Konturek S. Fizjologia człowieka. T. V, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2002.
3. Lippert H. Anatomia. Tom 1. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; Wrocław 1998; s. 253–285.
4. Herold G., Medycyna wewnętrzna, Wydanie III, PZWL, Warszawa 2001.
5. Kocemba J., Grodzicki T.: Zarys Gerontologii Klinicznej. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2000.

6. Kokot F., *Choroby wewnętrzne*, Wydanie VII, Tom I, PZWL, Warszawa 2002.
7. Suchocka L., *Choroby żołądka i przełyku czyli kuchnia dietetyczna*, Kraków 1995; 4-7; 18-19.
8. Loft D. E., Misiewicz J. J., *Choroba wrzodowa*, Poradnik Klinikisty, PZWL, Warszawa 1995.
9. Guigos Y., Vellas B., Garry P. J.: Mini Nutritional Assessment: a practical Assessment tool for grading the State of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; 2: 15-59.
10. Brooks R., with the EuroQol Group: EuroQol: The current State of play, *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
11. Katz S., Ford A. B., Moskowitz R. W., Jakson B. A., Jaffe M. W.: Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
12. Lawton M., Brody E.: Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: Original observer-rated version. *Psychopharmacol. Bull.* 1988; 24: 785-792.
13. Blair S. N., Haskell W. L., Ho P. et al.: Assesment of habitual psychical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *Am JEpidemiol* 1985; 122: 794-804.
14. Sallis J., Haskell W., Wodo P.: Physical activity assessment methodology in the Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 91-106.
15. Yesavage J. A., Drink T., Lom O.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
16. Folstein M. F., Folsein S. E., McHugh P. R.: „Mi-Mental State”: a Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *J PsychiatrRes* 1975; 12: 189-198.
17. Talarska D., Grzelka J., Sposób odżywiania pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, a poziom ich wiedzy o danej jednostce chorobowej, *Pielęgniarstwo Polskie* 2 (14), Poznań 2002; 288-290.

Sylwia Krzemińska<sup>1</sup>, Jolanta Pogorzelska<sup>2</sup>, Izabella Uchmanowicz<sup>3</sup>,  
Adriana Borodzicz-Cedro<sup>1</sup>, Jacek Piechocki<sup>3</sup>

## Ocena znajomości czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz zapotrzebowania pacjentów kardiochirurgicznych na edukację zdrowotną

### Wstęp

Choroba niedokrwienna serca, nazywana często chorobą wieńcową, jest spowodowana brakiem równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem a możliwością zaopatrzenia mięśnia sercowego w tlen. Do jej podstawowych zespołów klinicznych należy dławica piersiowa, zawał serca lub nagła śmierć sercowa.

### Czynniki ryzyka, które mają wpływ na rozwój choroby wieńcowej serca

1. Czynniki w pełni zależne od postępowania pacjenta [1]:
  - sposób odżywiania się – właściwe odżywianie odgrywa istotną rolę w zapobieganiu powtórny zawałom i zaostrzaniu się chorób układu sercowo-naczyniowego. Podstawowe zasady, których należy przestrzegać, to: ryby zamiast mięsa, dużo owoców i warzyw, w miarę możliwości nieobfite, ale częste posiłki, żywność bogata w błonnik [2];
  - palenie papierosów – rzucenie nałogu palenia papierosów poprawia krzywą przeżycia, powoduje zmniejszenie nawrotów dławicy piersiowej, poprawia wydolność fizyczną, zmniejsza konieczność kolejnych hospitalizacji. Leczenie nałogu powinno być indywidualne, pomocna może być terapia zastępcza zawierającymi nikotynę plastrami lub gumą do żucia;
  - nadmierne spożywanie alkoholu – picie alkoholu w niewielkich ilościach redukuje ryzyko choroby niedokrwiennej serca, ale traci swe działanie ochronne w dawkach większych niż umiarkowane;
  - mała aktywność fizyczna – rozsądne obciążenie serca może nie tylko

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna

<sup>2</sup> Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu Klinika Chirurgii Serca

<sup>3</sup> Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna

przywrócić jego muskulaturze dawną funkcjonalność, ale doprowadzić do wytworzenia dodatkowych rozgałęzień naczyń krwionośnych. Poprawiają one zaopatrzenie serca w krew, mimo zmian w ścianach naczyń wieńcowych. Ćwiczenia fizyczne pomagają osiągnąć i utrzymać optymalną wagę ciała, zwiększają odporność psychiczną. Optymalny czas trwania aktywności fizycznej to > 30 min. 3–4 razy w tygodniu;

- stres – zakłóca prawidłowy przebieg procesów psychicznych i somatycznych, przyspiesza akcję serca, zwiększa ciśnienie tętnicze krwi. Stres może wpływać na uaktywnienie innych czynników ryzyka [3].

## 2. Czynniki częściowo zależne od postępowania pacjenta:

- podwyższenie cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu LDL – prawidłowy poziom cholesterolu całkowitego < 200 mg%, LDL < 100 mg/dl. Intensywne leczenie hipercholesterolemii zmniejsza progresję zmian miażdżycowych, nie tylko w naczyniach wieńcowych, lecz również w pomostach żylnych. U chorych po pomostowaniu naczyń wieńcowych właściwy poziom cholesterolu i frakcji LDL utrzymuje się za pomocą diety ubogotłuszczowej oraz lecząc statynami;
- niskie stężenie cholesterolu HDL – właściwy poziom HDL to > 35 mg/dl, lipoproteina o wysokiej gęstości zbiera nadmiar cholesterolu z tętnic i transportuje go do wątroby, gdzie ulega on rozkładowi;
- podwyższenie ciśnienia krwi – wskazane jest utrzymywanie ciśnienia tętniczego na poziomie 120/80 mm Hg. O nadciśnieniu mówimy wtedy, gdy podwyższone wartości ciśnienia (skurczowe > 130–140, a rozkurczowe > 80–85 mm Hg) zostaną stwierdzone wielokrotnie i w stanie uspokojenia pacjenta. Pacjent powinien ograniczyć spożycie soli kuchennej. Przy wysokich wartościach RR wprowadza się leczenie farmakologiczne;
- podwyższenie poziomu cukru we krwi – często towarzyszy mu otyłość oraz nadciśnienie, co szczególnie naraża chorych na ponowny zawał, stąd bardzo istotne jest utrzymywanie poziomu cukru na poziomie na czczo < 125 mg/dl;
- nadwaga i otyłość – o nadwadze mówimy, gdy masa ciała przekroczy 130% idealnej masy ciała, a BMI = współczynnik masy ciała 25 kg mc./m<sup>2</sup> pc. W miarę gromadzenia się tłuszczu na brzuchu rośnie ryzyko chorób serca. To ryzyko można wyrazić liczbami, jeżeli się podzieli obwód w pasie przez obwód w biodrach. Iloraz dla kobiet nie powinien przekroczyć 0,8 zaś dla mężczyzn 1,0;
- zwiększona krzepliwość krwi – kwas acetylosalicylowy w sposób znaczący zapobiega zamykaniu się żylnych pomostów aortalno-wieńcowych, jego podawanie rozpoczyna się już w pierwszej dobie po zabiegu. Skuteczna dawka kwasu acetylosalicylowego wynosi 100–325 mg/dobę. Przyjmowanie leku powinno być kontynuowane przez całe życie;

- podwyższony poziom kwasu moczowego – podniesienie się poziomu kwasu moczowego powyżej 7 mg/dl u mężczyzn i 6 mg/dl u kobiet stanowi niebezpieczeństwo dla osób chorych na serce i jest podstawą do farmakologicznego wpłynięcia na produkcję lub wydalanie kwasu moczowego;
  - okres menopauzy przy stosowaniu egzogennych estrogenów.
3. Czynniki niezależne od postępowania pacjenta:
- wiek: mężczyzna po 45 r.ż., kobieta po 55 r.ż.;
  - płeć;
  - wczesne występowanie w rodzinie choroby wieńcowej serca lub innych na tle miażdżycowym.

Fakt zachorowania i związana z tym hospitalizacja są elementami przeważnie bardzo silnie motywującymi do wprowadzania zmian w dotychczasowym systemie wartości i trybie życia. Podstawą motywowania mogą być wiarygodne i dostosowane do sytuacji zdrowotnej pacjenta informacje.

Pacjent z chorobą układu krążenia powinien [4, 5, 6]:

1. Mieć informacje dotyczące istoty choroby, znać jej poprawną nazwę, przyczyny powstania, objawy.
2. Być pouczony o metodach samodzielnego zwalczania dolegliwości; wiedzieć, jakie okoliczności mogą przyczynić się do ich wystąpienia; znać objawy wymagające natychmiastowej interwencji lekarza.
3. Mieć informacje dotyczące farmakoterapii; znać nazwy, działanie podstawowe i najważniejsze objawy uboczne leków, sposób ich przyjmowania i przechowywania.
4. Wiedzieć, jaki rodzaj aktywności fizycznej jest zalecany.
5. Znać rodzaj i formy ćwiczeń fizycznych oraz sposoby samodzielnego kontrolowania swojej wydolności.
6. Znać rodzaj zalecanej diety, rozumieć jej celowość i zalety. Wiedzieć, jakie nawyki żywieniowe i styl żywienia są pożądane.
7. Znać zalety pogodnego stylu życia, umieć rozładować nadmierne napięcie emocjonalne, znać sposób organizowania wypoczynku.
8. Wiedzieć, jaka jest zalecana częstotliwość badań kontrolnych i znać dni, i godziny przyjęć lekarza oraz pielęgniarki opiekujących się nim.

Odpowiednio prowadzona edukacja wpływa także na zmniejszenie lęku i niepokoju, stanowi pomost ułatwiający choremu podjęcie samoopieki po opuszczeniu szpitala i nawiązanie współpracy z zespołem opiekującym się nim w podstawowej opiece zdrowotnej.

Obowiązek edukowania chorych mają zarówno lekarze, jak i pielęgniarki. Miejsce, jakie zajmują pielęgniarki w opiece nad pacjentami, ich rola zawodowa w zespole bliższa pacjentowi, język komunikowania się z chorym – predysponują je do przejęcia odpowiedzialności za stan wiedzy chorych [7, 8, 9].

## Materiał i metoda

Badaniem ankietowym objęto 30 losowo wybranych chorych leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Serca Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Wszystkie badane osoby były poinformowane o celu badania i wyraziły na nie zgodę. Ankieta zawierała 15 pytań zamkniętych dotyczących czynników ryzyka choroby wieńcowej. Badanie było przeprowadzone przed zabiegiem operacyjnym.

## Cel pracy

Celem badania było określenie znajomości czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz zapotrzebowania pacjentów na edukację zdrowotną.

## Charakterystyka badanych chorych

**Tabela 1. Zestawienie ze względu na płeć**

| Płeć      | Liczba | %     |
|-----------|--------|-------|
| Mężczyźni | 16     | 53,3  |
| Kobiety   | 14     | 46,7  |
| Razem     | 30     | 100,0 |

**Tabela 2. Zestawienie badanej grupy ze względu na wiek**

| Wiek  | Liczba | %     |
|-------|--------|-------|
| 54–60 | 8      | 26,6  |
| 61–70 | 10     | 33,3  |
| 71–80 | 12     | 40,1  |
| Razem | 30     | 100,0 |

**Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy ze względu na współczynnik masy ciała BMI**

| BMI             | Norma        | Liczba | %     |
|-----------------|--------------|--------|-------|
| Niedowaga       | poniżej 18,5 | 0      | 0,0   |
| Waga prawidłowa | 18,5–24,9    | 6      | 20,0  |
| Nadwaga         | 25–29,9      | 14     | 46,6  |
| Otyłość         | powyżej 30   | 10     | 33,3  |
| Razem           |              | 30     | 100,0 |

**Tabela 4. Charakterystyka grupy ze względu na wykształcenie**

| Wykształcenie | Liczba | %     |
|---------------|--------|-------|
| Wyższe        | 4      | 13,4  |
| Średnie       | 10     | 33,3  |
| Zawodowe      | 6      | 20,0  |
| Podstawowe    | 10     | 33,3  |
| Razem         | 30     | 100,0 |

**Tabela 5. Charakterystyka grupy ze względu na palenie tytoniu**

| Nikotynizm            | Liczba | %     |
|-----------------------|--------|-------|
| Osoby nigdy niepalące | 2      | 6,8   |
| Palacze bierni        | 6      | 20,0  |
| Palące w przeszłości  | 14     | 46,6  |
| Palące obecnie        | 8      | 26,6  |
| Razem                 | 30     | 100,0 |

**Tabela 6. Zestawienie badanej grupy ze względu na picie alkoholu**

| Konsumpcja alkoholu   | Liczba | %     |
|-----------------------|--------|-------|
| W ogóle               | 6      | 20,0  |
| Okazjonalnie          | 14     | 46,6  |
| Kilka razy w miesiącu | 8      | 26,6  |
| Kilka razy w tygodniu | 2      | 6,8   |
| Razem                 | 30     | 100,0 |

**Tabela 7. Zestawienie grupy ze względu na aktywność zawodową**

| Aktywność zawodową       | Liczba | %     |
|--------------------------|--------|-------|
| Osoby pracujące zawodowo | 10     | 33,3  |
| Nie pracujące            | 20     | 66,7  |
| Razem                    | 30     | 100,0 |

**Tabela 8. Zestawienie badanej grupy ze względu na sposób spędzania wolnego czasu**

| Forma spędzania wolnego czasu               | Liczba | %     |
|---|--------|-------|
| Oglądanie TV, czytanie                      | 12     | 40,0  |
| Spacer, uprawa działki                      | 8      | 26,6  |
| Jazda na rowerze, bieganie, basen, siłownia | 6      | 20,0  |
| Inne  | 4      | 13,4  |
| Razem                                       | 30     | 100,0 |

## Omówienie

Choroba wieńcowa serca stanowi jeden z najbardziej istotnych problemów klinicznych. Przyczyny choroby są złożone i różne. Wiadomo, że choroba wieńcowa występuje częściej u mężczyzn (53,3% badanych) niż u kobiet (46,7% badanych). Podobne dane dostarcza literatura przedmiotu. Większym ryzykiem obarczone są osoby, u których choroba serca wystąpiła wśród najbliższej rodziny. Wśród ankietowanych u 93,2%, przyczyną zgonów w najbliższej rodzinie była choroba wieńcowa. Rozwój miażdżycy wzrasta z wiekiem: 40,1% badanych to osoby w wieku 71–80 lat, 33,3% to osoby w wieku 61–70 lat i 26,6% osoby w wieku 54–60 lat. Nie bez znaczenia są pozostałe czynniki ryzyka: otyłość u 33,34% badanych, nadwaga 46,6% badanych, wagę prawidłową miało tylko 20% ankietowanych. Na chorobę nadciśnieniową choruje 60% ankietowanych, 26,6% nie choruje, a 13,4% nie wie czy choruje na nadciśnienie, ponieważ nie miał zdiagnozowanego tego właśnie schorzenia. Wśród ankietowanych tylko 6,8% nigdy nie miało do czynienia z tytoniem, 20% stanowią palacze bierni, 73,3% ankietowanych paliło/pali papierosy. Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 59,8% ankietowanych ma za wysoki poziom cholesterolu, natomiast 33,2% nie wie, jaki ma poziom cholesterolu.

Nasze badania ukazały, że 40% badanych spędza czas wolny biernie oglądając telewizję, czytając, natomiast 46,6% spędza czas wolny czynnie jeżdżąc na rowerze, spacerując czy uprawiając działkę. Wśród badanych 33,3% to osoby czynne zawodowo, natomiast 66,7% nie pracuje zawodowo. Analizując kolejny czynnik ryzyka – stres można zaobserwować, że tylko 33,2% badanych uważa, że dobrze radzi sobie za stresem, słabo 46,8%, natomiast nie radzi sobie ze stresem 20% ankietowanych. W badanej grupie 46,6% stanowią osoby pijące alkohol okazjonalnie, 26,6% to osoby pijące kilka razy w miesiącu, 20% w ogóle nie pije, 6,8% ankietowanych pije kilka razy w tygodniu. Wybierając produkty żywnościowe 26,6% sięga po jasne pieczywo, mięso wieprzowe i tłuszcze zwierzęce wybiera też 26,6%, słodczyce 20%, znacznie rzadziej ankietowani sięgają po ciemne pieczywo i kasze 6,8%, ryby, mięso drobiowe, tłuszcze roślinne 13,4%, warzywa i owoce tylko 6,8%. Wśród ankietowanych 60% nieregularnie spożywa posiłki.

Oceniając swój styl życia 46,8% ankietowanych uważa, że prowadzi zdrowy tryb życia, natomiast 33,2% uważa że nie prowadzi zdrowego stylu życia, 20% stanowią osoby nie potrafiące określić.

## Wnioski

1. Pacjenci nie znają wszystkich czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.
2. Istnieje potrzeba edukacji zdrowotnej dotyczącej czynników ryzyka choroby wieńcowej serca wśród pacjentów przebywających w Klinice Kardiologii.



## Piśmiennictwo

1. Krymska B.: Czynniki ryzyka i schemat postępowania. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 4, 18–19.
2. Wierzbicka A.: Żywność jako element profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia. w: (red.) Widomska-Czekajska T., *Ambulatoryjna opieka kardiologiczna*, PZWL, Warszawa 1994.
3. Brzostek T., Malinowska-Lipień I., Kulig-Fredko M., Wilczek-Rużyczka E., Maciejewicz J.: Typ osobowości i poziom stresu a inne czynniki ryzyka w zaostrzeniu choroby wieńcowej. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 4(13), 3135.
4. Dison N.: *Technika zabiegów pielęgniarskich*, PZWL, Warszawa 1998.
5. Muszalik M.: Profilaktyka chorób układu krążenia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2005, 5, 26–27.
6. Pieniążek M.: Zakres edukacji zdrowotnej w wybranych chorobach układu krążenia. W: (red.) Widomska-Czekajska T., *Ambulatoryjna opieka kardiologiczna*, PZWL, Warszawa 1994.
7. Bodys-Cupak I.: Subiektywna ocena sytuacji zdrowotnej pacjentów po zabiegach kardiologicznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 4 (13), 27–30
8. Grzęda T., Dec-Palarczyk U., Lubińska-Żądło B.: Problemy zdrowotne i psychospołeczne chorych po zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowego przebywających w uzdrowiskowym szpitalu kardiologicznym. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 1/2 (10/11), 83–86.
9. Adamska-Kuźmicka I., Czekirda M.: Wybrane metody wspomagające wentylację płuc. W: (red.) Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Tom II, Czelej, Lublin 2004.

Hanna Grabowska<sup>1</sup>, Krzysztof Narkiewicz<sup>2</sup>, Władysław Grabowski<sup>1</sup>,  
Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>1</sup>, Maria Krajewska<sup>3</sup>, Dariusz Świetlik<sup>4</sup>

## Dieta a prewencja pierwotna nadciśnienia tętniczego w opinii pielęgniarek

### Wstęp

Według NATPOL PLUS na nadciśnienie tętnicze cierpi 8,4 mln (29%) dorosłych mieszkańców Polski, przy czym jedynie 50% zdaje sobie sprawę ze swojej choroby [1]. Wobec powyższego istnieje potrzeba, a nawet konieczność, wdrażania szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, w których realizację powinni być zaangażowani profesjonalści wywodzący się z różnych dziedzin (opieki medycznej, przemysłu spożywczego, edukacji i innych).

Prewencja pierwotna polega na stałym eliminowaniu środowiskowych i osobniczych czynników współodpowiedzialnych za wystąpienie i rozwój nadciśnienia tętniczego, którą w sposób szczególny należy wdrażać u osób z obciążeniem genetycznym, zwłaszcza przy powtarzających się wartościach ciśnienia w pobliżu górnej granicy normy. Metody prewencyjne obejmują systematyczne pomiary wartości ciśnienia tętniczego oraz przestrzeganie zaleceń wynikających z modyfikacji stylu życia [1, 2, 3].

W zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu zasadnicze znaczenie odgrywiają: utrzymanie prawidłowej masy ciała (BMI w zakresie 18,5–24,9), regularne wykonywanie aerobowego wysiłku fizycznego, ograniczenie spożycia alkoholu, jak również zmiana zwyczajów żywieniowych, w tym przede wszystkim – zmniejszenie spożycia sodu do nie więcej niż 100 mmol na dobę, utrzymywanie odpowiedniej zawartości potasu w diecie (powyżej 90 mmol, tj. 3500 mg na dobę), a także spożywanie diety bogatej w owoce i warzywa oraz nabiał o niskiej za-

---

<sup>1</sup> Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

<sup>2</sup> Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna w Gdańsku

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

<sup>4</sup> Pracownia Informatyki Medycznej i Sieci Neuronalnych, Akademia Medyczna w Gdańsku

wartości tłuszczów i tłuszczów nasyconych (dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH) [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Celem niniejszej pracy było podjęcie próby poznania opinii pielęgniarek odnoszących się do zaleceń dietetycznych w kontekście wpływu na profilaktykę pierwotnego nadciśnienia tętniczego.

## **Material i metoda**

Badaniami objęto grupę 53 pielęgniarek, studentek ostatniego roku jednolitych studiów magisterskich Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posłużono się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy.

Grupę badawczą stanowiły kobiety (100,0%). Średnia wieku wynosiła 37,8 lat. Wiek badanych mieścił się w przedziale 28–52 lata, przy czym największy odsetek dotyczył przedziału wieku 31–40 lat (60,4%). Wśród respondentek przeważały mieszkanki miast (84,91% – 45 osób), wieś reprezentowało 8 badanych, tj. 15,09%. Osoby zamężne stanowiły 73,58% badanych. Średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki wyniósł 16,6 lat i wahał się od 6 do 28 lat. Dominującą grupę badanych stanowiły pielęgniarki zatrudnione w oddziałach szpitalnych, na stanowisku pielęgniarki odcinkowej (52,83%).

## **Wyniki badań i omówienie**

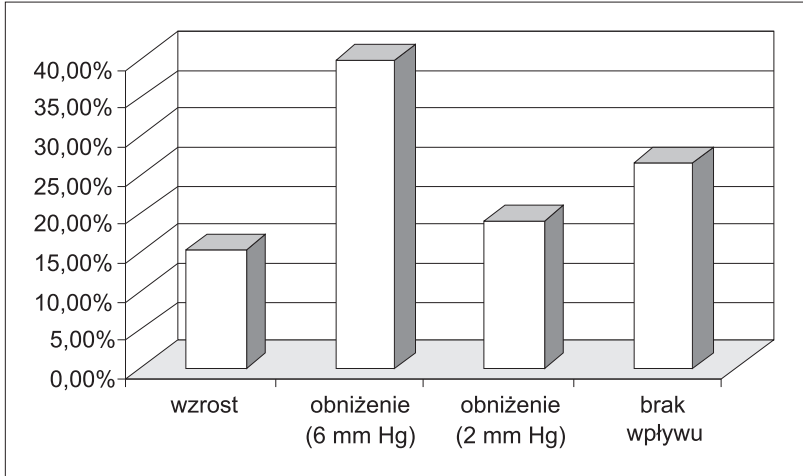
Badania epidemiologiczne i obserwacje kliniczne wykazały zależność między spożyciem soli a ciśnieniem krwi. Wzrost spożycia sodu o 100 mmol powoduje wzrost RRS o 5–7 mm Hg i RRR o 2–4 mm Hg. „Próg” podaży sodu, którego przekroczenie może ujawniać presyjne działanie sodu, szacuje się na 50–80 mmol/dobę. Zjawisko sodowrażliwości wzrasta z wiekiem i zwiększaniem masy ciała. Częściej występuje u osób rasy czarnej i u kobiet.

Spożycie sodu koreluje dodatnio z masą lewej komory serca i zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Największą redukcję ciśnienia i najniższą zachorowalność na nadciśnienie uzyskuje się w grupach osób spożywających niewielkie ilości soli. Aktualnie zaleca się ograniczenie spożycia soli do niespełna 6 g/d, co odpowiada 2,4 g (100 mmol) sodu.

U normotoników zmniejszenie podaży sodu do zalecanej wartości powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego o około 2/1 mm Hg, u osób z nadciśnieniem około o 4–6/2–3 mm Hg. Obniżenie to jest większe u osób w starszym wieku, a także wówczas, gdy zmniejszeniu soli towarzyszą inne metody nefarmakologiczne. Ważne jest, by w skład diety wchodziło mało produktów przetworzonych oraz by ograniczyć użycie soli przy gotowaniu potraw i wyeliminować sól przy spo-

żywaniu posiłków [8, 9, 10, 11]. Wybrane opinie respondentek na temat wpływu spożycia soli na wartości ciśnienia tętniczego krwi ilustruje wykres 1. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż efekty wywołane ograniczeniem spożycia soli znane są stosunkowo małej liczbie badanych (10 osób, 18,87%), prawie 40% przypisuje tym ograniczeniom większy wpływ, natomiast co czwarta pielęgniarka wyraża pogląd, że redukcja spożycia soli nie wywiera żadnego wpływu na wartości ciśnienia tętniczego krwi.

**Wykres 1. Wpływ ograniczeń podaży soli na RRS u osób normotensyjnych**



Cieszy natomiast fakt potwierdzający znajomość w grupie badanych aktualnych zaleceń dotyczących ilości dozwolonej podaży soli, którą wykazało 94,34% respondentek.

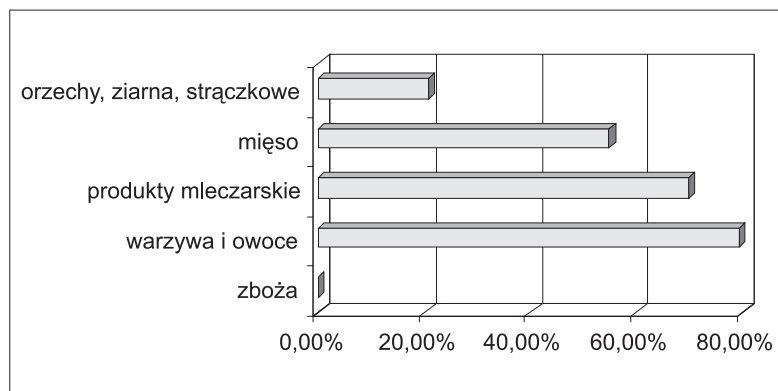
We wstępie niniejszej pracy wspomniano już o zasadności wprowadzania diety DASH w ramach prewencji nadciśnienia pierwotnego. Dieta DASH to dieta bogata w warzywa, owoce, orzechy, niskotłuszczowe produkty mleczne, ryby i drób, produkty zbożowe z pełnego przemiału z ograniczeniem tłuszczów nasyconych, czerwonego mięsa i węglowodanów (słodzicy i napojów zawierających cukier). Korzystny wpływ omawianej diety wiąże się głównie z dużą zawartością w owocach i jarzynach potasu, którego małe spożycie może odgrywać istotną rolę w rozwoju nadciśnienia tętniczego (wśród możliwych mechanizmów korzystnego wpływu potasu na układ sercowo-naczyniowy wymienia się działanie antyoksydacyjne, działanie antyproliferacyjne w stosunku do komórek mięśni gładkich, zmniejszenie agregacji płytek, korzystny wpływ na hemodynamikę nerek oraz działanie natriuretyczne), jak również magnezu, błonnika i argininy, będącej prekursorem tlenu azotu. Stosowanie diety DASH powoduje obniże-

nie RR (w stopniu znaczącym: o 11,6/5,3 mm Hg) u osób z nadciśnieniem tętniczym oraz (w mniejszym stopniu: o 3,5/2,1–2,2 mm Hg) u osób z prawidłowym ciśnieniem krwi. Dieta DASH nie tylko obniża ciśnienie krwi, ale również normalizuje stężenie cholesterolu we krwi, zapobiega gromadzeniu się reaktywnych związków tlenu i uszkodzeniom oksydacyjnym [12, 13, 14, 15, 16].

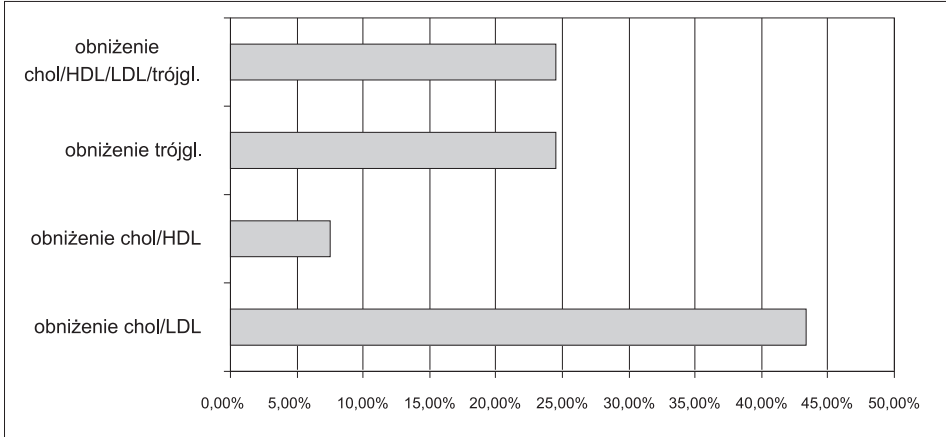
Uczestniczki badania poproszono o wskazanie diety odgrywającej szczególne znaczenie w prewencji nadciśnienia tętniczego. Okazało się jednak, że żadnej respondentce omawiana dieta DASH nie jest znana. Najwięcej wskazań uzyskała odpowiedź „dieta lekko strawna” (60,38% wskazań).

W dalszej części badania pielęgniarki dokonywały wyboru najważniejszych, ich zdaniem, zaleceń odnoszących się do optymalnej częstości posiłków zawierających określone produkty. Najlepszą orientację badane studentki wykazały w zakresie zalecanej liczby posiłków zawierających warzywa i owoce, bowiem wskazało ją 79,25%, tj. 42 osoby, natomiast najmniejszą – ku zaskoczeniu autorów badania – pożądaną liczbę posiłków zawierających zboża i ich produkty (0%). Stosunkowo mniejszą wiedzę wykazały pielęgniarki w zakresie zalecanego spożycia orzechów (20,75% – 11 osób.). Uzyskane wyniki obrazuje wykres 2.

**Wykres 2. Zalecenia diety DASH w opinii badanych**



W zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu istotne znaczenie odgrywa ograniczenie w diecie tłuszczów zwierzęcych z dużą zawartością nasyconych kwasów tłuszczowych oraz zastąpienie ich kwasami nienasyconymi zawartymi w tłuszczach roślinnych i innymi produktami o większej zawartości kwasów nienasyconych. Podkreśla się szczególnie korzystny wpływ, na układ sercowo-naczyniowy, olei rybich zawierających kwasy tłuszczowe omega-3 [17, 18, 19]. Najwięcej respondentek wiąże korzystny wpływ kwasów omega-3 z obniżaniem stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL lipoprotein (43,40% wskazań, 23 osoby). Opinie pielęgniarek dotyczące wpływu omawianych kwasów omega-3 zawarto na wykresie 3.

**Wykres 3. Wpływ kwasów omega-3**

Badane pielęgniarki poproszono również o wskazanie źródeł wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny omega-3. W efekcie uzyskano wskazania odnoszące się do dwóch zasadniczych kategorii odpowiedzi, z czterech możliwych: 49,06% respondentek upatruje źródeł kwasów omega-3 w oleju słonecznikowym, sojowym, kukurydzianym, z pestek winogron, natomiast zbliżona liczebnie grupa (50,94%) wśród ich źródeł wymienia: olej lniany, olej z wiesiołka i ryby.

Jedno z pytań ankiety odnosiło się także do wpływu błonnika na zmniejszenie ryzyka nadciśnienia tętniczego, bowiem stwierdzono, iż u osób spożywających pokarmy o dużej jego zawartości ciśnienie tętnicze krwi ulega znacznemu obniżeniu, co znajduje wyraz w 24-godzinnym AMBP. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można stwierdzić, że prawie połowa badanych pielęgniarek posiada orientację w tym zakresie (26 osób, 49,06%).

**Wnioski**

1. Badane respondenci posiadają ogólną orientację w zakresie zaleceń dietetycznych wykorzystywanych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego.
2. Stosunkowo mniej znanymi aspektami wśród badanych okazały się: wpływ ograniczenia spożycia soli na wartości ciśnienia tętniczego u osób normotensyjnych, zalety oraz źródła kwasów omega-3.
3. Badanej grupie nieznana jest istota i zasady diety DASH, stosowanej w prewencji nadciśnienia tętniczego.

## Piśmiennictwo

1. Kawecka-Jaszcz K., Kocemba J.: Nadciśnienie tętnicze. W: Mandrecki T. (red.): Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 442–502.
2. Kaplan M. N.: Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne. Wyd. Czelej, Lublin 2006, 213–239.
3. Januszewicz W., Januszewicz A., Prejbisz A., Kabat M.: Wytyczne i zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. W: Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyłło W. (red.): Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 249–266.
4. Jabłońska-Chmielewska A., Jabłoński L.: Podstawy nowoczesnej profilaktyki chorób niezakaźnych. W: Jabłoński L., Karwat I. D. (red.): Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 105–118.
5. Sikand G., Kris-Etherton P., Frank G. C.: Odżywianie. W: Wong N. D., Black H. R., Gardin J. M.: Kardiologia prewencyjna. Centrum Wydawnictw Medycznych, Warszawa 2005, 383–446.
6. Middeke M.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 234–248.
7. Włodarek D.: Choroby i ich profilaktyka. Schorzenia układu krążenia. W: Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: Edukacja prozdrowotna. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2003, 95–112.
8. Hu F. B., Manson J. E.: Inne czynniki ryzyka choroby wieńcowej: dieta, styl życia, zaburzenia psychiki, niedobór estrogenów/hormonalna terapia zastępcza. W: Braunwald E., Goldman L.: Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 393–406.
9. Kozłowska-Wojciechowska M., Naruszewicz M.: Żywnienie chorego z grupy dużego ryzyka sercowo-naczyniowego. W: Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyłło W. (red.): Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 311–331.
10. Naruszewicz M.: Nowe perspektywy w profilaktyce kardiologicznej: Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza. PTBNM, Szczecin 2003, 7–19.
11. Sznajderman M., Januszewicz W.: Leczenie nefarmakologiczne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 817–821.
12. Appel L. J.: Wpływ diety na ciśnienie krwi. W: Braunwald E.: Postępy w kardiologii Harrisona. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, 64–67.
13. Szostak W. B., Cybulska B.: Profilaktyczny wpływ diety śródziemnomorskiej na choroby układu krążenia: Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza. PTBNM, Szczecin 2003, 286–298.
14. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie pierwotne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 521–534.
15. Żechałko-Czajkowska A.: Prozdrowotne zalecenia żywieniowe. W: Lwow F., Milewicz A. (red.): Promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004, 125–132.

16. Ostrowska L., Kłosiewicz-Latoszek L.: Choroby związane z żywnością, żywieniem i odżywieniem W: Karczewski J. K. (red.): Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 509–554.
17. Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L.: Zasady leczenia zaburzeń lipidowych. W: Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyło W. (red.): Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 47–67.
18. Knopp R. H.: Lipidy i zaburzenia lipidowe. W: Braunwald E., Goldman L.: Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 345–370.
19. Kozłowska-Wojciechowska M.: Rola kwasów tłuszczowych, steroli i stanoli roślinnych oraz błonnika w zapobieganiu miażdżycy.: Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza. PTBNM, Szczecin 2003, 314–329.



Agnieszka Bocian<sup>1,2</sup>, Ewa Borowiak<sup>2</sup>,  
Małgorzata Matuszewska<sup>2,3</sup>

## Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych

### Wstęp

Cukrzyca jest jedną z najkosztowniejszych chorób i obciążających całe społeczeństwo. W Polsce choruje na nią ok. 2 milionów ludzi. Występuje u ok. 0,9% ludności wiejskiej i 1,6% ludności miasta w wieku powyżej 14 lat [1]. Podstawowym warunkiem wszystkich metod leczenia tej choroby jest edukacja pacjentów [2, 3, 4]. Gwarantuje ona zahamowanie postępów choroby i normalne funkcjonowanie człowieka. Przekazanie wiedzy i umiejętności pacjentom jest dużym wyzwaniem dla całego zespołu terapeutycznego. To od nich zależy, w jakim stopniu chory i jego rodzina będą współpracować i jednocześnie wpływać na jakość swojego życia. Wiedza i umiejętność chorego dają mu możliwość pozytywnego patrzenia na cukrzycę i budzą większe zaufanie do zespołu. Bardzo ważna jest również umiejętność komunikacji z pacjentem, ciągle przekazywanie i powtarzanie wiadomości, a także budowanie relacji partnerskiej w celu uzyskania jak najlepszych efektów [5]. Zdobyta wiedza i umiejętności związane z cukrzycą dają pacjentom możliwość dokonywania wyborów w codziennym życiu. Dotyczą one m.in. samokontroli stężenia glukozy we krwi, racjonalnego żywienia, stosowania wysiłku fizycznego, zapobiegania powikłaniom cukrzycy, a także umiejętności radzenia sobie ze stresem [6, 7, 8]. Praca ta miała na celu ocenę wiedzy na temat własnej choroby wśród osób chorujących na cukrzycę oraz wykazanie, że edukacja ma znaczenie w promowaniu zachowań prozdrowotnych u osób chorujących na cukrzycę [9]. Edukacja pacjentów z cukrzycą ma

---

<sup>1</sup> Wojewódzki Ośrodek Diabetologii i Chorób Metabolicznych przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>3</sup> Sekcja Koła Naukowego przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

bardzo duże znaczenie w kontroli choroby. Pacjent zorientowany w objawach, potrafi samodzielnie sprawdzić poziom cukru we krwi i prawidłowo stosuje insulinę i leki hipoglikemizujące [10, 11]. Wyszkolony żywieniowo będzie lepiej dbać o swój stan zdrowia i chętniej współpracował z lekarzem [12, 13]. Prawidłowo przeprowadzona edukacja procentuje lepszą kontrolą cukrzycy, zmniejszeniem powikłań i poprawą jakości życia.

## **Materiały i metody**

W badaniach wzięło udział 30 osób (kobiet 19, mężczyzn 11) w jednej z poradni na terenie miasta Łodzi. Kryterium zaangażowania pacjentów do badania było: występowanie choroby, jaką jest cukrzyca, sprawność komunikacji werbalnej oraz wyrażona zgoda pacjenta.

Z badanymi osobami przeprowadzono wywiad, w celu pozyskania informacji dotyczących wieku, płci, wykształcenia, wagi i wzrostu ciała, występujących chorób przewlekłych, palenia tytoniu, ilości systematycznie przyjmowanych leków, trybu życia oraz sprawdzenie wiedzy na temat cukrzycy. W pracy zastosowano międzynarodowe kwestionariusze: do oceny stanu odżywienia kwestionariusz w wersji skróconej MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form) oraz pełnej MNA (Mini Nutritional Assessment – MNA. Wersja skrócona MNA-SF obejmuje sześć pytań dotyczących przyjmowania pokarmów, utraty masy ciała, zdolności do samodzielnego przemieszczania się, występowania ostrej choroby lub stresu, problemów neuropsychologicznych (depresja, demencja), a także wskaźnika BMI. Maksymalna ilość punktów możliwa do zdobycia to 14. Wynik 11–14 punktów określa zadawalający stan odżywienia respondenta. Wersja pełna MNA (Mini Nutritional Assessment– MNA) składa się z 12 dodatkowych pytań dotyczących: aspektów analizowanych w wersji wstępnej oraz rodzaju przyjmowanych pokarmów, ilości przyjmowanych płynów, leków, miejsca zamieszkania oraz ocenę swojego stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami. Łączna liczba punktów wynosi 30. Grupa osób, które otrzymują liczbę punktów  $> 23.5$ , określona jest jako posiadająca dobry stan odżywienia. Osoby znajdujące się w przedziale  $\geq 17.0 < 23.5$ , charakteryzowane są jako grupy ryzyka niedożywienia. Mniejsza liczba punktów niż 17.0 określa niedożywienie osoby badanej.

W pracy posługiwano się również kwestionariuszem służącym do oceny stanu zdrowia i jakości życia – *EuroQol5D*. Składa się on z 6 pytań dotyczących poruszania się, wykonywania codziennych czynności, samoopieki, stopnia odczuwania bólu i niepokoju.

Do oceny poziomu aktywności ruchowej zastosowano dwa kwestionariusze: *Recall Questionnaire* (SDPAR) oraz *Stanford*. Kwestionariusz *Recall Questionnaire* (SDPAR) składa się z 10 pytań, które dotyczą ilości snu oraz długości trwania wysiłku o różnej intensywności (umiarkowanej, dużej i bardzo dużej). Umożliwia

**Tabela 1. Charakterystyka respondentów**

|   | Poradnia Diabetologiczna<br>n=30 |
|---|----------------------------------|
| Wiek  | 50.8 ± 8.88                      |
| Mężczyźni (frakcje)   | 33.33                            |
| Cukrzyca (frakcje)  | 100                              |
| Choroba niedokrwienna serca (frakcje)                                 | 20.00                            |
| Niewydolność krążenia (frakcje)                                       | 46.67                            |
| Nadciśnienie tętnicze (frakcje)                                       | 73.33                            |
| Przebyty zawał serca (frakcje)  | 3.33                             |
| Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy (frakcje)                  | 0.00                             |
| Choroby oczu (jaskra, zaćma) (frakcje)                                | 3.33                             |
| Choroby układu oddechowego (frakcje)                                  | 10.00                            |
| Przebyty udar mózgu (frakcje)   | 3.33                             |
| Liczba regularnie przyjmowanych leków                                 | 4.6 ± 1.79                       |
| Osoby palące (frakcje)  | 43.33                            |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )  | 30.54 ± 5.19                     |
| Liczba punktów wg MNA-SF  | 12.27 ± 1.68                     |
| Zadawalający stan odżywienia – MNA-SF (frakcje)                       | 90.00                            |
| Liczba punktów wg MNA   | 27.12 ± 2.54                     |
| Zadawalający stan odżywienia – MNA (frakcje)                          | 90.00                            |
| Wydatek energetyczny (kcal/kg/dzień)                                  | 43.89 ± 8.17                     |
| Stanford umiarkowany (aktywność ruchowa o umiarkowanej intensywności) | 3.43 ± 1.38                      |
| Stanford duży (aktywność ruchowa o dużej intensywności)               | 0.03 ± 0.18                      |
| ADL – liczba punktów  | 5.93 ± 0.37                      |
| IADL – liczba punktów   | 7.77 ± 0.82                      |

on ocenę całodobowego wydatku energetycznego na kg masy ciała. Kwestionariusz *Stanford* zawiera pytania z zakresu aktywności ruchowej osoby badanej w stopniu umiarkowanym (wchodzenie po schodach, spacerowanie, itp.) oraz w stopniu dużym, takim jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze itp. Zawiera on dwa pytania. Osoba badana odpowiadając na nie, wybierała odpowiedni rodzaj zachowań świadczących o umiarkowanej i dużej aktywności. Do oceny poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta w zakresie czynności wykonywanych, na co dzień typu: kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, karmienie oraz poruszanie się wykorzystano *skalę funkcjonowania codziennego* (ADL). W pracy zastosowano również *Skalę funkcjonowania instrumentalnego* (IADL). Obejmuje ona pytania dotyczące posługiwania się: pieniędzmi, lekami, telefonem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, sprzątaniem, praniem, korzy-

staniem ze środków transportu. Wersje operacyjne kwestionariuszy opracowano w Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej UM w Łodzi. W celu sprawdzenia wiadomości na temat cukrzycy sporządzono ankietę. Zawarto w niej 38 pytań, w tym część ogólnych a część szczegółowych, takich jak: prawidłowe wartości glukozy na czczo i 2 godziny po posiłku, jak powinien odżywiać się chory na cukrzycę, jaką powinien prowadzić samokontrolę, jaką rolę odgrywa edukacja pacjentów.

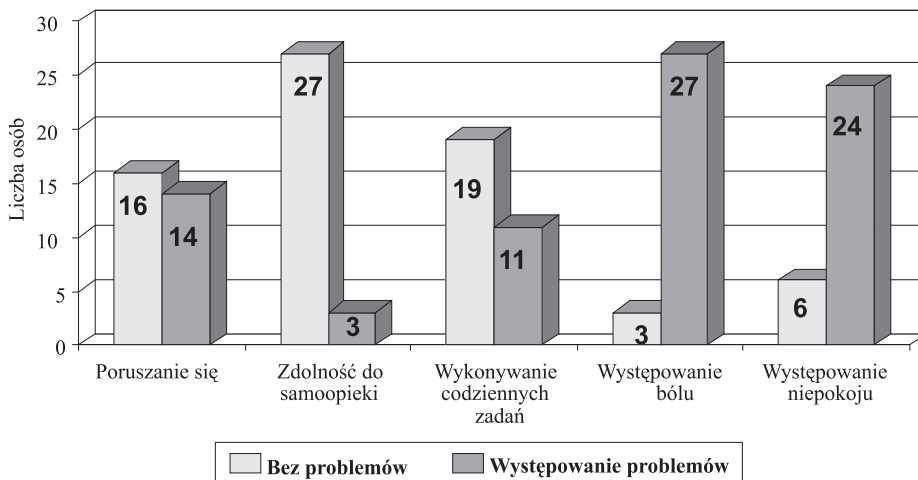
### **Analiza statystyczna**

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Zmienne analizowano analizą wariacji (ANOVA) oraz współczynnikiem korelacji Pearsona. Zmienne ilościowe przedstawiono jako  $\pm$  odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość  $p < 0.05$ .

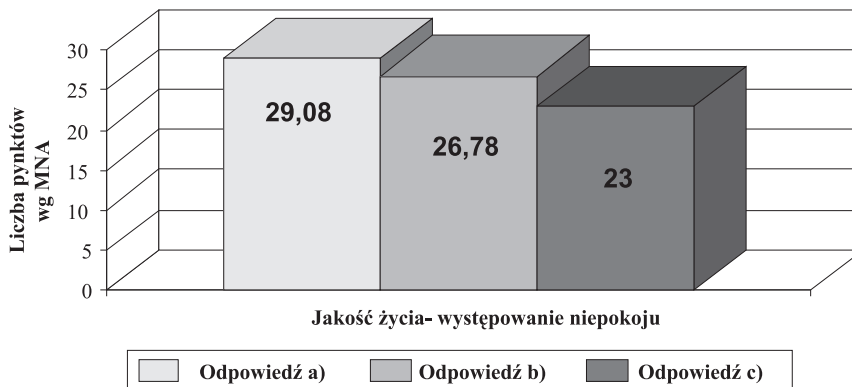
### **Wyniki badań**

Średnia wieku badanych kobiet i mężczyzn była podobna. Klasyfikowała się na poziomie około 50 lat i nie stanowiła różnic statystycznych. Wśród respondentów największą grupę stanowiły osoby, które miały rozpoznaną cukrzycę od 5 lat. W trakcie analizy danych nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między wartościami wskaźnika BMI kobiet i mężczyzn. Stan odżywiania oceniany za pomocą kwestionariusza MNA-SF nie wykazał różnic między kobietami ( $12.15 \pm 1.87$ ) i mężczyznami ( $12.5 \pm 1.27$ ). Podobny związek wykazano podczas analizy wyników otrzymanych przy pomocy kwestionariusza MNA. Stan odżywiania kobiet ( $26.75 \pm 2.73$ ) i mężczyzn ( $27.8 \pm 2.07$ ) oceniany był jako zadawalający i nie stanowił różnicy istotnej statystycznej. Analiza aktywności ruchowej u chorych z cukrzycą wg kwestionariusza Stanford wykazała, iż wysiłek o umiarkowanej intensywności był wykonywany podobnie przez kobiety ( $3.6 \pm 1.54$ ) i mężczyzn ( $3.1 \pm 0.99$ ) (Ryc. 4). Kolejnym etapem pracy była analiza poziomu sprawności funkcjonalnej wg skali ADL i IADL. Poziom sprawności funkcjonalnej w zakresie codziennych czynności (ADL) był porównywalny wśród kobiet ( $5.9 \pm 0.45$ ) i mężczyzn ( $6.0 \pm 0.00$ ). 29 osób otrzymało 6 punktów wg skali ADL, co oznacza pełną sprawność. 1 osoba otrzymała 4 punkty wg skali ADL, co oznacza umiarkowaną sprawność. Poziom sprawności funkcjonalnej w zakresie funkcjonowania instrumentalnego (IADL) u kobiet ( $7.65 \pm 0.99$ ) i u mężczyzn ( $8.00 \pm 0.00$ ) był bardzo zbliżony. 27 osób otrzymało 8 punktów według skali IADL, co oznacza najlepszy stan. 3 osoby otrzymały poniżej 8 punktów, co oznacza gorszy stan funkcjonowania (Tab. 1). Analiza poszczególnych aspektów jakości życia ukazała, iż respondenci wskazywali najczęściej na występowanie problemów z zakresu odczuwania bólu i niepokoju (Ryc. 1). Nie wykazano związku stanu odżywiania wg MNA z aspektami jakości życia, tj.: porusza-

**Rycina 1. Jakość życia – poruszanie się, samoopieka, wykonywanie codziennych zadań, występowanie bólu i niepokoju**



**Rycina 2. Związek między jakością życia – nasileniem się występowania niepokoju a stanem odżywienia wg MNA**

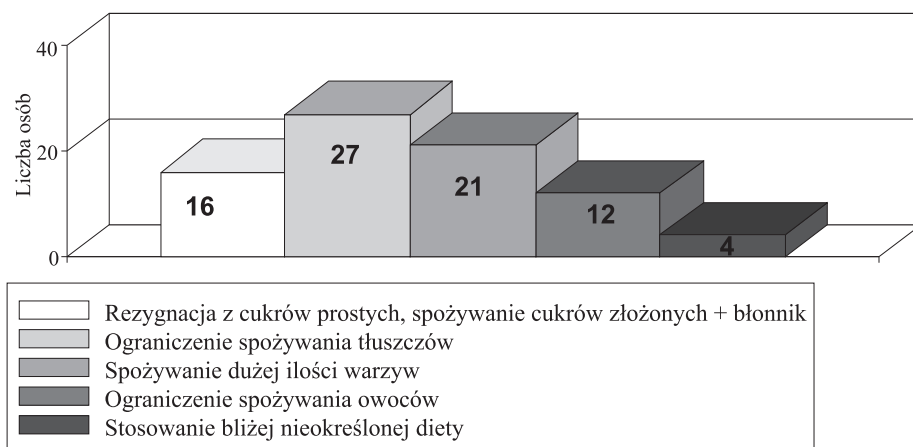


nie się, zdolność do samoopieki, wykonywania codziennych zadań i odczuwania bólu. Wykazano natomiast związek między występowaniem niepokoju a stanem odżywienia wg MNA ( $F = 4.00$ ,  $P = 0.0301$ ). Badani z gorszym stanem odżywienia częściej wykazywali występowanie niepokoju (Ryc. 2). Wykazano również związek między oceną stanu zdrowia i jakości życia w formie skali punktowej a stanem odżywienia ( $r = 0.65$ ,  $p < 0.01$ ). Respondenci z lepszym samopoczuciem, a w związku z tym z lepszą jakością życia, częściej wykazywali lepszy stan odżywienia. Podczas analizy danych wykazano związek między wydatkiem

energetycznym (kcal/kg/dobę) a stanem odżywienia wg MNA-SF ( $r = -0.83$ ,  $p < 0.05$ ). Badani z ryzykiem niedożywienia jednocześnie częściej wykazywali większą aktywność ruchową, a zarazem większy wydatek energetyczny.

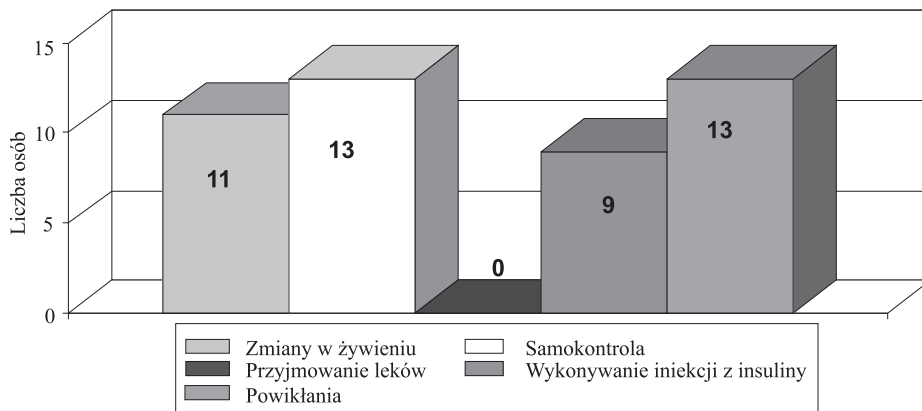
**Stan wiedzy osób chorujących na cukrzycę.** Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, iż 100% osób badanych posiada glukometr. 53.3% chorych na cukrzycę bada poziom cukru kilka razy dziennie; 16.6% – jeden raz w tygodniu; 23.3% – okazjonalnie; 6.6% – tylko wtedy, kiedy źle się czuje. W pytaniu dotyczącym objawów hipoglikemii 63% chorych na cukrzycę odpowiedziało prawidłowo. Natomiast 17% badanych odpowiedziało, że ich nie zna. 60% badanych osób podało prawidłową odpowiedź preferowanych zachowań podczas hipoglikemii. 80% chorych na cukrzycę właściwie rozpoznało objawy hiperglikemii. Przeprowadzone badanie ukazuje również, iż większość badanych respondentów posiada wiedzę na temat zdrowego żywienia w cukrzycy (Ryc. 3). Najwię-

Rycina 3. Stan wiedzy na temat zdrowego żywienia w cukrzycy

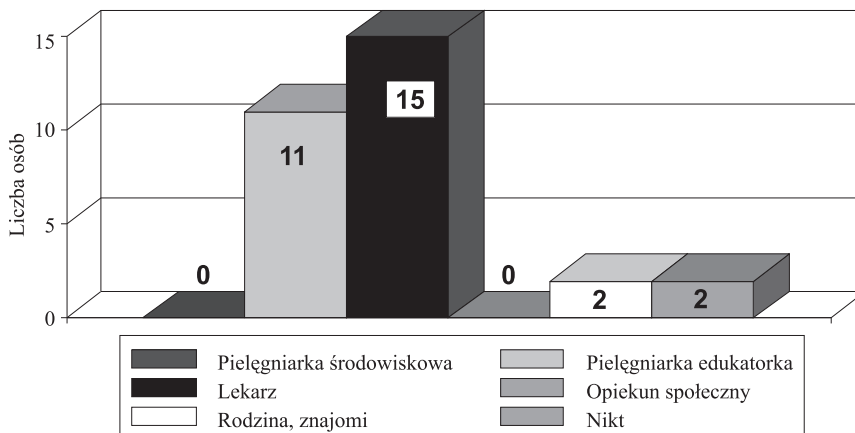


cej osób spośród badanych uważa, że na wyrównanie cukrzycy ma ogromny wpływ odpowiednia dieta i aktywność ruchowa. W badanie wykazano, iż konieczność samokontroli i powikłania są najtrudniejsze do zaakceptowania w cukrzycy (Ryc. 4). Badani deklarowali, iż cukrzyca wpłynęła na ich życie: w stopniu bardzo dużym – 33.3%; dużym – 46.6%; małym – 16.6%; nie wpłynęła – 3.3%. Cukrzyca jest w centrum uwagi u około 16.6% respondentów, natomiast 83.3% uznało, że starają się żyć jak dotychczas uwzględniając to, co najważniejsze w tej chorobie. Większość respondentów potwierdzała pozytywną rolę edukacji w zapobieganiu powikłaniom cukrzycy. W edukacji najczęściej pacjentom pomogli: lekarz i pielęgniarka (Ryc. 5).

Rycina 4. Sytuacje najbardziej trudne do zaakceptowania w swojej chorobie



Rycina 5. Osoby, które pomagały w zdobyciu i praktycznym zastosowaniu wiedzy o cukrzycy



## Omówienie

W niniejszej pracy wykazano związek znaczenia edukacji pacjenta z cukrzycą z zachowaniem prozdrowotnym. W dostępnym piśmiennictwie wielu badaczy wykazało znaczący wpływ właściwego odżywiania się oraz wysiłku fizycznego na cukrzycę [14, 15]. Z analizy obecnych danych wynika, iż stan odżywienia kobiet i mężczyzn oceniany kwestionariuszem MNA-SF i MNA jest zadowolający. W badanej kohorcie aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności, tj. marsz, praca domowa była wykonywana zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn. Wielu badaczy podkreśla, że edukacja chorego z cukrzycą jest bardzo ważnym elementem procesu terapeutycznego [16]. Ma ona duży wpływ na

współpracę pacjenta z zespołem terapeutycznym. Edukacja zdrowotna powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań. Ważnym czynnikiem w leczeniu cukrzycy jest samokontrola, o czym dobrze wiedzą sami pacjenci [17]. 100% z nich posiada glukometr i samodzielnie bada sobie poziom cukru we krwi [18]. W zdobywaniu wiedzy na temat cukrzycy najczęściej pomagają choremu lekarz i pielęgniarka, rzadziej rodzina, która powinna go wspierać i pomagać w codziennym życiu. Wielu badaczy podkreśla, że dieta pacjenta z cukrzycą musi pokrywać zarówno ilościowe, jak i jakościowe zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze [19]. Z przeprowadzonych obecnie badań wynika, że im lepszy jest stan odżywienia badanych osób tym bardziej wzrasta u nich wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI). Nadwaga zaś nie wpływa dobrze na zachowanie równowagi metabolicznej [20]. Gorszy stan odżywienia natomiast wykazywały osoby z niewydolnością krążenia. Wśród czynników mających wpływ na jakość życia pacjentów z cukrzycą najtrudniejsze do zaakceptowania są: samokontrola, powikłania, zmiany żywieniowe, wykonywania iniekcji z insuliny. Wielu respondentów stara się żyć jak do tej pory uwzględniając to, co najważniejsze w tej chorobie. Cukrzyca w dużym stopniu wpływa na zmianę dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków.

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

1. Poziom aktywności ruchowej zarówno kobiet, jak i mężczyzn chorujących na cukrzycę nie jest zadawalający.
2. Osoby gorzej odżywione częściej uskarżają się na pogorszenie jakości życia, większe nasilenie niepokoju, a zarazem większy wydatek energetyczny.
3. Wydaje się, że osoby chore na cukrzycę posiadają wiedzę na temat właściwego odżywiania się, znaczenia aktywności ruchowej czy samokontroli, ale często nie posiadają umiejętności stosowania jej w praktyce.
4. Osoby z cukrzycą doceniają znaczenie edukacji prowadzonej przez personel medyczny, być może zaangażowanie rodziny gwarantowałoby większą skuteczność wiedzy w praktyce.

## Piśmiennictwo

1. Bogusławski S., Chojna J. W., Danysz A.: *Mała encyklopedia medycyny*. PWN, Warszawa, 1990, 187–188.
2. Czech A.: *Zasady i metody edukacji terapeutycznej osób z cukrzycą*. Medycyna Metaboliczna 2006; 2, 15–20.
3. Czech A.: *Zasady edukacji terapeutycznej cukrzycy*, PZWL, Warszawa, 2004, 4–6.



4. Tatoń J., Czech A.: *Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszania stylu życia osób z cukrzycą*. Diabetologia Polska, 2000, 1 (7), 55–62.
5. Abramczyk A.: *Poszukiwanie czynników ryzyka cukrzycy wśród mieszkańców wsi – udział pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej*. Diabetologia Polska, 2000, 2 (7), 122–129.
6. Bajkowska-Fiedziukiewicz A., Mikołajczyk-Swatko A.: *Samokontrola w leczeniu cukrzycy*. Diabetologia Polska 2004, 4 (11).
7. Plath J.: *Cukrzyca*, AWM, Janki k. Warszawy, 2006: 116–117.
8. Tatoń J.: *Cukrzyca typu II*, PZWL, Warszawa, 1998, 212–226.
9. Szybiński Z.: *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem w prewencji cukrzycy i miażdżycy*. Diabetologia Polska, 1996, 1 (3), 53–60.
10. Delamater A. M.: *Zwiększenie świadomego udziału pacjenta w procesie leczenia*. Diabetologia po Dyplomie 2006, 3 (3), 35–40.
11. Pędlich W.: *Choroby wewnętrzne*, PZWL, Warszawa: 1990, 144–153.
12. Ciborowska H., Rudnicka Anna: *Dietetyka. Żywnienie zdrowego chorego człowieka*. PZWL, Warszawa, 2004, 392–393.
13. Otto-Buczowska E., Dworeczki T.: *Wybrane problemy życiowe chorych na cukrzycę*. Diabetologia Polska, 2004, 1 (11), 72–77.
14. Tatoń J.: *Cukrzyca poradnik dla pacjentów*. PZWL, Warszawa, 1994, 255–264.
15. Tatoń J.: *Jak żyć z cukrzycą wymagającą wstrzyknięć insuliny*. PZWL, Warszawa: 1998, 2001: 98–159.
16. Krostof-Serafin M., Jankowiak B., Krajeńska-Kuśak E. i wsp.: *Rola pielęgniarki w edukacji terapeutycznej stosowanej u chorych na cukrzycę*. Diabetologia Polska, 2005, 3–4 (12), 369–371.
17. Tatoń J.: *Przyjacielski poradnik domowej samoopieki i samokontroli cukrzycy*. Polfa Tarchomin, Warszawa, 2005, 48–108.
18. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego: Oznaczenia glikemii w celu monitorowania leczenia cukrzycy*. Diabetologia Polska, 2006, 1 (13), 9.
19. Tatoń J.: *Postępowanie w cukrzycy typu 2 oparte na dowodach*, PZWL, Warszawa, 2004, 60–69.
20. Marks J. B. i wsp.: *Modyfikacje stylu życia i kontrola masy ciała w zapobieganiu i leczeniu cukrzycy*. Diabetologia po dyplomie, 2005, 4 (2), 8.

Alicja Tomkiewicz<sup>1</sup>, Matylda Sierakowska<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kula<sup>1</sup>

## **Przygotowanie pacjenta ze stomią jelitową do samopielęgnacji i samoopieki**

### **Wstęp**

W ostatnim dziesięcioleciu stwierdzono znaczny wzrost zachorowalności na raka jelita grubego oraz nieswoiste zapalenie jelit. Podstawowym sposobem leczenia tych schorzeń jest leczenie chirurgiczne, którego końcowym etapem jest wytworzenie stomii jelitowej [1].

Szacuje się, że obecnie w Polsce żyje około 20 tys. osób ze stomią. Zachorowalność wynosi 30/100 tys. i corocznie rośnie o 2,5%. Mimo dynamicznego rozwoju nowych technik chirurgicznych oraz wprowadzenia szwu mechanicznego, globalna liczba wykonywanych stomii nie uległa zmniejszeniu. Dzięki natomiast zastosowaniu badań przesiewowych, coraz lepszej diagnostyki oraz skuteczniejszej terapii nastąpił wzrost 5-letniego przeżycia i w konsekwencji zwiększyła się liczba osób żyjących ze stomią [2].

Choroba oraz wyłoniony odbył brzuszny ogranicza i upośledza normalny tok życia. Pacjent musi nauczyć się obserwacji funkcjonowania swojego ciała, metod zapobiegania powikłaniom i zasad pielęgnacji stomii. Istotną rolę w przygotowaniu chorego do samoopieki odgrywa pielęgniarka, pełniąc funkcję wychowawczą. Bardzo ważne jest również oddziaływanie psychoterapeutyczne na pacjenta i niesienie wsparcia.

Doświadczenia wskazują, że w dzisiejszych czasach ze stomią można żyć i cieszyć się życiem. Prawie wszyscy chorzy po pierwszym, trudnym dla nich okresie adaptacji przyzwyczajają się do stomii i rozwijają nowy styl życia.

### **Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii**

Dla każdego chorego postawienie diagnozy i poinformowanie o konieczności wytworzenia stomii jest silnym przeżyciem emocjonalnym. Akceptacja stomii

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

i powrót do aktywnego życia jest procesem długotrwałym, który rozpoczyna się w chwili podjęcia decyzji o planowanym zabiegu operacyjnym z wyłonieniem stomii. Bardzo ważne jest przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do operacji i właściwe leczenie pooperacyjne [3, 4].

Dużą wagę przypisuje się **przygotowaniu psychicznemu**, ponieważ wytworzenie przetoki jelitowej stanowi dla chorych bardzo trudną sytuację. Stomia traktowana jest jako utrata narządu, zmiana wyglądu ciała oraz kontroli wypróżnień. O prawidłowej pielęgnacji i rehabilitacji chorych decyduje w dużym stopniu okres przedoperacyjny. Przygotowanie psychiczne pozwoli uniknąć wielu stresów. Przed planowanym zabiegiem lekarz i pielęgniarka udziela informacji o przebiegu choroby, metodzie leczenia i postępowania pielęgnacyjnego. Rozmawiając z chorym należy brać pod uwagę jego stan emocjonalny i poziom intelektualny. Najlepiej omawiać rodzaj proponowanego zabiegu w obecności rodziny, w sposób spokojny i rzeczowy, co korzystnie wpłynie na samopoczucie chorego i obniżenie poziomu lęku. Wskazane jest udostępnienie materiałów informacyjnych i pokazanie sprzętu stomijnego. Najlepiej skontaktować pacjenta z osobą, która ma wytworzoną stomię, zaakceptowała swój stan i wróciła do normalnego trybu życia.

Łatwiej pogodzić się z chorobą, jeśli widzi się akceptację otoczenia. Chorzy muszą czuć, że nie są odrzuceni, niepotrzebni, osamotnieni. Jeżeli przygotowanie psychiczne do zabiegu będzie szczegółowe i zrozumiałe dla pacjenta, łatwiej będzie go pielęgnować i rehabilitować [3].

### **Przygotowanie fizyczne**

Przed zabiegiem należy ocenić ogólny stan zdrowia chorego z uwzględnieniem poszczególnych układów. Uzupełnić niedobory wodno-elektrolitowe i witaminowe, przy niedokrwistości przetoczyć koncentrat krwinek czerwonych.

Bardzo ważne w przygotowaniu fizycznym do zabiegu na jelitach jest dokładne oczyszczenie z mas kałowych. Najczęściej stosuje się płukanie jelit, wlewki lub środki przeczyszczające. Przez trzy dni przed zabiegiem wprowadza się dietę płynną bezresztkową. Wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii odbywa się w trzech pozycjach: siedzącej, stojącej i leżącej. Skóra w tym miejscu powinna być wolna od blizn i fałd. Ujście stomii musi być widoczne dla pacjenta, aby codzienna zmiana sprzętu i prawidłowa pielęgnacja była łatwa.

U chorych z porażeniem kończyn dolnych wyznacza się miejsce w pozycji siedzącej na wózku inwalidzkim. Chcąc uniknąć otarć skóry nie wyznacza się stomii na linii pasa, lecz wyżej lub niżej.

W dniu zabiegu goli się pole operacyjne i zakłada cewnik do pęcherza moczowego. Ważne jest, aby pacjent był wyspany i wypoczęty przed zabiegiem [7].

## Opieka pooperacyjna

Opieka pooperacyjna rozpoczyna się już na sali operacyjnej. Stomię zabezpiecza się workiem stomijnym, w celu ochrony rany pooperacyjnej przed zakażeniem oraz aby pacjent nie doznał szoku z powodu wypływającej treści jelitowej. Przez kilka dni stosuje się worki większe oraz przezroczyste, ocenia wygląd stomii, kolor i rodzaj wydzieliny pod kątem krwawienia z jelit. Informuje się pacjenta, że worki w miarę gojenia się rany pooperacyjnej są mniejsze [5].

W pierwszych dobach po operacji czynności pielęgnacyjne pielęgniarzka wykonuje w łóżku:

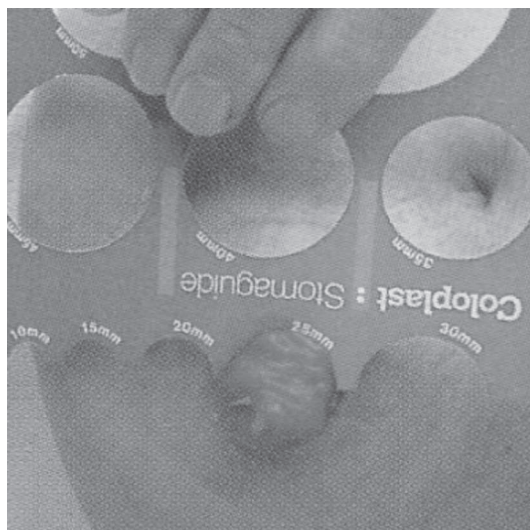
- rozpoczyna walkę z bólem,
- prowadzi gimnastykę oddechową,
- kontroluje parametry życiowe, uzupełnia niedobór płynów i elektrolitów, prowadzi bilans wodny,
- pielęgnuje cewnik moczowy (w 0 dobie mocz może być lekko podbarwiony krwią),
- obserwuje żywotność przetoki (przetoka powinna być wilgotna, różowa lub ciemnoczerwona z obrzękłą błoną śluzową), ciemną barwę przetoki zgłasza lekarzowi,
- zachowuje zasady aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku, utrzymuje skórę wokół stomii w czystości i suchości (mycie ciepłą wodą – mydło, spirytus i benzyna wysuszają skórę),
- do czasu powrotu perystaltyki jelit prowadzi żywienie pozajelitowe,
- po powrocie pracy jelit podaje płyny obojętne doustne, w 7–9 dobie wprowadza pokarmy papkowate.

Zachęca się chorego do wczesnego wstawania po operacji, aby nie doszło do powikłań. Należy zadbać o wygodę, bezpieczeństwo, higienę osobistą i otoczenia, dobry stan psychiczny pacjenta [5].

Dobór sprzętu stomijnego zależy od rodzaju operacji i potrzeb pacjenta. Aby zapewnić komfort i bezpieczeństwo, sprzęt stomijny powinien być niezawodny, dyskretny w użyciu i nie uszkadzać skóry. Współczesny sprzęt dostępny na polskim rynku spełnia warunki jakości i niezawodności.

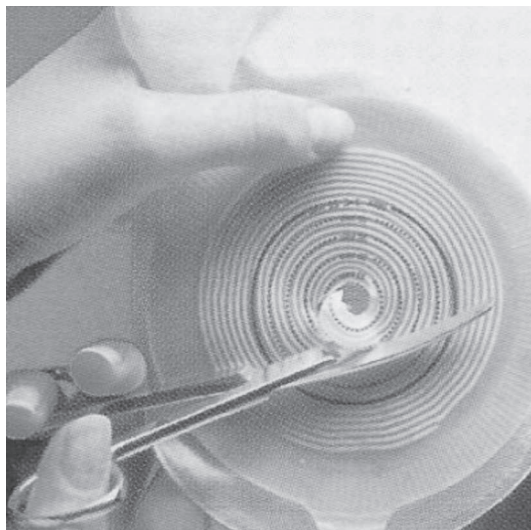
## Instrukcja zakładania sprzętu jednoczęściowego

Woreczki jednoczęściowe są bardzo popularne wśród osób z kolostomią oraz u tych, u których częsta zmiana sprzętu nie powoduje podrażnień skóry. Mogą być one zamknięte z filtrem lub odpuszczalne, zamykane na specjalną zapinkę.



**Fot. 1. Pomiar średnicy stomii**

Mierzyć regularnie średnicę stomii, gdyż zmniejsza się ona w okresie pooperacyjnym.



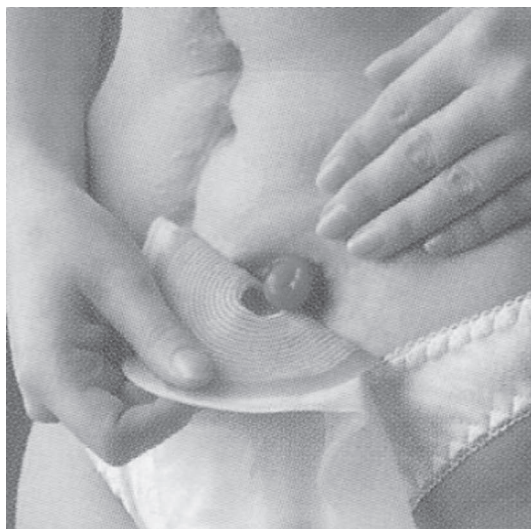
**Fot. 2. Przygotowanie worka**

Odrysować kształt i wielkość stomii. Wielkość otworu musi być 1–2 mm większa od wielkości stomii. Wcześniej należy oczyścić i osuszyć skórę wokół stomii.



**Fot. 3. Zakładanie worka**

Zdjąć folię ochronną i przykleić worek do skóry. Należy przycisnąć przylepiec do skóry, upewnić się, że przylepiec przywarł do skóry na całej powierzchni.



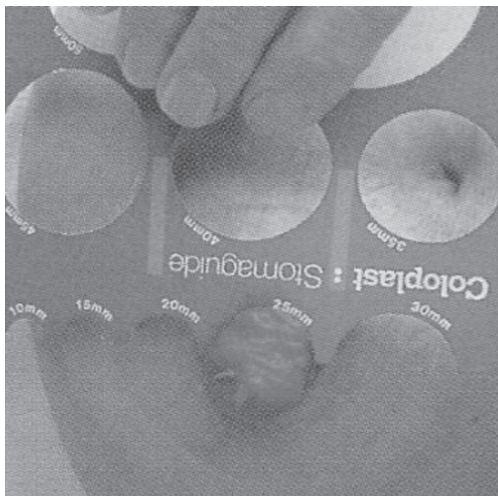
**Fot. 4. Zdejmowanie worka**

Delikatnie odklejać worek przytrzymując skórę drugą ręką.

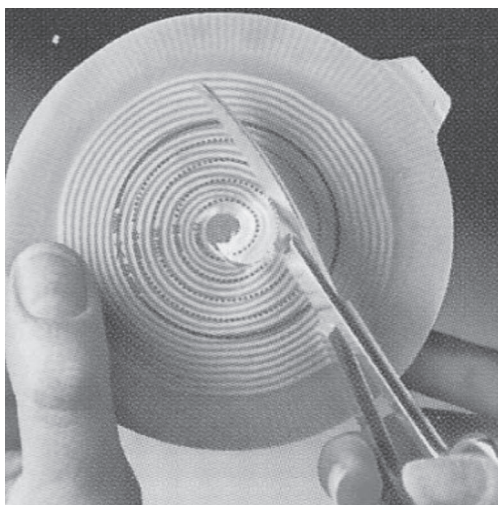
Źródło: *Instrukcja zakładania sprzętu jednoczęściowego*, Warszawa, Coloplast Sp. z o.o.

## Instrukcja zakładania sprzętu dwuczęściowego

System dwuczęściowy jest łatwy w obsłudze i ekonomiczny w stosowaniu, składa się z płytki przylegającej do ciała i przyczepionego do niej woreczka. Płytkę jest wykonana z materiałów całkowicie obojętnych dla skóry, dzięki temu można ją nosić na brzuchu przez okres kilku dni. Zalety sprzętu dwuczęściowego są szczególnie widoczne w przypadkach ileostomii oraz u chorych ze skłonnością do uczuleń na skórze brzucha.

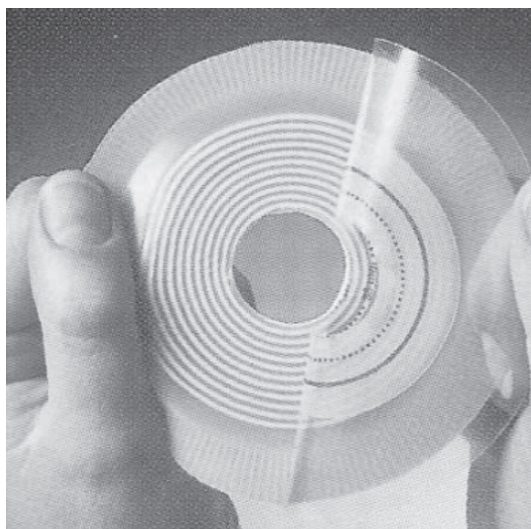


Fot. 5. Pomiar średnicy stomii



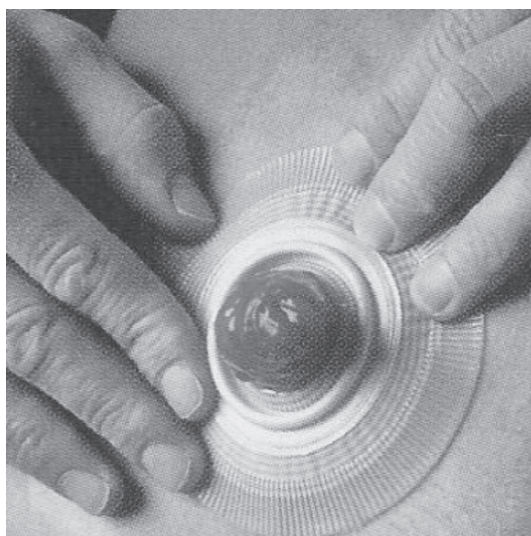
Fot. 6. Przygotowanie płytki

Zaznaczyć wielkość i kształt stomii i wyciąć odpowiedni otwór w przylepcu.



**Fot. 7. Zdjęcie folii ochronnej**

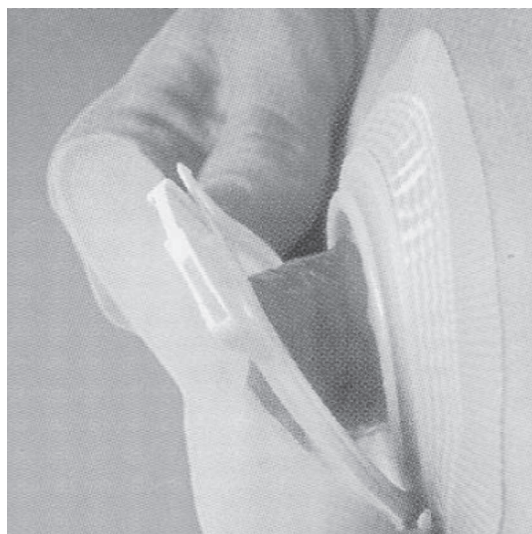
Dokładnie przykleić płytkę do skóry. Sprawdzić, czy skóra wokół stomii jest osuszona i czysta.



**Fot. 8. Przyciśnięcie przylepca do skóry**

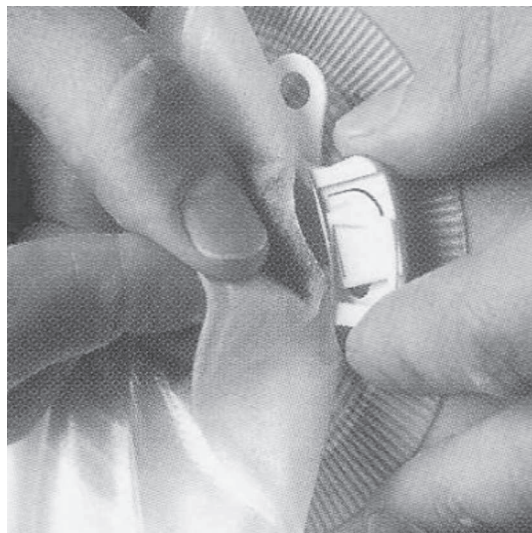
Sprawdzić, czy przylepiec szczelnie przywarł do skóry, zwłaszcza w okolicy fałd i blizn.





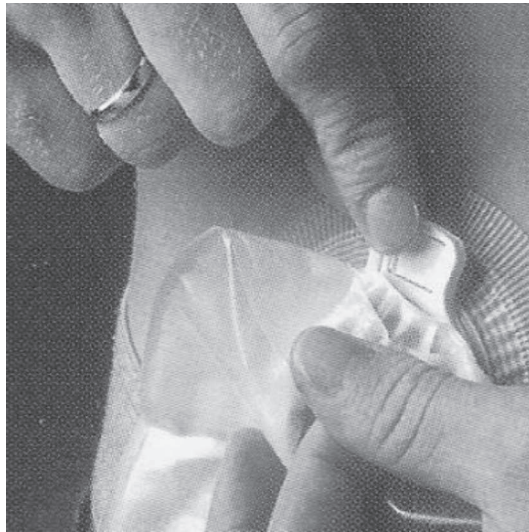
**Fot. 9. Zakładanie worka**

Sprawdzić, czy zameczek na worku jest otwarty. Nałożyć obręcz woreczka na kryzę w płytce i upewnić się, że obręcz dokładnie połączyła się z kryzą.



**Fot. 10. Zamknięcie zameczka**

Zamknąć zameczek na worku przez zaciśnięcie obu jego części.



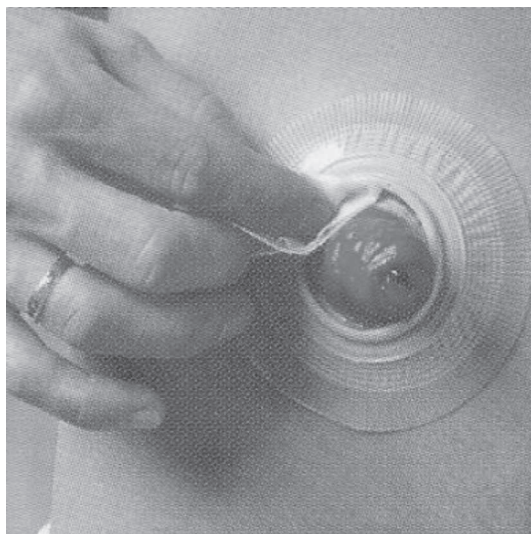
**Fot. 11. Zdejmowanie worka**

Otworzyć zameczek na worku naciskając środkową część zameczka.



**Fot. 12. Zdejmowanie worka cd.**

Aby zdjąć worek pociągnąć uszko znajdujące się na worku lekko w górę i na zewnątrz.



**Fot. 13. Oczyszczanie płytki przed założeniem worka stomijnego**



**Fot. 14. Odklejanie płytki**

Płytkę odkleja się, jednocześnie przytrzymując skórę drugą ręką.

Źródło: *Instrukcja zakładania sprzętu dwuczęściowego*, Warszawa, Coloplast Sp. z o.o.

U pacjentów, którzy mają blizny lub inne nierówności skóry w pobliżu stomii, stosuje się pasty uszczelniające. Likwiduje ona nieprawidłowości, dodatkowo ochrania skórę, uszczelnia brzeg stomii i zapobiega przedostaniu się treści jelitowej.



Fot. 15. Nakładanie pasty wokół przetoki



Fot. 16. Formowanie wianuszka

Wilgotnym palcem formuje się wianuszek lub w razie potrzeby rozsmarowuje na powierzchni skóry, aby wyrównać nierówności. Pasta jest odporna na stolec, płynną treść jelitową. Przy jej zastosowaniu płytka utrzymuje się na skórze kilka dni dłużej.

Źródło: *Pracownicy działu Convatec firmy Bristol – Myers Squibb. Poradnik dla pacjentów ze stomią*, Warszawa 2005, 15.

## Irygacja – zabieg ułatwiający życie

Najistotniejszym problemem chorych z przetoką jelitową jest utrata kontroli nad oddawaniem stolca i gazów, lęk przed zabrudzeniem i towarzyszącym brzydkim zapachom. Możliwość regulacji i kontroli wypróżnień poprawia samopoczucie chorego i ma wpływ na jego funkcjonowanie społeczne. Kontrolowanie oddawania stolca i gazów, pomimo braku zwieraczy, zależy od przestrzegania diety oraz wykonywania irygacji.

Irygacja jest to zabieg wlewu do stomii, powodujący opróżnienie jelita grubego z zalegającej treści kałowej i gazów. Irygację wykonuje się za pomocą specjalnego irygatora z regulatorem przepływu wody oraz wyposażonego w miękką końcówkę w kształcie stożka. Irygację powinien wykonywać każdy pacjent z odbytem brzuszny. Pierwszą irygację należy wykonać pod nadzorem pielęgniarki, która wyjaśni, na czym polega zabieg, omówi jego zalety, udzieli niezbędnych wskazówek teoretycznych i praktycznych, udostępni poradnik oraz sprzęt do irygacji. Irygację należy wykonywać codziennie o stałej porze, po śniadaniu lub kolacji. Po zabiegu stolec nie pojawia się przez 24–48 godzin [4, 6].

Zaletą regularnie wykonywanej irygacji jest wytworzenie odruchu zastępczego wydalania stolca o określonej stałej porze oraz zapobiegnięcie wystąpieniu niekontrolowanych wypróżnień i powikłaniom. Irygacji nie wolno wykonywać w przypadku stanów zapalnych jelita, stomii wykonanej na jelicie cienkim, biegunek, krwawień, zwężenia stomii, dużych przepuklin okołostomijnych i wciągnięcia stomii.

Irygacja zmniejsza ilość zużytego sprzętu, wydalanych gazów, poprawia apetyt oraz pozwala na powrót do normalnego życia. Ma pozytywny wpływ na chorego, zwiększając jego aktywność fizyczną, niwelując lęk i obawy związane z noszeniem sprzętu stomijnego oraz poprawiając samopoczucie psychiczne [6, 7, 8].

## Tryb życia chorego ze stomią

Życie ze stomią jest możliwe, choć nie jest łatwe. Stomia powoduje zachwianie wizji zdrowego człowieka, pacjent ma poczucie, że własne ciało nagle się zmieniło [9].

Ogromną rolę w adaptacji do nowych warunków odgrywają relacje z bliskimi. Należy z nimi rozmawiać, mówić o swoich obawach, odczuciach, strachu i lęku, z ich pomocą szukać nowych celów. Najważniejsze jest przełamanie izolacji, odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i samozaparcia. Pacjent z wyłonioną stomią może:

- wykonywać pracę zawodową pod warunkiem, że nie wymaga ona intensywnego wysiłku oraz wykonywania pracy w pozycji pochylonej;

- uprawiać sport – zalecane sporty: jazda na rowerze, rolkach, nartach, biegi, gra w piłkę, pływanie, spacer, taniec oraz ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha; sporty nie zalecane: boks, karate, judo, wszystkie ćwiczenia wymagające dużo wysiłku fizycznego;
- korzystać z kąpeli w wannie lub pod prysznicem z workiem na brzuchu lub bez niego; można kąpać się w rzece, jeziorach, morzu i innych kąpieliskach;
- stomia nie jest przeszkodą w podróżowaniu, należy tylko zabrać ze sobą zapas odpowiedniego i sprawdzonego sprzętu;
- w czasie zmiany woreczka stomijnego może wystąpić niewielkie krwawienie, należy wówczas delikatnie zaopatrzyć stomię, nie narażając śluzówki; jeżeli krew wydobywa się ze środka jelita lub wydalony stolec zawiera krew, należy zgłosić to lekarzowi;
- powrócić do pełnej aktywności seksualnej [10].

Pomoc w tych trudnych chwilach pacjentom może również Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią, którego zadaniem jest działalność zmierzająca do rehabilitacji i readaptacji społecznej chorych oraz osiągnięcie przez nich pełnej aktywności życiowej [7, 8, 9, 11].

### **Powikłania po założeniu stomii**

Prawidłowe umiejscowienie i wykonanie brzuszego odbytu jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o jego prawidłowym funkcjonowaniu. Mimo postępów chirurgii zawsze istnieje niebezpieczeństwo zaistnienia powikłań, nawet po wzorowo wykonanym zabiegu. Stan taki uzależniony jest od wielu czynników. Główną przyczyną powikłań jest – poza niedoskonałą techniką operacyjną oraz niewłaściwym przygotowaniem do zabiegu – brak wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie prawidłowej pielęgnacji stomii [9].

Powikłania dzielimy na powikłania miejscowe chirurgiczne (wczesne, późne) i dermatologiczne oraz powikłania ogólnoustrojowe (metaboliczne, psychosocjalne, seksualne) [12, 13, 14, 15].

#### **Wczesne miejscowe powikłania**

Powikłania chirurgiczne wczesne występują w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

Do najczęściej występujących powikłań należą obrzęk stomii, martwica wyłonionego jelita, niedokrwienie stomii, krwawienie ze stomii, zakażenie rany stomijnej, przetoka okołostomijna i wciągnięcie stomii [16].

#### **Późne miejscowe powikłania**

Powikłania chirurgiczne miejscowe późne mogą pojawiać się nawet w kilkadziesiąt lat po operacji. Do najczęściej występujących zaliczamy wypadanie

stomii, przepuklinę okołostomijną, zwężenie stomii lub wznowę choroby podstawowej [17].

### **Powikłania dermatologiczne**

**Powikłania dermatologiczne** powstają w ciągu kilku dni lub tygodni po operacji, mogą pojawić się później, nawet po kilku latach. Są najczęstszym powikłaniem stomii. Wpływa na nie, nie tylko technika operacyjna, ale również całościowa opieka zespołu terapeutyczno-pielęgnacyjnego oraz błędy popełnione przez samego chorego.

Zmiany skórne dotyczą chorych ze stomią źle umiejscowioną (w fałdzie skóry), płaską lub wklęsłą, uczulonych na używany sprzęt stomijny, popełniających błędy w samopielęgnacji, z zaburzeniami w funkcjonowaniu stomii (biegunki), stosujących chemioterapię, w większym stopniu u chorych z ileostomią niż kolostomią.

Zmiany skórne wokół stomii powstają bardzo szybko, a skutki ich występowania chory odczuwa dotkliwie. Wyróżniamy kontaktowe zapalenie skóry, owrzodzenie, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, przetoki skórne [18].

### **Powikłania metaboliczne**

Przy wystąpieniu bakteryjnego lub wirusowego zapalenia jelit występuje biegunka, która może doprowadzić do zaburzeń elektrolitowych. Stan taki wymaga uzupełnienia płynów dożylnie do chwili ustąpienia objawów. Do powikłań metabolicznych zaliczymy niedobór witaminy B12 – występuje przy wycięciu znacznej długości jelita.

### **Powikłania psychosocjalne**

Pacjentowi po operacji towarzyszą silne emocje, żal, zwątpienie, gorycz czy nawet złość. Pojawia się wizja utraty domu, pracy, przyjaciół. Chory wpada w depresję. Ma problemy z zaakceptowaniem samego siebie. Ogromną rolę w tym okresie, w niesieniu pomocy i wsparcia odgrywa personel medyczny i bliscy. Należy zachęcać pacjenta do mówienia o swoich dolegliwościach, lękach i odczuciach. Mobilizować do aktywnego trybu życia, powrotu do pracy, nie zamykanie się sam na sam ze swoimi problemami. Jeśli pacjent odzyska poczucie bezpieczeństwa, wówczas inaczej spojrzy na ludzi i otaczający go świat.

### **Powikłania seksualne**

Zakres operacji, leczenie, stan ogólny pacjenta wpływa na obniżenie popędu płciowego. Powrót do życia intymnego zależy od indywidualnych potrzeb. Dla partnera osoby chorej ważniejszy może być jej powrót do zdrowia niż własna przyjemność seksualna. Ten okres małżonkowie powinni przejść wspólnie, mówiąc sobie o własnych potrzebach, możliwościach, wstydzie i strachu. Szcze-

re rozmowy mogą pokonać bariery w podjęciu stosunków płciowych. Ważne jest, aby ustalić etiologię dysfunkcji seksualnej. Jeśli sprzęt założony jest prawidłowo, gwarantuje zachowanie higieny, natomiast gdy krępuje można go przykryć gazą lub bielizną. Udatane życie seksualne, obok m.in. pracy, wypoczynku, rozrywki, jest ważnym czynnikiem decydującym o jakości życia człowieka [10].

### **Dieta u pacjentów ze stomią jelitową**

Przyjmowanie i trawienie pokarmu to jedno z podstawowych czynności życiowych człowieka. Ważnym elementem w prawidłowym funkcjonowaniu chorego ze stomią jest prawidłowa dieta, która zapewni dostarczenie organizmowi niezbędnych składników pokarmowych. Zalecenia dietetyczne powinny być dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta [11].

Warzywa i owoce są jednym z najważniejszych elementów prawidłowej diety u osób ze stomią jelitową. Są źródłem cennego błonnika, witamin i soli mineralnych. Doskonale wpływają na pracę jelit [9, 20]. Posiłki powinny być lekkostrawne, urozmaicone, bogate w witaminy.

Zalecenia dla pacjenta:

- należy jeść powoli, posiłki dokładnie rozdrabniać,
- każdy nowy produkt wprowadzać oddzielnie, aby zaobserwować reakcje organizmu,
- posiłki przyjmować regularnie, o tych samych porach i w tych samych odstępach,
- przestrzegać higieny przygotowania i spożywania posiłków,
- unikać pokarmów i napojów zalegających w żołądku, wzdymających, ostro przyprawionych, smażonych, grillowanych,
- ograniczyć słodczyce i mocny alkohol,
- jeść dużo ryb, owoców i warzyw,
- unikać pokarmów z konserwantami i sztucznie barwionych, pić dużo płynów (około 2 litrów dziennie).

Dolegliwościami stomistów są biegunki, zaparcia stolca oraz głośne oddawanie gazów, często o nieprzyjemnym zapachu [20].

#### **Produkty polecane w przypadku biegunek:**

- zwiększenie ilości wypijanych płynów (gorzka herbata, wywar z mięty, czarnych jagód, marchwianka)
- biały chleb, sucharki,
- ziemniaki, potrawy mączne, płatki owsiane,
- czekolada, kakao, czerwone wino,
- rodzynki, banany, ryż,
- ograniczenie pikantnych przypraw, warzyw, owoców i soków.



**Przy skłonnościach do zapać polecane jest:**

- picie płynów, a zwłaszcza wody mineralnej, wody z miodem, wody przegotowanej na czczo,
- stosowanie diety bogatoresztkowej: płatki owsiane, otręby pszenne, ciemne pieczywo, potrawy z mąki pszennej i żytniej, kasze – gryczana, jęczmienna,
- spożywanie świeżych i suszonych owoców i warzyw, sałatki, surówki, picie soków owocowych,
- spożywanie surowego zsiadłego mleka,
- zmniejszenie lub wyeliminowanie pokarmów wzdymających (kapusta, groch, fasola, kalafior) ryżu, świeżego pieczywa, tłustego mięsa, mocnej herbaty, kawy, alkoholu, bananów, czereśni i octu.

Niektórzy chorzy ze stomią cierpią na nadmiar gazów w jelitach.

**Nadprodukcji gazów można zapobiegać przez:**

- powolne i dokładne żucie pokarmów oraz unikanie ssania twardych cukierków i żucia gumy, co zapobiega połykaniu powietrza,
- spożywanie szpinaku, sałaty, pietruszki,
- picie jogurtów, kefiru, maślanki,
- ograniczenie spożycia roślin strączkowych, kapusty, brukselki, szparag, cebuli, porów, kalafiora, czosnku,
- ograniczenie spożycia ryb, jaj i ich przetworów,
- ograniczenie spożycia napojów gazowanych, piwa, kawy, mocnej herbaty,
- unikanie ostrych przypraw.

**Aby zapobiegać nieprzyjemnym zapachom należy:**

- wkładać do worka stomijnego aspirynę, węgiel medyczny lub pasty neutralizujące zapach,
- stosować worki ze specjalnym filtrem oraz wykonywać irygację.

Zaburzenia czynności przewodu pokarmowego można regulować odpowiednią dietą.

Jako krótkoczasową pomoc dla opanowania uporczywych objawów zaleca się farmakoterapię. Prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego zależy w dużym stopniu również od przeżyć emocjonalnych. Emocje mogą przyspieszać perystaltykę jelit.

**Wnioski**

1. Istotną rolę w przygotowaniu pacjentów ze stomią do samoopieki odgrywa pielęgniarka, pełniąc funkcję edukacyjną.
2. Akceptacja choroby przez pacjenta i rodzinę oraz znajomość samopielęgnacji może mieć znaczący wpływ na poprawę jakości życia chorego z wyłonioną stomią.
3. Wiedza na temat zasad postępowania może ułatwić choremu właściwą pielęgnację i zapobiec grożącym powikłaniom.
4. Irygacja i odpowiednia dieta ma pozytywny wpływ na readaptację chorego.

**Piśmiennictwo**

1. Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Wskazania, rodzaje i technika wykonywania stomii. *Walentudinarium Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002, 3, 20–24.
2. Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Stomie jelitowe. *Przewodnik lekarza* 2003, 10, 89–92.
3. Czajka H., Rusak B.: Pielęgnacja chorego ze stomią. *Pielęgniarka i Położna* 2005, 2, 12–23.
4. Szymańska A.: Edukacja pacjenta ze stomią. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001, 7/8, 21–23.
5. Foltyn P.: Opieka nad pacjentem ze stomią. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2000, 11, 19–90.
6. Bielecki K., Dziki A., Szczepkowski M.: *Poradnik dla pacjentów, pielęgniarek i lekarzy. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią, POL-ILKO, Poznań 1993, 7–75.*
7. Bazieliłow A.: *Poradnik dla osób ze stomią. UNIMAX Sp. z o.o., Warszawa 2003, 3–28.*
8. Wiraszko G.: *Zaakceptować siebie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 4, 18.
9. Wiraszko G., Wrońska I.: *Jakość życia chorych ze stomią cz. I. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 3, 4–9.
10. Filipek K.: *Seks po stomii. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2004, 10, 24.
11. Wiraszko G., Wrońska I.: *Jakość życia chorych ze stomią cz. II. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 4, 4–5.
12. Dziki A.: *Powikłania stomii jelitowej. Poradnik dla pacjentów, pielęgniarek i lekarzy. 2002.*
13. Szczepkowski M.: *Stomia jako problem chirurgiczny. Troska* 2002, 1, 3–7.
14. Szczepkowski M.: *Stomie jelitowe. Miejscowe późne powikłania. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002, 7/9, 42–43.
15. Szczepkowski M.: *Wczesne powikłania miejscowe stomii jelitowej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002, 4, 34–35.
16. Walewska E.: *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa 2006, 325–345.*
17. Medyński J.: *Powikłania stomii jelitowych. Nasza Troska* 2004, 4, 6–11.
18. Góral R.: *Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993, 321–337.*
19. Biercewicz M.: *Stomia jako trudny problem życiowy. Pielęgniarka i Położna* 2002, 1, 87–94.
20. Sikorska B.: *Rak jelita grubego. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999, 2, 31.

Katarzyna Szerko<sup>1</sup>, Beata Naumnik<sup>2</sup>,  
Michał Myśliwiec<sup>3</sup>

## Wiedza na temat zaleceń dietetycznych u pacjentów przewlekle hemodializowanych

### Wstęp

Dializoterapia jest techniką nerkozastępczą umożliwiającą oczyszczenie krwi z toksycznych produktów przemiany materii, odwodnienie chorego oraz wyrównanie zaburzeń elektrolitowych krwi w sposób zbliżony do tego, w jaki czyni to nerka. Jest metodą pozwalającą na utrzymanie homeostazy ustrojowej u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Aby zapobiec groźnym dla życia powikłaniom oraz wpłynąć na prawidłowy przebieg terapii, pacjenci przewlekle hemodializowani powinni między innymi przestrzegać odpowiedniej diety.

Celem pracy było sprawdzenie stanu wiedzy pacjentów hemodializowanych na temat zaleceń dietetycznych.

### Material i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem dializ AMB, w okresie od 10.02.2006 do 22.02.2006. Badania przeprowadzono wśród 60 (50% mężczyzn, średnia wieku 60,05) przewlekle hemodializowanych pacjentów. Pacjentów podzielono na pięć grup wiekowych: 70–79 lat (26,6%), 60–69 lat (25%), 40–59 lat (33,4%). Pacjenci poniżej 40. roku życia stanowili 10% badanej grupy, natomiast najmniejszą grupę (5%) – pacjenci w wieku 80–89 lat. Większość pacjentów posiadała wykształcenie podstawowe (38,3%) i średnie (33,3%). Wykształcenie zawodowe posiadało 20% ankietowanych, a zaledwie 8,4% – wykształcenie wyższe. Osoby zamężne stanowiły przeważającą liczbę (61,6%), najmniejszą grupę pacjentów stanowili rozwodnicy. Większość

---

<sup>1</sup> studentka II roku studiów magisterskich uzupełniających na Wydziale Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, kierunek studiów: Pielęgniarstwo, członek Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

<sup>2</sup> Klinika Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ AMB

pacjentów dializowanych pochodziła z miasta (83%), mniejszość zamieszkiwała wieś (17%). Źródłem utrzymania większości pacjentów dializowanych była emerytura (53,3%). Z renty utrzymywało się 38,3%, natomiast zawodowo pracowało 6,6% pacjentów. Wśród ankietowanych nie było pacjentów uczących się. 50,2% pacjentów było poddawanych zabiegom hemodializy w okresie krótszym niż 2 lata, 26,4% było dializowanych przez okres 2–4, 9 lat, 16,4% przez okres powyżej 8 lat, a jedynie 4 pacjentów spośród badanych dializowało się przez okres 5–7,9 lat. Nałogowi palacze stanowili 13,3% respondentów. Najwięcej, (81,6%) pacjentów mieszkało z rodziną, 11,8% mieszkało samotnie, natomiast po 3,3% z opieką lub samotnie z opieką dochodzącą. Ponad połowa badanej grupy (55%) samodzielnie przygotowywała posiłki, dla 40% przygotowywała je rodzina, natomiast dla 5% pacjentów – dochodzący opiekun.

Do sprawdzenia wiedzy na temat sposobu odżywiania zastosowano specjalnie skonstruowane narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety, który skierowano do 60 pacjentów. Każdy z respondentów wyraził pisemną zgodę na przeprowadzenie badania. Kwestionariusz ankiety zawierał 26 pytań. Pytania 1–11 (pytania ogólne) dotyczyły m.in.: płci, wieku, wykształcenia, a także samooceny posiadanej wiedzy. Pytania 12–26 (pytania szczegółowe) dotyczyły konkretnych zaleceń dietetycznych (ilości wypijanych płynów; objawów przewodnienia; ograniczeń pokarmów bogatych w potas, fosfor i sód oraz skutków ich nadmiaru).

## Wyniki

Respondenci poproszeni o samoocenę posiadanej wiedzy na temat zaleceń dietetycznych w większości (55%) twierdzili, że ich poziom wiedzy jest dobry. 28,3% uważało, że ma wiedzę dostateczną, 13,3% respondentów oceniało ją jako bardzo dobrą, a zaledwie 3,4% jako niedostateczną.

U dorosłych pacjentów poddawanych zabiegowi hemodializy dozwoloną ilość wypijanych płynów można obliczyć następująco: ilość wydalanego moczu na dobę + 500 ml na pokrycie strat płynów wydalanych z potem, przez oddychanie i wydalanych z kałem. Takiej odpowiedzi udzieliło zaledwie 25% ankietowanych. Znaczna część ankietowanych sądziła, że dozwolona ilość wypijanych płynów to 1 litr (58%), natomiast 3,3%, że 3 litry. Należy podkreślić, że aż 14,4% respondentów uważała, iż nie ma wyraźnych ograniczeń odnośnie ilości wypijanych płynów, a na pytanie „Czy kontroluje Pan/ Pani ilość wypijanych płynów?” 58,3% respondentów odpowiedziało „tak”.

Na pytanie dotyczące dozwolonej ilości przyjmowanych płynów zdecydowana większość pacjentów udzieliła poprawnej odpowiedzi (78,3%). Natomiast aż 25% respondentów błędnie twierdziła, iż obniżenie ciśnienia tętniczego krwi jest objawem przewodnienia.

Ważną rolę w okresie dializacyjnym odgrywa właściwe odżywianie. Dieta pacjentów hemodializowanych powinna być ubogobiałkowa, ubogopotasowa

i bogatoenergetyczna. Zdecydowana większość respondentów (51%) uznała, że ich dieta powinna być ubogobiałkowa, ubogopotasowa i bogatoenergetyczna. 13,4% uznało, iż dieta powinna być ubogoenergetyczna i ubogobiałkowa, a jeden pacjent uznał, że bogatobiałkowa i bogatofosforanowa.

Kolejne pytanie dotyczyło rodzajów pokarmów szczególnie bogatych w potas. Zaliczamy do nich: mleko sproszkowane, zagęszczone, kakao, orzechy, nasiona roślin strączkowych oraz ryby. Takiej odpowiedzi udzieliło 63,3% ankietowanych. 31,6% respondentów odpowiedziało, że bogatym źródłem potasu są podroby, a 35% uznało, że ryby wędzone, konserwy oraz marynaty. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 63,3% respondentów.

Nadmiar potasu w ustroju prowadzi do poważnych zaburzeń czynności serca. Dolegliwości mogą pojawić się natychmiast po spożyciu potasu w większych ilościach. Dlatego bardzo istotna jest znajomość objawów nadmiaru potasu w ustroju, do których należą: mrowienie w okolicy ust i języka, uczucie osłabienia siły rąk, mrowienie nóg. Zdecydowana większość pacjentów udzieliła prawidłowej odpowiedzi (66,6%). Skurcze mięśni są objawem nadmiaru potasu według 33,3% respondentów, natomiast drżenie rąk według 10% ankietowanych.

Następnie respondentów pytano o wskazanie sposobów na obniżenie potasu w spożywanych posiłkach. 65% pacjentów słusznie twierdziło, że najlepszym sposobem na obniżenie poziomu potasu w spożywanych produktach jest moczenie, a następnie gotowanie w dużej ilości wody warzyw i owoców. Natomiast 13,3% błędnie uznało, iż w celu obniżenia poziomu potasu należy gotować mięso dwa razy w tej samej wodzie.

Na pytanie: „Czy pacjenci hemodializowani powinni ograniczać fosfor w diecie?” 75% respondentów udzieliła odpowiedzi twierdzącej.

Następne pytanie dotyczyło znajomości powikłań nadmiernego spożywania fosforu. Wśród nich można wyróżnić: odwapnienie kości prowadzące do osteoporozy oraz bolesne skurcze mięśni i bóle kostne. Jedynie 60% respondentów wymieniło te objawy, jako związane z nadmiarem spożytego fosforu. Niektórzy spośród ankietowanych nie byli pewni, czy nadmiar fosforu powoduje zaburzenia pracy serca (26,6%) lub nadciśnienie tętnicze (11,6%).

Ankietowani na pytanie: „Czy konieczne są ograniczenia podaży sodu w diecie?” odpowiedzieli „tak” w 65%.

Kolejne pytanie dotyczyło znajomości powikłań nadmiaru sodu w organizmie. Wśród nich można wyróżnić zwiększenie masy ciała, powstawanie obrzęków i wzrost ciśnienia tętniczego krwi. 63,3% ankietowanych udzieliło takiej odpowiedzi. Niektórzy nie byli pewni, czy nadmiar sodu w organizmie powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego, osłabienie, zawroty głowy (20%) lub drżenie rąk i zaburzenia pracy serca (23,3%). Następnie poproszono pacjentów o wskazanie dolegliwości u nich występujących. U 66,6% pacjentów występowała szybka męczliwość, 61,6% miała nieuregulowane nadciśnienie tętnicze, natomiast 26,6% cierpiała na nadwagę.

Respondenci poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy przestrzega Pan/Pani zaleceń dietetycznych?” odpowiedzieli „tak” w 51,6%.

Po analizie wpływu wieku na przestrzeganie zaleceń dietetycznych oraz reżimu płynowego okazało się, że najlepiej współpracująca grupa pacjentów mieści się w przedziale wiekowym: 50–70 lat ( $P = 0,054$ ).

Poddając analizie związek miejsca zamieszkania z przestrzeganiem zaleceń dietetycznych znacznie większą świadomość konieczności przestrzegania diety posiadali mieszkańcy miast ( $p = 0,018$ ). Spośród 50 pacjentów zamieszkujących miasto 60% deklaroowało przestrzeganie ograniczenia płynów doustnych. Natomiast 54% przestrzegało zaleceń dietetycznych. Analizując powiązanie źródła utrzymania z przestrzeganiem zaleceń dietetycznych zauważono, iż osoby utrzymujące się z renty lub emerytury są bardziej skłonne do stosowania się do zaleceń lekarskich ( $p = 0,040$ ).

## Omówienie

Przewlekła hemodializoterapia wiąże się z radykalną zmianą dotychczasowego trybu życia pacjentów. Często pojawiają się kłopoty finansowe, trudności w utrzymaniu się na dotychczasowym stanowisku pracy. Okres dializoterapii wiąże się niejednokrotnie z częstymi hospitalizacjami, narzuca konieczność wprowadzenia samodyscypliny oraz rozmaitych wyrzeczeń. Pacjenci muszą przestrzegać pewnych zaleceń, które pozwolą im dłużej cieszyć się lepszym zdrowiem i kondycją. Główne zalecenia dotyczą odpowiedniej diety. Ma ona ogromny wpływ na prawidłowy przebieg dializy, dobre samopoczucie pacjenta oraz wyniki niektórych badań laboratoryjnych [1, 18].

W pracy zbadano stan wiedzy pacjentów przewlekle hemodializowanych na temat obowiązującej ich diety. Niezadowolające wyniki badania mogłyby sugerować potrzebę prowadzenia okresowych szkoleń tej grupy pacjentów z zakresu diety i terapii.

Na podstawie analizy statystycznej wyłoniono czynniki, które miały znamienny wpływ na poziom wiedzy pacjentów. Należą do nich: wiek, miejsce zamieszkania oraz źródło utrzymania.

Pacjenci w przedziale wiekowym 50–70 lat mają większą świadomość konieczności przestrzegania zaleceń aniżeli pacjenci młodszy i starsi. Prawdopodobnie wynika to z faktu indywidualnego doświadczenia i przekonania się, że stan zdrowia odgrywa podstawową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu na co dzień, a niestosowanie się do zaleceń lekarza może skutkować poważnymi konsekwencjami i zaburzeniami, a nawet uniemożliwiać normalne funkcjonowanie. Natomiast osoby młodsze mogły jeszcze nie doświadczyć bezpośrednich konsekwencji braku współpracy z lekarzem.

Poddając analizie wpływ miejsca zamieszkania na przestrzeganie zaleceń wyraźnie widać, iż częściej stosują się do nich mieszkańcy miast. Prawdopodob-

nie wynika to z faktu, iż na wsi obserwuje się szereg niekorzystnych dla zdrowia zjawisk społecznych. Poziom życia i wykształcenia ludności wiejskiej często pozostaje nadal zdecydowanie niższy niż mieszkańców miast, co z reguły wiąże się z mniejszą świadomością zachowań prozdrowotnych i niższą zamożnością tej społeczności. Na wsi panują gorsze warunki mieszkaniowe i higieniczno-sanitarne. Występuje gorszy dostęp do instytucji służby zdrowia (mieszkańcy wsi żyją z dala od wyspecjalizowanych placówek medycznych, z dala od centrów ochrony zdrowia oraz w mniejszym stopniu mogą korzystać z niepublicznej służby zdrowia). Wszystkie te czynniki składają się na niższą świadomość konieczności przestrzegania zaleceń dietetycznych wśród ludności wiejskiej. Mimo intensywnego tempa życia i niekorzystnych warunków środowiskowych mieszkańcy miast mają lepszy dostęp do wiedzy medycznej i do specjalistycznych zakładów opieki medycznej, co gwarantuje wysoką świadomość konieczności przestrzegania zasad prawidłowego i zdrowego stylu życia wśród tej grupy społecznej.

Źródło utrzymania chorych okazało się również jednym z ważniejszych determinantów ich stanu zdrowia. Osoby będące na rencie lub emeryturze w większym stopniu przestrzegają zaleceń dietetycznych, ponieważ dysponują większą ilością wolnego czasu, a mniejszą środków materialnych, niż osoby pracujące. Skłania to do skupiania większej uwagi na zakupie produktów spożywczych, jak również przyrządzaniu potraw i komponowaniu jadłospisu. Ponadto, stan zdrowia tych osób najprawdopodobniej jest relatywnie gorszy i wymaga większej dbałości. Natomiast osoby pracujące są bardziej zabsorbowane zdobywaniem środków do życia i mają mniejsze możliwości układania sobie planu dnia i jadłospisu w ten sposób, aby służyło to ich zdrowiu. Obecnie czas pracy jest coraz bardziej nieregularny i nieprzewidywalny, co w jeszcze większym stopniu przyczynia się do niekorzystnych nawyków żywieniowych.

## Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów przewlekle hemodializowanych na temat zaleceń dietetycznych jest niski, choć większość ankietowanych uznaje go za dobry.
2. Istnieje zależność pomiędzy wiekiem, miejscem zamieszkania, źródłem utrzymania a przestrzeganiem przez pacjentów zaleceń lekarskich.
3. Największe braki wiedzy ankietowanych dotyczyły:
  - dozwolonej ilości wypijanych płynów,
  - znajomości sposobów ograniczania spożywania potasu,
  - znajomości powikłań nadmiernego spożycia fosforu,
  - znajomości powikłań nadmiernego spożycia sodu.
4. Czynniki, takie jak: płeć, wykształcenie, stan cywilny, okres leczenia nerkozastępczego oraz to, czy posiłki są przygotowywane samodzielnie, czy przez osoby trzecie zgodnie z wynikami analizy, nie mają wpływu na przestrzeganie przez pacjentów hemodializowanych zaleceń dietetycznych.

## Piśmiennictwo

1. Barański J. i Piątkowski W.: *Zdrowie i choroba*, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe 2002.
2. Bogusz J.: *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
3. Ciechaniewicz W.: *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 2002, s. 317–320.
4. Harrison.: *Interna*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 1996, s. 396–418.
5. Hruby Z.: *Nefrologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 145–159.
6. Herold G. i inni: *Medycyna wewnętrzna*, Wydawnictwo PZWL Koln 2004, s. 677–679; 752–764.
7. Jakubowska D.: *Choroby wewnętrzne i pielęgowanie w chorobach wewnętrznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1981, s. 244–245.
8. Klaus F. *Urologia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1997, s. 70–74.
9. Kokot F. i inni: *Choroby wewnętrzne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 440–460.
10. Książka A. i inni: *Nefrologia*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2004, s. 305–320.
11. Matuszkiewicz-Rowińska J.: *Ostra niewydolność nerek. Problem interdyscyplinarny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
12. Orłowski T.: *Choroby nerek*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992, s. 387–398.
13. Rutkowski B. i inni: *Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek*, Wydawnictwo Medyczne MAK med., Gdańsk 2001, s. 89–98.
14. Rutkowski B.: *Dializoterapia w codziennej praktyce*, Wydawnictwo Medyczne MAK med., Gdańsk 1996.
15. Rutkowski B.: *Dializoterapia – przewodnik dla pacjentów*, Wydawnictwo Medyczne MAK med., Gdańsk 1996.
16. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne, Medycyna praktyczna*, Kraków 2006, s. 1262–1263.
17. Tisher C., Wilcom S.: *Nefrologia*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997, s. 142–152.
18. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 87–170.



Robert Terlikowski<sup>1</sup>, Marta Balewska<sup>1</sup>, Piotr S. Bernaczyk<sup>1</sup>,  
Sławomir J. Terlikowski<sup>1</sup>, Marek Kulikowski<sup>1</sup>

## Aktywność fizyczna i dieta w terapii raka piersi

### Wstęp

Nawet przed rozpoczęciem leczenia rak piersi może powodować głębokie zaburzenia metaboliczne. Dlatego wstępne badanie oraz ocena stanu odżywienia powinny być przeprowadzone już we wczesnym etapie planowania terapii i skupiać się nie tylko na aktualnym stanie chorej, ale także na przewidywaniu skutków ubocznych wdrożonego postępowania. W zakresie podejmowania decyzji o rozpoczęciu ćwiczeń fizycznych i ich kontynuacji także należy wykorzystać analizę indywidualną uwzględniającą stan chorej oraz jej preferencje. Wprawdzie opublikowano doniesienia sugerujące istotną rolę aktywności fizycznej w zmniejszaniu ryzyka nawrotów raka piersi i wydłużeniu czasu przeżycia, ale ich wartość prognostyczna wymaga weryfikacji.

W przypadku raka piersi jednym z najważniejszych zadań chorej jest utrzymanie lub osiągnięcie należnej masy ciała. Badania przeprowadzone w ostatnich latach jednoznacznie wskazują, że nadwaga lub otyłość w chwili jego rozpoznania są złymi czynnikami prognostycznymi. Towarzyszą im: zajęcie węzłów chłonnych, rozwój pierwotnego nowotworu drugiej piersi, wznowy procesu, choroby współistniejące oraz umieralność – zarówno swoista (dla danego nowotworu), jak i całkowita (dotycząca wszystkich przyczyn zgonów w badanej populacji) [1, 2, 3].

Informacja o wykryciu raka piersi istotnie wpływa na wzrost masy ciała chorej [4, 5]. Wykazano, że jej wzrost o około 6 kg zwiększa prawdopodobieństwo wznowy o 50% i zgonu o 60% [6]. Dane te potwierdzają wyniki Nurses' Health Study, w którym stwierdzono, że wśród kobiet, których wskaźnik masy ciała (body mass index, BMI) wzrósł w przedziale od 0,5 do 2 lub ponad 2 jednostki, szansa wznowy procesu nowotworowego jest większa odpowiednio

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Akademii Medycznej w Białymstoku

o 40 i 53% w porównaniu z kobietami o przyroście BMI wynoszącym poniżej 0,5 jednostki [7].

Pamiętać jednak należy, że ubytek masy ciała następujący z niewyjaśnionych przyczyn stanowić może pierwszy objaw nawrotu choroby i stąd wymaga ścisłego monitorowania [8]. Biorąc pod uwagę niekorzystny wpływ nadwagi i otyłości nie tylko na wynik leczenia nowotworu, ale również na ogólny stan zdrowia oraz jakość życia działania zmierzające do uzyskania należytnej masy ciała uznaje się obecnie za standard postępowania u kobiet z nadwagą, u których rozpoznano raka piersi we wczesnym stopniu zaawansowania klinicznego [9, 10, 11].

Przyrost masy ciała rejestrowany podczas uzupełniającej chemioterapii lub leczenia hormonalnego jest następstwem wzrostu ilości tkanki tłuszczowej [12, 13]. To niekorzystne przesunięcie wskazuje, że głównym celem interwencji powinno być nie tylko ograniczenie przyrostu masy ciała, ale także zachowanie należytnej masy mięśniowej. Umiarkowana aktywność fizyczna realizowana pod postacią ćwiczeń siłowych zarówno w trakcie, jak i po leczeniu może wpłynąć na utrzymanie prawidłowej masy mięśniowej i uniknięcie zwiększenia zawartości tkanki tłuszczowej [14]. Wykazano, że jeżeli nawet nie uda się uzyskać należytnej masy ciała, jej zmniejszenie o 5–10% w okresie od pół do roku od ustalenia rozpoznania choroby pozwala na znaczne ograniczenie wpływu innych czynników ryzyka, takich jak wzrost stężeń lipidów w osoczu oraz insuliny na czczo [15].

Kobiety z nadwagą należy zachęcać do zmniejszenia masy ciała dzięki aktywnym ćwiczeniom fizycznym nawet podczas leczenia. W ten sposób można bezpiecznie dążyć do niewielkiej jej utraty (około 1 kg/tydz.), dopóki nie pojawią się bezwzględne przeciwwskazania związane z prowadzonym leczeniem onkologicznym [16]. Wyniki badań jednoznacznie świadczą o korzystnym wpływie takiego postępowania na różne aspekty jakości życia chorej [17].

Odnotowano znaczący spadek liczby nawrotów raka piersi oraz zmniejszenie swoistej i całkowitej umieralności wśród aktywnych fizycznie kobiet w porównaniu z populacją prowadzącą siedzący tryb życia. Celowym zatem wydaje się objęcie wszystkich kobiet poddanych terapii przeciwnowotworowej profilaktycznym wpływem aktywności fizycznej [7].

Trwają badania wpływu różnych składników pożywienia na naturalny przebieg nowotworu. Do chwili obecnej nie wykazano zależności między spożyciem tłuszczów a wznowami raka piersi oraz czasem przeżycia chorych [18]. Zakończono ostatnio wieloośrodkowe randomizowane badanie kliniczne WINS (Women's Intervention Nutrition Study) oceniało, czy ograniczenie spożycia tłuszczu stanowiące uzupełnienie standardowej terapii raka piersi zwiększa przeżycie kobiet z nowotworem wykrytym we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego. Brało w nim udział 2437 kobiet, z których 975 przydzielono do grupy stosującej dietę ubogotłuszczową. Uzyskano w niej zmniejszenie ryzyka nawrotów raka aż o 24% [19].

Dieta bogata w warzywa nie wiąże się jednoznacznie ze zmniejszeniem ryzyka rozwoju raka piersi, podobnie jak nie wpływa na częstość wystąpienia wznowy i wydłużenie czasu przeżycia [20, 21]. W prowadzonym obecnie badaniu WHEL (Women's Healthy Eating and Living Study) analizie poddano wpływ zwiększonego spożycia warzyw i owoców, ograniczenia spożycia tłuszczu oraz zwiększenia podaży w diecie błonnika [22]. Już dzisiaj wiadomo, że wyższym wyjściowym stężeniem karotenoidów w surowicy krwi, które są biologicznym wykładnikiem ilości spożywanych warzyw i owoców towarzyszy dłuższe przeżycie bez nawrotu choroby [23].

Dane pochodzące z Nurses' Health Study (w którym średni czas obserwacji pacjentki od chwili ustalenia rozpoznania wynosi 10 lat) sugerują, że w grupie kobiet stosujących dietę zawierającą więcej owoców i warzyw, natomiast mniej cukrów, oczyszczonych ziaren oraz produktów pochodzenia zwierzęcego, odsetek wznów, jak i swoista dla raka piersi umieralność nie są znacząco mniejsze, ale wpływają na istotne zmniejszenie umieralności z powodu innych chorób towarzyszących, uznawanych współcześnie za cywilizacyjne [24].

W nielicznych doniesieniach sugerowano, że niska podaż kwasu foliowego będąca skutkiem niewielkiego spożycia owoców, warzyw, roślin strączkowych i ziaren wiąże się ze wzrostem ryzyka wystąpienia raka piersi [25]. Badania współczesne hipotezę tę podważają [26].

Spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju pierwotnego raka piersi [27]. Trudno przesądzać o jego wpływie na ryzyko nawrotów i czas przeżycia, ponieważ przeprowadzone dotychczas badania nie są reprezentatywne [28]. Alkohol jest czynnikiem wyjątkowym, ponieważ wnosi ze sobą zarówno zagrożenie, jak i korzyści. Istnieją dowody, że spożywany w umiarkowanych ilościach zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego [29]. Stanowi to podstawę do indywidualnych rozważań zarówno w zakresie możliwości nawrotów raka, jak i korzyści wynikających z protekcyjnego wpływu na układ sercowo-naczyniowy.

Ostatnio w profilaktyce raka piersi stosowane są produkty sojowe [30]. W krajach azjatyckich, gdzie są one powszechnie spożywane, częstość występowania raka piersi jest znacznie mniejsza niż w krajach wysokoprzemysłowych. Soja zawiera duże ilości roślinnych izoflawonów, które w badaniach doświadczalnych wykazują pewną aktywność przeciwnowotworową [31]. Może jednocześnie wywierać działanie estrogenopodobne, jak też je hamować [32]. Badania epidemiologiczne, jak również analizy laboratoryjne zwracają uwagę na małe prawdopodobieństwo szkodliwego wpływu soi obecnej w diecie. Niestety, nie wiadomo, czy spożywaniu takich jej ilości będzie towarzyszyć pożądaný efekt ochronny [33]. Dawki wysokie mogą z kolei wywierać wpływ hiperestrogenny, wyraźnie zwiększając ryzyko progresji zmiany nowotworowej. Dlatego też kobiety leczone z powodu raka piersi powinny unikać zarówno dużych dawek soi, jak i jej stężonych izoflawonów [34].

## Podsumowanie

Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej i odżywiania, których celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia pierwotnego raka, zahamowanie wzrostu niezależnego ogniska pierwotnego nowotworu, jak również wpływ na przebieg schorzeń układu sercowo-naczyniowego, są dla kobiet leczonych z powodu raka piersi szczególnie ważne. Ustalając zatem zakres diety należy zwrócić uwagę na obecność w niej warzyw i owoców, ograniczenie ilości spożywanych tłuszczów nasyconych oraz wystarczającą ilość błonnika. Działania na tym poziomie, w połączeniu z odpowiednio realizowaną aktywnością fizyczną, pozwolą chorym osiągnąć i utrzymać należną masę ciała, która w licznych badaniach uznawana jest za niezależny czynnik prognostyczny.

## Piśmiennictwo

1. Li C. I., Malone K. E., Daling J. R.: Interactions between body mass index and hormone therapy and postmenopausal breast cancer risk (United States). *Cancer Causes Control.*, 2006, 17(5), 695–703.
2. Carmichael A. R.: Obesity and prognosis of breast cancer. *Obes. Rev.*, 2006, 7(4), 333–340.
3. Loi S., Desmedt C., Cardoso F., Piccart M., Sotiriou C.: Breast cancer gene expression profiling: clinical trial and practice implications. *Pharmacogenomics*, 2005, 6(1), 49–58.
4. Caan B., Sternfeld B., Gunderson E., Coates A., Quesenberry C., Slattery M. L.: Life After Cancer Epidemiology (LACE) Study: a cohort of early stage breast cancer survivors (United States). *Cancer Causes Control.*, 2005, 16(5), 545–556.
5. Harvie M. N., Howell A., Thatcher N., Baildam A., Campbell I.: Energy balance in patients with advanced NSCLC, metastatic melanoma and metastatic breast cancer receiving chemotherapy – a longitudinal study. *Br. J. Cancer*, 2005, 92(4), 673–680.
6. Camoriano J. K., Loprinzi C. L., Ingle J. N., Therneau T. M., Krook J. E., Veeder M. H.: Weight change in women treated with adjuvant therapy or observed following mastectomy for node-positive breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, 1990, 8(8), 1327–1334.
7. Holmes M. D., Chen W. Y., Feskanich D., Kroenke C. H., Colditz G. A.: Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*, 2005, 293(20), 2479–2486.
8. Parkin D. M., Fernandez L. M.: Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J.*, 2006, Suppl 1, S70–S80.
9. Chlebowski R. T., Aiello E., McTiernan A.: Weight loss in breast cancer patient management. *J. Clin. Oncol.*, 2002, 20(4), 1128–1143.
10. Tuli R., Flynn R. A., Brill K. L., Sabol J. L., Usuki K. Y., Rosenberg A. L.: Diagnosis, treatment, and management of breast cancer in previously augmented women. *Breast J.*, 2006, 12(4), 343–348.
11. Doyle C., Kushi L. H., Byers T., Courneya K. S., Demark-Wahnefried W., Grant B., McTiernan A., Rock C. L., Thompson C., Gansler T., Andrews K. S.: Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J. Clin.*, 2006, 56(6), 323–353.

12. Harvie M. N., Campbell I. T., Baidam A., Howell A.: Energy balance in early breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res. Treat.*, 2004, 83(3), 201–210.
13. Freedman R. J., Aziz N., Albanes D., Hartman T., Danforth D., Hill S., Sebring N., Reynolds J. C., Yanovski J. A.: Weight and body composition changes during and after adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2004, 89(5), 2248–2253.
14. Ohira T., Schmitz K. H., Ahmed R. L., Yee D.: Effects of weight training on quality of life in recent breast cancer survivors: the Weight Training for Breast Cancer Survivors (WTBS) study. *Cancer*, 2006, 106(9), 2076–2083.
15. Schmitz K. H., Ahmed R. L., Hannan P. J., Yee D.: Safety and efficacy of weight training in recent breast cancer survivors to alter body composition, insulin, and insulin-like growth factor axis proteins. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 2005, 14(7), 1672–1680.
16. Irwin M. L., Aiello E. J., McTiernan A., Bernstein L., Gilliland F. D., Baumgartner R. N., Baumgartner K. B., Ballard-Barbash R.: Physical activity, body mass index, and mammographic density in postmenopausal breast cancer survivors. *J. Clin. Oncol.*, 2007, 25(9), 1061–1066.
17. Schmitz K. H., Holtzman J., Courneya K. S., Masse L. C., Duval S., Kane R.: Controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 2005, 14(7), 1588–1595.
18. Kim E. H., Willett W. C., Colditz G. A., Hankinson S. E., Stampfer M. J., Hunter D. J., Rosner B., Holmes M. D.: Dietary fat and risk of postmenopausal breast cancer in a 20-year follow-up. *Am. J. Epidemiol.*, 2006, 164(10), 990–997.
19. Chlebowski R. T., Blackburn G. L., Thomson C. A., Nixon D. W., Shapiro A., Hoy M. K., Goodman M. T., Giuliano A. E., Karanja N., McAndrew P., Hudis C., Butler J., Merkel D., Kristal A., Caan B., Michaelson R., Vinciguerra V., Del Prete S., Winkler M., Hall R., Simon M., Winters B. L., Elashoff R. M.: Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2006, 98(24), 1767–1776.
20. McEligot A. J., Largent J., Ziogas A., Peel D., Anton-Culver H.: Dietary fat, fiber, vegetable, and micronutrients are associated with overall survival in postmenopausal women diagnosed with breast cancer. *Nutr. Cancer*, 2006, 55(2), 132–140.
21. Fink B. N., Gaudet M. M., Britton J. A., Abrahamson P. E., Teitelbaum S. L., Jacobson J., Bell P., Thomas J. A., Kabat G. C., Neugut A. I., Gammon M. D.: Fruits, vegetables, and micronutrient intake in relation to breast cancer survival. *Breast Cancer Res. Treat.*, 2006, 98(2), 199–208.
22. Pierce J. P., Newman V. A., Flatt S. W., Faerber S., Rock C. L., Natarajan L., Caan B. J., Gold E. B., Hollenbach K. A., Wasserman L., Jones L., Ritenbaugh C., Stefanick M. L., Thomson C. A., Kealey S.: Women's Healthy Eating and Living (WHEL) Study Group: Telephone counseling intervention increases intakes of micronutrient- and phytochemical-rich vegetables, fruit and fiber in breast cancer survivors. *J. Nutr.*, 2004, 134(2), 452–458.
23. Rock C. L., Flatt S. W., Natarajan L., Thomson C. A., Bardwell W. A., Newman V. A., Hollenbach K. A., Jones L., Caan B. J., Pierce J. P.: Plasma carotenoids and recurrence-

- free survival in women with a history of breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, 2005, 23(27), 6631–6638.
24. Kroenke C. H., Fung T. T., Hu F. B., Holmes M. D.: Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol.*, 2005, 23(36), 9295–9303.
  25. Zhang S. M., Willett W. C., Selhub J., Hunter D. J., Giovannucci E. L., Holmes M. D., Colditz G. A., Hankinson S. E.: Plasma folate, vitamin B6, vitamin B12, homocysteine, and risk of breast cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2003, 95(5), 373–380.
  26. Larsson S. C., Giovannucci E., Wolk A.: Folate and risk of breast cancer: a meta-analysis. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2007, 99(1), 64–76.
  27. Tjonneland A., Christensen J., Olsen A., Stripp C., Thomsen B. L., Overvad K., Peters P. H., van Gils C. H., Bueno-de-Mesquita H. B., Ocke M. C., Thiebaut A., Fournier A., Clavel-Chapelon F., Berrino F., Palli D., Tumino R., Panico S., Vineis P., Agudo A., Ardanaz E., Martinez-Garcia C., Amiano P., Navarro C., Quiros J. R., Key T. J., Reeves G., Khaw K. T., Bingham S., Trichopoulou A., Trichopoulos D., Naska A., Nagel G., Chang-Claude J., Boeing H., Lahmann P. H., Manjer J., Wirfalt E., Hallmans G., Johansson I., Lund E., Skeie G., Hjartaker A., Ferrari P., Slimani N., Kaaks R., Riboli E.: Alcohol intake and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Cancer Causes Control.*, 2007, 18(4), 361–373.
  28. Maskarinec G., Morimoto Y., Takata Y., Murphy S. P., Stanczyk F. Z.: Alcohol and dietary fibre intakes affect circulating sex hormones among premenopausal women. *Public Health Nutr.*, 2006, 9(7), 875–881.
  29. Mukamal K. J., Chiuve S. E., Rimm E. B.: Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles. *Arch. Intern. Med.*, 2006, 166(19), 2145–2150.
  30. Messina M., McCaskill-Stevens W., Lampe J. W.: Addressing the soy and breast cancer relationship: review, commentary, and workshop proceedings. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2006, 98(18), 1275–1284.
  31. Trock B. J., Hilakivi-Clarke L., Clarke R.: Meta-analysis of soy intake and breast cancer risk. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2006, 98(7), 459–471.
  32. Martinez M. E., Thomson C. A., Smith-Warner S. A.: Soy and breast cancer: the controversy continues. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2006, 98(7), 430–431.
  33. Messina M. J., Loprinzi C. L.: Soy for breast cancer survivors: a critical review of the literature. *J. Nutr.*, 2001, 131 (11 Suppl): 3095S–30108S.
  34. Gikas P. D., Mokbel K.: Phytoestrogens and the risk of breast cancer: a review of the literature. *Int. J. Fertil. Womens Med.*, 2005, 50(6), 250–258.

Dominika Siwiec<sup>1</sup>, Dorota Magosa<sup>1</sup>

## **Edukacja narzędziem kształtowania roli osoby opiekującej się chorym w domowej opiece hospicyjnej, w aspekcie pracy pielęgniarki**

### **Wstęp**

Edukacja jest dyskursem, ciągiem relacji między ludźmi i ich światem. Edukacyjne wspomaganie potencjału osób zaangażowanych w opiekę nad chorym wiąże się z kształtowaniem ich poglądów oraz roli w opiece nad pacjentem. Istotą edukacji osób opiekujących się chorymi w domowej opiece hospicyjnej jest stymulacja poszerzania wiedzy z zakresu idei funkcjonowania hospicjum, zadań spoczywających na poszczególnych członkach domowej opieki hospicyjnej. Pozwala to w istotny sposób kształtować właściwą opiekę nad chorym w środowisku domowym.

Zespół opieki hospicyjnej wchodząc do domu chorego musi dostosować się do warunków życia i zasad, jakie tam istnieją. Potrzeba dużej umiejętności, aby dostosować się do potrzeb danego środowiska. Często prowadzenie opieki w domu jest zadaniem bardzo trudnym, tym większa satysfakcja, jeśli uda się wywiązać z takiego zadania.

Należy pamiętać, że każda rodzina jest inna, każdy chory jest odrębną jednostką. Zawsze w procesie edukacji bardzo istotna staje się indywidualność każdej z tych osób, ich predyspozycje, zdolności rozumowania i nabywania nowych umiejętności. Każdy pacjent jest jedyną w swoim rodzaju niepowtarzalną historią życia i umierania, a rozpoznanie jego potrzeb, jak również oczekiwań osób sprawujących nad nim opiekę i wykorzystanie ich w sprawowaniu lepszej opieki, staje się celem nadrzędnym.

Aby umiejętnie wykorzystać narzędzie, jakim jest edukacja, niezbędne wydaje się poznanie materii, istoty problemu, postawienie diagnozy, która posłuży za bazę, wskaże kierunek dalszych działań edukacyjnych.

---

<sup>1</sup> Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” im. Św. Łazarza w Krakowie, Domowa Opieka Hospicyjna

## Diagnoza działań edukacyjnych

Podstawę diagnozy stanowiły badania, których głównym celem było poznanie oczekiwań osób zgłaszających chorych do domowej opieki hospicyjnej, w aspekcie pracy pielęgniarki.

Teren badań stanowiły osoby zgłaszające chorych do domowej opieki hospicyjnej, działającej przy Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Hospicjum” im. Św. Łazarza w Krakowie. Badaną grupę stanowiło 45 osób, średnia wieku wynosiła 54,3 lata. Największą grupę stanowiły kobiety (68,9%), w wieku 50–60 lat (55,5%), z wykształceniem średnim (44,4%) (tab. 1). Osoby zgłaszające chorych do domowej opieki hospicyjnej w większości stanowili córka lub syn chorego (51,1%).

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że „domowa opieka hospicyjna” przez większość respondentów definiowana była jako „wizyty lekarza i pielęgniarki” (32,1% odpowiedzi), „leczenie bólu” (28,2% odpowiedzi). Znaczny odsetek respondentów, utożsamiał „hospicyjną opiekę domową” jako „próbę wyleczenia z choroby” (17,9% odpowiedzi).

Z definicji wynikały także szczególne obowiązki pielęgniarki względem rodzin objętych domową opieką hospicyjną. Znaczna ilość respondentów wiązała obowiązki pielęgniarki z „wykonaniem toalety chorego” (28% odpowiedzi) i „rozmową” (20% odpowiedzi). Należy zaznaczyć, że pojawiały się również takie odpowiedzi, jak „zapewnienie pomocy materialnej”. Ponadto respondenci zostali poproszeni o wymienienie dodatkowych zajęć, które pielęgniarka mogłaby wykonywać w czasie wizyty domowej. Największa liczba respondentów uznała, że „nie wie” co jeszcze dodatkowego mogłaby wykonywać pielęgniarka (35,6% odpowiedzi), znaczna część ankietowanych przyznała, że dodatkowo oczekują od pielęgniarki „wsparcia psychicznego” (27,1% odpowiedzi). Ponadto niewielka liczba respondentów oczekiwała „towarzyszenia choremu w trakcie agonii” (8,5% odpowiedzi) i „pomocy z przygotowaniem chorego do pochówku” (8,5% odpowiedzi), jako dodatkowego obowiązku, którego wykonanie leżałoby w gestii pielęgniarki.

Zdecydowana większość ankietowanych wyraziła chęć zdobycia wiedzy i umiejętności z zakresu opieki nad bliską osobą (84,4%). Uzasadniając odpowiedź, respondenci najczęściej podawali możliwość „zapewnienia lepszej opieki” (48,9%) oraz „zmniejszenia strachu wobec chorego” (24,4%). Osoby, które nie wyraziły chęci zdobycia wiedzy i umiejętności z zakresu pielęgnacji (15,6%), uzasadniały odpowiedź „odpowiednim poziomem już posiadanej wiedzy i umiejętności” (13,3%).

Aby wyrażane chęci mogły znaleźć odbicie w rzeczywistości, konieczny jest kontakt z pielęgniarką, który może być sprawowany na kilka sposobów. Według większości ankietowanych, konieczne jest zapewnienie całodobowego kontaktu telefonicznego z pielęgniarką dyżurującą (41,4% odpowiedzi) oraz całodobowe-



go bezpośredniego kontaktu w czasie wykonywania wizyt (32,9% odpowiedzi). Ponadto pielęgniarka w ciągu tygodnia powinna przychodzić na wizyty w „razie potrzeby” (46,7%), a w trakcie wizyty, pielęgniarka powinna poświęcać pacjentowi ok. 1 godziny czasu (44,4%).

Przebieg wizyty pielęgniarki, kontakt zarówno z rodziną, jak i z samym chorym, zależy od nastawienia wobec choroby, a to z kolei pozostaje w nierozrwalnym związku z procesem uświadamiania zarówno opiekunów, jak i samych chorych o terminalnej fazie choroby, nieuchronności śmierci. Zaobserwowano, że znaczny odsetek respondentów (37,8%) świadomie zataja przed chorym informacje na temat jego faktycznego stanu zdrowia, uzasadniając swoje zachowanie obawą, że „chory przestanie walczyć o wyzdrowienie” (20%). Ponadto wśród tych osób znaczna część (70,5%) przyznała, że nie chce zmieniać tego stanu rzeczy, ponieważ nie chce, aby „chory jeszcze bardziej cierpiał” (52,9%).

### **Analiza problemu opracowanego w oparciu o sporządzoną diagnozę**

Przeprowadzone badania pozwoliły stworzyć zarys oczekiwań osób zgłaszających chorych do domowej opieki hospicyjnej w aspekcie pracy pielęgniarki, który posłużył za podstawę do nakreślenia problemów.

Głównym problemem okazuje się brak wiedzy lub wiedza niewłaściwa na temat zadań i obowiązków leżących zarówno po stronie pielęgniarki, jak i samych opiekunów. Respondenci oczekują od pielęgniarki nie tylko pomocy, ale bardzo często wyręczenia w czynnościach związanych z opieką chorego, co nie znajduje odbicia w rzeczywistym działaniu pielęgniarki, które powinno opierać się na asystowaniu, towarzyszeniu w opiece, udzielaniu wsparcia i szeroko pojętej edukacji.

Ponadto, rozumienie przez respondentów idei opieki hospicyjnej, nasuwa wątpliwości, szczególnie w aspekcie przekazywania choremu informacji o jego faktycznym stanie zdrowia. Znaczna liczba osób biorących udział w badaniu zataiła informacje przed chorym o jego faktycznym stanie zdrowia, jednocześnie wpływając na relacje z chorym, jak również sposób pracy pielęgniarki, która uznając zasadę odchodzenia chorego w świadomości swego stanu (jeśli chory chce poznać swego stanu wyraża), zostaje postawiona przed trudną sytuacją.

Brak lub wiedza nie trafna, będą prowadzić do powstania dysonansu między oczekiwaniami opiekunów pacjentów a pielęgniarką. Dlatego istnieje potrzeba bardzo precyzyjnego określenia zakresu obowiązków, leżących po stronie pielęgniarki, jak również czynności, które mogłyby realizować rodzina chorego, w celu zmniejszenia lub nawet likwidacji dysonansu. Ponadto, zadaniem pielęgniarki powinno być umiejętne pokierowanie zaangażowaniem opiekunów, które niewątpliwie wyrażają tak, aby poczuli zalety samodzielności i poświęcenia, jednocześnie czując się bezpiecznymi i wspieranymi. Być może, zaproponowane

przez nas spotkanie edukacyjne, pomoże wykorzystać deklarowane zaangażowanie rodzin w proces opieki nad pacjentem, a jednocześnie nakreśli jasny obszar obowiązków pielęgniarki, jak również roli osoby opiekującej się chorym.

### **Cele ogólne i szczegółowe podejmowanych działań na rzecz kształtowania roli osoby opiekującej się chorym w domowej opiece hospicyjnej**

#### **Cel ogólny:**

- Osoby opiekujące się chorym poznają własną rolę w aspekcie pielęgnacji pacjenta w domowej opiece hospicyjnej.

#### **Cele szczegółowe:**

osoby opiekujące się chorym:

- poznają ideę funkcjonowania hospicjum ze szczególnym uwzględnieniem hospicjum domowego,
- poznają zadania poszczególnych członków zespołu hospicjum domowego,
- poznają zadania i obowiązki należące do pielęgniarek pracujących w hospicjum domowym,
- określą własny rodzaj zaangażowania w opiekę nad pacjentem,
- poznają prawa, zadania i obowiązki do nich należące w opiece nad chorym,
- wykażą odpowiedzialność za wypełnianie obowiązków i zadań wspólnie opracowanych w czasie spotkania.

### **Działania edukacyjne pielęgniarki**

Opracowane cele pielęgniarka może zrealizować poprzez:

1. Rozpoznanie sytuacji zdrowotnej i problemów pacjenta – zapoznanie się z historią choroby, aktualnym leczeniem, sytuacją psychospołeczną chorego, postawienie diagnozy pielęgniarskiej.
2. Rozpoznanie problemów osób sprawujących opiekę nad chorym, wynikających z sytuacji zdrowotnej pacjenta – zebranie wywiadu środowiskowego oraz społecznego, ocena zdolności opiekunów do podjęcia opieki nad chorym w środowisku domowym.
3. Poznanie oczekiwań osób opiekujących się chorym w aspekcie pracy pielęgniarki, wynikających z rozpoznanych problemów i sytuacji zdrowotnej pacjenta.
4. Przedstawienie idei funkcjonowania hospicjum ze szczególnym uwzględnieniem hospicjum domowego.
5. Przedstawienie zadań i obowiązków pielęgniarek hospicjum domowego.
6. Weryfikacja oczekiwań osób opiekujących się chorym, w świetle dotychczasowej rozmowy.
7. Zestawienie wyłonionych oczekiwań opiekunów z zadaniami i obowiązkami pielęgniarek hospicjum domowego.

8. Określenie przez opiekunów rodzaju zaangażowania w opiekę nad pacjentem.
9. Przedstawienie praw, zadań i obowiązków spoczywających na opiekunach pacjenta.
10. Wyłonienie głównego opiekuna wybranego przez chorego – pielęgniarka razem z chorym i rodziną w drodze rozmowy ocenia charakter, zdolności i predyspozycje do funkcjonowania w nowo wyznaczonej roli „opiekuna chorego”, główny opiekun jest osobą odpowiedzialną za opiekę nad chorym w środowisku domowym, jest to osoba, którą pacjent darzy ogromnym zaufaniem, osoba ta ma wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej się w siedzibie hospicjum domowego.
11. Ponowne określenie rodzaju zaangażowania w opiekę nad chorym, w świetle dotychczasowej rozmowy.
12. Przedstawienie wspólnie opracowanego zakresu zadań i obowiązków opiekunów w aspekcie pracy pielęgniarki.
13. Wręczenie głównemu opiekunowi ulotki informacyjnej dotyczącej funkcjonowania hospicjum domowego

## Podsumowanie

W świetle przeprowadzonych badań, mających bardzo wąski zakres i poruszających jedynie najważniejsze obszary oczekiwań osób zgłaszających chorych do domowej opieki hospicyjnej, istnieje potrzeba nie tylko samego zgłębiania tego tematu, ale przede wszystkim wyciągania wniosków, które będą stanowić podstawę wysokiej jakości opieki, świadczonej przez pielęgniarkę.

Niewątpliwie edukacja stanowi skuteczne narzędzie, wpływające ostatecznie na jakość opieki, ponieważ kształtowanie roli osób opiekujących się chorym w domowej opiece hospicyjnej, będzie wpływało na rodzaj tej opieki. Sposób przeprowadzenia edukacji, udzielanie wsparcia, kierowania na właściwą drogę, asystowania w ciężkiej walce z chorobą będzie wpływać na jakość życia ludzi umierających w ognisku domowym.

Zatem ważne jest, aby od samego początku kontakt pielęgniarki z rodziną i chorym oparty był na prawdzie, ponieważ tylko jasne sytuacje i uczciwe informacje sprzyjają nawiązaniu dobrego kontaktu i są materiałem budulcowym dla powstającego porozumienia i zaufania. W opiece nad chorym terminalnie bardzo ważna jest umiejętność doskonałej obserwacji, często rodzina nie wie, co może powodować ból, jak wygląda odczuwany przez chorego dyskomfort, na czym polegają ich zadania w opiece nad pacjentem umierającym. Aby zapewnić maksymalny komfort choremu musimy szybko reagować, skutecznie i tego samego nauczyć rodzinę. Przy prawidłowym wsparciu i opiece nad chorym niezbędne jest uświadomienie opiekunom zadań i odpowiedzialności, jakie na nich spoczywają, z nierozłączną edukacją i wspomaganiami w opiece nad pacjentem.

Niezbędny jest również proces kontroli przekazanych umiejętności i wiedzy opiekunom, konieczne jest nieustanne monitorowanie stanu pacjenta, gdyż wiedza, umiejętności i zadania opiekunów będą wymagały modyfikacji w zależności od sytuacji zdrowotnej chorego, jak i osób opiekujących się nim.

Prawidłowy przebieg procesu opieki nad chorym umierającym, w dużym stopniu będzie uzależniony od pierwszego kontaktu z osobami sprawującymi bezpośrednią opiekę, a umiejętne wyznaczenie ich roli w tej opiece przyczyni się do stworzenia fundamentu rzetelnej współpracy. Niezbędnym narzędziem w kształtowaniu roli osoby opiekującej się chorym będzie edukacja, stanowiąca podstawę zadań pielęgniarki w opiece nad każdym chorym.

### Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W. Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2000.
2. Davies E., Higginson J. I. Better palliative care for older people. World Health Organization. Europe. Regional Office for Europe. 2004.
3. Gozdek N., Sygit M. Health Promotion: theoretical and practical aspects. Lublin 2005.
4. Kacperczyk A. Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2006.
5. Kirschner H. Zarys medycyny środowiskowej. Warszawska Akademia Medyczna. Warszawa 1999.
6. Krajnik M., Rogiewicz M. Opieka Paliatywna. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Bydgoszcz 1998.
7. Krasuska M., Stanisławek A., Turowski K., Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej. Akademia Medyczna im. Feliksa Skubiszewskiego. Wydawnictwo NeuroCentrum. Lublin 2005.
8. Richardson E. Opieka Paliatywna dla pielęgniarek. Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum. Kraków 1997.
9. Stroud M. Twarzą twarz z rakiem. Porady praktyczne dla chorych i ich rodzin. Księgarnia św. Jacka. Katowice 2000.
10. de Walden-Gałużsko K. Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005.
11. de Walden Gałużsko K., Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005.

**Maria Karolina Trams<sup>1</sup>, Remigiusz Filarski<sup>1</sup>,  
Radosław Majewski<sup>1</sup>, Ewa Pentkowska<sup>1</sup>**

## **Ocena jakości porad dietetycznych przez pacjentów poradni dla cukrzyków**

### **Wstęp**

Cukrzyca należy do jednej z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych ostatniego stulecia. Występuje ona na całym świecie i jest poważnym problemem zdrowotnym. Obecnie schorzenie to dotyka około 150 milionów ludzi i stale obserwuje się tendencje wzrostową: najczęściej dotyczy krajów rozwijających się, gdzie styl życia upodabnia się do krajów wysoko rozwiniętych. Przewiduje się, że na całym świecie w 2010 roku liczba chorych będzie wynosiła od 250 do 300 milionów [1, 2].

Kompleksowe leczenie cukrzycy polega na fachowej edukacji pacjenta. Ma to kluczowe znaczenie w profilaktyce i leczeniu. Chodzi tu zarówno o możliwość wczesnego wykrycia choroby, prawidłową organizację procesu leczenia, jak i zapewnieniu odpowiedniego komfortu życia choremu. Opieka diabetologiczna zapobiega przewlekłym powikłaniom cukrzycy, inwalidztwu, a nawet przedwczesnej śmierci [3].

Aby edukacja diabetologiczna była skuteczna musi być poprowadzona przez odpowiednio wykwalifikowany personel. W skład zespołu edukacyjnego powinni wchodzić: lekarz, pielęgniarka diabetologiczna, dietetyk, pedagog, psycholog oraz inni specjaliści. Osoby te muszą posiadać odpowiednią wiedzę nie tylko w zakresie diabetologii, ale również pedagogiki, metodologii nauczania, psychologii. Dobre przygotowanie zespołu terapeutycznego zapewni pełną profilaktykę oraz kompleksową opiekę nad pacjentem [1, 4, 5].

Zespół powinien korzystać ze swojego doświadczenia w celu opracowania odpowiedniego programu terapeutycznego. Aby osiągnąć prawidłowe wyrównanie cukrzycy, konieczna jest modyfikacja dotychczasowego stylu życia i wprowadzenie nowych zachowań. Na skuteczność leczenia ma wpływ nie tylko postawa pacjenta, ale również forma oraz sposób przekazania wiedzy przez osobę szko-

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

łącą. Po pewnym czasie obserwuje się załamanie motywacji u chorych i wtedy ważne jest, aby pacjent mógł korzystać z pomocy zespołu diabetologicznego, który w takiej sytuacji powinien służyć wsparciem w rozwiązywaniu pojawiających się trudności [6, 7].

## **Cel pracy**

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości porad dietetycznych w poradni dla cukrzyków w województwie podlaskim.

## **Materiał i metody**

Grupa badana składała się ze 100 osób (50 kobiet i 50 mężczyzn) leczonych w różnych poradniach diabetologicznych w województwie podlaskim. 53 osoby leczono tabletkami, a 47 – insuliną. Średni wiek badanych wynosił 44 (17–74). Posłużono się anonimową ankietą zawierającą 18 pytań (16 o charakterze zamkniętym i dwa otwarte).

## **Wyniki (Tabela 1)**

Średnia ilość porad dietetycznych, które uzyskał pacjent w poradni diabetologicznej wynosiła 5,74 (1–12).

Z odpowiedzi ankietowanych wynika, że 75% uczestniczyła w szkoleniu indywidualnym, a 25% grupowym.

71% osób skorzystało z porady dietetycznej na zlecenie lekarza, 29% zgłosiło się z własnej woli.

Na pytanie otwarte, które brzmiało: Czego Pan/Pani oczekuje od porady dietetycznej? 100% odpowiadających oczekuje dalszej motywacji i fachowej pomocy od osoby szkolącej, która przyczyni się do polepszenia ich zdrowia.

## **Omówienie**

Podstawą stosowania diety jest zdobycie wiedzy i umiejętności w tym zakresie. Niezbędna jest przy tym pomoc osoby zawodowo przygotowanej do wprowadzenia do diety dla cukrzyków fizjologicznych zasad żywienia i planu żywieniowego do codziennego stosowania [7].

Z wyników ankiet wynika, że 66% badanych ma w swojej poradni diabetologicznej dostęp do dietetyka, ale niestety aż 34% ankietowanych odpowiedziało na to pytanie przecząco.

Zdaniem 94% osób ilość szkoleń dietetycznych w poradni diabetologicznej była wystarczająca. Częstość spotkań jest uzależniona od sposobu przyswajania wiedzy oraz od charakteru choroby. Powinno być to kształtowane indywidualnie i dostosowane do niepowtarzalnych cech pacjenta [8].

**Tabela 1. Wyniki ankiet**

| Pytanie  | Odpowiedź    |           |                        |
|--|--------------|-----------|------------------------|
|  |              |           |                        |
| 1. Czy ma Pan/Pani w swojej poradni diabetologicznej dostęp do dietetyka?                              | 66% (tak)    | 34% (nie) | —                      |
| 2. Czy uważa Pan/Pani że ilość szkoleń dietetycznych w poradni diabetologicznej była wystarczająca?    | 94% (tak)    | 6% (nie)  | —                      |
| 3. Czy porada była zrozumiała?   | 100% (tak)   | 0% (nie)  | —                      |
| 4. Czy satysfakcjonuje Pana/Panią dieta, którą się proponuje?  | 76% (tak)    | 24% (nie) | —                      |
| 5. Czy otrzymał Pan/Pani materiały edukacyjne?   | 98% (tak)    | 2% (nie)  | —                      |
| 6. Czy otrzymał Pan/Pani jadłospis?  | 78% (tak)    | 22% (nie) | —                      |
| 7. Jaki Pan/Pani ma kontakt z osobą szkolącą?  | 90% (dobry)  | 0% (zły)  | 10% (obojętny)         |
| 8. Jak ocenia Pan/Pani poradę dietetyczną?   | 100% (dobry) | 0% (zły)  | 0% (obojętny)          |
| 9. Jak ocenia Pan/Pani stan wiedzy osoby szkolącej?  | 100% (dobry) | 0% (zły)  | 0% (obojętny)          |
| 10. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń dietetycznych?   | 13% (tak)    | 0% (nie)  | 87% (czasami)          |
| 11. Czy polepszył się Pana/Pani stan zdrowia w związku z stosowaniem diety?                            | 95% (tak)    | 5% (nie)  | 0% (trudno powiedzieć) |
| 12. Czy stosowanie diety spowodowało obniżenie poziomu cukrów?   | 86% (tak)    | 14% (nie) | 0% (trudno powiedzieć) |
| 13. Czy stosowanie diety spowodowało obniżenie dawki leków?  | 80% (tak)    | 20% (nie) | 0% (trudno powiedzieć) |
| 14. Czy stosowanie diety zmniejszyło ilość stosowanej insuliny?  | 75% (tak)    | 25% (nie) | 0% (trudno powiedzieć) |
| 15. Czy zmniejszyła się ilość incydentów hipoglikemii (niedocukrzenie) w związku ze stosowaniem diety? | 7% (nie)     | 93% (nie) | 0% (trudno powiedzieć) |

W indywidualnym szkoleniu dietetycznym uczestniczyło 75% respondentów, a grupowym 25%. Samodzielna nauka pozwala na dobór odpowiedniego tempa. Edukator może monitorować i oceniać postępy. Z kolei zajęcia grupowe umożliwiają lepsze wykorzystanie czasu instruktora, a chorzy mogą się wzajemnie od siebie uczyć [9].

Niepokojący jest fakt, że zdecydowana większość pacjentów zgłosiła się do dietetyka po zleceniu lekarza. Leczenie przynoszące oczekiwany efekt jest możliwe tylko dzięki wspólnym staraniom zarówno dietetyka, jak i osoby chorej. Pacjent musi sobie zdawać sprawę, że edukacja to warunek poprawy jakości życia. Powinien żądać ulepszeń i sam zadbać o zapewnienie sobie swobodnego trybu życia [8].

Bardzo duże znaczenie ma wzajemna relacja pomiędzy chorym a członkami zespołu diabetologicznego. Jeżeli jest to związek pozytywny, szanse na skuteczne

leczenie są znacznie większe. Niezbędna jest obustronna akceptacja celów leczenia oraz otwarta wymiana poglądów dotycząca tych celów [9]. Wyniki badań dowodzą, że 100% badanych ma dobry kontakt z osobą szkolącą i dobrze ocenia poradę diabetologiczną.

Wpływ na skuteczność leczenia ma nie tylko postawa pacjenta, ale również forma oraz sposób przekazania wiedzy przez osobę szkolącą. Wszyscy ankietowani twierdzą, że porada dietetyczna była zrozumiała, a stan wiedzy dietetyka zadowolający. Nieprawidłowo odebrane zalecenia mogą powodować złe ich stosowanie się do nich, a w konsekwencji nawet do pogłębienia choroby [7].

Pacjent powinien zawsze otrzymać pełne informacje o znaczeniu leczenia dietetycznego oraz o sposobach jego realizacji w domu. Materiały drukowane stanowią pomoce służące nauce indywidualnej, powtarzaniu omawianych materiałów [9]. 98% osób otrzymało materiały edukacyjne, ale niestety tylko 78% jadłospis.

Zastosowanie diety często wiąże się ze zmianą dotychczasowego stylu życia. Im bardziej złożone jest leczenie, tym trudniej jest je realizować. Chory musi stale myśleć o tym, co, ile i kiedy spożyje. Często powoduje to brak akceptacji metody leczenia [10]. Zdaniem 24% ankietowanych nie jest zadowolona z diety, która jest mu proponowana.

Wieloletnia cukrzyca prowadzi do wielu groźnych powikłań, które dotyczą różnych narządów. Ryzyko wystąpienia i postęp zależą głównie od kontroli metabolicznej schorzenia. Osoby o dobrze wyrównanej cukrzycy są w dużo mniejszym stopniu narażone na powikłania, zwłaszcza wynikające z uszkodzeń naczyń siatkówki oka, nerek, serca, kończyn dolnych oraz układu nerwowego [3, 11]. Dlatego niepokojący jest fakt, że tylko 13% osób stosuje się do zaleceń dietetycznych, a aż 87% twierdzi, że tylko czasami.

Dieta cukrzycowa ułatwia działanie leków zmniejszających stężenie glukozy we krwi [7, 12]. Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, iż w ankietach podziela tę opinię 80% osób. Za ledwie 20% jest odmiennego zdania.

Wynik ankiet potwierdzają fakt, że odpowiednie leczenie dietetyczne spowodowało obniżenie dawki leku (80%) oraz zmniejszyło stosowanie insuliny (75%).

Niestety, aż 93% nie zauważyło korelacji pomiędzy stosowaniem diety a zmniejszeniem incydentów hipoglikemii. Należy tutaj zwrócić uwagę, że niedocukrzenie między innymi wywołuje zbyt duża dawka insuliny lub doustnego leku hipoglikemizującego. Skoro stosowanie diety spowodowało obniżenie poziomów cukrów, a leczenie nie jest skorygowane, to może mieć to wpływ na ilość incydentów hipoglikemii [8].

Wszyscy pacjenci oczekują od porady dietetycznej przede wszystkim dalszej fachowej pomocy, która pomoże im powstrzymać dalszy rozwój choroby. Dlatego istotne znaczenie ma fakt zapewnienia choremu możliwości dostępu do profesjonalnej opieki, która zapewni odpowiednią jakość życia i pozwoli na ułatwienie funkcjonowania z tak trudnym schorzeniem, jakim jest cukrzyca.



## Wnioski

1. Należy zwiększyć dostęp do dietetyka w poradniach diabetologicznych.
2. Porada dietetyczna i osoba szkoląca są dobrze oceniane przez pacjentów.
3. Stosowanie diety wpływa korzystnie na stan zdrowia chorych poprzez obniżenie poziomów cukrów.

## Piśmiennictwo

1. Campbell I., Lebovitz H.: *Cukrzyca – fakty*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2003; s. 1–2.
2. Sadowska J., Olszanecka-Glinianowicz M., Zahorska-Markiewicz B., Mizia-Stec K.: *Częstość występowania cukrzycy typu 2 w populacji otyłych pacjentów Poradni Chorób Metabolicznych*. *Medycyna Metaboliczna*, 10 (1); 56–60.
3. Sieradzki J.: *Cukrzyca*, tom 1, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006; s. 176, 183.
4. Day J.: *Jak żyć z cukrzycą? Poradnik Brytyjskiego Towarzystwa Diabetologicznego dla chorych na cukrzycę typu 2*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999; s. 90–94.
5. Czech A.: *Edukacja terapeutyczna – nowe cele, definicje i oczekiwania w ulepszeniu prewencji i leczenia przewlekłe chorych*, *Medycyna Metaboliczna*, 2005, 9/2, 14–22.
6. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: *Eksperymentalne badania wpływu programów edukacji terapeutycznej na osiągnięcie celów leczenia cukrzycy*, *Medycyna Metaboliczna*, 2006, 10, 33.
7. Tatoń J.: *Poradnik dla osób z cukrzycą typu 2 niewymagających leczenia inuliną*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; s. 62–64, 107–108, 116–117.
8. Czech A., Tatoń J.: *Poradnik jak zwyciężyć cukrzycę*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; s. 384–385.
9. American Diabetes Association: *Leczenie cukrzycy typu 2*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2002; s. 91.
10. Hanas R.: *Cukrzyca typu 1. u dzieci, młodzieży i dorosłych. Jak stać się znawcą swojej cukrzycy*, Wydawnictwo Dia-Pol Spółka z o.o., Bydgoszcz 2003; s. 111.
11. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2006*. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Medycyna Praktyczna* 2006, 3; 111–71.
12. Yamaoko K., Tango T.: *Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes*, *Diabetes Care* 2005, 28 (11); 2780–6.





ISBN 978-63-89934-24-6

