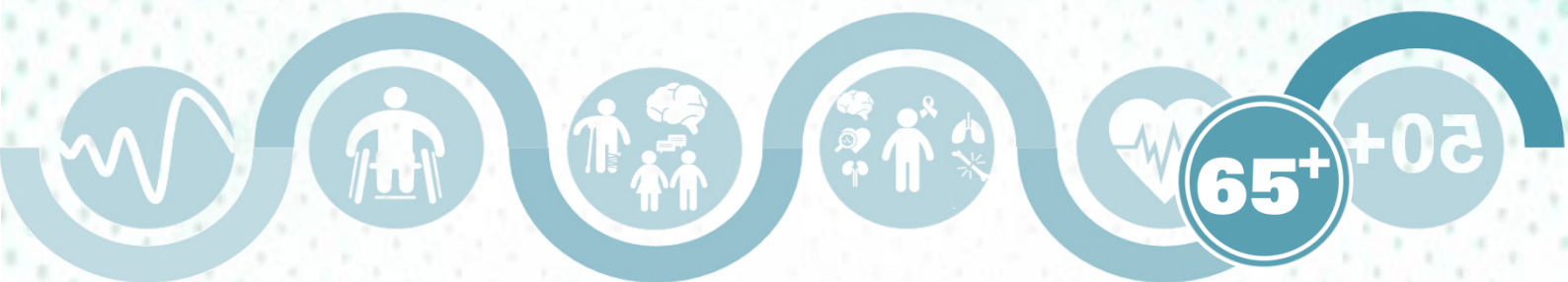


WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 10

praca zbiorowa pod red.
Krystyny Klimaszewskiej,
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Białystok, 2024



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom X

**Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak**

Białystok 2024

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach,
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

ISBN komplet

978-83-951075-6-6

ISBN X tom

978-83-68268-20-1

Wydanie I

Białystok 2024

Wszelkie prawa zastrzeżone

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowe wektory z <https://pl.freepik.com/>

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz

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

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

**WSPÓŁCZESNE WYZWANIA
W OCHRONIE ZDROWIA**

Tom X

*Ze wszystkich nauk medycyna jest
najszlachetniejsza
Hipokrates*



Od Autorów

Szanowni Państwo

Oddajemy do Państwa ręk X Tom monografii „WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA”, poruszając w nim ważne tematy związane z problematyką wyzwań przed jakimi stoi współczesna medycyna.

Rok 2023 upłynął pod hasłem jakości w polskim systemie ochrony zdrowia, m.in. uchwalona została Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zainicjowano debatę publiczną o akredytacji i bezpieczeństwie w polskich placówkach medycznych. Jednak Światowa Organizacja Zdrowia wciąż alarmuje, że co roku z powodu błędów dochodzi do ponad 3 milionów zgonów. Zdarzenia niepożądane stanowią obecnie jedną z dziesięciu głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności na świecie.

Artykuł 4 ustawy stawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta mówi, że jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie trzech obszarów: klinicznego, konsumenckiego oraz zarządczego. Aspekt kliniczny uwzględnia m.in. doświadczenia w wykonywaniu określonych procedur medycznych, powtórne hospitalizacje z tej samej przyczyny, czy efekty lecznicze. Aspekt konsumencki uwzględnia wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a aspekt zarządczy wskaźniki odnoszące się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania. Pamiętać należy, że wskaźniki jakości w opiece zdrowotnej to ważny element dla oceny jakości świadczonych usług, umożliwiający monitorowanie efektów leczenia, stopnia zadowolenia pacjentów oraz skuteczności procesów opieki medycznej. Odpowiednie dane zebrane od placówek medycznych, pozwalają nieustannie podnosić poziom opieki i jakości w Polskich szpitalach.

Podczas II edycji certyfikacji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent” niemal połowa placówek wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu, a tylko 27% szpitali w Polsce korzysta z rejestru zdarzeń niepożądanych formy elektronicznej.

W ramach Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali powstała Grupa Robocza ds. zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach. Eksperti opracują rekomendacje w zakresie stosowania dobrych praktyk wypracowanych przez Radę ds. Interoperacyjności, a także będą promować dobre praktyki w zakresie zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach. Celem poprawy bezpieczeństwa i jakości

w Polskich szpitalach może się przyczynić nie tylko Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, czy wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, ale także właściwe podawanie leków. Chcąc przeciwdziałać błędom w podawaniu i stosowaniu leków, konieczne jest opracowanie i wdrożenie odpowiednich standardów i rekomendacji. Błędy w stosowaniu leków w Unii Europejskiej odpowiadają za 163 tys. zgonów rocznie i stanowią 50% wszystkich możliwych do uniknięcia szkód w opiece medycznej na całym świecie. Najnowsze dane z II edycji raportu „Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent” wskazują, że tylko 27% szpitali w Polsce korzysta z rejestru zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej. W porównaniu do I edycji raportu to wzrost zaledwie o 3%. Statystyki jasno wskazują, że problem jest ogromny, a życie i zdrowie zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów jest zagrożone. Przy zdarzeniach niepożądanych nie można pominąć zranień i zakłóć, błędów w podawaniu leków, zakażeń i infekcji oraz upadków pacjentów. Odpowiednie raportowanie, analiza i wyciąganie wniosków jest niezbędne dla poprawnego i bezpiecznego funkcjonowania placówek medycznych.

Zaleca się, aby Polska wzięła przykład z sąsiednich krajów, (Dania, Niemcy czy Austria), gdzie rejestry zdarzeń elektronicznych to standard. W przypadku zgłaszania zdarzeń niepożądanych bardzo ważny jest czas, w którym zbierane są dane i następnie ich szybka analiza. Elektroniczna forma rejestru usprawnia zgłaszanie i odpowiednie raportowanie wszelkich zdarzeń i umożliwia ich łatwe przechowywanie oraz dostępność.

Aby zapobiegać zdarzeniom niepożądanym konieczne są również odpowiednie standardy i procedury szpitalne, stosowanie bezpiecznego sprzętu oraz regularne szkolenia personelu medycznego.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Prof. Dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska - Kulak

Wykaz autorów

Adamska Marta

lic. pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Bogdan Mariusz

lic. pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Brodowicz-Król Magdalena

dr n. o zdr.

Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

Chmiel Halina

mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Ciolko Karolina

mgr pielęgniarstwa

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Czaban Sławomir Lech

dr. n. med.

*Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

Czternastek Kornelia

mgr

Centrum Medyczne w Łańcucie

Dombrowska-Pali Agnieszka

dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Farbiś Aleksandra

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Gebuza Grażyna
dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gierszewska Małgorzata
dr n. med.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Girzyńska Aleksandra
lic. położnictwa

Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jakubczak Anna
mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Jankowiak Barbara
dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jarocka Iwona Teresa
dr n. med.

*Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

Kaźmierczak Marzena
dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Klimaszewska Krystyna
dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kobus Grażyna
dr hab. n. o zdr.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Korzyńska- Piętas Magdalena

dr n. med.

Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Położniczy w Lublinie

Kozestańska – Oczkowska Monika

dr n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Koziół Katarzyna

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta

prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kraszewska Weronika

lic. pielęgniarstwa

Klinika Kardiochirurgii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Kruk Grażyna

mgr

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

Kulbaka Ewa

dr n.med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kulikowska Agata

dr n. med.

*Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

Kwika Maria Dorota

dr n. med.

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Łagoda Katarzyna

dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mateńska Milena

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Mieczkowska Estera

dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej

Miler Katarzyna

mgr położnictwa

Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej, Sala Porodowa

Narecka Agnieszka

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Olszewska Ewa

mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Pietrykowska Alicja

mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Plata Weronika

lic. położnictwa

Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pokrowska Magdalena

mgr pielęgniarstwa

Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku. Absolwentka Studiów II stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Snarska Katarzyna

dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Strzelecka Beata

mgr pielęgniarstwa

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Szałach Agnieszka

mgr

Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

Szymczuk Patrycja

mgr

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku

Świtniewska Aleksandra

mgr położnictwa

Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu;

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy,

Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Tonderska Sylwia

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wardak Natalia

lic. pielęgniarstwa

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wiśniewolska Gabriela

mgr pielęgniarstwa

Białostockie Centrum Onkologii. Absolwentka Studiów II stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wiśniewska Katarzyna

mgr pielęgniarstwa

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wojewódzka- Żeleznikowicz Marzena

dr hab. n. med.

*Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku*

Zams Beata

mgr

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

Żygawska Anna

mgr

*Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia
Zamojska*

Spis treści

| | |
|--|------------|
| Opieka geriatryczna i rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w starszym wieku | 19 |
| <i>Katarzyna Wiśniewska, Beata Strzelecka, Sylwia Tonderska</i> | |
| Wiedza pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego a ich zachowania zdrowotne | 33 |
| <i>Maria Dorota Kwika, Halina Chmiel</i> | |
| Wpływ technologii informatycznych na występowanie wad wzroku u uczniów | 46 |
| <i>Maria Dorota Kwika, Magdalena Brodowicz- Król, Alicja Pietrykowska</i> | |
| Ocena poziomu wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych | 64 |
| <i>Maria Dorota Kwika, Anna Jakubczak</i> | |
| Ocena jakości życia chorych na boreliozę | 76 |
| <i>Beata Zams, Magdalena Brodowicz-Król, Anna Żygawska, Agnieszka Szalach</i> | |
| Opieka nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym - studium przypadku | 87 |
| <i>Agnieszka Dombrowska-Pali, Aleksandra Girzyńska, Marzena Kaźmierczak</i> | |
| Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat roli diety w chorobie uchyłkowej jelita grubego | 100 |
| <i>Maria Dorota Kwika, Ewa Olszewska</i> | |
| Opieka nad pacjentem w okresie okolooperacyjnym po zabiegu plastyki przepukliny pachwinowej | 121 |
| <i>Weronika Kraszewska, Agata Kulikowska, Iwona Teresa Jarocka, Sławomir Lech Czaban</i> | |
| Porada pielęgniarska w opiece nad pacjentem z osteoporozą | 132 |
| <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Mariusz Bogdan, Natalia Wardak</i> | |
| Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat depresji | 152 |
| <i>Magdalena Brodowicz-Król, Kornelia Czternastek, Magdalena Korzyńska- Piętas, Katarzyna Wiśniewska, Grażyna Kruk</i> | |
| Studium przypadku pacjenta po przebytym zawale serca i po implantacji kardiowertera- defibrylatora | 161 |
| <i>Monika Kozestańska – Oczkowska, Katarzyna Wiśniewska, Milena Mateńka</i> | |
| Ocena przygotowania personelu pielęgniarskiego do procedury wewnątrzszpitalnej resuscytacji krążeniowo – oddechowej | 175 |
| <i>Karolina Ciołko, Iwona Teresa Jarocka, Agata Kulikowska, Sławomir Lech Czaban</i> | |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta z osteoporozą | 190 |
| <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Mariusz Bogdan, Natalia Wardak, Marta Adamska</i> | |

| | |
|---|------------|
| Ocena ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i poziomu stresu wśród personelu medycznego dyżurującego w okresie pandemii Sars-Cov-2 w „Oddziałach Covidowych” | 201 |
| <i>Marzena Kaźmierczak, Aleksandra Świtniewska, Estera Mieczkowska</i> | |
| Opieka nad matką i dzieckiem ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym - studium przypadku | 214 |
| <i>Agnieszka Dombrowska-Pali, Weronika Plata, Grazyna Gebuza</i> | |
| Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z zespołem Marfana | 224 |
| <i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Agnieszka Narecka</i> | |
| Rola oksytocyny w przebiegu porodu naturalnego oraz jej wpływ na zdrowie kobiet oraz noworodków | 238 |
| <i>Katarzyna Miler, Marzena Kaźmierczak</i> | |
| Opieka nad pacjentką w ciąży bliźniaczej z prom po obumarciu jednego płodu z powodu TTTS | 248 |
| <i>Beata Strzelecka , Katarzyna Wiśniewska, Aleksandra Farbiś</i> | |
| Ocena akceptacji choroby i zachowań zdrowotnych pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit | 259 |
| <i>Patrycja Szymczuk, Katarzyna Łagoda, Grazyna Kobus</i> | |
| Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zawale spowodowanym restenozą | 273 |
| <i>Katarzyna Krystyna Snarska, Marzena Wojewódzka- Żeleznikowicz</i> | |
| Opieka i pielęgnacja pacjenta z zakrzepicą żył | 289 |
| <i>Mikołaj Tylenda, Krystyna Klimaszewska</i> | |
| Podstawowe aspekty choroby zakrzepowo-zatorowej | 312 |
| <i>Katarzyna Koziół, Barbara Jankowiak</i> | |
| Ocena wiedzy studentów na temat metod antykoncepcji | 319 |
| <i>Magdalena Pokrowska, Barbara Jankowiak</i> | |
| Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy | 334 |
| <i>Gabriela Wiśniewolska, Barbara Jankowiak</i> | |

OPIEKA GERIATRYCZNA I ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W STARSZYM WIEKU

Katarzyna Wiśniewska¹, Beata Strzelecka¹, Sylwia Tonderska²

1- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2- Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

W ciągu ostatnich 3 dekad w Polsce obserwujemy spowolnienie rozwoju demograficznego z jednoczesnymi zmianami w strukturze wieku mieszkańców, wskazując tym samym, że należymy do społeczeństwa starzejącego się. Proces starzenia populacji polski jest zależny przede wszystkim od wydłużenia średniego czasu trwania życia oraz niskiego poziomu dzietności [1]. Należy tym samym zauważyć iż w 2021 roku liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln i w stosunku do roku 2020 zwiększyła się o 0,2%. Dane wykazują, że odsetek osób starszych w populacji Polski osiągnął poziom 25,7%. Według prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w roku 2030 ma wzrosnąć do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. ma osiągnąć poziom 13,7 mln [2].

W związku z powyższym wskazuje się, że dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej wzmaga popyt na świadczenia zdrowotne, wskazując jednocześnie na wysokie zapotrzebowanie w zakresie zarówno kompetencji jak również ilości personelu medycznego w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, głównie w aspekcie opieki geriatrycznej [1].

W systemie opieki społecznej od lat wdrażana jest dziedzina medycyny stawiająca w centrum schorzenia wieku podeszłego. Geriatria swoim działaniem scala różne dziedziny medycyny w których pozwala holistycznie rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego w zakresie funkcjonowania bio-psycho-społecznego jednostki [3]. Opieka pielęgniarska oraz rola personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentami w wieku podeszłym jest wyzwaniem gdyż wymaga od pielęgniarek wysokich kompetencji i wiedzy w zakresie znajomości biologicznego procesu starzenia się, wieloaspektowych objawów choroby podstawowej i chorób współuczestniczących jak również wiedzy z zakresu psychologii czy też pedagogiki [4].

Wskazuje się iż głównym celem opieki geriatrycznej jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności w każdym wymiarze życia. Niezmiernie ważnym

zadaniem jest wczesne wykrywanie czynników wpływających na obniżenie, czy ograniczenie samodzielności, za pomocą programów profilaktycznych, promocji zdrowia, leczenia przyczynowego schorzeń oraz działań rehabilitacyjnych. Podkreślenia wymaga fakt, iż całościowa opieka nad pacjentem geriatrycznym w sposób istotny warunkuje wysoką jakość życia [5].

Zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w podeszłym wieku w tym aspektów opieki i pielęgnacji jest uzależniony od stanu bio-psycho-społecznego pacjenta z włączeniem odrębności procesu starzenia się. Wskazuje się tym samym że holistyczna opieka nad tymi pacjentami wymaga wysokich kompetencji i wiedzy wraz z odpowiednimi predyspozycjami osobowościowymi personelu pielęgniarskiego do których zaliczamy takie cechy osobowości jak cierpliwość, empatię czy też wysoki stopień wrażliwości [6].

Przystępując do planowania opieki nad pacjentem geriatrycznym należy przede wszystkim rozpoznać problemy pielęgnacyjne i zdrowotnej pacjenta, zaplanować sposób ich zaspokojenia z uwzględnieniem czasu i zasobów jak również ocenić podjęty wynik działań. Wskazuje się, że najważniejszym elementem sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentem z deficytem samoopieki i samopielęgnacji jest stworzenie takich warunków aby pacjent aktywnie współuczestniczył w procesie, był traktowany w sposób podmiotowy i indywidualny, miał zapewniony wysoki poziom bezpieczeństwa i był objęty opieką adekwatną do jego potrzeb i stanu zdrowia [6].

W zakresie opieki pielęgniarskiej do najważniejszych podstawowych czynności pielęgnacyjno – higienicznych należy zapewnienie pacjentowi higieny, prawidłowego odżywiania oraz mobilności [6].

W opiece nad pacjentem w geriatrycznym wskazuje się ponadto iż dynamika procesu starzenia jest indywidualna dla każdego organizmu, ponadto proces ten przebiega stopniowo powodując zmiany w obrębie funkcjonowania poszczególnych układów i zmysłów. Ponadto sytuację pacjentów w wieku podeszłym często determinuje polipatologia oraz wielolekowość. Pośród zmian wywołanych postępującą degeneracją funkcji organizmu, najczęściej wymienia się: zmniejszenie masy i siły mięśni, spadek ogólnej masy ciała, pogorszenie koordynacji psychoruchowej, upośledzenie funkcjonowania zmysłów: słuchu, wzroku i smaku, zmniejszenie elastyczności skóry [7]. Istotnym elementem cykli objawowych są Wielkie Zespoły Geriatryczne czyli typowe dla starości, przewlekłe zaburzenia, które w znacznym stopniu utrudniają samodzielne funkcjonowanie seniora. Należą do nich między innymi: upadki, zaburzenia chodu, nietrzymanie moczu i stolca, ośpienie, depresja oraz zaburzenia wzroku i słuchu [8].

Istotnym aspektem w relacji pacjent – pielęgniarka jest kwestia zapewnienia odpowiedniego poziomu komunikacji z pacjentem wobec osób starszych, tym bardziej w przypadku zaburzeń wzroku, słuchu czy też funkcji poznawczych. Brak właściwych relacji, problemy komunikacyjne są często przyczyną społecznej izolacji osób starszych.

Analizując problematykę i złożoność procesu starzenia się wraz z ujęciem jego odrębności wskazuje się, że do najważniejszej roli personelu pielęgniarskiego zalicza się aspekt wzmacniania samoopieki i samopielęgnacji pacjenta w wieku starszym w tym zachowanie sprawności poznawczej, funkcjonalnej oraz społecznej w sposób aby pacjenci mogli zachować jak najdłużej własną samowystarczalność i niezależność z jednoczesnym zachowaniem względnej jakości życia.

W procesie całościowej opieki geriatrycznej personel pielęgniarski wykorzystuje szereg standaryzowanych testów i skal w celu określenia samodzielności pacjenta w aspektach związanych z samoopieką i samopielęgnacją. Zastosowanie ich ma w konsekwencji ukazać indywidualny obraz pacjenta pod którego modyfikuje się proces pielęgnowania, opieki oraz usprawniania. COG ma z jednej strony wskazywać problemy i deficyty pacjenta, z drugiej zaś zwrócić uwagę na jego mocne strony, które mogą stać się punktem wyjścia do poprawy jego funkcjonowania [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest zaplanowanie opieki pielęgniarskiej i ukazanie roli personelu pielęgniarskiego nad pacjentem geriatrycznym poprzez opracowanie diagnoz oraz interwencji pielęgniarskich.

MATERIAŁ I METODY

Badanie własne zostało przeprowadzone na podstawie metody indywidualnego przypadku. W niniejszej pracy wykorzystano następujące techniki: wywiad pielęgniarski, obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary. W zakresie wykorzystanych narzędzi zastosowano: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolska Skala Uformowania Stolca (ang. Bristol Stool Form Scale) [10], Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI (ang. Body Mass Index) [11], Kwestionariusz do oceny stanu odżywienia MNA (ang. Mini Nutritional Assessment) [12, 13], Skala Barthel do oceny sprawności samoobsługowej [14], Skala nasilenia duszności mMRC (ang. modified Medical Research Council) [15], Skala numeryczna oceny bólu VAS (Visual Analogue Scale) [16], Skala Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn [17], Skala do oceny podstawowych

czynności życia codziennego ADL (ang. Activities of Daily Living, Skala Katza, ADL) [13], Skala Torrence'a [16], Skrócony test sprawności umysłowej – AMTS (ang. Abbreviated Mental Test Score) [16].

Przedmiotowe badanie przeprowadzono w lutym 2024 roku podczas hospitalizacji pacjentki na oddziale Wewnętrznym z profilem geriatrycznym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim.

Przed przystąpieniem do badania uzyskano świadomą zgodę pacjentki, poinformowano o celu i aminowości badania. Uzyskano również zgodę od syna pacjentki na przeprowadzenie badań naukowych i wykorzystanie informacji o jej przypadku z uwzględnieniem ochrony danych osobowych. Pacjentka E.M, lat 83, przebywa w szpitalnym oddziale piątą dobę.

WYNIKI

Studium przypadku objęto 83 letnią kobietę z wielochorobowością, przyjętą na oddział chorób wewnętrznych z powodu nagłego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia z objawami odwodnienia, zaburzeniami wodno – elektrolitowymi, apatią, oznakami niedożywienia, gorączką. Badana obciążona przewlekłą niewydolnością serca II/III NYHA, z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) oraz zwyrodnieniem stawów.

W dniu przyjęcia na oddział przytomna, kontakt wzrokowo – słowny zachowany. W trakcie hospitalizacji zdiagnozowano zakażenie układu moczowego, badaną poddano leczeniu przeciwbakteryjnemu i nawodnieniu z uzupełnieniem sodu i potasu w konsekwencji znormalizowano wyniki badań moczu i krwi. W badaniu neuropsychologicznym stwierdzono nieprawidłowości w zakresie systemu uwagi, funkcji pamięciowych, wyższej organizacji ruchu oraz funkcji wykonawczych. Do oceny stanu umysłowego zastosowano skale MMSE – Mini-Mental State Examination w wyniku której stwierdzono cechy zaburzeń funkcji poznawczych w stopniu umiarkowanie ciężkim (wynik MMSE = 12 pkt). Wysunięto podejrzenie nakładania się zaburzeń świadomości i otępienia. Wykonano badanie głowy metodą tomografii komputerowej, które uwidocznilo znaczne zaniki korowo-podkorowe i dość liczne zmiany naczyniopochodne.

W oparciu o zastosowane skale i testy wchodzące w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej opracowano proces pielęgnowania pacjentki z uwzględnieniem celu opieki, planowanych działań i interwencji pielęgniarskich oraz ocenie wyniku opieki.

Diagnoza pielęgniarska 1: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji spowodowane obniżoną siłą mięśniową i unieruchomieniem w łóżku.

Cel opieki: Wdrożenie chorej do samoobsługi i samopielęgnacji.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu wydolności pacjentki w aspekcie czynności dnia codziennego w zakresie samoopieki i samopielęgnacji z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi.
- Odpowiednia motywacja i wdrażanie pacjentki do wykonywania czynności samopielęgnacyjnych samodzielnie w zakresie swoich możliwości i stanu ogólnego.
- Udzielanie niezbędnej pomocy we wszystkich aspektach i czynnościach tego wymagających (sprawiających trudność).
- Stworzenie odpowiedniej relacji pielęgniarka- pacjent opartej na zaufaniu i akceptacji.
- Umożliwienie kontaktu z rehabilitantem w celu usprawniania pacjentki.
- Przygotowania pacjentki i jej opiekunów do sprawowania odpowiedniej opieki w warunkach domowych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka w dalszym ciągu wymaga pomocy przy niektórych czynnościach dnia codziennego.

Diagnoza pielęgniarska 2: Objawy wyniszczenia organizmu spowodowane niedożywieniem (Wynik skali MNA 17 punktów).

Cel opieki: Poprawienie stanu odżywienia pacjenta przez wyrównanie niedoborów pokarmowych

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu ogólnego pacjentki wraz z oceną stopnia niedożywienia z zastosowaniem skali MNA wersji pełnej oraz BMI.
- Wdrożenie żywienia poprzez zgłąbnik żołądkowy oraz podaż odpowiedniej diety zgodnie z procedurą (zgodnie ze zleceniem lekarskim).
- Edukacja pacjentki i opiekunów z zakresu powikłań niedożywienia i właściwego stylu odżywiania pacjentki w warunkach domowych.
- Codzienna kontrola stanu odżywienia pacjentki.

Ocena efektów podjętych działań: Uzyskano poprawę stanu odżywienia pacjenta. W dalszym ciągu u pacjentki występuje niedowaga.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ból na prawym pośladku w wyniku wystąpienia odleżyny III stopnia według skali Torrence’a.

Cel opieki: Minimalizacja objawów bólowych i poprawa komfort pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena lokalizacji i natężenia bólu za pomocą skali VAS.
- Obserwacja pacjentki i ocena podstawowych parametrów życiowych.
- Ułożenie pacjentki w pozycji redukującej odczuwanie przez nią dolegliwości bólowych.
- Podaż środków farmakologicznych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Ponowna ocena natężenia bólu.

Ocena efektów podjętych działań: U pacjentki zmniejszyło się nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych po wdrożeniu farmakoterapii przeciwbólowej.

Diagnoza pielęgniarska 4: Podwyższone ryzyko wystąpienia zakażenia z powodu wystąpienia odleżyny III stopnia.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka i zapobieganie zakażeniu powstałej odleżyny.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena odleżyny za pomocą dostępnych skal do kwalifikacji stopnia odleżyn.
- Odpowiednia pielęgnacja odleżyny z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Wdrożenie leczenia z zastosowaniem nowoczesnych opatrunków medycznych wraz z pobraniem wymazu z rany w kierunku bakteriologicznym.
- Monitorowanie gojenia się rany wraz z obserwacją innych miejsc narażonych na wystąpienie odleżyny z powodu unieruchomienia pacjentki.
- Wdrożenie profilaktyki przeciwoodleżynowej zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki zastosowanym działaniom nie zaobserwowano objawów zakażenia odleżyny.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia i dalszego rozwoju odleżyn spowodowane unieruchomieniem.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia i rozwoju odleżyn wraz z edukacją pacjentki i jej opiekunów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą skali Norton.

- Zastosowanie odpowiednich pozycji ułożeniowych wraz ze zmianą pozycji co 2h.
- Zastosowanie sprzętu pomocniczego (materac przeciwoodleżynowy, kliny, ochraniacze).
- Systematyczne monitorowanie skóry pacjentki zwłaszcza w miejscach wysoce narażonych na powstawanie odleżyn (okolica krzyżowa, krętarze, potylicy, pięty, pachwiny, odbył, narządy płciowe, pachy, jama ustna, język)
- Odpowiednia pielęgnacja skóry pacjentki poprzez oszczyszczanie, osuszanie oraz nawilżanie.
- Wdrożenie żywienia wysokobiałkowego zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Dbłość o czystość bielizny pościelowej i osobistej pacjentki.
- Edukacja pacjentki i jej opiekunów z zakresu profilaktyki przeciwoodleżynowej.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku zastosowanych działań nie zaobserwowano powstawania odleżyn ani dalszego rozwoju obecnej rany.

Diagnoza pielęgnarska 6: Unieruchomienie jako czynnik ryzyka rozwoju sarkopenii.

Cel opieki: Niedopuszczenie do dalszego rozwoju sarkopenii.

Interwencje pielęgnarskie:

- Wdrożenie pozycji ułożeniowych pacjentki
- Dostosowanie aktywności pacjentki do jej możliwości i stanu ogólnego.
- Wdrożenie ćwiczeń przyłóżkowych i umożliwienie kontaktu z fizjoterapeutą.
- Pomoc pacjentce przy wykonywaniu ćwiczeń, zadbanie o poczucie komfortu i bezpieczeństwa.
- Angażowanie opiekunów pacjentki w usprawnianiu pacjentki.
- Edukacja pacjentki dotycząca zdrowego stylu życia, odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej.

Ocena efektów podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów świadczących o dalszym rozwoju sarkopenii. Stan pacjentki uległ poprawie.

Diagnoza pielęgnarska 7: Wysokie ryzyko odwodnienia pacjentki i zachwiania równowagi wodno – elektrolitowej w wyniku obniżonego pragnienia i małą ilością spożywanych płynów.

Cel opieki: Zapobiegnięcie wystąpieniu odwodnienia.

Interwencje pielęgnarskie:

- Ocena stopnia nawodnienia organizmu wraz z oceną podstawowych parametrów życiowych pacjentki.
- W miarę możliwości doustne pojenie pacjentki.
- Kontrola diurezy i przyjmowanych płynów.
- Uzupełnienie elektrolitów w wlewach dożylnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki zastosowanym działaniom nie doszło do odwodnienia organizmu.

Diagnoza pielęgniarska 8: Wystąpienie duszności spoczynkowej w wyniku unieruchomienia i złego stanu ogólnego pacjentki.

Cel opieki: Nie dopuszczenie do wystąpienia powikłań oddechowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podaż tlenu zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych pacjentki w tym liczby oddechów, saturacji, tętna, ciśnienia tętniczego.
- Wdrożenie gimnastyki oddechowej wraz z toaletą drzewa oskrzelowego i efektywnym kaszlem.
- Zapewnienie pacjentce możliwości dłuższego przebywania w pozycji siedzącej.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali (temperatura, wilgotność).

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku podjętych działań nie doszło do wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego, duszność spoczynkowa została zminimalizowana.

Diagnoza pielęgniarska 9: Wystąpienie zaparć związanych z niedożywieniem i długotrwałym przebywaniem w pozycji leżącej.

Cel opieki: Zapobiegnięcie wystąpienia uciążliwych zaparć.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stolca za pomocą Bristolskiej Skali Uformowania Stolca.
- Wdrożenie odpowiedniej diety stymulującej perystaltykę jelit.
- Kontrolowanie ilości wypijanych płynów na dobę.
- Kontrolowanie regularności wypróżnień pacjentki.
- Zastosowanie zabiegów poprawiających perystaltykę – masaż brzucha, kanki dorektalne.
- Zabezpieczenie chorej przed zanieczyszczeniem.

- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Zaparcia zostały zmniejszone w wyniku zastosowania egzemy doodbytniczej.

Diagnoza pielęgniarska 10: Obrzęki dystalnych części ciała będące wynikiem ograniczenia aktywności i ruchu pacjentki.

Cel opieki: Zminimalizowanie obrzęków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja i pomiar obrzęków pod kątem zmian objętościowych.
- Założenie karty bilansu płynów.
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów mogących świadczyć o odwodnieniu organizmu.
- Pielęgnacja skóry w miejscach obrzęku.
- Edukacja pacjenta w aspekcie konieczności elewacji kończyn dolnych i aktywnego uczestniczenia w rehabilitacji przyłóżkowej.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena efektów podjętych działań: Po zastosowaniu farmakoterapii obrzęki dystalnych części ciała zminimalizowały się.

Diagnoza pielęgniarska 11: Gorączka spowodowana zakażeniem układu moczowego.

Cel opieki: Obniżenie ciepłoty ciała oraz zapobieganie zakażeniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych pacjentki z uwzględnieniem pomiaru temperatury.
- Podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich i obserwacja pacjentki pod kątem możliwości wystąpienia objawów ubocznych stosowanej farmakoterapii.
- W przypadku wystąpienia bardzo wysokiej temperatury wdrożenie dodatkowo pozafarmakologicznych metod obniżania gorączki w postaci chłodnych okładów na duże naczynia.
- Zapewnienie odpowiedniej ilości płynów.
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentki zwłaszcza w wyniku wystąpienia wzmożonej potliwości.

- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali szpitalnej (wilgotność 60-70%, temperatura 20-22°C).

Ocena efektów podjętych działań: Po podaży środków farmakologicznych zgodnie ze zleceniem lekarskim gorączka ustąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko wystąpienia powikłań ze stanu układu oddechowego, układu krążenia, powikłań zatorowo – zakrzepowych z powodu ograniczenia aktywności ruchowej.

Cel opieki: Minimalizowanie wystąpienia ryzyka i zapobieganie powikłaniom.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie z przyjętą procedurą i zleceniem lekarskim.
- Wdrożenie profilaktyki przeciwdoleźynowej z zgodnie z przyjętą procedurą.
- Współdziałanie w rehabilitacji oddechowej i ogólnousprawniającej zgodnie z przyjętą procedurą z zachowaniem zasad bezpieczeństwa pacjenta.
- Pomoc pacjentce w zaspakajaniu potrzeb biologicznych oraz utrzymanie odpowiedniej higieny ciała i otoczenia.
- Edukacja opiekunów z zakresu wdrożenia profilaktyki zapobiegającej ryzyku powstania powikłań w warunkach domowych.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku podjętych działań zniwelowano wystąpienie powikłań.

Diagnoza pielęgniarska 13: Zaburzenia zachowania pacjenta (agresja), występowanie pobudzenia, rozdrażnienia nieprawidłowości w zakresie systemu uwagi, funkcji pamięciowych, wyższej organizacji ruchu oraz funkcji wykonawczych.

Cel opieki: Zapobieganie rozdrażnieniu pacjenta oraz wystąpieniu agresywnych zachowań wraz z umiejętnym postępowaniem podczas zachowania agresywnego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie regularnego rytmu dnia.
- Unikanie gwałtownych oraz nagłych zachowań w stosunku do pacjenta.
- Unikanie ponaglenia pacjenta przy jego czynnościach, pozwolenie na wykonywanie ich w odpowiadającym choremu tempie,
- Nie zmuszanie do zadań z którymi chory nie potrafi sobie poradzić,

- W momencie zachowania agresywnego należy odwrócić uwagę chorego, przez zmianę tematu, mówienie do niego zniżonym, spokojnym głosem,
- Należy utrzymywać kontakt wzrokowy z chorym,
- W razie konieczności zastosowanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Zaobserwowano u pacjenta poprawę w zachowaniu, zmniejszenie częstości występowania zachowań agresywnych. Pacjent chętniej współpracuje z personelem.

Diagnoza pielęgniarska 14: Przygnębienie i obniżony nastój pacjentki spowodowany ograniczoną samodzielnością oraz faktem hospitalizacji.

Cel opieki: Zaakceptowanie przez pacjentkę faktu niepełnosprawności wynikającej z wieku i wielochorobowości i przyjęcie aktywnej postawy do odzyskania sprawności psychofizycznej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat dalszego przebiegu leczenia oraz wyjaśnienia niepewności.
- Ocena stopnia obniżenia nastroju i apatii poprzez zastosowanie skali GKS.
- Umożliwienie kontaktu i rozmowy z psychologiem, księdzem.
- Zbudowanie odpowiedniej relacji pacjent – pielęgniarka.
- Okazanie życzliwości, zrozumienia i wsparcia.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku zastosowanie Geriatrycznej Skali Depresji u pacjentki zaobserwowano depresję o głębokim nasileniu co wskazuje na konieczność dalszej diagnostyki w tym kierunku.

Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy pacjentki i opiekunów z zakresu odpowiedniej opieki i pielęgnacji nad pacjentką z wielochorobowością.

Cel opieki: Rozmowa z pacjentką i opiekunami na temat zasad odpowiedniej opieki i pielęgnacji w warunkach domowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia niewiedzy opiekunów i pacjentki z zakresu opieki i pielęgnacji w warunkach pohospitalizacyjnych.
- Analiza objawów i możliwości zapobiegania pogorszeniu zdrowia pacjentki z uwagi na nieodpowiednią i niedostateczną opiekę i pielęgnację w warunkach domowych.

- Ukazanie możliwości wsparcia instytucjonalnego w zakresie opieki nad pacjentką.
- Ewaluacja podjętej edukacji.

Ocena efektów podjętych działań: Opiekunowie znają zasady i warunki świadczenia opieki nad osobą starszą z wielochorobowością w warunkach domowych.

WNIOSKI

Po analizie zebranych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentki, w oparciu o przedstawione badania sformułowano następujące wnioski:

1. W analizowanym przypadku pacjentki geriatrycznej hospitalizowanej w wyniku zakażenia układu moczowego i złego ogólnego stanu zdrowia wystąpiły objawy specyficzne dla wieku pacjentki jak również chorób współuczestniczących ale także braku odpowiedniej opieki w warunkach domowych. Postępujące zaburzenia poznawcze zdiagnozowane u pacjentki jak również unieruchomienie, przyczyniły się do powstania zakażenia układu moczowego, odleżyn, objawów zaniku mięśniowego jak również niedożywienia i związanych z przedmiotowymi zaburzeniami ryzyka dalszych powikłań wielonarządowych. Odpowiednia opieka i nadzór nad osobami w wieku geriatrycznymi stanowią podstawę do lepszej jakości życia i lepszego stanu w zakresie bio-psycho- społecznym.
2. Pacjentka w wyniku postępującej starości i wielochorobowości, braku odpowiedniej opieki w warunkach domowych jest niewydolna w zakresie samoopieki i samopielegnacji i w okresie hospitalizacji wymaga wsparcia we wszystkich czynnościach dnia codziennego. Istotnym elementem opieki pielęgniarskiej jest zapewnienie odpowiednich warunków do wzmacniania i poszerzania zakresu samodzielności chorego pomimo postępującego procesu chorobowego i wieku pacjenta. Personel pielęgniarski poprzez swoje holistyczne działania dąży do poprawy samodzielności i niezależności pacjentów i w efekcie czego wdrażania profilaktyki i przeciwdziałania powikłaniom.
3. Pacjenta manifestuje znacznie obniżony stan psychiczny związany zarówno z faktem hospitalizacji jak również postępującym procesem zaburzeń poznawczych. Istotnym aspektem opieki pielęgniarskiej jest zapewnienie pacjentowi w wieku starszym odpowiednich warunków hospitalizacji oraz stworzenia odpowiedniej relacji pielęgniarka – pacjent opartej na wzajemnym zaufaniu, empatii i życzliwości z poszanowaniem ograniczeń pacjenta wynikających z wieku.

4. Zarówno pacjentka jak również jej opiekunowie wykazują znaczne deficyty z zakresu samoopieki i samopielęgnacji. Edukacja w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki w zakresie dbałości o odpowiednie odżywienie oraz nawodnienie organizmu, wdrożenia profilaktyki przeciwoleżynowej, dbałości o zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, odpowiedniej pielęgnacji i higieny pacjenta, dbałości o zachowanie bezpieczeństwa podczas przemieszczania, aktywizowanie fizyczne i umysłowe osoby w wieku podeszłym stanowią podstawy edukacji wpływających na świadczenie opieki i pielęgnacji w warunkach domowych.

PIŚMIENNICTWO:

1. Raport NIK: Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25632,vp,28405.pdf> (data pobrania 19.02.2024).
2. Raport GUS: Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf (data pobrania 19.02.2024).
3. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J.: Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontologia Polska* 2008; 16(3): 17-21.
4. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska J., i wsp.: Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 239-243.
5. Pluta A., Basińska-Drozd H., Faleńczyk K., i wsp.: Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym. *Medycyna Rodzinna* 2014; 1/201: 27-30.
6. Stachowska M.: Specyfika czynności pielęgnacyjno - higienicznych wobec osób starszych. [w] *Geriatrya i Pielęgniarstwo Geriatryczne*, Wydanie I, Wieczorowska – Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008: 271-275.
7. Witowski J.: Charakterystyka procesu starzenia [w] *Geriatrya i Pielęgniarstwo Geriatryczne*, Wydanie I, Wieczorowska – Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017:17-26.
8. Kwika M.D.: Wielkie Zespoły Geriatryczne. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2020; 12:9-11.
9. Broczek K.: Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? *Analiza przypadków klinicznych. Medical Tribune* 2016; 6: 12-14.
10. Lewis SJ., Heaton KW.: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1997; 32(9): 920-924.

11. Baranowska B., Krzyżanowska-Świniarska B.: Zaburzenia odżywiania [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Gajewski P., Budaj A., Leśniak W. i wsp. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2013: 1402.
12. Krzymińska-Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K.: Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych. *Geriatrics* 2012; 6:139-143.
13. Bororwiak E., Kostka T.: Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym, [w:]: *Geriatrics i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wieczorkowska- Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008: 83-91.
14. Sapilak B., Pokorna-Kaławak D., Roemer-Ślimak R.: Geriatric tools in family physician practice – Barthel scale. *Lekarz POZ* 2021; 7(6): 448-452.
15. Stenton C.: The MRC breathlessness scale. *Occup Med (Lond)* 2008; 58(3): 226-227.
16. Zarzycka D.: Katalog skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia dla potrzeb opieki pielęgniarskiej, materiały dydaktyczne. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2015.
17. Lewko J., Sierakowska M., i wsp.: Problem odleżyn w praktyce pielęgniarskiej. *Dermatologia Kliniczna* 2004; 6(1):37–40.

WIEDZA PACJENTÓW NA TEMAT NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO A ICH ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Maria Dorota Kwika¹, Halina Chmiel²

1/ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

2/ Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze (NT) to najczęstsze schorzenie układu krążenia, utrzymując tendencję wzrostową rozpowszechniania się w Polsce i większości regionów świata. Badania przeprowadzone w 40 krajach przez Kearney i wsp. dowodzą, że częstość występowania NT wśród osób dorosłych na świecie w 2000 r. wynosiła 26,4% (972 mln osób), a do 2025 r. liczba ta wzrośnie do 29,2% (1650 mln osób)[1]. Światowa Organizacja Zdrowia uznała nadciśnienie tętnicze za jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Choroba ta stanowi jeden z fundamentalnych problemów w płaszczyźnie zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej. Ma charakter cywilizacyjny, jest problemem najczęściej występującym wśród mieszkańców państw wysoko rozwiniętych.

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi i podejmowanych przez nich zachowań zdrowotnych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 108 dorosłych osób z województwa lubelskiego. Wśród ankietowanych było 59 osób mieszkających w mieście oraz 49 na wsi. Dobór grupy badanej był losowy.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Kwestionariusz ankiety składał się z 30 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru. Zawierała 7 pytań ogólnych dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, statusu finansowego oraz statusu zawodowego oraz 23 pytań szczegółowych

umożliwiających ocenę poziomu wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi i podejmowanych przez nich zachowań zdrowotnych.

Do analizy statystycznej użyto oprogramowania Statistica w wersji 13.3., testy zgodności z rozkładem normalnym test Shapiro-Wilka, test U Manna-Whitneya, współczynnik korelacji rangowej Spearmana oraz test Kruskala-Wallisa. Przyjęto typową wartość istotności na poziomie $\alpha=0,05$.

WYNIKI

Przeprowadzone badanie ankietowe objęło 108 pacjentów. Większość respondentów mieszkała w miastach ($n=59$, 54,63%), natomiast 45,37% ($n=49$) zamieszkiwało wsie. Zdecydowaną większość badanych stanowili mężczyźni ($n=62$, 57,41%), natomiast kobiety 42,59% ($n=46$).

Największy odsetek badanych stanowiły osoby w wieku 51-65 lat ($n=53$, 49,07%). Drugą co do wielkości grupą były osoby powyżej 65 roku życia ($n=33$, 30,56%). Osoby w wieku 36-50 lat stanowiły 20,37% ($n=22$).

Najwięcej badanych posiadało wykształcenie średnie ($n=39$, 36,11%), następnie zawodowe ($n=30$, 27,78%), wyższe ($n=23$, 21,30%), a najmniej podstawowe ($n=16$, 14,81%). Wśród badanych, 73,15% ($n=79$) stanowiły osoby w związku małżeńskim. Wdowy i wdowcy reprezentowali 13,89% ($n=15$), a osoby po rozwodzie 12,96% ($n=14$).

Wśród badanych 49,07% ($n=53$) oceniało swój status finansowy jako dobry, zaś 50,93% ($n=55$) uznało go za przeciętny. Nie było respondentów, którzy zadeklarowaliby, że ich status finansowy jest zły.

W badaniu, 34,26% respondentów ($n=37$) identyfikowało się jako pracownicy umysłowi, 26,85% ($n=29$), pracownicy fizyczni, 23,15% ($n=25$), a 15,74% ($n=17$) jako bezrobotni.

Statystyki opisowe indeksu wiedzy wskazują, że jego średnia wartość w badanej grupie wyniosła 27,40 pkt. (przy odchyleniu standardowym 3,42 pkt.). Uczestnik badania ankietowego z największym zasobem wiedzy uzyskał 32 pkt, zaś najniższy wynik wynosił 20,0 pkt (Tabela I).

Tabela I. Indeks poziomu wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi – statystyki opisowe

| Zmienne: | M | Me | Min. | Maks. | SD | S-W |
|--|-------|-------|------|-------|------|----------|
| Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.) | 13,47 | 15,00 | 4,00 | 20,00 | 4,84 | 0,88847* |

M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; S-W – test Shapiro-Wilka; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$

Ponad połowa badanych posiadała wysoki poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi ($n=56$, 51,85%). Pozostała część badanych cechowała się natomiast przeciętnym ($n=21$, 19,44%) bądź niskim ($n=31$, 28,70%) poziomem wiedzy (Tabela II).

Tabela II. Podział badanych ze względu na poziom wiedzy badanych na temat nadciśnienia tętniczego krwi

| Poziom wiedzy badanych nt. nadciśnienia tętniczego krwi: | n | % |
|--|------------|--------------|
| Niski | 31 | 28,70 |
| Przeciętny | 21 | 19,44 |
| Wysoki | 56 | 51,85 |
| Razem | 108 | 100,0 |

Wyższą średnią wartość punktową dotyczącą wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego kobiety uzyskały (13,67 pkt.), mężczyźni (13,32 pkt). Jego wynik nie był statystycznie istotny ($p > 0,05$), (Tabela III).

Tabela III. Poziom wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi a płeć badanych

| Płeć: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|---------|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Kobieta | 46 | 13,67 | 17,00 | 4,00 | 20,00 | 5,55 |

| | | | | | | |
|--|----|------------------------|-------|------|-------|------|
| Mężczyzna | 62 | 13,32 | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 4,28 |
| Istotność statystyczna: | | Z=1242,000, p=0,254250 | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$ | | | | | | |

Największą średnią punktów uzyskali respondenci w wieku 51-65 lat (14,26 pkt.), natomiast najmniejszą osoby powyżej 65 roku życia (11,91 pkt.). Wynik wskazał na istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$), (Tabela IV).

Tabela III. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a wiek badanych

| Wiek: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych i po oparzeniach (0-33 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| 18-35 lat | 0 | - | - | - | - | - |
| 36-50 lat | 22 | 13,91 | 17,00 | 5,00 | 20,00 | 5,49 |
| 51-65 lat | 53 | 14,26 | 16,00 | 4,00 | 19,00 | 4,48 |
| powyżej 65 roku życia | 33 | 11,91 | 12,00 | 5,00 | 19,00 | 4,73 |
| Istotność statystyczna: | | $r_s = -0,195124$, $p = 0,043002^*$ | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; r_s – współczynnik korelacji rang Spearmana; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$ | | | | | | |

Średnie wartości punktowe były bardzo zbliżone: dla mieszkańców miast 13,49 pkt., dla mieszkańców wsi 13,45 pkt. Różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$), (Tabela V).

Tabela V. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a miejsce zamieszkania badanych

| Miejsce zamieszkania: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Miasto | 59 | 13,49 | 15,00 | 4,00 | 19,00 | 4,75 |
| Wieś | 49 | 13,45 | 16,00 | 5,00 | 20,00 | 5,00 |
| Istotność statystyczna: | | Z=-0,080223, p=0,936060 | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Wyniki wskazują, że największą średnią wartość punktową (16,57 pkt.) uzyskali respondenci z wykształceniem wyższym, podczas gdy najniższą średnią osiągnęły osoby z wykształceniem podstawowym (11,50 pkt.), różnice są istotne statystycznie (p<0,05), (Tabela VI).

Tabela VI. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a wykształcenie badanych

| Wykształcenie: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych i po oparzeniach (0-33 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|-------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Podstawowe | 16 | 11,50 | 11,00 | 5,00 | 19,00 | 5,22 |
| Zawodowe | 30 | 12,77 | 14,50 | 4,00 | 19,00 | 5,10 |
| Średnie | 39 | 13,00 | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 4,77 |
| Wyższe | 23 | 16,57 | 18,00 | 11,00 | 20,00 | 2,84 |
| Istotność statystyczna: | | $r_s=0,308728$, p=0,001151* | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; r_s – współczynnik korelacji rang Spearmana; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Respondenci, którzy samodzielnie poszerzali swoją wiedzę z zakresu nadciśnienia tętniczego krwi cechowali się wyższym poziomem wiedzy (14,36 pkt.) w porównaniu do tych, którzy tego nie robili (10,38 pkt.). Wykazano istotną statystycznie ($p < 0,05$) różnicę między grupami. Natomiast analiza wpływu głównego źródła wiedzy nie wykazała istotnych różnic ($p > 0,05$), (Tabela VII).

Tabela VII. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a samodzielne poszerzanie wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi, jego leczenia i profilaktyki przez badanych

| Samodzielne poszerzanie wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi, jego leczenia i profilaktyki: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Tak | 84 | 14,36 | 17,00 | 5,00 | 20,00 | 4,87 |
| Nie | 24 | 10,38 | 11,50 | 4,00 | 14,00 | 3,25 |
| Istotność statystyczna: | | Z=-3,85378, p=0,000116* | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$ | | | | | | |

Najwyższą średnią wartość punktową uzyskali respondenci, którzy czerpali wiedzę od lekarzy (17,17 pkt.) i pielęgniarek (17,10 pkt.). Różnice pomiędzy grupami nie były statystycznie istotne ($p > 0,05$), (Tabela VIII).

Tabela VIII. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a główne źródło tej wiedzy

| Główne źródło wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych i po oparzeniach (0-33 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Internet | 58 | 13,47 | 16,00 | 5,00 | 20,00 | 5,28 |
| znajomi, rodzina | 4 | 12,00 | 12,50 | 5,00 | 18,00 | 6,06 |
| Telewizja | 0 | - | - | - | - | - |

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| źródła naukowe | 0 | - | - | - | - | - |
| Ulotki | 0 | - | - | - | - | - |
| Lekarz | 12 | 17,17 | 17,00 | 15,00 | 19,00 | 1,27 |
| Pielęgniarka | 10 | 17,10 | 17,00 | 15,00 | 19,00 | 1,20 |
| Istotność statystyczna: | H=4,533152, p =0,2094 | | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu Kruskala-Wallisa; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze krwi uzyskały znacznie wyższą średnią wartość punktową (17,55 pkt.) w porównaniu do osób zdrowych (9,08 pkt.) Różnice są statystycznie istotne ($p < 0,05$), (Tabela IX).

Tabela IX. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a chorowanie na tę chorobę przez badanych

| Chorowanie na nadciśnienie tętnicze krwi: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|-------------------------|---|-------|-------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Tak | 56 | 17,55 | 18,00 | 15,00 | 20,00 | 1,25 |
| Nie | 52 | 9,08 | 9,50 | 4,00 | 14,00 | 3,09 |
| Istotność statystyczna: | Z=-8,94940, p=0,000000* | | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Badani cechujący się wyższym zasobem wiedzy (17,55 pkt.) regularnie dokonywały pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Różnica jest statystycznie istotna ($p < 0,05$), (Tabela X).

Tabela X. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a dokonywanie regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi przez badanych

| Dokonywanie regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|-------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Tak | 56 | 17,55 | 18,00 | 15,00 | 20,00 | 1,25 |
| Nie | 52 | 9,08 | 9,50 | 4,00 | 14,00 | 3,09 |
| Istotność statystyczna: | | Z=-8,94940, p=0,000000* | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Osoby przestrzegające zaleceń dietetycznych mają wyższy poziom wiedzy (17,62 pkt.) w porównaniu do osób, które tego nie robią (11,13 pkt.). Różnica pomiędzy grupami jest statystycznie istotna ($p < 0,05$) (Tabela XI).

Tabela IV. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a przestrzeganie zaleceń dietetycznych w ramach profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi przez badanych

| Przestrzeganie zaleceń dietetycznych w ramach profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|-------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Tak | 39 | 17,62 | 18,00 | 15,00 | 20,00 | 1,31 |
| Nie | 69 | 11,13 | 11,00 | 4,00 | 19,00 | 4,53 |
| Istotność statystyczna: | | Z=-6,71918, p=0,000000* | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - p < 0,05 | | | | | | |

Osoby mające wyższy poziom wiedzy (17,66 pkt.) podejmują regularną aktywność fizyczną, różnica jest istotna statystycznie ($p < 0,05$), (Tabela XII) .

Tabela V. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a podejmowanie regularnej aktywności fizycznej przez badanych

| Podejmowanie regularnej aktywności fizycznej: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. nadciśnienia tętniczego krwi (0-20 pkt.): | | | | |
|--|----|---|-------|-------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| Tak | 32 | 17,66 | 18,00 | 15,00 | 20,00 | 1,33 |
| Nie | 76 | 11,71 | 12,00 | 4,00 | 19,00 | 4,70 |
| Istotność statystyczna: | | Z=-5,90731, p=0,000000* | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość rozkładu; SD – odchylenie standardowe; Z – test U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$ | | | | | | |

Respondenci, którzy ograniczają zarówno palenie, jak i spożycie alkoholu, uzyskali średnią wartość punktową wynoszącą 13,51 pkt., natomiast ci, którzy ograniczają tylko spożycie alkoholu, uzyskali średnio 13,41 pkt. Wynik testu nie był statystycznie istotny ($p > 0,05$), (Tabela XIII).

Tabela XIII. Poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi a unikanie palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu przez badanych

| Unikanie palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu: | n | Indeks poziomu wiedzy nt. pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych i po oparzeniach (0-33 pkt.): | | | | |
|---|----|---|-------|------|-------|------|
| | | M | Me | Min. | Max. | SD |
| tak, ale tylko ograniczam palenie | 0 | - | - | - | - | - |
| tak, ale tylko ograniczam alkohol | 39 | 13,41 | 13,00 | 5,00 | 20,00 | 4,89 |
| tak, ograniczam palenie i alkohol | 69 | 13,51 | 16,00 | 4,00 | 19,00 | 4,83 |
| Nie | 0 | - | - | - | - | - |
| Istotność statystyczna: | | H=0,011932, p =0,9130 | | | | |
| M – średnia; Me – mediana; Min. – najniższa wartość rozkładu; Maks. – najwyższa wartość | | | | | | |

rozkładu; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu Kruskala-Wallisa; p – istotność statystyczna; * - $p < 0,05$

Poziom wiedzy badanych wpływał na przeprowadzanie przez nich pomiarów ciśnienia tętniczego krwi w sposób regularny, przestrzeganie zaleceń dietetycznych w ramach profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi oraz podejmowanie regularnej aktywności fizycznej.

Większość pacjentów (51,85%) cechuje się wysokim poziomem wiedzy, co z kolei przekłada się na podejmowane przez nich zachowania zdrowotne.

DYSKUSJA

W pracy podjęto zagadnienie oceny poziomu wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi, a ich zachowań zdrowotnych. Wykazano, że dominującą grupą były osoby, które posiadały wysoki poziom wiedzy w badanym zakresie (51,85%). Był on zależny od takich czynników, jak wiek, wykształcenie, samodzielne poszerzanie wiedzy, chorowanie na nadciśnienie tętnicze krwi. Ponadto poziom wiedzy determinował podejmowanie następujących zachowań zdrowotnych: regularne dokonywanie pomiarów ciśnienia, przestrzeganie zaleceń dietetycznych, systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej.

Podobne badania prowadzone przez P. Węgorowskiego i wsp. wykazały, że większość z nich cechowała się satysfakcjonującym poziomem wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi, diagnostyki tego schorzenia i profilaktyki. Większość osób zadeklarowała, że przestrzega zasad zdrowego stylu życia z uwzględnieniem właściwej diety, niespożywania alkoholu, niepalenia papierosów, dbałości o higieniczny sen, a także ograniczania doświadczanego stresu. Ankietowani najczęściej pozyskiwali wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego krwi od pracowników medycznych, z książek, broszur oraz ulotek. W badaniach własnych również dominował wysoki poziom wiedzy w badanym zakresie (51,85%). Ankietowani jako główne źródło wiedzy wskazywali najczęściej Internet (69,05%). Ponad połowa badanych zmagala się z nadciśnieniem tętniczym krwi (51,85%). Również większość ankietowanych przestrzegała następujących działań zaliczanych do zdrowego stylu życia: ograniczenie palenia papierosów i spożywania alkoholu. Najmniej osób respektowało zalecenia dietetyczne i podejmowanie regularnej aktywności fizycznej [2].

W badaniach Ł. Dobaja i wsp. oceniano stan wiedzy respondentów na temat nadciśnienia tętniczego oraz powikłań tej choroby, 13,6% osób uznało, że choruje na nadciśnienie tętnicze krwi, w badaniach własnych z chorobą tą zmagalo się 51,85%

respondentów. Większość badanych posiadało zbyt niski poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Najmniejszy zakres wiedzy dotyczył odpowiednich wartości ciśnienia i możliwości leczenia tej choroby. Największy stopień wiedzy nawiązywał do następstw nieleczzonego nadciśnienia tętniczego krwi obejmujących układ sercowo-naczyniowy. W badaniach własnych 53,70% ankietowanych cechowało się wiedzą odnośnie prawidłowego ciśnienia tętniczego [3].

Opisywane zagadnienie podjęte zostało również przez K. Sawicką i wsp. wykazano, że kobiety, mieszkańcy miasta, osoby z wykształceniem wyższym i mające co najmniej 50 lat posiadali dużo wyższy poziom wiedzy. Większość osób posiadała wiedzę na poziomie przeciętnym (48%), a najmniej na wysokim (32%) i niskim (20%). W badaniach własnych poziom wiedzy zależny był od wieku i wykształcenia, a nie wpływała na niego płeć i miejsce zamieszkania, natomiast dominował wysoki poziom wiedzy (51,85%), a rzadziej występował średni (19,44%) i niski (28,70%) [4].

W badaniach własnych dowiedziono, że poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego determinowany był wiekiem, wykształceniem, samodzielnym poszerzaniem wiedzy. Nie stwierdzono wpływu płci, ani miejsca zamieszkania. Badania K. Suligowskiej, wykazały, że na poziom wiedzy wpływał wiek i wykształcenie [5].

Wykazano, że 73,33% ankietowanych miało świadomość roli właściwej diety w profilaktyce nadciśnienia tętniczego krwi, 67,62% aktywności ruchowej podejmowanej w sposób systematycznym. W badaniach A. Bednarskiego 70% respondentów posiadało wiedzę na temat korelacji między wdrażaniem regularnego wysiłku fizycznego, a wartościami ciśnienia tętniczego krwi [6].

Badania M. Wojciechowskiej wskazały, że większość badanych posiadała wysoki poziom wiedzy w badanym zakresie, ale tylko 34% w sposób systematyczny podejmowało wysiłek fizyczny. W badaniach własnych także dominował wysoki poziom wiedzy, co nie przekładało się na regularną aktywność fizyczną, którą zadeklarowało tylko 29,63% respondentów [7].

W. Krawczyk i wsp. wykazali, że ponad połowa badanych (54%) pozyskiwała wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego od pracowników medycznych, 37% z Internetu, 4% z publikacji naukowych, a 5% z radia i telewizji. Większość ankietowanych posiadała zadowalający poziom wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi. W badaniach własnych głównym źródłem wiedzy był Internet (69,05%), a przeważającym poziomem wiedzy, był poziom wysoki [8]. W badaniach prowadzonych przez D. Maciąg i wsp. respondenci jako źródła wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego najczęściej wskazywali lekarza rodzinnego,

rodzinę i Internet. Osoby z wykształceniem średnim, aktywne zawodowo, 84% kobiet oraz 60% mężczyzn znało prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, badania własne wykazały, że wiedzę tę posiadało 53,70% badanych. Respondenci wskazali iż obciążenia rodzinne są czynnikiem ryzyka zachorowania na nadciśnienie tętnicze krwi, wiedzę tą posiadało 55% ankietowanych. Badania własne wykazały, iż taką wiedzę posiadało 50% respondentów. D. Maciąg i wsp. dowiedli, że mieszkańcy miasta posiadają większy stopień wiedzy na temat właściwego żywienia w ramach profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi, a osoby posiadające wykształcenie co najmniej średnie zdecydowanie częściej wykonywały pomiary ciśnienia tętniczego krwi niż osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym [9].

WNIOSKI

Na podstawie analizy materiału badawczego wyłoniono następujące wnioski:

1. Większość badanych pacjentów cechowała się wysokim poziomem wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi (51,85%).
2. Płeć badanych nie determinowała ($p>0,05$) poziomu wiedzy badanych na temat nadciśnienia tętniczego krwi.
3. Wiek korelował ujemnie ($p<0,05$) z poziomem wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Wraz z wiekiem malał zasób wiedzy z analizowanego zakresu.
4. Miejsce zamieszkania ankietowanych pacjentów nie warunkowało ($p>0,05$) poziomu ich wiedzy z zakresu nadciśnienia tętniczego krwi.
5. Poziom wykształcenia korelował ($p<0,05$) z poziomem wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Im wyższe było posiadane przez respondentów wykształcenie, tym większą wiedzą się cechowali.
6. Samodzielne poszerzanie wiedzy wpływało ($p<0,05$) na poziom wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Główne źródło wiedzy nie determinowało ($p>0,05$) wspomnianego poziomu.
7. Pacjenci zmagający się z nadciśnieniem tętniczym krwi posiadali istotnie ($p<0,05$) większy poziom wiedzy dotyczący tej choroby.
8. Poziom wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego krwi wpływał ($p<0,05$) na podejmowanie przez nich zachowań zdrowotnych zaliczanych do profilaktyki tej choroby, tj. na dokonywanie regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, przestrzeganie zaleceń dietetycznych w ramach profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi oraz podejmowanie regularnej aktywności fizycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Kotuk B., Bejda G.: Nadciśnienie Tętnicze - Wybrane Aspekty [w:] Świadomość Prozdrowotna Społeczeństwa, Bejda G., Kułak-Bejda A. (red.) U.M. Białystok 2023:253-272.
2. Węgorowski P., Michalik K., Buchcic Z. i wsp.: Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(7): 873-887.
3. Dobaj Ł., Kluk M., Gorczyca-Michta i wsp.: Stan wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań w populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego. *Arterial Hypertension* 2013; 3(17): 212-220.
4. Sawicka K., Szczepańska J., Łuczyk R. i wsp.: Ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i powikłań nadciśnienia tętniczego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 296-231.
5. Suligowska K.: Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań - wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie Tętnicze* 2014; 1(18): 9-18.
6. Bednarski A.: Wiedza żywieniowa i praktyczne stosowanie się pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do zaleceń ograniczenia spożycia soli kuchennej. *Arterial Hypertension* 2013; 17(6): 422-429.
7. Wojciechowska M., Izdebska E.: Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(4): 370-373.
8. Krawczyk W., Banaś M.: Ocena stanu wiedzy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat swojej choroby. *Polish Journal of Health and Fitness* 2019; 1: 67-83.
9. Maciąg D., Bartosik A., Cichońska M.: Wiedza pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat choroby i jej leczenia. *Polish Journal of Health and Fitness* 2017; 2: 16-32.

WPLYW TECHNOLOGII INFORMATYCZNYCH NA WYSTĘPOWANIE WAD WZROKU U UCZNIÓW

Maria Dorota Kwika¹, Magdalena Brodowicz- Król², Alicja Pietrykowska³

1/ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

2/ Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego.

3/ Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

WSTĘP

Wady wzroku są coraz częściej i powszechniej spotykanym problemem nie tylko w Polsce, ale również na świecie. Wpływ na to ma wiele czynników, przyczyniła się do tego pandemia COVID-19 i izolacja. Istnieją naukowe dowody, które potwierdzają, że urządzenia te negatywnie wpływają na młode pokolenie powodując nie tylko wady wzroku, ale również zwiększają agresję, trudności z koncentracją, opóźnienie funkcji poznawczych, otyłość, bezsenność oraz uzależnienie [1].

Statystyki podają, że prawie połowa dzieci w wieku szkolnym w Polsce ma problemy z widzeniem, bądź posiada istotne wady wzroku. Według raportu WHO (Światowa Organizacja Zdrowia *ang. World Health Organization*) na krótkowzroczność, zezę, czy inne choroby wzroku cierpi ponad 2,2 mld ludzi na świecie. Globalne dane pokazują, że ok. 89% osób, które posiadają choroby wzroku lub mają problemy z widzeniem mieszka w krajach rozwijających się, 19 milionów dzieci na całym świecie ma istotne problemy ze wzrokiem, a aż 1,4 mln dzieci cierpi na trwałą utratę wzroku [2].

Badania przeprowadzone w Polsce pokazują, że już nawet 20% dzieci będących w wieku przedszkolnym posiada problemy ze wzrokiem, które w dalszym etapie życia mogą znacząco wpływać na proces edukacji [3].

CEL PRACY

Celem głównym pracy była ocena wpływu technologii informatycznych na występowanie wad wzroku u uczniów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 120 uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych z województwa lubelskiego. Materiał, który był niezbędny do przeprowadzenia analizy statystycznej zgromadzono za pomocą sondażu diagnostycznego, wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Ankieta ta składała się z 29 pytań, pierwsze 5 pytań stanowiły pytania metryczkowe, natomiast pozostałe 24 w szczegółowy sposób badały wiedzę uczniów o wpływie technologii na wzrok, występujące objawy jego przeciążenia, zastosowanie ogólnej profilaktyki oraz higieny czasu spędzanego przed ekranami urządzeń elektronicznych. Do opracowania statystycznego wyników badań ankietowych posłużono się metodą opisu, a także badaniem współzależności dla cech ilościowych i jakościowych. Obliczenia i wykresy zostały wykonane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2021.

W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystyczne zależności posłużono się analizą przy pomocy nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona, przyjęto wartość istotności na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 120 uczniów, połowę respondentów (50%) stanowili uczniowie szkół podstawowych, natomiast drugą połowę ($n=60$) uczniowie szkół ponadpodstawowych. Dziewczęta i chłopcy stanowili taki sam odsetek badanych (50%; $n=60$).

Zdecydowana większość uczniów biorących udział w badaniu ankietowym (85%) deklarowała, że miała wykonane badanie wzroku, natomiast 15% uczniów przyznało, że nigdy nie miało takiego badania. Wśród uczniów szkół podstawowych 86,7% deklarowało, że miało wykonywane badanie wzroku w przeszłości, natomiast u uczniów szkół ponadpodstawowych odsetek ten był nieco mniejszy (83,3%).

Nie wykazano istotnej zależności ($p>0,05$) pomiędzy badaniem wzroku, a rodzajem szkoły badanych ($p=0,43$)- tabela I.

Tabela I. Badanie wzroku w zależności od rodzaju szkoły

| Badanie wzroku | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|-----------------------------|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | N | % | n | % |
| Tak | 52 | 86,7% | 50 | 83,3% | 102 | 85,0% |
| Nie | 8 | 13,3% | 10 | 16,7% | 18 | 15,0% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| $p=0,43$ (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Połowa ankietowanych przyznała, że badanie wzroku przeprowadzane było podczas rutynowych badań lekarskich, 20% respondentów poddawanych było badaniu wzroku raz w roku u 15% badanie przeprowadzono w przypadku trudności z widzeniem, 15% ankietowanych nigdy nie miało wykonanego badania wzroku. Wśród uczniów szkół podstawowych 46,7% miało wykonane badanie wzroku w trakcie profilaktycznych badań lekarskich, 23,2% badania miało raz w roku, 16,7% w przypadku pojawienia się trudności z widzeniem, 13,3% uczniów nigdy nie miało wykonanego badania wzroku. 53,3% uczniów szkół ponadpodstawowych badanie wzroku miało przeprowadzone w trakcie profilaktycznych badań lekarskich, 13,3% w przypadku problemów ze wzrokiem, a 16,7% nigdy nie miało wykonanego badania wzroku.

Nie wykazano istotnej zależności ($p>0,05$) pomiędzy częstością wykonywania badania wzroku, a rodzajem szkoły badanych ($p=0,5$)- tabela II.

Tabela II. Częstość wykonywania badania wzroku w zależności od rodzaju szkoły

| Częstość wykonywania badania wzroku | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|-------------------------------------|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Raz w roku | 14 | 23,3% | 10 | 16,7% | 24 | 20,0% |

| | | | | | | |
|---|----|-------|----|-------|-----|-------|
| W przypadku trudności z widzeniem | 10 | 16,7% | 8 | 13,3% | 18 | 15,0% |
| W trakcie profilaktycznych badań lekarskich | 28 | 46,7% | 32 | 53,3% | 60 | 50,0% |
| Nigdy | 8 | 13,3% | 10 | 16,7% | 18 | 15,0% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p= 0,5 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Zdecydowana większość respondentów (70%) stwierdziła, że nie miała rozpoznanej wady wzroku, u 30% taką wadę potwierdzono. Uczniowie szkół podstawowych w 63,3%, a uczniowie szkół ponadpodstawowych w 36,7% nie mieli stwierdzonej wady wzroku.

Wykazano istotną zależność ($p < 0,05$) pomiędzy rozpoznaną wadą wzroku u badanych uczniów, a rodzajem szkoły do jakiej uczęszczali ($p = 0,03$)- tabela III.

Tabela III. Rozpoznana wada wzroku w zależności od rodzaju szkoły

| Rozpoznana wada wzroku | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|----------------------------------|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 22 | 36,7% | 14 | 23,3% | 36 | 30,0% |
| Nie | 38 | 63,3% | 46 | 76,7% | 84 | 70,0% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p=0,03 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Uczniowie szkół podstawowych wskazali, że nie korzystają z żadnej metody korekcji wzroku (68,3%), 28,3% nosiło okulary, a 2 osoby (3,3%) soczewki korygujące wzrok. 80,0% uczniów szkół ponadpodstawowych nie korzystało z żadnej metody korekcji wzroku, 15% nosiło okulary, a 5% korzysta z soczewek.

Analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnej statystycznie $p > 0,05$ pomiędzy metodą korekcji wady wzroku, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,051$) - tabela IV.

Tabela IV. Metody korekcji wady wzroku wykorzystywane na co dzień w zależności od rodzaju szkoły

| Metody korekcji wady wzroku wykorzystywane na co dzień | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Okulary | 17 | 28,3% | 9 | 15,0% | 26 | 21,7% |
| Soczewki | 2 | 3,3% | 3 | 5,0% | 5 | 4,2% |
| Nie korzystam z żadnej metody | 41 | 68,3% | 48 | 80,0% | 89 | 74,2% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p = 0,051 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Większość respondentów, 59,2% wskazała, że spędza więcej niż 5 godzin dziennie korzystając z technologii cyfrowych, 34,2 % spędza dziennie do 3 godzin, 6,7% badanych spędza dziennie mniej niż godzinę.

Wśród uczniów szkół podstawowych 61,7% przyznało, że przed ekranami spędza więcej niż 5 godzin dziennie, 35% korzysta do 3 godzin dziennie, a 3,3% spędza przed ekranami mniej niż godzinę dziennie. Uczniowie szkół ponadpodstawowych deklarowali natomiast, że w 56,7% korzystało z technologii cyfrowych powyżej 5 godzin dziennie, 33,3% do 3 godzin dziennie, a 10% mniej niż godzinę dziennie.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności $p > 0,05$ pomiędzy ilością godzin w ciągu dnia spędzanych na korzystaniu z technologii cyfrowych, a rodzajem szkoły badanych ($p=1,13$) - tabela V.

Tabela V. Ilość godzin dziennie spędzanych na korzystaniu z technologii cyfrowych w zależności od rodzaju szkoły

| Ilość godzin dziennie spędzanych korzystając ze smartfonu, tabletu, komputera lub TV | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Mniej niż godzinę dziennie | 2 | 3,3% | 6 | 10,0% | 8 | 6,7% |
| Do 3 godzin dziennie | 21 | 35,0% | 20 | 33,3% | 41 | 34,2% |
| Powyżej 5 godzin dziennie | 37 | 61,7% | 34 | 56,7% | 71 | 59,2% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p= 1,13 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Wykazano, że zdecydowana większość uczniów biorących udział w badaniu 80,8% wiedziała, że długotrwałe korzystanie z urządzeń elektronicznych przyczynia się do zmęczenia oczu oraz pogorszenia ostrości widzenia.

Stwierdzono istotną zależność $p < 0,05$ pomiędzy wiedzą na temat wpływu korzystania z technologii cyfrowych na pogorszenie ostrości widzenia, a rodzajem szkoły badanych ($p=0,03$) - tabela VI.

Tabela VI. Wpływ długotrwałego korzystania z urządzeń elektronicznych na zmęczenie oczu oraz pogorszenia ostrości widzenia, a rodzaj szkoły

| Wpływ długotrwałego korzystania z urządzeń elektronicznych na zmęczenie oczu i pogorszenie ostrości widzenia | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 45 | 75,0% | 52 | 86,7% | 97 | 80,8% |
| Nie | 15 | 25,0% | 8 | 13,3% | 23 | 19,2% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p=0,03 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

W większości badani uczniowie (60%) przyznali, że nie odczuwają zmęczenia oczu po długim korzystaniu z urządzeń cyfrowych, 40% było odmiennego zdania. Uczniowie szkół ponadpodstawowych częściej odczuwali zmęczenie oczu po długim korzystaniu z urządzeń cyfrowych niż uczniowie szkół podstawowych (48,3%).

Wykazano istotną zależność $p < 0,05$ pomiędzy odczuwaniem zmęczenia oczu po długim korzystaniu z urządzeń cyfrowych, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,02$)- tabela VII.

Tabela VII. Odczuwanie zmęczenia oczu po długim korzystaniu z urządzeń cyfrowych, a rodzaj szkoły

| Odczuwanie zmęczenia oczu po długim korzystaniu z urządzeń cyfrowych | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | N | % | n | % |
| Tak | 19 | 31,7% | 29 | 48,3% | 48 | 40,0% |
| Nie | 41 | 68,3% | 31 | 51,7% | 72 | 60,0% |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----|------|----|------|-----|------|
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p= 0,02 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

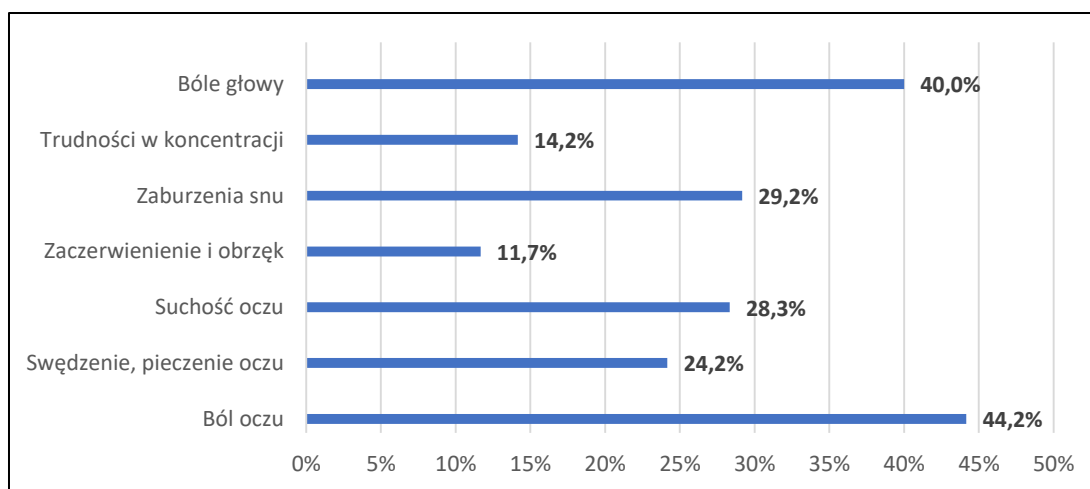
Analiza statystyczna wykazała istotną zależność statystyczną $p < 0,05$ pomiędzy odczuwaniem dolegliwości związanych z używaniem elektroniki, a rodzajem szkoły badanych ($p=0,037$) - tabela VIII.

Tabela VIII. Odczuwanie dolegliwości związanych z używaniem elektroniki, a rodzaj szkoły

| Odczuwanie dolegliwości związanych z używaniem elektroniki | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 12 | 20,0% | 20 | 33,3% | 32 | 26,7% |
| Nie | 48 | 80,0% | 40 | 66,7% | 88 | 73,3% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p=0,037 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Ankietowani wiedzieli, że po długim korzystaniu z elektroniki może pojawić się ból oczu (44,2%), bóle głowy (40%), zaburzenia snu (29,2%), suchość oczu (28,3%) oraz swędzenie i pieczenie oczu (24,2%). Odpowiednio 14,2% respondentów zgłosiło trudności z koncentracją uwagi, a 11,7% doświadczyło zaczerwienienia i obrzęku oczu - rycina 1.



Rycina 1. Objawy pojawiające się po długim korzystaniu z elektroniki

Źródło: Badania własne

Zdecydowana większość uczniów, bo aż 86,7% deklaruwała, że posiada nieograniczony dostęp do technologii cyfrowych, 13,3% badanych przyznało, że dostęp ten ma ograniczony.

Analiza statystyczna wykazała zależność istotną statystycznie na poziomie bardzo wysokim $p < 0,001$ pomiędzy oceną dostępu do technologii cyfrowych, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,00003$). Uczniowie szkół ponadpodstawowych zdecydowanie częściej posiadali nieograniczony dostęp do technologii cyfrowych niż uczniowie szkół podstawowych (96,7% vs 76,7%) - tabela IX.

Tabela IX. Ocena dostępu do technologii cyfrowych, a rodzaj szkoły

| Ocena dostępu do technologii cyfrowych | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ograniczony | 14 | 23,3% | 2 | 3,3% | 16 | 13,3% |
| Nieograniczony | 46 | 76,7% | 58 | 96,7% | 104 | 86,7% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p=0,00003 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Więcej niż połowa ankietowanych (52,5%) przyznała, że robiła przerwy podczas korzystania z technologii cyfrowych, natomiast (47,5%) przerw nie robiła.

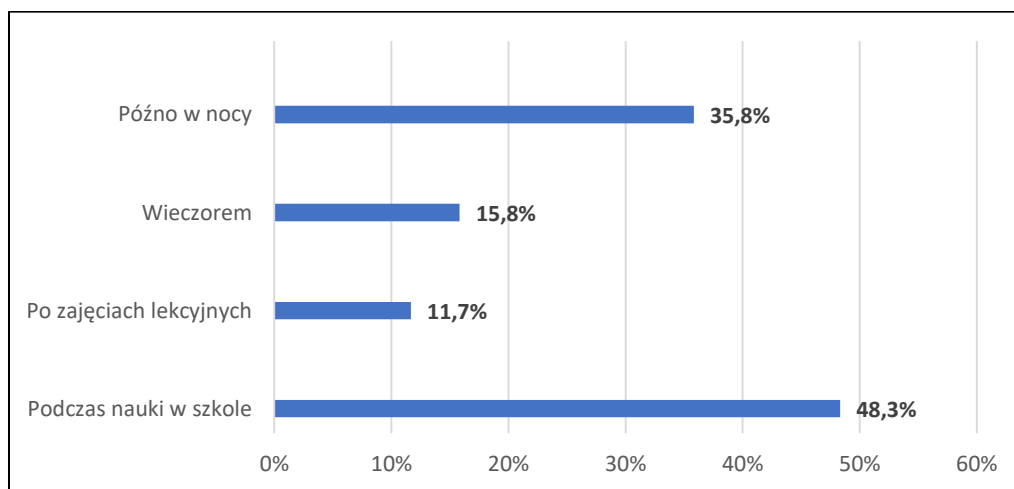
Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$) pomiędzy robieniem przerw podczas korzystania z technologii cyfrowych, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,12$). Uczniowie szkół ponadpodstawowych w 58,3% deklarowali, że w czasie korzystania z technologii cyfrowych robią przerwy na ćwiczenie narządu wzroku, wśród uczniów szkół podstawowych odsetek ten wynosił 46,7% - tabela X.

Tabela X. Robienie przerw podczas korzystania z technologii cyfrowych, a rodzaj szkoły

| Robienie przerw podczas korzystania z technologii cyfrowych, np. patrzenie w dal lub zamykanie oczu | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|---|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 28 | 46,7% | 35 | 58,3% | 63 | 52,5% |
| Nie | 32 | 53,3% | 25 | 41,7% | 57 | 47,5% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

$p = 0,12$ (test chi-kwadrat)

Uczniowie najczęściej robili przerwy w korzystaniu z technologii cyfrowych podczas nauki w szkole (48,3%) i późno w nocy (35,8%), 15,8% wieczorem, po zajęciach lekcyjnych 11,7% - rycina 2.



Rycina 2. Moment robienia przerw podczas korzystania z elektroniki

Źródło: Badania własne

Większość ankietowanych, 60,8% deklarowała utrzymywanie zalecanej odległości (30 cm) od ekranów podczas korzystania z urządzeń informatycznych, natomiast 39,2% uczniów przyznało, że nie utrzymywało zalecanej odległości.

Analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnej statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy utrzymywaniem zalecanej odległości od ekranów podczas korzystania z urządzeń informatycznych, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,077$) - tabela XI.

Tabela XI. Utrzymywanie zalecanej odległości od ekranów podczas korzystania z urządzeń informatycznych, a rodzaj szkoły

| Utrzymywanie zalecanej odległości (30cm) od ekranów podczas korzystania z urządzeń informatycznych | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 36 | 60,0% | 37 | 61,7% | 73 | 60,8% |
| Nie | 24 | 40,0% | 23 | 38,3% | 47 | 39,2% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

$p = 0,77$ (test chi-kwadrat)

Źródło: Badania własne

Z uzyskanych danych wynika, że 77,5% rodziców/opiekunów nie sprawdzało ilości czasu spędzanego przed ekranem przez dziecko, natomiast 22,5% badanych przyznało, że ich rodzice czy opiekunowie kontrolują czas spędzany przed ekranem.

Analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnej statystycznie $p > 0,05$ pomiędzy kontrolowaniem przez rodziców/opiekunów ilości czasu spędzanego przed ekranem, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,13$) - tabela XII.

Tabela XII. Sprawdzanie przez rodziców/opiekunów ilości czasu spędzanego przed ekranem, a rodzaj szkoły

| Sprawdzanie przez rodziców/opiekunów ilości czasu spędzanego przed ekranem | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 16 | 26,7% | 11 | 18,3% | 27 | 22,5% |
| Nie | 44 | 73,3% | 49 | 81,7% | 93 | 77,5% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

p= 0,13 (test chi-kwadrat)

Źródło: Badania własne

Zdecydowana większość respondentów, bo aż 85,8% przyznało, że w ich domu znajduje się odpowiednie oświetlenie, które zapobiega nadmiernemu męczoniu się oczu, natomiast 14,2% badanych stwierdziło, że w ich domach nie ma takiego oświetlenia. 88,3% uczniów szkół podstawowych i 83,3% uczniów szkół ponadpodstawowych deklaroowało posiadanie wystarczającego oświetlenia w domu celem zapobiegania nadmiernemu męczoniu się oczu

Nie wykazano istotnej zależności $p > 0,05$ pomiędzy posiadaniem w domu optymalnego oświetlenia zapobiegającego nadmiernemu męczoniu się oczu, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,41$) - tabela XIII.

Tabela XIII. Wystarczające oświetlenie w domu celem zapobiegania męczoniu się oczu, a rodzaj szkoły

| Wystarczające oświetlenie w domu celem zapobiegania nadmiernemu męczoniu się oczu | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|---|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 53 | 88,3% | 50 | 83,3% | 103 | 85,8% |
| Nie | 7 | 11,7% | 10 | 16,7% | 17 | 14,2% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

p= 0,41 (test chi-kwadrat)

Źródło: Badania własne

Więcej niż połowa osób biorących udział w badaniu ankietowym (51,7%) deklarowała, że stosowała ustawienia/tryby mające na celu zmniejszenie ilości światła niebieskiego emitowanego przez urządzenia cyfrowe, natomiast 48,3% uczniów przyznało, że nie stosowało takich ustawień. 60% uczniów szkół ponadpodstawowych i tylko 43,3% uczniów szkół podstawowych stosuje w ustawienia lub tryby zmniejszające ilość światła niebieskiego emitowanego przez te urządzenia.

Wykazano zależność istotną statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy stosowaniem ustawień/trybów zmniejszających ilość światła niebieskiego emitowanego przez urządzenia cyfrowe, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,016$) - tabela XIV.

Tabela XIV. Stosowanie ustawień/trybów zmniejszających ilość światła niebieskiego emitowanego przez urządzenia cyfrowe, a rodzaj szkoły

| Stosowanie ustawień/trybów zmniejszających ilość światła niebieskiego emitowanego przez urządzenia cyfrowe | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 26 | 43,3% | 36 | 60,0% | 62 | 51,7% |
| Nie | 34 | 56,7% | 24 | 40,0% | 58 | 48,3% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p = 0,016 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

Respondenci posiadali wiedzę na temat emitowania przez ekrany promieniowania UV, które niekorzystnie wpływa na zdrowie oczu (73,3%), 26,7% uczniów takiej wiedzy nie posiadało. Uczniowie szkół ponadpodstawowych taką wiedzę posiadali w 76,7%, a podstawowych w 70%.

Analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnej statystycznie $p > 0,05$ pomiędzy wiedzą na temat emisji szkodliwego promieniowania UV przez ekrany, a rodzajem szkoły badanych ($p = 0,26$) - tabela XV.

Tabela XV. Wiedza dotycząca emisji promieniowania UV przez ekrany, które może wpływać na zdrowie oczu, a rodzaj szkoły.

| Wiedza na temat emitowania przez ekrany promieniowania UV, które wpływa na zdrowie oczu | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|---|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 42 | 70,0% | 46 | 76,7% | 88 | 73,3% |
| Nie | 18 | 30,0% | 14 | 23,3% | 32 | 26,7% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

p= 0,26 (test chi-kwadrat)

Źródło: Badania własne

Z informacji uzyskanych od respondentów wynika, że blisko połowa badanych (46,7%) nie interesuje się dbaniem o zdrowie oczu, 31,7% uczniów czerpało wiedzę na temat dbania o zdrowie oczu z Internetu, a 21,7% bazowało na wiedzy zdobytej w szkole. Uczniowie szkół podstawowych częściej zdobywali wiedzę ze szkoły (30% vs 13,3%), natomiast uczniowie szkół ponadpodstawowych częściej korzystali z wiedzy z Internetu (38,3% vs 25%), 48,3% uczniów szkół ponadpodstawowych i 45% uczniów szkół podstawowych nie interesowało się tematyką dbania o zdrowie oczu.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność na poziomie $p < 0,01$ między źródłem informacji dotyczących dbania o zdrowie oczu, a rodzajem szkoły do której uczęszczają badani uczniowie ($p = 0,008$) - tabela XVI.

Tabela XVI. Źródła wiedzy na temat dbania o zdrowie oczu, a rodzaj szkoły

| Źródła wiedzy na temat dbania o zdrowie oczu | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|--|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | N | % | n | % |
| Szkoła | 18 | 30,0% | 8 | 13,3% | 26 | 21,7% |
| Internet | 15 | 25,0% | 23 | 38,3% | 38 | 31,7% |
| Nie interesuję się tym tematem | 27 | 45,0% | 29 | 48,3% | 56 | 46,7% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

p= 0,008 (test chi-kwadrat)

Więcej niż połowa badanych (55%) przyznała, że korzystanie z urządzeń elektronicznych nie wpływa na jakość ich snu, natomiast 45% badanych było odmiennego zdania. Negatywny wpływ stosowania urządzeń elektronicznych na jakość ich snu wskazało 55% uczniów szkół podstawowych i 35% szkół ponadpodstawowych.

Stwierdzono istotną zależność na poziomie wysokim $p < 0,01$ pomiędzy wpływem stosowania urządzeń elektronicznych na jakość snu badanych, a rodzajem szkoły do jakiej uczęszczali ($p = 0,004$) - tabela XVII.

Tabela XVII. Wpływ stosowania urządzeń elektronicznych na jakość snu, a rodzaj szkoły.

| Wpływ stosowania urządzeń elektronicznych na jakość snu | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|---|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 33 | 55,0% | 21 | 35,0% | 54 | 45,0% |
| Nie | 27 | 45,0% | 39 | 65,0% | 66 | 55,0% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |

p = 0,004 (test chi-kwadrat)

Źródło: Badania własne

Większość badanych (63,3%) przyznała, że nie zmieniliby swoich nawyków korzystania z urządzeń elektronicznych, mimo posiadanej wiedzy na temat negatywnego wpływu na jakość widzenia. 68,3% uczniów szkół podstawowych i 58,3% uczniów szkół ponadpodstawowych nie wykazało się chęcią do zmiany nawyków korzystania z urządzeń elektronicznych mimo posiadanej wiedzy o ich negatywnym wpływie na jakość widzenia – tabela XVIII.

Tabela XVIII. Zmiana nawyków korzystania z technologii cyfrowych, dzięki wiedzy na temat ich negatywnego wpływu na jakość widzenia.

| Zmiana nawyków korzystania z technologii cyfrowych dzięki wiedzy na temat negatywnego ich wpływu na jakość widzenia | Szkoła podstawowa | | Szkoła ponadpodstawowa | | Ogółem | |
|---|-------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 19 | 31,7% | 25 | 41,7% | 44 | 36,7% |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Nie | 41 | 68,3% | 35 | 58,3% | 76 | 63,3% |
| Ogółem | 60 | 100% | 60 | 100% | 120 | 100% |
| p= 0,14 (test chi-kwadrat) | | | | | | |

Źródło: Badania własne

DYSKUSJA

Wady wzroku to coraz częściej występujący problem wśród dzieci i młodzieży. Szacuje się, że dotyka on blisko 50% dzieci w Polsce. Podobnie sytuacja wygląda na całym świecie, w Stanach Zjednoczonych blisko 40% dzieci ma problemy ze wzrokiem, a skala problemu jest coraz większa. Do 2050 roku nawet u połowy populacji, zarówno u dzieci jak i u osób dorosłych mogą wystąpić problemy ze wzrokiem [4].

Naukowcy uważają, że problem pogarsza brak inicjatywy ze strony uczniów do spędzenia wolnego czasu na świeżym powietrzu. Uczniowie natomiast chętniej wydłużają czas korzystania z urządzeń informatycznych [5].

Ciecierska i wsp., w swoich badaniach wykazali, że coraz więcej młodzieży skarży się z powodu niepokojących objawów ze strony narządu wzroku, dlatego korzystają z filtrów światła niebieskiego. Badania własne dowodzą, że tylko 40% badanych uczniów potwierdza występowanie zmęczenia oczu po długotrwałym korzystaniu z urządzeń mobilnych. Wśród najczęstszych objawów wymieniają: bóle głowy i oczu, zaburzenia snu oraz suchość oczu. Natomiast 51,7% uczniów stosuje na swoich urządzeniach tryby, bądź ustawienia powodujące zmniejszenie emitowanego światła niebieskiego [6].

Żołnierek M., wraz z współautorami przeprowadziła badania na temat wpływu urządzeń mobilnych i korzystania z nich przed snem na jakość snu wśród dzieci i młodzieży. Jej badania wykazały, że korzystanie z urządzeń elektronicznych przed snem opóźniało zaśnięcie, a tym samym zmniejszało liczbę godzin snu [7].

Te same badania podjęła Jniene i wsp., którzy wykazali, że prawie 90% osób używało urządzenia cyfrowe przed snem co powodowało w konsekwencji niewyspanie, zmęczenie, czy drażliwość [8]. Badania własne wykazały, że blisko 45% uczniów przyznało, że urządzenia cyfrowe wpływają na jakość ich snu, co wymienione zostało również wśród objawów będących konsekwencją długotrwałego przebywania przed komputerem, bądź telewizorem.

Większość badanych uczniów, 63% przyznało, że nie zmieniliby swoich nawyków korzystania z urządzeń elektronicznych, mimo posiadanej wiedzy na temat negatywnego

wpływu długotrwałego używania tych urządzeń na jakość widzenia.

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość uczniów posiadała wiedzę na temat niekorzystnego wpływu na zmęczenie oczu i pogorszenie ostrości widzenia wskutek spędzania zbyt długiej ilości czasu przed ekranami.
2. Uczniowie posiadali niepełną wiedzę na temat objawów pojawiających się po długim czasie korzystania z elektroniki, mniej niż połowa badanych odczuwała bóle głowy i bóle oczu.
3. Więcej niż połowa badanych stwierdziła, że korzystanie z urządzeń elektronicznych nie wpływa na jakość ich snu.
4. Zdecydowana większość uczniów posiadała w domu optymalne oświetlenie, które zapobiega nadmiernemu męczoniu się oczu.
5. Więcej niż połowa uczniów stosowała ustawienia/tryby mające na celu zmniejszenie ilości światła niebieskiego emitowanego przez urządzenia cyfrowe.
6. Większość uczniów nie zmieniały swoich nawyków korzystania z urządzeń elektronicznych, pomimo posiadanej wiedzy na temat ich negatywnego wpływu na jakość wzroku, wskutek długotrwałego używania tych urządzeń.
7. Blisko połowa badanych uczniów nie interesowała się tematyką dbania o zdrowie oczu.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bocheńska A., Orkisz M.: Wpływ urządzeń mobilnych na narząd wzroku, Optyka, Warszawa, 2019: 48-50
2. <https://www.medonet.pl/zdrowie,raport-who-dotyczacy-wzroku173437>
(data pobrania 22.01.2024).
3. Bocheńska A., Orkisz M., Wpływ urządzeń mobilnych na narząd wzroku. Optyka 2019;4: 48-50.
4. Grupcheva C.,: Pełna korekcja wad wzroku – spojrzenie międzynarodowe. Optyka 2013;3(10):46-48.
5. Cabanek-Topczewska A., Misiewicz H., Osuch-Nitsch A.i wsp.: Analiza wyników badań przesiewowych w zakresie wykrywania wad postawy i wad wzroku u dzieci na

podstawie wybranej szkoły w Warszawie. *Family Medicine & Primary Care Review* 2013; 3: 414-416.

6. Ciecierska A., Burduk-Seredyka M.: Wpływ nauki zdalnej na narząd wzroku studentów cz. 2, Ocena progresji wad refrakcji i przestrzegania zasad higieny podczas pracy przed monitorem urządzeń cyfrowych. *Optyka* 2022; 6(8):52-53 .
7. Żołnierek M., Gacoń E., Kotusiewicz W. i wsp.: Zaburzenia snu u młodych osób spowodowane korzystaniem z urządzeń emitujących światło niebieskie – prace poglądowe. *Medycyna Środowiskowa* 2023; 26(3–4): 53–59.
8. Jniene A., Errguig L., Hangouche A.J. et al.: Perception of Sleep Disturbances due to Bedtime Use of Blue Light-Emitting Devices and Its Impact on Habits and Sleep Quality among Young Medical Students. *BioMed Research International* 2019; (2):1-8.

OCENA POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA ŻYLAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

Maria Dorota Kwika¹, Anna Jakubczak²

1/ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

*2/ Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*

WSTĘP

Jedną z częstszych chorób układu naczyniowego o charakterze przewlekłym są żylaki kończyn dolnych. Dane statystyczne wskazują, że dotyczy głównie kobiet, które chorują trzy razy częściej niż mężczyźni, a także osób w wieku podeszłym [1]. Żylaki kończyn dolnych to utrwalone zaburzenie odpływu krwi żyłnej z kończyn dolnych [2]. Choroba może dotyczyć zarówno układu żylnego kończyn dolnych (kkd) powierzchownego jak i głębokiego lub obu tych układów jednocześnie o charakterze wrodzonym lub nabytym [3].

CEL PRACY

Celem głównym pracy była próba oceny wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 119 osób dorosłych, większość stanowiły kobiety (72,27%), mężczyźni 27,73%. Ankietowani byli pacjentami Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz przebywających na Oddziale Chirurgii Naczyniowej. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, która zawierała pytania metryczkowe (dane socjodemograficzne) i pytania, które umożliwiły realizację założonego celu badań. Udział w badaniu był dowolny i anonimowy.

W celu przeprowadzenia analiz statystycznych zastosowano język programowania R w wersji 4.2.2 oraz środowiska RStudio w wersji 2022.12.0. Za statystycznie istotny przyjęto poziom $\alpha < 0,05$.

W statystycznym opisie uzyskanych wyników, takich jak poziom wiedzy i wiek, posłużono się średnią, odchyleniem standardowym, medianą, średnią rangą, a także

współczynnikami skośności i kurtozy. Do statystycznego opisu wyników uzyskanych dla wybranych zmiennych socjodemograficznych oraz medycznych, posłużono się rozkładem liczebności oraz procentowym. Do oceny zależności pomiędzy poziomem wiedzy, a zmiennymi socjodemograficznymi oraz medycznymi użyto testu H Kruskala-Wallisa, analizy wariancji ANOVA oraz testu t-Studenta. Do weryfikacji związków pomiędzy poziomem wiedzy, a wiekiem oraz wykształceniem użyto współczynników korelacji rho Spermmana oraz Gamma.

WYNIKI

Większość osób (90,76%) uważała, że posiada wiedzę na temat żylaków kończyn dolnych, mniejsza liczba respondentów (9,24%) twierdziła przeciwnie.

Ankietowani w 90,76% uznawali badanie USG Doppler za metodę diagnostyki żylaków kończyn dolnych. Wystąpiła różnica o istotności statystycznej ($p < 0,001$).

Większość badanych (66,39%) nie przeszła diagnostycznego badania żylaków kończyn dolnych, 33,61% miała wykonane badanie.

Znaczna większość badanych (90,76%) przyznała, że brak aktywności fizycznej wpływa na rozwój żylaków kończyn dolnych. Różnica między ilością poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi na temat związku braku aktywności fizycznej z rozwojem żylaków kończyn dolnych była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Zdaniem badanych (88,24%) choroby współistniejące mają wpływ na rozwój żylaków kończyn dolnych. Różnica była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Respondenci wskazali (78,99%), że chorobą mającą wpływ na występowanie żylaków kończyn dolnych jest nadciśnienie tętnicze. Różnica była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Znaczna większość badanych (94,12%) prawidłowo uważała, że otyłość ma wpływ na powstawanie żylaków kończyn dolnych. Przedział ufności sugerował, że w całej populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi mógł zawierać się pomiędzy 89,89% a 98,35%. Statystycznie istotna ($p < 0,001$) różnica wystąpiła pomiędzy ilością poprawnych a niepoprawnych odpowiedzi dotyczących wpływu otyłości na powstawanie żylaków kończyn dolnych.

Znaczna większość badanych (86,55%) uważała, że palenie papierosów ma wpływ na powstawanie żylaków kończyn dolnych. Przedział ufności pokazał, że odsetek prawidłowych odpowiedzi w całej populacji może zawierać się pomiędzy 80,43% a 92,68%. Różnica w ilości odpowiedzi poprawnych i niepoprawnych dotyczących wpływu palenia papierosów na powstawanie żylaków kończyn dolnych była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Ankietowani (90,76%) odpowiedzieli, że preparaty i leki wzmacniające naczynia krwionośne i pozytywnie wpływają na zapobieganie żylakom kończyn dolnych. Przedział ufności sugerował, że w całej populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi mógł się mieścić pomiędzy 85,55% a 95,96%. Różnica okazała się statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Respondenci wskazali (78,99%) , że lekiem wzmacniającym naczynia krwionośne jest Diosmina. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi może zawierać się pomiędzy 71,67% a 86,31%. Różnica była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Większość badanych (67,23%) odpowiedziała, że istnieje wpływ uporczywych zaparć na rozwój żylaków kończyn dolnych. Przedział ufności wskazał, że w ogólnej populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi mógł zawierać się pomiędzy 58,79% a 75,66%. Istniała statystycznie istotna różnica pomiędzy ilością poprawnych a niepoprawnych odpowiedzi na temat wpływu uporczywych zaparć na rozwój żylaków kończyn dolnych ($p < 0,001$).

Badani pytani o stosowanie środków antykoncepcyjnych udzielili odpowiedzi następująco: znaczną większość (87,39%) stanowiły osoby, które nie korzystały z tych środków, (12,61%) potwierdziły ich używanie. Przedziały ufności pozwalają przypuszczać, że w całej populacji badanych procenty odpowiedzi mogą zawierać się w następujących przedziałach: dla odpowiedzi 'nie' między 81,43% a 93,36%, natomiast dla odpowiedzi 'tak' między 6,64% a 18,57%.

Ankietowani (84,03%) uważali, że zdrowa dieta ma wpływ na zapobieganie rozwojowi żylaków. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek tych, którzy udzielili prawidłowej odpowiedzi, mógł zawierać się między 77,45% a 90,61%. Różnica między ilością poprawnych, a niepoprawnych odpowiedzi dotyczących wpływu zdrowej diety na zapobieganie rozwojowi żylaków była statystycznie istotna ($p=0,000$).

Spośród badanych, zapytanych o stosowany przez nich rodzaj diety, największą grupę stanowili ci, którzy nie stosowali żadnej konkretnej diety (59,66%). Najpopularniejszym typem diety była dieta niskokaloryczna, bogata w warzywa i owoce (35,29%). Stosowanie diety mięsnej deklarowało (5,04%). Dzięki przedziałom ufności możemy wnioskować, że w populacji badanych procent odpowiedzi mógł zawierać się w następujących przedziałach: dla osób nie stosujących konkretnej diety między 50,85% a 68,48%, dla osób na diecie niskokalorycznej, bogatej w warzywa i owoce, między 26,71% a 43,88%, a dla osób na diecie mięsnej - między 1,11% a 8,97%.

Znaczna większość badanych (82,35%) uważała, że upały wpływają na rozwój żyłaków kończyn dolnych. Przedział ufności sugerował, że w całej populacji poprawnych odpowiedzi mogło być od 75,50% do 89,20%. Różnica między liczbą poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi dotyczących wpływu upałów na rozwój żyłaków była statystycznie istotna ($p < 0,001$).

Spośród respondentów zapytanych o korzystanie z solarium, znacznie większą grupę (93,28%) stanowiły osoby, które odpowiedziały przecząco, 6,72% potwierdziło korzystanie z solarium. Przedziały ufności pozwalają przypuszczać, że w populacji badanych procent odpowiedzi mógł zawierać się w następujących zakresach: dla odpowiedzi "nie" między 88,78% a 97,78%, a dla "tak" między 2,22% a 11,22%.

W badanej grupie średni poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych wynosił 84,80, ze standardowym odchyleniem 16,83, a mediana wynosiła 90,91, co potwierdza główną hipotezę. Obliczony przedział ufności dla średniej zawierał się pomiędzy 81,74 a 87,85. Przeciętny poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych wśród badanych był dobry. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale od 0,00 do 100,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych w grupie miał charakter lewostronnie skośny, z przewagą wyników wysokich, i był silnie leptokurtyczny, co oznacza, że bardzo duża ilość wyników była skupiona wokół średniej (SKEW = -1,745; KURT 4,543) - Tabela VI.

Tabela VII. Poziom wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych

| Zmienna | M | SD | Me | Min | Max | Skew | Kurt | Test Shapiro - Wilka | |
|---|------|-------|-------|-----|-----|--------|-------|----------------------|-------|
| | | | | | | | | W | p |
| poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych | 84,8 | 16,83 | 90,91 | 0 | 100 | -1,745 | 4,543 | 0,81 | 0.000 |

n – liczba obserwacji; M – Średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; SKEW – współczynnik skośności; KURT – współczynnik kurtozy; S-W – wynik testu Shapiro – Wilka; p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie własne

Analizy wykazały słaby związek wieku z poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych ($\rho = -0,218$; $p = 0,017$ - Tabela VIII).

Tabela IX. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych z ich wiekiem

| Zmienna | wiek | |
|---|--------|-------|
| | ρ | p |
| poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych | -0,218 | 0,017 |

ρ - współczynnik korelacji rho Spearmana; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie własne

Analizy nie wykazały statystycznie istotnego związku między wykształceniem, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych ($\gamma = 0,165$; $p = 0,119$) - Tabela X.

Tabela XI. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych z ich wykształceniem

| Zmienna | wykształcenie | |
|---|---------------|-------|
| | γ | p |
| poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych | 0,165 | 0,119 |

γ - współczynnik korelacji Gamma; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie własne

Przeprowadzony test t wykazał statystycznie istotne, małe zależności pomiędzy płcią a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych ($t(117) = 2,112$; $p = 0,037$; $d = 0,391$). Badane osoby płci żeńskiej ($M = 86,79$; $SD = 14,20$) charakteryzował wyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych niż osoby płci męskiej ($M = 79,61$; $SD = 21,68$).

Wykonany test nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych ($t(117) = -0,269$; $p = 0,788$; $d = 0,050$). Osoby mieszkające w mieście ($M = 84,51$; $SD = 15,11$) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższym poziomem wiedzy na temat czynników żyłaków kończyn dolnych niż te z terenów wiejskich ($M = 85,41$; $SD = 20,22$).

Test t nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy stanem cywilnym, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($t(117) = -1,900$; $p = 0,060$; $d = 0,355$). Badane osoby samotne ($M = 80,21$; $SD = 20,93$) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych niż osoby w związku małżeńskim ($M = 86,63$; $SD = 14,62$).

Test t nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy a poziomem wiedzy na temat czynników żylaków kończyn dolnych ($t(117) = -0,328$; $p = 0,744$; $d = 0,060$). Osoby wykonujące pracę fizyczną ($M = 84,31$; $SD = 18,12$) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych niż osoby wykonujące pracę umysłową ($M = 85,33$; $SD = 15,44$) - Tabela XII.

Tabela XIII. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | Test t Studenta | | | |
|--------------------------|-----------------|----|-------|-------|-------|-----------------|-----|-------|-------|
| | | | | | | t | df | p | d |
| płeć | kobieta | 86 | 86,79 | 14,20 | 90,91 | 2,112 | 117 | 0,037 | 0,391 |
| | mężczyzna | 33 | 79,61 | 21,68 | 81,82 | | | | |
| miejsce zamieszkania | miasto | 81 | 84,51 | 15,11 | 90,91 | -0,269 | 117 | 0,788 | 0,050 |
| | wieś | 38 | 85,41 | 20,22 | 90,91 | | | | |
| stan cywilny | samotny | 34 | 80,21 | 20,93 | 81,82 | -1,900 | 117 | 0,060 | 0,355 |
| | zamężna/zamężny | 85 | 86,63 | 14,62 | 90,91 | | | | |
| rodzaj wykonywanej pracy | fizyczny | 62 | 84,31 | 18,12 | 90,91 | -0,328 | 117 | 0,744 | 0,060 |
| | umysłowy | 57 | 85,33 | 15,44 | 90,91 | | | | |

n – liczba obserwacji; M – Średnia; SD – odchylenie standardowe; Me - Mediana; t – wynik testu t Studenta; df – stopnie swobody; p – prawdopodobieństwo testowe; d – wielkość efektu d Cohena

Źródło: Opracowanie własne

Tabela XIV. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z wybranymi zmiennymi medycznymi

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | Test t Studenta | | | |
|---|-------|----|-------|-------|-------|-----------------|-----|-------|-------|
| | | | | | | t | df | p | d |
| przejsie badania diagnostycznego żylaków kończyn dolnych przez badanych | nie | 79 | 84,58 | 15,77 | 90,91 | -0,197 | 117 | 0,844 | 0,037 |
| | tak | 40 | 85,23 | 18,95 | 90,91 | | | | |
| chorowanie na żylaków kończyn dolnych przez badanych | nie | 73 | 84,43 | 18,09 | 90,91 | -0,296 | 117 | 0,768 | 0,057 |
| | tak | 46 | 85,38 | 14,78 | 90,91 | | | | |
| zachorowania na żylaków kończyn dolnych w rodzinie badanych | nie | 56 | 82,79 | 18,96 | 90,91 | -1,228 | 117 | 0,222 | 0,224 |
| | tak | 63 | 86,58 | 14,59 | 90,91 | | | | |

n – liczba obserwacji; M – Średnia; SD – odchylenie standardowe; Me - Mediana; t – wynik testu t Studenta; df – stopnie swobody; p – prawdopodobieństwo testowe; d – wielkość efektu d Cohena

Źródło: Opracowanie własne

Przeprowadzony test t nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy przejściem badania diagnostycznego żylaków kończyn dolnych przez badanych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($t(117) = -0,197$; $p = 0,844$; $d = 0,037$). Badane osoby, które nie przeszły badania ($M = 84,58$; $SD = 15,77$), charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych niż te, które badanie przeszły ($M = 85,23$; $SD = 18,95$). Przeprowadzony test t nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy chorobą żylaków kończyn dolnych u badanych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($t(117) = -0,296$; $p = 0,768$; $d = 0,057$). Chorujące osoby charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($M = 84,43$; $SD = 18,09$) niż osoby zdrowe ($M = 85,38$; $SD = 14,78$).

Test t nie wykazał statystycznie istotnych zależności między zachorowaniem na żylaki kończyn dolnych w rodzinie badanych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($t(117) = -1,228$; $p = 0,222$; $d = 0,224$). Badani, u których w rodzinie nie było zachorowań ($M = 82,79$; $SD = 18,96$) charakteryzowali się nieistotnie

niższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych niż osoby z grupy, w której zachorowania wystąpiły ($M = 86,58$; $SD = 14,59$) - Tabela XV.

Tabela XVI. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z odczuwaniem przez nich bólu

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | Mr | Test H Kruskala - Wallisa | | | |
|---|--------------|----|-------|-------|-------|-------|---------------------------|----|-------|----------|
| | | | | | | | H | df | p | η^2 |
| występowanie dolegliwości bólowych kończyn dolnych u badanych | nie | 33 | 82,37 | 19,81 | 81,82 | 55,48 | 0,829 | 1 | 0,362 | 0,001 |
| | tak | 86 | 85,73 | 15,56 | 90,91 | 61,73 | | | | |
| charakter występującego bólu u badanych | drętwienie | 36 | 84,60 | 14,05 | 90,91 | 56,79 | 5,561 | 3 | 0,135 | 0,022 |
| | klucie | 19 | 76,08 | 25,39 | 81,82 | 48,03 | | | | |
| | pieczenie | 35 | 85,45 | 16,08 | 90,91 | 61,24 | | | | |
| | rozpierający | 29 | 89,97 | 11,74 | 90,91 | 70,33 | | | | |

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me - mediana; Mr - średnia ranga; H – wynik testu H Kruskala - Wallisa; df – stopnie swobody; p – prawdopodobieństwo testowe; η^2 – wielkość efektu eta - kwadrat

Źródło: Opracowanie własne

Osoby, u których występowały dolegliwości bólowe charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych ($M = 85,73$; $SD = 15,56$; $Mr = 61,73$), niż osoby bez tych dolegliwości ($M = 82,37$; $SD = 19,81$; $Mr = 55,48$). Test H nie wykazał jednak, aby omawiane różnice były statystycznie istotne ($H(1) = 0,829$; $p = 0,362$; $\eta^2 = 0,001$).

W badanej próbie zależność między charakterem występującego bólu u badanych, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych kształtowała się następująco: najwyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych charakteryzował osoby odczuwające ból rozpierający ($M = 89,97$; $SD = 11,74$; $Mr = 70,33$), następnie ból jak pieczenie ($M = 85,45$; $SD = 16,08$; $Mr = 61,24$), a potem ból jak drętwienie ($M = 84,60$; $SD = 14,05$; $Mr = 56,79$). Najmniejszy poziom wiedzy wykazały osoby czujące ból kłujący ($M = 76,08$; $SD = 25,39$; $Mr = 48,03$). Wykonany test H nie

wykazał jednak, aby omawiane różnice były statystycznie istotne ($H(3) = 5,561$; $p = 0,135$; $\eta^2 = 0,022$).

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie zależności w grupie, pomiędzy występowaniem dolegliwości bólowych kończyn dolnych u badanych, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych. Przeprowadzone analizy nie wykazały również istotnych statystycznie zależności w grupie, pomiędzy charakterem występującego bólu u badanych, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych.

Najwyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych charakteryzował osoby stosujące dietę niskokaloryczną, bogatą w warzywa i owoce ($M = 88,10$; $SD = 12,93$), następnie osoby nie stosujące konkretnej diety ($M = 83,99$; $SD = 17,82$), najmniejszy poziom wiedzy charakteryzował osoby stosujące dietę mięsną ($M = 71,21$; $SD = 23,30$). Wykonana analiza wariancji (ANOVA) nie wykazała jednak, aby omawiane różnice były statystycznie istotne ($F(2, 116) = 2,937$; $p = 0,057$; $\eta^2 = 0,048$).

W analizowanej próbie zależność pomiędzy korzystaniem z solarium przez badanych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych prezentowała się następująco: wyższy poziom wiedzy na ten temat charakteryzował osoby korzystające z solarium ($M = 89,77$; $SD = 15,70$), natomiast niższy osoby niekorzystające z niego ($M = 84,44$; $SD = 16,91$). Test ANOVA nie wykazał jednak, aby omawiane różnice były statystycznie istotne ($F(1, 117) = 0,748$; $p = 0,389$; $\eta^2 = 0,006$).

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie zależności w grupie, pomiędzy stosowanym przez badanych rodzajem diety oraz korzystaniem z solarium przez badanych, a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych - Tabela XVII.

Tabela XVIII. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żyłaków kończyn dolnych z negatywnymi zachowaniami badanych

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | ANOVA | | | |
|---------------------------------------|--|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | | | | | | F | df | p | η^2 |
| stosowany przez badanych rodzaj diety | dieta mięsna | 6 | 71,21 | 23,30 | 63,64 | 2,937 | 2,116 | 0,057 | 0,048 |
| | dieta niskokaloryczna bogata w warzywa i | 42 | 88,10 | 12,93 | 90,91 | | | | |

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | ANOVA | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | | F | df | p | η^2 |
| | owoce | | | | | | | | |
| | nie stosuję konkretnej diety | 71 | 83,99 | 17,82 | 90,91 | | | | |
| korzystanie z solarium przez badanych | nie | 111 | 84,44 | 16,91 | 90,91 | 0,74 8 | 1, 117 | 0,38 9 | 0,00 6 |
| | tak | 8 | 89,77 | 15,70 | 95,45 | | | | |

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me - mediana; p – prawdopodobieństwo testowe; F– wynik analizy wariancji ANOVA; df – stopnie swobody; η^2 – wielkość efektu eta - kwadrat

Źródło: Opracowanie własne

W badanej grupie najwyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych charakteryzował osoby korzystające z literatury (M = 87,66; SD = 13,60; Mr = 64,57), następnie Internetu (M = 85,80; SD = 13,92; Mr = 60,00), a najniższy poziom wiedzy charakteryzował osoby korzystające z telewizji (M = 79,46; SD = 24,13; Mr = 55,26). Wykonany test Kruskala-Wallisa nie wykazał jednak, aby omawiane różnice były statystycznie istotne ($H(2) = 1,062$; $p = 0,588$; $\eta^2 = 0,008$).

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie zależności, pomiędzy źródłami wiedzy na temat żylaków kończyn dolnych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych - Tabela XIX.

Tabela XX. Związek poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z ich źródłami wiedzy

| Zmienna | Grupa | n | M | SD | Me | Mr | Test H Kruskala - Wallisa | | | |
|--|------------|----|-------|-------|-------|-------|---------------------------|----|-------|-----------|
| | | | | | | | H | df | p | η^2 |
| źródła wiedzy na temat żylaków kończyn dolnych | Internet | 64 | 85,80 | 13,92 | 90,91 | 60,00 | 1,062 | 2 | 0,588 | 0,00 8 |
| | literatura | 28 | 87,66 | 13,60 | 90,91 | 64,57 | | | | |
| | telewizja | 27 | 79,46 | 24,13 | 81,82 | 55,26 | | | | |

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me - mediana; Mr - średnia ranga; H – wynik testu H Kruskala - Wallisa; df – stopnie swobody; p – prawdopodobieństwo testowe; η^2 – wielkość efektu eta - kwadrat

Źródło: Opracowanie własne

DYSKUSJA

Żylaki kończyn dolnych należą do grupy chorób przewlekłych i cywilizacyjnych. W rzadkich przypadkach powodują zagrożenie życia pacjenta. Jednakże mając na uwadze ich wysoką częstotliwość występowania oraz zróżnicowaną symptomatologię stanowią poważny problem zdrowotny na całym świecie, a towarzyszące choroby powikłania obniżają jakość życia pacjentów [4]. Z badań przeprowadzonych przez Cierzniakowską i wsp. 90% ankietowanych uważało, że na ryzyko choroby zakrzepowo-żylnej wpływa otyłość, a 83% respondentów wskazało na długotrwale unieruchomione, środki antykoncepcyjne 40% oraz chorobę nowotworową 32% [5].

Analiza badań własnych wykazała, że respondenci do czynników ryzyka zaliczali głównie otyłość 94,12%, niską aktywność fizyczną 90,76%, palenie papierosów 86,55%, upały 82,35%, nadciśnienie tętnicze 78,99%, zaparcia 67,23%, a środki antykoncepcyjne 12,61%.

Badania prowadzone przez Aslam i wsp. wskazują, że za żylaki kończyn dolnych odpowiadają głównie wiek, płeć, obciążenie rodzinne, ciąża, wykonywana aktywność zawodowa, palenie tytoniu, otyłość, niska aktywność fizyczna, siedzący tryb życia, predyspozycje genetyczne i gospodarka hormonalna[2].

Na podstawie otrzymanych wyników badań można stwierdzić, że wiek, poziom wykształcenia, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny i rodzaj wykonywanej nie wpływa na poziom wiedzy respondentów na temat ryzyka kończyn dolnych. Odmienne wyniki otrzymała Michalik i wsp., gdzie mężczyźni wykazywali większy poziom wiedzy (65%) niż kobiety (35%), a także osoby z wykształceniem wyższym 66% [6].

Badania własne wykazały, że w ocenie subiektywnej 90,76% respondentów uważa, że posiada bardzo dobrą wiedzę na temat żylaków kończyn dolnych. Nie potwierdziła tego weryfikacja hipotezy głównej, która wykazała średni poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych. Do podobnych wniosków doszła Cierzniakowska i wsp. wskazując na niedostatki wiedzy w zakresie czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych [5]. Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie zależności w grupie, pomiędzy przejściem badania diagnostycznego żylaków kończyn dolnych przez badanych (40%), chorowaniem na żylaki kończyn dolnych (46%), zachorowaniem na żylaki kończyn dolnych w rodzinie badanych (63%), a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych.

WNIOSKI

1. Dane socjodemograficzne takie jak wiek, wykształcenie, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny i rodzaj wykonywanej pracy nie różnicują badanych pod względem poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych.
2. Nie wykazano zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z wybranymi zmiennymi medycznymi.
3. Nie odnotowano związku poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych z odczuwaniem przez nich bólem.
4. Rodzaj stosowanej diety nie różnicuje respondentów pod kątem poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych.
5. Korzystanie z literatury medycznej nie wpływa na poziom wiedzy na temat czynników ryzyka żylaków kończyn dolnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Stępką. A: Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia. Wyd. PZWL, Warszawa 2019.
2. Aslam M.R., Muhammad A. H., Ahmad K. et al.: Global impact and contributing factors in varicose vein disease development. *Sage Open Medicine* 2022; 10: 1-13.
3. Narbutt J., Bowszyc-Dmochowska M., Kapińska-Mrowiecka M. i wsp.: Przewlekła niewydolność żylna – epidemiologia, klasyfikacja i obraz kliniczny. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegląd Dermatologiczny* 2018;105(4):473-485.
4. Vuylsteke M.E., S. Thomis S., Guillaume G. et al.: Epidemiological study on chronic venous disease in Belgium and Luxembourg: prevalence, risk factors, and symptomatology. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 49: 432-439.
5. Cierzniaowska K, Kozłowska E, Komidzińska M. et al.: Assessment of patients' knowledge about venous thromboembolism. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2016;10(2):92-98.
6. Michalik J., Grzelak I., Wolski D., et al. Analysis of patient knowledge on interdisciplinary care and self-care in venous leg ulcers. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(8): 355-366.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH NA BORELIOZĘ

Beata Zams¹, Magdalena Brodowicz-Król², Anna Żygawska³, Agnieszka Szalach³

1. *Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*
2. *Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego.*
3. *Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*

WSTĘP

Choroba z Lyme, nazywana Boreliozą, jest najczęściej diagnozowaną chorobą odkleszczową na świecie. Przewiduje się, że do roku 2050 w Europie zakażonych nią będzie ponad 134 milionów osób. W Polsce zachorowania występują sezonowo, najczęściej wiosną i na początku lata i są związane z rosnącą w tym okresie aktywnością kleszczy. Na obszarze kraju odnotowani w 2022 roku 17 369 przypadków zachorowania na boreliozę, do szpitali trafiło 776 osób. Borelioza jest jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób zawodowych w Polsce. Do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę zalicza się mieszkańców i pracowników obszarów leśnych. Wśród najbardziej narażonych zawodów wymienia się pracowników leśnych, myśliwych, rolników oraz żołnierzy. Nieleczona lub leczona nieprawidłowo borelioza stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia chorego. Choć rzadko bywa bezpośrednią przyczyną śmierci, to jej przewlekłe powikłania przyczyniają się od obniżenia jakości życia, zwiększenia absencji chorobowej oraz mogą być przyczyną rozwoju depresji. Borelioza to choroba wielonarządowa, wywoływana przez krętki z rodzaju *Borellia*. Do zakażenia dochodzi najczęściej poprzez ugryzienie kleszcza, ale również meszki, muchy końskiej i innych owadów kłujących [1]. Choroba charakteryzuje się zajęciem skóry, stawów, mięśnia sercowego i układu nerwowego [2,3,4]. Borelioza jest uznawana za najczęstszą chorobę odkleszczową na świecie. Najwięcej zachorowań występuje na półkuli północnej [5].

CEL PRACY

W pracy podjęto próbę dokonania oceny jakości życia osób chorych na boreliozę i jej zróżnicowania ze względu na wybrane czynniki demograficzne i zdrowotne.

MATERIAŁ I METODY

Do przygotowania formularza internetowego wykorzystano narzędzie Microsoft Forms. Badanie prowadzono wśród funkcjonariuszy Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej oraz członków ich rodzin w terminie od 16 października do 10 listopada 2023 roku. Kwestionariusz ankiety rozprowadzono za pomocą komunikatora WhatsApp. Link zamieszczono w zamkniętej grupie Straży Granicznej – „Nadbużański oddział Straży Granicznej – Pluton 21”. Kwestionariusze wypełniło 121 osób. Z tej puli ze względu na błędy lub niepełne dane odrzucono 2 ankiety. Badanie przeprowadzono na próbie 119 chorujących na boreliozę funkcjonariuszy Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej oraz członków ich rodzin. Do gromadzenia danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystaną techniką badawczą było ankietowanie, a narzędziami badawczymi: standaryzowany kwestionariusz do oceny jakości życia WHOQOL-Bref oraz autorski kwestionariusz ankiety, który posłużył do gromadzenia danych socjodemograficznych i zdrowotnych. W analizie statystycznej wykorzystano test U Manna-Whitneya test rangowy Kruskala-Wallis’a.

WYNIKI

Tab. 1. Zróżnicowanie badanej grupy ze względu na płeć

| Kategoria | N | % |
|-----------|-----|-------|
| Kobieta | 65 | 54,6 |
| Mężczyzna | 54 | 45,4 |
| Ogółem | 119 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Badanie przeprowadzono na próbie 119 chorujących na boreliozę funkcjonariuszy Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej oraz członków ich rodzin. W badanej grupie przeważały kobiety, które stanowiły 54,6% wszystkich uczestników badania.

Tab. 2. Zróżnicowanie badanej grupy ze względu na wiek

| Kategoria | N | % |
|-------------|-----|-------|
| 21 – 30 lat | 46 | 38,7 |
| 31 – 40 lat | 24 | 20,2 |
| 41 – 50 lat | 22 | 18,5 |
| 51 – 60 lat | 27 | 22,7 |
| Ogółem | 119 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Pod względem wieku dominowali respondenci 21-30 letni. Ich odsetek wynosił 38,7%. W badanej grupie znajdowało się ponadto 22,7% respondentów w wieku 51-60 lat, 20,2% ankietowanych z przedziału wiekowego 31-40 lat. Najmniejszą grupę – 18,5%, stanowili uczestnicy badania w wieku od 41 do 50 lat.

Tab.3. Zróżnicowanie badanej grupy ze względu na wykształcenie

| Kategoria | N | % |
|------------|-----|-------|
| Podstawowe | 24 | 20,2 |
| Zawodowe | 14 | 11,8 |
| Średnie | 41 | 34,5 |
| Wyższe | 40 | 33,6 |
| Ogółem | 119 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Analiza zróżnicowania respondentów ze względu na poziom wykształcenia wykazała, że najliczniejszą grupą byli uczestnicy badania posiadający wykształcenie średnie. Stanowili oni 34,5% wszystkich ankietowanych. Drugą pod względem liczebności grupą byli absolwenci uczelni wyższych. Ich odsetek wynosił 33,6%. W badanej populacji znajdowało się ponadto 20,2% respondentów z wykształceniem podstawowym i 11,8% ankietowanych, którzy mieli wykształcenie zawodowe.

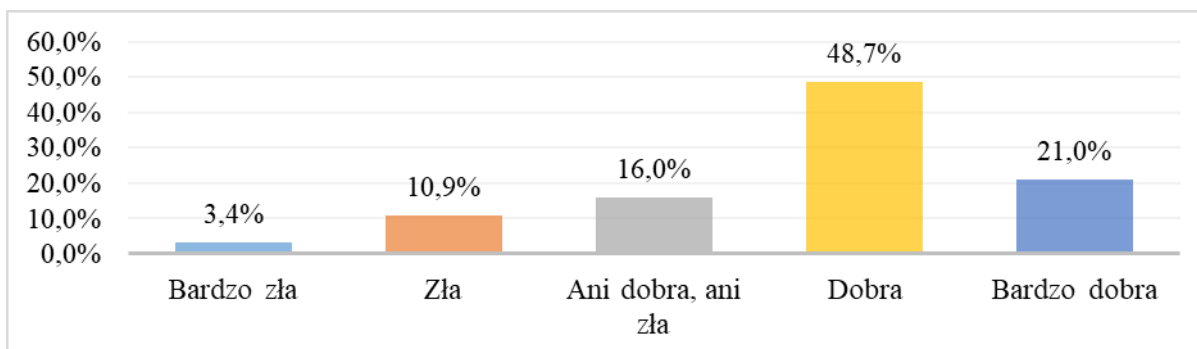
Tab. 4. Ogólna ocena jakości życia pacjentów

| Kategoria | M | SD | ME | MIN | MAX |
|----------------------------|------|------|------|-----|-----|
| Ogólna ocena jakości życia | 3,73 | 1,02 | 4,00 | 1 | 5 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Analizując uzyskane wyniki, w badaniu własnym ustalono, że ogólna ocena jakości życia obliczona dla całej badanej grupy wyniosła $M=3,73$ punktu, przy czym wyniki poszczególnych uczestników badania były rozrzucone wokół średniej średnio o 1,02 punktu. Minimalny wynik uzyskany przez uczestnika badania wynosił 1 punkt, a maksymalny – 5 punktów. Wartość mediany wskazywała, że połowa uczestników badania uzyskała, co najmniej 4 punkty. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że subiektywna ocena ogólnej jakości życia chorych na boreliozę jest dobra.

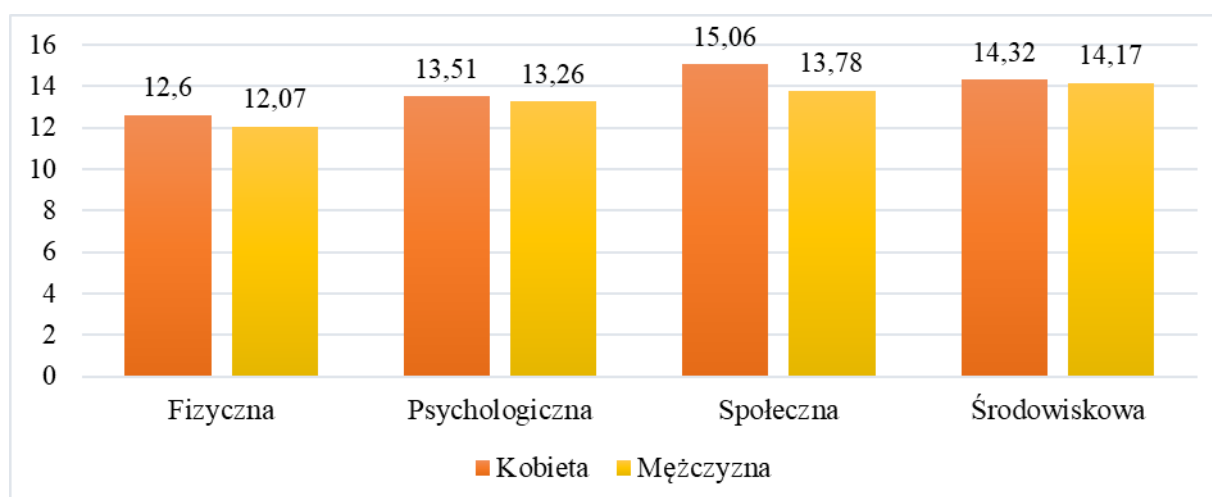
Wyk. 1. Ogólna ocena jakości życia pacjentów na skali porządkowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Na podstawie wyników badania własnego ustalono, że największa część respondentów oceniła ogólną jakość życia dobrze – 48,7% lub bardzo dobrze – 21,0%. Ani dobrze, ani źle ogólną jakość życia oceniło 16,0% ankietowanych, ocenę złą przyznało 10,9%, a bardzo źle ogólną jakość życia oceniło 3,4% uczestników badania.

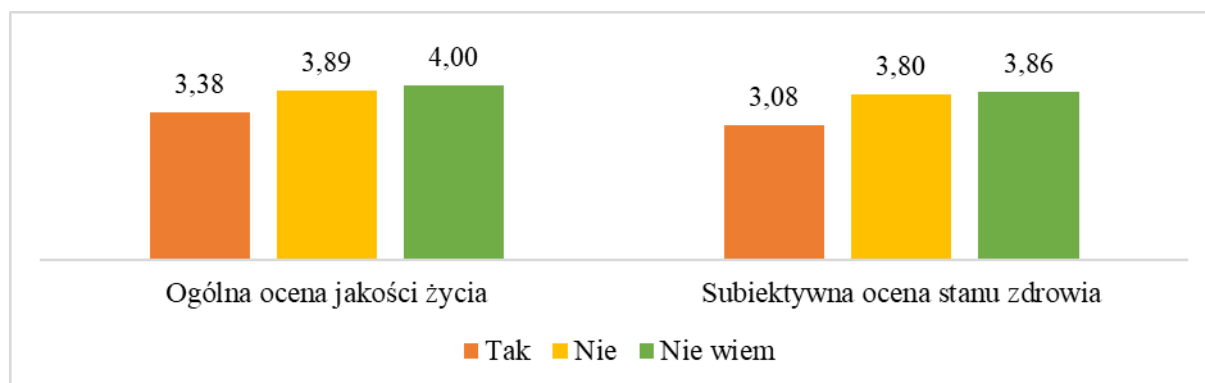
Wyk. 2. Zróznicowanie poziomu jakości życia ze względu na płeć respondentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

W następnej kolejności sprawdzono, czy poziom jakości życia chorych na boreliozę zależy od wybranych czynników socjodemograficznych. Pod uwagę wzięto takie czynniki, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia respondentów. Analiza statystyczna wyników wykazała, że płeć wpływała istotnie tylko na jakość życia w domenie społecznej, gdzie średni wynik w grupie kobiet ($M=15,06$; $SD=3,09$) był wyższy niż średnia obliczona dla mężczyzn ($M=13,78$; $SD=3,81$). Różnica była istotna statystycznie ($p=0,049$). W pozostałych domenach jakości życia nieznacznie wyższe średnie wyniki uzyskiwały kobiety, jednak różnice nie były istotne statystycznie - domena fizyczna ($p=0,315$), psychologiczna ($p=0,533$), środowiskowa ($p=0,455$)

Wyk. 3. Zróznicowanie ogólnej oceny jakości życia i subiektywnej oceny stanu zdrowia ze względu na występowanie rumienia wędrującego



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Czynnikiem, który istotnie statystycznie różnicował ogólną oceną jakości życia, ($p=0,016$) oraz subiektywną oceną stanu zdrowia, ($p=0,002$) była świadomość uczestników badania dotycząca wystąpienia rumienia wędrującego. Najlepiej jakość życia oceniali respondenci, którzy nie wiedzieli, czy pojawił się u nich rumień wędrujący ($M=4,00$; $SD=1,11$), a najgorzej ankietowani, u których rumień wystąpił ($M=3,38$; $SD=1,05$). Podobnie stan swojego zdrowia najlepiej oceniali chorzy, którzy nie mieli świadomości co do tego, czy wystąpił u nich rumień wędrujący ($M=3,86$; $SD=1,10$), a najgorzej ankietowani, u których rumień się pojawił ($M=3,08$; $SD=1,05$).

DYSKUSJA

W realizowanym badaniu własnym wykazano, że osoby, które chorują na boreliozę, dobrze oceniają jakość swojego życia. Średnia ocena w badanej grupie wynosiła, $M=3,73\pm 1,02$ punktu i mieściła się w granicach oceny dobrej. Ogólna ocena jakości życia większości uczestników badania (69,7%) była dobra lub bardzo dobra. W badaniu Kotarskiego (2018) przeprowadzonym z wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL-Bref na 618 mieszkańcach Rzeszowa w wieku od 18 do 75 lat wykazano, że średnia ocena jakości życia w badanej populacji wynosiła $M=3,90\pm 0,71$. Dobrze lub bardzo dobrze jakość życia oceniło 69,7% uczestników badania [6]. Gnacińska-Szymańska i wsp. ustaliły, że w populacji 51 osób z podwyższoną masą ciała, które zgłosiły się do poradni przy Zakładzie Żywienia Klinicznego i Dietetyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ogólna jakość życia wynosiła średnio $3,84 \pm 0,97$. Osoby zadowolone lub bardzo zadowolone z jakości życia stanowiły 74,4% ogółu badanych [7]. Walniczek (2021) po przebadaniu 100 pacjentów ze zdiagnozowaną łuszczycą, leczonych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu w okresie od listopada 2018 roku do grudnia 2020 roku, udowodniła, że średnia ocena jakości życia dokonana przez ankietowanych wynosiła 3,56 punktu ($SD= 0,82$) Dobrze i bardzo dobrze jakość swojego życia oceniło 55% badanej grupy [8]. Gorzej stan swojego zdrowia oceniali pacjenci z podwyższoną masą ciała, gdzie średnie ocena wynosiła $3,11\pm 0,99$, a dobrze lub bardzo dobrze stan zdrowia oceniało 62,7% badanych [7].

Zdecydowanie gorzej swój stan zdrowia oceniali również pacjenci ze zdiagnozowaną łuszczycą $M=2,73\pm 0,94$ [8]. Domena psychologiczna dotyczy oceny wyglądu fizycznego, samooceny, pozytywnych i negatywnych emocji oraz religii, przekonani stopnia posiadanej wiedzy oraz umiejętności jej pozyskiwania. Najniższej jakości życia ankietowanie pracownicy NSOG oceniali w domenie fizycznej ($M=12,36\pm 2,45$), która odnosi się do odczuć bólowych, energii, zmęczenia, snu lub wypoczynku. Podobne wyniki uzyskała Walniczek w badaniu

jakości życia pacjentów chorych na łuszczycę. Tam też respondenci najwyższy poziom jakości życia odczuwali w domenie społecznej, a najgorzej w dziedzinie fizycznej. Jednak średnia ocena jakości życia w domenie fizycznej dokonana przez pacjentów z łuszczycą była nieco wyższa niż w grupie pracowników NOSG $M=13,17\pm 2,97$ [8]. Także w badaniu Kurpas, Czech i Mroczek, przeprowadzonym na 98 pacjentach ze zdiagnozowaną cukrzycą, u wszystkich ankietowanych największe zadowolenie z życia zaobserwowano w dziedzinie społecznej. Jednak w tym badaniu najgorszą jakość życia respondenci odczuwali w domenie psychologicznej [9]. Z kolei w badaniu Kotarskiego wykazano, że mieszkańcy Rzeszowa najwyższą jakość życia odczuwali w domenie psychologicznej, $M=16,05$, nieco niższą w domenie społecznej, $M=15,94$ i domenie fizycznej, $M=15,93$, a najniższą jakość życia w domenie środowiskowej, $M=14,74$ [6]. Niska ocena jakości życia w domenie fizycznej dokonana przez chorujących na boreliozę pracowników NOSG i członków ich rodzin częściowo można wytłumaczyć tym, że większość uczestników badania własnego to osoby czynne zawodowo, które na co dzień wykonują swoje obowiązki zawodowe, często w trudnym terenie i w niesprzyjających warunkach atmosferycznych. Praca funkcjonariuszy Straży Granicznej, szczególnie ta bezpośrednio związana z ochroną granicy, wymaga wysokiej sprawności fizycznej, a ta, w przypadku osób chorych na boreliozę może być w znacznym stopniu ograniczona. Dyskomfort i ból odczuwany podczas pełnienia codziennych obowiązków może wpływać na gorszą ocenę jakości życia w dziedzinie fizycznej.

W badaniu własnym starano się także ustalić, czy na ocenę jakości życia pracowników NOSG i członków ich rodzin wpływają wybrane czynniki socjodemograficzne. Wykazano, że płeć różnicowała jakość życia wyłącznie w domenie społecznej ($p=0,058$), gdzie średni wynik uzyskany przez kobiety był wyższy od średniej obliczonej dla mężczyzn ($M=15,06\pm 3,09$ v $13,78\pm 3,81$). Nie wpływała również istotnie statystycznie na ogólną ocenę jakości życia ($p=0,440$) i na subiektywną ocenę stanu zdrowia ($p=0,221$). Wiek różnicował jakość życia we wszystkich analizowanych domenach: fizycznej ($p=0,001$), psychologicznej ($p=0,001$), społecznej ($p=0,001$) i środowiskowej ($p=0,001$). W sferze fizycznej najwyższy poziom jakości życia zidentyfikowano w grupie respondentów 41-50 letnich ($13,18\pm 1,89$). Ta grupa wiekowa odczuwała też największą jakość życia w domenie psychologicznej ($14,41\pm 1,97$). W pozostałych domenach największą jakość życia odczuwali respondenci w wieku 21-30 lat. Średni wynik uzyskany przez tą grupę ankietowanych w sferze społecznej wynosił ($15,54\pm 3,58$), a w domenie środowiskowej ($15,24\pm 3,06$). Natomiast najgorszą jakość życia we wszystkich domenach odczuwali najstarsi uczestnicy badania w wieku 51-60 lat, którzy

uzyskiwali średnie wyniki na poziomie: w domenie fizycznej ($10,78 \pm 2,55$), psychologicznej ($11,19 \pm 1,62$), społecznej ($12,19 \pm 2,37$) i w domenie środowiskowej ($12,26 \pm 1,58$). Wiek wpływał istotnie statystycznie również na subiektywną ocenę stanu zdrowia ($p=0,002$). Najlepiej swoje zdrowie oceniali respondenci w wieku 41-50 lat ($3,86 \pm 0,94$), a najgorzej ankietowani w wieku 51-60 lat ($2,89 \pm 1,01$). Nie determinował jednak ogólnej oceny stanu zdrowia ($p=0,106$). Podobne wyniki uzyskano również w badaniu Koterskiego [10] i Walniczek [8].

W badaniu Koterskiego wykazano także, podobnie, jak w badaniu własnym, że wiek był czynnikiem, który istotnie statystycznie różnicował ogólną ocenę jakości życia. Odmiennie autor ten wykazał, że wiek determinował także samoocenę stanu zdrowia mieszkańców Rzeszowa [6]. Najlepiej swoje zdrowie oceniali respondenci z wykształceniem wyższym ($3,83 \pm 0,90$) a najgorzej uczestnicy badania, którzy posiadali wykształcenie podstawowe ($2,96 \pm 1,16$). Poziom wykształcenia nie warunkował istotnie statystycznie ogólnej oceny jakości życia ($p=0,062$). Wpływ wykształcenia na jakość życia we wszystkich jej domenach wyszczególnionych w kwestionariuszu WHOQOL Bref wykazała także Walniczek. Z badań autorki wynika, że osoby lepiej wykształcone lepiej oceniają poszczególne dziedziny jakości życia niż osoby o niższym poziomie wykształcenia, a najwyraźniej zależność tą widać w przypadku dziedziny fizycznej oraz społecznej [6]. Wpływ wykształcenia na jakość życia wykazali również Pawłowska-Cyprysiak i wsp. [11].

W badaniu przeprowadzonym za pomocą kwestionariusz SG-36 na grupie 426 osób niepełnosprawnych ruchowo w wieku 18–65 lat, pochodzących z różnych części Polski, autorzy ustalili, że niższy poziom wykształcenia wpływał na gorszą ocenę jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i zdrowia psychicznego oraz własnego samopoczucia [11].

Wpływ miejsca zamieszkania na poziom jakości życia potwierdzają także badania Pawłowskiej-Cyprysiak i wsp. Autorzy wykazali w nich, że im mniejsza miejscowość, w której mieszkały osoby niepełnosprawne, tym gorsza była ocena własnego zdrowia fizycznego, zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego oraz gorsza ocena własnej witalności [11]. Z doniesień naukowych wynika, że jakość życia uwarunkowana jest również czasem trwania choroby. Osoby, które chorują dłużej, odczuwają mniejszą jakość życia od tych, u których choroba trwa krócej [11]. Jednak można spotkać się również z opinią, że pacjenci, którzy chorują dłużej, są lepiej przystosowani do niedogodności związanych z chorobą, co może przyczyniać się do ich lepszej oceny jakości życia [12]. Na jakość życia u osób, które chorują, dłużej może wpływać także poziom akceptacji choroby. W badaniach Uchmanowicz

i wsp. wykazano, że u pacjentów z niewydolnością serca wzrasta jakość życia wraz ze wzrostem akceptacji choroby. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych [13]. Ogólna ocena jakości życia była najwyższa w grupie uczestników badania, którzy chorowali krócej niż rok ($4,03 \pm 0,94$), a najniższa wśród respondentów chorujących dłużej niż 10 lat ($3,06 \pm 1,09$). Podobnie, stan swojego zdrowia najgorzej oceniali respondenci chorujący na boreliozę dłużej niż 10 lat ($3,89 \pm 0,88$), a najlepiej tacy, którzy chorowali nie dłużej niż rok ($2,76 \pm 1,09$). Pogarszanie się jakości życia pacjentów wraz ze wzdluzaniem się czasu trwania choroby zaobserwowała także Walniczek w przypadku pacjentów chorych na łuszczycę [8]. Wyniki badania własnego wydają się wskazywać, że wśród chorych na boreliozę pracowników NOSG i członków ich rodzin wyższy poziom jakości życia odczuwają ci, którzy nie zostali ukąszeni przez kleszcza oraz tacy, w których nie wystąpił rumień wędrujący. Może to wskazywać między innymi na to, iż u tych respondentów rozwinęły się inne, łagodniejsze postaci boreliozy lub na lepszą reakcję organizmu na zaaplikowane leczenie u tej grupy ankietowanych. Podsumowując, należy stwierdzić, że chorujący na boreliozę pracownicy NOSG i członkowie ich rodzin dobrze oceniają swoją jakość życia i stan swojego zdrowia jednak oceny te są zróżnicowane i zależą zarówno od czynników socjodemograficznych, jak i zdrowotnych.

WNIOSKI

Jakość życia pacjentów chorych na boreliozę jest dobra.

1. Osoby chore na boreliozę dobrze oceniają swój stan zdrowia i jakość życia.
2. Najwyższą jakość życia osoby chore na boreliozę odczuwają w domenie środowiskowej, a najniższą w domenie fizycznej.
3. Wiek i wykształcenie wpływają istotnie statystycznie na wszystkie domeny jakości życia, miejsce zamieszkania wpływa jedynie na jakość życia w domenie psychologicznej, a płeć warunkuje poziom jakości życia w domenie środowiskowej. Ogólna ocena jakości życia jest determinowana miejscem zamieszkania i wiekiem, a na subiektywną ocenę stanu zdrowia wpływa miejsce zamieszkania i wykształcenie.
4. Ogólna ocena jakości życia jest warunkowana takimi czynnikami jak czas trwania choroby, wystąpienie rumienia wędrującego i ukąszenie przez kleszcza. Subiektywna ocena stanu zdrowia zależy od czasu trwania choroby i wystąpienia rumienia wędrującego. Czas trwania choroby i wystąpienie rumienia wędrującego determinują jakość życia we wszystkich jej domenach, ukąszenie przez kleszcza wpływa na jakość życia w domenach fizycznej, psychologicznej i środowiskowej, a wystąpienie

boreliozy w rodzinie nie wpływa na żaden z analizowanych aspektów jakości życia i na ocenę stanu zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Podstawka M., Giza E.: Borelioza jako choroba zawodowa rolników. Ocena trendu wzrostu zachorowań w latach 2009-2019, *Studia Ekonomiczne i Regionalne* 2023;16(1):99-117.
2. Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza). Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020.
3. Pancewicz S., Moniuszko-Malinowska A., Gerlicki A., Grygorczuk S., Czupryna P., Dunaj J.: Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme. Standardy Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych 2018, http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2018/11/borelioza_z_lyme_2018.pdf, [dostęp: 15.11.2023].
4. Lonser P., Koper W., Kwiatkowska J., Rajewski P., Rajewski P.: Borelioza w praktyce lekarza POZ, *Lekarz POZ* 2023;4:226-231.
5. Płusa T.: Aktualne zagrożenie zakażeniem *Borrelia burgdorferi*, *Lekarz POZ* 2018; 3: 227-237
6. Kotarski H.: Determinanty jakości życia i zadowolenia z życia mieszkańców polskiego miasta, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2018; 534: 33-43.
7. Gnacińska-Szymańska M., Dardzińska JA., Majkiewicz M., Małgorzewicz S.: Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-Bref, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2012; 8(4):136–142.
8. Waliniczek P.: Ocena jakości życia pacjentów z łuszczycą. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021.
9. Kurpas D., Czech T., Mroczek B.: Jakość życia pacjentów z cukrzycą, – jakie znaczenie mają powikłania? *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14(2): 177–181.
10. Panek T.: Jakość życia. Od koncepcji do pomiaru, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna w Warszawie, Warszawa, 2016.

11. Pawłowska-Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk-Zreda D.: Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo, *Medycyna Pracy* 2013; 64(2):227-237.
12. Basińska M.A., Kasprzak A.: Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012; 99:692–700.
13. Uchmanowicz I., Pieniacka M., Kuśnierz M., Jankowska-Polańska B.: Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015; 23(1):69-74

OPIEKA NAD NOWORODKIEM PRZEDWCZEŚNIE URODZONYM - STUDIUM PRZYPADKU

Agnieszka Dombrowska-Pali¹, Aleksandra Girzyńska², Marzena Kaźmierczak¹

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w 2023 roku 7,18% wszystkich urodzeń to urodzenia przedwczesne. Dla porównania odsetek wcześniaków w 2022 roku wynosił 7,35%, a w 2021 roku – 7,37% [1]. Powodów do konieczności przedwczesnego ukończenia ciąży jest wiele m.in.: zakażenia wewnątrzmaciczne, wady łożyska, przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, czy też choroby matki podczas ciąży. Bezwzględna potrzeba natychmiastowego zakończenia ciąży wiąże się z porodem niedojrzałego noworodka - wcześniaka. Noworodki urodzone przedwcześnie to szczególna grupa dzieci wymagająca stałej i szczególnej opieki. Najczęstszymi powikłaniami noworodków urodzonych przedwcześnie są: niedotlenienie, prowadzące w następstwie do krwawień do- i okołokomorowych, zespół zaburzeń oddychania oraz martwicze zapalenie jelit. Skrajne wcześniaki to dzieci urodzone na granicy przeżywalności, a ich urodzeniowa masa ciała może znajdować się w granicach nawet do 500 g. Dzieci te są całkowicie nieprzystosowane do życia pozapłodowego.

CEL PRACY

Celem pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 53/2022 przy Collegium Medicum w Bydgoszczy oraz pisemną zgodę od opiekuna prawnego noworodka. Studium przypadku noworodka przedwcześnie urodzonego zostało opracowane na podstawie analizy dokumentacji medycznej, wywiadu oraz obserwacji położniczej. Dzięki metodzie

indywidualnego przypadku, możliwe było zidentyfikowanie problemów pielęgnacyjnych, występujących u dziecka.

WYNIKI

Noworodek płci żeńskiej urodzony w 27. tygodniu ciąży ze skrajnie niską masą urodzeniową 500g, długość ciała: 32 cm., obwód głowy: 15 cm, obwód barków: 13 cm. Ocena w skali Apgar: 1 min- 1 pkt, 3 min- 3 pkt, 5 min- 6 pkt, 10 min- 8 pkt. Noworodek bezpośrednio po wydobyciu, odpępniony, kikut pępowiny zabezpieczony. Okryty polietylenową folią i przekazany w Oddział Intensywnej Terapii Noworodka. Ze względu na stan noworodka niemożliwy był kontakt noworodka z matką skóra do skóry. Poziom nasycenia krwi tlenem dziecka podczas całej hospitalizacji na OITN utrzymywał się na poziomie od 46% do 98%. Po urodzeniu od pierwszych minut z powodu słabego napędu oddechowego wprowadzono wentylację Neopuff z FiO_2 0.3-0.4-0.3 pod stałą kontrolą saturacji. Noworodek z powodu znacznego wysiłku fizycznego w 5 minucie zaintubowany. Wyniki gazometrii z krwi pępowinowej: pH 7,345; pCO_2 36,10 mmHg; HCO_3 19,20; BE(B) - 5,50; pO_2 70,10 mmHg. Leukocyty 5,70 tys/ul; Erytrocyty 4,39 mln/ul; Hemoglobina 16,50 g/dl; Hematokryt 50,90 %. W badaniu RTG po urodzeniu cechy ZZO- Zespół Zburzeń Oddychania II stopnia. W 2. godzinie podano surfaktant ze względu na zapotrzebowanie na tlen. Od 4. godziny życia zastosowano wentylację nieinwazyjną PC-CMV, następnie nCPAP z max FiO_2 35%. Dziecko wydolne krążeniowo. W badaniu ECHO bez strukturalnej wady serca, obecny drożny przewód owalny. Z uwagi na niedokrwistość noworodek w 5. dobie życia wymagał transfuzji KKCz 0 Rh (+) dodatni. Badanie ultrasonograficzne głowy w 8. dobie życia wykazało słabo widoczną przegrodę przezroczystą. Tkanka mózgowa z cechami znacznego wcześniactwa, bez zmian ogniskowych. Układ komorowy nieposzerzony. Płynowe przestrzenie przymózgowe prawidłowej szerokości. U noworodka od 1. do 30. doby stosowano żywienie parenteralne drogą naczyń centralnych z dostępu obwodowego. Żywienie enteralne pokarmem matki prowadzone od 2. doby życia. Poziom glikemii w normie. W 16. dobie życia cechy infekcji wtórnej- posocznica odcewnikowa o etiologii *Staphylococcus epidermidis*. W leczeniu stosowano Meronem 10 mg, co 8h oraz Vancomycynę 10 mg, co 6h przez 10 dni. Z uwagi na wysokie wykładniki zapalne wykonano punkcje lędźwiową w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie ogólne i bakteriologiczne nie wykazało infekcji OUN. W badaniu okulistycznym stwierdzono cechy retinopatii wcześniaczej 2. stopnia. W czasie hospitalizacji obraz ultrasonograficzny jamy brzusznej prawidłowy.

Wykluczono zakażenie cytomegalowirusem. Niewielka przepuklina pępkowa, leczona zachowawczo. Na OITN po urodzeniu noworodka wykonano szczepienie WZW typu B. Dziecko zakwalifikowano do programu profilaktyki zakażeń wirusem RSV- ang, Respiratory Syncytial Virus, bakteria wywołujący zakażenie dróg oddechowych.

1. **Diagnoza pielęgnarska:** Skrajnie niska masa urodzeniowa dziecka związana z ukończeniem ciąży w 27. tygodniu.

Cel opieki: Stosowanie pokarmu o właściwej wartości kalorycznej, zapewniającej prawidłowy wzrost masy ciała dziecka.

Interwencje pielęgnarskie:

- Prawidłowe odżywianie wcześniaka jest podstawowym warunkiem dobrego rokowania. Należy ustalić odpowiednie karmienia noworodka. Zapewnienie stałego rytmu żywienia co 2-3h. Podczas żywienia noworodka mlekiem matki wzmacnianie go HMF (ang. human milk fortifier-wzmacniacz mleka kobiecego). Zwiększenie podaży białka w diecie [2]. Niezwykle ważnym elementem prawidłowego żywienia wcześniaka jest podaż siary-pierwsze wydzielane mleko kobiece dostarczane noworodkowi w pierwszych godzinach życia. Pierwszą siarę najlepiej odciągnąć ręką do strzykawki bezpośrednio z brodawki. Podawać wcześniakowi w kroplach bezpośrednio na śluzówki jamy ustnej [3].
- Monitorowanie masy ciała. Codzienne ważenie noworodka oceniające efekty wzrostu masy ciała. Zapewnienie prawidłowego przyrostu masy ciała od 15 do 20 g/kg/dobę [2].
- Zapewnienie komfortu cieplnego oraz delikatności w wykonywanych czynnościach.
- Ocena oddanego moczu, ilości oraz wyglądu stolca.

Ocena efektów działania: Noworodek jest odpowiednio odżywiany. Zapewniona kontrola żywieniowa pozwoliła noworodkowi prawidłowo zwiększać masę ciała zgodnie z normami.

2. **Diagnoza pielęgnarska:** Ryzyko podrażnienia i uszkodzenia skóry oraz jamy ustnej noworodka spowodowane licznymi wykonywanymi procedurami.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniej higieny ciała oraz pielęgnacja skóry noworodka.

Działania pielęgnarskie:

- Postępowanie według zasad aseptyki przez personel medyczny. Dezynfekcja rąk przed i po wykonaniu każdej czynności medycznej. Stosowanie jednorazowych rękawic ochronnych oraz fartuchów podczas pielęgnacji, w celu zminimalizowana ryzyka podrażnienia.

- Szczegółowa ocena stanu jamy ustnej oraz nosowej noworodka.
- Toaleta jamy ustnej na OITN powinna być wykonywana nie rzadziej niż dwa razy dziennie lub co 6–8 godzin, a nawilżanie śluzówek, co 2 godziny. U dzieci zaintubowanych i otrzymujących tlenoterapię bierną czynności pielęgnacyjne powinno wykonywać się częściej [4].
- Noworodkowi należy podawać mleko kobiece, siarę w kroplach bezpośrednio na śluzówki jamy ustnej.
- Toaletę jamy nosowej należy włączyć do rutynowych procedur wykonywanych u pacjentów w stanie ciężkim oraz obowiązkowo przed założeniem zgłębnika żołądkowego przez nos.
- Zaleca się pozycjonowanie pacjenta z uniesieniem wezglowia łóżka pod kątem 30–45°. Pozycja taka redukuje ryzyko aspiracji treści z żołądka oraz umożliwia drenaż wydzieliny z jam nosowych.
- Niezbędne jest utrzymanie prawidłowego bilansu płynów oraz wsparcia żywieniowego pokrywającego zapotrzebowanie kaloryczne pod względem ilościowym i jakościowym. Ma to zasadniczy wpływ na kondycję jamy ustnej.
- Wszystkie działania związane z pielęgnacją jamy ustnej powinny być dokumentowane, począwszy od oceny stanu wyjściowego jamy ustnej z rozpoznaniem zmian, poprzez podjęcie interwencji według ustalonego protokołu i monitorowanie zmian, aż po ocenę i ewaluację podjętych działań.
- Należy ograniczyć stosowanie środków złuszczących skórę noworodka oraz stosować ciepłą i jałową wodę w celu pielęgnacyjnym. Do mycia stosować emolienty o neutralnym pH, w celu niepodrażnienia naskórka [4].
- Zminimalizowanie używania środków odkażających zawierających alkohol.
- Ograniczenie stosowania środków mocujących tj.: przylepce. Stosować elektrody żelowe [5].
- Ochrona przed nadmierną utratą wody. Nawilżanie skóry noworodka kremami zabezpieczającymi skórę oraz umieszczenie wcześniaka w cieplarce o wilgotności względnej >60% [5].
- Edukacja rodziców wcześniaka na temat pielęgnacji skóry oraz jamy ustnej po wypisie ze szpitala. Obserwacja noworodka w celu wykrycia pierwszych objawów atopowego zapalenia skóry. W przypadku zauważania podrażnień oraz świądu skóry, konieczna konsultacja lekarska. Zalecenie kąpieli noworodka z dodatkiem mleka matki w celu

dostarczenia skórze odpowiednich witamin, minerałów oraz składników odżywczych. Mleko kobiece zapobiega podrażnieniom i zapewnia barierę ochronną.

Ocena efektów działania: Podjęta działania pielęgnacyjne nie doprowadziły do uszkodzeń oraz podrażnień skóry noworodka. Stan jamy ustnej poprawił się poprzez zastosowanie odpowiedniej higieny.

3. **Diagnoza pielęgnarska:** Posocznica wywołana *Staphylococcus epidermidis* związana z zakażeniem szpitalnym.

Cel opieki: Zastosowanie szybkiej i odpowiedniej terapii leczniczej prowadzącej do wyleczenia noworodka. Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań związanych z posocznicą.

Działania pielęgnarskie:

- Ocena stanu ogólnego noworodka. Podczas pierwszych objawów posocznicy zauważalne są zaburzenia w termoregulacji, czynności oddechowej oraz częstości rytmu serca.
- Kontrola poziomu CRP- białka C-reaktywnego, w celu potwierdzenia podejrzenia zakażenia posocznicą gronkowca. Oznaczenie CRP powinno być wykonane trzykrotnie w odstęпах 12-godzinnych.
- Pobranie krwi do badań w celu oznaczenia PCT- pro kalcytoniny.
- Pobranie posiewu krwi od noworodka po urodzeniu.
- Oznaczenie leukocytów, pobrane w 6-12 godzinie życia wcześniaka, ale nie wcześniej niż w 4 godzinie.
- Rozpoznanie pierwszych objawów prowadzące do rozpoczęcia antybiotykoterapii nie później niż w ciągu pierwszej godziny oraz równoczesne wyrównanie zaburzeń perfuzji [6].
- Wyrównanie zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej: przy odpornej na leczenie hipotensji należy zastosować podaż węglowodanów z towarzyszącą kwasicą przy pH <7,1.
- Wyrównanie niedoboru hemoglobiny.
- Eliminacja ewentualnego źródła zakażenia (np.: usunięcie ropnia, cewnika).
- Zapewnienie odpowiedniego żywienia noworodka- w pierwszych 3-5 dniach choroby nie zwiększać objętości pokarmu, a w ciągu całego leczenia posocznicy nie przekraczać podaży 100 ml/kg/dobę [6].

Ocena efektów działania: Zastosowanie 10. dniowej antybiotykoterapii spowodowało, że stan noworodka uległ poprawie, a objawy zakażenia ustąpiły.

4. **Diagnoza pielęgnarska:** Ryzyko nadmiernej utraty ciepła przez noworodka spowodowane zaburzeniami termoregulacji wynikające ze skrajnego wcześniactwa.

Cel opieki: Zapobieganie mechanizmom utraty ciepła wcześniaka. Zapewnienie odpowiedniej temperatury ciała noworodka.

Działania pielęgnarskie:

- Bezpośrednio po porodzie, zaraz po zaklemowaniu pępowiny należy owinąć wcześniaka folią polietylenową i umieścić pod promiennikiem ciepła [7].
- Nie osuszamy noworodka. Pozostawienie mazi płodowej na skórze do czasu samoistnej absorpcji [5]
- Podczas resuscytacji noworodków w złym stanie klinicznym należy zastosować mieszaninę ciepłych i nawilżonych gazów.
- Podczas transportu noworodka do OITN inkubator powinien być nagrany od 34 do 36°C [8].
- Kontrola temperatury ciała noworodka. W inkubatorze czujnik temperatury umieszczamy w połowie odległości między pępkiem, a spojeniem łonowym. WHO zaleca utrzymywanie temperatury noworodka od 36,5 do 37,5°C.
- Ocena możliwości wystąpienia hipotermii. Objawami mogą być m.in.: błądź, sinica, brak reakcji na stymulacje sensoryczną, zaburzenia rytmu oddechowego oraz bezdechy [9].

Ocena efektów działania: Wprowadzone działania zapewniły odpowiednią temperaturę noworodkowi. Obserwacja parametrów oraz zachowania dziecka wykluczyło hipotermię.

5. **Diagnoza pielęgnarska:** Ryzyko wywołania bólu u noworodka spowodowane koniecznością wykonania procedur medycznych.

Cel opieki: Zminimalizowanie odczuwanego bólu przez noworodka. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych z zachowaniem szczególnej uwagi i delikatności.

Działania pielęgnarskie:

- Ocena stopnia natężania bólu poprzez analizę wyników częstości akcji serca, saturacji oraz obserwacje mimiki twarzy.

- Zastosowanie skali PIPP- Premature Infant Pain Profile, oceniającej ból oraz zachowanie noworodka urodzonego przedwcześnie.
- Zastąpienie inwazyjnych i bolesnych procedur metodami nieinwazyjnymi i bezbolesnymi. Zastosowanie metody tzw. facilitated tucking.
- Przed wykonaniem bolesnego zabiegu noworodkowi należy podać bezpośrednio na powierzchnię języka 25% sacharozę. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne zaleca wcześniakowi podać 25% roztworu sacharozy w dawce 0,5 ml, na dwie minuty przed wykonaniem procedury, bezpośrednio do jamy ustnej pacjenta. Czas działania od 1 minuty do 5 minut [7].
- Zapewnienie komfortu cieplnego, wygodnej pozycji oraz zastosowanie zasady „minimal handling” [10].

Ocena efektów działania: Ocena parametrów stanu ogólnego i mimiki twarzy wykluczyła możliwość wystąpienia doznań bólowych u noworodka.

7. **Diagnoza pielęgniarska:** Możliwość wystąpienia martwiczego zapalenia jelit spowodowane skrajnym wcześniactwem.

Cel opieki: Obserwacja noworodka pod kątem wystąpienia NEC. Zastosowanie odpowiedniej profilaktyki w celu uniknięcia martwiczego zapalenia jelit u wcześniaka.

Działania pielęgniarskie:

- Kontrola stanu zdrowia noworodka, polegająca na kontrolnych badaniach przedmiotowych tj.: badanie palpacyjne brzucha w celu oceny powiększenia oraz wystąpienia wzdęcia.
- Ocena wydalanego stolca noworodka. Krwiście podbarwione stolce mogą być pierwszym objawem martwiczego zapalenia jelit.
- Wykonanie badania radiologicznego w celu zaobserwowania pierwszych objawów choroby należy wykonać serię zdjęć rentgenowskich brzucha co 6–8 godzin, przez 48-72 godziny. Zdjęcia dokonuje się w pozycji leżącej lub gdy jest możliwość perforacji na lewym boku poziomymi promieniami lub w pozycji pionowej [11].
- Badanie ultrasonograficzne pozwala na ocenę perystaltyki jelit, grubość ściany jelita, obecność gazu śródściennego, obecność wolnego gazu i/lub płynu w jamie otrzewnej, zwapnienia otrzewnej, świadczące o przebyłym zapaleniu otrzewnej.

- Na czas rozpoznania NEC należy wstrzymać żywienie enteralne zastosować pozajelitowe. W razie potrzeby rozpocząć antybiotykoterapię ampicyliną i gentamecyną (przez 48–72 godz.) [11].
- Koniecznie karmienie wyłącznie mlekiem kobiecym. Ma ono źródło bogatych składników odżywczych oraz doskonale wpływa na florę bakteryjną jelit i jej rozwój w pierwszych tygodniach życia noworodka. Stosuje się minimalne karmienie troficzne, czyli MTF- minimal trophic feeding, polegające na podaży 24 ml/kg/dobę podane przed upływem 96 godziny życia i kontynuowane przez minimum 7 dni. Zastosowanie żywienia enteralnego umożliwi podaż mleka kobiecego w postaci bolusów w odstępach 2-3 godzinnych w czasie 10-20 minut. W przypadku braku mleka kobiecego od matki noworodka możliwość skorzystania z Banku Mleka Kobiecego w celu zastosowania odpowiedniego żywienia [12].
- Profilaktyczna podaż laktoferyny w dawce około 100–200 mg LF/kg/dobę [13].

Ocena efektów działania: Monitorowanie parametrów stanu ogólnego oraz wykonanie badania USG oraz RTG, wykluczyło możliwość rozwoju martwiczego zapalenia jelit. Podaż mleka kobiecego i laktoferyny zapewniła noworodkowi odpowiednią profilaktykę zapobiegającą wystąpieniu NEC.

8. **Diagnoza pielęgniarska:** Niedokrwistość u noworodka spowodowana przedwczesnym zakończeniem ciąży.

Cel opieki: Złagodzenie objawów związanych z wystąpieniem niedokrwistości.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena parametrów stanu ogólnego noworodka.
- Wykrycie możliwych czynników ryzyka wystąpienia niedokrwistości u noworodka.
- Obserwacja objawów niedokrwistości tj.: zaburzenia czynności serca, bledność powłok skórnych, zaburzenia oddechu noworodka.
- Wykonanie badania krwi w celu określenia poziomu leukocytów, erytrocytów, hemoglobiny oraz hematokrytu.
- Wykonanie transfuzji krwi koncentratem krwinek czerwonych (KKCz) w objętości 10-15 ml/kg, nie starszy niż 5-dniowy [14].
- Profilaktyczna podaż żelaza 4-6-8 mg Fe/kg/dobę w 3 dawkach rozłożonych równomiernie w ciągu dnia. Żelazo należy podawać razem z witaminą E, w celu lepszego przyswajania [15].

Ocena efektów działania: Wykonana transfuzja krwi oraz profilaktyczna podaż żelaza spowodowała, że niedokrwistość nie pogłębiła się. Stan ogólny noworodka uległ poprawie.

9. **Diagnoza pielęgnarska:** Ryzyko wystąpienia bezdechów lub przyspieszonego oddechu u noworodka połączonego z użyciem dodatkowych mięśni oddechowych wynikające z zespołu zaburzeń oddychania.

Cel opieki: Zastosowanie odpowiedniego leczenia zespołu zaburzeń oddychania oraz profilaktyki zapobiegającej powstawaniu bezdechów.

Działania pielęgnarskie:

- Wdrożenie leczenia- podaż surfaktantu (Curosurf, 80mg/ml) oraz antybiotykoterapia. Zaleca się podanie jednej dawki 100 do 200 mg/kg masy ciała (1,25 do 2,5 ml/kg mc.) jak najwcześniej po urodzeniu (do 15 minut). U noworodków z rozwijającym się ZZO może wystąpić konieczność dodatkowego podania dawek po 100 mg/kg mc. każda (1,25 ml/kg) w odstępach co najmniej 12-godzinnych (maksymalna dawka całkowita wynosi od 300 do 400 mg/kg mc.) [16].
- Zapewnienie prawidłowego utlenowania krwi.
- Ograniczenie podaży płynów (do 60 ml/kg mc.) w pierwszych 72. godzinach życia, w celu uniknięcia przewodnienia.
- Kontrola równowagi kwasowo-zasadowej.
- Ocena ciśnienia krwi (ciśnienie skurczowe 35–40 mm Hg) i hematokrytu żylnego (42–45%).
- Zapewnienie wsparcia oddechowego noworodkowi. Zastosowanie nieinwazyjnej tlenoterapii biernej- nCPAP.
- Zapewnienie odpowiedniej ciepłoty noworodka- utrzymywanie pomiędzy 36,5°C-37,5°C. Temperatura na OITN powinna wynosić w granicach 23 a 25°C [17].
- Stałe monitorowanie czynności życiowych (SpO₂, EKG, ciśnienie krwi, PaO₂, PaCO₂).
- Prowadzenie fizykoterapii (> 48 godz. życia).
- Ocena przecieków pozapłucnych krwi (PDA). Przy istotnym przecieku krwi leczenie indometacyną lub ligacją chirurgiczną.
- Zastosowanie profilaktyki w celu zapobiegania bezdechom- nadzór czynności serca oraz oddechów, wykonanie badania ultrasonograficznego głowy, leczenie farmakologiczne (teofilina, kofeina, doksopram) [5].

Ocena efektów działania: Zastosowane działania spowodowały, że objawy ZZO ustąpiły, nie powodując powikłań zdrowotnych u noworodka. Podaż surfaktantu pozwoliła zmniejszyć liczbę występujących bezdechów.

10. **Diagnoza pielęgnarska:** Wystąpienie retinopatii wcześniaczej spowodowanej skrajnym wcześniactwem.

Cel opieki: Zastosowanie odpowiedniej profilaktyki w celu wyeliminowania retinopatii wcześniaczej.

Działania pielęgnarskie:

- Kontrola parametrów stanu ogólnego noworodka, w szczególności SpO₂. Utrzymywanie prawidłowej wartości saturacji zmniejszy ryzyko powstania retinopatii wcześniaczej. Zastosowanie na OITN ścisłej kontroli tlenoterapii.
- Badania przesiewowe w celu jak najszybszego wykrycia ROP i wdrożeniu leczenia
- Badania kontrolne wykonywane w zależności od unaczynienia siatkówki do jednego do trzech tygodni.
- Podjęcie leczenia po zdiagnozowaniu retinopatii wcześniaczej typu II. Terapia powinna być podjęta nie później niż 72h po rozpoznaniu ROP. Rozpoczęcie przezżreniczną fotokoagulację laserową lub iniekcje doszklistkowe preparatów anti-VEGF (*ang. anti vascular endothelial growth factor*- substancje hamujące naczyniowy czynnik wzrostu śródbłonna) [18].
- Skierowanie noworodka do poradni okulistycznej w celu wykonania pierwszego badania okulistycznego, według zaleceń AAP dla noworodka urodzonego w 27. tygodniu ciąży.

Ocena efektów działania: Podjęte działania zminimalizowały rozwój retinopatii wcześniaczej. Zapewniając spokój oraz wzmocnienie zaufania do personelu medycznego przez rodziców noworodka.

11. **Diagnoza pielęgnarska:** Ryzyko wystąpienia krwawień do- i okołokomorowych spowodowanych nierozwiniętym układem nerwowym.

Cel opieki: Obserwacja oraz wykonanie badań w celu wykrycia pierwszych objawów krwawień do- i okołokomorowych.

Działania pielęgnarskie:

- Obserwacja stanu ogólnego noworodka. Ocena napięcia mięśniowego w celu wykrycia porażenia dziecięcego oraz zaburzeń rozwoju psychoruchowego.

- Ocena zachowań noworodka tj.: obserwacja ruchów gałek ocznych, zaburzenia wzroku mogą świadczyć o rozwijającym się krwawieniu do- i okołokomorowym.
- Obserwacja noworodka w celu wykrycia wszelkich infekcji m.in.: zakażeń jamy ustnej, układu moczowego. Są one czynnikiem podwyższającym ryzyko wystąpienia krwawień do- i okołokomorowych.
- Obserwacja w kierunku wystąpienia napadów drgawkowych.
- Ocena ryzyka wystąpienia krwawień do- i okołokomorowych za pomocą badania ultrasonograficznego oraz klasyfikacja stwierdzonych objawów według czterostopniowej skali Papille'a. Wykonanie badania ultrasonograficznego przez ciemiączko duże w 3. dobie życia, co umożliwi ocenę komory III i IV mózgu, ciała modzelowatego, jamy przegrody przezroczystej, jąder podstawy mózgu oraz miąższu mózgu [19].

Ocena efektów działania: Zastosowane działania pozwoliły wykluczyć wystąpienie krwawień do- i okołokomorowych. Stan ogólny noworodka jest dobry.

12. **Diagnoza pielęgniarska:** Przepuklina pępkowa związana z niewykształceniem pierścienia pępkowego spowodowanego skrajnym wcześniactwem.

Cel opieki: Zmniejszenie oraz późniejsze wchłonięcie się przepukliny pępkowej.

Działania pielęgniarskie:

- Wykonanie badania USG jamy brzusznej w celu dokładnego rozpoznania.
- Zminimalizowanie pojawienia się zaparć. Stosowanie odpowiedniej diety noworodka, wykształcenie dobowego rytmu żywienia [20].
- Ocena oddawanych stolców przez noworodka.
- Wzmacnianie mięśni brzucha noworodka- ćwiczenia z fizjoterapeutą. Zastosowanie metody neurorozwojowej NDT-Bobath- ćwiczenia całego ciała wspomagające rozwój neurologiczny oraz Kinesiology Tapingu [20].

Ocena efektów działania: Podjęte działania zmniejszyły przepuklinę pępkową, prowadząc do jej całkowitego wchłonięcia.

WNIOSKI

Dzieci urodzone przedwcześnie potrzebują stałej i wykwalifikowanej opieki. Personel medyczny poprzez zapewnienie właściwej pielęgnacji daje gwarancje szybszej rekonwalescencji wcześniaka leczonego na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka [21]. Do najważniejszych działań pielęgniarских położnej sprawującej opiekę nad noworodkiem ze skrajnie niską masą urodzeniową należy prowadzenie ciągłej obserwacji oraz monitorowanie podstawowych parametrów stanu ogólnego. Istotna jest również ochrona noworodka przed zakażeniami, a także zapewnienie komfortu cieplnego, prowadzenie prawidłowego odżywiania jak również zagwarantowanie odpowiedniej higieny i pielęgnacji skóry oraz dróg oddechowych noworodkowi ze skrajnie niską masą urodzeniową. Położna powinna również zachęcić rodziców do zaangażowania się w opiekę nad dzieckiem, co pozytywnie wpłynie na kształtowanie się więzi między rodzicami, a dzieckiem.

PIŚMIENNICTWO:

1. GUS; Baza Demografia. Wyniki badań bieżących <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> [dostęp: 07.08.2024]
2. Żukowska- Rubik M.: Zbyt mały przyrost masy ciała u karmionego piersią noworodka. *Por Lakt.* 2019; 1-7.
3. Rak K. A., Bronkowska M.: Immunologiczne znaczenie siary. *Hygeia Public Health.* 2014; 49(2): 249-254.
4. Plich D., Mędrzycka-Dąbrowska W., Kubiska A.: Zalecenia w sprawie wytycznych pielęgnowania jamy ustnej i nosowej u dzieci w Oddziale Intensywnej Terapii. *Piel Anest Inten.* 2017; 3(2): 61–66.
5. Szczapa J.: Specjalne uwarunkowania pielęgnacji skóry u wcześniaków. *Post Neonatol.* 2018; 24(2): 97–102. doi: 10.31350/postepyneonatologii/2018/2/PN2018026.
6. Leuterbach R.: Sepsa u noworodka., *Standardy Opieki Ambulatoryjnej Nad Dzieckiem Urodzonym Przedwcześnie.* *Stand Med., Pediatr.* 2018: 257-269.
7. Popowicz H., Mędrzycka-Dąbrowska W., Kwiecień-Jaguś K.: Zapobieganie i leczenie bólu na oddziale intensywnej terapii noworodka. 2018; 19(1): 21-32.
8. Cedrowska-Adamus, W., Kozioł E.: Utrzymywanie prawidłowej temperatury ciała noworodka. 2010; 7-9.

9. Gulczyńska E, Cedrowska-Adamus W.: Prewencja hipotermii jatrogennej u noworodków urodzonych przedwcześnie. *Post Neonatol.* 2018; 24(2): 123–127. doi: 10.31350/postepyneonatologii/2018/2/PN2018023.
10. Panek M., Kwinta P.: Możliwość zastosowania niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu u noworodka w pracy położnej i pielęgniarki. *Evereth Publ.* 2016; 2(1): 13–18.
11. Kordek A.: Co dzisiaj wiadomo o martwiczym zapaleniu jelit u noworodków? *Post Neonatol.* 2019; 25(1): 53–57.
12. Simonova S., Maruniak-Chudek I.: EBM. *Post Neonatol.* 2018; 24(2): 135–142.
13. Gasińska I.: Laktoferyna: wielokierunkowe działanie w profilaktyce i leczeniu zakażeń u noworodków urodzonych przedwcześnie. *Post Neonatol.* 2018; 24(2): 87–95. doi: 10.31350/postepyneonatologii/2018/2/ PN2018024.
14. Bugiera M., Szymankiewicz M.: Choroba hemolityczna płodu i noworodka - profilaktyka, diagnostyka i leczenie. *Perinatol, Neonatol, Ginekol.* 2012; 5(2):85-88.
15. Matysiak M.: Niedokrwistości – nadal aktualny problem w opiece nad matką i dzieckiem. *Fam Med Prim Care Review.* 2014; 16(2): 185–188.
16. Lipiński P.: Europejskie wytyczne leczenia zespołu zaburzeń oddychania – aktualne rekomendacje. *Stand Med.* 2016; 13: 785-788.
17. Wylliea J., Bruinenberg J., Roehrd C. C., Rüdigerf M., Trevisanutoc D., Urlesbergerg B., Resuscytacja i wsparcie okresu adaptacyjnego noworodków. *Wytyczne resuscytacji.* 2015; 7: 315-327.
18. Bakunowicz-Łazarczyk A., Gotz-Więckowska A., Filipek E., Niwald A., Hautz W.: Wytyczne postępowania w retinopatii wcześniaków (ROP) – uaktualnienie. *Pol Tow Okul.* 2019.
19. Helwich E., Bekesińska-Figatowska M., Bokiniec R.: Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce: zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. *Stand Med.* 2021; 4: 336-343.
20. Pawlak A., Bartelmus E.: Przepuklina pępkowa (pępowinowa) niemowląt- proponowane postępowanie fizjoterapeutyczne. 2017; 3: 43-47.
21. Rozalska-Walaszek I., Lesiuk W., Aftyka A., Lesiuk L.: Opieka pielęgniarska nad wcześniakiem na OITN. *Prob Piel.* 2012; 20(3): 409–415

OCENA POZIOMU WIEDZY PACJENTÓW NA TEMAT ROLI DIETY W CHOROBIE UCHYŁKOWEJ JELITA GRUBEGO

Maria Dorota Kwika¹, Ewa Olszewska²

1/ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

2/ Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

WSTĘP

Pierwsze wzmianki o uchyłkach jelita grubego i ich objawach pojawiły się w literaturze medycznej już w XVII wieku, opisał je w 1700 roku francuski chirurg Alexis Littre i potraktował jako osobliwość. Jako pierwszy rozpoznał i opisał radiologiczny obraz zapalenia uchyłków George Haenisch w 1912 roku [1].

Choroba uchyłkowa jelita grubego rozpoznawana jest coraz częściej, obecnie zauważalna jest tendencja do ich powstawania u coraz młodszych osób [2,3]. Jest najczęstszą nieprawidłowością anatomiczną jelita grubego o etiologii nienowotworowej.

Uchyłki jelita grubego (łac. *divercolosis coli*) mają postać cienkościennych „woreczków” o średnicy około 1 centymetra uwypuklających się na zewnątrz okrężnicy, głównej części jelita grubego. Ich liczba waha się od kilku do kilkudziesięciu [4]. Uchyłki nabyte jelita grubego są to drobne przepukliny błony śluzowej przez błonę mięśniową okrężnicy (uchyłki rzekome). Ściana ich jest utworzona przez błony śluzową i surowiczą. Uchyłki wrodzone to uwypuklenia wszystkich warstw ściany jelita (uchyłki prawdziwe) [5]. Niepomyślnym czynnikiem ryzyka jest wiek poniżej 40 roku życia. Statystycznie od 5% do 10% osób ma rozpoznane uchyłki w wieku 40 lat i aż do 70% po 80 roku życia. Śmiertelność z powodu powikłań tej choroby kształtuje się na poziomie 1% [6,7].

Etiologia i patogenezę choroby uchyłkowej jelita grubego jest złożona oraz wieloczynnikowa, a także wciąż nie do końca poznana. Przez wiele lat jej przyczynę upatrywano w diecie ubogoresztkowej. Choroba występuje głównie w krajach rozwiniętych, gdzie przez ich mieszkańców stosowana jest dieta uboga w błonnik rozpuszczalny [5, 8, 9].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat diety w chorobie uchyłkowej jelita grubego.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 104 pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Zamościu, u których rozpoznano chorobę uchyłkową jelita grubego.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa zawierający 29 pytań. Ankieta składała się z pytań metryczkowych dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia, a także pytań szczegółowych dotyczących objawów, czynników ryzyka i diety w chorobie uchyłkowej. Ankieta była dobrowolna i anonimowa.

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics, wersja 27. Zależność pomiędzy dwoma zmiennymi jakościowymi sprawdzono testem chi-kwadrat. Otrzymane wyniki przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

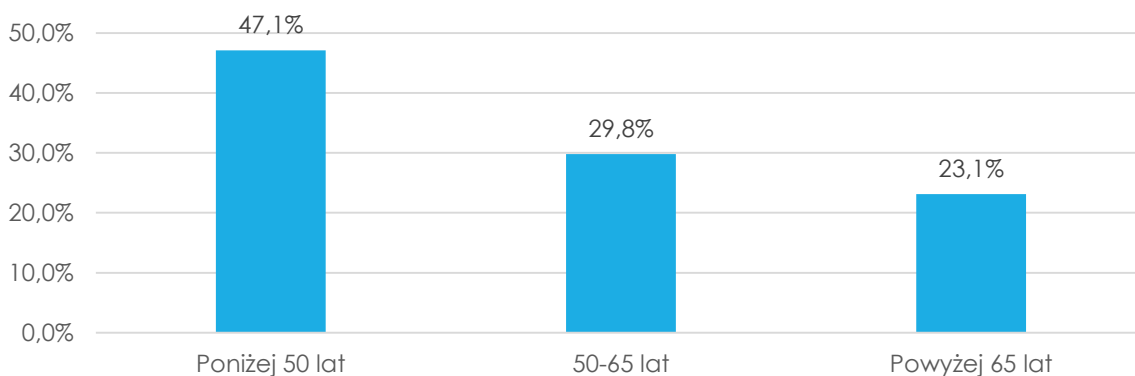
W badaniu wzięło udział 104 osoby. Wśród ankietowanych było 68,3% kobiet oraz 31,7% mężczyzn. W badaniu wzięło udział 52,9% mieszkańców miast oraz 47,1% mieszkańców wsi.

Najwięcej badanych osób miało od 56 do 70 lat (39,4%). Około 1/3 badanych była w wieku do 55 lat (30,8%). Pozostałe 29,8% respondentów było w wieku powyżej 70 lat. Najwięcej badanych miało wykształcenie średnie (42,3%). Około 1/3 posiadała wykształcenie wyższe (29,8%), 17,3% wykształcenie zawodowe, a 10,6% podstawowe ponad.

Połowa ankietowanych była aktywna zawodowo (53,8%).

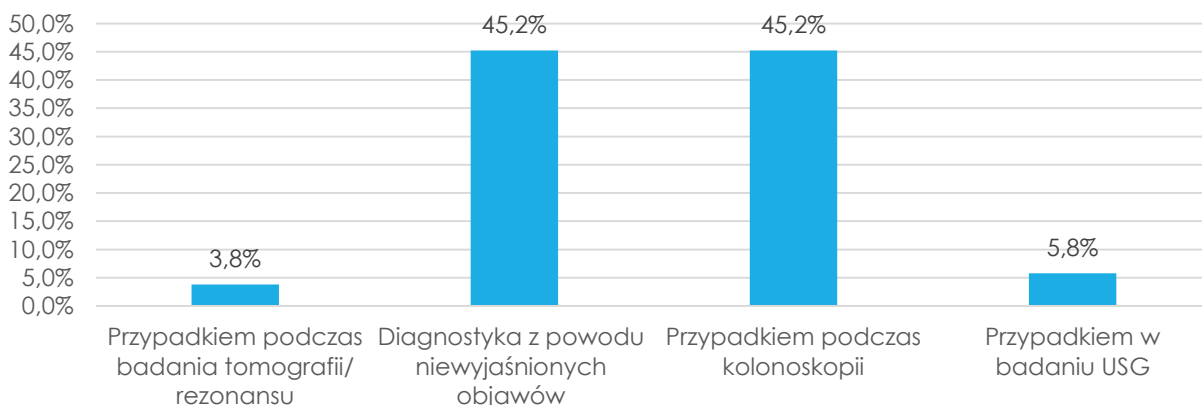
Najwięcej badanych osób miało zdiagnozowaną chorobę w wieku poniżej 50 lat (47,1%),

około 1/3 respondentów była zdiagnozowana w wieku od 50 do 65 lat (29,8%). Najmniej osób (23,1%) wskazało, że rozpoznano chorobę powyżej 65 lat (Rycina 1).



Rycina 1. Wiek zdiagnozowania choroby

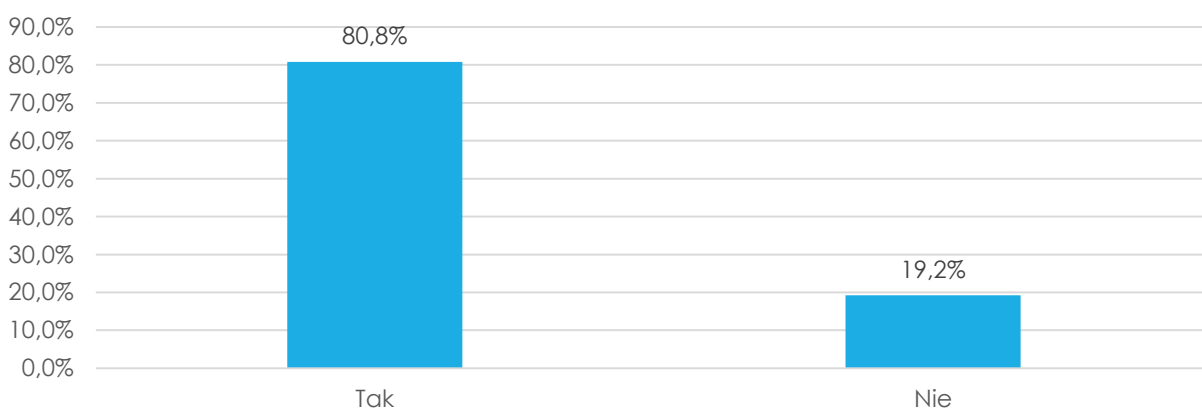
Po 45,2% ankietowanych deklarowało, że rozpoznanie choroby nastąpiło w wyniku diagnostyki z powodu niewyjaśnionych objawów lub przypadkiem podczas kolonoskopii. Ponadto w badanej grupie było 5,8% badanych, którzy deklarowali, że rozpoznano chorobę w badaniu USG, a 3,8% wskazało, że ich chorobę zdiagnozowano przypadkiem podczas badania tomografii/ rezonansu (Rycina 2).



Rycina 2. Okoliczności rozpoznania choroby

Źródło: Opracowanie własne

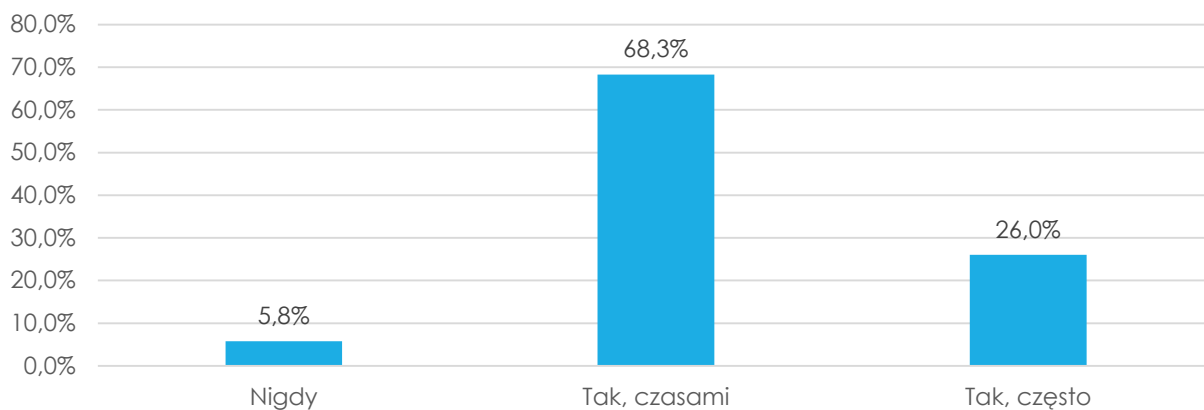
Zdecydowana większość ankietowanych wiedziała, czym jest uchyłek jelita grubego (80,8%) (Rycina 3).



Rycina 3. Wiedza na temat tego, czym jest uchyłek

Źródło: Opracowanie własne

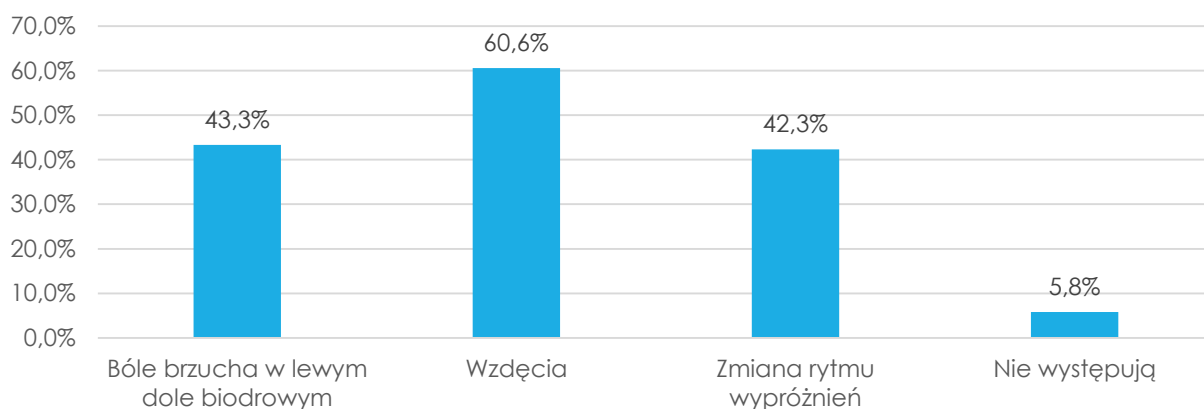
Ponad połowa badanych deklarowała, że czasami występują u nich objawy choroby (68,3%). Częste objawy choroby występowały u 26% ankietowanych. Pozostałe 5,8% badanych wskazało, że objawy nie występują (Rycina 4).



Rycina 4. Występowanie objawów choroby

Źródło: Opracowanie własne

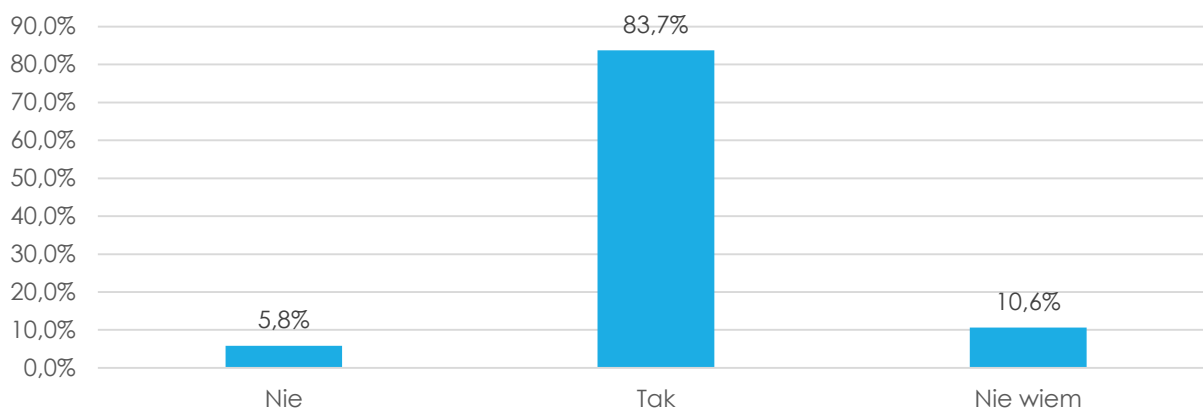
Najczęściej występującym objawem były wzdęcia (60,6%). Nieco mniej niż połowa badanych wskazała na bóle brzucha w lewym dole biodrowym (43,3%) oraz zmianę rytmu wypróżnień (42,3%) (Rycina 5).



Rycina 5. Występujące objawy choroby

Źródło: Opracowanie własne

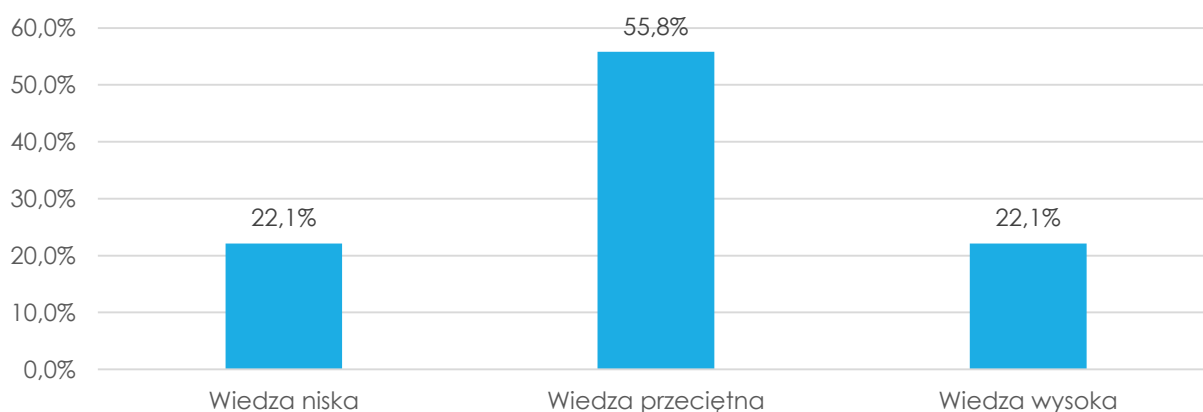
Zdecydowana większość badanych wiedziała, że dieta ma wpływ na występowanie objawów (83,7%). Zdanie przeciwne miało 5,8% ankietowanych. Pozostali wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 6).



Rycina 6. Wiedza na temat tego, czy dieta ma wpływ na występowanie objawów

Źródło: Opracowanie własne

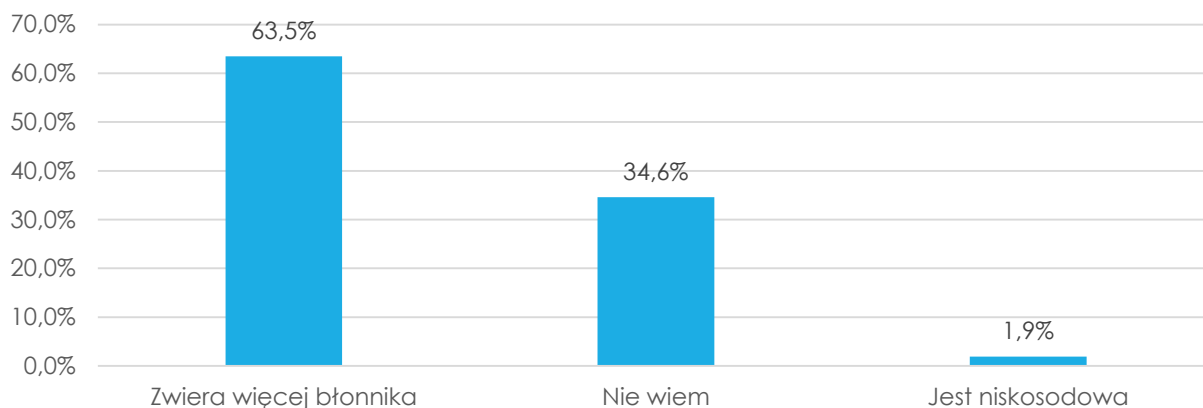
Na podstawie 11 pytań w ankiecie dokonano oceny wiedzy badanych na temat diety w chorobie uchyłkowej. Biorąc pod uwagę pytanie wielokrotnego wyboru, każdy badany mógł uzyskać 15 punktów. Osoby, które uzyskały 5 lub mniej punktów, miały niską wiedzę na temat diety w chorobie uchyłkowej. Wiedzą przeciętną charakteryzowały się osoby, które uzyskały od 6 do 10 punktów. Z kolei osoby, które zyskały 11 i więcej punktów, charakteryzowały się wysoką wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej. Ponad połowa badanych miała wiedzę przeciętną (55,8%), 22,1% ankietowanych miało wiedzę niską lub wysoką w tym zakresie (Rycina 7).



Rycina 7. Wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

Źródło: Opracowanie własne

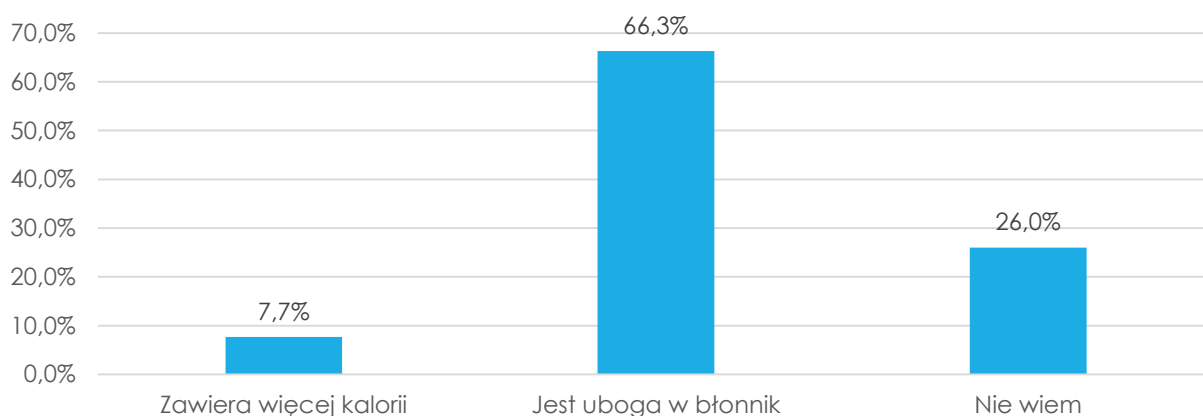
Ponad połowa badanych wiedziała, że dieta bogatoresztkowa zawiera więcej błonnika (63,5%). W opinii 2 osób taka dieta jest niskosodowa. Pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 8).



Rycina 8. Wiedza na temat, czym jest dieta bogatobłonnikowa

Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych prawidłowo wskazała, że dieta ubogobłonnikowa jest uboga w błonnik (66,3%). W opinii 7,7% taka dieta zawiera więcej kalorii, pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 9).



Rycina 9. Wiedza na temat tego, czym jest dieta ubogobłonnikowa

Źródło: Opracowanie własne

Nie wykazano zależności pomiędzy płcią, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p > 0,05$) (Tabela I).

Tabela I. Płeć, a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|-----------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Kobieta | 13 | 40 | 18 | 71 |
| | 18,3% | 56,3% | 25,4% | 100,0% |
| Mężczyzna | 10 | 18 | 5 | 33 |

| | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|--------|
| | 30,3% | 54,5% | 15,2% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |
| Chi-kwadrat=2,538; p=0,281 | | | | |

Źródło: Opracowanie własne

Wykazano zależność pomiędzy wiekiem, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p < 0,05$). W grupie badanych mających do 55 lat około jedna trzecia ankietowanych (31,3%) miała wiedzę wysoką. Wśród osób w wieku od 56 do 70 lat wiedzą wysoką charakteryzowało się 29,3% respondentów, a w grupie wiekowej powyżej 70 lat tylko jedna osoba miała wiedzę wysoką na temat diety w chorobie uchyłkowej (Tabela II).

Tabela II. Wiek a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Do 55 lat | 4 | 18 | 10 | 32 |
| | 12,5% | 56,3% | 31,3% | 100,0% |
| 56-70 lat | 9 | 20 | 12 | 41 |
| | 22,0% | 48,8% | 29,3% | 100,0% |
| Powyżej 70 lat | 10 | 20 | 1 | 31 |
| | 32,3% | 64,5% | 3,2% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |
| Chi-kwadrat=10,724; p=0,030 | | | | |

Źródło: Opracowanie własne

Nie wykazano zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p > 0,05$) (Tabela III).

Tabela III. Miejsce zamieszkania, a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|----------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Miasto | 13 | 40 | 18 | 71 |
| | 18,3% | 56,3% | 25,4% | 100,0% |
| Wieś | 10 | 18 | 5 | 33 |
| | 30,3% | 54,5% | 15,2% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |
| Chi-kwadrat=0,363; p=0,834 | | | | |

Źródło: Opracowanie własne

Wykazano zależność pomiędzy wykształceniem, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p < 0,05$). W grupie badanych mających wykształcenie podstawowe lub zawodowe tylko jedna osoba miała wiedzę wysoką. Wśród osób z wykształceniem średnim wiedzą wysoką charakteryzowało się 22,7% ankietowanych. Najwyższy odsetek osób z wiedzą wysoką (38,7%) odnotowano wśród respondentów posiadających wykształcenie wyższe (Tabela IV).

Tabela IV. Wykształcenie, a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Podstawowe/ zawodowe | 7 | 21 | 1 | 29 |
| | 24,1% | 72,4% | 3,4% | 100,0% |
| Średnie | 10 | 24 | 10 | 44 |
| | 22,7% | 54,5% | 22,7% | 100,0% |
| Wyższe | 6 | 13 | 12 | 31 |
| | 19,4% | 41,9% | 38,7% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |
| Chi-kwadrat=11,121; p=0,025 | | | | |

Źródło: Opracowanie własne

Wykazano zależność pomiędzy aktywnością zawodową, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p < 0,05$). W grupie badanych, którzy byli aktywni zawodowo, wiedzę wysoką miało 30,4% badanych. Z kolei wśród osób nieaktywnych zawodowo odsetek ten był znacznie niższy i wyniósł 12,5% (Tabela V).

Tabela V. Aktywność zawodowa a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|--------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Tak | 8 | 31 | 17 | 56 |
| | 14,3% | 55,4% | 30,4% | 100,0% |
| Nie | 15 | 27 | 6 | 48 |
| | 31,3% | 56,3% | 12,5% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |

Chi-kwadrat=7,094; $p=0,029$

Źródło: Opracowanie własne

Nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p > 0,05$) (Tabela VI).

Tabela VI. Wiek zdiagnozowania choroby, a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

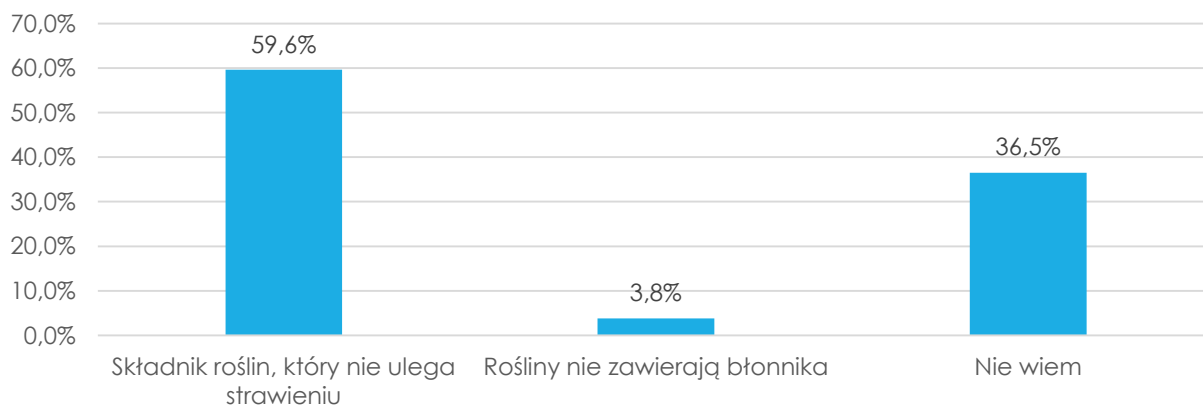
| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|----------------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Poniżej 50 lat | 11 | 28 | 10 | 49 |
| | 22,4% | 57,1% | 20,4% | 100,0% |
| 50-65 lat | 4 | 17 | 10 | 31 |
| | 12,9% | 54,8% | 32,3% | 100,0% |
| Powyżej 65 lat | 8 | 13 | 3 | 24 |
| | 33,3% | 54,2% | 12,5% | 100,0% |
| Ogółem | 23 | 58 | 23 | 104 |
| | 22,1% | 55,8% | 22,1% | 100,0% |

Chi-kwadrat=5,100; $p=0,277$

Źródło: Opracowanie własne

Wiedza ankietowanych na temat błonnika roślinnego/suplementu diety

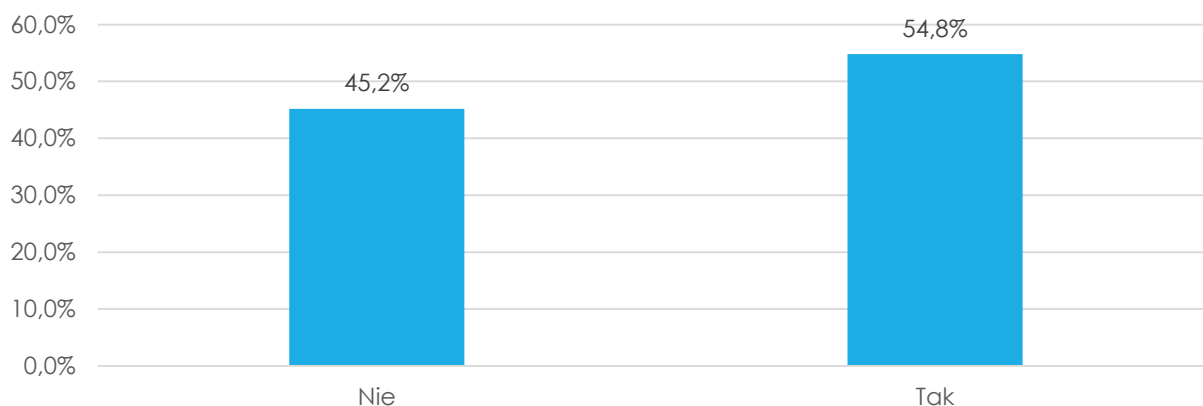
Nieco ponad połowa badanych wiedziała, że błonnik roślinny to składnik roślin, który nie ulega strawieniu (59,6%). Zdaniem 3,8% ankietowanych rośliny nie zawierają błonnika. Pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 10).



Rycina 10. Wiedza na temat tego, czym jest błonnik roślinny

Źródło: Opracowanie własne

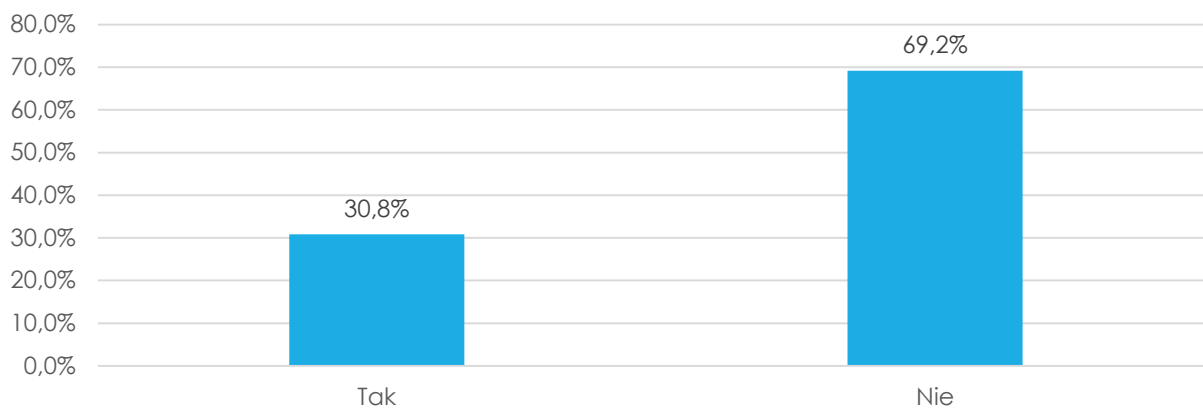
Nieco ponad połowa badanych wiedziała, czym jest błonnik w formie suplementów diety (54,8%) (Rycina 11).



Rycina 11. Wiedza na temat tego, czym jest błonnik roślinny w formie suplementów diety

Źródło: Opracowanie własne

Okolo 1/3 badanych osób wskazała na stosowanie błonnika w formie suplementów diety (30,8%) (Rycina 12).



Rycina 12. Stosowanie błonnika w formie suplementów diety

Źródło: Opracowanie własne

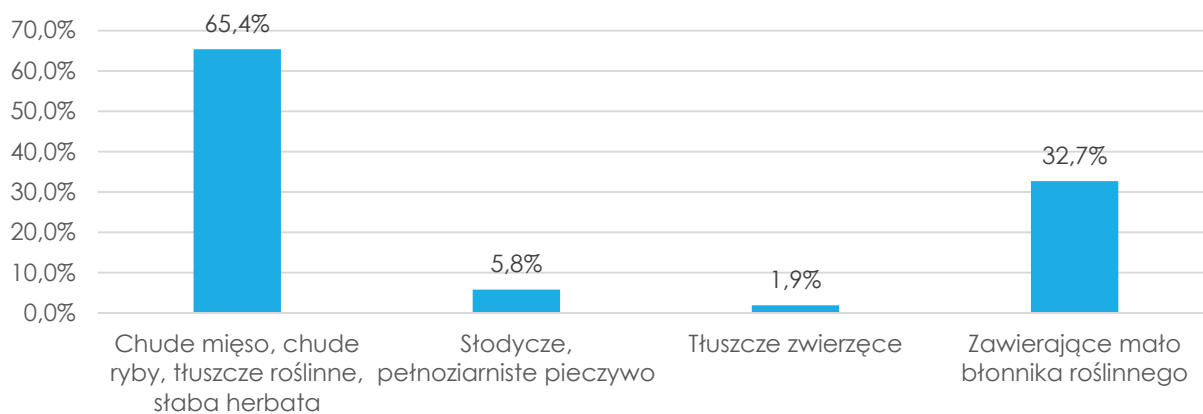
Z badań wynika, że nieco ponad połowa badanych wiedziała, że produkty zalecane w diecie bogatoresztkowej to otręby pszenne, pieczywo razowe, suszone owoce (53,8%). Nieco mniej badanych wskazało na produkty zawierające dużo błonnika roślinnego (42,3%). Około 1/5 badanych wskazało błędnie na białe pieczywo lub kaszę manną (19,2%). Ponadto w badanej grupie było 3,8% ankietowanych, którzy wskazali nieprawidłowo na czekoladę (Rycina 13).



Rycina 13. Wiedza na temat produktów zalecanych w diecie bogatoresztkowej

Źródło: Opracowanie własne

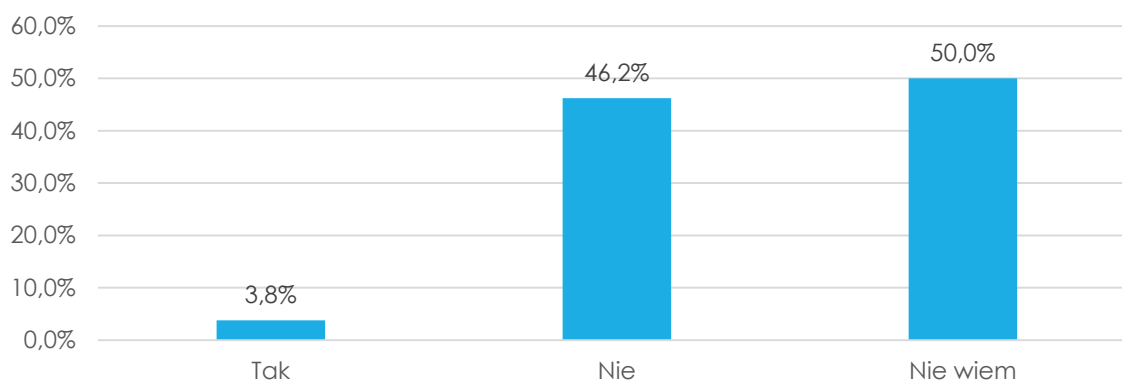
Ponad połowa ankietowanych wiedziała, że w diecie ubogobłonnikowej zaleca się chude mięso, tłuszcze roślinne oraz słabą herbatę (65,4%). Około 1/3 badanych wskazała prawidłowo na produkty zawierające mało błonnika roślinnego (32,7%). Błędną odpowiedź wskazało 5,8% ankietowanych, którzy wymienili słodycze i pełnoziarniste pieczywo. Z kolei 2 osoby nieprawidłowo wskazały na tłuszcze zwierzęce (Rycina 14).



Rycina 14. Wiedza na temat produktów zalecanych w diecie ubogoresztkowej

Źródło: Opracowanie własne

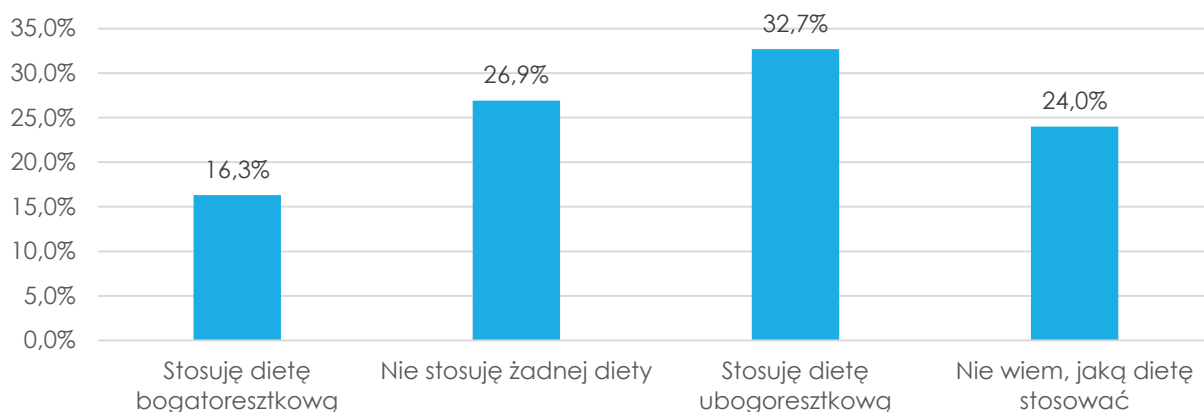
Zdecydowana większość badanych wiedziała, że stosowanie diety ma wpływ na zmniejszenie częstości występowania zaostrzeń choroby (78.8%). Zdanie odmienne miało 3,8% badanych, pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem”(Rycina 15).



Rycina 15. Wiedza na temat tego, czy stosowanie diety ma wpływ na zmniejszenie częstości zaostrzeń choroby

Źródło: Opracowanie własne

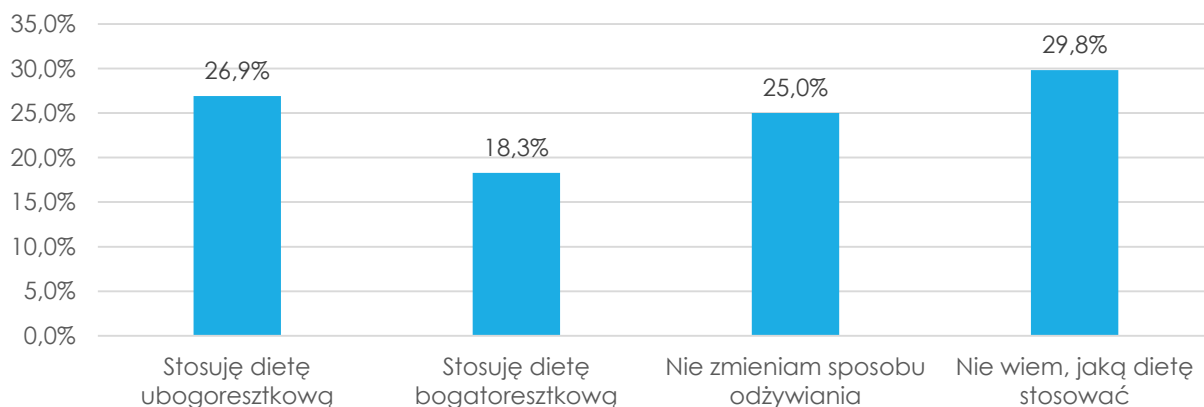
Okolo 1/3 badanych w czasie zaostrzenia choroby stosowała dietę ubogoresztkową (32,7%). Natomiast, aż 16,3% ankietowanych stosowało dietę bogatoresztkową, pozostali respondenci albo nie stosowali żadnej diety albo nie wiedzieli, jaką dietę stosować (Rycina 16).



Rycina 16. Zmiana diety w czasie zaostrzenia choroby

Źródło: Opracowanie własne

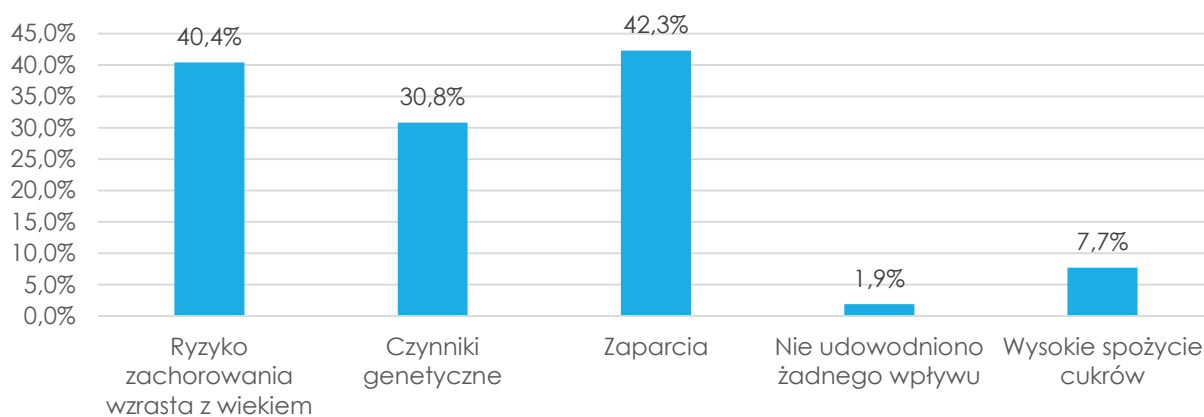
Najwięcej badanych stosowało w okresie remisji dietę ubogobiałkową (26,9%). Prawie tyle samo osób deklarowało, że nie zmienia sposobu odżywiania (25%). Na dietę bogatobiałkową przechodziło 18,3% badanych. Pozostali badani nie wiedzieli, jaką dietę stosować (Rycina 17)



Rycina 17. Rodzaj diety stosowanej w czasie remisji/okresu bezobjawowego choroby

Źródło: Opracowanie własne

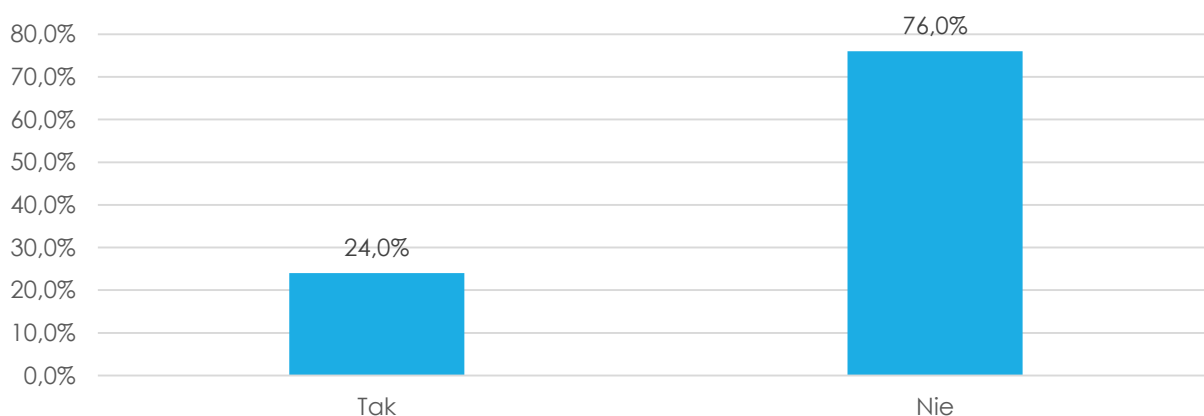
Mniej niż połowa badanych wiedziała, że czynnikami, które mogą wpływać na powstawanie choroby uchyłkowej są wiek (40,4%), czynniki genetyczne (30,8%) oraz zaparcia (32,3%). (Rycina 18).



Rycina 18. Wiedza na temat czynników, które mogą wpływać na powstawanie choroby uchyłkowej

Źródło: Opracowanie własne

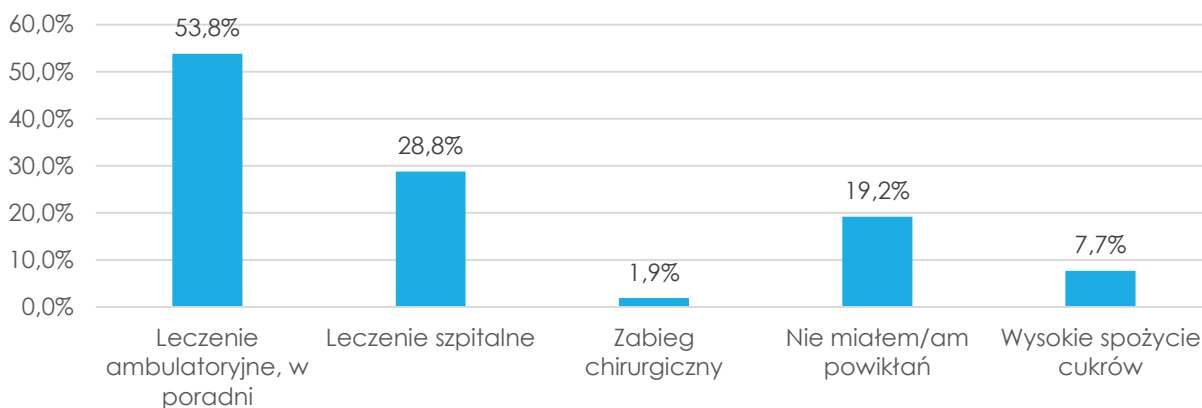
Z przeprowadzonych badań wynika, że u około 1/4 z ankietowanych osób występowały powikłania choroby uchyłkowej (Rycina 19).



Rycina 19. Występowanie powikłań choroby uchyłkowej

Źródło: Opracowanie własne

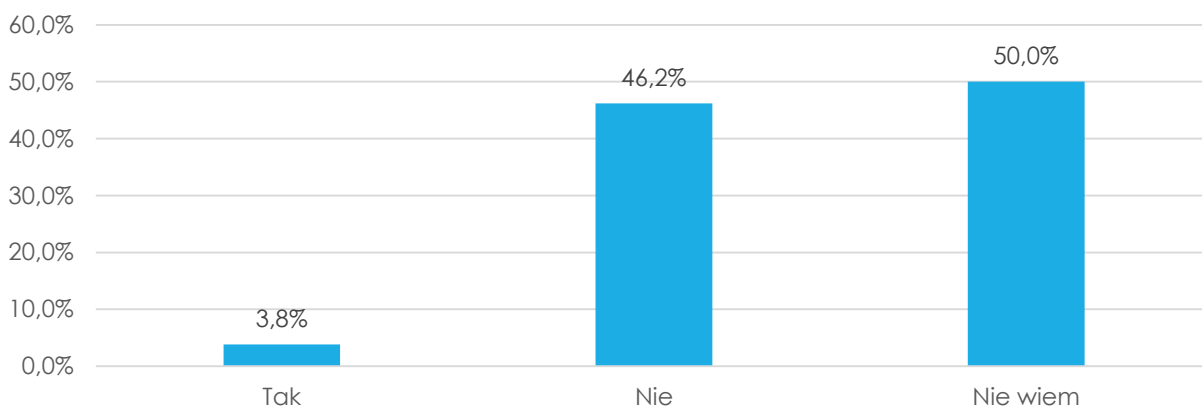
Najwięcej badanych deklarowało, że ma wdrożone leczenie choroby uchyłkowej, które odbywa się ambulatoryjnie w poradni (53,8%). Rzadziej wskazywano na leczenie szpitalne (28,8%), natomiast na leczenie chirurgiczne wskazało 1,9 % ankietowanych (Rycina 20).



Rycina 20. Sposoby leczenia choroby uchyłkowej

Źródło: Opracowanie własne

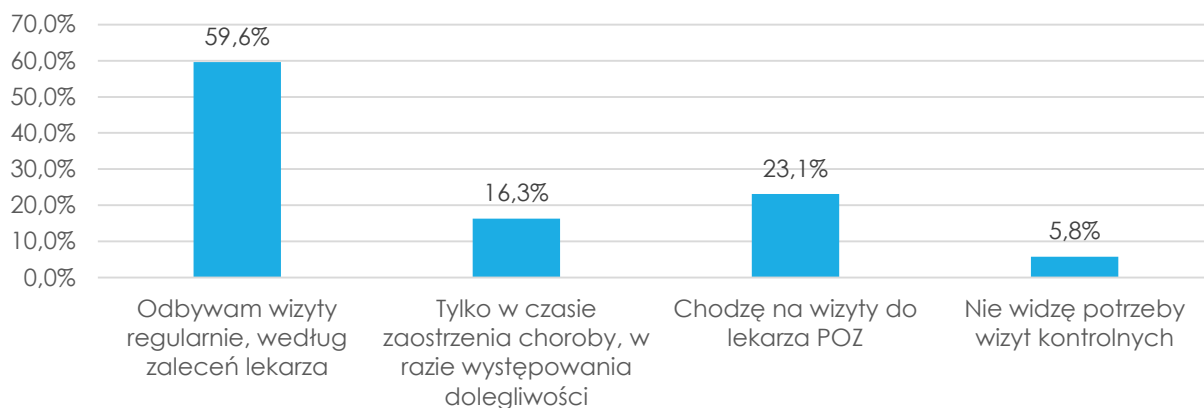
Mniej niż połowa badanych wiedziała, że nie da się całkowicie wyleczyć choroby uchyłkowej (46,2%). Zdanie odmienne miało 3,8%, pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 20).



Rycina 20. Wiedza na temat tego, czy można całkowicie wyleczyć chorobę uchyłkową

Źródło: Opracowanie własne

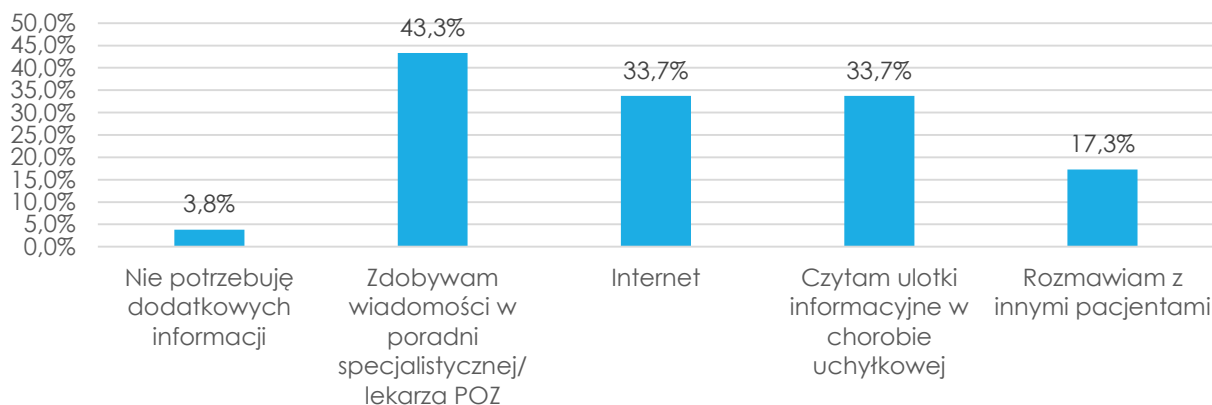
Zdecydowana większość badanych odbywała wizyty regularnie według zaleceń lekarza (59,6%). Około 1/4 badanych chodziła na wizyty do lekarza POZ (23,1%). Ponadto 16,3% ankietowanych deklarowało, że pozostaje pod kontrolą poradni tylko w czasie zaostrzenia choroby, a 5,8% badanych nie widziało potrzeby wizyt kontrolnych (Rycina 21).



Rycina 21. Przebywanie pod kontrolą poradni specjalistycznej

Źródło: Opracowanie własne

Najwięcej badanych deklarowało, że zdobywa wiadomości na temat diety w chorobie uchyłkowej w poradni specjalistycznej lub od lekarza POZ (43,3%). Po 33,7% ankietowanych wskazało Internet oraz ulotki informacyjne. Dla 17,3 badanych źródłem informacji były rozmowy z innymi pacjentami, pozostałe 3,8% ankietowanych deklarowało, że nie potrzebuje dodatkowych informacji (Rycina 22).

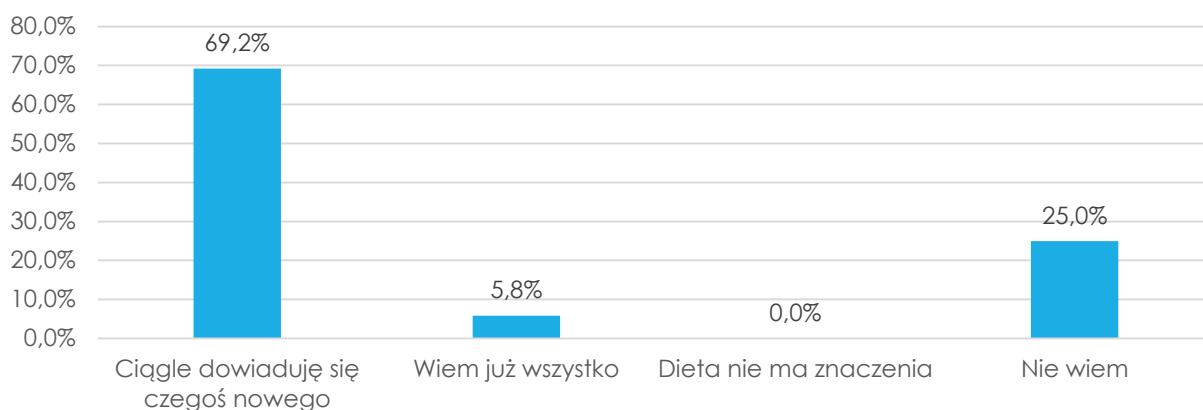


Rycina 22. Źródła wiedzy na temat diety w chorobie uchyłkowej

Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych odpowiedziała, że ciągle dowiaduje się czegoś nowego, a ich wiedza nie jest wystarczająca (69,2%), 5,8% była przekonana o tym, że o chorobie wie wszystko.

Pozostali ankietowani wskazali odpowiedź „nie wiem” (Rycina 23).



Rycina 24. Opinia na temat tego, czy posiadana wiedza jest wystarczająca

Źródło: Opracowanie własne

Wykazano zależność pomiędzy opinią na temat tego, czy posiadana wiedza jest wystarczająca, a wiedzą na temat diety w chorobie uchyłkowej ($p < 0,05$). Najwyższy odsetek osób, które miały wiedzę wysoką, odnotowano wśród ankietowanych, którzy deklarowali, że ciągle dowiadują się na temat diety czegoś nowego (29,2%). W grupie osób, które twierdziły, że już wszystko wiedzą, nikt nie miał wiedzy wysokiej w tym zakresie. Wśród badanych, którzy nie potrafili ocenić, czy ich wiedza jest wystarczająca, tylko 2 osoby, miały wiedzę wysoką na temat diety w chorobie uchyłkowej (Tabela VII).

Tabela VII. Opinia na temat tego, czy posiadana wiedza jest wystarczająca, a wiedza na temat diety w chorobie uchyłkowej

| | Wiedza niska | Wiedza przeciętna | Wiedza wysoka | Ogółem |
|------------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| Ciągłe dowiaduję się czegoś nowego | 11 15,3% | 40 55,6% | 21 29,2% | 72 100,0% |
| Wiem już wszystko | 4 66,7% | 2 33,3% | 0 0,0% | 6 100,0% |
| Nie wiem | 8 30,8% | 16 61,5% | 2 7,7% | 26 100,0% |
| Ogółem | 23 22,1% | 58 55,8% | 23 22,1% | 104 100,0% |

Chi-kwadrat=13,876; $p=0,008$

Źródło: Opracowanie własne

DYSKUSJA

Badania własne wykazały, że najwięcej osób zostało zdiagnozowanych przed 50 rokiem życia. Chorobę najczęściej rozpoznawano podczas diagnostyki z powodu niewyjaśnionych objawów lub przypadkowo podczas kolonoskopii. Ponad połowa badanych doświadczała objawów choroby czasami, a około jedna czwarta pacjentów miała objawy często.

W badaniach własnych wykazano, że powikłania występowały u 1/4 badanych. Najwięcej osób leczyło się ambulatoryjnie (53,8%), a co czwarty badany był hospitalizowany. Tylko ok. 2% miało zabieg chirurgiczny. Mniej niż połowa ankietowanych (46,2%) wiedziała, że choroby uchyłkowej nie da się całkowicie wyleczyć. Nucera i wsp. podają, że u pacjentów hospitalizowanych z niepowikłanym zapaleniem uchyłków niestosowanie się do zaleceń dietetycznych może wiązać się z dłuższym pobytem w szpitalu i zwiększonym prawdopodobieństwem ponownej hospitalizacji po 6 miesiącach, w porównaniu z chorymi restrykcyjnie zachowującymi zalecenia dietetyczne [10].

W badaniu własnym wykazano, że zdecydowana większość respondentów wiedziała o wpływie diety na objawy choroby. Ale tylko nieco ponad połowa pacjentów (63,5%) знаła właściwości diety bogatoresztkowej (zawiera więcej błonnika). Produkty zalecane w diecie bogatoresztkowej to otręby pszenne, pieczywo razowe, suszone owoce. Z kolei wiedzę na temat diety ubogoresztkowej (jest uboga w błonnik) miało 66,3% badanych. Ponad połowa badanych wiedziała, że w diecie ubogoresztkowej zaleca się chude mięso, tłuszcze roślinne oraz słabą herbatę. Większość ankietowanych (78,8%) rozumiała, że dieta może zmniejszać częstość zaostrzeń. Carabottti i wsp. na podstawie przeglądu badań (bazy danych PubMed i Scopus) dowodzą, że wysokie spożycie błonnika wiązało się ze zmniejszonym ryzykiem zapalenia uchyłków lub hospitalizacji z powodu choroby uchyłkowej. Wysokie spożycie czerwonego mięsa wiązało się ze zwiększonym ryzykiem zapalenia uchyłków. Spożywanie alkoholu wydawało się być związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia krwawieniem. Autorzy wskazują, że potrzebne są dalsze badania wysokiej jakości, aby lepiej zdefiniować te powiązania. Konieczne jest ustalenie roli nawyków żywieniowych w rozwoju nawracającego ostrego zapalenia uchyłków i krwawienia z uchyłków [11].

Przeprowadzone badania własne wskazują, że większość respondentów miała świadomość wpływu diety na przebieg choroby uchyłkowej. W czasie zaostrzenia choroby 32,7% stosowało dietę ubogoresztkową, a 16,3% błędnie stosowało dietę bogatoresztkową. W okresie remisji, najwięcej osób (26,9%) stosowało dietę ubogoresztkową, a 18,3% bogatoresztkową. Badanie Polese i wsp. pokazują, że rola nawyków żywieniowych jest

istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby uchyłkowej. Autorzy dokonali oceny możliwych różnic w nawykach żywieniowych między pacjentami z chorobą uchyłkową, a dobraną grupą kontrolną bez uchyłków. Nawyki żywieniowe uzyskano ze standaryzowanych kwestionariuszy częstotliwości jedzenia zebranych przy wejściu do Rejestru Chorób Uchyłkowych (REMAD) pacjentów porównano pod względem dziennego spożycia kalorii, makro i mikroelementów oraz witamin w diecie. Wyróżniono pacjentów z bezobjawową uchyłkowatością, objawową niepowikłaną chorobą uchyłkową i wcześniejszym zapaleniem uchyłków. Dzielne spożycie kalorii i lipidów, zarówno nasyconych, jak i nienasyconych, było istotnie niższe u pacjentów z chorobą uchyłkową. Całkowite spożycie białka było niższe w grupie pacjentów z wcześniejszym zapaleniem uchyłków niż bezobjawową uchyłkowatością. Spożycie błonnika, zarówno rozpuszczalnego, jak i nierozpuszczalnego, było niższe u pacjentów z wcześniejszym zapaleniem uchyłków w porównaniu z pacjentami z objawową niepowikłaną chorobą uchyłkową, bezobjawową uchyłkowatością i pacjentów z grupy kontrolnej. Spożycie witamin A, C, D i E oraz wskaźnik zdolności adsorpcji rodników tlenowych były niższe we wszystkich grupach pacjentów z chorobą uchyłkową w porównaniu z grupą kontrolną. Badanie wskazuje, że korzystna rola zbilansowanej diety, w tym wysokiego spożycia błonnika, powinna być silnie podkreślana poprzez ukierunkowane doradztwo żywieniowe, potencjalnie wpływające na mikrobiotę jelitową, kluczowy czynnik w patogenezie choroby uchyłkowej. Autorzy podkreślają, że konieczne są dalsze prospektywne badania w celu oceny związku przyczynowo-skutkowego między nawykami żywieniowymi, a różnymi stadiami choroby uchyłkowej [8].

Znacząca część badanych czerpała wiedzę z poradni specjalistycznych i lekarzy.

Badania własne wykazały, że większość respondentów posiadała przeciętną wiedzę na temat diety w chorobie uchyłkowej. Mniej niż połowa (40,4%) badanych wiedziała, że wiek, czynniki genetyczne i zaparcia wpływają na powstawanie choroby.

Istotne różnice w poziomie wiedzy występują w zależności od wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej oraz subiektywnej oceny posiadanej wiedzy. Wyższą wiedzę charakteryzowały się osoby młodsze, lepiej wykształcone oraz aktywne zawodowo. Istnieje konieczność edukacji pacjentów na temat wpływu diety i innych czynników na przebieg choroby, aby poprawić jakość życia chorych i zmniejszyć częstość zaostrzeń oraz powikłań.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy respondentów w zakresie choroby uchyłkowej jelita grubego jest wysoki.

2. Ponad połowa ankietowanych osób ma przeciętną wiedzę na temat diety bogatoresztkowej i ubogoresztkowej.
3. Badani mają przeciętną wiedzę na temat stosowania diety, nie potrafią samodzielnie modyfikować sposobu odżywiania w zależności od aktywności choroby.
4. Istnieje dodatnia korelacja między poziomem wykształcenia, a wiedzą i aktywnością zawodową; natomiast ujemna między wiekiem, a posiadana wiedzą w zakresie czynników ryzyka, objawów i stosowanej diety.
5. Ankietowani wyrażają chęć podnoszenia poziomu wiedzy w zakresie czynników ryzyka, objawów i dietoterapii odwrotnie proporcjonalnie do początkowo deklarowanej wiedzy.

PIŚMIENNICTWO

1. Pietrzak A., Bartnik W.: Choroba uchyłkowa okrężnicy i zapalenie uchyłków – rozpoznawanie i leczenie, <https://podyplomie.pl/medycyna/20681,choroba-uchylkowa-okreznicy-i-zapalenie-uchylkow-rozpoznawanie-i-leczenie>, (data pobrania 10.02.2024).
2. Daniluk J.: Pacjenci z objawową niepowikłaną chorobą uchyłkową jelita grubego, <https://www.termedia.pl/poz/Pacjenci-z-objawowa-niepowiklana-choroba-uchylkowa-jelita-grubego>, (data pobrania 12.02.2024).
3. Dąbrowski A.: Wielka interna – Gastroenterologia, Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2019.
4. Bartnik W., Kudłacz P.: Uchyłki jelita grubego, <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/jelitogrube/80804,uchylki-jelita-grubego>, (data pobrania 12.02.2024).
5. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika 2023, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2023.
6. Adamczyk S., Pietrzak A.: Aktualne standardy postępowania w chorobie uchyłkowej jelita grubego. Medycyna po Dyplomie 2022; 31(10):15-19.
7. Daniluk J.: Pacjenci z objawową niepowikłaną chorobą uchyłkową jelita grubego – postępowanie w gabinecie lekarza POZ. Lekarz POZ 2022; 8 (1): 39-471.
8. Włodarek D., Lange E.: Współczesna dietoterapia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2023.

9. Wallner G., Banasiewicz T.: Chirurgia Tom 2. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
10. Nucera R., Jenkins J., Crichton M. et al.: Association between Hospital Prescribed Diets and Length of Stay, Re-Presentation, and Gastrointestinal Symptoms among Acute Uncomplicated Diverticulitis Patients: A Prospective Cohort Study. *Dietetics* 2024; 3 (1):30 - 41.
11. Carabotti M., Francesca F., R. et al.: Role of Dietary Habits in the Prevention of Diverticular Disease Complications, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8070710/> (data pobrania 7.05.2024).

OPIEKA NAD PACJENTEM W OKRESIE OKOŁOPERACYJNYM PO ZABIEGU PLASTYKI PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ

Weronika Kraszewska¹, Agata Kulikowska^{2,3}, Iwona Teresa Jarocka^{2,3}, Sławomir Lech Czaban^{2,3}

- 1. Klinika Kardiochirurgii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*
- 2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
- 3. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

WSTĘP

Zabiegi plastyki przepukliny występującej w obrębie pachwiny to jeden z zabiegów wykonywanych na oddziałach chirurgii. Ryzyko powstania przepukliny, której proces leczenia będzie opierać się na wykonaniu zabiegu operacyjnego, szacowane jest na 27% u mężczyzn i 3% u kobiet. W Holandii, w ciągu roku, dokonywanych jest 30 tysięcy tego typu plastyk, natomiast w Stanach Zjednoczonych liczby sięgają do 750 tysięcy zoperowanych pacjentów. W Londynie rocznie operowanych jest 70 tysięcy osób, a w Polsce w ciągu roku wykonywanych jest 30-60 tysięcy tego typu zabiegów [1,2].

Przepuklina brzuszna jest to niepożądane przetransportowanie się trzewi jamy brzusznej w inne miejsce niż dane narządy powinny się znajdować. Miejscem powstawania przepuklin to powłoki mięśniowo-powięziowe, miejsca anatomicznie cieńsze i mniej wytrzymałe, takie jak kresa biała, pępek, kanał pachwinowy [3].

Najczęściej występującymi przepuklinami znajdującymi się w obrębie jamy brzusznej są przepukliny pachwinowe. Występują one szczególnie u osób płci męskiej niezależnie od wieku. Czynnikiem, który przyczynia się do powstania przepukliny, jest niska aktywność fizyczna, chroniczny kaszel, nawracające zaparcia oraz palenie tytoniu. Palenie papierosów ma szkodliwy wpływ na procesy zachodzące w organizmie, w obrębie tkanki łącznej, powodując defekty metabolizmu kolagenu. Jest to również przyczyna zwiększająca ryzyko ponownego wystąpienia przepukliny po zabiegu naprawczym. Ciężka, długotrwała praca fizyczna, która jest powtarzana regularnie, również zaliczana jest do czynników ryzyka, powoduje ona wzrost ciśnienia panującego wewnątrz jamy brzusznej, przyczyniając się do powstawania przepukliny. Inne przyczyny powstawania przepuklin to obciążenia genetyczne oraz występujące choroby genetyczne jak Zespół Marfana, zespół Ehlers-Danlosa, wrodzona

łamliwość kości oraz autosomalnie dominujący zespół wielotorbielowatych nerek, poza tym jest to biała rasa oraz niskie, wcześniejsze cięcia w linii pośrodkowej brzucha [4,5].

Rozpoznanie przepuklin pachwinowych rozpoczyna się od badania przedmiotowego. Opiera się one na badaniu manualnym, obserwacji oraz ocenie wielkości i położenia danego uwypuklenia. Badaniami dodatkowymi, które są stosowane w celu rozpoznania przepuklin powłok brzusznych, jest badanie ultrasonograficzne (USG), tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (MR) [6,7].

Leczenie przepuklin głównie opiera się na wykonaniu zabiegu operacyjnego. Planowana operacja przepukliny pachwinowej należy ona do grupy bezpiecznych oraz nieskomplikowanych procedur medycznych. Powikłania występujące po zabiegu najczęściej dotyczą powstawania przepukliny nawrotowej lub bólu przewlekłego. Na powikłania występujące w okresie pooperacyjnym mają wpływ czynniki modyfikowane: palenie papierosów, stan odżywiania, aktywność fizyczna i poziom glikemii oraz czynniki niemodyfikowane: wiek, płeć, choroby współistniejące oraz przyjmowane leki. Innym powikłaniem, które może wystąpić po operacji plastyki przepukliny pachwinowej jest zatrzymanie moczu, obrzęk występujący w obrębie skóry, bądź tkanki podskórnej i w okolicy pachwiny, obecność krwiałków, zasinień, czy podbiegnięć krwawych [8,9].

Pacjenta przed znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym obowiązuje karencja pokarmowa. Oznacza to, że pacjent w dniu operacji powinien zostać na czczo, by zapobiec aspiracji treści żołądkowej podczas znieczulenia. W przypadku przyjmowania płynów powinien to być czas 2 godzin, na pokarmy stałe 6 godzin. Inaczej wygląda głodówka przed zabiegiem w przypadku chorych, u których zabieg operacyjny wykonywany jest na przewodzie pokarmowym, jak na przykład operacja przepukliny, w tym przypadku karencja pokarmowa wydłużana jest do 12 godzin. [10].

W trakcie znieczulenia, jak i podczas całego zabiegu pielęgniarka obejmuje opieką znieczulanego pacjenta. To ona przyjmuje chorego na blok operacyjny, monitoruje parametry życiowe i odpowiada za jego bezpieczeństwo. Przed znieczuleniem pomaga choremu ułożyć się w sposób potrzebny do wykonania danego znieczulenia, w przypadku wykonywania znieczulenia podpajęczynówkowego, na boku i plecami do osoby, która wykonuje zabieg, z kończynami dolnymi przyciągniętymi jak najbardziej do brzucha i z głową przygiętą w kierunku klatki piersiowej. Pielęgniarka przygotowuje zestaw do znieczulenia oraz asystuje lekarzowi podczas wykonywania blokady. Jednocześnie kontroluje parametry życiowe pacjenta, w tym: BP, temperaturę, SpO₂, HR oraz prawidłowość zapisu EKG. Po wykonaniu znieczulenia układu chorego w pozycji potrzebnej do wykonania zabiegu operacyjnego [11].

Pielęgniarka stale obserwuje zarówno stan pacjenta jak i jego parametry życiowe. Zwraca uwagę na zabarwienie powłok skórnych, występowanie nudności oraz inne reakcje występujące w związku z zastosowanym znieczuleniem. Wystąpienie i poziom znieczulenia podopieczynówkowego sprawdza poprzez zastosowanie zimna, najczęściej w tym celu wykorzystuje się aerozol z chlorkiem etylu [12].

Po zabiegu operacyjnym pacjent jest przetransportowany na salę pooperacyjną. Pielęgniarka znajdująca się na oddziale pooperacyjnym otrzymuje zalecenia co do dalszej opieki nad pacjentem. Ważne jest, aby pielęgniarka zapewniła pacjentowi bezpieczeństwo oraz stale kontrolowała podstawowe parametry życiowe oraz wysokość znieczulenia. Pielęgniarka kontroluje również natężenie bólu pooperacyjnego, sprawdza wygląd rany pooperacyjnej oraz opatrunek, jeśli jest przesiąknięty wymienia go, obserwuje układ naczyniowo - sercowy, zwracając uwagę na możliwe wystąpienie krwawienia, podwyższonego lub obniżonego ciśnienia tętniczego, ostrej niewydolności krążenia, czy wstrząsu, obserwuje układ oddechowy oraz prowadzi kontrolę wskaźnika saturacji oraz kontroluje termoregulację pacjenta sprawdzając temperaturę [13,14].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu plastyki przepukliny pachwinowej, a także wyodrębnienie najważniejszych problemów pielęgnacyjnych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjenta hospitalizowanego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym na II Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej w Białymstoku z rozpoznaną przepukliną pachwinową.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku pacjenta wraz z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Materiał został zebrany w oparciu o wywiad z pacjentem, obserwację pacjenta, pomiary parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej: historii choroby, wyników badań laboratoryjnych oraz indywidualną kartę zleceń lekarskich.

WYNIKI

Opis przypadku przed zabiegiem operacyjnym

Badaniem został objęty pacjent w wieku 55 lat, przyjęty do szpitala z silnymi dolegliwościami bólowymi w okolicy brzucha, promieniującymi do kręgosłupa. Chory określał ból jako szarpący, w skali VAS - 7. W miejscu występowania przepukliny widoczne było zaczerwienienie i obrzęk. Powłoki skórne blade, w okolicy głowy zaobserwowano występowanie zimnego potu. Parametry monitorowane podczas przyjęcia wynosiły: BP: 125/84 mm Hg, HR: 94 uderzeń/min, 20 oddechów na minutę, SpO₂: 98%, temperatura ciała: 37,6°C. Wzrost 176cm, waga 80kg, BMI 25,83. Chory w logicznym kontakcie, poruszający się samodzielnie. W wywiadzie negował choroby współistniejące. Jest abstynentem, niepijącym alkoholu od 15 lat oraz niepalącym papierosów. Mieszka na wsi wraz z rodziną. Jego żona jest osobą palącą papierosy w dużych ilościach. Pacjent jest pracownikiem budowlanym, od 35 lat wykonującym ciężką pracę fizyczną.

Chory na oddziale przebywał z żoną. Mógł liczyć na jej wsparcie emocjonalne, jednak jego nastrój był obniżony. Wynikało to z jego wcześniejszych doświadczeń z pobytu w szpitalu, który w sposób negatywny wpłynął na samopoczucie i stan emocjonalny.

Choremu założono zostało wkłucie obwodowe na lewej dłoni. Pobrano krew do badań laboratoryjnych - morfologię oraz na grupę krwi. Pacjent otrzymał leki przeciwgorączkowe - Ibuprofen w dawce 200mg oraz przeciwbólowe - ketoprofen w dawce 100 mg. Wykonano badania obrazowe: USG powłok z próbą Valsalvy oraz EKG.

Stan ogólny pacjenta dobry. Chory został przygotowany fizycznie i psychicznie do operacji. Poinformowano pacjenta o możliwych powikłaniach okołoperacyjnych i pooperacyjnych. Uzyskano pisemną zgodę na przeprowadzenie operacji oraz wykonanie znieczulenia. Chory został zakwalifikowany w skali ASA I. W trakcie oczekiwania na zabieg operacyjny poinformowano pacjenta o dokładnym i dwukrotnym umyciu ciała płynem ze środkiem dezynfekcyjnym. Chory przed operacją pozostawał na czczo przez 12 godzin. Przed zabiegiem zostały przetoczone płyny nawadniające. Usunięto zbędne owłosienie na ciele w okolicy pachwin oraz pępka, a następnie pacjent założył jednorazową bieliznę przeznaczoną na blok operacyjny. Podano premadykację – 7,5mg Dormicum

Opis przypadku w czasie zabiegu operacyjnego

Na sali operacyjnej prowadzony był regularny pomiar parametrów życiowych i krzywej EKG. Parametry wahały się w granicach: BP: skurczowe-110-120 mm Hg, rozkurczowe 72-80 mm Hg, HR: 85-90 u/min, SpO₂: 97-98 %, temperatura ciała: 36,6°C. Pacjent był przytomny, z zachowanym kontaktem logicznym. Została sprawdzona drożność

wkłącia obwodowego. Choremu podłączono nawodnienie - Optilyte 500ml. Wykonano znieczulenie podpajęczynówkowe na wysokości L3 i L4. W czasie operacji prowadzono z pacjentem rozmowę oraz kontrolowano jego stan psychiczny, monitorowano dolegliwości bólowe, odczucia pacjenta oraz parametry życiowe, które po znieczuleniu podpajęczynówkowym wynosiły: BP: skurczowe 98-110 mm Hg, rozkurczowe 63-74 mm Hg, HR: 83-89 u/min, SpO₂: 94-99%, temperatura ciała: 36,6°C. Pacjentowi założono wazy tlenowe i podano tlen z przepływem 4 litrów na minutę. Na ranę założone zostały szwy skórne oraz suchy opatrunek. Pacjent w stanie stabilnym przetransportowany został na Oddział Pooperacyjny.

Opis przypadku po zabiegu operacyjnym

Po zabiegu pacjent w stanie ogólnym dobrym, został przekazany na salę POP, gdzie ułożono go w pozycji z uniesionym o 30° wezgiłowiem. Monitorowane parametry życiowe były w granicach: BP: skurczowe 115-123/ rozkurczowe 82-90 mm Hg, HR:78-95 uderzeń/min, SpO₂: 97%-99%, liczba oddechów: 16-17 na minutę, temperatura ciała: 36,6°C. Zostały podane leki zgodnie z Okołooperacyjną Kartą Zleceń, Paracetamol 4x1g i.v oraz nawodnienie dożylnie, Optilyte 250ml, Sterofundin 500ml. Opatrunek na ranie pooperacyjnej czysty, nieprzesięknięty. Pacjent nie został zacewnikowany. Po operacji chory ocenił ból w skali VAS 2, natomiast w skali Bromage został oceniony na 2, czyli prawie całkowity blok (brak ruchomości w stawach kolanowych przy zachowanej ruchomości stóp). W skali Aldreta chory został oceniony na 9 punktów.

PLAN OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ

Proces pielęgnowania pacjenta przed zabiegiem operacyjnym

- 1. Problem pielęgnacyjny:** Ból w okolicy brzucha promieniujący do kręgosłupa, określony w Skali VAS na 7, spowodowany uciskaniem na zakończenia nerwowe przez przepuklinę brzuszną.

Cel: Zniwelowanie bólu.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza- ketoprofen w dawce 100mg.
- Zlecenie badania obrazowego: USG powłok z próbą Valsalvy oraz EKG.

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się, w Skali VAS - 4.

2. Problem pielęgnacyjny: Stan podgorączkowy spowodowany dolegliwościami w okolicy brzucha oraz stresem przed zabiegiem operacyjnym. Temperatura wynosiła 37,6st.C.

Cel: Zniwelowanie stanu podgorączkowego.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie leków przeciwgorączkowych zgodnie z zaleceniem lekarza, Ibuprofen w dawce 200mg.
- Stosowanie okładów z zastosowaniem zimna w celu obniżenia temperatury ciała.

Ocenia podjętych działań: Temperatura ciała została obniżona i wynosiła 36,5st.C.

3. Problem pielęgnacyjny: Obniżony nastrój wynikający z pobytu w szpitalu.

Cel: Zadbanie o komfort psychiczny pacjenta.

Planowanie i realizacja działań:

- Rozmowa z pacjentem mająca na celu omówienie przebiegu i przygotowania do poszczególnych badań oraz zabiegu operacyjnego.

Ocenia podjętych działań: Zmniejszenie uczucia stresu.

4. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań założonego dostępu naczyniowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Planowanie i realizacja działań:

- Stała kontrola i obserwacja miejsca wkłucia w celu uniknięcia cech zapalenia- podwyższenie temperatury w miejscu wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk, ból.
- Zabezpieczenie wkłucia jałowym opatrunkiem oraz koreczkiem.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu jakichkolwiek manewrów przy założonym wkłuciu.

Ocena podjętych działań: Nie zauważono powikłań założonego dostępu naczyniowego.

5. Problem pielęgnacyjny: Konieczność usunięcia zbędnego owłosienia z ciała oraz przygotowanie fizyczne pacjenta do zabiegu.

Cel: Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego.

Planowanie i realizacja działań:

- Usunięci owłosienia z miejsc przygotowywanych do wykonania zabiegu operacyjnego i miejsca wykonywania znieczulenia.
- Zlecenie dokładnego umycia ciała, szczególnie okolic miejsca pachwin oraz pępka.

- Założenie jednorazowej bielizny na zabieg operacyjny.
- Poinformowanie o konieczności zostawieniu protez, biżuterii, okularów oraz soczewek kontaktowych.

Ocena podjętych działań: Przygotowano pacjenta do zabiegu operacyjnego.

6. Problem pielęgnacyjny: Strach przed zabiegiem operacyjnym wynikający z braku wiedzy o jednostce chorobowej oraz znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Cel: Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Planowanie i realizacja działań:

- Rozmowa mająca na celu omówienie choroby, jej możliwych skutkach oraz przedstawienie planu leczenia.
- Poinformowanie o zalecanej diecie występującej po zabiegu operacyjnym.
- Wyjaśnienie sposobu wykonywania znieczulenia.

Ocena podjętych działań: Strach przed zabiegiem operacyjnym zmniejszył się. Wiedza pacjenta na temat przepukliny pachwinowej została poszerzona. Pacjent został wyedukowany co do działania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Proces pielęgnowania pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego.

1. Problem pielęgnacyjny: Niepokój oraz stres spowodowany zabiegiem operacyjnym.

Cel: Zminimalizowanie odczucia stresu oraz niepokoju przez pacjenta.

Planowanie i realizacja działań:

- Rozmowa z pacjentem w celu uspokojenia oraz wytłumaczenie mu przebiegu procedur związanych z zabiegiem operacyjnym.
- Zadbanie o komfort psychiczny.

Ocena podjętych działań: Niepokój chorego oraz poziom stresu uległ zmniejszeniu.

2. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienie powikłań podczas wykonywania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Planowanie i realizacja działań:

- Ułożenie pacjenta podczas wykonywania znieczulenia podpajęczynówkowego w pozycji na boku, zwróconego plecami do osoby wykonującej zabieg. Kończyny dolne zgięte maksymalnie do brzucha, głowa przygięta do klatki piersiowej.
- Edukacja na temat zasad panujących podczas znieczulenia.

- Poinformowanie pacjenta o pozostaniu w bezruchu w trakcie wykonywania znieczulenia.
- Poinformowanie pacjenta o odczuciach towarzyszących podczas wykonywania znieczulenia.

Ocena podjętych działań: Brak wystąpienia powikłań podczas znieczulenia podpajęczynówkowego.

3. Problem pielęgnacyjny: Niska saturacja, na poziomie 93%, spowodowana zastosowanym znieczuleniem i posypianiem pacjenta prawdopodobnie po zastosowanej premedykacji.

Cel: Zwiększenie poziomu wysycenia tlenem hemoglobiny.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie tlenu na poziomie 4 litrów na minutę przez wąsy tlenowe.

Ocena podjętych działań: Wzrost saturacji do poziomu 98-99%.

4. Problem pielęgnacyjny: Niskie ciśnienie tętnicze spowodowane rozszerzeniem naczyń krwionośnych w wyniku zastosowania znieczuleniem podpajęczynówkowego, wartości wahały się w granicach 98/63 mm Hg.

Cel: Wyrównanie wartości ciśnienia tętniczego.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie dożylnie 10 mg Efedryny na zlecenie lekarza anestezjologa.
- Zastosowanie płynoterapię.

Ocena podjętych działań: Wartość ciśnienia tętniczego wzrosła do wartości 110/74 mm Hg.

Proces pielęgnowania pacjenta po zabiegu operacyjnym.

1. Problem pielęgnacyjny: Ból rany pooperacyjnej. Chory zgłasza ból na 2 w skali VAS.

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia dolegliwości bólowych, kontynuacja leczenia przeciwbólowego.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza- Paracetamol 4x1g. iv.
- Stała obserwacja i kontrola bólu pacjenta za pomocą użycia skali VAS.

Ocena podjętych działań: Odczucia bólowe utrzymują się na poziomie 2 w skali VAS.

2. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel: Wczesne zaobserwowanie i wykrycie objawów krwawienia.

Planowanie i realizacja działań:

- Obserwacja opatrunku znajdującego się na ranie pooperacyjnej pod względem przesiąknięcia.
- Kontrola parametrów temperatury, ciśnienia tętniczego, liczby oddechów oraz tętna.

Ocena podjętych działań: Brak objawów krwawienia, opatrunek czysty. Parametry w normie.

3. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z odwodnieniem pacjenta podczas zabiegu operacyjnego.

Cel: Zminimalizowanie powikłań związanych z odwodnieniem pacjenta.

Planowanie i realizacja działań:

- Podanie płynów nawadniających pacjenta Optilyte 250ml oraz Sterofundin 500ml.

Ocena podjętych działań: Działania zostały zrealizowane, brak objawów odwodnienia.

4. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia.

Planowanie i realizacja działań:

- Obserwacja opatrunku rany pooperacyjnej oraz zmiana opatrunków w razie zabrudzenia.
- Zachowanie zasad aseptyki oraz antyseptyki.

Ocena podjętych działań: Nie obserwowano objawów zakażenia rany pooperacyjnej.

WNIOSKI

Rola pielęgniarki w opiece okołoperacyjnej nad chorym z przepukliną brzuszną polega na założeniu optymalnego celu i zapewnieniu indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz wdrożeniu leczenia wielokierunkowego według standardów przyjętych w oddziale. Pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad chorym, podejmuje samodzielne decyzje dotyczące pielęgnacji pacjenta oraz wykonuje zlecenia zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Zastosowanie metod badawczych, takich jak obserwacja pacjenta, szczegółowa ocena stanu zdrowia, analiza dokumentacji medycznej oraz wyników badań pacjenta, pozwoliły zidentyfikować jego problemy pielęgnacyjne.

Został opracowany indywidualny plan opieki nad pacjentem okołoperacyjnym po zabiegu plastyki przepukliny pachwinowej, który pozwolił określić działania pielęgniarskie

dopasowane względem do sytuacji zdrowotnej pacjenta. Podzielono je na trzy etapy w zależności od czasu pobytu chorego w oddziale, bloku operacyjnym i oddziale pooperacyjnym. W czasie przygotowywania chorego do zabiegu były to: ból w okolicy brzucha promieniujący do kręgosłupa spowodowany uciskaniem na zakończenia nerwowe przez przepuklinę brzuszną, stan podgorączkowy spowodowany dolegliwościami w okolicy brzucha oraz stresem przed zabiegiem operacyjnym. Temperatura wynosiła 37,6st.C, obniżony nastrój powstały na skutek pobytu w szpitalu, ryzyko wystąpienia powikłań założonego dostępu naczyniowego, konieczność usunięcia zbędnego owłosienia z ciała oraz przygotowanie fizyczne pacjenta do zabiegu i brak odpowiedniej wiedzy o jednostce chorobowej oraz wykonywanym znieczuleniu. W trakcie trwania zabiegu operacyjnego były to: niepokój oraz stres spowodowany zabiegiem operacyjnym, ryzyko wystąpienia powikłań podczas wykonywania znieczulenia podpajęczynówkowego, niska saturacja, na poziomie 93%, spowodowana zastosowanym znieczuleniem i posypianiem pacjenta prawdopodobnie po zastosowanej premedykacji i niskie ciśnienie tętnicze spowodowane rozszerzeniem naczyń krwionośnych w wyniku zastosowania znieczuleniem podpajęczynówkowego. Po zabiegu operacyjnym wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne: ból rany pooperacyjnej, ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej, ryzyko wystąpienia powikłań związanych z odwodnieniem pacjenta i ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kozieł S., Majewski M., Pułtorak B., i wsp.: Małoinwazyjne operacje przepuklin pachwinowych z dostępu otwartego. *Chirurgia Polska* 2014; 16 (1): 20–27.
2. Cybułka B.: Zespół bólowy pachwiny. Wpływ śródoperacyjnego, miejscowego podawania 0,5% bupiwakainy na pooperacyjną kontrolę bólu w przypadku zabiegów hernioplastyki sposobem Lichtensteina. *Prospektywne badanie kliniczno-kontrolne. Pol. Przegl. Chir.*, 2017; 89 (2): 11-13.
3. Spannbauer A., Berwecki A., Kulik A., Białko B., Markowska B.: W jaki sposób przygotować rehabilitacyjnie pacjentów z dużą przepukliną brzuszną do zabiegu jej usunięcia? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2023; 17 (1): 1-3.
4. Iftikhar N., Kerawala A. A.: Jakość życia po zabiegu plastyki przepukliny pachwinowej. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2021; 93 (3): 35-36.

5. Zamkowski M.: Porównanie wyników operacji przepuklin pachwinowych z użyciem siatki samo mocującej z klasycznym zabiegiem metodą Lichtensteina w populacji powiatu kartuskiego. *Medical University of Gdansk* 2017; 1 (3): 29-33.
6. Ścisło L. (red.): *Pielęgniarstwo Chirurgiczne*. PZWL, Warszawa 2020, 427-434.
7. Smereczyński A., Kołaczyk K.: Znaczenie ultrasonografii w diagnostyce przepuklin powłok brzusznych. *Pediatr. Med. Rodz.* 2014; 10 (4): 398–404.
8. Cihangir Emral A., Ziya Anadol A., Kozan R., et. al.: Porównanie wyników użycia siatki samo mocującej i siatki polipropylenowej w otwartej naprawie przepukliny pachwinowej: prospektywne, randomizowane, kontrolowane badanie kliniczne. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2022; 94 (6): 1-8.
9. Santorek-Strumiłło E., Włodarczyk M.: Czynniki wpływające na utrudnione gojenie się ran po plastyce przepukliny pachwinowej – doświadczenia własne, *Lekarz Wojskowy*, 2020; 98 (2): 135–140.
10. Wojnicz-Michera I., Juszcak K.: Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym leczonym operacyjnie. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 3: 120–127.
11. Perczak C., Wanot B., Biskupe-Wanot A.: Znieczulenie miejscowe i przewodowe oraz zasady postępowania z chorym na bloku operacyjnym. *Skrypt dla pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa*. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie 2022: 30-32.
12. Rozalska-Walaszek I. E., Aftyka A., Mróz A.: Zadania pielęgniarki chirurgicznej w Opiece nad pacjentem poddawany blokadom centralnym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 2: 39-43.
13. Wójcik A. M., Więch P., Bazaliński D.: Powikłania po znieczuleniu podpajęczynówkowym u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu dysfunkcji narządu ruchu. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2021; 3: 123–129.
14. Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S.: Udział pielęgniarki w procesie monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego – część II. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 200-205.

PORADA PIELEŃNIARSKA W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTEOPOROZĄ

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Mariusz Bogdan², Natalia Wardak²

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

WPROWADZENIE

Definicja oraz podział osteoporozy

Osteoporoza zaliczana jest do jednych z chorób systemowych kości. Jej główną cechą charakterystyczną jest pojawienie się u pacjentów niskiej masy kostnej, a co za tym idzie wystąpieniem patologicznej budowy kości. Można śmiało stwierdzić, że zrzesotnienie kości jest jedną z najczęstszych chorób współczesnego świata. Istota choroby nie ogranicza się tylko do problemów zdrowotnych. Mamy tu do czynienia również z problemami natury społecznej, a także socjoekonomicznej. Obniżenie masy kostnej prowadzi do zmniejszenia ich odporności, co w konsekwencji prowadzić może do zwiększonego ryzyka wystąpienia złamań [1].

Obraz postrzegania choroby zmienił się na przełomie ostatnich lat. Stereotyp jakoby zrzesotnienie kości było typowym objawem starzenia się organizmu wzmocniła szeroko rozumiana kultura, np. malarstwo czy telewizja [2]. Twierdzono, że często występujące złamania kości u osób starszych są tak samo typowe dla starości jak siwienie włosów czy pojawienie się zmarszczek. Z biegiem lat, a tym samym z postępem medycyny i wzrostem świadomości społeczeństwa aktualnie osteoporoza uważana jest za chorobę skomplikowaną. Model starzejącego się społeczeństwa tylko to potwierdza. Choroba ta związana jest z prawie każdym elementem zdrowia [3].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już wiele lat temu uznała osteoporozę jako epidemię XXI wieku [4]. Ponadto o zrzesotnieniu kości mówi się jako o chorobie systemowej. Do głównych jej cech zalicza się zmniejszenie gęstości kości oraz zaburzenie ich mikroarchitektury. Prowadzi to w konsekwencji do obniżenia ich odporności na przeciążenia, co w wyniku choroby może doprowadzić do złamań tkanki kostnej, nawet jeżeli uraz był złudnie niegroźny. Osteoporozę diagnozuje się zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, jednak

częstość występowania jest wyższa u kobiet. Po 50 roku życia diagnozę osteoporozy słyszy przeciętnie co trzecia kobieta oraz co ósmy mężczyzna. Najbardziej charakterystycznym powikłaniem a jednocześnie jednym z pierwszych zauważalnych objawów zrzestnienia kości są tzw. złamania niskoenergetyczne [5]. Jeżeli dochodzi do diagnozy tej grupy złamań, najprawdopodobniej choroba jest już w zaawansowanym stadium. Ich typową cechą jest to, że pojawiają się w momencie pozornie niewielkiego urazu. Do głównych czynników mogących mieć wpływ na wystąpienie osteoporozy jest wiek powyżej 60 roku życia oraz brak regularnej aktywności fizycznej. Ponadto do czynników ryzyka zalicza się: czynniki genetyczne, poziom hormonalny, rodzaj stosowanej diety, uwarunkowania środowiskowe oraz stosowanie używek. Według prowadzonych badań prognozuje się, że w 2050 roku znacząco, bo o ok. 20% wzrośnie odsetek ludzi w podeszłym wieku [6]. Jest to więc równoznaczne ze zwiększeniem diagnozowania i występowania osteoporozy.

Chcąc przejść do najczęstszych przyczyn osteoporozy najpierw należy zaznajomić się z podziałem tej choroby. Jest on oparty na dwóch kryteriach: etiologii i lokalizacji.

Pierwsze kryterium lokalizacji dzieli zrzestnienie kości na chorobę miejscową i uogólnioną. Już sama nazwa wskazuje, że osteoporoza miejscowa dotyczy tylko niektórych okolic szkieletu. W takim przypadku mamy do czynienia z oddziaływaniem czynnika szkodliwego, który działając w określonym miejscu będzie wywoływał powstanie stanu zapalnego lub unieruchomienie danej części układu kostnego. Należy pamiętać, że takie procesy są zawsze wtórne. Osteoporozy uogólnione dotyczą natomiast całego szkieletu. Trzeba jednak pamiętać, że proces chorobotwórczy nie będzie obejmował w jednakowym stopniu wszystkich miejsc układu kostnego. Uogólnione zrzestnienie kości jest skutkiem różnych czynników takich jak: unieruchomienia powstałego w wyniku innych chorób współistniejących, procesów starzenia czy osłabienia metabolizmu człowieka.

Kolejnym kryterium jest kryterium etiologiczne, które dzieli zrzestnienie kości na pierwotne i wtórne. Osteoporoza pierwotna dodatkowo dzieli się na idiopatyczną i inwolucyjną, a wśród niej wyróżnia się ponadto osteoporozę inwolucyjną typu I i II. Idiopatyczne zrzestnienie kości to schorzenie o nieznanym przyczynie i etiologii. Do tej grupy zaliczamy idiopatyczną osteoporozę młodzieńczą, która w populacji występuje niezwykle rzadko. Cechą charakterystyczną inwolucyjnego zrzestnienia kości jest to, że metabolizm kości zostaje zaburzony. Proces chorobotwórczy przyspiesza powstawanie fizjologicznej osteopenii, co w dalszej konsekwencji może prowadzić do wystąpienia osteoporozy. Osteoporoza pomenopauzalna to osteoporoza inwolucyjna typu I. Dotyczy ona

zwykle kobiet pomiędzy 5 a 7 dekadą życia. Zmiany chorobotwórcze zachodzą głównie w strukturze kości bełczkowatej, które przedstawione są na fotografii 1 [7].

Niewątpliwie wejście w tzw. wiek przekwitania wiąże się z wieloma konsekwencjami, szczególnie u kobiet. Należy do nich zakończenie endokrynnej funkcji, którą pełni jajnik. Jest to również związane z główną przyczyną wystąpienia osteoporozy pomenopauzalnej wywołanej obniżeniem stężenia estradiolu. Ponadto, w rodzaju tej osteoporozy zwraca się uwagę na funkcję przytarczyc, a dokładniej ich niedoczynność, a także zmniejszone wchłanianie wapnia. Do typowych miejsc złamań kości w osteoporozie pomenopauzalnej zalicza się kręgi kręgosłupa oraz kość promieniową, szczególnie dystalne jej części. Osteoporoza starcza, czyli inwolucyjna typu II występuje po 70 roku życia, bez względu na płeć. Jej główną przyczyną są szeroko rozumiane procesy starzenia związane z wiekiem. Typowymi złamaniami w tym typie zrzesotnienia kości są kręgi kręgosłupa oraz szyjka głowy kości udowej [8].

Osteoporoza wtórna obejmuje wszystkie osoby chore, u których zdiagnozowano schorzenie, ale przyczyną nie są nieprawidłowe stężenia hormonów płciowych np. estradiolu ani postępujący wiek [9]. Na wystąpienie tego typu osteoporozy mogą mieć wpływ schorzenia, na które pacjent chorował w różnych etapach swojego życia. Do jej głównych przyczyn zalicza się choroby, które negatywnie wpływają na mineralizację i metabolizm kości. Często są to także schorzenia o podłożu endokrynologicznym.

W dostępnej literaturze możemy spotkać jeszcze jeden ciekawy podział osteoporozy. Został on stworzony przez WHO i opiera się na wartościach gęstości mineralnej kości (BMD). Pomiary prowadzone są za pomocą absorpcjometrii podwójnej wiązki promieniowania rentgenowskiego (DEXA) i dokonuje się ich w osiowych częściach układu kostnego[9].

ROZWIĘCIE

Przyczyny i czynniki ryzyka choroby.

Najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka osteoporozy jest wiek. Należy on do tzw. czynników niemodyfikowalnych. Wraz ze starzeniem organizmu występuje fizjologiczne obniżenie poziomu hormonów, głównie estrogenów. Szczególnie zauważalne jest to u kobiet w okresie menopauzalnym. Ponadto w tym okresie wraz z moczem wydalana jest większa ilość wapnia, co negatywnie wpływa na poziom uwapnienia tkanki kostnej, a tym samym obniża się gęstość kości [9]. Największe ryzyko wystąpienia choroby występuje u kobiet po

65 roku życia, a u mężczyzn po 70 roku życia. Należy nadmienić, że u kobiet spadek gęstości kości zaczyna się dużo wcześniej, a mianowicie około 39 roku życia. Proces ten znacząco nasila się w wieku 50 lat. W tym okresie poziom gęstości masy tkanki kostnej spada rocznie o około 2 % [10]. Na zrzesotnienie kości częściej chorują kobiety. Ryzyko złamań osteoporotycznych u kobiet po 50 roku życia wynosi 40%, natomiast u mężczyzn w tym samym wieku jest prawie 4 krotnie niższe i wynosi około 13%. Wahania hormonów w przebiegu menopauzy u kobiet przybierają charakter skokowy. W wyniku tego dochodzi do bardzo gwałtownego obniżania się masy kostnej. U mężczyzn proces ten przebiega inaczej, ponieważ związane to jest z liniowym charakterem obniżania się hormonu jakim jest testosteron. Nie obserwuje się gwałtownych wahań hormonalnych, dlatego też ubytek masy kostnej również nie jest gwałtowny. W związku z powyższymi różnicami występują kilkuletnie różnice w występowaniu złamań osteoporotycznych u kobiet i u mężczyzn. Szacuje się, że u mężczyzn typowe złamania występujące w zrzesotnieniu kości pojawiają się ok 5-7 lat później niż u kobiet [10].

Menopauza kojarzy się z zanikaniem miesiączki. W wyniku przeprowadzonych analiz i badań uznano, że najbardziej zaawansowana utrata gęstości masy kostnej występuje u kobiet zaczyna się około 2- 3 lata przed ostatnią miesiączką. Dochodzi wtedy do niedoboru estrogenów. W związku z tym zwiększa się dynamika komórek kościogubnych- osteoklastów oraz dochodzi do zwiększenia resorpcji kości. Proces ten trwa kilka a nawet kilkanaście lat. Zmniejszenie aktywności osteoklastów następuje około 3- 4 lata po menopauzie [11]. Literatura opisuje przypadki tzw. osteoporozy pomenopauzalnej. Mówimy o niej w momencie, kiedy kobieta zbyt wcześnie wejdzie w okres przekwitania. Estrogeny to hormony, które są wytwarzane przez jajniki. Do ich niedoboru może dojść z wielu przyczyn, m.in.: w przebiegu naturalnej menopauzy, jak również w wyniku operacji ginekologicznych. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zaburzeń hormonalnych, w takich przypadkach zaleca się stosowanie hormonalnej terapii zastępczej. Dzięki takiej metodzie leczenia możliwe jest zachowanie prawidłowych wartości m. in. estrogenów, a w konsekwencji zapobiega to powstawaniu złamań wynikających z obniżonej gęstości kości [12].

Nie tylko kobiety wchodzące w okres menopauzy narażone są na pojawienie się osteoporozy. Dojrzewanie płciowe w młodzieńczym wieku też ma duże znaczenie w dalszym życiu. Młode dziewczęta i kobiety, u których z różnych przyczyn menstruacja uległa opóźnieniu są znacząco narażone na utratę masy kostnej. Ponadto zaburzenia psychiczne takie jak anoreksja, czy nadmierny wysiłek fizyczny są czynnikami mogącymi przyczynić się do wystąpienia zaburzonej mineralizacji kości i mieć negatywny wpływ na szkielet [10].

Wpływ diety i używek na rozwój choroby

Na wystąpienie, rozwój i przebieg osteoporozy bardzo duży wpływ ma stosowana dieta. Odpowiedni poziom wapnia i witaminy D dostarczanych do organizmu z pożywieniem ma niebagatelny wpływ na stopień zaawansowania zrzesztotnienia kości. Jeżeli dieta wsparta jest prawidłową i regularną aktywnością fizyczną, śmiało można stwierdzić, że pacjent jest w stanie odwrócić negatywny przebieg osteoporozy. Witamina D i wapń w największym stopniu odpowiadają za osiągnięcie prawidłowej szczytowej masy kostnej (PMB). Ponadto innymi, bardzo istotnymi elementami diety w osteoporozie są: białka, witaminy A, C i K oraz sód, magnez i fosfor [13].

Rola jonów wapnia polega na utrzymaniu prawidłowej homeostazy wapniowej. Cały proces jest powiązany z witaminą D, a właściwie jej aktywną formą tzw. kalcytriolem. Jego odpowiednie stężenie w organizmie utrzymywane jest w organizmie dzięki odpowiedniej diecie. Ponadto, witamina D produkowana jest w wyniku przemian zachodzących w skórze pod wpływem promieniowania UV. Mimo to, z wiekiem oba te procesy w wyniku starzenia się organizmu spowalniają i nie są w stanie zapewnić prawidłowego poziomu witaminy D. W związku z powyższym niezwykle istotne jest to, aby osoby narażone na osteoporozę suplementowały ją i sprawdzały jej poziom w swoim organizmie [14].

Dieta stosowana w profilaktyce zrzesztotnienia kości powinna być bogata w produkty mleczne. Zawierają w swym składzie wysoki poziom białka i wapnia, które pozytywnie wpływają na prawidłową gęstość kości. W związku z powyższym, osobom znajdującym się w grupie ryzyka wystąpienia osteoporozy zaleca się spożywanie jednego produktu mlecznego do każdego posiłku. Należy przy tym pamiętać, że ograniczanie tłuszczu w tej grupie produktów nie wpływa pozytywnie na mineralizację kości. Wynika z tego, że odtłuszczone wyroby mleczne, nie posiadają witaminy D.

Do innych, bardzo ważnych składników w diecie wpływającej na profilaktykę wystąpienia osteoporozy należy fosfor. Jego główne źródła to: ryby, mięsa w tym drób oraz produkty mleczne. W organizmie człowieka fosfor występuje w 85 % w kościach. W jego przypadku należy uważać na nadmierne spożycie. Zbyt wysoki poziom fosforanów wpływa na obniżenie stosunku wapnia do fosforu, co prowadzi do wzrostu parathormonu i uaktywnieniu osteoklastów [15].

Wpływ na metabolizm kości mają witaminy A, C i K. Każda z nich ma nieco inne właściwości i wpływ na mineralizację kości. Witamina A jest rozpuszczalna w tłuszczach. Wpływa na odpowiedni wzrost i stabilność kości. Do związków pełniących funkcję witaminy A należy także retinol. Powstaje on w wątrobie z prowitaminy A czyli z β -karotenu. Mają na

uwadze występowanie retinolu w diecie, trzeba pamiętać, iż jego nadmierne spożycie może wpływać na występowanie złamań kości udowej. W związku z tym kobiety po menopauzie, które stosują suplementację tego związku powinny zachować należytą czujność i ostrożność [12]. Witamina C ma swoje źródło w świeżych owocach i warzywach. Wywiera pozytywny wpływ na utrzymanie należytego szkieletu. W badaniach wykazano, że osoby, które spożywają odpowiednią ilość witaminy C, rzadziej doświadczają złamań kości [10]. Witamina K, podobnie jak witamina A jest rozpuszczalna w tłuszczach. Ma niebagatelny wpływ na proces produkcji białek, w szczególności osteokalcyny, która należy do niekolagenowych białek tkanki kostnej. Jej prawidłowy poziom spożycia w diecie wpływa na wzmocnienie architektoniki kości, a w związku z tym zapobiega osteoporozie. Osoby, które rzadko spożywają warzywa liściaste, mogą być narażone na niedobory witaminy K [15]. Wysoka podaż soli w diecie niekorzystanie wpływa na wydalanie wapnia z moczem. Skutkiem tego może być nieprawidłowa mineralizacja tkanki kostnej [16].

Białko w diecie osób chorujących na osteoporozę pełni bardzo ważną funkcję. Jego zbyt niski poziom może prowadzić do obniżenia poziomu wchłaniania wapnia. Natomiast, zbyt duża podaż białka w pożywieniu także może wpłynąć na wystąpienie osteoporozy. Szczególne znaczenie ma tu wysoki procent spożycia produktów mięsnych, ponieważ przyczyniają się do utraty wapnia z organizmu. Dlatego też zaleca się, aby głównym źródłem białka u osób z grupy ryzyka były rośliny strączkowe [17].

Istotnym jest aby dieta jaka stosowana jest zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu osteoporozy była urozmaicona, zbilansowana i dobrana indywidualnie. Aby dostarczyć organizmowi wszystkich potrzebnych składników mineralnych i odżywczych należy pamiętać o kilku podstawowych zasadach: dieta powinna składać się z 3 do 5 posiłków w ciągu doby. Ponadto, winna zawierać należytą porcję produktów mlecznych, mięsnych, ryb, warzyw, warzyw strączkowych, owoców oraz produktów zbożowych [18].

Do najbardziej popularnych używek możemy zaliczyć alkohol, tytoń, herbatę i kawę. Są to tzw. czynniki środowiskowe mające wpływ na rozwój zrzesotnienia kości. W przypadku alkoholu w pewnych spożywanych ilościach może dojść do pobudzenia komórek kościotwórczych. Są to jednak bardzo małe jego ilości. Należy pamiętać, że już niewielki nadmiar spożywanego alkoholu będzie działał w przeciwną stronę, co przyczyniać się będzie do dużych zaburzeń w metabolizmie tkanki kostnej i redukcji aktywności komórek kościotwórczych. Jeżeli mamy do czynienia z osobami uzależnionymi od alkoholu, należy mieć na uwadze, że alkoholizm uszkadzając wątrobę i zaburzając stężenia hormonów, jeszcze bardziej intensyfikuje resorpcję kości.

Zbyt duża ilość wypijanej kawy wpływa na zwiększony poziom wydalania wapnia z moczem, co prowadzi do uwalniania go z kości, a tym samym dochodzi do zaburzenia ich mineralizacji. Herbata, szczególnie zielona, ma w swoim składzie flawony, które wykazują pozytywny wpływ na organizm człowieka, działając na komórki kościotwórcze [19].

Palenie papierosów negatywnie wpływa na układ kostny, zwiększając ryzyko wystąpienia złamań. W wyniku tego nałogu dochodzi do zaburzenia mineralizacji kości. Zostało to potwierdzone w wielu badaniach, które opierały się na porównaniu gęstości kości u osób palących i niepalących. Wykazano również, że istnieje zależność między ilością wypalanych papierosów a gęstością tkanki kostnej. Palący mężczyźni, niezależnie od wieku są bardziej narażeni na pogorszenie mineralizacji kości niż kobiety. Niestety, nie wiadomo do końca jaki jest mechanizm, w wyniku którego palenie papierosów negatywnie wpływa gęstość i mineralizację tkanki kostnej [20].

Wpływ stosowanych leków na rozwój choroby

Glikokortykosteroidy należą do grupy leków, które mają największy wpływ na wystąpienie osteoporozy wtórnej. W wyniku długotrwałego stosowania hamują dojrzewanie komórek kościotwórczych, a ponadto nasilają ich apoptozę. Skutkiem długotrwałej steroidoterapii jest spadek wchłaniania wapnia z przewodu pokarmowego. Następstwem tego jest kalcuria, ujemny bilans wapniowy, co w konsekwencji prowadzi do wzrostu stężenia PTH i pobudzenia komórek kościogubnych czyli osteoklastów. Ważnym powikłaniem u pacjentów przewlekłe stosujących glikokortykostreoidy jest wystąpienie jałowej martwicy kości. Dodatkowo, ta grupa leków niekorzystnie wpływa na siłę mięśniową, co może wywoływać upadki, które w konsekwencji doprowadzić mogą do groźnych złamań kości [7].

Oprócz glikokortykosteroidów na wystąpienie osteoporozy wtórnej mają wpływ inne grupy leków. Poniżej przedstawiono rycinę obrazującą pozostałe preparaty lecznicze, które przyczyniają się do pojawienia się wtórnego zrzesotnienia kości.

Wpływ innych czynników na rozwój choroby

Do czynników, które mają wpływ na wystąpienie i rozwój osteoporozy niewątpliwie należy zaliczyć brak regularnej aktywności fizycznej oraz unieruchomienie. W wyniku braku ruchu, a tym samym deficytu w obciążeniu mechanicznym kości dochodzi do ich zaniku. Pojawiają się wtedy niekorzystne zmiany, głównie w kości gąbczastej. Ponadto, w przypadku

znikomej aktywności fizycznej występuje zmniejszone wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym [21].

Kobiety, które w krótkim odstępie czasu zachodziły w kolejne ciążę, bądź ich okres laktacji był przedłużony są bardziej narażone na wystąpienie osteoporozy. W tych okresach procesy kościogubienia przeważają nad kościotworzeniem, co może sprzyjać późniejszym wystąpieniem zrzesotnienia kości [22].

Waga ciała wpływa na masę tkanki kostnej. Im bardziej obciążony szkielet tym większa masa kości u danego człowieka. Dlatego też, osoby o filigranowej budowie są bardziej narażone na pojawienie się złamań.

Należy wspomnieć, że zrzesotnienie kości może być uwarunkowane genetycznie. W przeprowadzonych badaniach dowiedziono, że córki kobiet, które chorowały na osteoporozę, posiadają niższą gęstość mineralną kości. Przeprowadzono także badania, w których dowiedziono, że rasa może wpływać na pojawienie się zrzesotnienia kości. Afroamerykanie posiadają większą mineralną gęstość kości (BMD), natomiast u Azjatów współczynnik też jest niższy [10].

Objawy osteoporozy

Zrzesotnienie kości należy do chorób, które przez wiele lat nie dają żadnych objawów. Człowiek jest nieświadomy, że w organizmie już zaczęły procesy kościogubienia. Latami żyje w nieświadomości, że w jego organizmie pojawiły się już pierwsze złamania osteoporotyczne, o których nie wie. Osteoporoza jest chorobą przewlekłą, co oznacza, że nie ma w niej dokładnie wyznaczonej fazy ostrej choroby.

Pierwszym objawem choroby, który jest odczuwalny przez pacjentów jest ból pleców. Już wtedy, często związany jest z tzw. złamaniami kompresyjnymi kręgosłupa. Dochodzi do nich w sposób bezbolesny, dlatego osoby chore nie wiedzą kiedy i w jakiej sytuacji mogło do nich dojść. Sam ból pleców jako pierwszy objaw pojawia się dopiero po pewnym czasie. Ponadto, dołącza się do niego zmiana sylwetki chorego, polegająca na zaokrągleniu pleców oraz deformacji klatki piersiowej. W wyniku tego bardzo krótkim czasie wzrost chorego ulega zmniejszeniu o ponad 2 cm. W wyniku nieprawidłowej postawy ciała dołączają się kolejne zaburzenia takie jak: problemy z oddychaniem, ograniczenia w samodzielności i poruszaniu, niepewny chód. Do innych typowych wad postawy osoby z osteoporozą można zaliczyć wdowi garb, a także objaw choinkowy, który koreluje ze zmniejszaniem się wysokości osoby chorej. Charakteryzuje się on specyficznym układaniem fałdów skórnych w dół odkręgosłupowo. Ważnymi objawami są również zaburzenia neurologiczne, które

spowodowane są uciskiem na rdzeń kręgowy lub poszczególne nerwy. Podczas chodzenia oraz w pozycji stojącej mogą nasilać się bóle kostne. W wyniku zmiany postawy ciała u osoby chorej na osteoporozę dochodzi do zmiany punktu środka ciężkości. W konsekwencji prowadzi to do różnego rodzaju przeciążeń kostno- stawowych powodującym tym samym powstawanie zmian zwyrodnieniowych. Ponadto, wiele osób z osteoporozą skarży się na ból zębów [12].

Złamania niskoenergetyczne są najczęstszymi, pierwszymi objawami osteoporozy. Pojawiają się one przy małych uraz, które u osoby zdrowej nie wzbudzają jakiegokolwiek niepokoju. Należy pamiętać, aby w sytuacji pojawienia się tego typu złamań przeprowadzić rozszerzoną diagnostykę, której celem będzie wykluczenie innych schorzeń, np. przerzutów nowotworowych do kości [7].

Miejsce najczęstszych złamań osteoporotycznych są złamania: kości przedramienia i nadgarstka, trzonów kręgow kręgosłupa oraz kości udowej, w szczególności jej bliższego odcinka. Ostatnie są najbardziej niebezpieczne. Dochodzi do nich w tzw. osteoporozie starczej. Złamania te dotyczą głównie złamań szyjki głowy kości udowej. Niestety, tylko 1/3 pacjentów, która doświadczyła tego typu złamania wraca do sprawności sprzed wypadku. U około 50% pacjentów, u których zdiagnozowano ten typ złamania dojdzie w konsekwencji do stałej niepełnosprawności. Ponadto złamanie szyjki głowy kości udowej obarczone jest największym ryzykiem śmiertelności [20].

Do złamań kręgosłupa dochodzi często podczas zwykłych, codziennych czynności, bez upadku oraz znacznego obciążenia organizmu. W 70% przypadków są one bezobjawowe. Złamania w odcinku lędźwiowym kręgosłupa niosą za sobą konsekwencje spowodowane przemieszczeniem i uciskiem narządów jamy brzusznej. Do najczęstszych objawów zaliczamy: wzdęcia, bóle brzucha, utrudnione wypróżnianie. Złamania w odcinku piersiowym mogą być przyczyną powstania rozedmy płuc oraz choroby niedokrwiennej serca. Poza objawami związanymi bezpośrednio ze złamaniami i wynikającą z nich niepełnosprawnością, chorzy często popadają w depresję oraz wycofanie społeczne [17].

Tuż po menopauzie u kobiet, często rozpoznawalnymi złamaniami są złamania dalszego odcinka kości promieniowej, do których dochodzi w wyniku upadku na wyprostowaną rękę. Ten typ złamania nosi nazwę „loco tipico” oraz występuje z częstotliwością u około 7,3 na 1000 osób [14].

Diagnostyka osteoporozy

Przez bardzo długi czas diagnostyka zrzeszotnienia kości opierała się tylko na wynikach badań densytometrycznych. W wyniku wieloletnich badań dowiedziono, że taki model postępowania nie jest właściwy, ponieważ, nie bierze pod uwagę wszystkich potrzebnych parametrów.

Najlepszym dla pacjenta byłoby rozpoznanie zrzeszotnienia kości jeszcze przed wystąpieniem pierwszych złamań. Dlatego też strategia diagnostyki choroby opiera się na kompleksowym działaniu lekarzy POZ, a w późniejszym etapie lekarzy specjalistów. Można ją podzielić na dwa etapy.

Pierwszy z nich polega na badaniach podmiotowych i przedmiotowych. Do tego zadania potrzebny jest bardzo dobrze zebrany wywiad, w którym szczególnie istotne są pytania o wagę, wzrost, siłę mięśniową, wiek. Istotnym wskaźnikiem w prognozowaniu złamań jest BMI, które im jest niższe, tym niższe ryzyko wystąpienia złamań. W dobrze przeprowadzonym wywiadzie powinny znaleźć się również pytania o przebytych do tej pory złamania u pacjenta, jak również te, które występowały w rodzinie. Niezbędne są także pytania o stosowane używki: palenie papierosów, alkohol, leki, a także na jakie inne choroby współistniejące choruje pacjent [12].

W diagnostyce zrzeszotnienia kości lekarz wykonuje także tzw. 10-letnią ocenę ryzyka złamań. Do tego pomiaru wykorzystuje się algorytm FRAX. Jest on niezbędny w diagnostyce osteoporozy, ponieważ na podstawie jego wyniku dobierane jest leczenie farmakologiczne. Kalkulator FRAX polega na tym, że określa ryzyko wystąpienia złamań na podstawie indywidualnych czynników występujących u danego pacjenta. Algorytm ten stosowany jest u osób, które wcześniej nie były leczone na zrzeszotnienie kości. Jest on bardzo pomocnym narzędziem diagnostycznym, ponieważ bierze pod uwagę takie przyczyny, które mogą umknąć lekarzowi przy przeprowadzaniu wywiadu. Do wyboru jest wiele wersji językowych i narodowych [12].

Interpretując wyniki powyższego kalkulatora, otrzymujemy wynik 10-letniego ryzyka wystąpienia złamań. Jeżeli są one niższe niż 10% to w takim przypadku pacjent nadal powinien być objęty profilaktyką oraz ewentualną dalszą diagnostyką, w zależności od stanu chorego. Natomiast, jeżeli po przeprowadzeniu analiz z wykorzystaniem kalkulatora FRAX otrzymamy wynik powyżej 10% ryzyka wystąpienia złamań w głównych lokalizacjach oraz ponad 3% ryzyko pojawienia się złamania w obrębie szyjki głowy kości udowej, pacjent powinien zostać skierowany na leczenie specjalistyczne.

Ważną informacją dla lekarza POZ, który prowadzi diagnostykę w kierunku osteoporozy jest także fakt, że każde przebyte złamanieiskoenergetyczne w każdej lokalizacji, znacznie podnosi ryzyko wystąpienie kolejnych złamań. W wyniku tego, taki pacjent powinien zostać skierowany na kompleksowe leczenie obejmujące opiekę: ortopedyczną, farmakologiczną, działanie przeciwbólowe, rehabilitacyjne oraz dietetyczne [18].

Drugim etapem diagnostyki zrzyszotnienia kości jest diagnostyka różnicowa, polegająca na określeniu z jakim typem choroby mamy do czynienia. Zadaniem specjalisty, który będzie zajmował się danym pacjentem jest dobór odpowiedniego leczenia farmakologicznego, które będzie opierało się na wynikach badania densytometrycznego (DXA), poziomie witaminy D w surowicy z oceną bilansu wapniowego oraz ocenie aktywności markerów obrotu kostnego.

Densytometria to inaczej absorpcyjometryczne badanie gęstości kości. Jest głównym badaniem stosowanym w celu rozpoznania zrzyszotnienia kości. Gęstość tkanki kostnej może być badana w kilku miejscach, a jego wybór jest związany głównie z wiekiem pacjenta. Przed 65 rokiem życia najczęstszym miejscem wybieranym do pomiarów densytometrycznych jest odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a dokładniej poziomy L1- L2- L3- L4. U osób starszych, u których występują inne zmiany zwyrodnieniowe stawów, dyskopatie, skoliozy badanie to należy wykonać w odcinku bliższym kości udowej. Bardzo rzadko, w wyniku specjalnych wskazań, badanie wykonywane jest w 1/3 dystalnej części przedramienia [2].

Densytometria polega na pomiarze ile promieniowania zostało pochłoniętego przez tkankę kostną. Podczas badania wysyłane są dwie wiązki promieniowania, spośród których każda posiada inną energię. Różnica pomiędzy promieniowaniami tych wiązek pochłoniętymi w czasie trwania badania pozwala określić ile dawki zostało pochłoniętej przez tkankę kostną. Densytometria pozwala określić także, jaki jest poziom tkanki tłuszczowej i mięśniowej [11].

Wyniki badania gęstości kości podawane są jako odchylnie standardowe. Współczynnik T- score porównuje się ze stanem tkanki kostnej osoby badanej z gęstością kości osób zdrowych tej samej płci, w młodszym wieku. Współczynnik Z- score odnosi gęstość kości osoby badanej do tej wartości, która charakterystyczna jest dla osób tej samej płci i będących w tym samym wieku, którzy to stanowią tzw. grupę kontrolną. Należy pamiętać o tym, że nie można wykonywać analiz obu tych wskaźników, jeżeli badanie zostało przeprowadzone innymi metodami, na innych aparatach oraz w różnych lokalizacjach kostnych [1].

Interpretacja wyników pomiarów densytometrycznych przez lekarza polega przede wszystkim na kryteriach, które zostały opracowane przez WHO. Współczynnik T- score poniżej – 2,5 umożliwia postawienie rozpoznania osteoporozy [10].

Do innych badań wykorzystywanych do oceny istnienia zrzesotnienia kości jest RTG kręgosłupa wykonywane w projekcji bocznej. Ma ono na celu wykrycie złamań kręgów kręgosłupa, które często są bezbolesne i bezobjawowe. Wyodrębnia się zmiany łagodne, umiarkowane i ciężkie. Podział ten wynika z oceny wzajemnych stosunków między wysokościami trzonów kręgów: przednią, środkową i tylną. W przebiegu zrzesotnienia kości o kręgach mówi się „rybie kręgi”, ze względu na ich kształt. Niestety, aby rozpoznać osteoporozę za pomocą badania RTG, masa kostna musi zmniejszyć się o ok 30% [8].

Ponadto, do innych badań wykorzystywanych w diagnostyce zrzesotnienia kości zalicza się badanie USG oraz tomografię komputerową. Druga z metod wykorzystywana jest częściej, ponieważ pozwala ocenić gęstość kości gąbczastej i zbitej. Badanie ultrasonograficzne wykorzystuje się przede wszystkim jako metodę różnicującą. Nie jest to jednak badanie wykorzystywane na szeroką skalę, ponieważ nie ma opracowanych norm diagnostycznych dla osteoporozy. Nieodłącznym elementem każdego badania diagnostycznego są badania laboratoryjne. Oznacza się w nich poziom białka całkowitego, kreatyniny, fosforu i wapnia, a także wykonuje się morfologię krwi i OB [10].

Profilaktyka osteoporozy

Głównym zadaniem profilaktyki osteoporozy jest zapobieganie utracie masy kostnej oraz zwiększenie szczytowej masy kostnej. Aby osiągnąć powyższe cele powinno się stosować odpowiednio dobraną dietę, a także systematycznie dbać o aktywność fizyczną organizmu [11].

Zasady prawidłowego żywienia chorych na osteoporozę

Do głównych czynników ryzyka wpływających na pojawienie się osteoporozy należy zaliczyć niską podaż wapnia oraz wysoki poziom spożycia fosforu w diecie. W takim przypadku dochodzi do powstania ujemnego bilansu wapniowego, który jest niekorzystny. Aby temu zapobiec, dieta osób chorujących na zrzesotnienie kości lub będących w grupie ryzyka powinna być bogata w wapń. Do jego głównych źródeł należą produkty mleczne. Ich składzie znajdują się m.in. fosfopeptydy, które zwiększają biodostępność wapnia, dzięki temu jest on lepiej przyswajalny. Ponadto produkty mleczne posiadają w swoim składzie witaminę D, która także wpływa na mineralizację tkanki kostnej. Dieta bogata w wapń jest dużo

bardziej korzystniejsza niż suplementacja go w postaci tabletek. Ilość wapnia, które powinno być spożywane w ciągu dnia nie jest jedną, stałą wartością. Zależy ona bowiem od wieku, płci, rodzaju wykonywanej pracy oraz innych indywidualnych czynników. W wyniku przeprowadzonych badań dowiedziono, że największe zapotrzebowanie na wapń w ciągu doby mają dzieci i młodzież, kobiety będące w ciąży i w czasie laktacji oraz mężczyźni i kobiety po 50- 65 roku życia. Zapotrzebowanie powyższej grupy osób na wapń wynosi 1500-2000 mg/ dobę [9].

W diecie każdej osoby nie powinno zabraknąć witaminy D. Już 10- 15 minutowa ekspozycja na światło słoneczne może zapewnić dzienną dawkę tej witaminy. Niestety podczas starzenia, w wyniku różnych schorzeń współistniejących i innych anomalii samo światło nie wystarcza do zapewnienia dziennej dawki witaminy D. Najlepszym uzupełnieniem tej witaminy jest dieta. Jej największe zasoby znajdują się w produktach mlecznych, szczególnie tych nieodtłuszczonych. Ponadto dobrym źródłem witaminy D są tłuste ryby i jaja. W poniższej tabeli przedstawiono zawartość witaminy D₃ w poszczególnych produktach spożywczych [11].

Poza odpowiednim dostarczaniem w diecie witaminy D oraz wapnia, osoby z grupy ryzyka powinny zadbać o odpowiedni poziom białka oraz witamin C i K w pożywieniu. Witamina C w największych ilościach znajduje się w świeżych warzywach i owocach. Jako niezbędne minimum określa się spożywanie dwóch porcji owoców i jednej porcji warzyw dziennie. Ponadto, osobom starszym sugeruje się obieranie ich ze skórki, co ułatwia przeżuwanie. Witamina K w dużych ilościach znajduje się w kapuście, która w swym składzie zawiera także łatwo przyswajalny wapń. Na odpowiednią masę kostną niewątpliwy wpływ ma również białko. Wraz z wiekiem zapotrzebowanie na ten element diety się zwiększa. Należy uważać na białko zawarte w produktach mięsnych, ponieważ sprzyja ono utracie wapnia. W związku z tym sugeruje się aby zastąpić go białkiem z produktów mlecznych [12].

Osoby stosujące dietę w ramach profilaktyki lub leczenia osteoporozy powinny ograniczyć sól. Nie powinno się całkowicie z niej rezygnować, ponieważ może wpłynąć to na spadek apetytu, co w konsekwencji może doprowadzić do niedożywienia. Taki stan może być przyczyną nieodpowiedniego poziomu dostarczania składników i elementów diety, które są niezbędne do zachowania odpowiedniej masy tkanki kostnej [10]. W badaniach wykazano, że osoby spożywające alkohol w nadmiernych ilościach posiadają gorszą mineralizację kości. Etanol wpływa toksycznie na osteoblasty, a także zaburza gospodarkę wapniową. Częste

spożywania alkoholu sprzyja występowaniu złamań osteoporotycznych, dlatego osoby znajdujące się w grupie ryzyka powinny bardzo ograniczyć jego spożywanie [15].

Aktywność fizyczna osób z osteoporozą

Zachowanie umiarkowanej aktywności fizycznej należy do podstawowych elementów profilaktyki i leczenia zrzyszotnienia kości. U osób, które nie ćwiczą regularnie, ryzyko wystąpienia choroby wzrasta. Nie ma konkretnych wytycznych jaki rodzaj wysiłku fizycznego jest wskazany w walce z osteoporozą. Najważniejsze jest zachowanie systematyczności. Każdy rodzaj aktywności pobudza proces tworzenia kości. W profilaktyce osteoporozy ważny jest czas, w którym sport zaczął być uprawiany. Nie może być to zbyt późny wiek. Systematyczny wysiłek fizyczny rozpoczęty przed okresem dojrzewania stymuluje szczytową masę kostną. U osób starszych konsekwentnie uprawiany sport zwalnia rozpad tkanki kostnej [10].

Systematyczny wysiłek fizyczny jest przedmiotem wielu badań. Wykazano, że pozytywnie wpływa na wzrost gęstości mineralnej kości. Ponadto wzmacnia siłę mięśniową, poprawia koordynację ruchową, co wpływa na redukcję liczby upadków i obniża liczbę złamań. Podczas wysiłku fizycznego dochodzi do ściskania i rozciągania beleczek kostnych, dzięki temu wzrasta gęstość mineralna kości. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że osoby które uprawiały sport przez 8 miesięcy co najmniej 2 razy w tygodniu uzyskały wzrost gęstości mineralnej kości (BMD) o ok. 3,5 % w lędźwiowym odcinku kręgosłupa. Chodzenie także ma duży wpływ na prawidłową mineralizację kości. Kobiety w okresie pomenopauzalnym, które chodzą dziennie około 1,6 km posiadają większą mineralizację kości w porównaniu do kobiet pokonujących krótsze dystanse [14].

Leczenie osteoporozy

Niewątpliwie, zrzyszotnienie kości wymaga leczenia kompleksowego, w tym zaangażowania osoby chorej. Głównym celem leczenia osteoporozy jest redukcja ryzyka wystąpienia złamań kości oraz zmniejszenie ich skutków. Jeżeli zostaną spełnione te dwie zasady, osoby chore na osteoporozę, na długo zachowają samodzielność i niezależność, pełną ruchomość, a przede wszystkim radość z życia [13].

Leczenie farmakologiczne

Leki stosowane w leczeniu zrzyszotnienia kości dzieli się na trzy grupy:

- 1) Leki hamujące aktywność komórek kościogubnych- antyresorpcyjne: bifosfoniany, kalcytonina, estrogenowa terapia zastępcza, denosumab;
- 2) Leki stymulujące tworzenie kości: parathormon;
- 3) Leki o podwójnym mechanizmie działania: realinian strontu [2].

Kwalifikacja pacjenta do leczenia, w tym farmakologicznego odbywa się na podstawie oceny 10-letniego ryzyka wystąpienia złamań

Leczenie farmakologiczne zawsze powinno być uzupełnione przez odpowiednie stosowanie wapnia i witaminy D.

Bifosfoniany są lekami pierwszego wyboru przy leczeniu zrzęsotnienia kości. Wykazują działanie antyresorpcyjne poprzez hamowanie działania osteoklastów, pobudzaniu ich apoptozy, przez co zmniejszają występowanie złamań o ok. 50%. Niestety leki te słabo wchłaniane są przez przewód pokarmowy, dlatego należy przyjmować je przed posiłkiem i popijać wodą. Ponadto pacjentom sugeruje się aby nie przybierali pozycji leżącej, ponieważ występuje duże ryzyko podrażnienia przełyku. Ta grupa leków jest przeciwwskazana u osób z chorobą wrzodową żołądka, chorobami przełyku oraz ze zdiagnozowaną hipokalcemią i niedoborami witaminy D₃. W wyniku przestrzegania powyższych zasad, które niejednokrotnie są znacznym utrudnieniem w leczeniu, leki te są przyjmowane raz w tygodniu, raz w miesiącu lub raz na trzy miesiące. Niektóre z bifosfonianów mogą być stosowane rzadziej raz na pół roku lub rok. Dzięki takiemu dawkowaniu ogranicza się liczne skutki uboczne wynikające ze stosowania tych farmaceutyków. Do najczęstszych skutków ubocznych doustnego przyjmowania bifosfonianów należą: bóle brzucha, zaparcia, biegunki, nudności, zgaga oraz zaostrzenie choroby wrzodowej żołądka [11].

Hormonalna terapia zastępcza odgrywa aktualnie niewielką rolę w leczeniu osteoporozy. W badaniach nad tą grupą leków zostało udowodnione, że jej stosowanie niesie za sobą wysokie ryzyko wystąpienia licznych skutków niepożądanych takich jak: zwiększenie wystąpienia raka piersi, choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, zakrzepów i zatorów.

Leki z grupy selektywnych modulatorów receptora estrogenowego stosowanych w leczeniu zrzęsotnienia kości to raloksyfen i bazedoksyfen. Ich działanie polega na zmniejszeniu ryzyka złamań kręgow kręgosłupa. Nie mają natomiast wpływu na redukcje ryzyka innych typowych dla osteoporozy złamań. Do działań niepożądanych tej grupy leków zalicza się kurcze mięśni i uderzenia gorąca. Objawy te ustępują po około półrocznym okresie stosowania leku. Stosowanie tych preparatów obciążone są ryzykiem występowania incydentów zakrzepowo- zatorowych, w związku z tym nie są stosowane u pacjentów leżących.

Denosumab to kolejny lek, który ma antyresorpcyjny mechanizm działania. Pacjenci, którzy stosują ten preparat, uzyskują w wynikach kontrolnych wzrost gęstości kości. Ponadto wykazano, że przyjmowanie denosumabu wpływa korzystnie na prawidłową architekturę układu beleczek kostnych [21].

Do drugiej grupy leków, jakie są stosowane w leczeniu osteoporozy należy parathormon. Jego działanie polega na stymulowaniu tworzenia kości. Stosuje się go u kobiet jak i u mężczyzn. Jego mechanizm polega na pobudzaniu osteoblastów, czyli komórek kościotwórczych. Pacjenci, którzy przyjmują parathormon muszą kontrolować poziom wapnia i witaminy D w organizmie, a nawet niejednokrotnie powinni zmniejszyć przyjmowane dawki. Przeciwwskazaniami do stosowania tego leku są przede wszystkim hiperkalcemia, niewydolność nerek, choroby przytarczyc, w szczególności ich nadczynność, a także pacjenci którzy przeszli radioterapię. Stosowanie parathormonu niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu działań niepożądanych, w tym niebezpieczeństwo mięsaka kości. W wyniku tego zalecenia europejskie pozwalają na stosowanie go jedynie przez 18 miesięcy. Leczenie parathormonem niesie za sobą wysokie koszty terapii [11].

Ostatnia grupa leków stosowana w leczeniu osteoporozy to preparaty podwójnym mechanizmie działania, do których należy ranelinian strontu. Jego działanie polega na jednoczesnym hamowaniu aktywności osteoklastów oraz pobudzaniu osteoblastów. Jest to lek II rzuty w leczeniu zrzyszotnienia kości, przyjmowany w postaci doustnej. Jest stosowany przez pacjentów, którzy wykazują nietolerancję bifosfonianów lub ich postać osteoporozy ma formę zaawansowaną. W przeciwieństwie do innych leków stosowanych w leczeniu zrzyszotnienia kości, ranelinian strontu charakteryzuje się krótkim okresem występowania skutków ubocznych. Trwają one około 3 miesięcy i dotyczą zwykle kłopotów gastrycznych. Jak w przypadku innych leków, stosując ranelinian strontu należy pamiętać o konieczności suplementacji wapnia i witaminy D₃ [11].

W związku postępowaniem medycyny prowadzone są nowe badania, mające na celu poszerzenie grupy leków stosowanych w leczeniu osteoporozy. Należą do nich nowe opracowane preparaty będące w grupie leków osteoimmunologicznych. Ich główną rolą jest działanie na szlaki metaboliczne, np. szlak wnt, który polega na przekazywaniu odpowiednich sygnałów, które aktywują procesy różnicowania osteoklastów oraz stymulują wytwarzanie osteoblastów. Ponadto, celem szukania nowych rozwiązań w leczeniu zrzyszotnienia kości jest duża grupa działań niepożądanych występujących u pacjentów przyjmujących odpowiednie leki [20]. Poniżej przedstawiono tabelę, w której umieszczono skutki uboczne wynikające z przyjmowania leków przez osoby chore na zrzyszotnienie kości.

Do innej grupy leków stosowanych w osteoporozie należą leki przeciwbólowe. Są one niezbędne jako leczenie uzupełniające. Ból, który towarzyszy osteoporozie jest indywidualny. W związku z tym dawkowanie i grupę leków dobiera się konkretnie dla danego pacjenta. Należy pamiętać także, że przyjmowanie farmaceutyków działających przeciwbólowo niesie za sobą wiele skutków ubocznych, w tym ryzyko występowania upadków. W związku z tym pacjent powinien przyjmować te preparaty możliwie przez jak najkrótszy okres czasu. Najwłaściwszym jest podawanie analgetyków zgodnie z drabiną analgetyczną WHO, która jest przedstawiona na poniższej rycinie [7].

Niezbędnym elementem leczenia osteoporozy jest regularna i odpowiednio dobrana suplementacja witaminą D i wapniem. Wynika to z faktu, że pacjenci bardzo często nie stosują się do prawidłowej diety, a w związku z tym nie są w stanie dostarczyć organizmowi właściwej porcji potrzebnych witamin i minerałów. Dawki, które są zalecane w leczeniu zrzesztnienia kości to 800- 2000 IU/dobę w przypadku witaminy D oraz 500- 1000 mg/dobę wapnia. Suplementy są dostępne w różnych formach takich jak: tabletki, syropy, rozpuszczalne kapsułki, umożliwiając tym samym dobranie odpowiedniej ich wersji dla danego pacjenta. Niekiedy zdarzają się niegroźne skutki uboczne, które zwykle objawiają się pod postacią niegroźnych zaparć [11].

Leczenie rehabilitacyjne w osteoporozie

Rehabilitacja ma ogromny wpływ na przebieg, rozwój i leczenie zrzesztnienia kości. Można ją podzielić na prowadzoną u osób, u których złamania już wystąpiły oraz tę stosowaną u pacjentów bez zdiagnozowanych złamań.

U chorych na zrzesztnienie kości, u których nie wystąpiły złamania ważne jest stosowanie kinezyterapii, a w szczególności ćwiczeń oporowych, mających znaczący wpływ na prawidłowy poziom gęstości kości. Ponadto działają korzystnie na siłę mięśniową, budując tym samym lepszą koordynację ruchową. Ćwiczenia, ich rodzaj, intensywność, czas czy wielkość obciążenia powinny być dobrane do możliwości pacjenta.

Innym rodzajem ćwiczeń, stosowanych w leczeniu osteoporozy są ćwiczenia równoważne. Pacjent ma na celu wykonanie ich w sposób szybki ale i dokładny. Kolejna grupa ćwiczeń to ćwiczenia ogólnousprawniające. Działają one w sposób kompleksowy na cały organizm człowieka. Wywierają korzystny wpływ na układ oddechowy, krążenia i nerwowo- mięśniowy. Odpowiednio dobrane ćwiczenia oddechowe mają za zadanie utrzymać prawidłową ruchomość klatki piersiowej, a tym samym dotlenić cały organizm.

Fizykoterapia, która stosowana jest u pacjentów ze zrzeczotnieniem kości ma na celu uzupełnienie działań kinezyterapii. Zabiegi są dopierane indywidualnie, zwracając szczególną uwagę na choroby współistniejące. W zrzeczotnieniu kości stosuje się: magnetoterapię, elektroterapię, w szczególności prąd TENS, krioterapię, która polecana jest przy bólach związanych z chorobą oraz wiele innych.

Fizjoterapia u pacjentów, u których wystąpiły złamania jest bardzo podobna do tej, która stosowana jest u pacjentów bez złamań. Oczywistym jest fakt, że przed przystąpieniem do rehabilitacji najpierw należy zaopatrzyć złamanie, np. gipsem. Zabiegi fizykalne również, są takie same jak te opisane powyżej. Ponadto, po zrośnięciu kości zaleca się pacjentom korzystanie z zabiegów hydroterapii. Należą do nich n.in. masaż wodno-wirowy [14].

WNIOSKI

1. Osteoporoza jest chorobą, której często pierwszym objawem jest złamanie kości. Zdarza się, że dochodzi do niego w sposób nieadekwatny do upadku bądź siły urazu. Złamania osteoporotyczne są nazywane złamaniami niskoenergetycznymi. Bardzo często osoby, które doświadczą złamania muszą borykać się z konsekwencjami przez całe dalsze życie, jakim jest np. wstawienie endoprotezy stawu biodrowego. Pielęgniarka musi dostosować swoje działania do stanu i możliwości chorego.
2. Bardzo ważną rolę w profilaktyce osteoporozy odgrywa prawidłowa dieta oraz regularna aktywność fizyczna. Istotne jest przestrzeganie zasad w poruszaniu się oraz codziennym funkcjonowaniu osób po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. W związku z tym stworzono wskazówki do dalszej opieki i pielęgnacji chorej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bazaliński D, Maliborska E, Więch P, Sałacińska I: Najczęstsze problemy zdrowotne w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017; 25 (1): 1–7.
2. Chevallier L: Osteoporoza [w:] 51 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010:193- 199.
3. Leszczyński P., Pawlak- Buś K.: Osteoporoza [w:] Reumatologia praktyczna, pod red. Samborski W, Brzosko M. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011: 325- 346.

4. Duda B., Wójtowicz E.: Poziom aktywności fizycznej a gęstość mineralna kości w odcinku lędźwiowym kręgosłupa w wieku średnim. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20(3): 291- 295.
5. Gołąbek R.: Rola pielęgniarki w opiece i rehabilitacji chorej po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 2 (64): 313-319.
6. Gryszczyńska B., Iskra M., Gryszczyńska A., Kasprzak M., Budzyń- Napierała M.: Pierwiastki, rośliny i aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. *Postępy Fitoterapii*, 2014; 2:76- 82.
7. Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A.: Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. *Probl.Hig.Epidemiol.* 2016; 96(1): 106–114.
8. Marcinowska- Suchowierska E., Czerwiński E., Badurski J., Walicka M., Tałałaj M.: Osteoporoza- diagnostyka i terapia u osób starszych. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011; 24 (5): 410- 423.
9. Konstantynowicz J.: Osteoporoza i złamania w wieku podeszłym- niebezpieczna epidemia [w:] *Jak starzeć się pomyślnie*, Wojszel Z.B, Wilmańska J, Pecuszok P, Konstantynowicz J. Agencja Wydawnicza EkoPress, Białystok 2012: 91- 100.
10. Głuszko P., Sewerynek E., Misiorowski W., Konstantynowicz J., Marcinowska- Suchowierska E., Blicharski T., Jabłoński M., Franek E., Kostka T., Jaworski M., Kaczmarewicz E., Kalinka E., Księżopolska- Orłowska K., Więcek A., Lorenc R.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2022. *Endokrynologia Polska* 2023; 74 (1): 21-31.
11. Bolesławska I., Przysławski J., Schlegel- Zawadzka M., Grzymisławski M.: Zawartość składników mineralnych w całodziennych racjach pokarmowych kobiet i mężczyzn stosujących dietę tradycyjną i „optymalną” – analiza porównawcza. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2009; 4 (65): 303- 311.
12. Kopiczko A., Cieplińska J.: Wpływ palenia papierosów na gęstość mineralną i masę tkanki kostnej u mężczyzn. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20 (4): 449-452.
13. Kuliński W.: Physical medicine in the prevention of osteoporosis in the 21st century. *Acta Balneologica*, 2014; 138 (4): 169-172.

14. Kusiuk A., Grembecka M., Szefer P.: Wzajemne relacje stężeń Ca i P w serach źródłem prawidłowo zbilansowanej diety. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2009; 42(3): 798- 802.
15. Lorenc R.S, Karczmarewicz E.: Diagnostyka osteoporozy [w:] *Endokrynologia*, pod red. Zgilczyński W. Medical Tribune Polska, Warszawa 2011: 415- 420.
16. Lorenc R., Głuszko P., Franek E., Jabłoński M., Jaworski M., Kalinka- Warzocha E., Karczmarewicz E., Kostka T., Księżopolska- Orłowska K., Marcinowska-Suchowierska K., Misiorowski W., Więcek A.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018, tom 12, nr 1, 1–26.
17. Małydk P.: Zasady profilaktyki, rozpoznawania i leczenia osteoporotycznych złamań kości. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2012; 14(1): 95-101.
18. Nawrat-Szołtysik A., Żmudzka-Wilczek E., Doroniewicz I.: Profilaktyka i usprawnianie ruchowe u chorych z osteoporozą. *Rehabilitacja w praktyce*, 2010; 1: 21-24.
19. Żółtańska J.H., Łukieńczuk T.: Alkohol jako czynnik ryzyka złamań kości kończyn u osób starszych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015; 5(3): 265-274.
20. Smektała A., Dobosz A.: Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie. *Farmacja Polska*, 2020; 76(6): 344-352.
21. Tu K., Lie J., Wan C., et al.: Osteoporosis: A Review of Treatment Options. *P T*. 2018; 43(2): 92–104.

OCENA POZIOMU WIEDZY PIEŁĘGNIAREK NA TEMAT DEPRESJI

**Magdalena Brodowicz-Król¹, Kornelia Czternastek², Magdalena Korzyńska- Piętas³,
Katarzyna Wiśniewska⁴, Grażyna Kruk⁵**

1. *Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego.*
2. *Centrum Medyczne w Łańcucie*
3. *Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Położniczy w Lublinie*
4. *Radomska Szkoła Wyższa*
5. *Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*

WSTĘP

Według danych Światowej Organizacją Zdrowia (WHO), na świecie na depresję choruje 350 milionów ludzi. Coraz częściej zdarza się, że z depresją borykają się dzieci i młodzież [1]. W styczniu 2023 roku NFZ opublikował aktualizację raportu dotyczącego depresji, w którym wskazano, iż w Polsce na depresję choruje ok. 1,2 mln osób [2]. W ostatnich latach w systemie ochrony zdrowia zaszło wiele zmian zmieniających wizerunek pielęgniarki. Opieka pielęgniarska współcześnie opiera się nie tylko na realizacji zleceń lekarskich, ale także na realizacji własnych diagnoz, oddziaływaniu na samopoczucie pacjenta poprzez udzielanie niezbędnego wsparcia, stosowanie psychoterapii elementarnej. W badaniu przeprowadzonym przez Borglina [3] wśród pielęgniarek pracujących w różnych ośrodkach opieki zdrowotnej wykazano, iż pielęgniarki mają istotny wpływ na proces leczenia pacjentów chorujących na depresję. W celu zapewnienia optymalnej opieki wymagana jest także współpraca całego personelu medycznego.

CEL PRACY

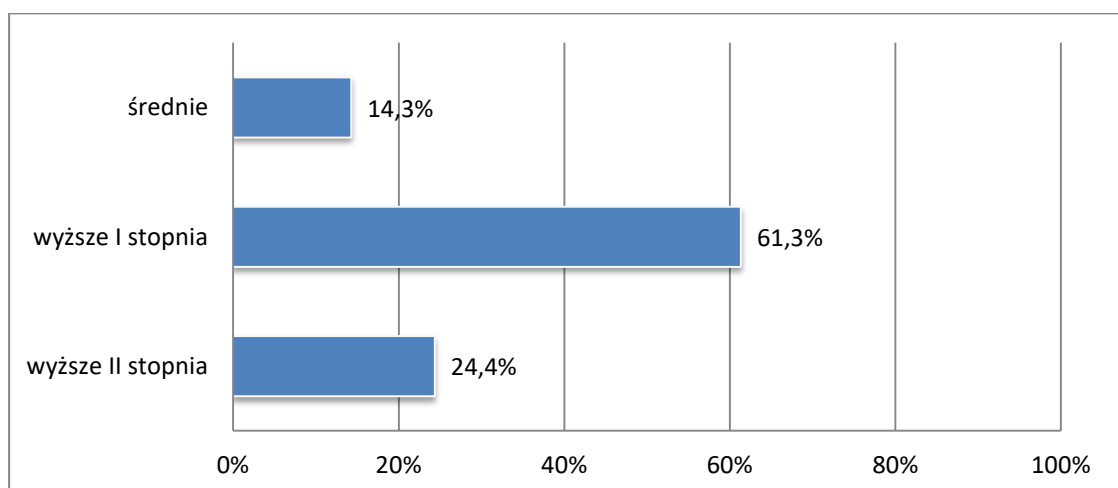
Celem pracy była analiza poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat depresji

MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą wykorzystaną w pracy była technika ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał 24 pytania, w tym pytania mające na celu charakterystykę badanej grupy oraz pytania dotyczące bezpośrednio tematu pracy. W celu uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze przeprowadzono analizę t Studenta. W sytuacji niespełnienia założeń do przeprowadzenia testów parametrycznych stosowano test Manna-Whitneya. W celu oceny różnic między więcej niż dwoma grupami przeprowadzono testy ANOVA. Analizę normalności przeprowadzono z wykorzystaniem testu Shapiro-Wilka. Związek pomiędzy zmiennymi badano z wykorzystaniem analizy korelacji Pearsona lub Spearmana. W badaniu wzięło udział 119 pielęgniarek.

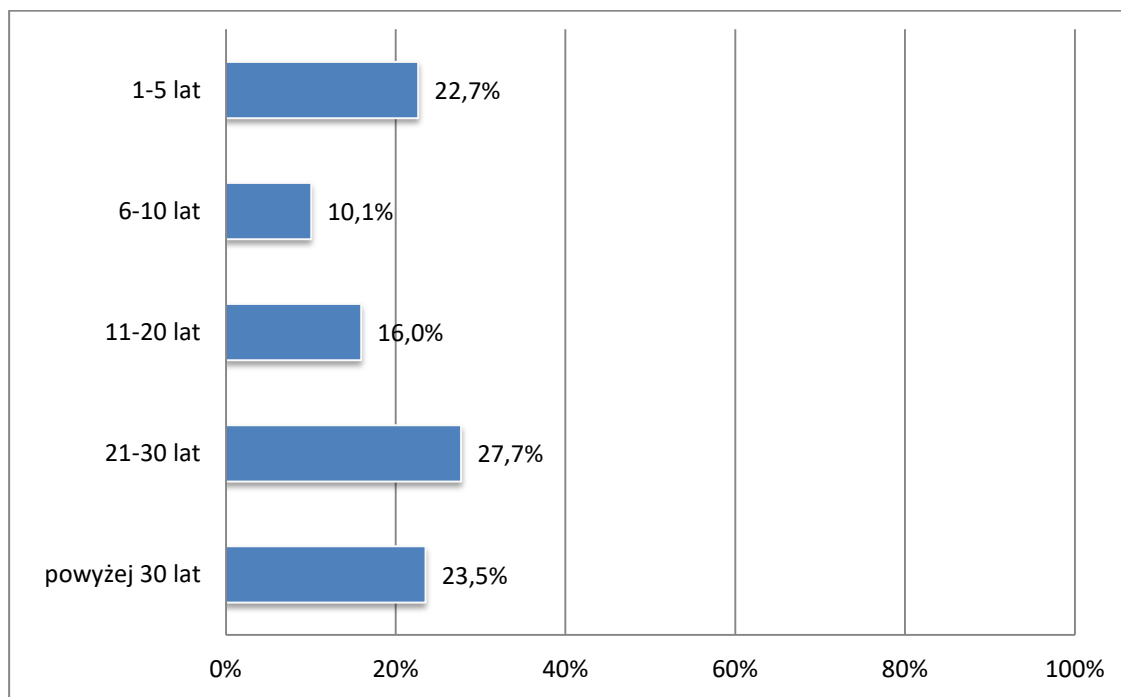
WYNIKI

W badaniu udział wzięło 82,4% kobiet oraz 17,6% mężczyzn. Zróżnicowany był wiek osób biorących udział w badaniu, przy czym najliczniejszą grupę z udziałem 28,6% stanowił personel pielęgniarski w wieku od 41 do 50 lat. Nieznacznie mniejsza grupa z udziałem 25,2% to osoby w wieku powyżej 50 lat, a grupa 24,4% to pielęgniarki w wieku 31-40 lat. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku w wieku od 18 do 30 lat. Większość personelu pielęgniarskiego 61,3% to osoby z wykształceniem wyższym I stopnia. 24,4% uczestników badania to osoby z wykształceniem wyższym II stopnia, a pozostałe 14,3% to osoby z wykształceniem średnim.



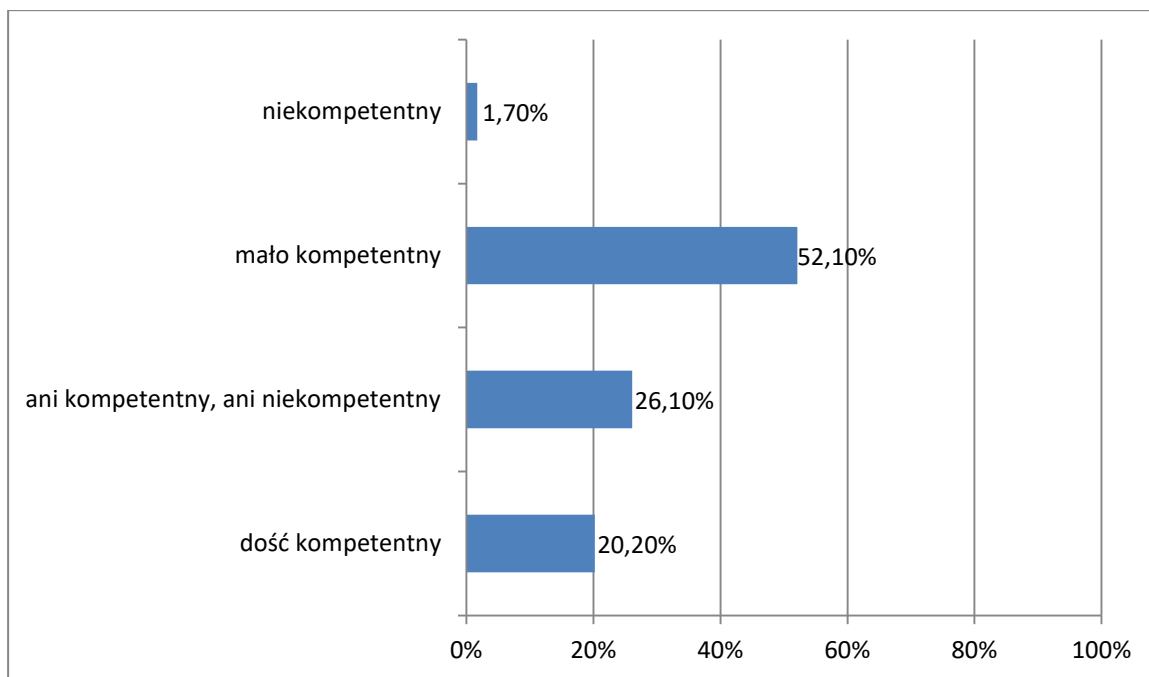
Ryc. 1 . Wykształcenie respondentów.

Staż pracy osób biorących udział w badaniu był zróżnicowany. 27,7% badanych wskazało, że pracuje jako personel pielęgniarski 21-30 lat, niewiele mniej bo 23,5% powyżej 30 lat, a 22,7% pracuje od 1 do 5 lat. 16,0% respondentów odpowiedziało, że pracuje w zawodzie pielęgniarki 11-20 lat, a 10,1%, od 6 do 10 lat.



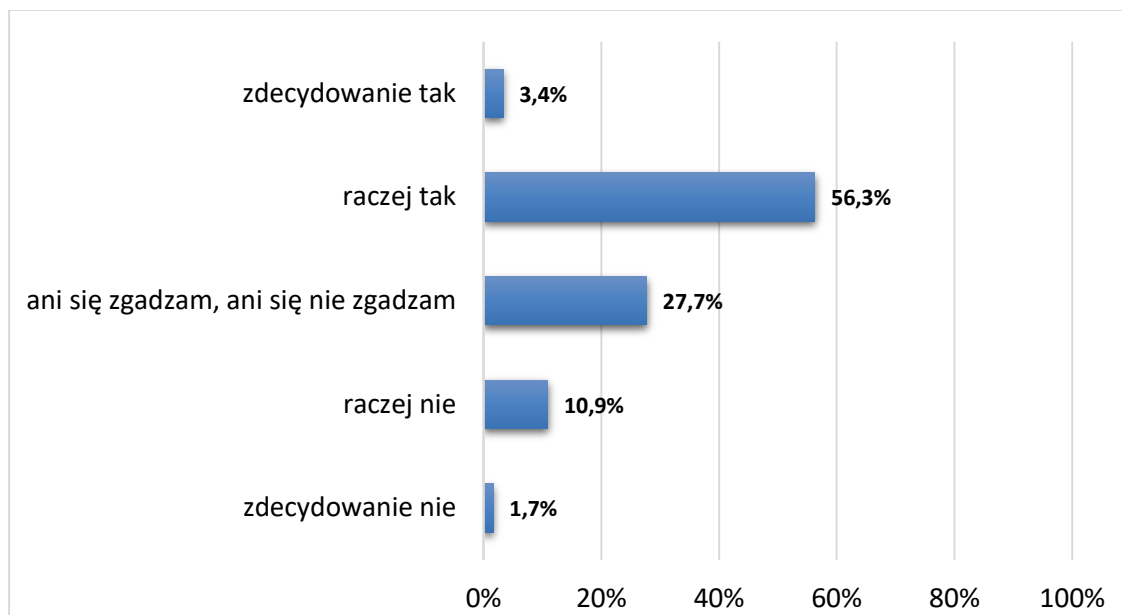
Ryc. 2 . Staż pracy respondentów.

Aż 86,6% ankietowanych pielęgniarek przyznała, że w swojej praktyce spotkała pacjenta chorującego na depresję. Aż 61,3% respondentów wskazało, że w ciągu ostatniego roku pracowało z pacjentem z depresją. Uczestników badania zapytano również o poczucie własnych kompetencji w zakresie pracy z pacjentem z depresją. Większość badanych 52,1% stwierdziło, że są mało kompetentni, 26,1% badanych wskazało, że są ani kompetentni, ani niekompetentni, a 20,2% respondentów odpowiedziało, że czują się dość kompetentni. Nieliczni, 1,78% odpowiedziało, że nie posiadają kompetencji do pracy z takim pacjentem.



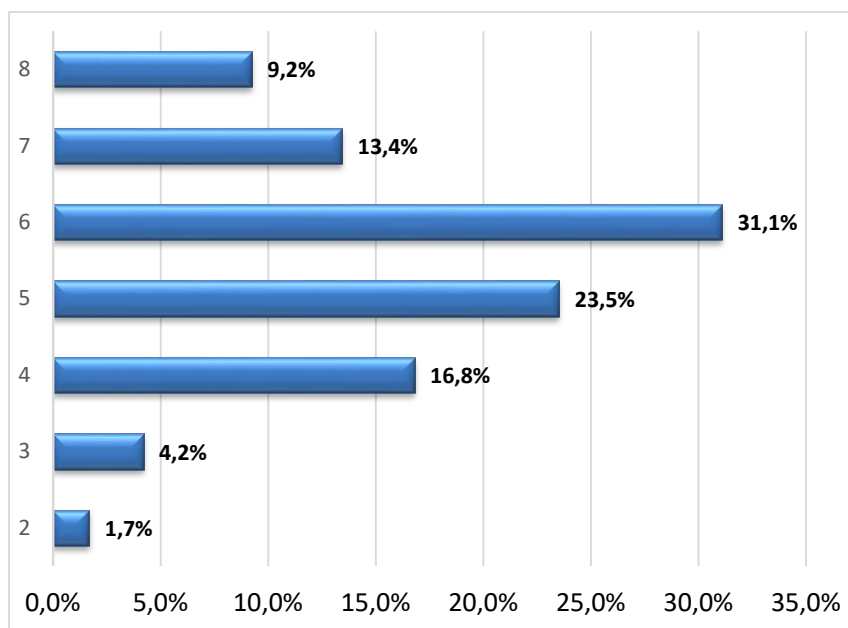
Ryc. 3. Poczucie kompetencji ankietowanych do pracy z pacjentem z depresją.

Oceniając poziom umiejętności rozpoznania symptomów depresji 56,3% ankietowanych stwierdziła, że umieją rozpoznać sygnały ostrzegawcze, które mogą wskazywać na depresję u pacjenta. 27,7% nie wie czy umie rozpoznać objawy depresji u pacjenta a 10,9% twierdzi, że raczej nie umie rozpoznawać sygnałów tej choroby.



Ryc. 4. Opinia ankietowanych na temat umiejętności rozpoznawania objawów depresji u pacjenta.

Kolejne pytania miały sprawdzić poziom wiedzy ankietowanych na temat depresji. Przeprowadzono w tym celu test wiedzy, w którym za odpowiedź poprawną przyznawano 1 pkt., natomiast za błędną lub brak odpowiedzi 0 pkt. w przypadku pytań jednokrotnego wyboru. Tym samym uzyskać można było od 0 pkt. do 9 pkt. Maksymalnie można było uzyskać 9 pkt, co oznaczało najwyższy poziom wiedzy. Średni wynik w teście wyniósł 5,255 pkt. ($M = 5,55$; $SD = 1,37$). Połowa osób badanych otrzymała 6 punktów ($Me = 6,00$). Najmniejsza liczba uzyskanych punktów wyniosła 2pkt. (1,7%). Największa liczba punktów wynosiła 8pkt. (9,2%). Największy odsetek badanych osób uzyskał 6 punktów (31,1%).



Ryc.5. Liczba punktów testowych uzyskanych przez ankietowanych.

Ocenie poddano również związek pomiędzy stażem pracy a poziomem wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat depresji. Przeprowadzona analiza nie wykazała związku między poziomem wiedzy personelu a stażem pracy ($p=0,981$). Zaobserwowano, że poszczególne grupy cechowały się zbliżonymi średnimi wynikami. Przeprowadzona analiza wykazała natomiast istotną statystycznie korelację między poziomem wiedzy personelu a wykształceniem ($p=0,049$). Najwyższą średnią liczbę punktów uzyskały osoby z wykształceniem wyższym II stopnia ($M = 5,90$; $SD = 1,11$), natomiast najniższą z wykształceniem średnim ($M = 5,37$; $SD = 1,42$) (tabela 1).

Tabela 1. Poziom wiedzy na temat depresji osób badanych według wykształcenia

| | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>SD</i> | <i>Korelacja rhoSpearmana</i> |
|-------------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|--------------------------------------|
| średnie | 5,37 | 5,00 | 2,00 | 8,00 | 1,42 | rho = 0,21; t(N-2)=1,02; p=0,049* |
| wyższe I stopnia | 5,76 | 6,00 | 3,00 | 8,00 | 1,48 | |
| wyższe II stopnia | 5,90 | 6,00 | 4,00 | 8,00 | 1,11 | |

* $p < 0,05$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna; *SD* – odchylenie standardowe; *rho* – współczynnik korelacji; *p* – poziom istotności.

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie korelację między poziomem wiedzy personelu, a poczuciem kompetencji ($\rho = 0,22$; $p = 0,031$). Uzyskany wynik oznacza, że wraz z poziomem wiedzy na temat depresji rośnie poczucie kompetencji aby stanowić wsparcie i opiekę nad pacjentem z depresją.

Najwyższą średnią liczbę punktów uzyskały osoby, które twierdzą, że są dość kompetentne ($M = 5,87$; $SD = 1,12$), natomiast najniższą osoby twierdzące, że są mało kompetentne ($M = 5,42$; $SD = 1,48$)

Tabela 2 Poziom wiedzy na temat depresji osób badanych według poczucia kompetencji aby stanowić wsparcie dla osób z objawami depresji osoby

| | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>SD</i> | <i>Korelacja rhoSpearmana</i> |
|------------------------------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|--------------------------------------|
| wcale nie kompetentny | 3,50 | 3,50 | 2,00 | 5,00 | 2,12 | rho = 0,22; t(N-2)=1,02; p=0,031* |
| mało kompetentny | 5,42 | 6,00 | 2,00 | 8,00 | 1,48 | |
| ani kompetentny, ani niekompetentn | 5,67 | 6,00 | 4,00 | 8,00 | 1,20 | |

| | | | | | | |
|------------------|------|------|------|------|------|--|
| y | | | | | | |
| dość kompetentny | 5,87 | 6,00 | 4,00 | 8,00 | 1,12 | |

* $p < 0,05$; M – średnia; Me – mediana ;Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; SD – odchylenie standardowe; *rho* – współczynnik korelacji; *p* – poziom istotności.

Dodatkowo zbadano, czy styczność z pacjentami z objawami depresji wpływa na poziom wiedzy o tej jednostce chorobowej. Wykazano istotne statystycznie różnice między grupami ($p=0,049$). Wykazano, że najwyższy poziom wiedzy na temat depresji miał miejsce w grupie osób, które miały styczność z tą chorobą.

Tabela 3. Poziom wiedzy na temat depresji osób badanych według styczności z pacjentem z depresją w przeciągu ostatniego roku.

| | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>SD</i> | <i>ANOVA Kruskala-Wallis</i> |
|----------------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|---------------------------------|
| tak | 5,67 | 6,00 | 2,00 | 8,00 | 1,44 | H (2, N= 119) =1,82; p =0,049* |
| nie umiem powiedzieć | 5,53 | 6,00 | 3,00 | 8,00 | 1,24 | |
| nie | 5,35 | 5,00 | 2,00 | 8,00 | 1,61 | |

* $p < 0,05$; M – średnia; Me – mediana ;Min – wartość minimalna; Max – wartość maksymalna; SD – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności.

DYSKUSJA

Współczesne oczekiwania wobec personelu pielęgniarskiego obejmują nie tylko opiekę nad pacjentem w ujęciu fizycznym. Wymagają od pielęgniarki sprawowania opieki w sposób kompleksowy, holistyczny. Personel pielęgniarski powinien posiadać kompetencje, odpowiednią wiedzę i umiejętności do rozpoznawania problemów pielęgniarskich w ujęciu fizycznym oraz psychicznym. Jak jednak wynika z badań własnych, poziom wiedzy pielęgniarek na temat depresji jest niewystarczający, przez co sam personel uważa się za niekompetentny, aby stanowić wsparcie dla osób z objawami depresyjnymi. Podobną zależność zauważył N. Cheng-Hua i wsp. [4] zgodnie z którymi wiedza pielęgniarek na temat depresji u osób starszych była niewystarczająca, co sugerowało potrzebę dokładnej oceny

doskonalenia zawodowego pielęgniarek w tym zakresie. Istotne okazało się również wykształcenie personelu, które determinowało poziom wiedzy na ten temat. Co więcej, w przypadku gdy wiedza pielęgniarek była większa, miały one wyższy poziom akceptacji pacjentów chorujących na depresję. Badania przeprowadzone przez S.C. Park i wsp. [5] także wykazały, iż wiedza wykształconych pielęgniarek dyplomowanych jest większa niż pozostałego personelu pielęgniarskiego. E. Makhmutova [6] wykazała, że personel pielęgniarski posiada niewielką wiedzę na temat występowania, rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej. W jej badaniu prawie 90% pielęgniarek stwierdziło, że w ogóle nie uczestniczyło w dodatkowych szkoleniach na temat tego rodzaju depresji. Autorka podkreśliła, że konieczne jest zwiększenie poziomu edukacji poprzez motywowanie do samokształcenia, organizowanie dodatkowych szkoleń w tym zakresie. Także T. E. Davison i wsp. [7] oraz A. C. Furegato i C. Mariluci [8] stwierdzili, że personel pielęgniarski nie posiada specjalistycznej wiedzy i co więcej nie posiada potrzeby jej uaktualnienia oraz nie jest świadomy swojej roli w opiece nad pacjentem z depresją. Autorzy podkreślili również, że wysoki poziom wiedzy na temat depresji jest istotny w praktyce pielęgniarskiej, gdyż przedstawiciele tej grupy zawodowej istotnie często spotykają pacjentów z objawami depresyjnymi. Wyniki badań własnych również potwierdziły ten trend. Podobną zależność zauważyła B. Białobrzaska [9] u pacjentów dializowanych. U połowy badanej grupy stwierdzono objawy łagodnej lub umiarkowanej ciężkiej depresji. W wyniku przeprowadzonego badania oceniono znaczne zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne ze strony personelu pielęgniarskiego.

WNIOSKI

1. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki nie ma wpływu na wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat depresji.
2. Podnoszenie poziomu wykształcenia jest istotnym sposobem na zwiększenie wiedzy pielęgniarek na temat depresji. Im wyższe wykształcenie tym wyższy poziom posiadanej wiedzy.
3. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat depresji jest niewystarczający. Personel pielęgniarski nie uważa się za wystarczająco kompetentny, aby stanowić wsparcie dla osób z objawami depresji. Zwiększanie poziomu wiedzy pozwala skutecznie zwiększyć poczucie kompetencji w tym zakresie.

4. Personel pielęgniarki w swojej codziennej praktyce zawodowej często spotyka się z pacjentami z objawami depresji, z tego powodu posiadanie odpowiednich kompetencji do pracy z takim pacjentem jest kluczowe dla pełnienia funkcji zawodowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Stelach M.: WHO: Do 2030 r. depresja będzie najczęściej występującą chorobą na świecie, <https://www.termedia.pl/neurologia/WHO-Do-2030-r-depresja-bedzie-najczesciej-wystepujaca-choroba-na-swiecie.50568.html> (data pobrania: 24.08.24).
2. NFZ o zdrowiu- Depresja, Dane za lata 2013-2023, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> (data pobrania: 24.08.24).
1. Borglin G, Räthel K, Paulsson H, Sjögren Forss K. Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: a qualitative descriptive study. BMC Nurs 2019; 43: 1– 12.
3. Cheng-Hua N., Shu-Liu Ch., Chia-Yu W., Chia-Hui S., Yeu-Hui Ch.: Nurses' Late-Life Depression Knowledge and Attitudes Toward Depression: A Cross-Sectional Study. INQUIRY, The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing 2020; 57.
4. Park S.C., Lee H. Y., Lee D. W., Hahn S. W., Park S. H., Kim Y. J., Choi J. S., Lee H. S., Lee S. I., Na K. S., Jung S. W., Shim S. H., Choi J., Paik J. W., Kwon Y. J.: Knowledge and Attitude of 851 Nursing Personnel toward Depression in General Hospitals of Korea. J Korean Med Sci. 2015; 30(7): 53-959.
5. Makhmutova E.: Assessment of Nurses Knowledge of Postpartum Depression, Social services, Health and Sports Degree Programme in Advanced Nursing Practice, Master's thesis August 2020: 33-34.
6. Davison T. E., McCabe M.P., Mellor D., Karantzas G., George K.: Knowledge of late-life depression: an empirical investigation of aged care staff. Aging Ment Health. 2009;13(4): 577-586.
7. Furegato A. C., Mariluci C.: Comparing Knowledge and Opinions on Depression among Nurses in the Health Services. Revista de salud pública 2009; 11: 200-11.
8. Białobrzeska B.: Problemy pielęgniarskie związane z depresją u pacjentów leczonych nerkozastępczo, Forum Nefrologiczne 2013; 6(3): 177-185.

STUDIUM PRZYPADKU PACJENTA PO PRZEBYTYM ZAWALE SERCA I PO IMPLANTACJI KARDIOWERTERA- DEFIBRYLATORA

Monika Kozestańska – Oczkowska¹, Katarzyna Wiśniewska¹, Milena Mateńka²

1. *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
2. *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Serce człowieka jest jednym z najważniejszych narządów. Spełnia ono ważne zadania, a najważniejszym z nich jest dostarczanie tlenu wraz z krwią do komórek i odbieranie z nich dwutlenku węgla [1]. Choroby tego narządu są obecnie najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce, jak i w krajach rozwiniętych, co czyni z nich ważny temat badań naukowych. Do najniebezpieczniejszych chorób serca zalicza się zawał, niewydolność serca oraz miażdżycę [2].

W 2007 roku cztery różne towarzystwa naukowe, tj. European Society of Cardiology, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association oraz World Heart Federation ustaliły wspólną, tzw. uniwersalną definicję zawału serca. Zgodnie z tym zawał jest uszkodzeniem mięśnia sercowego spowodowanym ostrym niedokrwieniem [3, 4]. W przypadku, kiedy niedokrwienie trwa 20 minut to będzie one widoczne w badaniu histologicznym. Po kilku godzinach od wystąpienia zawału mięśnia sercowego będzie on widoczny w badaniu autopsyjnym makroskopowym lub mikroskopowym. Do całkowitej martwicy komórek mięśnia sercowego dochodzi po 2-4 godzinach [5].

Na początku XXI wieku WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) opublikowała statystyki, iż na świecie rocznie umiera około 17 mln osób z powodu chorób układu krążenia. Główną przyczyną śmiertelności, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn była choroba niedokrwienna serca, a także udar mózgu [6].

Jeśli chodzi o Polskę, to częstotliwość zachorowania na zawał mięśnia sercowego bez uniesienia ST określa się na > 100 000 przypadków w ciągu roku. W przypadku liczby chorych hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego z uniesieniem ST jest to ok. 0,5 mln. w ciągu roku [5].

Podstawową przyczyną zawału mięśnia sercowego jest tak zwane rozerwanie się blaszki miażdżycowej znajdującej się w naczyniu wieńcowym. Przy pękniętej blaszce

tworzona jest skrzeplina, która zamyka światło naczynia jednocześnie blokując napływ krwi do serca [4].

Podstawowym objawem świadczącym o wystąpieniu zawału mięśnia sercowego jest ból w klatce piersiowej, który może promieniować do lewego ramienia, nadgarstka, zuchwy czy łopatki. Ból ten występuje zarówno podczas wysiłku, jak i w spoczynku. Jeżeli u pacjenta ból ten utrzymuje się 15-20 minut to należy wezwać pogotowie ratunkowe [7].

Bólowi w klatce piersiowej może towarzyszyć: nadmierna potliwość, duszność, zawroty głowy, mdłości i wymioty. W przypadku, kiedy pacjent odczuwa ból w górnej części brzucha, może zawał mięśnia sercowego może zostać pomyłony z zaburzeniami trawienia [8].

Niepokojące jest także silne osłabienie organizmu, bóle głowy, nudności i wymioty, które mogą być przyczyną omdlenia pojawiają się w wyniku niewydolności lewej komory. Często zawał serca może przebiegać tylko z minimalnym bólem bez żadnych innych objawów. Wtedy pacjent nie czuje żadnego niepokoju. Ale i w takim przypadku pojawiają się objawy, które początkowo nie będą odczuwalne przez pacjenta:

- szybkie bicie serca,
- obrzęk płuc,
- wstrząs,
- spadek ciśnienia tętniczego
- zaburzenia rytmu serca,
- nadmierna potliwość,
- bóle w nadbrzuszu
- błądy odcień skóry,
- pobudzenie ruchowe [9].

Późniejszymi objawami świadczącymi o zawałe mięśnia sercowego można zaobserwować jako zmiany w badaniach dodatkowych:

- zwiększony poziom glukozy we krwi,
- występowanie markerów zawału we krwi,
- zmiany elektrokardiograficzne
- przyspieszone opadanie krwinek (OB)
- zwiększona ilość leukocytów we krwi obwodowej [9].

Według zaleceń zaproponowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zawał mięśnia sercowego może zostać rozpoznany na podstawie przekroczenia norm stężeń biochemicznych markerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi [10].

Jeśli chodzi o metody diagnostyki biochemicznej zawału mięśnia sercowego, bazują na oznaczaniu w surowicy krwi enzymów i innych białek uwalnianych do krwi na skutek martwicy kardiomiocytów [8].

Omawiając sposób diagnozowania zawału mięśnia sercowego nie należy zapominać o zapisie EKG. Zapis ten pozwoli lekarzowi na stwierdzenie, że chory faktycznie przeszedł zawał mięśnia sercowego. Wzrost poziomu ALAT, ASPAT, GGTP może mieć miejsce na skutek innych chorób z tego też powodu zapis EKG jest ważnym badaniem diagnozującym [11].

W zapisie EKG różnicować można kolejne warstwy ogniska zawałowego w ścianie mięśnia sercowego:

- strefa martwicy – patologiczny załamek Q (dłuższy niż 0,04 s oraz wyższy niż 25% załamka R)
- strefa uszkodzenia – fala Pardeego, uniesiony odcinek ST
- strefa niedotlenienia – ujemny załamek T [9].

Przed przyjazdem karetki pogotowia można podać pacjentowi 300-500 mg aspiryny doustnie i 0,4-0,8 mg nitrogliceryny podjęzykowo i czekać na ratowników medycznych. Zakazane jest podawanie preparatów zawierających voltaren, a także wszelkich leków nasercowych lub nadciśnieniowych. Czas od pojawienia się pierwszych objawów do chwili przewiezienia pacjenta na oddział szpitalny decyduje o możliwości wykonania mechanicznej reperfuzji naczynia lub podania leków trombolitycznych, co jest niezwykle istotne dla przeżywalności i stopnia uszkodzenia mięśnia sercowego [8].

Przed przyjęciem do szpitala, pacjentowi podaje się:

- nitroglicerynę 0,4-0,8 mg podjęzykowo;
- mieszaninę tlenu z powietrzem maską twarzą,
- dożylnie analgezje (Morfina);
- Metoprolol p.o./i.v.;
- infuzja dożylna nitrogliceryny z infuzją 0,9% NaCl.
- Aspirynę 300-500 mg doustnie;
- kardiomonitoring – podczas transportu pacjent musi być stale monitorowany, żeby w odpowiednim momencie rozpoznawać zaburzenia rytmu serca [12].

Najlepszą metodą leczenia wczesnego zawału serca (w czasie do 12 godzin od wystąpienia dolegliwości bólowych) jest angioplastyka wieńcowa, ale tylko wtedy, gdy jest przeprowadzana w ośrodku pełniącym 24-godzinny dyżur zawałowy przez kardiologów w ciągu 90 minut od pierwszego kontaktu z lekarzem. Lekarze pracujący na oddziałach

ratunkowych mają odpowiednie formularze, opisujące poszczególne etapy postępowania, które kończą się w przypadku potwierdzenia zawału skierowaniem pacjenta na leczenie trombolityczne lub do zabiegu angioplastyki. Najodpowiedniejsze postępowanie w przypadku leczenia zawału serca [12].

Jeśli nie ma możliwości wykonania pierwotnej angioplastyki wieńcowej, należy zacząć podawanie leków fibrynolitycznych (między innymi tenekteplazy, reteplazy). Leczenie zachowawcze i obserwacja pacjenta, czyli rezygnacja z udroźnienia zablokowanego naczynia wieńcowego przy świeżym zawałe dzięki zabiegowi angioplastyki lub leków trombolitycznych) jest poważną nieprawidłowością lekarską, która w dużym stopniu zagraża życiu pacjenta i może w przyszłości doprowadzić do powikłań i niepełnosprawności pacjenta. W sytuacji, gdy w ośrodku nie ma możliwości wykonania angioplastyki lub podania leków trombolitycznych to pacjent ze świeżym zawałem nie powinien być transportowany do takiego miejsca. Ważne jest także, że w karetkach reanimacyjnych znajduje się sprzęt teleradiologiczny umożliwiający wykonanie koniecznych badań, przede wszystkim oznaczenie markerów zawału i wykonanie EKG, w trakcie transportu i przesłanie wyników za pomocą radia do ośrodka jeszcze przed przybyciem chorego, który w przypadku potwierdzenia zawału może od razu trafić na zabieg [13].

W pierwszej kolejności w leczeniu chirurgicznym, należy udroźnić zatkane naczynia wieńcowe. Zabieg angioplastyki wieńcowej polega na uwidocznieniu i udroźnieniu tętnicy dozawałowej. Lekarz za pomocą tętnicy udowej lub promieniowej wprowadza do tętnic wieńcowych specjalny cewnik. Następnie wprowadza się płyn kontrastowy, którego zadaniem jest pokazanie lekarzowi przebiegu tętnic i ewentualnych zmian chorobowych. W przypadku zaobserwowania przez lekarza na monitorze RTG zamkniętego światła tętnicy wprowadza on w te miejsce cewnik wyposażony w balonik, do którego pompuje się płyn pod ciśnieniem kilku atmosfer. Dzięki temu balonikowi można rozszerzyć zamknięte lub zwężone naczynia wieńcowe [14]. Następnie wprowadza się metalowy stent, którego zadaniem jest utrzymanie danego naczynia wieńcowego w odpowiednim rozszerzeniu. Angioplastyka wieńcowa jest najbardziej skuteczną metodą leczenia zawałów mięśnia sercowego [11].

W przypadku, kiedy nie ma możliwości zastosowania leków trombolitycznych lub wykonania pierwotnej angioplastyki wieńcowej, przeprowadza się zabieg operacyjny mający na celu wykonanie pomostów aortalno-wieńcowych (by-passy), poprawiających ukrwienie serca. Celem zabiegu operacyjnego jest uzyskanie dostępu do narządów klatki piersiowej poprzez torakotomię, czyli otwarcie klatki piersiowej [11].

CEL PRACY

Celem badania było przedstawienie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem po przebytych zawale serca i po implantacji kardiowertera- defibrylatora.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą w niniejszej pracy było studium indywidualnego przypadku, techniką była obserwacja, która uzupełniona był przez wywiad, technika pomiar podstawowych parametrów życiowych, technikę analiza dokumentacji opierała się na dokumentacji medycznej pacjenta. Narzędziem badawczym wykorzystanymi w niniejszej pracy były: przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, sprzęt medyczny służący do pomiarów parametrów życiowych, notatki.

Oceniając stan pacjenta wykorzystano: skalę oceny bólu VAS, Skalę Barthel oceniającą sprawność ruchową pacjenta, Skalę mMRC oceniającą nasilenie duszności, Skalę Judy Waterlow oceniającą ryzyko wystąpienia odleżyn, Skalę depresji Becka- oceniającą ryzyko wystąpienie depresji.

Badanie przeprowadzono w styczniu 2024 roku z pacjentem przebywającym na oddziale Kardiologicznym w Lublinie. Pacjent został poinformowany o celu badania oraz jego anonimowości. Na badanie wyraził zgodę.

WYNIKI

Pacjent J. A. lat 49. Mieszka na wsi pod Lublinem wraz z żoną oraz córką. Wykształcenie średnie, pracuje jako elektryk. Pacjent zgłaszał silny ból w klatce piersiowej, drętwieni kończyny górnej lewej, obrzęk kończyn dolnych. Żona pacjenta wezwała pogotowie ratunkowe, które przewiozło chorego SOR, gdzie choremu założono kaniulę dożylną, wykonano EKG i pobrano krew na badania laboratoryjne. U chorego rozpoznano zawał mięśnia sercowego. Pacjent niespokojny, bał się o swoje zdrowie. W badaniu fizykalnym pacjent palił papierosy od 20 lat po ok. 25 sztuk dziennie, alkohol spożywał okazjonalnie. Dotychczas nie chorował na nic.

Pacjent został przewieziony na Oddział Kardiologiczny, gdzie wystąpiły zawroty głowy, duszności, pacjent miał obniżoną tolerancję wysiłku. U chorego doszło do omdlenia.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono niemierną oraz zwolnioną czynność serca, a także obniżone ciśnienie krwi. Pacjentowi założono 24-godzinne EKG. W trakcie badania doszło u chorego do ponownego omdlenia, a zapis wykazał napadowy blok A-V III stopnia bez rytmu z ośrodka zastępczego, z asystolią komór trwającą 20 sekund. Po ponownym

omdleniu pacjent został zakwalifikowany do zabiegu implantacji kardiowertera. Po zabiegu skontrolowano pracę i parametry urządzenia.

Pacjent w pierwszej dobie po zabiegu zgłaszał dolegliwości bólowe zlokalizowane w miejscu wykonania zabiegu, które nasilały się podczas oddychania oraz zmiany pozycji ciała. Pacjent, aby zminimalizować dolegliwości bólowe nie zmieniał pozycji ciała. Nie akceptował swojej choroby, a także braku możliwości podejmowania pracy. Martwił się o swoją przyszłość oraz przyszłość rodziny. Żona wspierała pacjenta w ciężkiej dla niego sytuacji. Chory również odczuwał lęk przed powrotem do środowiska nie posiadał żadnej wiedzy na temat swojej choroby oraz diety jaką powinien stosować. Bał się o swoje zdrowie, a także że będzie zależny od osób trzecich.

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Dyskomfort pacjenta spowodowany bólem w klatce piersiowej.

Cel interwencji pielęgniarstwa: Zmniejszenie dolegliwości bólowych pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali wizualno-analogowej.
- Zainteresowanie chorego czynnościami odwracającymi uwagę od dolegliwości.
- Zachęcenie pacjenta do odpoczynku.
- Na zlecenie lekarza podanie pacjentowi leków p/bólowych.

Ocena interwencji pielęgniarstwa: W wyniku podjętych działań dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Niepokój pacjenta spowodowany nagłą hospitalizacją.

Cel interwencji pielęgniarstwa: Zmniejszenie niepokoju pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Angażowanie rodziny w proces leczenia.
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem wedle potrzeby.
- Okazanie zainteresowania stanem pacjenta przez personel medycznych.
- Zapoznanie pacjenta z jego prawami oraz regulaminem oddziału.
- Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału.
- Udzielenie odpowiedzi na nurtujące chorego pytania.
- Rozmowa z pacjentem na temat jego choroby.
- Podczas rozmowy zachowanie spokoju oraz cierpliwości.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
- Zapewnienie spokojnej oraz życzliwej atmosfery.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zmniejszono niepokój pacjenta.

Diagnoza pielęgniarська 3: Ryzyko urazów spowodowane omdleniami.

Cel interwencji pielęgniarської: Zmniejszenie ryzyka urazów spowodowanych omdleniami.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Obserwacja parametrów życiowych.
- Asystowanie pacjentowi podczas chodzenia do toalety.
- Zalecenie choremu pozostania w łóżku.
- Zalecenie rodziny chorego do asystowania mu w czynnościach dnia codziennego.
- Zapewnienie spokoju choremu.
- Obserwacja tanu nawodnienia pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zmniejszono ryzyko urazów spowodowanych omdleniami.

Diagnoza pielęgniarська 4: Zaburzenia snu spowodowane lękiem o swój stan zdrowia.

Cel interwencji pielęgniarської: Zminimalizowania zaburzeń snu.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Wyłączenie zbędnego światła.
- Zalecenie wypicia przed snem naparu upajającego.
- Wywietrzenie sali przed snem.
- Zalecenie choremu wzięcia ciepłej kąpieli przed snem.
- Zalecenie pacjentowi unikania drzemek w dniu.
- Na zlecenie lekarza podanie leków nasennych.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zmniejszono zaburzenia snu chorego.

Diagnoza pielęgniarська 5: Lęk pacjenta przed zabiegiem.

Cel interwencji pielęgniarської: Zmniejszenie lęku pacjenta przed zabiegiem.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa.
- Ocenę nasilenia lęku u chorego.
- Udzielenie wsparcia psychicznego pacjentowi.
- Wyjaśnienie choremu na czym polega zabieg.
- Wysłuchanie oraz wyjaśnienie wątpliwości pacjenta.
- Umożliwienie kontaktu chorego z innym pacjentem po tym zabiegu.

- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychologiem.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem.
- Stwarzanie atmosfery życzliwości.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zmniejszono lęk pacjenta przed zabiegiem.

Diagnoza pielęgniarська 6: Ból rany pooperacyjnej.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych chorego.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Ocenienie i zanotowanie nasilenia bólu za pomocą skali VAS.
- Rozmawianie z chorym w celu odwrócenia jego uwagi od bólu.
- Podanie środków przeciwbólowych zgodnie z Kartą Zleceń Lekarskich.
- Zapewnienie choremu ciszy i spokoju.
- Okazanie pacjentowi wsparcia psychicznego.
- Pomoc choremu w zmianie pozycji ciała.
- Dokumentowanie podejmowanych działań pielęgniarских w indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zminimalizowano nasilenie dolegliwości bólowych pacjenta.

Diagnoza pielęgniarська 7: Ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych.
- Obserwacja wyglądu rany pooperacyjnej.
- Obserwacja zabarwienia błon śluzowych oraz skóry pacjenta.
- Wykonanie EKG.
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Udokumentowanie podjętych działań w indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej.

Ocena interwencji pielęgniarских: Ryzyko wczesnych powikłań pooperacyjnych w 1. dobie po zabiegu zostało obniżone.

Diagnoza pielęgniarська 8: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Cel interwencji pielęgniarstwiej: Zlikwidowanie zagrożenia wystąpienia choroby zakrzepowo- zatorowej u pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Zalecenie wykonywania gimnastyki oddechowej.
- Zalecono częstą zmianę pozycji chorego.
- Zalecono wykonywanie masażu na kończynach dolnych.
- Pobieranie krwi do badań bakteriologicznych.
- Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
- Zastosowano elastyczne pończochy o stopniowanym ucisku.
- Wcześniej spionizowano i uruchomiono pacjenta po zabiegu.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Zmniejszono ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo- zatorowej u pacjenta.

Diagnoza pielęgniarstwiej 9: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji

Cel interwencji pielęgniarstwiej: Zapewnienie pomocy pacjentowi przy czynnościach dnia codziennego.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Pomoc choremu przy zmianie pozycji.
- Przygotowywanie i podawanie pacjentowi posiłków.
- Pomoc choremu przy toalecie.
- Pomoc pacjentowi przy zabiegach pielęgnacyjnych.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Zapewniono choremu niezbędną opiekę.

Diagnoza pielęgniarstwiej 10: Lęk o swój stan zdrowia.

Cel interwencji pielęgniarstwiej: Zmniejszenie lęku chorego.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Zapewnienie komfortu i poczucia psychicznego bezpieczeństwa u pacjenta.
- Obserwacji stanu psychicznego i ocena nasilenia lęku.
- Nauczenie pacjenta sposobów radzenia sobie ze stresem i opanowywania lęku.
- Wyjaśnienie choremu celu podejmowanych czynności.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychologiem.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z innym pacjentem po takim samym zabiegu.
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena interwencji pielęgniarских: Zmniejszono lęk pacjenta.

Diagnoza pielęgniarська 11: Ryzyko wystąpienia odczynu zapalnego typu wenflon.

Cel interwencji pielęgniarської: Zapobieganie rozwojowi infekcji i zapalenia żyły.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Obserwacja oraz ocena miejsca założonego wkłucia.
- W razie potrzeby zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- W razie potrzeby wykonanie okładów na miejsce objęte odczynem zapalnym na zlecenie lekarza.
- Dokumentowanie podejmowanych działań pielęgniarских w indywidualnej karcie opieki pielęgniarської.

Ocena interwencji pielęgniarских: Powłoka skórna i okoliczne żyły bez cech stanu zapalnego.

Diagnoza pielęgniarська 12: Brak akceptacji choroby i nowej sytuacji życiowej.

Cel interwencji pielęgniarської: Pomoc pacjentowi w zaadaptowaniu się do nowej sytuacji.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Ocena reakcji emocjonalnych na obecność kardiostymulatora w sercu.
- Stworzenie przyjaznej dla pacjenta atmosfery.
- Nawiązanie kontaktu z pacjentem.
- Umożliwienie kontaktu z innymi osobami po zabiegu.
- Określenie obaw i wątpliwości pacjenta.
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
- Okazywanie pacjentowi zrozumienia.
- Zalecenie choremu zgłoszenia się do lekarza w razie jakichkolwiek wątpliwości.

Ocena interwencji pielęgniarских: Chory stał się spokojniejszy i wyraził swoją akceptację w stosunku do nowo zaistniałej sytuacji.

Diagnoza pielęgniarська 13: Brak wiedzy na temat choroby i funkcjonowania z nią.

Cel interwencji pielęgniarської: Wyedukowanie pacjenta na temat choroby i funkcjonowania z nią.

Plan interwencji pielęgniarської:

- Udzielenie odpowiedzi na zadawane przez chorego pytania.
- Poinformowanie pacjenta z jakich urządzeń może bezpiecznie korzystać a jakich powinien unikać.

- Edukacja pacjenta na temat zalecanych i przeciwwskazanych aktywności ruchowych.
- Udzielenie informacji na temat zasad postępowania w przypadku planowania podróży.
- Sprawdzenie wiedzy pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarских: Chory uzyskał wiedzę na temat możliwości i ograniczeń dotyczących codziennego funkcjonowania z wszczepionym urządzeniem.

Diagnoza pielęgniarowska 14: Niechęć pacjenta do zmiany dotychczasowego stylu życia.

Cel interwencji pielęgniarowskiej: Zachęcenie chorego do zmiany dotychczasowego stylu życia.

Plan interwencji pielęgniarowskiej:

- Zalecenie aktywności fizycznej w formie regularnych spacerów, czy jazdy na rowerze.
- Zachęcenie pacjenta do zaprzestania palenia papierosów i spożywania alkoholu.
- Zachęcenie chorego do zdrowego odżywiania.
- Zachęcenie rodziny pacjenta do wspierania chorego w zmianie jego stylu życia.

Ocena interwencji pielęgniarских: Chory zadeklarował chęć zmiany stylu życia.

Diagnoza pielęgniarowska 15: Brak wiedzy pacjenta na temat wizyt kontrolnych urządzenia.

Cel interwencji pielęgniarowskiej: Przekazanie choremu informacji na temat częstotliwości i miejsc przeprowadzania kontroli urządzenia.

Plan interwencji pielęgniarowskiej:

- Objaśnienie celu i przebiegu wizyt kontrolnych.
- Wyznaczenie terminów zgłoszenia się do poradni kontroli stymulatorów.
- Pouczenie o pilnym i natychmiastowym zgłoszeniu się do poradni kontroli w przypadku zauważenia jakichkolwiek niepokojących objawów.

Ocena interwencji pielęgniarских:

Pacjent uzyskał stosowną wiedzę na temat terminów, przebiegu i miejsc regularnych wizyt w poradni kontroli stymulatorów.

Diagnoza pielęgniarowska 16: Występowanie zaparć spowodowanych unieruchomieniem pacjenta

Cel interwencji pielęgniarowskiej: Przywrócenie prawidłowej pracy jelit.

Plan interwencji pielęgniarowskiej:

- Masowanie powłok brzusznych.
- Zwiększenie podaży błonnika w diecie.
- Zwiększenie ilości wypijanej wody.

- Wprowadzenie do diety łagodnych ziół przeczyszczających.
- Wprowadzenie diety bogatoreszkowej.
- Podanie farmakologicznych środków, np., czopków o delikatnym działaniu.

Ocena interwencji pielęgnarskich: Wyeliminowano zaparcia.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. U chorego występują poniższe problemy bio-psycho- społeczne: zaburzenia snu, obawa przed pogorszeniem jakości życia, niepokój, lęk przed hospitalizacją oraz operacją, ryzyko wystąpienia zakażenia miejsce wkucia dożylnego- typu wenflon, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, dolegliwości bólowe, zagrożenie wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, brak wiedzy na temat choroby, funkcjonowania z nią, brak chęci pacjenta do zmiany stylu życia.
2. Zadaniem pielęgniarki w zakresie diagnostyczno -terapeutycznej wobec pacjenta po przebytych zawale serca i po implantacji kardiowertera- defibrylatora są: pobieranie materiałów do badań, kierowanie pacjenta na badania, wyjaśnianie choremu na czym polegają badania, jakie uczucia mogą mu towarzyszyć podczas ich wykonywania.
3. Zadaniem pielęgniarki w zakresie funkcji opiekuńczej wobec pacjenta po przebytych zawale serca i po implantacji kardiowertera- defibrylatora są: pomoc choremu w zmianie pozycji po operacji, pomoc podczas wykonywania czynności dnia codziennego (toaleta całego ciała, zmiana bielizny pościelowej oraz osobistej, podawanie posiłków), pomoc choremu w akceptacji nowej sytuacji, wspieranie psychiczne chorego.
4. Zadaniem pielęgniarki w zakresie funkcji edukacyjnej wobec pacjenta po przebytych zawale serca i po implantacji kardiowertera- defibrylatora są: poszerzenie wiedzy pacjenta na temat kardiowertera-defibrylatora, wyjaśnienie o konieczności kontrolowania urządzenia, poszerzenie wiedzy chorego na temat konieczności prowadzenia przez niego prozdrowotnego stylu życia, wyjaśnienie o konieczności przyjmowania leków zalecanych przez lekarza.

PIŚMIENNICTWO:

1. Mercik E.: Moje ciało. Co osoba z niepełnosprawnością intelektualną powinna wiedzieć o swoim organizmie, Wydawnictwo PSOUU, Warszawa 2014: 11.

2. Joachimiak P.: Zawał serca – co nowego w pierwszej dekadzie XXI wieku?. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 2:297-304.
3. Sacha J., Guzik P.: Nowa uniwersalna definicja zawału serca – omówienie ogólne. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6:322-325.
4. Thygesen K., Alpert J., Jaffe A. i wsp.: Czwarta uniwersalna definicja zawału serca. *Kardiologia Polska* 2018;10:1383-1415.
5. Frycz-Kurek A., Buchta P., Szkodziński J.: Stabilna Choroba wieńcowa – epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania. *Choroby serca i naczyń* 2008; 5: 125- 133.
6. Kobańska M.: Choroby sercowo-naczyniowe głównym zabójcą w Polsce i na świecie. *Lekarz POZ* 2018; 5/2018. <https://www.termedia.pl/poz/Choroby-sercowo-naczyniowe-glownym-zabojca-w-Polsce-i-na-swiecie,31574.html> (data pobrania 06.08.2024).
7. Bronica-Bielecka T., Walczak E., Hyżyk A.: Analiza porównawcza wiedzy z zakresu choroby niedokrwiennej serca wśród osób zdrowych i pacjentów dotkniętych tym schorzeniem [w:] *Opieka Holistyczna nad pacjentem w chorobach przewlekłych*, Matvixhuk B., Komorowska A., (red.). Wydawnictwo Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie, Kutno 2019:118.
8. Elliott P., Anastasakis A., Borger M. et al.: Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i postępowania w kardiomiopatii przerostowej w 2014 roku. *Kardiologia Polska* 2014; 72:1054-1126..
9. Camm A., Luescher T., Serruys P.: Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego T. 1, Wyd. Termedia, Poznań 2006: 83-85.
10. Ozierański K., Łęgosz P., Tymieńska A. i wsp.: Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego przed operacjami ortopedycznymi. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 4: 29-296.
11. Neumann F., Sousa-Uva M., Ahlsson A. i wsp.: Wytyczne ESC/EACTS dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego. *Kardiologia Polska* 2018; 12:1585-1664.
12. Dudek D., Filipiak K., Stępińska J.: Nowy model optymalnego doustnego leczenia przeciwplatekowego pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST w Polsce, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Polska* 2011; 69: 986-994.
13. Wasilewski J., Poloński L.: Znaczenie fibrynogenu i właściwości reologicznych krwi w miażdżycy i chorobie wieńcowej. *Choroby Serca i Naczyń* 2010; 7: 17-21 .

14. Rzeźniczak J., Kałmucki P., Słomczyński M. i wsp.: Angioplastyka przewlekle zamkniętych gałęzi lewej tętnicy wieńcowej. Wpływ rodzaju cewnika prowadzącego na skuteczność i przebieg zabiegu. *Folia Cardiologica* 2001; 8(5): 517–526.

OCENA PRZYGOTOWANIA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO DO PROCEDURY WEWNĄTRZSZPITALNEJ RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO – ODDECHOWEJ

Ciołko Karolina¹, Jarocka Iwona Teresa², Kulikowska Agata², Czaban Sławomir Lech²

1. *Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*
2. *Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMB*

WSTĘP

W sytuacji wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia kluczowe jest wczesne rozpoznanie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta oraz skuteczne przeciwdziałanie konsekwencjom niewydolności krążeniowo-oddechowej. Aby uniknąć takiej sytuacji, niezbędne jest właściwe przeszkolenie personelu medycznego, w tym ratowników medycznych i pielęgniarek, ciągłe monitorowanie parametrów życiowych i obserwacja chorego oraz jasne kryteria wezwania zespołu resuscytacyjnego. Opracowanie precyzyjnych algorytmów postępowania, które umożliwią skoordynowaną i efektywną pomoc w przypadku wystąpienia zagrożenia, stanowi następny kluczowy element skutecznych działań ratowniczych [1].

W przypadku pojawienia się nagłego zagrożenia zdrowia lub życia uruchamiane są różne struktury, których zadaniem jest niedopuszczenie do zagrożenia życia lub postępowanie interwencyjne gdy do takiego zagrożenia dochodzi. Przykładem takich struktur są: system wczesnej interwencji terapeutycznej (SWIT), zespoły wczesnego reagowania (ZWR), czy zespoły resuscytacyjne (ZR) [2].

System Wczesnej Interwencji Terapeutycznej (SWIT) jest to kompleksowy program, który ma na celu zapobieganie kryzysom zdrowotnym oraz udzielanie szybkiej pomocy osobom znajdującym się w sytuacjach zagrożenia zdrowotnego, psychicznego lub społecznego. Głównym celem SWIT jest minimalizacja negatywnych skutków zdrowotnych poprzez wczesne wykrywanie sygnałów ostrzegawczych oraz szybką i skuteczną interwencję. Pełnoprofilowy szpital, a więc posiadający SOR i OIT musi posiadać dobrze rozwinięty, a

zarazem sprawny system ratownictwa wewnętrznego. Na terenie takiej jednostki powinny być w gotowości przynajmniej dwa rodzaje zespołów ratownictwa wewnętrznego: resuscytacyjny oraz szybkiego reagowania. Ilość zespołów musi być odpowiednia do wielkości szpitala oraz jego potencjału [1,2].

Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) to interdyscyplinarny zespół specjalistów medycznych, którego głównym celem jest szybka reakcja na nagłe sytuacje medyczne w szpitalach. ZWR działa w celu udzielenia natychmiastowej pomocy pacjentom znajdującym się w sytuacji zagrożenia życia lub wymagającym pilnej interwencji medycznej [2].

Funkcje Zespołu Wczesnego Reagowania obejmują [2]:

- szybka reakcja: ZWR jest dostępny 24/7 i reaguje natychmiast na wszelkie sygnały alarmowe dotyczące pacjentów w szpitalach.
- interdyscyplinarność: Zespół składa się z różnych specjalistów medycznych, takich jak lekarze, pielęgniarki, anestezjolodzy, technicy medyczni itp., co umożliwia kompleksową opiekę nad pacjentem.
- monitorowanie i ocena pacjentów: ZWR stale monitoruje stan pacjentów na oddziałach szpitalnych, reagując na wszelkie niepokojące objawy lub pogorszenie stanu zdrowia.

Zespół resuscytacyjny (ZR) stanowi grupę wykwalifikowanych pracowników szpitala, którzy wykonują inne obowiązki, ale są w trakcie swojej pracy w gotowości do odpowiedzi na wezwanie. Pierwszym elementem powinien być sprawny system powiadamiania szpitalnego, najlepiej w kilku formach: poprzez system wewnętrznego nagłośnienia, poprzez komunikatory osobiste (dedykowany telefon bezprzewodowy, krótkofalówki lub specjalne pagery). W skład zespołu powinien wchodzić samodzielny lekarz specjalista, który kieruje resuscytacją w warunkach europejskich jest nim zazwyczaj anestezjolog lub lekarz SOR. W skład zespołu wchodzi pielęgniarki, w tym pielęgniarka z intensywnej terapii jako koordynator działań personelu nielekarskiego. W zespole powinny być dwie, maksymalnie trzy pielęgniarki, tak aby można było dobrze monitorować pacjenta, podawać sprzęt do intubacji i inny, pobierać krew na badania, podawać leki oraz zakładać wkłucia obwodowe. Jedna z pielęgniarek powinna na bieżąco prowadzić dokumentację reanimacji. Kolejnymi członkami zespołu powinni być ratownicy medyczni, w liczbie jednego do dwóch, których główną rolą ma być prowadzenie skutecznego masażu serca. Reasumując, zespół reanimacyjny powinien składać się przynajmniej z lekarza (oczywiście z certyfikatem ALS), dwóch pielęgniarek i

dwóch pracowników medycznych, najlepiej ratowników medycznych z wyszkoleniem BLS. W szpitalach w ostatnich latach wprowadza się systemy wczesnego ostrzegania oraz jasne kryteria wezwania zespołu resuscytacyjnego, które mają na celu identyfikację pacjentów wymagających natychmiastowej opieki. W praktyce, systemy te opierają się na regularnym monitorowaniu parametrów życiowych (*track*; obserwuj), z określonym wcześniej wywołaniem lub reakcją (*trigger*; reaguj) przy przekroczeniu ustalonego progu [3]. Elementy takiego skutecznego systemu to:

- Skale wczesnego ostrzegania
 - EWS (*Early Warning Score*; Skala Wczesnego Ostrzegania),
 - PEWS (*Paediatric Early Warning Scoring*; Pediatryczna Skala Wczesnego Ostrzegania),
 - NEWS (*National Early Warning Score*; Skala Narodowa Wczesnego Ostrzegania)
 - NEWS 2 (*National Early Warning Score 2*; Skala Narodowa Wczesnego Ostrzegania 2)
- Kryteria wezwania zespołu,
- Właściwe monitorowanie chorych,
- Regularne szkolenia personelu [3].

Obecnie zalecaną skalą wczesnego ostrzegania, jest **NEWS2** jest ona ulepszoną wersją pierwotnej skali NEWS, obejmująca sześć parametrów: częstość oddechów, stopień wysycenia krwi tlenem, ciśnienie tętnicze krwi, częstość tętna, temperatura ciała, stan świadomości pacjenta, W skali NEWS2 uwzględniono ocenę oddechu pacjenta i skalę Glasgow (GCS), co pozwala lepiej ocenić funkcję oddychania oraz zaburzenia świadomości [3].

W celu przekazania szybko i zwięźle informacji dotyczących zdrowia pacjenta można wykorzystać protokół SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*; Sytuacja, Tło, Ocena, Rekomendacja). Protokół SBAR to narzędzie komunikacyjne wykorzystywane w opiece zdrowotnej do strukturyzowanego przekazywania istotnych informacji między pracownikami medycznymi w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta. SBAR jest skrótem, który odnosi się do czterech kluczowych elementów, które powinny być uwzględnione w przekazie informacji. Ułatwia on strukturyzację przekazu informacji, co przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pacjenta i efektywności opieki zdrowotnej [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena różnic w przygotowaniu pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym oraz Dziecięcym Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym do przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych w warunkach szpitalnych.

Cele szczegółowe:

1. Ocena przygotowania pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym i Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku do przeprowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
2. Określenie trudności z jakimi spotykały się pielęgniarki podczas resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

MATERIAŁY I METODY BADAŃ

Badania przeprowadzono w grupie 106 pielęgniarek i pielęgniarzy (w tym 15 mężczyzn i 91 kobiet) zatrudnionych w dwóch szpitalach klinicznych w Białymstoku. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym (71 badanych) oraz w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku (35 badanych.)

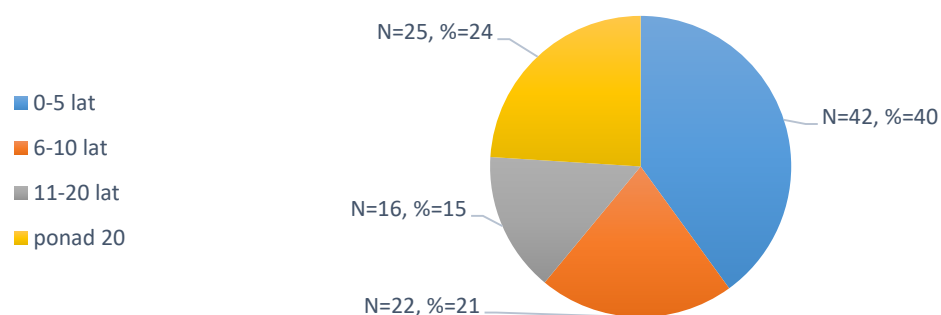
W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowania. Użyto autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z 32 pytań. Pierwsza grupa pytań dotyczyła danych demograficznych i identyfikacyjnych (pytania o miejsce pracy, oddział, staż pracy, poziom wykształcenia, posiadaną specjalizację lub jej brak), druga grupa dotyczyła doświadczeń związanych z resuscytacją oddechową: częstotliwości występowania i postępowania w przypadku NZK, uczestnictwa w RKO, przeszkolenia pielęgniarek do pełnienia medycznych czynności ratunkowych, znajomości algorytmu działania podczas NZK, znajomości RKO, odbytych kursów/szkoleń RKO, dostępności walizek/wózków reanimacyjnych, znajomości sprzętu ratunkowego i umiejętności korzystania z niego, obecności zespołu reanimacyjnego, opinii dotyczących szkoleń z zakresu RKO, oceny poziomu przygotowania do działania w nagłym zatrzymaniu krążeniowo – oddechowym, czy obecność zespołu interwencyjnego ma wpływ na skuteczne przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej, oceny działania zespołu reanimacyjnego. Trzecia część ankiety składała się z pytań dotyczących trudności jakie napotkał personel podczas uczestnictwa w medycznych czynnościach ratunkowych oraz

kwestii, które zwiększyłyby ich poczucie bezpieczeństwa w miejscu pracy i dotyczą procedur resuscytacji wewnętrzzszpitalnej.

Na przeprowadzenie badań otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku uchwała numer APK.002.538.2023 Analizy wyników dokonano za pomocą programu STATISTICA.

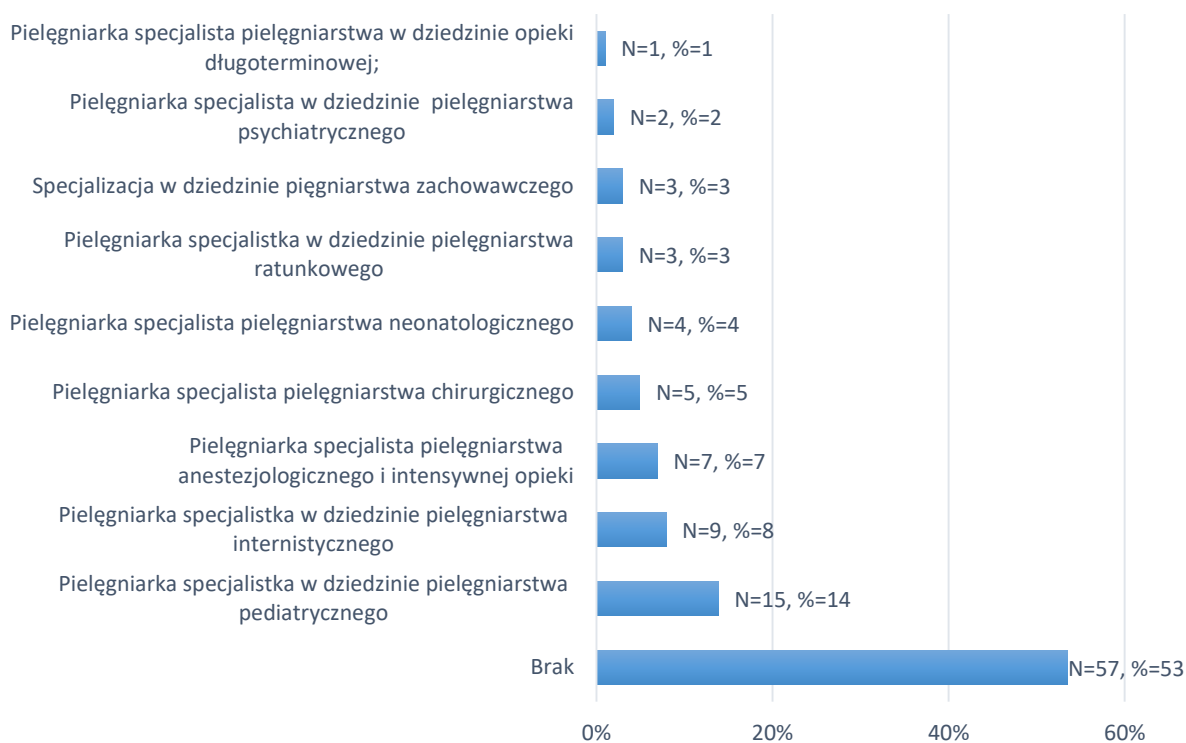
WYNIKI

Badania przeprowadzono wśród 106 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym 66% i Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym 34% w Białymstoku. Na 106 Wśród uczestników badania znalazło się 86 kobiet oraz 14 mężczyzn w wieku od 23 do 60 lat. Najliczniejszą grupę (44%) stanowiły osoby najmłodsze w wieku <30 lat ze stażem nie dłuższym niż 5 lat (40%). Zestawienie stażu badanych obrazuje rycina 1.



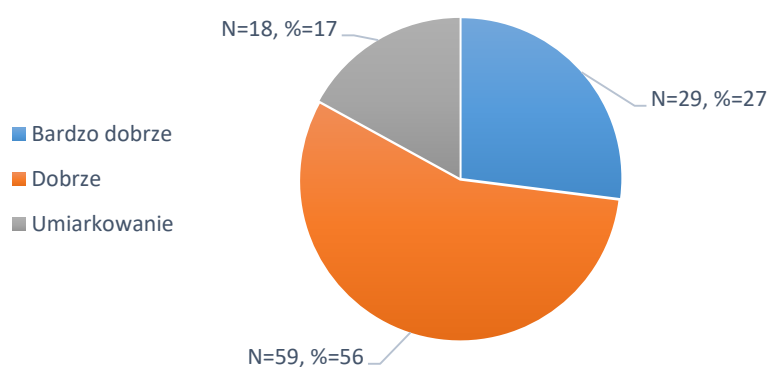
Rycina 1. Staż pracy respondentów

Ponad połowa badanych (57%) posiada wykształcenie wyższe i tytuł magistra pielęgniarstwa, 36% ankietowanych ukończyło licencjat pielęgniarstwa. Tylko 7% osób jest po studiach pomostowych. Ponad połowa badanych (53%) nie ma żadnej specjalizacji. Najpopularniejsza wśród respondentów jest specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego – 14%. Najrzadziej posiadaną (1%) specjalizacją jest pielęgniarstwo z zakresu opieki długoterminowej. Jedna z osób posiadała dwie specjalizacje - w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego oraz dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Specjalizacje posiadane przez respondentów.

Ankietowani zostali poproszeni o ocenę swojej wiedzy na temat przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych oraz podzielenia się informacjami dotyczącymi zasad (szeroko pojętego) RKO w miejscu pracy. Zdecydowana większość (56%) ocenia je dobrze. Rozkład wyników prezentuje rycina 3.



Rycina 3. Ocena wiedzy własnej na temat prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Analizie poddano oceny wiedzy, uwzględniając różnorodne zmienne takie jak staż pracy, miejsce zatrudnienia, poziom wykształcenia i posiadanie specjalizacji. Pracownicy z krótszym stażem pracy (0-5 lat) najczęściej oceniają swoją wiedzę jako dobrą (16%) oraz

umiarkowaną (12%), co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom kompetencji wśród nowo zatrudnionych pracowników. W grupie z dłuższym stażem pracy (ponad 20 lat) również przeważa pozytywna ocena wiedzy, z 15% oceniających ją jako dobrą i 4% jako umiarkowaną. Pracownicy USK (Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego) częściej oceniają swoją wiedzę pozytywnie (36% jako dobrą i 19% jako bardzo dobrą) w porównaniu z pracownikami DSK; gdzie 22% ocenia wiedzę jako dobrą, a 5% jako bardzo dobrą. Pod względem wykształcenia, magistranci pielęgniarstwa wykazują wyższą pewność swoich umiejętności (36% ocenia swoją wiedzę jako dobrą i 17% jako bardzo dobrą), co kontrastuje z wynikami licencjatów, gdzie 19% ocenia swoją wiedzę jako dobrą i tylko 6% jako bardzo dobrą. Przedstawione dane umieszczone zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę dotyczącą przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych?

| | | Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę dotyczącą przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych? | | | | | | | |
|--|------------------|--|-----|--------|-----|--------------|-----|-----------------|----|
| | | Bardzo dobrze | | Dobrze | | Umiarkowanie | | Źle/ Bardzo źle | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Staż pracy (w latach) N=106 | 0 – 5 | 11 | 10% | 17 | 16% | 13 | 12% | 0 | 0% |
| | 6 – 10 | 5 | 5% | 16 | 15% | 2 | 2% | 0 | 0% |
| | 11 – 20 | 4 | 4% | 11 | 10% | 2 | 2% | 0 | 0% |
| | Ponad 20 | 5 | 5% | 16 | 15% | 4 | 4% | 0 | 0% |
| Miejsce pracy N=106 | USK | 20 | 19% | 39 | 36% | 12 | 11% | 0 | 0% |
| | DSK | 5 | 5% | 23 | 22% | 7 | 7% | 0 | 0% |
| Poziom wykształcenia N=106 | Licencjat plg. | 7 | 6% | 20 | 19% | 11 | 10% | 0 | 0% |
| | Magister plg. | 18 | 17% | 38 | 36% | 4 | 4% | 0 | 0% |
| | Studia pomostowe | 2 | 2% | 4 | 4% | 2 | 2% | 0 | 0% |
| Specjaliza | Tak | 14 | 13% | 27 | 26% | 6 | 6% | 0 | 0% |

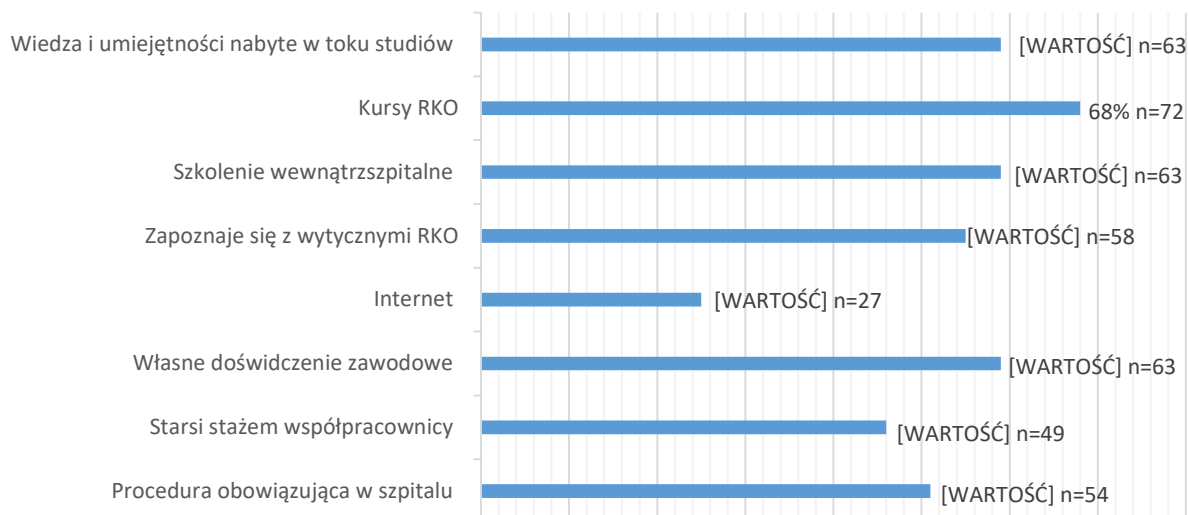
| | | | | | | | | | |
|--------------|-----|----|-----|-----------|------------|----|-----|---|----|
| cja | Nie | 13 | 12% | 34 | 32% | 12 | 11% | 0 | 0% |
| N=106 | | | | | | | | | |

Analiza wyników dotyczących występowania nagłego zatrzymania krążenia (NZK) w miejscu pracy wskazują, że 77% respondentów potwierdziło wystąpienie NZK w ich miejscu pracy. Pod względem częstotliwości, odpowiedzi "raz w miesiącu" oraz "raz w roku" były najczęściej zgłaszane, każda z nich uzyskała 31%. Zaskakujące może być, że 19% ankietowanych doświadcza NZK raz w tygodniu, jednocześnie identyczny odsetek osób nigdy nie miał do czynienia z takim przypadkiem (Tab.2).

Tabela 2. Jak często dochodzi do NZK (nagłego zatrzymania krążenia) w Pana/Pani miejscu pracy.

| Jak często dochodzi do NZK (nagłego zatrzymania krążenia) w Pana/Pani miejscu pracy? | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|----------------|-----------|------------|-----------|----------|----------|
| | Raz w tygodniu | | Raz w miesiącu | | Raz w roku | | Nigdy | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| USK N=70 | 18 | 26 | 32 | 46 | 14 | 20 | 6 | 8 |
| UDSK N=36 | 0 | 0 | 3 | 8 | 18 | 50 | 15 | 42 |
| Razem N=106 | 20 | 19 | 33 | 31 | 33 | 31 | 20 | 19 |

Zapytano o częstotliwość uczestnictwa respondentów w wewnątrzszpitalnym RKO (resuscytacji krążeniowo – oddechowej) w ciągu ostatniego roku. Zdecydowana większość (66%) uczestniczyła w RKO od jednego do pięciu razy. Średnio co piąty (21%) ankietowany w ostatnich 12 miesiącach nie brał w ogóle udziału w resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Tylko 13% badanych w ciągu roku wzięło udział w przeprowadzaniu RKO uczestniczyło ponad 5 razy. Źródła wiedzy ankietowanych dotyczących RKO przedstawia rycina 4.



Rycina 4. Źródła wiedzy o zatrzymaniu krążenia wewnątrzszpitalnego (n=106).

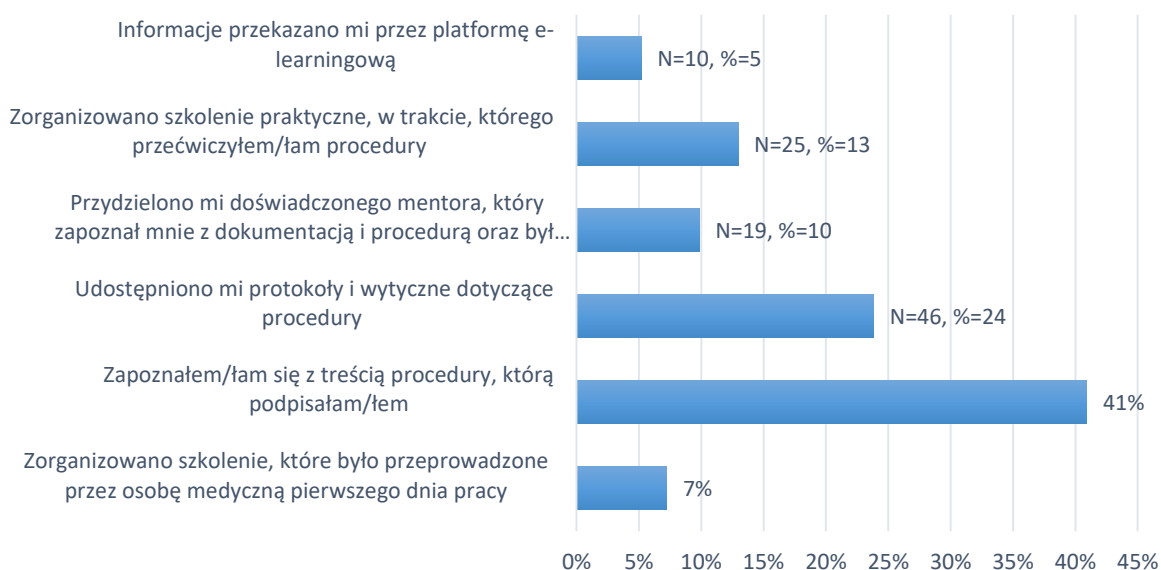
Uczestnicy badania zostali poproszeni o deklarację dotyczącą udziału w szkoleniach i kursach z zakresu RKO. Według odpowiedzi na pierwsze z nich, aż 70,75% respondentów posiada certyfikat ukończonego kursu RKO (Tab. 3). Analizując staż pracy, osoby z najmniejszym stażem (0-5 lat) najczęściej posiadały certyfikat (34%). Większość certyfikowanych pracowników znajduje się w USK (45%), co przewyższa szpital DSK (25%). Pod względem wykształcenia, osoby z tytułem magistra mają najczęściej ukończony certyfikowany kurs RKO (44%). Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Czy posiada Pan/Pani kurs RKO (potwierdzony certyfikatem)?

| | | Czy posiada Pan/Pani kurs RKO (potwierdzony certyfikatem)? | | | |
|-----------------------|----------|--|-----|-----|-----|
| | | Tak | | Nie | |
| | | N | % | N | % |
| Staż pracy (w latach) | 0 – 5 | 36 | 34% | 11 | 10% |
| | 6 – 10 | 17 | 16% | 5 | 5% |
| | 11 – 20 | 12 | 27% | 4 | 4% |
| | Ponad 20 | 16 | 15% | 5 | 5% |
| Miejsce pracy | USK | 48 | 45% | 21 | 20% |
| | UDSK | 27 | 25% | 10 | 9% |

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|----|--------|----|--------|
| Poziom wykształcenia | Licencjat plg. | 21 | 20% | 16 | 15% |
| | Magister plg. | 47 | 44% | 14 | 13% |
| | Studia pomostowe | 8 | 8% | 0 | 0% |
| Specjalizacja | Tak | 42 | 40% | 5 | 4% |
| | Nie | 33 | 31% | 26 | 25% |
| Razem | | 75 | 70,75% | 31 | 29,24% |

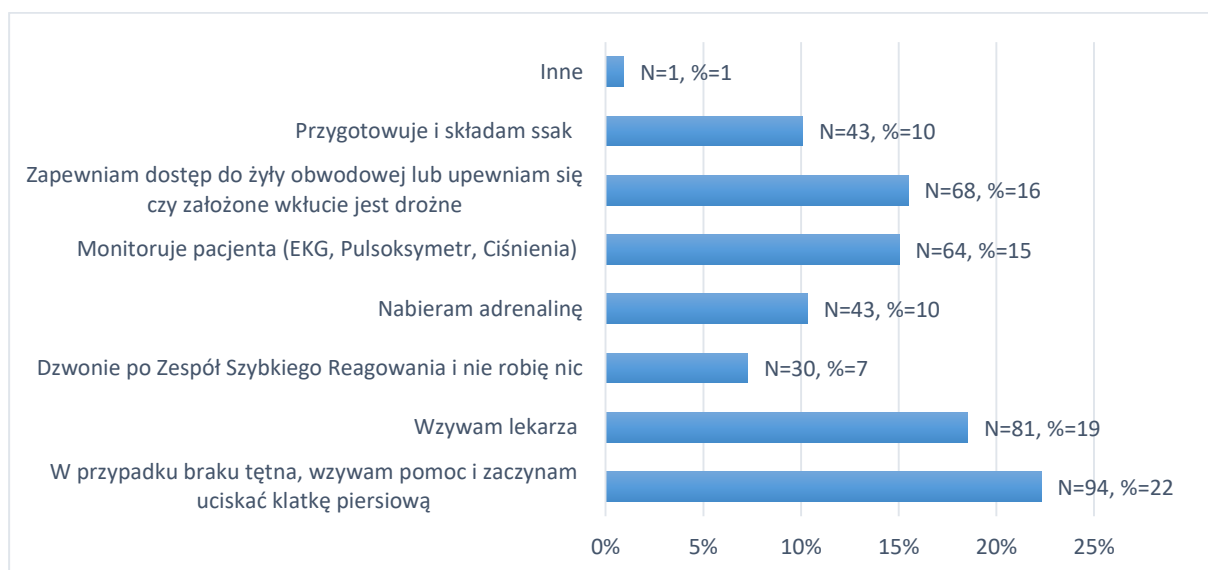
W szpitalu USK 38 pielęgniarek (36%) a w szpitalu UDSK 23 pielęgniarki (22%), wskazały na odbycie dodatkowego szkolenia z zakresu RKO przed rozpoczęciem pracy. Wewnętrzne przeszkolenie z zakresu resuscytacji wewnętrz szpitalnej w ciągu ostatniego roku otrzymała ponad połowa respondentów (59%). Niestety najczęściej (41%) miało ono formę zapoznania się z procedurą wewnętrz szpitalną (Ryc. 5)



Rycina 5. Sposób zapoznania się respondenta z wewnętrz szpitalnymi zasadami rozpoznania i postępowania w przypadku utraty przytomności oraz zatrzymania oddychania i krążenia.

Zapytano respondentów, jakie kroki podjęliby w przypadku stwierdzenia zatrzymania oddychania i krążenia. Najczęściej wymienianą odpowiedzią było wezwanie pomocy i rozpoczęcie uciskania klatki piersiowej w przypadku braku tętna, co stanowiło 22% odpowiedzi. Następnie – 19% odpowiedzi, wskazywało na konieczność wezwania lekarza. Z kolei najrzadziej wybieraną opcją było przyciągnięcie wózka reanimacyjnego i respiratora, co

stanowiło jedynie 1% wszystkich odpowiedzi. Podział otrzymanych odpowiedzi przedstawia rycina 6.



Rycina 6. Działania podejmowane przez badanych w razie rozpoznania zatrzymania oddychania i krążenia.

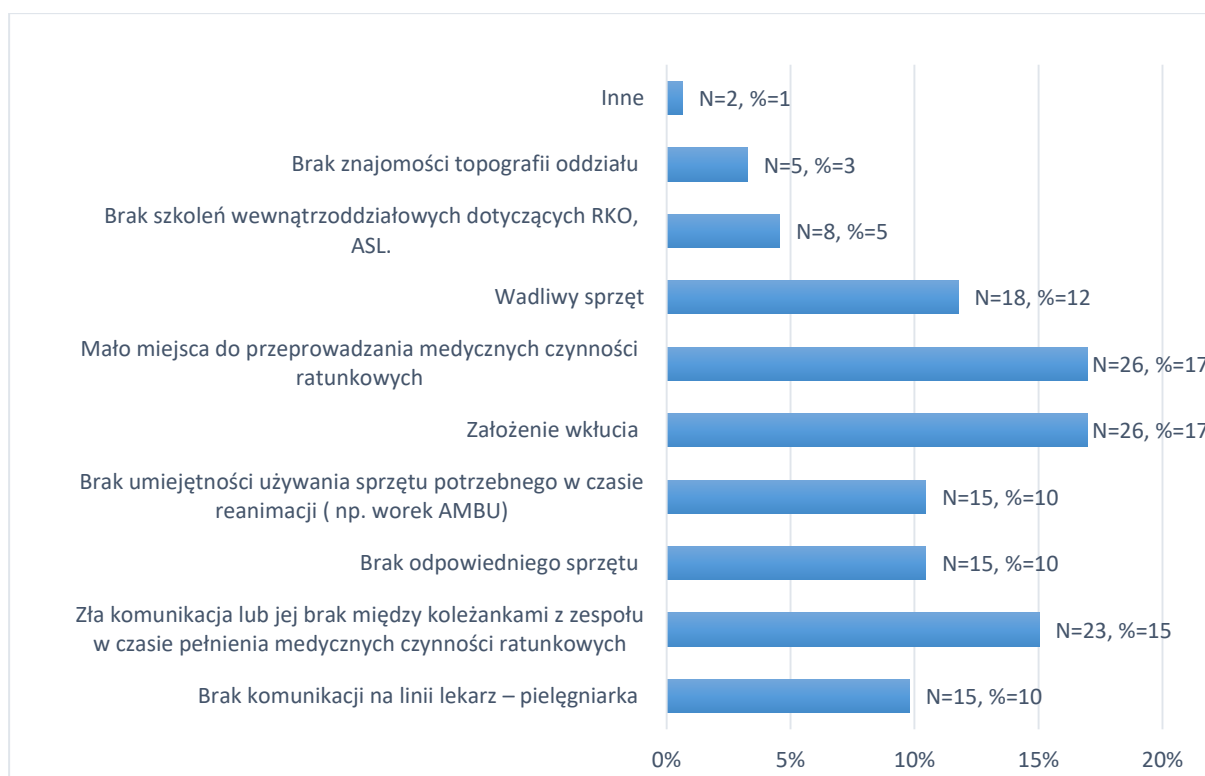
Niemal wszyscy respondenci (97%) są świadomi obecności Zespołu Szybkiego Reagowania (ZSR) w ich miejscu pracy. Znajomość numeru kontaktowego do ZSR, deklaruje 77%, około 20% respondentów wskazało, że numer jest zapisany w ich miejscu pracy w widocznym miejscu.

Znajomość zaleceń dotyczących użycia defibrylatora i umiejętności korzystania z niego deklaruje 92% badanych. Jak się okazuje, tylko 8% respondentów nie zna wytycznych dotyczących posługiwania się tego typu sprzętem. Średnio co dziesiąty z nich (12%) zadeklarował brak odpowiednich narzędzi do reagowania. Wyższy dostęp do sprzętu medycznego zgłaszają pracownicy z USK (65%), w porównaniu do DSK (24%).

Prawie wszyscy badani (99%) potwierdzili znajomość wytycznych dotyczących podawania leków w przypadku resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

Następne badane zagadnienie weryfikowało, czy w miejscach pracy respondentów, czyli na oddziałach, regularnie sprawdzane jest wyposażenie wózka/zestawu interwencyjnego. Tylko 6% ankietowanych udzieliło negatywnej odpowiedzi w tym zakresie.

Respondenci zostali zapytani, czy spotkali się z trudnościami podczas wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Odpowiedzi ankietowanych przedstawia rycina 7.



Rycina 7. Rodzaje trudności podczas wykonywania medycznych czynności ratunkowych wśród respondentów.

DYSKUSJA

Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania czynności RKO jest kluczowe dla bezpieczeństwa pacjenta. Wyniki badań pokazują, że większość pielęgniarek zapoznaje się z procedurami poprzez tradycyjne metody, takie jak czytanie dokumentacji (procedury wewnątrzszpitalnej). Wzmacnianie praktycznych aspektów szkoleń, jak również wykorzystanie nowoczesnych metod nauczania (np. symulacja), mogłoby przyczynić się do zwiększenia efektywności przygotowania personelu do pełnienia medycznych czynności ratunkowych. Interesujące jest, że tylko 5% ankietowanych zaznaczyło, że korzystało z platform e-learningowych. Różnorodne innowacyjne strategie stosowane w edukacji pielęgniarskiej, w tym odwrócone klasy, nauczanie oparte na problemach oraz interaktywne technologie e-learningowe jako metody kształcenia pielęgniarek przedstawi artykule Lee. V. Artykuł podkreśla, jak te metody przyczyniają się do lepszego zaangażowania i zrozumienia materiału przez studentów [5]. Badanie przeprowadzone wśród tureckich pielęgniarek. Wykazało znaczący spadek umiejętności wykonywania akcji ratującej życie po 6 miesiącach od zakończenia kursów RKO zaobserwowano. Z kolei przeprowadzenie jednodniowego szkolenia przypominającego znacząco poprawiło weryfikowane umiejętności [6]. Innym

badaniem potwierdzającym skuteczność kursów przypominających jest badanie przeprowadzone wśród pielęgniarek w Iranie. Wykazano tam (przy zachowaniu istotności statystycznej), iż personel medyczny, który przeszedł dodatkowe szkolenia miał wyraźnie wyższy poziom wiedzy na temat RKO od osób, które nie uczestniczyły w takich kursach [7].

Smith, J. & Jones, M. w swoim artykule przedstawiają wyniki, systematycznego przeglądu literatury na temat wykorzystania symulacji w kształceniu pielęgniarek. Autorzy analizują, jak symulacje wpływają na zdolności kliniczne studentów pielęgniarstwa, podnosząc ich kompetencje i przygotowanie do pracy zawodowej [8]. Jest to zgodne z wynikami badań przeprowadzonych przez Zhang et al. (2019), gdzie udowodniono, że ciągłość szkoleń praktycznych ma kluczowe znaczenie dla utrzymania wysokich umiejętności i gotowości do działania personelu medycznego [9].

O ile ogólna wiedza teoretyczna personelu medycznego na temat RKO u dorosłych w znacznej ilości badań wskazuje poziom zadowalający (lub dobry), o tyle poziom wiedzy na temat RKO u dzieci i niemowląt jest znacznie niższy. W przypadku RKO u dzieci 88% respondentów znało teoretyczne podstawy stosunku uciśnień i oddechów i było to zaledwie 6 p.p. mniej grupy w porównaniu do pytania o RKO u dorosłych. W badaniu Szarpaka jedynie 20% grupy 270 osób personelu medycznego wiedziało jak poprawnie przeprowadzić resuscytację noworodka [10].

Uzyskane wyniki wskazują na wyraźne różnice w postrzeganiu własnej wiedzy zależnie od doświadczenia, miejsca pracy, poziomu wykształcenia oraz posiadania specjalizacji. Wysoka efektywność interwencji RKO odnotowana została w grupach z lepszym przeszkoleniem teoretycznym i praktycznym. Takie wnioski znajdują potwierdzenie w pracy Smith i współpracowników, którzy podkreślają, że regularne szkolenia i symulacje medyczne znacząco poprawiają skuteczność działań resuscytacyjnych, zarówno w odniesieniu do szybkości reakcji, jak i poprawności wykonywanych procedur [11]. Jak wskazują analizy Rudnik, Moczydłowskiej i Urbana w przypadku ich grupy badawczej, ponad 70% respondentów wskazało, że ich jednostka pracy nie zapewnia żadnych szkoleń na temat RKO [12].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

- Pielęgniarki pracujące w USK w większym odsetku udzielały prawidłowych odpowiedzi dotyczących elementów procedury resuscytacji dorosłych i dzieci w porównaniu do pielęgniarek pracujących w UDSK. Może się to wiązać z większą

stycznością z przypadkami resuscytacji wewnątrzszpitalnej wśród dorosłych pacjentów a jednocześnie ukazuje konieczność cyklicznego aktualizowania wiedzy i umiejętności z zakresu RKO

- Pielęgniarki pracujące w UDSK częściej deklarowały udział w szkoleniach ALS i certyfikowanych kursach RKO w porównaniu do pracowników USK.
- Najczęściej zgłaszanymi trudnościami w realizacji procedur RKO były niewystarczająca liczba szkoleń praktycznych, brak dostępnego miejsca na oddziale do przeprowadzania czynności ratunkowych, problemy z założeniem wkłucia dożylnego oraz problemy komunikacyjne wśród personelu.
- Dodatkowe cyklicznie powtarzane szkolenia z uwzględnieniem szkoleń praktycznych były najczęściej zgłaszanym postulatem przez ankietowane pielęgniarki.

PIŚMIENNICTWO

1. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2021. Polska Rada Resuscytacji 2022.
2. Gałązkowski R., Żukowski M., Szarpak Ł., et al.: Early warning scoring systems in the emergency department: A Polish tertiary hospital experience. *Am J Emerg Med.* 2020; 38(10): 2113 – 2116.
3. Gu WJ., Wang F., Bakker J., et al.: The effect of goal-directed therapy on mortality in patients with sepsis--earlier is better: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Crit Care* 2014; 10;18(5): 570.
4. Spaite DW., Bobrow BJ., Stolz U et al.: Evaluation of the impact of implementing the emergency medical treatment and labor act in Arizona. *Academic Emergency Medicine* 2018; 25(6): 633 – 643.
5. Bukiran A., Erdur B., Ozen M., et al.: Retention of nurses' knowledge after basic life support and advanced cardiac life support training at immediate, 6-month, and 12-month post-training intervals: a longitudinal study of nurses in Turkey. *Journal of Emergency Nursing* 2014; 40(2): 146 – 152.
6. Kalhori RP., Jalali A., Naderipour A. et al.: Assessment of Iranian Nurses and Emergency Medical Personnel in Terms of Cardiopulmonary Resuscitation Knowledge Based on the 2010 Guideline. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2017; 22(3): 184 – 189.
7. Mersha AT., Gebre Egzi AHK., Tawuye HY. et al.: Factors associated with knowledge and attitude towards adult cardiopulmonary resuscitation among healthcare

- professionals at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia: an institutional-based cross-sectional study. *British Medical Journal* 2020; 10: 1 – 11.
8. Zhang Y., Wei L., Li H., Pan Y.: Continuous practical training and its impact on the proficiency of emergency medical teams. *Emergency Medicine Journal* 2019; 36(1): 12 – 17.
 9. Szarpak Ł., Patynowska A., Kurowski A., i wsp.: Znajomość zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci wśród lekarzy i ratowników medycznych. *Nowa Padiatria* 2013; 2: 59 – 63.
 10. Szarpak Ł.: Wiedza personelu ratownictwa medycznego na temat resuscytacji noworodka. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2013; 2(45): 75 – 79.
 11. Rudnik A., Moczydłowska A., Urban M.: Wiedza personelu medycznego w postępowaniu NZK u dzieci i dorosłych. *Zeszyty Naukowe WSA w Łomży* 2019; 76: 31 – 37.
 12. Smith, J., & Taylor L.: The Impact of In-Hospital Training on Nursing Competencies in Emergency Care. *Journal of Emergency Nursing* 2022; 48(3): 215 – 229.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z OSTEOPOROZĄ

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Mariusz Bogdan², Natalia Wardak², Marta Adamska²

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

WSTĘP

Osteoporoza to choroba metaboliczna kości, która polega na stopniowym zaniku masy kostnej. Na skutek obniżenia gęstości mineralnej kości dochodzi do osłabienia ich struktury, co objawia się zwiększoną podatnością na złamania [1]. Na zachorowanie narażone są przede wszystkim osoby starsze, szczególnie kobiety w wieku okołomenopauzalnym, choć na osteoporozę mogą cierpieć także mężczyźni, a nawet dzieci [2]. Wśród przyczyn osteoporozy wymienia się przede wszystkim: wiek (gęstość kości maleje mniej więcej po ukończeniu 35. roku życia), płeć (u kobiet w okresie przekwitania dochodzi do nagłego spadku poziomu estrogenów, co może przyczyniać się do osłabienia kości), dietę ubogą w witaminę D i wapń, zaburzenia odżywiania, stosowanie używek (alkohol, tytoń), niski poziom aktywności fizycznej, niski wskaźnik BMI, stosowanie niektórych leków (np. hormonów tarczycy, glikokortykoidów i kortykosteroidów, leków zobojętniających kwas żołądkowy, niektórych leków przeciwcukrzycowych) [3,4].

Osteoporoza pierwotna

Częstość jej występowania jest największa. Związana jest z procesem starzenia, kiedy to następuje stopniowe zmniejszanie masy kostnej. Pojawia się głównie u osób starszych, szczególnie u kobiet w wieku okołomenopauzalnym, co jest związane z **niższym poziomem estrogenów** [5]. Uważa się, że niedobór testosteronu u mężczyzn także wpływa na wystąpienie zmian osteoporotycznych. Osteoporoza pierwotna poprzedzona jest osteopenią [6].

Osteoporoza wtórna

Ten rodzaj schorzenia występuje dużo rzadziej i wiąże się przede wszystkim z przewlekłym stosowaniem określonego rodzaju środków farmakologicznych, np. heparyny, oraz z dysfunkcjami hormonalnymi, np. nadczynnością tarczycy czy hiperglikemią. Innymi

przyczynami osteoporozy wtórnej mogą być również zaburzenia odżywiania, nowotwory, schorzenia przewodu pokarmowego, choroby o podłożu reumatycznym [7]

Osteoporoza – objawy

Objawy osteoporozy mogą być różne i mogą zmieniać swoje nasilenie. Jest to uzależnione od wielu czynników. Bardzo często pacjenci opisują objawy bólowe, które nie muszą oznaczać złamania. Mogą być oznaką dużego obciążenia i tak już osłabionego szkieletu[8].

Poza tym najczęściej podawane przez specjalistów możliwe symptomy to:

- zmniejszenie wzrostu,
- zgarbiona sylwetka,
- częste złamania w charakterystycznych lokalizacjach,
- bóle pleców oraz innych części ciała związane ze złamaniami [9].

Do najczęstszych złamań osteoporotycznych dochodzi w obrębie kręgosłupa piersiowego, są to tzw. złamania kompresyjne. Kolejne lokalizacje to szyjka kości udowej czy nasada dalsza kości promieniowej [10].

Leczenie osteoporozy

Leczenie osteoporozy to nie tylko przyjmowanie leków, ale również zmiana stylu życia. Jest to konieczne, aby uchronić się przed przykrymi skutkami tego schorzenia [11].

CEL PRACY

Celem pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, opracowanie procesu pielęgnowania oraz edukacja pacjenta z rozpoznaną osteoporozą.

MATERIAŁ I METODY

Opieką została objęta 80 letnia pacjentka po zabiegu endoprotezoplastyki połowicznej stawu biodrowego lewego wykonanym z powodu złamania szyjki głowy kości udowej. Chora trafiła do Szpitala Powiatowego w Hajnówce w czasie 1 godziny od wypadku. Jest stan określono jako średni. Po wykonaniu niezbędnych badań laboratoryjnych i obrazowych oraz zebraniu wywiadu od pacjentki, przekazano ją na Oddział Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej celem dalszego leczenia.

W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidualnych przypadków.

Materiały do badań zebrano w oparciu o:

- Analizę zebranego wywiadu,
- Obserwację,
- Pomiarów parametrów życiowych,
- Wyniki badań diagnostycznych oraz obrazowych,
- Analizę dokumentacji medycznej.

Zebrany materiał umożliwił opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentką u której doszło do złamania szyjki głowy kości udowej w wyniku osteoporozy. Opiekę nad pacjentką zrealizowano na podstawie procesu pielęgnacyjnego.

Dokonano analizy piśmiennictwa z ostatnich lat. Literatura w obszerny sposób ukazuje samo pojęcie choroby jaką jest osteoporoza, standardy postępowania oraz opiekę nad chorym.

WYNIKI

80- letnia pacjentka Maria K. została przywieziona przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego do SOR w SPZOZ w Hajnówce w dniu 27 listopada 2023 roku w godzinach porannych z powodu upadku na chodniku przy aptece. Pacjentka została znaleziona chwilę po urazie przez przechodnia. Nie była w stanie samodzielnie wstać. Skarżyła się na silny ból biodra lewego. Po przywiezieniu do szpitala wykonano podstawowe badania laboratoryjne oraz wykonano RTG lewego stawu biodrowego. RR: 180/100, HR: 86 uderzeń/ minutę, liczba oddechów: 28, SpO₂: 98%, glikemia: 210mg/dl. Chora w wywiadzie przyznała, że od 10 lat choruje na cukrzycę typu II oraz od 5 lat przyjmuje leki na nadciśnienie tętnicze. Ponadto przyznała, że regularnie bada gęstość kości w mobilnym punkcie badań osteoporozy. Ostatni wynik densytometrii z ubiegłego roku wskazywał na obniżenie gęstości kości. Pacjentka nie była w stanie przypomnieć jakie były jego wartości. W zdjęciu RTG zostało uwidocznione złamanie szyjki głowy kości udowej, w związku z czym pacjentka została zakwalifikowana do alloplastyki bipolarnej stawu biodrowego lewego. Po dwóch tygodniach od operacji pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontroli oraz zdjęcia szwów w Poradni Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej. Pacjentce zalecono przyjmowanie leków: Clexane 40 1x1s.c. oraz Cipronex 250 2x1 p.o. Ponadto chora otrzymała skierowanie na Oddział Rehabilitacji oraz zalecenie rehabilitacji w domu zgodnie z wytycznymi otrzymanymi podczas pobytu w szpitalu, ze szczególnym uwzględnieniem nauki chodzenia z balkonikiem z pełnym obciążeniem operowanej kończyny. Pani Maria K. do czasu wypadku była osobą samodzielną. Po wypisie ze szpitala zamieszkała z nią córka. Pacjentka jest wyraźnie niezadowolona z zaistniałej sytuacji. Martwi ją fakt

niesamodzielności w poruszaniu się po własnym domu. Skarży się, że z powodu nieudolnego poruszania zdarza jej się okresowe nietrzymanie moczu. Jest skrupowana koniecznością zakładania pieluchomajtek. Przyznaje, że dolegliwości bólowe i strach przed upadkiem zniechęcają ją do korzystania z balkonika. Coraz więcej czasu w ciągu dnia spędza w łóżku, w związku z tym pojawiły się problemy ze snem w nocy. Posiłki spożywa samodzielnie, jednak sama ich nie przygotowuje. Samodzielna kąpiel czy ubieranie się sprawia jej trudność. Często korzysta z telefonu. Samotność i brak możliwości wyjścia na cotygodniowe spotkania z przyjaciółkami wprowadzają ją w stan przygnębienia i apatii. Coraz częściej mówi o tym, że jest ciężarem dla rodziny. Prowadzi rozważania o śmierci.

Indywidualny proces pielęgnowania.

Problem 1: Wystąpienie dolegliwości bólowych u pacjentki w operowanym stawie biodrowym lewym.

Cel: Zmniejszenie bólu.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena skali bólu wg skali VAS;
- Podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- Wprowadzenie zimnych okładów jako elementu fizykoterapii;
- Nauka prawidłowego wykonywania ćwiczeń usprawniających zmniejszających napięcie i działających przeciwbólowo;
- Stosowanie odpowiednio dobranych pozycji odciążeniowo- ułożeniowych mających na celu zmniejszyć ból operowanej kończyny dolnej.

Ocena: Ból operowanego stawu biodrowego lewego zmniejszył się.

Problem 2: Obniżony nastrój i niechęć do samodzielnego poruszania się.

Cel: Przywrócenie chęci do samodzielności i zwiększenie samoobsługi pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Rozmowa z pacjentką na temat jej obecnego samopoczucia fizycznego i psychicznego;
- Przekonanie pacjentki, że stan obniżonego nastroju jest przejściowy i nie może się poddawać;
- Motywowanie pacjentki do drobnych aktywności: np. samodzielnego sięgania po gazetę oraz ćwiczeń przyłóżkowych;

- Przekonanie pacjentki, że im lepsze będzie miała nastawienie psychiczne tym szybciej osiągnie sprawność fizyczną;
- Nauka czynności samoobsługowych w obrębie łóżka;
- Pomoc i nauka czynności higienicznych oraz pielęgnacyjnych zapewniających samoopiekę;
- Zapewnienie pacjentce pomocy do samoobsługi takich jak: balkonik rehabilitacyjny;
- Wprowadzenie ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych;

Ocena: Wzrost czynności samoobsługowych pacjentki oraz próby samodzielnego poruszania się przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego.

Problem 3: Brak apetytu i spadek masy ciała.

Cel: Utrzymanie prawidłowej wagi ciała i poprawa łaknienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stosowanie lekkostrawnej diety;
- Zachęcanie do regularnego przyjmowania posiłków;
- Wzbudzenie świadomości u pacjentki, że prawidłowe odżywianie przyspiesza powrót do zdrowia;
- Stosowanie metody: małe posiłki ale przyjmowane częściej;
- Wspólne ustalanie potraw, które pacjentka lubi;
- Urozmaicenia w diecie: stosowanie kolorowych warzyw i owoców, estetyczne podawanie posiłków;
- Stosowanie ćwiczeń fizycznych wzmagających łaknienie;
- Stosowanie pozycji wygodnych, umożliwiających prawidłowe przyjmowanie posiłków;
- Kontrola przyjmowanych posiłków;
- Kontrola masy ciała pacjentki;

Ocena: Poprawa łaknienia i przyjmowania posiłków oraz utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Problem 4: Ryzyko wystąpienia odleżyn

Cel: Zredukowania ryzyka wystąpienia odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu skóry w miejscach najbardziej narażonych na odleżyny;
- Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton;
- Stosowanie materaca przeciwoleżynowego i środków pomocniczych;
- Uruchamianie pacjentki i mobilizowanie do ćwiczeń;
- Częste zmiany pozycji;
- Utrzymanie prawidłowej higieny pacjentki i mobilizowanie jej do samodzielności przy porannej i wieczornej toalecie;
- Kontrola poziomu higieny pacjentki i ewentualne zmodyfikowanie sposobu mycia się chorej;
- Pielęgnacja skóry pacjentki i stosowanie odpowiednich kosmetyków, kremów i maści nawilżających;
- Dokumentacja obecnych odleżyn;
- Nauka rodziny jak zapobiegać powstawaniu odleżyn;
- Dostarczenie materiałów dydaktycznych rodzinie dotyczących prewencji odleżyn;
- Mobilizowanie pacjentki do pionizacji, poruszania się, wstawania i ćwiczeń poprawiających ukrwienie skóry;
- Ocenienie poziomu wiedzy i umiejętności rodziny w pielęgnacji odleżyn;

Ocena: Brak odleżyn u pacjentki.

Problem 5: Problemy w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych

Cel: Zwiększenie samodzielności w zakresie potrzeb fizjologicznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Motywowanie pacjentki do samodzielnego wstawania i korzystania z toalety w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych;
- Posiadanie basenu w zasięgu ręki i podanie go pacjentce w razie potrzeby;
- Zapewnienie intymności w czasie załatwiania potrzeb fizjologicznych;
- Obserwacja koloru i ilości moczu;
- Zaopatrzenie pacjentki w pieluchomajtki i stosowanie ich w razie najwyższej konieczności lub czasie pozostawiania pacjentki samej w domu;

Ocena: Pacjentka uzyskała pełną samodzielność w korzystaniu z toalety i zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.

Problem 6: Występowanie zaparć spowodowanych brakiem ruchu i brakiem apetytu

Cel: Zniwelowanie zaparć i uregulowanie wypróżnień.

Interwencje pielęgniarские:

- Uświadamianie i mobilizowanie pacjentki do regularnej aktywności fizycznej i częstego wstawania z łóżka;
- Rozmowa z pacjentką na istotą regularnego poruszania się w celu redukcji zaparć;
- Wyjaśnienie pacjentce mechanizmu powstawania zaparć i możliwości zapobiegania im;
- Kontrola ilości i wielkości zjadanych posiłków;
- Wprowadzenie do diety posiłków bogatych w błonnik;
- Wprowadzenie do diety co najmniej 5 porcji warzyw i owoców dziennie;
- Kontrola ilości przyjmowanych płynów przez pacjentkę;
- Poinformowanie lekarza prowadzącego o występowaniu zaparć;
- Podanie środków przeczyszczających na zlecenie lekarza;
- Wykonanie lewatywy na zlecenie lekarza;

Ocena: Regulacja wypróżnień i zredukowanie zaparć.

Problem 7: Strach przed upadkiem i ograniczenie poruszania się

Cel: Zniwelowanie strachu przed upadkiem i zwiększenie częstości poruszania się pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena zdolności samodzielnego poruszania się;
- Ocena jakości poruszania się przy balkoniku oraz ewentualna korekta sposobu przemieszczania się;
- Ocena zagospodarowania przestrzeni domowej mogącej być przyczyną upadku oraz ewentualne zasugerowanie zmiany w układzie mebli w domu chorej;
- Ocena wiedzy o zapewnieniu sobie bezpieczeństwa w domu w czasie wykonywania samodzielnych czynności;
- Zapewnienie pacjentce urządzeń i elementów pomocniczych w architekturze domu takich jak: poręcz, krzesło pod prysznicem, mata antypoślizgowa, bariery przy łóżku, drabinka przyłóżkowa, uchwyt „trójkąt” do łóżka, podwyższona deska klozetowa;

- Wzmacnianie pacjentki w sferze psychicznej i mobilizowanie jej do dalszych ćwiczeń usprawniających, które przyczynią się do uzyskania większej sprawności ruchowej;

Ocena: Zmniejszenie strachu przed upadkiem i zwiększenie świadomości pacjentki w samodzielnym poruszaniu.

Problem 8: Zaburzenia gojenia rany pooperacyjnej

Cel: Prawidłowe gojenie rany pooperacyjnej i niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia rany.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena wyglądu rany i okolicy rany pooperacyjnej;
- Stosowanie rękawic jednorazowych i środków dezynfekujących do zmiany opatrunku;
- Zmiana opatrunku zgodnie z zaleceniami lekarza;
- Monitorowanie obrzęku, zaczerwienienia i ciepłoty okolicy rany;
- Stosowanie przez pacjentkę antybiotyku zleconego przez lekarza w celu profilaktyki zakażenia rany;
- Obserwacja procesu zbliżania brzegów rany;
- Stosowanie miejscowych środków antyseptycznych i opatrunków;
- Stosowanie preparatów silikonowych w celu profilaktyki powstawania nieprawidłowej blizny pooperacyjnej;

Ocena: Prawidłowe gojenie rany pooperacyjnej.

Problem 9: Zaburzenia ciśnienia krwi pacjentki- nadciśnienie tętnicze

Cel: Obserwacja pacjentki pod kątem nadciśnienia.

Interwencje pielęgniarские:

- Pomiar tętna i ciśnienia krwi;
- Podawanie leków obniżających ciśnienie krwi na zlecenie lekarza;
- Wykonanie EKG na zlecenie lekarza;
- Motywacja pacjentki do wykonywania lekkich ćwiczeń usprawniających lub spacerów;

Ocena: Normalizacja ciśnienia krwi u pacjentki.

Problem 10: Obrzęk obu kończyn dolnych

Cel: Zmniejszenie obrzęków i zapobieganie zastojowi limfy.

Interwencje pielęgniarские:

- Układanie kończyn dolnych w pozycjach przeciwobrzękowych;
- Częste zmiany pozycji;
- Obserwacja obrzęków i wykonywanie pomiarów obwodów kończyn dolnych;
- Częsta pionizacja pacjentki;
- Kontrola płynów przyjętych i wydalonych;
- Stosowanie ćwiczeń przeciwobrzękowych oraz poprawiających krążenie w kończynach dolnych;
- W przypadku braku poprawy przy zastosowaniu pozycji ułożeniowych należy wprowadzić masaże limfatyczne oraz możliwe do zastosowania zabiegi fizykoterapeutyczne;
- W razie braku poprawy- konsultacja z lekarzem.

Ocena: Poprawa ukrwienia kończyn dolnych i zmniejszenie obrzęków.

Problem 11: Ryzyko obluzowania protezy

Cel: Zniwelowanie ryzyka obluzowania i przemieszczenia protezy.

Interwencje pielęgniarские:

- Poinformowanie pacjentki o pozycjach zakazanych po operacji;
- Wzbudzanie świadomości pacjentki o ryzyku, jakie niesie za sobą nieprzestrzeganie prawidłowych pozycji ułożeniowych;
- Edukacja pacjentki jak powinien wykonywać czynności dnia codziennego takie jak: pozycje do ubierania i rozbierania, podnoszenie ciężarów, wstawania z łóżka;
- Edukacja pacjentki w temacie poruszania się ze sprzętem rehabilitacyjnym: wchodzenie i schodzenie ze schodów z jedną lub dwiema kulami;
- Poinformowanie pacjentki o zakazie: zakładania „nogi na nogę”, przyciąganiu nogi z endoprotezą do brzucha, krzyżowania nóg oraz zakazie kucania;
- Edukacja rodziny pacjentki;

Ocena: Pacjenta jest świadoma ryzyka wynikającego z nieprzestrzegania zaleceń. Proteza nie obluzowała się.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Mobilizacja pacjentki do regularnych ćwiczeń fizycznych.
2. Stosowanie diety bogatej w białko oraz w wapń.
3. Regularna suplementacja witaminy D₃.
4. Stosowanie pomocniczego sprzętu rehabilitacyjnego.
5. Kontrola parametrów życiowych oraz regularne przyjmowanie leków.
6. Stosowanie zalecanych pozycji ułożeniowych.
7. Stosowanie ćwiczeń oddechowych.
8. Przestrzeganie zakazów stosowania różnych pozycji kończyn dolnych wynikających z posiadania protezy stawu biodrowego.

WNIOSKI

1. Na podstawie zebranego wywiadu, analiz dokumentacji medycznej ułożono indywidualny plan opieki pielęgniarskiej dla pacjentki po endoprotezoplastyce biodra, będącej konsekwencją złamania osteoporotycznego szyjki głowy kości udowej. Zaproponowano działania, mające na celu realizację założonych celów.
2. Dokonano oceny poziomu realizacji zaplanowanych celów. Zwrócono szczególną uwagę na ustąpienie dolegliwości bólowych, poprawne gojenie rany pooperacyjnej, lepszy stan zdrowia psychicznego, a tym samym wzrost aktywności fizycznej pacjentki.

PIŚMIENNICTWO

1. Bazaliński D., Maliborska E., Więch P., Sałacińska I: Najczęstsze problemy zdrowotne w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017; 25 (1): 1–7.
2. Gołąbek R.: Rola pielęgniarki w opiece i rehabilitacji chorej po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 2 (64): 313-319.
3. Gryszczyńska B., Iskra M., Gryszczyńska A., Kasprzak M., Budzyń- Napierała M.: Pierwiastki, rośliny i aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. *Postępy Fitoterapii*, 2014; 2: 76- 82.
4. Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A.: Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. *Probl.Hig.Epidemiol.*2016; 96(1): 106–114.

5. Głuszko P., Sewerynek E., Misiorowski W., Konstantynowicz J., Marcinowska-Suchowierska E., Blicharski T., Jabłoński M., Franek E., Kostka T., Jaworski M., Kaczmarewicz E., Kalinka E., Księżopolska- Orłowska K., Więcek A., Lorenc R.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2022. *Endokrynologia Polska* 2023; 74 (1): 21-31.
6. Kopiczko A., Cieplińska J.: Wpływ palenia papierosów na gęstość mineralną i masę tkanki kostnej u mężczyzn. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20 (4): 449-452.
7. Lorenc R., Głuszko P., Franek E., Jabłoński M., Jaworski M., Kalinka- Warzocha E., Kaczmarewicz E., Kostka T., Księżopolska- Orłowska K., Marcinowska-Suchowierska K., Misiorowski W., Więcek A.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018;12(1): 1–26.
8. Żółtańska J.H., Łukieńczuk T.: Alkohol jako czynnik ryzyka złamań kości kończyn u osób starszych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015; 5(3):265-274.
9. Smektała A., Dobosz A.: Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie. *Farmacja Polska*, 2020; 76(6):344-352.
10. Tu K., Lie J., Wan C., et al.: Osteoporosis: A Review of Treatment Options. *P T*. 2018; 43(2): 92–104.

OCENA RYZYKA NASILENIA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH I POZIOMU STRESU WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO DYŻURUJĄCEGO W OKRESIE PANDEMII SARS-COV-2 W „ODDZIAŁACH COVIDOWYCH”

Marzena Kaźmierczak¹, Aleksandra Świtniewska^{1,2}, Estera Mieczkowska^{1,3}

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej*
- 3. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej*

WSTĘP

Nowa choroba koronawirusowa 2019 (COVID-19-*Coronavirus Disease 2019*), to choroba wywoływana przez zespół ostrej niewydolności oddechowej koronawirusa-2 (SARS-CoV-2). Wirus pojawił się pod koniec 2019 roku w mieście Wuhan w Chinach. COVID-19 rozprzestrzenił się szybko na całym świecie, stanowiąc niezwykle zagrożenie dla globalnego zdrowia publicznego. 11 marca 2020 r. WHO oficjalnie określiła globalny „wybuch” COVID-19 jako pandemię [1]. Globalne zagrożenie epidemiczne wywołane pandemią Sars-Cov-2 nieuchronnie prowadziło do rozprzestrzeniania się powszechnej paniki oraz narastającego niepokoju wśród osób narażonych na faktyczne lub potencjalne zakażenie wirusem. Wskutek ogólnego kryzysu zdrowia publicznego związanego z pandemią COVID-19, szczególnie dotkliwe skutki psychologiczne odczuwali pracownicy ochrony zdrowia, którzy stali w obliczu nieoczekiwanych i zagrażających zdrowiu wyzwań. Badania przeprowadzone w tym zakresie jednoznacznie potwierdzają, że personel medyczny

pracujący w okresie pandemii COVID-19, doświadczą nadal negatywnych konsekwencji dla swojego zdrowia psychicznego [2]. Narażenie na niekorzystne warunki środowiskowe i/lub wewnętrzne (rzeczywiste lub postrzegane) wyzwała reakcje fizyczne i psychiczne, zbiorczo znane jako reakcja na stres. Globalnie, stres psychologiczny i wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek stanowią poważne zagrożenie dla systemów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście czynników stresogennych związanych z pandemią COVID-19. Badania naukowe donoszą, że istnieją determinanty, które mają wpływ na zdrowie psychiczne medyków, a są to między innymi objawy depresji, lęku i bezsenności. U pielęgniarek istotnie częściej niż w innej grupie zawodowej stwierdzono rozpowszechnienie ostrego zaburzenia stresowego (ASD), które wywołało zespół stresu pourazowego (PTSD). Na wzrost problemów ze zdrowiem psychicznym wśród pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19 miały wpływ takie czynniki, jak: płeć (kobieta), praca jako pielęgniarka, bliskość z pacjentami z COVID-19, praca w środowisku wiejskim i historia psychiatryczna. Pandemia COVID-19 miała niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne pielęgniarek, w tym: uczucie izolacji, straty, silne emocje i poczucie bezwartościowości. Ponadto wśród pracowników medycznych występowały problemy ze zdrowiem fizycznym, w tym wyczerpanie i problemy skórne z powodu długotrwałego stosowania środków ochrony osobistej. Badania donoszą, że pielęgniarki doświadczyły utraty życia (tj. pacjentów, nieoczekiwanych strat osobistych i zawodowych), nadziei i tożsamości zawodowych podczas pandemii. Ponadto wiele pielęgniarek zgłosiło brak widocznego i wspierającego przywództwa w placówkach opieki zdrowotnej, co przyczyniło się do wzrostu lęku, stresu i depresji. Wśród pracowników ochrony zdrowia rozpowszechniły się również uzależnienia z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Czynniki takie, jak płeć, wcześniejsze diagnozy chorób psychicznych i praca na pierwszej linii frontu w walce z COVID-19 były związane z wyższymi wynikami zaburzeń snu [3]. Wykształcenie, satysfakcja z pracy, motywacja wewnętrzna i lojalność (czyli motyw przewodni „jesteśmy rodziną” wśród pracowników ochrony zdrowia oraz wartość wspierających relacji koleżeńskich, a także wspierającego środowiska pracy) odgrywają ważną rolę w radzeniu sobie ze stresem związanym z COVID-19 [4].

CEL PRACY

Ocena nasilenia ryzyka objawów depresyjnych i poziomu stresu wśród personelu medycznego dyżurującego w okresie pandemii Sars-Cov-2 w „oddziałach covidowych” oraz style radzenia sobie ze stresem.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędzia badawcze wykorzystane do analizy to: Inwentarz Depresji Becka (BDI – *Beck Depression Inventory*) i Inwentarz do Radzenia Sobie ze Stresem (Mini COPE - *Coping Orientation to Problems Experienced*) oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (nr 296/2023) przy Collegium Medicum w Bydgoszczy. Do badania włączono 150 osób, które wykonywały zawód medyczny. Rekrutacja do badania odbywała się na portalach społecznościowych. Respondenci zostali przekierowani na link za pomocą formularza Google, który nie wymagał logowania się i podawania danych osobowych. Inwentarz Depresji Becka jest to skala samooceny, która służy do przesiewowego rozpoznania u badanych ryzyka objawów depresji. Składa się z 21 pytań występujących w skali od 0–3 punktów, które najlepiej opisują uczucia towarzyszące w ciągu ostatnich 14 dni. Uzyskane punkty od 0-13 wskazują na brak lub minimalną depresję, 14-19 punktów wskazuje na łagodną depresję, 20-28 punktów wskazuje na umiarkowaną depresję, a 29-63 punktów wskazuje na ciężką postać depresji[5]. Inwentarz Radzenia Sobie ze Stresem - Mini COPE - zawiera 28 pozycji tworzących 14 skal, które odpowiadają strategiom radzenia sobie ze stresem [6]. Kwestionariusz ankiety własnej zawierał metryczkę oraz pytania dotyczące pracy zawodowej (liczba przepracowanych lat, miejsce pracy, liczba godzin przepracowanych w tygodniu) oraz życia prywatnego. Do analizy statystycznej zebranego materiału badawczego wykorzystano następujące testy: korelacji rho Spearmana, U Manna-Whitney’a, Kruskala-Wallis. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$ a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

WYNIKI

Charakterystyka próby badanej

Próbę badaną stanowiło 150 osób wykonujących zawód medyczny: pielęgniarka/pielęgniarz, położna/y, lekarz, ratownik medyczny, opiekun medyczny, fizjoterapeuta, elektroradiolog, analityk medyczny. Średnia wieku badanych wynosiła 40 lat, min. 23 lata, max 59 lat. Kobiety stanowiły 86,7% próby, a mężczyźni 13,3%. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu posiadały wykształcenie wyższe. Średnia lat pracy w zawodzie wynosiła ponad 15 lat, min. 1 rok, max 35 lat. Średnia liczba godzin pracy w „oddziałach covidowych”, wykonanych w tygodniu wynosiła 53,3h, min. 5 h, max 200h.

Częstość występowania ryzyka objawów depresyjnych na podstawie skali BDI

Łagodne ryzyko nasilenia depresji odnotowano u 29,4% ankietowanych, a ryzyko umiarkowanej depresji stwierdzono u 9,3% pracowników medycznych. Rozkład ryzyka depresji różnił się istotnie statystycznie od rozkładu normalnego $p < 0,05$. Wskaźnik rzetelności Alfa Cronbacha był na wysokim i zadowalającym poziomie, $\alpha = 0,91$. Szczegółowe dane z obserwacji zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe ryzyka depresji na podstawie BDI w badanej próbie

| | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Me</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>p</i> | α |
|-----------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| Ryzyko depresji | 0 | 39 | 11,43 | 9,45 | 9 | 0,99 | 0,37 | <0,001 | 0,91 |

Strategie radzenia sobie ze stresem wśród pracowników medycznych i ustalenie związku między radzeniem sobie, nasileniem ryzyka depresji a wybranymi zmiennymi niezależnymi

W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe dla strategii radzenia sobie ze stresem na podstawie skali Mini-COPE.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla strategii radzenia sobie ze stresem wg Mini-COPE

| <i>Strategie radzenia sobie</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Me</i> | <i>Sk</i> | <i>K</i> | <i>p</i> | α |
|---|------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| Aktywne radzenie sobie | 0 | 3 | 1,86 | 0,74 | 2 | -0,39 | -0,10 | <0,001 | 0,61 |
| Planowanie | 0 | 3 | 1,78 | 0,81 | 2 | -0,40 | -0,47 | <0,001 | 0,74 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | 0 | 3 | 1,68 | 0,78 | 1,5 | -0,07 | -0,49 | <0,001 | 0,68 |
| Akceptacja | 0 | 3 | 1,79 | 0,74 | 2 | -0,59 | 0,32 | <0,001 | 0,64 |
| Poczucie humoru | 0 | 3 | 1,09 | 0,79 | 1 | 0,65 | -0,01 | <0,001 | 0,61 |
| Zwrot ku religii | 0 | 3 | 0,91 | 0,91 | 1 | 0,67 | -0,57 | <0,001 | 0,83 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 0 | 3 | 1,62 | 0,89 | 1,5 | -0,25 | -0,72 | <0,001 | 0,80 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | 0 | 3 | 1,55 | 0,86 | 1,5 | -0,08 | -0,77 | <0,001 | 0,77 |
| Zajmowanie się czymś innym | 0 | 3 | 1,61 | 0,76 | 1,5 | -0,12 | -0,49 | <0,001 | 0,37 |
| Zaprzeczanie | 0 | 3 | 0,91 | 0,75 | 1 | 0,66 | -0,03 | <0,001 | 0,54 |
| Wyładowanie | 0 | 3 | 1,46 | 0,74 | 1,5 | -0,08 | -0,46 | <0,001 | 0,37 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | 0 | 3 | 0,62 | 0,85 | 0 | 1,29 | 0,72 | <0,001 | 0,86 |
| Zaprzestanie działań | 0 | 3 | 0,91 | 0,76 | 1 | 0,56 | -0,23 | <0,001 | 0,65 |
| Obwinianie siebie | 0 | 3 | 1,18 | 0,94 | 1 | 0,49 | -0,80 | <0,001 | 0,84 |

Ustalenie związku między strategiami radzenia sobie ze stresem a płcią badanych i wiekiem zawarto w tabelach 3 i 4.

Tabela 3. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem według Mini-COPE a płcią badanych

| <i>Strategie radzenia sobie</i> | Kobiety | | Mężczyźni | | <i>Z</i> | <i>p</i> | <i>r</i> |
|---|----------------|-----------|------------------|-----------|----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | |
| Aktywne radzenie sobie | 1,82 | 0,74 | 2,13 | 0,69 | 1,91 | 0,056 | 0,16 |
| Planowanie | 1,75 | 0,83 | 1,93 | 0,69 | 0,67 | 0,506 | 0,05 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | 1,65 | 0,80 | 1,88 | 0,65 | 1,04 | 0,297 | 0,09 |
| Akceptacja | 1,77 | 0,77 | 1,93 | 0,57 | 0,51 | 0,610 | 0,04 |
| Poczucie humoru | 1,03 | 0,77 | 1,48 | 0,82 | 2,35 | 0,019 | 0,19 |
| Zwrot ku religii | 0,84 | 0,90 | 1,35 | 0,90 | 2,39 | 0,017 | 0,19 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 1,62 | 0,90 | 1,60 | 0,80 | 0,22 | 0,824 | 0,02 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | 1,56 | 0,86 | 1,48 | 0,87 | 0,35 | 0,728 | 0,03 |
| Zajmowanie się czymś innym | 1,62 | 0,79 | 1,53 | 0,55 | 0,67 | 0,502 | 0,05 |
| Zaprzeczanie | 0,88 | 0,72 | 1,08 | 0,95 | 0,66 | 0,510 | 0,05 |
| Wyładowanie | 1,46 | 0,74 | 1,48 | 0,80 | 0,14 | 0,888 | 0,01 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | 0,56 | 0,80 | 1,00 | 1,04 | 1,89 | 0,058 | 0,15 |
| Zaprzestanie działań | 0,83 | 0,73 | 1,40 | 0,77 | 3,04 | 0,002 | 0,25 |
| Obwinianie siebie | 1,12 | 0,91 | 1,58 | 1,08 | 1,80 | 0,072 | 0,15 |

Tabela 4. Związek strategii radzenia sobie ze stresem z wiekiem badanych

| <i>Strategie radzenia sobie</i> | Wiek | |
|---------------------------------------|-------------|-------|
| Aktywne radzenie sobie | <i>rho</i> | 0,02 |
| | <i>p</i> | 0,838 |
| Planowanie | <i>rho</i> | 0,06 |
| | <i>p</i> | 0,465 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | <i>rho</i> | 0,01 |
| | <i>p</i> | 0,858 |
| Akceptacja | <i>rho</i> | -0,11 |
| | <i>p</i> | 0,193 |
| Poczucie humoru | <i>rho</i> | -0,16 |
| | <i>p</i> | 0,046 |
| Zwrot ku religii | <i>rho</i> | 0,17 |
| | <i>p</i> | 0,037 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | <i>rho</i> | -0,20 |
| | <i>p</i> | 0,016 |

| | | |
|---|------------|-------|
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | <i>rho</i> | -0,15 |
| | <i>p</i> | 0,064 |
| Zajmowanie się czymś innym | <i>rho</i> | -0,20 |
| | <i>p</i> | 0,017 |
| Zaprzeczanie | <i>rho</i> | -0,12 |
| | <i>p</i> | 0,145 |
| Wyładowanie | <i>rho</i> | -0,19 |
| | <i>p</i> | 0,020 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | <i>rho</i> | -0,28 |
| | <i>p</i> | 0,000 |
| Zaprzestanie działań | <i>rho</i> | -0,08 |
| | <i>p</i> | 0,332 |
| Obwinianie siebie | <i>rho</i> | -0,25 |
| | <i>p</i> | 0,002 |

W tabeli 5 przedstawiono związek między nasileniem ryzyka depresji i strategii radzenia sobie ze stresem a stażem pracy i liczbą godzin pracy w tygodniu.

Tabela 5. Związek nasilenia ryzyka depresji i strategii radzenia sobie ze stresem a stażem pracy i liczbą godzin pracy w tygodniu

| | | Staż pracy | Czas pracy w tygodniu |
|--|------------|------------|-----------------------|
| Ryzyko depresji | <i>rho</i> | -0,15 | 0,18 |
| | <i>p</i> | 0,071 | 0,026 |
| Aktywne radzenie sobie | <i>rho</i> | 0,02 | -0,05 |
| | <i>p</i> | 0,836 | 0,567 |
| Planowanie | <i>rho</i> | 0,11 | -0,01 |
| | <i>p</i> | 0,193 | 0,866 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | <i>rho</i> | 0,02 | -0,09 |
| | <i>p</i> | 0,793 | 0,288 |
| Akceptacja | <i>rho</i> | -0,09 | -0,03 |
| | <i>p</i> | 0,266 | 0,682 |
| Poczucie humoru | <i>rho</i> | -0,16 | -0,06 |
| | <i>p</i> | 0,056 | 0,474 |
| Zwrot ku religii | <i>rho</i> | 0,11 | 0,09 |
| | <i>p</i> | 0,165 | 0,300 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | <i>rho</i> | -0,17 | -0,23 |
| | <i>p</i> | 0,044 | 0,005 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | <i>rho</i> | -0,14 | -0,13 |
| | <i>p</i> | 0,093 | 0,102 |
| Zajmowanie się czymś innym | <i>rho</i> | -0,18 | 0,01 |
| | <i>p</i> | 0,027 | 0,886 |
| Zaprzeczanie | <i>rho</i> | -0,16 | 0,05 |
| | <i>p</i> | 0,050 | 0,548 |
| Wyładowanie | <i>rho</i> | -0,16 | 0,00 |

| | | | |
|---|------------|-------|-------|
| | <i>p</i> | 0,046 | 0,996 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | <i>rho</i> | -0,30 | 0,05 |
| | <i>p</i> | 0,000 | 0,535 |
| Zaprzestanie działań | <i>rho</i> | -0,15 | -0,01 |
| | <i>p</i> | 0,067 | 0,921 |
| Obwinianie siebie | <i>rho</i> | -0,28 | 0,05 |
| | <i>p</i> | 0,001 | 0,557 |

Ustalenie związku między nasileniem ryzyka depresji i strategii radzenia sobie ze stresem a zapewnieniem przez szpital odpowiedniej ochrony pracowników i wpływu pracy zawodowej na życie prywatne zawarto w tabelach 6 i 7.

Tabela 6. Związek nasilenia ryzyka depresji i strategii radzenia sobie ze stresem z zapewnieniem przez szpital odpowiedniej ochrony pracowników

| Czy Pani/Pana zdaniem szpital zapewnił odpowiednią ochronę pracowników? | Tak | | Nie | | <i>Z</i> | <i>p</i> | <i>r</i> |
|---|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | |
| Ryzyko depresji | 9,16 | 8,07 | 14,38 | 10,34 | 3,29 | 0,001 | 0,27 |
| Aktywne radzenie sobie | 1,90 | 0,72 | 1,82 | 0,77 | 0,61 | 0,544 | 0,05 |
| Planowanie | 1,84 | 0,81 | 1,69 | 0,82 | 1,03 | 0,303 | 0,08 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | 1,78 | 0,80 | 1,56 | 0,74 | 1,96 | 0,050 | 0,16 |
| Akceptacja | 1,81 | 0,74 | 1,76 | 0,75 | 0,64 | 0,519 | 0,05 |
| Poczucie humoru | 1,14 | 0,78 | 1,03 | 0,81 | 0,98 | 0,328 | 0,08 |
| Zwrot ku religii | 0,98 | 0,89 | 0,82 | 0,94 | 1,36 | 0,172 | 0,11 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 1,65 | 0,88 | 1,58 | 0,90 | 0,50 | 0,618 | 0,04 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | 1,48 | 0,86 | 1,64 | 0,85 | 1,14 | 0,255 | 0,09 |
| Zajmowanie się czymś innym | 1,66 | 0,76 | 1,53 | 0,75 | 1,13 | 0,260 | 0,09 |
| Zaprzeczanie | 0,85 | 0,69 | 0,98 | 0,83 | 0,78 | 0,433 | 0,06 |
| Wyładowanie | 1,39 | 0,71 | 1,55 | 0,78 | 1,09 | 0,276 | 0,09 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | 0,49 | 0,79 | 0,78 | 0,90 | 2,66 | 0,008 | 0,22 |
| Zaprzestanie działań | 0,91 | 0,80 | 0,91 | 0,71 | 0,28 | 0,781 | 0,02 |
| Obwinianie siebie | 0,88 | 0,77 | 1,56 | 1,02 | 4,08 | 0,000 | 0,33 |

Tabela 7. Związek między nasileniem ryzyka depresji i strategii radzenia sobie ze stresem a wpływem pracy na życie prywatne

| Czy praca w oddziale covidowym wpłynęła negatywnie na Pana/Pani życie prywatne? | Tak | | Nie | | Z | p | r |
|---|-------|-------|------|------|------|-------|------|
| | M | SD | M | SD | | | |
| Ryzyko depresji | 14,28 | 10,31 | 7,90 | 6,84 | 3,96 | 0,000 | 0,32 |
| Aktywne radzenie sobie | 1,73 | 0,72 | 2,03 | 0,74 | 2,55 | 0,011 | 0,21 |
| Planowanie | 1,63 | 0,83 | 1,96 | 0,77 | 2,46 | 0,014 | 0,20 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | 1,54 | 0,78 | 1,86 | 0,75 | 2,70 | 0,007 | 0,22 |
| Akceptacja | 1,72 | 0,73 | 1,88 | 0,75 | 1,47 | 0,142 | 0,12 |
| Poczucie humoru | 1,03 | 0,82 | 1,16 | 0,76 | 1,39 | 0,163 | 0,11 |
| Zwrot ku religii | 0,85 | 0,91 | 0,99 | 0,93 | 0,94 | 0,345 | 0,08 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 1,56 | 0,92 | 1,69 | 0,85 | 1,00 | 0,318 | 0,08 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | 1,49 | 0,81 | 1,62 | 0,91 | 1,00 | 0,319 | 0,08 |
| Zajmowanie się czymś innym | 1,57 | 0,78 | 1,65 | 0,73 | 0,78 | 0,434 | 0,06 |
| Zaprzeczanie | 1,02 | 0,82 | 0,78 | 0,65 | 1,82 | 0,069 | 0,15 |
| Wyładowanie | 1,49 | 0,73 | 1,42 | 0,77 | 0,35 | 0,723 | 0,03 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | 0,81 | 0,91 | 0,38 | 0,71 | 3,50 | 0,000 | 0,29 |
| Zaprzestanie działań | 1,01 | 0,77 | 0,78 | 0,72 | 2,04 | 0,041 | 0,17 |
| Obwinianie siebie | 1,40 | 0,99 | 0,90 | 0,80 | 3,07 | 0,002 | 0,25 |

W tabeli 8 przedstawiono związek parametrów skali BDI ze wskaźnikami skali Mini-COPE.

Tabela 8. Związek między BDI a Mini-COPE

| Strategie radzenia sobie | | Ryzyko depresji |
|--|------------|-----------------|
| Aktywne radzenie sobie | <i>rho</i> | -0,24 |
| | <i>p</i> | 0,004 |
| Planowanie | <i>rho</i> | -0,16 |
| | <i>p</i> | 0,056 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | <i>rho</i> | -0,28 |
| | <i>p</i> | 0,001 |
| Akceptacja | <i>rho</i> | -0,03 |
| | <i>p</i> | 0,674 |
| Poczucie humoru | <i>rho</i> | 0,06 |
| | <i>p</i> | 0,492 |
| Zwrot ku religii | <i>rho</i> | -0,01 |
| | <i>p</i> | 0,931 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | <i>rho</i> | -0,19 |
| | <i>p</i> | 0,021 |
| Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego | <i>rho</i> | -0,09 |
| | <i>p</i> | 0,256 |

| | | |
|---|------------|-------|
| Zajmowanie się czymś innym | <i>rho</i> | 0,14 |
| | <i>p</i> | 0,086 |
| Zaprzeczanie | <i>rho</i> | 0,32 |
| | <i>p</i> | 0,000 |
| Wyładowanie | <i>rho</i> | 0,21 |
| | <i>p</i> | 0,011 |
| Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych | <i>rho</i> | 0,35 |
| | <i>p</i> | 0,000 |
| Zaprzestanie działań | <i>rho</i> | 0,42 |
| | <i>p</i> | 0,000 |
| Obwinianie siebie | <i>rho</i> | 0,55 |
| | <i>p</i> | 0,000 |

DYSKUSJA

W wyniku analizy zebranego materiału częstość występowania nasilenia ryzyka objawów depresyjnych, od formy łagodnej do umiarkowanej oszacowano na 38,7% przypadków wśród pracowników medycznych, którzy pełnili dyżury w „oddziałach covidowych” podczas pandemii wirusa Sars-CoV-2. Shirish i wsp. [7] podają, że ryzyko nasilenia objawów depresji od umiarkowanej do ciężkiej dotyczyło 21% personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek), którzy pracowali na OIMM-ie w Nepalu. Połowa badanych (50%) doświadczyła umiarkowanego lub ciężkiego lęku. Umiarkowany i wysoki poziom stresu dotyczył 85% przypadków, a 46 na 100 osób deklarowało objawy PTSD. W porównaniu z lekarzami pielęgniarki doświadczyły cięższych objawów depresji, lęku i PTSD, podczas gdy lekarze doświadczali wyższego poziomu stresu niż pielęgniarki. Kang i wsp.[8] przeprowadzili badanie w 2020 roku na personelu pielęgniarskim i lekarskim (n=994) pracującym w Wuhan. Autorzy badania wykazali, że 36% personelu medycznego deklarowała podprogowe zaburzenia zdrowia psychicznego, 34,4% miało łagodne zaburzenia, 22,4% dotyczyło umiarkowanych zaburzeń, a 6,2% respondentów miało poważne zaburzenia psychiczne. Zauważono, że im wyższy poziom narażenia na kontakt z chorymi na COVID-19, tym poważniejsze występowały zaburzenia zdrowia psychicznego wśród pracowników ochrony zdrowia. W materiale własnym stwierdzono, że osoby wykonujące zawody medyczne w sytuacjach stresowych zazwyczaj kierowały się strategiami radzenia sobie ze stresem: *aktywnym radzeniem sobie, akceptacją i planowaniem*, a następnie *pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego, zajmowaniem się czymś innym oraz poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego*. Respondenci prezentowali niskie nasilenie strategii: *zażywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, zwrotu ku religii, zaprzeczenia, zaprzestania działań i obwiniania siebie*. W badaniu własnym

wykazano, że istotnie częściej mężczyźni niż kobiety w sytuacjach stresowych stosowali strategie: *poczucie humoru, zwrot ku religii i zaprzestanie działań*. Pod względem pozostałych strategii radzenia sobie ze stresem nie wykazano różnic w porównywanych grupach. Istotnie wyższy poziom stresu wśród personelu pielęgniarstwa w trakcie pandemii występował u kobiet niż u mężczyzn w badaniu Lemskiej i wsp. [9]. W materiale własnym stwierdzono, że wraz ze wzrostem wieku rosło posługiwanie się w sytuacjach stresowych *zwrotem ku religii*, a obniżyło nasilenie strategii *poczucia humoru, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, zajmowania się czymś innym, wyładowania, zażywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych i obwiniania siebie*. Lemska i wsp. [9] donoszą, że wraz ze wzrostem wieku badanych pielęgniarek i pielęgniarzy wzrastał wskaźnik stylu aktywnego radzenia sobie. Badanie przeprowadzone przez Borkowską-Kociołek wykazało, że najwyższy poziom radzenia sobie ze stresem wykazywały pielęgniarki w grupie wiekowej 22-35 lat, z tytułem magistra i stażem pracy do 5 lat. Wśród personelu dominowały głównie pozytywne style radzenia sobie ze stresem, takie jak: *poszukiwanie wsparcia rodziny czy uprawianie sportu*, natomiast w mniejszym stopniu były to zachowania negatywne: *palenie papierosów oraz spożywanie alkoholu* [10]. Badanie Saedi i wsp. [11] donosi, że stosowanie strategii radzenia sobie zorientowanych na zadania w grupach wiekowych powyżej 55 lat było istotnie wyższe niż u młodszych pracowników medycznych. Mniej doświadczeni pracownicy odczuwali większy stres w czasie pandemii, ponieważ posiadają mniej wiedzy i umiejętności oraz są mniej zdolni do samoregulacji i adaptacji. Badanie własne wykazało, że personel medyczny z dłuższym stażem pracy istotnie mniej w sytuacjach stresowych posługiwał się strategiami: *poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego, zajmowaniem się czymś innym, zaprzeczeniem, wyładowaniem, zażywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz obwinianiem siebie*. Stwierdzono ponadto, że osoby pracujące ponad 50 godzin w ciągu tygodnia miały istotnie wyższy poziom nasilenia ryzyka objawów depresyjnych oraz istotnie mniej w sytuacjach stresowych kierowały się *poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego*. Ciągła praca w warunkach przewlekłego stresu, podejmowanie ryzyka, wzrost ilości zakażeń, duża liczba zgonów, brak wsparcia społecznego spowodowały u personelu medycznego obniżenie nastroju, wypalenie zawodowe, problemy ze zdrowiem psychicznym i nasilenie objawów depresyjnych [12]. W innym badaniu stwierdzono, że pracownicy medyczni z 30 letnim stażem pracy istotnie częściej stosowali strategie zorientowane na zadania niż pracownicy do 10 lat pracy w zawodzie [11]. Wyniki naszego badania wykazały, że wyższe ryzyko nasilenia depresji prezentowały osoby, które uważały, że szpital nie zapewnił im odpowiedniej ochrony podczas pandemii (braki sprzętu ochronnego, w tym maseczek,

fartuchów i gogli). Ta sama grupa badanych istotnie częściej w sytuacjach stresowych posługiwała się strategiami: *zażywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych oraz obwinianiem siebie*. Wykazano, że osoby z wyższym ryzykiem nasilenia depresji istotnie częściej w sytuacjach stresowych posługiwały się strategiami: *zaprzeczenia, wyładowania, zażywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, zaprzestaniem działań czy obwinianiem siebie*. Wyższe ryzyko nasilenia depresji występowało wśród pracowników ochrony zdrowia, którzy stwierdzili, że praca miała negatywny wpływ na ich życie prywatne. Respondenci ci istotnie częściej posługiwali się strategiami: *zażywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych, zaprzestaniem działań oraz obwinianiem siebie*. Personel medyczny z wyższym ryzykiem nasilenia objawów depresyjnych istotnie częściej w sytuacjach stresowych posługiwał się strategiami radzenia sobie ze stresem: *zaprzeczenia, wyładowania, zażywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, zaprzestaniem działań czy obwinianiem siebie*. W badaniu Sierakowskiej i Doroszkiewicz najpopularniejszymi strategiami radzenia sobie ze stresem wśród personelu medycznego były: aktywne radzenie sobie i planowanie, a także wsparcie emocjonalne. Najniższy wynik uzyskano w przypadku używania substancji psychoaktywnych [12].

Pracownicy ochrony zdrowia w dobie pandemii musieli zmagać się z lękiem przed infekcją, śmiercią i ryzykiem przeniesienia COVID-19 na swoje rodziny, a także ze stresem pourazowym i innymi problemami psychicznymi, fizycznymi, emocjonalnymi i duchowymi. Wykorzystanie skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem personelu medycznego ma kluczowe znaczenie dla zadowalających wyników pracy, bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości świadczonej opieki zdrowotnej.

WNIOSKI

1. Częstość występowania nasilenia ryzyka depresji wśród pracowników medycznych oszacowano na 38,7% przypadków (od formy łagodnej do umiarkowanej).
2. Wraz ze wzrostem wieku personelu medycznego wzrastało posługiwanie się w sytuacjach stresowych *zwrotem ku religii*. Istotnie częściej mężczyźni niż kobiety w sytuacjach stresowych stosowali strategię: *poczucie humoru, zwrot ku religii i zaprzestanie działań*.
3. Personel medyczny, który pracował ponad 50 godzin tygodniowo uzyskał istotnie wyższe wyniki w skali depresji.
4. Wyższe ryzyko nasilenia objawów depresyjnych prezentowały osoby, które odczuwały brak dostatecznej ochrony podczas pandemii ze strony pracodawcy. Respondenci ci

istotnie częściej w sytuacjach stresowych stosowali strategie: *zazywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych oraz obwinianie siebie.*

5. Pracownicy medyczni z wyższymi wskaźnikami ryzyka depresji stosowali strategie: *zazywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych, zaprzestania działań oraz obwiniania siebie.*

PIŚMIENNICTWO

1. Hu B., Guo H., Zhou P., et al.: Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* 2021;19:141–154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7> (data pobrania 15.07.24).
2. Shah M., Roggenkamp M., Ferrer L., et al.: Mental health and COVID-19: the psychological implications of a pandemic for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2021;25:69-75. <https://doi.org/10.1188/21.cjon.69-75> (data pobrania 15.07.24).
3. Georgousopoulou V., Pervanidou P., Perdikaris P., et al.: Covid-19 pandemic? Mental health implications among nurses and Proposed interventions. *AIMS Public Health* 2024; 11: 273-293. doi: [10.3934/publichealth.2024014](https://doi.org/10.3934/publichealth.2024014) (data pobrania 15.07.24).
4. Atay N., Sahin Bayindir G., Buzlu S., et al.: The relationship between post-traumatic development and psychological resilience of nurses working in pandemic clinics. *Int J Nurs Knowl* 2023; 34: 226-235. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12397> (data pobrania 15.07.24).
6. Beck AT., Ward CH., Mendelson M., et al.: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1996; 4: 53-63.
7. Carver CS.: You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int. J. Behav. Med.* 1997; 4(1): 92-100.
8. Shirish KC., Gooden TE., Aryal D., et al.: The burden of anxiety, depression, and stress, along with the prevalence of symptoms of PTSD, and perceptions of the drivers of psychological harms, as perceived by doctors and nurses working in ICUs in Nepal during the COVID-19 pandemic; a mixed method evaluation. *BMC Health Services Research.* 2024;24:450. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10724-7> (data pobrania 16.07.24).
9. Kang L., Ma S., Chen M., et al.: Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav. Immun.* 2020;87:11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028> (data pobrania 16.07.24).

10. Lemska M., Kretowicz K., Ronkowska J.: Analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek zaangażowanych w pracę oddziałów zakaźnych w dobie pandemii COVID-19, *Acta Elbingensia* 2023;50(1): 39-44. <http://dx.doi.org/10.61785/ael/175227> (data pobrania 17.07.24).
11. Borkowska-Kociołek M., Zielonka W.: Sposoby radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zachowawczych w czasie pandemii COVID-19. *Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis*. 2023;1(27):1-15.
12. Saeedi M., Abedini Z., Taleb S.: Stress coping strategies of Iranian healthcare staff during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Heliyon* 2023;9(6):e17178. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17178> (data pobrania 17.07.24).
13. Ginter P., Dębowska M., Dębowska W.: Nasilenie objawów depresyjnych i lękowych u pielęgniarek i pielęgniarzy w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria* 2022;19(3):201-208. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.2022.0004> (data pobrania 16.07.24).
14. Sierakowska M., Doroszkiewicz H.: Stress coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic. *PeerJ Publishing* 2022;10 <https://doi.org/10.7717/peerj.13288> (data pobrania 17.07.24).

OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM ZE SKRÓCONYM WĘDZIDELKIEM PODJĘZYKOWYM -STUDIUM PRZYPADKU

Agnieszka Dombrowska-Pali¹, Weronika Plata², Grażyna Gebuza¹

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Skrócone wędzidełko podjęzykowe jest wadą anatomiczną, którą można rozpoznać już w pierwszych godzinach życia dziecka. Noworodek ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym ma problemy z wykształcenie prawidłowych funkcji, takich jak: pobieranie pokarmu czy oddychanie. W trakcie rozwoju dziecko narażone jest na nieprawidłowe przyrosty masy ciała, nieprawidłowy rozwój jamy ustnej, trudności z wymową i poprawną artykulacją. Matka dziecka często musi się zmierzyć również z trudnościami podczas karmienia piersią, co dotkliwie dotyka jej sfery emocjonalnej i fizycznej.

CEL

Celem pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych w opiece nad matką i jej dzieckiem z krótkim wędzidełkiem podjęzykowym oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 106/2021 przy Collegium Medicum w Bydgoszczy oraz pisemną zgodę od pacjentki. Studium przypadku pacjentki i jej dziecka ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym opracowane zostało na podstawie analizy dokumentacji medycznej, wywiadu, badań oraz obserwacji położniczej. Dzięki metodzie indywidualnego przypadku, możliwe było zidentyfikowanie problemów położniczych, występujących u pacjentki i jej dziecka ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym.

WYNIKI

27- letnia Anna A. w 11 dobie po porodzie siłami i drogami natury zgłosiła się do Poradni Laktacyjnej z powodu silnego, samoistnego bólu prawej piersi. Pacjentka zgłasza obawy o niedobór pokarmu oraz nieumiejętność ssania piersi przez dziecko. Dziecko płaczące, uspokoja się tylko po podaniu smoczka uspokajacza. Kobieta wskazuje na prężenie się dziecka podczas próby przystawiania do piersi, sporadyczny wyciek mleka z ust dziecka oraz okresowe częste ulewania treści pokarmowej po odstawieniu dziecka od piersi. Wskazuje również na problem nadmiernie wyдутego brzuszka dziecka i ogólny niepokój dziecka. Nie ma pewności, czy dziecko się najada. Pacjentka obawia się, że dziecko nie przybiera na masie ciała. Dodaje, że dziecko w czasie snu bardzo często ma otwarte usta.

Kobieta skarży się również na silny ból w dolnym, zewnętrznym kwadrancie piersi. Wskazuje na zaczerwienienie piersi w tym miejscu oraz obrzęk, zgrubienie, które nie ustępuje po karmieniu. Trudność sprawia jej podnoszenie i trzymanie dziecka na rękach, ponieważ nie może unieść ręki po stronie obolałej. W ciągu dwóch ostatnich nocy odnotowała podwyższoną temperaturę ciała – pierwszej nocy 38,5, a drugiej nocy– 39,1. Skarży się na ogólne złe samopoczucie, ból mięśni, czuje się osłabiona, ostatniej nocy pojawiły się dreszcze. Pacjentka stosuje zimne okłady na chory fragment piersi i zwiększyła ilość przyjmowanych płynów. Oprócz tego pacjentka przyjmuje Ibuprofen 400 mg x 3 dobowo od 24 godzin.

Kobieta w czasie ciąży regularnie korzystała z opieki prenatalnej, choroby współistniejące przed ciążą i w ciąży neguje. Przebyte operacje neguje. Wywiad rodzinny nieobciążony. Ciąża przebiegała prawidłowo - CII, PII. Urodziła w 39 tygodniu ciąży SŻD o masie ciała 4880g. Dziecko otrzymało 10 pkt. w skali Apgar.

Bezpośrednio po porodzie noworodka osuszono i ułożono w kontakcie „skóra do skóry”, który trwał pierwsze 2 godziny i podczas którego wykonano pierwszą próbę przystawienia noworodka do piersi. Na Sali Porodowej zaobserwowano u noworodka trudności w uchwyceniu brodawki sutkowej i nieprawidłowy rytm ssania. Słyszalne „klikające” odgłosy podczas ssania. Niechęć i odrzucanie piersi przy próbie ponownego przystawienia. W 3. dobie życia dziecka stwierdzono żółtaczkę fizjologiczną i obniżenie masy ciała do wagi 4470g. Maksymalne stężenie bilirubiny mierzone w 3. dobie i wyniosło 14mg%. Zastosowano fototerapię od 3. do 5. doby pobytu w szpitalu. Noworodek karmiony w sposób mieszany. Za zgodą matki dokarmiany mlekiem modyfikowanym. W pierwszych dobach po porodzie utrzymujące się trudności w chwytaniu i ssaniu brodawki sutkowej przez

dziecko. Noworodek wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym w 6. dobie życia z wagą 4680g.

1. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia zapalenia piersi spowodowane nieefektywnym opróżnianiem piersi przez dziecko z krótkim wędzidełkiem podjęzykowym.

Cele: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych i ryzyka rozwoju zapalenia piersi.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentką, na temat przebiegu karmienia i czasu wystąpienia takich objawów jak: gorączka, ból mięśni, bolesność i ucieplenie chorej piersi.
- Badanie palpacyjne piersi – w przypadku zapalenia piersi fragment lub cała pierś jest bolesna, palpacyjnie ma wzmożoną spoistość, zauważalny jest obrzęk i zgrubienie, zaczerwienienie chorej części i mocne jej ucieplenie. Naciek zapalny może być rozlany, zwarty bądź nieregularny [1].
- Ocena stanu ogólnego matki.
- Ocena aktu karmienia piersią.
- Poinformowanie o celowości częstszego przystawiania dziecka do piersi.
- Zalecenie przed i po karmieniach stosowania zimnych okładów na ok. 20 minut celem ograniczenia stanu zapalnego [2].
- Zwrócenie uwagi na wypoczynek i relaks, zadbanie o prawidłowe nawodnienie i odpowiednie odżywienie. Prawidłowo dobrany biustonosz, który nie będzie uciskać piersi. Poinformowanie o zakazie silnego wyciskania i masowania chorej piersi.
- Zalecenie stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych: Ibuprofen 200-400 mg co 6 godzin. Przeciwbólowo zlecenie paracetamolu w dawce 500-1000 mg, co 4-6 godzin, maksymalnie 4g/dobę. Zalecenie stosowania probiotyku (*Lactobacillus salivarius* lub *Lactobacillus Fermentum*) [3].
- W przypadku braku poprawy, kiedy w ciągu 24-48 godzin od wdrożenia prawidłowego postępowania nie zaobserwuje się poprawy i zmniejszenia dolegliwości należy zastosować antybiotykoterapię [4].

Ocena podjętych działań: Podjęte działania spowodowały zmniejszenie objawów bólowych spowodowanych zapaleniem piersi. Zastosowanie zimnych okładów zmniejszyły obrzęk

piersi. Wczesna interwencja farmakologiczna Ibuprofenem i Paracetamolem zapobiegła konieczności wdrożenia antybiotykoterapii.

2. Diagnoza pielęgniarska: Niepokój pacjentki spowodowany niedostatecznym przyrostem masy ciała dziecka.

Cele: Ustalenie przyczyny niedostatecznych przyrostów masy ciała dziecka. Zwiększenie masy ciała dziecka do wartości zgodnej z normami dla wieku dziecka. Zminimalizowanie niepokoju pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie wywiadu i zbadanie dziecka celem określenia jego ogólnego stanu zdrowia.
- Ocena pozycji do karmienia i prawidłowości przystawienia do piersi, dokonanie ewentualnej korekty jeśli jest konieczna.
- Aktywizowanie dziecka w czasie karmienia, jeśli przysypia, jest mało aktywne, niechętnie ssie pierś – masowanie stóp, dłoni, podstaw języka za kątem żuchwy.
- Zaproponowanie stymulacji laktacji (częstsze przystawianie dziecka do piersi lub stymulacja laktatorem).
- Przekonanie matki, aby nie podawała dziecku smoczka uspokajacza, ponieważ wtedy dziecko nabywa nieprawidłowy wzorzec ssania.
- Zalecenie stosowania zbilansowanej diety i większej podaży płynów, ponad 3 litry dziennie. Poinformowanie matki, że może włączyć do diety środki wspomagające laktację – m.in. słód jęczmienny [1].
- Przedstawienie i omówienie możliwości dokarmiania dziecka, omówienie zasad odciągania i przechowywania pokarmu kobiecego.
- Kontrolowanie postępów i zwiększenie częstości wizyt kontrolnych.
- Przedstawienie matce wskaźników skutecznego karmienia.
- Okazanie wsparcia i zrozumienia, utwierdzenie matki w jej kompetencjach rodzicielskich, zmotywowanie do działania i nie poddawania się.

Ocena podjętych działań: Podjęte działania spowodowały, że ustalono przyczynę nieprawidłowych przyrostów masy ciała dziecka – krótkie wędzidełko podjęzykowe dziecka. Pacjentka po każdym karmieniu piersią dokarmiła dziecko odciągniętym wcześniej pokarmem. Prawidłowa stymulacja piersi (dodatkowe odciąganie pokarmu laktatorem) spowodowała zwiększenie ilości produkowanego pokarmu.

3. Diagnoza pielęgniarska: Niepokój pacjentki o powodzenie karmienia piersią, wynikające z braku wiedzy na temat prawidłowej techniki przystawiania dziecka do piersi i oceny efektywności ssania piersi.

Cele: Wzrost wiedzy pacjentki na temat prawidłowej techniki przystawiania dziecka do piersi i wskaźników efektywnego ssania piersi przez dziecko. Zminimalizowanie niepokoju i wzbudzenie poczucia pewności siebie u pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Omówienie i poinstruowanie pacjentki w zakresie prawidłowej techniki karmienia piersią.
- Przedstawienie wskaźników prawidłowego uchwycenia piersi przez dziecko -buzia dziecka powinna być szeroko otwarta (kąt między górną a dolną wargą rozwarty, powyżej 130°), dolna warga powinna być wywinięta, a górna odchylona, czubek nosa i broda powinny dotykać piersi matki. Większa część otoczki brodawki sutkowej powinna być w buzi dziecka, policzki dziecka wypełnione i okrągłe (nie mogą się zapadać). Po kilku szybszych i płytszych ruchach matka powinna zauważyć rozpoczęcie się ruchów miarowych, wolniejszych i głębszych, powinna słyszeć połykanie, ale nie powinna słyszeć mlaskania i cmokania. Brodawka sutkowa po karmieniu nie powinna być spłaszczona [5].
- Przedstawienie matce wskaźników prawidłowego pobierania pokarmu – dziecko pobiera pokarm, kiedy stwierdza się głębokie ruchy żuchwy, podczas przełykania słyszeć charakterystyczny dźwięk „kuh”, palcem wyczuwa się ruch krtani oraz wyczuwa się drżenie okolicy potylicznej. Zmienia się również rytm ssania – staje się ono miarowe, wolniejsze i głębsze. Aby opróżnić pierś regularne połykanie powinno trwać minimum 10 minut [1].
- Omówienie czynników świadczących o efektywności karmienia.
- Instruktaż prawidłowych pozycji do karmienia (klasyczna, krzyżowa, spod pachy, leżąca, biologiczna).
- Ocena wykorzystania przez matkę nabytej wiedzy podczas przystawiania dziecka do piersi.

Ocena podjętych działań: Wzrost pewności siebie u matki spowodowany większą świadomością dotyczącą prawidłowej techniki karmienia piersią. Pacjentka po wyeliminowaniu wcześniejszych błędów związanych z nieprawidłową techniką przystawiania dziecka do piersi czuje się bardziej komfortowo podczas karmienia.

4. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia pozornego niedoboru pokarmu u kobiety karmiącej piersią wynikającego z jej nieznamomości i nieumiejętności oceny wskaźników skutecznego karmienia i nieprawidłowej funkcji jamy ustnej dziecka.

Cele: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia pozornego niedoboru pokarmu u kobiety karmiącej piersią. Wzrost poziomu wiedzy na temat oceny wskaźników skutecznego karmienia piersią. Ocena aktu karmienia piersią i funkcji jamy ustnej noworodka.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie wywiadu dotyczącego dotychczasowego przebiegu laktacji.
- Wdrożenie korekty, jeśli wystąpią jakiegokolwiek nieprawidłowości dotyczące techniki karmienia piersią i prawidłowego przystawienia oraz uchwycenia piersi przez dziecko. Zwrócenie uwagi na popełniane błędy i instruktaż prawidłowych czynności.
- Przypomnienie podstawowych zasad postępowania w czasie karmienia piersią.
- Przypomnienie i ponowne omówienie czynników świadczących o efektywności karmienia.
- Zminimalizowanie niepokoju poprzez wytłumaczenie podstawowych zagadnień m.in.: że wielkość piersi i odczucie, że mogą być one „puste” są bezpodstawne i nie oznaczają, że pokarmu nie ma, czy też zanika [1].
- Wytłumaczenie pacjentce, że trudności, które występują podczas przystawiania dziecka są spowodowane przede wszystkim krótkim wędzidełkiem podjęzykowym.
- Zalecenie konsultacji z neurologopedą.
- Poinformowanie o konieczności wizyty u lekarza (laryngologa/stomatologa/pediatry) w celu podcięcia krótkiego wędzidełka podjęzykowego.

Ocena podjętych działań: Pacjentka jest świadoma, że pozorny niedobór pokarmu spowodowany jest krótkim wędzidełkiem podjęzykowym dziecka. Pacjentka jest spokojniejsza, pewna siebie i swoich kompetencji podczas karmienia. Przyrosty masy ciała dziecka po zabiegu podcięcia krótkiego wędzidełka prawidłowe.

5. Diagnoza pielęgniarska: Ból brodawek sutkowych u matki spowodowany nieprawidłowym uchwyceniem i ssaniem piersi przez dziecko.

Cele: Zminimalizowanie odczuwalnego bólu brodawek sutkowych podczas karmienia. Wzrost poziomu wiedzy pacjentki w zakresie pielęgnacji poranionych brodawek sutkowych. Zwiększenie komfortu matki podczas karmienia piersią.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena brodawek sutkowych - lokalizacji uszkodzeń, wykwitów oraz stanu zapalnego.

- Ustalenie przyczyny nieprawidłowego uchwycenia i ssania piersi przez dziecko.
- Ocena budowy jamy ustnej dziecka, pozycji spoczynkowej języka i sposobu chwytania piersi przez dziecko.
- Monitorowanie karmienia piersią ze szczególnym zwróceniem uwagi na prawidłową metodę przystawienia dziecka do piersi oraz na efektywność pobierania pokarmu.
- Poinformowanie matki dziecka o sposobach łagodzenia dolegliwości bólowych, m.in. o możliwości wcześniejszego odciążenia pokarmu celem zmiękczenia otoczki i wywołania wypływu mleka.
- Przedstawienie matce sposobów leczenia wspomagającego w gojeniu ran oraz metod zapobiegania ich zakażeniu.

Ocena podjętych działań: Podjęte działania spowodowały, że pacjentka wie jak prawidłowo pielęgnować i postępować z poranionymi brodawkami sutkowymi. Rany brodawek sutkowych wygoiły się. Komfort matki podczas karmienia piersią zwiększył się.

6. Diagnoza pielęgniarska: Niepokój pacjentki o stan zdrowia dziecka, które po karmieniu piersią ulewa, preży się, ma twarde i wydęty brzuszek, jest niespokojne i płaczliwe.

Cele: Ustalenie przyczyny ulewania oraz twardego i wydętego brzuszka u dziecka. Wdrożenie działań mających na celu zmniejszenie niepokoju i płaczu u dziecka oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie wywiadu z matką, znalezienie przyczyny pojawiania się ulewań, twardego i wydętego brzuszka.
- Badanie fizykalne dziecka, szczególne zwrócenie uwagi na brzuch dziecka i jamę ustną. Przeanalizowanie przyrostu masy ciała.
- Obserwacja dziecka podczas aktu karmienia piersią – głównie w kontekście zaobserwowania cofania się pokarmu podczas ssania, ale również celem zaobserwowania „łykania” powietrza.
- Poinformowanie o wystąpieniu krótkiego wędzidełka podjęzykowego u noworodka i konieczności wykonania frenotomii.
- Poinformowanie o możliwości stosowania masażu brzuszka dziecka i ciepłych okładów np. termofor bawełniany z pestkami wiśni.
- W przypadkach wątpliwych poszerzenie diagnostyki – skierowanie matki z dzieckiem do pediatri/gastrologa dziecięcego.

Ocena podjętych działań: Pacjentka jest spokojniejsza ponieważ wie, że przyczyną ulewań, prężenia się dziecka oraz twardego i wydętego brzuszka jest krótkie wędzidełko podjęzykowe, które uniemożliwia prawidłowe ssanie piersi.

7. Diagnoza pielęgniarska: Niepokój pacjentki o stan dziecka, u którego zostało zdiagnozowane krótkie wędzidełko podjęzykowe.

Cele: Zminimalizowanie niepokoju pacjentki. Wzrost poziomu wiedzy na temat krótkiego wędzidełka podjęzykowego.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Edukacja pacjentki w zakresie krótkiego wędzidełka podjęzykowego. Pacjentkę należy poinformować o utrudnieniach jakie mogą wystąpić u dziecka w związku z wystąpieniem tej anomalii. Krótkie wędzidełko podjęzykowe, to wędzidełko zbyt krótkie i mało elastyczne, co powoduje, że ruchomość języka jest znacznie ograniczona. Taka anomalia skutkuje utrudnionym karmieniem piersią i może powodować szereg dolegliwości zarówno u matki (bolesność brodawek sutkowych, stany zapalne piersi) jak i u dziecka (zaburzona funkcja ssania, nieprawidłowe przyrosty masy ciała) [6].
2. Poinformowanie pacjentki o istniejącej możliwości rozwiązania problemu poprzez wykonanie zabiegu – frenotomii, czyli podcięcia krótkiego wędzidełka.
3. Uspokojenie pacjentki, że wszystkie nieprawidłowości i zaburzenia wynikające ze skrócenia wędzidełka ustąpią po wykonanym zabiegu, do którego dziecko i matka zostaną stosownie przygotowani.

Ocena podjętych działań: Podjęte działania spowodowały, że pacjentka posiada wiedzę w zakresie krótkiego wędzidełka podjęzykowego. Podjęła decyzję o konieczności przeprowadzenia zabiegu frenotomii u swojego dziecka.

8. Diagnoza pielęgniarska: Lęk matki spowodowany koniecznością wykonania frenotomii u dziecka.

Cele: Przygotowanie matki i dziecka do zabiegu frenotomii. Zminimalizowanie stresu i niepokoju matki związanego z koniecznością wykonania frenotomii.

Interwencje pielęgniarskie:

- Poinformowanie pacjentki o przebiegu zabiegu podcięcia krótkiego wędzidełka podjęzykowego, o jego korzyściach oraz możliwych powikłaniach zabiegu.

- Poinformowanie matki o konieczności wdrożenia działań mioterapeutycznych przygotowujących do zabiegu i ich pozytywnym efekcie w kontekście zmniejszenia stresu u dziecka oraz ograniczenia bolesności i dyskomfortu [7].
- Na kilka dni przed zabiegiem zalecenie matce wykonywania u dziecka ćwiczeń, które przyzwyczajają je do stymulacji oralnej i dotyku w obrębie obszaru podjęzykowego (proces habituacji).
- Zaprezentowanie matce ćwiczeń tak, aby mieć pewność, że będzie potrafiła wykonywać je poprawnie.

Ćwiczenie 1 – polegające na sprowokowaniu odruchu lateralnego, który umożliwi w przyszłości przekładanie kęsa pokarmowego do gryzienia i żucia.

Ćwiczenie 2 – pozwalające wzmocnić mięśnie żwacze i przygotować do funkcji gryzienia oraz żucia.

Ćwiczenie 3 – wspomagające rozluźnienie mięśni dna jamy ustnej.

Ćwiczenie 4 – rozluźniające mięśnie podjęzykowe i przygotowujące obszar podjęzykowy do dotyku [7].

- Poinformowanie matki aby zaraz po wykonaniu zabiegu miała możliwość przystawienia dziecka do piersi, które na początku może być płaczliwe i odczuwać dyskomfort, a w trakcie karmienia znacznie się uspokoi i wyciszy.
- Poinformowanie matki o naturalnych następstwach zabiegu, m.in. o wystąpieniu niewielkiego krwawienia, o możliwości pojawienia się krwi w stolcu bądź w ulewianym mleku.
- Wy tłumaczenie matce procesu gojenia się rany w miejscu nacięcia.

Ocena podjętych działań: Pacjentka posiada wiedzę w zakresie prawidłowego przygotowania dziecka do zabiegu frenotomii. Jest spokojniejsza i pewna, że zawsze może się zwrócić o pomoc do położnej.

PODSUMOWANIE:

U kobiety karmiącej piersią noworodka z krótkim wędzidełkiem podjęzykowym mogą wystąpić uszkodzone i poranione brodawki sutkowe, pozorny niedobór pokarmu spowodowany nieefektywnym opróżnianiem piersi przez dziecko, a także zastój pokarmu, zapalenie piersi. Położna w zakresie swoich kompetencji zobowiązana jest do przekazania pacjentce aktualnej i rzetelnej, opartej na badaniach naukowych wiedzy na temat zasad postępowania w laktacji umożliwiającej zwiększenie stymulacji laktacji i dłuższe jej utrzymanie. U pacjentki z objawami zapalenia piersi położna zobowiązana jest do podjęcia

działań mających na celu zminimalizowanie dolegliwości bólowych. W zakresie edukacji konieczne jest przedstawienie pacjentce zasad prawidłowego postępowania podczas karmień, a także włączenie farmakoterapii celem ograniczenia rozwoju stanu zapalnego w obrębie piersi i zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań. Dziecko o nieprawidłowym przyroście masy ciała wymaga rozpoznania przyczyny niedostatecznych przyrostów masy ciała oraz wdrożenia czynności mających na celu wzrost masy ciała dziecka. Niedostateczny przyrost masy ciała dziecka, wynikający ze skróconego wędzidełka podjęzykowego zobowiązuje położną do poinformowania pacjentki o konieczności odciągania pokarmu i podawania go dziecku po każdej próbie karmienia piersią. Następnie konieczne jest jak najszybsze wykonanie frenotomii, a także zalecenie cotygodniowej kontroli masy ciała dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Med Prakt, Kraków, 2017.
2. Zakarija-Grkovic I., Stewart F.: Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 9 (9): CD006946. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006946.pub4>
3. Crepinsek MA., Taylor EA., Michener K., Stewart F.: Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 9(9):CD007239. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007239.pub4>
4. Świetliński J.: Neonatologia. Tom I. Wyd. I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
5. Iwanowicz – Palus G., Bień A.: Edukacja przedporodowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
6. Hill RR., Lyons KS., Kelly-Weeder S., Pados BF.: Effect of Frenotomy on Maternal Breastfeeding Symptoms and the Relationship Between Maternal Symptoms and Problematic Infant Feeding. *Glob Pediatr Health.* 2022; 9:2333794X211072835. <https://doi.org/10.1177%2F2333794X211072835>
7. Machoś M.: Krótkie wędzidełko języka u noworodków i niemowląt - diagnoza i terapia. GooGoo. Zabrze 2020.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD DZIECKIEM Z ZESPOŁEM MARFANA

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Agnieszka Narecka³

- 1. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
- 2. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
- 3. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Zespół Marfana jest najczęściej występującym schorzeniem tkanki łącznej w wyniku dziedziczenia autosomalnie dominująco bądź we wznowach de novo. Z punktu klinicznego symptomatologii jest chorobą wielonarządową o szerokim spektrum objawów. W przeciągu ostatnich trzech dekad badań nad zespołem Marfana, zidentyfikowano nie tylko podłoże genetyczne choroby z wyjaśnieniem nieprawidłowej biosyntezy fibryliny-1 wraz z 600 mutacjami genu, lecz także wyjaśniono patogenezę i etiologię zespołu Marfana. W efekcie przyczyniło się do opracowania strategii leczenia osób objętych MFS [1, 2, 3]. Do objawów, które są wysoce niebezpieczne w przebiegu omawianej choroby należą powikłania sercowo – naczyniowe. Diagnostykę różnicową wykonuje się na podstawie zmodyfikowanych kryteriów z Gandawy opracowanych na podstawie wieloletnich obserwacji i badań pacjentów z omawianą jednostką chorobową. Do cech charakterystycznych zespołu Marfana należy zaliczyć różnorodną ekspresję zaburzeń tkanki łącznej, co powoduje, że mutacja w genie kodującym tkankę łączną może objawić się we wszystkich narządach, niezależnie od wieku pacjenta. Zaburzenie to cechuje się mnogością objawów, manifestujących się głównie w układzie krążenia i kostno-stawowym, a także w narządzie wzroku [4]. Warto zauważyć, że wśród znanych osób chorych na zespół Marfana wskazuje się: Abrahama Lincolna, Niccolò Paganiniego czy też Juliusza Cezara [5].

Prezentowana praca ma na celu omówienie zakresu holistycznej opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z zespołem Marfana po operacji tętniaka rozwarstwiającego aorty wstępującej, będącej najczęstszym powikłaniem omawianej jednostki chorobowej.

Wieloaspektowy zakres opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z zespołem Marfana jest podyktowany przede wszystkim spectrum objawów jakie manifestuje choroba. Zespół

Marfana jest genetyczna chorobą tkanki łącznej związaną z jej wiotczeniem w związku z tym, w każdym narządzie zbudowanym z tkanki łącznej mogą pojawić się objawy choroby takie jak wiotkość stawów, wiotkość struktur naczyń krwionośnych i serca, podwichnięcia soczewek. Mnogość objawów choroby skutkuje pojawieniem się różnych problemów we wszystkich sferach funkcjonowania zarówno samego dziecka jak również jego opiekunów.

W zakresie opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z zespołem Marfana poddanemu operacji kardiochirurgicznej w wyniku częstego objawu jakim jest rozwarstwienie aorty należy zwrócić szczególną uwagę w zakresie szerokiego pojęcia urazu operacyjnego mogącego w efekcie prowadzić do licznych powikłań, znacznego osłabienia organizmu czy też zaburzeń psychicznych [6]. Wskazuje się iż sama anestezja i oddziaływanie leków anestetycznych może stanowić źródło licznych powikłań w przebiegu operacji jak również po zabiegu. Każdy pacjent po zabiegu kardiochirurgicznym jest przenoszony na oddział pooperacyjny gdzie przebywa z reguły od 1 do 2 dób. Wydolny oddech, stabilność hemodynamiczna, ustabilizowanie ewentualnych krwawień z rany pooperacyjnej to tylko niektóre elementy zakresu opieki nad chorym. Do najważniejszych elementów szeroko rozumianej opieki personelu pielęgniarskiego w okresie pooperacyjnym należy monitorowanie stanu ogólnego pacjenta, administrowanie bólem, zapobieganie zakażeniom rany pooperacyjnej, dostępów żylnych oraz leczenie powikłań pooperacyjnych [6]. Ważnym aspektem opieki pielęgniarskiej jest również pomoc w zaspokajaniu deficytów pacjenta małoletniego z zakresu samoopieki i samopielęgnacji wraz z powolnych uruchamianiem pacjentem i włączaniem go do czynności pielęgnacyjnych.

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z zespołem Marfana obejmuje nie tylko dziecko jak również jego rodzinę. Istotnym aspektem omawianej opieki jest edukacja z zakresu zrozumienia istoty i patomechanizmu choroby, jak również wskazania ograniczeń płynących z uwarunkowania choroby. Z uwagi na odmienny wygląd zewnętrzny dziecka z zespołem Marfana należy zwrócić szczególną uwagę podczas edukacji wskazując na możliwe do wystąpienia problemy natury społecznej oraz stygmatyzację dzieci objętych tą jednostką chorobową.

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy licencjackiej jest przedstawienie opieki pielęgniarskiej u dziecka ze zdiagnozowanym zespołem Marfana.

MATERIAŁ I METODY

W celu osiągnięcia odpowiedzi na postawiony problem główny oraz problemy szczegółowe, jako metodę badawczą niniejszego badania wybrano analizę studium indywidualnego przypadku 15-letniego dziecka ze zdiagnozowanym zespołem Marfana z manifestacją układu sercowo – naczyniowego.

Do głównych technik użytych w omawianej pracy wykorzystano obserwację, wywiad, analizę dokumentacji badanej oraz pomiar podstawowych parametrów życiowych.

W pracy użyto licznych narzędzi badawczych w celu lepszego zobrazowania stanu biopsychospołecznego badanej z określeniem funkcjonowania poszczególnych układów. Narzędzia użyte w pracy posłużyły do holistycznego zrozumienia problemów pielęgnacyjnych w opiece nad dzieckiem z zespołem Marfana wraz z ukazaniem roli personelu pielęgniarskiego.

Do głównych narzędzi użytych w badaniu należy: arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, skala nasilenia duszności mMRC – zmodyfikowana Skala nasilenia duszności modified Medical Research Council [7], Skala WHO oceny stopnia zaawansowania zapalenia błony śluzowej jamy ustnej [8, 9], Skala do oceny nasilenia nudności i wymiotów według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [10], Klasyfikacja nadwagi oraz otyłości na podstawie Body Mass Indeks, Skala Glasgow, Skala Laitinena [11], Polska Skala Oceny Zmęczenia FAS [12, 13], Pediatryczna skala niedożywienia Yorkhill [14], Skala depresji Becka – Beck Depression Inventory, BDI [15], Skala akceptacji choroby AIS [16, 17].

Badaniem objęto dziewczynkę lat 15 ze zdiagnozowanym zespołem Marfana, która została przyjęta do Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej z rozpoznaniem ostrego rozwarstwienia aorty wstępującej typu I De Bekeya.

WYNIKI

Badana jest dzieckiem z trzeciej ciąży, porodu trzeciego, siłami natury. W dniu urodzenia otrzymał 10 punktów w skali Apgar, masa urodzeniowa ciała 3850, długość ciała 60 cm. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej wynika, że u dziewczynki zespół Marfana wystąpił de novo – nikt w rodzinie nie chorował, nie wystąpiły żadne nagłe zgony o podłożu sercowo – naczyniowym. Dziewczynka, została zdiagnozowana na podstawie kryteriów GHENT, który potwierdził zespół Marfana. Pacjentka choruje od 7 roku życia. Badana była kilkakrotnie hospitalizowana z powodu nieprawidłowości w rozwoju narządu ruchu i statyki ciała. W wieku lat 9 była operowana z powodu postępującej skoliozy poziomej (rotacja i torsja kręgow) jak również korekty lejkowatej klatki piersiowej.

W badaniu przedmiotowym dziewczynka na swój wiek charakteryzuje się wysokim wzrostem, powyżej 97 centyla, ma charakterystyczne odchylenia w badaniu antropometrycznym. Cechuje się typowymi wadami postawy dla zespołu Marfana, mianowicie asymetryczną budowa klatki piersiowej, skoliozą. Ponadto występuje nadmierna ruchomość stawów oraz pająkowate palce, płaskostopie, dolichostenomelia. Stwierdzono zez rozbieżny oraz krótkowzroczność. Twarz wykazywała cechy dysmorficzne specyficzne dla zespołu Marfana, mianowicie dolichocefalia (długogłowie), tyłożuchwie, podniebienie gotyckie z zcieśnieniem zębów, stanowiące wadę wysklepienia podniebienia twardego, jak również zaobserwowano płaskie kości jarzmowe. U dziewczynki występują duże odstające małżowiny uszne oraz małe nozdrza. Zaobserwowano również objaw Steinberga oraz Walkera -Murdocha.

Na podstawie wnikliwie przeprowadzonego wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów i zastosowania technik badawczych sformułowano, proces opieki nad pacjentem w postaci procesu pielęgnowania dziecka z zespołem Marfana poddanemu operacji tętniaka rozwarstwiającego aorty wstępującej. Przedstawione diagnozy pielęgniarskie są odpowiedzią na stan biopsychospołeczny dziecka przed oraz po zabiegu operacyjnym i wskazują holistyczne podejście w opiece wraz z możliwymi do wystąpienia problemami opiekuńczo – pielęgniacyjnymi.

Diagnoza pielęgniarska 1: Stan niewydolności układu sercowo – naczyniowego będący wynikiem patomechanizmu zespołu Marfana w tym wzroście zaburzeń hemodynamicznych.

Cel opieki: Wczesne zaobserwowanie objawów niewydolności układu sercowo – naczyniowego wraz z możliwie szybkim i efektywnym przywróceniem równowagi hemodynamicznej organizmu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Systematyczna weryfikacja parametrów życiowych dziecka w tym szczególnie: kontrola zapisu ciśnienia tętniczego krwi, pomiar i ocena saturacji, częstości oddechu, pomiar i ocena tętna na tętnicach obwodowych, ocena ocieplenia i kolorystyki powłok skórnych zwłaszcza na dystalnych częściach ciała wraz z oceną wilgotności skóry, ocena nawrotu kapilarnego.
- Prowadzenie bilansu wodnego wraz z oceną nawodnienia organizmu.
- Obserwacja dystalnych części ciała dziecka w kierunku pojawienia się obrzęków mogących świadczyć o niewydolności krążeniowo - oddechowej.
- Obserwacja i kontrola ilości treści drenowanej z rany pooperacyjnej.
- Obiektywizacja objawów zgłaszanych przez pacjenta.

Wynik opieki: Nie zaobserwowano niepokojących objawów mogących świadczyć o niewydolności układu krążenia czy ewentualnych powikłań pooperacyjnych. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu serca w efekcie przebytego zabiegu operacyjnego tętniaka rozwarstwiającego aorty wstępującej.

Cel opieki: Wnikliwa obserwacja w celu wykrycia zaburzeń rytmu serca.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Systematyczna ocena i ciągła obserwacja zapisu EKG z kardiomonitora wraz z całościową oceną stężenia elektrolitów.
- Ocena podstawowych parametrów życiowych: charakter tętna na dużych tętnicach obwodowych, osłuchiwanie serca, monitorowanie parametrów życiowych pacjenta.
- Podaż leków antyarytmicznych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Wynik opieki: Nie wystąpiły zaburzenia rytmu serca. Stan podstawowych parametrów życiowych w normie. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Dyskomfort spowodowany bólem w wyniku rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Poprawa komfortu dziecka, zmniejszenie odczuć bólowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Ocena natężenia i lokalizacji bólu poprzez zastosowanie skali - Skala Laitinea w pierwszej dobie po zabiegu, następne oceny w odstępach 2-4 godzin.
- Obiektywizacja objawów zgłaszanych przez dziecko wraz z wnikliwą oceną parametrów życiowych, reakcji podczas wykonywania czynności pielęgniarstwa.
- Ordynowanie leków przeciwbólowych według zlecenia lekarskiego.

Wynik opieki: Ocena natężenia i lokalizacji bólu- wykonywana kilkakrotnie- wykazała natężenie umiarkowane bólu (5 w skali Laitinea). Dziecku podawano leki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarskim, nie wymagał przy tym zwiększenia podaży leków przeciwbólowych.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Zaleganie wydzieliny w układzie tchawiczo - oskrzelowym w wyniku zaburzonej ewakuacji wydzieliny.

Cel opieki: Niwelowanie wydzieliny z dróg oddechowych. Efektywna toaleta drzewa oskrzelowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena drożności dróg oddechowych poprzez osłuchanie płuc, ocenę jakości i częstotliwości oddechu.
- Wykonanie toalety drzewa oskrzelowego w tym efektywne oklepanie dziecka, odessanie zalegającej wydzieliny z jamy nosowej oraz drzewa oskrzelowego.

Wynik opieki: Skutecznie ewakuowano zalegającą wydzielinę z drzewa oskrzelowego i jamy nosowej.

Diagnoza pielęgniarska 5: Dolegliwości bólowe związane ze stanem zapalnym jamy ustnej oraz gardła w wyniku założenia rurki intubacyjnej w przebiegu operacji.

Cel opieki pielęgniarskiej: Ocena dolegliwości bólowych oraz zminimalizowanie doczucia bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Systematyczna subiektywna ocena bólu przez dziecko w skali Laitinera.
- Bieżąca obserwacja zmian patologicznych w jamie ustnej oraz codzienna kontrola z zastosowaniem skali WHO do oceny stopnia nasilenia zapalenia błony śluzowej jamy ustnej.
- Płukanie jamy ustnej preparatami o działaniu przeciwbólowym w przebiegu ostrych zmian błony śluzowej w jamie ustnej.
- Zastosowanie płynnej lub półpłynnej diety w celu niwelowania podrażnienia jamy ustnej oraz niwelowania problemów wynikających z dysfagii.
- Poinstruowanie pacjenta i jego opiekunów co do zasad higieny jamy ustnej, wskazanie m.in. na używanie szczoteczek do mycia zębów z miękkim włosiem, a przy dużych zmianach patologicznych w jamie ustnej poinformować o możliwości stosowania kwaczyków do pielęgnacji.
- Stosowanie farmakoterapii według karty zleceń lekarskich.

Wynik opieki: Zastosowano ocenę bólu za pomocą skali Laitinera, wynik 5 punktów oznaczający ból umiarkowany. Oceniono stopień nasilenia zapalenia błony śluzowej za pomocą skali WHO. Na zlecenie lekarza zastosowano terapię przeciwbólową. Problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko rozwoju zakażenia w wynikuostępów naczyniowych oraz rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka zakażeń odcewnikowych krwi i zakażenia rany.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zachowanie zasad mycia i dezynfekcji rąk według WHO przy każdorazowej manipulacji przy dostępie naczyniowym.
- Zachowania zasada aseptyki i antyseptyki przy dostęпах naczyniowych, opatrunkach.
- Codzienna obserwacja miejsc dostępow naczyniowych pod kątem ewentualnego wystąpienia zaczerwienienia, opuchlizny wysięku, ocieplenia mogących świadczyć o wystąpieniu cech zapalnych.
- Stosowanie antybiotykoterapii w celu niwelowania możliwości rozwoju zakażenia w ranie pooperacyjnej.
- Pomiar podstawowym parametrów życiowych w tym temperatury ciała.

Wynik opieki: Nie zaobserwowano cech zakażenia rany pooperacyjnej jak również dostępu naczyniowego. Problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko zakażenia układu moczowego dziecka w związku z założonym cewnikiem Foleya.

Cel opieki: Minimalizowanie możliwości zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Odpowiednia higiena ujścia cewki moczowej pacjenta poprzez systematyczna toaletę krocza oraz stosowanie preparatu na bazie oktenidyny w celu minimalizowania ryzyka powstania zakażenia układu moczowego.
- Kontrola przyjmowania płynów oraz kontrola diurezy oraz koloru zabarwienia moczu.
- Pobranie moczu do badań mikrobiologicznych.

Wynik opieki: Nie odnotowano cech specyficznych dla zakażenia układu moczowego w wyniku założenia cewnika Foley'a.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej w wyniku przebytego zabiegu operacyjnego.

Cel opieki: Obserwacja w celu wczesnej interwencji objawów mogących świadczyć o zaburzeniach gospodarki wodno – elektrolitowej, a w razie wystąpienia objawów przywrócenie równowagi.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pobranie krwi na poziom elektrolitów.
- Prowadzenie bilansu płynów.

- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia obrzęków dystalnych części ciała, świadczących o złym funkcjonowaniu gospodarki wodno – elektrolitowej organizmu.
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych: tętna, ciśnienia krwi, saturacji, częstotliwości oddechów, temperatury ciała.

Wynik opieki: Nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o zaburzeniach gospodarki wodno – elektrolitowej u dziecka. Problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Deficyty z zakresu samopielęgnacji i samoopieki hospitalizowanego dziecka będące wynikiem przeprowadzonej operacji ostrego rozwarstwienia aorty wstępującej typu I De Bekeya.

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjenta w zakresie czynności samoobsługowych związanych z higieną ciała, samodzielnym przyjmowaniem pokarmów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena wydolności do samoopieki i samopielęgnacji oraz zastosowanie kryterium oceny kategorii opieki.
- Edukacja opiekunów z zakresu pielęgnacji i opieki nad dzieckiem w okresie pooperacyjnym.
- Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych w zakresie tego wymagającym z jednoczesnym niewyręczaniem dziecka.
- Rozmowy z opiekunem na temat zakresu ograniczeń dziecka w pielęgnacji i opiece w okresie hospitalizacyjnym i pohospitalizacyjnym.

Wyniki opieki: Dziecko zostało zakwalifikowane do II kategorii opieki oznaczającej opiekę umiarkowaną. Dziecko jest sprawne i samodzielne w zakresie swoich możliwości i ograniczeń.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia odleżyn w związku z unieruchomieniem po zabiegu operacyjnym.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia zagrożenia odleżyną poprzez zastosowanie ogólnodostępnych skal.
- Zmiana pozycji ciała dziecka co 2- 3 godziny w celu niwelowania ucisku, rotowanie pozycji.
- Obserwacja dziecka w kierunku powstania odleżyn wraz z zastosowaniem pełnej profilaktyki przeciwodleżynowej.

- Stosowanie odpowiedniej diety wysokobiałkowej w celu niwelowania ryzyka powstawania odleżyn związanych z unieruchomieniem pacjenta.

Wynik opieki: W celu oceny ryzyka odleżyn zastosowano skalę Norton –brak ryzyka rozwoju odleżyn. Zastosowano żywienie wysokobiałkowe, wdrożono profilaktykę przeciwodleżynową.

Diagnoza pielęgniarska 11: Dysfagia będąca przyczyną licznych owrzodzeń występujących w obrębie jamy ustnej i gardła dziecka.

Cel opieki: Podaż odpowiedniej ilości substancji odżywczych oraz płynów i niedopuszczenie do spadku masy ciała.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia odżywienia dziecka poprzez zastosowanie skali niedożywienia Yorkshill.
- Wdrożenie wysokobiałkowej i wysokoenergetycznej diety półpłynnej i płynnej w celu niwelowania problemów z połykaniem.
- Regularna kontrola parametrów antropologicznych dziecka: wiek, masa ciała.
- Wdrożenie kontroli diurezy dobowej i godzinowej wraz z prowadzeniem bilansu płynów w celu szybkiej reakcji na cechy odwodnienia organizmu.

Wynik opieki: Pomimo zastosowania pokarmów płynnych i półpłynnych problem z dysfagią występuje nadal. Wdrożono uzupełnianie płynów dożylnie. Zastosowano również zgłębnik dojelitowy.

Diagnoza pielęgniarska 12: Wystąpienie stanu podgorączkowego u dziecka z powodu dolegliwości bólowych oraz stresu.

Cel opieki pielęgniarskiej: Obniżenie temperatury ciała.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularny pomiar temperatury ciała.
- Stosowanie niefarmakologicznych metod obniżenia ciepłoty ciała,
- Podaż leków obniżających ciepłotę ciała według zlecenia lekarskiego.
- Udokumentowanie wszystkich podjętych interwencji pielęgniarskich w karcie pacjenta.

Wynik opieki: W wyniku wdrożenia leczenia farmakologicznego obniżono temperaturę ciała dziecka do prawidłowych wartości. Problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 13: Świąd skóry spowodowany Atopowym Zapaleniem Skóry w fazie zaostrzenia oraz ryzyko nadkażeń skóry.

Cel opieki: Eliminacja lub zmniejszenie uczucia świądu skóry wraz z likwidacją niepokoju dziecka i niedopuszczenie do nadkażenia skóry.

Interwencje pielęgniarskie:

- Oczyszczenie skóry poprzez kąpiel wraz z odpowiednim natłuszczeniem skóry.
- Dokłada obserwacja dziecka pod kątem zaostrzenia się AZS lub nowych zmian.
- Wysuszanie sączących się zmian przy pomocy zleconych miejscowych środków farmakologicznych.

Wynik opieki: Świąd i niepokój dziecka uległy zmniejszeniu, nie dopuszczono do nadrażenia skóry.

Diagnoza pielęgniarska 14: Niewystarczająca wiedza opiekunów dziecka na temat pielęgnowania dziecka z AZS.

Cel opieki pielęgniarskiej: Wyedukowanie opiekunów dziecka na temat pielęgnacji w atopowym zapaleniu skóry.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa i ocena motywacji opiekunów do poszerzania swojej wiedzy na temat AZS.
- Indywidualne podejścia do opiekunów dziecka, dostosowanie się do ich potrzeb.
- Dostarczenie materiałów edukacyjnych – broszur, tablic.
- Edukacja na temat odpowiedniej pielęgnacji atopowej skóry dziecka.

Wynik opieki: Stan wiedzy opiekunów dziecka zwiększył się.

Diagnoza pielęgniarska 15: Osłabienie, uczucie zmęczenia i znużenia wraz z problemami ze snem oraz nocnym wybudzaniem.

Cel opieki: Poprawa zasypiania i jakości snu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie polskiej skali FAS w celu oceny stopnia zmęczenia dziecka.
- Zapewnienie obecności opiekunów przy dziecku oraz podjęcia rozmów mających na celu porady edukacyjne w celu akceptacji choroby i faktu hospitalizacji.
- Zadbanie o odpowiedni mikroklimat sali w której przebywa dziecko (odpowiednia wilgotność, temperatura, zapewnienie ciszy).
- W ciągu dnia minimalizowanie negatywnych emocji, lęku poprzez rozmowy nacechowane partnerstwem i empatią.

- Minimalizowanie bólu występującego u dziecka, mającego wpływ na nocne wybudzanie.
- Na zlecenie lekarskie zastosowanie farmakoterapii mającej na celu wyciszenie i lepszy sen nocny.

Wynik opieki: W celu określenia poziomu zmęczenia u badanej zastosowano skalę FAS, której wynik wskazał na zmęczenie o łagodnym nasileniu.

Diagnoza pielęgniarska 16: Obniżony nastrój dziecka, apatia i przygnębienie z uwagi na długą hospitalizację oraz tęsknotę za domem.

Cel opieki: Weryfikacja przesiewowa stanu depresji oraz poziomu akceptacji choroby. Poprawa samopoczucia dziecka, niwelowanie negatywnych odczuć.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie skali depresji Becka w celu przesiewowej oceny zagrożenia depresją u badanej.
- Ocena akceptacji choroby z zastosowaniem Kwestionariusza Akceptacji Choroby Jurczyńskiego AIS.
- Rozmowy mające na celu wyjaśnienie przyczyn izolacji wraz z okazywaniem zrozumienia oraz empatii.
- Okazywanie wsparcia emocjonalnego oraz poinformowanie o możliwości kontaktu z psychologiem.
- Obserwacja dziecka pod kątem obniżenia nastroju i pogorszenia stanu emocjonalnego.

Wynik opieki: W wyniku zastosowanych skal u dziecka występują objawy depresji o łagodnym nasileniu oraz średni poziom akceptacji choroby. Dziecko jest pod stałą opieką psychologa szpitalnego.

WNIOSKI

Celem prezentowanej pracy opartej na badaniu z zastosowaniem metody indywidualnego przypadku była analiza opieki pielęgniarskiej u pacjenta z zespołem Marfana. Do głównych wniosków płynących z pracy wskazuje się:

1. U 15 letniej dziewczynki ze zdiagnozowanym od kilku lat zespołem Marfana występują typowe manifestacje choroby z ujęciem kryteriów małych i dużych GHENT w zakresie poszczególnych układów: układu sercowo – naczyniowego, układu narządu wzroku oraz układu mięśniowo – szkieletowego. W układzie kostno – stawowym było spełnionych 5 kryteriów GHENT, mianowicie lejkowata klatka

piersiowa, odchylenia w badaniu antropometrycznym, dodatni objaw Steinberga i Wlkera – Murdocha oraz skolioza. W zakresie kryterium małego GHENT występowało zaciśnięcie zębów oraz tyłożuchwie. W układzie sercowo – naczyniowym stwierdzono wypadanie płotka zastawki mitralnej. W zakresie układu wzroku zaobserwowano krótkowzroczność oraz zez rozbieżny. Ponad to przyczyną hospitalizacji dziecka zespołem Marfana były klasyczne objawy, niezależne od wieku badanej, sugerujące rozwarstwienie aorty, mające postać nagłego, silnego bólu w klatce piersiowej w jej przedniej części z promieniowaniem do jamy brzusznej.

2. Opieka nad pacjentem pediatrycznym z zespołem Marfana jest podyktowana przede wszystkim specyficzną symptomatologią choroby związaną z zagrożeniem układów kostno – szkieletowego, układu krążenia oraz narządu wzroku. Holistyczna opieka pielęgniarska jest ściśle dostosowana do danego przypadku klinicznego i obejmuje szereg interwencji pielęgniarskich mających na celu poprawę zdrowia i jakości życia w chorobie zarówno dziecka z MFS jak również opiekunów. Do głównych problemów pielęgnacyjnych u badanego dziecka w zakresie opieki pielęgniarskiej można zaliczyć czynności pielęgniarskie związane z całościową opieką i pielęgnacją pacjenta po zabiegu kardiochirurgicznym, która wymaga wysokich kompetencji i wiedzy z zakresu wystąpienia możliwych powikłań pooperacyjnych, które mogą w realny sposób zagrażać zdrowiu i życiu. Opieka pooperacyjna wymaga od całego zespołu interdyscyplinarnego pilnej uwagi oraz dokładności wraz z analizowaniem parametrów hemodynamicznych oraz zleconych badań, w celu szybkiej interwencji w zakresie zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym.
3. W zakresie samoopieki i samopielęgnacji badane dziecko po przebytej operacji chirurgicznej potrzebuje wsparcia personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów we wszystkich zakresach funkcjonowania biopsychospołecznego z uwagi na okres przed i po operacyjny. W miarę upływu czasu po hospitalizacji zespół pielęgniarski oraz rehabilitacji wspomagają powrót do normalnych, codziennych czynności związanych z samoopieką i samopielęgnacją wraz ze wzmocnieniem układu kostnego oraz oddechowego. Czas powrotu do normalnego funkcjonowania jest uzależniony przede wszystkim od właściwej kontroli leczenia oraz prawidłowo prowadzonej rehabilitacji.
4. W oparciu o szeroko dostępne skale stosowane w praktyce pielęgniarskiej zaobserwowano, że u dziecka z zespołem Marfana po operacji ratującej życie występuje obniżony nastrój oraz średnia akceptacja choroby. Wskazaniem do dalszego postępowania jest zapewnienie dziecku oraz jego opiekunom pomocy

psychologicznej, w celu dalszej diagnostyki w kierunku depresji oraz lepszej afirmacji życia.

5. Pielęgniarka poprzez profesjonalne postępowanie podczas przygotowywania pacjenta fizycznego i psychicznego do operacji wraz z bezustannym monitorowaniem parametrów życiowych i ogólnego stanu zdrowia ma znaczący wpływ na przebieg procesu leczenia i rehabilitację chorego mającą w konsekwencji doprowadzić do zwiększenia sprawności ruchowej i aktywności społecznej. Opieka nad pacjentem małoletnim w bezpośrednim okresie pooperacyjnym wymaga przygotowania merytorycznego pielęgniarki. W opisywanym przypadku jednym z kluczowych zadań pielęgniarki było wczesne rozpoznanie zaburzeń funkcji życiowych i objawów klinicznych powikłań pooperacyjnych; minimalizowanie ryzyka powikłań i szybkie reagowanie w przypadku ich wystąpienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Grużewska-Piotrowska K., Pająk M., Hubka J., I et al.: Marfan's syndrome – inheritance, diagnostic methods, management in disease. *Quality in Sport* 2023; 14(1): 11-22.
2. Ludzia M., Smerczyńska - Wierzbicka E., Werner B.: Aspekty diagnostyczne i teapeutyczne zespołu Marfana w wieku rozwojowym. *Nowa Pediaatria* 2018; 22(2): 27-31.
3. Wołkowska B., Wołkowski J., Kucharz E.J., i wsp.: Zespół Marfana - wybrane zagadnienia kliniczne. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 1995; 30:413-421.
4. Śmigiel R., Misiak B., Sasiadek M.M.: Zespoły genetyczne charakteryzujące się nadmiernym wzrostem-aspekty kliniczne i poradnictwo genetyczne. *Przegląd Pediatryczny* 2008; 38(2):121-129.
5. Marfan Polska: Warto wiedzieć przewodnik dla rodziców i opiekunów dzieci z zespołem marfana. , <https://marfan.org.pl/> (data pobrania 26.09.2023).
6. Rogowski J., Jarmoszewicz K., Siondalski P., i wsp.: Opieka pooperacyjna po zabiegach kardiochirurgicznych. *Choroby Serca i Naczyń* 2006; 3(3):115-122.
7. Stenton C.: The MRC breathlessness scale. *Occupational Medicine* 2008; 58(3): 226-227.
8. Nasiłowska-Adamska B.: Profilaktyka i leczenie zaburzeń przewodzenia pokarmowego towarzyszących chemioterapii i radioterapii. *Hematologia* 2011; 2(2):149-161.

9. Szalek E.: Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej – istotny problem terapeutyczny w onkologii. *Farmacja Współczesna* 2018; 11: 8-14.
10. Leppert W., Woron J.: Nudności i wymioty u chorych na nowotowory - zalecenia posępowania terapeutycznego. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016; 8(3): 85–98.
11. Laitinen J.: Acupuncture and transcutaneous electrostimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia. *The American Journal of Chinese Medicine* 1979;4:2.
12. WASOG World Association for Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders. Association Fatigue Assessment Scale (FAS). <http://www.wasog.org/education-research/questionnaires.html> (data pobrania 23.02.2023).
13. Makowiec-Dąbrowska T., Gadzicka E., Siedlecka J., i wsp.: Czynniki obciążające w pracy nauczycieli. *Medycyna Pracy* 2021;72(3):283–303.
14. Zarzycka D.: Katalog skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia dla potrzeb opieki pielęgniarskiej, materiały dydaktyczne. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2015.
15. Przedborska A.: Wybrane metody statystyki wielowymiarowej w ocenie jakości życia słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Prace naukowe uniwersytetu ekonomicznego we Wrocławiu* 2015; 384:247-252.
16. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A.: Skala akceptacji choroby AIS [w:] *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*, Juczyński Z. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166.
17. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009

ROLA OKSYTOCYNY W PRZEBIEGU PORODU NATURALNEGO ORAZ JEJ WPLYW NA ZDROWIE KOBIECI ORAZ NOWORODKÓW

Katarzyna Miler¹, Marzena Kaźmierczak²

- 1. Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, Sala Porodowa*
- 2. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Oksytocyna to neuropeptyd zbudowany z dziewięciu aminokwasów, który jest syntezowany w jądrze nadwzrokowym i okołokomorowym podwzgórza. Za magazynowanie tej substancji odpowiada tylny płąt przysadki mózgowej, a za regulację jego wydzielania aktywność elektryczna neuronów w podwzgórzu [1]. Oksytocyna odkryta została w 1906 roku przez Sir Henry'ego Dale'a, a pierwszy raz zsyntetyzowana w 1953 roku przez Vincenta du Vigneaud'a, który za tę przełomową pracę otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie chemii. Od tego czasu podawana jest ona zarówno dożylnie, jak i domięśniowo najczęściej w celu indukcji porodu oraz w przypadku wystąpienia krwotoku poporodowego [2]. Oksytocyna reguluje nie tylko pracę układu rozrodczego, ale także układu odpornościowego, autonomicznego układu nerwowego, a także odgrywa kluczową rolę w ewolucji ssaków kontrolując zachowania rodzicielskie, społeczne, więzi partnerskie oraz zachowania seksualne [3].

ROZWINIĘCIE

Poród, wczesny okres poporodowy oraz laktacja są regulowane przez procesy neuroendokrynne działające na zasadzie kaskady neurochemicznej [4]. Mechanizm rozpoczęcia porodu naturalnego rozpoczyna się od syntezy estrogenu łożyskowego,

który pobudza miejscową syntezę oksytocyny w trofoblaście, owodni i doczesnej. Produkcja ta przebiega miejscowo, dlatego w badaniach laboratoryjnych krwi obwodowej kobiet ciężarnych podczas rozpoczęcia się czynności skurczowej mięśnia macicy nie odnotowuje się wzrostu stężenia tego hormonu [5]. W badaniu na myszach wykazano, że białka powierzchniowo- czynne wytwarzane poprzez dojrzałe płuca płodu stanowią bodziec rozpoczynający kaskadę szlaku zapalnego prowadzącą do wszczęcia porodu [4]. Wydzielanie oksytocyny zwiększa syntezę prostaglandyn w doczesnej macicy, które poprzez swoiste receptory komórkowe wpływają na uwolnienie wapnia z retikulum endoplazmatycznego powodujący skurcz miometrium macicznego [1]. Zarówno synteza prostaglandyn, jak i mediatorów stanu zapalnego w organizmie kobiety zapoczątkowane zwiększeniem stężenia oksytocyny, sprzyjają dojrzewaniu szyjki macicy oraz rozpoczęciu czynności skurczowej mięśnia macicy [5]. Oksytocyna eliminowana jest przez wątrobę i nerki, a okres jej półtrwania wynosi od 1 do 6 minut. Endogenna produkcja i wydzielanie oksytocyny jest kontrolowane przez mechanizm dodatniego sprzężenia zwrotnego. Podczas wystąpienia czynności skurczowej mięśnia macicy, rytmiczny nacisk wywołany na szyjkę macicy prowokuje wystąpienie odruchu Fergusona i uwolnienie tego hormonu.

Receptory oksytocynowe znajdują się w wielu narządach, takich jak: jajnikach, nerkach, trzustce, grasicy i sercu. Te swoiste receptory sprzężone są z białkami G. Wiązanie oksytocyny i aktywacja receptora wyzwała wewnątrzkomórkową mobilizację wapnia i skurcz mięśni gładkich. W warstwie mięśniowej macicy największe ich stężenie znajduje się w jej dnie. Wzrost stężenia estrogenu w ciąży sprzyja ekspresji genów stymulujących powstawanie receptorów oksytocynowych. W pierwszym trymestrze ciąży dochodzi do zwiększenia ich ilości 50-100-krotnie, przy czym przez całą ciążę 200-300-krotnie [6]. W ciąży fizjologicznej hormon ten wydzielany jest cyklicznie przez całą dobę, przy czym w godzinach nocnych jego synteza jest zwiększona. Stężenie oksytocyny w krążeniu płodowym osiąga maksymalną wartość w dniu porodu [1]. Pulsacyjny profil uwalniania oksytocyny nie koreluje z częstotliwością skurczową mięśnia macicy. Wynika to z faktu, że skurcze włókien mięśniowych macicy są dodatkowo kontrolowane przez przywspółczulny układ nerwowy. Impulsy przechodzące do nerwów przywspółczulnych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa aktywowane są przez oksytocynę obwodową powodując skurcze mięśnia macicy i dodatkowo polepszając w nim krążenie [6]. Dzięki aktywności podwzgórza

największe stężenie tego hormonu w krwi obwodowej matki odnotowuje się 15 minut po porodzie. Wpływa na to wczesna inicjacja laktacji oraz zapoczątkowanie kontaktu „*skin to skin*” (skóra do skóry). Wydzielana oksytocyna powoduje polepszenie inwolucji mięśnia macicy i zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwotoku poporodowego. Synteza tego neuropeptydu charakteryzuje się zmiennością genetyczną, wrażliwością na sensory, styl życia, a nawet dietę czy stosowane używki, np. nikotynę, która hamuje ten proces. Stężenie oksytocyny w ośrodkowym układzie nerwowym nie jest skorelowane z jego stężeniem we krwi, ponieważ oksytocyna obwodowa nie jest w stanie przejść przez barierę krew - mózg. Sprawia to kłopot w interpretacji badań naukowych, gdyż bezpośredni wpływ tego hormonu na układ nerwowy jest ograniczony [4].

Oksytocyna odgrywa również istotną rolę w prawidłowym przebiegu cyklu menstruacyjnego. Zwiększony jej poziom w okresie przedowulacyjnym wpływa na wydzielanie gonadoliberyny. Progesteron natomiast hamuje wpływ oksytocyny, co powoduje zatrzymanie cyklu miesięczkowego. Po porodzie karmienie piersią opóźnia wznowienie fizjologicznych cykli jajnikowych poprzez zakłócenie pulsacyjnego wydzielania gonadoliberyny z podwzgórza. Kobiety z pierwotnym bądź wtórnym zaburzeniem bolesnego miesięczkowania wykazują obniżone stężenie oksytocyny we krwi podczas menstruacji, co wiąże się z większymi dolegliwościami bólowymi [7]. Doniesiono, że oksytocyna wykazuje negatywne działanie energetyczne (zmniejszone uczucie sytości, zwiększone zużycie energii i wyzwała hipertermię), częściowo poprzez aktywację współczulnego układu nerwowego. Neuropeptyd ten wpływa również na obniżenie ryzyka uzależnienia oraz potrzeby zażywania narkotyków poprzez modulowanie aktywności układu systemu nagrody. Wykazano, że oksytocyna ma wpływ na wiązanie się par, empatię i reagowanie na stres, empatyczne zachowanie, temperament prospołeczny, rozpoznawanie twarzy i zaburzenia ze spektrum autyzmu [6].

Działanie neuroprotekcyjne oksytocyny na płód potwierdza jej zdolność do wydłużania apoptozy komórek ośrodkowego układu nerwowego oraz redukcji wewnątrzkomórkowego stresu oksydacyjnego. Mechanizmy te zmniejszają ryzyko wystąpienia niedotlenienia okołoporodowego. Podczas porodu podwyższa się poziom cytokin płodowych, a dzięki wydzielaniu tego neuropeptydu oraz zmniejszeniu stężenia wewnątrzkomórkowego chlorku opóźniony zostaje czas beztlenowej depolaryzacji komórkowej. Ponadto, zablokowanie receptorów oksytocynowych w trakcie porodu u

szczurów blokowało działania neuroprotektoryjne i powodowało upośledzenie zachowań prospołecznych w okresie ich dojrzewania. Produkowany peptyd zmniejsza ryzyko wystąpienia martwiczego zapalenia jelit u noworodka. Stężenie oksytocyny regulowane jest także przez bakterie jelitowe *L. reuteri*, które znajdują się także w sianie oraz w dojrzłym mleku matki. Odpowiednia ilość tej bakterii stymuluje produkcję oraz wydzielanie tego hormonu, a u gryzoni karmionych mlekiem modyfikowanym, u których występowały zaburzenia jelitowe wynikające z wcześniactwa, podawanie oksytocyny zmniejszało powikłania współistniejącej choroby, nadwrażliwości trzewne oraz prawdopodobieństwo wystąpienia polineuropatii cukrzycowej [4]. Oksytocyna odgrywa istotną rolę w utrzymaniu laktacji, powoduje skurcze komórek mioepitelialnych, co zwiększa ciśnienie w piersi prowadząc do falowego uwalniania mleka z gruczołów sutkowych przez przewody mleczne. Odruch wypływu mleka z piersi jest kontrolowany nie tylko przez jej mechaniczne pobudzenie, ale także przez bodźce zewnętrzne, takie jak płacz niemowlęcia czy myśl o nim [8]. Wczesna stymulacja dotykowa w okresie noworodkowym odgrywa ważną rolę w kształtowaniu reakcji emocjonalnej dziecka. Delikatne głaskanie skóry dziecka wywołuje przyjemne doznania i nagrodę społeczną poprzez aktywację włókien C-dotykowych. Brak dotyku i interakcji społecznych we wczesnym dzieciństwie prowadzi do nieodwracalnych deficytów w zachowaniach emocjonalnych, społecznych i poznawczych. Delikatne bodźce dotykowe w okresie rozwojowym wywołują relację afiliacyjną prawdopodobnie w wyniku aktywacji neuronów oksytocyny podwzgórza.

Dodatkowo, kontakt „*skin to skin*” (STS) skutecznie zmniejsza utratę ciepła niemowlęcia. Ssaki, które narażone są na zmiany temperatury prezentują charakterystyczne „skulenie się” jako mechanizm ochronny. Oksytocyna wydzielana podczas kontaktu matki z dzieckiem nasila wytworzenie się zachowań ochronnych, takich jak ten charakterystyczny odruch. Ponadto zwiększa proces termogenezy poprzez aktywację wytwarzania brunatnej tkanki tłuszczowej. Wszelkie separacje matki od noworodka wpływają na zaburzenie kształtowania prawidłowych mechanizmów ochronnych dziecka. Badania wykazały, że separacja z matką po urodzeniu zmniejsza mRNA oksytocyny, liczbę neuronów oksytocyny w podwzgórzu i zmniejsza ekspresję receptora oksytocyny w niektórych obszarach mózgu noworodka, chociaż odnotowano różnice w zależności od gatunku, płci i badanych regionów mózgu [9].

Hormon ten wykazuje działanie ochronne nie tylko dla noworodka, ale także matki. Kobiety karmiące piersią charakteryzują się niższym ryzykiem zachorowania na raka piersi poprzez aktywację mechanizmu hamowania rozrostu komórek nowotworowych. Nie dotyczy to jednak wszystkich jego typów. Badania wskazują, że egzogenna oksytocyna zwiększa proliferację komórek nowotworu raka prostaty, macicy oraz drobnokomórkowego nowotworu płuc. Neuropeptyd ten reguluje stężenie trójglicerydów oraz cholesterolu w surowicy krwi w czasie ciąży oraz podczas karmienia piersią, chroniąc kobietę przed wzrostem masy ciała, cukrzycą i powikłaniami naczyniowo-sercowymi [4]. W okresie poporodowym z powodu nagłego spadku wydzielania estrogenów łożyskowych oraz wysokiego poziomu prolaktyny w krwi obwodowej wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych oraz suchości pochwy. Właściwości przeciwzapalne oraz regeneracyjne oksytocyny wykorzystywane są w leczeniu zanikowego zapalenia oraz atrofii pochwy, a także dyspareunii u kobiet karmiących piersią, spowodowaną spadkiem estrogenu w krwi obwodowej. Niektóre z badań wykazują pozytywny wpływ donosowego podania oksytocyny na wzrost satysfakcji seksualnej, a mianowicie poprawę intensywności orgazmu i wzrost podniecenia seksualnego [10]. Zaburzenia wydzielania bądź wytwarzania oksytocyny zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak schizofrenia oraz depresja. Badania przeprowadzone na modelach zwierzęcych wykazały, że podanie tego hormonu może wpłynąć na polepszenie profilu psychospołecznego pacjentów [7].

Oksytocyna odgrywa również istotną rolę w procesie gojenia się ran. Donosowe podanie tego peptydu zwiększa ilość kortyzolu w krwi obwodowej i ułatwia proces proliferacji komórek nabłonkowych, podczas gdy antagonisty receptorów oksytocynowych podany izolowanym chomikom opóźnia ten proces [11]. Badania na osobach ze spektrum autyzmu w wieku 3-20 lat poddanych terapii skojarzonej probiotykami oraz donosowym podaniem oksytocyny wykazały istotny wpływ tego hormonu oraz stanu mikrobioty jelitowej, na poprawę zachowań społecznych i behawioralnych badanych. Poprawę stanu emocjonalnego pacjentów poddanych leczeniu skojarzonemu przypisuje się synergistycznym interakcjom między dwoma terapiami, w których uczestniczy oś jelitowo-mózgowa [12]. W dorosłym zwierzęcym modelu sprowokowania udaru niedokrwinnego, zwierzęta poddane ogniskowemu niedokrwieniu mózgu charakteryzowały się mniejszymi uszkodzeniami tkanek,

zwiększoną aktywnością przeciwutleniającą i zmniejszonym stresem oksydacyjnym, jeśli w okresie rekonwalescencji przebywały w społeczeństwie, w przeciwieństwie do zwierząt, które wracają do zdrowia w izolacji społecznej. Udowadnia to, że oksytocyna odgrywa rolę regulatora układu odpornościowego [13].

Podczas karmienia dziecka piersią oksytocyna wpływa uspokajająco na matkę, obniża ciśnienie krwi tętniczej, reguluje stężenie kortyzolu oraz obniża poziom lęku u matki. Hormon ten odpowiada za zachowania rodzicielskie, gdyż wydłuża czas kontaktu wzrokowego matki z dzieckiem, zwiększa poziom zaufania społecznego i ułatwia pozytywny odbiór rzeczywistości [14]. Ponadto odpowiada za umiejętność rozpoznawania emocji dziecka przez matkę. Kobiety w okresie laktacji charakteryzują się obniżoną zdolnością rozpoznawania gniewnej mimiki dziecka, co ma na celu wydłużenie czasu bezstresowego karmienia piersią. Umiejętność ta utrzymuje się aż do 2 lat po porodzie i dotyczy nie tylko dzieci, ale również innych ludzi. Poprawia to kontakty społeczne i wpływa na wzrost poziomu empatii u kobiet w tym czasie [2].

Oksytocyna wpływa na modulowanie odpowiedzi behawioralnej w obliczu wystawienia badanych na sytuacje stresowe. Badania przeprowadzone na mysim modelu stresu wykazały jego wpływ na aktywację syntetyzowania oksytocyny w podwzgórzu jednocześnie ukazując, że samice z niedoborem tego hormonu wykazywały się licznymi porażkami społecznymi i gorszą behawioralną odpowiedzią na wystawiony bodziec. Aktywacja receptora oksytocyny u myszy poprawiała zapamiętywanie i utożsamianie negatywnych oraz pozytywnych interakcji społecznych, a w rezultacie zmniejszała negatywne reakcje. Wywołane społeczne reakcje stresowe zniwelowane były u myszy w okresie laktacji [15]. Badania przeprowadzone na ludziach w kontrolowanych warunkach stresowych, np. przed wystąpieniem publicznym wykazały u nich zwiększony poziom oksytocyny w ślinie.

U osób zdrowych oksytocyna ułatwia rozpoznawanie groźnych bodźców i przerażającej mimiki. Wyższe stężenia oksytocyny w osoczu odnotowuje się u ludzi chorujących na depresję, co udowadnia powiązanie tego hormonu z poziomem lęku, który jest u nich podwyższony [16]. Oksytocyna ułatwia pasywne formy radzenia sobie ze stresem i chroni przed „unieruchomieniem ze strachu”. Ponadto hormon ten wpływa na regulację rytmu bicia serca, a także chroni ssaki przed „gadzim” wzorcem „zamrożenia”, jako reakcji na bodziec stresowy skutkującym opróżnieniem dolnego odcinka jelita [13].

Oksytocyna ma wpływ na afiliacyjne bodźce dotykowe w okresie noworodkowym, mające związek z zachowaniami adaptacyjnymi i społecznymi w wieku dorosłym. Coraz więcej dowodów sugeruje, że afiliacyjne bodźce dotykowe i egzogenne stosowane we wczesnych etapach życia indukują wyższą aktywność układu receptorów oksytocynowych w wieku dorosłym, chociaż efekty są zależne od płci, dawek i badanych obszarów mózgu [9].

Ciąża, poród oraz połów są czynnikami wystąpienia przewlekłego stresu i mogą powodować hiperaktywację osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, co uważane jest za jeden z czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia depresji poporodowej. Rola przeciwdepresyjna oksytocyny opiera się na jej bezpośrednim związku z wydzielaniem serotoniny z jąder szwu mózgu do krwi obwodowej, a także uwalnianiem dopaminy z prążkowiec brzusznych. Działanie przeciwzapalne tego neuropeptydu wspomaga proliferację i różnicowanie neuronów w hipokampie, co zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Poziom oksytocyny może stanowić bio-marker w przewidywaniu ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Badania na kobietach zakwalifikowanych do wykonania cięcia cesarskiego, u których podczas nakłucia lędźwiowego pobrano próbki płynu mózgowo-rdzeniowego, a wcześniej próbki śliny wykazały, że poziom oksytocyny w grupie kobiet, u których trzy miesiące po cięciu cesarskim potwierdzono wystąpienie depresji poporodowej (użyto skali EPDS) był statystycznie niższy niż u kobiet, które nie zachorowały na tę chorobę [17]. Poruszanie mięśniami twarzy kontrolowane jest przez te same obszary pnia mózgu, które regulują zmielinizowany szlak błędny, łącząc doświadczenia emocjonalne i stany psychiczne zaangażowane w komunikację społeczną z autonomicznym działaniem oksytocyny w tym zakresie. Hormon ten, działając za pośrednictwem autonomicznego układu nerwowego zależny jest również od sygnalizacji jelitowo-mózgowej za pośrednictwem nerwu błędnego. W badaniu na myszach stwierdzono, że samce poddane lękowi separacyjnemu odłączone od matki w ciągu pierwszych dwóch tygodni życia, fenotypowo wykazywały się stanem depresyjnym podobnym do samców w wieku dorosłym. Towarzyszyło temu upośledzenie pracy mitochondriów, zwiększony stres oksydacyjny i zwiększona ekspresja genów odpowiadających za wzrost ilości markerów prozapalnych w obrębie hipokampa. Co ważne, czynniki te w mniejszym stopniu wystąpiły u myszy poddanych wstrzyknięciu oksytocyny do komory mózgowej.

Podobne wyniki zaobserwowano u samców, których matki poddane były diecie niskobiałkowej w ciąży [13].

Najnowsze badania skupiające się na wpływie tego hormonu na układ immunologiczny wykazały, że patogenezę COVID-19 leży u podłoża hamowania aktywności wydzielniczej oksytocyny. Osoby podatne na zakażenie tym wirusem, między innymi: kobiety w okresie menopauzy, mężczyźni w podeszłym wieku oraz pacjenci chorujący na zaburzenia glikemii charakteryzowali się obniżonym stężeniem oksytocyny we krwi obwodowej. Badanie wykazało, że zaburzenia immunologiczne mogą być skorelowane z obniżonym stężeniem tego hormonu, a tezę tę potwierdza ilość kobiet ciężarnych chorujących na COVID-19 bezobjawowo [18].

PODSUMOWANIE

Oksytocyna jest hormonem niezbędnym w prawidłowym przebiegu ciąży, porodu oraz porodu fizjologicznego. Wpływa na szereg zachowań społecznych, opiekę rodzicielską, więzi partnerskie, zachowania seksualne, pamięć oraz redukcję stanów lękowych. Pełni niezastąpioną rolę reprodukcyjną, a także wydłuża czas karmienia piersią. Reguluje nie tylko pracę układu rozrodczego, ale także odpornościowego oraz autonomicznego układu nerwowego. Neuropeptyd ten znalazł swoje zastosowanie nie tylko w indukcji porodu, ale także w leczeniu zaburzeń oraz dysfunkcji seksualnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G.H.: Fizjologia ciąży [w:] Bręborowicz G.H.(red.). Położnictwo i ginekologia Tom 1. Położnictwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020;75-80.
2. Takayanagi Y., Onaka T.: Roles of oxytocin in stress responses, allostasis and resilience. *International Journal of Molecular Sciences* 2022; 23 (1) <https://doi.org/10.3390/ijms23010150> (data pobrania 22.07.24).
3. Permatarari T.A.E., Syafruddin A: The relationship between oxytocin levels with empathy and breastfeeding intention in female medical students. *Annals of Medicine and Surgery* 2020; 81 <https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/toc/2022/09000> (data pobrania 19.07.24).
4. Walter H.M., Abele H., Plappert F.C.: The Role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: neurobiological basics and implications for mother and

- child. *Frontiers in Endocrinology* 2021;12
<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236> (data pobrania 20.07.23).
5. Carter S., Channon A., Berrington A.: Socioeconomic risk factors for labour induction in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20(146)
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-2840-3> (data pobrania 20.07.2024).
 6. Hermes A.C., Kernberg A.S., Layoun R.V., et al.: Oxytocin: physiology, pharmacology, and clinical application for labor management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2024;230(3)
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.041> (data pobrania 25.07.24).
 7. Liu N., Yang H., Han L., et al.: Oxytocin in women's health and disease. *Frontiers in Endocrinology* 2022;13 <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.786271> (data pobrania 05.08.24).
 8. Kim H.S., MacIntyre A.D., da Silva F.M., et al.: Oxytocin activates NF- κ B-mediated inflammatory pathways in human gestational tissues. *Molecular and Cellular Endocrinology* 2015;43:64-77, 10.1016/j.mce.2014.11.008 (data pobrania 19.07.23).
 9. Onaka T., Takayanagi Y.: The oxytocin system and early-life experience-dependent plastic changes. *Journal of Neuroendocrinology* 2021;33:e13049.
<https://doi.org/10.1111/jne.13049> (data pobrania 16.08.24).
 10. Mesbahi A., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Ghorbani Z., et al.: The effect of intra-vaginal oxytocin on sexual function in breastfeeding mothers: a randomized triple-blind placebo-controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022;22(62) <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04384-w> (data pobrania 20.07.24).
 11. Takayanagi Y., Onaka T.: Roles of oxytocin in stress responses, allostasis and resilience. *International Journal of Molecular Sciences* 2022; 23(1)
<https://doi.org/10.3390/ijms23010150> (data pobrania 22.07.23).
 12. Kong J.X., Liu J., Liu K., et al.: Probiotic and oxytocin combination therapy in patients with autism spectrum disorder: a randomized, double-blinded, placebo-controlled pilot trial. *Nutrients* 2021;13(5):1552
<https://doi.org/10.3390/nu13051552> (data pobrania 22.07.24).

13. Carter S.C., Kenkel M.W., MacLean L.E., et al.: Is Oxytocin “Nature’s Medicine”? *Pharmacological Reviews* 2020;72 (4): 829-861. DOI: <https://doi.org/10.1124/pr.120.019398> (data pobrania 02.08.24).
14. Ślizień-Kuczapska E., Nehring-Gugulska M.: Regulacja procesu wytwarzania pokarmu [w:] Nehring-Gugulska M., Pietkiewicz A., Żukowska-Rubik M. (red.): *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i położnych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017:67-75.*
15. Onaka T., Takayanagi Y.: Role of oxytocin in the control of stress and food intake. *Journal of Neuroendocrinology* 2019 <https://doi.org/10.1111/jne.12700> (data pobrania 22.07.24).
16. Matsunaga M., Kikusui T., Mogi K., et al.: Breastfeeding dynamically changes endogenous oxytocin levels and emotion recognition in mothers. *Biology Letters* 2020;16 <https://doi.org/10.1098/rsbl.2020.0139> (data pobrania 22.07.23).
17. Chen Q., Zhuang J., Zuo R., et al.: Exploring associations between postpartum depression and oxytocin levels in cerebrospinal fluid, plasma and saliva. *Journal of Affective Disorders* 2022; 315 (15):198-205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.052> (data pobrania 22.07.24).
18. Wang S.C., Zhang F., Zhu H., et al.: Potential of endogenous oxytocin in endocrine treatment and prevention of COVID-19. *Front. Endocrinol.*2022;13 <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.799521> (data pobrania 21.07.23).

OPIEKA NAD PACJENTKĄ W CIĄŻY BLIŹNIACZEJ Z PROM PO OBUMARCIU JEDNEGO PŁODU Z POWODU TTTS

Beata Strzelecka¹, Katarzyna Wiśniewska², Aleksandra Farbiś³

1- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

3- Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Ciąże wielopłodowe są zaliczane do ciąż wysokiego ryzyka położniczego. Cechą charakterystyczną ciąż wielopłodowych jest jednoczesny rozwój w jamie macicy dwóch albo większej liczby płodów. Liczba ciąż wielopłodowych w ostatnich latach rośnie ze względu na stosowanie procedur rozrodu wspomaganego. W opiece położniczej nad pacjentką należy dążyć do uzyskania korzystnych wyników położniczych, ale też trzeba mieć wiedzę na temat powikłań, które mogą wystąpić i są warunkowane wieloprzyczynowo. W ciąży wielopłodowej ryzyko zaburzeń wzrastania czy obumarcia płodu jest wyższe, dlatego rekomenduje się objęcie ciężarnej opieką ośrodka referencyjnego po rozpoznaniu w I trymestrze ciąży obecności więcej niż jednego płodu [1,2].

Wśród powikłań ciąży bliźniaczej może wystąpić zespół przetoczenia między płodami (TTTS), który polega na wystąpieniu niezrównoważonego przepływu krwi między płodami, które są obecne we wspólnym łożysku. To powikłanie typowe dla ciąż bliźniaczych jednokosmówkowych (dotyczy 10-15% przypadków), dlatego po rozpoznaniu tego typu ciąży rekomenduje się dodatkowe badania USG w ramach diagnostyki przesiewowej. TTTS występuje w różnych stopniach zaawansowania, które wskazują na sposób postępowania terapeutycznego. Pacjentka powinna zostać skierowana do ośrodka wyspecjalizowanego w prowadzeniu ciąż wielopłodowych z powikłaniami. Jeśli dodatkowo ciąża zostaje powikłana zgonem jednego z płodów, występuje duże ryzyko uszkodzenia mózgowia u bliźniaka pozostałego przy życiu i późniejszych opóźnień rozwoju neurologicznego. Natomiast PROM jako poważne powikłanie ciąży występuje częściej w ciążach wielopłodowych i ma skutki zależne od tego, w jakim tygodniu ciąży następuje pęknięcie pęcherza owodniowego.

Przedwczesny PROM oznacza scenariusz kliniczny z dużą niepewnością co do przeżycia noworodka [1,3].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie opieki nad pacjentką z PROM po obumarciu jednego płodu z ciąży bliźniaczej z powodu TTTS.

MATERIAŁ I METODY

Do pracy wykorzystane metodę indywidualnego przypadku. Materiał badawczy został zgromadzony z wykorzystaniem technik: wywiadu, obserwacji, pomiaru podstawowych parametrów życiowych, analizy dokumentacji medycznej. Jako narzędzia podczas gromadzenia danych wykorzystano: skale do oceny pacjentki, w tym skalę GSC i VAS, sprzęt do pomiaru saturacji, ciśnienia tętniczego krwi, dokumenty medyczne – historię choroby, karty obserwacji, karty zleceń lekarskich.

Dane empiryczne gromadzono na podstawie przypadku pacjentki, u której wystąpił TTTS z obumarciem jednego płodu i PROM. W trakcie hospitalizacji w grudniu 2023 roku przeprowadzono rozmowę z pacjentką i uzyskano jej zgodę na wykorzystanie danych medycznych podczas analizy zagadnienia.

WYNIKI

Pacjentka A.K., lat 32, została przyjęta do szpitala z powodu podejrzenia powikłań w ciąży bliźniaczej. Pani A.K. jest mężatką, mieszka w mieście wraz z rodziną, swoje warunki mieszkaniowe uważa za dobre. Pacjentka ma wykształcenie wyższe, ekonomiczne, pracuje.

Pierwsza miesiączka pacjentki w 14 roku życia, a ostatnia 24.01.2023r. Pacjentka zgłaszała miesiączki regularne, niebolesne. Pani A.K. w 2020 roku urodziła drogami i siłami natury zdrowego chłopca o masie 4520g. Pacjentka nie stosowała antykoncepcji. Pani A.K. 12.03.2023 miała wykonane badanie cytologiczne, wynik był prawidłowy. U pacjentki nie występowały schorzenia ginekologiczne, a także nie miała żadnych operacji. Ciąża II w 36 HBD. Pacjentka została przywieziona przez ZRM do szpitala z rozpoznaniem odpływu płynu, prawdopodobnie owodniowego, oraz niewielkiego krwawienia z dróg rodnych, zgłaszała osłabienie, wcześniej wystąpił epizod utraty przytomności.

Jej wzrost wynosił 168 cm, a masa ciała 75kg, BMI pacjentki wynosiło 30,36. Oddech pacjentki był prawidłowy, nie zgłaszała obecności duszności i zalegania wydzieliny w układzie oddechowym. Apetyt i stan odżywiania był prawidłowy. Wydalanie oraz diureza również prawidłowa. Gruczoły piersiowe powiększone. Pacjentka była w pełni świadoma, niedowłady nie występowały, czucie było prawidłowe.

W chwili przyjęcia pacjentki do szpitala ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 100/80 mmHg, a tętno 82 uderzeń/min, oddechy 18/min. Perfuzja obwodowa chorej była prawidłowa, pacjentka nie zgłaszała obecności występowania obrzęków. Pani A.K. była sprawna fizycznie, poruszała się samodzielnie, ze względu na osłabienie wymagała asekuracji. Na skórze pacjentki nie wykryto żadnych zmian. Słuch prawidłowy, wzrok prawidłowy. Pacjentka nie miała problemów ze snem. Ciężarna określiła swój nastrój na obniżony oraz występowanie niepokoju związanego z hospitalizacją. Pacjentka nie zgłaszała obecności chorób towarzyszących, nałogów, ani alergii, ani przyjmowania stałych leków.

W badaniu położniczym stwierdzono srom bez zmian prawidłowy, wargi sromowe większe przekrwione, mniejsze prawidłowe, w pochwie i przedsionku poprzednia blizna po nacięciu krocza, wypływ płynu i niewielkie krwawienie z ujścia szyjki macicy, trzon macicy odpowiadający tygodniowi ciąży, regularna czynność skurczowa macicy, brak ruchów płodów. Potwierdzono owodniowy charakter płynu, płyn przejrzysty, w niewielkiej objętości.

U pacjentki występowały dolegliwości bólowe w dole brzucha i w okolicy krzyżowej kręgosłupa.

W postępowaniu ratunkowym zastosowano tlenoterapię bierną, założono wkłucie dożylnie i podano dożylnie płyny. Zastosowano farmakologiczne i niefarmakologiczne leczenie bólu. Pacjentka poddana diagnostyce (badania laboratoryjne, USG), przewieziona na blok porodowy. Stwierdzono obumarcie jednego z płodów, skrócenie szyjki macicy w położeniu centralnym. W związku z nieefektywną czynnością skurczową pacjentce podano oksytocynę dożylnie i Cytotec. Uzyskano poród martwego i żywego płodu. Dziecko żyjące płci męskiej o masie ciała 2050 g, długości 46 cm, obwód głowy 30 cm, obwód klatki piersiowej 29 cm, ocenione na 7 punktów Apgar, przekazane do oddziału intensywnej opieki.

Stan pacjentki po porodzie stabilny, w kolejnej dobie opieki dobry. Macica obkurczała się prawidłowo, wysokość dna macicy w normie. Pacjentka objęta profilaktyką zakrzepowo-zatorową, opieką psychologiczną.

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Ryzyko wystąpienia powikłań u ciężarnej

Cel działania: Zmniejszanie ryzyka powikłań u ciężarnej

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zapewnienie ciągłości opieki i ciągłego nadzoru.
- Sprawdzenie objawów subiektywnych zgłaszanych przez pacjentkę.
- Monitorowanie parametrów życiowych.
- Monitorowanie pacjentki pod kątem oznak i objawów infekcji.
- Kontrolowanie stany świadomości pacjentki.

Ocena podjętych działań: Utrzymano stabilny stan ciężarnej.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Dyskomfort pacjentki z powodu dolegliwości bólowych

Cel działania: Zmniejszenie albo zniesienie dolegliwości bólowych, poprawienie komfortu pacjentki

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zebranie danych na temat nasilenia bólu (zastosowanie skali VAS), lokalizacji oraz okoliczności wpływających na zmniejszenie się albo zwiększanie dolegliwości.
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Ułatwienie pacjentce przyjęcia dogodnej pozycji.
- Zaproponowanie masażu okolic lędźwiowych kręgosłupa.
- Wyjaśnienie pacjentce możliwości wykonania ćwiczeń oddechowych.
- Prowadzenie rozmowy celem odwracania uwagi pacjentki od dolegliwości.
- Sprawdzanie efektów leczenia przeciwbólowego.

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe pacjentki zmniejszono z 7 pkt. VAS do 4 pkt. VAS.

Diagnoza pielęgnarska 3: Niepokój pacjentki spowodowany ogólnym stanem zdrowia i pobytem w szpitalu

Cel działania: Zmniejszenie niepokoju pacjentki, zapewnienie jej poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Interwencje pielęgnarskie:

- Przedstawienie się pacjentce, objaśnienie swojej roli.
- Zapoznanie z topografią oddziału.
- Okazywanie pacjentce zrozumienia.
- Informowanie pacjentki o celu i istocie wykonywanych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych.
- Zachęcenie do zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości.
- Objasnienie działania systemu przyzywowego.
- Zapewnienie pacjentki, że w każdej chwili może się zwrócić o pomoc, zachęcenie do samoobserwacji samopoczucia.
- Zapewnienie pacjentce warunków do kontaktu z partnerem, rodziną.

Ocena podjętych działań: W wyniku podjętych działań zmniejszył się niepokój pacjentki

Diagnoza pielęgnarska 4: Dyskomfort pacjentki spowodowany przekazywaniem osobistych informacji

Cel działania: Zmniejszenie dyskomfortu, oswojenie pacjentki podczas omawiania problemów osobistych.

Interwencje pielęgnarskie:

- Mówienie spokojne, rzeczowe, bez pośpiechu, wyraźnie adresowane do pacjentki.
- Przekazywanie informacji ogólnych wspierających treść pytania.
- Wyjaśnianie pacjentce celowości pozyskiwania określonych danych, ich związku z problemem zdrowotnym pacjentki.
- Dawanie pacjentce czasu na sformułowanie odpowiedzi, nieponaglanie jej.
- Unikanie zbędnych powtórzeń podawanych przez nią informacji.
- Niewerbalne sygnalizowanie uwagi, koncentrowania się na pacjentce.

- Zachęcanie do zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości.
- Dokumentowanie informacji uzyskanych od pacjentki.

Ocena podjętych działań: Pacjentka swobodnie udzielała informacji, zadawała pytania uzupełniające oraz uzupełniała własne wypowiedzi.

Diagnoza pielęgnarska 5: Dyskomfort odczuwany przez pacjentkę podczas wykonywania badań

Cel działania: Oswojenie i uspokojenie pacjentki poddawanej badaniom.

Interwencje pielęgnarskie:

- Przekazanie informacji o celowości badań.
- Opisanie wstępne przebiegu badania.
- Udzielanie informacji w trakcie badania o kolejnych wykonywanych czynnościach, odpowiednio wczesne uprzedzanie o możliwych skutkach.
- Proszenie pacjentkę, aby informowała o swoich odczuciach.
- Sygnalizowanie zrozumienia dla pacjentki.
- Zapewnienie poszanowania godności i ochronę poczucia intymności pacjentki.
- Upewnianie się co do samopoczucia pacjentki, okazywanie uwagi.
- Pomoc pacjentce w niektórych czynnościach, np. przyjęciu odpowiedniej pozycji, wstaniu.

Ocena podjętych działań: Pacjentka uspokoiła się, zadawała pytania, informowała o swoich odczuciach.

Diagnoza pielęgnarska 6: Duże napięcie emocjonalne pacjentki w okresie oczekiwania na wyniki badań

Cel działania: Wsparcie pacjentki, zmniejszenie jej dyskomfortu.

Interwencje pielęgnarskie:

- Przekazanie informacji o procedurach i przewidywanym czasie wykonywania badań.
- Uzasadnienie czasu związanego z oczekiwaniem na wyniki.
- Zorganizowanie okoliczności ułatwiających przeprowadzenie rozmowy.

- Wysłuchanie pacjentki.
- Zaproponowanie technik relaksacji albo zajęć ułatwiających spędzenie czasu oczekiwania na wyniki.
- Monitorowanie stanu ogólnego pacjentki.

Ocena podjętych działań: Pacjentce poprawił się nastrój, zmniejszyło się napięcie.

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Nieregularna czynność skurczowa po odpłynięciu płynu owodniowego w aspekcie rozważania porodu indukowanego

Cel działania: Ustalenie charakteru czynności skurczowej jako podstawy do decyzji o przebiegu porodu

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zbieranie informacji od pacjentki dotyczących objawów subiektywnych.
- Kontrolowanie temperatury ciała i częstości tętna.
- Udzielenie pacjentce informacji na temat ograniczenia aktywności ruchowej.
- Kontrolowanie wkładek i ich zmiana zależnie od potrzeb.
- Sprawdzanie przejrzystości płynu owodniowego.
- Pomaganie pacjentce podczas toalety krocza.
- Podaż leków na zlecenie lekarza.

Ocena podjętych działań: U pacjentki utrzymywała się nieregularna czynność skurczowa, co było wskazaniem do indukowania porodu.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Zagrożenie dobrostanu płodu

Cel działania: Ocena dobrostanu płodu i ewentualnie szybkie zgłoszenie lekarzowi niepokojących oznak

Interwencje pielęgniarstwa:

- Ponawianie osłuchowej cechy czynności serca co 15-30 minut
- Dokumentowanie spostrzeżeń.
- Ocenianie wskazań do badania wewnętrznego i w razie potrzeby wykonanie badania wewnętrznego.
- Przygotowanie pacjentki do KTG po wypłynięciu płynu owodniowego.

- Ocena stanu ogólnego pacjentki pod kątem nadmiernego zmęczenia.

Ocena podjętych działań: Przekazano lekarzowi informacje o zagrożeniu dobrostanu jednego z płodów (brak informacji osłuchowej).

Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko odwodnienia pacjentki

Cel działania: Zapewnienie pacjentce prawidłowego nawodnienia

Interwencje pielęgniarstwa:

- Ocena ilości płynów wypijanych wydalanych przez pacjentkę.
- Zebranie danych na temat wyglądu powłok skórnych.
- Przygotowanie płynów i zachęcenie pacjentki do popijania.
- Podanie płynów dożylnie na zlecenie lekarza.
- Dokumentowanie czynności.

Ocena podjętych działań: Utrzymano prawidłowe nawodnienie pacjentki.

Diagnoza pielęgniarstwa 10: Zmienność nastrojów, labilność emocjonalna pacjentki

Cel działania: Ustabilizowanie stanu emocjonalnego pacjentki.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Stworzenie warunków do rozmowy i wysłuchanie pacjentki.
- Okazywanie zrozumienia i empatii, niewerbalne sygnalizowanie.
- Ustalenie, w jaki sposób pacjentka zachowuje się podczas odczuwania różnych emocji.
- Ustalenie, czy w otoczeniu pacjentki istnieją jakieś okoliczności zwiększające jej napięcie.
- Zaproponowanie różnych sposobów rozładowania emocji.

Ocena podjętych działań: Pacjentka uzyskała równowagę emocjonalną.

Diagnoza pielęgniarstwa 11: Bezsenność pacjentki spowodowana napięciem emocjonalnym

Cel działania: Obniżenie napięcia emocjonalnego pacjentki, ułatwienie zaśnięcia.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Wyjaśnienie przyczyn trudności w zasypianiu, ustalenie, czy mają charakter nawykowy, czy też pojawiły się w związku z sytuacją zdrowotną pacjentki albo z zakłóceniami odczuwanymi w otoczeniu.

- Mówienie spokojne i koncentrowanie uwagi na pacjentce.
- Wietrzenie pomieszczenia, sprawdzenie temperatury w sali.
- Poprawienie pośłania, zapewnienie pacjentce dogodniejszej pozycji.
- Zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju.
- Zaproponowanie środka ułatwiającego zaśnięcie.

Ocena podjętych działań: Pacjentka uspokoiła się i zasnęła.

Diagnoza pielęgnarska 12: Ryzyko upadku i urazu spowodowane zawrotami głowy wskutek niestabilnego ciśnienia tętniczego

Cel działania: Stabilizacja parametrów ciśnienia tętniczego i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce.

Interwencje pielęgnarskie:

- Zebranie danych o objawach subiektywnych pacjentki.
- Sprawdzenie parametrów życiowych i ponawianie pomiarów.
- Podanie leków na zlecenie lekarza.
- Zalecenie pacjentce, aby unikała gwałtownych zmian pozycji.
- Wyjaśnienie pacjentce, aby w przypadku konieczności przemieszczania się przyzywała pielęgniarkę i korzystała z asysty.
- Monitorowanie skutków leczenia.

Ocena podjętych działań: Zawroty głowy ustąpiły, nie doszło do upadku.

Diagnoza pielęgnarska 13: Obniżenie poczucia własnej wartości u pacjentki spowodowane utratą jednego dziecka z ciąży bliźniaczej

Cel działania: Wsparcie pacjentki.

Interwencje pielęgnarskie:

- Stworzenie warunków do rozmowy i wysłuchanie pacjentki.
- Okazywanie zrozumienia i empatii, aktywne słuchanie.
- Rozmowa ukierunkowana na funkcjonowanie pacjentki w związku, w rodzinie, w otoczeniu.
- zaproponowanie kontaktu z psychoterapeutą.

Ocena podjętych działań: Pacjentka w lepszym samopoczuciu po wyrażeniu swoich emocji, obaw i opinii.

Diagnoza pielęgnarska 14: Obawy pacjentki dotyczące stanu zdrowia dziecka żyjącego

Cel działania: Wyedukowanie pacjentki, przygotowanie do kontroli zdrowia dziecka, zmniejszenie nasilenia obaw.

Interwencje pielęgnarskie:

- Zebranie danych na temat wątpliwości pacjentki i poziomu jej wiedzy na temat zdrowia dziecka.
- Omówienie wyników badań dziecka żyjącego.
- Wyjaśnienie schematu kontrolowania stanu zdrowia dziecka.
- Przedstawienie poziomu ryzyka powikłań.
- Podkreślenie znaczenia systematycznego monitorowania zdrowia dziecka.
- Stworzenie pacjentce możliwości do wypowiedzania się i zadawania pytań.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

Ocena podjętych działań: Pacjentka zwiększyła swoją wiedzę na temat kontrolowania zdrowia dziecka, poziom obaw pozostał nadal wysoki.

Diagnoza pielęgnarska 15: Ryzyko depresji poporodowej

Cel działania: Ocena statusu psychologicznego pacjentki i wyedukowanie jej w zakresie uzyskiwania wsparcia dla zdrowia psychicznego.

Interwencje pielęgnarskie:

- Wyjaśnienie pacjentce ryzyka depresji poporodowej.
- Podkreślenie, że zaburzenia zdrowia psychicznego nie są powodem do wstydu i wymagają poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej.
- Ocena statusu psychologicznego pacjentki.
- Omówienie sposobów uzyskiwania wsparcia z otoczenia.
- Wyjaśnienie możliwości korzystania z form opieki nad zdrowiem psychicznym.

Ocena podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjentki na temat depresji poporodowej.

WNIOSKI

1. Zadania pielęgnacyjne wykonywane w opiece nad kobietą w przypadku obumarcia jednego płodu w ciąży bliźniaczej opierają się na interpretowaniu danych i ustalaniu celów podejmowanych działań. Udział w postępowaniu terapeutycznym podczas opieki nad kobietą w przypadku poronienia obejmuje wykonywanie zleceń lekarskich i podejmowania na podstawie diagnozy pielęgniarskiej działań, które mają poprawić stan psychofizyczny pacjentki.
2. Pacjentka jest monitorowana pod kątem nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz pogorszenia dobrostanu płodu. Działania opierają się na obserwacji stanu fizycznego i psychicznego pacjentki, zbieraniu danych z wywiadu i na podstawie badań.
3. Wsparcie udzielane pacjentce musi być nieschematyczne, indywidualizowane zależnie od potrzeb i stanu kobiety, dla której jest to sytuacja bardzo trudna. Pomocne jest okazywanie empatii, życzliwości, zrozumienia dla odczuć pacjentki, co wymaga umiejętności słuchania i prowadzenia rozmowy. Celem jest niesienie pomocy podczas odczuwania cierpienia i w pogodzeniu się ze stratą dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Orłowska K.: Ciąża wielopłodowa [w] Najczęstsze powikłania ciąży. Część I., Karowicz-Bilińska A., Kowalska-Koprek U. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2023:7-18.
2. Borowski D., Pietryga M., Basta P., i wsp.: Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym – 2020 rok. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2020; 2: 63-85.
3. Filipecka-Tyczka D.: Opieka nad pacjentką w ciąży wielopłodowej. Postępy Nauk Medycznych 2016; 7: 475-482.

OCENA AKCEPTACJI CHOROBY I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTÓW Z NIESWOISTYMI CHOROBAMI ZAPALNYMI JELIT

Patrycja Szymczuk¹, Katarzyna Łagoda², Grażyna Kobus²

1. *Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku*
2. *Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NZJ) to grupa przewlekłych schorzeń przewodu pokarmowego, do której należy zakwalifikować między innymi wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG), chorobę Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz niezdefiniowaną nieswoistą chorobę zapalną jelit. Te choroby cechuje występowanie okresowych nasileń objawów klinicznych, przeplatanych okresami ustępowania symptomów [1]. W wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego proces zapalny, może objąć całą okrężnicę, ale zazwyczaj koncentrując się głównie w odbytnicy i lewej części okrężnicy (w około 80% przypadków). W tym schorzeniu proces zapalny ogranicza się do błony śluzowej i powierzchniowych warstw błony podśluzowej, cechując się ciągłością. U niektórych pacjentów może dochodzić do powstawania owrzodzeń.[1]. W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna, ziarniniakowe zapalenie, które może występować w dowolnym segmencie przewodu pokarmowego – od jamy ustnej do odbytu. Najczęściej jednak lokalizuje się w końcowym odcinku jelita krętego, zastawce krętniczko-kątniczej i kątnicy. Zmiany w chorobie Leśniowskiego – Crohna charakteryzują się tym, że występują w określonych fragmentach przewodu pokarmowego, co oznacza, że obszary dotknięte chorobą są oddzielone od zdrowych fragmentów. Te zmiany są niesymetryczne i obejmują całą grubość ściany przewodu pokarmowego. Proces zapalny inicjalnie zaczyna się w błonie śluzowej, stopniowo rozszerzając się na wszystkie warstwy ściany przewodu pokarmowego, co doprowadza do jej uszkodzenia, procesów włóknienia oraz tworzenia się przetok i zwężeń [2].

Nieswoiste choroby zapalne jelit dotyczą głównie mieszkańców rozwiniętych krajów europejskich oraz Ameryki Północnej, ale w ostatnich latach zauważa się znaczący wzrost ich występowania w obszarach, gdzie dotychczas były rzadko

diagnozowane, takich jak Polska. W krajach Ameryki Południowej, Azji i Afryki, choroba występuje stosunkowo rzadko i jest mniej powszechnie rozpoznawana. Przyjmuje się, że wskaźniki zachorowalności i zapadalności na te choroby w tych obszarach są około dziesięć razy niższe niż w Europie i Ameryce Północnej. W Europie liczba przypadków wynosi około 10 na 100 tysięcy mieszkańców rocznie [3]

Zachorowanie na wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna możliwe jest w każdym etapie życia, powszechnie choroby te są kojarzone z młodym wiekiem, zwłaszcza z okresem między drugą a trzecią dekadą życia. Rzeczywiście, największa zapadalność występuje w tej grupie wiekowej, jednak szacuje się, że około 10-30% przypadków rozpoczyna się dopiero w późniejszych dekadach życia, w przedziale 60-65 lat. Schorzenia te obserwuje się w równie częstym stopniu u mężczyzn, jak i u kobiet. [4].

Nieswoiste choroby zapalne jelit to przewlekłe schorzenia, których pochodzenie jest niejasne, prawdopodobnie wynikające z różnorodnych czynników. Znaczącą rolę odgrywają tu predyspozycje genetyczne, czynniki środowiskowe oraz immunologiczne [5].

Mimo że zarówno choroba Leśniowskiego-Crohna, jak i wrzodziejące zapalenie jelita grubego są klasyfikowane jako nieswoiste choroby zapalne jelit, istnieje wiele istotnych różnic między nimi, tak jak pod względem charakterystyki klinicznej, jak również i objawów, które się pojawiają. Typowy przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego obejmuje fazy remisji, w których objawy chorobowe są łagodne lub znikają, oraz epizody zaostrzenia, podczas których nasilają się symptomy. Epizody zaostrzeń tej jednostki chorobowej mogą mieć charakter sporadyczny, jeśli występują nieczęsto, zazwyczaj raz w roku, bądź też mogą być uznawane za częste, jeśli pojawiają się co najmniej dwa razy w ciągu roku. Najczęstszymi objawami wrzodziejącego zapalenia jelita grubego są: długotrwała i nawracająca biegunka (często przekraczająca 6 tygodni) z obecnością krwi w kale. WZJG może prowadzić do częstych wypróżnień, sięgających nawet 20 razy na dobę. Inne symptomy obejmują intensywny ból brzucha, wzdęcia, utratę apetytu, nudności, wymioty, ogólne osłabienie, gorączkę, niedokrwistość oraz utratę masy ciała. Często można zaobserwować znaczne krwawienie z dolnej części przewodu pokarmowego. Ponadto występują objawy takie jak:: nagłe odczucie potrzeby wypróżnienia, nocne oddawanie stolca, obecność treści

śluzowo-ropnej w kale, a także dolegliwości bólowe w obszarze lewego dołu biodrowego, nasilające się bezpośrednio przed defekacją i łagodniejące po jej zakończeniu. Symptomy pozajelitowe manifestują się jedynie u około 30% pacjentów dotkniętych wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Objawy te mogą występować ze strony stawów, skóry, błon śluzowych jamy ustnej, a także objawy związane z układem naczyniowym, takie jak zakrzepica żylna, czy też zmiany w narządach wewnętrznych, takich jak wątroba. [6,7]

Objawy choroby Leśniowskiego-Crohna są zróżnicowane, a ich charakter zależy od lokalizacji oraz stopnia zaawansowania zmian. Choroba rozwija się stopniowo, a jej przebieg cechuje się długotrwałością, uwydatniając okresy nasilonych objawów (zaostrzeń) i okresy łagodzenia się dolegliwości (remisji). Początkowa faza choroby bywa podstępna, a różnorodne symptomy sprawiają trudność w trafnym postawieniu diagnozy. Dominującym objawem choroby Leśniowskiego-Crohna jest biegunka, zazwyczaj o charakterze wodnistym i często zawierająca śluz, rzadziej krew. Choroba Leśniowskiego-Crohna charakteryzuje się różnorodnymi objawami, w tym bólami brzucha, utratą apetytu, utratą masy ciała, nocnymi potami, osłabieniem, stanami podgorączkowymi lub gorączką. Bóle brzucha, skupiające się głównie w prawym dole biodrowym i okolicach okołopępkowej, manifestują się skurczowym charakterem oraz współwystępowaniem wzdęć. Obszary przewężenia jelita mogą wywoływać zaparcia, zwykle towarzyszące objawom niepełnej niedrożności. Zmiany w okolicach odbytu manifestują się u około jednej trzeciej pacjentów z zajęciem okrężnicy i obejmują takie objawy jak nietrzymanie stolca, szczeliny, owrzodzenia, zwężenia odbytu, przetoki oraz ropnie. Symptomy pozajelitowe często towarzyszą zaburzeniom w obrębie jelita grubego, co wpływa znacząco na proces leczenia oraz codzienne funkcjonowanie pacjentów. Powszechnie obserwowane objawy obejmują stany zapalne w okolicach stawów, zmiany skórne, schorzenia oczu oraz choroby dróg żółciowych i wątroby. [6,7]

Nieswoiste choroby zapalne jelit niosą za sobą ryzyko wystąpienia różnorodnych powikłań zarówno w obrębie jelit, jak i poza nimi. Do powikłań mieszczących się w obrębie jelit zaliczyć możemy: intensywne krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, dysplazję, zwężenie jelita grubego, zmiany w okolicach odbytu oraz przetoki, nowotwór jelita grubego, perforację okrężnicy, polipowatość zapalną, a także ostre rozcięcie okrężnicy. Powikłania te mogą wymagać przeprowadzenia zabiegów chirurgicznych. Jednakże, około 30% osób z

wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego doświadcza komplikacji pozajelitowych, które są związane z zaostrzeniem choroby. Te powikłania obejmują zapalenie stawów obwodowych oraz występowanie rumienia guzowatego.

Główne metody leczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit to redukcja stanu zapalnego w jelitach, łagodzenie symptomów, utrzymanie remisji choroby oraz niedopuszczenie do nagłych zaostrzeń. Standardowe metody leczenia skoncentrowane są na kontrolowaniu objawów za pomocą farmakoterapii, obejmującej aminosalicylany, kortykosteroidy, immunomodulatory oraz inne ogólne środki, a w razie potrzeby, również leczenie operacyjne. Niemniej jednak, chociaż pełne zrozumienie patofizjologii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz choroby Leśniowskiego-Crohna nie zostało jeszcze w pełni osiągnięte, znaczny postęp umożliwił stworzenie nowych, obiecujących terapii z mniejszymi skutkami ubocznymi. [8,9].

CEL PRACY

Celem badań ocena poziomu akceptacji choroby oraz przestrzegania zachowań zdrowotnych przez chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem retrospektywnym objęto 150 dorosłych osób, którzy mieli zdiagnozowaną nieswoistą chorobę zapalną jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna albo niesklasyfikowaną nieswoistą chorobę zapalną jelit. Pacjenci byli pod opieką Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, ale również były to osoby będące członkami grup na stronach internetowych.

Badania prowadzono zgodnie z wytycznymi deklaracji helsińskiej, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB (numer zgody APK.002.285.2023).

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu następujących narzędzi badawczych tj: Skali Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*) i Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński – IZZ oraz autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał informacje dotyczące czynników socjodemograficznych (tj. płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce aktywność zawodowa).

Skala Akceptacji Choroby (AIS) – składa się z 8 stwierdzeń, które opisują negatywne skutki złego stanu zdrowia. Badając pacjentów za pomocą skali AIS, otrzymuje się wynik w postaci wskaźnika akceptacji choroby, który oscyluje między 8 a 40 punktami. Im poziom akceptacji choroby jest wyższy, tym jest lepsze przystosowanie do choroby oraz zmniejszone poczucie dyskomfortu psychicznego.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński (IZZ) – składa się z 24 zagadnień dotyczących różnych zachowań zdrowotnych, zawiera 4 różne grupy tematyczne: odpowiednie nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne, pozytywne podejście psychiczne, jak i działania profilaktyczne. Im więcej jest zebranych punktów, tym wyraźniej przejawiane są zachowania sprzyjające zdrowiu.

Analiza statystyczna

W celu zestawienia i opracowania wyników przeprowadzonego badania wykorzystano programy MS Excel 2021 i Statistica 13.3, gdzie wykonano obliczenia oraz wykresy słupkowe i punktowe. Do analizy statystycznej posłużono się testem chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną respondentów prezentuje tab. 1 Charakterystykę kliniczną obrazuje tabela 2.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

| Zmienne socjodemograficzne | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Płeć | | |
| kobieta | 90 | 60 |
| mężczyzna | 60 | 40 |
| Zakresy wieku | | |
| 18 do 30lat | 82 | 54,67 |
| 31-40 lat | 27 | 18,0 |
| 41-50 lat | 28 | 18,67 |
| 51-60 lat | 8 | 5,33 |
| >60 lat | 5 | 3,33 |
| Miejsce zamieszkania | | |
| miasto < 100 tys mieszkań | 48 | 32 |
| miasto > 100 tys mieszkań | 64 | 42,67 |
| wieś | 38 | 25,33 |

| | | |
|---------------------------|-----|-------|
| Wykształcenie | | |
| podstawowe | 6 | 4 |
| średnie | 58 | 38,67 |
| wyższe | 86 | 57,33 |
| Aktywność zawodowa | | |
| aktywni zawodowo | 102 | 68 |
| emeryt/rencista | 10 | 6,67 |
| bezrobotny | 8 | 5,33 |
| student/uczeń | 30 | 20 |
| Stan cywilny | | |
| wolny | 46 | 30,67 |
| w związku | 102 | 68 |
| wdowa/wdowiec | 2 | 1,33 |

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanych osób

| Zmienne kliniczne | n | % |
|--|-----|-------|
| Nazwa schorzenia (NChZJ) | | |
| wrzodziejące zapalenie jelita grubego | 105 | 70 |
| choroba Leśniowskiego-Crohna | 45 | 30 |
| Czas trwania choroby | | |
| do roku | 24 | 16 |
| 1-5 lat | 49 | 32,67 |
| 6-10 lat | 48 | 32 |
| 11-15 lat | 14 | 9,33 |
| >15 lat | 15 | 10 |
| Stadium choroby | | |
| zaostrzenie | 55 | 36,67 |
| remisja | 95 | 63,33 |
| Występujące objawy związane z chorobą | | |
| * | 90 | 60 |
| biegunka | 28 | 18,67 |
| zaparcia | 84 | 56 |
| bóle brzucha | 13 | 8,67 |
| gorączka | 43 | 28,67 |
| brak | | |

| Rodzaj leczenia * | | |
|--------------------------|-----|-------|
| farmakoterapia | 102 | 68 |
| biologiczne | 17 | 48,67 |
| chirurgiczne | 73 | 11,33 |
| żywnieniowe | 50 | 33,33 |

. * Suma wszystkich odpowiedzi jest >100% - pytanie wielokrotnego wyboru.

Skala Akceptacji Choroby AIS

W tabeli 3 przedstawiono uzyskane wyniki badań dotyczące poziomu akceptacji choroby wśród osób badanych. Jak wynika z przedstawionych wyników dominującą grupę (52,67%) stanowili chorzy wykazujący wysoki poziom akceptacji choroby, umiarkowany - 27,33%, a niski - 20% badanych. Tab.3

Tabela 3 Poziom akceptacji choroby ASI w badanej grupie

| Poziom akceptacji choroby ASI (Acceptance of Illness Scale – AIS) | n | % |
|--|----------|----------|
| Niski 8-18 pkt | 30 | 20 |
| Umiarkowany 19-29 pkt | 41 | 27,33 |
| Wysoki 20-40 pkt | 79 | 52,67 |

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby ($p=0,391$). Oznacza to, zarówno kobiety i mężczyźni podobnie adaptują się do życia z chorobą. Również czas trwania choroby nie miał istotnego wpływu na akceptację choroby ($p=0,163$). Najwyższy odsetek stanowiły osoby z wysokim poziomem akceptacji choroby, które chorowały powyżej 15 lat (73,33%).

Analizując wyniki badań nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy rodzajem nieswoistych zapaleń jelit ($p=0,126$). U osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz chorobą Leśniowskiego – Crohna podobny odsetek badanych osiągnął wysoki poziom akceptacji – odpowiednio 52,38% i 53,33%.

Analiza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Wysoki stopień zachowań zdrowotnych miało 21,33% , umiarkowany 42,67% , niski 36%.

Badani wykazali umiarkowaną jednorodność w zakresie zachowań zdrowotnych z lekką tendencją do wyższych wyników w praktykach profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Inwentarz zachowań zdrowotnych – szczegółowe wyniki badań.

| Kategorie zachowań | Mediana | Odchylenie standardowe | Średnia | Min. | Maks. |
|--------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|-------------|--------------|
| Ogólny wynik surowy | 81,00 | 13,42 | 80,10 | 35,00 | 109,00 |
| Sten | 5,00 | 1,83 | 5,17 | 1,00 | 9,00 |
| Odpowiednie nawyki żywieniowe | 3,17 | 0,72 | 3,16 | 1,33 | 4,83 |
| Działania profilaktyczne | 3,58 | 0,75 | 3,52 | 1,33 | 5,00 |
| Pozytywne podejście psychiczne | 3,33 | 0,71 | 3,34 | 1,17 | 4,83 |
| Praktyki zdrowotne | 3,33 | 0,72 | 3,33 | 1,33 | 4,83 |

Związek wybranych czynników klinicznych związanych z chorobą z wynikami IZZ

Analizując wyniki IZZ w zależności od płci, wieku, postaci choroby, czasu trwania oraz poziomu tolerancji choroby stwierdzono, że kobiety miały wyższe wyniki w każdej z powyższych kategorii. Jedynie w pozytywnych nastawieniach psychicznych wyniki były podobne jak u mężczyzn

Najwyższy poziom odpowiednich nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych miały osoby powyżej 60 roku życia. Ankietowani w wieku 51-60 lat mieli wyższe wyniki w aspekcie działań zapobiegawczych oraz pozytywnych podejść

psychicznych. Wskazuje to, że im starsi respondenci, tym większa świadomość zdrowotna.

Pacjenci z WZJG miały wyższe średnie wyniki w kategoriach zachowań zdrowotnych w odróżnieniu do chorych z ChLC. Ukazuje to, że z upływem czasu chorujący wykazywali poprawę w nawykach żywieniowych oraz podejmowaniu praktyk zdrowotnych. Ankietowani, którzy wykazywali wyższy poziom akceptacji choroby prezentowali wyższe wyniki w aspekcie odpowiednich nawyków żywieniowych oraz pozytywnych podejść psychicznych. Dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Inwentarz zachowań zdrowotnych – z uwzględnieniem kilku czynników.

| | | <i>Odpowiedni nawyki żywieniowe</i> | | <i>Działania profilaktyczne</i> | | <i>Pozytywne podejście psychiczne</i> | | <i>Praktyki zdrowotne</i> | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------|---------------------------------|------|---------------------------------------|------|---------------------------|------|
| | | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| <i>Płeć</i> | Kobieta | 3,22 | 0,68 | 3,57 | 0,70 | 3,34 | 0,69 | 3,38 | 0,69 |
| | Męczyzna | 3,07 | 0,77 | 3,45 | 0,82 | 3,33 | 0,75 | 3,25 | 0,76 |
| <i>Wiek</i> | 18-30 lat | 3,11 | 0,67 | 3,59 | 0,74 | 3,37 | 0,68 | 3,43 | 0,62 |
| | 31-40 lat | 3,35 | 0,65 | 3,42 | 0,68 | 3,27 | 0,68 | 3,15 | 0,78 |
| | 41-50 lat | 2,99 | 0,87 | 3,37 | 0,83 | 3,22 | 0,78 | 3,08 | 0,82 |
| | 51-60 lat | 3,31 | 0,81 | 3,75 | 0,93 | 3,63 | 0,91 | 3,56 | 0,79 |
| | Powyżej 60 lat | 3,70 | 0,40 | 3,60 | 0,62 | 3,40 | 0,68 | 3,67 | 0,76 |
| <i>Rodzaj choroby</i> | Wrzodziejące zapalenie jelit | 3,26 | 0,52 | 3,54 | 0,66 | 3,43 | 0,62 | 3,36 | 0,61 |
| | Choroba Leśniowskiego Crohna | 3,11 | 0,79 | 3,51 | 0,79 | 3,29 | 0,75 | 3,31 | 0,77 |
| <i>Czas trwania choroby</i> | do 1 roku | 3,11 | 0,52 | 3,40 | 0,71 | 3,28 | 0,79 | 3,15 | 0,72 |
| | 1-5 lat | 3,18 | 0,73 | 3,43 | 0,82 | 3,29 | 0,66 | 3,19 | 0,75 |
| | 6-10 lat | 3,04 | 0,75 | 3,59 | 0,68 | 3,36 | 0,69 | 3,43 | 0,72 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 11-15 lat | 3,27 | 0,85 | 3,80 | 0,73 | 3,30 | 0,68 | 3,64 | 0,37 |
| | Powyżej 15 lat | 3,46 | 0,72 | 3,58 | 0,79 | 3,53 | 0,88 | 3,46 | 0,76 |
| <i>Stopnie akceptacji choroby</i> | Niski | 3,00 | 0,60 | 3,52 | 0,79 | 3,13 | 0,81 | 3,49 | 0,78 |
| | Umiarkowany | 3,01 | 0,65 | 3,50 | 0,67 | 3,16 | 0,57 | 3,30 | 0,49 |
| | Wysoki | 3,30 | 0,77 | 3,54 | 0,78 | 3,51 | 0,70 | 3,28 | 0,79 |

DYSKUSJA

Akceptacja choroby jest najważniejszym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą, związanym ze stopniem nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych wywołanych przez nią. Badania dowodzą, że im większa jest akceptacja choroby, tym lepsza adaptacja oraz mniejsze poczucie dyskomfortu wynikające z choroby somatycznej, co w praktyce oznacza dla chorego mniejszy stres, z jednoczesnym zachowaniem poczucia własnej wartości.

Określanie stopnia akceptacji choroby stanowi coraz powszechniejszy problem w naukach medycznych. Podkreśla się, że im wyższy jest stopień akceptacji choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji obserwuje się u pacjentów [10,11]. Pomimo poważnych i często zaawansowanych objawów nieswoistych chorób zapalnych pacjenci akceptowali fakt choroby w stopniu wysokim. W niniejszych badaniach ponad połowa miała wysoki stopień akceptacji swojej choroby, umiarkowany poziom akceptacji miało ok. 27%, a co piąty badany wykazywał niski poziom akceptacji.

W badaniach Zielińskiej-Więckowskiej poziom akceptacji wśród chorych z nieswoistymi schorzeniami zapalnymi jelit kształtował się na średnim poziomie. Podobne wyniki w swojej pracy zaprezentowała Glińska i wsp., skupiając się na pacjentach z chorobą Leśniowskiego-Crohna [12,13]. Badacze Marzec i wsp. badaniem objęli osoby z przewlekłą chorobą nerek i z cukrzycową chorobą nerek w stadium niewydolności, leczonych hemodializą. Poziom akceptacji choroby w grupach badanych wyniósł $M = 22,10$, co świadczy o braku pełnej akceptacji choroby. Jednocześnie wykazano, że akceptacja choroby słabo korelowała z ograniczeniami funkcjonowania w chorobie [14]. W naszych badaniach nie zaobserwowano aby, płęć

miała wpływ na stopień akceptacji. Odmienne wyniki uzyskano w badaniu A. Majda i H. Józefowska, z których wynika, że kobiety wykazały wyższy poziom akceptacji choroby niż mężczyźni. Badania zostały przeprowadzone na podstawie Skali Akceptacji Choroby [15].

Dokonując przeglądu piśmiennictwa, można zauważyć, iż osoby z ChLC w porównaniu z ogółem populacji wykazują gorszą aktywność zawodową, co znacząco obniża jakość ich życia. Występowanie okresów zaostrzeń choroby jest powodem częstych wizyt i hospitalizacji w szpitalu, co wiąże się z nieobecnością w pracy, często z koniecznością zmiany jej charakteru, a nawet i utraty. W naszym badaniu aktywnych zawodowo było 68%. Petryszyn i wsp. (15) analizując wpływ nieswoistych zapaleń jelit na aktywność zawodową, dowiedli, iż niezdolność do pracy wśród kobiet była 2,8-krotnie wyższa, a wśród mężczyzn 2,6-krotnie wyższa w porównaniu z osobami zdrowymi w tym samym wieku.

Zachowania zdrowotne określane są jako czynności zmierzające do utrzymania lub powrotu do zdrowia. Wśród wielu podziałów wyróżnia się zachowania sprzyjające zdrowiu – prozdrowotne, zachowania antyzdrowotne oraz zachowania mieszane. Zachowania zdrowotne odgrywają kluczową rolę w postępowaniu i łagodzeniu objawów nieswoistych zapaleń jelit co przyczynia się do poprawy jakości życia. W naszych badaniach stwierdzono, że respondenci prezentowali przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Podobny wynik uzyskano w badaniach innych badaczy min. Kurowskiej, która badała chorych wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [16]. W obu badaniach wykazano także, że wraz z wiekiem wzrasta świadomość zachowań zdrowotnych. Oznacza to, że wraz z wiekiem wzrasta motywacja do dbania o zdrowie, co może być wynikiem długotrwałych nieprzyjemnych objawów choroby lub większą świadomością konsekwencji zdrowotnych. Wyniki badań własnych wykazały, że kobiety bardziej dbają o zdrowie i przestrzegają zaleceń lekarskich. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Kozłowskiej i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym z powodu chorób jelit. Stwierdzono, że kobiety uzyskały wyższy wynik IZZ. Może to być związane z pełnioną rolą kobiet w rodzinie, polegającą na opiece nad bliskimi. Zaprezentowane wyniki badań własnych i innych badaczy wskazują potrzebę wprowadzenia efektywnych działań edukacyjnych w kierunku poprawy zachowań zdrowotnych wśród osób z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit [17].

WNIOSKI

1. Poziom akceptacji choroby pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit kształtował się na wysokim poziomie. Płeć, wykształcenie i czas trwania choroby nie miało istotnego wpływu na akceptację choroby.
2. Kobiety miały nieco lepsze wyniki w każdej kategorii zachowań zdrowotnych, z wyjątkiem pozytywnych nastawień psychicznych, gdzie wyniki były zbliżone do mężczyzn.
3. Osoby powyżej 60 roku życia wykazały najwyższe prawidłowe nawyki żywieniowe oraz praktyki zdrowotne, a osoby do 60 roku życia miały najwyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych i pozytywnych nastawień psychicznych.
4. Osoby z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego wykazali nieco wyższe wartości średnie we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami z chorobą Leśniowskiego – Crohna. Zaobserwowano wzrost prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych wraz z czasem trwania choroby.
5. Badani z wysokim stopniem akceptacji choroby prezentowali najwyższe wyniki w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnych nastawień psychicznych. Oznacza to, że akceptacja choroby wiąże się z lepszą jakością podejmowanych działań na rzecz zdrowia i bardziej pozytywnym nastawieniem psychicznym

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski A.: Wielka Interna. Gastroenterologia. Część 2., 2019: 326-356.
2. Glinkowski S., Marcinkowska D.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – ocena aktywności choroby na podstawie współcześnie stosowanych skal. Nowa Medycyna 2018; 25(3): 123-137.
3. Feuerstein J.D., Cheifetz A.S.: Crohn disease: epidemiology, diagnosis, and management. Mayo Clinic Proceedings 2017; 92: 1088-1103
4. Zagórowicz E.S., Walkiewicz D., Kucha P., P. et al.: Nationwide data on epidemiology of inflammatory bowel disease in Poland between 2009 and 2020. Polish Archives of Internal Medicine. 2022;132(5):16194.

5. Seyedian S.S., Nokhostin F., Malamir M.D.: A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *Journal of Medicine and Life*.2019 12(2): 113-122.
6. Radwan P.: Czy można przewidzieć przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna? Jak reagować? *Gastroenterologia Kliniczna* 2018; 10(1): 32-38.
7. Gawron-Kiszka M., Hartleb M.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – jak rozpoznawać i leczyć według aktualnych wytycznych? *Lekarz POZ*. 2023; 9(2):116-121.
8. Lauro R., Mannino F., Irrera N., et al.: Pharmacogenetics of biological agents used in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Biomedicines* 2021; 9(12): 1748.
9. Stanisławska J., Zubrzycka R., Talarska D.: Jakość życia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego z uwzględnieniem czynników demograficznych i klinicznych. *Problemy pielęgniarstwa* 2015; 23(3): 375-378.
10. Moczyłowska A., Krajewska - Kułak E., Kózka M., et al.: Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 2: 62–70.
11. Zielińska-Więczkowska H., Mirolta P.: Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2021; 27(3): 306–311.
12. Glińska J., Ogrodniczak M., Dziki Ł., Dziki A.: Satysfakcja z życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25 (4): 233–238.
13. Marzec A., Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M.: Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 35: 51-56
14. Józefowska H.: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;(17)4:283-293.
15. Kurowska K., Balcerzak E.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Farmacja współczesna* 2015; 8: 205-212.

16. Kozłowska E., Cierzniańska K., Popow et al.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2023; 17(3): 144–151.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZAWALE SPOWODOWANYM RESTENOZĄ

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Marzena Wojewódzka- Żeleznikowicz²

1. *Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Zawał mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego jest jedną z najczęściej występujących chorób układu sercowo-naczyniowego. Nowoczesne metody diagnostyki oraz wczesne wykrycie choroby daje lepsze rokowanie na przyszłość, a co za tym idzie szansę na dłuższe przeżycie. Pomimo coraz to lepszych technologii oraz ilości specjalistycznych ośrodków zajmujących się leczeniem chorób układu krążenia, częstość występowania ostrych zespołów wieńcowych wzrasta z każdym rokiem [1].

Zawałem nazywamy stan przewlekłego niedotlenienia serca, który spowodowany jest ograniczoną ilością podaży tlenu oraz substancji odżywczych do serca przez tętnice wieńcowe. Wynika to najczęściej z powodu wystąpienia blaszki miażdżycowej w tętnicach serca, która zamyka światło tętnicy blokując tym samym przepływ krwi [2].

Niedokrwienie mięśnia sercowego odczuwane jest przez pacjentów jako piekący ból zamostkowy, promieniujący najczęściej do lewej ręki lub żuchwy, nadmierna potliwość oraz osłabienie [3].

Czas odgrywa bardzo ważną rolę w momencie pojawienia się pierwszych objawów sugerujących wystąpienie zawału serca. Im dłużej tętnica jest zamknięta nie doprowadzając substancji odżywczych do serca, tym większa jego część obumiera. Szybsze podjęcie kroków w kierunku leczenia chorej tętnicy, daje większe

prawdopodobieństwo uratowania większej części serca. Po pewnym czasie zmiany są już nieodwracalne [4].

U pacjentów z wszczepionym wcześniej stentem w tętnicy wieńcowej, może dojść do tak zwanej restenozy. Jest to przymknięcie światła naczynia w obrębie stentu. Szacuje się, że u co drugiego pacjenta z restenozą dochodzi do wystąpienia OZW, u 20% pacjentów dochodzi do zawału, a 50% wymaga ponownej rewaskularyzacji [5].

Epidemiologia zawału mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego jest najczęściej występującym schorzeniem w krajach wysokorozwiniętych. Szacuje się, że przeciętna roczna liczba zachorowań wynosi ok. 300 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców[6].

Częstość zachorowań na zawał rośnie wraz z wiekiem. Najczęściej chorują mężczyźni w przedziale wiekowym 40-60 lat. U osób starszych zapadalność ta wyrównuje się i jest dla obu płci podobna.

Według statystyk prowadzonych przez Institute for Health Metrics and Evaluation, na zawał mięśnia sercowego w Polsce chorowało 1,6 mln osób do roku 2017 [NFZ, 2020]. Liczba ta stale rośnie, a wpływ na to mają zarówno czynniki modyfikowalne jak i niemodyfikowalne [7].

Do czynników niemodyfikowalnych zaliczyć możemy płeć, wiek oraz wywiad rodzinny. Natomiast na czynniki modyfikowalne składają się zaburzenia lipidowe, hipertensja, alkoholizm, nikotynizm, otyłość, cukrzyca, brak aktywności fizycznej [8].

Ponad 90% zawałów spowodowanych jest przez czynniki modyfikowalne. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem, aczkolwiek większą rolę odgrywa w tym przypadku brak uświadczenia społeczeństwa co do ryzyka [NFZ 2020]. W Polsce oraz Europie prowadzone są programy edukacyjne, pokazujące skutki zaniedbania zdrowia poprzez czynniki modyfikowalne. Mimo tego liczba rozpoznanych zawałów mięśnia sercowego wciąż rośnie [9].

Etiologia zawału mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego inaczej nazywany chorobą wieńcową jest spowodowany przede wszystkim miażdżycą. U ludzi z miażdżycą na ścianach tętnic

wieńcowych tworzą się blaszki miażdżycowe. Ich obecność prowadzi do zwężenia światła w obrębie tętnicy i ograniczenia przepływu krwi do serca. Budowa blaszek miażdżycowych jest zróżnicowana [2]. Te zawierające dużo włókien kolagenowych są stałe i mało podatne na rozerwanie. Natomiast blaszki miażdżycowe zawierające większą ilość cholesterolu, a mniejszą włókien kolagenowych nazywane są miękkiemi, bardziej podatnymi na rozerwanie.

Niedokrwienie mięśnia sercowego występuje w momencie, gdy zwężenie tętnicy wieńcowej osiąga wartość krytyczną, przekraczającą 75%. Nawet tak duże zwężenie może nie dawać żadnych objawów podczas wysiłku czy w spoczynku. Spowodowane jest to wystąpieniem krążenia obocznego, które zaopatruje w tlen obszar z brakiem potencjalnego ukrwienia wskutek zwężenia światła naczynia [10].

Kolejnym z powodów wystąpienia niedokrwienia mięśnia sercowego, może być wystąpienie złożonej z trombocytów skrzepliny. Najczęściej formuje się ona w miejscu pęknięcia blaszki miażdżycowej. Skrzeplina może całkowicie zamknąć naczynie powodując zawał lub migotanie komór oraz inne zaburzenia rytmu serca będące przyczyną nagłej śmierci sercowej [11].

Aż 98% występowania zawału mięśnia sercowego stanowią zmiany miażdżycowe tętnic [12], pozostałe 2% to czynniki niewywołane przez miażdżycę. Należą do nich zakrzepica, rozwarstwienie aorty, zapalenie tętnic wieńcowych, zator tętnicy wieńcowej, zatrucie tlenkiem czadu, skurcz tętnic wieńcowych.

Obraz kliniczny zawału serca

Obraz kliniczny zawału mięśnia sercowego jest zróżnicowany i przedstawia się w następujący sposób:

1. Stabilne zespoły wieńcowe:

- dławica spowodowana mostkami mięśniowymi – występująca sporadycznie, związana ze zmianami anatomicznymi budowy serca. Zmiany te dotyczą pasm mięśniowych, które przebiegają nad tętnicami wieńcowymi [5].

- sercowy zespół X – jest to złożony rodzaj choroby naczyniowej serca z różnorodną charakterystyką kliniczną. U pacjentów w zapisie EKG pojawiają się zmiany niedokrwienne oraz ból w obrębie klatki piersiowej, natomiast w koronarografii brak widocznych zmian w tętnicach wieńcowych [13].

- stabilna dławica piersiowa – charakteryzująca się bólem w klatce piersiowej podczas wysiłku.

- dławica naczynioskurczowa – nagłe skurczenie tętnic wieńcowych powodujące niedokrwienie serca przy jednoczesnym braku zmian w obrazie koronarograficznym [14].

2. Oceniane na podstawie EKG ostre zespoły wieńcowe:

- STEMI (z uniesieniem odcinka ST) – zawał serca z uniesieniem odcinka ST, który jest zagrożeniem życia występującym nagle i wymagającym szybkiego leczenia. Najczęściej spowodowany całkowitym zamknięciem światła naczynia i zakrzepów występujących w obrębie tętnicy wieńcowej [15].

- NSTEMI (bez uniesienia odcinka ST) – zawał serca bez uniesienia odcinka ST. Jest łagodniejszą formą ostrego zespołu wieńcowego, lecz podobnie jak w STEMI przyczyną wystąpienia takiego rodzaju zawału jest miażdżyca. Jednak ten rodzaj zawału mięśnia sercowego wykazuje się lepszym rokowaniem niż typ z uniesieniem odcinka ST.

Jedną z form klasyfikacji chorób wieńcowych jest czterostopniowa skala CCS (Canadian Cardiovascular Society). Polega ona na doborze wysiłku fizycznego do występujących objawów bólowych [5].

- Klasa I – bóle dławicowe występują podczas ciężkiego wysiłku.

- Klasa II – niewielkie bóle dławicowe występujące podczas zwykłych czynności np.: szybsze wejście po schodach na drugie piętro.

- Klasa III – występujące bóle podczas zwykłego, powolnego wejścia po schodach na pierwsze piętro.

- Klasa IV – pojawiające się bóle dławicowe w spoczynku lub podczas niewielkiego wysiłku.

Diagnostyka zawału mięśnia sercowego

Zdiagnozowanie zawału mięśnia sercowego opiera się na trzech najważniejszych punktach. Pierwszym z nich jest badanie podmiotowe, czyli tzw wywiad, badanie przedmiotowe i inne badania diagnostyczne.

-Badanie podmiotowe – nazywane wywiadem, polega na zebraniu od pacjenta jak największej ilości informacji na temat jego stanu zdrowia. Dobrze zebrany wywiad powinien uwzględnić objawy choroby, w jakich okolicznościach występują, wcześniej przebyte choroby, wywiad rodzinny (czy ktoś z rodziny chorował w przeszłości na zawał mięśnia sercowego lub nadciśnienie tętnicze) oraz stosowaną farmakoterapię [16].

-Badanie przedmiotowe – jest badaniem lekarskim przy użyciu dotyku, słuchu i wzroku. Podstawowymi metodami badania przedmiotowego są: oglądanie, dotykanie, opukiwanie oraz osłuchiwanie.

Innymi metodami diagnostycznymi, które należy wykonać w celu potwierdzenia zawału serca są:

- Test wysiłkowy – pozwalający ocenić pracę serca podczas wzmożonego wysiłku. Podczas badania mogą wystąpić objawy dławicowe takie jak ból w klatce piersiowej oraz uniesienie odcinka ST [7].

- EKG (elektrokardiogram) – używane w celu potwierdzenia lub wykluczenia chorób serca, badanie diagnostyczne polegające na zapisie elektrycznej aktywności mięśnia sercowego.

- Echokardiografia – badawcza metoda obrazowania serca służąca do oceny jego funkcjonowania za pomocą ultradźwięków [7].

- Holter EKG – badanie diagnostyczne polegające na 24-godzinnym monitorowaniu pracy serca i jego ewentualnych zaburzeń [9].

- Badania laboratoryjne – zlecone przez lekarza badania krwi takie jak morfologia, lipidogram, poziom kreatyniny oraz biochemia ze szczególnym sprawdzeniem poziomu troponiny pozwalają wykluczyć bądź potwierdzić zawał serca [11].

- Koronarografia – angiograficzne badanie inwazyjne polegające na podaniu środka kontrastowego do tętnic wieńcowych przy użyciu specjalnego cewnika, przez uzyskany wcześniej dostęp promieniowy bądź udowy [7].

- Optyczna tomografia koherentna (OCT – Optical Coherence Tomography) – diagnostyczna metoda nieinwazyjna pozwalająca ocenić zwapnienia

tętnic wieńcowych. Stopień w jakim znajduje się zwapnienie tętnic wieńcowych powiązany jest z miażdżycą [14].

Leczenie zawału mięśnia sercowego

Leczenie zawału mięśnia sercowego opiera się na farmakoterapii oraz na metodach inwazyjnych. W leczeniu zawału serca stosuje się następujące środki farmakologiczne:

- leki przeciwplatekcyjne – zmniejszają sklejanie się płytek krwi (ASA – kwas acetylosalicylowy, heparyna niefrakcjonowana, tikagrelor, kłopidogrel)

- leki fibrynolityczne – stosuje się je w momencie, gdy nie może zostać wykonana inwazyjna metoda leczenia zawału jaką jest angioplastyka wieńcowa [5].

- antagoniści wapnia – zwiększają przepływ krwi i podaż tlenu do mięśnia sercowego poprzez rozszerzenie tętnic wieńcowych

- statyny – działają przeciwzakrzepowo, przeciwzapalnie oraz obniżają poziom cholesterolu

- nitraty – zwiększają ukrwienie w warstwie podwierzniowej serca rozszerzając naczynia krwionośne

- ACE (angiotensin-converting enzyme – inhibitory konwertazy angiotensyny) – powodują wyhamowanie angiotensyny II, która powoduje podwyższenie ciśnienia tętniczego. Działają również antyproliferacyjnie, przeciwzakrzepowo oraz nefroprotekcjnie [6].

Wyróżniamy także inwazyjne metody leczenia chorób wieńcowych. W zależności od stanu ogólnego pacjenta lekarz wybiera odpowiedni sposób leczenia inwazyjnego jakiemu poddany zostanie pacjent. Leczenie to jest wykonywane podczas zabiegu koronarografii, a należą do nich takie zabiegi jak:

- PCI (Percutaneous Coronary Interventions – Przezskórna interwencja wieńcowa) – polega na udrożnieniu i poszerzeniu tętnic wieńcowych. Dzięki temu zabiegowi nie jest konieczne otwarcie klatki piersiowej pacjenta i wykonanie zabiegu kardiochirurgicznego.

- implantacja stentów – jednocześnie podczas wykonywania PCI w miejscu zwężenia wszczepia się różnego rodzaju stenty, które zostają w tętnicy wieńcowej na zawsze.

- aterektomia rotacyjna (rotablacja) – metoda mająca na celu rozdrobnienie blaszki miażdżycowej do mikrocząsteczek [8].

Restenoza – ogólna charakterystyka

Od czasu zastosowania pierwszych PCI, restenoza została zdefiniowana jako nawrót zwężenia w obrębie miejsca uprzednio poddanemu angioplastyce. Restenoza była jedną z przyczyn małej skuteczności tej formy rewaskularyzacji. Z obserwacji na przestrzeni lat wynika, że częstość występowania restenozy po zabiegu balonowej angioplastyki wieńcowej (POBA – plain old balloon angioplasty) określa się na poziomie od 30 do 60% [13]. Restenoza stanowi jedno z najczęstszych powikłań po przeprowadzonej angioplastyce wieńcowej.

Przyczyny restenozy

Rozprężenie balonu w świetle tętnicy lub założenie stentu powoduje uszkodzenia ścian tętnicy. Tętnice dokonują samogojenia się, które często przyczynia się do przerośnięcia neointymy (błona wewnętrzna tętnicy), co prowadzi do występowania restenozy [10]. Na przestrzeni lat wprowadzenie większej ilości stentów spowodowało poprawę odległych, jak i bezpośrednich wyników inwazyjnego leczenia choroby wieńcowej. Dało to również zmniejszenie częstości występowania zjawiska restenozy. Mimo tego nawrót zwężenia w obrębie tętnicy nadal uplasowuje się na poziomie 20-30%. Obserwacje te dały podstawę do opracowania stentów DES (drug eluting stent). Są to stenty uwalniające substancje antyproliferacyjne, których budowa zezwala na dłuższe uwalnianie leków hamujących neointymę w miejscu poddanemu angioplastyce [13]. Badania dowodzą, że po użyciu stentów uwalniających substancje antyproliferacyjne częstość nawrotu zwężenia jakim jest restenoza wynosi 13-22% [3]. Istnieją pewne różnice w patologii restenozy po POBA i implantacji stentów. IVUS (wewnętrzna ultrasonografia) wykazuje, że restenoza jest głównie wynikiem wadliwego modelowania ściany tętnicy wieńcowej. Do powstania zwężenia w miejscu angioplastyki mogą przyczyniać się również brak leczenia przeciwplatekowego, źle dobrana średnica lub niedopięnięcie stentu oraz nietolerancja organizmu na stent. Mimo

przyjmowania leków zleconych pacjentowi po zabiegu angioplastyki, możliwe jest wystąpienie restenozy z uwarunkowań genetycznych [9].

Rozpoznanie i klasyfikacja restenozy

Występowanie restenozy w stencie daje w większości przypadków objawy typowe dla zawału mięśnia sercowego. Nasilają się dolegliwości dławicowe, pogarsza się jakość życia codziennego pacjentów oraz zmniejsza odległe rokowania. U znacznej części pacjentów z restenozą dochodzi do OZW (ostry zespół wieńcowy). Ponad 50% chorych wymaga ponownego zabiegu rewaskularyzacyjnego [13].

Najpopularniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą potwierdzić postawione rozpoznanie restenozy w stencie jest inwazyjne badanie koronarograficzne. Możemy wyróżnić cztery typy restenozy:

- typ I - ogniskowy < 10 mm długości
 - IA – w przerwie między stentami lub w miejscu ich połączenia
 - IB – brzeżny
 - IC – ogniskowy (w obrębie stentu)
 - ID – wielogniskowy
- typ II - rozlany- ograniczony do stentu >10 mm długości
- typ III – proliferacyjny – obejmuje przyległe segmenty tętnicy >10 mm długości
- typ IV – całkowite zamknięcie naczynia wieńcowego w obrębie stentu

Typ II jest najczęściej występującym typem restenozy w stencie. Występuje u około 50% przypadków. Typ ogniskowy (IC) zaobserwowano w 40% przypadków, natomiast typ III (proliferacyjny) tylko u 10% [12]. W przypadku użycia stentów pokrytych lekiem (DES) restenozą ma najczęściej charakter ogniskowy. Porównując to ze stentami konwencjonalnymi daje to aż 63%.

Postępowanie terapeutyczne w restenozie

Dobór metody leczenia zależy od rodzaju restenozy, rodzaju użytego stentu oraz związanego z wyżej wymienionymi czynnikami wyjściowego patomechanizmu

powstawania. Dostępnymi metodami do leczenia zwężenia w obrębie stentu jakim jest restenoza są:

- angioplastyka balonowa (POBA)
 - z użyciem balonów tnących
 - przy wykorzystaniu balonów modyfikujących (scoring balloons)
 - z użyciem rapamycyny
 - przy użyciu balonów DEB (drug-eluting balloons – balon pokryty substancją antyproliferacyjną).
- ablacja laserowa
- rotablacja
- operacja pomostowania tętnic wieńcowych

Wysoka częstotliwość nawracania zwężeń w obrębie stentów jest ograniczeniem leczenia restenozy przy użyciu klasycznych cewników balonowych. Zastosowanie którejkolwiek z wewnątrznaczyniowych technik terapeutycznych, jak implantacja kolejnego stentu, rotablacja, ablacja laserowa również wykazywały dużą częstotliwość nawrotów.

Brachyterapia wewnątrzwieńcowa zmniejszyła nawracanie restenozy do poziomu 16-25%. Jeśli jednak mówimy o standardowej angioplastyce wieńcowej z wykorzystaniem stentu, badania dowodzą, że najlepiej sprawdza się użycie stentu SES (sirolimus-eluting stents). U pacjentów z wszczepionym stentem sirolimus częstość nawrotu zwężenia w stencie wynosi tylko 12,4% [13].

CEL PRACY

1. Ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po zawale spowodowanym restenozą.
2. Opracowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej.
3. Opracowanie wskazówek do dalszej samoopieki dla pacjenta po zabiegu angioplastyki wieńcowej.

MATERIAŁY I METODYKA

Do napisania pracy wykorzystany został przypadek 55 – letniej pacjentki przyjętej w trybie pilnym na OINK (Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego) w Centrum Kardiologii Scanmed w Bielsku Podlaskim. Po dokonaniu badania podmiotowego i przedmiotowego, pacjentka została zakwalifikowana do ponownej koronarografii z możliwą angioplastyką wieńcową. W tym celu została przygotowana do zabiegu oraz przewieziona do pracowni hemodynamiki

Wnikliwa analiza zawartej w pracy literatury przedmiotu, a także metoda indywidualnych przypadków tj. obserwacja, analiza dokumentacji medycznej, pomiary czy też wywiad pielęgniarski przyczyniły się do napisania niniejszej pracy.

WYNIKI

Opis przypadku

W owej pracy został opisany przypadek 55-letniej pacjentki przyjętej w trybie nagłym na OINK (Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego) w Centrum Kardiologii Scanmed w Bielsku Podlaskim. Po wstępnym przygotowaniu pacjentki, trafiła ona bezpośrednio do pracowni hemodynamiki w celu wykonania koronarografii z ewentualną angioplastyką wieńcową.

Przebieg choroby: Z wywiadu wynika, iż pacjentka wezwała ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego) z powodu znanego jej z wcześniejszego zawału, bólu w okolicy zamostkowej, promieniującego do lewej ręki i żuchwy. Ponadto pacjentka odczuwała duszność oraz zauważono zwiększoną potliwość. Po przyjeździe pogotowia ratunkowego, wykonano badanie EKG, które jasno określiło świeży zawał z uniesieniem odcinka ST. Po wykonanej transmisji do Centrum Kardiologii Scanmed w Bielsku Podlaskim oraz konsultacji z lekarzem, pacjentce podano ASA 300 mg p.o, 5000 IU i.v. heparyny oraz 90 mg p.o tikagreloru.

Stan ogólny pacjentki: Pacjentka po przebytych zawale NSTEMI 7 miesięcy wcześniej, z wszczepionym DES (Drug Eluting Stent) w PTW (Prawa tętnica wieńcowa). Pod stałą kontrolą poradni kardiologicznej, leki przyjmuje zgodnie z zaleceniami. BMI na poziomie 29,17. Pacjentka przy wzroście 156 cm waży 71kg, odżywia się nieregularnie, spożywając duże ilości słodyczy oraz tłuszczy zwierzęcych. Po zawale porzuciła palenie na miesiąc, w tej chwili pali ok.15 papierosów dziennie.

Mieszka w domu z mężem i trójką dzieci. Z wywiadu wynika, że w rodzinie występowały incydenty kardiologiczne.

Pobyt w szpitalu: Po przyjęciu do Centrum Kardiologii Scanmed w Bielsku Podlaskim, stan chorej został określony jako ciężki. Wykonano podstawowe badania jak EKG (uniesienie odcinka ST), RR 101/59 mm/Hg. Po wstępnym przygotowaniu pacjentki, podpisaniu przez nią zgód, przewieziono ją na salę zabiegową. Podczas badania diagnostycznego uwidoczniło się zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej w obrębie wcześniej wszczepianego stentu. Lekarz wykonujący zabieg zdecydował o próbie udrożnienia tętnicy. Po użyciu balona tnącego oraz balonów Non Compliant uzyskano pełny przepływ w prawej tętnicy wieńcowej. Podczas zabiegu pacjentka otrzymała 7000 IU heparyny oraz 0,7 mg nitrogliceryny dożylnie. Założono opatrunek uciskowy w miejscu uzyskania dostępu naczyniowego (prawa tętnica promieniowa). Pacjentka została poinstruowana o sposobie oszczędzania ręki w ciągu najbliższych kilku godzin oraz o możliwych konsekwencjach nieprzestrzegania zaleceń. Po powrocie na salę obserwacji pacjentka zgłasza nudności i dyskomfort w klatce piersiowej o łagodnym przebiegu. Podczas rozmowy z lekarzem dyżurnym zgłasza niepokój związany z dalszym funkcjonowaniem po wyjściu ze szpitala.

Proces pielęgnowania

Problem pielęgnacyjny nr 1: Piekący ból w klatce piersiowej.

Cel: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena bólu
- analiza zapisu EKG
- pobranie krwi do oznaczenia stężenia troponiny, izoenzymu kinazy kreatynowej (CK-MB), kinazy kreatynowej (CK) w celu wykluczenia lub potwierdzenia zawału mięśnia sercowego
- podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza oraz wprowadzenie ich w dokumentacji medycznej pacjentki
- wykonywanie czynności związanych z przezskórną angioplastyką wieńcową

Ocena działań: Zredukowanie poziomu bólu oraz powrót do normy zapisu EKG wraz z markerami biochemicznymi.

Problem pielęgnacyjny nr 2: Ryzyko wystąpienia krwawienia z tętnicy promieniowej.

Cel: Uniknięcie bądź wczesne wykrycie krwawienia z miejsca nakłucia.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena miejsca wkłucia w tętnicy promieniowej pod kątem wystąpienia krwawienia (ból, obrzęk, pojawienie się świeżej krwi, przesiąknięcie opatrunku)
- obserwacja parametrów życiowych
- powiadomienie lekarza w momencie zaobserwowania narastania krwiaka
- poinstruowanie pacjentki o ograniczeniu wykonywania ruchów oraz zgłaszaniu bólu w miejscu wkłucia

Ocena działań: Krwawienie w miejscu dostępu promieniowego nie wystąpiło.

Problem pielęgnacyjny nr 3: Wystąpienie nudności po przezskórnej angioplastyce wieńcowej.

Cel: Wyeliminowanie uczucia nudności oraz wykluczenie wystąpienia wymiotów.

Interwencje pielęgniarские:

- ułożenie pacjentki w bezpiecznej pozycji uniemożliwiającej zahłyśnięcie
- obserwacja pod kątem wystąpienia wymiotów
- podanie leków na zlecenie lekarza oraz odnotowanie ich w dokumentacji medycznej pacjentki
- zapewnienie pacjentce miski nerkowatej oraz ligniny

Ocena działań: Zredukowanie nudności, wymioty nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny nr 4: Niepokój pacjentki związany z dalszym funkcjonowaniem po opuszczeniu szpitala.

Cel: Zminimalizowanie występowania niepokoju u pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- informowanie oraz wyjaśnienie pacjentce podjętych procedur medycznych
- przedstawienie możliwych technik relaksacyjnych
- zapewnienie pacjentce komfortu psychicznego, zrozumienia i wsparcia
- podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza wraz z odnotowaniem w dokumentacji medycznej pacjentki

Ocenia działań: Zminimalizowano niepokój pacjentki.

Problem pielęgnacyjny nr 5: Nadwaga oraz sposób odżywiania pacjentki stanowiące ryzyko nawrotu dolegliwości.

Cel: Mobilizacja pacjentki do zmiany stylu życia, nawyków żywieniowych i utraty zbędnej masy ciała.

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja pacjentki pod kątem zdrowego odżywiania się
- zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej
- edukacja z zakresu wpływu otyłości na stan zdrowia, wystąpienia miażdżycy oraz ewentualnych konsekwencji zdrowotnych spowodowanych złym odżywianiem się

Ocena działań: Wzrost poziomu wiedzy pacjentki z zakresu odżywiania i wykazanie chęci do zredukowania masy ciała.

Problem pielęgnacyjny nr 6: Brak wiedzy pacjentki związanej z ograniczeniami ruchowymi kończyny po nakłuciu do zabiegu.

Cel: Edukacja pacjentki w zakresie ograniczeń ruchomości.

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja pacjentki na temat dozwolonych ruchów prawą ręką
- poinformowanie pacjentki o możliwości wystąpienia negatywnych skutków niestosowania się do zaleceń
- poinformowanie pacjentki o konieczności oszczędzania kończyny z której uzyskano dostęp naczyniowy

Ocena działań: Pacjentka ma świadomość o konieczności oszczędzania kończyny i możliwych skutkach ubocznych. Deficyt wiedzy chorej został zmniejszony

Problem pielęgnacyjny nr 7: Uzależnienie od nikotyny

Cel: Zmotywowanie pacjentki do zaprzestania palenia.

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja pacjentki o szkodliwości palenia papierosów
- edukacja chorej o wpływie nikotyny na rozwój miażdżycy
- zapoznanie pacjentki z możliwymi technikami ułatwiającymi rzucenie palenia

Ocena działań: Pacjentka wykazuje chęci do zerwania z nałogiem.

Zalecenia dla pacjentki do samoopieki

1. Obserwacja miejsca nakłucia tętnicy promieniowej. W razie wystąpienia objawów takich jak opuchlizna, drętwienie, zaczerwienienie, bolesność czy zwiększona ciepłota w obrębie nakłucia, konieczne zgłoszenie do lekarza.
2. Regularna aktywność fizyczna. Wykonywanie ćwiczeń z umiarkowaną intensywnością.
3. W razie wystąpienia bólu w klatce piersiowej, konieczne szybkie zgłoszenie się do najbliższego szpitala.
4. Zredukowanie masy ciała.
5. Wprowadzenie zbilansowanej diety. Unikanie wysokotłuszczowych produktów i słodczy.
6. Rezygnacja z palenia papierosów.
7. Uczęszczanie na wizyty kontrolne w poradni kardiologicznej.
8. Regularne przyjmowanie zapisanych leków.

WNIOSKI

1. Liczba pacjentów u których diagnozuje się występowanie zawału mięśnia sercowego stale rośnie, co spowodowane jest nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich i niezdrowym stylem życia.
2. Choroba niedokrwienna serca jest cichym zabójcą. Może rozwijać się niepostrzeżenie, aż do pierwszych objawów i wystąpienia OZW.
3. Nowoczesny sprzęt oraz inwazyjne metody leczenia ostrych zespołów wieńcowych pozwalają na wdrożenie szybkiego i skutecznego sposobu leczenia pacjenta.
4. Pielęgniarka odgrywa bardzo dużą rolę opiekuńczą, edukacyjną i terapeutyczną w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Budaj A.: Choroba niedokrwienna serca. W Choroby wewnętrzne. Pod redakcją A.Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005: 136-137
2. Chudek J., Kowalczyk A., Kozłowski D.: Częstość występowania bólu stenokardialnego w trakcie terapii kłopidogrelem w zależności od postępowania

- terapeutycznego podjętego u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym. *Geriatrics*, 2011;5: 99-104.
3. Hajar R.: Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 2017; 18:109.
 4. Dobrzycki S. i in.: Aterektomia rotacyjna w codziennej praktyce klinicznej. Opinia Grupy Ekspertów Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK). *Kardiologia Polska*, 2018; 11:1576-1584.
 5. Elżbieciak M., Mizia-Stec K.: Bezobjawowa dławica naczynioskurczowa jako przyczyna nagłego zatrzymania krążenia. *Folia Cardiologica*, 2019; 1: 57-70.
 6. Gaduła-Gacek E., Bielka A., Połoński L.: Kardiologiczny zespół X-diagnostyka, leczenie i rokowanie. *Choroby Serca i Naczyń*, 2014; 5: 265-274.
 7. Konieczny K., Posadzy-Małaczyńska A., Tykarski A.: Działania niepożądane inhibitorów konwertazy angiotensyny. *Choroby Serca i Naczyń*, 2006; 3: 140-148.
 8. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie.* Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005; 151-152.
 9. Nikolaou N., Arntz H., Bellou A., i inni: Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych. Wytyczne resuscytacji. *Polska Rada Resuscytacji*, Kraków, 2015; 334-351.
 10. Krawczyńska A. i in.: Długoterminowe monitorowanie holterowskie – rodzaje i znaczenie kliniczne, *Folia Cardiologica Excerpta*, 2010; 5: 353-360.
 11. Maroszyńska-Dmochł E.M., Woźakowska-Kapłon B.: Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie – przegląd literatury, *Folia Cardiologica*, 2014;9: 267-274.
 12. NFZ o zdrowiu. Choroba niedokrwienności serca, Warszawa 2020 [Dostęp 17.01.2024, godz. 17:41] Dostępny: <https://ezdrowie.gov.pl>
 13. Sikora W.: *Koronarografia i jej wpływ na pacjenta kardiologicznego.* Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, 2017: 1-2.
 14. Osadnik T., Połoński L.: Rokowanie w zawale serca z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST. Czy nadszedł już czas na zmianę wytycznych? *Choroby Serca i Naczyń*, 2009; 6: 173-179.

15. Parol G., Kobylecka M., Bakoń L.: Nieinwazyjna diagnostyka choroby niedokrwiennej serca – którą opcję diagnostyczną wybrać. *Folia Cardiologica*, 2014; 2; 197-204.
16. Smarż K.: Elektrokardiograficzne testy wysiłkowe u dorosłych: wykonanie i interpretacja. Opinia ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, *Kardiologia Polska*, 2019; 3; 399-408.

OPIEKA I PIELEGNACJA PACJENTA Z ZAKRZEPICĄ ŻYL

Mikołaj Tylanda¹, Krystyna Klimaszewska²

1. *Absolwent studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*
2. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

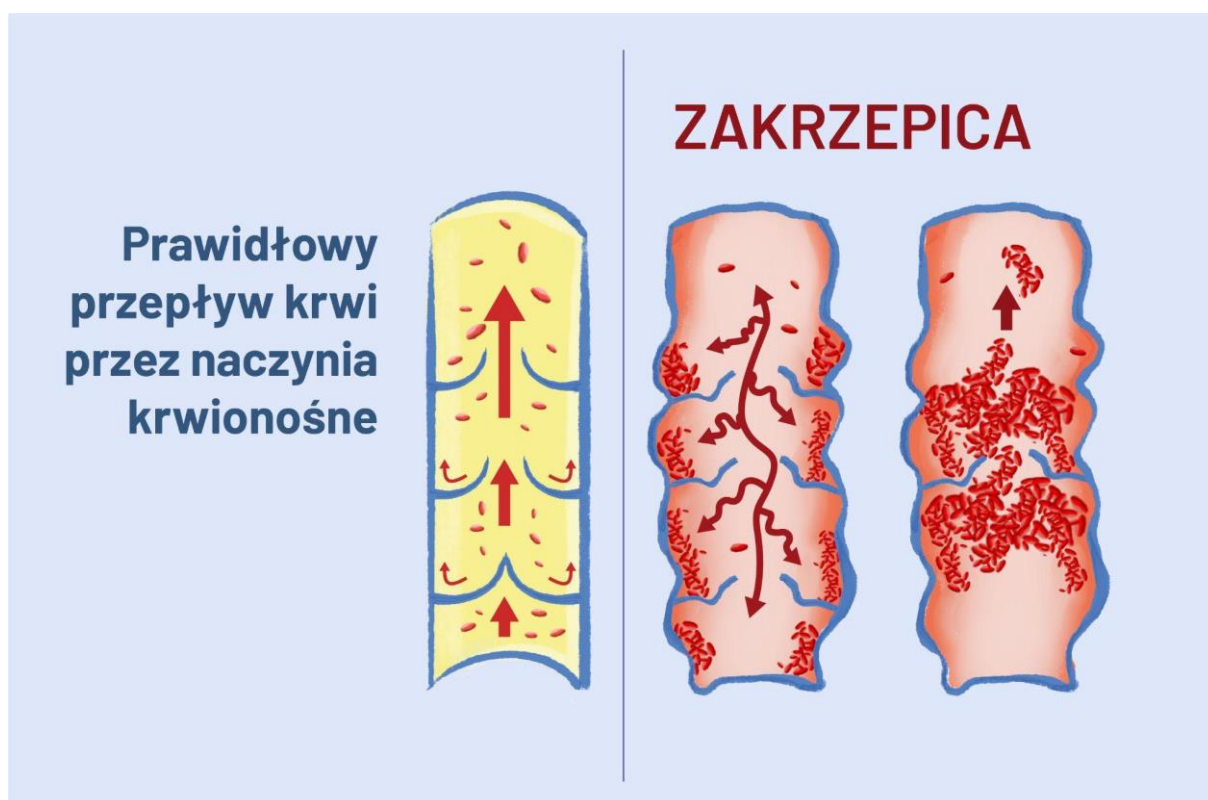
Układ naczyń żylny człowieka obejmuje wszystkie narządy oraz przechodzi przez całe ciało. Jego misją jest odprowadzanie odtlenowanej krwi z powrotem do mięśnia sercowego. Wyjątkiem od tej reguły są żyły płucne oraz pępowinowe, które w stronę serca dostarczają krew natlenowaną. Pełnią rolę naczyń pojemnościowych, są rezerwą czynnościową krążenia. Zdrowy człowiek w żyłach ma około 70 procent całkowitej krwi [1].

Ściany żyły są zbudowane z trzech części: części mięśniowej, błony środkowej oraz błony zewnętrznej. Są znacznie cieńsze od ścian tętniczych, gdyż panuje w nich mniejsze ciśnienie lecz krew nie zatrzymuje się a powoli przepływa. Mechanizm ten jest możliwy dzięki 5 czynnikom:

- zastawki, które zapobiegają cofaniu się krwi;
- naturalnie krew spływa z górnych części ciała do przedsionka;
- od tyłu ciśnienie jest wywierane przez arteolię oraz kapilary na żyłki;
- mięśnie szkieletowe pracując popychają krew w kierunku mięśnia sercowego;
- prawy przedsionek posiada siłę ssącą dzięki czemu krew wraca z miejsc, które są położone niżej niż on [1].

Zakrzepica żylna

Zakrzepica żylna jest to jedna z dwóch manifestacji żylnego choroby zakrzepowo-zatorowej. Polega ona na powstawaniu w zakrzepu żylnego, który to spowalnia przepływ krwi oraz może całkowicie go zatrzymać. Potrafi stworzyć się zator. Mechanizmem tworzenia się zatoru są zaburzenia prawidłowego przepływu krwi, co powoduje powstanie małych ale licznych stanów zapalnych. Stany te powodują uszkodzenie się śródbłonka wyściełającego ściany naczyń żylnych. W miejscu tych uszkodzeń płytki krwi przyklejają się, aby zregenerować ubytki i w taki sposób tworzą zakrzep. Skrzep ten jest niezwykle groźny, gdyż może po oderwaniu doprowadzić do zatoru [2].



Ryc.1 Powstanie zakrzepu i odłączenie się kawałka skrzepliny

Źródło własne

Zakrzepica żył najczęściej występuje w żyłach głębokich. Najczęściej rozwija się w kończynach dolnych, a rzadziej w górnych. Żyły głębokie kończyny dolnej dzielą się na odcinki:

- Dystalny: dotyczy najczęściej żył piszczelowych przednich i tylnych oraz żył strzałkowych;

- Proksymalny: dotyczy najczęściej żyły podkolanowej, udowych, biodrowych, żyły głównej dolnej [3].

Zakrzepica żył głębokich w kończynie górnej obejmuje przeważnie żyłę pachową oraz obojczykową [1].

Zakrzepica może również objąć żył powierzchowne. Wtedy ta jednostka chorobowa nazywana jest zakrzepicą żył powierzchownych. Choroba ta jest powikłaniem żylaków. Niestety zakrzepica żył powierzchownych jest mniej przebadana niż żył głębokich. Powodem takiego obrotu spraw jest kwestia iż zakrzepica ta uznawana jest jako choroba łagodna. Obejmuje w swoim zakresie chorobowym naczynia żyłne, które gromadzą krew ze struktur powierzchownych czyli ze:

- skóry
- tkanki łącznej
- podściółka tłuszczowa
- węzły chłonne

Ujście te żyły znajdują w żyłach głębokich skąd krew odprowadzana jest z powrotem do serca [3].

Etiologia i obraz kliniczny

Rocznie w Polsce na 100 tysięcy mieszkańców jest o 200 do 300 więcej nowych pacjentów u których zdiagnozowano zakrzepicę. Niepokojący jest fakt iż zakrzepica aż w 50% przypadkach potrafi nie wykazywać żadnych objawów.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej to już jest 160 nowych przypadków zakrzepicy żył głębokich na 100 tysięcy mieszkańców. Jest to również choroba śmiertelna. Badania wykazują iż u 100 tysięcy osób w ciągu roku, na ziemiach Ameryki Północnej, została stwierdzona jako pierwotna przyczyna zgonu. Sytuacja nie jest lepsza pod względem choroby towarzyszącej przy zgonie, gdyż tu zakrzepica również wystąpiła w kolejnych 100 tysiącach osób na skalę roczną [4].

Zakrzepica jest chorobą, która ma szeroki obraz kliniczny oraz czynniki ryzyka łącznie z przyczynami. Niemieckiego badacza Rudolf Virchow w 1856 roku wysunął hipotezę powstawania zakrzepicy. W swojej pracy zawarł oraz opisał zespół 3 czynników, które jego zdaniem były przyczynami lub sprzyjały powstawaniu zatorów oraz zakrzepów w żyłach. Czynniki te noszą nazwę triada Virchowa, a są to:

- zwolnienie przepływu krwi
- przewaga czynników aktywujących nad hamującymi układ krzepnięcia
- uszkodzenie ściany naczyniowej [2].

Zakrzepica zaczyna się najczęściej w mięśniach kończyn dolnych. Pierwsze najbardziej narażone na rozpoczęcie choroby są mięśnie łydek. Następnie stamtąd przemieszcza się ona w kierunku coraz to większych naczyń żylnych. Stamtąd kieruje się ku górze w stronę żył mieszczących się na udzie. Rzadko, ale się zdarza, że zakrzepica może przejść aż do miednicy oraz jamy brzusznej. Fragmenty skrzepu również mogą się odrywać, co za tym idzie, podróżować z prądem krwi w kierunku mięśnia sercowego oraz płuc. Jeśli taki kawałek oderwanego skrzepu trafi właśnie do płuc to może stać się przyczyną zatorowości płucnej. Jeśli skrzeplina jest dostatecznie duża, po dotarciu do płuc może spowodować zator tętnicy płucnej lub jej rozgałęzień, co jest stanem znanym jako zatorowość płucna. Gdy zatkane naczynie ma dużą średnicę, jego zamknięcie prowadzi do zawału i obumarcia znacznej części płuca. Wiąże się to z objawami takimi jak:

- w klatce piersiowej odczuwany jest silny ból
- kaszel z krwią w wydzielinie
- duszność pojawiająca się nagle [5].

Zatorowość płucna idzie w parze z żylną chorobą zakrzepową. Najczęściej przebiega bez żadnych objawów. Zatorowość płucna to stan, w którym skrzepliny (zwane również zatorami) blokują lub zwężają tętnicę płucną lub jej gałęzie. Najczęściej skrzepliny te pochodzą z żył głębokich kończyn dolnych lub miednicy mniejszej (są produktami zakrzepicy żył głębokich). Rzadziej mogą pochodzić z żył górnej połowy ciała, takich jak żyły podobojczykowe i pachowe. Innymi przyczynami zatorowości płucnej mogą być kule cholesterolu, pęcherzyki powietrza lub płyn

owodniowy, który może przedostać się do żył miednicy mniejszej w trakcie porodu lub jego powikłań. W skrócie, zatorowość płucna jest wynikiem przemieszczenia skrzeplin do krążenia płucnego, co może prowadzić do poważnych konsekwencji [5].

Czynniki ryzyka zakrzepicy można podzielić na dwie grupy:

- Wrodzone czynniki ryzyka, czyli są to:
 - obecność czynnika V Leiden
 - niedobory białek C oraz S
 - niedobór plazminogenu
 - niedobór czynnika XII
 - wzrost aktywności czynnika VIII
 - dysfibrynogenemia
 - niedobór antytrombiny III.

- Niezależne czynniki ryzyka:
 - wiek powyżej 40 roku życia - towarzyszące mu choroby i zmiana trybu życia odgrywają kluczową rolę we wzroście ryzyka. Ukończenie 40. roku życia i wystąpienie specyficznych warunków predysponuje do rozwoju zakrzepicy. Z każdą kolejną dekadą życia ryzyko to zdecydowanie wzrasta
 - długotrwałe unieruchomienie - może prowadzić do powstawania zakrzepów w żyłach. Najczęściej lokalizują się one w zatokach żylnych mięśni łydki. U zdrowych osób w tych miejscach obserwuje się spowolniony przepływ krwi, a unieruchomienie dodatkowo wpływa na jego zwolnienie. Podobny efekt występuje u pacjentów wielogodzinnie unieruchomionych, zwłaszcza w pozycji zgiętych kolan i bioder. Długotrwałe siedzenie podczas podróży samochodem, samolotem lub inne czynności wymagające pozostawania w pozycji siedzącej również sprzyja powstawaniu skrzeplin. Nawet unieruchomienie w opatrunku gipsowym może zwiększać ryzyko zakrzepicy.
 - ciążą oraz połóg - kobietom w ciąży ryzyko wzrasta aż 5-6 krotnie. Najczęściej pojawia się w pierwszym oraz w trzecim trymestrze ciąży. Inne momenty narażone na wzrost ryzyka zakrzepicy to połóg i czas bezpośrednio po nim.

Dodatkowo wzrosty ryzyka mogą się pojawić jeśli kobieta miała wykonywane cięcia cesarskie, po 25 roku życia, jej BMI wskaźnik przekracza 30.

- operacje - wskaźnik ryzyka wzrasta jeżeli operacja trwa dłużej niż 2 godziny. Zabiegami, które są obarczone największym ryzykiem wystąpienia zakrzepicy są operacje ortopedyczne na kończynach dolnych. Nie mniejszym ryzykiem są obarczone zabiegi robione z powodu raka na przykład płuc, żołądka, jelita grubego, trzustki, gruczołu krokowego. U 50% pacjentów z zakrzepicą pooperacyjną zakrzepy powstają już w trakcie zabiegu.
- otyłość oraz nadwaga BMI > 30 - u pacjenta, który przekracza o około 15% - 20% masę ciała ryzyko wystąpienia zakrzepicy w okresie okołoperacyjnym dwukrotnie wzrasta.
- trombofilię - to są choroby kliniczne charakteryzujące się nadkrzepliwością. Objawiają się zakrzepicą już w młodym wieku, która nawraca. Występować w ich przebiegu może oporność na heparynę oraz martwica skóry, kiedy zażywa się doustne leki przeciwzakrzepowe. Zalicza się również do nich zakrzepicę występującą w nietypowych miejscach. Trombofilię mogą być wrodzone jak i nabyte.
- zażywanie leków doustnych antykoncepcyjnych - Przyjmowanie doustnych, hormonalnych środków antykoncepcyjnych zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy. Ryzyko to jest największe w pierwszym miesiącu przyjmowania preparatu, a później stabilizuje się i zmniejsza po jego odstawieniu. Badania potwierdzają związek między częstością występowania zakrzepicy a dawką estrogenów zawartych w doustnych środkach antykoncepcyjnych. Warto zauważyć, że ryzyko zakrzepicy może zmniejszać się w miarę obniżania dawki estrogenów i zanikać 2-4 tygodnie po odstawieniu środka antykoncepcyjnego.
- palenie papierosów - obecność nikotyny we krwi prowadzi do wzmożonej produkcji fibrynogenu i skłonności płytek krwi do agregacji. Szkodliwe związki obecne w dymie papierosowym stanowią jeden z najsilniejszych czynników stymulujących produkcję fibrynogenu. U palaczy stężenie fibrynogenu w osoczu

może być nawet o 10–20% wyższe niż u osób niepalących. Hiperfibrinogenemia z kolei prowadzi do zwiększenia agregacji płytek krwi i zwiększa lepkość krwi.

- żylaki - żylaki, które są w zaawansowanym stadium sprzyjają tworzeniu się zakrzepów w żyłach powierzchownych, z których w odpowiednich warunkach mogą się przemieścić do żył głębokich.
- cewnikowanie żył - jeśli zostawimy cewnik na długi czas w żyłę, może dojść do powstania zakrzepu. Taki sam efekt uzyskamy jeśli nie będziemy dbali o cewnik żylny zgodnie z zasadami [6].

Czynniki ryzyka zakrzepicy w większości sytuacji spełniają warunki przedstawione w triadzie Virchowa. Przede wszystkim głównym czynnikiem ryzyka jest uszkodzenie ściany naczynia żylnego. Uszkodzenia takie mogą występować z wielu powodów:

- Czynniki mechaniczne: Fizyczne uszkodzenia naczynia, na przykład w wyniku urazu lub ucisku.
- Czynniki chemiczne: Kontakt z substancjami chemicznymi, które mogą uszkodzić ścianę naczynia.
- Czynniki toksyczne: Toksyny lub związki szkodliwe dla naczyń krwionośnych.
- Przejście procesu patologicznego: W wyniku nacieku nowotworowego lub innych procesów chorobowych z okolicznych tkanek na ścianę naczynia.
- Zwolnienie przepływu krwi: Może wystąpić u pacjentów unieruchomionych przez dłuższy czas, a także z powodu niewydolności krążenia, ciąży, położenia lub długotrwałego siedzenia
- Zmiany w układzie krzepnięcia krwi: Wysokie stężenie fibrynogenu, liczba płytek krwi, obecność przeciwciał antyfosfolipidowych oraz zaburzenia procesu fibrynolizy mogą przyczynić się do powstania zakrzepu [6].

Objawy oraz diagnostyka

Objawy zakrzepicy mogą być bardzo zróżnicowane. Widoczne gołym okiem to są objawy zewnętrzne. Zalicza się do nich:

- żylaki
- skórę, która jest sucha
- zaczerwienienia
- zasinienie skóry
- bladość skóry
- pajęczki
- obrzęk kończyny
- zasinienie kończyny podczas pozycji stojącej [6].

Objawy, których nie widzimy gołym okiem, są to objawy wewnętrzne. Głównie skupiają się na czynnikach bólowych więc łatwo je pomylić z innymi jednostkami chorobowymi. Objawy wewnętrzne to:

- gorączka
- tachykardia
- uczucie pieczenia w kończynie na przykład dolnej
- ciężkość kończyny
- ból kłujący w obszarze podudzi
- ból spoczynkowy
- ból uciskowy z chromaniem
- zwiększenie uczucia ciepła w kończynie
- zwiększone napięcie mięśni
- objawy zatorowości płucnej [7].

Objawy również bardzo ważne podczas diagnozowania zakrzepicy żył głębokich które na nią wskazują obejmują;

- ✓ objaw Homansa, który jest bólem łydki przy grzbietowym zgięciu stopy,
- ✓ objaw Peyera, czyli ból wzdłuż wewnętrznej krawędzi stopy
- ✓ objaw Mozesa, który jest wzmożonym napięciem tkanek pod powięzią goleni.

Jednak te objawy nie są wystarczające do postawienia ostatecznej diagnozy zakrzepicy. Objawy zakrzepicy żył głębokich w kończynach dolnych, jeśli występują, są niespecyficzne. Dlatego proces diagnozowania zakrzepicy powinien zaczynać się od kompleksowej oceny klinicznej pacjenta, uwzględniającej zarówno objawy podmiotowe, jak i przedmiotowe, a także uwzględniającej obecność czynników ryzyka zakrzepicy [8].

W diagnostyce każdej choroby bardzo przydatne są skale, które mogą pomóc w określeniu na przykład klinicznego prawdopodobieństwa wystąpienia danej choroby. W przypadku zakrzepicy taką skalą jest skala Wellsa.

1. Tło:

- DVT: Zakrzepica w żyłach głębokich, zwykle w nogach.
- PE: Zakrzepica, która przemieszcza się do płuc, powodując zator.

2. System punktacji:

- Każdy czynnik ryzyka otrzymuje określoną liczbę punktów.
- Całkowita liczba punktów pomaga sklasyfikować ryzyko:
 - 0 lub mniej: Niskie ryzyko DVT.
 - 1 lub 2: Średnie ryzyko.
 - 3 lub więcej: Wysokie ryzyko DVT.

3. Kryteria Wellsa dla DVT:

- Nowotwór złośliwy: +1
- Porażenie, niedowład, niedawne unieruchomienie kończyny dolnej: +1
- Niedawne unieruchomienie w łóżku przez > 3 dni lub duży zabieg chirurgiczny w ciągu ostatnich 4 tygodni : +1
- Bolesność miejscowa: +1
- Obrzęk całej kończyny dolnej: +1
- Obwód goleni większy o > 3 cm w porównaniu ze zdrową kończyną: +1
- Obrzęk ciastowaty: +1
- Widoczne żyły powierzchowne krążenia obocznego: +1
- Inne rozpoznanie równe lub bardziej prawdopodobne niż zakrzepica żył głębokich: -2

4. Interpretacja:

- 0 punktów lub mniej: Niskie ryzyko DVT.
- 1 lub 2 punkty: Średnie ryzyko.
- 3 punkty lub więcej: Wysokie ryzyko DVT.

5. Kryteria Wellsa dla PE:

- Podobne kryteria jak dla DVT, ale dostosowane do diagnozy PE.
- Obejmuje czynniki takie jak kliniczne objawy DVT, tętno, unieruchomienie i wcześniejszy PE/DVT.

Jeśli na podstawie tej skali pacjent został wstępnie przydzielony do grupy ryzyka to natychmiast, bez zwlekania należy przeprowadzić badania obrazowe żył w celu zaobserwowania potencjalnych zmian żylnych [6].

Ważnym diagnostycznym badaniem jest sprawdzenie stężenia D-dimerów we krwi. Zgodnie z definicją, D-dimer (D-D) to produkt enzymatycznego rozpadu fibrynogeny. Powstaje z dwóch podjednostek D połączonych wiązaniem krzyżowym, co umożliwia utworzenie stabilnego skrzepu. Pojawienie się D-dimerów w organizmie jest możliwe dopiero po aktywacji procesu krzepnięcia, a następnie lizy (rozpadu komórek) utworzonego wcześniej skrzepu. D-dimery są powszechnie wykorzystywanymi markerami wzmożonej krzepliwości krwi i w ostatnich latach stały się popularnym testem przesiewowym [8].

D-dimery to fragmenty białka fibryny, które pojawiają się w osoczu krwi w wyniku procesów krzepnięcia i rozpadu fibryny. Ich podwyższony poziom informuje o zwiększonej aktywności procesów krzepnięcia i rozpadu fibryny. U osób zdrowych występują tylko minimalne ilości D-dimerów we krwi. Należy pamiętać, że wysokie stężenie D-dimerów może nie mieć związku ze zakrzepicą u pacjentów które:

- pałą papierosy
- są po udarze mózgu
- są po zawale serca
- są po niewydolności krążeniowej
- są po migotaniu przedsionków

Poziom D-dimerów u takich osób będzie związany z przebytych urazem, a nie z rozwojem choroby zakrzepowo- zatorowej [9].

Badanie poziomu D-dimerów polega na pobraniu próbki krwi, zwykle z żyły, chociaż możliwe jest także pobranie z tętnicy lub włóśniczki. Można je wykonać na zlecenie lekarza w większości przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz prywatnie. Nie ma potrzeby specjalnego przygotowania do badania D-dimerów, w przeciwieństwie do niektórych innych badań krwi, nie wymaga się na przykład

głodzenia – można pić i jeść przed nim oraz wykonać je o dowolnej porze dnia. Po pobraniu krwi, próbka jest umieszczana w probówce z antykoagulantem. Prawidłowy poziom D-dimerów we krwi wynosi około 500 µg/l. Jeśli proces krzepnięcia w pobranej próbce przebiegnie prawidłowo, możliwe jest wykluczenie związku między objawami pacjenta a chorobami zakrzepowymi [8, 9].

Drugim stopniem diagnostycznym w diagnostyce zakrzepicy są badania obrazowe. Badania diagnostyczne obrazowe wykonywane na zakrzepicę możemy podzielić na 2 grupy:

- techniki ultrasonograficzne:
 1. badanie Dopplera metodą pulsacyjną -daje informacje o przepływie krwi w żyłach biodrowych;
 2. próba uciskowa w prezentacji B - obecność zakrzepu ucisk żyły głowicą ultrasonografu nie doprowadzi do pełnego zamknięcia jej światła;
 3. badanie Dopplera z kolorowym obrazowaniem przepływu - identyfikacja sygnałów tętnicznych w rejonach anatomicznych o złożonym przebiegu naczyń tętnicznych;
 4. połączenie metody uciskowej z badaniem Dopplera - precyzyjne przedstawienie oraz opisanie przepływu krwi w żyłach [10];
- pozostałe techniki obrazowania żył:
 1. wstępująca flebografia (wenografia) kontrastowa -obecność zakrzepu sugeruje stały ubytek wypełnienia światła żyły na RTG;
 2. wenografia spiralnej tomografii komputerowej - ocenianie tętnic płucnych oraz żył głównej dolnej i biodrowych w trakcie jednej wizyty;
 3. wenografia rezonansu magnetycznego - lokalizowanie i wykrywanie zakrzepów w trudno dostępnych segmentach żył w USG np.: żyły miedniczne;

Wenografie jednak mają swoje wady. Są to badania inwazyjne. Pacjent może dostać reakcji alergicznej na środek kontrastowy. Ponadto są mniej dostępne. Niosą za sobą większe koszty i dla tych przyczyn częściej jednak się wybiera metody

nieinwazyjne, czyli ultrasonografię, które są bezpieczniejsze, bardziej dostępne w większej liczbie placówek oraz zdrowsze dla pacjenta [6, 10].

Leczenie

Leczenie zakrzepicy jest przede wszystkim leczeniem farmakologicznym. Podstawowym celem terapii jest zastosowanie leków przeciwzakrzepowych. Jej głównym zadaniem jest zatrzymanie postępu choroby oraz umożliwienie gojenia się uszkodzonego śródbłonna naczyń krwionośnych. Dodatkowo, terapia ma na celu zapobieżenie poważnym powikłaniom, takim jak zatorowość płucna. Jeśli skrzeplina rozprzestrzeni się w kierunku bliższym sercu, mogłoby to prowadzić do niewydolności żyłnej lub nadciśnienia płucnego. Leczenie przeciwkrzepliwe zmniejsza również ryzyko nawrotu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W leczeniu zakrzepicy wyróżnia się trzy fazy:

1. leczenie początkowe - trwa około 7 dni
2. długoterminowe - trwa mniej niż 3 miesiące
3. leczenie przewlekłe - trwa więcej niż 3 miesiące [11].

Farmakologia w leczeniu przeciwzakrzepowym w głównej mierze opiera się na heparynach. Wyróżnia się jej dwa rodzaje:

heparyna drobnocząsteczkowa- podaje się podskórnie w dawce terapeutycznej
heparynę niefrakcjonowaną - podaje się dożylnie w bolusie 80jm/kg, a potem 18jm/kg/h [11].

Są jeszcze doustnie podawane antykoagulanty. Bezpośrednie doustne antykoagulanty (DOAC) to leki, które bezpośrednio wpływają na proces krzepnięcia krwi. Należą do nich bezpośrednie inhibitory czynnika Xa, takie jak apiksaban, riwaroksaban i edoksaban, oraz bezpośredni inhibitor trombiny, czyli dabigatran. Heparyny oraz DOAC są podstawowym leczeniem farmakologicznym w leczeniu początkowym [10, 11].

W leczeniu długoterminowym oraz w leczeniu przewlekłym wykorzystuje się leki:

- Heparyna drobnocząsteczkowa (LMWH) podskórnie - zalecana jako monoterapia przez 6 miesięcy, szczególnie u pacjentów z zakrzepicą żył głębokich. Jest również preferowanym leczeniem u kobiet w ciąży.
- Antagoniści witaminy K (warfaryna, acenokumarol) doustnie - dawkowanie jest dostosowywane do wyniku INR (cel: INR 2–3). W początkowym okresie leczenia zaleca się jednoczesne stosowanie LMWH przez co najmniej 5 dni, aż do osiągnięcia i utrzymania INR powyżej 2,0 przez ponad 24 godziny.
- Riwaroksaban - doustnie, w dawce 20 mg raz na dobę.
- Dabigatran - doustnie, w dawce 150 mg co 12 godzin; dla pacjentów powyżej 80. roku życia lub przyjmujących jednocześnie werapamil, dawka wynosi 110 mg co 12 godzin.
- Apiksaban - doustnie, w dawce 2,5 mg dwa razy na dobę.
- Kwas acetylosalicylowy - doustnie, w dawce 100 mg raz na dobę.
- Sulodeksyd - doustnie, w dawce 250 dwa razy na dobę [11, 12].

Oprócz leczenia farmakologicznego w długoterminowym i przewlekłym leczeniu wykorzystuje się zabiegi takie jak:

1. Filtr do żyły głównej dolnej:

- Metoda ta pozwala na zapobieganie nawrotom zatorowości płucnej. Polega na umieszczeniu w żyłę główną dolną tzw. filtru naczyniowego. Filtr ma za zadanie wychwytywać duże skrzepliny, co zapobiega zatorowi płucnemu. Wprowadzenie filtra nie leczy zakrzepicy, ale minimalizuje ryzyko jej powikłań. Wykorzystuje się go, gdy inne metody nie są skuteczne lub przeciwwskazane.

2. Tromboliza pod kontrolą cewnika:

- Ta metoda polega na rozpuszczaniu skrzeplin poprzez podawanie leków rozpuszczających bezpośrednio do skrzepliny za pomocą cewnika. Stosuje się ją w przypadku ciężkiej zakrzepicy, gdy dochodzi do zamknięcia dużych żył (np. udowych i biodrowych). Wymaga specjalistycznego sprzętu i odpowiednio wyszkolonego personelu.

3. Tromboliza farmakomechaniczna:

- Jest to podobna metoda do trombolizy pod kontrolą cewnika, ale dodatkowo usuwa się fragmenty skrzepów za pomocą specjalnych instrumentów. Decyzja o wykorzystaniu tej metody zależy od lekarza, który ocenia stosunek korzyści do ryzyka powikłań [13].

Profilaktyka

W profilaktyce zakrzepicy niezwykle ważną rzeczą jest aktywność fizyczna. Ważne jest regularne wykonywanie ćwiczeń, zwłaszcza takich, które angażują mięśnie łydek. Jeśli wykonuje się pracę siedzącą, należy pamiętać o robieniu przerw na krótkie spacerunki i zmianę pozycji ciała. Podczas długich podróży samolotem, autokarem, pociągiem lub samochodem warto nosić luźne ubrania. W trakcie podróży starać się regularnie robić przerwy, spacerować lub wykonywać ćwiczenia rozluźniające mięśnie łydek, jeśli to możliwe. To pomoże w zapobieganiu skurczom i uczuciu zmęczenia. Wszystkie te metody mają za zadanie zmniejszyć ucisk miejscowy na kończynę. Oprócz tego wszystkiego należy stosować też pończochy przeciwzakrzepowe o stopniowanym ucisku. Ćwiczenie, które może robić każdy z nas nawet w tej chwili to wymuszony cykliczny ruch stóp. Zaleca się również masaż kończyny. Mają one na celu pobudzenie przepływu krwi przez nią [14].

Leki przeciwzakrzepowe są kluczowe w profilaktyce i leczeniu zakrzepicy, zarówno w naczyniach tętniczych, jak i żylnych. Przez prawie 70 lat głównym wyborem leku w leczeniu przewlekłym był doustny antagonisty witaminy K, takie jak acenokumarol czy warfaryna [13, 14].

Dieta jest kolejną ważną rzeczą w profilaktyce zakrzepicy. Pacjent powinien przestrzegać pewnych zaleceń żywieniowych w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. Jednym z zalecanych schematów żywieniowych jest dieta śródziemnomorska, która obejmuje dużą ilość owoców, warzyw, roślin strączkowych, ryb i pełnoziarnistego pieczywa, ograniczając spożycie czerwonego mięsa, zwłaszcza wieprzowiny. W diecie śródziemnomorskiej często stosuje się czosnek, cebulę i oliwę z oliwek, bogate w błonnik, witaminę C, mikro- i makroelementy oraz nienasycone kwasy tłuszczowe. Badania wykazały, że im bardziej zbliżona do diety śródziemnomorskiej, tym mniejsze ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Należy także zwrócić uwagę na ryzyko związanego ze spożywaniem napojów słodzonych i alkoholu, nawet w umiarkowanych

ilościach. Należy również pamiętać o zaprzestaniu palenia papierosów, gdyż substancje zawarte w dymie papierosowym przyczyniają się do szybszego powstawania zakrzepów oraz uszkodzają cały układ krwionośny[7, 14].

ZAŁOŻENIE I CEL PRACY

Zakrzepica jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego, będącą przyczyną poważnych powikłań, takich jak zatorowość płucna czy udar mózgu. Jej kompleksowy charakter oraz rosnąca zachorowalność stanowią wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Zachorować może na nią każdy, nawet tak zwane „okazy zdrowia” W związku z tym, zrozumienie mechanizmów patofizjologicznych, czynników ryzyka oraz skutecznych metod prewencji i leczenia zakrzepicy staje się priorytetem w dziedzinie medycyny.

Celem pracy było:

1. Określenie głównych problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z zakrzepicą.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 50-letniego pacjenta hospitalizowanego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi Klinika Neurologii i Udarów Mózgu w dniach 31.01-04.02.2023. Celem hospitalizacji było ustalenie przyczyny bólów głowy, które pojawiały się od 2 tygodni oraz kończyny lewej dolnej, na której jest obrzęk podudzia.

W pracy posłużono się metodą studium przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Skutkuje to ułożeniem indywidualnego procesu pielęgnowania pacjenta oraz dalszego planu postępowania w opiece.

Materiał do pracy został zebrany na podstawie analizy dokumentacji medycznej, obserwacji pielęgniarstwa, wywiadu pielęgniarstwa, pomiarów parametrów życiowych.

WYNIKI

Opis Przypadku

50- letni pacjent M.T. został przyjęty na oddział w dniu 31.01.2023 roku. Tryb przyjęcia był trybem planowym. Pacjenta przyjęto w Klinice Neurologii i Udarów

Mózgu w Uniwersyteckim Szpitalu Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Pacjent zgłosił się, gdyż od 2 tygodni bolała go głowa oraz lewa dolna kończyna. Kończyna ta była opuchnięta z małym obrzękiem w okolicach podudzia. Niechętnie podjął się hospitalizacji, gdyż obawiał się pobytu w szpitalu, jednak syn namówił go, żeby się zdiagnozował. Założono pacjentowi wkłucie dożylnie obwodowe w lewym przedramieniu. Z wywiadu wynikało iż tata pacjenta zmarł w wieku 47 lat na zawał serca oraz jego dziadek w wieku 54. Chory wypala około 20 papierosów dziennie. Przyznał się, że pali od 16 roku życia. Odżywia się nieregularnie, a w diecie preferuje smażone, tłuste posiłki. Pije dziennie piwo. Ma siedzący tryb życia. Pracuje zdalnie przez komputer. Zdarza mu się siedzieć 8 godzin dziennie bez ruchu. Nie uprawia sportu, ani gimnastyki. Pacjent zachowuje się nerwowo oraz niespokojnie. Z badań wyszło iż chory ma zakrzepicę zatoki poprzecznej i esowatej lewostronnie oraz zakrzepicę żylną w lewej nodze, Ponadto wykryto stan nosicielstwa mutacji Leiden czynnika V układu krzepnięcia. Na oddziale dostawał heparynę drobnocząsteczkową podskórną. Pacjent sprawny oraz logiczny, w przygaszonym humorze .

Parametry:

- ciśnienie: 126/85
- temperatura: 36.6°C
- tętno: 94u/min
- saturacja: 97%
- częstość oddechów: 17 oddechów/min
- masa ciała: 100 kg
- wzrost: 180cm
- BMI (wskaźnik masy ciała): 30.86

Pacjent został wypisany dnia 04.02. w 2023 roku. Zostało mu przypisane kontynuowanie terapii heparyną drobnocząsteczkową, a w dalszym etapie acenokumarolem. Chory po zdiagnozowaniu zakrzepicy obawia się, że nie będzie mógł kontynuować swojego hobby, którym jest śpiew oraz podróże samolotem.

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwa

Problem 1: Ból głowy (7/10 w skali VAS) oraz kończyny dolnej lewej spowodowany zakrzepami.

Cel: zmniejszenie bólu lub całkowite go wyeliminowanie.

Interwencje pielęgniarstwa:

- wykorzystanie skali VAS (Visual Analogue Scale, wizualna skala analogowa) do ustalenia nasilenia bólu
- podanie środków przeciwbólowych według zaleceń
- przewietrzenie pokoju
- nawodnienie pacjenta
- rozmasowanie kończyny i zastosowanie
- zastosowanie pończoch przeciwzakrzepowych o kontrolowanym ucisku

Ocena: ból się zmniejszył z 7/10 do 3/10 w skali VAS, pacjent odczuł ulgę

Problem 2: Dyskomfort spowodowany obrzękiem lewego podudzia

Cel: zmniejszenie dyskomfortu

Interwencje pielęgniarstwa:

- stosowanie maści z heparyną na zmniejszenie obrzęku
- stosowanie podkolanówek przeciwzakrzepowych
- położenie nogi na uniesieniu najlepiej 10-15 stopni
- masaż podudzia
- nawilżenie skóry kremem nawilżającym
- monitorowanie obrzęku

Ocena: Dyskomfort się zmniejszył, obrzęk się zmniejszył

Problem 3: Niepokój oraz stres pacjenta związany z hospitalizacją

Cel: Zmniejszenie uczucia niepokoju oraz stresy.

Interwencje pielęgniarstwa:

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentem o przebiegu hospitalizacji
- zapewnienie przyjaznej atmosfery oraz komfortu
- zaproponowanie rozmowy z innymi pacjentami o przebiegu hospitalizacji
- umożliwienie spotkań z rodziną
- w razie potrzeby wezwanie duchowego

Ocena: Pacjent nie odczuwa już niepokoju, zrozumiał przebieg hospitalizacji oraz poprawił się mu humor

Problem 4: Niedobór wiedzy chorego na temat skutków palenia papierosów

Cel: Zwiększenie wiedzy chorego na temat skutków palenia. Zachęcenie do zaprzestania

Interwencje pielęgniarские:

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentem, w której mówimy o skutkach palenia
- poinformowanie chorego jak palenie wpływa na zakrzepicę oraz choroby układu krwionośnego
- przedstawienie leczenia terapeutycznego od uzależnienia od nikotyny
- przedstawienie alternatyw przyjmowania nikotyny przy rzucaniu palenia np. plastry nikotynowe

Ocena: Wiedza pacjenta zwiększyła się oraz pacjent wyraził zainteresowanie leczeniem uzależnienia.

Problem 5: Niedobór wiedzy chorego na temat diety w zakrzepicy oraz zasad zdrowego żywienia

Cel: Zwiększenie wiedzy chorego na temat diety w zakrzepicy, wyjaśnienie zasad zdrowego żywienia.

Interwencje pielęgniarские:

- przeprowadzenie rozmowy na temat zasad zdrowego żywienia, przedstawienie piramidy żywieniowej
- przedstawienie oraz omówienie diety lekkostrawnej i diety śródziemnomorskiej
- omówienie plusów tych diet oraz jak działają na organizm osoby z zakrzepicą
- omówienie podstaw gotowania potraw w tych dietach
- zaoferowanie wsparcia dietetyka

Ocena: Poziom wiedzy chorego na temat diety w zakrzepicy oraz zasad zdrowego żywienia wzrósł oraz pacjent jest podekscytowany nową dietą i chce ją zgłębiać

Problem 6: Ryzyko pogłębienia się choroby spowodowane otyłością pacjenta oraz siedzącym trybem życia

Cel: zmniejszenie ryzyka pogłębienia się choroby spowodowanego otyłością oraz siedzącym trybem życia.

Interwencje pielęgniarские:

- regularne ważenie i mierzenie pacjenta, sprawdzanie jego BMI
- przeprowadzenie rozmowy na temat skutków otyłości
- poinformowanie chorego o korzyściach regularnych ćwiczeń
- poinformowanie chorego aby podczas siedzącej pracy robił sobie przerwy i pochodził po pokoju, regularnie zmieniał pozycję siedzącą, wykonywał proste ruchy stopami oraz łydkami
- przedstawienie zalet odchudzania oraz omówienie jak wpływa otyłość na chorobę zakrzepową

Ocena: Ryzyko się zmniejszyło, chory został dobrze doinformowany oraz wyraża chęć do zmiany

Problem 7: Deficyt wiedzy pacjenta o długotrwałych skutkach picia alkoholu oraz o picciu alkoholu w chorobie zakrzepowej

Cel: zwiększenie wiedzy pacjenta o długotrwałych skutkach picia alkoholu oraz picciu alkoholu w chorobie zakrzepowej.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem o szkodliwości picia alkoholu
- wspieranie pacjenta przez rozmowę
- zaproponowanie wizyty w terapii
- opisanie szkodliwości picia w jego chorobie
- poinformowanie pacjenta o skutkach ubocznych picia oraz przyjmowania leków

Ocena: Wiedza u pacjenta na ten temat się zwiększyła, wyraził chęć zaprzestania spożywania alkoholu oraz chce leczyć swoje uzależnienie.

Problem 8: Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane kaniulacją żył obwodowej

Cel: zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji spowodowanego kaniulacją żyły obwodowej.

Interwencje pielęgniarские:

- kontrola miejsca wkłucia
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem objawów sugerujących infekcję
- wymiana wkłucia nie dłużej niż po 72h od jego założenia
- zabezpieczenie dostępu jałowym koreczkiem
- przestrzeganie zasad antyseptyki i aseptyki

- zmiana opatrunku na świeży jeśli zabarwił się krwią oraz w wypadku jak minęły 24h od jego wcześniejszej zmiany
- w celu postawienie drożności wkłucia należy przepłukiwać przed oraz po podaży leku bądź kroplówki
- zapisanie daty kiedy wkłucie zostało założone

Ocena: Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane kaniulacją żył obwodowej uległo zmniejszeniu.

Problem 9: Brak wiedzy pacjenta na temat prowadzenia leczenia przeciwzakrzepowego oraz metody robienia zastrzyków podskórnych z heparyny

Cel: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat prowadzenia leczenia przeciwzakrzepowego oraz metody robienia zastrzyków podskórnych z heparyny.

Interwencje pielęgniarские:

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentem na temat leczenia przeciwzakrzepowego, wyjaśnienie przez jaki czas będą zastrzyki z heparyny stosowane
- objaśnienie objawów oraz skutków ubocznych leczenia
- wyjaśnienie jak działają środki antyzakrzepowe
- wyjaśniono z czym nie łączyć leków
- pokazanie metody stosowania zastrzyków podskórnych z heparyny
- pacjent sam z instruktażem i pod okiem pielęgniarki wykonał zastrzyk sobie i został poinformowany jak ma to robić w warunkach domowych

Ocena: Pacjent powiększył wiedzę na temat leczenia przeciwzakrzepowego, wie przez jaki czas leczenie będzie się odbywać oraz jak robić zastrzyk podskórny z heparyny. Na pytania pacjenta zostały udzielone odpowiedzi.

Problem 10: Stres spowodowany zamartwianiem się pacjenta swoim synem, gdyż jest możliwość posiadania przez niego nosicielstwa mutacji V czynnika Leiden.

Cel: Zmniejszenie stresu pacjenta, podniesienie komfortu hospitalizacji

Interwencje pielęgniarские:

- powiadomienie pacjenta o konieczności wykonania badania na nosicielstwo zmutowanego czynnika u syna
- rozmowa o leczeniu przeciwzakrzepowym u syna

- wytłumaczenie sposobów profilaktyki do stosowania przez syna, aby choroba się nie rozwijała
- wytłumaczenie czym jest mutacja V czynnika Leiden i w jaki sposób działa na organizm

Ocena: Stres pacjenta się zmniejszył, chory odczuwa większy spokój oraz komfort związany z hospitalizacją

Problem 11: Strach pacjenta przed kontynuowaniem swoich pasji z uwagi na chorobę

Cel: Zmniejszenie stresu pacjenta przed kontynuowaniem swoich pasji z uwagi na chorobę.

Interwencje pielęgniarskie:

- przeprowadzenie rozmowy o sposobach podróżowania będąc chorym na zakrzepicę
- przeprowadzenie rozmowy jak się zachowywać w rozwoju śpiewania z zakrzepicą
- zapewnienie pacjenta, że swoje pasje będzie mógł kontynuować
- zaoferowanie wsparcia

Ocena: Pacjent przestał się aż tak stresować przed kontynuowaniem swoich pasji.

PODSUMOWANIE

Dokładne przeanalizowanie historii chorób oraz wywiadu pielęgniarskiego z pacjentem skutkowało postawieniem problemów pielęgnacyjnych chorego z zakrzepicą zatoki poprzecznej i esowatej lewostronnie oraz zakrzepicą żylną w lewej nodze, Ponadto ze nosicielstwem mutacji Leiden czynnika V układu krzepnięcia.

Najważniejsze z nich były:

- Ból głowy oraz kończyny dolnej lewej spowodowany zakrzepami.
- Dyskomfort spowodowany obrzękiem lewego podudzia.
- Niepokój oraz stres pacjenta związany z hospitalizacją

Wszystkie problemy pielęgniarskie pozwoliły na powstanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej, który ma na celu zapobiegnięcie powstania powikłań, poprawę stylu życia, poprawę życia z chorobą zakrzepową, założenie celów, które w niedalekiej przyszłości pomogą w dalszym leczeniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bujnowska M.: Zarys Fizjologii Człowieka. [w:] Fizjologia układu sercowo-naczyniowego. Centrum Rozwoju Edukacji EDICON sp. z o. o., Poznań 2021; 2: 51-71.
2. Medycyna po dyplomie: Farmakologiczna profilaktyka przeciwzakrzepowa w podróży[online].Dostępne:<https://podyplomie.pl/medycyna/16540,farmakologiczna-profilaktyka-przeciwzakrzepowa-w-podrozy>. Data pobrania: 05.01.2024.
3. Krasieński Z., Aniakiewicz K., Krasieńska A., Krasieńska B., Gabriel M.: Zakrzepica żył powierzchownych a zakrzepica żył głębokich. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna* 2017; 13 (3):311–316.
4. Neubauer-Geryk J., Bieniaszewski L.: Zakrzepica żył powierzchownych. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018;12(3):99–101
5. Chmielewski D., Górecki A, Kusz D., Małydk P., Marczyński W., Tomkowski W.: Zasady profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. *Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne* 2014: 1-18.
6. Balcerkiewicz M.: Czynniki ryzyka i rozpoznanie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej. *Farmacja współczesna* 2015;8: 1-8.
7. Kałas M., Siemiński M., Skorupa Ł.: Zakrzepica żył głębokich — czy nadal jest wyzwaniem diagnostycznym? *Forum Medycyny Rodzinnej* 2019; 13(4): 149-158.
8. Weitz J. I., Fredenburgh J.C., Eikelboom J.W.: A Test in Context: D-Dimer. *Journal Of The American College Of Cardiology* 2017;19: 2411-2420.
9. Kinga Rośniak–Bąk, Marek Łobos: Przydatność kliniczna i diagnostyczna oznaczeń D–dimeru w różnych stanach chorobowych. *Folia Medica Lodziensia*, 2016; 43(1):69–91
10. Latacz P., Simka M.: Zakrzepica zatok żylnych — diagnostyka, leczenie farmakologiczne i alternatywne leczenie endowaskularne z zastosowaniem systemów do trombektomii. *Kardiologia Inwazyjna* 2018; 13 (6): 27–33
11. Zawilska K., Zawilska K.: Praktyczne aspekty leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. *Hematologia* 2016; 7(3): 231–242.
12. Lee A.Y.Y., Kamphuisen P.W., Meyer G. et al.: Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients With Active Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015; 314(7):677–686.

13. Jankowski P.: Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. *Kardiologia Inwazyjna* 2017; 12 (6): 42–48.
14. Wilkowska A., Kujawska-Danecka H., Hajduk A.: Profilaktyka żylna choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych : przegląd badań, *Psychiatria Polska*, 2018;52(3):421-435.

PODSTAWOWE ASPEKTY CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ

Katarzyna Koziol¹, Barbara Jankowiak²

1. *Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Żylna choroba zakrzepowo- zatorowa (VTE) jest jedną z trzech najczęstszych chorób układu krążenia, której podstawowymi elementami są zakrzepica żył głębokich (DVT) oraz – zatorowość płucna (PE). Stanowi poważny problem interdyscyplinarny, który może mieć wpływ na wskaźniki epidemiologiczne. Choroba istotnie wpływa na stan zdrowia pacjenta, często prowadząc do inwalidztwa, a w najgorszych przypadkach do śmierci [1, 2].

W Polsce i wielu innych krajach nie przywiązuje się pełnej uwagi na znaczenie VTE dla zdrowia publicznego. Wynika to z małej wiedzy na temat profilaktyki przeciwzakrzepowej, problemów diagnostycznych, a także systemu kształcenia przyszłych medyków. Wszystkie te elementy znacząco wpływają na epidemiologię tego schorzenia.

Warto zwrócić uwagę, że u połowy chorych na DVT i PE choroba przebiega bezobjawowo, przez co nie jest podejmowana diagnostyka. To zaniża znacząco dane epidemiologiczne. Wiele objawów rozwijania się DVT i PE jest bagatelizowanych przez lekarzy i pacjentów. Nawet, jeśli pojawi się podejrzenie choroby, to do chwili potwierdzenia upływa bardzo dużo czasu [3, 4].

W Polsce zapadalność na DVT wynosi około 50 - 80 tysięcy nowych przypadków na rok, a na PE około 30 tysięcy na rok. Ryzyko pojawienia się choroby wzrasta z wiekiem, a około 70% chorych na VTE stanowią osoby po 60- tym roku życia. W związku ze starzeniem się społeczeństwa polskiego prognozy jasno wskazują, że licznik zapadalności na VTE będzie wzrastał. Profilaktyka przeciwzakrzepowa w szpitalu kierowana jest do około 66% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chirurgii, a tylko do 30% w pozostałych oddziałach. Jeśli profilaktyka nie jest

prowadzona odpowiednio to częstość wystąpienia PE i DVT u chorych hospitalizowanych wynosi 10 - 15% [1, 5].

ROZWINIĘCIE

Czynniki ryzyka VTE

Triada Virchowa – jest to zbiór sytuacji sprzyjających rozwojowi żylnych chorób zakrzepowo zatorowych. Należą do nich:

- Zastój żylny (chorzy unieruchomieni, z porażeniami, niewydolnością krążenia)
- Zmiany składników krwi (trombofilie, nowotwory, sepsa)
- Zmiany w śródbłonku (nacieki nowotworowe, zabiegi chirurgiczne uszkodzające ściany naczyń, implantacja cewników i elektrod, leczenie cytostatyczne) [6].

Wystąpienie VTE wymaga w wielu przypadkach obecności dwóch wyżej wymienionych elementów triady. Najczęściej są to: unieruchomienie, uraz, operacja, zakażenie, ciąża i połóg. Ponadto czynnikami ryzyka są również:

- wiek powyżej 40 lat
- przebyta zakrzepica żylna
- przebyty zator płucny
- odwodnienie
- terapia hormonalna
- żylaki
- otyłość [1, 7].

Objawy i diagnostyka

Objawy

Widoczne objawy DVT są uzależnione od stopnia upośledzenia odpływu krwi żylnych z kończyny oraz reakcji zapalnej. Im bardziej zakrzepica jest rozległa, tym większy jest zastój krwi żylnych. Objawy kliniczne DVT kończyn dolnych dzieli się na miejscowe oraz ogólne, często jednak choroba przebiega skąpo lub bezobjawowo [7].

Objawy miejscowe:

- jednostronny obrzęk kończyny,
- sinoczerwone zabarwienie skóry,
- ból kończyny, nasilający się przy chodzeniu i staniu,

- objaw Homansa- bolesność z możliwym uczuciem zwiększonego napięcia, występujący w górnej części łydki podczas szybkiego grzbietowego zdęcia stopy.

Objawy ogólne- gorączka powodowana przez występujące stan zapalny, pojawia się ona u mnie niż połowy chorych.

Metody diagnostyczne

- Flebografia kontrastowa– jest to wykonanie zdjęć żył podudzia (żyły podkolanowej, żył w obrębie uda) po uprzednim wypełnieniu ich środkiem cieniującym.
- Ultrasonografia – USG- ocena morfologiczna żył głębokich kończyn dolnych. Może być wzbogacone o opcję obrazowania kolorowego lub Dopplera impulsowego. Podczas badania USG wykonuje się próby podatności żył na ucisk, ocenę echogeniczności światła żyły, ocenę wypełnienia światła żyły kolorem.
- Rezonans magnetyczny – flebografia MRI - wysokorozdzielcze badanie obrazowe, które umożliwia ogląd w dowolnej płaszczyźnie, kropka czułość szacowana jest na około 99% w diagnostyce DVT.
- Tomografia komputerowa – najlepiej sprawdza się do oceny naczyń centralnych. Wymaga podania środka cieniującego z jodem, nie jest metodą precyzyjną i obciążona jest licznymi artefaktami.
- Badania laboratoryjne – oznaczenie stężenia D-dimeru– wynik dodatni świadczy o równoczesnej aktywacji krzepnięcia krwi i fibrynolizy kropka prawidłowe stężenie D- dimerów wynosi około 500 mikrogram/ 1 litr [7, 8].

Prewencja VTE

Możliwość rozwoju zmian zakrzepowych wzrasta wraz z wiekiem, a maksymalny wiek, od którego jest on znaczący uznaje się o 40 lat. U pacjentów z trombofilią lub po złamaniach kończyn dolnych i długim leczeniu opatrunkiem gipsowym powikłania zakrzepowe mogą wystąpić już w dzieciństwie. Największym zagrożeniem spośród czynników ryzyka jest unieruchomienie. U osób pozostających długi czas bez ruchu znacznie wzrasta ryzyko zmian zakrzepowych, nawet jeśli są to osoby zdrowe. Większość pacjentów hospitalizowanych jest obciążona co najmniej jednym czynnikiem ryzyka VTE [9, 10].

Klinicznie występuje podział na chorych o małym, średnim lub dużym zagrożeniem zakrzepowym. Pomaga to w ocenie i podjęciu wyboru rodzaju profilaktyki przeciwzakrzepowej. Z drugiej strony zawsze należy ocenić ryzyko powikłań krwotocznych. Równowaga między ryzykiem zakrzepowym oraz ryzykiem krwotocznym umożliwia zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta poprzez odpowiednie działania profilaktyczne. Metody zapobiegania VTE podzielone na mechaniczne oraz wczesne uruchomienie, na przykład po zabiegach operacyjnych. Niestety metody mechaniczne nie przynoszą dużego efektu u chorych o dużym zagrożeniu zakrzepowym, a są to:

- 1) Pończochy elastyczne o stopniowym ucisku (18 – 22 mmHg w okolicy stawu skokowego). Przeciwwskazania: obrzęki kończyn dolnych, miażdżyca, owrzodzenia, świeża DVT.
- 2) IPC- urządzenie do przerywanego ucisku pneumatycznego– ułatwia ono odpływ krwi żyłnej z kończyn dolnych. Czas stosowania powinien wynosić 18 – 24h. Przeciwwskazania: miażdżyca, masywny obrzęk kończyn dolnych, obrzęk płuc, zakażenia i zapalenia skóry, przeszczep skóry, nowotwory złośliwe występujące w obrębie kończyn, ostra DVT.
- 3) Leki przeciwzakrzepowe:
 - heparyny: drobnocząsteczkowe i niefrakcjonowana,
 - wybiórcze inhibitory czynnika Xa (fondaparynuks, rywaroksaban, apiksaban),
 - bezpośredni inhibitor trombiny- dabigatran,
 - antagoniści witaminy K (warfaryna, acenokumarol) [11].

Leczenie

Leczenie żyłnej choroby zakrzepowo- zatorowej można podzielić na zachowawcze oraz metody inwazyjne. Główne cele leczenia to: zatrzymanie narastania istniejącej skrzepliny, zmniejszenie ryzyka wystąpienia potencjalnie śmiertelnego zatoru tętnicy płucnej i zespołu pozakrzepowego [12, 13].

Pierwszym wyborem w trakcie leczenia zachowawczego są:

- heparyna drobnocząsteczkowa,
- heparyna niefrakcjonowana,
- fondaparynuks,

- rywaroksabanem [14].

Współcześnie ogranicza się stosowanie leków trombolitycznych, mimo ich największej skuteczności w rozpuszczaniu skrzepliny, ponieważ istnieje duże ryzyko powikłań krwotocznych. Wybiera się je podczas terapii trudnych przypadków klinicznych, przed rozważeniem interwencji chirurgicznej [6, 14].

Terapia lekami może trwać od kilku dni do 3 tygodni (terapia wstępna). Dodatkowo wyróżnia się leczenie:

- długoterminowe (trwające do 3msc.),
- przedłużone (może trwać nawet dożywotnio).

Wydłużone leczenie ma na celu zapobieganie nawrotom zakrzepicy, a także ochronę przed zespołem pozakrzepowym [15].

Leczenie inwazyjne – trombektomia chirurgiczna

Jest ona wykonywana u niewielkiej grupy pacjentów, u których są obecne wskazania do szybkiego udrażniania żył głębokich lub są istotne przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego. Przed zakwalifikowaniem pacjenta do trombektomii należy wykonać badanie ultrasonograficzne, angiografia tomografii komputerowej lub angiografii rezonansu magnetycznego z obustronną oceną żył biodrowych i żyły głównej dolnej [13].

PODSUMOWANIE

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa jest poważnym schorzeniem, dotyczącym układu krwionośnego człowieka. Może powstać w wyniku wrodzonej lub nabytej trombofilii, przebytych zabiegów operacyjnych, urazów i wielu innych czynników. Powstające zakrzepy zwężają światła naczyń, przez które przepływa krew.

U chorych na ŻChZZ w zależności od rodzaju zakrzepicy występują: obrzęki, bolesność kończyn. Leczenie po diagnozie VTE trwa do końca życia, a także należy stale monitorować stężenie czynników krzepnięcia we krwi.

PIŚMIENNICTWO

1. Jędrzejczak W. W.: Naukowe podstawy hematologii. [w:] Hematologia Kompendium. Bosak G. W., Jędrzejczak W. W. (red.). PZWL, Warszawa 2021: 1- 17.
2. Tomkowski Z. W.: Epidemiologia i czynniki ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo- zatorowej. [w:] Zakrzepy i zatory. Windyga J., Pasierski T., Torbicki A. (red.). PZWL, Warszawa 2014: 411- 418.
3. Nowicki G. J., Chrzan- Rodak A., Barańska M. i wsp.: Ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo- zatorowej u pacjentów hospitalizowanych na oddziale ortopedyczny. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2021; 15: 51- 59.
4. Wyzgał- Chojecka A., Pływaczewska M., Windyga J.: Epidemiologia żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej. [w:] Żyłna choroba zakrzepowo- zatorowa. Pruszczyk P., Ciurzyński M., Kostrubiec M., (red.). Medical Tribune Polska 2021: 19 – 44.
5. Janczak D., Antkiewicz M., Leśniak M., Szponder M.: Dylematy w leczeniu żyłnej choroby zakrzepowo– zatorowej – analiza dwóch przypadków medycznych. Chirurgia po Dyplomie 2019; 14: 41- 44.
6. Undas A. Windyga J., Podolak- Dawidziak M. i wsp.: Trombofilie wrodzone- charakterystyka, diagnostyka i postępowanie u dorosłych. Zalecenia Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Journal of Transfusion Medicine 2022; 15: 183- 195.
7. Hajduk B., Małek G.: Rozpoznawanie zakrzepicy żył głębokich. [w:] Zakrzepy i zatory. Windyga J., Pasierski T., Torbicki A. (red.). PZWL, Warszawa 2014: 421- 440.
8. Kuliszkiwicz- Janus M., Kwiatkowski J.: Standardy w diagnostyce i leczeniu trombofilii. Medycyna po Dyplomie 2019; 28: 10- 17.
9. Zawilska K.: Zapobieganie żyłnej chorobie zakrzepowo- zatorowej. [w:] Zakrzepy i zatory. Windyga J., Pasierski T., Torbicki A. (red.). PZWL, Warszawa 2014: 507- 526.
10. Musiał J.: Inhibitory czynnika XI- przełom w profilaktyce i leczeniu przeciwwakrzepowym. Journal of Transfusion Medicine 2022;15: 324- 328.
11. Zawilska K.: Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo- zatorowej u chorych internistycznych. Medycyna Praktyczna 2019; 5: 21- 25.

12. Windyga J.: Leczenie zachowawcze zakrzepicy żył głębokich. [w:] Zakrzepy i zatory. Windyga J., Pasierski T., Torbicki A. (red.). PZWL, Warszawa 2014: 459- 482.
13. Urbanek T.: Leczenie inwazyjne zakrzepicy żył głębokich (trombektomia żylna/ tromboliza). [w:] Zakrzepy i zatory. Windyga J., Pasierski T., Torbicki A. (red.). PZWL, Warszawa 2014: 487- 504.
14. Zawilska K., Zawilska K.: Praktyczne aspekty leczenia żyłnej choroby zakrzepowo- zatorowej. *Hematologia Via Medica*, Gdańsk 2016; 7: 231- 242.
15. Zawilska K.: Optymalne leczenie przeciwkrzepliwe w żyłnej chorobie zakrzepowo- zatorowej. Omówienie wytycznych American Society of Hematology 2018. *Medycyna Praktyczna* 2019; 7: 10- 19.

OCENA WIEDZY STUDENTÓW NA TEMAT METOD ANTYKONCEPCJI

Magdalena Pokrowska^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. *Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku*
2. *Absolwentka Studiów II stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
3. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

W badaniach dotyczących opinii ludzi młodych uznanie dla antykoncepcji nowoczesnej z roku na rok rośnie. Edukacja seksualna jest sprawą kontrowersyjną w naszym społeczeństwie. Od lat zwolennicy i przeciwnicy wychowania seksualnego toczą na ten temat spór ideologiczny. W rankingu najważniejszych problemów młodzieży związanych z życiem seksualnym, na pierwszym miejscu jest ochrona przed HIV i innymi chorobami oraz przed niechcianą ciążą. Deklarowana znajomość środków antykoncepcyjnych przez młodzież jest często pozorna. Młodzi ludzie wiedzę o życiu seksualnym głównie czerpią ze środków masowego przekazu, zwłaszcza z prasy kobiecej i Internetu, a także od rówieśników.

W raporcie Ministerstwa Zdrowia pt.: „Zdrowie kobiet w wieku 15–49 lat” czytamy, że wśród dziewcząt w wieku 18 lat kończących szkoły ponadgimnazjalne prawie połowa rozpoczęła współżycie seksualne. Autorzy raportu podają, że w czasie ostatniego stosunku płciowego, co dziesiąta nie stosowała żadnej metody zapobiegania ciąży, a połowa korzystała z metod o małej skuteczności, tj. metoda objawowo - termiczna czy kalendarzyk małżeński lub stosunek przerywany [1].

Uważa się, że młodzież w wieku 18–25 lat jest szczególnie narażona na wystąpienie niekorzystnych konsekwencji, takich jak infekcje przenoszone drogą płciową, niechciana ciąża lub aborcja. Największą częstość występowania zakażeń przenoszonych drogą płciową obserwuje się w grupie wiekowej do 25- go roku życia, a także najwyższy odsetek dobrowolnych przerwania ciąży. Jedną z przyczyn jest znaczne obniżenie wieku pierwszego stosunku płciowego względem poprzednich pokoleń, co

może wydłużyć okres aktywności seksualnej młodych ludzi oraz zwiększyć całkowitą liczbę partnerów seksualnych, tym samym narażając ich na groźne skutki uboczne tych poczynań. Z drugiej strony cechy psychologiczne adolescentów i młodzieży, takie jak niewrażliwość czy fałszywe postrzeganie ryzyka, mogą sprawić, że będą oni szczególnie podatni na podejmowanie ryzykownych zachowań związanych z ich seksualnością, mimo coraz lepszej dostępności i wiedzy na temat środków antykoncepcyjnych [2, 3, 4].

CEL PRACY

Celem pracy była:

1. Ocena wiedzy studentów o metodach antykoncepcyjnych.
2. Ocena wiedzy badanych na temat korzyści wynikających ze stosowania antykoncepcji.
3. Ocena wiedzy badanych na temat przeciwwskazań do antykoncepcji.
4. Ocena znajomości działań niepożądanych stosowania antykoncepcji.
5. Identyfikacja głównego źródła wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych.

MATERIAŁ I METODYKA

Badanie zostało przeprowadzone wśród 214 studentów różnych uczelni, w tym 95 studentów uczelni o profilu medycznym, 61 o profilu technicznym i 58 o profilu humanistycznym, w lutym i marcu 2024 roku.

Badanie było wykonane metodą sondażu diagnostycznego, podczas którego użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z 29 pytań - 6 pytań metryczkowych i 23 pytań zasadniczych. 26 pytań to pytania jednokrotnego wyboru, natomiast pozostałe 3 to pytania wielokrotnego wyboru. Badanie miało charakter społeczny, a kwestionariusze ankiety zostały zebrane głównie drogą internetową.

W niniejszej pracy wykorzystano zmienne niezależne takie jak płeć i profil uczelni. Wyniki opracowano w sposób ilościowy, przedstawiono za pomocą rycin i tabel. Obliczenia i wykresy zostały wykonane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2021.

W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystyczne zależności posłużono się analizą przy pomocy nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych, korzystając z kalkulatorem chi – kwadrat Pearsona (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>), dostęp 15.03.2024r.

Prawdopodobieństwo testowe (p) świadczyło o istotności statystycznej badanej zależności. Przyjęto $p < 0,05$ – zależności istotne statystycznie.

Pracę badawczą prowadzono po wydaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku - numer APK.002.488.2023.

WYNIKI

Przedstawienie grupy badanej

W badaniu wzięło udział 214 studentów uczelni o różnych profilach i dotyczyło ono identyfikacji poziomu ich wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych.

Zdecydowaną większość badanych, bo aż 82,2% stanowiły kobiety, natomiast mężczyzn było 17,8%. Znaczący odsetek studentów zamieszkiwało w miastach (81,3%). Mieszkańcy wsi stanowili 18,7% ogółu badanych.

Więcej niż połowa respondentów (51,9%) miało 23 lata i więcej, natomiast zbliżony odsetek badanych miało odpowiednio 19-20 lat oraz 21-22 lata (odpowiednio 23,4% i 24,8%).

Większość osób stanowiły panny i kawalerowie (91,59%). Osoby zamężne/żonate stanowiły 7,9% ogółu badanych, natomiast jedna osoba (0,5%) była po rozwodzie.

44,4% respondentów studiowało na uczelniach o profilu medycznym, 28,5% badanych było studentami uczelni o profilu technicznym (politechnika), natomiast 27,1% badanych studiowało na uczelniach o profilu humanistycznym.

Szczegółowe opracowanie badań

71,5% studentów deklarowało, że wiedzę na temat metod antykoncepcyjnych czerpali głównie z Internetu, 15,4% bazowało na wiedzy od lekarza ginekologa, 4,7% posiadało wiedzę zaczerpniętą od kolegów czy koleżanek, 3,3% studentów bazowało na wiedzy z uczelni, a dwie osoby (0,9%) wskazały na wiedzę przekazaną przez lekarza ginekologa czy rodziców. Wykazano, że siedmiu studentów (3,3%) przyznało, że nie interesuje ich temat antykoncepcji.

W toku niniejszych badań dokonano oceny zależności pomiędzy głównym źródłem wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych a płcią badanych, miejscem zamieszkania i profilem uczelni.

Wykazano zależność istotną statystycznie na poziomie bardzo wysokim ($p < 0,001$) pomiędzy głównym źródłem wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych a płcią badanych ($\chi^2 = 19,22$; $p = 0,00007$) - Tabela 1.

Tabela 21. Główne źródło wiedzy na temat antykoncepcji a płeć badanych

| Płeć badanych | | Źródło wiedzy | | | Razem |
|-------------------|---|----------------|------------------------------|-------|-------|
| | | Internet | Lekarz (ginekolog, rodzinny) | Inne | |
| Kobieta | N | 118 | 33 | 25 | 176 |
| | % | 67,0% | 18,8% | 14,2% | 100% |
| Mężczyzna | N | 35 | 2 | 1 | 38 |
| | % | 92,1% | 5,3% | 2,6% | 100% |
| Chi square | | 19,22 | | | |
| P | | 0,00007 | | | |

Mężczyźni częściej niż kobiety wiedzę na temat antykoncepcji czerpali z Internetu (92,1% vs 67%). Blisko 1/5 studentek (18,8%) przyznało, że ich głównym źródłem wiedzy na temat antykoncepcji były informacje przekazywane przez lekarza ginekologa oraz lekarza rodzinnego, wśród mężczyzn odsetek ten wynosił 5,3%. Pozostali badani wskazali na inne źródła wiedzy (koledzy, koleżanki, uczelnia czy rodzice), a także nie interesowali się tematem antykoncepcji – 14,2% kobiet oraz 2,6% mężczyzn.

Wykazano zależność istotną statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy głównym źródłem wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych a miejscem zamieszkania badanych ($\chi^2 = 6,13$; $p = 0,047$) - Tabela 2.

Tabela 22. Główne źródło wiedzy na temat antykoncepcji a miejsce zamieszkania

| Miejsce zamieszkania | | Źródło wiedzy | | | Razem |
|----------------------|---|---------------|------------------------------|------|-------|
| | | Internet | Lekarz (ginekolog, rodzinny) | Inne | |
| Miasto | N | 129 | 24 | 21 | 174 |

| | | | | | |
|-------------------|---|--------------|-------|-------|------|
| | % | 74,1% | 13,8% | 12,1% | 100% |
| Wieś | N | 24 | 11 | 5 | 40 |
| | % | 60,0% | 27,5% | 12,5% | 100% |
| Chi square | | 6,13 | | | |
| P | | 0,047 | | | |

Zauważono, że blisko $\frac{3}{4}$ studentów zamieszkujących w miastach (74,1%) oraz 60% studentów mieszkających na wsi wskazało, że ich głównym źródłem wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych są dane pozyskiwane z Internetu. Więcej niż $\frac{1}{4}$ badanych zamieszkujących na wsi (27,5%) oraz 13,8% mieszkańców miast wiedzę na temat metod antykoncepcji czerpali od lekarza (ginekologa czy lekarza rodzinnego), zbliżony odsetek badanych, bez względu na miejsce zamieszkania (miasto 12,1% vs wieś 12,5%) wskazali na inne źródła wiedzy (koledzy/koleżanki, uczelnia, rodzica), a także nie interesowali się tematem antykoncepcji.

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy głównym źródłem wiedzy na temat metod antykoncepcyjnych a miejscem zamieszkania badanych (chi square=7,5; p=0,11) - Tabela 3.

Tabela 23. Główne źródło wiedzy na temat antykoncepcji a miejsce zamieszkania a profil uczelni

| Profil uczelni | | Źródło wiedzy | | | Razem |
|---------------------------|---|---------------|------------------------------------|-------|--------|
| | | Internet | Lekarz (ginekolog, rodzinny) | Inne | |
| Uczelnia medyczna | N | 61 | 18 | 16 | 95 |
| | % | 64,2% | 18,9% | 16,8% | 100% |
| Uczelnia techniczna | N | 47 | 8 | 6 | 61 |
| | % | 77,0% | 13,1% | 9,8% | 100% |
| Uczelnia humanistyczna | N | 45 | 9 | 4 | 58 |
| | % | 77,6% | 15,5% | 6,9% | 100,0% |
| Chi square | | 7,5 | | | |
| P | | 0,11 | | | |

Zbliżony odsetek studentów uczelni technicznych i humanistycznych (77% vs 77,6%) oraz 64,2% studentów kierunków medycznych czerpali wiedzę na temat metod antykoncepcyjnych głównie z Internetu, dla 18,9% osób studiujących na kierunkach medycznych, 15,5% studentów uczelni humanistycznych oraz 13,1% osób studiujących na kierunkach technicznych głównym źródłem wiedzy były informacje przekazywane przez lekarzy (ginekologów czy medycyny rodzinnej). 16,8% studentów kierunków medycznych, 9,8% studentów kierunków technicznych, a także 6,9% studentów uczelni humanistycznych wskazali na inne źródła wiedzy oraz przyznali, że nie interesuje ich temat antykoncepcji.

Więcej niż $\frac{3}{4}$ badanych (77,1%) wiedziało, że kobieta powinna zgłosić się do lekarza ginekologa przed rozpoczęciem współżycia, 15% studentów uważało, że wizyta u ginekologa nie jest konieczna, natomiast 7,9% respondentów wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Aż 93,9% wiedziało, że różne metody antykoncepcyjne (czy to mechaniczna czy chemiczna czy naturalna) nie są tak samo skuteczne. Pięciu studentów (2,3%) uważało, że różne metody antykoncepcyjne wykazują się taką samą skutecznością, natomiast 3,7% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Większość studentów, bo 60,3% wiedziało, że najskuteczniejszym rodzajem antykoncepcji jest antykoncepcja hormonalna (np. doustna antykoncepcja hormonalna czy plastry antykoncepcyjne), nieznacznie więcej niż $\frac{1}{3}$ respondentów wskazało na antykoncepcję mechaniczną, np. prezerwatywy, wkładki mechaniczne, cztery osoby (1,9%) błędnie wskazały na antykoncepcję chemiczną, zawierającą środki plemnikobójcze (żele plemnikobójcze czy globulki dopochwowe), nikt z badanych nie wskazał na antykoncepcję hormonalną, natomiast 4,7% studentów uznało, że wszystkie wyżej wymienione metody antykoncepcyjne wykazują taką samą skuteczność.

Aż 90,7% świadomych było konieczności regularnego wykonywania badań krwi, badania USG narządów rodnych, badania ginekologicznego i cytologii podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej, trzy osoby (1,4%) błędnie stwierdziły, że nie ma takiej konieczności, natomiast 7,9% respondentów wskazało odpowiedź „nie wiem”.

82,8% studentów wiedziało, że jednoczesne stosowanie kilku metod antykoncepcji, np. hormonalnej i mechanicznej nie chroni w 100% przed zajściem w nieplanowaną ciążę, 14,5% badanych błędnie uważało, że zastosowanie kilku metod

antykoncepcji jest gwarancją przed zajściem w nieplanowaną ciążę, natomiast 3,3% uczniów przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

96,7% badanych wiedziało, że istnieją przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej, dwóch studentów (0,9%) błędnie stwierdziło, że nie ma przeciwwskazań do stosowania antykoncepcji hormonalnej, natomiast 2,3% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Wyliczono, że większość badanych potrafiło wymienić przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej wskazując na: choroby układu sercowo-naczyniowego i zakrzepicę (73,8%), ciążę (73,4%), nowotwory estrogenozależne (70,6%), karmienie piersią (62,1%), choroby wątroby (60,7%) oraz nadciśnienie tętnicze powyżej 160/100 mmHg (51,9%). Studenci w mniejszym stopniu wskazali na palenie papierosów (25,2%), długotrwałe unieruchomienie (24,3%) i otyłość (14%), jako przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej. Nieznacznie więcej niż 1/5 badanych (22,4%) błędnie uznało, iż wiek poniżej 18 roku życia oraz pozostawanie w związku małżeńskim (1,4%) jest przeciwwskazaniem to stosowania antykoncepcji hormonalnej. Dwóch badanych (0,9%) przyznało, że nie ma przeciwwskazań do stosowania antykoncepcji hormonalnej.

Wykazano, że blisko $\frac{3}{4}$ badanych, bo 70,6% wiedziało o istnieniu korzyści zdrowotnych wynikających ze stosowania antykoncepcji hormonalnej, 21% studentów błędnie uznało, że nie istnieją korzyści wynikające ze stosowania antykoncepcji hormonalnej, natomiast 8,4% uczniów wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Większość badanych potrafiło wskazać korzyści zdrowotne wynikające ze stosowania antykoncepcji hormonalnej wymieniając zmniejszenie bolesności i obfitości krwawień miesięczkowych (77,6%), zmniejszenie napięcia przedmiesiączkowego (60,7%), a także mniejsze ryzyko rozwoju nowotworu endometrium, jajników i jelita grubego. Respondenci w mniejszym stopniu błędnie wskazali na ochronę przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (13,6%), spadek masy ciała (7%), niższe ryzyko zachorowania na osteoporozę (6,5%), a także większy popęd seksualny (5,6%). Wykazano także, że 21% studentów błędnie stwierdziło, że prócz zapobieganiu nieplanowanej ciąży nie istnieją korzyści wynikające ze stosowania antykoncepcji hormonalnej.

W toku niniejszych badań dokonano oceny zależności pomiędzy wiedzą badanych na temat korzyści zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej a płcią badanych i rodzajem uczelni.

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie $p > 0,05$ pomiędzy wiedzą badanych na temat istnienia korzyści zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej a ich płcią (chi square=5,6; $p=0,06$) - Tabela 4.

Tabela 24. Korzyści zdrowotne stosowania antykoncepcji hormonalnej a płeć badanych

| Płeć badanych | | Korzyści zdrowotne stosowania antykoncepcji hormonalnej | | | Razem |
|-------------------|---|---|-------|----------|-------|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| Kobieta | N | 129 | 34 | 13 | 176 |
| | % | 73,3% | 19,3% | 7,4% | 100% |
| Mężczyzna | N | 22 | 11 | 5 | 38 |
| | % | 57,9% | 28,9% | 13,2% | 100% |
| Chi square | | 5,6 | | | |
| P | | 0,06 | | | |

Zauważono, że kobiety wykazały się w większym stopniu wiedzą na temat istnienia korzyści zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej niż mężczyźni (73,3% vs 57,9%). Wykazano także, że 28,9% studentów i 19,3% studentek błędnie sądziło, że nie ma korzyści zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej, natomiast 13,2% studentów i 7,4% studentek wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Wykazano zależność istotną statystycznie $p < 0,05$ pomiędzy wiedzą badanych na temat pozytywnych skutków zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej a rodzajem uczelni (chi square=12,4; $p=0,015$) - Tabela 5.

Tabela 25. Korzyści zdrowotne stosowania antykoncepcji hormonalnej a rodzaj uczelni

| Profil uczelni | Korzyści zdrowotne stosowania antykoncepcji hormonalnej | | | Razem |
|----------------|---|-----|----------|-------|
| | Tak | Nie | Nie wiem | |

| | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|-------|-------|------|
| Uczelnia medyczna | N | 77 | 13 | 5 | 95 |
| | % | 81,1% | 13,7% | 5,3% | 100% |
| Uczelnia techniczna | N | 38 | 15 | 8 | 61 |
| | % | 62,3% | 24,6% | 13,1% | 100% |
| Uczelnia humanistyczna | N | 36 | 17 | 5 | 58 |
| | % | 62,1% | 29,3% | 8,6% | 100% |
| Chi square | | 12,4 | | | |
| P | | 0,015 | | | |

Aż 81,1% studentów uczelni medycznych i zbliżony odsetek osób uczących się na uczelniach technicznych i humanistycznych (62,3% vs 62,1%) wiedziało o istnieniu korzyści zdrowotnych wynikających ze stosowania antykoncepcji hormonalnej. Zauważono także, że 29,3% studentów kierunków humanistycznych, 24,6% studentów kierunków technicznych i zaledwie 13,7% studentów kierunków medycznych błędnie wskazało, że nie istnieją korzyści zdrowotne wynikające ze stosowania antykoncepcji hormonalnej, natomiast 13,1% uczniów kierunków technicznych, 8,6% badanych z kierunków humanistycznych i 5,3% studentów uczelni medycznych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Wykazano, że większość studentów biorących udział w badaniu ankietowym wiedziało, że działaniem niepożądanym stosowania antykoncepcji hormonalnej jest spadek libido (64,5%), znaczny wzrost masy ciała (63,6%), wahania nastroju (58,4%), choroba zakrzepowa (46,7%), plamienia lub krwawienia międzymiesiączkowe (42,5%), a także nudności i wymioty (36,9%). Respondenci w mniejszym stopniu wskazali na ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego (22%), pojawienia się nadmiernego owłosienia ciała i twarzy (20,1%) oraz występowanie mastodyni (9,3%). Nieznacznie więcej niż 1/5 badanych (20,6%) błędnie wskazało na występowanie nowotworów macicy, jako działanie niepożądane stosowania antykoncepcji hormonalnej, 25,2% badanych wskazało na występowanie biegunek, a także pojawienia się niechęci do dzieci (7,5%).

Wykazano, że więcej niż połowa badanych (59,3%) wiedziało, że stosowanie środków antykoncepcyjnych zapobiega chorobom przenoszonym drogą płciową, 33,2% studentów błędnie stwierdziło, że stosowanie antykoncepcji nie zapobiega przed

szerzeniem się chorób przenoszonych drogą płciową, a 7,5% grupy badawczej wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 92,5% wiedziało, że prezerwatywy są środkiem antykoncepcyjnym, który zapobiega przed szerzeniem się chorób przenoszonych drogą płciową. Niewielki odsetek badanych błędnie wskazało na antykoncepcję hormonalną, metodę naturalną czyli kalendarzyk małżeński (1,4%), wkładkę wewnątrzmaciczną (0,9%) oraz chemiczne środki antykoncepcyjne (0,5%), natomiast 1,9% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Większość studentów, bo 59,8% było świadomych, że antybiotykoterapia może osłabiać działanie doustnych środków antykoncepcyjnych i konieczne jest stosowanie dodatkowej ochrony, np. antykoncepcji mechanicznej, 7% badanych błędnie stwierdziło, że obie grupy leków nie mają wzajemnego wpływu na swoje działanie, więc podczas stosowania antybiotykoterapii nie potrzeba dodatkowego zabezpieczenia antykoncepcyjnego, natomiast aż 33,2% studentów przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

Zauważono, że blisko $\frac{3}{4}$ grupy badawczej, bo aż 73,8% wiedziało, że nałogowe palenie papierosów w czasie stosowania antykoncepcji hormonalnej zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej lub zawału, 3,7% studentów błędnie uważało, że palenie papierosów podczas stosowania hormonalnej antykoncepcji nie zwiększa ryzyka zakrzepicy żyłnej i zawału mięśnia sercowego, natomiast 22,4% studentów przyznało, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

Wykazano, że aż 86,9% badanych wiedziało, że ciąża jest bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych, dwóch studentów (0,9%) przyznało, że w czasie ciąży należy nadal stosować antykoncepcję hormonalną, jak przed zajściem w ciążę, natomiast 12,1% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

87,9% badanych sądziło, że naturalne metody antykoncepcyjne, takiej jak kalendarzyk małżeński, metoda termiczna bądź śluzowa, są mniej skutecznymi metodami, 7,9% studentów stwierdziło, że są to metody antykoncepcji na równi skuteczne z innymi metodami, natomiast 4,2% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Wykazano, że zdecydowana większość studentów, bo aż 93,9% wiedziało, że stosunek przerywany nie jest skuteczną metodą zapobiegania ciąży, 5,1% respondentów

błędnie stwierdziło, że jest to skuteczna metoda zapobiegania ciąży, natomiast 0,9% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

DYSKUSJA

Rozpoczęcie aktywności seksualnej wiąże się z wyborem najlepszej metody antykoncepcji. Niewystarczająca wiedza na temat metod zapobiegania ciąży lub jej brak może prowadzić do zaniechania stosowania zabezpieczeń podczas stosunku, a w rezultacie do nieplanowanej ciąży lub chorób przenoszonych drogą płciową. Wskaźnik niechcianych ciąż jest znacznie wyższy wśród młodych dorosłych w stosunku do pozostałych aktywnych seksualnie grup wiekowych. Za cechy idealnej antykoncepcji uznaje się skuteczność, bezpieczeństwo, odwracalność, prostotę użycia, niską cenę oraz szeroką dostępność [5].

Analizując badania zdecydowana większość respondentów (90,7%) przyznała, że jest świadoma konieczności regularnego wykonywania badań krwi, USG narządów rodnych, badania ginekologicznego oraz cytologii podczas stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej. Podobny wynik uzyskano w badaniu Kanadys i wsp. wskazując, iż 85,63% osób udzieliło odpowiedzi, iż w czasie stosowania antykoncepcji hormonalnej konieczne jest regularne wykonywanie badań kontrolnych [6].

W celu określenia poziomu wiedzy studentów na temat metod antykoncepcji zadano pytanie o główne źródło informacji, z którego korzystają. Blisko $\frac{3}{4}$ studentów biorących udział w badaniu ankietowym przyznało, że czerpało wiedzę z Internetu. Tożsamy wynik uzyskano w badaniu Piaszczyk i wsp. [7] przeprowadzonym w Państwowej Szkole Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej – 64% badanych wskazało mass-media, jako główne źródło wiedzy na temat metod antykoncepcji. W badaniach przeprowadzonych przez Sieńko i Stokłosę wśród grupy nastolatków w wieku od 16 do 19 lat wykazano, że badane respondentki czerpią wiedzę na temat antykoncepcji również głównie z Internetu [8].

W dalszej części pracy zapytano studentów o możliwe działania niepożądane stosowania antykoncepcji hormonalnej. Wykazano, że 64,5% studentów biorących udział w badaniu wskazało spadek libido, a 63,6% znaczny wzrost masy ciała jako działanie niepożądane stosowania DTA. Podobny wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Król - co druga badana kobieta wskazała spadek libido w czasie przyjmowania doustnej antykoncepcji hormonalnej, a co trzecia wzrost masy ciała. Niespełna połowa badanych – 46,7% wskazało wystąpienie choroby zakrzepowej

jako działanie niepożądane stosowania antykoncepcji hormonalnej. Podobny wynik uzyskano w badaniu Skoniecznej i Olejniczak [9] – aż 59% respondentów wskazało jako jeden z czynników ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych. Według badań przeprowadzonych przez Graca i wsp. w populacji 332 kobiet, studentek Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w wieku 20–25 lat, spośród których 201 kobiet (60,5%) stosowało doustną antykoncepcję hormonalną wykazano, iż stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej nie wpływa na wzrost częstości powszechnie występujących także w tej grupie wiekowej objawów podmiotowych przewlekłej choroby żyłnej [10].

W niniejszym badaniu zapytano także respondentów o środki zapobiegania szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową. Zdecydowana większość badanych, bo aż 92,5% wiedziała, że to prezerwatywy są środkiem antykoncepcyjnym zapobiegającym przenoszeniu się chorób drogą płciową. Podobny wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Pikala i wsp. przeprowadzonym w 2014 roku wśród 248 uczniów szkół średnich w wieku powyżej 18 lat. W wyżej przytoczonym badaniu oceniano wiedzę uczniów na temat zakażeń wirusem HIV, czyli chorobą przenoszoną w głównej mierze poprzez stosunki płciowe bez zabezpieczenia. 91,9% respondentów wiedziało, że używanie prezerwatyw zmniejsza ryzyko zakażenia wirusem HIV [11].

Ankietowani odpowiedzieli również na pytanie dotyczące konieczności posiadania recepty lekarskiej w celu wykupienia hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Badana grupa studentów w przeważającym stopniu, bo aż 91,1% wiedziała, iż posiadanie recepty lekarskiej jest niezbędne, aby wykupić hormonalne środki zapobiegania nieplanowanej ciąży. Tożsamy wynik uzyskano w badaniu Szyper i Gotlib przeprowadzonym na grupie 267 studentów z kierunków takich jak: położnictwo, ratownictwo medyczne, informatyka oraz inżynieria środowiska. 100% studentów położnictwa oraz 98% studentów kierunku ratownictwo medyczne wiedziało, że aby kupić hormonalne środki antykoncepcyjne niezbędne jest posiadanie recepty lekarskiej. Studenci inżynierii środowiska oraz informatyki posiadali zdecydowanie mniejszą wiedzę na ten temat – odpowiednio 80% oraz 68% studentów tych kierunków odpowiedziało prawidłowo na pytanie o konieczność posiadania recepty lekarskiej w celu wykupienia hormonalnych środków zapobiegania ciąży [12].

W dalszej części kwestionariusza sprawdzono wiedzę studentów na temat skuteczności naturalnych metod antykoncepcji takich jak kalendarzyk małżeński, metodę termiczną oraz metodę śluzową. 87,9% badanych uznało, że powyższe metody

są mniej skuteczne od innych metod antykoncepcji. Zaś według badań Bączek i wsp. przeprowadzonych w grupie 467 studentów w przedziale wiekowym od 19 do 29 lat studiujących na uczelni medycznej, technicznej lub katolickiej tylko 39,61% respondentów wskazało, że naturalne metody są mało skuteczne. Za średnio skuteczne i nie skuteczne uznała je co 5 badana osoba [13].

Ankietowanych w powyższym badaniu zapytano także o wpływ nałogowego palenia papierosów podczas stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych na wzrost ryzyka wystąpienia zakrzepicy żyłnej lub zawału. Blisko $\frac{3}{4}$ ankietowanej grupy, bo aż 73,8% respondentów stwierdziło, że palenie papierosów zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej i zawału. W badaniu Korzeniowskiej i wsp. w którym wzięło udział 60 kobiet w wieku 16-51 lat stosujących antykoncepcję hormonalną przepisaną przez lekarza ginekologa, o szkodliwym wpływie palenia papierosów na krzepliwość krwi wiedziało tylko 30% ankietowanych kobiet [14].

WNIOSKI

1. Blisko $\frac{3}{4}$ studentów przyznało, że wiedzę na temat metod antykoncepcyjnych czerpało z Internetu;
2. Zdecydowana większość badanych świadomych było, że różne metody antykoncepcyjne (mechaniczna, chemiczna czy naturalna) nie są tak samo skuteczne. Znaczna część studentów wiedziało, że najskuteczniejszą z metod antykoncepcyjnych jest antykoncepcja hormonalna;
3. Zdecydowana większość osób wiedziało, że istnieją przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej, takie jak: choroby układu sercowo-naczyniowego i zakrzepica, ciąża, nowotwory estrogenozależne, karmienie piersią, choroby wątroby oraz nadciśnienie tętnicze;
4. Blisko $\frac{3}{4}$ badanych wiedziało o istnieniu korzyści zdrowotnych wynikających ze stosowania antykoncepcji hormonalnej, wymieniając: zmniejszenie bolesności i obfitości krwawień miesięczkowych, zmniejszenie napięcia przedmiesiączkowego, a także mniejsze ryzyko rozwoju nowotworu endometrium, jajników i jelita grubego;
5. Lepszym poziomem wiedzy na temat istnienia korzyści zdrowotnych stosowania antykoncepcji hormonalnej wykazały się studentki i osoby studiujące na kierunkach medycznych;

6. Większość studentów wiedziało, że działaniem niepożądanym stosowania antykoncepcji hormonalnej jest spadek libido, znaczny wzrost masy ciała, wahania nastroju, choroba zakrzepowa czy plamienia lub krwawienia międzymiesiączkowe.

PIŚMIENNICTWO

1. Wejbert-Wąsiewicz E., Pęczkowska, E.: Problemy edukacji seksualnej w Polsce. *Przegląd Socjologiczny* 2009; 3(58): 173-192.
2. Asut O., Ozenli O., Gur G. i wsp.: Wiedza i spostrzeżenia studentów pierwszego roku medycyny Międzynarodowego Uniwersytetu na temat planowania rodziny i antykoncepcji awaryjnej w Nikozji (TRNC). *BMC Womens Health* 2018; 18: 2-9.
3. Coronado P.J., Delgado-Miguel C., Rey-Cañas A., Herráiz M.A.: Zdrowie seksualne i reprodukcyjne studentów hiszpańskiego uniwersytetu. Porównanie studentów medycyny i prawa. *BMJ Zdrowie Reprodukcyjnej Płciowej* 2017; 11: 97–101.
4. Scarano-Pereira J. P., Martinino A., Manicone F. et al.: Young nursing and medical students' knowledge and attitudes towards sexuality and contraception in two spanish universities: an inferential study. *BMC Medical Education* 2023; 23(1): 2-9.
5. Jabłońska P.I., Naworska B., Duda A., Nieckula M., Droszol-Cop A.: Analiza porównawcza metod antykoncepcyjnych stosowanych przez studentki z dwóch wybranych regionów Polski. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2019; 9(4): 285–292.
6. Kanadys K., Niziołek I., Lewicka M., Sulima M.: Wiedza młodzieży licealnej o hormonalnych środkach antykoncepcyjnych. Część I. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(3): 176-180.
7. Piaszczyk D., Szakoła P., Schabowski J.: Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej na temat metod antykoncepcyjnych. *Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej* 2014.
8. Siénko K., Stokłosa K.: Wiedza o antykoncepcji i zachowania seksualne nastolatków w wieku 16–19 lat. *Położna. Nauka i Praktyka* 2014; 3(27): 10–16.

9. Skonieczna J., Olejniczak D.: Poziom wiedzy na temat żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej wśród kobiet. *Nowa Medycyna* 2013; 1: 3-6.
10. Graca J., Gromada M., Gruchalski P., Urbanek T.: Ocena wpływu stosowania antykoncepcji hormonalnej na występowanie objawów przewlekłej choroby żylnej u młodych kobiet. *Chirurgia Polska* 2020; 22(1-2): 20-28.
11. Pikala M., Osiewacz D., Maniecka-Bryła I.: Ocena wiedzy uczniów szkół średnich na temat zakażeń wirusem HIV. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015; 96: 1193-1198.
12. Szyper A., Gotlib J.: Wiedza studentów na temat doustnej antykoncepcji hormonalnej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1): 99–108.
13. Bączek G., Pietrzak A., Tataj–Puzyna U.: Postrzeganie naturalnych metod rozpoznawania płodności przez studentów uczelni medycznych, technicznych i katolickich. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 2018; 35(3): 70-91.
14. Korzeniowska K., Cieślewicz A., Pawlaczyk M., Jabłecka A.: Stosowanie hormonalnej antykoncepcji a palenie tytoniu. *Farmacja Współczesna* 2014; 7: 101-104.

OCENA POZIOMU WIEDZY KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Gabriela Wiśniewolska^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. *Białostockie Centrum Onkologii*
2. *Absolwentka Studiów II stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
3. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Rak szyjki macicy zajmuje drugie miejsce pod względem częstości występowania wśród nowotworów złośliwych u kobiet na całym świecie, zaraz po nowotworze piersi. Jest nowotworem złośliwym, który rozwija się w nabłonku szyjki macicy. Choroba ta jest zazwyczaj spowodowana zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), choć istnieją także inne czynniki ryzyka [1].

Istnieją dwa główne typy nowotworów szyjki macicy. Rak płaskonabłonkowy stanowi około 85% wszystkich nowotworów, rak gruczołowy stanowiący około 13%, pozostałe to nowotwory mieszane, które składają się z obu typów nabłonka płaskiego gruczołowego [2].

Częstość zachorowań na raka szyjki macicy rośnie wraz z wiekiem do okresu 60 r.ż., po tym wieku obserwuje się spadek zachorowalności w starszych grupach. Największy odsetek zachorowalności w Polsce zauważalny jest w u kobiet w 45-55 r.ż., w grupie kobiet poniżej 20 r.ż. występuje rzadko [3].

Polska znajduje się w szczególnej sytuacji epidemiologicznej pod względem zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy. Jest w grupie krajów europejskich, które charakteryzuje umiarkowany wskaźnik zachorowalności oraz stosunkowo wysoki wskaźnik zgonów spowodowanych nowotworami raka szyjki macicy. Co roku w Polsce odnotowuje się około 3100 przypadków zachorowań oraz ponad 1700 przypadków zgonów [1].

W 2020 roku w Polsce odnotowano 3862 przypadki zachorowań na raka szyjki macicy, co doprowadziło do 2137 zgonów. Szacuje się, że każdego dnia w Polsce diagnozuje się tę jednostkę chorobową u średnio sześciu kobiet [4].

CEL PRACY

Celem pracy była:

1. Ocena stanu wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy.
2. Ocena świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.
3. Ocena postaw kobiet wobec badań profilaktycznych w nowotworze szyjki macicy.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 180 kobiet, powyżej 18-go roku życia. Dobór grupy był losowy. Badania przeprowadzono w terminie 1.01.2024 - 18.03.2024.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu był kwestionariusz ankiety opracowany specjalnie dla potrzeb badania. Ankieta była anonimowa, a udział w niej był dobrowolny. Kwestionariusz składał się z dwóch części:

- części metryczkowej, zawierającej niezbędne dane o pacjentce: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, źródło utrzymania, występowanie raka szyjki macicy u pacjentki lub bliskich/znajomych
- części zasadniczej, która składała się z 16 pytań zamkniętych w tym 2 pytania wielokrotnego wyboru.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,

W celu zestawienia i opracowania wyników przeprowadzonego badania wykorzystano programy Microsoft Excel oraz Statistica 13. Na podstawie otrzymanych wyników dokonano podstawowego opisu statystycznego. Do analizy statystycznej posłużono się testem nieparametrycznym χ^2 . Przyjęto poziom istotności wyników $\alpha \leq 0,05$.

WYNIKI

Przedstawienie grupy badanej

W grupie badanej znalazło się 180 kobiet. Dokonując charakterystyki demograficznej badanej grupy, zauważono, że najliczniej w badaniu brały udział kobiety w przedziale wieku 18-30 lat ($n=112$; 62,2%) oraz zamieszkujące w mieście ($n=119$; 66,1%).

Ponad 3/5 przystępujących do badania zadeklarowało posiadanie wyższego wykształcenia (n=116; 64,4%), a nieco ponad 1/4 - średniego (n=50; 27,8%). Z kolei rozpatrując stan cywilny, wykazano, iż ponad 1/2 respondentek w chwili przeprowadzania badania pozostawała stanu wolnego (n=95; 52,8%), a ponad 2/5 była zamężna (n=78; 43,8%). Najczęstszymi źródłami utrzymania ankietowanych okazały się natomiast porównywalnie często praca fizyczna (n=65; 36,1%) oraz praca umysłowa (n=64; 35, %). Szczegółowe zestawienie danych socjo-demograficznych grupy badawczej przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład grupy badawczej według danych socjo-demograficznych.

| | Kryterium | Liczebność (N) |
|----------------------|---|----------------|
| wiek | 18 - 30 lat | 112 |
| | 31 - 40 lat | 21 |
| | 41 - 50 lat | 21 |
| | > 50 lat | 26 |
| wykształcenie | podstawowe | 5 |
| | zawodowe | 9 |
| | średnie | 50 |
| | wyższe | 116 |
| miejsce zamieszkania | wieś | 61 |
| | miasto | 119 |
| stan cywilny | panna | 95 |
| | mężatka | 78 |
| | wdowa | 5 |
| | rozwódka | 2 |
| źródło utrzymania | własna działalność gospodarcza | 14 |
| | praca we własnym gospodarstwie rolnym | 5 |
| | praca fizyczna | 65 |
| | praca umysłowa | 64 |
| | emerytura/renta | 8 |
| | pozostająca na utrzymaniu członka rodziny | 24 |

Analiza danych wykazała, że wśród badanych nie zdiagnozowano przypadków zachorowania na raka szyjki macicy (n=180; 100,0%). 15,0% ankietowanych wskazało jednak, że został on wykryty wśród ich rodziny lub znajomych (n=27).

Szczegółowe opracowanie badań

Aż 87,8% respondentek zadeklarowało, że wie na czym polega profilaktyka i badania profilaktyczne raka szyjki macicy (n=158), przy czym zdecydowanie pewnymi swojego stanu wiedzy w tym temacie było tylko 50,0% z nich (n=90).

Według badanych profilaktyka polega na zachowaniach mających na celu uniknięcie zakażenia HPV i realizowaniu badań przesiewowych, na co wskazywało aż 90,0% pytanym (n=162). 8,9% przyznało natomiast, że nie wie na czym polega profilaktyka.

Tylko 56,1% grupy badanej wykazało udział w badaniach profilaktycznych raka szyjki macicy (n=101). Niepokojącym jest fakt, iż pozostała część grupy, czyli aż 43,9% nie stosuje takiej praktyki (n=79).

Zaledwie 29,4% ankietowanych jest świadoma do kogo skierowany jest program profilaktyki raka szyjki macicy (n=53), a aż 70,6% w ogóle nie wie bądź błędnie interpretuje grupę docelową tego programu (n=127).

Ponad 4/5 badanych właściwie wskazało infekcję wirusem HPV jako główną przyczynę zachorowania na raka szyjki macicy (n=146; 81,1%). 34 ankietowane nie знаły natomiast prawidłowej odpowiedzi (18,9%).

Ponad 3/4 respondentek jest świadomych tego, że ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy wzrasta wraz z wiekiem (n=142; 78,9%), przy czym zdecydowanie pewnymi swojego stanu wiedzy w tej kwestii było tylko 37,8% z nich (n=68).

Niespełna 3/4 grupy badanej prawidłowo wskazało, iż ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy wiąże się z rozpoczęciem życia seksualnego we wczesnym wieku oraz częstą zmianą partnerów seksualnych (n=133; 73,9%), przy czym zdecydowanie pewnymi swojej odpowiedzi było tylko 45,6% z nich (n=82).

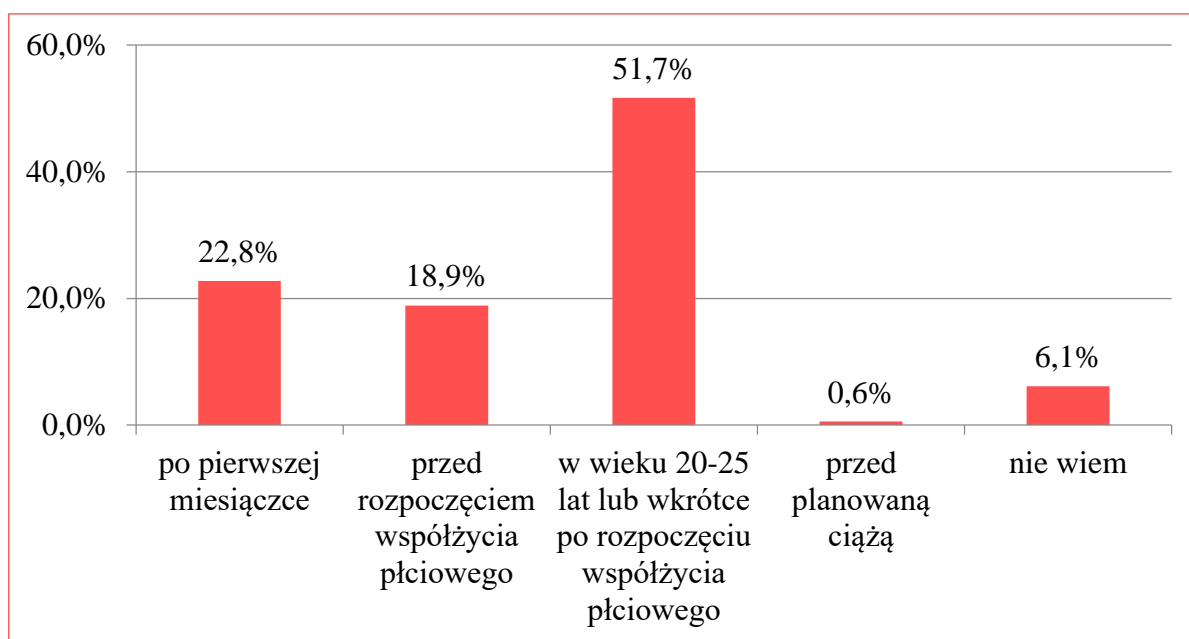
Aż 94,4% pytanym prawidłowo wskazywało badanie cytologiczne jako metodę najbardziej przydatną w wykrywaniu raka szyjki macicy (n=170). Zaledwie 10 kobiet nie wiedziało, które badanie jest najskuteczniejsze w wykrywaniu tej choroby (5,6%).

83,9% badanych właściwie wskazało, że wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) przenoszony jest głównie drogą płciową (n=151).

Ponad 3/5 respondentek uważa, że zalecanym wiekiem szczepienia przeciw wirusowi HPV jest wiek od 9 do 14 roku życia, niezależnie od płci (n=114; 63,3%). Odmiennego zdania było 17,8% badanych (n=32), natomiast 18,9% przyznało, że w ogóle nie wie, w jakim wieku powinno poddać się takiemu szczepieniu (n=34).

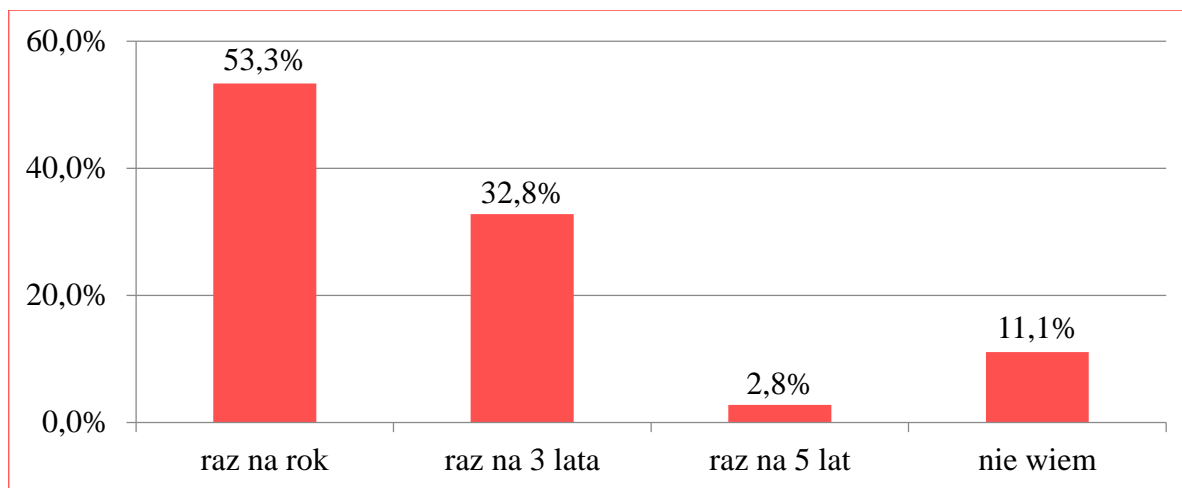
Zdecydowana większość grupy badanej prawidłowo wskazała na czym polega badanie cytologiczne (n=176; 97,8%). Niestety 4 ankietowane nie wiedziały, czym jest ta metoda diagnostyczna (2,2%).

Ponad połowa badanych wskazała właściwy moment wykonania pierwszego badania cytologicznego (n=93; 51,7%). Należy zauważyć, że aż 48,3% grupy badawczej nie była natomiast świadoma, kiedy po raz pierwszy takie badanie należy wykonać (n=87) - Rycina 1.



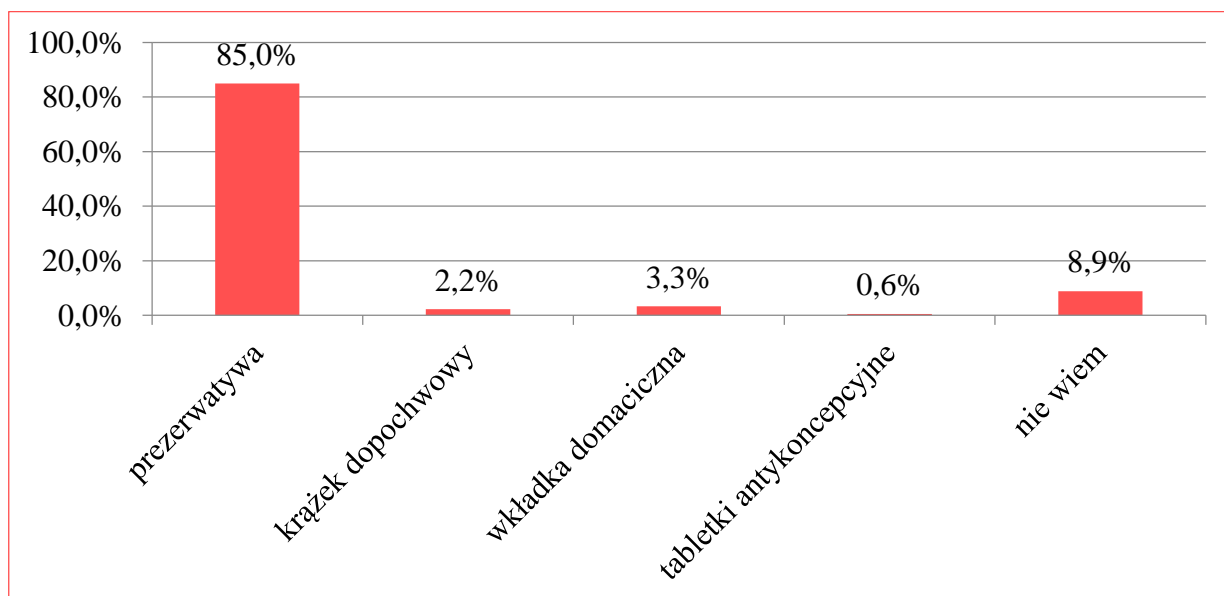
Rycina 1. Opinia ankietowanych na temat tego, kiedy powinno się wykonać pierwsze badanie cytologiczne.

Tylko niespełna 1/3 ankietowanych prawidłowo wskazała, że bezpłatną cytologię w ramach NFZ można wykonać raz na 3 lata (n=59; 32,8%). 56,1% udzieliło błędnej odpowiedzi (n=101), zaś 11,1% przyznało, że nie zna odpowiedzi na to pytanie (n=20) - Rycina 2.



Rycina 2. Opinia ankietowanych na temat tego, jak często można wykonać bezpłatną cytologię w ramach NFZ.

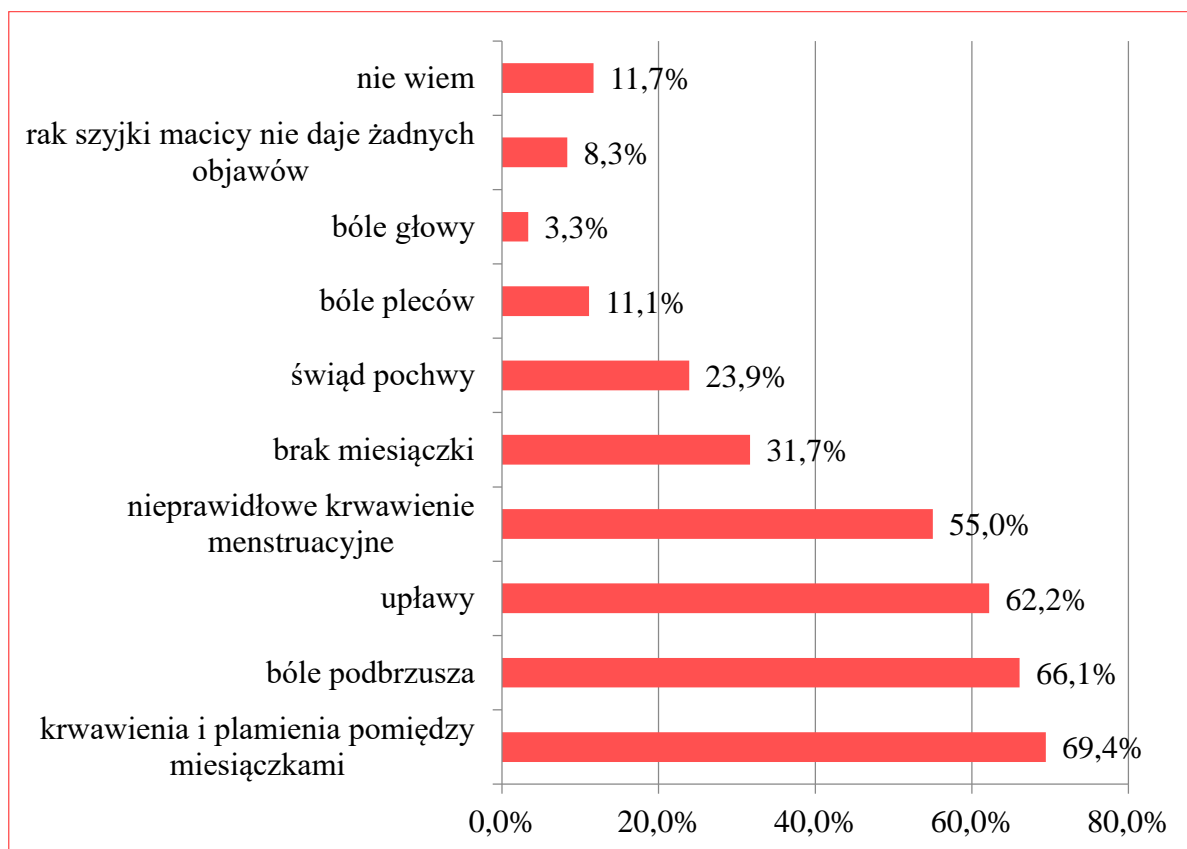
Choć żadna z metod antykoncepcji nie zapewnia bezpośredniej ochrony przed zakażeniem wirusem HPV, to według badanych najskuteczniejszą z nich jest prezerwatywa, na co wskazywało aż 85,0% odpowiadających (n=153) - Rycina 3.



Rycina 3. Opinia ankietowanych na temat tego, jaka metoda antykoncepcyjna zapewnia ochronę przed zakażeniem wirusem HPV.

Wśród trzech najczęściej wymienianych objawów raka szyjki macicy znalazły się: krwawienia i plamienia między miesiączkami (n=125; 69,4%), bóle podbrzusza (n=119; 66,1%) oraz upławy (n=112; 62,2%). Aż 21 ankietowanych nie potrafiło

wskazać żadnego objawu tej choroby (11,7%), zaś 15 kobiet uznało, że nie daje ona żadnych objawów (8,3%) – Rycina 4.



Rycina 4. Objawy raka szyjki macicy według ankietowanych.

Analiza statystyczna

Oceniono czy status uczestnictwa w badaniach profilaktycznych raka szyjki macicy zależy od wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i źródła utrzymania.

Wykazano istotnie statystyczną zależność pomiędzy statusem uczestnictwa w badaniach profilaktycznych raka szyjki macicy a stanem cywilnym i źródłem utrzymania ($p < 0,05$).

Uzyskane wyniki zestawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Status uczestnictwa w badaniach profilaktycznych raka szyjki macicy względem szeregu zmiennych.

| Zmienna | | uczestniczę | nie uczestniczę | p |
|---------|-------------|-------------|-----------------|------------|
| wiek | 18 - 30 lat | 51 | 61 | $p > 0,05$ |

| | | | | |
|----------------------|---|----|----|--------|
| | 31 - 40 lat | 12 | 9 | |
| | 41 - 50 lat | 18 | 3 | |
| | > 50 lat | 20 | 6 | |
| wykształcenie | podstawowe | 2 | 3 | p>0,05 |
| | zawodowe | 2 | 7 | |
| | średnie | 27 | 23 | |
| | wyższe | 70 | 46 | |
| miejsce zamieszkania | miasto | 67 | 52 | p>0,05 |
| | wieś | 34 | 27 | |
| stan cywilny | panna | 41 | 54 | p<0,05 |
| | mężatka | 55 | 23 | |
| | rozwódka | 4 | 1 | |
| | wdowa | 1 | 1 | |
| źródło utrzymania | własna działalność gospodarcza | 8 | 6 | p<0,05 |
| | praca we własnym gospodarstwie rolnym | 5 | - | |
| | praca fizyczna | 37 | 28 | |
| | praca umysłowa | 36 | 28 | |
| | emerytura/renta | 7 | 1 | |
| | pozostająca na utrzymaniu członka rodziny | 8 | 16 | |

*kolorem oznaczono istotne statystycznie różnice

DYSKUSJA

Rak szyjki macicy zajmuje drugie miejsce wśród przyczyn śmierci spowodowanych złośliwymi nowotworami u kobiet, będąc na pozycji zaraz po raku piersi. Mimo obniżenia liczby przypadków raka szyjki macicy, Polska wciąż odnotowuje najwyższą, w stosunku do innych państw Unii Europejskiej, frekwencję zachorowań i śmiertelności spowodowanej tym nowotworem. Wśród najważniejszych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tej choroby wymienia się długotrwałe zakażenie wirusem HPV. Stwierdzenie wirusa HPV u 99,7% pacjentek z rakiem szyjki

macicy potwierdza korelację między tym zakażeniem a rozwojem tego typu nowotworu. Sukcesem w dziedzinie inżynierii genetycznej jest opracowanie szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), rekomendowanej przez Ministerstwo Zdrowia. W Polsce trwa obecnie powszechny program szczepień przeciw HPV. Skierowany jest do dziewcząt i chłopców od 11 do 14 roku życia [5, 6].

Faktory ryzyka, które wspólnie z towarzyszącą infekcją HPV przyczyniają się do powstawania patologicznych zmian w szyjce macicy to rozpoczęcie aktywności seksualnej w młodym wieku, częsta zmiana partnerów seksualnych, powtarzające się ciążę, długotrwałe stosowanie doustnej antykoncepcji, niski poziom życia i regularne palenie papierosów [6].

Stany przednowotworowe i wczesne etapy raka szyjki macicy zazwyczaj nie manifestują się wyraźnymi objawami. Jednak pierwsze sygnały mogące sugerować rozwój tej choroby obejmują brudnoszare, nieprzyjemnie pachnące upławy pojawiające się poza cyklem miesięczkowym. W przypadku nowotworowych zmian w nabłonku szyjki macicy częstym zjawiskiem są także krwawienia wywołane kontaktem fizycznym, np. podczas badania ginekologicznego, stosunku seksualnego czy irygacji [7].

Przeprowadzanie badań dotyczących świadomości kobiet na temat tego typu nowotworu odgrywa kluczową funkcję w wykrywaniu braków w edukacji zdrowotnej i podnosi poziom świadomości społecznej na temat tej jednostki chorobowej. Jest to ważny element w prewencji i leczeniu raka szyjki macicy oraz w promowaniu zdrowych nawyków wśród kobiet. Badania epidemiologiczne jednoznacznie dowodzą, że odpowiednia profilaktyka jest efektywnym sposobem na uniknięcie zachorowania na raka szyjki macicy [6].

Kobiety biorące udział w przeprowadzonym badaniu wiedziały, że badaniem pozwalającym na wczesne wykrycie nieprawidłowości w szyjce macicy jest cytologia 94,4%, natomiast 5,6% badanych wskazało złą odpowiedź. W badaniach przeprowadzonych przez Żminde i wsp., którym objęto 250 losowo wybranych studentek lubelskich uczelni w wieku od 19 do 44 lat uzyskano równie satysfakcjonujący wynik, aż 88% respondentek prawidłowo wskazało badanie cytologiczne, jako badanie służące wykrywaniu zmian szyjki macicy. Zaledwie 12% badanych wybrało błędną odpowiedź [8]. Podobne wyniki w swoich badaniach przeprowadzonych wśród 135 kobiet uzyskali Jankowska i wsp. 74% badanych wybrało cytologię jako badanie, za pomocą którego można wykryć raka szyjki macicy [9].

Satysfakcjonujący jest fakt, że duży odsetek kobiet ma świadomość na temat tego jak ważną rolę w uchronieniu się od nowotworu raka szyjki macicy ma badanie cytologiczne. Kobiety korzystając z tego badania przesiewowego mogą znacząco poprawić swoje rokowania ze względu na wczesne wykrycie nieprawidłowości w szyjce macicy.

Według badań własnych większość ankietowanych wiedziała w jaki sposób przebiega badanie cytologiczne. 97,8% respondentek wiedziała, że badanie cytologiczne polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Mniej zadowolający wynik poprawnych odpowiedzi uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Leszczyńską i wsp., w których to wiedza respondentek wynosi 78% [10]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Żminde i wsp. również ukazano, iż kobiety wiedzą na czym polega badanie cytologiczne uzyskując 77,2% przy poprawnej odpowiedzi, jaką było pobranie wymazu z szyjki macicy [8].

W badaniach własnych zaledwie 29,4% kobiet wiedziało do kogo skierowany jest Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, którego celem jest redukcja wskaźnika śmiertelności kobiet z powodu raka szyjki macicy do poziomu obserwowanego w krajach Unii Europejskiej, poprzez podniesienie świadomości kobiet na temat profilaktyki tego nowotworu oraz wdrożenie spójnego modelu diagnostycznego na obszarze całego kraju. Badania przeprowadzone przez Hermana i wsp. za pomocą anonimowej ankiety wśród 129 badanych uzyskały również nie zadowolające wyniki dotyczące wiedzy na temat Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy trwającemu w Polsce. Na pytanie do kogo skierowany jest program zaledwie 29% respondentek udzieliło poprawnej odpowiedzi [11]. Niski odsetek prawidłowych odpowiedzi wskazuje na zbyt niski poziom świadomości dotyczącej istnienia takiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce, który skierowany jest do kobiet w wieku od 25 do 64 lat, która w ciągu ostatnich 3 lat nie miała wykonywanego przesiewowego badania cytologicznego.

81,1% badanych prawidłowo wskazało infekcję wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) jako główny czynnik zachorowania na raka szyjki macicy. W badaniach przeprowadzonych przez Hermana i wsp. odsetek poprawnej identyfikacji HPV jako głównego czynnika ryzyka wyniósł 89,7% [11]. Inne wyniki w swoich badaniach uzyskali Jankowska i wsp., w których to tylko 54% badanych poprawnie potrafiło wskazać zakażenie HPV jako główny czynnik raka szyjki macicy [9].

Częsta zmiana partnerów seksualnych jest kluczowym czynnikiem zwiększającym ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego oraz wystąpienia przewlekłego zakażenia, co może prowadzić do rozwoju nowotworu. W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż 73,9% kobiet objętych badaniem potwierdziła, że regularna zmienność partnerów seksualnych może być czynnikiem zwiększającym ryzyko raka szyjki macicy. Inne wyniki uzyskali Baran i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród 108 respondentek z terenu Rzeszowa i okolic. Wykazali, iż tylko 23% z nich wiedziało, że częsta zmiana partnerów seksualnych niesie wysokie ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy w przyszłości [12]. W 2014 roku w Polskim Przeglądzie Nauk o Zdrowiu opublikowano pracę o podobnym zakresie. Badania przeprowadziła Stefanek i wsp. Badanie objęło 777 respondentek z różnych regionów Polski, a do przeprowadzenia analizy również wykorzystano autorską ankietę. Wyniki badania wykazały, że aż 89,7% uczestniczek poprawnie zidentyfikowało wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), jako czynnik ryzyka chorób nowotworowych [6].

Respondentki w 63,3% wiedziały, że szczepienie przeciwko HPV jest zalecane między 9 a 14 rokiem życia u dziewcząt i chłopców, natomiast 13,9% błędnie odpowiedziało, że kobiety po 20-tym roku życia, 3,3% kobiety po 40-tym roku życia, 0,6 % mężczyźni po 18-tym roku życia, a 18,9% przyznało, że nie wie. W badaniach przeprowadzonych przez Żminde i wsp. tylko 36% respondentek potrafiło wskazać poprawną odpowiedź na to pytanie. Wyniki różnią się, czego przyczyną może być różnica w wieku kobiet biorących udział w badaniu.

Profilaktyka RSM powinna stanowić ważny element w edukacji dziewcząt, np. w szkole, a także rodziców, opiekunów i pedagogów. Powinno kłaść się większy nacisk na promowanie wszelakich akcji profilaktycznych dotyczących raka szyjki macicy, jak również wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV).

WNIOSKI

1. W badaniach profilaktycznych raka szyjki macicy uczestniczą przeciętnie częściej kobiety zamężne oraz pracujące fizycznie i umysłowo, niż kobiety o innym statusie cywilnym lub charakteryzujące się innym źródłem utrzymania.
2. Badania wykazały, że kobiety biorące udział w badaniu mają dostateczną wiedzę na temat czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy.

3. Pomimo otrzymania dość zadowalających wyników badania wciąż wiele kobiet ma niedostateczną wiedzę na temat raka szyjki macicy. Istnieje potrzeba zwiększenia świadomości wśród kobiet w każdym wieku dotyczącej czynników ryzyka, objawów oraz metod profilaktyki raka szyjki macicy.
4. Większość badanych wie, jakie są metody profilaktyki nowotworu raka szyjki macicy, natomiast nie wszystkie je praktykują.
5. Większość respondentek znała czynniki ryzyka, a blisko 4/5 badanych wiedziało, że zachorowalność na raka szyjki macicy rośnie wraz z wiekiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowakowski A., Jackowska T., Oszukowski P. J. i wsp.: Profilaktyka raka szyjki macicy–problem interdyscyplinarny. Czy i jak możemy poprawić sytuację w Polsce? *Pediatrics Polska* 2013; 88(4): 340-346.
2. Fira W., Urban J., Szałkowski Z., Kukowska D.: Świadomość kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Zeszyty Naukowe, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży* 2016; 64: 29-46.
3. Rożkowska K., Piekut K., Kulesza-Brończyk B. i wsp.: Rak szyjki macicy - proces terapeutyczny i problemy pielęgnacyjne pacjentki [w:] *Zagrożenia cywilizacyjne w położnictwie, ginekologii i neonatologii*, Genowska A., Piekut K. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2019; 3: 197-227.
4. Krajowy Rejestr Nowotworu: Zachorowalność na raka szyjki macicy, [online] <https://dane-i-analazy.pl/raport/1707-zielona-ksiega-c53-zachorowalnosc-krn> [dostęp: 27.11.2023].
5. I TARYFIKACJI, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Wydział Oceny Technologii. Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w ramach programów polityki zdrowotnej. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa 2019.
6. Stefanek A., Durka P.: Poziom świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 1(38): 29-38.
7. Tałaj A. E., Cichostępska D.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Awareness of women about cervical cancer prevention. *Acta Elbing* 2023; 50(1):45-50.

8. Żminda A., Bakalczuk G., Putowski M. i wsp.: The knowledge about cervical cancer among female students of Lublin universities. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(8): 233-246.
9. Jankowska P., Kikolska M., Kwiatkowska M. i wsp: Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet. Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku, 2017.
10. Leszczyńska K., Franek G., Moskwa J. i wsp.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach. *Zdrowie i Dobrostan. Dobrostan i Społeczeństwo* 2015; 2: 257- 270.
11. Herman K., Wolak Ł., Kajdy A., Rrabijewski M.: Ocena wiedzy i świadomości dotyczącej czynników ryzyka i profilaktyki raka szyjki macicy kobiet świadczących usługi seksualne w Polsce. *Seksuologia Polska* 2018; 16(1): 1-7.
12. Baran W., Kornacka K., Szela S.: Ocena wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Medical Review* 2013; 3: 311-318.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6

ISBN X tom 978-83-68268-20-1