

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 11

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

Białystok, 2024



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA Tom XI

**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 XI tom

978-83-68268-21-8

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 XI

*Ze wszystkich nauk medycyna jest
najszlachetniejsza
Hipokrates*



Od Autorów

Szanowni Państwo

Oddajemy do Państwa ręk XI Tom monografii „WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA”, poruszając w nim ważne tematy wyzwań w ochronie zdrowia.

Tendencje aktualnie obserwowane się wśród polskiego społeczeństwa mają i w dalszym ciągu będą mieć wpływ na funkcjonowanie rynku zdrowia. Do najistotniejszych trendów należy zaliczyć starzenie się społeczeństwa, rosnące występowanie chorób przewlekłych, wzrost świadomości proaktywnego dbania o siebie, czy wzrost świadomości dotyczącej zdrowego stylu życia.

Długofalowe skutki starzenia się społeczeństwa niewątpliwie wpłyną na wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne w obszarach takich jak geriatria, reumatologia, ortopedia, onkologia, kardiologia, czy opieka długoterminowa.

WHO podaje, że przewlekłe choroby niezakaźne są przyczyną zgonu aż 41 milionów ludzi rocznie, odpowiadając aż za 71% wszystkich zgonów na całym świecie.

Polski system zdrowia wyróżnia się mniejszą liczbą lekarzy pierwszego kontaktu, jednakże większą liczbą lekarzy specjalistów względem Europy Zachodniej. Część systemów zdrowia w krajach zachodnich działa na podstawie innego modelu, w którym lekarz pierwszego kontaktu ma większy zakres uprawnień, przez co potrzeba kierowania pacjentów do lekarzy specjalistów jest niższa, co także ma wpływ na długość kolejek. Wśród lekarzy specjalistów największy dostęp w Polsce dotyczy otolaryngologów i endokrynologów, a najmniejszy do geriatrów i psychiatrów.

Średnie wydatki na ochronę zdrowia per capita w Polsce są o 57% niższe niż w Europie Zachodniej (2022), a liczba lekarzy i pielęgniarek nie zaspokaja potrzeb rynku. Przewiduje się ponad 8% wzrost wydatków na ochronę zdrowia w latach 2023-2028. Pomimo zdecydowanie większych nakładów na publiczną opiekę zdrowotną, to prognozowany wzrost jest także wyższy w sektorze prywatnym.

Szybki wzrost przewidywany jest w segmentach opieki szpitalnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), rehabilitacji i psychiatrii. Spodziewany jest także wzrost finansowania opieki długoterminowej i profilaktyki zdrowia, natomiast skrajnie niskie wydatki na badania laboratoryjne w Polsce wskazują na wysoki potencjał wzrostu diagnostyki.

Warto podkreślić, że polski system ochrony zdrowia, na tle Europy, charakteryzuje wysoki poziom cyfryzacji i inteligentnych rozwiązań, do których należą m.in.: Internetowe

Konto Pacjenta (IKP), e-recepty, e-skierowania, teleporady, systemy zdalnego monitorowania, czy Elektroniczna Dokumentacja Medyczna, co stwarza bardzo dobrą bazę do dalszych inwestycji w cyfryzację rynku.

W Polsce ocena technologii medycznych należy do głównych zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która została utworzona we wrześniu 2005 roku Zarządzeniem Ministra Zdrowia. W kolejnych latach zmieniało się umocowanie systemowe AOTMiT³⁷, a także zakres jej zadań, który został znacznie poszerzony. Jej misją jest podnoszenie efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce. Swoje zadania realizuje wykonując zlecenia Ministra Zdrowia w oparciu o ustawy: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Wykorzystywana w tym celu ocena technologii medycznych (ang. *Health Technology Assessment*, HTA) w sposób: powtarzalny, przejrzysty, w określonym standardzie metodologicznym i w oparciu o dowody naukowe zgodnie z EBM (ang. *Evidence-Based Medicine*), dostarcza ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych oraz informacji, stanowiących wsparcie w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i zmniejsza obszar niepewności związanych z tymi decyzjami. Trzy podstawowe obszary zadań AOTMiT to: ocena technologii medycznych (HTA), taryfikacja oraz programy polityki zdrowotnej.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Wykaz autorów

Brodowicz-Król Magdalena

dr n. o zdr.

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

Bandura-Sroka Maja

mgr położnictwa

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

Burchard Blanka

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Cybula-Misiurek Małgorzata

mgr

Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny KUL

Czternastek Kornelia

mgr

Centrum Medyczne w Łańcucie

Dąbkowska Dominika

lic. pielęgniarstwa

II Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dypa Sylwester

lic. pielęgniarstwa

Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Gdaniec Alicja

mgr

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

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

Głowicka Magdalena

mgr pielęgniarstwa

Absolwentka II stopnia kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Gracz Luiza

mgr położnictwa

Absolwentka kierunku Położnictwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Hordyjewska Anna

dr n. med.

Zakład Chemii Medycznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jankowiak Barbara

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kaźmierczak Marzena

dr n. o zdr.

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

Kendyś Małgorzata

lic. pielęgniarstwa

I Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Stacja Dializ, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Klimaszewska Krystyna

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Korzyńska-Piętas Magdalena

dr n. o zdr.

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

Kostrzewska-Zabłocka Ewa

dr n. med.

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Klinika Diabetologii.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie. Poradnia Diabetologiczna.

NZOZ „Zdrowie” Poradnia Diabetologiczna w Chełmie.

Kowalczyk Dorota

mgr pielęgniarstwa

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kowalczyk Jolanta

mgr

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej

Kowalczyk Małgorzata

mgr

Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny KUL

Kozestańska – Oczkowska Monika

dr n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Krajewska – Kulak Elżbieta

prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kulbaka Ewa

dr n. med.

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

Kwika Maria Dorota

dr n. med.

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

Mieczkowska Estera

dr n. o zdr.

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

Olejniki Agnieszka

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Pachlerska Małgorzata

mgr

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

Popek – Marciniak Sylwia

dr n. med.

Pracownia Genetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska

Pruchniak Monika

dr n. med.

Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Sajewicz Magda

lic. pielęgniarstwa

II Klinika Chorób Płuc, Raka Płuca i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Sas Patrycja Wiktorja

lic. położnictwa

Studentka kierunku Położnictwo w Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Sejbuk Alina

mgr pielęgniarstwa

Absolwentka studiów II stopnia Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Sekścińska Adrianna

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Snarska Katarzyna Krystyna

dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Sobolewska-Samorek Agnieszka

dr n. med.

Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Stachyra Joanna

mgr pielęgniarstwa

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

Strzelecka Beata

mgr pielęgniarstwa

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Surówka Kinga

mgr

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Szałach Agnieszka

mgr

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

Szlenk-Czyczerska Elżbieta

dr n. o zdr.

Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Szwamel Katarzyna

dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski,

Szydło Joanna

dr

*Katedra Zarządzania, Ekonomii i Finansów, Wydział Inżynierii i Zarządzania, Politechnika
Białostocka*

Szykuła Edyta

mgr

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

Szymaniuk Karolina

mgr pielęgniarstwa

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

Trojanowska Alina

dr n. med.

Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ulikowska Renata

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Urbańska Weronika

lic. położnictwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Położnictwo

Wiśniewska Iwona

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wiśniewska Katarzyna

mgr pielęgniarstwa

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Żywar Monika

lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Spis treści

Ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki leczenia odleżyn	20
<i>Magdalena Korzyńska-Piętas, Magdalena Brodowicz-Król, Agnieszka Szalach, Edyta Szykuła</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z anemią Diamonda – Blackfana	33
<i>Katarzyna Wiśniewska, Dorota Kowalczyk, Sylwester Dypa</i>	
Opieka nad pacjentką w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego w przebiegu niewydolności cieśniowo-szyjkowej	46
<i>Alicja Gdaniec, Maja Bandura-Sroka, Weronika Urbańska</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek	51
<i>Adrianna Sekścińska, Krystyna Klimaszewska</i>	
Wpływ pracy pielęgniarek na poprawę komfortu życia pacjentów leczonych psychiatrycznie	67
<i>Agnieszka Szalach, Magdalena Brodowicz-Król, Maria Kwika, Sylwia Popek – Marciniec</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze złamaniem kości szyjki udowej	80
<i>Katarzyna Wiśniewska, Beata Strzelecka, Renata Ulikowska</i>	
Wiedza i postawy społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów	95
<i>Magdalena Głowicka, Krystyna Klimaszewska</i>	
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z wylonioną kolostomią	116
<i>Monika Kozestańska – Oczkowska, Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Olejnik</i>	
Przebieg ciąży wysokiego ryzyka u kobiety w ciąży bliźniaczej	130
<i>Grażyna Gebuza, Patrycja Wiktoria Sas, Marzena Kaźmierczak</i>	
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką ze spondyloartropatią w warunkach domowych - studium indywidualnego przypadku	140
<i>Katarzyna Wiśniewska, Monika Kozestańska – Oczkowska, Blanka Burchard</i>	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po resekcji tarczycy	171
<i>Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Joanna Stachyra, Monika Żywar</i>	

Strategie radzenia sobie ze stresem a ocena własnych postaw rodzicielskich przez matki dzieci z cukrzycą	181
<i>Agnieszka Sobolewska-Samorek, Monika Pruchniak, Alina Trojanowska, Anna Hordyjewska, Małgorzata Cybula-Misiurek, Małgorzata Kowalczyk</i>	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po resekcji żołądka	192
<i>Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Joanna Stachyra, Iwona Wiśniewska</i>	
Wypalenie zawodowe- zagadnienia teoretyczne	202
<i>Katarzyna Krystyna Snarska, Alina Sejbuk, Joanna Szydło</i>	
Zespół słabości a stosowanie się do zaleceń terapeutycznych pacjentów po 65 roku życia z nadciśnieniem tętniczym	212
<i>Jolanta Kowalczyk, Katarzyna Szwamel</i>	
Wiedza kobiet ciężarnych na temat przygotowania do porodu	225
<i>Małgorzata Gierszewska, Luiza Gracz, Estera Mieczkowska</i>	
Zjawisko wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego	235
<i>Katarzyna Krystyna Snarska, Alina Sejbuk, Joanna Szydło</i>	
Występowanie i nasilenie depresji wśród pacjentów z przewlekłymi chorobami układu ruchu	251
<i>Magdalena Brodowicz-Król, Kornelia Czternastek, Maria Dorota Kwika, Ewa Kulbaka, Małgorzata Pachlerska</i>	
Znajomość zasad zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych wśród pielęgniarek oddziałów zachowawczych	264
<i>Kinga Surówka, Elżbieta Szlenk-Czyczerska</i>	
Zespół cieśni nadgarstka u osób z cukrzycą jako ogniskowa neuropatia kończynowa	282
<i>Ewa Kostrzewa-Zabłocka</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z nowotworem płuc	290
<i>Dominika Dąbkowska, Barbara Jankowiak</i>	
Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi	304
<i>Karolina Szymaniuk, Barbara Jankowiak</i>	
Przewlekła choroba nerek – ważniejsze informacje	320
<i>Małgorzata Kendyś, Barbara Jankowiak</i>	

Problemy pielęgnacyjne pacjentki po udarze mózgu
Magda Sajewicz, Barbara Jankowiak

327

OCENA WIEDZY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA NA TEMAT PROFILAKTYKI LECZENIA ODLEŻYŃ

Magdalena Korzyńska-Piętas¹, Magdalena Brodowicz-Król², Agnieszka Szalach³, Edyta Szykuła³

- 1. Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
- 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

Studenci pielęgniarstwa w okresie studiów przygotowują się do profesjonalnej opieki nad pacjentami z różnymi problemami zdrowotnymi. Problem odleżyn, pomimo postępu chirurgii i opieki pielęgniarstwa pozostaje częstym powodem trudności w leczeniu pacjentów, a także ich zachorowalności i śmiertelności. Dlatego ważne jest ustalenie jak kształtuje się wiedza przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie znajomości tak istotnego zagadnienia.

Z medycznego punktu widzenia odleżyny wymagają specjalistycznej wiedzy na temat ich mechanizmów, postępowania z nimi, nowoczesnych metod zapobiegania, prawidłowego leczenia przy pomocy nowoczesnych opatrunków. W momencie wypisu pacjenta ze szpitala lub innej placówki, w której przebywał pacjent, obowiązkiem personelu pielęgniarstwa jest zapoznanie rodziny z zasadami profilaktyki i możliwościami leczenia w warunkach domowych. Fakty te uzmysławiają jak ważną kwestią jest przygotowanie studentów pielęgniarstwa do kompetentnego postępowania w przypadku odleżyn.

CEL PRACY

Celem badań zawartych w pracy jest ocena wiedzy studentów z zakresu odleżyn, ich profilaktyki i leczenia.

MATERIAŁ I METODY

Jako technikę badawczą zastosowano ankietę, która polega na pozyskiwaniu informacji. Natomiast narzędziem badawczym jest autorski kwestionariusz ankiety (*Aneks*).

Ankieta zawiera 35 pytań z wariantami odpowiedzi. Poprzedza je zwięzła instrukcja. W ankiecie zapytano m.in. o płeć, wiek, rodzaj odbywanych studiów, wykształcenie, pracę zawodową w pielęgniarstwie lub ochronie zdrowia. Pytania nr 9 i nr 12 - 35 są pytaniami kontrolnymi mającymi na celu obiektywne sprawdzenie wiedzy badanych. Pozostałe pytania dotyczą doświadczenia w opiece przyłóżkowej oraz deklaracji jak badane osoby same oceniają swoją wiedzę. Materiał badawczy został pokodowany w programie Excel. Obliczenia statystyczne wykonano w programie Statistica (wersja 9.1). Wyniki przedstawiano w postaci wykresów i tabel za pomocą liczebności (N) i odsetka (%). Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono testem Kołmogorova-Smirnova. Analizę współzależności zmiennych odbiegających od rozkładu normalnego sprawdzono testem ANOVA Kruskala-Wallisa dla prób niezależnych. Zastosowano test chi kwadrat do oceny istotności różnic i zależności. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

WYNIKI

W prezentowanych badaniach wzięło udział 101 studentek pielęgniarstwa. W badanej grupie nie znalazł się żaden mężczyzna.

Tabela 1. Płeć badanych

Odpowiedzi	N	%
Kobieta	101	100,00
Mężczyzna	0	0
Ogółem	101	100,00

Najwięcej badanych stanowiły respondentki w wieku powyżej 41 lat (67,33%). W grupie wiekowej 31-40 lat znajdowało się 22,77% badanych, natomiast w najmłodszej grupie wiekowej (18-30 lat) jedynie 9,90% badanych.

Tabela 2. Wiek badanych

Przedziały wiekowe	N	%
18-30 lat	10	9,90
31-40 lat	23	22,77
41 lat i więcej	68	67,33
Ogółem	101	100,00

W badaniach uwzględniono dwa typy studiów - licencjackie i magisterskie. Z odpowiedzi studentek wynika, że większość badanych jest w trakcie studiów magisterskich. Procentowy odsetek tej grupy wyniósł 77,23%. Studia licencjackie odbywa obecnie 22,77% uczestniczek badań.

Tabela 3. Poziomy studiów pielęgniarских badanych

Odpowiedzi	N	%
Licencjackie	23	22,77
Magisterskie	78	77,23
Ogółem	101	100,00

Spośród 101 respondentek, 60 mieszka w mieście, co stanowi 59,41% badanych. Pozostałe 41 osób (40,58%) zamieszkuje na wsi.

Tabela 4. Miejsce zamieszkania badanych

Odpowiedzi	N	%
Wieś	41	40,58
Miasto	60	59,41
Ogółem	101	100,00

Z badań wynika, że wśród badanych osoby z wykształceniem wyższym magisterskim stanowią najliczniejszą grupę, tj. 29,7%. Na drugim miejscu pozostają osoby z wykształceniem licencjackim (28,71%), a na trzecim osoby ze średnim wykształceniem (24,75%). Warto zauważyć, że w grupie badanej występują także osoby z innym wykształceniem, stanowiącym 16,83% badanych.

Tabela 5. Wykształcenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Wyższe magisterskie	30	29,70
Licencjackie	29	28,71
Średnie	25	24,75
Inne	17	16,83
Ogółem	101	100,00

Odpowiedzi studentek wskazują, że 78,22% grupy badanej pracuje w zawodzie pielęgniarka, natomiast 21,78% badanych nie jest aktualnie zatrudnionych na tym stanowisku lub dopiero planują podjąć taką pracę.

Tabela 6. Zatrudnienie badanych w zawodzie pielęgniarskim

Odpowiedzi	N	%
Tak	79	78,22
Nie	22	21,78
Ogółem	101	100,00

Odpowiednie określenie i klasyfikacja ran są kluczowe dla właściwego leczenia i profilaktyki odleżyn. W kolejnej części badań zapytano więc badane osoby o wskazanie definicji rany trudno gojącej wraz z trzema wariantami opisu. Najwięcej badanych (77,23%) uważało, że jest to uszkodzenie skóry, które utrzymuje się dłużej niż 6-8 tygodni. Z kolei 16,83% respondentów wskazało na czas trwania powyżej 2-3 tygodni. Jedynie 5,94% studentów uznało, że jest to uszkodzenie skóry, które nie goi się przez co najmniej 5-6 miesięcy. Wyniki te wskazują na zróżnicowane pojęcie rany trudno gojącej wśród badanych studentek pielęgniarstwa.

Tabela 7. Definicja rany trudno gojącej według badanych

Odpowiedzi	N	%
Uszkodzenie skóry utrzymujące się dłużej niż 2-3 tygodnie	17	16,83
Uszkodzenie skóry utrzymujące się dłużej niż 6-8 tygodni	78	77,23
Uszkodzenie skóry utrzymujące się dłużej niż 5-6 miesięcy	6	5,94
Ogółem	101	100,00

W badaniach poproszono o ocenę swojej wiedzy w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn. Respondentki miały do wyboru trzy kategorie: „wysoko”, „przeciętnie” i „nisko”, aby ocenić swoją wiedzę na ten temat. Z badań wynika, że większość studentek (69,31% wskazań) oceniła swoją wiedzę jako przeciętną. Równocześnie 22,77% badanych przyznało, że ich wiedza w tym zakresie jest niska, a tylko 7,92% grupy oceniło ją na wysokim poziomie.

Tabela 8. Ocena własnej wiedzy w zakresie profilaktyki leczenia odleżyn

Odpowiedzi	N	%
Wysoko	8	7,92
Przeciętnie	70	69,31
Nisko	23	22,77
Ogółem	101	100,00

W medycynie często stosuje się różne skale do oceny stanu zdrowia pacjentów, w tym także do oceny ryzyka powstawania odleżyn. Skale te pozwalają na obiektywną ocenę i pomiar parametrów związanych z danym zagadnieniem, co ułatwia podejmowanie decyzji terapeutycznych oraz monitorowanie stanu pacjenta. Najczęściej używaną skalą okazała się skala Norton, która została wykorzystana przez 86,14% badanych. Skala Barthel została wykorzystana przez 11,88% badanych, natomiast tylko 1,98% badanych zastosowało skalę WAR.

Tabela 9. Skale służące do oceny ryzyka odleżyn w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Norton	87	86,14
Barthel	12	11,88
WAR	2	1,98
Ogółem	101	100,00

Dokumentowanie wyników obserwacji odleżyn jest kluczowe dla zapewnienia jakości opieki pacjentom oraz monitorowania postępów w leczeniu odleżyn. Większość badanych (93,07%) słusznie stwierdziła, że należy dokumentować wyniki obserwacji odleżyn. Tylko 6,93% badanych odpowiedziało negatywnie na to pytanie.

Tabela 10. Dokumentacja obserwacji odleżyn w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Tak	94	93,07
Nie	7	6,93
Ogółem	101	100,00

W kolejnej części ankiety przedstawiono kilka wariantów planu postępowania w higienie rany. Najczęściej wybierana kolejność to: mycie, opracowanie rany, pielęgnacja brzegów rany i dobór opatrunku, co wskazuje na dużą wagę przywiązania do czystości i dokładnego oczyszczenia rany (ponad 86% wskazań). Tylko niewielki odsetek badanych (7,92%) wybrał opcję, w której opracowanie rany było pierwszym krokiem. Kolejność: dobór opatrunku, mycie, pielęgnacja brzegów rany i opracowanie rany wybrało 5,94% badanych. Wynika więc, że studentki stosowały różne kolejności postępowania w higienie rany.

Tabela 11. Kolejność postępowania w higienie rany w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Opracowanie rany, mycie, dobór opatrunku, pielęgnacja brzegów rany	8	7,92
Mycie, opracowanie rany, pielęgnacja brzegów rany, dobór opatrunku	87	86,14
Dobór opatrunku, mycie, pielęgnacja brzegów rany, opracowanie rany	6	5,94
Ogółem	101	100,00

Respondentki miały również za zadanie ocenić swoją wiedzę na temat leczenia odleżyn, wybierając jedną z trzech odpowiedzi: "wysoko", "przeciętnie" lub "nisko". Najwięcej studentek (57,43%) oceniło swoją wiedzę jako przeciętną. Jednocześnie niespełna 1/3 badanych przyznała, iż ich wiedza w tym zakresie jest niska. Zaledwie 10,89% oceniło ją na wysokim poziomie.

Tabela 12. Ocena własnej wiedzy badanych w zakresie leczenia odleżyn

Odpowiedzi	N	%
Wysoko	11	10,89
Przeciętnie	58	57,43
Nisko	32	31,68
Ogółem	101	100,00

Z zebranych danych wynika, że ponad 2/3 respondentek wyraziło pogląd, że personel pielęgniarski z kursem specjalistycznym leczenia ran może samodzielnie opiekować się raną odleżynową bez konieczności zlecenia lekarskiego. Natomiast 35% badanych było zdania, że

samodzielna opieka nad raną odleżynową wymaga zlecenia lekarskiego.

Tabela 13. Samodzielna opieka pielęgniarska nad raną odleżynową bez zlecenia lekarskiego w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Tak	66	65,35
Nie	35	34,65
Ogółem	101	100,00

Zdecydowana większość respondentek (97,03%) celnie wskazała, że w charakterystyce klinicznej odleżyn należy brać pod uwagę wszystkie wymienione cechy, czyli lokalizację, głębokość, ocenę łożyska rany, występowanie jam/uchyłków, fazę gojenia i stan brzegów, oraz powierzchnię ubytków. Tylko 3 studentki (2,97%) wskazały na dwie z wymienionych cech, a żadna z badanych nie zdecydowała się na wybór jednej cechy.

Tabela 14. Cechy rany przewlekłej brane pod uwagę w charakterystyce klinicznej odleżyn w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Lokalizacja, głębokość	3	2,97
Ocena łożyska rany	0	0,00
Występowanie jam/uchyłków	0	0,00
Faza gojenia, stan brzegów	0	0,00
Powierzchnia ubytków	0	0,00
Wszystkie w/w	98	97,03
Ogółem	101	100,00

Przeważająca liczba studentek (88,12%) trafnie wybrała kość ogonową, kręgosłup, pośladki i pięty jako obszary najbardziej narażone na powstawanie odleżyn u osoby leżącej na plecach. Tylko niewielki odsetek respondentek wskazał na inne obszary, takie jak kostki nóg, małżowiny uszne czy łopatki.

Tabela 15. Części ciała najbardziej narażone na powstawanie odleżyn u osoby leżącej na plecach według badanych.

Odpowiedzi	N	%
Kość ogonowa, kręgosłup, pośladki, pięty	89	88,12
Kostki nóg, małżowiny uszne, wewnętrzna strona kolan	3	2,97
Kość ogonowa, palce stopy, łopatki	9	8,91
Ogółem	101	100,00

W ramach badań ustalono, iż większość respondentek (97,03%) trafnie wyraziło przekonanie, że dieta wysokobiałkowa odgrywa istotną rolę w zapobieganiu powstawaniu odleżyn. Odpowiedzią 1,98% badanych było stwierdzenie, że dieta wysokowęglowodanowa może wpływać na ryzyko odleżyn. Natomiast jedynie 0,99% respondentek uznało, że dieta wysokotłuszczowa ma znaczenie w kontekście ryzyka odleżyn.

Tabela 16. Dieta a ryzyko odleżyn w ocenie badanych

Odpowiedzi	N	%
Wysokobiałkowa	98	97,03
Wysokotłuszczowa	1	0,99
Wysokowęglowodanowa	2	1,98
Ogółem	101	100,00

Pomiędzy wiedzą deklarowaną a rzeczywistą badanych osób odnotowano istotne statystycznie różnice ($p < 0,005$). Różnice na korzyść wiedzy wykazanej przez badane studentki okazały się najbardziej widoczne w zakresie wysokiego poziomu wiedzy. Deklarowało go tylko 8% badanych, a wykazało niemal 27% z nich.

Tabela 17. Statystyczne porównanie wiedzy deklarowanej i wykazanej w grupie badanych

Wiedza \ Poziom	Deklarowana		Wykazana		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Wysoki	8	7,92	27	26,74	35	17,33
Przeciętny	70	69,31	58	57,43	128	63,37
Niski	23	22,77	16	15,84	39	19,31
Ogółem	101	100,00	101	100,0	202	100,0

$$\text{Chi}^2 = 10,601 \quad \text{df} = 2 \quad \text{p} < 0,005$$

DYSKUSJA

Pacjenci poddani hospitalizacji oraz chorzy pod opieką długoterminową i paliatywną są szczególnie narażeni na odleżyny. Ograniczona jest ich mobilność, mają potencjalnie zły stan zdrowia związany z wiekiem oraz współistniejące choroby przewlekłe, np. krążeniowe, cukrzyca, niedożywienie [1,2].

Prawidłowe leczenie i profilaktyka odleżyn powinny mieć charakter holistyczny i zgodny z przyjętą metodą leczenia. Pierwszym etapem procesu leczenia rany winno być skoncentrowanie na stanie zdrowia pacjenta oraz ustalenie przyczyn powstania odleżyny. Istotne jest, aby przed rozpoczęciem procesu jej leczenia, ustalić wszystkie czynniki mogące mieć niekorzystny wpływ na proces gojenia się, jak występujące równocześnie choroby lub zły stan zdrowia pacjenta [3,4]. Materiał badawczy zgromadzony w ramach badań własnych pozwala na odniesienie się do postawionych hipotez badawczych. Stan wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki i leczenia odleżyn okazał się przeciętny, a nie – jak przewidywano – wysoki. Pozostałe hipotezy zostały zweryfikowane pozytywnie. Wykazano bowiem, że poziom wiedzy o odleżynach deklarowany oraz wykazany przez badaną grupę studentów był przeciętny. Wybrane zmienne socjodemograficzne istotnie wpływają na wykazany poziom wiedzy badanych. Nie potwierdzono, by wybrane zmienne socjodemograficzne istotnie wpływały na deklarowany poziom wiedzy badanych. W dostępnej literaturze zaznacza się przewaga badań personelu pielęgniarstwa nad badaniami studentów pielęgniarstwa. Odnosząc wyniki badań własnych do danych z badań prezentowanych w literaturze można zaobserwować szereg podobieństw. W badaniach własnych wykazano że największy odsetek ankietowanych posiadał przeciętny poziom wiedzy o odleżynach (57,43%). Wiedza na poziomie wysokim została wykazana przez

26,74% ogółu. Poziom niski wiedzy posiadało niespełna 16% badanych. Badania Szymański i wsp. dowodzą że personel pielęgniarski zaczynając pracę w zawodzie pielęgniarskim na ogół dysponuje niepełną wiedzą dotyczącą postępowania z ranami przewlekłymi i odleżynami. Ponad połowa badanych osób 57,64% posiadała dostateczny poziom wiedzy w tym zakresie. Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa wzrastał z czasem trwania nauki zarówno podczas studiów pierwszego jak i drugiego stopnia. Dowodzi to że jest potrzeba gromadzić w tym zakresie wiedzę praktyczną, która uzupełni wiedzę zdobytą na studiach. Teoria powinna być w większym stopniu wspierana przez praktykę już na etapie studiów, w ramach stymulacji, w działaniu [5]. W badaniach Ushera i wsp., które przeprowadzone były w siedmiu uniwersytetach w Australii gdzie brało udział prawie trzy tysiące studentów stwierdzono, że połowa ankietowanych miała wystarczającą wiedzę na temat: etiologii, czynników ryzyka klasyfikacji i profilaktyki odleżyn. Wiedza ankietowanych była wyższa wraz z postępem nauki. Ponadto autorzy udowodnili, że studenci wraz z tokiem nauki mieli wyższe poczucie własnej niezależności i kompetencji [6]. Natomiast Simonetti i wsp. przeprowadzone badania u studentów włoskich wykazali, że mają niewielką wiedzę na temat odleżyn, ale również rośnie ona wraz z czasem trwania studiów [7].

Większość badanych była świadoma, iż w zapewnieniu jakości opieki pacjentom oraz monitorowaniu postępów w leczeniu odleżyn istotne jest prowadzenie stosownej dokumentacji. W badaniach własnych wykazano że 98% respondentek uważała to za kluczowe postępowanie. Najczęściej używaną skalą okazała się skala Norton, która została wykorzystana przez 86,14% badanych natomiast skala Barthel została wykorzystana przez niespełna 11,88% badanych. W badań Bazalińskiego i wsp. opisano że personel pielęgniarski w 76% również systematycznie dokonuje oceny odleżyn, wykorzystując do oceny skalę Norton, rzadziej Braden [8].

W badaniach własnych studentki na ogół znały plan postępowania w higienie rany przewlekłej 86% co świadczy o wystarczającej wiedzy. W badaniach Bazalińskiego i wsp. badając wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat opieki pacjenta z raną przewlekłą wykazało niezadawalający poziom wiedzy w tym zakresie [8]. Podobnie wyniki uzyskali Tirgari i wsp. przeprowadzając badania irlandzkich pielęgniarek na oddziale intensywnej terapii [51]. Jednakże Dalvand i wsp. którzy przeprowadzili analizę danych co do wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania odleżynom w różnych krajach na całym świecie wykazali dostateczny poziom wiedzy respondentek. Wyniki potwierdziły wyższy poziom wiedzy

pielęgniarek niż u studentów. Badania wykazały, że wiedza pielęgniarek pracujących czynnie jest wprawdzie wyższa niż studentów pielęgniarstwa, jednak wciąż stosunkowo niska [9].

Z badań Kielo wsp. nad wiedzą studentów pielęgniarstwa kończących studia wynika, że sprawdzian ich wiedzy na temat ran i ich leczenia kształtował się na poziomie 46% poprawnych odpowiedzi. Nie był więc zadowalający i wymagał i większej ilości zajęć praktycznych. Studenci co prawda dobrze oceniali swoją wiedzę na tym etapie kształcenia. Nie byli jednak świadomi iż istnieje potrzeba dalszego praktycznego kształcenia w dziedzinie leczenia ran [10].

Badania Głowacz i Szwamel dowiodły natomiast, że wiedza personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych metod postępowania z nimi i praktyki w tym zakresie była niedostateczna. Sprzyjały jej : dłuższy staż pracy w zawodzie oraz ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie leczenia ran. Chociaż absolwenci studiów magisterskich realizowali programowo przedmiot poświęcony ranom i sposobom ich leczenia, deficyt wiedzy był dość niepokojący[11].W badaniach własnych wątpliwości niektórych badanych dotyczyły cech idealnego opatrunku oraz jakie są fazy gojenia się rany przewlekłej. Grupa bardzo dobrze orientowała się jeśli chodzi o czynniki ryzyka odleżyn i sposoby ich weryfikowania. Można zatem uznać wiedzę badanych w skali całej grupy studentek za niewystarczającą. Należy jednak wziąć pod uwagę że badana grupa dotyczyła studentek studiów licencjackich jak również studentek studiów pierwszego i drugiego roku studiów magisterskich, zatem należy oczekiwać, że poziom wiedzy będzie wyższy. Uzyskane wyniki choć sugerują wiedzę na niewystarczającym poziomie to jednak wskazują na gotowość studentów pielęgniarstwa nad opieką pacjentów z odleżynami.

Wyniki badań są o tyle ważne, że personel pielęgniarski jest odpowiedzialny za podejmowanie działań profilaktycznych i strategii miejscowego leczenia ran w opiece nad pacjentem z raną lub odleżyną. Istnieje potrzeba stałego doskonalenia wiedzy w tym zakresie, konfrontowania jej ze standardami i badaniami naukowymi. Dlatego osoby przygotowujące się do zawodu pielęgniarskiego powinny szczególnie interesować się tym zagadnieniem, a po podjęciu pracy podejmować specjalistyczne kursy wiedzy i praktyki klinicznej.

WNIOSKI

1. Stan wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki i leczenia odleżyn jest niewystarczający.
2. Badana grupa zadeklarowała przeciętny poziom wiedzy o odleżynach.

3. Badana grupa wykazała przeciętny poziom wiedzy o odleżynach.
4. Zmienne socjodemograficzne takie, jak: wiek, odbywane studia, miejsce zamieszkania, wykształcenie, praca w pielęgniarstwie i opieka przyłóżkowa nie miały istotnego statystycznie wpływu na deklarowany poziom wiedzy badanych.
5. Starszy wiek badanych, praca w pielęgniarstwie i doświadczenia w opiece przyłóżkowej miały istotny statystycznie pozytywny wpływ na wykazany poziom wiedzy z zakresu odleżyn.

PIŚMIENNICTWO

1. Szewczyk M. T., Jawień A., Leczenie ran przewlekłych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
2. https://sklep.mediamed.pl/cache/page/Katalogi/Katalog_MM_OPATRUNKI2018_w_wv2.pdf z dnia 03-02-2023.
3. Jawień A., Bartoszewicz M., Przondo-Mordarska A., i wsp., Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji, *Leczenie Ran* 2012; 9: 59-75.
4. Gottrup F., A specialized wound – healing center concept importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds, *Am. J.Surg.*, 2004; 187: 38S-43S.
5. Szymański S., Porębska E., Sipak- Szmigiel O., Wiedza studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki i leczenia odleżyn. Co wiemy na temat odleżyn? *Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny* 2020; 92 (3); 22-25.
6. Usher K., Woods C., Brown J., i wsp., Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2018; 81: 14-20.
7. Simonetti V., Comparcini D., Flacco M. E., i wsp., Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: a multicenter cross-sectional study. *Nurse Educ. Today.*, 2015; 4: 573-579.
8. Bazaliński D., Kózka M., *Odleżyny w praktyce klinicznej zapobieganie i leczenie*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022.
9. Tirgari B., Mirshekari L., Forouzi M., *Pressur Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. Adv. Skin Wound Care.*, 2018: 4:1-8.

10. Davland S., Ebadi A., Gheshlagh R. G., Nurses' knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.*, 2018; 11: 613-620.
11. Głowacz J., Szwamel K., Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Anestezjologiczne* 2022, 16(1), 31-40.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ANEMIĄ DIAMONDA – BLACKFANA

Katarzyna Wiśniewska¹, Dorota Kowalczyk¹, Sylwester Dypa²

1- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2- Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Anemia Diamonda – Blackfana (z ang. Diamond-Blackfan anemia, DBA) jest zaliczana do rzadkiej nabytej aplazji krwinek czerwonych, czyli wrodzonej hipoplazji szpiku. W literaturze przedmiotu funkcjonują inne nazewnictwa tej jednostki chorobowej, często określając ją jako zespół Diamonda – Blackfana, zespół Aase’a czy też zespół Aase’a – Smitha [1]. Rozpoznanie choroby zazwyczaj różnicuje się w przeciągu dwóch pierwszych lat życia dziecka, a jedynie co czwarte dziecko jest diagnozowane w chwili urodzenia. Epidemiologia występowania wynosi 1 na 100 000 do 1 na 200 000 żywych urodzeń w zależności od pochodzenia etnicznego, natomiast w populacji europejskiej szacuje się na 5–10 przypadków na milion żywych urodzeń [2]. Symptomatologia specyficznych objawów omawianej jednostki chorobowej jest głęboka, izolowana, normochromiczna, zwykle makrocytarna, niedokrwistość z prawidłowym poziomem leukocytów i płytek krwi. U dzieci w wieku starszym ujawniają się anomalie w budowie ciała w postaci zahamowania wzrostu, nieprawidłowy rozwój kciuka, twarzoczaszki, serca oraz układu moczowo-płciowego [2]. W zakresie różnicowania, które jest niezwykle trudne z uwagi na dużą zmienność w przebiegu klinicznym choroby, wykorzystuje się kryteria diagnostyczne dla anemii Blackfana I Diamonda zaakceptowane przez grupę roboczą European Society for Paediatric Haematology and Immunology, ESPHI [3]. W protokole leczenia zazwyczaj stosuje się terapię kortykosterydami (GKS) natomiast w cięższym przebiegu choroby są wymagane przewlekłe przetoczenia krwi bądź ostatecznie przeszczepienie szpiku kostnego [4]. W literaturze wskazuje się iż pomimo znaczącego postępu medycyny w tym medycyny opartej na dowodach – DBA pozostaje nadal chorobą przewlekłą znacząco obniżającą jakość życia samego chorego jak również jego rodziny, opiekunów. Tym samym akcentuje się że anemia Diamonda- Blackfana to wielopłaszczyznowe objawy w zakresie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta, które przekładają się na opiekę interdyscyplinarną z zaakceptowaniem szczególnej holistycznej roli w opiece nad pacjentem personelu pielęgniarskiego, który jest najbliższym pacjentowi i jego potrzeb [5, 6].

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest ukazanie roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z anemią Diamonda-Blackfana po przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku kostnego.

MATERIAŁ I METODY

Metoda badawczą zastosowaną w prezentowanej pracy była metoda indywidualnego przypadku polegająca na analizie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta ze zdiagnozowanym DBA. W celu ukazania roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem w omawianej jednostce chorobowej wykorzystano odpowiednie techniki i narzędzia badawcze mogące w sposób całościowy ukazać analizowaną problematykę badań. W zakresie zastosowanych technik wykorzystano obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski, analizę dostępnej dokumentacji badanego pacjenta oraz pomiary parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, liczba oddechów, pomiar masy ciała. W zakresie zastosowanych narzędzi wykorzystano: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolską Skalę Uformowania Stolca [7], Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI [8], Ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO [7], Skalę Akceptacji Choroby AIS [9], Skalę depresji Becka BDI [10], Skalę VAS [7], Skalę Norton [7], Skalę Bartel [7] oraz Skalę do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej NCI – CTCAE (ang. Common Toxicity Criteria Scale) [11].

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w styczniu 2024 roku w Klinice Transplantacji Komórek Krwiotwórczych w Warszawie. Badany został poinformowany o zakresie prowadzonych badań, a także o pełnym zachowaniu anonimowości oraz utrzymaniu tajemnicy zawodowej. Badany został poproszony o zgłaszanie wszystkich niepokojących objawów, które mogłyby pojawić się w czasie przeprowadzania badania. Godziny spotkań zostały dopasowane do preferencji czasowych badanego. Badanie zostało przeprowadzone w warunkach reżimu sanitarnego.

WYNIKI

Metodą studium przypadku objęto 21 letniego mężczyznę u którego zdiagnozowano niedokrwistość Diamonda- Blackfana w 9 roku życia. Wywiad rodzinny nie był obciążony schorzeniami hematologicznymi, wskazując tym samym na przebiegu choroby de novo. W badaniu fizykalnym zwraca uwagę niskorosłość (159cm), nadwaga (75kg), podniebienie gotyckie, słabo zaznaczone cechy dysmorfii twarzy oraz niska linia włosów. Badany przeszedł operację korekcji kciuków.

Doczasowym podstawowym protokołem leczenia było stosowanie steroidoterapii z dobrą odpowiedzią na leczenie – badany w pierwszych latach leczenia wymagał transfuzji koncentratu krwinek czerwonych (KKCz). W piątym roku stosowanego leczenia steroidami zaobserwowano dolegliwości bólowe kończyny dolnej w okolicy dolnego ścięgna Achillesa oraz dolegliwości w postaci nudności i wymiotów. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki, w badaniu radiologicznym uwidoczono martwicę aseptyczną guza lewej kości udowej oraz rozwój osteoporozy. W związku z występującymi powikłaniami na okres 6 miesięcy zaprzestano stosowania terapii lekowej. Stan chorego uległ pogorszeniu co było objawem obniżającego się poziomu hemoglobiny i liczby czerwonych krwinek. W celu uzupełnienia niedoborów zastosowano transfuzję krwi w ilości 2 jednostek KKCz/miesiąc. Po tym okresie włączono ponowne leczenie sterydami, jednakże zaobserwowano objawy odporności co skutkowało postępującym zmniejszeniem wartości parametrów układu czerwonokrwinkowego. Obecnie pacjent wymaga częstych transfuzji krwi (2-4 j. KKCz w miesiącu), z uwagi na aktywny tryb życia badanego oraz młody wiek wdrożono przeszczepienie komórek macierzystych szpiku kostnego.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem konkretnego celu i interwencji pielęgniacyjnych personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z anemią Diamonda- Blackfana w okresie przeszczepienia komórek macierzystych szpiku kostnego.

Diagnoza pielęgniarska 1: Zwiększone ryzyko wystąpienie infekcji z powodu neutropenii w wyniku wdrożenia leczenia cytostatykami.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji z powodu neutropenii.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularne monitorowanie parametrów życiowych pacjenta; tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość oddechów, saturacja.
- Prowadzenie bilansu płynów w celu prawidłowego utrzymania gospodarki wodno – elektrolitowej.
- Pomoc pacjentowi w utrzymaniu wysokiej higieny ciała i otoczenia poprzez wdrożenie izolacji ochronnej.
- Edukacja pacjenta i rodziny z zakresu zachowania reżimu sanitarnego otoczenia z uwagi na obniżoną odporność.

Wynik opieki: U pacjenta zaobserwowano wysoką gorączkę mogącą świadczyć o neutropenii.

Diagnoza pielęgniarska 2: Wystąpienie wysokiej gorączki z towarzyszącymi dreszczami w okresie neutropenii.

Cel opieki: Obniżenie ciepłoty ciała, złagodzenie objawów oraz zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomiar podstawowych parametrów życiowych w tym temperatury ciała.
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta w wyniku zwiększonej potliwości.
- Poinformowanie pacjenta i opiekunów o konieczności przyjmowania płynów. doustnie w ilości odpowiadającej diurezie dobowej w ilości 2 - 2,5l.
- Prowadzenie karty bilansu płynów.
- Zapewnienie spokoju i odpowiednich warunków do odpoczynku.
- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wynik opieki: Po wdrożenia farmakoterapii gorączka ustąpiła. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 3: Nudności i wymioty w wyniku skutków ubocznych wdrożonej chemioterapii.

Cel opieki: Minimalizowanie objawów dyspeptycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia nudności i wymiotów na podstawie skali WHO.
- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn objawów.
- Odpowiednie wysokie ułożenie pacjenta.
- Towarzyszenie pacjentowi i pomoc w razie konieczności.
- Zapewnienie warunków intymności i poczucia bezpieczeństwa.
- Zapewnienie miski jednorazowego użytku, ligniny oraz dbanie o higienę jamy ustnej poprzez każdorazowe przepłukanie po wymiotach.
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej w razie wystąpienia takowej konieczności.
- Niezwłoczne usuwanie wymiocin z izolatki.
- Dokumentacja częstości, ilości oraz rodzaju treści wymiotnej.

- Obserwacja pacjenta w kierunku objawów mogących świadczyć o objawach odwodnienia oraz zaburzeń wodno – elektrolitowych.
- Podaż leków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Ocena skuteczności leczenia przeciwwymiotnego oraz wyeliminowanie bodźców mogących nasilać objawy dyspeptyczne (bodźce węchowe, smakowe oraz wzrokowe).

Wynik opieki: Nudności i wymioty ustąpiły po podaży farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Diagnoza pielęgniarska 4: Silna biegunka będąca wynikiem toksyczności postępowania przygotowawczego do przeszczepu komórek szpiku kostnego.

Cel opieki: Minimalizowanie objawów, niedopuszczenie do odwodnienia organizmu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stolca za pomocą Bristolskiej Skali Uformowania Stolca.
- Ocena kału w zakresie częstości wypróżnień, ilości, konsystencji, obecności śluzu, krwi.
- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn dolegliwości.
- Zapewnienie pacjentowi warunków intymności i stałego dostępu do łazienki, a w razie konieczności podanie basenu z jednorazowym wkładem.
- Zapobieganie stanom zapalnym skóry w okolicy szpary pośladkowej (osuszanie, natłuszczanie).
- Zapobieganie odwodnieniu poprzez kontrolę bilansu płynów i ich ewentualnie uzupełnienie zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wynik opieki: Biegunka ustąpiła po wdrożeniu farmakoterapii.

Diagnoza pielęgniarska 5: Świąd skóry występujący na skutek stosowanej chemioterapii.

Cel opieki: Zmniejszenie uczucia świądu

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn wystąpienia świądu skóry.
- Pouczenie pacjenta o niemożności drapania skóry, jednakże o dopuszczeniu uciskania miejsca swędzącego.
- Zapewnienie odpowiedniej bielizny pościelowej oraz bielizny osobistej (bawełna).
- Wdrożenie zalecanych środków pielęgnacyjnych bezzapachowych, bezbarwnikowych, natłuszczających.

- Udział w prowadzeniu farmakoterapii mającej na celu zmniejszenie uczucia świądu skóry zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wynik opieki: Pacjent rozumie przyczynę świądu skóry, stosuje się do zaleceń pielęgniarskich. Uczucie świądu uległo zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko powikłań w przebiegu pancytopenii wskutek przeszczepu szpiku kostnego.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań, wczesne wykrycie zmian.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja pacjenta w kierunku możliwego wystąpienia objawów pancytopenii w postaci niedokrwistości takich jak tachykardia, spłylenie oddechu, uczucie zimna, silne zmęczenie, osłabienie, utrata przytomności.
- Na zlecenie lekarza wykonanie badań morfologicznych (morfologia, układ krzepnięcia, badania biochemiczne).
- Pomiar, dokumentacja i interpretacja wyników pomiarów parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnieniem tętnicze krwi, saturacja, częstości oddechów, temperatury ciała.
- Udział w zleconej przez lekarza farmakoterapii.
- Przestrzegania zasad aspsytyki i antyseptyki w czasie wykonywania iniekcji oraz pielęgnacji dostępu centralnego.

Wynik opieki: W postępowaniu pielęgniarskim minimalizowano ryzyko, nie doszło do objawów mogących świadczyć o powikłaniach.

Diagnoza pielęgniarska 7: Obniżone łaknienie z powodu dolegliwości dyspeptycznych, owrzodzeń jamy ustnej oraz braku odczuwania smaku i zapachu w wyniku zastosowanej chemioterapii.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zapewnienie prawidłowego odżywiania pacjenta wraz z minimalizacją odczuć bólowych związanych ze stanem zapalnym błony śluzowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu zapalania błony śluzowej jamy ustnej poprzez zastosowanie Skali do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej z zastosowaniem NCI – CTCAE
- Ocena natężenia bólu w skali VAS.

- Uzgodnienie z lekarzem oraz dietetykiem odpowiedniej diety dla pacjenta z rozważeniem karmienia poprzez zgłębnik żołądkowy.
- Ustalenie z pacjentem listy posiłków które może przyjmować, a które potęgują ból.
- Zalecenie pacjentowi przepłukiwania jamy ustnej solą fizjologiczną lub naparem z rumianku w celu niwelowania bólu i stanu zapalnego błony jamy ustnej.
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych pacjenta oraz masy ciała.
- Podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Wynik opieki: U pacjenta wdrożono żywienie poprzez zgłębnik żołądkowy, stan odżywienia i masa ciała prawidłowa. Wdrożono leczenie przeciwgrzybiczne w wyniku którego zapalenie jamy ustnej ustępuje.

Diagnoza pielęgniarska 8: Zapalenie spojówek z zażółceniem przejawiające się światłowstrętem, łzawieniem, pieczeniem i suchością gałki ocznej będące wynikiem stosowanej chemioterapii.

Cel opieki: Uspokojenie pacjenta oraz pielęgnacja spojówek.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyny objawów związanych z zapaleniem spojówek i zażółceniem gałek ocznych.
- Zakropienie leków w postaci kropli doocznych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wynik opieki: Po wdrożeniu leczenia kroplami nawilżającymi (sulfacetamid) u pacjenta zapalenie spojówek ustępuje.

Diagnoza pielęgniarska 9: Uczucie niepokoju pacjenta spowodowane koniecznością stałego przyjmowania leków immunosupresyjnych i ich działań ubocznych.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zminimalizowanie uczucia niepokoju poprzez edukację pacjenta i wyjaśnienia konieczności przyjmowania leków wraz z kształtowaniem postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie i współudziału w leczeniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowy motywujące pacjenta do regularnego i stałego przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem lekarskim w warunkach domowych.
- Przekazanie zaleceń dotyczących stosowanej farmakoterapii.

- Umocnienie przekazu informacyjnego w celu dokonywania regularnej kontroli laboratoryjnej stężenia leków immunosupresyjnych.
- Edukacja pacjenta i opiekunów pacjenta z zakresu działań ubocznych stosowanego leczenia oraz sposób zapobiegania im.

Wynik opieki: Pacjent jak również jego rodzina zostali uposażeni w niezbędny zasób wiedzy odnośnie leczenia immunosupresyjnego w warunkach domowych.

Diagnoza pielęgniarska 10: Pielęgnacja wkłucia centralnego w celu niedopuszczenia do zakażenia.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka zakażenia CVC.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy każdorazowym manipulowaniu wkłuciem.
- Przepłukiwanie drenów 0,9% NaCl wraz z każdorazową wymianą jałowych koreczków zabezpieczających.
- Wymiana kraników, filtrów co 24 godziny.
- Dezynfekcja drenów przed każdym rozłączeniem, podłączeniem, podażą leku.
- Zmiana opatrunku zabezpieczającego CVC z zachowaniem zasad aseptyki.
- Dezynfekcja miejsca wkłucia CVC w miejscu gdzie cewnik wnika pod skórę i pozostawienie do całkowitego wyschnięcia.
- Codzienna obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia objawów infekcji bądź zakażenia.

Wynik opieki: Nie zaobserwowano objawów zakażenia CVC, pielęgnacja cewnika zgodnie z zasadami aseptyki.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej w wyniku utraty łaknienia, nudności, wymiotów.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka, zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia zaburzeń wodno – elektrolitowych poprzez obserwację pacjenta pod kątem stanu nawodnienia organizmu. Obserwacja w kierunku napięcia powłok skórnych, nawilżenia jamy ustnej, pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

- Na zlecenie lekarza wykonanie badań biochemicznych z oznaczeniem stężenia wapnia, kreatyniny, chlorków, fosforanów, magnezu czy też potasu.
- Na zlecenie lekarza podaż płynów i.v poprawiających stan nawodnienia.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania złego samopoczucia.
- Zapewnienie odpowiednich warunków do odpoczynku i rekonwalescencji po przeszczepie.

Wynik opieki: Objawy odwodnienia organizmu nie wystąpiły. Nastąpiła poprawa łaknienia.

Diagnoza pielęgniarska 12: Objawy zawrotów głowy, duszności oraz osłabienia w okresie potransplantacyjnym szpiku kostnego.

Cel opieki: Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjenta, zminimalizowanie uczucia duszności.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena charakteru duszności oraz obserwacja pod kątek pogorszenia wydolności z zakresu układu oddechowego.
- Zapewnienie choremu odpowiednich warunków do odpoczynku w postaci ciszy i spokoju.
- Pomoc pacjentowi w wykonywaniu czynności samoobsługowych, które sprawiają mu trudność i potęgują uczucie duszności.
- Stosowanie tlenoterapii i farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim

Wynik opieki: W wyniku podawania tlenu u pacjenta duszność ustąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ograniczenie samopielęgnacji i samoopieki wynikające z procedury transplantacyjnej oraz obniżonych wartości morfologicznych pacjenta.

Cel opieki: Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta oraz pomoc w zakresie samopielęgnacji i samoopieki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena zakresu potrzebnego wsparcia pacjenta zgodnie z kryteriami samoopieki.
- Pomoc pacjentowi we wszystkich czynnościach dnia codziennego ze szczególnym uwzględnieniem zachowania higieny ciała z uwagi na niemożność dopuszczenia do infekcji.
- Niedopuszczenie do upadku, zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i stałego nadzoru pielęgniarskiego.

- Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego poprzez rehabilitację oddechową.
- Ustalenie z pacjentem planu postępowania i metod działań przy czym włączenie pacjenta w czynności które może samodzielnie wykonać z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

Wynik opieki: Personel pielęgniarski wspomaga pacjenta we wszystkich czynnościach tego wymagających z zakresu opieki i pielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarska 14: Obniżony nastrój pacjenta związany z hospitalizacją w warunkach zamkniętych i brakiem kontaktu z rodziną.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Otwarta rozmowa z pacjentem na temat przyczyn izolacji.
- Okazywanie empatii i zrozumienia w kontakcie z pacjentem.
- Dodawanie pacjentowi otuchy, a w miarę możliwości wsparcia emocjonalnego.
- Umożliwienie rozmowy z psychologiem szpitalnym.

Wynik opieki: Po rozmowie z psychologiem u pacjenta nastąpiła poprawa nastroju.

Diagnoza pielęgniarska 15: Objawy przygnębienia i depresji będące wynikiem przebiegu procesu chorobowego i protokołu leczenia oraz ryzyko braku akceptacji choroby.

Cel opieki: Ocena stanu psychicznego pacjenta w celu podjęcia dalszych kroków diagnostycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu psychicznego pacjenta z zastosowaniem skali depresji Becka-BDI.
- Ocena stanu akceptacji choroby za pomocą Skali Akceptacji Choroby Z. Jurczyńskiego.
- Okazanie zrozumienia, empatii, poświęcenie czasu poprzez szczerą rozmowę z pacjentem odnośnie jego zmartwień i trosk,
- Określenie najważniejszych obaw i trudności w adaptacji chorego do zaistniałej sytuacji chorobowej oraz udzielenie wsparcia poprzez rozmowę telefoniczną z najbliższymi,
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Wynik opieki: Poziom lęku został obniżony, pacjent swobodnie rozmawiała na temat swoich obaw i problemów. Nastrój pacjenta uległ polepszeniu po konsultacji z psychologiem, częstymi rozmowami z personelem.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania opartego o metodę studium przypadku pacjenta z anemią Diamonda – Blackfana można wysunąć następujące wnioski będące obrazem holistycznej roli zespołu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z omawianą jednostką chorobową poddanemu przeszczepowi komórek krwiotwórczych szpiku kostnego:

1. U pacjenta w przebiegu patomechanizmu anemii Diamonda- Blackana i leczenia opartego na przeszczepieniu komórek krwiotwórczych szpiku kostnego występują specyficzne objawy będące następstwem wdrożonego protokołu leczenia obejmujące objawy w okresie okołotransplantacyjnym. U pacjenta w okresie przedtransplantacyjnym wystąpiły objawy specyficzne dla włączonego leczenia w okresie kondycjonowania mianowicie uczucie nudności, mdłości, świąd, zapalenie spojówek, zakażenie jamy ustnej będące wynikiem zastosowanego leczenia cytostatykami, biegunka będąca wynikiem toksyczności postępowania przygotowawczego, zawroty głowy, duszności będące wynikiem zastosowanego leczenia immunosupresyjnego. W konsekwencji problemami z łaknieniem, możliwością zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej, ograniczeniem w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.
2. Opieka pielęgniarska przed i poprzyszczepieniowa ma w głównej mierze za zadanie utrzymanie przy życiu biorcy do czasu podjęcia skutecznej infuzji komórek krwiotwórczych w tym zwalczanie wszelkich możliwych powikłań do których zaliczamy neutropenię, pancytopenię. W okresie poprzyszczepieniowym w zakresie opieki pielęgniarskiej istotnym elementem jest wnikliwa obserwacja i ocena stanu pacjenta i natychmiastowe reagowanie na każdy objaw mogący świadczyć o odrzuceniu przeszczepu czy pogorszenie ogólnego stanu pacjenta. Podejmowanie działań zapobiegawczych w okresie obniżonej odporności i zwalczanie niepokojących objawów to kluczowe postępowanie warunkujące rolę personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem. Opieka pielęgniarska zatem jest uwarunkowana powikłaniami spowodowanymi głównie toksycznością postępowania przygotowawczego i pancytopenią.

3. Czas rekonwalescencji po przeszczepie szpiku kostnego jest długotrwały i jest naznaczony wieloma problemami natury nie tylko klinicznej ale również psychicznej, społecznej i duchowej. U badanego pacjenta wystąpiły objawy związane z ogólnym obniżeniem nastroju, zmęczeniem i bólem który towarzyszy każdej chorobie przewlekłej. U pacjenta zaobserwowano ponadto objawy mogące świadczyć o wysokim ryzyku rozwoju depresji dające podstawy do dalszej diagnostyki. Objawy mogące świadczyć o depresji są wynikiem silnego stresu związanego z nieprzewidywalnym przebiegiem choroby.
4. Pacjent w okresie zarówno przed jak i potransplantacyjnym jest niewydolny w zakresie samoopieki i samopielęgnacji co wymaga zwiększonej uwagi personelu pielęgniarskiego i wykonywania wszystkich czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych przy pacjencie z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego.
5. Oceniono że pacjent wykazuje średnią akceptację choroby co nie sprzyja szybszej rekonwalescencji. Dla pacjenta przebycie procesu od diagnozy do przeszczepu uruchomiło nowy sposób myślenia i mechanizmy radzenia sobie z nową sytuacją. Akceptacja choroby oraz zmienionych warunków jakie choroba niesie ze sobą oraz znalezienie źródeł wsparcia prowadzą do konfirmacji życia, gdyż przeszczep szpiku kostnego jest szansą na całkowite wyleczenie pacjentów z anemii Diamona – Blackfana.

PIŚMIENNICTWO

1. Albrecht K., Niewiadomska E., Hutnik Ł.: Standardy Postępowania diagnostycznego w niedokrwistości Diamona - Blackfana. Przegląd Pediatryczny 2019; 48(3):140-143.
2. Szymczyk A., Radko A., Macheta A. i wsp.: Powikłania terapii niedokrwistości Blackfana i Diamonda – studium dwóch przypadków. Acta Haematologica Polonica 2014; 45:202-206.
3. Campagnoli M., Garelli E., Quarello P. et.al.: Molecular basis of Diamond-Blackfan anemia: New findings from the Italian registry and a review of the literature. Haematologica 2004; 89(4):480 - 489.
4. Dorn KM., Burns KD., Trout MAR. et.al.: Diamond-Blackfan Anemia: A Case Report and Review of the Literature. Neonatology 2021; 118(4):500-504.

5. Iskander D., Wang G., Heuston E.F. et al.: Single-cell profiling of human bone marrow progenitors reveals mechanisms of failing erythropoiesis in Diamond-Blackfan anemia. *Science Translational Medicine* 2021; 13(610): 54-55.
6. Vlachos A., Ball S., Dahl N., et al.: Diagnosing and treating Diamond Blackfan anaemia: results of an international clinical consensus conference. w: *Br J Haematol*, 2008; 142(6): 859-76.
7. Zarzycka D.: Katalog skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia dla potrzeb opieki pielęgniarskiej, materiały dydaktyczne. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2015.
8. Rogula T.: Współczynnik BMI – jak obliczać i interpretować wyniki. Szpital na klinach: <https://www.szpitalnaklinach.pl/blog/wspolczynnik-bmi-jak-obliczac-i-interpretowac-wyniki/> (data pobrania 13.10.2023).
9. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A.: Skala akceptacji choroby AIS. [w:] *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii: Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2009: 162–166
10. Przedborska A.: Wybrane metody statystyki wielowymiarowej w ocenie jakości życia słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Prace naukowe uniwersytetu ekonomicznego we Wrocławiu* 2015; 384: 247-252.
11. Dyszkiewicz M., Shaw H.: Ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów leczonych radio- i chemioterapią. *Dental and Medical Problems* 2009; 46(1): 89–93.

OPIEKA NAD PACJENTKĄ W PRZYPADKU ZAGRAŻAJĄCEGO PORODU PRZEDWCZESNEGO W PRZEBIEGU NIEWYDOLNOŚCI CIEŚNIOWO-SZYJKOWEJ

Alicja Gdaniec¹, Maja Bandura-Sroka¹, Weronika Urbańska²

1. *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy*
2. *Absolwentka Studiów I Stopnia kierunku Położnictwo*

WPROWADZENIE

Poród przedwczesny jest częstym zjawiskiem w czasie ciąży, niestety etiologia porodu przedwczesnego nie zawsze jest znana i stanowi poważny problem dla zespołu terapeutycznego. W zależności od wieku ciążowego, poród może mieć bezpośrednie konsekwencje dla zdrowia płodu. Występować mogą również niekorzystne konsekwencje dla zdrowia matki, zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Przyczyny porodu przedwczesnego nie zawsze są oczywiste. Jednak im wcześniej zostanie zdiagnozowana przyczyna i rozpocznie się odpowiednie leczenie, tym większe są szanse na utrzymanie ciąży. Stworzono osobne schematy postępowania w opiece okołoporodowej pacjentek zagrożonych porodem przedwczesnym, które na przestrzeni lat są stale udoskonalane i modyfikowane. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa jest dysfunkcją szyjki macicy. Stan ten utrudnia utrzymanie ciąży. Występuje zwykle u kobiet w drugim trymestrze ciąży [1]. Szyjka macicy odgrywa ważną rolę w okresie prenatalnym. Jego dwie główne funkcje obejmują zapewnianie bariery ochronnej przed patogenami dzięki wydzielanemu przez nią śluzowi szyjkowemu. Drugą bardzo ważną funkcją jest mechaniczne utrzymanie ciąży i zapobieganie wydaleniu jaja płodowego z macicy [2].

ROZWINIĘCIE

Patogeneza niewydolności cieśniowo-szyjkowej jest wieloczynnikowa. Czynnikiem przyczyniającymi się do niewydolności cieśniowo-szyjkowej są czynniki biochemiczne i hormonalne, zarówno wrodzone, jak i nabyte. Na czynniki biochemiczne i hormonalne wpływają głównie prolaktyna i relaksyna. Do czynników nabytych zalicza się urazy

okołoporodowe powstałe podczas wcześniej przebytego porodu drogą pochwową lub w wyniku cięcia cesarskiego. Inne nabyte czynniki obejmują wcześniejsze zabiegi wykonane na szyjce macicy, między innymi konizację szyjki macicy, często ze znacznym jej skróceniem. Czynniki wrodzonymi są wady rozwojowe struktur macicy, ekspozycja na dietylostilbestrol oraz przewaga włókien mięśniowych nad włóknami kolagenowymi w szyjce macicy [3]. Relaksyna odpowiada za rozluźnienie miednicy i jej więzadeł w czasie ciąży. Nadmierne stężenie relaksyny może powodować nadmierne, przedwczesne rozwarście szyjki macicy z powodu obniżonego poziomu kolagenu. Wpływa również na nabłonek szyjki macicy i pochwy. Progesteron odgrywa ważną rolę w czasie ciąży i bierze udział między innymi w utrzymaniu ciąży. Dlatego niski poziom progesteronu może również przyczyniać się do rozwoju niewydolności cieśniowo - szyjkowej [4]. Działanie dietylostilbestrolu podczas życia płodowego kobiety w łonie matki może prowadzić do rozwoju patologii związanych z wrodzonymi wadami układu rozrodczego. Obecnie stosowanie leków zawierających tę substancję jest zabronione w przypadku kobiet w ciąży.

Czynniki przyczyniającymi się do dysfunkcji szyjki macicy mogą być także ciążę mnogie, mogą powodować one swoim ciężarem zwiększony ucisk na szyjkę macicy, oraz nadmierne rozciąganie mięśni macicy [5].

Częstość występowania niewydolności cieśniowo-szyjkowej wynosi od 0,1% do 1,8%. Zatem dotyczy to zaledwie 2% kobiet. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa zwykle występuje w drugim trymestrze ciąży, pomiędzy 13 a 26 tygodniem ciąży. Jest związana z ryzykiem porodu przedwczesnego, dlatego jej wczesna diagnostyka jest kluczowa dla zdrowia matki i dziecka. Podstawę diagnostyki stanowi szczegółowy wywiad położniczo-ginekologiczny z pacjentką oraz badania wewnętrzne we wzierniku i USG.

Ważne jest zbieranie informacji na temat przebytych zabiegów ginekologicznych, przebiegu poprzednich ciąż, poronień, występowania porodów przedwczesnych, przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego w historii położniczej, zaburzeń genetycznych itp. Pozwala to na wytypowanie pacjentek z grupy wysokiego ryzyka, które będą poddane częstszym badaniom i kontrolom [1]. W ultrasonografii dopochwowej ocenia się stan ujścia wewnętrznego szyjki, długości kanału szyjki macicy oraz obecności uwpuklonego dolnego bieguna jaja płodowego. Niewydolność cieśniowo-szyjkową diagnozuje się, gdy szyjka macicy jest skrócona poniżej 25 mm w 16-24 tygodniu ciąży lub gdy stwierdza się jej rozwieranie. USG kanału szyjki macicy wykonuje się między 18 a 22

tygodniem ciąży, a u pacjentek z grupy ryzyka między 14 a 18 tygodniem, powtarzając co dwa tygodnie do 24 tygodnia ciąży [3].

Kolejnym elementem diagnostyki jest oznaczenie fibrynoektyny płodowej. Fibroektyna płodowa jest białkiem występującym między kosmówką a doczesną, obecnym w wydzielinie szyjkowej przed 18 tygodniem ciąży i pod koniec trwania ciąży. Jej obecność po 22 tygodniu może zwiększać ryzyko niewydolności cieśniowo-szyjkowej, a także odpowiada za 15-20% poronień i porodów przedwczesnych przed 28 tygodniem ciąży [6].

Leczenie niewydolności cieśniowo-szyjkowej obejmuje między innymi farmakoterapię. Jedną z substancji jest progesteron, stosowany profilaktycznie i uzupełniająco, ma właściwości przeciwskurczowe, zapobiegając dalszemu rozwieraniu i skracaniu szyjki macicy. Jeśli szyjka ma poniżej 25 mm długości, stosuje się progesteron. U pacjentek z długością szyjki poniżej 15 mm przed 34 tygodniem ciąży stosuje się steroidoterapię w celu przyspieszenia dojrzałości płuc płodu [1].

Leczenie chirurgiczne obejmuje założenie szwu okrężnego metodami Shirodkara, McDonalda lub szwu przezbrzusznego, gdy inne metody są nieskuteczne. Szew okrężny zakłada się między 14 a 16 tygodniem ciąży, zamykając ujście wewnętrzne szyjki macicy i zabezpieczając przed dalszym rozwieraniem. Mechaniczną metodą leczenia niewydolności cieśniowo – szyjkowej jest Pessar kołnierzykowy. Jest to silikonowy krążek, który zmienia kąt nachylenia kanału szyjki macicy ku tyłowi, zmniejszając ryzyko jej rozwierania. Jest łatwiejszy w aplikacji niż szew i może być stosowany jako leczenie główne lub uzupełniające [1].

W niektórych wypadkach leczenie niewydolności cieśniowo – szyjkowej może nie przynieść pożądaných skutków, niestety często dochodzi wtedy do porodu przedwczesnego. W sytuacji zauważenia niepokojących objawów, położna powinna niezwłocznie poinformować lekarza oraz innych członków zespołu terapeutycznego. Podczas porodu przed terminem w warunkach szpitalnych, położna przygotowuje salę porodową, stanowisko noworodkowe, zestaw porodowy oraz sprawdza sprzęt medyczny. Zespół Sali porodowej powinien powiadomić zespół neonatologiczny, wykonywać zapis NST dla oceny czynności serca płodu, oraz ocenić stan ogólny kobiety rodzącej. Należy również zapewnić dostęp naczyniowy u rodzącej. W trzecim okresie porodu ważne jest pozostawienie dłuższego kikuta pępowinowego, aby ułatwić uzyskanie dostępu naczyniowego u noworodka zespołowi neonatologicznemu. Należy również zadbać o komfort cieplny i stabilizację oddechową

noworodka urodzonego przedwcześnie [7]. Postawa położnej powinna być profesjonalna, wzbudzająca poczucie bezpieczeństwa i wsparcia. Poród przed terminem jest trudnym doświadczeniem dla przyszłej matki, zwłaszcza jeśli następuje nagle. Stres pacjentki wynika często z niewiedzy, nieznamomości terminów medycznych oraz skomplikowanych procedur, które może widzieć matka dziecka przedwcześnie urodzonego tuż po porodzie. Położna powinna wyjaśnić przebieg porodu oraz zapewnić, że pacjentka jest pod opieką wykwalifikowanych specjalistów. Warto także opowiedzieć o postępowaniu z noworodkiem niedonoszonym i zapewnić, że otrzyma on odpowiednią pomoc. Należy być otwartym na rozmowę przed i po porodzie, szczególnie z pacjentkami, które zostały rozdzielone z noworodkiem, z powodu stanu zdrowia dziecka lub matki. Położna powinna oferować wsparcie emocjonalne i odpowiednią edukację w zakresie, na przykład uzyskania laktacji, jeśli matką chce karmić dziecko swoim pokarmem [8].

PODSUMOWANIE

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa może bezpośrednio prowadzić do porodu przedwcześniego i jest z nim ściśle związana. Znajomość etiologii, patogenezы oraz powikłań tej patologii jest kluczowa dla pełnienia profesjonalnej opieki nad pacjentką. Im wcześniej położna zauważy czynniki niepokojące, tym szybciej pacjentce może zostać udzielona pomoc, co zmniejszy ryzyko wystąpienia porodu przedwcześniego. Gdy stwierdzono lub podejrzewa się niewydolność cieśniowo-szyjkową, położna powinna wiedzieć i edukować pacjentkę, że musi ona unikać nadmiernego wysiłku fizycznego. Położna i lekarz powinni wyjaśnić każdą z możliwych metod leczenia niewydolności cieśniowo – szyjkowej.

Poród przedwcześnie następuje przed 36+6 tygodniem ciąży, ale nie wcześniej niż przed 22 tygodniem. Położna odgrywa ważną rolę w rozpoznaniu czynników ryzyka oraz objawów rozpoczynającego się porodu. Wczesne rozpoznanie objawów pozwala na szybką interwencję, choć nie zawsze można zapobiec porodowi przedwcześnieму. Stosuje się profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową, a czasem decyzję o rozwiązaniu ciąży w celu ratowania życia matki i/lub płodu [8].

Rozpoznanie każdej patologii ciążyowej, zwłaszcza związanej z przedwcześnieym porodem, wiąże się ze stresem dla rodzącej. Stres może inicjować poród przedwcześnie, dlatego ważna jest rozmowa wspierająca z pacjentkami, z obciążonym wywiadem położniczym. Położna powinna dokładnie tłumaczyć wszelkie działania medyczne, by pacjentka je zrozumiała. Warto także zaproponować pacjentkom konsultacje z psychologiem,

zwłaszcza tym pacjentkom z problemami w życiu osobistym, lub pracującym w stresujących warunkach. Psycholog pomoże znaleźć metody łagodzenia stresu. Kobiety zagrożone porodem przedwczesnym są bardziej podatne na depresję poporodową, więc należy poświęcić im odpowiednią uwagę, okazując wsparcie i zrozumienie. Położna powinna zachęcać do rozmowy o samopoczuciu i wątpliwościach, oferując konsultacje z psychologiem w razie potrzeby. Kobiety po porodzie przedwczesnym mogą mieć trudności z laktacją, dlatego należy je wspierać i pomagać w stymulacji laktacji, ponieważ pokarm kobiecy jest najlepszym pokarmem dla dziecka, szczególnie tego urodzonego przedwcześnie [9].

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia, tom 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 212-216.
2. Czajkowski K.: Niewydolność szyjki macicy. Ginekologia po Dyplomie 2018; 5.
3. Marzec U., Marzec K.: Niewydolność cieśniowo-szyjkowa u kobiet ciężarnych – profilaktyka i postępowanie lecznicze. Borgis - Nowa Medycyna 2013; 4:180-183.
4. Młodawski J., Młodawska M., Rokita W.: Stosowanie progesteronu w zapobieganiu porodowi przedwczesnemu. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2018; 3(3): 85-92.
5. Urbanowicz B.M.: Poród przedwczesny w przebiegu niewydolności cieśniowo-szyjkowej szyjki macicy. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014; 3(40):248-254.
6. Krasomski G.: Znaczenie czynnika szyjkowego w etiopatogenezie porodu przedwczesnego. Gin. Pol. Med. Project 2011;3 (21):87-90.
7. Iwanowicz-Palus G., Bień A.: Techniki położnicze i prowadzenie porodu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2023:579-586.
8. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku, w sprawie standardu organizacyjnego w sprawie opieki okołonarodowej
9. Mariańczyk K., Libera A., Rosińska P.: Psychologiczne i społeczne czynniki ryzyka porodu przedwczesnego. 2020: 2-10.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK

Adrianna Sekścińska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. *Absolwentka studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Jedną z najczęściej występujących chorób w XXI wieku jest przewlekła niewydolność nerek. PChN (przewlekła choroba nerek) określana jest wielobjawowym zespołem chorobowym, który wynika z nieodwracalnej, postępującej degradacji nefronów lub spadkiem ich ilości. Proces ten, powoduje pogorszenie wydajności nerek poprzez wzmożenie pracy zdrowych nefronów. Następuje wzrost ciśnienia w kłębuszku. Tętniczki doprowadzające rozszerzają się i powodują przerost nefronów. Pogarsza się funkcja wydalinicza i wydzielnicza, która odpowiedzialna jest za wytwarzanie erytropoetyny. Przyczyn choroby jest wiele. Najczęstszym powodem jest nefropatia cukrzycowa, kłębuszkowe zapalenie nerek, oraz nefropatia nadciśnieniowa. Wielotorbielowatość nerek, jako choroba genetyczna również może być przyczyną PChN. Ostatecznym etapem jest schyłkowa niewydolność nerek, która wymaga leczenia nerkozastępczego lub przeszczepu narządu [1].

Klasyfikacja

Przewlekłą chorobę nerek diagnozuje się, gdy minimum jedno z poniżej wymienionych kryteriów występuje powyżej 3 miesięcy:

- Wielkość współczynnika filtracji kłębuszkowej (eGFR) wynosi <60 ml/min/1,73 m²
- Obecności albuminy w moczu wynosi ≥ 30 mg/dobę
- Wskaźnik albumina/kreatynina ≥ 30 mg/g
- Występowanie nieprawidłowego osadu moczu
- Nieprawidłowości histopatologiczne

- Zmiany w badaniach obrazowych radiologicznych, takich jak ultrasonografia, tomografia komputerowa) [1].

Tabela 1. Podział przewlekłej niewydolności nerek na podstawie eGFR [2].

Stadium	Opis	eGFR [ml/min/1,73 m ²]
G1	Uszkodzenie nerek, poziom GFR w normie lub wyższy	≥90
G2	Uszkodzenie nerek, poziom GFR łagodnie zmniejszony	60-89
G3a	Uszkodzenie nerek, poziom GFR umiarkowanie zmniejszony	45-59
G3b	Uszkodzenie nerek, narastające zmniejszanie GFR	30-44
G4	Uszkodzenie nerek, znaczące zmniejszenie GFR	5-29
G5	Schyłkowa niewydolność nerek, mocznica	<15

Epidemiologia

Przewlekła niewydolność nerek obecnie uznawana jest za jedną z chorób cywilizacyjnych XXI w. Dlatego też wiele krajów przeprowadza badania na ten temat. Okazuje się, że występuje częściej niż dotychczas sądzono. Największą uwagę przykuwa schyłkowa niewydolność nerek- (V stopień niewydolności). Niewiele wiadomo o liczbie chorych cierpiących na pozostałe stadia choroby. Według badań na różne stadia PChN może cierpieć ponad 4mln ludzi w Polsce. Liczba chorych w Polsce stale rośnie. Aktualna wiedza epidemiologiczna określa zachorowalność na PChN we wszystkich etapach niewydolności u 10% populacji. Zachorowalność osób należących do grupy ryzyka wynosi 30-50% [2]. Wraz z wiekiem, możliwość rozwoju PChN zwiększa się. Aby uniknąć stale rosnącej liczby

chorych z niewydolnością nerek, należy diagnozować pacjentów na wczesnych stadiach. O skuteczności tego działania świadczą malejące liczby pacjentów w Stanach Zjednoczonych i innych krajach rozwiniętych cierpiących na cukrzycową chorobę nerek, którzy wymagają leczenia nerkozastępczego. Najczęstszymi przyczynami rozwinięcia się PChN jest cukrzyca, nefropatia nadciśnieniowa, choroby sercowo-naczyniowe, ale także podeszły wiek i otyłość [3].

Objawy

Objawy przewlekłej niewydolności nerek, szczególnie na początkowych stadiach nie będą jednoznaczne. W zależności od przyczyny choroby objawy mogą się różnić. Najbardziej charakterystycznymi objawami PChN są symptomy rozwijającej się mocznicy, takie jak: nieprawidłowości związane z układem moczowym (białkomocz, krwimocz, poliuria, nykturia), zmęczenie i osłabienie, świąd skóry, nudności, drżenie mięśni, metaliczny posmak w ustach, bezsenność lub nadmierna senność, obrzęki obwodowe [2].

Wraz z rozwojem choroby i podjętym leczeniem nerkozastępczym mogą występować także dodatkowe objawy:

Nadmierna suchość oraz świąd skóry stanowi częsty problem pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, szczególnie chorych dializowanych. Szacuje się, że problem może występować u 20-50% pacjentów dializowanych, szczególnie otrzewnowo. Najczęściej u kobiet po 45r.ż. Może dotyczyć wszystkich obszarów, jednak najczęściej występuje w okolicach pleców i podudzia. Przyczyna występowania suchości oraz świądu nie jest dokładnie znana. W ciągu ostatnich lat spekulowano, iż przyczynami może być niska wartość witaminy D, nadczynność przytarczyc, zatrucie mocznicowe, podwyższony poziom PTH, wapnia i fosforu oraz zmiany lipidowe w skórze. Świąd skóry znacznie wpływa na obniżenie jakości życia oraz snu chorego. Pielęgniarka powinna zalecić pacjentowi, który zgłasza takie objawy noszenie luźniej odzieży, stosowanie środków nawilżających z 5-10% mocznikiem, unikanie gorących kąpielii, alkoholu oraz ostrych dań [4].

Depresja i zaburzenia psychiczne - Osoby cierpiące na niewydolność nerek są narażone także na choroby psychiczne. Najczęściej występującym schorzeniem jest depresja. Szacuje się, że występowanie depresji może dotyczyć aż 20% chorych.

Zespół kruchości- jest to zjawisko występujące u osób ze schyłkową niewydolnością nerek polegające na stałym odczuwaniu zmęczenia, zwiększoną podatnością na

zachorowalność na inne choroby oraz zmniejszoną samodzielnością. Główną przyczyną jest niedożywienie, mocznica oraz leczenie nerkozastępcze. Zespół kruchości skutkuje poważnymi konsekwencjami takimi jak: niepełnosprawność oraz znaczące zmniejszenie aktywności w ciągu dnia. Problem może dotyczyć nawet 40–70% chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, którzy poddawani są leczeniu dializacyjnym [5].

Zaburzenia pracy tarczycy- Pacjenci chorujący na przewlekłą niewydolność nerek często cierpią na choroby współistniejące takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca oraz różnego rodzaju infekcje, które mogą powodować choroby tarczycy. Najczęściej występującym schorzeniem tarczycy jest jej niedoczynność oraz wtórna nadczynność przytarczyc. Objawy niedoczynności tarczycy często przypominają PChN (bładość skóry, szybkie męczenie, obniżona tolerancja niskich temperatur, obrzęki kończyn). Powoduje to trudność w identyfikacji tej choroby, mimo to występuje częściej niż u pozostałej części społeczeństwa. Wtórna nadczynność przytarczyc wynika z niekontrolowanego wzrostu parathormonu powodująca niebezpieczne powikłania w układzie kostno-stawowym oraz układzie krążenia takie jak zwapnienie naczyń krwionośnych, miażdżycę oraz chorobę wieńcową [6].

Dieta

Prawidłowe żywienie osób cierpiących na PChN jest niezwykle istotne. Postępująca choroba powoduje ciągłe zwiększenie hiperfiltracji kłębuszkowej, która długofalowo jest negatywnym zjawiskiem. Prowadzi do stwardnienia kłębuszków nerkowych, powodując rozwój PChN. Za jedną z przyczyn podaje się dietę wysokobiałkową. Udowodniono, iż stosowanie diety niskobiałkowej spowalnia postęp choroby oraz zmniejsza uszkodzenie nerek w badaniu histologicznych. Dlatego głównym zaleceniem dietetycznym jest ograniczenie spożycia białka. Wprowadzenie diety niskobiałkowej powoduje mniejsze gromadzenie się produktów katabolizmu białek-fosforanu, kwasów organicznych, siarczanów oraz mocznika, które powodują objawy mocznicy. Według najnowszych rekomendacji pacjenci w 3-5 stadiach niewydolności powinni spożywać białko w granicach 0,55- 0,6 g/kg/d. Dieta ograniczająca spożycie białka niesie ze sobą możliwe następstwa. Głównym z nich jest niedożywienie białkowo-kaloryczne. Z tego powodu pacjentom zalecana jest stała kontrola masy ciała i regularne wizyty u dietetyka oraz lekarza [7].

Pacjenci z PChN często cierpią również na hipertriglicerydemie. Dlatego ważna jest kontrola nad ilością spożywanego tłuszczu. Według rekomendacji spożycie powinno wynosić

30% diety.

Ilość węglowodanów, szczególnie węglowodanów prostych również powinna być ograniczona. Dotyczy to głównie chorych cierpiących na nefropatię cukrzycową. Dzienna wartość energetyczna węglowodanów wynosi 55–60% diety. Według najnowszych badań spożywanie dużej ilości fruktozy- cukru prostego, znajdującego się min. w owocach, cukrze stołowym oraz miodzie prowadzi do hiperurykemii, a ta w konsekwencji do zaburzeń metabolicznych i rozwoju PChN. Dieta z wysoką zawartością cukrów może prowadzić do nadmiernego transportu fruktozy do nerek. Konsekwencją tego zjawiska może być stan zapalny nerek. Innymi skutkami diety bogatej w węglowodany jest białkomocz, pogorszenie ogólnej pracy nerek, przyspieszenie stwardnienia kłębuszków nerkowych oraz nadciśnienie kłębuszkowe [7].

Dzienne zapotrzebowanie kaloryczne u osób z PChN nie różni się od osób zdrowych. Wynosi 35 kcal/kg mc./d, w zależności od codziennej aktywności fizycznej, płci, wieku i masy ciała. Osobom starszym ze względu na mniejszą aktywność w ciągu dnia, zalecana jest dawka 30 kcal/kg mc. Szczególną uwagę należy zwrócić na właściwą ilość przyjmowanego pokarmu, aby nie dopuścić do zaburzeń łaknienia wtórnych oraz jadłowstrętu mocznicowego. Aby temu zapobiec należy edukować pacjentów oraz uwzględniać w diecie także potrawy chętnie spożywane przez chorego [7].

Otyłość jak i niedożywienie stanowią częsty problem, który znacząco wpływa na jakość życia i postęp choroby. Poza nieprawidłowością w masie ciała mogą pojawiać się niedobory witamin i składników mineralnych. Przyczynami mogą być z zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, niedokrwistość oraz zmiany w układzie kostno-stawowym. We wszystkich stadiach choroby, a w szczególności u pacjentów dializowanych mogą występować zaburzenia gospodarki lipidowej. Konsekwencją tego może być rozwijająca się miażdżyca. Problem stanowi również zmieniony skład ciała- otyłość występująca wraz z zanikiem mięśni. Co ciekawe, osoby z niewydolnością nerek, których BMI wynosi 30, żyją dłużej oraz zgłaszają lepszą jakość życia. Wynika to z lepszej masy mięśniowej oraz ich jakości. Dlatego, istotne jest zachowanie prawidłowego składu ciała u chorych z PChN. Pacjenci powinni być świadomi wpływu diety na ich stan zdrowia [8].

Oprócz dobrze dobranej diety dla osób z PChN istotne jest również prawidłowe stężenie witamin, składników mineralnych oraz ilość przyjmowanych płynów. U chorych w V stadium PChN zaleca się przyjmowanie 1000ml wody na dobę. Dodatkowo należy dodać

objętość płynu równą oddanemu moczowi w poprzedniej dobie. Szczególną uwagę należy zwrócić także na stężenie fosforanu i potasu. Zbyt duże stężenie pierwszego z nich skutkuje odkładaniem się soli wapniowo-fosforanowej w spojówkach, skórze oraz w naczyniach krwionośnych, powodując zespół czerwonych oczu, przewlekły świąd skóry oraz przyspieszenie rozwoju miażdżycy. Aby uniknąć niechcianych skutków hiperfosfatemii pacjent powinien ograniczyć spożycie produktów spożywczych, które zawierają dużą zawartość fosforanu. Są to min. chleb żytni, ser typu parmezan, płatki owsiane, czekolada mleczna, jogurt naturalny, masło oraz kabanosy [9].

Prawidłowe stężenie potasu jest równie ważne. Wraz z postępem choroby usuwanie potasu zmniejsza się. Pacjenci w zaawansowanym stadium powinni ograniczyć spożywanie produktów z jego wysoką zawartością, takich jak: ziemniaki, pomidory i przeciery pomidorowe, kakao, czekolada oraz biała fasola. Aby zredukować jego stężenie pacjentom zalecane jest dwukrotne gotowanie produktów w niesolonej wodzie. Nadmiar potasu w organizmie powoduje groźne dla zdrowia i życia zaburzenia rytmu serca [9].

Leczenie

Leczenie nerkozastępcze- leczenie polegające na zastąpieniu pracy głównych funkcji nerek, takich jak usuwanie zbędnej wody oraz toksyn mocznicowych z organizmu. Może odbywać się poprzez dializę otrzewnową, hemodializę oraz przeszczepienie nerki. Dializoterapia jest podstawową metodą leczenia nerkozastępczego stosowaną w przewlekłej oraz ostrej niewydolności nerek [10].

Dializa otrzewnowa

Dializa otrzewnowa (DO) uznawana jest obecnie za metodę od której w większości przypadków, powinno rozpocząć się leczenie schyłkowej niewydolności nerek (SNN). W praktyce jest zdecydowanie rzadziej wykorzystywana w procesie leczenia. W Polsce odsetek ludzi cierpiących na SNN podejmujących się DO wynosi zaledwie 6-7%. Aby wykonać DO konieczny jest dostęp do jamy otrzewnowej. Pacjenci leczeni tą metodą posiadają dootrzewnowy cewnik Tenckhoffa. Dializa otrzewnowa polega na przedostaniu się jałowej substancji do jamy otrzewnej. Dzięki półprzepuszczalności, błona umożliwia dyfuzję i ultrafiltrację osmotyczną. W taki sposób możliwe jest usunięcie z krwi kreatyniny, mocznika oraz potasu. Aby leczenie było skuteczne należy odpowiednio dobrać płyn dializacyjny oraz obserwować możliwe powikłania związane z tą metodą leczenia takie jak: niedożywienie

białkowe, wchłanianie glukozy z płynu oraz nieprawidłowe pozbywanie się toksyn mocznicowych. Ponadto pacjent może zgłaszać brak apetytu, zaleganie jedzenia w żołądku oraz uczucie ciężkości [11].

Hemodializa

Hemodializa (HD) jest wielogodzinnym procesem, który polega na oddziaływaniu na osocze pacjenta roztworu leczniczego, którym jest płyn dializacyjny. Jego skład zbliżony jest do fizjologicznego osocza. Aby wykonać hemodializę konieczny jest aparat nazywany „sztuczną nerką”. Najważniejszy proces dializy dokonuje się w dializatorze. Składa się on z dwóch przedziałów (przedział krwi oraz przedział płynu dializacyjnego). Odseparowane są one półprzepuszczalną błoną dializacyjną. Dzięki temu dochodzi do procesu dyfuzji oraz ultrafiltracji. Poprzez błonę dializacyjną cząsteczki rozpuszczalne w osoczu przedostają do płynu dializacyjnego, a cząsteczki z płynu dializacyjnego do osocza, zależnie od różnicy stężeń. Krew w ten sposób oczyszczana jest z toksycznych produktów przemiany materii. Zjawisko konwekcji oraz ultrafiltracji pozwala na wydalenie nadmiernej ilości wody, która jest zgromadzona poprzez nieprawidłowo działające nerki. Zabieg hemodializy, trwa średnio od 3 do 5 godzin.. Podczas jednego zabiegu aż 40-60l. krwi przepływającej przez dializator jest oczyszczona. Pacjent w czasie zabiegu może odczuwać różne dolegliwości. Najczęstszymi z nich są: bóle głowy, nudności, obolałość i skurcze mięśni oraz złe samopoczucie [12].

Rola Pielęgniarki w procesie hemodializy

Aby wykonać pacjentowi hemodializę konieczny jest dostęp naczyniowy. W tym celu wykorzystuje się przetokę tętniczo-żylną, cewnik permanentny lub w przypadku konieczności wykonania nagłej hemodializy- cewnik czasowy. Przetoka tętniczo-żylna wykonywana jest przez lekarza chirurga. Polega na połączeniu tętnicy z żyłą (arterializacja). Krew tętnicza przepływa przez żyłę, powodując jej pogrubienie i powiększenie światła. Dzięki temu możliwe jest wielokrotne nakłuwanie i uzyskanie odpowiedniego dostępu do aparatu hemodializy. Po wykonaniu przetoki tętniczo-żylnej należy odczekać 4-6 tygodni aby w pełni doszło do jej pogrubienia. Wyłonienie przetoki niesie ze sobą również powikłania, takie jak: krwawienie z miejsca zabiegu, zakażenie rany, obrzęk kończyny z przetoką, niedrożność przetoki, mrowienie i bladeść skóry na kończynie. Aby uniknąć powikłaniom pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem powinna posiadać specjalistyczną wiedzę na temat

pielęgnacji przetoki. Konieczne jest stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki w celu uniknięcia zakażenia. Zakładając opatrunek pielęgniarka powinna zwrócić uwagę aby nie był on zbyt ciasno założony. Niedozwolone jest również mierzenie ciśnienia tętniczego na kończynie z przetoką, pobieranie krwi do badań laboratoryjnych a także podawanie leków. Wyjątek stanowi sytuacja zagrożenia życia. U pacjentów hemodializowanych mogą wystąpić także późne powikłania- krwaki po wkłuciach, stany zapalne oraz tętniaki. Ponownie kluczową rolę odgrywa wiedza i przestrzeganie zasad przez pielęgniarkę dializacyjną. Wkłucie powinno zostać wykonane powyżej (ok. 5cm) połączenia żyły z tętnicą, Miejsce wkłucia powinno być regularnie zmieniane aby nie dopuścić do osłabienia przetoki. Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o konieczności umycia kończyny z przetoką ciepłą wodą z mydłem przed każdym wkłuciem dializacyjnym. Podczas samego zabiegu hemodializy pielęgniarka powinna zachować szczególną uwagę i wcześniej zaobserwować możliwe powikłania. Jednym z nich jest hipotonia śróddializacyjna. Stwierdzana jest, gdy ciśnienie skurczowe krwi wynosi mniej niż 100 mm Hg oraz zgłoszenie przez pacjenta objawów takich jak: zawroty głowy, nudności, skurcze mięśni. Aby temu zapobiec pacjent podczas hemodializy ma regularnie co 2h mierzone ciśnienie tętnicze krwi. Po usunięciu igły, należy zwrócić uwagę na prawidłowe tamowanie krwawienia, które powinno trwać ok. 10-15min. Nie powinno być zbyt intensywne, aby nie spowodować zatrzymania krwi w przetoce [13].

CEL PRACY

Pacjenci cierpiący na przewlekłą niewydolność nerek zmuszeni są do zmiany dotychczasowego trybu życia. Bardzo często proces leczenia wymaga dużego zaangażowania samego chorego jak i jego rodziny. Metody leczenia, w szczególności DO i HD powodują u pacjenta wzmożone napięcie, głównie wynikające z braku odpowiedniej wiedzy. Aby zredukować obawy i stres należy odpowiednio przygotować i edukować chorego oraz najbliższe mu otoczenie. Edukacja ma na celu zredukowanie możliwych powikłań leczenia jak i samej choroby. Obejmuje ona wiele aspektów takich jak: sposób żywienia, pielęgnacja ujścia cewnika czasowego, permanentnego lub przetoki.

Celem pracy jest:

- Opracowanie arkusza do zbierania danych o pacjencie z przewlekłą niewydolnością nerek.

- Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta cierpiącego na przewlekłą niewydolność nerek.
- Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.
- Przedstawienie roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy opisano 69-letniego mężczyznę z rozpoznaniem schyłkowej niewydolności nerek. Pacjent był hospitalizowany w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Białymstoku w dniach 14.08.2023-18.08.2023, w oddziale Chirurgii Naczyń i Transplantologii w celu wytworzenia przetoki tętniczo-żylną stosowanej do hemodializ.

Pracę zrealizowano w oparciu o indywidualny przypadek z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Materiały zostały zebrane na podstawie analizy dokumentacji medycznej: wyników badań laboratoryjnych, karty zleceń lekarskich, karty obserwacji, karty informacyjnej stacji dializ, wyników badań histopatologicznych. Pozostałe informacje zebrano dzięki obserwacji i wywiadzie pielęgniarstwa z pacjentem. Działania pielęgniarstwa zostały opisane w formie procesu pielęgnacyjnego wraz z pomiarami.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto 69-letniego pacjenta przyjętego do Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku dnia 14.08.2023 w celu wytworzenia przetoki tętniczo-żylną na ramieniu lewym, w trybie planowym. Przetokę tętniczo-żylną wytworzono bez komplikacji.

Pacjent od 5 lat jest pod opieką lekarza nefrologa. Choruje na schyłkową niewydolność nerek. Cierpi także na nadciśnienie tętnicze i wielotorbielowatość nerek, które stanowią przyczynę rozwoju przewlekłej niewydolności nerek. W wywiadzie potwierdza występowanie wielotorbielowatości u matki, brata i bratanka. Rozwijająca się przewlekła niewydolność nerek spowodowała wtórną nadczynność przytarczyc oraz niedokrwistość wtórną. W przeszłości leczył się również u lekarza psychiatry z powodu stanów lękowych i depresji. Z powodu rozwiniętej paradontozy pacjent zgłasza brak uzębienia. Nie posiada protezy zębowej. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia nerkozastępczego. Hemodializowany od 18.03.2023 roku, 3 razy w tygodniu. Pacjentowi założono cewnik

czasowy do prawej żyły szyjnej wewnętrznej dnia 03.03.2023 roku, który został niedługo usunięty z powodu zakażenia i rozwijającej się posocznicy. Aby zachować dostęp do naczynia krwionośnego założono ponownie cewnik permanentny w lewej żyły szyjnej wewnętrznej. W przeszłości nie miał innych zabiegów operacyjnych. Występowanie alergii neguje.

Pacjent mieszka na wsi, w domu jednorodzinnym wraz z bratem, jest kawalerem. Warunki mieszkaniowe określa jako bardzo dobre. Od 4 lat jego głównym dochodem jest emerytura. Posiada wykształcenie podstawowe. W przeszłości pracował fizycznie jako rolnik w gospodarstwie rodzinnym. Neguje spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu. Pacjent nie przestrzega zaleceń dietetycznych, zgłasza deficyt wiedzy odnośnie sposobu żywienia. Jego BMI wynosi 21,05 co wskazuje na prawidłową masę ciała. Pacjent jest samodzielny, nie potrzebuje pomocy w czynnościach codziennych.

Stan pacjenta w dniu prowadzenia obserwacji:

W dniu przybycia, pacjent w stanie ogólnym dobrym, zgłasza objawy takie jak: bezsenność, świąd skóry, brak apetytu, mdłości, metaliczny smak i suchość w ustach. Jest zaniepokojony hospitalizacją, dalszą samoopieką oraz postępującą chorobą. W badaniu przedmiotowym pacjent ma widoczne obrzęki obwodowe oraz blado-ziemiste zabarwienie powłok skórnych.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort spowodowany bólem po wyłonieniu przetoki tętniczo-żylnej.

Cel: Złagodzenie dyskomfortu i dolegliwości bólowych spowodowanych wyłonieniem przetoki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Systematyczna ocena intensywności bólu przy użyciu skali VAS oraz analiza jego charakterystyki. Pacjent określa intensywność na 6.
- Zastosowanie pozycji, która pomaga pacjentowi złagodzić ból.
- Zapewnienie dobrych warunków do odpoczynku na sali pacjenta (ograniczenie hałasu z zewnątrz, wyeliminowanie silnego światła).
- Podanie leków przeciwbólowych według zlecenia lekarskiego i weryfikacja ich działania.

Ocena podjętych działań: Zniwelowano dyskomfortu spowodowany bólem. Pacjent po

realizacji planu ocenił ból według skali VAS na 3.

Diagnoza pielęgniarska 2: Deficyt wiedzy na temat pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej.

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecenie codziennej kontroli drożności przetoki: delikatne dotykanie przetoki w celu wyczucia „drżenia” przetoki, zwrócenie uwagi na niepokojące objawy takie jak ocieplenie i obrzęk.
- Zalecenie codziennego osłuchiwania przetoki w celu usłyszenia „szmeru”.
- Poinformowanie o unikaniu ucisku ręki z przetoką zegarkiem, obcisłym ubraniem.
- Unikanie noszenia ciężarów i zginania ręki z przetoką.
- Zalecenie unikania spania na kończynie z przetoką aby nie doprowadzić do zatrzymania przepływu krwi.
- Poinformowanie o zakazie pomiaru ciśnienia tętniczego na kończynie z przetoką.
- Poinformowanie o konieczności mycia okolic przetoki raz dziennie i przed każdą wykonywaną dializą.
- Zalecanie unikania sauny, aby nie doszło do zakrzepicy w przetoce.

Ocena podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjenta na temat pielęgnacji przetoki tętniczo-żylniej.

Diagnoza pielęgniarska3: Ryzyko wystąpienia zakażenia przetoki tętniczo-żylniej

Cel: Zredukowanie ryzyka zakażenia przetoki tętniczo-żylniej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecanie unikania kaszlenia i kichania w stronę przetoki.
- Unikanie drapania w okolicach przetoki, w szczególności miejsca wkłucia.
- Regularna kontrola podstawowych parametrów (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała)
- Monitorowanie wczesnych objawów zakażenia takich jak obrzęk, zaczerwienienie, ocieplenie, ból lub wysięk z przetoki.
- Poinformowanie o konieczności mycia okolic przetoki raz dziennie i przed każdą wykonywaną dializą.

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia zakażenia przetoki.

Diagnoza pielęgniarska 4: Deficyt wiedzy na temat sposobu żywienia.

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat sposobu odżywiania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecanie stosowania diety niskobiałkowej, ograniczenie produktów wysokobiałkowych (mięso, nabiał, rośliny strączkowe).
- Poinformowanie o konieczności ograniczenia produktów z wysoką zawartością cukrów (słodycze, miód i owoców).
- Zalecanie ograniczenia spożywania produktów z wysoką zawartością potasu (ziemniaków, pomidorów i przecierów pomidorowych, kakao, czekolady oraz białej fasoli).
- Aby zmniejszyć ilość potasu w produktach spożywczych, zalecanie podwójnego gotowania w niesolonej wodzie.
- Zalecanie redukcji produktów z wysoką zawartością fosforanu (chleba żytniego, sera typu parmezan, płatków owsianych, czekolady mlecznej, jogurtu naturalnego, masła oraz kabanosów).
- Poinformowanie o przyjmowaniu 1000ml wody na dobę, dodatkowo należy dodać objętość płynu równą oddanemu moczowi w poprzedniej dobie.

Ocena podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjenta na temat sposobu żywienia.

Diagnoza pielęgniarska 5: Obrzęki uogólnione spowodowane nieprzestrzeganiem diety.

Cel: Zmniejszenie występujących obrzęków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecanie ograniczenia przyjmowanych płynów do 1000ml na dobę.
- Kontrola diurezy, prowadzenie dobowego bilansu płynów oraz dobową zbiórkę moczu.
- Regularna kontrola masy ciała.
- Podanie leków diuretycznych według zlecenia lekarskiego i weryfikacja ich działania.

Ocena podjętych działań: Obrzęki zmniejszyły się. Regularna kontrola masy ciała jest kontynuowana.

Diagnoza pielęgniarska 6: Świąd i wysuszenie skóry w okolicach twarzy, pleców i podudzi spowodowany mocznicą.

Cel: Zniwelowanie uczucia przesuszenia i świądu skóry.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzanie rozmowy dotyczącej odpowiedniego ubioru, który nie spowoduje dodatkowego podrażnienia skóry. Pacjentowi zalecono luźną, wykonaną z naturalnego materiału odzież.
- Zastosowanie maści nawilżającej Alantan na okolice twarzy, pleców i podudzia.
- Zalecenie unikania długich, gorących kąpieli w wannie.
- Przeprowadzenie rozmowy odnośnie sposobu żywienia, która nie nasila świądu. skóry. (Unikanie ostrych przypraw i pikantnie przyrządzonych dań).
Poinformowano o wykluczeniu alkoholu z diety.

Ocena podjętych działań: Zredukowano odczucie świądu i suchości skóry.

Diagnoza pielęgniarska 7: Bezsenność spowodowana mocznicą.

Cel: Zmniejszenie problemów z zasypianiem.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecanie pacjentowi nieużywania telefonu komórkowego oraz innych środków komunikacyjnych przed snem.
- W godzinach wieczornych wywietrzenie sali pacjenta.
- Zapewnienie ciszy i spokoju na sali pacjenta.
- Przeprowadzenie konsultacji z lekarzem, podanie leków nasennych.

Ocena podjętych działań: Zredukowano bezsenność pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 8: Uczucie metalicznego posmaku i suchości w jamie ustnej spowodowany mocznicą.

Cel: Zmniejszenie nieprzyjemnego posmaku i suchości w jamie ustnej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecenie unikania drażniących substancji takich jak alkohol, tytoń oraz dań pikantnych.
- Poinformowanie o możliwości żucia gumy lub ssania pastylek bez cukru w celu stymulacji produkcji śliny.
- Zalecenie regularnej higieny oraz płukania jamy ustnej po spożytym posiłku w

celu uniknięcia metalicznego posmaku.

Ocena podjętych działań: Zredukowano uczucie suchości i metaliczny posmak w jamie ustnej pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 9: Obniżony nastrój pacjenta związany ze stanem zdrowia i hospitalizacją.

Cel: Zredukowanie lęku i poprawa samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie wątpliwości związanych z hospitalizacją, wysłuchanie problemów, okazanie empatii.
- Przekazanie informacji o chorobie oraz wykonanym zabiegu.
- Przekazanie informacji o możliwości konsultacji z psychologiem.

Ocena podjętych działań: W wyniku podjętych działań, samopoczucie pacjenta poprawiło się.

PODSUMOWANIE

1. Opracowano arkusz do zbierania informacji o stanie zdrowia pacjenta, który pozwolił określić główne problemy pielęgnacyjne, z których utworzono proces pielęgnowania.
2. Głównymi problemami pacjenta jest dyskomfort spowodowany wyłonieniem przetoki tętniczo-żylniej, deficyt wiedzy na temat jej pielęgnacji, ryzyko wystąpienia zakażenia przetoki tętniczo-żylniej, deficyt wiedzy na temat sposobu żywienia, występowanie obrzęków uogólnionych spowodowanych nieprzestrzeganiem diety, świąd i wysuszenie skóry w okolicach twarzy, pleców i podudzi, bezsenność oraz uczucie metalicznego posmaku i suchości w jamie ustnej spowodowane mocznicą.
3. Opracowano działania pielęgniarskie dostosowane do pacjenta oraz jego indywidualnych potrzeb takich jak: edukacja pacjenta na temat pielęgnacji, samoopieki oraz możliwych powikłań przetoki tętniczo-żylniej, zwiększenie wiedzy pacjenta odnośnie właściwego sposobu żywienia i diety oraz edukacja pacjenta o możliwych skutkach ubocznych leczenia nerkozastępczego oraz samej choroby.
4. Przedstawiono rolę pielęgniarki w zakresie przygotowania pacjenta do samoopieki oraz pielęgnacji dzięki odpowiedniej edukacji oraz wsparciu, która ma na celu poprawę jakości życia w środowisku poza szpitalnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Korytowska N., Pytlak., B., Niemczyk M.: Przewlekła Choroba Nerek oraz wybrane aspekty monitorowania Stanu Biorców Nerki, Wydział Farmaceutyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2020;4:27-39
2. Dobrek Ł.: Gut microbiota modulation in the chronic kidney disease management, Farmacja Polska, 2022; 78 (1):10-18.
3. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Wysocka A. , Uchmanowicz B., Lomper K., M. Fal A.: Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients, The EuropeanJournalofPublicHealth, 2016;27,(2):262–267.
4. Kiliś-Pstrusińska K., Wojtowicz-Prus E., Szepietowski J.: Powiązania suchości skóry i świądu u chorych na przewlekłą chorobę nerek, Postępy Higieny I Medycyny Doświadczalnej, 2017;71:1119-1128.
5. Jaśkowski P., Krzanowska K.: Zespół kruchości u pacjenta dializowanego otrzewnowo — implikacje kliniczne i terapeutyczne, Forum Nefrologiczne, 2019;12(3):152–158.
6. Zawierucha J., Małyszko J., Durlik M., Ciechanowski K., Nowicki M., Oko A., Rutkowski B, Stompór T., Krocak M., Dryl-Rydzyska T., Prystacki T., Marcinkowski W.: Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u chorych hemodializowanych w Polsce, Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2016; 20:197-200.
7. Małgorzewicz S., Naumnik B., Oko A., Rutkowski P., Gellert R.: Diety niskobiałkowe i ketoanalogi aminokwasów w leczeniu przewlekłej choroby nerek – stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Nefrologia i dializoterapia polska, 2021; 25:3-6.
8. Małgorzewicz S.,Ciechanowski K., Kozłowska L., Krzanowska K., Krzanowski M., Kaczkan M., Borek P., Jankowska M., Rutkowski B., Dębska-Ślizień A.: Zasady żywienia w przewlekłej chorobie nerek — stanowisko Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Forum Nefrologiczne, 2019;12(4): 240–278.
9. Surma S., Adamczak M.: Zaburzenia gospodarki potasowej u chorych z nadciśnieniem tętniczym, Czasopismo Lekarzy Praktyków, 2021; 18 (1): 1-19.
10. Matyjek A., Kotwica-Strzałek E., Konieczniak K., Niemczyk S., Rymarz A.:

Rozpoczynanie leczenia nerkozastępczego w warunkach szpitalnych – jednośrodkowe, retrospektywne badanie obejmujące 1 rok obserwacji, *Nefrologia i dializoterapia polska*, 2019; 23: 79-84.

11. Barczuk P., Bączek K., Barć J., Bara S., Bondos B., Antonik J., Barczak I., Dziegielewski J., Gałajda E., Kochan R.: Comparing peritoneal dialysis and hemodialysis - patient's perspective, special consideration of quality of life, *Journal of Education, Health and Sport*, 2023; 42(1) :63-77.
12. Wieczorek M., Żółtańska J., Lesińska-Sawicka M.: Rola i zadania pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem podczas zabiegu hemodializy, *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, 2018; 26(1): 55-71.
13. Pluta A, Budnik-Szymoniuk M, Basińska-Drozd H, Sulikowska B.: Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem hemodializowanym, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017;7(6):273-280.

WPLYW PRACY PIELEŃNIAREK NA POPRAWĘ KOMFORTU ŻYCIA PACJENTÓW LECZONYCH PSYCHIATRYCZNIE

**Agnieszka Szalach¹, Magdalena Brodowicz-Król², Maria Dorota Kwika², Sylwia Popek –
Marciniec³**

- 1. Absolwentka, 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. Pracownia Genetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*

WSTĘP

Choroby psychiczne są swego rodzaju plagą dzisiejszych czasów. Natłok pracy, obowiązków rodzinnych i pracowniczych, brak czasu na normalne życie i mnogość rzeczy do zrobienia codziennie sprawiają, iż psychika ludzka staje się coraz to słabsza. Schorzenia z dziedziny psychiatrii dotyczą ludzi na całym świecie, niezależnie od statusu społecznego, wykształcenia, wieku czy płci. Definicja zdrowia psychicznego określona przez Światową Organizację Zdrowia określa zdrowie psychiczne jako stan równowagi wewnętrznej, który pozwala ludziom wykorzystać ich umiejętności zgodnie z uniwersalnymi wartościami przyjętymi dla ogółu społeczeństwa [1].

Najważniejszym aktem prawnym dotyczących opieki psychiatrycznej w Polsce jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Została uchwalona 19 sierpnia 1994 roku przez ówczesnego prezydenta Lecha Wałęsę. Ochrona zdrowia psychicznego człowieka została uznana za najważniejszy cel. To dobro fundamentalne, które musi zapewnić państwo każdemu człowiekowi. Nowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wprowadzony został w roku 2017. Dzięki jego utworzeniu wprowadzone zostały nowe, korzystniejsze zmiany w aspekcie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce[2].

Definicja osoby z zaburzeniami psychicznymi została zapisana w ustawie 3 u. o.z.p. na podstawie której osoba psychicznie chora jest to osoba:

- wykazująca zachowania psychotyczne,
- upośledzona pod względem umysłowym,

- wykazująca zakłócenia w czynnościach psychicznych, które w medycynie zaliczane są zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych bądź innej pomocy lekarskiej [3].

Kiedyś uważane za coś wstydliviego obecnie diagnozowane są coraz częściej dzięki większej świadomości społeczeństwa. Dostęp do terapii, możliwość konsultacji psychiatrycznych, czy pomoc psychologiczna są nieodzownym elementem codziennego sposobu funkcjonowania wielu ludzi. Dzięki takiej pomocy wiele osób może nadal chodzić do pracy, poprawia się ich komfort życia i mogą funkcjonować w społeczeństwie i środowisku rodzinnym. Jednak dostępność terapii psychiatrycznych jest dostępna jedynie dla niewielkiej liczby osób. Kolejki oczekujących na konsultację są długie, a brak terapii nie wpływa pozytywnie na psychikę osób chorych. Często zły stan psychiczny pacjenta jeszcze się pogłębia co w pewien sposób wyklucza go ze społeczeństwa na jakiś czas poprzez niemożność pracy. Choroba psychiczna często dotyka pacjenta nagle, a oczekiwanie na pomoc i właściwie postawiona diagnoza są często oddalone w czasie, więc pacjent pozostaje zdany sam na siebie.

CEL PRACY

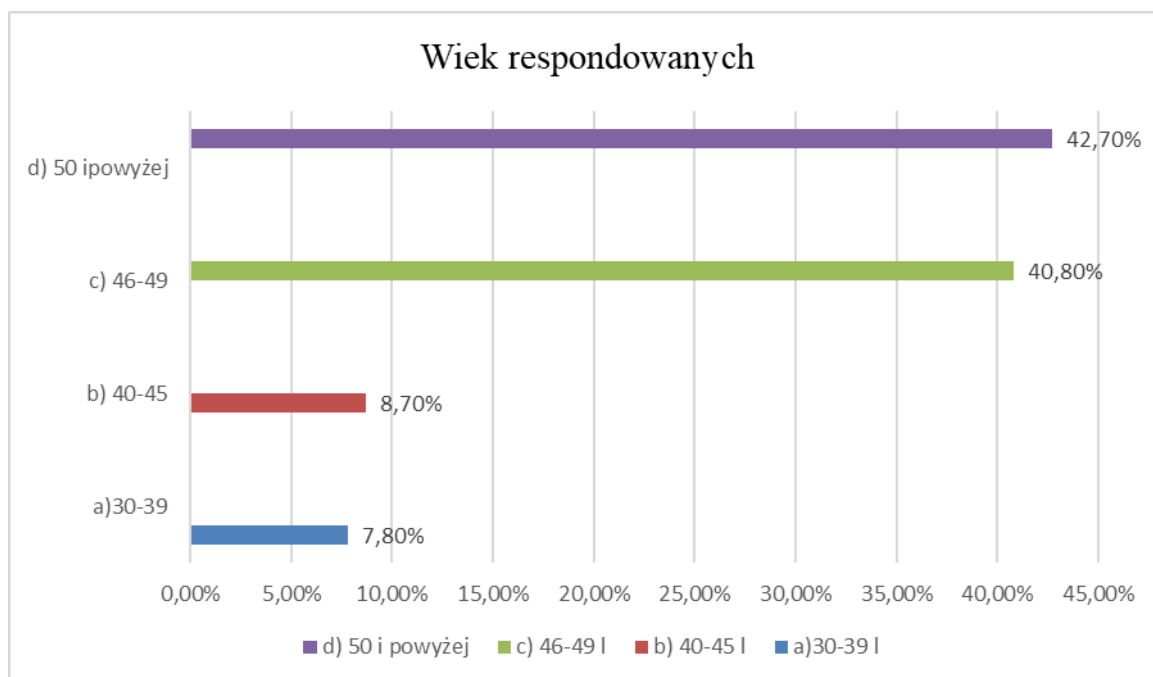
Celem pracy jest ukazanie wpływu pracy pielęgniarek na poprawę komfortu życia pacjentów leczonych psychiatrycznie.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy. W badaniu ankietowym wzięło udział 103 osoby, zostały przeprowadzone od stycznia do lutego roku 2024. Respondenci byli w wieku od 30-50 roku życia i powyżej. W badaniu wzięły udział zarówno kobiety jak i mężczyźni, z różnym stażem pracy w tym miejscu. Ankiety zostały wypełnione anonimowo, wszystkie odpowiedzi zostały zaznaczone co pozwoliło na sprawne przeprowadzenie badania i uzyskanie wiarygodnych wyników. Wszyscy respondenci wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu. W badaniu została przeprowadzana analiza statystyczna, dzięki testowi Kołmogorowa Smirnowa. To test nieparametryczny używany do porównania rozkładów jednowymiarowych cech statystycznych.

WYNIKI

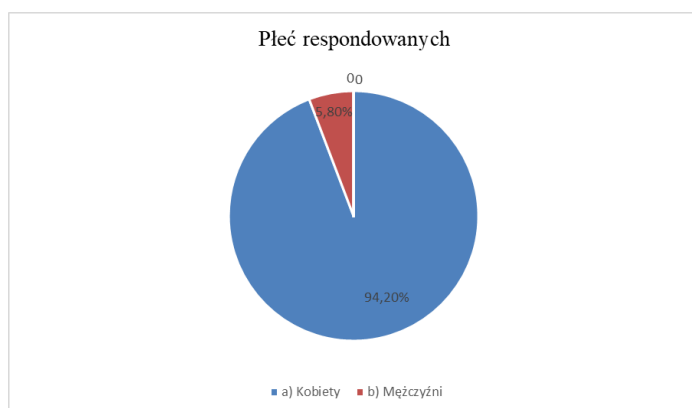
Wykres 1. Wiek respondowanych



Źródło: opracowania własne

W badaniu ankietowym wzięło udział 103 osoby w wieku od trzydziestu do pięćdziesięciu lat i powyżej. Najwyższy odsetek stanowiły osoby w wieku 50 lat i powyżej- 44 osoby co stanowi 42,7%. Kolejną grupą z najwyższym odsetkiem ankietowanych były osoby w wieku 46-49 lat- 42 osoby co stanowi 40,8% respondentów. Najmniej osób było w wieku 30-39 lat- 8 osób (7,8%), nieco więcej w grupie wiekowej 40-45 lat- 9 osób, co stanowi 8,7%.

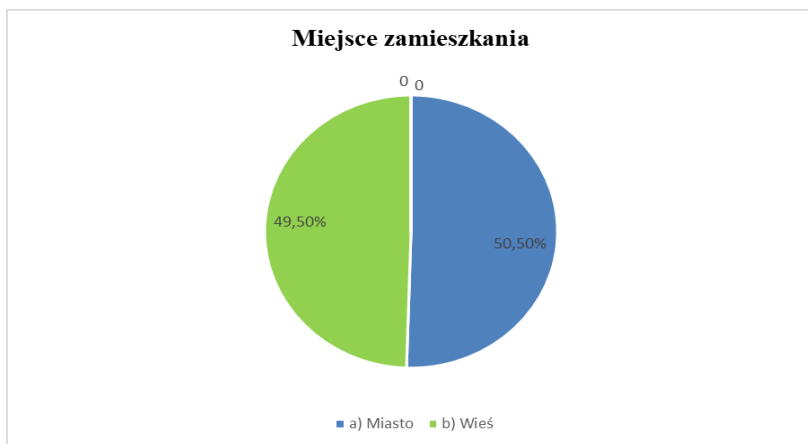
Wykres 2. Płeć respondowanych



Źródło: opracowania własne

W badaniu ankietowym wzięło udział sto trzy osoby. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety, które stanowiły 94,2%- czyli 97 kobiet, zaś mężczyźni stanowili mały odsetek badanych 5,8%- 6 osób.

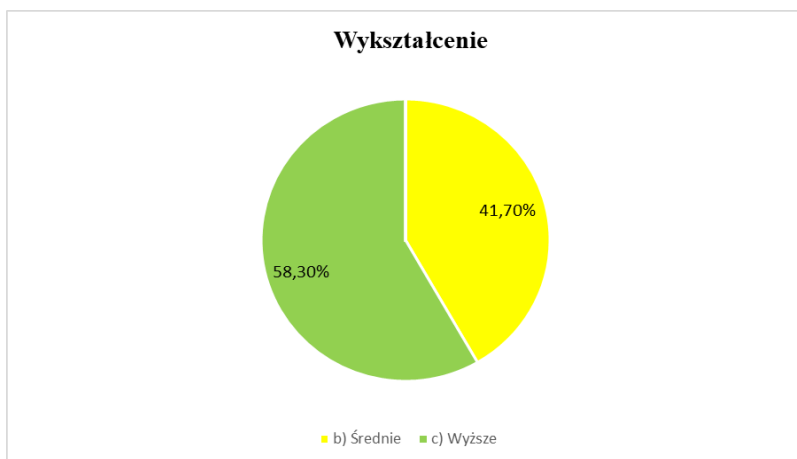
Wykres 3. Miejsce zamieszkania



Źródło: opracowania własne

Respondowani biorący udział w badaniu podali jako miejsce zamieszkania miasto i wieś. Nieco więcej respondentów biorących udział w badaniu zaznaczyło odpowiedź a) miasto 52 osoby, co stanowi 50,5%. Odpowiedź b) wieś zaznaczyło nieco mniej respondentów – 51 osób- co stanowi 49,5%.

Wykres 4. Wykształcenie

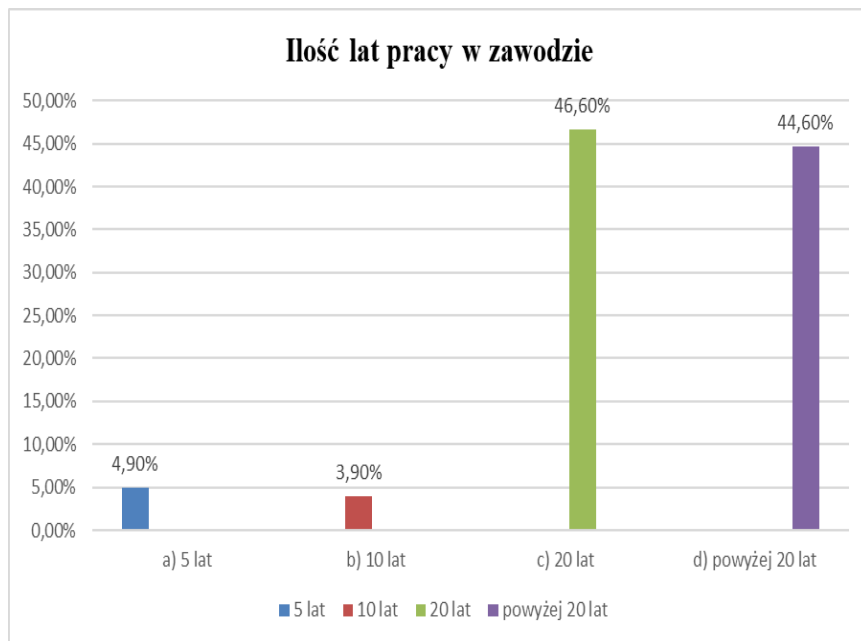


Źródło: opracowania własne

W pytaniu czwartym respondowani zostali zapytani o wykształcenie. Spośród trzech możliwych odpowiedzi zaznaczone przez respondentów zostały tylko dwie. Odpowiedź

b) wykształcenie średnie zaznaczyło 43 osoby, co stanowi 41,7%, zaś odpowiedź c) wyższe zaznaczyło 60 osób co stanowi 41,7% wszystkich badanych.

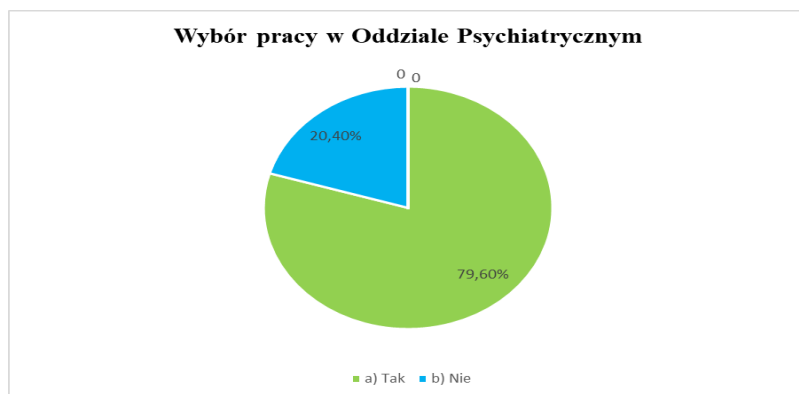
Wykres 5. Ilość lat pracy w zawodzie



Źródło: opracowania własne

Respondowani biorący udział w badaniu ankietowym posiadają różny staż pracy w zawodzie. Straże pracy podzielone zostały na poszczególne lata pracy. Najmniejszy odsetek pracy w zawodzie stanowiły osoby pracujące 10 lat- 4 osoby- 3,9%, na drugim miejscu były osoby pracujące 5 lat, 5 osób- co stanowi 4,9%. Wysoki odsetek badanych dotyczy osób pracujących powyżej 20 lat w zawodzie- 44,6%- 46 osób, zaś najwyższą liczbę stanowią osoby pracujące w zawodzie powyżej lat 20- 48 osób, co stanowi 46,6% wszystkich badanych.

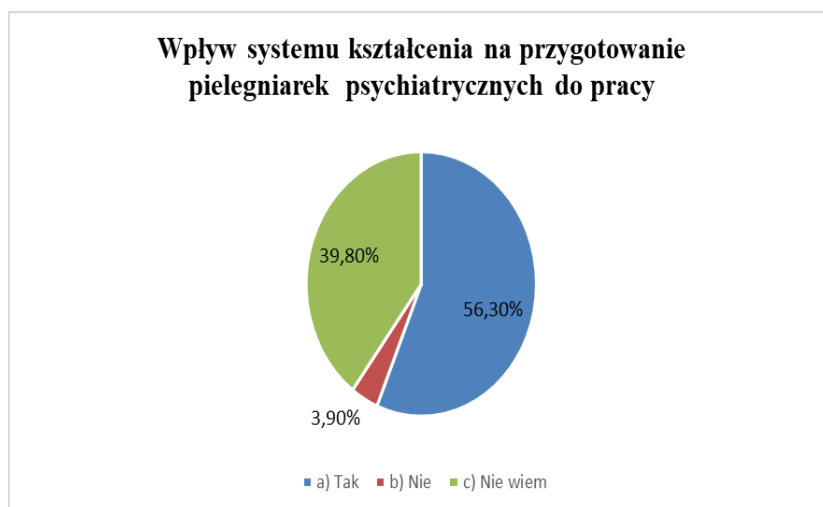
Wykres 6. Dobrowolny wybór pracy w Oddziale Psychiatrycznym



Źródło: opracowania własne

Respondenci w badaniu ankietowym zostali zapytani również o dobrowolny wybór pracy w Oddziale Psychiatrycznym. Większość respondentów 79,6%- co stanowi 82 osoby określiło ten swoje miejsce pracy jako wybór świadomie dokonany. 20,4% - co stanowi 21 osób odpowiedziało na to pytanie negatywnie. Osoby te twierdzą, iż praca w Szpitalu Psychiatrycznym nie było ich celem głównym. Podjęły tam pracę, gdyż dostały propozycję zatrudnienia w takim miejscu.

Wykres 7. Wpływ systemu kształcenia na przygotowanie pielęgniarek psychiatrycznych do pracy



Źródło: opracowania własne

Kolejne z pytań zawartych w ankiecie jest pytaniem niezwykle ważnym. Respondenci zapytani zostali o wpływ systemu kształcenia na przygotowanie pielęgniarek psychiatrycznych do pracy. Ten specyficzny oddział wymaga umiejętności i cech, które nie zawsze są wymagane w innych oddziałach. Dlatego tak istotne jest odpowiednie przygotowanie i wykształcenie by móc pracować w oddziale psychiatrycznym. 56,3% respondentów biorących udział w badaniu uważa, iż system kształcenia wpływa na przygotowanie pielęgniarek do takiej pracy. Stanowi to, aż 58 respondentów. Równie duży odsetek badanych- 39,8%- 41 osób nie posiada wiedzy na temat wpływu systemu kształcenia na przygotowanie pielęgniarek do pracy. 3,9% co stanowi odpowiedź nie uważa, iż system kształcenia nie wpływa na przygotowanie do tego zawodu i pracy w oddziale psychiatrycznym.

Tabela 1. Wpływ systemu kształcenia na przygotowanie pielęgniarek psychiatrycznych do pracy- analiza statystyczna

Wartość p:	0,961
D:	0,262
Wielkość próbki:	3
Średnia:	34,333
Mediana:	41
Przykładowe odchylenie standardowe:	27,61
Suma kwadratów:	1524,667
K:	0,454
Skośność:	-1,023

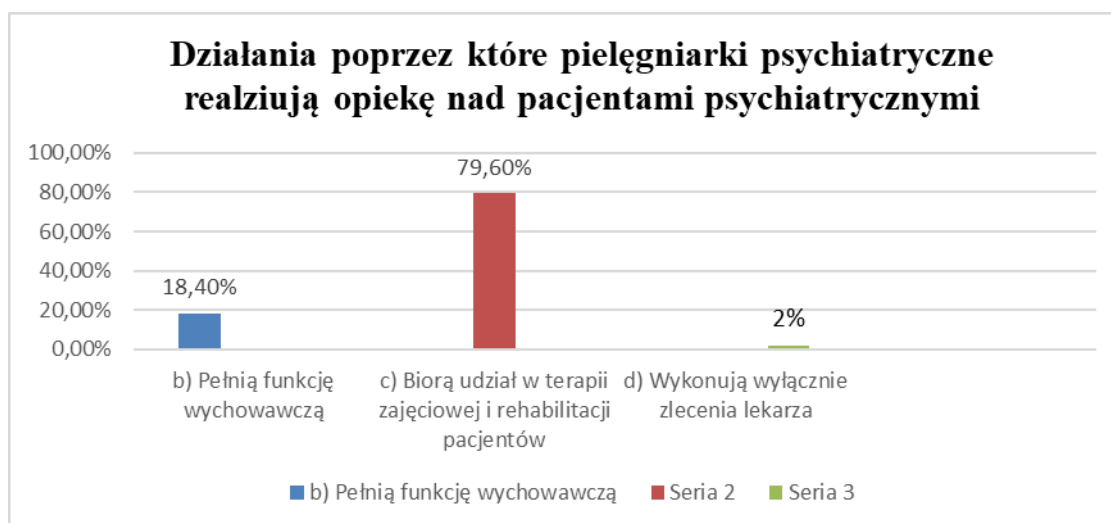
Źródło: opracowania własne

Ponieważ wartość $p < \alpha$ odrzucamy H_0 . Rozkład danych nie jest normalny. Różnica między próbą danych a rozkładem normalnym jest na tyle duża, że jest istotna statystycznie. Wartość p wynosi 0,961, ($P(x < 0,377) = 0,322$). Oznacza to, że szansa na błąd I rodzaju jest niewielka: 0,6782 (67,82%).

Statystyka D wynosi 0,377 co nie mieści się w obszarze akceptacji $[0,373 e-9]$. Statystyka testowa K wynosi 0,652, $K = D\sqrt{n}$.

Obserwowana wielkość efektu D jest duża i wynosi 0,262. Wskazuje to, że wielkość różnicy między próbą a rozkładem normalnym jest duża.

Wykres 8. Działania poprzez które pielęgniarki realizują opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi



Źródło: opracowania własne

Ostatnie z pytań ankietowych dotyczy działań poprzez które pielęgniarki realizują opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi. 18,4%- co stanowi 19 osób uważa, iż pielęgniarki pełnią wobec pacjentów funkcję wychowawczą. 79,6% co stanowi aż 82 osoby uważa, iż pielęgniarki biorą udział w terapii zajęciowej i rehabilitacji pacjentów i poprzez te działania realizują swoją opiekę wobec pacjentów. 2%- 1 osoba uważa, iż wykonują one wyłącznie zlecenia lekarza.

Tabela 2. Działania poprzez które pielęgniarki realizują opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi- analiza statystyczna

Wartość p:	0,875
D:	0,309
Wielkość próbki:	3
Średnia:	34,333
Mediana:	19
Przykładowe odchylenie standardowe:	42,147
Suma kwadratów:	3552,667
K:	0,535
Skośność:	1,42

Źródło: opracowania własne

Ponieważ wartość $p < \alpha$ odrzucamy H_0 . Zakłada się, że rozkład danych nie jest normalny. Różnica między próbą danych a rozkładem normalnym jest na tyle duża, że jest istotna statystycznie.

Wartość p wynosi 0,875, $(P(x \text{ większe równe } 0,309) = 0,125$. Oznacza to, że szansa na błąd I rodzaju (odrzucenia prawidłowego H_0) jest niewielka: 0,8746 (87,46%). Im mniejsza wartość p , tym bardziej wspiera H_1 .

Statystyka testowa D wynosi 0,309, co nie mieści się w obszarze akceptacji $N\%$: $[0,373 e-9]$. Statystyka testowa K wynosi 0,535. ($K = D\sqrt{n}$).

Obserwowana wielkość efektu D jest duża i wynosi 0,309. Wskazuje to na dużą różnicę pomiędzy próbą a rozkładem normalnym.

DYSKUSJA

Dla każdego człowieka, a w szczególności człowieka zmagającego się z chorobą istotny jest komfort życia, który pozwala mu na funkcjonowanie w codziennym środowisku. Komfort życia jest szczególnie ważny dla pacjentów psychiatrycznych, którzy są odizolowani a życie ich zmienia się diametralnie podczas leczenia. Celem głównym niniejszej pracy magisterskiej było ukazanie wpływu personelu pielęgniarskiego na jakość życia pacjentów psychiatrycznych. W badaniu ankietowym wzięło udział 103 osoby w wieku od 30 do 50 roku życia i powyżej. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 50 lat i powyżej – 42,7%. W badaniu wzięło udział 97 kobiet, które stanowiły większość respondowanych- 94,3%, zaś mężczyzn było tylko 6- 5,8%. Wynik procentowy dotyczący miejsca zamieszkania respondentów był prawie taki sam, co oznacza iż, 52 osoby- 50,5% respondowanych mieszka w mieście, zaś 51 osób- 49,5% mieszka na wsi. Najmniejszy odsetek osób pracujących w zawodzie dotyczył stażu pracy 10 lat- 3,9% (4 osoby), największy odsetek dotyczył osób pracujących 20 lat- 48 osób (46,6%). Podobny wynik uzyskały osoby pracujące w zawodzie więcej niż 20 lat- 46 osób co stanowi 44,6%.

Respondowani biorący udział w badaniu posiadali wykształcenie średnie- 41 osób (41,7%), oraz wyższe 60 osób, co stanowi aż 58,3%. Cała grupa badana zgodnie odpowiedziała, iż ma możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Respondenci uzyskali tym samym 100% odpowiedzi, co oznacza, iż 103 osoby zaznaczyły taką samą odpowiedź. Taka sama sytuacja dotyczy dwóch pozostałych pytań ankietowych odnośnie ilości godzin pracujących- 12 godzin 100% (103 osoby), oraz pracy na zmiany dzień/noc, w której respondenci również zaznaczając odpowiedź a) tak uzyskali 100%.

Podczas badania ankietowego respondenci zostali zapytani, czy praca w oddziale psychiatrycznym była ich wyborem. Duży odsetek respondowanych 79,6%- 82 osoby odpowiedziało, iż ta praca była ich wyborem. 21 osób co stanowi 20,4% uznała, iż ta praca nie jest ich wyborem. Każda z pielęgniarek pracując w danym oddziale zmaga się ze stresem. W związku z tym jedno z pytań ankietowych dotyczyło sposobów na jego odreagowanie. Zdecydowana większość odpowiedzi dotyczyły spędzania czasu biernie- 75 osób (72,8%), 3 respondowanych (2,9%) odparło, iż nie odreagowuje stresu, zaś 25 osób- 24,3% odreagowuje stres czynnie, na przykład poprzez uprawianie sportu, biegi, pływanie.

W ankiecie zawarto również pytanie dotyczące dziennego czasu spędzonego z pacjentem. 97 pielęgniarek biorących udział w badaniu odpowiedziało, iż spędza z pacjentem więcej niż pięć godzin, co oznacza wysoki odsetek odpowiedzi 94,2%. Kolejne pytanie dotyczyło udziału pielęgniarek w terapii zajęciowej. W tym pytaniu również uzyskano najwyższy odsetek prawidłowej odpowiedzi- 103 osoby oznaczyły odpowiedź a) tak, co stanowi 100%. Kolejne pytanie ankietowe dotyczyło czynnego udziału pielęgniarek w rehabilitacji pacjentów znajdujących się w szpitalu na oddziale psychiatrycznym. 103 osoby odpowiedziało, iż bierze czynny udział w rehabilitacji pacjentów, co świadczy o pełnieniu funkcji zawodowych, które pozwalają wpłynąć pozytywnie na stan chorych.

Wysoki procent odpowiedzi prawidłowej a) tak, uzyskano również w kolejnym pytaniu dotyczącym wpływu systemu kształcenia na pracę pielęgniarek psychiatrycznych. Twierdząco odpowiedziało aż 58 ankietowanych co stanowi 56,3%. Negatywnie odpowiedziało jedynie 4 osoby- 3,9%. Duży odsetek badanych nie posiada również wiedzy na ten temat, gdyż zaznaczyły one odpowiedź „nie wiem”, na które odpowiedziało 41 respondowanych, co stanowi 39,8%. Ostatnie z pytań ankietowych dotyczyło działań, dzięki którym pielęgniarki realizują opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi. Spośród czterech możliwych odpowiedzi respondenci zaznaczali jedynie trzy. Największy odsetek respondowanych uważa, iż pielęgniarki biorą udział a terapii zajęciowej i rehabilitacji pacjentów- 82 osoby co stanowi 76,8%. Kolejną odpowiedzią udzielaną przez respondentów była odpowiedź dotycząca pełnienia funkcji wychowawczych- 18,4% co stanowi 19 osób. Najmniejszy odsetek dotyczył odpowiedzi „wykonują wyłącznie zalecenia lekarza”, którą zaznaczyła jedna osoba- 2%.

Biorąc pod uwagę powyższe badanie ankietowe należy zestawić je dla porównania z innymi badaniami o zbliżonej tematyce. W 2022 roku Twardak J. przedstawił swoją pracę na temat racjonalizowania opieki pielęgniarskiej w oddziałach psychiatrycznych.

W badaniu autora wzięło udział 255 respondentów w wieku od 24 do 70 lat. Średni wiek badanych wynosił 49 lat. Podobnie jak w wyżej przedstawionych badaniach udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Największą grupę w badaniu stanowiły kobiety- 240 osób (94, 12%). Jedyne 5,88%- stanowili mężczyźni. Najmłodsza osoba miała 24 lata, a największą grupę stanowiły osoby w wieku 41-50 lat (46,27%). 56,8% respondowanych posiadało wykształcenie zawodowe. Średni staż w oddziale psychiatrycznym wynosił 19 lat. Formą kształcenia, którą posiadały pielęgniarki z tego oddziału były najczęściej kursy kwalifikacyjne, które posiadało 81 pielęgniarek, co stanowi 31,76%. 43,92% wykazała brak wykształcenia podyplomowego. 87,84% wykazała, iż pracuje w trybie 12 godzinnym, zaś 23,53% nie wykonywało swojej pracy poza wyznaczoną normę. 234 osoby respondowane wykazały, iż lubią swoją pracę (91,76%)[4].

Żukowska J., pracownik Oddziału Ogólnopsychiatrycznego, Oddziału Leczenia Uzależnień, Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu oraz Izby Przyjęć pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy w I półroczu 2019 roku przedstawiła badania dotyczące pracy pielęgniarek tam zatrudnionych. W badaniu wzięło udział 100 osób, z czego 89%- 89 osób stanowiły kobiety, 11%- stanowili mężczyźni. Najwyższy odsetek stanowiły kobiety w wieku 41-50 lat (37%). W przypadku mężczyzn 5% (w wieku 31-40 lat). Najwyższy staż pracy w zawodzie posiadało 45% kobiet (21 lat pracy), zaś w przypadku mężczyzn 11-20 lat pracy (5%- pięć osób). Wysoki odsetek respondowanych stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym- licencjat (51%), a w przypadku mężczyzn- 7 osób (7%). 57% kobiet posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. 89% kobiet wykazało, iż pracuje w systemie 12 h/12 dyżurów na miesiąc [5].

Reasumując, niezależnie od miejsca pracy pielęgniarki psychiatryczne sprawują opiekę nad pacjentem w taki sam sposób, dbając o jego dobro. Poprawa jakości życia pacjentów psychiatrycznych jest jednym z głównych założeń opieki psychiatrycznej. W powyżej przedstawionych badaniach widać szereg podobieństw, niezależnie od tego jakie miejsce jest opisywane i jaka osoba prowadziła dane badania.

WNIOSKI

1. Każda z pielęgniarek, pracująca z pacjentem psychiatrycznym wpływa na jego życie. Poprzez realizację powierzonych jej działań jest w stanie poznać chorego, jego potrzeby i oczekiwania. Pełni względem chorego funkcję wychowawczą,

terapeutyczną, spędza z nim najwięcej czasu i jest w stanie określić stan pacjenta i jego potrzeby.

Hipoteza I potwierdziła się.

2. Opieka nad pacjentem psychiatrycznym wymaga dbałości o każdy aspekt jego życia. W związku z chorobą, często odizolowaniem od środowiska pacjenci ci tracą swoje dotychczasowe życie, sposób funkcjonowania, przyjaciół. Dlatego zadaniem pielęgniarek jest dbałość również o zapewnienie im w miarę możliwości wysokiej jakości życia pomimo hospitalizacji w szpitalu. Poprawa jakości życia wpływa na ich leczenie, pozwala na stabilizację, daje nowe perspektywy.

Hipoteza II potwierdziła się.

3. Pielęgniarki psychiatryczne spędzają najwięcej czasu z pacjentami. Ich zadaniem jest informowanie podopiecznych o ich prawach, sposobach i metodach leczenia, pielęgnowanie ich, prowadzenie szczegółowej dokumentacji i dbanie o ogólny stan chorego. Każda z pielęgniarek zobowiązana jest ponadto do zachowania tajemnicy na temat danych pacjenta i jego stanie.

Hipoteza III potwierdziła się.

4. Pielęgniarki są w stanie wpłynąć na stan pacjentów poprzez stały kontakt z nimi, udział w rehabilitacji i terapii zajęciowej, poprzez stałą obserwację chorych.

Hipoteza IV potwierdziła się.

5. Podnoszenie kwalifikacji przez pielęgniarki psychiatryczne wpływa na sposób opieki nad pacjentem. Posiadają one większą wiedzę, są w stanie zauważyć każdą z potrzeb pacjenta, pogłębiają tym samym swoje umiejętności co pozwala na lepszą opiekę, poznanie samego chorego, a tym samym przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia ich podopiecznych.

Hipoteza V potwierdziła się.

PIŚMIENNICTWO

1. Cyranka K.: (tł. pol), Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego, Psychiatria Polska 2017, Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2017.
2. Skiba W.: Siwicki D.: Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce- dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej, Wydawca Uniwersytet Wrocławski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii, Wrocław 2021.

3. Gałecki P.: Bobińska K.: Eichstaed K.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Wydanie II, Wydawnictwo Wolters & Kluwers, Warszawa 2016.
4. Twardak J.: Racjonowanie opieki pielęgniarskiej w oddziałach psychiatrycznych, Rozprawa doktorska, Repozytorium Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich, Wrocław 2022.
5. Lewko J.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś – rok 2020 rokiem pielęgniarstwa, Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2020:393-399

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM ZE ZŁAMANIEM KOŚCI SZYJKI UDOWEJ

Katarzyna Wiśniewska¹, Beata Strzelecka¹, Renata Ulikowska²

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

WSTĘP

Starzenie się jest naturalnym procesem i etapem w życiu każdego człowieka. Zwłaszcza w tym okresie obserwuje się istotne pogorszenie funkcjonowania wielu narządów i układów, co związane jest między innymi ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów co w efekcie obniża sprawność fizyczną i przyczynia się do zwiększonej tendencji upadków i złamań zmienionych osteoporotycznie układu kostnego [1]. Złamania kości szyjki udowej są związane z szeroką problematyką związaną z czynnikami demograficznymi w tym głównie procesu starzejącego się społeczeństwa.

Według danych GUS z 2021 roku w Polsce obserwuje się stały i nasilający się proces starzenia społeczeństwa – pod koniec roku 2021 liczba osób w wieku 60 lat i powyżej wynosiła 9,7 mln na 37,75 miliona mieszkańców co stanowi blisko 25,7% ogółu społeczeństwa. Ponadto według danych prognostycznych GUS, liczba osób w omawianym przedziale wiekowym stale rośnie – średnio o 0,2% w stosunku do roku poprzedniego – a w roku 2050 ma wzrosnąć do poziomu 13,7 mln osób obrazujący tym samym skalę omawianego problemu [2].

Starzenie się społeczeństwa oraz zmiana stylu życia w tym zmniejszenie aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, zła dieta, choroby towarzyszące, leki oraz ich skutki uboczne, przyczyniają się do wystąpienia czynników ryzyka złamań kości udowej, mianowicie osteoporozy, upadków i w efekcie do wzrostu liczby złamań niskoenergetycznych [3, 4]. Według danych ocenia się że rok rocznie odnotowuje się 12 tysięcy złamań szyjki kości udowej [5], a do roku 2050 liczba ta przekroczy 6 milionów w populacji światowej rocznie [6].

Złamanie szyjki kości udowej niesie za sobą poważne konsekwencje w każdym aspekcie funkcjonowania życia ludzkiego. Wpływ skutków zdrowotnych, ekonomicznych oraz społecznych jest wynikiem nie tylko częstości występowania omawianego schorzenia ale również wieloaspektowego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego. Złamania te są

dużym obciążeniem nie tylko dla pacjentów, ale również ich rodzin i systemu opieki zdrowotnej [4]. Urazy i złamania w obrębie szyjki kości udowej zaliczane są do złamań wewnątrz torebkowych stawu biodrowego i jako takie są najczęściej obserwowane u osób starszych i stanowią najczęstszą przyczynę zgonu wśród wszystkich urazów. Natomiast do głównych czynników urazów w grupie osób starszych prowadzących do złamań szyjki kości udowej to przede wszystkim osteoporoza, spadek aktywności fizycznej oraz zwiększona podatność na upadki jak również niedożywienie, choroby współistniejące, zaburzenia równowagi, niewłaściwy styl życia, brak dostatecznych działań profilaktycznych czy też dostatecznego wsparcia i opieki ze strony rodziny [1].

Złamania kości szyjki udowej są w większości przypadków leczone poprzez operacje chirurgiczną której celem jest zniesienie bólu i przywrócenie prawidłowych funkcji stawu biodrowego. W tym aspekcie rolą zespołu pielęgniarskiego jest zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem poddanym zabiegowi operacyjnemu w okresie przed i pooperacyjnym [7].

Zaplanowanie całościowej opieki nad pacjentem poddanemu endoprotezoplastyce (alloplastyce) wymaga od zespołu pielęgniarskiego dokładnego określenia diagnoz pielęgniarskich w procesie pielęgnowania z wykorzystaniem technik i narzędzi badawczych w tym wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej jak również zastosowania standaryzowanych, ogólnodostępnych skal do oceny kondycji zdrowotnej pacjenta i jego wydolności biopsychospołecznej. Proces pielęgnacyjny w opiece nad pacjentem winien charakteryzować się holistycznym podejściem do podmiotu opieki wraz z celowością, planowością, ciągłością i dynamiką interwencji pielęgniarskich [8, 9].

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest określenie zakresu holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym po złamaniu kości szyjki udowej.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest studium indywidualnego przypadku pacjenta geriatrycznego po złamaniu kości szyjki udowej w wyniku wypadku niskoenergetycznego poddanego operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Techniką badawczą zastosowaną w pracy jest obserwacja, wywiad, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar. Do narzędzi badawczych użytych w pracy w celu określenia stanu biopsychospołecznego osoby badanej użyto standaryzowanych skal i

kwestionariuszy powszechnie używanych w praktyce pielęgniarskiej. Wynik zastosowanych narzędzi badawczych posłużyły do przygotowania spectrum diagnoz pielęgniarskich wraz z zaplanowaniem celu i diagnoz pielęgniarskich w procesie pielęgnowania pacjenta ze złamaniem szyjki kości udowej.

WYNIKI BADAŃ

Metodą studium przypadku objęto pacjentkę lat 87 zamieszkałą we wsi pod Radomiem w domu jednorodzinnym. Na skutek upadku niskoenergetycznego – tzw. upadku z własnej wysokości – jaki miał miejsce na podwórzu pacjentki doszło do złamania szyjki kości udowej prawej. Kobieta w trybie pilnym została zakwalifikowana do operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego z uwagi na podeszły wiek oraz ogólny dobry stan zdrowia. Operacja została wykonana w pierwszej dobie pobytu pacjentki na oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej.

Z analizy dokumentacji medycznej pacjentki wynika iż objawy towarzyszące przy przyjęciu charakteryzowały się silnym, rwącym bólem wraz z niewielkim obrzękiem i krwiakiem okolicy biodra prawego. Ruchomość, czucie w obrębie podudzia i stopy, ukrwienie w obrębie kończyny zachowane. Kobieta obciążona chorobami współistniejącymi – od lat choruje na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę. W wykonanym w dniu przyjęcia badaniu radiologicznym (RTG) lekarz stwierdził złamanie kości szyjki udowej prawej w efekcie czego pacjentka została zakwalifikowana w trybie pilnym do alloplastyki bipolarnej (częściowej) po przygotowaniu internistycznym. Zabieg wykonano w trybie planowym, bez powikłań.

Na podstawie wykorzystanych technik i narzędzi badawczych sformułowano proces opieki nad pacjentem ze złamaniem kości szyjki udowej ze wskazaniem diagnoz pielęgniarskich, planu interwencji pielęgniarskiej wraz z oceną wyniku opieki. Przedstawienie holistycznego procesu pielęgnowania stanowi podstawę do planowego i ciągłego sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z omawianą jednostką chorobową.

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko zakażenia i zaburzenia procesu gojenia się rany pooperacyjnej na skutek zaburzeń w odżywianiu, nawadnianiu drogą pozajelitową, wydzieliny z drenów u pacjentki w okresie okołoperacyjnym wraz z występowaniem chorób współistniejących (cukrzyca).

Cel opieki: Zniwelowanie ryzyka infekcji oraz zaburzeń procesu gojenia się rany pooperacyjnej oraz wczesne wykrycie objawów zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stałe monitorowanie opatrunku na ranie pooperacyjnej w kierunku oceny przesiąkania wydzieliny z rany.
- Stałe monitorowanie objawów miejscowych takich jak obrzęk, ból zaczerwienienie brzegów rany mogących świadczyć o stanie zapalnym rany.
- Monitorowanie parametrów życiowych w tym głównie tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała pacjenta w kierunku objawów ogólnych mogących świadczyć o postępujących zakażeniu rany.
- Obserwacja wydzieliny w drenach operacyjnych wraz z zapisywaniem ilości i oceny wydzieliny oraz „płukanie drenów” 0,9% NaCl służące zapewnieniu drożności.
- Systematyczna zmiana opatrunku rany pooperacyjnej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Współdziałanie personelu pielęgniarskiego przy wyjmowaniu drenów z rany pooperacyjnej oraz współdziałanie w antybiotykoterapii przeciw zakaźniowej.
- Odnotowanie wszystkich czynności pielęgniarskich w karcie indywidualnej pacjenta.

Wynik opieki: Nie zaobserwowano zmian ogólnych i zmian w charakterze rany pooperacyjnej mogących świadczyć o zakażeniu bądź o zaburzeniach gojenia rany. Współuczestnictwo w wyjmowaniu drenu (zaobserwowana niewielka ilość wydzieliny, po decyzji lekarza), zostawienie jednego drenu nieusuniętego do czasu oddania stolca przez pacjentkę. Diagnoza pielęgniarska do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dolegliwości bólowe w okolicy stawu biodrowego związane z raną pooperacyjną w wyniku endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Cel opieki: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia natężenia i lokalizacji bólu z zastosowaniem ogólnodostępnych standaryzowanych skal pielęgniarskich do oceny bólu.
- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji wraz z dostępnymi udogodnieniami w celu zniwelowania dolegliwości bólowych.
- Podaż leków przeciwbólowych według zlecenia lekarskiego.
- Obserwacja pacjentki w celu oceny skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego z zastosowaniem skal do oceny natężenia bólu.

Wynik opieki: U pacjentki dokonano lokalizacji i natężenia bólu za pomocą Skali do oceny bólu Laitinena w wyniku której oceniono ból na 8/10 punktów (ból silny). Zastosowano farmakoterapię przeciwbólową zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ponowna ocena natężenia bólu za pomocą skali w odstępie 3-4 godzin. Diagnoza pielęgniarska do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo – zatorowej z powodu unieruchomienia pacjentki w przebiegu leczenia operacyjnego endoprotezoplastyki lub wystąpienia triadyVirchowa.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń zakrzepowo – zatorowym

Interwencje pielęgniarskie:

- Współudział zespołu pielęgniarskiego we wczesnej pionizacji i uruchamianiu pacjentki po operacji z uwzględnieniem stanu ogólnego.
- Wdrożenie ćwiczeń ruchowych czynnych i biernych w obrębie kończyn mających na celu niwelowanie ryzyka zmian zakrzepowo – zatorowych.
- U pacjentów z grupy wysokiego ryzyka w wyniku występowania żyłaków kończyn dolnych bądź przebytego zakrzepowego zapalenia kończyn zalecenie stosowania pończoch uciskowych bądź opasek elastycznych.
- Wykonanie badań diagnostycznych w celu oceny hematokrytu oraz czasu protrombinowego.
- Ocena podstawowych parametrów życiowych pacjentki w tym koloru zabarwienia skóry oraz temperatury w celu wykrycia wczesnych objawów zaburzeń w krążeniu obwodowym.
- Podaż heparyny drobnocząsteczkowej zgodnie z wytycznymi profilaktyki i leczenia choroby zakrzepowo – zatorowej i zleceniem lekarskim.

Wynik opieki: We wczesnym okresie po operacji rozpoczęto próby pionizacji pacjentki wraz z instruktażem wykonywania ćwiczeń czynnych i biernych w obrębie kończyn. Bieżące monitorowanie stanu ogólnego pacjentki z ukierunkowaniem na objawy mogące świadczyć o zaburzeniach zakrzepowo – zatorowych. Podaż heparyny drobnocząsteczkowej zgodnie ze zleceniem lekarskim. Diagnoza pielęgniarska do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dyskomfort i ból spowodowany wystąpieniem opryszczki w okolicy jamy ustnej.

Cel opieki: Eliminacja zakażenia i zniwelowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena natężenia i charakteru dolegliwości bólowych za pomocą skal oceny natężenia bólu.
- Ocena nasilenia zapalenia błony śluzowej jamy ustnej z wykorzystaniem skali WHO.
- Miejscowe zaopatrzenie rany w postaci jałowego przecierania jamy ustnej, stosowania leku w postaci maści o działaniu przeciwwirusowym.
- Edukacja pacjentki na temat zasad przestrzegania higieny jamy ustnej oraz pod kątem zmniejszenia dolegliwości bólowych poprzez delikatną higienę jamy ustnej podczas szczotkowania zębów, używania miękkiej szczoteczki, zwrócenie uwagi na dokładną higienę protez zębowych (4–6 razy dziennie), w przypadku wystąpienia nudności – płukanie jamy ustnej sodą oczyszczoną (jedna łyżeczka sody na pół szklanki ciepłej wody) oraz dokładne nawilżanie ust wazeliną.

Wynik opieki: Oceniono dolegliwości bólowe na poziomie 4/10 według Skali do oceny bólu Laitinena (ból umiarkowany). Wdrożono leczenie farmakologiczne maścią przeciwwirusową. Diagnoza pielęgniarska do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Brak łaknienia i trudności w samodzielnym przyjmowaniu posiłków w związku z wystąpieniem dysfagii w wyniku wirusa opryszczki w jamie ustnej.

Cel opieki: Wygojenie patologicznych zmian chorobowych w obrębie jamy ustnej, zapewnienie prawidłowego odżywiania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ustalenie przyczyny braku apetytu u pacjentki oraz ocena ryzyka niedożywienia za pomocą skali MNA.
- Podawanie posiłków w temperaturze pokojowej o konsystencji płynnej lub półpłynnej w wyniku zmian wirusowych w obrębie jamy ustnej.
- Zastosowanie diety lekkostrawnej oraz ćwiczeń, które wzmogą łaknienie.
- Zapewnienie odpowiedniej pozycji do spożywania posiłków (niwelujących również dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną).
- Zachęcanie pacjentki do samodzielnego spożywania pokarmu, w razie potrzeby pomoc lub karmienie pacjentki.
- Kontrola masy ciała oraz prowadzenie bilansu przyjmowanych płynów oraz pokarmów.
- W razie konieczności zastosowanie żywienia parenteralne na zlecenie lekarza.

Wyniki opieki:

W celu określenia ewentualnego niedożywienia pacjentki z powodu braku łaknienia oraz trudności w połykaniu zastosowano skalę MNA pełną w wyniku której oceniono iż u pacjentki występuje ryzyko niedożywienia. BMI pacjentki również wskazuje na niedowagę. Po nakarmieniu pacjentki przez personel pielęgniarski nastąpiło poprawienie łaknienia. Należy nadal kontrolować ilość przyjmowanych posiłków.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ból głowy związany z wahaniami ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki: Unormowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz zniwelowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena natężenia bólu głowy z zastosowaniem skali VAS.
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych w tym całodobowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi oraz innych parametrów życiowych co najmniej dwa razy na dobę (tętno, oddech, temperatura ciała).
- Podaż leków hipotensyjnych zgodnie z kartą zleceń lekarskich wraz z obserwacją pacjentki w celu niwelowania wystąpienia objawów ubocznych stosowanego leczenia.

Wynik opieki: W zastosowanej skali VAS do oceny natężenia bólu pacjentka wskazała na ból o lekkim natężeniu (3/10). Podano leki według zlecenia lekarskiego. Obserwacja stanu pacjentki po podaży leków w celu reagowania na ewentualnie pojawienie się objawów ubocznych stosowanej farmakoterapii.

Diagnoza pielęgniarska 7: Objawy dyspeptyczne (nudności, mdłości), uczucie wzdęcia brzucha, uporczywych zaprac z powodu osłabionej perystaltyki jelit, obniżonej aktywności ruchowej.

Cel opieki: Ocena charakteru stolca oraz objawów dyspeptycznych wraz ze zmniejszeniem dolegliwości, pomoc w efektywnym wydaleniu stolca.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia wymiotów i nudności z wykorzystaniem skal WHO.
- Kontrola wypróżnień w bezpośrednim okresie pooperacyjnym i ocena charakteru stolca z wykorzystaniem Bristolskiej Skali Uformowania Stolca.

- Zastosowanie diety bogatej w błonnik, wdrożenie dietetycznych metod pobudzenia stolca, poprzez podawanie kefiru na czczo, jogurtów, włączenie oliwy z oliwek do diety.
- Podaż płynów poprzez nawadnianie dojelitowe (minimum 3000 ml na dobę, na zlecenie lekarza).
- Masaż brzucha dłonią w celu niwelowania uczucia pełności i poprawy perystaltyki jelit.
- Pielęgnacja okolic odbytu zwracając uwagę na natłuszczenie, co niweluje powstawanie nadżerek i ran w okolicy odbytu.
- Na zlecenie lekarza zastosowanie farmakoterapii poprzez wlewki doodbytnicze soli fizjologicznej (100–200 ml) lub enema (z fosforanami).
- Dokumentacja treści wymiotnych w karcie bilansu wodno – elektrolitowej
- Zapewnienie pacjentce spokoju oraz warunków intymnych.

Wynik opieki:

Zastosowano skale WHO do oceny częstotliwości nudności i wymiotów oraz Bristolską Skalę Uformowania Stolca. Pacjentka oddała stolec po wykonaniu enemy. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Obrzęki dystalnych części ciała (kończyny) wynikające z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej w wyniku przeprowadzonej operacji alloplastyki.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie obrzęków kończyn oraz towarzyszącemu uczuciu bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola i obserwacja obrzęków u pacjentki, poprzez badanie palpacyjne, mierzenie obwodu kończyn na tym samym poziomie.
- Stosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej poprzez wyższe ułożenie kończyn dolnych pacjentki z zastosowaniem wałków ortopedycznych oraz klinów, stosowania bawełnianej, bezuciskowej bielizny osobistej i pościelowej oraz stosowanie kompresjoterapii, masażu ręcznego, okładów chłodzących oraz drenażu złożeniowego.
- Kontrola diurezy godzinowej oraz dobowej pacjentki, prowadzenie bilansu płynów, odnotowanie pomiarów w dokumentacji.
- Uzupełnianie niedoborów wodno – elektrolitowych drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń.

- Przekazanie informacji lekarzowi o zaobserwowanych objawach subiektywnych i obiektywnych związanych z niedoborem lub nadmiarem płynów w organizmie.
- Kontrola biochemiczna stężenia elektrolitów w surowicy krwi na zlecenie lekarskie.

Wynik opieki: Zastosowano drenaż złożeniowy, wałki ortopedyczne, kontrolowano diurezę i prowadzono bilans płynów. Obrzęki nieznacznie zmniejszyły się. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Postępujące zmęczenie i apatia pacjentki w wyniku zdiagnozowanej anemii oraz problemy z nocnym wypoczynkiem będące wynikiem dolegliwości bólowych rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Poprawa fizjologii snu oraz zminimalizowanie uczucie zmęczenia i osłabienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie odpowiednich warunków do wypoczynku nocnego poprzez zapewnienie ciszy w sali szpitalnej, przewietrzenie Sali przed snem, zapewnienie odpowiedniej temperatury i wilgotności.
- Zminimalizowanie czynności pielęgniarskich w porze nocnej w celu niewybudzania pacjentki ze snu.
- Podaż preparatów poprawiających wartości morfologiczne krwi oraz leków nasennych zgodnie ze zleceniem lekarza.

Wynik opieki: Zadbano o prawidłowy mikroklimat w sali, pomieszczenie przewietrzono przed snem. Pacjentka przyjmuje farmakologię zgodnie ze zleceniem lekarskim (anemia).

Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu krążeniowo – oddechowego w wyniku przeprowadzonej endoprotezoplastyki w znieczuleniu ogólnym.

Cel opieki: Obserwacja pacjentki w celu szybkiej reakcji na zaburzenia pooperacyjne w zakresie układu krążeniowo – oddechowego oraz zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularny pomiar parametrów życiowych w ustalonej częstotliwości wraz z udokumentowaniem pomiarów w pooperacyjnej karcie obserwacji pacjentki.
- Wykonanie czynności leczniczo – pielęgnacyjnych zgodnie z kartą pooperacyjną.
- Obserwacja stanu ogólnego pacjentki wraz z obserwacją rany pooperacyjnej i kontrola drenażu.

Wynik opieki: Regularna ocena parametrów życiowych pacjentki. Zaburzeń ze strony układu krążeniowo – oddechowego nie zaobserwowano.

Diagnoza pielęgniarska 11: Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego w wyniku założonego cewnika pęcherza moczowego (cewnik Foleya) oraz zakażeń w okolicach wkłuc dożylnych – obwodowych.

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniu poprzez stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola cewnika pęcherza moczowego oraz wyglądu skóry wokół wkłuc obwodowych pod kątem wystąpienia objawów zakażenia (zaczerwienienie skóry, bolesność, obrzęk, zwiększenie ocieplenia skóry, niekiedy ropny wyciek).
- Pobranie na zlecenie lekarskie materiału do badań diagnostycznych (leukocytoza, badanie ogólne i badanie bakteriologiczne moczu, posiew).
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów inwazyjnych w celu niwelowania ryzyka zakażeń w tym zakażeń szpitalnych.
- Zgłoszenie lekarzowi o ewentualnych zaobserwowanych objawach infekcji ze strony poszczególnych układów bądź narządów w celu podjęcia wczesnej interwencji.
- Współdziałanie w zleconej przez lekarza farmakoterapii antybiotykowej oraz leków przeciwzapalnych w wyniku zdiagnozowania zakażenia.

Wynik opieki: U pacjentki nie doszło do zakażenia w obrębie cewnika Foleya oraz wkłuc dożylnych.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ograniczenie w zakresie samodzielnej pielęgnacji spowodowanej osłabieniem organizmu po operacji, bólem rany pooperacyjnej, obecnością drenażu i podawania leków i płynów drogą dożylną.

Cel opieki: Ocena wydolności fizycznej i samodzielności pacjentki oraz poprawa zakresu samodzielności w zakresie opieki i pielęgnacji.

Interwencje pielęgniarskie:

- Określenie wydolności fizycznej pacjentki i jej samodzielności wraz ze wskazaniem deficytu samoopieki i samopielęgnacji na podstawie skali ADL, kategorii opieki oraz skali Bartel.
- Wykonanie działań pielęgniarskich zapobiegającym zmianom skórnym w postaci oparzeń lub odleżyn zgodnie z procedurą profilaktyki odleżynowej.

- Zapewnienie pacjentce pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych takich jak toaleta ciała, karmienie, wydalanie.
- Współdziałanie w gimnastyce oddechowej czynnej i biernej w celu zmniejszenia bólu podczas oddychania po operacji (tzw. żebrówy i przeponowy tor oddychania).
- Mobilizowanie pacjentki do zwiększania samodzielności w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji.
- Planowanie opieki oraz czynności pielęgnacyjnych wraz z pacjentką, włączanie jej w czynności higieniczne.
- Zapewnienie sprzętu pomocniczego, odpowiednich środków/urządzeń pomocniczych podczas wykonywania czynności z zakresu opieki i pielęgnacji chorej w celu minimalizowania ruchomości operowanej kończyny dolnej.
- Rozmowa z rodziną na temat prawidłowej pielęgnacji i udogodnień pacjentki w środowisku domowym oraz zachęcanie rodziny do mobilizowania chorej do aktywnego udziału w czynnościach z zakresu samoopieki,
- Edukacja chorej i rodziny w zakresie bezpiecznego, sprawnego wykonywania czynności z zakresu samoopieki.

Wynik opieki: Pacjentka została zakwalifikowana do III kategorii opieki pielęgniarskiej, w skali Bartel jej stan określono jako średnio ciężki natomiast w skali ADL (skala Katza) pacjentka osiągnęła wynik >2 co oznacza osobę w znacznym stopniu niesprawną. Rozpoczęto uruchamianie pacjentki wraz z ćwiczeniami układu oddechowego oraz rozpoczęto edukację zarówno samej pacjentki jak i opiekunów.

Diagnoza pielęgniarska 13: Wystąpienie u pacjentki stanu w wyniku osłabienia po przebytej endoprotezoplastyce oraz niskich wartości hemoglobiny.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowej ciepłoty ciała.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularny pomiar temperatury ciała pacjentki wraz z udokumentowaniem wyników w karcie gorączkowej.
- Zastosowanie zimnych okładów w miejscach dużych przebiegów naczyń krwionośnych.
- Zadbanie o odpowiedni mikroklimat sali (temperatura, wilgotność).
- Zadbanie o komfort i bezpieczeństwo pacjentki w tym zapewnienie czystości bielizny osobistej i pościelowej.

- Współdział w wykonaniu zleconych badań diagnostycznych oraz podaży leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza.

Wynik opieki: Temperatura ciała pacjentki została obniżona do wartości prawidłowych.

Diagnoza pielęgniarska 14: Wyraźny niepokój pacjentki wynikający ze złego samopoczucia, występujących dolegliwości bólowych oraz nagłej hospitalizacji.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie kontaktu słowno- wzrokowego z pacjentką opartym na zaufania i empatii.
- Wyjaśnienie celu wszystkich czynności pielęgniarskich wykonywanych przy pacjentce w celu minimalizowania strachu i niepewności.
- Umożliwienie pacjentce kontakt z najbliższą rodziną.
- Zapewnienie komfortu i poczucia bezpieczeństwa wraz z wyrażeniem postawy zrozumienia dla cierpienia pacjentki.

Wynik opieki: Niepokój pacjentki został zminimalizowany.

Diagnoza pielęgniarska 15: Wyraźnie obniżony nastrój pacjentki wraz z widocznym brakiem akceptacji choroby i konieczności nagłej hospitalizacji.

Cel opieki: Przesiewowa ocena możliwości wystąpienia depresji u pacjentki oraz stopnia akceptacji choroby.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu psychicznego pacjentki z zastosowaniem skali depresji Becka– BDI.
- Zastosowanie skali AISw celu weryfikacji stopnia akceptacji choroby.
- Okazanie empatii, cierpliwości w kontakcie z pacjentką podczas wykonywania wszystkich czynności i procedur pielęgniarskich.
- Postawa otwartości i szczerości podczas rozmów na temat stanu zdrowia pacjentki w obecności samej pacjentki jak i z rodziną.
- Rozmowa i określenie najważniejszych obaw i trudności w adaptacji chorej do zaistniałej sytuacji chorobowej oraz udzielenie wsparcia poprzez rozmowę telefoniczną z najbliższymi.
- Edukacja rodziny na temat wsparcia społecznego i psychicznego pacjentki wraz z subiektywną oceną stanu zdrowia psychicznego. Poinformowanie o konieczności wsparcia psychologia w razie wystąpienia konieczności.

Wynik opieki: Pacjentka w miarę poprawy ogólnego stanu zdrowia wykazuje mniejszy lęk i obawę. Nastój wyraźnie się poprawił po rozmowie pacjentki z najbliższymi i perspektywy niedługiego wypisu ze szpitala.

Diagnoza pielęgniarska 16: Ryzyko ponownych złamań ostoporotycznych w wyniku upadków niskoenergetycznych.

Cel opieki: Edukacja pacjenta i rodziny z zakresu niwelowania upadków w ramach codziennej aktywności pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia wiedzy pacjentki i najbliższej rodziny z zakresu profilaktyki upadków.
- Edukacja pacjentki i rodziny z zakresu prewencji upadku i przystosowania środowiska domowego do niwelowania upadków.
- Profilaktyka osteoporozy w postaci dziennego spożycia wapnia w ilości co najmniej 1200mg/dobę. Spożywanie posiłków wzbogaconych o wapń (jogurt, maślanka, kefir, sery podpuszczkowe, twarogowe).
- Przestrzeganie zasad prowadzenia rehabilitacji pooperacyjnej w celu przywrócenia sprawności motorycznej z okresu przed upadku (proces usprawniania pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki)

Wynik opieki: Pacjentka i rodzina posiadają niezbędną wiedzę w celu profilaktyki upadków i bezpieczeństwa wykonywania czynności w życiu codziennym jak również zna zasady profilaktyki osteoporozy. Rodzina zna zasady przestrzegania rehabilitacji pooperacyjnej.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania własnego określono następujące wnioski:

1. U pacjentów po złamaniu kości szyjki udowej najczęstszymi występującymi objawami jest ból w miejscu rany pooperacyjnej, wysokie ryzyko choroby zakrzepowo – zatorowej, zaburzenia parametrów życiowych w zakresie układu krążenia, objawy niedokrwistości w wyniku niskiego poziomu hemoglobiny, nudności oraz wymioty spowodowane znieczuleniem ogólnym podczas operacji, wzdęcia oraz problemy z oddaniem stolca, zaburzenia gospodarki wodno – elektrolitowej.
2. Deficyty samoopieki i samopielęgnacji po operacji złamań osteoporotycznych stawia częsty problem u osób starszych związanych z szerokim zakresem operacji oraz unieruchomieniem pacjenta. Istotnym aspektem jest wzmacnianie pacjenta w celu podjęcia działań na rzecz niwelowania objawów deficytów z zakresu samoopieki i

samopielęgnacji wraz z jak najszybszym uruchamianiem pacjenta po wykonanej alloplastyce.

3. Obniżony nastrój, apatia, niepokój pacjenta o swoje zdrowie, lęk związany z zabiegiem operacyjnym jak również dyskomfort spowodowany licznymi ograniczeniami są bardzo częstymi objawami natury psychologicznej wśród osób starszych poddanych hospitalizacji w warunkach szpitalnych. Doświadczenie choroby, zwłaszcza w wieku podeszłym, wiąże się z silnym stresem często o charakterze traumatycznym, który może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji. Dlatego w tym aspekcie istotne jest wsparcie społeczne osób najbliższych.
4. Personel pielęgniarski oprócz wsparcia psychicznego edukuje zarówno pacjenta jak i jego rodzinę w zakresie prewencji upadków i profilaktyki, aktywizuje pacjenta, edukuje w zakresie samopielęgnacji, uczestniczy w prowadzeniu analgezji pooperacyjnej oraz wszelkich czynności pielęgnacyjnych w okresie okołoperacyjnym. Opieka pielęgniarska nad pacjentem powinna być zatem zaplanowana oraz holistyczna uwzględniająca jednocześnie podmiotowość i preferencje pacjenta.

PIŚMIENNICTWO:

1. Cwanek J., Trybuchowicz A., Ciećkiewicz A., Bać D.: Leczenie złamań szyjki kości udowej. *Problemy Nauk Stosowanych* 2017; 6: 119-126.
2. Główny Urząd Statystyczny w Białymstoku: Sytuacja osób starszych w Polsce w roku 2021. Warszawa, Białystok 2021.
https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf (data pobrania 29.009.2023).
3. Klukowski M., Kowalczyk R., Górniewski G i wsp.: Blokada przedziału powięzi biodrowej a zapotrzebowanie na analgetyki u pacjentów operowanych z powodu złamania kości udowej. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2017; 5(6): 451-459.
4. Radziszewski M., Kozłowski P.: Prognozowanie czynnościowego wyniku leczenia operacyjnego pacjentów ze złamaniem szyjki kości udowej prowadzonego przy użyciu protezy połowicznej stawu biodrowego. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2017; 4(6): 23-28.

5. Gov.pl.: Powiatowa Stacja Epidemiologiczna w Siedlcach: Światowy Dzień Osteoporozy 2021, <https://www.gov.pl/web/psse-siedlce/swiatowy-dzien-osteoporozy-2021> (data pobrania 29.09.2023)
6. Herbaczewska H., Puchalski Z., Szwarc - Woźniak J.: Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze złamaniem szyjki kości udowej. Zeszyty Naukowe, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży 2013; 43: 23-33.
7. Bazaliński D., Maliborska E., Więch P., i wsp.: Najczęstsze problemy zdrowotne w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25(1): 1-7.
8. Bororwiak E., Kostka T.: Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym [w:]: Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Wieczorkowska- Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo PZWL 2008:83-91.
9. Stefańska A.: Podstawowe zagadnienia współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej. Pielęgniarka Polska 2004; 4:1-2.

WIEDZA I POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA WOBEC PRZESZCZEPIANIA NARZĄDÓW

Magdalena Głowicka¹, Krystyna Klimaszewska²

1. *Absolwentka II stopnia kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WSTĘP

Transplantacja to procedura medyczna mająca na celu przeszczepienie organu, tkanki lub komórek z jednego organizmu do drugiego (lub w obrębie tego samego organizmu). Osoba, od której pobierany jest przeszczep, nazywa się dawcą (donorem), z kolei ta, która go otrzymuje – biorcą. Dziedzina zajmująca się transplantacją to transplantologia. Największym problemem transplantologii jest niewystarczająca liczba organów – zapotrzebowanie na narządy jest o wiele większe, niż ich dostępność. Ponadto, trudności sprawia transport organu oraz jego utrzymanie do czasu przeszczepienia, jak również złożoność samego przeszczepu. W tym celu rozwijane są metody i technologie przechowywania organów, a nawet ich leczenia przed przeszczepieniem, udoskonalania metod kwalifikacji biorców pod kątem profilu immunologicznego czy rozwój technologii pozwalających na dokonywanie złożonych przeszczepów. Aspekt niedostępności narządów próbuje się rozwiązać przez przeszczepianie organów od zwierząt, ówczynie odpowiednio zmodyfikowanych, czy też dzięki rozwojowi medycyny regeneracyjnej i inżynierii tkankowej [1].

CEL PRACY

Przeszczepy organów są zaawansowanymi procedurami medycznymi, które mogą uratować życie lub znacząco poprawić jego jakość u osób cierpiących na poważne schorzenia. Mimo ogromnych korzyści zdrowotnych, kwestie etyczne i społeczne związane z donacją organów pozostają tematem intensywnych dyskusji.

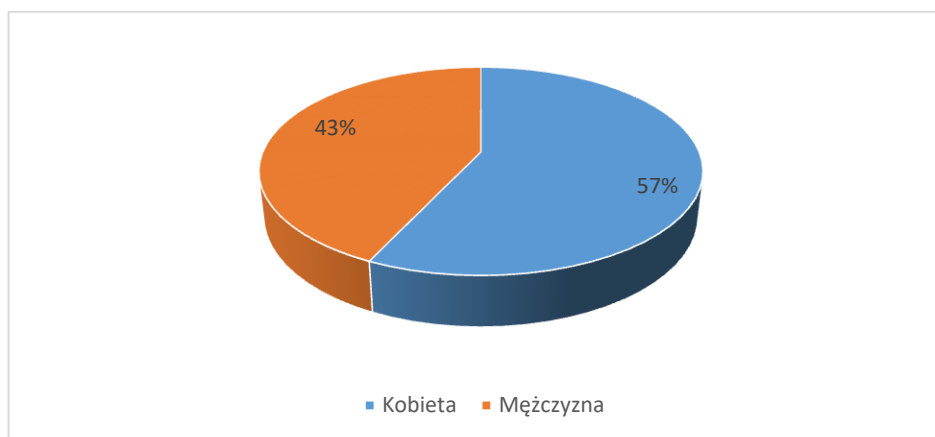
Głównym celem pracy jest zbadanie postaw społeczeństwa wobec transplantacji organów, w tym wiedzy na temat procedur, zgody na donację oraz percepcji wpływu tych działań na godność i integralność zmarłych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiał badawczy został zgromadzony za pomocą ankiety online, która została rozpowszechniona poprzez różne platformy mediów społecznościowych i serwisy internetowe, aby osiągnąć jak najszerszą reprezentację społeczeństwa. Ankieta składała się z pytań zamkniętych, pozwalających na jednoznaczne odpowiedzi typu tak/nie oraz wybór jednej z kilku opcji, co ułatwiło późniejszą analizę statystyczną danych. Respondenci mogli wziąć udział w badaniu anonimowo, co miało na celu zwiększenie wiarygodności uzyskanych odpowiedzi przez eliminację potencjalnego wpływu obaw przed oceną społeczną. Wyniki zostały następnie przetworzone statystycznie, co pozwoliło na ocenę postaw i wiedzy na temat transplantacji w społeczeństwie.

WYNIKI

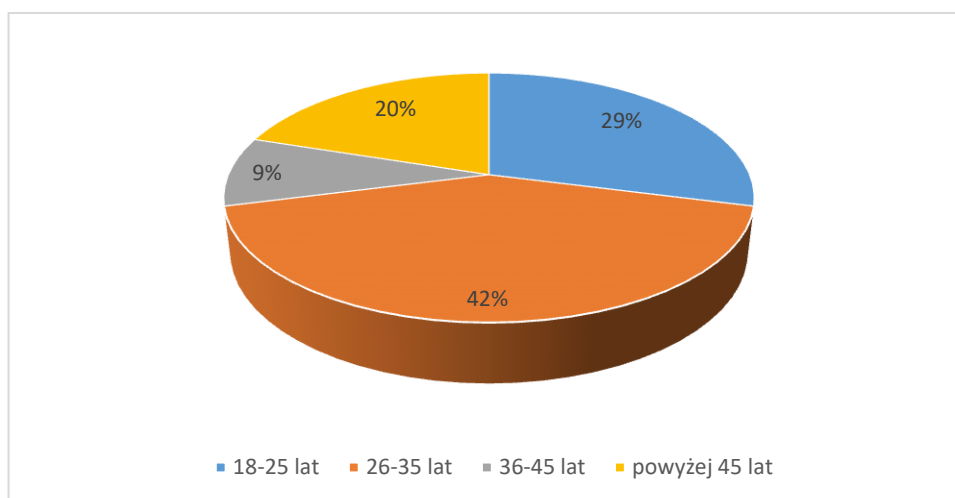
Rycina przedstawia rozkład płci w badanej grupie. Największą część, czyli 57%, stanowią kobiety. Mężczyźni stanowią 43% grupy (ryc. 1).



Rycina 1. Płeć

Źródło: opracowanie własne

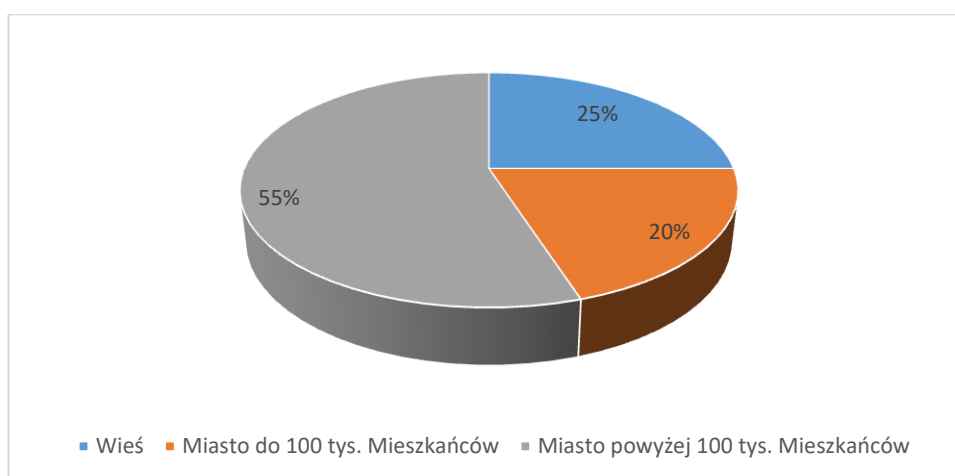
Rycina przedstawia rozkład wiekowy badanej grupy osób. Najwięcej osób, czyli 42%, znajduje się w grupie wiekowej 26-35 lat. Drugą co do wielkości grupą są osoby w wieku 18-25 lat, które stanowią 29%. Osoby powyżej 45 lat reprezentują 20% grupy. Najmniejszą grupą są osoby w wieku 36-45 lat, stanowiące 9% badanych (ryc. 2).



Rycina 2. Wiek

Źródło: opracowanie własne

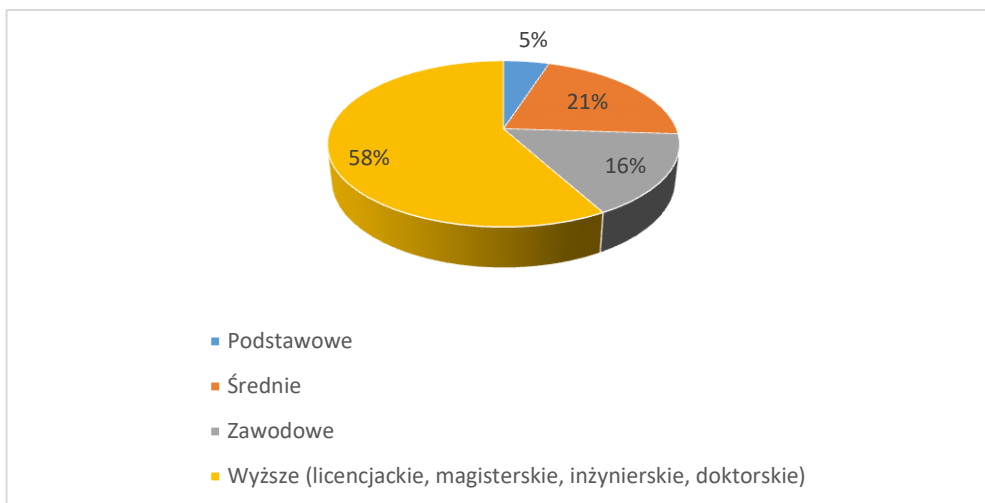
Rycina przedstawia rozkład miejsc zamieszkania badanej grupy. Najwięcej osób, czyli 55%, mieszka w miastach o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Osoby mieszkające na wsi stanowią 25% grupy. Miasta do 100 tysięcy mieszkańców są miejscem zamieszkania dla 20% badanych (ryc. 3).



Rycina 3. Miejsce zamieszkania

Źródło: opracowanie własne

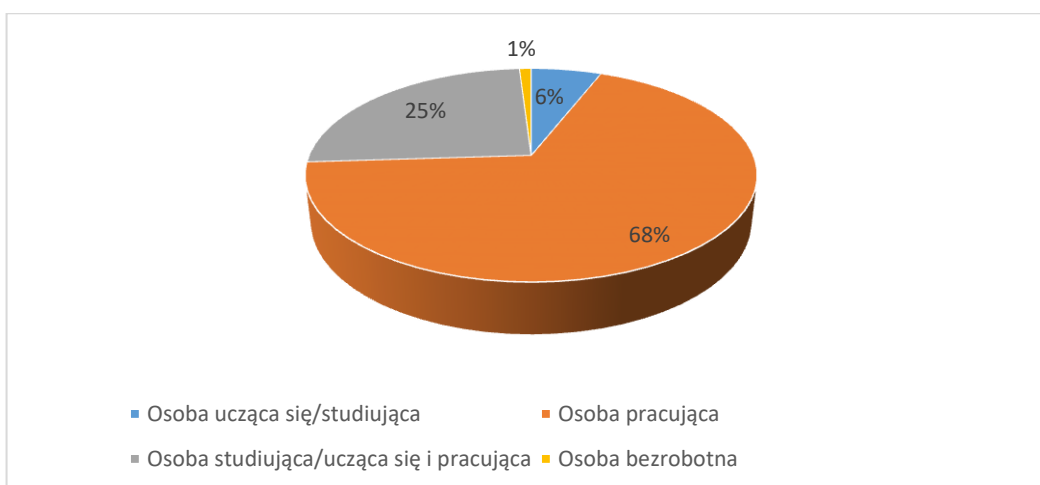
Rycina przedstawia rozkład poziomu wykształcenia w badanej grupie. Najwięcej osób, czyli 58%, posiada wykształcenie wyższe (licencjackie, magisterskie, inżynierskie, doktorskie). Osoby z wykształceniem średnim stanowią 21% grupy. Z kolei wykształcenie zawodowe posiada 16% badanych. Najmniejszą grupę, wynoszącą 5%, stanowią osoby z wykształceniem podstawowym (ryc. 4).



Rycina 4. Wykształcenie

Źródło: opracowanie własne

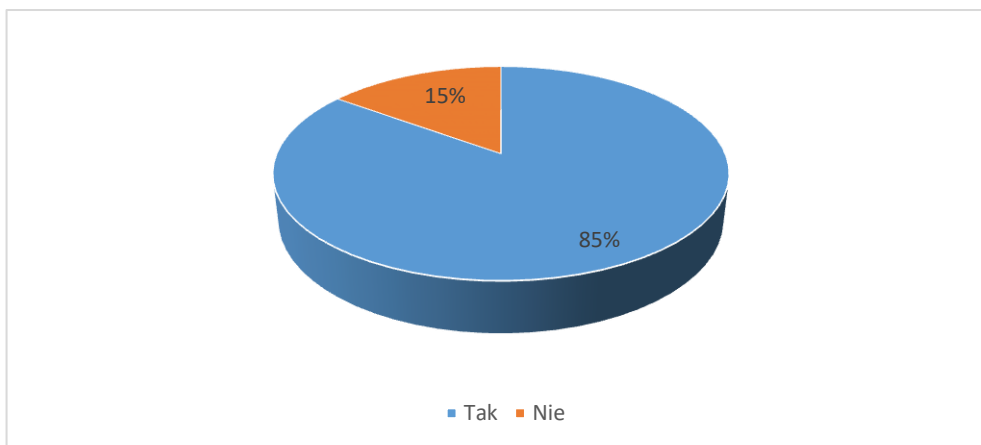
Rycina przedstawia rozkład statusu społecznego badanej grupy. Największy odsetek, czyli 68%, stanowią osoby pracujące. Kolejną grupą są osoby, które jednocześnie uczą się lub studiują i pracują, reprezentujące 25% badanych. Osoby uczące się lub studiujące stanowią 6% grupy. Najmniejszą grupę, wynoszącą 1%, tworzą osoby bezrobotne (ryc.5).



Rycina 5. Status społeczny

Źródło: opracowanie własne

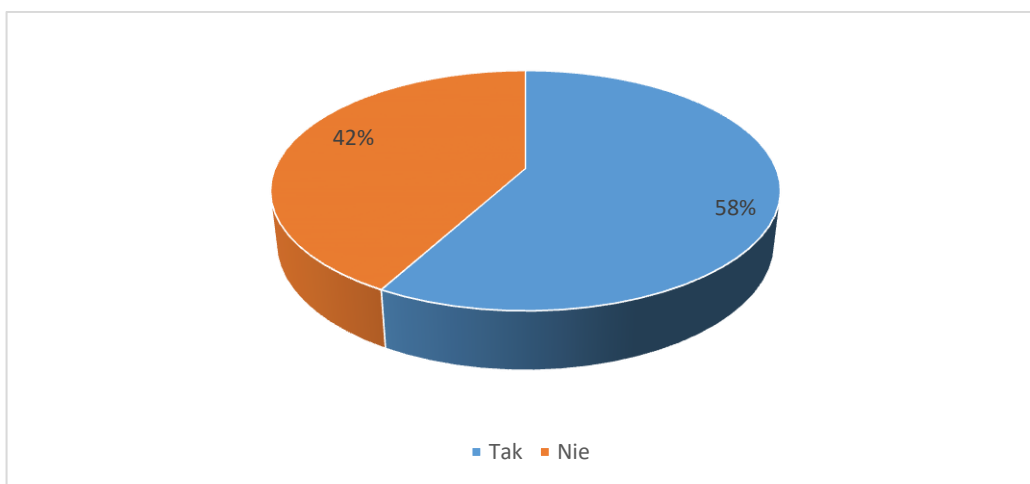
Rycina przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o znajomość definicji transplantologii w badanej grupie. Większość osób, czyli 85%, zadeklarowała, że zna definicję transplantologii. Natomiast 15% respondentów odpowiedziało, że nie zna tej definicji (ryc. 6)



Rycina 6. Czy znają Państwo definicję transplantologii?

Źródło: opracowanie własne

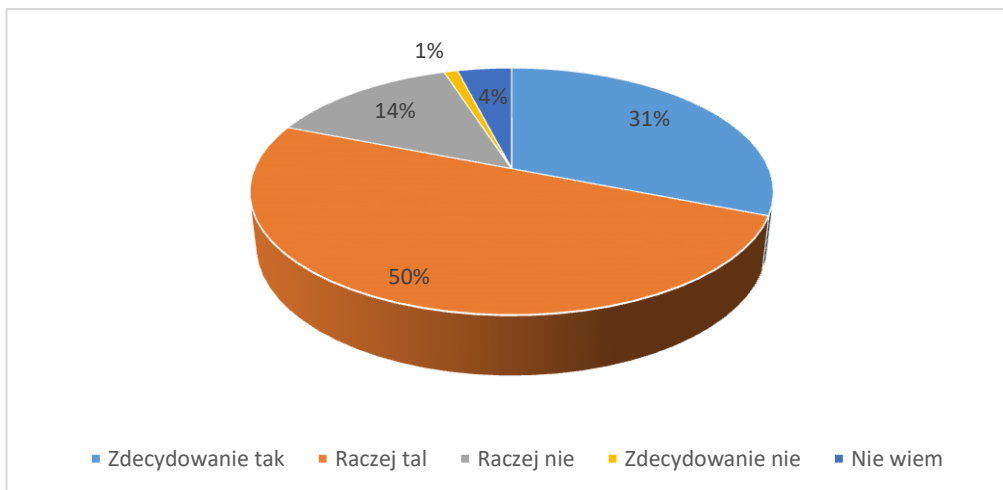
Rycina przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie, czy respondenci rozmawiali ze swoimi bliskimi na temat przekazania narządów po śmierci. Większość, czyli 58% badanych, odpowiedziała, że tak, miała taką rozmowę. Pozostałe 42% stwierdziło, że nie poruszało tego tematu ze swoimi bliskimi (ryc.7).



Rycina 7. Czy poruszał/poruszyła się Pan/Pani ze swoimi bliskimi na temat przekazania narządów po śmierci?

Źródło: opracowanie własne

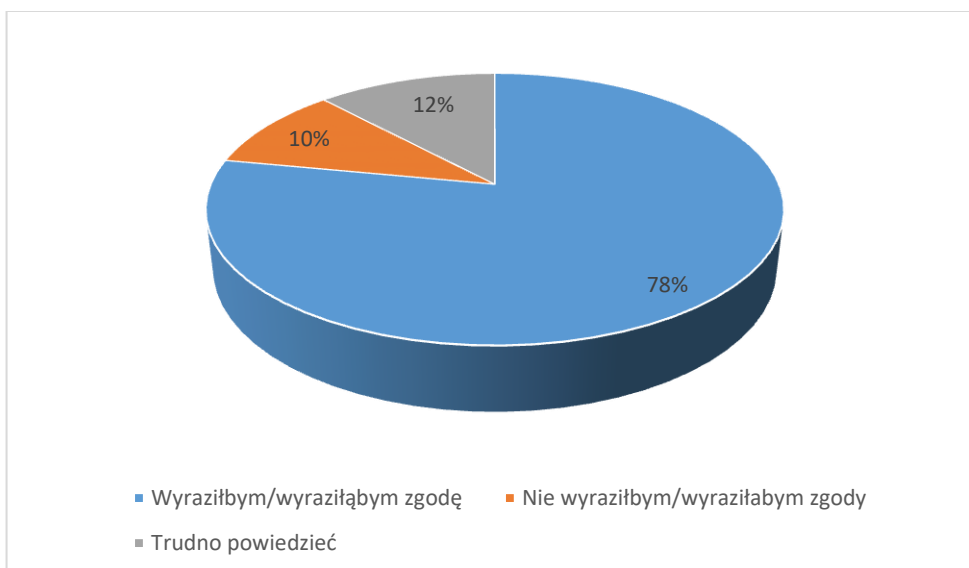
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie dotyczące zgody na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich innym osobom. Najwięcej osób, czyli 50%, odpowiedziało, że „raczej tak” wyraziłoby zgodę. „Zdecydowanie tak” odpowiedziało 31% badanych. Osoby, które „raczej nie” wyraziłyby zgody, stanowią 14% grupy. Tylko 1% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie nie”. Odpowiedź „Nie wiem” wybrało 4% uczestników badania (ryc. 8).



Rycina 8. Czy wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie narządów po śmierci, w celu przeszczepienie ich innym osobom?

Źródło: opracowanie własne

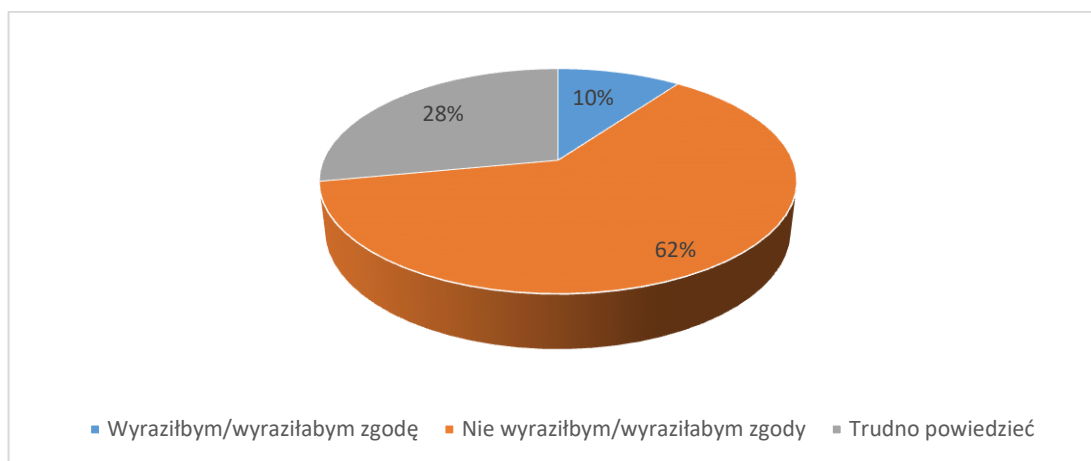
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie o wyrażenie zgody na pozyskanie narządów od bliskiej osoby po jej śmierci, jeśli ta osoba nie miała nic przeciwko pobieraniu od niej narządów. Większość respondentów, czyli 78%, stwierdziła, że wyraziłaby zgodę. 10% badanych odpowiedziało, że nie wyraziłoby zgody. Grupa niezdecydowanych, którzy odpowiedzieli "Trudno powiedzieć", stanowi 12% uczestników badania (ryc. 9).



Rycina 9. Czy wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pozyskanie narządów od bliskiej osoby po jej śmierci, w przypadku gdy ta osoba nie miała nic przeciwko pobieraniu od niej narządów?

Źródło: opracowanie własne

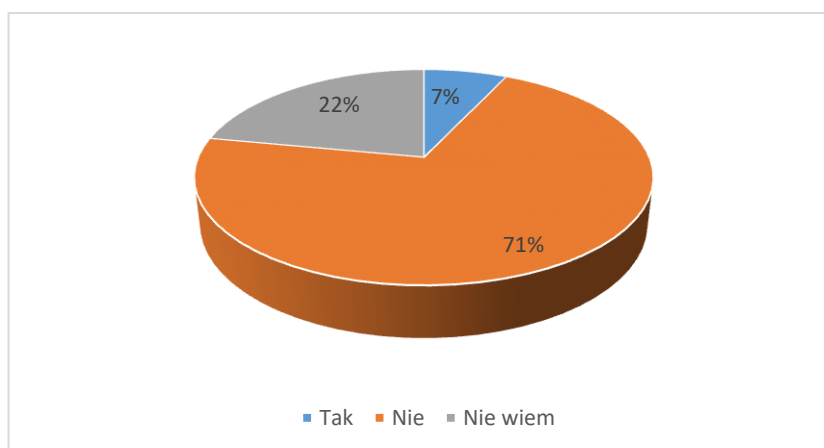
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie o wyrażenie zgody na pozyskanie narządów od bliskiej osoby po jej śmierci, w przypadku gdy ta osoba nie wyrażała zgody na pobieranie od niej narządów. Większość respondentów, czyli 62%, stwierdziła, że nie wyraziłaby zgody. Osoby, które odpowiedziały, że wyraziłyby zgodę, stanowią 10% badanych. Grupa niezdecydowanych, którzy odpowiedzieli „Trudno powiedzieć”, stanowi 28% uczestników badania (ryc. 10).



Rycina 10. Czy wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę pozyskanie narządów od bliskiej osoby po jej śmierci, w przypadku gdy ta osoba nie wyrażała zgody na pobieranie od niej narządów?

Źródło: opracowanie własne

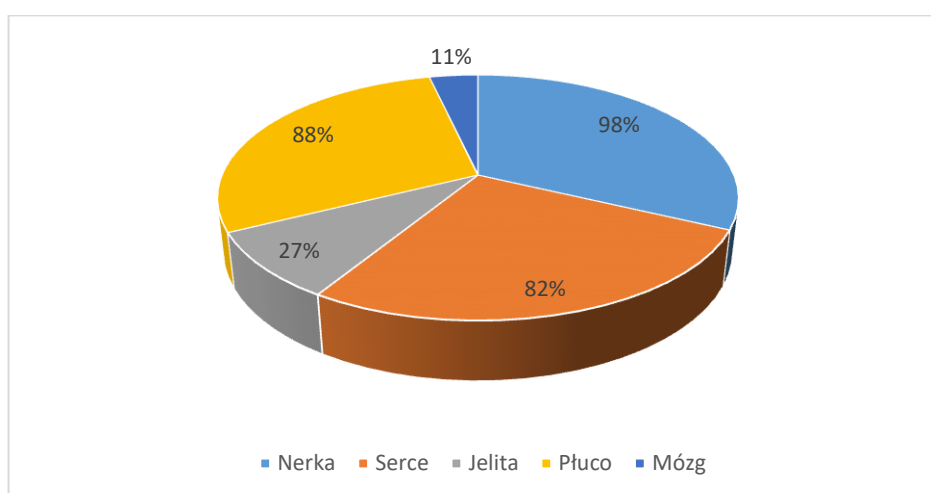
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy procedura pobierania narządów narusza integralność i godność zmarłego. Większość respondentów, czyli 71%, odpowiedziała, że procedura ta nie narusza integralności ani godności zmarłego. 7% badanych uważa, że procedura pobierania narządów narusza godność zmarłego. Grupa niezdecydowanych, którzy odpowiedzieli „Nie wiem”, stanowi 22% uczestników badania (ryc. 11).



Rycina 11. Czy według Pana/Pani procedura pobierania narządów narusza integralność i godność zmarłego?

Źródło: opracowanie własne

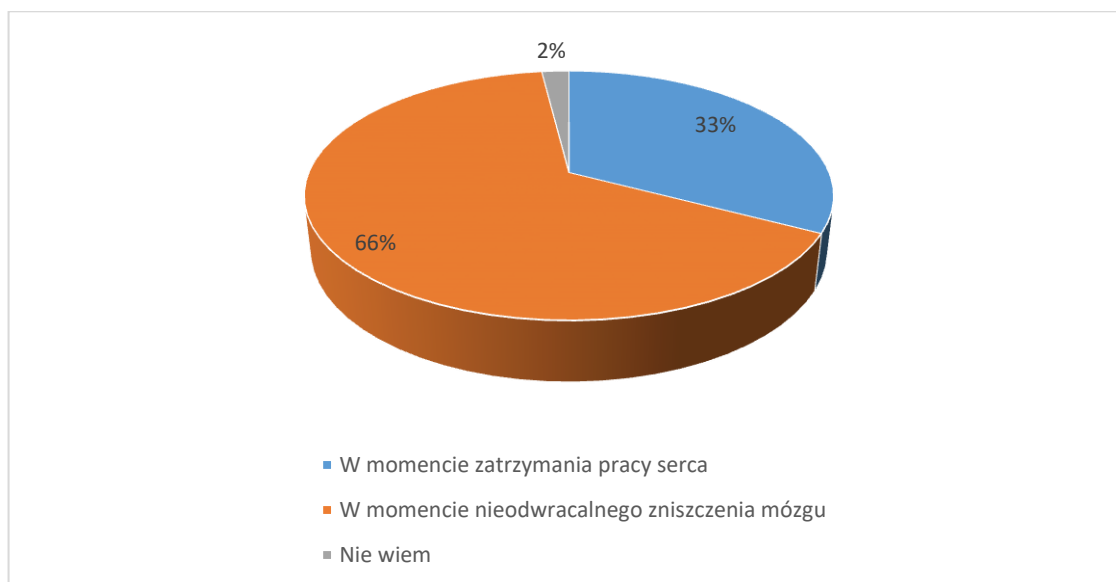
Rycina przedstawia procentową znajomość różnych narządów, które można przeszczepić według respondentów. Najwięcej osób, czyli 98%, uważa, że możliwe jest przeszczepienie nerek. Płuca są drugim najczęściej wskazywanym narządem, z 88% odpowiedzi potwierdzających możliwość ich przeszczepienia. Serce również jest wysoko na liście, z 82% odpowiedzi afirmatywnych. Jelita są mniej powszechnie uznawane za narząd możliwy do przeszczepienia, z 27% odpowiedzi. Najmniej respondentów, bo tylko 11%, uważa, że można przeszczepić mózg (ryc. 12).



Rycina 12. Jaki narząd ludzki można przeszczepić? (możliwość wielokrotnego wyboru)

Źródło: opracowanie własne

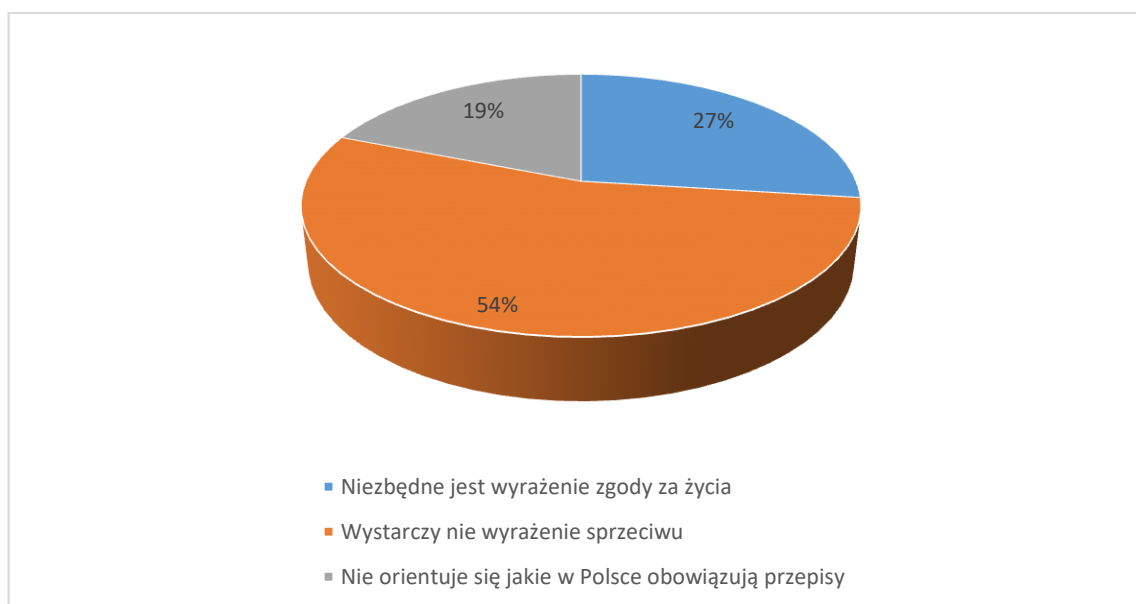
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, w którym momencie, według respondentów, następuje śmierć człowieka. Większość, czyli 65% badanych, uważa, że śmierć następuje w momencie nieodwracalnego zniszczenia mózgu. 33% respondentów wskazało na moment zatrzymania pracy serca jako kryterium śmierci. Tylko 2% uczestników badania stwierdziło, że nie wiedzą, kiedy następuje śmierć (ryc. 13).



Rycina 13. W którym momencie Pana/Pani zdaniem następuje śmierć człowieka?

Źródło: opracowanie własne

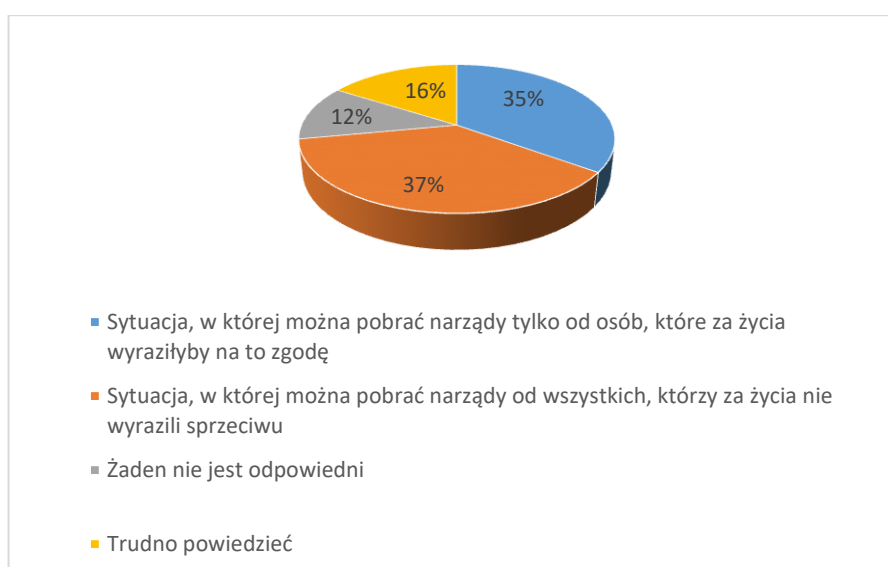
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie o regulacje prawne dotyczące pobierania narządów w Polsce według wiedzy respondentów. Większość, czyli 54%, osób uważa, że w Polsce wystarczy nie wyrażenie sprzeciwu, aby narządy mogły być pobrane po śmierci. 27% respondentów myśli, że niezbędne jest wyrażenie zgody za życia. 19% uczestników badania przyznaje, że nie orientuje się, jakie przepisy obowiązują w Polsce w tej kwestii (ryc. 14).



Rycina 14. Jakie regulacje prawne według Pana/Pani wiedzy dotyczące pobierania narządów obowiązują w Polsce?

Źródło: opracowanie własne

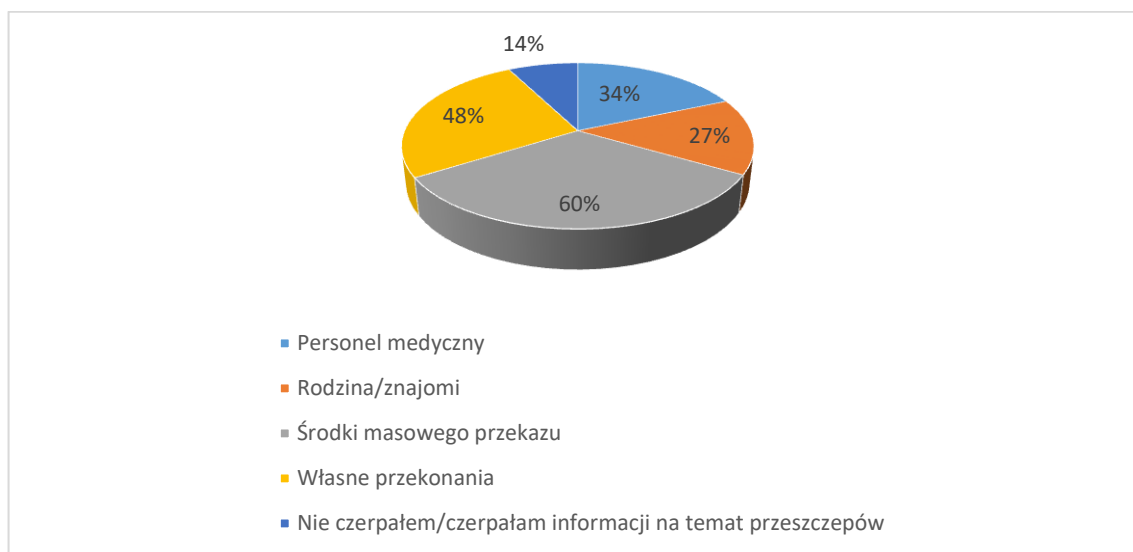
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie o najlepszą regulację dotyczącą pobierania narządów. Lekka większość, czyli 37% respondentów, uważa, że najlepszym rozwiązaniem jest sytuacja, w której można pobrać narządy od osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu. 35% badanych preferuje system, w którym narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę. 12% respondentów uważa, że żaden z wymienionych sposobów nie jest odpowiedni, a 16% stwierdza, że trudno powiedzieć, który sposób jest najlepszy.



Rycina 15. Który z wymienionych sposobów uważa Pan/Pani za najlepszy jako regulacja dotycząca pobierania narządów?

Źródło: opracowanie własne

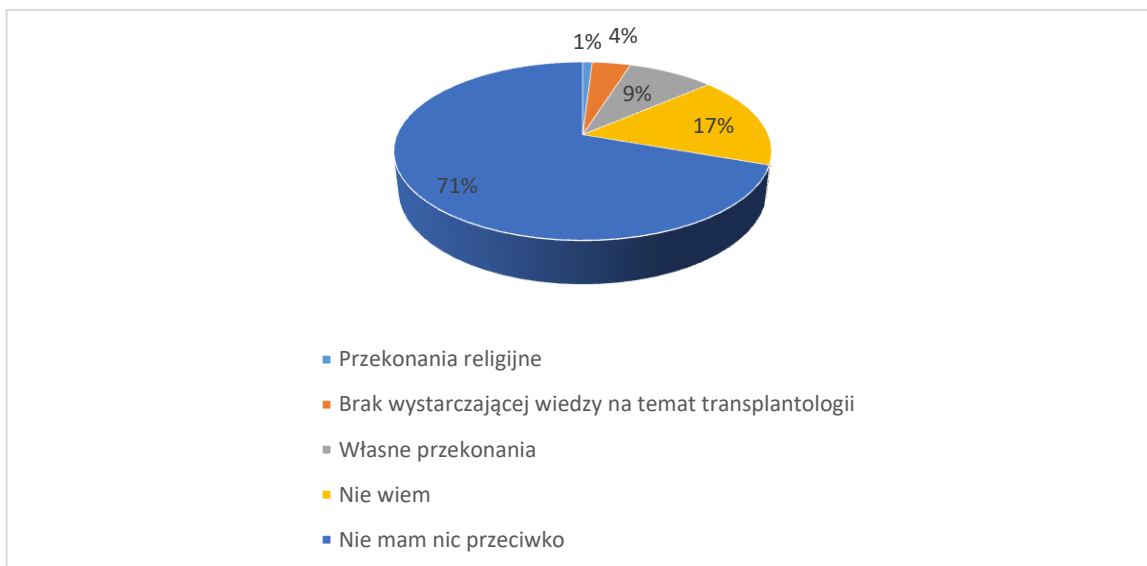
Rycina przedstawia źródła, z których respondenci czerpali wiedzę na temat transplantologii. Najwięcej osób, czyli 60%, wskazało środki masowego przekazu jako główne źródło informacji. Własne przekonania jako źródło wiedzy podało 48% badanych. Personel medyczny jako źródło informacji wskazało 34% respondentów. Rodzina i znajomi jako źródło wiedzy została wymieniona przez 27% osób. 14% uczestników badania stwierdziło, że nie czerpało informacji na temat przeszczepiania narządów (ryc. 16).



Rycina 16. Skąd czerpał/czerpała Pan/Pani wiedzę na temat transplantologii? (możliwość wielokrotnego wyboru)

Źródło: opracowanie własne

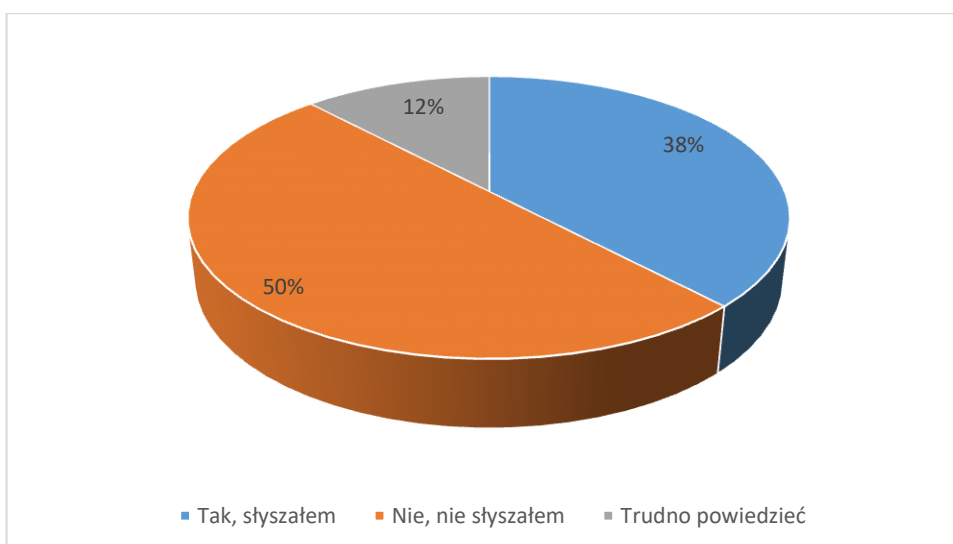
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, dlaczego respondenci nie wyraziliby zgody na pobranie narządów po śmierci. Większość, czyli 71%, zadeklarowała, że nie ma nic przeciwko pobieraniu narządów po śmierci. 17% badanych odpowiedziało, że nie wiedzą, dlaczego nie wyraziliby zgody. Własne przekonania jako powód braku zgody podało 9% respondentów. Brak wystarczającej wiedzy na temat transplantologii jako powód wskazało 4% osób. Tylko 1% respondentów zadeklarowało, że ich przekonania religijne stanowią powód braku zgody na pobranie narządów po śmierci (ryc. 17).



Rycina 17. Dlaczego nie wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgody na pobranie narządów po śmierci? (możliwość wielokrotnego wyboru)

Źródło: opracowanie własne

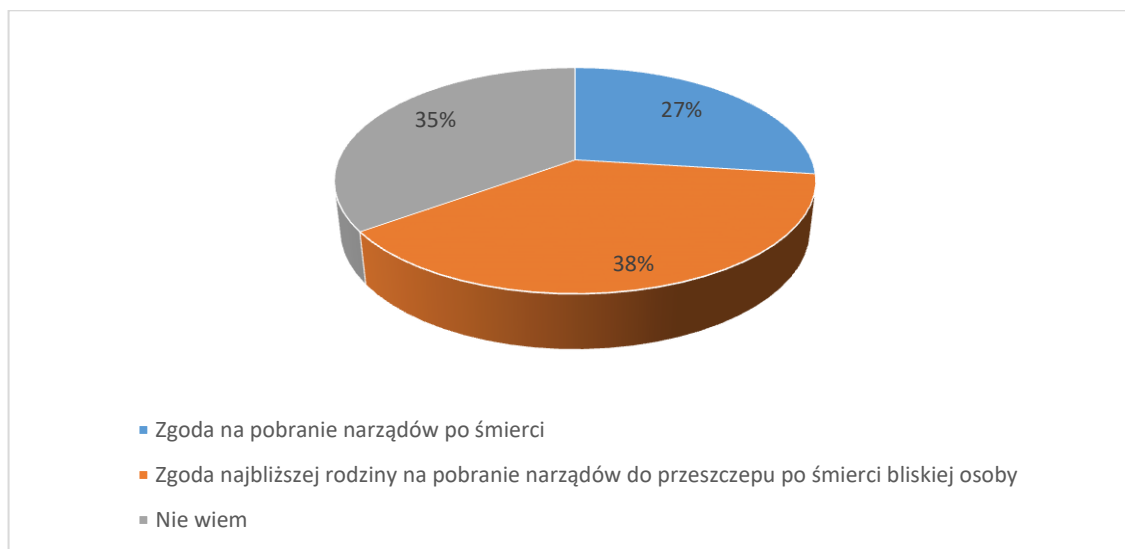
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy respondenci słyszeli o oświadczeniu woli, które pozwala potwierdzić zgodę na pobieranie narządów w krytycznej sytuacji. Większość, czyli 50% respondentów, stwierdziła, że nie słyszała o takim oświadczeniu. 38% osób odpowiedziało, że słyszało o tym. Grupa niezdecydowanych, którzy odpowiedzieli „Trudno powiedzieć”, stanowi 12% uczestników badania (ryc. 18).



Rycina 18. Czy słyszał Pan/Pani o oświadczeniu woli, które w krytycznej sytuacji pozwala potwierdzić zgodę na pobieranie narządów?

Źródło: opracowanie własne

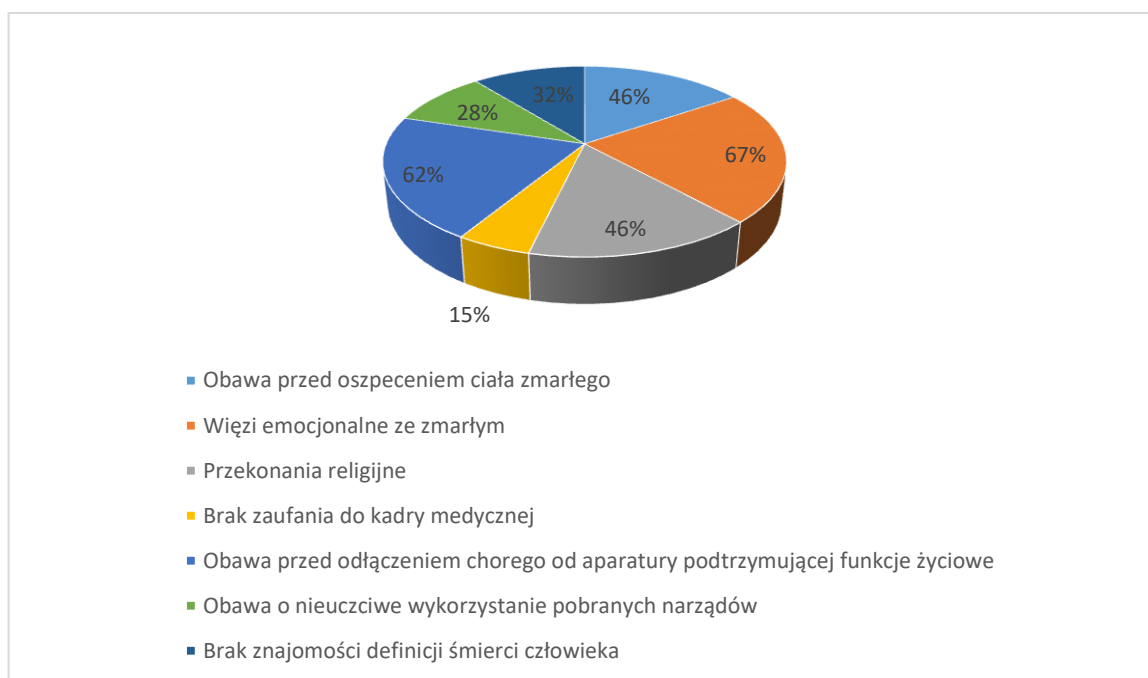
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie dotyczące definicji "zgody domniemanej". Największa grupa respondentów, czyli 38%, uważa, że zgoda domniemana to zgoda najbliższej rodziny na pobranie narządów do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby. Natomiast 27% badanych myśli, że zgoda domniemana oznacza zgodę na pobranie narządów po śmierci. Grupa osób, które odpowiedziały „nie wiem”, stanowi 35% respondentów (ryc. 19).



Rycina 19. Zgoda domniemana to:

Źródło: opracowanie własne

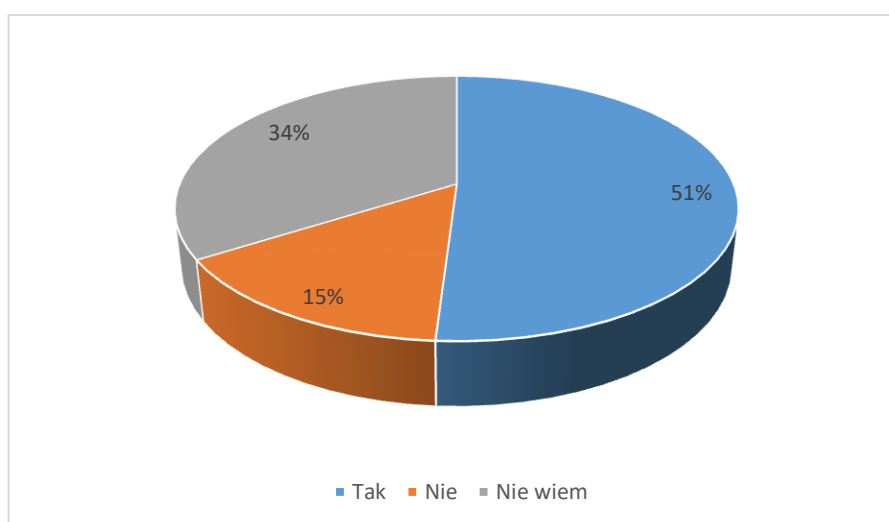
Rycina przedstawia najczęstsze motywy sprzeciwu rodziny wobec pobierania narządów lub tkanek do przeszczepu od zmarłych bliskich. Najwięcej osób, czyli 67%, wskazało więzi emocjonalne ze zmarłym jako główny powód sprzeciwu. Kolejnym często wymienianym motywem jest obawa przed odłączeniem chorego od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe, co wskazało 62% respondentów. Obawy przed oszpeceniem ciała zmarłego oraz przekonania religijne zostały wymienione przez po 46% badanych. Natomiast 32% osób uważa, że brak znajomości definicji śmierci człowieka jest powodem sprzeciwu. Obawa o nieuczciwe wykorzystanie pobranych narządów została wskazana przez 28% respondentów, a brak zaufania do kadry medycznej przez 15% (ryc. 20).



Rycina 20. Do najczęstszych motywów sprzeciwu rodziny wobec zamiaru pobrania narządów/tkanek do przeszczepu należą: (możliwość wielokrotnego wyboru)

Źródło: opracowanie własne

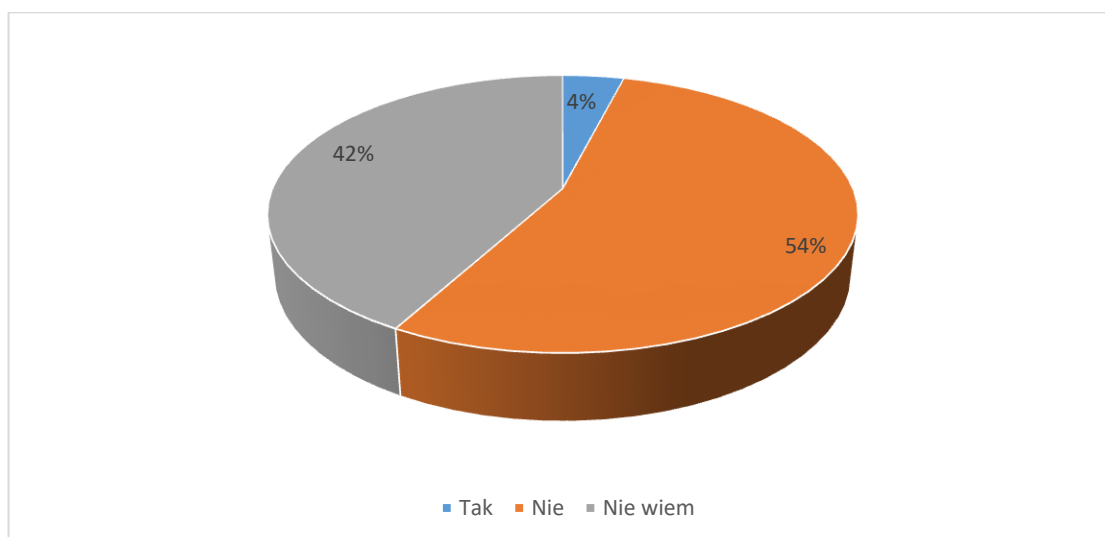
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy bliscy respondentów znają ich zdanie na temat dawstwa narządów. Większość, czyli 51% badanych, odpowiedziała, że ich bliscy znają ich zdanie na ten temat. 34% respondentów nie jest pewnych, czy ich bliscy znają ich zdanie, a 15% stwierdziło, że ich bliscy nie znają ich opinii na temat dawstwa narządów (ryc. 21).



Rycina 21. Czy Twoi bliscy znają Twoje zdanie na temat dawstwa narządów?

Źródło: opracowanie własne

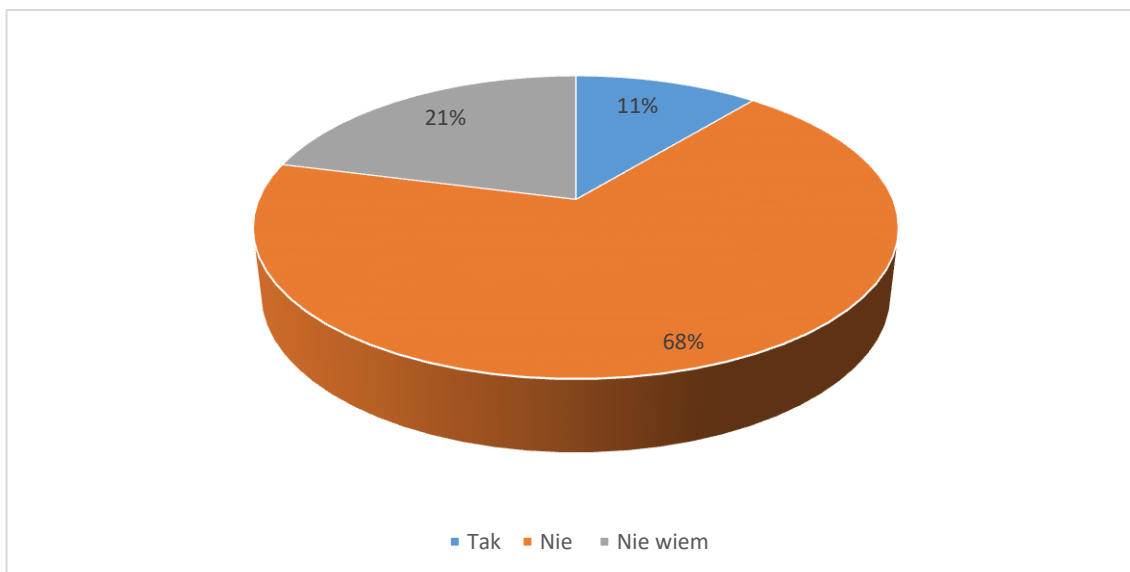
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy w Polsce przeszczepia się wystarczającą ilość narządów. Większość respondentów, czyli 54%, uważa, że w Polsce nie przeszczepia się wystarczającej ilości narządów. 42% badanych nie jest pewnych i odpowiedziało „nie wiem”. Tylko 4% respondentów uważa, że w Polsce przeszczepia się wystarczającą ilość narządów (ryc. 22).



Rycina 22. Czy w Polsce przeszczepia się wystarczająca ilość narządów?

Źródło: opracowanie własne

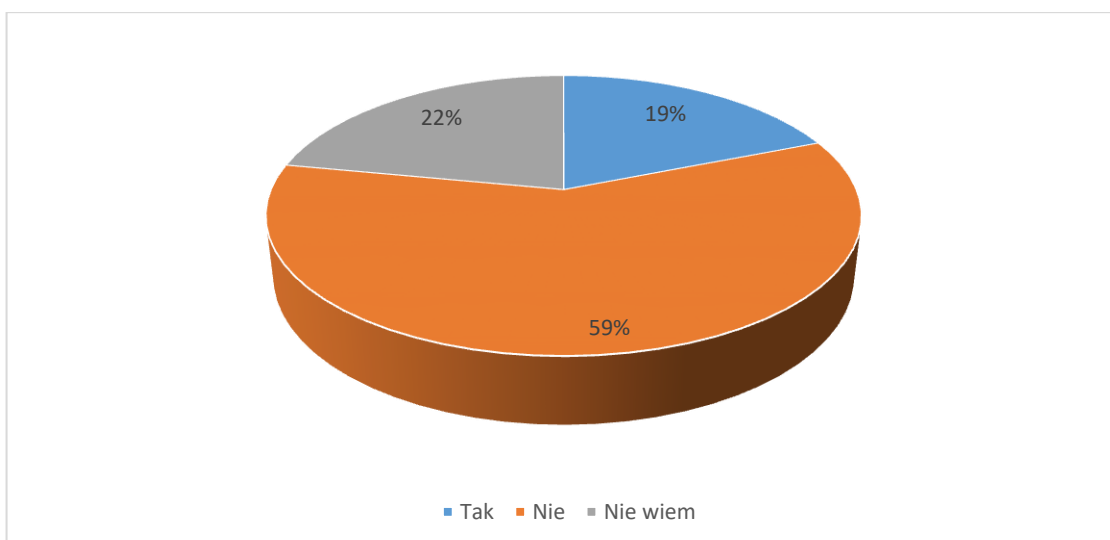
Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy lekarze powinni pobierać narządy, gdy rodzina wyrazi sprzeciw. Większość, czyli 68% respondentów, uważa, że lekarze nie powinni pobierać narządów w takiej sytuacji. 21% badanych nie jest pewnych, czy to odpowiednie działanie, i odpowiedziało „nie wiem”. Tylko 11% osób uważa, że lekarze powinni kontynuować pobieranie narządów mimo sprzeciwu rodziny (ryc. 23).



Źródło: opracowanie własne

Rycina 23. Czy lekarze powinni pobierać narządy, gdy rodzina wyrazi sprzeciw?

Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy biorca powinien znać dawcę narządów. Większość, czyli 59% respondentów, uważa, że biorca nie powinien znać dawcy. 22% badanych nie ma pewności w tej kwestii i odpowiedziało "nie wiem". Tylko 19% osób uważa, że biorca powinien znać dawcę (ryc. 24).

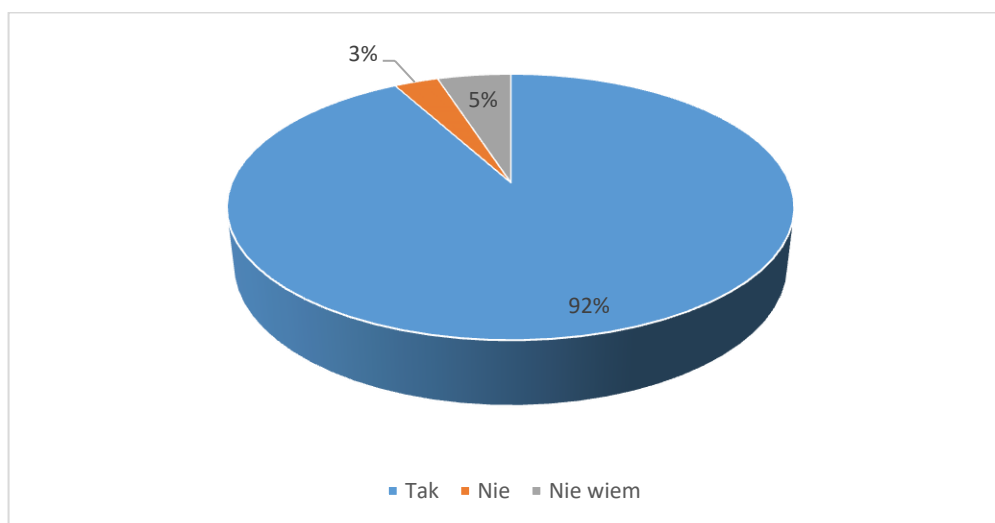


Rycina 24. Czy biorca powinien znać dawcę?

Źródło: opracowanie własne

Rycina przedstawia odpowiedzi na pytanie, czy społeczeństwu jest potrzebna wiedza na temat transplantacji. Zdecydowana większość, czyli 92% respondentów, uważa, że tak,

społeczeństwo potrzebuje wiedzy na temat transplantacji. Tylko 3% badanych uważa, że nie jest to potrzebne, a 5% odpowiedziało „nie wiem” (ryc. 25).



Rycina 25. Czy według Ciebie społeczeństwu jest potrzebna wiedza na temat transplantacji?

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

W dyskusji wyników badania na temat postaw społeczeństwa wobec transplantacji organów, kluczowe jest zwrócenie uwagi na kilka istotnych obserwacji i porównanie ich z wynikami badań innych autorów.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że zdecydowana większość respondentów wyraża pozytywne podejście do donacji organów, zarówno w kontekście własnych organów po śmierci, jak i zgody na pobranie organów od bliskiej osoby, o ile nie wyraziła ona za życia sprzeciwu. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej, gdzie 87% Polaków akceptuje przeszczepy narządów od zmarłych i uważa je za właściwe, z czego 62% wyraziło to stanowisko bardzo stanowczo, a jedynie 7% nie zgadza się z tą metodą leczenia [2].

W badaniach zauważono również, że chociaż akceptacja dla transplantacji jest wysoka, znacząca część respondentów przyznała, że nie ma wystarczającej wiedzy na temat stanu transplantologii w Polsce. To sugeruje brak głębokiej świadomości o funkcjonowaniu tych procedur. Połowa badanych nie była świadoma istnienia oświadczenia woli, co może wpływać na podejmowane przez nich decyzje dotyczące donacji. Podobne wnioski można

znaleźć w pracy Gorzkiewicza B. i współautorów, którzy zauważyli, że poziom akceptacji dla pobierania narządów jest wyższy wśród młodych ludzi z wyższym wykształceniem [3].

Wykazano, że większość badanych nie uważa, że procedura pobierania narządów narusza godność czy integralność zmarłego, co wskazuje na pozytywne postrzeganie procesu transplantacyjnego. Jednakże obawy związane z oszpeceniem ciała, emocjonalnymi więziami, przekonaniami religijnymi oraz brakiem zaufania do personelu medycznego w dalszym ciągu stanowią bariery. W badaniu przeprowadzonym przez Majchrowicz B. i Sadowską L., ponad 80% respondentów wyraziło akceptację dla pobierania narządów po śmierci oraz zadeklarowało gotowość do przekazania swoich własnych narządów [4].

W kontekście regulacji prawnych, wyniki wskazują na podzielone opinie co do najlepszego modelu regulacji prawnej pobierania organów, z lekką przewagą dla modelu opartego na braku sprzeciwu. Niejednoznaczność ta może wskazywać na potrzebę lepszego informowania społeczeństwa o istniejących przepisach oraz ich konsekwencjach.

Stwierdzono również, że wyraźna większość respondentów uważa, że społeczeństwu potrzebna jest większa wiedza na temat transplantacji, co podkreśla potrzebę prowadzenia edukacyjnych kampanii publicznych. Takie działania mogłyby lepiej informować społeczeństwo o korzyściach i procedurach związanych z transplantacją organów, zwiększając tym samym ogólną akceptację dla tych procedur i potencjalnie zwiększając liczbę deklarowanych donacji.

W badaniach własnych potwierdzono również obserwacje innych autorów dotyczące akceptacji dla transplantacji wśród studentów. Podobnie jak w badaniach Gorzkiewicza B. i współautorów, stwierdzono, że najwyższą akceptację dla pobierania narządów wykazali studenci kierunków medycznych [3].

Transplantacja organów jest często tematem szeroko dyskutowanym. Wyniki badań wskazują, że metoda ta jest akceptowana, zwłaszcza gdy chodzi o pobieranie organów od osób zmarłych. Najwięcej wątpliwości budzi jednak kwestia definicji śmierci mózgowej, co pokazuje, że pomimo ogólnej akceptacji dla transplantacji, nadal istnieje niepewność co do kryteriów śmierci, które umożliwiają pobranie organów [5].

W wielu przeprowadzonych badaniach, zarówno niezależnych, jak i tych realizowanych przez Centrum Badania Opinii Społecznej, obserwuje się znaczącą zgodność wśród respondentów co do uznania transplantacji organów za etycznie uzasadnioną. Większość uczestników badań pozytywnie ocenia pobieranie organów od zmarłych osób w celach transplantacyjnych, co wskazuje na szeroką akceptację tej praktyki jako metody

leczenia. Ta pozytywna ocena odzwierciedla rosnące społeczne wsparcie dla procedur transplantacyjnych jako istotnego elementu współczesnej medycyny [6].

Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) potwierdzają, że wyższy poziom wiedzy może być rezultatem kilku czynników. Po pierwsze, badani w młodszym wieku mają często lepszy dostęp do różnorodnych źródeł informacji, co sprzyja ich zdobywaniu wiedzy. Po drugie, ludzie młodzi, ze względu na aktualność i dynamiczność świata, mogą być bardziej zaangażowani w proces zdobywania informacji. Dodatkowo, wyższy poziom wykształcenia, który często występuje wśród osób młodszych, może również wpływać na ich większą wiedzę. Ogólnie rzecz biorąc, wyniki te sugerują, że wiek, dostęp do informacji oraz poziom wykształcenia są powiązane z poziomem wiedzy [7].

Według przeprowadzonych badań autorstwa Borkowskiej i Falkowskiej-Pijagin wynika, że znaczna większość respondentów, aż 75%, zgodziłaby się na pobranie swoich narządów w przypadku śmierci, jako darowiznę do przeszczepu. Tylko 4% wyraziłoby sprzeciw wobec takiego działania. Dodatkowo, ponad połowa badanych (53%) nie miałaby nic przeciwko oddaniu narządów osobom bliskim dla przeszczepu, z czego 36% zdecydowanie nie sprzeciwiałoby się takiemu działaniu. Jednakże 31% respondentów nie wyraziłoby zgody na pobranie swoich narządów po śmierci [8].

Większość społeczeństwa posiada jedynie dostateczną wiedzę na temat transplantacji narządów, co ma istotny wpływ na ich postawy wobec tego tematu. Dlatego istnieje potrzeba podejmowania różnorodnych działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej i eliminowanie negatywnych stereotypów związanych z transplantologią. Istotnym czynnikiem kształtującym postawy społeczne w Polsce wobec transplantacji jest również pozytywne stanowisko Kościoła katolickiego w tej kwestii. Jan Paweł II wyraził akceptację dla medycznego kryterium śmierci, uznając, że śmierć człowieka następuje w momencie zgonu mózgu [9].

Wysoki poziom świadomości społecznej na temat transplantacji narządów może znacząco przyczynić się do kształtowania właściwych postaw wobec przeszczepów. Przeszczepianie narządów jest niezwykle istotne dla osób chorych, stanowiąc często jedyną szansę na uratowanie życia dla pacjentów z niewydolnością narządów, taką jak serce, wątroba czy nerki. Niemniej jednak, aby przeprowadzić taki przeszczep i zapewnić ratunek dla pacjenta, niezbędny jest dawca narządów. Dlatego też każda zgoda na oddanie narządów po śmierci jest nieoceniona, gdyż umożliwia uratowanie życia osobom, dla których przeszczep stanowi jedyną nadzieję na przeżycie [10].

WNIOSKI

1. Z analizy wyników badań dotyczących postaw społeczeństwa wobec transplantacji organów wynika, że ogólna akceptacja dla tej procedury medycznej jest wysoka. Zdecydowana większość respondentów popiera pobieranie organów po śmierci, pod warunkiem braku sprzeciwu ze strony dawcy, co wskazuje na preferencję modelu opartego na zasadzie domniemanej zgody. Jednak istotne obawy dotyczące definicji śmierci mózgowej i integralności ciała zmarłego pokazują, że potrzebne są dalsze działania edukacyjne. Edukacja powinna skupić się na wyjaśnieniu procedur i zasad etycznych związanych z transplantacją, co może pomóc w zmniejszeniu obaw i niepewności.

2. Wyniki pokazują, że istnieje brak wiedzy na temat prawnych aspektów transplantacji oraz oświadczeń woli, co podkreśla potrzebę lepszego informowania społeczeństwa. Większość respondentów uważa, że wiedza na temat transplantacji jest potrzebna, co wskazuje na pozytywne nastawienie do edukacji i otwartość na zdobywanie informacji.

3. W kontekście regulacji prawnych, podział opinii między modelem zgody wyrażonej a modelem braku sprzeciwu sugeruje, że społeczeństwo może nie być jednomyślne co do najlepszego sposobu regulowania pobierania organów. To różnorodność opinii może być sygnałem dla decydentów i organizacji zdrowotnych do prowadzenia dalszych dialogów i badań w celu osiągnięcia szerokiego konsensusu.

4. Wyniki badań wskazują na konieczność prowadzenia kampanii publicznych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości społecznej oraz zaufania do procedur transplantacyjnych, co może przyczynić się do zwiększenia liczby deklarowanych zgód na donację organów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kowalewska B., Truskowska E., Klimaszewska K.: Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów – podstawy teoretyczne. [w:] W drodze do brzegu życia tom XI, pod red. Krajewskiej-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. Wyd. Duchno, Białystok 2013:12-18.
2. Dereczyński W.: Opinie o przeszczepianiu narządów. Komunikat z badań. Warszawa BS/161/2005;2-10

3. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010;18(2):111-116
4. Majchrowicz B., Sadowska L.: Problemy społeczne w świetle badań poziomu akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród mieszkańców Podkarpacia. *Onkol. Pol.* 2012;15(1):9-16
5. Mazur A. i wsp.: Zachowania studentów dotyczące przeszczepiania narządów z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. *Hygeia Public Health* 2018; 53(4): 371-376
6. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. Warszawa 2016r. Retrieved June 19, 2019, from https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF
7. Centrum Badania Opinii Społecznej: Komunikat z Badań – Postawy wobec przeszczepiania narządów. Warszawa 2011: https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF
8. Skolimowska A., Łaba M.: Transplantacja wątroby. *Mag Pielęgn Położn* 2008, 10: 35-36
9. Jan Paweł II: O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. [w:] *Encyklika Evangelium Vitae* 1995: 15: 63-86
10. Gorzkowicz B, Majewski W, Tracz E i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród uczelni wyższych Szczecina. *Probl. Pielęgn.* 2010, 18(2): 111-116

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ KOŁOSTOMIĄ

Monika Kozestańska – Oczkowska¹, Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Olejnik²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Stomia jest to zamierzone, chirurgiczne zespolenie narządów jamistych (takich jak jelito czy moczowód) z powierzchnią zewnętrzną powłok. Stomia jelitowa dotyczy układu pokarmowego i jest to zespolenie światła jelita ze skórą, w celu ominięcia pewnego odcinka przewodu pokarmowego i umożliwienia wydalania zbędnych produktów przemiany materii z organizmu. Pomimo faktu, że wyłonienie stomii powoduje skrócenie przewodu pokarmowego (a wraz z tym, skrócenie czasu trawienia zjedzonego pożywienia), to taki zabieg niejednokrotnie pozwala uratować życie wielu chorym. Ze względu na funkcję, którą pełni stomia nazywana jest czasem sztucznym odbytem, chociaż nie podlega ludzkiej woli i kontroli wydalania przetrawionej treści pokarmowej, jak to się dzieje w przypadku naturalnego odbytu. Wyłonienie przetoki jelitowo-skróconej może przebiegać w sposób planowy lub być przeprowadzone w nagłych sytuacjach [1].

Wskazania planowe do wyłonienia stomii jelitowej [2]:

- Nowotwory jelita grubego, odbytnicy lub inne uniemożliwiające kontrolę oddawania stolca – najczęstsza przyczyna.
- Nieswoiste zapalenie jelit o ciężkim przebiegu takie jak choroba Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego.
- Rodzinna polipowatość gruczolakowata.
- Niedrożność porażenna jelita grubego.
- Przetoki jelitowe.
- Niewydolność zwieraczy odbytu.
- Ciężkie stany septyczne krocza.
- Popromienne zapalenia jelita.
- Operacje paliatywne w nieoperacyjnych nowotworach jelita.

- Uchyłkowa choroba jelita grubego z powikłaniami takimi jak perforacja lub całkowite zatrzymanie stolca.
- Rozległa endometrioza jelita grubego.

Wskazania pilne do wyłonienia stomii jelitowej:

- Rozległy zator tętnicy krezkowej
- Niedrożność przewodu pokarmowego
- Perforacja przewodu pokarmowego powikłana kałowym zapaleniem otrzewnej
- Mechaniczny uraz brzucha [3, 4].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową nie polega jedynie na pielęgnacji stomii, lecz jest kompleksowa i niezbędna do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego pacjenta. Profesjonalna opieka pielęgniarska zaczyna się jeszcze przed operacją wyłonienia sztucznego odbytu. Pielęgniarka oprócz fizycznego przygotowania pacjenta do operacji, może aktywnie uczestniczyć w edukacji jego oraz jego rodziny, pomóc mu psychicznie przygotować się do życia ze stomią, odpowiedzieć na wiele pytań rodzących się w jego głowie oraz zmotywować do świadomego i aktywnego udziału w procesie terapeutycznym. Kluczowa rola ma miejsce od razu po zabiegu, kiedy to do zadań pielęgniarki należy dbanie o świeżo wyłonioną stomię. Prawidłowe zaopatrzenie jej, higiena i pielęgnacja jest niezbędna w zapobieganiu wystąpienia powikłań. Najczęściej początkowo pielęgniarka wykonuje wszystkie czynności sama, a pacjent tylko biernie uczestniczy w całym procesie, obserwując go. Następnie, podczas hospitalizacji, pielęgniarka edukuje go jak prawidłowo dbać o stomię, jak dobrać odpowiedni sprzęt czy jak należy opróżniać worek stomijny. Bardzo ważne jest zachęcanie do samodzielności, które znosi uczucie niesprawności. Wraz ze zdobywaniem przez pacjenta nowych informacji i umiejętności wzrasta jego niezależność, a co za tym idzie zwiększa się poczucie jego własnej wartości oraz samoocena. Jednak edukacja pacjenta może stanowić wyzwanie ze względu na stopień jego gotowości do samoopieki oraz krótki czas hospitalizacji, ponieważ w przypadku braku komplikacji pacjenci są wypisywani maksymalnie po 7-8 dniach od operacji do domu. Wobec powyższego, podczas wspólnie spędzonego czasu pielęgniarka powinna przekazać wszelkie niezbędne informacje pacjentowi w atmosferze zaufania, zrozumienia oraz poczucia wsparcia, tak aby jak najlepiej wykorzystać wspólnie spędzony czas i stworzyć przestrzeń, gdzie pacjent bez obaw będzie mógł zadać pytania i rozwiązać nurtujące go wątpliwości. W tym niedługim czasie należy również mobilizować pacjenta do ruchu i pomóc mu w powrocie do wykonywanych codziennych aktywności z przed zabiegu. Od temperamentu oraz podejścia personelu

pielęgniarskiego może zależeć szybkość adaptacji pacjenta do nowej sytuacji. Po wypisaniu ze szpitala pacjent dalej może zgłosić się do pielęgniarki stomijnej z prośbą o pomoc i wsparcie. Doświadczeni pracownicy ochrony zdrowia mogą zaoferować skuteczną pomoc w leczeniu trudno gojących się ran, które mogą sprawiać pacjentowi szczególną trudność. Po powrocie pacjenta do domu pielęgniarka, w zależności od potrzeb chorego, może dalej kontynuować edukację pacjenta dotyczącą życia codziennego ze stomią takich jak sposób żywienia, aktywność fizyczna czy współżycie seksualne z przetoką jelitowo-skórną oraz angażować jego rodzinę do udziału w procesie terapeutycznym. Ponadto doświadczona pielęgniarka powinna motywować pacjenta do prawidłowej samoopieki nad stomią oraz wspierać go oraz jego rodzinę w trudniejszych momentach [5, 6].

Celem opieki pielęgniarskiej w całym procesie terapeutycznym oprócz tradycyjnej roli sprawowania bezpośredniej opieki, pielęgnacji oraz wykonywania zleceń lekarskich, ogromne znaczenie ma rola edukacyjna, wspierająca i motywująca, a dobrze wyedukowany oraz samodzielny pacjent jest ogromnym sukcesem zespołu terapeutycznego, dającym poczucie dobrze wypełnionego zadania, które stanowi napęd do dalszej pracy z kolejnymi chorymi [7, 8].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy jest: przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad chorym z wyłonioną kolostomią.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badań wykorzystaną w pracy jest studium indywidualnego przypadku, która polega na „analizie sytuacji psychospołecznej i kulturowej osoby, która wynika z choroby i jej następstw, a także leczenia z nastawieniem a rozpoznanie problemów zdrowotnych i opracowanie modelu opieki pielęgniarskiej [9]. Dane niezbędne do opracowania tematu zebrano za pomocą kilku technik badawczych: wywiadu przeprowadzonego z pacjentką podczas jej pobytu w szpitalu, obserwacji pielęgniarskiej, analizy zebranej dokumentacji medycznej oraz pomiarów podstawowych parametrów.

Narzędzia badawcze to „przedmioty służące do realizacji wybranej techniki badań” [9]. Wykorzystane narzędzia to: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie Skala Barthel, BMI – Body Mass Index – klasyfikacja nadwagi i otyłości, Skala Glasgow – skala służąca do oceny poziomu świadomości, Skala Norton – w celu oceny ryzyka rozwoju odleżyn, Skala AIS – ocena akceptacji choroby, SWLS - Skala satysfakcji z życia.

Badanie przeprowadzono w okresie 23-29.10.23r. w Szpitalu Powiatowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Skarżysku-Kamiennej na oddziale Chirurgii. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Kierownika Oddziału oraz samej pacjentki, która została poinformowana o celu i przewidywanym przebiegu badań. Właściwe badania trwały 7 dni (czas pobytu wybranego chorej w oddziale od chwili przyjęcia do wypisu). Pacjenta wybrano losowo – był to pierwszy pacjent przyjęty w celu wyłonienia kolostomii.

WYNIKI

Opisem przypadku objęto 48-letnią kobietę przyjętą 23.10.23r. w trybie pilnym na oddział Chirurgii Szpitala Powiatowego im. Marii Skłodowskiej-Cuire w Skarżysku-Kamiennej w celu wyłonienia kolostomii z powodu zaawansowanego nowotworu jelita grubego. Przy przyjęciu pacjentka w stanie ogólnym średnim. Zorientowana auto- i allopsychicznie. Zgłasza tępy, rozlany ból brzucha, wzdęcia oraz zatrzymanie gazów i stolca od 3 dni.

Pacjentka dotychczas nie lecząca się przewlekłe, bez stałej kontroli specjalistów, nie przyjmująca żadnych leków. Stan po wycięciu pęcherzyka żółciowego w 2015r. Zgłosiła się 26.09.23r. do ginekologa z powodu nieregularnych krwawień miesięczkowych. Podczas badania USG ginekolog zaniepokojony uzyskanym obrazem w rzucie lewego jajnika zdecydował o skierowaniu kobiety na pilną kolonoskopię. Kolonoskopia wykazała egzofitycznego guza jelita grubego, znajdującego się w esicy, zamykającego niemal całkowicie światło jelita grubego. Chora bez uczuleń.

Podczas hospitalizacji pacjentka przeszła operację usunięcia esicy sposobem Hartmanna oraz lewych przydatków. Wyłoniono kolostomię. Badanie histopatologiczne wykazało gruczolakoraka cewkowego jelita grubego oraz jego przerzut do lewego jajnika. Dalsze badanie obrazowe – tomografia komputerowa wykazała rozlane zmiany w wątrobie. Ze względu na znaczny (IV) stopień zaawansowania choroby odstąpiono od dalszego leczenia chirurgicznego i skierowano pacjentkę do dalszego leczenia w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.

Rozpoznanie lekarskie: Rozsiana choroba nowotworowa jelita grubego – esicy, z przerzutami do lewych przydatków oraz wątroby. Stan po wycięciu lewych przydatków. Wyłoniona kolostomia.

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból spowodowany przebytą operacją w wyniku urazu nerwów, założenia szwów chirurgicznych oraz wyłonienia kolostomii.

Cel opieki pielęgniarskiej: Maksymalne zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularna ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS [Aneks, załącznik nr 1]
- Monitorowanie parametrów życiowych (HR, RR, BP) pacjentki
- Stosowanie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Zaproponowanie zmiany pozycji ciała, na taką w której dolegliwości bólowe są najmniejsze
- Wykonywanie czynności higienicznych po zastosowaniu farmakoterapii
- Zapewnienie komfortowych warunków na sali pooperacyjnej poprzez zamknięcie drzwi czy poproszenie odwiedzających o zakończenie wizyt

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Dolegliwości powoli zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ból głowy spowodowanego podwyższonym ciśnienia tętniczym krwi.

Cel opieki pielęgniarskiej: Redukcja ciśnienia krwi, minimalizacja bólu głowy.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularny pomiar oraz dokumentacja ciśnienia krwi pacjentki
- Ocena bólu za pomocą skali VAS [Aneks, załącznik nr 1]
- Stosowanie zleconego leczenia ciśnienia krwi
- Podaż leków przeciwbólowych według potrzeb
- Zalecenie odpoczynku, metod relaksacyjnych
- Poinformowanie chorej o konieczności powolnej zmiany pozycji ciała w celu uniknięcia szybkich zmian ciśnień

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Ból głowy ustąpił, ciśnienia krwi pacjentki po zastosowanej farmakoterapii unormowały się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Suchość jamy ustnej w wyniku niechęci do spożywania posiłków oraz przyjmowania płynów po operacji.

Cel opieki pielęgniarskiej: Poprawa nawilżenia jamy ustnej oraz nawodnienia pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zachęcenie pacjentki do przyjmowania płynów oraz spożywania posiłków drogą doustną
- Zapewnienie chorej o możliwości przyjmowania pożywienia doustnie
- Poinformowanie pacjentki o ryzyku związanym z zaprzestaniem przyjmowania picia oraz jedzenia oraz roli prawidłowego odżywienia w procesie terapeutycznym

- Nawilżanie śluzówki jamy ustnej
- Pomoc w toalecie jamy ustnej
- Zapropozowanie rozmowy z lekarzem w celu zastosowania substancji pobudzających apetyt

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjentka pomimo początkowej niechęci do przyjmowania płynów oraz jedzenia szybko wróciła do samodzielnego odżywiania doustnego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia krwawienia w okolicy wyłonionej kolostomii

Cel opieki pielęgniarskiej: Wczesne rozpoznanie oraz reagowanie na obecne krwawienie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Monitorowanie funkcji życiowych pacjentki takich jak tętno, ciśnienie krwi, liczba oddechów, saturacja
- Prawidłowa i odpowiednia suplementacja wodno-elektrolitowa
- Kontrola rany pooperacyjnej oraz założonych drenów
- Obserwacja miejsca operacji oraz zmiana opatrunków
- Monitorowanie dolegliwości bólowych i ich dynamiki

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie wystąpiło krwawienie pooperacyjne. Kolostomia zagoiła się prawidłowo.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej

Cel opieki pielęgniarskiej: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia, wczesne rozpoznanie oraz reagowanie na zaistniałe powikłania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja parametrów życiowych pacjentki takich jak czynność serca, ciśnienie krwi, liczba oddechów oraz temperatura
- Zadbanie o prawidłowe odżywienie oraz wyrównanie wodno-elektrolitowe
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych
- Regularna obserwacja oraz zmiana opatrunków zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- Higiena miejsca wyłonionej przetoki skórno-jelitowej, dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego

- Dezynfekcja rąk oraz używanie rękawiczek podczas kontaktu z pacjentką
- Zapewnienie chorej dostępu do toalety oraz zachęcenie do codziennych czynności higienicznych
- Podaż zleconej antybiotykoterapii oraz innych leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie wystąpiło zakażenie rany pooperacyjnej.

Diagnoza pielęgniarska 6: Zagrożenie wystąpienia wczesnych powikłań kolostomii takich jak niedokrwienie oraz martwica, spowodowanych zakrzepicą naczyń lub techniką przeprowadzonej operacji.

Cel opieki pielęgniarskiej: Wczesne rozpoznanie oraz reagowanie na powikłania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Częstość ocena wyglądu świeżo wyłonionej stomii
- Obserwacja zmiany koloru przetoki jelitowej – powinna być różowa
- W przypadku wystąpienia ciemnowiśniowego zabarwienia ocena ukrwienia śluzówki
- Poinformowanie lekarza o wszelkich zmianach w obrębie stomii oraz niepokojących objawach

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Kolostomia pacjentki pozostała różowa, prawidłowo ukrwiona.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia biegunki u pacjentki z kolostomią

Cel opieki pielęgniarskiej: Zapobieganie wystąpienia biegunki oraz reagowanie w przypadku jej wystąpienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja konsystencji stolca oraz częstości wypróżnień
- Zadbanie o prawidłowe nawodnienie drogą doustną oraz uzupełnienie elektrolitów
- Zabezpieczenie sztucznego odbytu pastą stomijną aby ograniczyć podciekanie płynnej treści kałowej i podrażnienia skóry
- Ocena, weryfikacja i modyfikacja diety – w przypadku biegunki zastosować przerwę 6-12h od przyjmowania pokarmów
- Można przyjmować kleik ryżowy, marchwiankę lub zalecić spożywanie sucharów
- Należy wyeliminować z diety gazowane płyny, alkohol, tłuste oraz bogato błonnikowe pokarmy

- Jeśli konieczne i wskazane stosowanie środków farmakologicznych takich jak Loperamid

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Luźniejszą konsystencję stolca udało się unormować dietą.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zaparć u pacjentki ze sztucznym odbytem.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zapobieganie oraz reagowanie w przypadku wystąpienia zaparć.

Interwencje pielęgniarskie:

- Analiza czynników ryzyka wystąpienia zaparć takich jak np.: stosowanie opioidów.
- Stosowanie diety lekkostrawnej oraz bogatej w błonnik
- Zachęcanie do podjęcia aktywności fizycznej w celu przyspieszenia perystaltyki jelit
- Ocena zalegania mas kałowych poprzez badanie palcem przez przetokę
- Zastosowanie środków zwiększających masę oraz zmiękczających stolec takich jak: błonnik pokarmowy, siemię lniane, olej lniany, oliwa z oliwek, dokuzan sodowy, laktuloza czy czopki glicerynowe
- Zadbanie o prawidłowe nawodnienie
- Wykonanie wlewki dojelitowej/ lewatywy w celu oczyszczenia jelita
- Zalecenie konsultacji lekarskiej w przypadku przedłużających się zaparć oraz wystąpienia bólu

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W przypadku pacjentki nie wystąpiły zaparcia.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko uszkodzenia skóry w wyniku podrażnienia treścią jelitową.

Cel opieki pielęgniarskiej: Minimalizowanie ryzyka powikłań skórnych, podejmowanie interwencji na wczesnych etapach wystąpienia ich.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularna ocena oraz obserwacja skóry wokół sztucznego odbytu.
- Dobór odpowiedniego sprzętu do zaopatrywania stomii
- Odpowiednio szczelne zaopatrywanie przetoki zgodne z zasadami aseptyki i antyseptyki
- Preferowanie sprzętu dwuczęściowego – płytki oraz przezroczysty worek stomijny.
- Mycie skóry wodą z mydłem o pH 5,5 oraz dokładne osuszanie skóry wokół stomii

- Używanie pasty stomijnej bez alkoholu, płatków hydrokolidowych oraz preparatów zabezpieczających skórę
- Zapewnienie konsultacji dermatologicznej w przypadku wystąpienia znacznego podrażnienia skóry

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Skóra pozostała niezmieniona, bez podrażnień wokół kolostomii.

Diagnoza pielęgniarska 10: Wystąpienie głośnego oddawania gazów o nieprzyjemnym zapachu.

Cel opieki pielęgniarskiej: Redukcja częstości oddawania gazów oraz korekta ich zapachu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecenie przyjmowania pokarmów bogato resztkowych takich jak warzywa, owoce, produkty wieloziarniste, kasze, ryż.
- Poinformowanie o konieczności przyjmowania odpowiedniej ilości płynów
- Zalecenie unikania produktów wzmagających produkcję gazów o nieprzyjemnym zapachu takich jak: warzywa strączkowe, cebula, kapusta, ostre przyprawy, gazowane napoje oraz tłuste lub bardzo słodkie produkty
- Przyjmowanie probiotyków bogatych w bakterie produkujące kwas mlekowy, które poprawiają skład flory jelitowej
- Zalecenie powolnego spożywania pokarmów z zamkniętymi ustami w celu redukcji ilości połkniętego powietrza
- Powolne rozszerzanie diety oraz obserwacja reakcji organizmu na poszczególne produkty
- Zachęcenie do podejmowania aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia i możliwości chorej
- Stosowanie filtrów stomijnych pochłaniających zapach

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zredukowano ilość produkowanych gazów oraz poprawiono ich zapach.

Diagnoza pielęgniarska 11: Problem z zasypianiem, bezsenność.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zminimalizowanie trudności z zasypianiem, uregulowanie rytmu snu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wy tłumaczenie pacjentce zasad higieny snu

- Zalecenie unikania drzemek w trakcie dnia
- Zalecenie unikania korzystania przed snem ze sprzętów emitujących niebieskie światło takich jak telefon
- Zapewnienie komfortowych warunków na sali poprzez wietrzenie pomieszczenia przed snem oraz zapewnienie ciszy
- Zadbanie o prawidłowe nawilżenie powietrza w sali
- Nauka pacjentki metod relaksacyjnych w celu zredukowania niepokoju
- Stosowanie zleconej przez lekarza farmakoterapii

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Uregulowano rytm snu, pacjentce udało się przespać noc.

Diagnoza pielęgniarska 12: Deficyt wiedzy na temat przygotowania przedoperacyjnego do zabiegu wyłonienia kolostomii.

Cel opieki pielęgniarskiej: Poszerzenie wiedzy pacjentki na temat przygotowania przedoperacyjnego. Aktywne uczestnictwo pacjentki w procedurach przygotowawczych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena gotowości pacjentki do przyswojenia informacji w danym temacie
- Rozwiewanie wątpliwości pacjentki dotyczących przeprowadzanej procedury
- Omówienie z chorą zmian anatomicznych oraz fizjologicznych, które są następstwem zaplanowanego zabiegu
- Aktywizacja pacjentki do współpracy z personelem medycznym
- Uczestnictwo pacjentki w wyznaczeniu miejsca wytworzenia przetoki jelitowo-skrónej, tak aby wyłoniona stomia umożliwiała wygodną zmianę pozycji ciała
- Zachęcenie pacjentki do samodzielnej kąpieli przed zabiegiem

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjentka poczuła się zaopiekowana oraz zaznajomiona z procedurą przygotowania do operacji, jej niepokój zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 13: Deficyt wiedzy na temat pielęgnowania i zaopatrzenia kolostomii.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki na temat opieki nad sztucznym odbytem, nauka niezbędnych czynności do zaopatrzenia stomii jelitowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena chęci oraz możliwości pacjentki do samodzielnej opieki nad kolostomią
- Zaznajomienie pacjentki z niezbędnym sprzętem do zaopatrzenia stomii
- Dobór odpowiedniego asortymentu do zaopatrzenia przetoki jelitowo-skórnej
- Wy tłumaczenie pacjentce postępowania ze stomią
- Wyjaśnienie zasad refundacji asortymentu stomijnego
- Poinformowanie pacjentki o możliwych powikłaniach i sposobie radzenia sobie z nimi
- Poinformowanie o możliwości uzyskania pomocy, w przypadku wystąpienia problemu z opieką nad sztucznym odbytem lub brakiem umiejętności radzenia sobie z zaistniałymi powikłaniami

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjentka nauczyła się zasad opieki nad kolostomią. Przed wypisem z oddziału sama zaopatrywała ją.

Diagnoza pielęgniarska 14: Deficyt wiedzy na temat zasad żywienia u pacjenta ze stomią jelitową.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki na temat żywienia. Zminimalizowanie ryzyka odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych czy niedożywienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu odżywienia oraz ryzyka niedożywienia chorej po operacji
- Dostarczenie pacjentce materiałów edukacyjnych na temat zaleceń żywieniowych dla pacjenta z kolostomią
- Umożliwienie spotkania z dietetykiem w celu dostosowanie indywidualnej diety
- Poinformowanie pacjentki aby przyjmowała ok. 2l płynów dziennie, najlepiej wody źródlanej, soków, z ograniczeniem picia kawy, herbaty oraz unikaniem napojów gazowanych czy alkoholu
- Edukacja w zakresie przygotowywania posiłków; unikania spożywania słodczy, tłustych i smażonych potraw, w szczególności bogatych w tłuszcze zwierzęce. Zalecenie spożywania produktów gotowanych bądź duszonych, bogatych w warzywa, owoce oraz ryby.
- Zalecenie przyjmowania 3-5 posiłków dziennie, powolnego ich spożywania oraz dokładnego przeżuwania
- W razie wystąpienia zmniejszonego łaknienia suplementacja pacjentki preparatami białkowymi

Ocena interwencji pielęgniarskiej: U pacjentki nie wystąpiło zagrożenie niedożywieniem. Pacjentka prawidłowo nawodniona, powoli rozszerza swoją dietę.

Diagnoza pielęgniarska 15: Niechęć do własnego ciała spowodowany obecnością stomii.

Cel opieki pielęgniarskiej: Akceptacja nowego wyglądu ciała.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu psychicznego pacjentki
- Okazanie wsparcia i zainteresowanie pacjentce
- Wysłuchanie chorej
- Zachęcenie chorej do obserwacji oraz dotykania kolostomii podczas pielęgnacji
- Zapewnienie prywatności podczas zabiegów na sztucznym odbycie np. poprzez zmianę sprzętu stomijnego na sali opatrunkowej
- Zapewnienie o możliwości powrotu do codziennych aktywności pomimo posiadania przetoki jelitowo-skrónej
- Nauka irygacji stomii w celu uregulowania rytmu wypróżnień
- Umożliwienie konsultacji z psychologiem
- Zaoferowanie dołączenia do grupy wsparcia dla osób żyjących z kolostomią lub konsultacji z wolontariuszem Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko
- Włączenie w proces terapeutyczny bliskich pacjentki, wytłumaczenie im jej aktualnych potrzeb

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjentka zaakceptowała życie ze stomią, nauczyła się samodzielnie ją obsługiwać.

Diagnoza pielęgniarska 16: Lęk wynikający z aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjentki, strach przed chorobą nowotworową.

Cel opieki pielęgniarskiej: Redukcja strachu oraz stresu spowodowanego stanem zdrowia pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa, zbudowanie atmosfery zaufania z pacjentką, wysłuchanie jej
- Monitorowanie pacjentki za pomocą skali AIS [Tab. VI.]
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem lub psychoterapeutą

- Zaangażowanie bliskich chorej w proces terapeutyczny chorej
- Poinformowanie pacjentki o istniejących grupach wsparcia, wolontariatach oraz stowarzyszeniach pomagających osobom z chorobami nowotworowymi
- Podaż leków przeciwłękowych zgodnie z zaleceniami lekarskimi

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Lęk chorej oraz poziom stresu został obniżony, pacjentka stara się zaadoptować do zaistniałej sytuacji zdrowotnej.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Pacjenci bardzo często nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat przeprowadzanego zabiegu, co przyczynia się do narastania ich lęku. Doświadczona pielęgniarka może pomóc w edukacji pacjenta poprzez gotowość do rozmowy na każdym etapie choroby.
2. W okresie pooperacyjnym pacjenci wymagają monitorowania natężenia bólu oraz pomocy w jego uśmierzaniu.
3. Po operacji wyłonienia kolostomii należy często sprawdzać opatrunki oraz prawidłowo, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, zaopatrywać przetokę jelitowo-skrórną w celu uniknięcia zakażenia oraz krwawienia.
4. Pacjenci nie posiadają umiejętności obsługi stomii, dlatego podczas ich pobytu na oddziale należy nauczyć ich opieki nad sztucznym odbytem.
5. Należy poinformować pacjentów o zaleceniach dotyczących żywienia przy funkcjonowaniu ze stomią jelitową w celu redukcji częstości występowania powikłań takich jak biegunki, zaparcia czy oddawanie gazów o nieprzyjemnym zapachu.
6. Pacjenci w większości wymagają wsparcia psychicznego w akceptacji i adaptacji do życia z kolostomią, które może zaoferować pielęgniarka.
7. Należy edukować bliskich pacjenta. Zarówno na temat sposobu opieki nad stomią, jak i potrzeb chorego oraz możliwościach okazywania wsparcia w jego trudnej sytuacji.

PIŚMIENNICTWO:

1. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014;3: 586-590.
2. Burch J.: Stoma appliances and accessories – getting it right for the patient. *British Journal of Nursing* 2014; 23: 4-10.

3. Głuszek S.: Chirurgia – podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawca Czelej, Lublin 2008:353-354.
4. Noszczyk W.: Chirurgia. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2023:872-906.
5. Wojewoda B., Juzwiszyn J., Durlej S, i wsp.: Jakość życia chorych ze stomią. Onkologia Polska 2006; 9: 184-8.
6. Cierzniaowska K., Kozłowska E., Szewczyk MT.: Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 16-22.
7. Cierzniaowska K., Szewczyk MT., Cwajda J. i wsp.: Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. Przewodnik Lekarski 2005; 2: 87-92..
8. Kózka M., Bazaliński D.: Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. Problemy pielęgniarstwa. Wydawnictwo Via Medica, Warszawa 2010; 3(18): 337-341.
9. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawca PZWL, Warszawa 2021:103.

PRZEBIEG CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA U KOBIETY W CIĄŻY BLIŻNIACZEJ

Grażyna Gebuza¹, Patrycja Wiktorja Sas², Marzena Kaźmierczak¹

1. *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
2. *Studentka kierunku Położnictwo w Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Obecnie obserwuje się tendencje wzrostową rozpoznawania ciąży bliźniaczych. Dzięki współczesnej medycynie dostępne są metody wspomaganego rozrodu oraz stymulacji owulacji, co skutkuje wzrostem liczby ciąży mnogich. Są to ciąży wysokiego ryzyka, które wiążą się z podwyższoną ryzykiem powikłań. Najczęściej rozpoznaje się ciążę dwukosmówkową dwuowodniową, która stanowi około 80% wszystkich ciąży bliźniaczych [1]. Cukrzyca ciążowa (GDM, ang. gestational diabetes mellitus) to najczęściej pojawiająca się choroba zaburzeń gospodarki węglowodanów u kobiet w ciąży. Najnowsze badania sugerują, iż może ona dotyczyć od 5,3% do 25,5% wszystkich kobiet w ciąży na całym świecie [2,3,4,5,6].

CEL PRACY

Określenie problemów położniczych w ciąży bliźniaczej z cukrzycą ciążową.

MATERIAŁ I METODY

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr (KB 618/2022) CM w Bydgoszczy UMK Toruń. Analizowano wywiad, pomiary parametrów życiowych, dokumentację medyczną.

WYNIKI:

Opis przypadku:

Kobieta lat 28, w pierwszej ciąży. Masa ciała: 79kg, BMI: 29, RR: 137/81 mmHg, pozostałe parametry w normie. Choroby: insulinooporność, zespół policystycznych jajników

(PCOS), GDMG1, nadciśnienie tętnicze w ciąży. W 8 tygodniu ciąży rozpoznano ciążę bliźniaczą dwukosmówkową i dwuowodniową. Stan ogólny pacjentki prawidłowy. Przedstawiono dostępne badania prenatalne w kierunku wykrycia chorób genetycznych oraz zalecono zdrowy styl życia i suplementację witamin. W 11 tygodniu ciąży wykonano podstawowe badania krwi i moczu. Oznaczono również grupę krwi pacjentki AB RhD(-), przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. W 30 tygodniu ciąży podano Rhophylac 300 miligram. W 12 tygodniu ciąży w badaniu ultrasonograficznym oceniono biometrię, anatomię i przepływy krwi u obu płodów. Specjalista ocenił również ryzyko trisomii 13, 18 i 21 chromosomu. W 13 i 33 tygodniu oceniono ryzyko depresji okołoporodowej za pomocą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) - niskie ryzyko depresji poporodowej.

W 20 tygodniu ciąży rozpoczęto podaż luteiny dopochwowej w dawce 200 miligram raz dziennie. W 24 tygodniu ciąży wykonano test OGTT (glikemia na czczo 93 mg/dl, po 1 h - 225 mg/dl, po 2 h - 176 mg/dl), stwierdzono cukrzycę ciążową. W ciąży wykonano kilkakrotnie badanie ultrasonograficzne celem oceny płodów, łożyska i ilości płynu owodniowego nie stwierdzono nieprawidłowości. Odbędzie się konsultacja diabetologiczna ze względu na cukrzycę ciążową. W 33 tygodniu ciąży wykonano badanie USG płodów - oceniono stopień wzrastania, stan łożyska oraz ilość płynu owodniowego, nie stwierdzono nieprawidłowości. Pacjentka zgłosiła ból głowy. Wartość ciśnienia tętniczego krwi 142/86 mmHg, natomiast w drugim pomiarze 150/98 mmHg, skierowanie szpitala III stopnia referencyjności celem konsultacji i rozpoznania nadciśnienia tętniczego i zakażenia układu moczowego. Włączono leczenie hipotensyjne – Dopegyt 250 miligram w dawce 500 mg raz dziennie. W szpitalu RR 143/94 mmHg. Rozpoznano nadciśnienie tętnicze bez znamiennej białkomoczu, obrzęki kończyn dolnych. Oceniano dobrostan płodów za pomocą zapisów kardiograficznych i oceny ruchów płodów. Po ustąpieniu objawów wypisano do domu. W 36 tygodniu ciąży pacjentka przyjęta ponownie do szpitala III stopnia referencyjności celem odbycia porodu. Monitorowano dobrostan płodów. Wystąpił ból odcinka lędźwiowo - krzyżowego kręgosłupa, który znacznie wpływał na jakość życia i funkcjonowanie codzienne. W 38 tygodniu ciąży zaplanowano cięcie cesarskie, ze względu na położenie miednicowe jednego z bliźniąt. Dzieci urodziły się w stanie dobrym. Przebieg porodu prawidłowy.

Plan opieki

Diagnoza pielęgnarska: Niepokój spowodowany rozpoznaniem 8 tygodniowej ciąży bliźniaczej, ciąży wysokiego ryzyka

Cel opieki: Zapewnienie wsparcia emocjonalnego dla pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Wsparcie emocjonalne zmniejsza ryzyko zaburzeń emocjonalnych u kobiet oraz redukuje negatywne emocje. Dobra relacja oraz więź z partnerem zmniejsza również ryzyko depresji poporodowej [7].
- Ciąża wysokiego ryzyka jest dodatkowym czynnikiem stresogennym dla pacjentki, co może prowadzić do pojawienia się u niej zaburzeń emocjonalnych. Nawet 1/3 kobiet w ciąży bliźniaczej chociaż raz odczuwa objawy lęku lub depresji [4]. Z tego względu należy pacjentce zapewnić profesjonalną opiekę przedporodową oraz wsparcie emocjonalne. W przypadku ciąży bliźniaczej DK DO u pacjentki, badanie USG powinno być wykonywane w I trymestrze ciąży (11-13 tygodni +6 dni), podczas którego określa się ryzyko wad genetycznych u płodu, w II trymestrze (18-22 tydzień) z oceną anatomiczną płodów i przezpochwowym pomiarem szyjki macicy, w III trymestrze, co 4 tygodnie w celu oceny wzrastania płodów oraz przed porodem, aby określić położenie płodów [5].
- Zaproponowanie konsultacji z psychologiem [4,7].

Ocena podjętych działań pielęgniarских: Pacjentka odczuwa mniejszy niepokój oraz posiada wiedzę dotyczącą profilaktyki zdrowia psychicznego.

Diagnoza pielęgniarская: Niepokój o stan zdrowia kobiety i płodów po zdiagnozowaniu cukrzycy ciążowej w 24 tygodniu ciąży

Cel opieki: Utrzymanie prawidłowych wartości glikemii.

Interwencje pielęgniarские:

- Kontrola glikemii za pomocą glukometru, na czczo, przed głównymi posiłkami oraz godzinę po nich. Docelowe wartości glikemii u kobiety: na czczo i przed posiłkami między 70 a 90 mg/dl, a godzinę po posiłku maksymalnie 140 mg/dl. W przypadku silnych zaburzeń gospodarki węglowodanowej, lekarz specjalista może zalecić pacjentce dokonywanie pomiarów również dwie godziny po głównych posiłkach oraz w nocy, między 2 a 4 godziną. Nocne oznaczenie glikemii powinno mieć wartość powyżej 70 – 90 mg/dl [2, 3, 6].

- Okresowe monitorowanie dobrostanu płodu. W warunkach szpitalnych należy pacjentce podłączać każdego dnia zapis kardiokardiofoniczny, wykonując przy tym test niestresowy (NST – non - stress test). Ważne jest wczesne wykrycie możliwości wystąpienia podczas porodu dystocji barkowej, wynikającej z nadmiernej masy płodu. Określa się masę płodów, średnicę brzusków (AD – abdominal diameter), wymiar dwuciemiowy główki (BPD – biparietal diameter) i obwody brzusków (AC – abdominal circumference). Najmniejsze znaczenie ma wymiar dwuciemiowy główki, ponieważ nie jest on zależny od stężeń insuliny w organizmie płodu. Przy podwyższonych wartościach insuliny u płodu na skutek cukrzycy ciążowej u matki, dochodzi do odkładania tkanki tłuszczowej głównie na w okolicy tułowia i kończyn. Z tego względu w celu określenia ilości tkanki tłuszczowej przydatne jest określenie obwodu brzuszka płodu. Pozwala on także na ocenę wielkości wątroby [3].
- Oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) [3].
- Obserwacja glukozy i ciał ketonowych w moczu. Obecność glukozy w moczu lub narastająca ilość świadczy o hiperglikemii w organizmie kobiety. Oznaczenie ketonów w moczu wykonuje się w kierunku kwasicy ketonowej [3, 6].
- Wykonanie innych badań diagnostycznych: ocena funkcje nerek, badanie dna oka, konsultację neurologiczną [6].
- Objasnienie znaczenia diety i nauka zdrowego stylu odżywiania, obliczenie zapotrzebowania energetycznego, zapewnienie odpowiedniej ilości składników odżywczych i jednostek energetycznych w celu utrzymywania normoglikemii. Dieta powinna opierać się w 40-50% na podstawowym źródle energii dla organizmu, który najbardziej wpływa na wartości glikemii - węglowodanów. Głównie węglowodanów złożonych, które występują na przykład w pieczywie i makaronach pełnoziarnistych, warzywach strączkowych, z wyeliminowaniem węglowodanów prostych całkowicie lub do niezbędnego minimum. Kobieta powinna odstawić produkty takie jak: słodczyce, cukier do słodzenia napojów czy jedzenia, bardzo dojrzałe owoce, produkty wysokoprzetworzone, gdyż zawierają one ogromną ilość węglowodanów prostych. Równie ważnym składnikiem diety jest białko. Ilość tego składnika w zjadanych produktach powinna wynosić około 1,3 gram / kg masy ciała, czyli około 15-20% codziennej diety. Bogate w białko są przetwory mleczne (mleko, sery, twaróg), chude mięso czy orzechy i pestki. Od 30 do 35% dziennego zapotrzebowania wypełniać powinny tłuszcze. Służą one jako źródło energii dla organizmu oraz pozwalają na

przyswajanie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Główną ich część powinny stanowić tłuszcze nienasycone (jedno- i wielonienasycone), które obficie znajdują się w awokado, orzechach czy mielonym siemieniu lnianym. Tłuszcze nasycone, obecne w maśle, tłustych mięsach, podwyższają poziom cholesterolu oraz zwiększają ryzyko chorób układu sercowo – naczyniowego, dlatego ich udział w diecie powinien być prawie zerowy. Codzienna dieta powinna opierać się na regularnych posiłkach, o stałych porach, mniej więcej co 2-3 godziny. Każdy posiłek powinien zawierać podobną ilość węglowodanów. W celu utrzymania prawidłowych wartości glikemii regularność posiłków jest niezwykle ważna. Dieta powinna być różnorodna, bogata w różnej kategorii produkty. Zalecane są potrawy gotowane, pieczone, grillowane, natomiast należy unikać posiłków smażonych. Utrzymanie codziennej aktywności fizycznej, aktywność o niskiej lub średniej intensywności poprawia poziom glukozy oraz zmniejsza ryzyko stosowania insuliny w leczeniu cukrzycy ciążowej. Aktywność fizyczna, czyli spacer, ćwiczenia rozluźniające ciało, np. joga [2, 3, 6, 8].

Ocena podjętych działań pielęgniarских: Pacjentka wykazuje motywację do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez samodzielne działania.

Diagnoza pielęgniarская: Ból głowy spowodowany podwyższonym ciśnieniem tętniczym w 33 tygodniu ciąży.

Cel opieki: zmniejszenie odczuwanego bólu głowy poprzez wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi, obniżenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Interwencje pielęgniarские:

- Wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi pacjentki, odpowiednio do wartości ciśnienia tętniczego, co najmniej 4 razy na dobę (zalecane są pomiary, co 2 godziny) [9].
- Monitorowanie stanu ogólnego pacjentki [8].
- Monitorowanie dobrostanu płodów. Podłączenie zapisu kardiokograficznego trzy razy na dobę. Zapis KTG pozwala na monitorowanie akcji serca płodów (FHR – fetal heart rate) z równoczesną oceną czynności skurczowej mięśnia macicy. Prawidłowy zapis pozwala na określenie stopnia utlenowania płodów. Cechy prawidłowego zapisu kardiokograficznego to: normokardia (częstość akcji serca płodów mieści się w przedziale 110 – 160 ud. /min (należy dokładnie rozgraniczyć zapisy akcji serca bliźniąt,

aby omyłkowo nie zapisywać FHR tylko jednego z płodów), oscylacja falująca, obecność co najmniej 2 akceleracji podczas 30 minutowego zapisu oraz brak deceleracji) [8].

- Badania ultrasonograficzne Dopplera płodów.
- Podaż leków hipotensyjnych - metyldopa (Dopegyt) w dawce 250 miligram. Celem farmakoterapii jest utrzymywanie wartości RR poniżej 150/80-100 mmHg.
- Pobranie krwi do badań diagnostycznych: aktywność enzymów wątrobowych (AspAT, AlAT, LDH), funkcji wątroby (INR, stężenie bilirubiny i albuminy), wartość stężenia kreatyniny, sodu, potasu, CRP oraz morfologia. Ważne jest oznaczenie liczby płytek krwi, gdyż ich obniżenie do wartości poniżej 100 tysięcy/mm³, przy występowaniu innych objawów (białkomocz, podwyższona wartość ciśnienia tętniczego krwi) może świadczyć o pojawieniu się stanu przedrzucawkowego [9].

Ocena podjętych działań pielęgniarских:

Obniżono wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Diagnoza pielęgniarська: Trudności z poruszaniem się oraz dyskomfort w funkcjonowaniu codziennym w 36 tygodniu ciąży spowodowane bólem okolicy lędźwiowo – krzyżowej.

Cel opieki: Zmniejszenie bólu, poprawa funkcjonowania.

Interwencje pielęgniarские:

- Na skutek wzrostu obwodu oraz masy w okolicy miednicy i piersi następuje wiele zmian. Powstają zgięciowe przykurcze stawów biodrowych, hiperlordoza lędźwiowa oraz przodopochylenie miednicy. W trakcie ciąży następuje przesunięcie środka ciężkości organizmu kobiety ku przodowi. Pochylona do przodu miednica rekompensowana jest poprzez odchylenie do tyłu tułowia. To natomiast skutkuje zwiększonym napięciem mięśni kręgosłupa, szczególnie w odcinku lędźwiowym i krzyżowym, powodując dolegliwości bólowe. Ból może być także powodowany przez rozluźnienie i zmniejszenie elastyczności krążków oraz więzadeł międzykręgowych na skutek działania progesteronu i relaksyny. Codzienne spacerowanie, pływanie, joga, ćwiczenia zalecone przez fizjoterapeutę to formy ruchu dla kobiet w ciąży. Zapewnienie organizmowi wysiłku fizycznego, na co dzień, zwiększa ruchomość stawów, szczególnie biodrowych i poprawia stabilność stawów krzyżowo - biodrowych, co przekłada się na zmniejszenie odczuwanych dolegliwości bólowych. Aktywność poprawia również pracę układów organizmu (układu

pokarmowego, krążeniowego), uczy poprawnego oddychania oraz wzmacnia mięśnie, więzadła oraz kręgosłup [2, 3].

- Konsultacji z fizjoterapeutą, zastosowanie nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu kręgosłupa: kinezyterapia, akupunktura czy aromatoterapia.
- Dolegliwości bólowe kręgosłupa oraz miednicy można łagodzić poprzez stosowanie środków farmakologicznych. Leczenie farmakologiczne stosowane i zalecane jest u pacjentek, u których metody nefarmakologiczne nie przyniosły skutku, a odczuwane dolegliwości bólowe nie pozwalają na poprawne codzienne funkcjonowanie [10].

Ocena podjętych działań pielęgniarskich: Kobieta zna metody łagodzenia bólu kręgosłupa. Rozumie przyczyny powstawania bólów odcinka lędźwiowo - krzyżowego.

DYSKUSJA

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej uwarunkowane są wieloma czynnikami: wiek powyżej 35 lat, zespół policystycznych jajników (PCOS), cukrzyca w wywiadzie rodzinnym czy otyłość. Badania wskazują, że PCOS jest prekursorem cukrzycy ciążowej. Szacuje się, że GDM pojawia się u od 4 do 59% kobiet chorujących na zespół policystycznych jajników [2]. W opisywanym przypadku, u pacjentki rozpoznano zespół policystycznych jajników w wieku 16 lat, a podczas ciąży zdiagnozowano cukrzycę ciążową. U kobiety występowały epizody hiperglikemii, które były efektywnie leczone dietą, bez stosowania insuliny. U pacjentki, zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze znacznie zwiększa ryzyko niebezpiecznych powikłań dla matki, jak i płodu. Choroba znacząco wpływa na samopoczucie pacjentek oraz może obniżać subiektywną jakość życia w porównaniu do kobiet w ciążyach niepowikłanych nadciśnieniem [11]. Natomiast, w innych badaniach wykazano, że podwyższone wartości ciśnienia nie muszą mieć negatywnego wpływu na odczuwane zadowolenie z funkcjonowania codziennego i nie wpływają znacząco na jakość życia [12].

U pacjentki około 33 tygodnia ciąży pojawiły się silne, uporczywe bóle głowy pojawiające się regularnie. Dolegliwości bólowe głowy mogą być wtórnym objawem podwyższonego ciśnienia tętniczego, dlatego zdecydowano się na ich kontrolę u pacjentki [9]. Wykazano podwyższone wartości ciśnienia, które pozwoliły zdiagnozować nadciśnienie tętnicze w ciąży. Zastosowano leczenie farmakologiczne w postaci metyldopy, która według wielu rekomendacji towarzystw oraz ekspertów jest zalecana jako lek pierwszego rzutu w przypadku nadciśnienia tętniczego w ciąży. Wynika to z jej efektywnego działania o

przedłużonym uwalnianiu oraz bezpieczeństwa stosowania zarówno dla kobiety, jak i płodu [9].

Często występującym problemem u kobiet w ciąży są zaburzenia snu, nawet 38% kobiet w ciąży cierpi na bezsenność, 15% na obturacyjny bezdech senny, a 20% doświadcza objawów zespołu niespokojnych nóg [13]. Stwierdzono natomiast, że zaburzenia snu znacznie wpływają na obecność powikłań ciążyowych. Wykazano istotne związki między występowaniem problemów ze snem, a stanem przedrzucawkowym, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą ciążową czy porodem przedwczesnym [14]. Dlatego zastosowano u analizowanej pacjentki działania mające na celu wyeliminowanie zaburzeń sennych.

Ciąża bliźniacza jest czynnikiem rozwoju zaburzeń psychicznych, takich jak depresja poporodowa czy stany lękowe. Jedna na trzy kobiety w ciąży bliźniaczej doświadcza chociaż raz objawów lęku lub depresji [4]. Jedno z badań wykazało zależność między liczbą płodów w macicy, a ryzykiem rozwoju zaburzeń na tle psychicznym. Częściej objawy lęku oraz depresji w drugiej połowie ciąży oraz w okresie poporodowym obserwowano u kobiet w ciążach bliźniaczych, w porównaniu do pojedynczych [15]. Inna analiza wykazała, że zwiększone ryzyko pojawienia się chorób psychicznych u kobiet jest największe w ciągu pierwszego roku po porodzie bliźniaczym [16]. W tym celu stosuje się np. badanie przy pomocy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Badania potwierdzają wiarygodność EPDS jako narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka depresji poporodowej. Objawy lęku mogą również powstać, gdy kobieta odczuwa niepokój dotyczący laktacji, szczególnie przy ciąży wielopłodowej. Odczuwanie niepokojów i lęku może negatywnie wpłynąć na rozwój emocjonalny, psychiczny i społeczny urodzonych dzieci. Niekorzystne emocje oraz myśli podczas ciąży mogą również wpływać na okres okołoporodowy, skutkując porodem przedwczesnym czy niższą masą urodzeniową noworodków. Przedporodowa i poporodowa edukacja laktacyjna kobiety redukuje poziom lęku i niepokojów, zmniejszając ryzyko niekorzystnych skutków odczuwanych emocji [17,18].

WNIOSKI

Ciąża wysokiego ryzyka przebiegająca z cukrzycą ciążową, nadciśnieniem tętniczym oraz wieloma płodami jest wyzwaniem w perinatologii. Właściwa opieka w ciąży, która minimalizuje powikłania, prowadzi do urodzenia dzieci w dobrym stanie. Ważna jest identyfikacja czynników ryzyka w wywiadzie, także dotyczących aktualnej ciąży, wczesna diagnostyka chorób wikłających ciążę, profilaktyka wad cewy nerwowej, suplementacja

witaminami i mikroelementami, śródciażowa profilaktyka konfliktu serologicznego i odpowiedni styl życia.

PIŚMIENICTWO:

1. Nawrocki M.: Analiza zmienności genetycznej bliźniąt – polimorfizm sekwencji mikrosatelitarnych, heteroplazmia mitochondrialnego DNA i występowanie chimeryzmu komórek krwi. Rozprawa doktorska. Poznań; 2013.
2. Yan Q, Qiu D, Liu X, et al.: The incidence of gestational diabetes mellitus among women with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 29;22(1):370.
3. Choudhury AA, Devi Rajeswari V.: Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2021;143:112183.
4. Zhou Y, Huang J, Baker PN, et al.: The prevalence and associated factors of prenatal depression and anxiety in twin pregnancy: a cross-sectional study in Chongqing, China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 26;22(1):877.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 09.11.2015 r. w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.
6. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Current Topics in Diabetes* 2022; 2 (1): 1–134.
7. Małus A., Szyluk J., Galińska-Skok B., et al.: Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatria Polska* 2016;50(6): 1135–1146.
8. Rabiej M., Mazurkiewicz B.: Pielęgnowanie w położnictwie, ginekologii i neonatologii. Wydanie I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018.
9. Prejbisz A., Dobrowolski P., Kosiński P., i wsp.: Management of hypertension in pregnancy -prevention, diagnosis, treatment and long-term prognosis. A position statement based on expert consensus of the Polish Society of Hypertension, Polish Cardiac Society and Polish Society of Gynecologists and Obstetricians, *Arterial Hypertension*. 2019; 4(2): 43-111.
10. Majchrzycki M., Mrozikiewicz P., Kocur P., i wsp.: Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet w ciąży. *Ginekologia Polska* 2010; 81(4), 851-855.

11. Kelly P., Medeiros F., Thaiany Pedrozo CA, et al.: Association between hypertension and quality of life in pregnancy. *Hypertens Pregnancy* 2016; 35(3): 306-314.
12. Ahmadinejad GS., Khadivzadeh T., Eftekharyazdi M., et al.: The Impact of Self-Care Counseling on Quality of Life in Pregnant Women with Gestational Hypertension. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2022; 10(4): 3432-3442.
13. Meers JM., Nowakowski S.: Sleep During Pregnancy. *Current Psychiatry Reports* 2022; 24(8): 353-357.
14. Lu Q., Zhang X., Wang Y., et al.: Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2021; 58(6):1-6.
15. Tendais I., Figueiredo B.: Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter. *Human reproduction* 2016; 31(10): 2303-2312.
16. Lapinsky S.C., Ray JG., Brown HK., et al.: Twin pregnancy and severe maternal mental illness: a Canadian population-based cohort study. *Archives of Women's Mental Health* 2023; 26(1): 57-66.
17. Vusse D., Mian P., Schoenmakers S., et al.: Pharmacokinetics of the most commonly used antihypertensive drugs throughout pregnancy methyldopa, labetalol, and nifedipine: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2022; 78(11): 1763-1776.
18. Neo HS., Tan JH., Ang WHD., et al.: Internet-delivered psychological interventions for reducing depressive, anxiety symptoms and fear of childbirth in pregnant women: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Psychosomatic Reserch* 2022;157:110790.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ ZE SPONDYLOARTROPATIA W WARUNKACH DOMOWYCH - STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Katarzyna Wiśniewska¹, Monika Kozestańska – Oczkowska¹, Blanka Burchard²

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

WSTĘP

Spondyloartropatie (SpA) to grupa chorób reumatycznych o podłożu autoimmunologicznym, które charakteryzują się objawami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, takie jak zapalenie stawów, zapalenie przyczepów ścięgniowych i pochewek ścięgien. Mogą występować także objawy pozastawowe, takie jak zapalenie błony naczyniowej oka, łuszczyca, nieswoiste zapalenie jelit. ASAS dzieli SpA na postać **obwodową** - ang. peripheral spondyloarthritis; pSpA oraz **osiową** - ang. Axial spondyloarthritis; axSpA. Choroba ta nie jest uważana za śmiertelną, jednak jej przewlekły charakter może prowadzić do trwałych zmian w stawach, co nierzadko skutkuje niepełnosprawnością pacjenta, znacznie wpływając na jakość życia [1].

WHO wspiera model nad pacjentami przewlekle chorymi na poziomie mikro (pacjent i jego rodzina), mezzo (organizacja opieki zdrowotnej i lokalna społeczność) jak i makro (ustawodawstwo). Nowoczesna koncepcja zdrowia wskazuje na konieczną dynamiczną równowagę między sferą somatyczną, psychiczną i społeczną, ukierunkowanej na indywidualne potrzeby chorych. Wykazano, że opieka domowa wykazuje się dużą efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższenie ocen satysfakcji i jest tańsza o 44% od opieki szpitalnej [2].

Pielęgniarstwo środowiskowe to dziedzina pielęgniarstwa skupiająca się na opiece nad chorymi w ich otoczeniu domowym. Szczególnie ważna wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi, gdyż daje możliwość utrzymania jak największej autonomii w codziennych czynnościach i życiu. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego zapewnia pacjentowi kompleksową opiekę, włączając w to monitorowanie stanu zdrowia, skuteczności leczenia, prowadzenia terapii farmakologicznej, fizjoterapii i rehabilitacji. Bierze także

czynny udział w edukacji pacjenta i jego rodziny w zakresie istoty choroby, możliwości leczenia oraz samoopieki, a także zapewnia wsparcie emocjonalne w ciężkich chwilach [3, 4].

SpA, zwana również zapaleniem stawów kręgosłupa, to choroba, która atakuje stawy i wiązadła kręgosłupa, prowadząc do bólu, sztywności i ograniczenia ruchomości. Ma przebieg przewlekły i nierzadko wymaga długotrwałej opieki personelu pielęgniarskiego. Pacjenci cierpiący na SpA często mają trudności z codziennymi czynnościami, takimi jak: mycie się czy ubieranie, co może prowadzić do utraty niezależności i zwiększenie ryzyka upadków. Personel pielęgniarski pełni kluczową rolę w opiece nad pacjentami ze spondyloartropatią, zapewniając odpowiednią opiekę i wsparcie w środowisku domowym [5, 6, 7].

Personel pielęgniarski skierowany do opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, wymagającymi długotrwałej opieki w środowisku domowym powinien być wyszkolony w zakresie opieki nad pacjentami oraz mieć doświadczenie w pracy z chorymi w domu [8, 9, 10].

Do najważniejszych zadań powierzonych pielęgniarce, która opiekuje się pacjentem chorym na SpA należy:

1. Przeprowadzenie szczegółowego wywiadu i określenie indywidualnych potrzeb pacjenta - pielęgniarka powinna przeprowadzić szczegółowy wywiad z pacjentką, aby pozyskać informacje na temat stanu zdrowia, historii choroby, obecnych objawów oraz innych chorób, które mogą wpłynąć na leczenie SpA. Dzięki temu pielęgniarka będzie mogła dostosować opiekę do indywidualnych potrzeb pacjenta [11, 12].
2. Wykonanie badań fizykalnych i ocena stanu pacjenta - pielęgniarka powinna regularnie wykonywać badania fizykalne, które pozwolą jej ocenić stan pacjenta, w tym odczuwany ból, sztywność i ograniczenia ruchowe. Monitorowanie tych czynników pozwala na wczesne wykrycie pogorszenia stanu zdrowia i odpowiednie zastosowanie środków zaradczych. W ramach tej oceny, pielęgniarka powinna również zwrócić uwagę na ewentualne objawy towarzyszące spondyloartropatii, takie jak: zmęczenie, problemy z oddychaniem, ze strony układu pokarmowego, trudności z koncentracją. Dzięki temu pielęgniarka będzie mogła w razie potrzeby wprowadzić zmiany w planie opieki [13].
3. Pomoc w codziennych czynnościach - pielęgniarka powinna zapewnić wsparcie i pomoc w codziennych czynnościach, jeżeli takowe sprawiają choremu problem, aby wykonać je samodzielnie. Dzięki temu pacjent może pozostać niezależny i uniknąć frustracji związaniem z niemożnością wykonywania podstawowych czynności, takich jak: ubieranie się, utrzymanie higieny, przygotowanie posiłku [14].

4. Zapewnienie wsparcia w farmakoterapii - pielęgniarka powinna pomóc pacjentowi w stosowaniu zaleconych przez lekarza prowadzącego leków, w tym przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Ponadto pielęgniarka powinna pomóc pacjentowi w organizacji leków, aby uniknąć pomyłek i zapewnić regularność ich przyjmowania. Konieczne jest monitorowanie skuteczności stosowanej farmakoterapii, a także informowanie lekarza o występowaniu ewentualnych skutkach ubocznych. W ramach tej roli pielęgniarka może również edukować pacjenta na temat leków, które przyjmuje, a także jakie ryzyko związane jest z ich stosowaniem [12].
5. Edukacja pacjenta - pielęgniarka powinna edukować zarówno pacjenta jak i rodzinę na temat istoty choroby, a także sposobów radzenia sobie z nią. W ramach edukacji powinna uczyć chorego ćwiczeń, które pomogą wzmocnić mięśnie i poprawić ruchomość stawów oraz zachęcić do włączenia codziennej aktywności fizycznej, takiej jak spacer czy basen, aby radzić sobie z bólem i sztywnością kręgosłupa [15].
6. Wsparcie emocjonalne - pielęgniarka powinna być wsparciem dla pacjenta, pomagać radzić sobie z trudnościami emocjonalnymi, takimi jak depresja i lęk. W ramach tej roli, pielęgniarka może zasugerować pomoc psychoterapeutyczną, pomóc choremu w budowaniu pozytywnych nawyków i strategii radzenia sobie w trudnych chwilach [16].
7. Doradztwo w kwestii diety - dieta odgrywa istotną rolę w leczeniu SpA, dlatego pielęgniarka powinna służyć radą pacjentowi w kwestii diety, która powinna być zbilansowana i dostarczać odpowiedniej ilości składników odżywczych, a także o koniecznych wykluczeniach dietetycznych [9, 12].
8. Nauczenie pacjenta i członków rodziny prawidłowych technik podtrzymywania i przesuwania ciała, aby uniknąć ewentualnych urazów - pacjenci ze SpA często mają ograniczoną ruchomość oraz sztywność stawów, co zwiększa ryzyko urazów. Pielęgniarka powinna nauczyć pacjentkę oraz jej opiekunów, jak prawidłowo przenosić, przesuwać oraz podtrzymywać ciało pacjentki, aby wykluczyć ewentualne urazy bądź upadki [14].
9. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sytuacjach nagłych - w przypadku pacjentów ze SpA, mogą wystąpić sytuacje nagłe, takie jak pogorszenie stanu zdrowia czy wystąpienie powikłań. Pielęgniarka powinna być przygotowana na takie sytuacje i zapewnić pacjentowi opiekę pielęgniarską [17].

Zadanie pielęgniarki w opiece nad pacjentem przewlekle chorym w środowisku domowym jest bardzo ważne. Wymaga wiedzy, umiejętności i czujności. SpA to grupa

chorób reumatycznych, obarczona wieloma powikłaniami. Pacjenci dotknięci tą przypadłością często wymagają kompleksowej opieki, w tym stosowania zróżnicowanej farmakoterapii, połączonej z fizykoterapią i rehabilitacją oraz dietą. Opieka długoterminowa w środowisku domowym wśród pacjentów ze SpA może pomóc w łagodzeniu objawów choroby, poprawie jakości życia chorego oraz zminimalizować ryzyko powikłań. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta, przestrzeganiu zaleceń lekarskich, udzielaniu porad dotyczących diety, aktywności fizycznej i higieny. Jest również wsparciem emocjonalnym dla chorego.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na rolę i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nieradiologiczną spondyloartropatią osiową (nr axSpA) w środowisku domowym.

MATERIAŁ I METODY

Zastosowaną w niniejszej pracy metodą badawczą jest studium indywidualnego przypadku (ang. case study). Technikami badawczymi, które posłużyły jako uzupełnienie badań są: analiza dokumentacji, wywiad i obserwacja pielęgniarska, pomiary.

Dopełnienie badań i otrzymanie rzetelnych wyników w pracy uzyskano dzięki wykorzystaniu narzędzi, którymi były: skala Barthel, skala ADL, skala Norton, skala Becka, skala Tinetti, skala ASDAS, skala VAS oraz kwestionariusze McGill i WOMAC

Przed rozpoczęciem badań, pacjentka została poinformowana o celu i przebiegu badania oraz o dobrowolnym charakterze udziału. Zgodę na udział w badaniu uzyskano na piśmie. Badanie trwało dziesięć tygodni, przeprowadzane było w środowisku domowym pacjentki, w formie codziennych wizyt pielęgniarskich zleconych przez lekarza internistę w ramach opieki długoterminowej z przychodni POZ, do której należy pacjentka.

WYNIKI

Pacjentka A. P., lat 40, aktywna zawodowo, pracuje w Domu Pomocy Społecznej w Radomiu na stanowisku biurowo-magazynowym, zamieszkała w mieście, w mieszkaniu w bloku na 3 piętrze bez windy. Mieszka z mężem i 16-sto letnią córką, utrzymuje się z pensji swojej i męża, który pracuje i obecnie przebywa za granicą.

Historia choroby.

Pacjentka 2.12.2022 roku po dużej dostawie środków chemicznych oraz spożywczych do DPS-u zaczęła odczuwać złe samopoczucie, ogólny ból. Następnego dnia zauważyła

znaczny obrzęk nóg od ud do stóp. Kolejnego dnia obrzęk kończyn dolnych nieznacznie zmniejszył się, natomiast zaczęła odczuwać ból piekący w okolicy lędźwiowej. Chora zastosowała wieczorem na plecy maść DIP Hot. 6.12.2022 roku ból nasilił się, pojawiły się problemy z wstawaniem oraz chodzeniem. Pacjentka zauważyła wygięcie kręgosłupa do wewnątrz. Natychmiast umówiła się na wizytę do lekarza w swojej przychodni POZ. Lekarz internista postawił diagnozę: rwa kulszowa z bólem lędźwiowo-krzyżowym oraz bardzo silny stan zapalny. Skierował pacjentkę na konsultację neurologiczną oraz zlecił wykonanie RTG kręgosłupa lędźwiowego. Przepisane zostały Naklofen 25 mg/ml, Milgamma 50 mg+50 mg + 0,5 mg/ml przez okres 10 dni w postaci iniekcji domięśniowych oraz w razie silnego bólu Ketonal Forte. Chora dnia 12.12.2022 roku udała się do przychodni w celu wykonania zleconego badania RTG, które wykazało prawoboczną skoliozę kręgosłupa lędźwiowego, zaznaczone zmiany zwyrodnieniowe w kr. L-S w postaci nawarstwień kostnych na krawędziach trzonów kręgowych. Reszta bez zmian w badaniu RTG. Skonsultowała wyniki z lekarzem w przychodni POZ, a także udała się na kontrolę. Ból w okolicy lędźwiowej znacznie się nasilił, pojawiła się gorączka 38,9°C, dotychczasowo przepisane leki nie przynosiły skutku leczniczego. Lekarz zlecił badania laboratoryjne - morfologia, OB, mocznik, kreatynina i CRP (Tab. 5) oraz przepisał Duomox 1g (1-0-1) przez okres 7 dni.

Następnego dnia pacjentka udała się na konsultację neurologiczną, wizyta odbyła się komercyjnie z uwagi na bardzo długi czas oczekiwania na wizytę z NFZ. Neurolog po przeprowadzeniu badań fizykalnych oraz zinterpretowaniu wyników badań laboratoryjnych i RTG, skierował pacjentkę na MRI kręgosłupa lędźwiowego, odstawił leki przepisane przez lekarza internistę i włączył pacjentkę do leczenia Methocarbamon Espefa 500 mg (3-0-3 przez 3 dni, następnie 2-0-2), Biofenac 100 mg (1-0-1), Controloc (1-0-0). Pacjentka niezwłocznie wykonała MRI, otrzymując wynik opisowy: Zachowana niewielka lordoza lędźwiowa. Krążki międzykręgowe o zachowanej wysokości i prawidłowej intensywności sygnału w obrazach T2-zależnych. Krążek międzykręgowy na poziomie L4-L5 wpukła się w niewielkim stopniu do prawego otworu międzykręgowego, bez widocznego ucisku na korzeń nerwowy. Zmiany w obrazie naczynek w trzonach Th10-Th11. Następnego dnia u pacjentki pojawiła się wysypka w kolorze różowym, uporczywie swędząca. Po konsultacji z lekarzem stwierdzono alergię na salicylany i zmieniono lek Biofenac na Tramapar 37,5 mg + 325 mg (1-0-1). Diagnoza neurologiczna wskazywała na bóle przeciążeniowe, z zaleceniem oszczędzania się przez tydzień. 18.12.2023 roku pacjentka zaczęła odczuwać nasilony ból pleców, uniemożliwiający poruszanie się, ból odczuwała także podczas siedzenia czy leżenia, pojawiła się gorączka 39,4°C oraz zawroty głowy. Z uwagi, że była to niedziela, pacjentka

udała się na SOR Radomskiego Szpitala Specjalistycznego, gdzie została zbadana przez lekarza neurologa oraz neurochirurga, którzy wykluczyli jako przyczynę dolegliwości problemy neurologiczne. Skierowali natomiast pacjentkę do konsultacji reumatologicznej, z uwagi na objawy jakie odczuwała, a także konsultację fizjoterapeutyczną wydając odpowiednie skierowania. Doraźnie w trakcie pobytu na SOR chora otrzymała następujące leki: Dexaven 0,008g/2ml i.v., Optilyte 500 ml i.v., Paracetamon Kabi 100 ml i.v. Pacjentka dnia 21.12.2022 roku skonsultowała się z fizjoterapeutą, który zdiagnozował blokadę stawu krzyżowo-biodrowego i zalecił 3 razy dziennie wykonywanie następujących ćwiczeń:

1. Stanie w rozkroku na ugiętych kolanach i unoszenie bioder do góry.
2. Opieranie nogi na łóżku i pochylanie się.
3. Masowanie piłką tenisową po ścianie chorego i bolącego miejsca.

Tydzień później pacjentka odbyła wizytę w poradni reumatologicznej. Lekarz po zbadaniu pacjentki, przejrzeniu jej historii choroby oraz po zebraniu wywiadu, skierował chorą na wykonanie badania na obecność antygeny HLA-B27, który stwierdzono. Lekarz reumatolog odstawiła pacjentce wszystkie dotychczas przyjmowane leki i zaleciła: Baclofen 10 mg (2-2-2), Nimesil 100 mg (1-0-1), Egzyst 75 mg (0-0-1), Poltram Combo (1-0-1), Nefopam 30 mg w przypadku bardzo silnego bólu, a także zaleciła kontynuowanie ćwiczeń wskazanych przez fizjoterapeutę oraz kontrolę za 12 dni. Podczas kontrolnej wizyty lekarz reumatolog, po obejrzeniu wyników na obecność antygeny HLA-B27 oraz ponownym zbadaniu fizykalnym pacjentki skierował ją do szpitala na oddział reumatologiczny w celu dalszej diagnostyki z podejrzeniem ŁZS (Łuszczycowe Zapalenie Stawów). Pacjentka stale odczuwała ból w okolicy krzyżowo-lędźwiowej o różnym nasileniu, jednak uniemożliwiający jej funkcjonowanie oraz wykonywanie obowiązków zawodowych czy domowych. Chwilową kilkugodzinną ulgę i ból o mniejszym nasileniu odczuwała po przyjęciu Nefopamu, jednak dalej miała problemy z chodzeniem, zwykle robiła to podpierając się ściany i z dużym wysiłkiem. Kontynuowała leczenie oraz ćwiczenia w domu do 14.02.2022 roku, kiedy została przyjęta do szpitala w Lipsku, na oddział reumatologii. W szpitalu chora przebywała 10 dni, w trakcie których została poddana szczegółowej diagnostyce, a także rehabilitacji, odbyła się także konsultacja dermatologiczna. W czasie pobytu u chorej wykonano badania laboratoryjne (Tab. 6), EKG, RTG płuc, klatki piersiowej oraz stawów krzyżowo-biodrowych, USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej. Wykonano również u pacjentki badanie w kierunku występowania objawu Reynauda, który w wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono. Stosowano leczenie w postaci: Aspica 0,015 g, Baclofen 10 mg, Ozzion 0,02 g, Pregabalin 75 mg. Chora została wypisana do domu z

diagnozą: Nieradiologiczna spondyloartropatia osiowa (nr axSpA), z zaleceniami do dalszej kontynuacji leczenia w poradni reumatologicznej, wskazań do leczenia sanatoryjnego oraz poruszania się w pasie lędźwiowym, na który wydano wniosek.

Pacjentka od wystąpienia pierwszych objawów przebywała na zwolnieniu lekarskim. Nieustannie odczuwała ból w okolicach kręgosłupa lędźwiowego, który uniemożliwiał jej funkcjonowanie nawet w domu. Nie była w stanie wykonywać zwykłych codziennych czynności takich jak ubieranie się, drobne zakupy czy przygotowywanie posiłków. Ponadto okresowo pojawiały się inne dolegliwości takie jak obrzęki kończyn, objawy ze strony układu pokarmowego w postaci nudności czy wymiotów, odczuwanie nieustannego zimna, a także wyczuwalnie zimne kończyny dolne i górne. Kontynuowała leczenie wskazane przez lekarza reumatologa, który zlecił przyjmowanie następujących leków: Baclofen 10 mg (1-1-2), Aglan 15 mg (1-0-0), Polfilin 400 mg (1-0-1), Egzysta 75 mg (0-0-1) oraz w przypadku silnego bólu, który nie ustępuje Nefopam 30 mg oraz regularnie zjawiała się na wizytach kontrolnych.

Przeprowadzono u pacjentki ocenę stanu pacjenta wg. skali Barthel, otrzymała ona 40 punktów. Pacjentka otrzymała opiekę pielęgniarską w warunkach domowych w wymiarze 12h/miesięcznie. Pierwsza wizyta pielęgniarki w domu chorej odbyła się 8.03.2023 roku, gdzie zebrano wywiad z pacjentką, wykonano badania fizykalne, pomiar parametrów życiowych, które w pełni zostały udokumentowane. W trakcie badań poproszono chorą o udział w kwestionariuszu do oceny bólu McGill, dzięki któremu bardziej dokładnie mogła ona opisać ból oraz był uzupełnieniem skali VAS, wg. której pacjentka odczuwany w danym momencie ból określiła na 9. Pacjentka wskazała najwyższe punktowane odczucia towarzyszące bólowi jako dżgający, ostry, piekący, wyczerpujący, tkliwy (w sferze sensorycznej), męczący, mdlący, straszny, dręczący (w sferze emocjonalnej). Dało to personelowi medycznemu dokładniejszy obraz odczuć z jakimi boryka się pacjentka oraz skutecznio opracowanie planu opieki. Wykonano u chorej badanie przedmiotowe, określające ruchomość w stawie krzyżowo-biodrowym. Pierwszym badaniem był test Gaenslena, podczas którego pacjentka nie była w stanie wyprostować nogi, odczuwając przy tym bardzo duży ból, doprowadzający ją do płaczu. Następnie wykonano u pacjentki test zmodyfikowany Schobera, otrzymano wynik 4 cm. Pomocna przez cały okres opieki nad pacjentką skala WOMAC, dzięki której uzyskano możliwość oceny postępu w chorobie i/lub leczeniu. Skala ta jest często stosowana u pacjentów z RZS, sztywnością kręgosłupa, tocznia czy innych chorób reumatoidalnych. Wypełnienie jej zajmuje pacjentowi ok. 12 min., jednak daje dużo większy obraz diagnostyczny, pozwalając opracować skuteczny plan działania całemu zespołowi terapeutycznemu. Regularnie w trakcie okresu opieki nad chorą

wykonywano test wg. skali Tinetti, który określa ryzyko upadków. Pacjentka początkowo otrzymała 6 punktów, co wskazuje na 5-cio krotnie wyższe ryzyko upadków. Zastosowano wobec kobiety dodatkowe metody zabezpieczające. Kobieta podczas całego okresu opieki długoterminowej wymagała od personelu pielęgniarskiego pomocy w codziennych czynnościach higienicznych, takich jak pomoc w wejściu oraz wyjściu z wanny, umyciu włosów, spłukania ciała oraz pomoc w wysuszeniu się i ubraniu, gdyż nie była w stanie zrobić żadnej z tych czynności samodzielnie. Także zmiana pozycji, czy przejście do toalety wymagało pomocy innych osób. W czasie, gdy pacjentka przebywała sama w domu miała założonego pampersa, którego zmieniała jej po przyjściu ze szkoły córka. Posiłki takie jak śniadanie czy kolację, była w stanie zrobić pod warunkiem zaprowadzenia jej do kuchni, posadzenia przy stole i podania jej wszystkich potrzebnych składników. Tymi czynnościami zwykle zajmowała się córka rano przed pójściem do szkoły oraz wieczorem. Obiady zapewniała pacjentce oraz dziecku lokalna restauracja, dostarczająca catering do domu. Zakupy spożywcze czy chemiczne w miarę sporadycznie zapewniali znajomi, jednak większość potrzebnych zapasów dostarczał kurier poprzez aplikację zakupową. Drobne zakupy wykonywała także córka chorej. Podczas opieki zauważono u pacjentki znacznie obniżony nastrój, zwiększoną płaczliwość. Podjęto z kobietą rozmowę, z której wynikało, że obawia się ona o pogarszającą się jakość swojego życia, utratę pracy, zmniejszenie płynności finansowej, która w przypadku choroby i dość kosztownego leczenia jest dla niej bardzo ważna. Ponadto nie potrafi poradzić sobie ze swoją ograniczoną sprawnością, gdyż do czasu choroby była osobą aktywną, lubiącą spędzać czas poza domem. Zdecydowano się na przeprowadzenie u chorej skali rozwoju depresji - skala Becka, otrzymując liczbę punktów wynoszącą 28, co świadczy o umiarkowanej lub ciężkiej depresji. Zdecydowano się przedstawić wyniki lekarzowi z przychodni POZ, do której należy chora, który skierował ją na konsultację psychiatryczną jak i psychologiczną. Psychiatra po zbadaniu pacjentki, zdiagnozował epizod depresyjny spowodowany pogorszonym fizycznym stanem zdrowia, zlecił jej przyjmowanie Escitalopram 10 mg (1-0-0) oraz Trittico 75 mg (0-0-1) oraz ustalił wizytę kontrolną za 4 tygodnie. Po tygodniu stosowania farmakologii, stan pacjentki uległ delikatnej poprawie i po ponownym wykonaniu testu Becka uzyskała liczbę punktów wynoszącą 23, co wskazywało na łagodną depresję. Lekarz z poradni reumatologicznej zlecił systematycznie raz w miesiącu, wykonywanie u pacjentki testu skali ASDAS, który wskazywał na aktywność nr axSpA w danym momencie i dokumentowanie wyników. Pierwsze wyniki z wykorzystaniem kalkulatora ASDAS wykonano 14.03.2023 r. otrzymano wynik 4,1 co wskazuje na bardzo wysoką aktywność choroby.

Podczas wizyty kontrolnej u lekarza reumatologa, która miała miejsce 29.03.2023 roku lekarz skierował pacjentkę do leczenia sanatoryjnego oraz wystawiła dokumenty do ZUS w celu starania się o świadczenie rehabilitacyjne, z uwagi na przedłużające się zwolnienie, które niedługo przekroczy 182 dni, a brak poprawy w stanie zdrowia na obecną chwilę. Chora złożyła wszystkie wymagane dokumenty medyczne w ZUS w Radomiu celem starania się o zasiłek rehabilitacyjny. Wyznaczono komisję orzekającą na dzień 09.05.2023 roku. Orzeknięto na korzyść chorej, uznano konieczność skierowania jej na świadczenie rehabilitacyjne przez okres 182 dni oraz skierowano do leczenia sanatoryjnego stacjonarnego.

Na skutek farmakoterapii jak i podejmowanych działań pielęgnacyjno-opiekuńczych stan pacjentki ulegał poprawie. Była w stanie samodzielnie wstać, choć z trudem i przejść po mieszkaniu. Także zaczęła powoli, przy wsparciu poręczy schodzić jak i wchodzić po schodach oraz wybierać się na krótkie spacer, dzięki którym odczuwała zmniejszone dolegliwości bólowe. Ulgę w bólu przynosiły jej także ćwiczenia wykonywane w warunkach domowych oraz jazda na rowerze stacjonarnym, początkowo po 10 min., 3 razy dziennie, z czasem okres ten wydłużał się. Zauważono także znaczną poprawę w stanie emocjonalnym i psychicznym pacjentki. Wskutek lepszego samopoczucia fizycznego, zaczęła odczuwać coraz częściej radość, chętniej pokonywała trudności w samoobsłudze, była bardziej otwarta. Po 10 tygodniach opieki domowej, czyli 17.05.2023 roku przeprowadzono ponowne badanie wg. skali Barthel, gdzie pacjentka otrzymała 70 punktów, jej stan w dalszym ciągu określono na średnio ciężki, jednak przestała się ona kwalifikować do długoterminowej opieki domowej. Kontynuowała leczenie w poradni reumatologicznej, psychiatrycznej a także POZ.

Diagnozy i interwencje pielęgniarские wobec pacjenta z nieradiologiczną spondyloartropatią osiową

Diagnoza pielęgniariska 1: Dysfunkcja ruchowa i ograniczenia w samodzielności pacjenta związane z bólem.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Poprawa niezależności pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności życiowych pomimo obecności bólu i dysfunkcji ruchowej.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjenta podczas wykonywania codziennych czynności życiowych w celu identyfikacji ograniczeń i trudności.
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i rodziną w celu określenia konkretnych obszarów, które wymagają wsparcia.

- Współpraca z fizjoterapeutą w opracowaniu programu rehabilitacyjnego, uwzględniającego redukcję bólu, poprawę siły mięśniowej i funkcji ruchowych.
- Nauczanie pacjenta odpowiednich ćwiczeń i technik rehabilitacyjnych, które pomogą wzmocnić mięśnie, poprawić równowagę i zmniejszyć dyskomfort.
- Udzielanie pacjentowi możliwości wyrażania emocji i obaw związanych z dysfunkcją ruchową.
- Udostępnianie informacji na temat dostępnych źródeł wsparcia psychologicznego, takich jak terapia psychologiczna.
- Współpraca z fizjoterapeutą w doborze odpowiednich przyrządów wspomagających w zależności od potrzeb pacjenta, np. chodzik, kule.
- Instruktaż w zakresie prawidłowego korzystania z przyrządów wspomagających i dbania o ich bezpieczeństwo.
- Obserwacja pacjenta podczas codziennych czynności i ocena poprawy samodzielności w ich wykonywaniu.
- Analiza skuteczności zastosowanych interwencji pielęgniarskich w osiągnięciu celów opieki.
- Monitorowanie ewentualnych powikłań lub trudności, które mogą wpływać na ograniczenia w samodzielności pacjenta.
- Wzmacnianie umiejętności pacjenta w samodzielnym monitorowaniu, ocenie i kontroli bólu.
- Poprawa skuteczności leczenia bólu poprzez właściwe stosowanie leków przeciwbólowych.
- Zapewnienie bezpiecznego i odpowiedzialnego stosowania leków przeciwbólowych.
- Minimalizacja skutków ograniczeń ruchowych, wpływających na jakość życia pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskich: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich uzyskano poprawę niezależności pacjentki w codziennych czynnościach, minimalizację skutków ograniczeń w samoopiece, wzmocnienie zdolności pacjentki do radzenia sobie z dysfunkcją oraz poprawę jakości życia.

Diagnoza pielęgniarska 2: Obrzęki obwodowe kończyn dolnych związane z postępującą chorobą reumatyczną.

Cel interwencji pielęgniarstwa: Zapobieganie nasileniu obrzęków obwodowych kończyn dolnych i minimalizacja dyskomfortu pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Pomiar obwodu kończyn dolnych w celu oceny nasilenia obrzęków.
- Ocena objawów towarzyszących obrzękom, takich jak ból, ciepło, zaczerwienienie.
- Wykonywanie masażu limfatycznego lub ucisku na strefy drenażu w celu ułatwienia odpływu limfy.
- Edukacja pacjenta w zakresie technik samoobsługowego drenażu limfatycznego.
- Edukacja pacjenta na temat znaczenia odpowiedniego nawodnienia w redukcji obrzęków.
- Monitorowanie spożycia płynów przez pacjenta oraz ocena nawodnienia.
- Edukacja pacjenta na temat korzyści regularnej aktywności fizycznej w redukcji obrzęków.
- Wskazówki dotyczące łagodnych ćwiczeń, takich jak gimnastyka w wodzie, które mogą wspomagać drenaż limfatyczny i poprawić krążenie.
- Informowanie pacjenta o zalecanej pozycji nóg w celu ułatwienia odpływu limfy.
- Edukacja na temat czynników, które mogą nasilać obrzęki, takich jak długotrwałe stanie lub siedzenie, noszenie obcisłej odzieży, nadmierne spożycie sodu.
- Umożliwienie pacjentowi wyrażenia obaw i uczuć związanych z obrzękami.
- Monitorowanie zmian w nasileniu obrzęków obwodowych kończyn dolnych oraz ocena skuteczności podejmowanych interwencji.
- Obserwacja poprawy komfortu pacjenta oraz jego zdolności do samodzielnego zarządzania obrzękami.
- Dokumentowanie postępów w redukcji obrzęków oraz poprawie jakości życia pacjenta.
- W przypadku braku poprawy niezwłoczne poinformowanie lekarza prowadzącego w celu konsultacji pacjenta oraz podjęcia odpowiednich działań terapeutycznych.
- Monitorowanie postępów choroby reumatycznej oraz ocena skuteczności podejmowanych działań pielęgniarstwa w redukcji obrzęków.
- Wsparcie emocjonalne pacjenta w radzeniu sobie z ograniczeniami związanymi z obrzękami.

Ocena interwencji pielęgniarskich: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich uzyskano zmniejszenie nasilenia obrzęków obwodowych kończyn dolnych, a w dłuższej perspektywie ich eliminację. Dodatkowo, wiedza pacjentki została zwiększona w zakresie samoobserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 3: Deficyt samoopieki związany z trudnościami w samodzielnym ubieraniu się, myciu oraz korzystaniu z toalety.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Wspieranie pacjenta w utrzymaniu higieny osobistej i samodzielności w codziennych czynnościach.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjenta podczas wykonywania czynności związanych z ubieraniem się, myciem i korzystaniem z toalety.
- Dokładne wywiady z pacjentem i rodziną w celu zidentyfikowania trudności, ograniczeń fizycznych lub innych czynników wpływających na samodzielność w samoopiece.
- Ustalenie priorytetów i celów dotyczących samoopieki, uwzględniając zdolności pacjenta oraz jego ograniczenia.
- Zapewnienie pacjentowi komfortu i poszanowania godności podczas pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie samoopieki oraz dostosowania otoczenia do potrzeb pacjenta.
- Pomoc w ubieraniu się, poprzez udzielanie wskazówek dotyczących właściwego dobierania ubrań, korzystania z zamków i guzików.
- Asystowanie w myciu ciała, poprzez przygotowanie potrzebnych środków higienicznych oraz pomoc w myciu trudno dostępnych miejsc.
- Udzielanie wsparcia i asysty w korzystaniu z toalety, w tym zapewnienie odpowiednich udogodnień i środków pomocniczych, takich jak poręczce.
- Regularne monitorowanie postępów pacjenta w samodzielności w samoopiece.
- Modyfikacja planu opieki i interwencji w zależności od zmieniających się potrzeb pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskich: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich pacjentka zaczęła podejmować próby samodzielnego utrzymania higieny, przy pomocy pielęgniarskiej, np. podczas kąpieli. Pacjentka wymagała pomocy w wejściu i wyjściu z wanny, jednak resztę czynności związanych z myciem wykonywała samodzielnie. Poprzez edukację oraz życzliwe

i spokojne podejście, pacjentka czuje się mniej skrępowana przy wykonywaniu wszelkich czynności higienicznych.

Diagnoza pielęgniarska 4: Częste uczucie zimna oraz trudności w rozgrzaniu organizmu, będące wynikiem rozwijającej się choroby reumatycznej.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zapobieganie pogorszeniu uczucia zimna oraz minimalizacja dyskomfortu pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Regularne pomiary temperatury ciała w celu oceny nasilenia uczucia zimna.
- Ocena objawów towarzyszących uczuciu zimna, takich jak drżenie, bledność skóry oraz osłabienie.
- Edukacja pacjenta na temat warstwowego ubierania się oraz noszenia ciepłych, naturalnych lub termoochronnych materiałów, które zapewnią izolację termiczną.
- Zapewnienie pacjentowi ciepłych kołder, odzieży termicznej oraz innych źródeł ciepła w miejscach, gdzie pacjent przebywa najczęściej.
- Monitorowanie temperatury w pomieszczeniach oraz dostosowanie jej do potrzeb pacjenta.
- Udzielanie informacji pacjentowi na temat skutecznych metod ogrzewania, takich jak gorące kąpiele, termofory oraz poduszki grzewcze.
- Wskazówki dotyczące unikania długotrwałego narażenia na zimno, na przykład ograniczanie czasu spędzanego na zewnątrz w chłodne dni.
- Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia pacjenta, ponieważ niedostateczne spożycie płynów może pogarszać uczucie zimna.
- Edukacja pacjenta na temat znaczenia odpowiedniego spożycia płynów w utrzymaniu prawidłowej temperatury ciała.
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentowi w radzeniu sobie z problemem oraz ograniczeniami związanymi z uczuciem zimna.
- Obserwacja reakcji pacjenta na zastosowane interwencje oraz dostosowywanie lub modyfikowanie planu opieki w zależności od potrzeb pacjenta.
- Przekazanie informacji o odczuciach pacjenta lekarzowi reumatologowi.
- Ułatwienie pacjentowi optymalnego funkcjonowania pomimo uczucia zimna.
- Wsparcie emocjonalne pacjenta w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z nieprzyjemnym uczuciem chłodu.

- Udział w farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich u pacjentki uzyskano skuteczne zapobieganie i minimalizację uczucia zimna, umożliwiając pacjentce optymalne funkcjonowanie. Dodatkowo, u pacjentki zwiększono poziom wiedzy w zakresie radzenia sobie z niepożądanymi objawami zaburzeń krążenia.

Diagnoza pielęgniarska 5: Zagrożenie bezpieczeństwa pacjenta związane z ryzykiem upadków i potencjalnymi obrażeniami.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Minimalizacja ryzyka upadków i potencjalnych obrażeń pacjenta.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Dokładna ocena ryzyka upadku przy użyciu skali Tinetti.
- Badanie równowagi i siły mięśniowej pacjenta.
- Częste kontrole i monitorowanie pacjenta w celu wczesnego wykrywania potencjalnych zagrożeń.
- Eliminowanie potencjalnych przeszkód, takich jak dywaniki czy meble, z drogi pacjenta.
- Instalacja poręczy, barierki i innych urządzeń wspomagających w odpowiednich miejscach, szczególnie w łazience i przy schodach.
- Zapewnienie odpowiedniego oświetlenia w pomieszczeniach, aby uniknąć trudności w widzeniu i potknięć.
- Udzielanie informacji na temat prawidłowej techniki chodzenia, podnoszenia ciężkich przedmiotów i unikania pozycji, które mogą zwiększać ryzyko upadków.
- Zalecenia dotyczące noszenia odpowiedniego obuwia o dobrej przyczepności i stabilności.
- Szkolenie pacjenta w zakresie korzystania z przyrządów wspomagających, takich jak chodzik czy kule.
- Regularna ocena stanu bezpieczeństwa pacjenta i monitorowanie ewentualnych incydentów upadków.
- Edukacja pacjenta i rodziny w zakresie środków ostrożności i działań prewencyjnych mających na celu zmniejszenie ryzyka upadków.
- Wzmacnianie i motywowanie pacjenta do podejmowania samodzielnych prób utrzymania równowagi podczas wykonywania prostych codziennych czynności.

- Obserwacja pacjenta podczas wykonywania codziennych czynności w celu oceny poprawy równowagi i stabilności.
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i rodziną w celu oceny skuteczności działań prewencyjnych oraz przestrzegania środków ostrożności.
- Ocena stopnia zaangażowania pacjenta w przestrzeganie zaleceń i środków prewencyjnych.

Ocena interwencji pielęgniarskich: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich u pacjentki uzyskano minimalizację ryzyka upadków, zapewnienie bezpiecznego środowiska oraz edukację pacjentki i jej rodziny w zakresie podejmowanych środków ostrożności. Dodatkowo wzmocnienie zdolności pacjentki do utrzymania równowagi i stabilności.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ograniczona zdolność pacjenta do utrzymania aktywności fizycznej i prowadzenia zdrowego stylu życia.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Poprawa zdolności pacjenta do utrzymania aktywności fizycznej poprzez zwiększenie siły, wytrzymałości i elastyczności mięśni.

- **Plan interwencji pielęgniarskiej:**
- Dokładna ocena zdolności pacjenta do wykonywania codziennych czynności, takich jak chodzenie, wstawanie z łóżka, wchodzenie po schodach itp.
- Pomiar parametrów takich jak tętno, ciśnienie krwi i saturacja tlenu w trakcie aktywności fizycznej.
- Ustalenie aktualnych ograniczeń i dyskomfortów związanych z aktywnością fizyczną.
- Współpraca z pacjentem i zespołem terapeutycznym w celu ustalenia odpowiednich ćwiczeń i aktywności fizycznych, które są bezpieczne i dostosowane do aktualnego stanu zdrowia pacjenta.
- Określenie stopnia intensywności, częstotliwości i czasu trwania aktywności fizycznej, uwzględniając zdolności i preferencje pacjenta.
- Edukacja pacjenta w technikach rozciągania, wzmocnienia mięśni, poprawy równowagi i koordynacji.
- Edukacja pacjenta na temat znaczenia aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia w poprawie jakości życia i zarządzaniu chorobą.
- Wyjaśnienie pacjentowi korzyści płynących z regularnej aktywności fizycznej, takich jak poprawa samopoczucia, kondycji fizycznej, funkcji układu krążenia i redukcja ryzyka chorób.

- Edukacja na temat zdrowej diety, odpowiedniego nawodnienia i unikania szkodliwych czynników, takich jak palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu.
- Udzielanie pochwał i pozytywnego wzmacniania pacjentowi za podejmowanie aktywności fizycznej.
- Ustalenie realistycznych celów dotyczących aktywności fizycznej i monitorowanie postępów w ich osiągnięciu.
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego i motywacyjnego pacjentowi w celu zachęcenia go do podejmowania aktywności fizycznej.
- Obserwacja reakcji pacjenta na aktywność fizyczną, w tym poziomu bólu, zmęczenia i dyskomfortu.
- Ocena stopnia zmniejszenia ograniczeń związanych z aktywnością fizyczną.
- Dokumentowanie reakcji pacjenta na wprowadzone interwencje i dostosowanie planu opieki, jeśli to konieczne.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich pacjentka zyskała większą wiedzę na temat znaczenia aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia oraz ich wpływu na chorobę. Udzielono jej wsparcia emocjonalnego i motywacyjnego, co przyczyniło się do poprawy zdolności pacjentki do podejmowania aktywności fizycznej zgodnie z jej możliwościami.

Diagnoza pielęgniarska 7: Trudności z zapewnieniem pacjentowi odpowiedniego wypoczynku i snu z powodu bólu i niewygody.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i dyskomfortu, które mogą utrudniać pacjentowi zasypianie i utrzymanie snu.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Dokładna ocena bólu pacjenta wraz z identyfikacją czynników wpływających na nasilenie dolegliwości bólowych.
- Wdrażanie odpowiednich strategii farmakologicznych i niemedycznego łagodzenia bólu, takich jak krioterapia (zastosowanie lodu), masaż, techniki oddechowe, terapia ciepłem itp.
- Monitorowanie skuteczności stosowanych metod i dostosowanie terapii w razie potrzeby.
- Monitorowanie poziomu bólu pacjenta oraz jego wpływu na jakość snu.

- Zapewnienie komfortowego łóżka i pościeli, które zapewniają odpowiednie podparcie ciała i rozładują nacisk, minimalizując dyskomfort.
- Eliminowanie czynników zakłócających sen, takich jak hałas, jasne światło i nieprzyjemne zapachy.
- Stosowanie technik relaksacyjnych przed snem, takich jak muzykoterapia, aromaterapia i techniki oddechowe.
- Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia regularnych godzin snu oraz odpowiedniej higieny snu.
- Udzielanie wskazówek dotyczących zdrowej diety oraz unikania pobudzających substancji, takich jak kofeina i nikotyna, przed snem.
- Dokumentowanie czasu snu oraz ewentualnych trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu, występowaniem koszmarów itp.
- Regularne wywiady z pacjentem w celu oceny skuteczności działań podejmowanych w celu poprawy snu.
- Edukacja pacjenta na temat strategii i technik relaksacyjnych, które mogą pomóc w łagodzeniu bólu oraz poprawie jakości i długości snu.
- Dostosowanie planu opieki w zależności od oceny jakości snu i efektywności interwencji.
- Poinformowanie lekarza prowadzącego o niezadowolającym snu w przypadku przedłużających się problemów.
- Udział w farmakoterapii zgodnie z zaleceniem lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarских: W wyniku podjętych działań pielęgniarских uzyskano poprawę snu pacjentki oraz znacząco zmniejszyła się liczba wybudzeń nocnych, co wiązało się ze zmniejszeniem dolegliwości bólowych. W likwidacji zaburzeń sennych pomocne okazało się skuteczne stosowanie leków p/bólowych oraz melatonina w dawce 5 mg. Dodatkowo, zmiana poduszki na ortopedyczną ergonomiczną ze stabilizacją odcinka szyjnego przyniosła ulgę i zapewniła pacjentce większy komfort podczas snu.

Diagnoza pielęgniarська 8: Zagrożenie niedożywieniem spowodowane utratą apetytu, trudnościami w przygotowaniu posiłków oraz występowaniem nudności i wymiotów.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zapobieganie skutkom niedożywienia.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Pomiar masy ciała i obwodów ciała pacjenta.

- Ocena stanu skóry, włosów i paznokci.
- Wywiad żywieniowy w celu identyfikacji problemów związanych z apetytem, nudnościami i wymiotami.
- Monitorowanie spożycia pokarmów, apetytu oraz występowania dodatkowych objawów, takich jak nudności i wymioty.
- Współpraca z lekarzem w celu dostosowania farmakoterapii lub zmiany diety, jeśli to konieczne.
- Udzielanie wsparcia pacjentowi w stosowaniu technik radzenia sobie z nudnościami i wymiotami, takich jak spożywanie małych, częstych posiłków, unikanie pokarmów o silnym zapachu, stosowanie akupresury itp.
- Pomoc w planowaniu zdrowych i zrównoważonych posiłków, uwzględniając preferencje pacjenta.
- Udzielanie informacji na temat wartości odżywczych różnych grup produktów spożywczych.
- Edukacja pacjenta na temat znaczenia regularnych posiłków i odpowiedniego spożycia płynów.
- Wsparcie pacjenta w przygotowywaniu i spożywaniu zdrowych oraz zrównoważonych posiłków.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich ryzyko niedożywienia u pacjentki zostało zmniejszone, a jej stan odżywienia poprawił się. Pacjentka otrzymała wsparcie w przygotowywaniu i spożywaniu zdrowych oraz zrównoważonych posiłków. Ponadto, jej wiedza na temat właściwego odżywiania się i planowania posiłków została zwiększona.

Diagnoza pielęgniarska 9: Nieefektywne radzenie sobie ze stresem związanym z chorobą i ograniczeniami.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Poprawa samopoczucia psychicznego pacjenta i zminimalizowanie skutków związanych z długotrwałym stresem.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w celu identyfikacji źródeł stresu i emocji związanych z chorobą i ograniczeniami.
- Obserwacja zachowań i reakcji pacjenta na sytuacje stresowe.
- Edukacja pacjenta w technikach oddechowych, relaksacyjnych i medytacyjnych.

- Udostępnienie materiałów edukacyjnych, takich jak nagrania audio lub wideo z przewodzonymi sesjami relaksacyjnymi.
- Współpraca z terapeutami specjalizującymi się w terapii relaksacyjnej w celu dostosowania indywidualnego planu ćwiczeń.
- Zapewnienie bezpiecznej i wspierającej atmosfery podczas rozmów z pacjentem.
- Słuchanie pacjenta, udzielanie wsparcia emocjonalnego i wyrażanie empatii.
- Wspieranie pacjenta w wyrażaniu i rozumieniu własnych emocji związanych z chorobą i ograniczeniami.
- Pomoc pacjentowi w poszukiwaniu zdrowych sposobów radzenia sobie, takich jak aktywność fizyczna, hobby, wsparcie społeczne, terapia zajęciowa itp.
- Regularna ocena poziomu stresu pacjenta i skuteczności zastosowanych strategii radzenia sobie.
- Obserwacja zmian w samopoczuciu i funkcjonowaniu pacjenta.
- Dostosowywanie planu opieki na podstawie oceny skuteczności interwencji.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich poprawiło się jej samopoczucie psychiczne pacjentki, a także zwiększyła swoją wiedzę na temat technik relaksacyjnych i zarządzania stresem.

Diagnoza pielęgniarska 10: Niska samoocena i zaburzenia emocjonalne wynikające z negatywnego wpływu choroby na obraz ciała pacjenta.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Poprawa samooceny pacjenta oraz redukcja zaburzeń emocjonalnych wynikających z choroby.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Tworzenie bezpiecznej i wspierającej atmosfery podczas rozmów z pacjentem.
- Aktywne słuchanie pacjenta i poświęcanie mu odpowiedniego czasu.
- Wykazywanie zrozumienia i empatii wobec jego emocji.
- Edukacja pacjenta na temat samoakceptacji i akceptacji zmian w obrazie ciała wynikających z choroby.
- Wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z zaburzeniami emocjonalnymi i towarzyszącymi im uczuciami.
- Umożliwienie pacjentowi wyrażania obaw, lęków i smutków związanych z negatywnym wpływem choroby na obraz ciała.

- Udzielanie wsparcia emocjonalnego poprzez wyrażanie otuchy, akceptację i przekazywanie pozytywnych informacji.
- Wspieranie pacjenta w poszukiwaniu wsparcia społecznego ze strony rodziny, przyjaciół lub grup wsparcia.
- Udzielanie informacji na temat korzyści wynikających z pozytywnego myślenia dla samopoczucia i jakości życia.
- Udzielanie wskazówek dotyczących budowania pozytywnego obrazu siebie i akceptacji zmian wynikających z choroby.
- Informowanie pacjenta o dostępnych usługach psychologicznych.
- Współpraca z psychologiem w celu skierowania pacjenta na terapię indywidualną lub grupową.
- Monitorowanie postępów pacjenta oraz dostosowywanie planu opieki w zależności od jego potrzeb emocjonalnych.
- Obserwacja zmian w nastroju i samoocenie pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich zaobserwowano znaczną poprawę w samoocenie pacjentki oraz udzielono jej wsparcia emocjonalnego. Pacjentka zwiększyła również swoją wiedzę na temat radzenia sobie z zaburzeniami emocjonalnymi wynikającymi z choroby.

Diagnoza pielęgniarska 11: Trudności w radzeniu sobie z emocjonalnymi skutkami choroby, takie jak depresja, lęk i obniżony nastrój.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych, lęku oraz poprawa nastroju.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w celu oceny obecności objawów depresji, lęku i obniżonego nastroju.
- Zastosowanie odpowiednich narzędzi do pomiaru nasilenia objawów emocjonalnych, np. skali oceny depresji.
- Wyrażanie empatii i zrozumienia wobec pacjenta.
- Aktywne słuchanie pacjenta i dawanie mu możliwości wyrażania swoich emocji.
- Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i wsparcia.
- Pomoc pacjentowi w identyfikacji i nazwaniu swoich emocji.

- Wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z odczuwanymi emocjonalnymi i psychicznymi skutkami choroby.
- Motywowanie pacjenta do poszukiwania skutecznych strategii radzenia sobie, takich jak techniki relaksacyjne, medytacja czy uprawianie hobby.
- Edukacja pacjenta na temat pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne.
- Edukacja pacjenta na temat strategii radzenia sobie z emocjonalnymi skutkami choroby.
- Współpraca z lekarzem w ocenie potrzeby farmakoterapii w przypadku nasilonych objawów depresji, lęku lub innych zaburzeń emocjonalnych.
- Udział w farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
- Monitorowanie skuteczności i ewentualnych skutków ubocznych leków przeciwdziałających depresji.
- Monitorowanie zaangażowania pacjenta w proces radzenia sobie z emocjonalnymi skutkami choroby.
- Ocena skuteczności zastosowanych strategii radzenia sobie i ewentualna modyfikacja planu opieki w zależności od potrzeb pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich uzyskano zwiększenie wiedzy pacjentki dotyczące depresji, włącznie z jej objawami, co pomogło jej lepiej zrozumieć i identyfikować własne doświadczenia. Dodatkowo podjęte działania przyczyniły się do zmniejszenia uczucia lęku oraz wzmocnienia pewności siebie u pacjentki. W rezultacie jakość życia pacjentki uległa poprawie, a negatywne objawy zostały zredukowane.

Diagnoza pielęgniarska 12: Brak społecznego wsparcia i zrozumienia oraz niedostateczna pomoc rodziny czy znajomych wobec pacjentki, co utrudnia jej zdrowienie i funkcjonowanie.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Znalezienie wraz z pacjentką osób chętnych do udzielenia pomocy, nawet w drobnych czynnościach, takich jak zakupy czy domowe porządki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentką w celu zrozumienia jej sytuacji rodzinnej, społecznej i relacji z bliskimi.
- Obserwacja reakcji pacjentki na brak społecznego wsparcia i zrozumienia.

- Spotkania z rodziną i bliskimi pacjentki w celu edukacji na temat choroby, jej wpływu na funkcjonowanie pacjentki oraz potrzeb wsparcia.
- Udzielanie informacji na temat dostępnych zasobów opieki społecznej i organizacji społecznych, które mogą pomóc w zapewnieniu wsparcia pacjentce.
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentce w radzeniu sobie z brakiem społecznego wsparcia.
- Aktywne słuchanie i okazywanie zrozumienia dla uczuć i doświadczeń pacjentki.
- Wspieranie pacjentki w podejmowaniu aktywności społecznych, takich jak udział w grupach na portalach społecznościowych czy uczestnictwo w lokalnych wydarzeniach.
- Pomaganie pacjentce w budowaniu nowych relacji społecznych i znalezieniu osób, które mogą stanowić wsparcie.
- Monitorowanie reakcji pacjentki na wprowadzone interwencje i ocena ich skuteczności w poprawianiu społecznego wsparcia oraz funkcjonowania pacjentki.
- Regularne rozmowy z pacjentką w celu oceny jej odczuć i społecznych potrzeb oraz dostosowywanie planu opieki w zależności od zmieniającej się sytuacji pacjentki.

Ocena interwencji pielęgniarstwa:

W wyniku podjętych działań pielęgniarstwa osiągnięto poprawę samopoczucia pacjentki. Pacjentka nawiązała także nowe kontakty w grupach społecznościowych na aplikacjach social media.

Diagnoza pielęgniarstwa 13: Utrudnione funkcjonowanie rodziny z powodu choroby pacjentki.

Cel interwencji pielęgniarstwa: Poprawa funkcjonowania rodziny oraz eliminacja czynników utrudniających opiekę nad pacjentką.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Przeprowadzenie rozmów z członkami rodziny w celu zrozumienia ich obaw, trudności i potrzeb związanych z chorobą pacjentki.
- Identyfikacja czynników stresujących i wyzwań, z jakimi rodzina może się borykać w związku z chorobą pacjentki.
- Aktywne słuchanie członków rodziny i zapewnienie im przestrzeni do wyrażania swoich uczuć i obaw związanych z chorobą pacjentki.
- Zapewnienie wsparcia rodzinie i wykazanie zrozumienia w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z chorobą pacjentki oraz reorganizacją życia rodzinnego.

- Wspieranie komunikacji i porozumienia w rodzinie w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjentki.
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego i budowanie optymizmu, aby pomóc rodzinie utrzymać pozytywne nastawienie i wzmocnić poczucie nadziei.
- Edukacja rodziny na temat choroby pacjentki, jej rokowań, leczenia i opieki, w celu zwiększenia zrozumienia rodziny na temat potrzeb i wymagań pacjentki.
- Szkolenie rodziny w zakresie umiejętności opieki nad pacjentką, w tym pielęgnacji, stosowania leków, monitorowania objawów i reagowania na sytuacje awaryjne.
- Pomoc w ustanowieniu otwartego i szczerego dialogu w rodzinie, umożliwiającego wymianę informacji, obaw i planowanie opieki.
- Wspieranie rodziny w rozwiązywaniu konfliktów i negocjowaniu podziału obowiązków związanych z opieką nad pacjentką.
- Monitorowanie dynamiki rodzinnej, w tym zmian w sposobie komunikacji, współpracy i zdolności rodziny do radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą pacjentki.

Ocena interwencji pielęgniarzkiej:

W wyniku podjętych działań pielęgniarzskich uzyskano zmniejszenie poziomu stresu i obciążenia emocjonalnego zarówno u pacjentki jak i jej rodziny, co przyczyniło się do lepszej współpracy i zrozumienia w kontekście opieki nad pacjentką. W ramach interwencji zwiększono także poziom wiedzy rodziny, co przyczyniło się do lepszej gotowości i umiejętności w świadczeniu odpowiedniej opieki. Zauważono także znaczną poprawę komunikacji w rodzinie. Istotnym efektem działań było również wzmocnienie poczucia wsparcia społecznego, co miało pozytywny wpływ na rodzinę w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z chorobą pacjentki.

Diagnoza pielęgniarzka 14: Trudności w komunikacji i izolacja pacjenta z otoczeniem z powodu fizycznych ograniczeń i dyskomfortu.

Cel interwencji pielęgniarzkiej: Poprawa komunikacji pacjenta z otoczeniem poprzez minimalizację fizycznych ograniczeń i odczuwanego dyskomfortu.

Plan interwencji pielęgniarzkiej:

- Obserwacja i ocena stopnia trudności pacjenta w komunikacji z otoczeniem oraz identyfikacja konkretnych przyczyn tych trudności.

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w celu zrozumienia jego obaw i frustracji związanych z ograniczeniami komunikacyjnymi.
- Zapewnienie odpowiedniego pozycjonowania pacjenta w celu zmniejszenia dyskomfortu i poprawy wydolności oddechowej.
- Wykorzystanie odpowiednich poduszek, materacy i innych urządzeń wspomagających, aby zapewnić pacjentowi wygodne i stabilne ułożenie ciała.
- Wspieranie i motywowanie pacjenta do wyrażania swoich potrzeb, emocji i obaw.
- Udzielanie pacjentowi wystarczająco dużo czasu na wyrażanie swoich myśli, a także cierpliwe słuchanie i zrozumienie.
- Podkreślanie znaczenia cierpliwości, empatii i jasnej komunikacji podczas interakcji z pacjentem.
- Wzmacnianie samodzielności pacjenta w komunikacji, pomimo obecnych fizycznych ograniczeń.
- Monitorowanie zdolności pacjenta do komunikacji z otoczeniem oraz ewentualne dostosowanie interwencji w przypadku zmian w poziomie dyskomfortu.

Ocena interwencji pielęgniarskiej:

W wyniku podjętych działań pielęgniarskich uzyskano zwiększenie świadomości pacjentki na temat choroby, jej przebiegu i możliwości leczenia. Dodatkowo zaobserwowano wzmocnienie pozytywnych emocji oraz umożliwienie lepszego kontaktu pacjentki z otoczeniem poprzez odpowiednie ułożenie jej w wygodnej pozycji w trakcie rozmowy.

Diagnoza pielęgniarska 15: Zagrożenie izolacją i osamotnieniem pacjenta z powodu trudności w poruszaniu się i uczestniczeniu w życiu społecznym.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Minimalizacja negatywnych skutków izolacji.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjenta podczas wykonywania codziennych czynności i ocena ewentualnych trudności.
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i rodziną w celu zidentyfikowania przeszkód w uczestnictwie w życiu społecznym.
- Indywidualne planowanie terapii ruchowej i rehabilitacji, uwzględniając możliwości pacjenta.
- Wspieranie pacjenta w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów społecznych.

- Zapewnienie bezpiecznych warunków otoczenia i dostosowanie środowiska do potrzeb pacjenta.
- Dostarczenie odpowiednich urządzeń wspomagających, takich jak chodziki, kule, aby umożliwić pacjentowi samodzielne poruszanie się lub wspomaganie przy poruszaniu.
- Umożliwienie pacjentowi korzystania z technologii komunikacyjnych, takich jak telekonferencje, rozmowy telefoniczne, aby utrzymywał kontakt z bliskimi i przyjaciółmi.
- Udzielanie wskazówek dotyczących bezpiecznego poruszania się i unikania kontuzji w otoczeniu domowym.
- Edukacja pacjenta i rodziny na temat korzyści aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym dla zdrowia psychicznego i fizycznego pacjenta.
- Monitorowanie postępów pacjenta w zdolności do poruszania się i uczestniczenia w życiu społecznym.
- Obserwacja aktywności społecznej pacjenta, takiej jak uczestnictwo w spotkaniach, zajęciach lub utrzymywanie kontaktów z innymi osobami.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarskich zaobserwowano istotną poprawę aktywności społecznej pacjentki, zwłaszcza w sferze internetowych grup na portalach społecznościowych. Wraz z upływem czasu opieki pielęgniarskiej, zaobserwowano poprawę stanu fizycznego pacjentki, co wpłynęło na chętniejsze podejmowanie prób spotkań ze znajomymi w swoim środowisku domowym.

Diagnoza pielęgniarska 16: Zaburzenia seksualne związane z bólem i dysfunkcją układu ruchu.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie dolegliwości związanych z bólem i dysfunkcją układu ruchu, które wpływają na zaburzenia seksualne.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Ustalenie obecności i charakteru zaburzeń seksualnych oraz ich związku z odczuwanym bólem i dysfunkcją układu ruchu.
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i partnerem w celu zrozumienia wpływu tych zaburzeń na ich życie seksualne.
- Udzielanie informacji na temat wpływu choroby, bólu i dysfunkcji na sferę seksualną.
- Wyjaśnienie dostępnych opcji leczenia i terapii, które mogą pomóc w poprawie funkcji seksualnych.

- Wprowadzenie interwencji pielęgniarских dot. zarządzania bólem.
- Zapewnienie pacjentowi i partnerowi przestrzeni do wyrażania swoich obaw, niepokoju i frustracji związanych z zaburzeniami seksualnymi.
- Wspieranie pacjenta w radzeniu sobie ze skutkami psychologicznymi zaburzeń seksualnych.
- Wspieranie pacjenta i partnera w radzeniu sobie z emocjami, takimi jak smutek, złość czy poczucie utraty.
- Wspieranie i zachęcanie do otwartej komunikacji pomiędzy pacjentem a zespołem opieki terapeutycznej w zakresie tematów związanych z seksualnością.
- Współpraca z innymi specjalistami, takimi jak seksuolog, fizjoterapeuta, psychiatra, w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentowi.
- Zapewnienie kontynuacji opieki, monitorowanie postępów i dostosowanie interwencji w miarę potrzeby.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: W wyniku podjętych działań pielęgniarских uzyskano wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla pacjentki, zachęcono ją do udziału w terapii psychologiczno-seksuologicznej, umożliwiono wyrażenie frustracji i gniewu poprzez spokojną rozmowę. Zastosowane interwencje przyniosły oczekiwane rezultaty wraz ze zmniejszeniem odczuwania bólu przez pacjentkę.

Diagnoza pielęgniarська 17: Deficyt wiedzy dotyczący istoty choroby, rokowań i możliwości leczenia.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat istoty choroby, jej przebiegu i możliwości leczenia.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Udzielanie jasnych i zrozumiałych informacji na temat istoty choroby, jej przyczyn, objawów i możliwych powikłań.
- Dostarczanie materiałów edukacyjnych, broszur i innych źródeł informacji na temat choroby i jej leczenia.
- Wyjaśnianie terminologii medycznej i skomplikowanych pojęć w sposób zrozumiały dla pacjenta.
- Dopasowanie tempa i stylu przekazywanych informacji do indywidualnych potrzeb i preferencji pacjenta.

- Zadawanie pytań pacjentowi i aktywne słuchanie, aby upewnić się, że rozumie przekazywane informacje.
- Zapewnienie powtórzenia i podsumowania istotnych punktów edukacji dla pacjenta.
- Demonstracja konkretnych czynności, takich jak zażywanie leków, samodzielne monitorowanie parametrów życiowych czy stosowanie technik samoopieki.
- Wykorzystanie technologii, takich jak filmy edukacyjne czy aplikacje mobilne, w celu ułatwienia przyswajania informacji.
- Zachęcanie pacjenta do samodzielnego poszukiwania wiarygodnych źródeł informacji na temat swojej choroby.
- Wskazywanie pacjentowi, jak monitorować swoje zdrowie, rejestrować objawy i efekty leczenia.
- Udzielanie wskazówek dotyczących podejmowania decyzji związanych z leczeniem i terapią.
- Wykazywanie empatii i zrozumienia wobec lęku, niepokoju i frustracji pacjenta.
- Umożliwienie pacjentowi wyrażenia swoich obaw i zadawania pytań dotyczących choroby.
- Ocena czy pacjent stosuje się do zaleceń i wykorzystuje zdobytą wiedzę w codziennym życiu.
- Dostosowywanie procesu edukacji i interwencji w oparciu o potrzeby i reakcje pacjenta.
- Wsparcie pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i terapii.
- Zmniejszenie lęku i niepewności pacjenta związanej z brakiem wiedzy na temat choroby.
- Pomoc pacjentowi w zrozumieniu rokowań i prognozy choroby.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Dzięki podjętym działaniom pielęgniarskim uzyskano zwiększenie wiedzy pacjentki na temat choroby, jej rokowań i możliwości leczenia. Zaobserwowano zmniejszenie lęku i niepewności pacjentki, poprawę umiejętności samoopieki oraz lepszą współpracę pacjentki z personelem medycznym.

Diagnoza pielęgniarska 18: Deficyt wiedzy dotyczący samodzielnego zarządzania bólem i lekami przeciwbólowymi.

Cel interwencji pielęgniarskiej: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat różnych metod zarządzania bólem i lekami przeciwbólowymi.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przeprowadzenie indywidualnej rozmowy edukacyjnej z pacjentem dotyczącej bólu.
- Przedstawienie pacjentowi różnych niemedycznych metod zarządzania bólem, takich jak relaksacja, terapia ciepłem/zimnem oraz masaże.
- Wyjaśnienie rodzajów leków przeciwbólowych, ich działania, dawkowania, częstotliwości podawania oraz potencjalnych skutków ubocznych.
- Wsparcie pacjenta w prowadzeniu dziennika bólu, w którym będzie rejestrował charakterystykę bólu, czynniki nasilające i łagodzące oraz wpływ leków przeciwbólowych.
- Udzielanie wskazówek dotyczących skali oceny bólu oraz pomiaru jego nasilenia.
- Wyjaśnienie zaleceń dotyczących dawkowania, częstotliwości przyjmowania oraz sposobu stosowania leków przeciwbólowych.
- Edukacja pacjenta dotyczącego prawidłowego przechowywania leków, unikania przedawkowania oraz rozpoznawania potencjalnych interakcji leków.
- Monitorowanie postępów pacjenta w zrozumieniu i stosowaniu zaleceń dotyczących zarządzania bólem oraz lekami przeciwbólowymi.
- Obserwacja pacjenta pod kątem skuteczności leczenia bólu oraz ewentualnych działań niepożądanych leków.
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem w celu oceny poziomu wiedzy na temat zarządzania bólem i lekami przeciwbólowymi.
- Analiza dziennika bólu pacjenta w celu oceny wpływu działań pielęgniarskich na redukcję bólu oraz poprawę jakości życia.
- Udział w farmakoterapii zgodnie z zleceniem lekarza.
- Wzmacnianie umiejętności pacjenta w samodzielnym monitorowaniu, ocenie oraz kontroli bólu.
- Poprawa skuteczności leczenia bólu poprzez właściwe stosowanie leków przeciwbólowych.
- Zapewnienie bezpiecznego i odpowiedzialnego korzystania z leków przeciwbólowych.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Dzięki podjętym działaniom pielęgniarskim uzyskano zwiększenie wiedzy pacjentki w zakresie zarządzania bólem, poprawę umiejętności samodzielnego monitorowania i oceny bólu, skuteczniejsze leczenie bólu poprzez właściwe stosowanie leków oraz bezpieczne korzystanie z nich.

WNIOSKI

1. Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w zapewnieniu kompleksowej i skutecznej opieki wobec pacjentki z nr axSpA w środowisku domowym.
2. Skuteczność opieki pielęgniarskiej uzależniona jest o czynników gwarantujących uzyskanie pozytywnego efektu leczenia i uzyskania samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego przez pacjentkę, a także znaczą poprawę stanu psychicznego oraz emocjonalnego.
3. Najważniejsze aspekty opieki nad pacjentką z nr axSpA to zapewnienie pacjentce odpowiedniej, kompleksowej opieki medycznej, wsparcia w codziennych czynnościach życiowych, emocjonalnego, motywacja do podejmowania samodzielnych działań oraz edukacji pacjentki na temat choroby i dostępnych sposobów leczenia.
4. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nr axSpA w zakresie funkcji diagnostyczno-terapeutycznych polega na świadczeniu opieki zdrowotnej, edukacyjnej, wspierającej, motywującej, a także zarządzaniu opieką wobec objętej nią podopiecznej. Powinna również udzielać pacjentce wskazówek dotyczących samoopieki oraz pomagać jej w samodzielnym monitorowaniu objawów choroby.
5. Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nr axSpA w zakresie funkcji diagnostyczno-terapeutycznych to m.in. wykonywanie badań diagnostycznych, zgodnie ze zleceniami lekarskimi, monitorowanie stanu zdrowia pacjentki, udzielanie pomocy w przypadku wystąpienia nowych, bądź nasilenia obecnych objawów choroby oraz współpraca z lekarzem w celu ustalenia planu leczenia. Pielęgniarka powinna również pomóc pacjentce w zrozumieniu zaleceń lekarskich i dbać o to, aby pacjentka przestrzegała zaleceń dotyczących samoopieki.
6. Metody pielęgniarskie, które mogą być stosowane w opiece nad pacjentką z nr axSpA w celu poprawy jej funkcjonowania i samodzielności to m.in. edukacja pacjentki na temat choroby, rokowań, możliwości leczenia, motywowanie do podejmowania aktywności fizycznej oraz wskazywanie sposobów radzenia sobie z objawami choroby. Pielęgniarka powinna również pomóc pacjentce w udoskonaleniu swojego stylu życia i wspierać ją w osiągnięciu jak najlepszych wyników leczenia.
7. Potencjalne powikłania związane z nr axSpA to m.in. zapalenie oka, jelit, zmiany skórne, możliwe rozwinięcie się chorób autoimmunologicznych np. toczeń. Pielęgniarka powinna monitorować stan pacjentki i w porę wykrywać pojawiające się

powikłania chorobowe poprzez regularne badania diagnostyczne, fizykalne, ocenę stanu pacjentki z wykorzystaniem skal diagnostycznych,, a także udzielenie pacjentce wskazówek dotyczących samoopieki i monitorowania samodzielnie swojego stanu zdrowia, pomóc pacjentce w radzeniu sobie z pojawiającymi się objawami choroby i zapobieganiu wystąpienia powikłań.

PIŚMIENNICTWO:

1. Smolen, J.S., Schöls, M., Braun, J. et al.: Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2017;77: 3-17.
2. Lindqvist E., Olofsson T., Jöud A., et al.: How good is the agreement between clinical diagnoses and classification criteria fulfilment in axial spondyloarthritis? Results from the SPARTAKUS cohort. , *Scandinavian Journal of Rheumatology* 2023;52(4):364-373.
3. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartrypatie. *Reumatologia* 2013; 50(2):93-102.
4. Klimaszewska, K., Krajewska-Kułak E. i Kondzior, D.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy pielęgniarstwa* 2021; 19(1): 47-54.
5. Kosińska, M.: Opieka pielęgniariska nad pacjentem w środowisku domowym. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014:23-27.
6. Lacey R.J., Henschke N., McBeth, J.: Reumatoid arthritis, chronic back pain and spondyloarthritis: are the psychosocial consequences of living with these conditions the same?. *Clin Exp Rheumatol* 2017; 107(5): 16-22.
7. Glińska J., Brzezińska E. i wsp.: Rola teorii pielęgnowania w podnoszeniu jakości opieki pielęgniariskiej. *Problemy pielęgniarstwa* 2016; 24(3-4):177-181.
8. Marcinowicz L.: Rola pielęgniariskiej i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. *Zarządzanie* 2014;12(4):352-357.
9. Miłkowska T.: Podstawy organizacyjno-prawne realizacji świadczeń w zakresie pielęgniariskiej opieki długoterminowej. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016; 1(1): 43-48.
10. Borowiak J. E., Bogus K., Glińska J.: Complex history taking and physical examination in nursing practice. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej - Kwartalnik międzynarodowy* 2020; 5(4): 283-296.

11. Sierakowska M., Wróblewska M., Krajewska-Kułak E. i wsp.: Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(3):353-360.
12. Czeczulewska E. M., Kisiel K., Czeczulewska Z.: Application of physical examination in the professional practice of nurses and paramedics. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej-Kwartalnik międzynarodowy* 2020; 7(3):41-48.
13. Czabak-Garbacz R., Kożuch M.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z chorobą zwyrodnieniową stawów kręgosłupa w środowisku domowym. *Problemy pielęgniarstwa* 2018; 26(1):21-28.
14. Olczak K., Zawirski M. i wsp.: Poprawa stanu zdrowia pacjentów rehabilitowanych z powodu dolegliwości kręgosłupa lędźwiowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2016; 24(3-4):261-264.
15. Redlicka J.: Analiza czynników wpływających na jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. *Postępy Rehabilitacji* 2017; 31:29-38.
16. Kotyla, P.: Stany nagłe w reumatologii. *Stany nagłe w wybranych chorobach reumatycznych*. Grupa Via Medica, Warszawa 2021: 45-47.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO RESEKCJI TARCZYCY

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Wiśniewska², Joanna Stachyra¹, Monika Żywar³

- 1- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, 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

Tarczycą to pojedynczy gruczoł wydzielania wewnętrznego. Jej znaczenie polega na dostarczaniu organizmowi hormonów – trijodotyroniny i tyroksyny, które zawierają cząsteczki jodu. Ten pierwiastek jest minerałem, spełniającym rolę regulatora prawidłowej przemiany materii. Hormony wytwarzane przez tarczycę pozwalają na utrzymanie podstawowej aktywności wszystkich komórek, wpływają na ich metabolizm, wzrost i rozwój. Nieprawidłowości poziomu hormonów tarczycy (nadczynność i niedoczynność) powodują zaburzenia w funkcjonowaniu różnych układów organizmu [1, 2].

Choroby tarczycy to najczęściej występujące schorzenia dotyczące gruczołów dokrewnych. Na terenie Polski jest to problem zdrowotny około 1/5 populacji ogólnej. Choroba gruczołu tarczowego dziesięciokrotnie częściej występuje wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Mają one powolny przebieg, często wieloletni, dają łagodne i niespecyficzne objawy, dlatego niejednokrotnie są lekceważone przez pacjentów. Prawdopodobnie nawet połowa pacjentów nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby. Jednak niezdiagnozowana i nieleczona choroba tarczycy może spowodować poważne powikłania zdrowotne, w tym przełom tarczycowy, który wiąże się z zagrożeniem życia. Zaburzenia pracy tarczycy dość często pojawiają się w grupie kobiet ciężarnych, wówczas nierozpoznana choroba może prowadzić do nieprawidłowego rozwoju płodu, poronienia, porodu przedwczesnego czy martwego urodzenia [1, 3].

Leczenie operacyjne znajduje zastosowanie w przypadkach nadczynności tarczycy i w leczeniu nowotworów gruczołu tarczowego, zwłaszcza jeśli u pacjenta występuje wole. Resekcja tarczycy polega na wycięciu gruczołu tarczowego. Takie operacje wykonuje się od prawie stu lat, ale dopiero dzięki postępowi medycyny stały się bardziej bezpieczne. W Polsce takie zabiegi dotyczą około 20 tys. pacjentów rocznie. Przestrzeganie procedur postępowania

okołooperacyjnego zmniejsza ryzyko powikłań u chorego. W okresie po operacji i wypisie ze szpitala ważne jest systematyczne i zgodne z zaleceniem przyjmowanie leków, prowadzenie diety, która jest zbilansowana i dostarcza wszystkich niezbędnych składników pokarmowych. Osoba po operacji powinna podejmować odpowiednią aktywność fizyczną, unikać używek i radzić sobie ze stresem [2, 4].

Pacjent po resekcji tarczycy jest zagrożony zespołem objawów niedoczynności tarczycy, więc wymaga systematycznego przyjmowania leków i badań kontrolnych. Resekcja tarczycy to zabieg najczęściej wykonywany w chirurgii endokrynologicznej, ale obarczony ryzykiem wielu powikłań pooperacyjnych. Powikłania wczesne to krwawienia z rany pooperacyjnej, niedowład albo porażenie fałdu krtaniowego, uszkodzenie nerwu krtaniowego, zakażenie rany pooperacyjnej. U chorego może dojść do tężyczki i zaburzeń oddechowych [5].

Możliwe powikłania późne to przede wszystkim niedoczynność przytarczyc, która ma związek z ich niedokrwieniem, po podwiązaniu tętnic tarczowych. U części pacjentów niedoczynność przytarczyc występuje przejściowo przez 2-4 tygodnie. Jednak zdarzają się przypadki, że utrzymuje się do dwóch lat. Towarzyszy jej hipokalcemia objawowa albo bezobjawowa, wymagająca podawania węglanu wapnia oraz pochodnych witaminy D pod stałym nadzorem stężenia wapnia, dobowego wydalania wapnia z moczem i stężenia fosforanów w surowicy [6].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po resekcji tarczycy.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku (studium przypadku pacjenta, jego sytuacji zdrowotnej i zmian, które następują podczas leczenia i procesu pielęgnowania). Wykorzystane techniki badawcze to: obserwacja, wywiad, pomiar, analiza dokumentacji medycznej. Jako narzędzia w zakresie analizy dokumentacji medycznej uwzględniono: historię choroby, kartę gorączkową, wyniki badań, kartę zleceń lekarskich, karty obserwacji. Do oceny pacjenta zastosowano: wskaźnik BMI, skalę do oceny nasilenia bólu VAS, skalę Barthel, skalę mMRC do oceny duszności, skalę GCS.

WYNIKI

Opisywany przypadek dotyczy pacjenta w wieku 65 lat, który od 7 lat leczył się z powodu nadczynności tarczycy. W opiece ambulatoryjnej chory niesystematycznie (4-5 razy w roku) stawiał się na wizyty kontrolne u lekarza, 1-2 razy w roku wykonywał badania laboratoryjne na zlecenie lekarza rodzinnego. U pacjenta od około 4-5 lat występowały wole, lekarz rodzinny przedstawił choremu wyjaśnienia dotyczące potrzeby usunięcia wola operacyjnie, jednak chory z obawy przed zabiegiem odwlekał decyzję o poddaniu się operacji, tłumacząc się brakiem dolegliwości i tym, że choroba nie wpływała znacząco na jego funkcjonowanie. Dopiero zwiększające się uczucie duszności, szybsze męczenie się podczas wykonywania czynności codziennych spowodowało, że pacjent wyraził zgodę na tą metodę leczenia. Dodatkowym czynnikiem był epizod duszności, który doprowadził do krótkotrwałej utraty przytomności, upadku i niewielkiego urazu (stłuczenia). Chory po wizycie u lekarza oraz namowach rodziny (żony i córki) zgodził się na leczenie szpitalne.

Leczenie chirurgiczne zostało zaplanowane w związku z wolem wieloguzkowym położonym zamostkowo i powodującym duszność. Pacjent został przyjęty na Oddział Chirurgii.

Na podstawie wywiadu pielęgniarskiego oceniono, że pacjent w dniu przyjęcia był świadomy i zorientowany w stanie swojego zdrowia. Przed zabiegiem głównym problemem była duszność spowodowana wolem, ponadto pacjent przyznał, że wypala kilka papierosów dziennie. Chory negował uczulenie na leki.

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort wskutek bólu rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zmniejszenie albo zniesienie bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena bólu przy wykorzystaniu wybranej skali, edukowanie pacjenta, w jaki sposób posłużyć się skalą.
- Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji półwysokiej celem zmniejszenia napięcia rany pooperacyjnej.
- Zapewnienie pacjentowi warunków do odpoczynku.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Sprawdzanie skutków leczenia.

Ocena: Odczucie bólu uległo zmniejszeniu. Pacjent ocenił ból na 7/10, po zastosowaniu farmakoterapii i upływie godziny nasilenie bólu zmniejszyło się do 4/10.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort z powodu problemów przy podnoszeniu głowy wskutek wymuszonej pozycji po operacji.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta i ułatwienia adaptacji do potrzebnej pozycji.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wy tłumaczenie pacjentowi zasadności utrzymywania pozycji półwysokiej albo wysokiej na grzbiecie.
- Ułożenie pacjenta i zwrócenie uwagi, czy poduszka dobrze wypełnia krzywiznę szyjną kręgosłupa, a mięśnie nie są napięte.
- Pouczenie pacjenta, w jaki sposób podtrzymywać głowę przy zmianie pozycji, np. przy siadania – ręka ułożona na karku.
- Konsultacja fizykoterapeutą dotycząca zakresu ćwiczeń szyi.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Pacjent stosował się do utrzymywania koniecznej pozycji, zastosowano ułatwienia.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko przełomu tyreotoksycznego w związku z zaburzeniami eutyreozy przed operacją.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka przełomu albo wczesne zauważenie objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomiar parametrów życiowych – tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddechy, temperatura co 15 minut przez 2 godziny.
- Dokumentowanie i analiza wyników.
- Wyjaśnienie pacjentowi przeprowadzanych czynności.
- Przekazanie pacjentowi informacji na temat objawów, które powinien jak najszybciej zgłosić pielęgniarce.
- Obserwacja stanu pacjenta.

Ocena: Nie doszło do wystąpienia przełomu tyreotoksycznego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia obrzęku krtani, uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka powikłań albo wczesne wykrycie powikłań.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena barwy głosu pacjenta w kontakcie werbalnym.
- Ocena oddechu.

- Ocena wyglądu tkanek szyi podczas wdechu.
- Pouczenie pacjenta, aby oszczędzał wysiłek głosu i nie spożywał zimnych płynów.
- Wyjaśnienie pacjentowi prowadzonych czynności i objawów, które powinien szybko zgłaszać personelowi pielęgniarskiemu.

Ocena: Głos pacjenta prawidłowy, bez objawów wskazujących na powikłania krtani.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko zaburzeń wodno-elektrolitowych w związku z trudnościami w połykaniu po operacji.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podanie płynów dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Kontrolowanie diurezy.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Obserwowanie skóry i błon śluzowych pacjenta.
- Udokumentowanie podejmowanych działań.

Ocena: Nie doszło do zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka powikłań albo wczesne wykrycie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukowanie pacjenta w zakresie objawów tężyczki wskutek obniżonego poziomu wapnia we krwi – mrowienie, drętwienie w okolicy ust, palców rąk, nerwowość, poczucie lęku.
- Wyjaśnienie pacjentowi, aby niezwłocznie poinformował personel pielęgniarski, jeśli wystąpią takie objawy.
- Pobranie krwi na oznaczenie poziomu wapnia zgodnie z karta zleceń.
- Suplementacja preparatów wapnia zgodnie z kartą zleceń.
- Dokumentowanie czynności.

Ocena: Nie doszło do niedoczynności przytarczyc, wyniki poziomu wapnia nieznacznie poniżej normy.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Niedopuszczenie do krwawienia albo szybkie podjęcie działania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwowanie opatrunku.
- Sprawdzanie ilości i jakości wydzieliny w drenie.
- Sprawdzanie stanu rany podczas zmiany opatrunków.
- Pomiar parametrów życiowych – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura.
- Dokumentowanie i analiza wyników pomiaru.

Ocena: Nie doszło do krwawienia z rany pooperacyjnej, parametry życiowe w normie.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko duszności wskutek obrzęku albo zapadnięcia chrząstek tchawicznych.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia duszności.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stosowanie pozycji wysokiej lub półwysokiej dla pacjenta.
- Obserwowanie oddechu.
- Pomiar oddechów i tętna oraz dokumentowanie wyników.
- Zastosowanie tlenoterapii według zlecenia lekarza.
- Obserwowanie powłok skórnych i błon śluzowych.

Ocena: Duszność nie wystąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko hipokalcemii pooperacyjnej.

Cel opieki: Zapobieganie hipokalcemii albo szybkie podjęcie działania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych pod kątem stężenia wapnia, dokumentowanie i analiza wyników.
- Podaż wapnia z witaminą D zgodnie ze zaleceniem lekarza.
- Monitorowanie stanu pacjenta pod kątem niepożądanych objawów - skurcze mięśni żwaczy, przykurcz dłoniowy, parestezje.
- Wyjaśnienie pacjentowi potrzeby szybkiego zgłaszania objawów.
- Dokumentowanie czynności.

Ocena: U pacjenta nie wystąpiły objawy tężyczki, poziom wapnia utrzymywał się na niskiej, ale akceptowalnej wartości.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej wskutek unieruchomienia pacjenta.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej albo szybkie podjęcie działania.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podanie heparyny drobnocząsteczkowej zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Obserwowanie kończyn pacjenta ze względu na możliwość wystąpienia obrzęków i ucieplenia.
- Ocena możliwości uruchomienia pacjenta.
- Edukowanie pacjenta w zakresie wykonywania ćwiczeń kończyn dolnych podczas leżenia w łóżku.
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania serii ćwiczeń, zmieniania pozycji.

Ocena: Nie doszło do wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych, pacjent uruchomiony 8 godzin po operacji.

Diagnoza pielęgniarska 11: Nudności i wymioty spowodowane narkozą.

Cel opieki: Zmniejszenie lub eliminacja nudności i wymiotów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka pooperacyjnych nudności i wymiotów.
- Edukowanie pacjenta pod kątem wczesnego zgłaszania objawów.
- Ustawienie w pobliżu pacjenta miski, ligniny, szklanki z wodą do przepłukiwania ust.
- Sprawdzanie, czy pacjent utrzymuje pozycję wysoką albo półwysoką.
- Wywietrzenie pomieszczenia, analiza otoczenia pod kątem występowania niekorzystnych zapachów.
- Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.
- Utrzymanie higieny otoczenia pacjenta.

Ocena: Nudności i wymioty ustąpiły po podaniu leków.

Diagnoza pielęgniarska 12: Niepokój pacjenta o skutki leczenia.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy z pacjentem i wyjaśnienie powodu niepokoju.
- Udzielenie objaśnień na temat wykonywanych czynności.

- Zaproponowanie pacjentowi spotkania z lekarzem.
- Zaproponowanie pacjentowi kontaktu z innymi chorymi, którzy są w podobnej sytuacji zdrowotnej.
- Okazanie pacjentowi zrozumienia, zachęcenie do zadawania pytań.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

Ocena: Niepokój pacjenta zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko zakażenia wskutek wkłucia cewnika obwodowego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocenianie miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, bólu, podwyższonej ciepłoty.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas kontaktu z wkłuciem.
- Umocowanie cewnika jałowym opatrunkiem.
- Zmianie opatrunku co 24 godziny albo w razie potrzeby.
- Limitowanie manipulacji przy wkłuciu obwodowym.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas kontaktu z wkłuciem.
- Kontrolowanie drożności kaniuli przed podaniem leków.
- Prowadzenie dokumentacji.

Ocena: Nie doszło do infekcji w miejscu wkłucia obwodowego.

Diagnoza pielęgniarska 14: Zaparcia wskutek zaburzeń trawienia.

Cel opieki: Zniwelowanie zaparć i przywrócenie rytmu wypróżnień.

Interwencje pielęgniarskie:

- Monitorowanie i dokumentowanie wypróżnień.
- Zapewnienie pacjentowi luźnej odzieży, nieuciskającej brzucha.
- Edukowanie pacjenta odnośnie ćwiczeń – wykonanie spaceru, ćwiczenia mięśni tłoczni brzucha, masaż brzucha dłonią.
- Pokazanie pacjentowi masażu brzucha.
- Analiza diety pod kątem możliwości wprowadzenia zmian.
- Podanie leków na zlecenie lekarza.

Ocena: Uzyskano wypróżnienia, ale problem wymagał dalszego działania.

Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy pacjenta na temat postępowania w domu, po wypisie ze szpitala.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjenta w zakresie postępowania w domu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zebranie danych na temat wiedzy pacjenta o postępowaniu po resekcji tarczycy.
- Wyjaśnienie potrzeby zgłoszenia się na wizytę kontrolną, na usunięcie szwów.
- Wyjaśnienie sposobu postępowania z opatrunkiem.
- Przypomnienie o terminie odebrania wyników badań histopatologicznych.
- Przekazanie materiałów drukowanych na temat diety i postępowania po wypisie.

Ocena: Wiedza pacjenta na temat postępowania po wypisie została zwiększona.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Zadania wykonywane przez pielęgniarkę w opiece nad pacjentem po resekcji tarczycy przyjęły postać rozpoznania problemów chorego, następnie planowania i realizacji procesu pielęgnacyjnego. Wykonywano czynności skierowane na zbieranie i analizowanie danych o stanie pacjenta w okresie pooperacyjnym, podjęto działania diagnostyczne i terapeutyczne, wdrożono profilaktykę powikłań pooperacyjnych. Stan pacjenta był monitorowany, minimalizowano lub likwidowano dolegliwości.
2. Istotne problemy pacjenta po resekcji tarczycy to dolegliwości bólowe, osłabienie, problem w przyjęciu dogodnej pozycji niezwiększającej napięcia mięśni szyi. Po interwencji chirurgicznej występuje osłabienie, chory odczuwa dyskomfort, także związany ze stosowaniem procedur medycznych, np. utrzymywaniem dostępu żylnego. Pojawiają się też zaburzenia ze strony układu pokarmowego, które trzeba niwelować poprzez podejmowanie przemyślanych interwencji.
3. Dzięki działaniom edukacyjnym prowadzonym przez pielęgniarkę pacjent po resekcji tarczycy został wyedukowany o potrzebie systematycznego przyjmowania leków, dowiedział się, jaką dietę prowadzić po zabiegu oraz w jaki sposób kontrolować stan swojego zdrowia. Wyjaśniono zasady obserwowania rany i samoobserwacji stanu zdrowia, zalecono wykonywanie pomiarów masy ciała.

PIŚMIENNICTWO:

1. Jarzab G., Lewiński A., Płackiewicz-Jankowska E.: Choroby tarczycy [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Gajewski p. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2016:1180-1234.
2. Górka M.: Układ wydzielania wewnętrznego. Tarczyca [w:] Fizjologia człowieka, Górski R. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019:216-218.
3. Woźniak M.J., Matyjaszek-Matuszek B.: Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy. *Lekarz POZ* 2022; 5:330-337.
4. Jarzab B., Dedecjus M., Słowińska-Klencka D.: Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych. Diagnostyka i leczenie raka tarczycy. Aktualizacja na 2018 rok. *Endokrynologia Polska* 2018;1:75-118.
5. Świrta J.S., Barczyński M.: Krwotok po operacji tarczycy. *Przegląd Lekarski* 2014; 2:82-85.
6. Szczepańska E., Jastrzębska H., Gietka-Czarnel M.: Współczesne zasady leczenia radiojodem nadczynności tarczycy. *Postępy Nauk Medycznych* 2016;12:934-941.

STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A OCENA WŁASNYCH POSTAW RODZICIELSKICH PRZEZ MATKI DZIECI Z CUKRZYCĄ

Agnieszka Sobolewska-Samorek¹, Monika Pruchniak², Alina Trojanowska¹, Anna Hordyjewska³, Małgorzata Cybula-Misiurek⁴, Małgorzata Kowalczyk⁴

- 1. Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
- 2. Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
- 3. Zakład Chemii Medycznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
- 4. Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny KUL*

WPROWADZENIE

Wzorem dla dzieci już od pierwszych dni życia jest środowisko, w którym się rozwijają. To rodzice i otoczenie mają decydujący wpływ na to, jakim się stanie człowiekiem. Rodzice kształtują życie uczuciowe i decydują o rozwoju intelektualnym. Przewlekła choroba dziecka może wiązać się z ujawnieniem przez rodziców niewłaściwych postaw rodzicielskich, czego naturalną konsekwencją mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu ich dzieci. Rodzice dzieci przewlekle chorych mogą prezentować postawę akceptacji, postawę nadmiernie wymagającą aż do postawy unikającej czy odrzucającej dziecko [1].

W opiece nad dzieckiem przewlekle chorym bardzo istotne jest korygowanie postaw niewłaściwych ze strony rodziców. Dziecko chore na cukrzyce potrzebuje miłości, dającej poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Rodzice dziecka z chorobą przewlekłą troszcząc się o własne dziecko powinni również otrzymać wsparcie, które pozwoli im odnaleźć się w roli rodzica dziecka chorego, da siłę do tego aby w przyszłości móc nieść dziecku pomoc [2].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie, czy istnieje związek pomiędzy strategiami radzeniem sobie ze stresem a postawami rodzicielskimi matek dzieci z cukrzycą.

MATERIAŁ I METODY

Osoby objęte badaniami to 60 matek dzieci z cukrzycą przebywających wraz z nimi w

Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie.

Prowadzone badania zostały przeprowadzone w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie na Oddziale Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej. W badaniach wykorzystano ankietę własnej konstrukcji i dwa standaryzowane narzędzia badawcze: Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini – COPE autorstwa Ch. S. Carver, w adaptacji Z. Juczyńskiego, N. Ogińskiej-Bulik. oraz Skalę Satysfakcji z Życia – SWLS autorstwa E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Lursen i S. Griffin w adaptacji Z. Juczyńskiego.

WYNIKI

Uzyskane wyniki surowe przeliczono na normy stenowe w celu określenia stopnia nasilenia postaw rodzicielskich matek dzieci chorych na cukrzycę w odniesieniu do grupy normalizacyjnej.

W granicach wyników niskich kształtuje się ocena matek własnej postawy ochraniającej (O=4). W percepcji matek nie wyrażają one przesadnej troski o chore dziecko i przejawiają niewielkie zaangażowanie w jego sprawy i przyszłość. Z punktu widzenia teorii psychologicznych niskie nasilenie ochraniającej postawy jest właściwą, zmierzającą w pożądanym kierunku.

Na podobnym niskim poziomie kształtuje się ocena postawy autonomii (AU=4). Oznacza to, że matki chorych dzieci w niewielkim stopniu pozwalają im na samodzielność, dokonywanie wyborów, jak również zdarza im się narzucać swoje zdanie. Takie nasilenie tej postawy jest niekorzystne i świadczy o niezrozumieniu potrzeb rozwojowych dziecka dotyczących niezależności i samodzielności, jako elementu rozwoju.

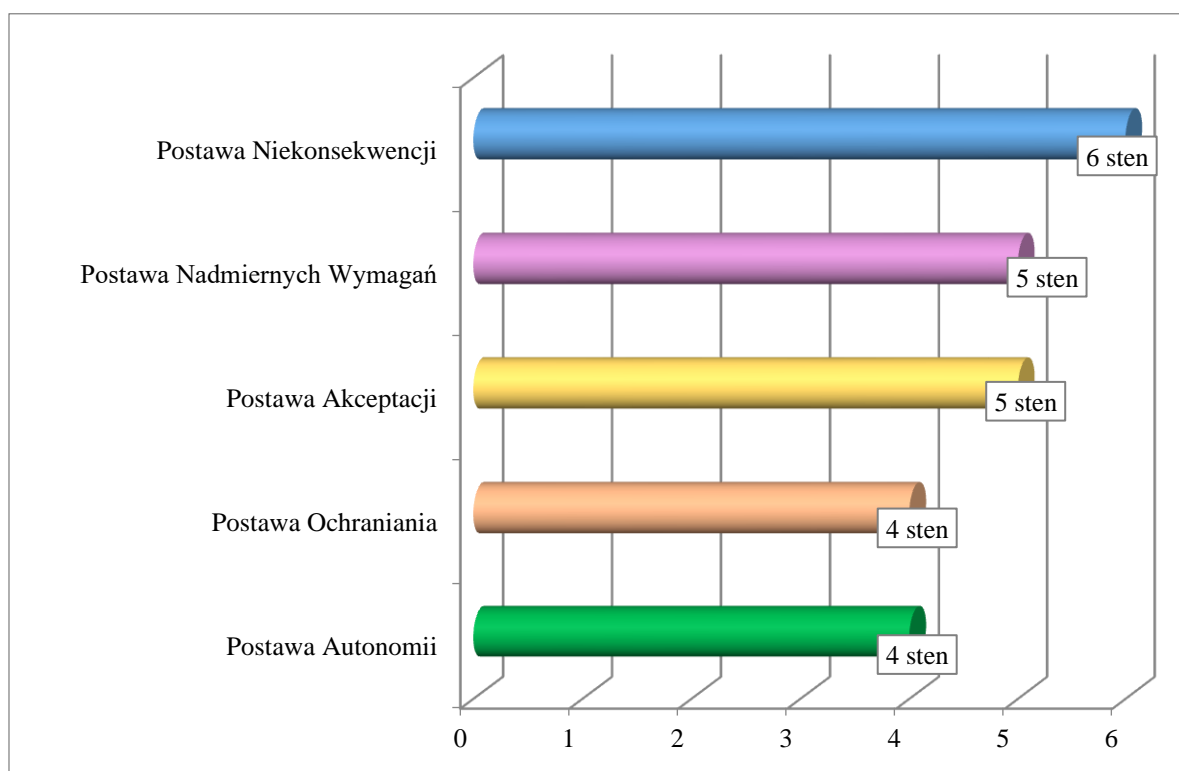
W odniesieniu do postawy akceptacji, kobiety uzyskały przeciętne wyniki (AK=5). Oznacza to, że rodzic stara się w umiarkowanym stopniu okazywać zrozumienie. Zazwyczaj zapewnia możliwość komunikowania swoich potrzeb przez dziecko. W przeciętnym stopniu zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa, będąc oparciem tylko w niektórych trudnych sytuacjach.

Natomiast w granicach wyników przeciętnych plasuje się ocena postawy nadmiernych wymagań (W=5). Badane matki uważają, że w umiarkowanym stopniu narzucają swoje zdanie dziecku i egzekwują wykonywanie poleceń. Zazwyczaj starają się dostosować wymagania do możliwości dziecka. Zdarza im się od czasu do czasu obwinić dziecko za niedostosowanie się do ich oczekiwań. Biorąc pod uwagę założenia teoretyczne dopiero wyniki niskie wskazują na właściwą postawę w tym zakresie.

W granicach wyników przeciętnych kształtuje się również ocena niekonsekwencji

(N=6). Ma to przełożenie na zmienny stosunek rodzica do dzieci. Kobiety deklarują, że czasem ich zachowania wychowawcze zależą od chwilowego nastroju. Poza tym nie zawsze konsekwentnie stosują wprowadzane zasady i wymagania. Jest to postawa umiarkowanie właściwa w kontekście procesu wychowawczego.

Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiające postawy rodzicielskie matek dzieci z cukrzycą w odniesieniu do norm stenowych ujęto na Wykresie 1.



Wykres 1. Ocena postaw rodzicielskich przez matki dzieci z cukrzycą

Związek stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem z oceną własnych postaw rodzicielskich przez matki dzieci z cukrzycą

W celu zweryfikowania tej hipotezy badawczej przewidującej, że istnieje związek pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a oceną własnych postaw rodzicielskich przez matki dzieci z cukrzycą przeprowadzono analizy korelacyjne. Ich wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Związek pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a oceną własnych postaw rodzicielskich przez matki dzieci z cukrzycą

Strategie radzenia sobie ze stresem	Postawa akceptacji	Postawa autonomii	Postawa nadmiernego ochraniańia	Postawa nadmiernego wymagania	Postawa niekonsekwencji
Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP)	-0.14	-0.25	0.06	0,36**	0,40**
Poczucie humoru (PH)	0.02	-0.02	-0.15	-0.13	-0.11
Zaprzeczanie (Z)	-0.04	-0.18	0,35**	0,33**	0.17
Zaprzestanie działań (ZD)	-0.16	-0,30*	-0.01	0.21	0,40**
Zwrot ku religii (ZKR)	0.16	0.25	0.09	-0.10	-0.11
Obwinianie siebie (OS)	0.04	0.05	0,30*	0,26*	0,28*
Wyładowanie (W)	0.06	-0.12	0,27*	0.14	0.08
Zajmowanie się czymś innym (ZCI)	0,34**	0.20	-0.09	-0,36**	-0,26*
Pozytywne przewartościowanie (PP)	0,30*	0.21	-0.12	-0,44**	-0,28*
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)	0.18	0.12	-0.07	-0,37**	-0.24
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)	0.15	0.18	-0.13	-0,33*	-0.24
Akceptacja(A)	-0.09	0.13	-0,38**	-0.24	0.03
Planowanie (P)	0.17	0.22	-0.18	-0,37**	-0.24
Aktywne radzenie sobie (ARS)	0,28*	0.13	-0.02	-0.25	-0.23

wartość współczynnika r Pearsona: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Źródło: wyniki badań własnych

Przeprowadzone analizy statystyczne za pomocą współczynnika *r Pearsona* wykazały związki pomiędzy trzema strategiami radzenia sobie ze stresem a postawą akceptacji u matek dzieci z cukrzycą. Odnotowano słabe dodatnie korelacje pomiędzy strategiami skoncentrowanymi na zadaniu takimi jak: aktywne radzenie sobie i pozytywne przewartościowanie a postawą akceptacji. Oznacza to, że w im większym stopniu matki okazują dzieciom zrozumienie, zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa i umożliwiają mówienie o swoich potrzebach, w tym większym stopniu podejmują działania zmierzające do usunięcia stresora i potrafią dostrzec w stresującym wydarzeniu szansę rozwoju. Poza tym postawa akceptacji wiąże się z strategią skoncentrowaną na unikaniu taką jak: zajmowaniem się czymś innym w sytuacji problemowej. Jest to związek dodatni o słabej sile. Im większe zrozumienie okazują matki chorym dzieciom, tym częściej angażują się w czynności zastępcze, w trudnej sytuacji.

Wykazano również odwrotnie proporcjonalny związek o słabej sile postawy autonomii wobec chorego dziecka ze strategią skoncentrowaną na unikaniu przejawiającą się zaprzestaniem działań. W im większym stopniu matki chorych dzieci pozwalają im na samodzielność tym rzadziej rezygnują z podejmowania działań zmierzających do rozwiązania problemu.

Postawa nadmiernego ochraniania wiąże się z trzema strategiami skoncentrowanymi na emocjach. Odnotowano dodatnie słabe korelacje pomiędzy obwinianiem siebie, wyładowaniem i zaprzeczaniem a postawą nadmiernego ochraniania. Oznacza to, że im wyższe nasilenie przesadnej troski o chore dziecko i zaangażowanie w jego sprawy, tym częściej badane matki zaprzeczają niekorzystnym informacjom, rozładowują emocje na innych i obwiniają się za to co się stało. Poza tym słaby odwrotnie proporcjonalny związek został odnotowany pomiędzy postawą nadmiernego ochraniania a strategią skoncentrowaną na unikaniu jaką jest akceptacja stresującej sytuacji. Wraz ze spadkiem nasilenia przesadnej troski o chore dziecko wzrasta przystosowanie się do problemu wyrażające się w braku podejmowania działań mających na celu zmianę sytuacji.

Z otrzymanych danych wynika, że postawa nadmiernych wymagań koreluje ujemnie z trzema strategiami skoncentrowanymi na zadaniu takimi jak: pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, planowanie. W przypadku pozytywnego przewartościowania siła związku jest umiarkowana, w pozostałych słaba. Oznacza to, że im większe wymagania ma matka wobec chorego dziecka, w tym mniejszym stopniu widzi stresujące wydarzenie w pozytywnym świetle, poszukuje rady i informacji, planuje jak poradzić sobie z nim. Odnotowano również związek strategii skoncentrowanych na emocjach

takich jak: obwinianie się, zaprzeczanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego z postawą nadmiernych wymagań. Istnieje wprost proporcjonalny słaby związek pomiędzy zaprzeczaniem i obwinianiem się przez badane matki a postawą nadmiernych wymagań. Im w większym stopniu matki narzucają swoje zdanie dziecku i egzekwują wykonywanie poleceń, tym częściej zaprzeczają niekorzystnym informacjom i obwiniają się w stresującej sytuacji. Odwrotny (ujemny) kierunek zależności o słabej sile uwidocznił się w przypadku poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Wraz ze wzrostem oczekiwań i wymagań matek wobec dziecka, zmniejsza się potrzeba poszukiwania zrozumienia i otuchy w trudnych sytuacjach u otoczenia. Wykazano również związek strategii skoncentrowanych na unikaniu z postawą nadmiernych wymagań. Zażywanie środków psychoaktywnych korelowało dodatnio z tą postawą, natomiast w przypadku zajmowanie się czymś innym w sytuacji stresu związek był ujemny. Siła tych związków była słaba. Im częściej matki narzucają swoje zdanie dziecku, tym rzadziej angażują się w czynności zastępcze w sytuacjach trudnych. Wyjątkiem jest w tym przypadku zażywanie środków psychoaktywnych, które się nasila.

Słaby odwrotnie proporcjonalny związek odnotowano pomiędzy postawą niekonsekwencji a strategią skoncentrowaną na zadaniu taką jak: pozytywne przewartościowanie. Im w większym stopniu zachowania wychowawcze matek zależą od chwilowego nastroju, tym w mniejszym stopniu dostrzegają one w stresującym wydarzeniu szansę rozwoju. Odnotowano również słaby dodatni związek pomiędzy strategią skoncentrowaną na emocjach polegającą na obwinianiu się a postawą niekonsekwencji. Oznacza to, że im w większym stopniu matka przejawia zmienny stosunek do dziecka, tym większe poczucie winy odczuwa. Poza tym postawa niekonsekwencji wiąże się z dwiema strategiami unikowymi. Zażywanie środków psychoaktywnych koreluje dodatnio z tą postawą, a siła tego związku jest umiarkowana. Natomiast w przypadku zajmowania się czymś innym w sytuacji stresu związek jest słaby i ujemny. Wraz ze wzrostem niekonsekwentnych zachowań wzrasta tendencja do używania środków psychoaktywnych przez matki, natomiast obniża się angażowanie się w inne czynności zastępcze.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzone badania pokazały, że istnieje wprost proporcjonalny związek pomiędzy strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na problemie a postawą akceptacji u matek dzieci z cukrzycą. Im w większym stopniu matki okazywały dzieciom zrozumienie, zaspokajały potrzebę bezpieczeństwa i umożliwiały mówienie

o swoich potrzebach, w tym większym stopniu podejmowały działania zmierzające do usunięcia stresora i dostrzegały w stresującym wydarzeniu szansę rozwoju. Uzyskane w badaniach własnych wyniki są zgodne z rezultatami Jankowskiej i współpracowników pokazującymi, że matki chorych dzieci najczęściej deklarowały stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem takich jak: planowanie, aktywne radzenie sobie i pozytywnie przewartościowanie [2]. Pozytywna reinterpretacja pozwalała rodzicom uczynić sytuację związaną z chorobą dziecka bardziej akceptowalną. Natomiast wyniki w zakresie postawy akceptacji nie są jednoznaczne. Rezultaty Cyranki wskazują, że postawy matek dzieci chorych na cukrzycę typu I charakteryzują się większym nasileniem postawy ochraniającej i niższym nasileniem akceptacji w porównaniu do matek zdrowych dzieci [1]. Z drugiej strony Jankowska i współpracownicy raportują, że matki przewlekłe chorych dzieci częściej przejawiają postawę akceptacji niż rodzice zdrowych potomków [2]. Postawa akceptacji rodziców jest kluczowym czynnikiem zwiększającym zdolności przystosowawcze chorego dziecka i rozwijającym wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Powiązanie akceptującej postawy wobec dziecka ze stosowaniem przystosowawczych strategii może być uwarunkowane adaptacją rodzica do sytuacji choroby. Opiekun akceptuje zarówno dziecko jak i sytuację życiową związaną z jego chorobą przez co nie skupia się na negatywnych emocjach, lecz rozwiązaniach [1,3].

Wyniki analizy statystycznej pozwalają również na potwierdzenie hipotezy mówiącej o tym, że istnieje odwrotnie proporcjonalny związek postawy autonomii z zaprzestaniem działań. Im w większym stopniu matki chorych dzieci pozwalają im na samodzielność, tym rzadziej rezygnują z podejmowania działań zmierzających do rozwiązania problemu. Odnotowane w badaniu zależności wskazują jednak, że rodzice pozwalający na większą samodzielność choremu dziecku sami w swoim życiu nie zaprzestają działań zmierzających do rozwiązania problemu. Taki wzór może być charakterystyczny dla opiekunów, którzy mają wysoki poziom samoefektywności [2,3]. Coleman i Karraker pokazali, że poczucie własnej skuteczności matek jest kluczowym komponentem kształtującym postawy wobec dziecka [3]. W zgodzie z tymi doniesieniami są rezultaty Jankowskiej i współpracowników sugerujące, że silniejsze przekonania o własnej skuteczności i kompetencjach matek chorych dzieci były związane z mniejszym prawdopodobieństwem wycofania się z działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu [2]. Ponad to, warto wspomnieć o badaniach przeprowadzonych na polskiej próbie dzieci z cukrzycą pokazujących, że zasadniczo to ojcowie chorych dzieci prezentują w większym nasileniu postawę autonomii w odniesieniu do swoich małżonek i ojców zdrowych dzieci [1,2]

Wyniki badań potwierdzają również, że istnieje wprost proporcjonalny związek pomiędzy strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach a postawą nadmiernego ochraniań u matek dzieci z cukrzycą została potwierdzona. Im wyższe nasilenie przesadnej troski o chore dziecko i zaangażowania w jego sprawy, tym częściej badane matki zaprzeczają niekorzystnym informacjom, rozładowują emocje na innych i obwiniają się za to co się stało. Matczyne lęk i nadreaktywność emocjonalna jest mechanizmem stojącym za postawą nadmiernego ochraniań [4,5]. Pobudzenie emocjonalne jest obniżane poprzez nadmierną kontrolę działań dziecka i ograniczenie jego samodzielności. Jednym z bezpośrednich wskaźników lęku jest antycypacja niekorzystnych przyszłych wydarzeń dotyczących dziecka, manifestująca się zamartwianiem Nieuzasadnione obawy nakręcają spiralę lęku i poczucie winy, gdy pojawiają się kłopoty zdrowotne [2,6]. Poziom doświadczonego żalu dramatycznie wzrasta, kiedy rodzice zdają sobie sprawę, że jest to sytuacja nieodwracalna. Wszystkie te negatywne emocje związane z chorobą dziecka mogą zwiększać prawdopodobieństwo ich wyładowania na bliskich. Poza tym, wyniki badań Szałowskiej, Pilarz i Tkaczyk ukazują większe tendencje do nadmiernego zamartwiania się i nadopiekuńczości w grupie matek dzieci z chorobą przewlekłą w porównaniu do grupy opiekunów zdrowych dzieci [7]. Podobne wyniki uzyskała Jankowska i współpracownicy porównując matki dzieci z porażeniem mózgowym z grupą kontrolną Zaraportowane przez jej zespół wyniki wskazują również, że predyktorem postawy nadmiernie ochraniającej jest neurotyzm matki a strategią powiązaną z nadopiekuńczością rodzica jest zaprzeczenie. Odrzucanie trudnej sytuacji przez nadopiekuńczych rodziców chorych na cukrzycę dzieci jest wynikiem odczuwania wysokiego poziomu lęku związanego z chorobą dziecka. Rezultaty badań Szałowskiej i wsp. oraz Jankowskiej i wsp. potwierdzają uzyskane zależności w badaniu własnym [2,7].

Poza tym, potwierdzono, że istnieje dodatni związek postawy nadmiernych wymagań ze strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na emocjach i ujemny ze strategiami skoncentrowanymi na problemie. Im mniejsze wymagania miała matka wobec chorego dziecka, tym częściej widziała stresujące wydarzenie w pozytywnym świetle, poszukiwała rady i informacji, planowała a zarazem rzadziej zaprzeczała niekorzystnym informacjom i obwiniała się. Odnosząc się do uzyskanych wyników warto wspomnieć o tym, że matki dzieci chorych częściej prezentują postawę nadmiernych wymagań, która uwarunkowana jest wyższym poziomem neurotyczności, niż opiekunowie zdrowych dzieci [2]. Uzyskane w badaniu własnym rezultaty ukazujące mniejsze nasilenie postawy nadmiernych wymagań, przy zwiększonym poszukiwaniu wsparcia społecznego może być

spowodowane akceptacją chorobą dziecka i wynikających z niej ograniczeń. Innym wyjaśnieniem zauważonej prawidłowości jest fakt, że opieka nad chorym przewlekłe dzieckiem jest stresująca i wymaga pomocy ze strony otoczenia. Wyniki badania jakościowego przeprowadzonego przez Szawłowską, Li pokazały, że matki zdrowych dzieci aby poradzić sobie z trudami wychowawczymi, najczęściej korzystają ze wsparcia społecznego, poszukując rad u bliskich, przyjaciół lub czytając poradniki [7,8]. Wybór tych strategii jest specyficzny płciowo i wiąże się z postrzeganiem przez społeczność ról życiowych. Z tego też względu poszukiwanie wsparcia społecznego jest bardziej akceptowane jako strategia u kobiet niż u mężczyzn. W przeciwieństwie do matek ojcowie nie deklarują, że szukanie wsparcia jest podstawową strategią radzenia sobie ze stresem rodzicielskim [8].

W wyniku odczuwania wysokiego natężenia negatywnego afektu związanego z chorobą dziecka uruchamiany jest mechanizm obronny w postaci zaprzeczania trudnej sytuacji. Emocje te mają swoje źródło w braku akceptacji choroby. Rodzic musi stać się bardziej wyrozumiały zarówno wobec dziecka jak i wobec siebie, by mógł przejść proces przystosowania do choroby dziecka i zaakceptowania jej. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że akceptacja sytuacji zmniejsza tendencje do zaprzeczania, gdyż wraz z nią obniża się poziom lęku, smutku i bezradności [9].

Ponadto, potwierdzony został wprost proporcjonalny związek postawy niekonsekwencji ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach oraz strategiami unikowymi. Im częściej matka przejawiała zmienny stosunek do dziecka, tym częściej odczuwała poczucie winy i stosowała środki psychoaktywne. Wyniki badań Cyranki wskazują, że matki dzieci z cukrzycą typu 1 charakteryzują się większą niekonsekwencją w stosunku do potomstwa niż rodzice z grupy kontrolnej [1]. Według wyników badań Dardas niekonsekwencja rodzicielska jest mocno związana z odczuciem napięcia emocjonalnego i stresu wynikającego z choroby dziecka. Napięcie to, może być obniżane poprzez strategie unikowe, takie jak picie alkoholu, gdyż dają one natychmiastowe ukojenie [11]. Rezultaty uzyskane przez Teasdale, Limbers i Dardas wskazują, że strategie unikowe moderują relację pomiędzy stresem rodzicielskim a zaangażowaniem w opiekę nad dzieckiem z cukrzycą typu I. Postrzeganie własnej ambiwalencji przez rodzica może być normalizowane przez atrybucje obronną. Wyniki badań w tym zakresie nie są jednoznaczne i wskazują, że u matek dzieci chorych na cukrzycę, obwinianie się było nieskorelowane z adaptacją do sytuacji [10,11]. Biorąc pod uwagę cytowane prace można wnosić, że ambiwalencja w zachowaniu rodzica jest efektem niepokoju, który uruchamia nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z trudną sytuacją.

WNIOSKI

1. Odnotowano słabe dodatnie korelacje pomiędzy strategiami skoncentrowanymi na zadaniu a postawą akceptacji u matek dzieci z cukrzycą
2. Wykazano również odwrotnie proporcjonalny związek o słabej sile postawy autonomii wobec chorego dziecka ze strategią skoncentrowaną na unikaniu
3. Odnotowano dodatnie słabe korelacje pomiędzy obwinianiem siebie, wyładowaniem i zaprzeczaniem a postawą nadmiernego ochraniania u matek dzieci z cukrzycą.
4. Istnieje wprost proporcjonalny słaby związek pomiędzy zaprzeczaniem i obwinianiem się przez badane matki a postawą nadmiernych wymagań.
5. Wykazano związek strategii skoncentrowanych na unikaniu z postawą nadmiernych wymagań u matek dzieci z cukrzycą.
6. Odnotowano słaby dodatni związek pomiędzy strategią skoncentrowaną na emocjach polegającą na obwinianiu się a postawą niekonsekwencji u matek dzieci z cukrzycą.
7. Odnotowano również związek strategii skoncentrowanych na emocjach takich jak: obwinianie się, zaprzeczanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego z postawą nadmiernych wymagań u matek dzieci z cukrzycą.

PIŚMIENNICTWO:

1. Cyranka K.: Postawy rodzicielskie i komunikacja małżeńska rodziców dzieci chorych na cukrzycę typu. Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne 2013; 4: 1-5.
2. Jankowska A. M., Włodarczyk A., Campbell C., & Shaw S.: Parental attitudes and personality traits, self-efficacy, stress, and coping strategies among mothers of children with cerebral palsy. *Health Psychology Report* 2015; 3 (3): 246–259. DOI: 10.5114/hpr.2015.51903
3. Coleman P. K., & Karraker K. H.: Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review* 1998; 18: 47-85.
4. Barnett D., Clements M., Kaplan-Estrin M., & Fialka J.: Building new dreams: Supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants & Young Children* 2003; 16: 184-200.
5. Kalomiris A. E., & Kiel E. J.: Maternal anxiety and physiological reactivity as mechanisms to explain overprotective primiparous parenting behaviors. *Journal of Family Psychology* 2016; 30 (7): 791–801. doi:10.1037/fam0000237.
6. Spada M. M., Caselli G., Manfredi C., Rebecchi D., Rovetto F., Ruggiero G. M.,

- Sassaroli S.: Parental Overprotection and Metacognitions as Predictors of Worry and Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2011; 40 (03): 287-296. doi:10.1017/s135246581100021x.
7. Szałowska D., Pilarz E., Tkaczyk M.: Postawy rodzicielskie oraz funkcjonowanie emocjonalne rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2013; 9 (3): 276–281.
 8. Li X., Lam C. B., & Chung K. K. H.: Linking Maternal Caregiving Burden to Maternal and Child Adjustment: Testing Maternal Coping Strategies as Mediators and Moderators. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2019; doi:10.1007/s10882-019-09694-0.
 9. Rechenberg K., Grey M., Sadler L.: Stress and Posttraumatic Stress in Mothers of Children With Type 1 Diabetes. *Journal of Family Nursing* 2017; 23 (2): 201-225.
 10. Teasdale A., Limbers C.: Avoidant coping moderates the relationship between paternal involvement in the child's type 1 diabetes (T1D) care and parenting stress. *Journal of Child Health Care* 2018; 136749351876706. doi:10.1177/1367493518767068.
 11. Dardas LA and Ahmad M.M.: Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health* 2015; 31: 5–12.

ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO RESEKCJI ŻOŁĄDKA

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Wiśniewska², Joanna Stachyra¹, Iwona Wiśniewska³

1- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, 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

Rak żołądka stanowi około 4% zachorowań na nowotwory złośliwe, zalicza się je do chorób o złym rokowaniu. Przyczyniają się do tego długi bezobjawowy przebieg, niespecyficzne objawy, które często są lekceważone, więc do rozpoznania dochodzi często wtedy, gdy nowotwór znajduje się w stadium zaawansowanym i jest rozsiały.

Na raka żołądka dwukrotnie częściej chorują mężczyźni niż kobiety, a w większości przypadków choroba jest rozpoznawana po 70 roku życia [1, 2].

Radykalna resekcja połączona z limfadenektomią jest najczęstszą metodą leczenia nowotworu żołądka – tylko w ten sposób można zwiększyć szanse chorego na przeżycie. Jeśli nowotwór jest mało zaawansowany, zabieg jest wykonywany w jak najmniejszym stopniu inwazyjności. Chemioterapia i radioterapia odgrywają rolę wspomagającą, a zakres resekcji zależy od miejscowego zaawansowania zmian i typu histologicznego nowotworu. W stadiach wyższego zaawansowania konieczna jest całkowita resekcja żołądka [3].

Cały proces leczenia chorych na nowotwory żołądka jest złożony, wymaga współpracy interdyscyplinarnego zespołu i stosowania metod endoskopowych na różnych etapach diagnozowania i terapii. Podejmuje się zindywidualizowane decyzje m.in. o poszerzeniu diagnostyki, kojarzeniu metod leczenia i wprowadzania ich w czasie terapii, przy uwzględnianiu korzyści dla pacjenta i ryzyka powikłań. Aby osiągnąć efekty leczenia, współpracują ze sobą lekarze specjaliści: gastroenterolodzy, radiolodzy, onkolodzy, chirurdzy, patolodzy. W każdym etapie leczenia czynnie uczestniczy personel pielęgniarski [1, 4].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po resekcji żołądka.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku (studium przypadku), która polega na rozpoznaniu okoliczności towarzyszących chorobie i procesowi leczenia pacjenta z określoną jednostką chorobową. Aby rozpoznać sytuację pacjenta i proces pielęgnowania, posłużono się takimi technikami badawczymi (procedurami stosowanymi podczas gromadzenia danych), jak: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej, pomiar parametrów życiowych. Narzędzia badawcze które zastosowano podczas gromadzenia danych, to: kwestionariusz wywiadu pielęgniarskiego, historia choroby pacjenta, karta gorączkowa, karta planu opieki oraz wykonania działań pielęgniarskich, karta zleceń lekarskich, karta obserwacyjna, skala VAS, skala GCS, wskaźnik BMI, skala Barthel.

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w lutym 2024 roku na Oddziale Chirurgii Ogólnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Pacjent wyraził zgodę na przeprowadzenie badania.

WYNIKI

Opis przypadku dotyczy mężczyzny w wieku 67 lat. Pacjent był emerytowanym pracownikiem umysłowym (wcześniej wykonywał pracę biurową). Mieszkał z rodziną (żoną) w mieście powiatowym, warunki mieszkaniowe ocenił jako dobre. Do szpitala został przyjęty na oddział chirurgiczny w trybie planowym, po rozpoznaniu zmian nowotworowych żołądka.

Choroba zdiagnozowana około dwóch miesięcy wcześniej, proces diagnostyczny rozpoczęty, gdy rok wcześniej pacjent często miał okresowe nudności i wymioty, problemy z połykaniem, potem występowały zaburzenia apetytu, nietolerancja pokarmów stałych.

Mężczyzna podał, że wcześniej nie miał żadnych problemów z apetytem i trawieniem pokarmów, kilkanaście lat wcześniej przeszedł krótkotrwałe zatrucie pokarmowe (salmonelloza), które wymagało leczenia w szpitalu, potem krótkotrwałe stosował lekkostrawną dietę, ale po mniej więcej miesiącu wrócił do stałych nawyków żywieniowych. Problemy z żywieniem, które pojawiły się rok wcześniej, spowodowały spadek masy ciała wskutek zarówno nudności i wymiotów, jak też obniżonego łaknienia.

Przed leczeniem szpitalnym zastosowano przedoperacyjne leczenie żywieniowe pozajelitowe w celu poprawienia odżywienia pacjenta. Leczenie – zabieg operacyjny, resekcja żołądka.

Diagnoza pielęgniarska 1: Zaburzenia świadomości po narkozie operacyjnej – znieczuleniu ogólnym dotchawiczym.

Cel działań: Otoczenie opieką nieświadomego pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zorganizowanie otoczenia pacjenta, aby nie było skutków nieświadomych, niekontrolowanych ruchów.
- Zabezpieczenie brzegów łóżka przez skutkami upadku wskutek niekontrolowanych ruchów pacjenta.
- Zapewnienie spokoju, zminimalizowanie bodźców dźwiękowych i świetlnych.
- Towarzyszenie pacjentowi w celu zapewnienia bezpieczeństwa
- Obserwowanie pod kątem nieświadomych ruchów i oznak powrotu przytomności.

Ocena działania: Pacjent stopniowo i bez szkód powrócił do świadomości.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort z powodu bólu rany pooperacyjnej.

Cel działań: Zmniejszenie bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena charakteru i natężenia bólu - pacjent ocenił ból na 7 pkt. VAS, określił jako rwący i pulsujący.
- Ułożenie pacjenta w pozycji zmniejszającej ból, bez napinania mięśni.
- Zalecenie pacjentowi unikania poruszania się, w razie potrzeby zmiany pozycji informowanie albo przyzywanie pielęgniarki.
- Zapewnienie warunków do odpoczynku
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena działania: Pacjent ocenił, że ból zmniejszył się z poziomu 7 VAS do 4 VAS.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel działań: Uniknięcie powikłań.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola pola operacyjnego i rany – dokładne oględziny podczas zmian opatrunków pod kątem postępowania procesów gojenia i ewentualnie oznak infekcji.
- Zmiana opatrunków przy zachowaniu aseptyki.
- Prowadzenie antybiotykoterapii na zlecenie lekarza.
- Sprawdzanie ciepłoty ciała pod kątem oznak potencjalnej infekcji.
- Uzupełnianie zapisów w dokumentacji.

Ocena działania:

Rana pozostała czysta, zagoiła się, nie doszło do zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dyskomfort z powodu drenów umieszczonych w otrzewnej.

Cel działań: Ułatwienie pacjentowi adaptacji i zmniejszenie dyskomfortu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Objasnienie pacjentowi zasadności założenia i utrzymywania drenów.
- Edukowanie pacjenta w zakresie postępowania z drenami podczas zmiany pozycji w łóżku.
- Zalecenie pacjentowi, aby w przypadku chęci zmiany pozycji wzywał pielęgniarkę.
- Ograniczenie liczby manipulacji przy drenach podczas zmiany opatrunku.

Ocena działania: Dyskomfort pacjenta z powodu obecności drenów został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko odleżyn, odparzeń wskutek zmniejszonej ruchomości pacjenta.

Cel działania: Zapobieganie powikłaniom, które potencjalnie wynikają z unieruchomienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomoc w wykonywaniu toalety całego ciała.
- Ustalenie czynników ryzyka wystąpienia odleżyn.
- Pielęgnowanie skóry (toaleta ciała 2 x dziennie i w razie potrzeby, używanie środków myjących o pH 5,5, dokładne osuszanie umytej skóry).
- Stosowanie odciążenia ucisku.
- Zmiana pozycji co 2 godziny zgodnie z pisemnym schematem oraz ze stosowaniem techniki zmiany pozycji pacjenta z unikaniem tarcia.
- Ułożenie z dostępem powietrza miejsc szczególnie narażonych na pogłębienie zmian.
- Wspomaganie przepływu krwi w okolicy miejsc narażonych na zmiany.

Ocena działania: Pacjent sam zmieniał pozycję (obrót na boki), skóra czysta, bez cech zmian patologicznych, nie wystąpiły powikłania.

Diagnoza pielęgniarska 6: Przygnębienie spowodowane koniecznością przebywania w łóżku.

Cel działania: Poprawa samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Określenie zapotrzebowania na wsparcie.
- Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, zaufania i życzliwości.
- Informowanie o planowanych i wykonywanych zabiegach.
- Zachęcanie do wyrażenia wątpliwości, uważne słuchanie.
- Nawiązanie współpracy z pacjentem i jego rodziną.
- Łagodzenie emocjonalnych skutków choroby hospitalizacji.
- Wzmacnianie psychicznych sił pacjenta.

Ocena działania: Pacjent ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa, samopoczucie uległo poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Silne skurcze mięśni nóg, spowodowane zaburzeniami wodno-elektrolitowymi.

Cel działań: Zminimalizowanie dolegliwości.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zebranie informacji o częstotliwości skurczów.
- Sprawdzenie wyników badań biochemicznych – poziom elektrolitów.
- Konsultacja z lekarzem
- Uzupełnienie płynów i elektrolitów.
- Uzyskanie informacji zwrotnej czy dolegliwości skurczowe powracają.
- Prowadzenie bilansu wodnego.

Ocena działania: Dolegliwości skurczowe ustały.

Diagnoza pielęgniarska 8: Dyskomfort z powodu wykonywania czynności higienicznych przez personel pielęgniarski.

Cel działań: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zorganizowanie warunków zapewniających intymność toalety.
- Włączenie pacjenta do działań higienicznych przy asyście pielęgniarki.
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej.
- Zachęcanie pacjenta do zgłaszania potrzeb higienicznych.
- Stworzenie atmosfery zrozumienia.

Ocena działania: Pacjent utrzymywał higienę osobistą, zgłaszał potrzeby higieniczne.

Diagnoza pielęgniarska 9: Utrudnienia dotyczące zmiany pozycji wynikające z dolegliwości bólowych po operacji, wpływające na dyskomfort pacjenta.

Cel działania: Polepszenie wydolności ruchowej pacjenta i poprawa komfortu chorego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena trudności pacjenta podczas prób zmiany pozycji.
- Zastosowanie pomocy – drabinki i uchwyty.
- Instruowanie pacjenta na temat posługiwania się pomocami i technikami wykonywania zmian pozycji.
- Asystowanie podczas spotkania z fizjoterapeutą i wykonywania ćwiczeń układu mięśniowo-szkieletowego.
- Udzielanie pacjentowi pomocy podczas mobilności w łóżku.

Ocena działania: Ułatwiono pacjentowi poruszanie się w łóżku, wydolność ruchowa pacjenta nie pogarszała się, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Niepokój i lęk z powodu obaw o aktualny i przyszły stan zdrowia.

Cel działań: Zmniejszenie niepokoju i lęku.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stworzenie pacjentowi możliwości do wyrażenia swoich obaw.
- Okazanie zrozumienia, wysłuchanie.
- Udzielenie informacji o wykonywanych czynnościach.
- Zaproponowanie rozmowy z lekarzem.
- Stworzenie warunków do spokojnej rozmowy z rodziną.

Ocena działania: Obniżono w pewnym stopniu poziom lęku pacjenta.

Diagnoza pielęgniarstwa 11: Deficyt wiedzy pacjenta w zakresie diety stosowanej po resekcji żołądka.

Cel działań: Uzupełnienie wiedzy pacjenta o diecie stosowanej po resekcji żołądka.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Edukowanie pacjenta w zakresie zalecanych i przeciwwskazanych produktów, sposobu przygotowania posiłków i sposobu spożywania pokarmów z uwzględnieniem odpoczynku po jedzeniu.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.
- Udzielenie wyjaśnień na temat zespołu poposiłkowego.
- Wyjaśnienie pacjentowi potrzeby systematycznej kontroli masy ciała i wskaźnika BMI.
- Udzielenie informacji o możliwości konsultacji z dietetykiem.

Ocena działania: Wiedza pacjenta na temat diety po resekcji żołądka została uzupełniona.

Diagnoza pielęgniarstwa 12: Ryzyko powikłań oddechowych w okresie pooperacyjnym.

Cel działań: Zmniejszenie ryzyka powikłań oddechowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Sprawdzanie podstawowych parametrów życiowych – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, temperatura, liczba oddechów.
- Obserwowanie powłok skórnych pacjenta pod kątem oznak niedostatecznego natlenowania.
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej z uwzględnieniem ochrony miejsca operowanego, nauka efektywnego kaszlu.
- Układanie pacjenta w pozycji ułatwiającej oddychanie.
- Utrzymanie mikroklimatu w pomieszczeniu.

Ocena działania: Nie wystąpiły powikłania ze strony układu oddechowego.

Diagnoza pielęgniarstwa 13: Ryzyko powikłań ze strony układu krążenia w okresie pooperacyjnym.

Cel działań: Zmniejszenie ryzyka powikłań krążeniowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Kontrola podstawowych parametrów życiowych.
- Obserwowanie stanu powłok skórnych.

- Ocenianie pacjenta pod kątem możliwości uruchomienia.
- Udział w uruchamianiu pacjenta – ćwiczenia poprawiające krążenie obwodowe.
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza.

Ocena działania: Nie dopuszczono do powikłań ze strony układu krążenia.

Diagnoza pielęgniarska 14: Ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel działań: Zmniejszenie ryzyka krwawienia z rany pooperacyjnej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Sprawdzanie podstawowych parametrów życiowych i dokumentowanie wyników pomiaru.
- Obserwowanie opatrunku na ranie operacyjnej.
- Obserwowanie ilości i charakteru zawartości drenów.
- Ocenianie drożności drenów.
- Obserwowanie pacjenta pod kątem stanu powłok skórnych, występowania zawrotów głowy, mroczków przed oczami.

Ocena działania: Nie doszło do krwawienia z rany pooperacyjnej.

Diagnoza pielęgniarska 15: Niepokój spowodowany następstwami leczenia i dalszym postępowaniem.

Cel działań: Uzupełnienie informacji i uspokojenie pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie rozmowy na temat planowanego leczenia.
- Zachęcanie pacjenta do zadawania pytań i określania wątpliwości.
- Okazanie zainteresowania, unikanie pouczania i bagatelizowania obaw pacjenta.
- Zaproponowanie pacjentowi, aby porozmawiał z innymi chorymi, którzy przechodzą podobne leczenie.
- Zorganizowanie czasu wolnego.
- Okazywanie troski i zrozumienia.

Ocena działania: Pacjent w znacznym stopniu się uspokoił, chociaż zgłaszał jeszcze kolejne wątpliwości.

WNIOSKI

Lekceważenie pierwszych objawów i rzadkie wykonywanie badań powodują, że nowotwór żołądka jest zazwyczaj późno wykrywany, występuje u pacjenta w zaawansowanym stadium, więc pogarsza czynniki rokownicze. W leczeniu pacjenta z rakiem żołądka stosuje się metody chirurgiczne: żołądek zostaje usunięty częściowo albo całkowicie, aby maksymalnie usunąć tkankę nowotworową. Operacja zmniejsza dolegliwości bólowe i poprawia komfort życia, pozwala na przedłużenie czasu przeżycia. Dla pacjenta jest na pewno okolicznością stresującą, ponadto powoduje zmiany w późniejszym funkcjonowaniu [5].

Pielęgniarka towarzyszy pacjentowi w trudnym procesie diagnostyki i leczenia. Ważny jest zwłaszcza okres bezpośrednio po operacji, ponieważ wiąże się z ryzykiem powikłań. Na podstawie przypadku pacjenta ustalono, że najważniejsze problemy występujące po resekcji żołądka to dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej, dyskomfort związany z obecnością drenów, deficyty samoopieki i samopielęgnacji w okresie po operacji ze względu na ograniczoną aktywność ruchową [6].

Chory w okresie pooperacyjnym musi być też objęty profilaktyką powikłań ze strony układu oddechowego, układu krążenia, krwawienia i zakażenia z rany pooperacyjnej, a także zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Bardzo duże znaczenie ma monitorowanie stanu ogólnego prowadzone przez pielęgniarkę, która systematycznie sprawdza parametry życiowe, obserwuje pacjenta, pobiera krew do badań. Pielęgniarka powinna też ocenić pacjenta pod kątem odżywienia, ponieważ w przypadku chorych leczonych z powodu raka żołądka ryzyko niedożywienia jest bardzo duże [7].

Okres leczenia szpitalnego wiąże się też z przekazywaniem pacjentowi informacji na temat choroby i leczenia oraz postępowania po wypisie ze szpitala. Zasady żywienia po operacji są dość restrykcyjne i jednocześnie wymagają prowadzenia samoobserwacji. Ponadto pacjent, nawet osłabiony operacją i chorobą powinien wiedzieć, że konieczne są ćwiczenia i ustalony zakres aktywności fizycznej, aby stopniowo poprawiać kondycję i w miarę możliwości jak najdłużej utrzymać sprawność i samodzielność [8].

Na podstawie badań wysunięto następujące wnioski:

1. Problemy pielęgnacyjne w sferze somatycznej występujące u pacjenta w związku z procesem leczenia to dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej, dyskomfort związany z obecnością drenów, deficyty samoopieki i samo pielęgnacji w okresie po operacji ze względu na ograniczoną aktywność ruchową.
2. Potrzeby edukacyjne występujące u pacjenta w związku z procesem leczenia dotyczą uzyskania informacji o chorobie i leczeniu, wskazówek do dalszego postępowania w

warunkach domowych, zwłaszcza prowadzenia zmienionej diety i obserwowania swojego stanu zdrowia.

3. Rola pielęgniarki w postępowaniu terapeutycznym wobec chorego z rakiem żołądka po resekcji jest złożona, obejmuje nadzorowanie stanu pacjenta po operacji, łagodzenie dolegliwości, przeciwdziałanie powikłaniom, przekazanie informacji potrzebnych choremu, aby współpracował w procesie leczenia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Jurkowska G.: Fizjologia przewodu pokarmowego [w:] Fizjologia człowieka, Górski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019:240 - 263.
2. Wilk R., Lorkowski J., Penkin E.: Wybrane aspekty kliniczne anatomii układu pokarmowego dla pielęgniarek i położonych – część II. Ostry Dyżur 2018;1:29 - 38.
3. Richter P., Wallner G., Zegarski W. i wsp.: Polski konsensus diagnostyki i leczenia raka żołądka – aktualizacja 2022. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory 2022; 7: 381 - 388.
4. Stańczyk D., Domagalska J., Kulika A., i wsp.: Prawidłowe żywienie w raku przełyku i żołądka – czy to klucz do sukcesu? Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018;1(54); 123 - 130.
5. Strzelec B., Stuła M., Chmielewski P., i wsp.: Profilaktyka i leczenie raka żołądka – aktualny problem interdyscyplinarny. Pielęgniarstwo Polskie 2018;2(68):188 - 195.
6. Medak E., Ciechański A., Niedzielski A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po resekcji żołądka z powodu raka. Journal of Education, Health and Sport 2017;7:441 - 452.
7. Kot N., Żelazek P.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raka żołądka. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2019;3(4):21 - 29.
8. Sierżantowicz R., Młynek D.: Analiza czynników ryzyka nowotworu układu pokarmowego wśród pacjentów Kliniki Chirurgii Ogólnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku [w:] Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami, onkologicznymi. Tom I, Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021:15 - 26.

WYPALENIE ZAWODOWE- ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Alina Sejbuk², Joanna Szydło³

1. *Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Absolwentka studiów II stopnia Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku*
3. *Katedra Zarządzania, Ekonomii i Finansów, Wydział Inżynierii i Zarządzania, Politechnika Białostocka*

WSTĘP

Problematyka „wypalenia się” (*burnout*) znana już w latach 70. XX wieku, metaforycznie określała istotę doświadczonego przez jednostkę wyczerpania sił na skutek silnie stresujących warunków pracy. Pojęcie wypalenia zawodowego zostało wprowadzone w Ameryce przez psychiatrę Herbera Freudenbergera i psychologa społecznego Christinę Maslach [1].

W 1974 roku Freudenberger wskazał, że wyczerpanie sił i zniechęcenie do pracy pojawić się może pod wpływem silnego stresu, chronicznego zmęczenia oraz obciążenia pracą. Swoje obserwacje wskazał na przykładzie młodych wolontariuszy pracujących z młodocianymi narkomanami, którzy po pewnym czasie byli zniechęceni działalnością charytatywną [2].

Podobnie przedstawiał się rozwój koncepcji wypalenia zawodowego u Maslach, która w 1976 roku podjęła się analizy negatywnych objawów, które występują u pewnej grupy pracowników zawodów społecznych tj. nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek, pracowników służb ratowniczych i policjantów. Jej badania pozwoliły stwierdzić, że osoby wykonujące te rodzaje zawodów są częściej emocjonalnie wyczerpani, zmęczeni oraz wykazują negatywne postawy w postrzeganiu siebie i innych [3].

W Polsce problematyka wypalenia zawodowego pojawiła się pod koniec lat 80. XX wieku. W Krakowie w 1990 roku na Uniwersytecie Jagiellońskim wykładowca psychologii Tadeusz Marek zorganizował międzynarodową konferencję poświęconą problematyce wypalenia zawodowego. W konferencji wzięło udział wówczas wielu badaczy z USA i Europy, przy czym jej wynikiem było stworzenie programowego opracowania na temat istoty wypalenia zawodowego, czynników wyzwających oraz jego skutków. Stwierdzono na

konferencji, że proces wypalenia jest uniwersalny i z dużą częstotliwością występuje u osób wykonujących zawody usług społecznych [4].

W czasach współczesnych problematyka wypalenia zawodowego jest dość częstym zjawiskiem w szczególności wśród osób pracujących w konfrontacji z innymi ludźmi. Wskazuje się, że interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje przy tym powodzenie w życiu zawodowym [5]. Niekiedy pojawia się obciążenie zawodowe, które ponadto przejawia się niepowodzeniem i niechęcią do pracy. Pracownik doświadcza wówczas emocjonalnego wyczerpania, dystansuje się do ludzi, traktuje ich przedmiotowo. Niezauważony problem prowadzi do depersonalizacji oraz obniżenia satysfakcji zawodowej z jednoczesną utratą zaangażowania zawodowego [6].

Istota wypalenia zawodowego

W wielu przypadkach używa się zamiennie pojęcia „wypalenie zawodowe” z emocjonalnym wyczerpaniem, dystansowaniem się, obniżone poczucie dokonań osobistych. Niemniej jednak termin wypalenia zawodowego jest używany najczęściej, zaś pozostałe zamienne pojęcia są traktowane jako początkowy proces wypalania się (emocjonalne wyczerpanie), depersonalizowanie podmiotów interakcji zawodowej (dystansowanie się) oraz jako reakcja na niepowodzenia w radzeniu sobie ze stresem zawodowym (obniżone poczucie dokonań osobistych) [7]. Można zatem wskazać, że jakkolwiek określi się zjawisko wypalenia zawodowego, ma ono związek z emocjonalnym wyczerpaniem, zmęczeniem, patologicznym odczuwaniem siebie samego oraz niezadowoleniem z własnych osiągnięć.

Badania nad problematyką wypalenia zawodowego pozwoliły wskazać, że najczęstszą przyczyną powstania tego zjawiska jest stres koncentrujący się w środowisku pracy i przejawiający się na różne sposoby. Określony został on mianem stresu społecznego, który występuje jedynie w przypadku interakcji z innymi ludźmi [8]. W ostatnim czasie jest on zdecydowanie bardziej zauważalny z powodu zbytnej koncentracji jednostki na sobie, wyobcowanie oraz anonimowość. Połączenie tych elementów z problemem środowiska pracy powoduje stres, stawianie sobie wyższych wymagań, kompetencji oraz wydolności, a to wszystko może być początkiem syndromu wypalenia zawodowego [9].

Personel medyczny w postaci lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych jest szczególnie narażony na stres oraz wypalenie zawodowe. Pełnione przez nich role polegają na bliskim kontakcie między ludźmi, przekazywaniem troski, empatii oraz osobistego

zaangażowania. Obowiązkiem tej grupy zawodowej jest dbanie o pacjenta, dobry sposób kontaktu z nim oraz członkami jego rodziny. W przypadku tego rodzaju interakcji od personelu medycznego wymaga się profesjonalnego działania, gdyż warunkuje to m.in. sukces zawodowy. Warto zatem przybliżyć charakterystykę zjawiska wypalenia zawodowego w oparciu o jego modele, mechanizmy i przyczyny powstawania oraz działania profilaktyczne.

Pojęcie wypalenia zawodowego i jego modele

Najpopularniejszą autorką na temat wypalenia zawodowego jest **Christina Maslach**, która definiuje go jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [10]. Wyczerpanie emocjonalne Maslach wiąże z nadmiernym obciążeniem emocjonalnym u jednostki, depersonalizację wskazuje jako obojętne reagowanie na inne jednostki, zaś obniżone poczucie dokonań osobistych określa jako brak poczucia własnych kompetencji i niechęci do pracy [10,11].

Z wyjaśnieniem tego pojęcia, amerykańska psycholog zauważyła, że aby można było mówić o wypaleniu zawodowym powinna wystąpić triada objawów z podziałem na:

- emocjonalne i fizyczne zmęczenie;
- cynizm i negatywne usposobienie;
- niespełnienie się w roli zawodowej [12].

Obecnie wielu psychologów i socjologów powołuje się na definicję wypalenia zawodowego według Maslach oraz Freudembergera. Niektórzy są zwolennikami tezy Pines’a. Nie sposób jednak nie wskazać, że każdy z tych autorów opisywał wypalenie zawodowe – jako proces, stan, syndrom bądź problem społeczny. Ważnym wyróżnikiem jest to, że zarówno Maslach jak i Pines uznawali, że wypalenie zawodowe to wyczerpanie emocjonalne, pojawiająca się depersonalizacja oraz obniżenie poczucia osiągnięć osobistych [13].

Współcześnie wyczerpanie emocjonalne to nic innego jak przeciążenie i nadwyrężenie emocjonalne, które może mieć różne podłoże np. konflikty ze współpracownikami. Depersonalizacja to w pewien sposób elementy obronny przed wyczerpaniem emocjonalnym, niezwracanie uwagi na otoczenie w miejscu pracy. Z kolei obniżenie poczucia osiągnięć osobistych to ostatni etap wypalenia zawodowego, w którym człowiekowi jest obojętne miejsce pracy, niechęć do wykonywania obowiązków zawodowych. Nasilający się problem może prowadzić do depresji i izolacji społecznej [14].

Wypalenie zawodowe może być analizowane z perspektywy indywidualnej, interpersonalnej oraz kontekstualnej.

W modelu indywidualnym, wypalenie zawodowe jest ujmowane szczególnie pod kątem roli i udziału czynników intrapsychicznych. W tym modelu występuje wyczerpanie sił w związku z pracą zawodową oraz kładzie się nacisk na symptomy somatyczne wypalenia zawodowego [15].

W modelu interpersonalnym wypalenie zawodowe jest definiowane pod kątem obciążeń wynikających z interpersonalnych relacji w zawodach społecznych. Zdaniem przedstawicieli tego modelu, napięcia wynikają z systemu pracy i braku wsparcia np. ze strony przełożonych, współpracowników. Napięcie to powoduje niechęć do pracy z innymi i pełnieniem obowiązku nad innymi np. pacjentami, podopiecznymi [16].

Z kolei model kontekstualny zakłada, że aby zaistniało zjawisko wypalenia zawodowego musi zaistnieć czynnik organizacyjny i instytucjonalny. W wielu przypadkach wskazuje się zatem złe warunki pracy, przeciążenie pracą, niedostateczne wynagrodzenie oraz brak wsparcia społecznego [17].

Podsumowując powyższe tabele przedstawiające modele wypalenia zawodowego można stwierdzić, że objawy tego zjawiska są duże pod względem liczebnym i możliwe do rozróżnienia względem symptomów. Wszystko to wskazuje na fakt, że wypalenie zawodowe jest zjawiskiem wielowymiarowym i trudnym dla jednostki. Powyższe modele i symptomy wypalenia zawodowego niekiedy obrazują poczucie silnego stresu oraz zachowanie ludzkie w trudnych sytuacjach życiowych, ale wymienione symptomy są charakterystyczne dla zjawiska wypalenia zawodowego, dlatego też nie jest trudno je przeoczyć dla osoby dotkniętej wypaleniem, ale też osoby będącej z boku np. współpracownika, przełożonego [2].

Mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego

Zespół wypalenia zawodowego spowodowany jest najczęściej warunkami pracy oraz cechami osobowości (tabela 4). Wypaleniu zawodowym mogą sprzyjać charakterystyczne zachowania pracowników tj.:

- nadmierne poświęcenie się pracy bez możliwości dobrego wypoczynku;
- nadmierne poświęcenie się pracy z powodu problemów osobistych, wyparcia problemów;
- nadmierne poświęcenie się pracy z powodu poczucia, że się jest osobą niezastąpioną i najlepiej umiejącą wykonywać obowiązki [14].

Zespół wypalenia zawodowego powodują również inne czynniki (tabela 5). Wszystko to wpływa na początkowe pojawianie się sygnałów ostrzegawczych mogących przekształcić się w proces wypalenia zawodowego. Sygnałem ostrzegawczym wskazującym na zjawisko wypalenia zawodowego jest przede wszystkim niechęć do wyjścia do pracy, ale także złość, obojętność, negatywne nastawienie do życia, typowe objawy somatyczne nasilające się przed wyjściem do pracy, poirytowanie oraz drażliwość [15]. Wskazuje się jednak, że większość symptomów będących ostrzeżeniem przed możliwym wystąpieniem zjawiska wypalenia zawodowego występuje łącznie przybierając różną intensywność [18]

Przyjmuje się, że stres i wypalenie zawodowe są zjawiskami pokrewnymi. Stres potęguje pojawienie się wypalenia zawodowego, zaś wypalenie zawodowe powoduje, że jednostka odczuwa większy stres. Wypalenie zawodowe powstaje najczęściej w warunkach przewlekłego stresu. Jego powstawanie nie jest jednak nagłe, ponieważ kształtuje się w czasie np. poprzez ciągłe kontakty interpersonalne i zmęczenie zachowaniem innych ludzi [19].

Wypalenie zawodowe jest zatem problemem w szczególności w zawodach społecznych, w których istnieje profesjonalna służba ludziom. Jednym z tego rodzaju przykładów jest praca personelu medycznego, która jest zajęciem obciążającym sferę psychiczną oraz fizyczną. Pielęgniarstwo oraz ratownictwo medyczne to zawody, w których istotną rolę odgrywa bliski kontakt interpersonalny oraz proces angażowania się w opiekę nad pacjentem i pracą nad własnymi emocjami [20]. Zadania realizowane w trosce i w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie i życie drugiego człowieka, nie służą zdrowiu psychicznemu oraz fizycznemu. O ile doda się do tego zmianowy system pracy, każda osoba pracująca na stanowisku pielęgniarskim odczuwa nawet w minimalnym stopniu zmęczenie psychiczne i fizyczne [16].

Przyczyny wypalenia zawodowego lokalizowane są w trzech płaszczyznach – indywidualnej, interpersonalnej i organizacyjnej .

Przyczyny wypalenia zawodowego mogą także dzielić się na te:

- związane z pracą;
- związane ze stylem życia;
- związane z cechami osobowości [17].

Przyczyny wypalenia zawodowego związane z pracą dotyczą przede wszystkim utraty kontroli nad wykonywaną pracą, niejasnymi lub zbyt wygórowanymi oczekiwaniami, ale także dotyczą braku odpowiedniej motywacji do pracy ze strony przełożonych z jednoczesnym brakiem uznania za wykonaną pracę. Przyczyny związane ze stylem życia to przede wszystkim niemożność umiejętnego wykorzystania czasu wolnego od pracy, brania na

siebie zbyt dużej liczby obowiązków i niemożnością relaksu i regeneracji sił. Z kolei przyczyny związane z cechami osobowości mogą wiązać się z pesymistycznym poglądem na siebie i świat, potrzebą kontrolowania sytuacji oraz chęcią zbyt szybkiego awansu i osiągnięcia rozwoju zawodowego [7].

Profilaktyka wypalenia zawodowego

Biorąc pod uwagę powyższe mechanizmy i przyczyny powstawania zjawiska wypalenia zawodowego, należy przyjąć, że rozwiązanie tego problemu nie jest łatwe. Profesjonaliści zajmujący się analizą tego zjawiska niejednokrotnie stwierdzali, że pewnym elementem profilaktyki wypalenia zawodowego jest określenie kryteriów tego symptomu:

- pierwszy dotyczy jasnej definicji wypalenia zawodowego;
- drugi zawiera się w modelu określającym wyniki zaangażowania
- i ich związku z wypaleniem;
- trzeci wynika z możliwości oceny wypalenia zawodowego [4].

Mimo, że stres oraz wypalenie zawodowe są ze sobą ściśle powiązane, jednak istnieją też pewne różnice między tymi zjawiskami (tabela 7). Wypalenie zawodowe może być wynikiem napięcia, ale też dużego stresu. Stres z kolei polega na zbyt wielkiej presji, dlatego też osoby wypalone zawodowo często nie zauważają pozytywnych zmian, ponieważ przeżywają silny stres. W takiej sytuacji zauważa się zatem różnice między stresem a wypaleniem, ponieważ człowiek jest świadomy, że doznaje silnego stresu, ale nie zawsze ma świadomość faktu, że ulega wypaleniu zawodowemu [16].

Strategie zapobiegawcze wypalenia zawodowego skupiają się m.in. na zmiany organizacji pracy oraz podejścia do pracownika. Zmiana organizacji pracy może zatem polegać np. na zmniejszeniu tygodniowego wymiaru pracy, zwolnienia jej tempa oraz możliwości robienia większej ilości przerw. Z kolei podejście do pracownika wiązać się może m.in. z lepszym wykorzystaniem zasobów wewnętrznych pracownika poprzez umiejętność odczytywania emocji i potrzeb, danie możliwości pracownikowi na relaks i odpoczynek [6].

Negatywne skutki wypalenia zawodowego oraz stresu przejawiają się w każdej dziedzinie życia osobistego, społecznego i zawodowego. Mimo, że różnią się oba zjawiska pewnymi aspektami, należy jednoznacznie wskazać, że zwiększają podatność na choroby fizyczne i psychiczne, rozstrojenie organizmu. Ważnym działaniem profilaktycznym jest zatem rozpoznawanie początkowych objawów wypalenia zawodowego i stresu, zmniejszanie tych objawów w razie wystąpienia określonego zjawiska oraz stosowanie odciążenia, które

wzmacnia odporność na stres i wspomaga zdrowie fizyczne oraz emocjonalne [10].

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu może obejmować także:

- redukcję napięć emocjonalnych;
- zmniejszenie oczekiwań wobec pracowników;
- wsparcie społeczne;
- dzielenie się wspólnie emocjami oraz uczuciami;
- redukcowanie napięć i frustracji;
- stosowanie relaksacji;
- uprawianie aktywności fizycznej;
- stosowanie metod psychoprofilaktycznych;
- stosowanie autoanalizy [11].

Redukcja napięć emocjonalnych ma wiele wspólnego ze zmianami w organizacji pracy przejawiającymi się m.in. zmniejszeniem oczekiwań wobec pracowników. Zmniejszenie napięć emocjonalnych wiąże się także z dzieleniem się wspólnie przeżywanymi emocjami oraz uczuciami. Pozwala to zredukować zbędne napięcie oraz znalezienie przyczyn i frustracji [14]. Wsparcie społeczne jest dobrą metodą zapobiegania wypaleniu zawodowemu, ponieważ polega na profesjonalnym wsparciu osób, które doświadczyły zjawiska wypalenia zawodowego. Takie osoby mogą służyć odpowiednimi radami oraz wskazówkami odnośnie wypalenia zawodowego i likwidowania jego wczesnych objawów [17].

W formie indywidualnej dobrym rozwiązaniem jest stosowanie technik relaksacji będącą strategią odpowiednią na długo utrzymujący się stres, uspokojenie się. Zalicza się do nich medytacje, masaże, gorące kąpiele [7]. Sprawność fizyczna może chronić człowieka przed wypaleniem zawodowym, ponieważ ćwiczenia fizyczne pomagają w redukcji stresu i złego psychicznego samopoczucia. Aktywność fizyczna jest przede wszystkim zachowaniem prozdrowotnym, dlatego też osoby odczuwające stres w pracy powinny uprawiać aktywność fizyczną celem łagodzenia skutków stresu, do których zalicza się m.in. wypalenie zawodowe [12].

Zmniejszeniu ryzyka wypalenia zawodowego pomagają metody psychoprofilaktyczne opierające się na potrzebie wskazywania własnych emocji, potrzeb i motywacji z jednoczesnym opracowaniem własnej osobowości. Możliwość uczestnictwa w psychoterapii daje możliwość dokonania realistycznej samooceny, zmniejszenia wewnętrznego napięcia emocjonalnego oraz wskazania, czy wykonywana praca przynosi więcej korzyści, a jeśli tak

jakiego są one rodzaju [9]. Z kolei autoanaliza wspomaga proces samoświadomości. Metoda ta wspomaga analizę własnej osobowości, wskazania, czego oczekuje się od siebie samego, określenia, czy jest się w stanie podołać określonym obowiązkom pracowniczym. Jej stosowanie należy jednak do rzadkości wśród osób wykonujących zawody społeczne. Zdecydowanie częściej stosowane są metody psychoterapeutyczne, w których istnieje możliwość powiedzenia o swoich problemach i uzyskanie możliwości zlikwidowania początkowych objawów wypalenia zawodowego [19].

Mimo dość szerokiego opisu zjawiska wypalenia zawodowego w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, nie wskazuje się konkretnych przyczyn wystąpienia tego zjawiska, charakterystycznych objawów (oprócz objawów somatycznych) oraz metod zapobiegania temu zjawisku. Pomocna w tym zakresie nadal jest literatura psychologiczna, socjologiczna, a nawet pedagogiczna.

Stres jako motywator wypalenia zawodowego

Pojęcie „stresu” w ostatnich latach jest bardzo popularne, ponieważ zyskało na większym znaczeniu w dobie pandemii COVID-19, problemów społecznych i gospodarczych. Stres jest pojęciem powszechnie stosowanym, ale niejednoznacznym. Używa się tego terminu, gdy mowa jest o wydarzeniach niezwykłych, traumatycznych, ciężkich w kontekście dnia codziennego [20].

Stres dla większości ludzi jest zjawiskiem negatywnym, ponieważ pogarsza on sprawność i efektywność funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka. Jest to także czynnik prowadzący do zaburzeń stanu zdrowia. Zdecydowanie negatywnie wpływa na zdrowie, gdy jest długotrwały i silny oraz w momencie, gdy trudny jest do wyeliminowania z życia [10]. Negatywne spojrzenie na zjawisko stresu jest jednak mylące, ponieważ jest to czynnik wzrostu i rozwoju, który powinien towarzyszyć każdemu człowiekowi. Umiejętne jego wykorzystywanie w sposób konstruktywny pozwala na zredukowanie wielu niepokojów i lęków na przyszłość. Ważne jest jednak umiejętne radzenie sobie ze stresem i wykorzystywanie jego negatywnych skutków na przyszłość. Tylko nieliczna grupa ludzi ocenia stres jako zjawisko pożądane, gdzie zdecydowana większość wskazuje, że stres to czynnik negatywny, który nie powinien towarzyszyć przede wszystkim w miejscu pracy [12].

PODSUMOWANIE

Praca w służbie zdrowia jest zaliczana do kategorii tzw. prac o szczególnym charakterze. Praca tego rodzaju wymaga dużej odpowiedzialności oraz sprawności

psychofizycznej, jednocześnie nie zagrażając bezpieczeństwu publicznemu. Personel medyczny w szczególności narażony jest na duże obciążenie emocjonalne. Wynika ono przede wszystkim z ciągłych kontaktów z pacjentami, ich rodzinami a także współpracownikami. Ciągłe uczestniczenie w trudnych sytuacjach oraz rozwiązywanie problemów innych ludzi skłania tę grupę zawodową do powstrzymywania się od okazywania emocji negatywnych takich jak: strach czy złość oraz nie okazywania również swoich pozytywnych emocji tj. współczucie. Niestety emocjonalne zaangażowanie pracowników owocuje m.in.: wskazanym wcześniej wypaleniem zawodowym oraz stresem mającym znaczny wpływ na negatywny stan zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Berndt Ch.: Tajemnica odporności psychicznej. Jak uodpornić się na stres, depresje i wypalenie zawodowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 2020.
2. Cipora E, Smoleń E, Gazdowicz L, Maliwiecka T, Poźniak E. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Probl Piel.* 2014; 3(22): 252–257.
3. Coleger A.: Syndrom wypalenia zawodowego a stres. Czym jest i jak sobie z nimi poradzić. Wydawnictwo Ridero IT Solution. Kraków, 2021.
4. Anczewska M.: Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2015; 14 (2): S67-S77.
5. Bulska J.: Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej.* 2017; 112: 61-70.
6. Dębska G., Pasek M., Wilczek-Rużyczka E., Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia public health,* 2014; 49(1): 113-119
7. Collins A.: Pokonaj stres. Leczenie stresu metodą czterech stronów równowagi. Oficyna Wydawnicza Rytm. Warszawa, 2022.
8. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Piel.* 2008; 3(16): 273–279.
9. Dymecka J.: Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2021; 16 (1-2): 1-10.
10. Polak D., Teległów A.: Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w

- dobrostanie psychicznym. *Aesthetic Cosmetology and Medicine*. 2020; 5 (9): 455-460.
11. Frydrysiak K., Góraj D., Trendak W., Grześkowiak M.: Analiza czynników wywołujących stres w pracy personelu Zespołów Ratownictwa Medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2016; 10: 53-59.
 12. Gembalska-Kwiecień A., Żurkowski Z.: Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*. 2016; 92: 73-83.
 13. Sowińska K., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Probl Piel*. 2012; 3(20): 361–368.
 14. Konarska J., Janiszewska M., Kustra P., Grzechnik M., Świzdor P.: Analiza czynników stresogennych wpływających na życie i funkcjonowanie osób młodych. *Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Żywnienie, Sport oraz Zdrowie*. 2018, 4: 49-62.
 15. Gembalska-Kwiecień A., Ignac-Nowicka J.: Wypalenie zawodowe – charakterystyka zjawiska. Sposoby przeciwdziałania. *Systemy Wspomagania w Inżynierii Produkcji*. 2015; 3 (12): 54-68.
 16. Wilczek-Rużyczka E., Kwak M., Jurkowska M.: Stres zawodowy a wypalenie zawodowe u pielęgniarek. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25(1): 33-39.
 17. Mańkowska B.: Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2018; 22 (2): 67-81.
 18. Sapilak B.J.: Wypalenie zawodowe personelu medycznego /W/ Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać, leczyć. Pod redakcją A. Steciwko, A. Mastalerz-Migas. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław, 2012: 66-70.
 19. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego. *Etapy rozwoju. Przegląd Psychologiczny*. 2021; 44 (3): 301-317.
 20. Wieder-Huszla S., Żak B., Jurczak A., Augustyniuk K., Schneider-Matyka D., Szkup, M., Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2016; 1: 63-68.

ZESPÓŁ SŁABOŚCI A STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PACJENTÓW PO 65 ROKU ŻYCIA Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Jolanta Kowalczyk¹, Katarzyna Szwamel²

1. *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej*
2. *Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski*

WSTĘP

Z badań wynika, że w ciągu ostatnich 40 lat nadciśnienie tętnicze znacznie rozpowszechniło się wśród osób dorosłych. W związku z demograficznym starzeniem się społeczeństw liczba osób zmagających się z nadciśnieniem tętniczym wzrosła z 648 mln w roku 1990 do 1,278 mld w roku 2019, co oznacza, że liczba ta w ciągu niespełna 30 lat podwoiła się [1, 2]. Średnia wartość ciśnienia tętniczego wzrasta z wiekiem, przy czym wśród populacji poniżej 60 r.ż. nadciśnienie stwierdza się u średnio 30% badanych. Szacuje się, że w grupie wiekowej 60-79 lat na nadciśnienie tętnicze choruje średnio dwie na trzy osoby, a powyżej 80 roku życia choroba ta dotyczy około $\frac{3}{4}$ populacji [2, 3].

W ostatnich latach zaobserwowano stopniowe zwiększanie się populacji osób w wieku podeszłym z powodu przesuwania się granicy wieku przeżywalności. Wiek podeszły wiąże się niejednokrotnie z pogorszeniem jakości życia, spadkiem sprawności fizycznej oraz występowaniem licznych schorzeń [4]. Można wyróżnić trzy główne wyznaczniki zespołu słabości (kruchości). Pierwszym z nich jest obniżenie odporności na czynniki stresogenne (środowiskowe, fizjologiczne, urazy, choroby, oraz psychospołeczne). Kolejnym jest obniżanie się rezerw organizmu do adaptacji na poziomie wielonarządowym. Trzecim wyznacznikiem jest spadek rezerw fizjologicznych, nieprawidłowe działanie układu immunologicznego oraz rozregulowanie układu endokrynologicznego [4,5].

Wyróżnia się trzy fazy zaawansowania zespołu kruchości: wczesną, średnio zaawansowaną oraz późną. Faza wczesna tzw. pre-frail, dotyczy osób, u których stwierdza się względne obniżenie i wyrównanie rezerw fizjologicznych. Seniorzy z tej grupy radzą sobie z małymi czynnikami stresogennymi. Druga faza średniozaawansowana zwana frailty, dotyczy grupy seniorów w okresie istotnych ograniczeń samodzielności oraz sprawności fizycznej i psychospołecznej. Trzecią ostatnią grupę pacjentów w fazie późnej (zaawansowanej) tzw.

frailty complications, stanowią pacjenci, u których stwierdza się znaczne dysfunkcje, ograniczenia powikłane poważnymi zachorowaniami, mogącymi prowadzić nawet do śmierci [5].

Przyczyny pierwotne zespołu słabości nie są poznane. Przypuszcza się, że jest to wpływ różnych procesów jednocześnie, które powodują stan krytycznej równowagi między stabilnym a patologicznie zmniejszonym stanem rezerw w ustroju człowieka [4]. Zmiany ustrojowe zachodzą na poziomie zarówno fizjologicznym jak i molekularnym i komórkowym., prowadząc do pogłębienia wcześniej już zachodzących patologii. W ten sposób rozpoczyna się tzw. spirala/cykl słabości. Przypuszcza się, że istotną rolę mogą odgrywać też czynniki genetyczne oraz choroby przewlekłe, stan psychiczny, depresja [4, 5, 6, 7]. U pacjentów obserwuje się sarkopenię z niedożywieniem głównie białkowo-energetycznym, spadek masy mięśniowej, spadek odporności (zaburzenia immunologiczne) wiążący się z powstawaniem przewlekłych stanów zapalnych, zaburzenia endokrynologiczne, oraz zaburzenia krzepnięcia, obniżenie sprawności fizycznej, w tym osłabienie siły uścisku ręki, spowolnienie chodu, większe narażenie na upadki powodujące częstsze hospitalizacje. Otyłość jest również uważana jako nowy, odwracalny objaw, podnoszący ryzyko rozwoju zespołu słabości. Spowodowane jest to obniżeniem sprawności związanym z nadwagą oraz okładaniem tkanki tłuszczowej w okolicy trzewnej, co zwiększa ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca czy nadciśnienie, będące kolejnymi stresorami dla organizmu [4, 8, 9, 10].

Obecnie trudno jednoznacznie dookreślić liczbę osób żyjących z zespołem słabości. Wyniki badań epidemiologicznych różnią się między sobą, co jest to spowodowane różnymi narzędziami badawczymi stosowanymi do oceny zespołu słabości. Mnogość metod diagnozujących występowanie zespołu słabości oraz brak standardu dotyczącego narzędzi badawczych powodują brak możliwości porównania badań [4, 11].

Warto podkreślić, że jednym z kluczowych elementów dobrej jakości życia jest dobrostan zdrowotny. Aby uzyskać dobrą jakość życia seniorów z wielochorobowością, należy między innymi przestrzegać zaleceń lekarskich. Dane z różnych źródeł podają jednak, że wśród populacji polskiej zaleceń terapeutycznych przestrzega jedynie 5 -15% chorych z nadciśnieniem tętniczym po 65 roku życia [12]. W pracy założono, że pacjenci w wieku podeszłym z nadciśnieniem tętniczym w większości mają współistniejący zespół słabości, który istotnie utrudnia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

CEL BADAŃ

Celem głównym badań była analiza współistnienia zespołu słabości oraz przestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych po 65 roku życia z nadciśnieniem tętniczym.

MATERIAŁ I METODY

Badanie obserwacyjne przeprowadzono wśród 164 pacjentów przebywających w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju w okresie od października 2023 roku do kwietnia 2024 roku. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji szpitala. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego wykonanego techniką ankietowania. Kryteria włączenia do badania obejmowały: wiek pacjenta 65 lat lub więcej, logiczny kontakt z badanym, świadoma zgoda ankietowanego na udział w badaniu, stwierdzenie zdiagnozowanego nadciśnienia tętniczego, biegle rozumiałe posługiwanie się językiem polskim. Do kryteriów wykluczających z badania należały: wiek pacjenta poniżej 65 roku życia, stan zdrowotny pacjenta uniemożliwiający przeprowadzenie badania, zaburzenia komunikacyjne i poznawcze, brak zdiagnozowanego nadciśnienia tętniczego, brak zgody chorego na udział w badaniu. Badanie prowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

Zastosowane narzędzia badawcze i ich charakterystyka

Do przeprowadzenia badań zastosowano kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części tzn. z ankiety własnej i dwóch standaryzowanych kwestionariuszy ankietowych opisanych poniżej.

Ankieta własna składała się łącznie z 12 pytań zamkniętych dotyczących danych socjodemograficznych, samoopieki i zachowań zdrowotnych (częstości wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych, samodzielności, lub potrzeby pomocy w wykonaniu pomiaru ciśnienia tętniczego, wyniku pomiaru w ciśnienia tętniczego w dniu wypełnienia ankiety, występowania konieczności przyjęcia dodatkowych leków z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego, stosowanej diety, aktywności fizycznej itp.)

Skala adherence w chorobach przewlekłych (The Adherence in Chronic Disease Scale – ACDS)-zakłada, że wysoki wynik pomiaru ACDS świadczy o prawidłowej realizacji planu terapeutycznego. Narzędzie to stosowane w chorobach przewlekłych zawiera siedem pytań razem z pięcioma możliwymi odpowiedziami do każdego pytania. Wynik równy 20 pkt lub

poniżej świadczy o niskim poziomie adherence, wyniki rzędu 21 – 26 pkt świadczą o średnim poziomie adherence, z kolei wyniki równe 27 i więcej mówią o wysokim poziomie adherence u badanych chorych. Minimalna liczba punktów to 0 pkt, a maksymalna to 28 pkt [13].

Wskaźnik Słabości Tilburg (TFI)- jest narzędziem standaryzowanym składającym się z dwóch części. Pierwsza z nich zawiera pytania dotyczące sfery socjodemograficznej, druga natomiast zawiera pytania dotyczące cech kruchości. Pytania odnoszące się do cech kruchości układają się w 3 domeny: fizyczną, psychologiczną i społeczną. Domena fizyczna (0 - 8 pkt) zawarta jest w ośmiu pytaniach dotyczących zdrowia/ sprawności fizycznej, utraty masy ciała (niezamierzonej), chodu i trudności z nim związanych, równowagi i jej zaburzeń, zaburzeń słuchu, wzroku i jego zaburzeń, występowania osłabienia siły w rękach, ogólnego zmęczenia fizycznego. Następną domeną psychologiczną (0 - 4 pkt) mierzona jest za pomocą czterech pytań dotyczących zdolności poznawczych, występowania objawów depresji, oraz lęku i radzenia sobie z nim. Ostatnią trzecią domeną to domena społeczna (0 – 3 pkt) badana przy pomocy trzech pytań odnoszących się do życia w samotności, stosunków społecznych oraz uzyskiwanego lub nie wsparcia społecznego. Całościowy wynik zawiera się w przedziale 0 – 15. Założono, że wyższy wynik jest równoznaczny z wyższym wskaźnikiem słabości. Rozpoznanie występowania zespołu słabości znaczny wynik TFI równe bądź większe niż 5. Współczynnik alfa-Cronbacha dla polskiej wersji wynosi 0,72 [14].

Analizy statystyczne

Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic, wykonywano analizę post-hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Zależności/korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi, czyli przedstawionymi liczbą a uzyskanym wynikiem ACDS przez pacjentów poddanych badaniu, przeanalizowano korzystając ze współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności statystycznej przy wyniku wynoszącym 0,05. Analizę wykonano korzystając z programu: R, wersja 4.3.3.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Mediana wieku badanych wyniosła 69,5 roku (Q25%- Q75%; 67 -74 lat). Większość (95; 57,93%) stanowiły osoby zamężne/ żonate. Większość pacjentów 105 (64,02%) oceniło

swój styl życia jako „ani zdrowy, ani niezdrowy”. Grupa 101 (61,59%) badanych miała dwie lub więcej chorób lub chronicznych zaburzeń. Grupa 45 (27,44%) osób doświadczyła śmierci ukochanej osoby, 37 (22,56%) pacjentów doznało ciężkiej choroby u siebie, 50 (30,49%) doświadczyło ciężkiej choroby u najbliższej osoby. Szczegółowe dane pokazano w tabeli 1.

Tabela 1. Socjodemograficzne dane badanej próby – pacjenci WSS2 w Jastrzębiu-Zdroju

	Parametr	Łącznie (N=164)
Płeć	Mężczyzna	71 (43,29%)
	Kobieta	86 (52,44%)
	Brak odpowiedzi	7 (4,27%)
Wiek [lata]	Średnia (SD)	71,04 (5,71)
	Mediana (kwartyle)	69,5 (67-74)
	Zakres	57-96
Stan cywilny	Żonaty/mężatka/mieszkam z partnerem	95 (57,93%)
	Nieżonaty/niezamężna	8 (4,88%)
	W separacji/rozwódziona/a	11 (6,71%)
	Wdowa/wdowiec	45 (27,44%)
	Brak odpowiedzi	5 (3,05%)
Kraj urodzenia	Polska	150 (91,46%)
	Inny kraj	2 (1,22%)
	Brak odpowiedzi	12 (7,32%)
Wykształcenie	Żadne lub podstawowe	43 (26,22%)
	Średnie	81 (49,39%)
	Wyższe zawodowe lub wyższe	35 (21,34%)
	Brak odpowiedzi	5 (3,05%)
Miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym	600 PLN lub mniej	2 (1,22%)
	601-900 PLN	8 (4,88%)
	901-1200 PLN	11 (6,71%)
	1201-1500 PLN	26 (15,85%)
	1501-1800 PLN	27 (16,46%)
	1801-2100 PLN	25 (15,24%)
	2101 PLN lub więcej	65 (39,63%)
Jak oceniasz swój styl życia pod kątem zdrowia?	Zdrowy	46 (28,05%)
	Ani zdrowy, ani niezdrowy	105 (64,02%)
	Niezdrowy	12 (7,32%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)

ZESPÓŁ SŁABOŚCI A STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PACJENTÓW PO 65 ROKU ŻYCIA Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Czy masz dwie lub więcej chorób i/lub chroniczne zaburzenia?	Tak	101 (61,59%)
	Nie	49 (29,88%)
	Brak odpowiedzi	14 (8,54%)
Czy doświadczyłeś jednego lub więcej z następujących zdarzeń w ciągu ostatniego roku? *	Śmierć ukochanej osoby	45 (27,44%)
	Ciężka choroba u siebie	37 (22,56%)
	Ciężka choroba u ukochanej osoby	50 (30,49%)
	Rozwód lub koniec ważnego związku	15 (9,15%)
	Wypadek samochodowy	30 (18,29%)
	Przestępstwo	7 (4,27%)
Czy jesteś zadowolony ze swego środowiska domowego?	Tak	115 (70,12%)
	Nie	40 (24,39%)
	Brak odpowiedzi	9 (5,49%)
Aktywność zawodowa	Tak	43 (26,22%)
	Nie	121 (73,78%)
Miejsce zamieszkania	Miasto	114 (69,51%)
	Wieś	49 (29,88%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)

Legenda: * pytanie wielokrotnego wyboru - odsetki nie sumują się do 100. Źródło: opracowanie własne

Wydolność samoopiekuńcza oraz zachowania zdrowotne chorych z nadciśnieniem tętniczym

Większość pacjentów (74; 45,12%) wykonywała pomiar ciśnienia tętniczego nieregularnie. Grupa 125 (76,22%) osób nie wymagała pomocy osób trzecich do wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, natomiast 39 (23,78%) osób wymagało takiej pomocy. Średnia wartość skurczowego ciśnienia tętniczego (SBP) wyniosła $139 \pm 15,25$ mmHg a rozkurczowego (DBP) $84,5 \pm 12,71$ mmHg. Wysokie wartości ciśnienia wiążące się z koniecznością zażycia dodatkowych leków odnotowano u większości osób 97 (59,15%). Przestrzegania zaleceń diety zalecanej w nadciśnieniu tętniczym dotrzymywały 43 (26,22%) osoby, a większość 121 (73,78%) osób nie stosowało się do zaleceń dietetycznych w chorobie nadciśnieniowej. Zdecydowana większość badanych 139 (84,76%) stosowała sól kuchenną do gotowania. Grupa 67 (40,85%) pacjentów przyznała, że pali papierosy bądź stosuje inne używki nikotynowe. Spożywanie alkoholu odnotowano u 45 (27,44%) osób (tabela 2)

ZESPÓŁ SŁABOŚCI A STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PACJENTÓW PO 65 ROKU ŻYCIA Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Tabela 2. Wydolność samoopiekuńcza i zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym po 65 roku życia

Parametr	Łącznie (N=164)	
Częstość wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego	1 raz dziennie	46 (28,05%)
	2-3 razy dziennie	29 (17,68%)
	Nieregularnie	74 (45,12%)
	Wcale	15 (9,15%)
Pomoc osób trzecich w wykonywaniu pomiarów ciśnienia tętniczego krwi	Tak	39 (23,78%)
	Nie	125 (76,22%)
SBP [mmHg]	Średnia (SD)	139 (15,25)
	Mediana (kwartyle)	139 (130-150)
	Zakres	95-185
DBP [mmHg]	Średnia (SD)	84,55 (12,71)
	Mediana (kwartyle)	85 (77,5-95)
	Zakres	45-110
Skoki ciśnienia powodujące konieczność przyjęcia dodatkowych leków	Tak	97 (59,15%)
	Nie	66 (40,24%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)
Opieka dietetyka	Tak	23 (14,02%)
	Nie	141 (85,98%)
Stosowanie diety zalecanej w nadciśnieniu tętniczym	Tak	43 (26,22%)
	Nie	121 (73,78%)
Używanie soli kuchennej w gotowaniu	Tak	139 (84,76%)
	Nie	24 (14,63%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)
Papierosy lub inne używki nikotynowe	Tak	67 (40,85%)
	Nie	97 (59,15%)
Spożywanie alkoholu	Tak	45 (27,44%)
	Nie	118 (71,95%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)
Gimnastyka w ciągu dnia	Tak	33 (20,12%)
	Nie	131 (79,88%)
Spacer w celach rekreacyjnych	Tak	100 (60,98%)
	Nie	63 (38,41%)
	Brak odpowiedzi	1 (0,61%)
Liczba leków przyjmowanych w ciągu doby	Średnia (SD)	4,9 (2,51)

ZESPÓŁ SŁABOŚCI A STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH PACJENTÓW PO 65 ROKU ŻYCIA Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Parametr	Łącznie (N=164)	
	Mediana (kwartyle)	5 (3-6)
	Zakres	1-12

Legenda: CT – ciśnienie tętnicze krwi, SBP – skurczowe ciśnienie tętnicze krwi, DBP – rozkurczowe ciśnienie tętnicze krwi, SD-odchylenie standardowe, N- liczebność badanej grupy. Źródło: opracowanie własne

Występowanie zespołu kruchości u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Występowanie zespołu kruchości stwierdzono u 121 spośród 164 uczestników ankiety co stanowi 73,78% ankietowanych. (Tabela 3).

Tabela 3. Wynik badania kwestionariuszem TFI w badanej próbie pacjentów.

TFI - liczba punktów	Interpretacja	n	%
0-4	Brak zespołu kruchości	43	26,22%
5 i więcej	Zespół kruchości	121	73,78%

Legenda: n- liczebność zbiorowości próbnej, % - procent badanej próby

Źródło: opracowanie własne

Średnia dla wyniku ogólnego nasilenia zespołu słabości TFI wyniosła $7,27 \pm 3,35$ pkt. W badaniu poszczególnych składników słabości obliczono wartości średnie dla składników fizycznych ($M=3,9 \pm 2,03$ pkt), psychologicznych ($M= 1,91 \pm 1,25$ pkt) oraz składników społecznych ($M= 1,46 \pm 0,94$ pkt) (Tabela 4).

Tabela 4. Wynik ogólny TFI oraz trzy podskale kwestionariusza TFI w badanej grupie pacjentów.

TFI	Zakres wartości	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Wynik ogólny TFI	0-15	164	7,27	3,35	8	0	14	4	10
Składniki fizyczne	0-8	164	3,9	2,03	4	0	8	2	5
Składniki psychologiczne	0-4	164	1,91	1,25	2	0	4	1	3
Składniki społeczne	0-3	164	1,46	0,94	1	0	3	1	2

Legenda: SD – odchylenie standardowe ,n – liczebność zbiorowości próbnej (próby), min – wartość minimalna, max – wartość maksymalna, Q1 -pierwszy kwartył (określa dolną ćwiartkę danych, czyli wartość, poniżej której znajduje się 25% danych), Q3 – trzeci kwartył (określa górną ćwiartkę danych, czyli wartość, poniżej której znajduje się 75% danych). Źródło: opracowanie własne

Stosowanie się chorych do zaleceń terapeutycznych

W przeprowadzonym badaniu 66 spośród 164 uczestników ankiety (40,24%) uzyskało średni wynik adherence, natomiast 53 ankietowanych (32,32%) miało niski adherence. Wysoki adherence stwierdzono u 45 (27,44%) ankietowanych (Tabela 5).

Tabela 5. Wyniki pomiaru stosowania się do zaleceń uzyskane za pomocą skali ACDS u pacjentów objętych badaniem

ACDS - liczba punktów	Interpretacja	N	%
0-20	Niski adherence	53	32,32%
21-26	Średni adherence	66	40,24%
27-28	Wysoki adherence	45	27,44%

Legenda: ACDS – Skala adherence w chorobach przewlekłych (The Adherence in Chronic Diseases Scale), n-liczebność zbiorowości próbnej, N- liczebność badanej grupy, % -procent badanej próby.

Źródło: opracowanie własne

Analizując wynik pomiaru stosowania się do zaleceń terapeutycznych skalą standaryzowaną ACDS w badanej grupie ankietowanych ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym po 65r.ż., obliczono średnią punktacji równą $22,46 \pm 4,91$ (Tabela 6).

Tabela 6. Przedstawienie danych (punktacji) do interpretacji pomiaru wykonanego za pomocą skali ACDS w badanej grupie osób po 65 roku życia ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym

N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
164	22,46	4,91	24	9	28	19	27

Legenda: N – liczebność badanej grupy, SD - odchylenie standardowe, Min -wartość minimalna, Max -wartość maksymalna, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. Źródło: opracowanie własne

Zależność między występowaniem zespołu słabości a przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych

Średnia wartość na skali ACDS wśród chorych z nadciśnieniem tętniczym bez zespołu kruchości była istotnie wyższa w porównaniu do osób z tym zespołem (M=25,16 pkt vs. M=21,50 pkt, $p < 0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7. Wynik pomiarów zależności pomiędzy występowaniem zespołu kruchości a przestrzeganiem zaleceń w nadciśnieniu tętniczym

TFI	N	ACDS [punkty]							P
		Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Brak zespołu kruchości	43	25,16	4,03	27	9	28	24	28	$p < 0,001$ *
Zespół kruchości	121	21,50	4,85	22	10	28	18	25	

Legenda: N – liczebność badanej grupy, SD - odchylenie standardowe, Min -wartość minimalna, Max -wartość maksymalna, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny, p - test Manna-Whitney'a, * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$). Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Celem głównym badań było przeanalizowanie współistnienia zespołu słabości oraz przestrzegania zaleceń lekarskich w grupie chorych po 65 roku życia zmagających się z nadciśnieniem tętniczym. Występowanie zespołu kruchości stwierdzono u większości chorych z nadciśnieniem (121; 73,78 %). Badani posiadający niski i średni stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych stanowili dużą część grupy, bo aż blisko trzy czwarte. Po przeanalizowaniu wyników przeprowadzonego badania można zauważyć, że respondenci, u których stwierdzono występowanie zespołu słabości istotnie statystycznie częściej mieli problem ze stosowaniem się do zaleceń ustalonych przez lekarza. Badacze Rycombel i wsp., wskazują czynniki o kluczowym znaczeniu dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych jak: wiek podeszły, płeć (kobiety częściej przestrzegają zaleceń), czas trwania choroby, wielochorobowość oraz poziom edukacji chorych [12].

W pracy Chudiak i wsp, dotyczącej wpływu występowania zespołu słabości na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych u seniorów pokazano, że zespół słabości jest jedną z głównych przyczyn niestosowania się do zaleceń lekarskich przez osoby w wieku podeszłym z nadciśnieniem tętniczym [15]. Podobne wyniki można również zaobserwować w artykule Jankowskiej-Polańskiej i wsp. Udowodniono tu, że u pacjentów z chorobami układu krążenia występowanie zespołu słabości oraz zaburzeń funkcji poznawczych może wpłynąć na efekty leczenia oraz zmniejszać możliwości stosowania schematów terapeutycznych [16]. Kolejnym artykułem pokazującym negatywny wpływ zespołu słabości na stosowanie się do zaleceń lekarskich w grupie osób starszych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym jest praca Probotyn P. i wsp. Autorzy radzą, aby szczególnie zwracać uwagę na chorych, u których rozpoznano zespół słabości oraz zagrożonych jego wystąpieniem pod kątem przestrzegania zaleceń, ponieważ działania te mogłyby pomóc zmniejszyć ryzyko zdarzeń niepożądanych, takich jak udary czy zawały [17].

W pracy Paczkowskiej A. i wsp. podkreślono, że choroba nadciśnieniowa należy do grupy chorób cywilizacyjnych i wynika głównie z prowadzenia złego stylu życia. Z tego powodu rzadko występuje jako choroba izolowana [18]. W naszym badaniu pokazaliśmy ponadto, że większość chorych po 65 roku życia z nadciśnieniem tętniczym (101; 61,59%) zmagająca się z wielochorobowością i innymi chronicznymi zaburzeniami. Warto zauważyć, że w badaniu własnym tylko niewielka grupa pacjentów oceniła swój styl życia jako zdrowy (46; 28,05%). Grupa 74 (45,12%) osób wykonywała pomiary nieregularnie a blisko 60% chorych wymagała przyjmowania dodatkowych leków w związku ze skokami ciśnienia tętniczego. Jedynie 26,22% osób stosowało dietę zalecaną w chorobie nadciśnieniowej, aż 84,76%

stosowało sól kuchenną w gotowaniu, 40,85% badanych stosowało używki nikotynowe, większość (79,88%) ankietowanych nie wykonywała ćwiczeń gimnastycznych w ciągu dnia. Powyższe dane potwierdzają słaby poziom przestrzegania zaleceń przez naszych badanych. W artykule Szwiec i wsp., dotyczącym zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, autorzy wskazują na potrzebę edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych ze względu na niski odsetek wskaźnika zachowań zdrowotnych (32%) na wysokim poziomie. Autorzy opisują również, że dzięki poprawie stylu życia, można obniżyć ciśnienie tętnicze, wydłużyć przeżywalność i poprawić jakość życia oraz uzyskać lepsze samopoczucie [19]. W badaniu Ciesielskiej i wsp., dotyczącym analizy zachowań zdrowotnych pacjentów z chorobą nadciśnieniową w kontekście akceptacji choroby przewlekłej wnioskowano, że zachowania zdrowotne wśród pacjentów z chorobą nadciśnieniową istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby. Autorka wskazuje na potrzebę edukacji zdrowotnej, najszybciej jak możliwe, żeby pacjenci od początku choroby wiedzieli w jaki sposób poprawić swoje zachowania zdrowotne [20].

Ze względu na coraz większą liczbę doniesień naukowych zgodnych w kwestii istotnych trudności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich/terapeutycznych, występujących u pacjentów w wieku podeszłym z nadciśnieniem tętniczym i współistniejącym zespołem słabości, należałoby podjąć działania dążące do poprawy sytuacji pacjentów z tej grupy chorych.

WNIOSKI

1. Większość osób z nadciśnieniem tętniczym będąca w wieku podeszłym miała współistniejący zespół słabości. Istotne jest zatem wykrywanie przez pracowników ochrony zdrowia jak najwcześniej objawów zespołu słabości w tej grupie osób, aby odpowiednio wcześniej podjąć działania mające na celu zapobieganie pogłębianiu się objawów zespołu słabości. Zaleca się, aby ci pacjenci rutynowo w gabinecie lekarza POZ przechodzili test wykrywający objawy zespołu słabości (np. SHARE-FI, FRAIL, TFI).
2. Osoby w podeszłym wieku po 65 roku życia ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym, mają trudności w stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych, co stanowi duży problem w leczeniu tej grupy pacjentów. Należałoby zatem podnieść poziom edukacji medycznej udzielanej przez pielęgniarki pacjentom i ich rodzinom w zakresie farmakoterapii, istoty choroby, aktywności fizycznej, diety zalecanej przy

nadciśnieniu tętniczym, ustosunkowanej odpowiednio do wielochorobowości oraz farmakoterapii. Pacjenci po ustaleniu diagnozy powinni być kierowani bezpośrednio z gabinetu lekarskiego do gabinetu deklaratywnej pielęgniarki POZ celem udzielenia edukacji i ustalenia planu dalszego postępowania. Należy również podkreślić wagę ewaluacji w zakresie przekazanej edukacji. Warto również zachęcać i podnosić poziom wiedzy pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów i dietetyków, w jaki sposób prowadzić edukację, aby była ona jak najbardziej efektywna, rzetelna oraz wysokiej jakości.

PIŚMIENNICTWO:

1. Tykarski A., Mastalerz-Migas A., Wieczorowska-Tobis K., i wsp.: (2018). Rekomendacje Diagnostyki i Leczenia Nadciśnienia Tętniczego u pacjentów 65+ dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej—REMEDIA NT 65+ POZ. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2018; 4(2): 143-151.
2. Rajzer M., Doroszko A., Filipiak K., i wsp.: Nadciśnienie tętnicze w wieku podeszłym—izolowane nadciśnienie skurczowe. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2022; 8(4): 161–181
3. Surma S., Romańczyk M., Szyndler A., i wsp.: Sól a nadciśnienie tętnicze—od epidemiologii przez patofizjologię do istotnego problemu cywilizacyjnego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2021; 7(1): 19-27.
4. Gabryś T., Bajorek A., Malinowska-Lipień I.: Zespół słabości – zasadniczy problem zdrowotny osób starszych. Część II. *Gerontologia Polska* 2015; 4: 143-158.
5. Korzonek M., Fenger W., Czarnota-Chlewicka J., i wsp.: Zespół słabości—geriatryczny problem XXI wieku. *Hygeia Public Health* 2018; 53(1): 31-38
6. Rolf K., Pietruszka B., Baran I., i wsp.: Występowanie zespołu słabości oraz ryzyka żywieniowego wśród osób starszych korzystających z Dziennych Domów Seniora. *Żywność Nauka Technologia Jakość* 2020; 27(1): 137-147
7. J. Dudzińska-Griszek, K. Szuster-Kowolik, et al.: Grip strength as a frailty diagnostic component in geriatric inpatients, *Clinical Interventions in Aging* 2017;12: 1151–1157.
8. Malinowska-Lipień I., Bajorek, A., Gabryś, T.: Sprawność fizyczna a występowanie zespołu słabości u osób w wieku starszym. *Sztuka Leczenia* 2020; 35(2): 29-42.
9. Piejko L., Nawrat-Sołtysik A.: Zespół kruchości-wyzwanie w starzejącym się społeczeństwie. *Hygeia Public Health* 2016; 51(4): 329-334.

10. Bieniek J., Otremba-Zawrzykraj I.: Ocena możliwości wykorzystania badania stabilometrycznego w diagnostyce zespołu słabości u pacjentów oddziału geriatrycznego. *Gerontologia Polska* 2019; (27): 21-26.
11. Bieniek J., Szewieczek J.: Trudności diagnostyczne zespołu słabości u chorych geriatrycznych Doniesienie wstępne. *Gerontologia Polska* 2015; 2: 143-58.
12. Rycombel A., Lomper K., Uchmanowicz I.: Adherence and compliance in the treatment of hypertension. *Arterial Hypertension* 2014; 18(3): 151-158.
13. Kubica A., Kosobucka A., Michalski P., i wsp.: Skala adherence w chorobach przewlekłych – nowe narzędzie do badania realizacji planu terapeutycznego *Folia Cardiologica* 2017;12(1):19-26.
14. Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Łoboz-Rudnicka M., et al.: Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg Frailty Indicator for optimizing care of Polish patients with frailty syndrome. *Clinical Interventions in Aging* 2014, 25, 997–1001.
15. Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B.: Wybrane problemy leczenia hipotensyjnego w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2016; 26-31.
16. Jankowska-Polańska B., Kuśnierz M., Dudek I., et al.: Wpływ funkcji poznawczych na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w niewydolności serca. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(2): 392-414
17. Pobrotyn P., Pasieczna A., Diakowska D., et al.: Evaluation of Frailty Syndrome and Adherence to Recommendations in Elderly Patients with Hypertension. *Journal of Clinical Medicine* 2021; 10(17): 3771.
18. Paczkowska, A.: Badania farmakoekonomiczne-subiektywna ocena jakości życia oraz analiza kosztów leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce [praca doktorska] UM w Poznaniu, Poznań 2014.
<https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/405365/edition/316839?language=en>
(data pobrania 03.08.2024)
19. Szwiec M., Bryłka B., Wieder-Huszla S., i wsp.: Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Polish Nursing/Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 74(4): 354-361
20. Ciesielska K. Analiza zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym w kontekście akceptacji choroby przewlekłej. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2024; 9(1): 26-50.

WIEDZA KOBIECI CIĘŻARNYCH NA TEMAT PRZYGOTOWANIA DO PORODU

Małgorzata Gierszewska¹, Luiza Gracz², Estera Mieczkowska¹

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka kierunku Położnictwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

WSTĘP

Narodziny dziecka to bardzo ważny moment w życiu matki, a także całej rodziny. Czas ciąży i okres przedporodowy powinien stanowić dla przyszłych rodziców źródło motywacji do poszerzania wiedzy na temat przebiegu ciąży, porodu, a także rozwoju noworodka po urodzeniu. Poród jest zjawiskiem instynktownym, jednakże przygotowanie teoretyczne jest bardzo ważne dla jego przebiegu. Świadomość ciężarnych jest niezbędna, aby obniżyć poziom lęku przed nieznanym doświadczeniem, jakim dla wielu może być poród.

Przygotowanie do porodu pozwala osiągnąć lepszy poziom współpracy z zespołem terapeutycznym oraz zrozumieć postępowanie podczas procesu jakim jest poród. Dzięki edukacji dotyczącej jego fizjologicznego przebiegu, metod łagodzenia bólu i radzenia sobie podczas czynności skurczowej, istnieje większa szansa na uniknięcie niepożądanych komplikacji. Kobieta, która świadoma jest ewentualnych zagrożeń, może szybciej reagować i dzięki lepszej współpracy z personelem zapobiegać niechcianym powikłaniom. Edukacja przedporodowa pomaga wcielić się przyszłej mamie w swoją rolę.

Świadomość własnego ciała sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem wynikającym z sytuacji, a także wpływa korzystnie na umiejętność kontroli bólu, działa mobilizująco na organizm. Ciężarne, które nie są przygotowane do porodu, odczuwają lęk przed niewiadomym, mogą czuć się bezradne, nie znają sposobów radzenia sobie w trudniejszych momentach, a także metod łagodzących odczuwanie bólu. Można stwierdzić, że wiedza jest czynnikiem motywacyjnym do zapoczątkowania działania, co jest bardzo istotne w trakcie porodu [1].

Aktywny poród wynika z instynktu kobiety, jednakże duża część z nich wymaga praktycznego wsparcia w zakresie edukacji. Wiedza redukuje lęk przed nieznanym. Niewątpliwie, znajomość przebiegu ciąży, porodu czy położu może zmniejszyć niepokój związany z momentem przyjścia na świat dziecka.

Każda kobieta ma też prawo skorzystać z zajęć edukacji przedporodowej od 21. tygodnia ciąży, 1 raz w tygodniu. Od momentu osiągnięcia przez ciężarną 31. tygodnia ciąży, istnieje możliwość korzystania ze spotkań edukacyjnych 2 razy w tygodniu, aż do porodu. Spotkania mogą odbywać się w formie indywidualnej lub jako zajęcia grupowe prowadzone przez położną w szkole rodzenia. Tematyka zajęć powinna być dostosowana do oczekiwań odbiorców.

Według najnowszych zaleceń, u kobiet w ciąży o przebiegu fizjologicznym, nie ma konieczności ograniczenia aktywności związanej z wysiłkiem. Ruch u kobiety ciężarnej zwiększa przepływ krwi w macicy i łożysku, co ma korzystny wpływ na rozwój płodu i przebieg ciąży. Wśród kolejnych zalet aktywności fizycznej można wymienić lepszą sprawność, która wpływa na szybszy postęp porodu, oraz kondycyjne przygotowanie do wysiłku, jakim niewątpliwie jest urodzenie dziecka. Pozytywny wpływ ruchu jest związany ze zwiększeniem siły mięśniowej, jak również ruchomości stawów i poprawie funkcjonowania układu oddechowego oraz układu krążenia. Odpowiednia gotowość fizyczna zwiększa szanse na powodzenie porodu drogami natury [2].

Kobiety w okresie ciąży mogą odczuwać lęk przed podejmowaniem aktywności seksualnej, spowodowany obawą o utrzymanie ciąży i stan nienarodzonego dziecka. W czasie prawidłowo przebiegającej ciąży aktywność seksualna nie wykazuje negatywnego wpływu na stan zdrowia noworodka. Ograniczenie współżycia jest koniecznością w sytuacjach powikłań przebiegu ciąży, takich jak zagrożenie porodem przedwczesnym, krwawienie z dróg rodnych czy przedwczesne odpłynięcie wód płodowych. Bardzo ważnym aspektem jest przestrzeganie zasad higieny w okresie ciąży, podczas kontaktów seksualnych, gdyż nawracające i długo utrzymujące się stany zapalne mogą skutkować nieprawidłowym rozwojem dziecka i zaburzeniami procesów adaptacyjnych noworodka po urodzeniu [3].

Jeśli chodzi o pracę zawodową, to w czasie ciąży bardzo duże znaczenie ma typ pracy. Narażenie na czynniki szkodliwe (chemiczne lub fizyczne), długotrwała pozycja stojąca, podnoszenie ciężkich przedmiotów czy praca zmianowa mogą niekorzystnie wpływać na przebieg ciąży. Praca w trudnych warunkach może zwiększać ryzyko poronienia lub urodzenia dziecka o małej masie urodzeniowej [4]. Bardzo istotnym aspektem w pracy ciężarnej jest narażenie na stres. Modyfikacja warunków pracy, aby zminimalizować bodźce

stresowe, jest kluczowa dla zwiększenia aktywności zawodowej kobiet ciężarnych. Ważną kwestią w tym przypadku, jest również postawa pracodawcy oraz współpracowników.

Czynnikiem stanowiącym ryzyko dla pomyślnego przebiegu ciąży, porodu i położu jest też nadwaga i otyłość. Zwiększa się częstotliwość występowania wielu powikłań ciążowych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca ciężarnych, zagrożenie porodem przedwczesnym, obrzęki czy choroba zakrzepowo-zatorowa. Kolejną komplikacją spowodowaną otyłością u kobiet ciężarnych mogą być zaburzenia oddychania. W ciąży zmniejsza się podatność oddechowa klatki piersiowej, jednocześnie znacznie wzrasta praca mięśni oddechowych, co utrudnia oddychanie. Problemy mogą również występować na etapie badań diagnostycznych. Grube warstwy tkanek stanowią wyzwanie dla diagnostyki ultrasonograficznej, gdyż utrudniają właściwe uwidocznienie obrazu. U kobiet z nadmierną masą ciała istnieje także większe zagrożenie powikłań okołoporodowych. W przypadku ciężarnych otyłych niemal dwukrotnie częściej wykonuje się cięcia cesarskie w porównaniu z ciężarnymi o prawidłowej masie ciała. Bardzo często wśród wskazań w tej grupie pacjentek figuruje nadciśnienie tętnicze niepoddające się leczeniu, stan przedrzucawkowy lub zagrożenie rzucawką oraz duża szacunkowa masa płodu, co może być spowodowane cukrzycą ciążową [5].

Na przebieg porodu korzystnie wpływa też stosowanie pozycji wertykalnych przez rodzącą. Ta forma aktywności gwarantuje lepszą sprawność fizyczną podczas porodu, a także wzmacnia mięśnie Kegla, brzucha i kręgosłupa. Może pomóc w łagodzeniu bólów kręgosłupa. Pobudza pracę układu krwionośnego, jak również wspomaga funkcjonowanie układu oddechowego. Wśród zalet pozycji wertykalnych możemy również wymienić poprawę samopoczucia czy profilaktykę przeciwobrzękową. Poprzez stosowanie pozycji wertykalnych zwiększa się intensywność oraz regularność skurczy macicy. Rodząca ma ułatwione oddychanie przez zmniejszenie ucisku na przeponę. Podczas przyjmowania instynktownych pozycji zmniejsza się lęk oraz dolegliwości bólowe kobiety, znacznie spada także ryzyko urazów kanału rodnego. [6].

Jeden z czynników ograniczających ryzyko urazów okołoporodowych kanału rodnego podczas porodu, to masaż krocza. Jest bezpieczną formą przygotowania do porodu. Poprzez mobilizację tkanek krocza, zwiększa się ich elastyczność i następuje poprawa ich ukrwienia. Optymalnym momentem na wdrożenie masażu krocza, w ciąży przebiegającej prawidłowo, jest 34 tydzień ciąży. W tym czasie w organizmie zaczyna wydzielać się więcej relaksyny, która pomaga w rozluźnieniu tkanek. Do masażu powinien być stosowany preparat niewywołujący podrażnień i reakcji alergicznych. Najczęściej wybierany jest olejek ze

słodkich migdałów, olejek z wiesiołka lub olejek jojoba. Jedynym przeciwwskazaniem do masażu krocza jest aktywna infekcja pochwy [7].

W ciągu ostatnich lat poważnym problemem w położnictwie stał się patologiczny lęk przed porodem drogami natury, który nosi nazwę tokofobia. Najczęściej wymienianymi przez kobiety, przyczynami lęku są strach przed bólem i obawa o dziecko. Tokofobia u wieloródek w większości jest następstwem trudności podczas przebiegu poprzedniego porodu. Lęk przed porodem jest problemem wieloczynnikowym. Często jest spowodowany czynnikami pozamedycznymi. Szerszy dostęp do informacji, w Internecie czy mediach, może kreować uczucie lęku oraz negatywnego nastawienia do porodu drogami natury. Aktualnie tokofobia jest jednym z najczęstszych, pozapołożniczych wskazań do zakończenia porodu cięciem cesarskim [8].

Ważnym elementem przygotowania do porodu jest także plan porodu. Jest on formą opartą na wiedzy medycznej i służącą właściwej komunikacji z personelem, wyrażoną w postaci spisanych oczekiwań. Ciężarna w trakcie jego tworzenia, może przekazać swoje oczekiwania i preferencje. Według Standardu Opieki Okołoporodowej, osoba prowadząca ciążę lub położna środowiskowa, ma obowiązek opracować plan porodu we współpracy z ciężarną. Rzetelnie sporządzony dokument pociąga za sobą szereg korzyści, zarówno dla rodzącej, jak i dla personelu. Wśród nich można przedstawić: większą kontrolę w czasie porodu oraz ułatwiony kontakt między rodzącą, a personelem medycznym. W planach porodu najczęściej poruszane punkty to: wybór osoby towarzyszącej, łagodzenie bólu porodowego, możliwość doboru pozycji w I i II okresie porodu, stosowanie interwencji medycznych, a także kontakt “skóra do skóry” oraz inicjacja laktacji w pierwszych godzinach po porodzie.

Podejście społeczeństwa do zajęć edukacji przedporodowej zależy od wielu czynników. Duże znaczenie ma fakt czy ciąża była planowana. Z reguły osoby, które z wyprzedzeniem podejmują decyzję o pozostaniu rodzicami, przywiązują większą wagę do przygotowania teoretycznego. Kobiety, które mają urodzić kolejne dziecko, często rezygnują z zajęć edukacji przedporodowej, wierząc, że nie potrzebują dodatkowej porcji wiedzy. Dzięki zajęciom edukacyjnym możemy przekazywać je przyszłym rodzicom oraz ułatwiać im okres ciąży i macierzyństwa [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy kobiet ciężarnych na temat przygotowania do porodu.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu uczestniczyło 200 kobiet ciężarnych. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 200 kobiet, ponad połowa z nich to kobiety w wieku między 25 – 35 lat (57%). Mniejszy odsetek stanowiły ciężarne między 18 – 24 rokiem życia (33%), powyżej 35 lat (9,5%). Jedna uczestniczka projektu miała mniej niż 18 lat. Na wsiach zamieszkiwało 49% badanych kobiet. 35,5% kobiet jako miejsce zamieszkania wskazało miasto do 50 tys. mieszkańców, a w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców mieszkało 15,5% kobiet. W kwestii wykształcenia przeważały kobiety z wykształceniem średnim (45%) i wyższym (43%). Kobiety z wykształceniem zawodowym (10%) i podstawowym (2%) stanowiły mniejszy odsetek badanych. Większość grupy badanej, gdyż aż 65% to kobiety zamężne. Panny stanowiły 32,5%, a kobiety rozwiedzione tylko 2,5%.

W badaniu udział wzięło 25% kobiet, które nigdy nie rodziły, 42% kobiet rodzących raz, 24,5% kobiet rodzących dwa razy, 5,5% kobiet rodzących 3 razy i 3% kobiet rodzących 4 i więcej razy. Obecna ciąża była planowana w przypadku 77,5% badanych kobiet, a 22,5% grupy badanej nie planowało ciąży. Na zajęcia edukacyjne do szkoły rodzenia uczęszczało jedynie 27% badanych kobiet. Przekonania, że zajęcia edukacyjne w szkole rodzenia wpływają na przebieg porodu było 44,5% ciężarnych, 11,5% kobiet uważało, że taki wpływ nie występuje. Opinii na ten temat nie miało 44% respondentek. Internet z kolei stanowił główne źródło wiedzy na temat przygotowania do porodu dla znacznej większości ciężarnych (78,55%) Często respondentki czerpały informacje od znajomych, rodziny (58,5%) i od personelu medycznego (52%) a rzadziej z czasopism, artykułów (30%). Zdania, że przygotowanie do porodu może skutecznie skrócić czas jego trwania było 58,5% kobiet, przeciwnego zdania było 14,5% badanych, a wiedzy w tym temacie nie miało 27% kobiet.

Jako czynniki wpływające na lepsze przygotowanie do porodu badani wskazywali aktywność fizyczną (90%), a często też przygotowanie teoretyczne (51,5%), masaż krocza (51,5%) i uczestniczenie w zajęciach edukacji przedporodowej (54%). Nieco rzadziej badane wskazywały, że na lepsze przygotowanie do porodu wpływ na zdrowa dieta (44%) i aktywność seksualna (31,5%).

W ciąży aktywnych zawodowo nie było 46,5% badanych kobiet. Pracę w pozycji stojącej wykonywało 11,5% badanych, w pozycji siedzącej 25,5% kobiet a pracę wymagającą wysiłku fizycznego wykonywało 16,5% badanych.

O tym, że otyłość może wpływać na powodzenie porodu siłami natury przekonanych było 45,5% badanych kobiet, przeciwnego zdania było 31% kobiet a zdania w tym temacie nie miało 23,5% kobiet.

Poproszono też badane kobiety o ocenę swojego nasilenia lęku przed porodem. Większość ciężarnych oceniała swój poziom lęku między 6-10 pkt. Średnia punktacja wyniosła 5,63 pkt. Jedynie 40,5% badanych stwierdziło, że poszerzenie wiedzy na temat porodu obniżyło ich poziom lęku przed porodem. Takiej korelacji nie wykazano u 45,5% kobiet. Z kolei 14% kobiet nie miało zdania w tej kwestii.

Przekonanych, że przygotowując się do porodu można zmniejszyć ryzyko konieczności nacięcia krocza podczas porodu było 60% badanych kobiet. Jako czynniki wpływające na zmniejszenie ryzyka nacięcia krocza podczas porodu badane poprawnie wskazywały masaż krocza (70%), ćwiczenia rozluźniające dno miednicy (64%), a także aktywność fizyczną (50,5%) i pozycje wertykalne (39,5%). Mały odsetek wiedział o tym, że na zmniejszenie ryzyka nacięcia krocza podczas porodu wpływ mają ciepłe okłady na krocze podczas porodu (13%), a błędnie szybki postęp porodu jako czynniki zmniejszający ryzyko nacięcia krocza wskazało 20,5% kobiet.

O tym, że przygotowanie teoretyczne do porodu jest równie ważne jak fizyczne przekonanych było 81% kobiet, a zdania, że przygotowanie teoretyczne nie jest ważne było 9% badanych kobiet.

Spytano też badane kobiety o to jakie znają objawy oznaczające rozpoczęcie się porodu. Badane najczęściej wskazywały na odejście czopu śluzowego (84,5%), skurcze przepowiadające (74%) i ból odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa (60%), a rzadziej na zwiększony ucisk na pęcherz moczowy (35%), biegunkę (34%), nudności (12%) oraz męczenie i senność (6,5%).

Plan porodu przygotowało jedynie 45,5% badanych.

Zbadano też, jakie czynniki w danej grupie mogły mieć wpływ na poziom wiedzy kobiet na temat przygotowania do porodu. W tym celu wykonano serię analiz testami χ^2 Pearsona. Wykazano, iż wiedza badanych kobiet na temat przebiegu porodu nie była istotnie statystycznie powiązana z wiekiem $\chi^2 = 6,50$; $p = 0,165$; $V = 0,13$ i miejscem zamieszkania $\chi^2 = 5,85$; $p = 0,211$; $V = 0,12$. Taki związek występował w korelacji z wykształceniem $\chi^2 =$

10,93; $p < 0,05$; $V = 0,17$. Wyższy poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu wykazywały kobiety posiadające wyższe wykształcenie.

Porównywalnie, za pomocą analiz testami χ^2 Pearsona przeanalizowano związek wiedzy na temat przygotowania do porodu z liczbą porodów oraz planowaniem ciąży. Na podstawie wyników analiz, można stwierdzić, że wiedza na temat przygotowania do porodu nie była powiązana z liczbą porodów oraz planowaniem ciąży (wyniki nieistotne statystycznie $p > 0,05$).

Dokonano też oceny związku poziomu wiedzy na temat przygotowania do porodu z uczestnictwem w szkole rodzenia. Wykonano analizy testem χ^2 Pearsona. Udowodniono, że występował istotny statystycznie związek wiedzy na temat przygotowania do porodu z uczęszczaniem do szkoły rodzenia $\chi^2 = 6,99$; $p < 0,05$; $V = 0,19$. Związek taki nie występował z oceną, że zajęcia edukacyjne w szkole rodzenia mają wpływ na przebieg porodu $\chi^2 = 2,17$; $p = 0,705$; $V = 0,07$. Wyższy poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu wykazały kobiety, uczęszczające do szkoły rodzenia.

Za pomocą analiz testami χ^2 Pearsona zbadano również związek wiedzy na temat przygotowania do porodu z lękiem przed porodem. Dane wyniki okazały się nieistotne statystycznie $p > 0,05$. Nie udowodniono więc związku wiedzy na temat przygotowania do porodu z lękiem przed porodem.

Sprawdzono też, czy występował związek lęku przed porodem z uczęszczaniem do szkoły rodzenia, chęcią obecności osoby towarzyszącej przy porodzie i posiadaniem planu porodu. W tym zakresie również wykonano analizy testami χ^2 Pearsona. Wyniki okazały się one nieistotne statystycznie $p > 0,05$. Nie udowodniono więc związku lęku przed porodem z uczęszczaniem do szkoły rodzenia, chęcią obecności osoby towarzyszącej przy porodzie oraz posiadaniem planu porodu.

DYSKUSJA

Wiedza na temat przygotowania do narodzin dziecka oraz samego porodu, pozwala nie tylko na lepszą współpracę pacjentki z personelem, ale w dużej mierze wpływa na poczucie bezpieczeństwa i sprawczości. Jak wynika z przeprowadzonego badania, kobiety miały przeciętny poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu.

Badane kobiety wiedzę czerpały głównie z Internetu (78,55%), często od znajomych, rodziny (58,5%), personelu medycznego (52%), w mniejszym stopniu z czasopism i artykułów (30%). Podobne wnioski wykazała również Doroszevska i Dmoch Gajzlerska w

swoich badaniach: Internet był źródłem wiedzy, wskazywanym przez 80% ankietowanych [10].

Wśród badanych kobiet na zajęcia do szkoły rodzenia uczęszczało jedynie 27%. Zdaniem niektórych badaczy, wieloródki znacznie rzadziej biorą udział w takich zajęciach. Prawdopodobnie jest to efektem doświadczenia poprzedniego porodu, który może stanowić pewne przygotowanie do kolejnej ciąży. Jak wynika z badań Guzikowskiego, w zajęciach edukacji przedporodowej częściej uczestniczyły kobiety z wyższym wykształceniem [11].

Analizując badania Puszczalkowskiej-Lizis i wsp., wykazano, że kobiety uczestniczące w zajęciach Szkoły Rodzenia były lepiej przygotowane do ciąży i porodu, a wiedza, którą czerpały, wpłynęła korzystnie na poprawę ich samopoczucia oraz zwiększenie świadomości [12]. Również Piziak udowodniła, że uczestniczki szkół rodzenia wykazywały wyższy poziom wiedzy na temat ciąży i lepsze przygotowanie do porodu. Zbudowana świadomość sprawiła, że dolegliwości towarzyszące okresowi okołoporodowemu były łagodniejsze. Wpłynęło to pozytywnie na ich stan psychofizyczny [13]. W badaniach własnych zaobserwowano podobną zależność. Wyższy poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu miały kobiety, które uczęszczały do szkoły rodzenia.

Współcześnie, porody rodzinne są bardzo popularną formą. W badaniu własnym chęć obecności osoby towarzyszącej przy porodzie wyraziło 79,5% badanych kobiet. Nieco ponad połowa z nich (52,5%) uważała, że przygotowanie osoby towarzyszącej do porodu jest bardzo ważne, a 40,5% uważało, że jest ważne, ale nie konieczne. Znaczna większość była zdania, że najważniejszą rolą bliskiej osoby podczas porodu jest wsparcie psychologiczne. Badania, przeprowadzone przez Karaude i wsp. wykazały, iż kobiety decydujące się na poród w asyście osoby towarzyszącej częściej mają pozytywne przeżycia niż kobiety wybierające poród bez bliskiej osoby [14].

Ponadto, Gawińska i wsp. udowodniła, że podczas porodów z udziałem osoby towarzyszącej kontakt „skóra do skóry” z noworodkiem jest dłuższy, a procedury pielęgnacyjne u dziecka częściej odbywają się przy położnicy lub osobie bliskiej. Podczas porodów rodzinnych, rodzące wskazywały na lepszy kontakt z personelem medycznym, co może być skutkiem obawy przed negatywną oceną ze strony osoby towarzyszącej. Rodzące w towarzystwie osób bliskich częściej pytane były o wizję porodu i zgodę na czynności medyczne [15].

Analizując niniejsze badania, można stwierdzić, że zajęcia edukacji przedporodowej są niezwykle ważną formą przygotowującą kobiety do porodu oraz macierzyństwa. Przedstawione wyniki i ich analiza potwierdzają jej skuteczność. Mimo wzrastającej

świadomości w społeczeństwie, a także powszechnej dostępności do rzetelnych źródeł informacji, wciąż wiele kobiet nie posiada wystarczającego poziomu wiedzy w zakresie tematyki okołoporodowej. Wiąże się to z przekonaniem, iż Internet stanowi najlepsze kompendium wiedzy, jednakże wciąż można tam znaleźć błędne informacje. Liczne badania udowadniają, że edukacja ma ogromny wpływ na przygotowanie do porodu kobiety ciężarnej w sferze zarówno psychicznej jak i fizycznej.

WNIOSKI

1. Wiedza badanych kobiet na temat przebiegu porodu nie była istotnie statystycznie powiązana z wiekiem oraz miejscem zamieszkania, ale taki związek występował z wykształceniem.
2. Wiedza na temat przygotowania do porodu nie była powiązana z liczbą porodów i planowaniem ciąży.
3. Wyższy poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu miały kobiety, które uczęszczały do szkoły rodzenia.
4. Nie wykazano związku wiedzy na temat przygotowania do porodu z lękiem przed porodem.
5. Wykazano, że wiedza na temat przygotowania do porodu powiązana była istotnie statystycznie z posiadaniem planu porodu.
6. Nie wykazano związku lęku przed porodem z uczęszczaniem do szkoły rodzenia, chęcią obecności osoby towarzyszącej przy porodzie i posiadaniem planu porodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Baumgart M., Szpinda M., Radziwińska A., i wsp.: Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. *Journal of Education Health and Sport*. 2015; 5(8): 226-235.
2. Wójtowicz K., Krekora M., Krekora K., i wsp.: Wpływ aktywności fizycznej ciężarnych na przebieg porodu. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2011; 2: 188-196.
3. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Plewik I., i wsp.: Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuologia Polska* 2011; 9 (2): 85-90.
4. Makowiec-Dąbrowska T., Siedlecka J.: Wysilek fizyczny w pracy zawodowej a przebieg i wynik ciąży. *Medycyna Pracy* 1996; 47: 629-650.
5. Szostak-Węgierek D., Szamotulska K., Szponar L.: Wpływ stanu odżywienia matki na masę ciała noworodka. *Ginekologia Polska* 2004; 75: 692-698.

6. Olejek A.: Pozycja wertykalna wykorzystywana podczas porodu. Forum Ginekologiczne 2011.
7. Czajkowski K., Dębski R., Markowska U. i wsp.: Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodniego oraz struktur dna miednicy, „Ginekologia Polska”. 5b(82), 2011, 390-394.
8. Santorek N., Biłas K., Tokarska A., i wsp.: Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach. *Varia Medica* 2019; 3 (4): 279-288.
9. Gębicz W., Plagens-Rotman K., Ulatowska A.: Motywy uczestnictwa przyszłych rodziców w zajęciach edukacyjnych szkoły rodzenia, *Pielęgniarstwo Polskie* 3 (73) 2019; 243-251.
10. Doroszevska A., Dmoch-Gajzlerska E.: Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, położu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121 (2): 129.
11. Guzikowski W., Kowalczyk D., Mączka M.: Analiza aktualnych form przygotowania do porodu rodzinnego i „tradycyjnego”. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2004; 17(1): 67–70.
12. Puszczałowska-Lizis E., Mokrzycka K., Jandziś S.: Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016; 22 (4): 264-269.
13. Piziak W.: Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2009; 7 (3): 282–92.
14. Karauda M., Łepecka-Klusek C., Buholec M.: Współcześni małżonkowie wobec porodu rodzinnego. *Wiadomości Lekarskie* 2006; 59 (9–10): 623–625.
15. Gawińska A., Doroszevska A., Sys D., i wsp.: Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu; *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2019; 8 (2): 47-50.

ZJAWISKO WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚROD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Alina Sejbuk², Joanna Szydło³

1. *Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
2. *Absolwentka studiów II stopnia Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku*
3. *Katedra Zarządzania, Ekonomii i Finansów, Wydział Inżynierii i Zarządzania, Politechnika Białostocka*

WSTĘP

Praca personelu pielęgniarskiego jest zajęciem obciążającym sferę psychiczną oraz fizyczną. Pielęgniarstwo jest zawodem, w którym niezwykle istotną rolę odgrywa bliski kontakt interpersonalny oraz proces angażowania się w opiekę nad pacjentem i pracą nad własnymi emocjami [1]. Zadania realizowane w trosce i w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie i życie drugiego człowieka, nie służą zdrowiu psychicznemu oraz fizycznemu [2]. O ile doda się do tego zmianowy system pracy, każda osoba pracująca na stanowisku pielęgniarskim odczuwa nawet w minimalnym stopniu zmęczenie psychiczne i fizyczne.

Towarzyszący długotrwały stres połączony z brakiem umiejętności radzenia sobie z nim i ogólne zmęczenie prowadzić mogą do obciążeń organizmu i w konsekwencji do syndromu wypalenia zawodowego [3]. Niezwykle ważne jest zatem określenie czynników mających wpływ na występowanie syndromu wypalenia zawodowego oraz ukazanie sposobów zapobiegania syndromowi wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego [4].

CEL BADAŃ

- Ukazanie syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych

Cele szczegółowe:

- Określenie czynników wpływających na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego
- Ocena metod profilaktyki syndromu wypalenia zawodowego

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród 105 pielęgniarek oddziałów dziecięcych, które przejawiały chęć uczestnictwa w badaniu. Materiał badawczy zebrano na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety drogą on-line przy pomocy aplikacji Microsoft Forms (link z ankietą został przesłany na portale społecznościowe tj. Facebook, Instagram oraz poprzez Messenger) oraz za pomocą kwestionariusza do mierzenia skali Odczuć Zawodowych (MBI, Ch. Maslach)

Przeprowadzone badanie miało charakter anonimowy, a udział w nim był dobrowolny. Uzyskane dane wykorzystano wyłącznie w celach naukowych. Informacje zebrano za pomocą ankiety własnej konstrukcji oraz Kwestionariusza do mierzenia skali Odczuć Zawodowych MBI. Ankietowani poddani badaniu zostali poinformowani o celu, zastosowaniu badań oraz możliwej rezygnacji z wzięcia udziału w badaniach.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z trzech części: metryczki, części I określającej czynniki wpływające na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego, części II oceniającej metody profilaktyki syndromu wypalenia zawodowego oraz Kwestionariusza MBI.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej. Użyto w tym celu metody opisu materiału badawczego oraz określenie współzależności dla cech ilościowych i jakościowych.

Wykresy i analizę danych wykonano w programie Microsoft Office Excel 2016 oraz Statistica.

WYNIKI

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród 105 pielęgniarek oddziałów dziecięcych, które przejawiały chęć uczestnictwa w badaniu.

W badaniu wzięło udział najwięcej pielęgniarek w przedziale wiekowym 41-50 lat (49%). 32% stanowiły osoby w wieku 51-60 lat, a 11% w wieku poniżej 40 lat. Najmniej respondentek miało ponad 61 lat (8%).

Zdecydowana większość ankietowanych pracowała na oddziałach ogólnopediatrycznych (71%). 8% osób poddanych badaniu pracowało na oddziałach chirurgicznych, a 6% na neonatologicznych i zachowawczych. Po 3% respondentów pracowało na oddziałach: rehabilitacji, anestezjologii oraz ZRM.

97% respondentów pracowało w zmianowym systemie pracy. W rankach pracowało 3% osób poddanych badaniu.

Największą grupę stanowili badani pracujący średnio w miesiącu od 156 do 165 godzin (68%). 17% stanowili respondenci spędzający w pracy od 166 do 175 godzin. Od 176 do 185 godzin pracowało 6% ankietowanych. Taki sam odsetek badanych pracował mniej niż 155 godzin w miesiąc. Ponad 186 godzin pracowało 3% osób poddanych badaniu.

Blisko jedna trzecia respondentów posiadała wykształcenie wyższe magisterskie. Wykształcenie średnie deklarowało 26% badanych, a 23% posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa. Studia licencjacki miało ukończone 20% ankietowanych.

26 do 30 lat stażu pracy deklarowało 26% osób poddanych badaniu. Odsetek ten dla stażu pracy 16-20 lat wynosił 20%. 19% respondentów posiadało mniej niż 15 lat stażu pracy, a 15% więcej niż 36 lat. Od 21 do 25 lat przepracowało 11% ankietowanych, a 31-35 lat 9% badanych.

Większość ankietowanych znajdowało się w związkach małżeńskich (77%). Po rozwodzie było 14% badanych, a wdowieństwo deklarowało 3% osób poddanych badaniu. W związkach nie znajdowało się 6% respondentów.

Z pracy raczej zadowolonych było 60% osób poddanych badaniu. Zdecydowanie zadowolonych było 29% ankietowanych. Praca raczej nie zadawała 11% badanych.

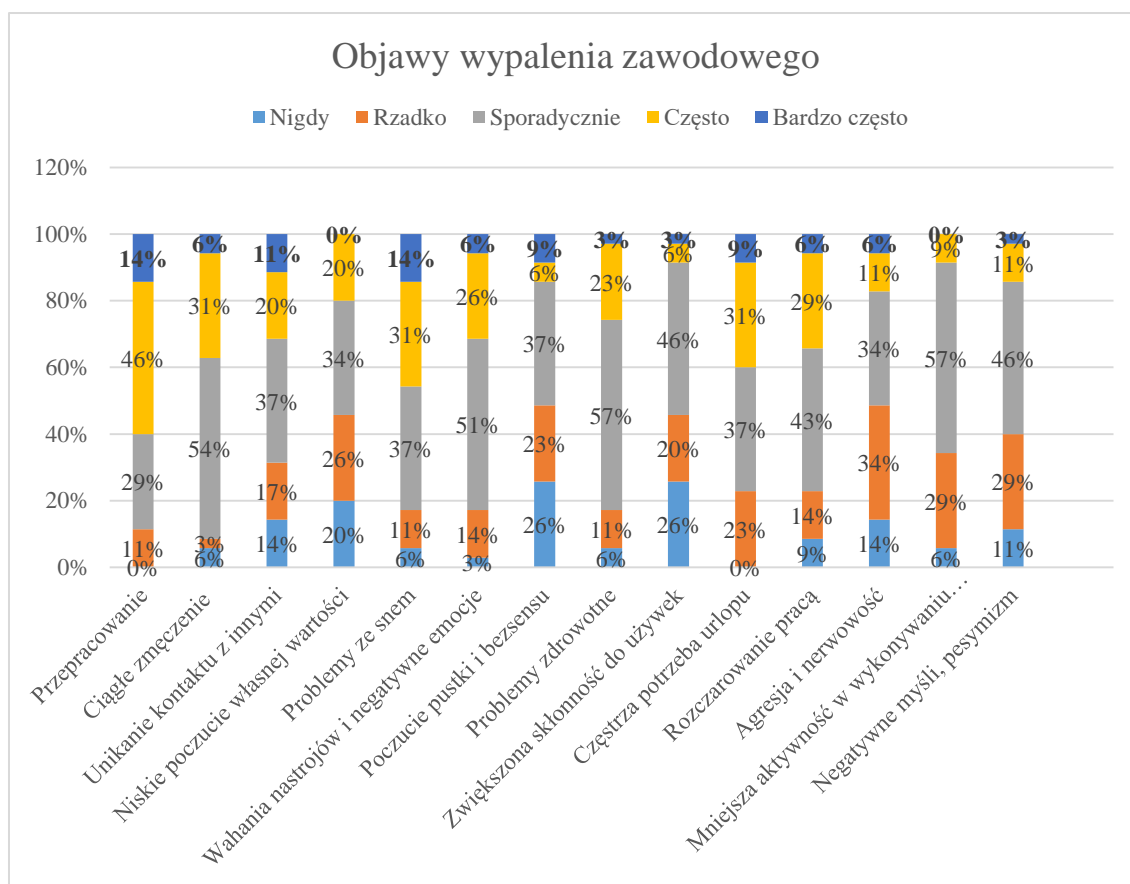
22% respondentów wskazywało na długotrwałą czujność i zaangażowanie jako czynnik wywołujący stres podczas pracy. W opinii 15% czynnikiem wywołującym stres były niskie zarobki, a 14% był to brak wsparcia przełożonych. Pozostałe dane ukazuje Rycina 1.



Rycina 1. Czynniki wywołujące stres podczas pracy [Źródło: opracowanie własne]

O rezygnacji z zawodu raczej nie myślało 57% ankietowanych, a zdecydowanie tego zdania było 22%. Myśli o zmianie zawodu zdecydowanie wystąpiły u 6% badanych, a czasami myślało o tym 8% osób poddanych badaniu.

Objawy wypalenia zawodowego w większej mierze występowały u ankietowanych sporadycznie. Często u większości badanych wystąpiło zjawisko przepracowania (46%), a bardzo często wskazywało na przepracowanie 14% badanych. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Objawy wypalenia zawodowego [Źródło: opracowanie własne]

Ponad połowa respondentów nie umiała dokładnie wskazać mechanizmów wypalenia zawodowego (54%). Ich znajomość deklarowało 43% badanych.

Zwiększenie niepokoju związanego z opieką nad chorym pacjentem deklarowało 34% badanych (zdecydowanie tak 0 8%, raczej tak – 26%). 26% ankietowanych nie umiało określić czy nastąpiło zwiększenie niepokoju, a nie odczuwało tego 40% osób poddanych badaniu.

Ponad połowa respondentów nie odczuwała w ciągu ostatnich dwóch tygodni od badania przesadnej motywacji, mocnej identyfikacji swojej osoby z pacjentem (57%). Zjawisko to dotyczyło 14% badanych, a 29% nie potrafiło tego określić.

Wrażenie, że praca w ostatnim czasie pochłania mnóstwo czasu i energii dotyczyło 43% ankietowanych. Zdecydowanie odmiennego zdania było 14% badanych, a raczej tak nie uważało 34%. Swojego zdania w tym temacie nie umiało określić 9% respondentów. W ostatnich dwóch tygodniach przed badaniem szczególne zdenerwowanie z powodu niespodziewanych wydarzeń odczuwało 38% respondentów. Stwierdzenie to raczej nie dotyczyło 34% osób biorących udział w badaniu, a zdecydowanie negowało je 14%.

Brak kontroli nad sprawami osobistymi i zawodowymi deklarowało 29% ankietowanych. Nie odczuwało tego 54% osób poddanych badaniu. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wskazywało 17% respondentów.

Odczuwanie w ciągu ostatnich dwóch tygodni przekonania, że nie jest się w stanie poradzić z problemami osobistymi bądź zawodowymi deklarowało jedynie 17% osób poddanych badaniu. Raczej nie miało to miejsca u 31% respondentów, a zdecydowanie negowało to stwierdzenie 26%.

48% badanych nie odczuwało w przeciągu ostatnich dwóch tygodni wymykania się spod kontroli spraw osobistych i zawodowych. Raczej dotyczyło to 29% respondentów, a zdecydowanie tego zdania było 9%. 14% nie umiało jasno udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Odczuwanie w ciągu ostatnich dwóch tygodni nieumiejętności poradzenia sobie z problemami osobistymi bądź zawodowymi deklarowało 29% ankietowanych. Ponad połowa respondentów nie identyfikowała się z tym stwierdzeniem (54%).

Ze stwierdzeniem, iż zachowanie równowagi w sytuacjach stresowych jest najlepszym sposobem zapobiegania początkom wypalenia zawodowego zgadzało się 69% osób poddanych badaniu. Trudność z określeniem prawdziwości tego stwierdzenia miał 31% ankietowanych.

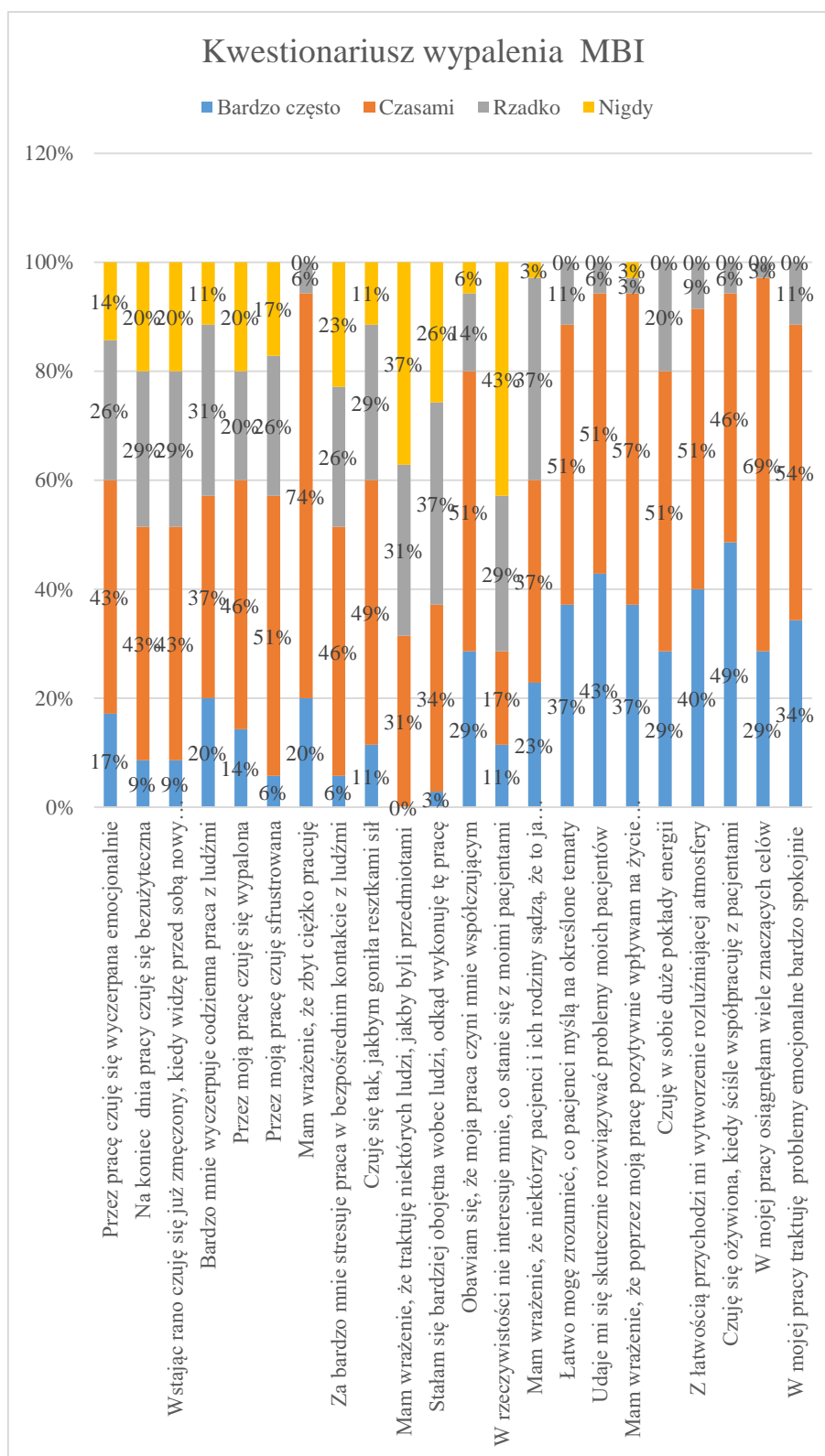
Po pomoc u innych w sytuacjach stresowych i ciężkich pod względem psychicznym sporadycznie zwracało się 40% badanych, a często robiło to 20%. Rzadko pomocy w innych szukało 31% respondentów, a nigdy nie zdarzyło się to 9%.

Wsparcie psychiczne od innych otrzymywało 51% ankietowanych. 23% badanych nie umiało jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie, a 26% nie miało wsparcia i zrozumienia w innych osobach.

Ankietowani wskazywali najczęściej na sporadyczne bądź częste korzystanie ze sposobów radzenia sobie ze zmęczeniem zawodowym. Ponad połowa badanych często umiejętnie organizowała swoje życie rodzinne i zawodowe (51%). 37% deklarowało częste dbanie o własne potrzeby, a 54% utrzymywała często pozytywne relacji interpersonalne.

Blisko połowa respondentów (48%) deklaruwała, że rzadko zdarzało im się poddawać bądź rezygnować z poradzenia sobie z określonymi problemami. Sporadycznie dotyczyło to 43% osób poddanych badaniu, a nigdy 9%.

Ankietowanie najczęściej wskazywali, że wyczerpanie emocjonalne przez pracę, dotyczy ich życia czasami (43%). Taki sam odsetek badanych czasami na koniec dnia pracy czuł się bezużyteczny, a także wstając rano odczuwał zmęczenie na myśl, że ma przed sobą nowy dzień w pracy. Wypalenie z powodu pracy bardzo często zgłaszało 14% ankietowanych, a często 46%. Frustrację pracą deklaruowało 57% respondentów, a 94% miało wrażenie często i bardzo często, że pracuje zbyt ciężko. Blisko jedna trzecia osób poddanych badaniu (31%) często miała wrażenie, że traktuje niektórych ludzi jakby byli przedmiotami. Brak rzeczywistego zainteresowania losem pacjenta wskazywało bardzo często 11% badanych, a często 17%. Bezproblemowość w zrozumieniu sposobu myślenia pacjentów na określony temat zgłaszało 88% respondentów (bardzo często – 37% i często – 51%). Skuteczne rozwiązywanie problemów pacjentów bardzo często deklaruowało 43% ankietowanych, a często 51%. Duże pokłady energii zgłaszało 80% osób poddanych badaniu, umiejętność wytworzenia luźnej atmosfery 91%. Spokojne podejście do problemów bardzo często udawało się 34% badanych, a często 54%. Szczegółowo dane przedstawia Rycina 3.



Rycina 3. Kwestionariusz wypalenia MBI [Źródło: opracowanie własne]

W programie Statistica stworzono zestawienia pytań zawartych w arkuszu autorskiej ankiety. Dane uzyskane w ten sposób przedstawiono w formie tabel wielodzielczych. W pracy

przedstawiono tabele, które przedstawiają zestawienia wysoce istotne statystycznie ($p \leq 0,01$) i istotne statystycznie ($p \leq 0,05$).

Wykazano zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy wiekiem ankietowanych a myślą o rezygnacji z zawodu. Tabela 1.

Tabela 1. Wiek a myśl o rezygnacji z zawodu

Wiek	Myśl o rezygnacji z zawodu				Suma
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	
<40 lat	0	0	6	0	6
% z odpowiedzi	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,00%	5,71%	0,00%	5,71%
41-50 lat	6	9	21	18	54
% z odpowiedzi	11,11%	16,67%	38,89%	33,33%	
% z całości	5,71%	8,57%	20,00%	17,14%	51,43%
51-60 lat	0	0	30	6	36
% z odpowiedzi	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%	
% z całości	0,00%	0,00%	28,57%	5,71%	34,29%
>61 lat	0	0	3	6	9
% z odpowiedzi	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	
% z całości	0,00%	0,00%	2,86%	5,71%	8,57%
Suma	6	9	60	30	105
% z sumy	5,71%	8,57%	57,14%	28,57%	100%
P					p=,00014

Źródło: opracowanie własne.

Dowodzono zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy wiekiem respondentów a ich brakiem satysfakcji z pracy. Dane w Tabeli 2

Tabela 2. Wiek a brak satysfakcji z pracy

Wiek	Brak satysfakcji z pracy					Suma
	Nigdy	Rzadko	Sporadycznie	Często	Bardzo często	
<40 lat	0	0	6	0	0	6
% z odpowiedzi	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,00%	5,71%	0,00%	0,00%	5,71%
41-50 lat	12	12	15	9	6	54
% z odpowiedzi	22,22%	22,22%	27,78%	16,67%	11,11%	
% z całości	11,43%	11,43%	14,29%	8,57%	5,71%	51,43%
51-60 lat	3	9	15	9	0	36
% z odpowiedzi	8,33%	25,00%	41,67%	25,00%	0,00%	
% z całości	2,86%	8,57%	14,29%	8,57%	0,00%	34,29%
>61 lat	0	6	3	0	0	9
% z odpowiedzi	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	5,71%	2,86%	0,00%	0,00%	8,57%
Suma	15	27	39	18	6	105
% z sumy	14,29%	25,71%	37,14%	17,14%	5,71%	100,00%
P						p=,00233

Źródło: opracowanie własne.

Istotna zależność statystyczna wystąpiła pomiędzy wiekiem badanych a ich poczuciem pustki i bezsensu. Szczegółowe dane w Tabeli 3.

Tabela 3. Wiek a poczucie pustki i bezsensu

Wiek	Poczucie pustki i bezsensu					Suma
	Nigdy	Rzadko	Sporadycznie	Często	Bardzo często	
<40 lat	0	3	3	0	0	6
% z odpowiedzi	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	2,86%	2,86%	0,00%	0,00%	5,71%
41-50 lat	18	9	21	0	6	54
% z odpowiedzi	33,33%	16,67%	38,89%	0,00%	11,11%	
% z całości	17,14%	8,57%	20,00%	0,00%	5,71%	51,43%
51-60 lat	9	9	9	6	3	36
% z odpowiedzi	25,00%	25,00%	25,00%	16,67%	8,33%	
% z całości	8,57%	8,57%	8,57%	5,71%	2,86%	34,29%
>61 lat	0	3	6	0	0	9
% z odpowiedzi	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	2,86%	5,71%	0,00%	0,00%	8,57%
Suma	27	24	39	6	9	105
% z sumy	25,71%	22,86%	37,14%	5,71%	8,57%	100,00%
P						p=,01273

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzono zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy wiekiem osób poddanych badaniu a częstszą potrzebą urlopu. Dane w Tabeli 4.

Tabela 4. Wiek a częstsza potrzeba urlopu

Wiek	Częstsza potrzeba urlopu				Suma
	Rzadko	Sporadycznie	Często	Bardzo często	
<40 lat	3	0	3	0	6
% z odpowiedzi	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	
% z całości	2,86%	0,00%	2,86%	0,00%	5,71%
41-50 lat	12	18	18	6	54
% z odpowiedzi	22,22%	33,33%	33,33%	11,11%	
% z całości	11,43%	17,14%	17,14%	5,71%	51,43%
51-60 lat	3	18	12	3	36
% z odpowiedzi	8,33%	50,00%	33,33%	8,33%	
% z całości	2,86%	17,14%	11,43%	2,86%	34,29%
>61 lat	6	3	0	0	9
% z odpowiedzi	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	
% z całości	5,71%	2,86%	0,00%	0,00%	8,57%
Suma	24	39	33	9	105
% z sumy	22,86%	37,14%	31,43%	8,57%	100,00%
P					p=,00831

Źródło: opracowanie własne.

Dowiedziano zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem ankietowanych a odczuwaniem przez nich w ciągu ostatnich dwóch tygodni braku kontroli nad sprawami osobistymi lub zawodowymi.

Zależność istotna statystycznie wystąpiła między wiekiem badanych a odczuwaniem przez nich w ciągu ostatnich dwóch tygodni nieumiejętności poradzenia sobie z problemami osobistymi bądź zawodowymi.

Istotna statystycznie zależność wystąpiła między wiekiem respondentów a wyczerpaniem codzienną pracą z ludźmi. Dane przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Wiek a wyczerpanie codzienną pracą z ludźmi

Wiek	Bardzo mniej wyczerpuje codzienna praca z ludźmi				Suma
	Bardzo często	Czasami	Rzadko	Nigdy	
<40 lat	3	3	0	0	6
% z odpowiedzi	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	2,86%	2,86%	0,00%	0,00%	5,71%
41-50 lat	9	15	21	9	54
% z odpowiedzi	16,67%	27,78%	38,89%	16,67%	
% z całości	8,57%	14,29%	20,00%	8,57%	51,43%
51-60 lat	9	18	9	0	36
% z odpowiedzi	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%	
% z całości	8,57%	17,14%	8,57%	0,00%	34,29%
>61 lat	0	3	3	3	9
% z odpowiedzi	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	
% z całości	0,00%	2,86%	2,86%	2,86%	8,57%
Suma	21	39	33	12	105
% z sumy	20,00%	37,14%	31,43%	11,43%	100,00%
P					p=,01013

Źródło: opracowanie własne.

Istotna zależność statystyczna wystąpiła pomiędzy oddziałem pracy ankietowanych a odczuciem ciągłego zmęczenia.

Dowiedziano zależności istotnej statystycznie pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy a unikaniem kontaktu z innymi ludźmi.

Zależność istotna statystycznie pojawiła się między rodzajem wykonywanej pracy a poczuciem pustki

Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy a otrzymywaniem otuchy i pocieszenia od innych.

Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy a odczuciem traktowania ludzi, jakby byli przedmiotami.

Wykazano zależność istotną statystycznie między średnią liczbą godzin pracy w miesiącu a negatywnymi myślami, pesymizmem.

Zależność istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy średnią liczbą godzin pracy w miesiącu a poddawaniem się, rezygnowaniem z poradzenia sobie z określonymi problemami.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie między wykształceniem ankietowanych a myślami o rezygnacji z zawodu.

Zależność istotna statystycznie pojawiła się między wykształceniem respondentów a otrzymywaniem otuchy i zrozumienia od innych.

Dowiedziano zależności istotnej statystycznie pomiędzy wykształceniem badanych a poczuciem gonienia resztkami sił

Stwierdzono zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy zadowoleniem z pracy a wystąpieniem wahań nastrojów i negatywnych emocji. Wysoce istotna zależność statystyczna wystąpiła między stażem pracy na oddziale dziecięcym a dbaniem o własne potrzeby.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy stażem pracy na oddziale dziecięcym a poddawaniem się, rezygnowaniem z poradzenia sobie z określonymi problemami.

Zależność istotna statystycznie pojawiła się między stanem cywilnym ankietowanych a odczuciem gonienia resztkami sił.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego. To zawód, który wymaga szczególnych predyspozycji i cech charakteru. Jednak nawet pomimo dobrej umiejętności współpracy w zespole oraz otwartości na potrzeby drugiego człowieka, każda pielęgniarka w toku swojej pracy zawodowej jest narażona na wypalenie zawodowe. Jak opisują w swoim artykule Wilczek- Rużyczka i Zaczyk syndrom wypalenia zawodowego jest charakterystyczny dla zawodów, które mają bezpośredni kontakt z drugim człowiekiem. A sam syndrom składa się z trzech składowych jak wyczerpanie emocjonalne, obniżone poczucie dokonań osobistych oraz depersonalizacja [4]. Dodatkowo praca pielęgniarki jest związana z licznymi obciążeniami jak praca w systemie zmianowym, praca w nocy, praca pod presją czasu, konieczne dźwiganie i przeciążenie fizyczne [5].

Badania własne pokazały, że najliczniejszą grupą są pielęgniarki w wieku 41- 50 lat, a zdecydowana większość ankietowanych pracowała w zmianowym systemie pracy. Średnia liczba godzin pracy u większości badanych wynosiła 156 do 165 godzin, co jest równoważne wymiarem z jednym pełnym etatem. Najwięcej osób poddanych badaniu posiadało 26-30 letni staż pracy.

Badania przeprowadzone przez autorkę tej pracy wykazały, że ponad połowa respondentów była raczej zadowolona ze swojej pracy. Piotrowska wraz z zespołem badała poziom zadowolenia z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych. Badanie zostało przeprowadzone w 2020 roku. Większość respondentek tego badania wskazała, że głównym czynnikiem wpływającym na poziom zadowolenia z pracy było wynagrodzenie. Wraz ze wzrostem wynagrodzenia rósł poziom satysfakcji zawodowej [6].

Ankietowani biorący udział w badaniach prowadzonych na potrzeby tej pracy najczęściej wskazywali, iż czynnikiem wywołującym stres podczas pracy była długotrwała czujność i zaangażowanie oraz niskie zarobki. Ankietowani badani przez Gwarde i wsp. wskazywali zaś na częstą obecność sytuacji stresowych, które wpływały na pobudzenie emocjonalne. Badaniu poddane zostały pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w oddziałach intensywnej terapii. Według Gwardy i wsp. kolejnymi czynnikami wpływającymi na wypalenie zawodowe była zła organizacja pracy, brak odpowiedniej ilości personelu oraz trudności w zaspokojeniu wciąż rosnących potrzeb położonych [7]. Badania Karysia i wsp. prowadzone grupie 44 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach odwykowych wykazały, iż główną przyczyną wypalenia zawodowego jest brak sumienności wykonywanych zadań przez inne pielęgniarki. Był to czynnik najbardziej stresogenny. Pielęgniarki z tej grupy wykazywały również niskie zadowolenie z życia [8]. 96% pielęgniarek biorących udział w badaniach Sowińskiej i wsp. wskazało, że największym czynnikiem wpływającym na wypalenie zawodowe jest napięta atmosfera między współpracownikami oraz trudności w komunikacji [9]. Dla grupy pielęgniarek neurologicznych badanych przez Ogińską i Żurlaską największym czynnikiem stresogennym był brak szacunku dla tej grupy zawodowej [10]. Zaś w badaniach Wieder- Huszal i wsp. za główne źródło stresu uchodził nadmiar dokumentacji medycznej, co zgłosiło niemal 72 % badanych pielęgniarek [11].

Badania własne wykazały, iż zdecydowana większość badanych sporadycznie i często korzystała z różnych sposobów radzenia sobie ze zmęczeniem zawodowym. Badania prowadzone przez Dębską i Cepuch na grupie pielęgniarek pracujących w POZ wykazały, iż najlepszą formą radzenia sobie ze stresem prowadzącym do wypalenia zawodowego była koncentracja na zadaniu, poszukiwanie wsparcia, ale też unik i ucieczka [12].

Badania własne wykazały, iż wypalenie z powodu pracy, w różnym stopniu, zgłaszało ponad połowę badanych. Haor i wsp. przeprowadzili badania odnośnie wypalenia zawodowego w grupie 100 pielęgniarek pediatrycznych. 36% spośród badanych wskazywało cechy wypalenia zawodowego, zaś 22% były w grupie ryzyka osób narażonych na syndrom wypalenia zawodowego [13].

Wszyscy respondenci badań własnych w wieku poniżej 40 lat deklarowało sporadyczny brak satysfakcji z pracy. Cipora i wsp. przeprowadziła badania na grupie 128 pielęgniarek pracujących na terenie województwa podkarpackiego. Badania wykazały, iż im dłuższy staż pracy tym mniejsza satysfakcja z wykonywanej pracy. Takie osoby były bardziej narażone na wypalenie zawodowe [14]. Wspomniana już Ogińska wykazała, że wiek nie miał wpływu na poziom wypalenia zawodowego, jednak staż pracy już na to wpływał [10].

Badania własne wykazały, iż poczucie pustki i bezsensu dotykało bardzo często najwięcej osób w wieku 41-50lat. Wspomniane już badani Haor i wsp. również wykazały zależność między wiekiem a zadowoleniem z życia. Staż pracy wpływał istotnie na łatwe wycofanie się i rezygnację z sukcesów, a także obniżenie nastroju [13].

W ocenie respondentek badań własnych rodzaj wykonywanej pracy (zmianowa, ranna) miał wpływ na sposób udzielania odpowiedzi. Kowalczyk i wsp. ocenie poddały również rodzaj oddziały, w którym pielęgniarki wykonywały świadczenia pielęgniarskie. Autorki znalazły zależność między poziomem stresu a rodzajem wykonywanej pracy. Najbardziej zestresowane były pielęgniarki chirurgiczne [15]. Siemiginowska i wsp. udowodniła, że pielęgniarki pracujące tylko w dzień były bardziej zadowolone z życia oraz czerpały większą satysfakcję z życia [16].

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość ankietowanych pracowała w zmianowym systemie pracy a średnia liczba godzin pracy u większości badanych wynosiła 156 do 165 godzin przy stażu pracy 26-30 lat.
2. Respondenci byli raczej zadowoleni ze swojej pracy. Najczęściej wymienianym czynnikiem wywołującym stres podczas pracy była długotrwała czujność i zaangażowanie. Jednak czynniki te nie wywoływały chęci zmiany pracy szczególnie u osób z dużym stażem pracy.
3. Objawy wypalenia zawodowego w większości przypadków dotyczyły ankietowanych sporadycznie. Respondenci stwierdzili, że praca pochłania mnóstwo czasu i energii, co przekłada się na wyczerpanie emocjonalne, wypalenie i brak satysfakcji z pracy.
4. Zdecydowana większość badanych sporadycznie i często korzystała z różnych sposobów radzenia sobie ze zmęczeniem zawodowych, na co wpływał też rodzaj wykonywanej pracy

PIŚMIENNICTWO

1. Bulska J.: Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*. 2017; 112: 61-70.
2. Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017; 1 (63): 54-61.
3. Gembalska-Kwiecień A., Żurkowski Z.: Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*. 2016; 92: 73-83.
4. Wilczek-Rużyczka E., Kwak M., Jurkowska M., Stres zawodowy a wypalenie zawodowe u pielęgniarek. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25(1): 33-39.
5. Mańkowska B.: Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2018; 22 (2): 67-81.
6. Piotrkowska R., Jarzynkowski P., Książek J., Analiza poziomu satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych–badanie wstępne. *Long-Term Care Nursing*, 2020; 5(3) : 229-237.
7. Gwarda K, Sienkiewicz Z, Kaczyńska A, Gotlib J. Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach intensywnej terapii. *Piel XXI w.* 2015; 2(51): 56–60
8. Karyś J, Rębak D, Kary T, Kowalczyk-Sroka B, Boczek I. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek stacjonarnych oddziałów odwykowych. *Piel XXI w.* 2014; 3(48): 25–29
9. Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Probl Piel.* 2012; 3(20): 361–368.
10. Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl Piel.* 2010; 4(18): 435–442
11. Wieder-Huszla S., Żak B., Jurczak A., Augustyniuk K., Schneider-Matyka D., Szkup, M., Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2016, 1: 63-68
12. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Piel.* 2008; 3(16): 273–279.

13. Haor B, Głowacka M, Ślusarz R, Piotrowska A. Zachowani i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Probl Piel.* 2014; 2(22): 142–146.
14. Cipora E, Smoleń E, Gazdowicz L, Maliwiecka T, Poźniak E. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Probl Piel.* 2014; 3(22): 252–257. Wydawnicza Rytm. Warszawa, 2022.
15. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D, Kowalewska B, Rozwadowska E. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Piel.* 2011; 3(19): 307–314.
16. Siemiginowska P., Iskra-Golec I., Wątroba J., Relacja praca/rodzina, zadowolenie z pracy i życia oraz zdrowie u pielęgniarek. *zmianowych i dziennych*, Repozytorium, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków, 2014.

WYSTĘPOWANIE I NASILENIE DEPRESJI WŚRÓD PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI UKŁADU RUCHU

Magdalena Brodowicz-Król¹, Kornelia Czternastek², Maria Dorota Kwika³, Ewa Kulbaka⁴, Małgorzata Pachlarska⁵

1. *Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego.*
2. *Centrum Medyczne w Łańcucie*
3. *Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*
4. *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
5. *Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*

WSTĘP

Układ ruchu w toku całego życia narażony jest na wiele urazów. Mają one negatywny wpływ na pracę mięśni, więzadeł i stawów. Przeciążenia układu ruchu następują zarówno w związku ze znacznym wysiłkiem fizycznym, jak też w wyniku jego zaniechania. Urazy układu ruchu czasami uniemożliwiają jego zaadaptowanie do innych warunków co powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu chorego na skutek niepełnosprawności czy bólu [1,2]. Sprawność układu mięśniowo-szkieletowego jest czynnikiem, który ma duże znaczenie dla poczucia zdrowia i poziomu codziennego funkcjonowania. Pojawienie się choroby układu ruchu istotnie wpływa na możliwości podejmowania aktywności, a co za tym idzie na sferę emocjonalną człowieka. W grupie osób z chorobami układu ruchu występuje wyższe ryzyko obniżenia nastroju, długotrwałego odczuwania smutku, poczucia bezsilności i rozwoju zaburzeń depresyjnych [3,4].

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie występowania i nasilenia depresji wśród osób z chorobami układu ruchu.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono używając metody sondażu diagnostycznego oraz techniki ankiety. Przygotowując narzędzie badawcze wykorzystano Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9). Badanie przeprowadzono w okresie od lipca do października 2022r., wśród 112 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Rehabilitacji z powodu chorób układu ruchu. Do analizy zakwalifikowano 111 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. W celu sprawdzenia zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych.

WYNIKI

Pośród badanych znalazło się 53,5% kobiet i 46,5% mężczyzn. Najliczniejszą grupę utworzyły osoby w wieku 51-65 lat, stanowiące 35,6% ankietowanej populacji, oraz respondenci mający ponad 65 lat, stanowiący 29,7%. Ankietowani chorowali na choroby układu ruchu. Przyczyny, powodujące dysfunkcję w obrębie narządu ruchu u ankietowanych prezentuje poniższa tabela.

Tabela 5. Przyczyny schorzeń układu ruchu wśród ankietowanych.

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Choroba zwyrodnieniowa stawów	11	10,8
Choroby tkanki łącznej	3	3,0
Ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego	14	13,8
Rwa kulszowa	13	12,8
Zakrzepica żył głębokich	3	3,0
Niedowłady po przebytym udarze mózgu	39	38,6
Zaburzenia układu ruchu po wypadku komunikacyjnym	16	15,9
Zaburzenia układu ruchu po wypadku innym niż komunikacyjny	2	2,0
Inne	1	1,0
Razem	101	100,0

Na pytanie, w jakim stopniu choroba obecnie wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjenta, 10,8% badanych stwierdziło, że bardzo zakłóca i często uniemożliwia funkcjonowanie, 70,3% respondentów oceniło, że poważnie utrudnia funkcjonowanie, 16,8%

osób odpowiedziało, że utrudnia życie w średnim stopniu, a jedynie 2,0% ankietowanych uważało, że utrudnia w niewielkim stopniu.

Tabela 6. Wpływ choroby na codziennie funkcjonowanie ankietowanych osób.

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Bardzo zakłóca, często uniemożliwia	11	10,8
Poważnie utrudnia	71	70,3
Utrudnia w średnim stopniu	17	16,8
Utrudnia w niewielkim stopniu	2	2,0
Wcale nie utrudnia	-	-
Razem	101	100,0

Oceniając stopień odczuwania bólu podczas prób poruszania się, 28,7% respondentów wskazało na ból bardzo silny, 43,6% osób odczuwało ból silny, 25,8% badanych określiło ból jako umiarkowanie silny, a 2,0% jako ból słaby i do wytrzymania.

Tabela 7 Stopień odczuwanego bólu a trakcie aktywności

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Bardzo silny	29	28,7
Silny	44	43,6
Umiarkowanie silny	26	25,8
Słaby, do wytrzymania	2	2,0
Wcale nie odczuwam	-	-
Razem	101	100,0

Oceniając wcześniej prowadzone leczenie, 18,8% respondentów stwierdziło, że było ono skuteczne, 33,6% osób określiło je jako wystarczająco skuteczne, 20,8% badanych uważało, że leczenie było raczej nieskuteczne, a 26,7% pacjentów odpowiedziało, że leczenie było zdecydowanie nieskuteczne.

Tabela 8 Opinia ankietowanych na temat stosowanego leczenia.

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Skuteczne	19	18,8
Wystarczająco skuteczne	34	33,6
Raczej nieskuteczne	21	20,8
Zdecydowanie nieskuteczne	27	26,7
Razem	101	100,0

Odpowiadając na pytanie, jaki był wpływ choroby układu ruchu na status zawodowy pacjenta, 7,9% respondentów stwierdziło, że choroba utrudniła wykonywanie pracy, 56,4% osób odpowiedziało, że choroba uniemożliwiła wykonywanie pracy, a pozostałych 35,6% badanych stwierdziło, że sytuacja nie zmieniła się w porównaniu do wcześniejszej (w badanej grupie spory udział miały osoby emerytowane albo pobierające rentę).

Tabela 9 Wpływ choroby na status zawodowy ankietowanych

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Utrudniła wykonywanie pracy	8	7,9
Uniemożliwiła wykonywanie pracy	57	56,4
Wszystko jest tak, jak wcześniej	36	35,6
Razem	101	100,0

Oceniając pomoc i wsparcie, jakie w obecnej chwili pacjenci uzyskują ze strony bliskich im osób, 46,5% respondentów zadeklarowało otrzymywanie wsparcia w bardzo dużym stopniu, 3,9% osób uważało, że otrzymuje pewne wsparcie, zdaniem 42,6% badanych wsparcie i pomoc ze strony innych osób były niewystarczające, a 6,9% ankietowanych pacjentów uważało, że nie otrzymuje żadnego wsparcia ze strony innych osób.

Tabela 10 Poziom otrzymywanego wsparcia ze strony najbliższych w ocenie ankietowanych.

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Otrzymuję wsparcie w bardzo dużym stopniu	47	46,5
Mam pewną pomoc i wsparcie ze strony bliskich	4	3,9
Wsparcie i pomoc ze strony innych osób są niewystarczające	43	42,6
Nie mam żadnego wsparcia ze strony innych osób	7	6,9
Razem	101	100,0

Respondenci zostali zapytani, z jakim stwierdzeniem na temat spodziewanych konsekwencji leczenia i rehabilitacji są w stanie się zgodzić. Zdaniem 6,9% badanych leczenie i rehabilitacja są potrzebne i dzięki temu będą mogli w pełni wrócić do wcześniejszego stanu zdrowia i sprawności. 31,7% osób odpowiedziało, że ich zdaniem pomimo leczenia i rehabilitacji pozostaną pewne szkody na zdrowiu i sprawność będzie zmniejszona, ale za jakiś czas będą mogli w miarę dobrze funkcjonować. Najliczniejsza grupa stanowiąca 53,5% ogółu ankietowanych pacjentów uważała, że pomimo leczenia i rehabilitacji nie uda się uzyskać takiej poprawy zdrowia, aby byli w stanie dobrze funkcjonować. Pozostałych 7,9% respondentów odpowiedziało, że trudno im w tej chwili określić, jak wszystko się potoczy i wolą na razie nie określać żadnych przypuszczeń co do skutków leczenia i rehabilitacji

Tabela 11 Oczekiwane konsekwencje i efekty leczenia

Odpowiedź	Badana grupa	
	n	%
Potrzebuję rehabilitacji i leczenia, dzięki którym w przyszłości powrócę w pełni do wcześniejszego stanu zdrowia i sprawności	7	6,9
Sądzę, że po leczeniu i rehabilitacji pozostaną pewne szkody na zdrowiu, jednak pomimo mniejszej sprawności będę za jakiś czas dobrze funkcjonować	32	31,7
Sądzę, że pomimo leczenia i rehabilitacji nie uda mi się odzyskać na tyle dobrej sprawności, aby móc w przyszłości dobrze	54	53,5

funkcjonować		
Trudno przewidywać, jak się wszystko potoczy, wolę na ten temat nie snuć żadnych przypuszczeń	8	7,9
Razem	101	100,0

Aby określić występujący w grupie pacjentów z chorobami układu ruchu stopień zagrożenia depresją użyto kwestionariusza PHQ-9. Wyniki kwestionariusza PHQ-9 podsumowano dla poszczególnych osób badanych, aby przyporządkować każdą osobę do grup do kategorii według stopnia zagrożenia depresją. Zgodnie z kryteriami zastosowanego narzędzia brak oznak depresji rozpoznano u 15,9% osób, łagodne symptomy depresji u 51,5% badanych (taka grupa była najliczniejsza wśród pacjentów), umiarkowaną depresję u 31,7% respondentów, a umiarkowanie ciężką depresją u 1,0% ankietowanych. Nikt spośród badanych nie wykazywał nasilonych objawów ciężkiej depresji.

Tabela 12 **Zagrożenie depresją wśród ankietowanych.**

Stopień zagrożenia depresją	Skala PHQ-9 Liczba punktów	Badana grupa	
		n	%
Brak depresji	0-4	16	15,9
Łagodna depresja	5-9	52	51,5
Umiarkowana depresja	10-14	32	31,7
Umiarkowanie ciężka depresja	15-19	1	1,0
Ciężka depresja	20-27	-	-
Razem		101	100,0

Analiza statystyczna wykazała, że związki między wiekiem badanych a poziomem zagrożenia depresją nie były istotne statystycznie ($p=0,197$). Analizując rozkład wyników zauważono jednak, że przypadek umiarkowanie ciężkiej depresji wystąpił wśród badanych najmłodszych, w wieku 18-40 lat. Przypadki łagodnej depresji stanowiły od 37,5% osób mających najmniej lat do 60,0% osób najstarszych, a umiarkowana depresja występowała w największym odsetku (41,7%) wśród respondentów mających 51-65 lat. Miejsce zamieszkania nie determinowało istotnie stopnia zagrożenia depresją osób z chorobami

układu ruchu ($p=0,244$). Analiza statystyczna wykazała, że istnieją istotne związki między płcią a ryzykiem rozwoju depresji wśród pacjentów z chorobami układu ruchu ($p=0,000$).

Analizując rozkład danych można było zauważyć, że przypadek umiarkowanie ciężkiej depresji dotyczył respondenta płci męskiej, jednak ogólnie w tej grupie częściej niż wśród kobiet występowały badani bez oznak depresji (23,4% vs. 9,3%). Z kolei depresja w postaci łagodnej częściej pojawiała się też wśród mężczyzn niż wśród kobiet (68,1% vs. 37,0%). Z kolei wśród badanych płci żeńskiej częściej niż wśród mężczyzn występowała depresja w stopniu umiarkowanym (53,7% vs. 6,4%). Kobiety doświadczające chorób układu ruchu były statystycznie bardziej narażone na ryzyko depresji niż mężczyźni w podobnej sytuacji zdrowotnej

Tabela 13. Stopień zagrożenia depresją w zależności od płci respondentów.

Stopień zagrożenia depresją	Płeć	
	Mężczyźni	Kobiety
Brak depresji	11	5
	23,4%	9,3%
Łagodna depresja	32	20
	68,1%	37,0%
Umiarkowana depresja	3	29
	6,4%	53,7%
Umiarkowanie ciężka depresja	1	0
	2,1%	0,0%
Ogółem	47	54
Stat.	Chi ² =27,0, p=0,000	

Analiza statystyczna wykazała, że między poziomem wykształcenia a stopniem zagrożenia depresją nie ma istotnych statystycznie zależności ($p=0,056$), chociaż uzyskany współczynnik istotności był dość bliski przyjętej granicy 0,05. Najwięcej osób bez oznak depresji występowało wśród respondentów mających wyższe wykształcenie. Kolejną zmienną analizowaną w aspekcie zagrożenia depresją była przyczyna problemów z układem ruchu. Stwierdzono, że ten czynnik istotnie wpływał na stopień zagrożenia depresją ($p=0,011$). W grupie pacjentów rehabilitowanych po urazie wskutek wypadku wszyscy respondenci wykazywali oznaki depresji, przy czym u 22,2% była to depresja łagodna, u 72,3% osób

depresja umiarkowana, a u 5,5% badanych depresja umiarkowanie ciężka. Pacjenci po udarze częściej wykazywali oznaki umiarkowanej depresji niż osoby, u których problem układu ruchu wynikał z chorób przewlekłych (35,9% vs. 7,1%), a ta ostatnia grupa najczęściej doświadczała łagodnej postaci depresji (71,5%). Można stwierdzić, że przy nagłej przyczynie powodującej problemy poruszania ryzyko wystąpienia depresji u pacjenta rosło.

Tabela 14 Stopień zagrożenia depresją zależnie od przyczyny choroby narządu ruchu.

Stopień zagrożenia depresją	Przyczyna choroby narządu ruchu		
	Udar	Inna choroba	Wypadek
Brak depresji	7	9	0
	18,0%	21,4%	0,0%
Łagodna depresja	17	31	4
	43,6%	71,5%	22,2%
Umiarkowana depresja	14	3	15
	35,9%	7,1%	72,3%
Umiarkowanie ciężka depresja	0	0	1
	0,0%	0,0%	5,5%
Ogółem	39	42	18
Stat.	Chi2=8,98, p=0,011		

Ból odczuwany przez pacjentów podczas prób poruszania się był czynnikiem, który pogarszał komfort codziennego funkcjonowania i istotnie wpływał na stopień zagrożenia depresją ($p=0,045$). Wszyscy respondenci odczuwający ból bardzo silny zdradzali oznaki depresji, przy czym u 55,1% tej grupy była to depresja łagodna, u 41,4% osób depresja umiarkowana, a u 3,5% depresja umiarkowanie ciężka. Ankietowani informujący o silnym bólu najczęściej wykazywali oznaki depresji łagodnej (47,7%) albo umiarkowanej (38,7%), natomiast badani mający do czynienia z bólem umiarkowanie silnym albo słabym wykazywali oznaki depresji łagodnej (53,6%) albo brak oznak depresji (32,1%). Występowanie i nasilenie dolegliwości bólowych towarzyszących chorobie układu ruchu istotnie podwyższało ryzyko rozwoju depresji.

Tabela 15. Stopień zagrożenia depresją zależnie od poziomu odczuwanego bólu podczas aktywności.

Stopień zagrożenia depresją	Poziom odczuwanego bólu		
	Bardzo silny	Silny	Umiarkowanie silny, słaby
Brak depresji	0	6	9
	0,0%	13,6%	32,1%
Łagodna depresja	16	21	15
	55,1%	47,7%	53,6%
Umiarkowana depresja	12	17	4
	41,4%	38,7%	14,3%
Umiarkowanie ciężka depresja	1	0	0
	3,5%	0,0%	0,0%
Ogół	29	44	28
Stat.	Chi2=3,05, p=0,045		

Ocena wsparcia i pomocy uzyskiwanej ze strony bliskich osób okazała się zmienną istotnie wpływającą na stopień zagrożenie depresją ($p=0,000$). Wśród osób uważających iż, otrzymują wsparcie w bardzo dużym stopniu częściej nie występowały oznaki depresji niż w grupie porównywanej (25,5% vs. 7,4%), a jeśli pojawiała się depresja, to najczęściej w stopniu łagodnym (68,1%).

Tabela 16. Stopień zagrożenia depresją a ocena wsparcia i pomocy ze strony bliskich osób.

Stopień zagrożenia depresją	Wsparcie i pomoc ze strony bliskich osób	
	W bardzo dużym stopniu	W pewnym stopniu, niewystarczające, brak wsparcia
Brak depresji	12	4
	25,5%	7,4%
Łagodna depresja	32	20
	68,1%	37,0%
Umiarkowana depresja	3	29
	6,4%	53,8%

Umiarkowanie ciężka depresja	0	1
	0,0%	1,8%
Ogółem	47	54
Stat.	Chi2=27,0, p=0,000	

Oczekiwania respondentów wobec konsekwencji leczenia i rehabilitacji istotnie korelowały ze stopniem zagrożenia depresją ($p=0,020$). Wśród osób optymistycznie nastawionych do skutków terapii i przewidujących odzyskanie co najmniej wystarczającej sprawności większość wykazywało oznaki depresji łagodnej (71,8%). Pacjenci pesymistycznie oceniający skutki prowadzonego leczenia i rehabilitacji wykazywali najczęściej oznaki depresji umiarkowanej (42,5%) albo łagodnej (38,9%). Rozkład wyników świadczył, że wraz z przekonaniem o skuteczności leczenia zmniejsza się zagrożenie epizodem depresyjnym.

Tabela 17. Stopień zagrożenia depresją a oczekiwane konsekwencje leczenia i rehabilitacji

Stopień zagrożenia depresją	Oczekiwane konsekwencje leczenia i rehabilitacji		
	Będę dobrze funkcjonować	Nie uzyskam poprawy	Trudno powiedzieć
Brak depresji	7	9	0
	18,0%	16,7%	0,0%
Łagodna depresja	28	21	3
	71,8%	38,9%	37,5%
Umiarkowana depresja	4	23	5
	10,2%	42,5%	62,5%
Umiarkowanie ciężka depresja	0	1	0
	0,0%	1,9%	0,0%
Ogółem	39	54	8
Stat.	Chi2=9,75, p=0,020		

DYSKUSJA

Badania naukowe mówią, iż wśród ludzi z niepełnosprawnością ryzyko depresji istotnie wzrasta. Do jej powstania przyczynia się również brak odpowiedniego wsparcia środowiskowego. Przy ciągle pogarszającym się stanie zdrowia, utracie sprawności lokomotorycznej, ograniczeniu samodzielności i w poczuciu samotności osoba chora zaczyna postrzegać siebie jako jednostkę bezwartościową. Istnieje również istotna zależność pomiędzy dolegliwościami bólowymi, a występowaniem depresji: występowanie przewlekłego bólu zwiększa ryzyko rozwoju depresji, a wystąpienie depresji prowadzi do intensywniejszego odczuwania bólu [5]. Zagrożenie depresją wynika nie tylko z istnienia samej choroby, ale również ze zmiany stylu życia, którą choroba często determinuje. Człowiek chory ogranicza aktywność fizyczną, a jej brak zmniejsza wydzielanie serotoniny w konsekwencji nasilając objawy depresji [6]. W latach 2011-2013 M. Ziarko i wsp. [7] przeprowadził badania nad funkcjonowaniem psychospołecznym osób przewlekle chorych. Badania pokazały, iż chorzy z RZS częściej niż osoby z innymi jednostkami chorobowymi koncentrowali się na objawach choroby, a także częściej towarzyszyło im przekonanie, iż objawy te będą im towarzyszyć do końca życia. Ważnym aspektem było występowanie u pacjentów poczucia, że nie mają oni istotnego wpływu na stan swojego zdrowia. Osoby te niechętnie uczestniczyły w procesie leczenia, trudniej adaptowali się do nowej sytuacji zdrowotnej. Ryzyko depresji zwiększało się u pacjentów, którzy z różnych przyczyn obwiniali się o rozwój choroby. Ziarko i wsp. zwrócili uwagę, iż pacjentom z chorobami układu ruchu, w tym RZS, trudniej uzyskać dostęp do darmowej pomocy psychologicznej. W badaniu własnym zwrócono uwagę na istotny związek między występowaniem depresji, a przekonaniem pacjentów na temat spodziewanych skutków leczenia choroby układu ruchu. Można stwierdzić, że chorzy potrzebują oprócz rehabilitacji ruchowej także wsparcia psychologicznego, ponieważ depresja może znacząco wpływać na postępowanie terapeutyczne, a także osłabiać zaangażowanie pacjenta w terapię. W grupie pacjentów z chorobami reumatycznymi skutek depresji zwiększa się ryzyko myśli oraz prób samobójczych, zwłaszcza gdy w postępowaniu terapeutycznym nie udaje się uzyskać remisji [8]. M. Ucińska i E. Odachowska [9] zwróciły uwagę na to, że osoby poszkodowane w wypadkach komunikacyjnych, które wskutek urazu stały się niepełnosprawne, oprócz konsekwencji fizycznych zmagają się ze skutkami psychicznymi. Nasilone problemy psychiczne występują u chorych, którzy doznali urazów kręgosłupa z przerwaniem rdzenia kręgowego, powikłanych złamań kości albo amputacji kończyn. U pacjentów starszych występuje większe ryzyko powikłań fizycznych, a młodsze

osoby, które przed wypadkiem były aktywne społecznie i zawodowo, są bardziej narażone na zaburzenia natury psychicznej. Na podstawie badania własnego przedstawiono podobne wnioski. Pacjenci, u których zaburzenia w układzie ruchu pojawiają się nagle, np. wskutek urazu albo udaru mózgu, gorzej adaptują się do swojej sytuacji zdrowotnej i w większym stopniu są zagrożeni depresją. W 2015 roku M. Paprocka-Borowicz i wsp. [10] opublikowali wyniki badania nad wpływem fototerapii na ograniczenie objawów depresji u pacjentów, którzy byli rehabilitowani z powodu zaburzeń narządu ruchu. Badacze podkreślili, że jedna na sześć osób w jakimś okresie życia ma symptomy zaburzeń depresyjnych, częściej zdarza się to w grupach osób z chorobami somatycznymi, niż wśród osób zdrowych. W badanej grupie pacjentów oprócz kinezyterapii i fizykoterapii zastosowano naświetlanie twarzy światłem spolaryzowanym. Występowanie i nasilenie depresji mierzono kwestionariuszem PHQ-9, rozpoznając dodatkowo wskaźniki depresji o różnym nasileniu u 80% osób chorych. Stwierdzono, że mniej podatni na leczenie i bardziej narażeni na depresję są pacjenci z chorobami neurologicznymi, u których wystąpiło zaburzenie funkcji ruchu. W chorobach zwyrodnieniowych objawy nasilają się latami, co daje czas chorym na adaptację do nowej sytuacji.

WNIOSKI

1. Występowanie i nasilenie depresji w grupie pacjentów z chorobami układu ruchu zależy od płci respondentów. Kobiety doświadczające chorób układu ruchu były statystycznie bardziej narażone na ryzyko depresji niż mężczyźni w podobnej sytuacji zdrowotnej. Nie występowały statystycznie istotne związki między wiekiem, wykształceniem i miejscem zamieszkania a stopniem zagrożenia depresją.
2. Występowanie i nasilenie depresji zależy od przyczyny i okoliczności wystąpienia choroby układu ruchu, tj. wyższe ryzyko depresji i jej większe nasilenie występuje wśród osób, u których choroba układu ruchu pojawiła się nagle, np. wskutek urazu albo udaru mózgu.
3. U pacjentów potwierdzających uzyskiwanie dużego wsparcia z otoczenia można stwierdzić niższe ryzyko zaburzeń depresyjnych.
4. U respondentów, którzy doświadczają dużych dolegliwości bólowych towarzyszących chorobie układu ruchu, występuje wyższe ryzyko zaburzeń depresyjnych.

5. Osoby z chorobą układu ruchu, które spodziewają się mniejszych efektów zastosowanego leczenia są w większym stopniu zagrożone ryzykiem rozwoju zaburzeń depresyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Anderson B. C.: Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego. Edra, Urban & Partner, Wrocław 2016, wydanie III.
2. Bagrowski B.: Szkodliwy wpływ długotrwałego stresu na stan układu ruchu. *Edukacja Biologiczna i Środowiskowa* 2018;3: 9-15.
3. Martyniuk A., Górski S., Górka A.: Bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa – istotny i narastający problem u dzieci i młodzieży. *Problemy Pielęgniarstwa* 2016; 1 (24): 69-73.
4. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014; wydanie I: 45-47.
5. Osińska M., Kazberuk A., Celińska-Janowicz K., Zadykiewicz R., Rysiak E.: Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatrics* 2017; 11: 123-129
6. Zalewska M.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i chorób układu sercowo-naczyniowego. Wybrane aspekty. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2020; 3: 183-190.
7. Kaczmarek, Ł., Sęk. H., Ziarko, M. Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny* 2011;54 (1): 29–46.
8. Górnicka A., Wawer A.: Depresja i zaburzenia lękowe u pacjentów z chorobami reumatologicznymi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2020; 4: 343-347.
9. Święcicki Ł.: Depresja. Jednak niezwykła choroba. Edra, Urban & Partner, Wrocław 2018, wydanie I.
10. Paprocka-Borowicz M., Trafalska A., Borowicz W. A.: *Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne* 2015; 2: 121-130.

ZNAJOMOŚĆ ZASAD ZAAWANSOWANYCH ZABIEGÓW RESUSCYTACYJNYCH U DOROSŁYCH WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK ODDZIAŁÓW ZACHOWAWCZYCH

Kinga Surówka¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska²

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Pomimo postępów, nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) pozostaje główną przyczyną śmiertelności i odpowiada za około połowę wszystkich zgonów. Co więcej, wyniki leczenia po NZK nadal pozostają słabe, a większość osób nie przeżywa [1].

Wytyczne dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) zostały wdrożone na poziomie międzynarodowym i przeszły kilka istotnych zmian. Na całym świecie szpitale pracują nad poprawą reakcji wewnątrzszpitalnej na zatrzymanie krążenia, kładąc nacisk na opiekę poresuscytacyjną [2].

Należy podkreślić, że każdego roku kilkaset tysięcy dorosłych pacjentów doznaje wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia. Badania wykazały poprawę przeżywalności dzięki wczesnemu rozpoczęciu defibrylacji, resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz kierowaniu rozwojem krajowych wytycznych [3]. Biorąc pod uwagę te aspekty, coraz więcej szpitali stara się inwestować znaczne środki w szkolenie personelu medycznego w zakresie podstawowych i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (BLS, ALS). Jednak pomimo tych starań, wyniki kliniczne wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia nadal znacznie różnią się pomiędzy placówkami i wypadają niezadowalająco [4].

Zwraca się szczególną uwagę na zapewnienie akredytowanych szkoleń dotyczących zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, ponieważ według przeprowadzonych badań mają one istotny wpływ na poprawę wyników pacjentów [5]. Szkolenia teoretyczno-praktyczne w zakresie RKO są podstawowymi strategiami, które pozwalają utrzymać i doskonalić umiejętności personelu. Z uwagi na fakt, iż medycyna jest dziedziną, która dynamicznie się rozwija i często wprowadzane są nowe zalecenia, a także mając na uwadze dobro pacjentów oraz powinność sprawowania najwyższej jakości opieki, podkreśla się również znaczenie regularności odbywanych kursów [6]. Szkolenia zawierające zarówno

zajęcia teoretyczne, jak i praktyczne są najskuteczniejsze w celu zdobywania wiedzy oraz umiejętności w zakresie RKO. Ponadto warto podkreślić, że takie kursy zapewniają bezpieczeństwo oraz zwiększają pewność siebie [7].

Znajomość zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych wśród pielęgniarek i pielęgniarzy wpływa na zwiększenie przeżywalności pacjentów po nagłym zatrzymaniu krążenia. Z uwagi na ciągły rozwój oraz zmiany, które zachodzą w ustalonych wcześniej algorytmach zabiegów resuscytacyjnych, bardzo istotnym jest regularne szkolenie personelu pielęgniarskiego w tym zakresie.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena znajomości zasad zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach zachowawczych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach zachowawczych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. W badaniu, które prowadzono od grudnia 2022 roku do marca 2023 roku uczestniczyło 120 osób, w tym 91 pielęgniarek i 29 pielęgniarzy. W niniejszym badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnej stworzonej na potrzeby badania. Podczas przeprowadzania badań nie odnotowano żadnych nieprawidłowości. Kwestionariusze ankiety w wersji papierowej rozdano pielęgniarkom/pielęgniarzom zatrudnionym na oddziałach zachowawczych. Respondenci proszeni byli o zaznaczenie wybranych odpowiedzi zgodnie z instrukcją (wybraną odpowiedź zaznaczali znakiem X). Uzyskano 100% prawidłowo wypełnionych ankiet. Do gromadzenia danych posłużono się platformą Microsoft Forms oraz arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2019.

Autorski kwestionariusz ankiety składał z 34 pytań, które zostały przygotowane na podstawie Wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji z 2021 roku i miały na celu ustalenie poziomu znajomości zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych wśród personelu pielęgniarskiego.

Wszyscy respondenci biorący udział w badaniu zostali poinformowani o celu i anonimowości badania oraz o możliwości wycofania się na każdym jego etapie. Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu oraz zgodę Uczelnianej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych w Uniwersytecie Opolskim (Opinia Komisji nr 67/2022).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Wśród badanych dominowały kobiety, stanowiły 75,83%. Najczęściej były to osoby w wieku od 20 do 30 lat (26,67%) oraz powyżej 50 roku życia (34,17%). Zdecydowana większość mieszkała w mieście. 43,33% stanowiły osoby będące w związku małżeńskim. Wśród respondentów dominował personel pielęgniarski z wyższym wykształceniem, w tym 40,83% z tytułem licencjata pielęgniarstwa i 35,83% z tytułem magistra pielęgniarstwa. Co czwarty ankietowany miał mniej niż 5 lat doświadczenia w zawodzie. Najwięcej badanych stanowiły osoby ze specjalizacją z pielęgniarstwa (37,5%) i nie posiadające dodatkowych kwalifikacji (31,67%). Analiza wykazała, że najwięcej osób pracowało na oddziale kardiologicznym (15,83%) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	Kategoria	n	%
Płeć	kobieta	91	75,83
	męczyzna	29	24,17
Wiek	20–30 lat	32	26,67
	31–40 lat	23	19,17
	41–50 lat	24	20,00
	powyżej 50 lat	41	34,17
Stan cywilny	panna/kawaler	37	30,83
	zamężna/żonaty	52	43,33
	rozwidziona/rozwidziony	24	20,00
	wdowa/wdowiec	7	5,83
Miejsce zamieszkania	wieś	26	21,67
	małe miasto (< 20 000 mieszkańców)	12	10,00
	średnie miasto (20 000 - 100 000 mieszkańców)	16	13,33
	duże miasto (> 100 000 mieszkańców)	66	55,00
Wykształcenie	średnie medyczne	28	23,33
	licencjat pielęgniarstwa	49	40,83
	magister pielęgniarstwa	43	35,83
Staż pracy w zawodzie	do 5 lat	30	25,00
	6 - 10 lat	15	12,50
	11 - 15 lat	7	5,83
	16 - 20 lat	19	15,83
	21 - 25 lat	11	9,17
	26 lat i więcej	38	31,67
Posiadane kwalifikacje zawodowe	brak	38	31,67
	w trakcie kursu kwalifikacyjnego / specjalizacji	16	13,33
	kurs kwalifikacyjny	24	20,00
	specjalizacja	45	37,50

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent

Poziom wiedzy personelu pielęgniarstwa na temat algorytmu postępowania w zaawansowanych zabiegach resuscytacyjnych u dorosłych i zasad farmakoterapii oraz postępowania przy braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego

Analiza wykazała, że średni wynik wiedzy na temat zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych wyniósł $11,27 \pm 3,90$, co daje około 56%. Stwierdzono, że średnia dotycząca znajomości zasad farmakoterapii i postępowania przy braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego podczas incydentu NZK wyniosła $4,97 \pm 2,14$ (około 56%) (tab. 2).

Tabela 2. Ocena wiedzy dotyczącej zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i farmakoterapii

Zmienna	M	Me	SD
Wiedza na temat zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych	11,27	12	3,90
Wiedza w zakresie farmakoterapii	4,97	5	2,14

Legenda: M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe

Poniżej przedstawiono szczegółową analizę pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety własnej – wykresy częstości dla wszystkich pytań.

Analizując pytanie dotyczące liczby uciśnień klatki piersiowej u dorosłych stwierdzono, że najwięcej respondentów (74, 17%) zaznaczyło odpowiedź *od 100 do 120 uciśnień na minutę* (tab. 3).

Tabela 3. Liczba uciśnień klatki piersiowej u dorosłych

Pytanie	Odpowiedzi	n	%
Liczba uciśnień klatki piersiowej u dorosłych wynosi?	a. poniżej 100 uciśnień na minutę	26	21,67
	b. od 100 do 120 uciśnień na minutę	89	74,17
	c. od 121 do 140 uciśnień na minutę	5	4,17
	d. od 141 do 160 uciśnień na minutę	0	0,00

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent;

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów jaka jest prawidłowa głębokość uciśnień klatki piersiowej u osoby dorosłej? Najwięcej ankietowanych zaznaczyło odpowiedź *od 5 do 6 cm* (79,17%), 12,5% zaznaczyło, że *od 7 do 8 cm*, a pozostałe 8,33%, że *od 3 do 4 cm* (tab. 4).

Tabela 4. Głębokość uciśnień klatki piersiowej u osoby dorosłej

Pytanie	Odpowiedzi	n	%
Głębokość uciśnień klatki piersiowej u osoby dorosłej wynosi?	a. 3 - 4 cm	10	8,33
	b. 5 - 6 cm	95	79,17
	c. 7 - 8 cm	15	12,50
	d. 9 - 10 cm	0	0,00

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent

Następne pytanie miało na celu sprawdzenie wiedzy respondentów na temat rytmów defibrylacyjnych. Najwięcej ankietowanych (75%) zaznaczyło, że odpowiedź *a i c są prawidłowe*, 12,5% osób wybrało *migotanie komór* lub *częstoskurcz komorowy bez tętna*, a odpowiedź *PEA* nie wybrał żaden z respondentów (tab. 5).

Tabela 5. Rytm serca zaliczane się do rytmów defibrylacyjnych

Pytanie	Odpowiedzi	n	%
Które rytmy serca zalicza się do rytmów defibrylacyjnych?	a. migotanie bądź trzepotanie komór	15	12,50
	b. PEA	0	0,00
	c. częstoskurcz komorowy bez tętna	15	12,50
	d. odpowiedzi a i c są poprawne	90	75,00
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analizując pytanie dotyczące możliwego ułożenia elektrod do defibrylacji w komorowych zaburzeniach rytmu i zatrzymaniu krążenia stwierdzono, że 50,83% ankietowanych wybrało odpowiedź *prawa elektroda jest umieszczana na prawo od mostka, poniżej obojczyka, natomiast lewą elektrodę umieszcza się w lewej linii pachowej środkowej, w okolicy umiejscowienia odprowadzenia V6 EKG*, następnie 38,33% osób zaznaczyło odpowiedź *a i c są poprawne*, 10,83% wybrało *obie elektrody umieszcza się na bocznych ścianach klatki piersiowej, jednej po prawej, drugiej po lewej stronie (położenie dwupachowe)*. Żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi *umieszczenie jednej elektrody na prawo od mostka, a drugiej w górnej części pleców po stronie lewej* (tab. 6).

Tabela 6. Ułożenie elektrod do defibrylacji w komorowych zaburzeniach rytmu serca i zatrzymaniu krążenia

Pytanie	Odpowiedzi	n	%
Jakie jest możliwe ułożenie elektrod do defibrylacji w komorowych zaburzeniach rytmu i zatrzymaniu krążenia?	a. prawa elektroda jest umieszczana na prawo od mostka, poniżej obojczyka, natomiast lewą elektrodę umieszcza się w lewej linii pachowej środkowej, w okolicy umiejscowienia odprowadzenia V6 EKG	61	50,83
	b. obie elektrody umieszcza się na bocznych ścianach klatki piersiowej, jednej po prawej, drugiej po lewej stronie (położenie dwupachowe)	13	10,83
	c. umieszczenie jednej elektrody na prawo od mostka, a drugiej w górnej części pleców po stronie lewej	0	0,00
	d. odpowiedzi a i b są poprawne	46	38,33
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Kolejne pytanie miało na celu zbadanie wiedzy na temat postępowania po pojedynczym wyładowaniu defibrylacyjnym. Najwięcej ankietowanych (48,33%) udzieliło

odpowiedzi *natychmiast wznowić uciśnięcia klatki piersiowej*, następnie 32,5% osób wybrało *wykonać kolejną analizę rytmu*, a 19,17% *podać 1mg adrenaliny*. Żaden z respondentów nie udzielił odpowiedzi *wykonać 12 odprowadzeniowe EKG* (tab. 7).

Tabela 7. Postępowanie podczas defibrylacji po pojedynczym wyładowaniu

Pytanie	Odpowiedzi	n	%
Co należy zrobić niezwłocznie podczas defibrylacji po pojedynczym wyładowaniu?	a. podać 1mg adrenaliny	23	19,17
	b. wykonać 12 odprowadzeniowe EKG	0	0,00
	c. wykonać kolejną analizę rytmu	39	32,50
	d. natychmiast wznowić uciśnięcia klatki piersiowej	58	48,33
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Następnie zapytano respondentów co oznacza skrót ROSC? Zdecydowana większość (80,83%) udzieliła odpowiedzi *spontaniczny powrót krążenia (z angielskiego)*. 11,67% osób wybrało odpowiedź *algorytm postępowania*, 5% stwierdziło, że *żadna z odpowiedzi nie jest poprawna*, a 2,5% uznało ROSC za *rytm defibrylacyjny* (tab. 8).

Tabela 8. Skrót ROSC

Pytanie	Co oznacza skrót ROSC?	n	%
Co oznacza skrót ROSC?	a. algorytm postępowania podczas NZK	14	11,67
	b. spontaniczny powrót krążenia (z angielskiego)	97	80,83
	c. rytm defibrylacyjny	3	2,50
	d. żadna z odpowiedzi nie jest poprawna	6	5,00
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analiza pytania odnoszącego się do częstości z jaką należy wentylować płuca pacjenta po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego wykazała, że 44,17% respondentów zaznaczyło odpowiedź *15 oddechów na minutę*. 38,33% wybrało odpowiedź *10 oddechów na minutę*, 10% – *2 oddechy na minutę*, a 7,5% zaznaczyło *5 oddechów na minutę* (tab. 9).

Tabela 9. Częstotliwość wentylacji płuc po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Z jaką częstością należy wentylować płuca pacjenta po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego?	a. 5 oddechów na minutę	9	7,50
	b. 2 oddechy na minutę	12	10,00
	c. 15 oddechów na minutę	53	44,17
	d. 10 oddechów na minutę	46	38,33
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Następnie zapytano ankietowanych, czy po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego należy kontynuować uciśnięcia klatki piersiowej bez przerw na wentylację? Większość ankietowanych – 62,5% udzieliło odpowiedzi *tak* (tab. 10).

Tabela 10. Uciśnięcia klatki piersiowej po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Czy po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego należy kontynuować uciśnięcia klatki piersiowej bez przerw na wentylację?	a. tak	75	62,50
	b. nie	45	37,50
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Kolejne pytanie miało na celu sprawdzenie wiedzy badanych na temat momentu podania adrenaliny w NZK w rytmie nie do defibrylacji. Ponad połowa respondentów (57,50%) stwierdziła, że adrenalinę należy podać *najszybciej jak jest to możliwe*. 26,67% osób uważało, że lek należy *zastosować po 3 minutach od rozpoczęcia resuscytacji*, 11,67% ankietowanych stwierdziło, że *żadna z odpowiedzi nie jest poprawna*, a 4,17% zaznaczyło odpowiedź *gdy po 10 minutach resuscytacji rytm się nie zmienia* (tab. 11).

Tabela 11. Podaż adrenaliny w przypadku NZK w rytmie nie do defibrylacji

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Kiedy należy podać adrenalinę w przypadku pacjentów z NZK w rytmie nie do defibrylacji?	a. po 3 minutach od rozpoczęcia resuscytacji	32	26,67
	b. jak najszybciej jest to możliwe	69	57,50
	c. gdy po 10 minutach resuscytacji rytm się nie zmienia	5	4,17
	d. żadna z odpowiedzi nie jest prawidłowa	14	11,67
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analizując kolejne pytanie dotyczące wiedzy na temat powtarzania podawania 1 mg adrenaliny w trakcie ALS stwierdzono, że zdecydowana większość respondentów (86,67%) wybrała odpowiedź *co 3 - 5 minut*, natomiast odpowiedź *co 15 minut i po 30 uciśnięciach klatki piersiowej* wybrało równo po 6,67% osób (tab. 12).

Tabela 12. Częstotliwość podaży 1 mg adrenaliny w trakcie ALS

Pytanie	Odpowiedź	n	%
W trakcie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych podanie 1mg adrenaliny	a. co 3 - 5 minut	104	86,67
	b. co 15 minut	8	6,67
	c. nie należy powtarzać	0	0,00

należy powtarzać?	d. po 30 uciśnięciach klatki piersiowej	8	6,67
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Kolejne pytanie miało na celu sprawdzenie wiedzy respondentów na temat roli wykresu krzywej kapnografii podczas RKO. Nieco ponad połowa ankietowanych (55%) uznała,

że wszystkie odpowiedzi są poprawne, 19,17% osób wybrało odpowiedź *potwierdzenie rurki intubacyjnej w tchawicy*, 13,33% uznało za prawidłowe *monitorowanie jakości RKO*, a pozostałe 15 (12,50%) wybrało odpowiedź *rozpoznawania spontanicznego powrotu krążenia podczas RKO* (tab. 13).

Tabela 13. Rola wykresu krzywej kapnografii podczas RKO

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Rola wykresu krzywej kapnografii podczas RKO jest?	a. potwierdzenie położenia rurki intubacyjnej w tchawicy	23	19,1
	b. monitorowanie jakości RKO	16	13,3
	c. rozpoznawaniu spontanicznego powrotu krążenia podczas RKO	15	12,5
	d. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe	66	55,0
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analiza pytania dotyczącego rutynowego stosowania leków fibrynolitycznych wykazała, że zdecydowana większość, bo aż 58,33% ankietowanych uważało, że leki te, *należy stosować tylko w przypadku podejrzenia lub udowodnienia występowania zatoru tętnicy płucnej*. 23,33% respondentów uznało, że *stanowczo nie należy ich stosować*, 11,67% stwierdziło, że *ich stosowanie jest słuszne, ale tylko w rytmach niedefibrylacyjnych*, natomiast 6,67% osób wybrało odpowiedź *tak, w każdym przypadku* (tab. 14).

Tabela 14. Stosowanie leków fibrynolitycznych podczas NZK

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Czy podczas NZK należy rutynowo stosować leki fibrynolityczne?	a. tak, w każdym przypadku	8	6,67
	b. tak, ale w tylko w przypadku podejrzenia lub udowodnienia występowania zatoru tętnicy płucnej	70	58,33
	c. tak, ale tylko w rytmach niedefibrylacyjnych	14	11,67
	d. stanowczo nie należy	28	23,33
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Następnie respondenci zostali zapytani o zalecaną wstępną dawkę amiodaronu u pacjentów z NZK z utrzymującym się częstoskurczem komorowym lub migotaniem komór. 62,50% badanych wybrało odpowiedź *300 mg*, 22,5% uznało *150 mg* za prawidłowe, 10% respondentów wskazało na *200 mg*, a pozostałe 5% – *100 mg* (tab. 15).

Tabela 15. Zalecana wstępna dawka amiodaronu u pacjentów z NZK z utrzymującym się częstoskurczem komorowym lub migotaniem komór

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Ile wynosi zalecana wstępna dawka amiodaronu u pacjentów z NZK z utrzymującym się częstoskurczem komorowym lub migotaniem komór?	a. 100 mg	6	5,00
	b. 200 mg	12	10,00
	c. 300 mg	75	62,50
	d. 150 mg	27	22,50

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent

Celem kolejnego pytania było zbadanie wiedzy na temat długości wykonywania jednego wdechu podczas wentylacji w NZK. 49,17% respondentów wybrało odpowiedź 5 sekund, 42,5% 1 sekundę, natomiast 6,67% osób uznało odpowiedź *jak najkrócej się da*, a pozostałe 1,67% wybrało 10 sekund (tab. 16).

Tabela 16. Czas jednego wdechu podczas wentylacji w NZK

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Ile czasu należy wykonywać jeden wdech podczas wentylacji w NZK?	a. 1 sekundę	51	42,5
	b. jak najkrócej się da	8	6,67
	c. 5 sekund	59	49,1
	d. 10 sekund	2	1,67

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent

Analiza kolejnego pytania miała na celu sprawdzenie wiedzy respondentów na temat postępowania w przypadku braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego u pacjenta z NZK. Nieco ponad połowa ankietowanych (55%) uznała, że w takiej sytuacji należy *rozważyć założenie dostępu doszpikowego*, 23,33% osób zaznaczyło odpowiedź *podanie płynów bardzo powoli drogą podskórną*, 16,67% respondentów stwierdziło, że *żadna z odpowiedzi nie jest poprawna*, a pozostałe 5% wybrało *rezygnację z płynoterapii* (tab. 17).

Tabela 17. Postępowanie w przypadku braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego u pacjenta z NZK

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Jak należy postąpić w przypadku braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego u pacjenta z NZK?	a. zrezygnować z płynoterapii	6	5,00
	b. podać płyny bardzo powoli drogą podskórną	28	23,33
	c. rozważyć dostęp doszpikowy	66	55,00
	d. żadna z odpowiedzi nie jest poprawna	20	16,67

Legenda: n – liczebność grupy, % - procent

Analiza pytania, w którym należało wybrać lek stosowany jako alternatywę amiodaronu podczas NZK w rytmie częstoskurczu komorowego lub migotania komór wykazała, że zdecydowana większość, bo aż 75% osób wybrało *lidokainę*, następnie 15,83%

digoksynę, 8,33% *adenozyne*, a tylko 0,83% ankietowanych uznało *wodorowęglan sodu* za prawidłową opcję (tab.18).

Tabela 18. Alternatywa amiodaronu podczas NZK w rytmie częstoskurczu komorowego lub migotania komór

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Jaki lek można zastosować jako alternatywę amiodaronu podczas NZK w rytmie częstoskurczu komorowego lub migotania komór?	a. adenozyne	10	8,33
	b. digoksynę	19	15,83
	c. lidokainę	90	75,00
	d. wodorowęglan sodu	1	0,83
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

W kolejnym pytaniu respondenci musieli zdecydować, czy w każdym przypadku podczas resuscytacji należy wdrażać płynoterapię. Najwięcej ankietowanych (44,17%) uznało, że *tylko i wyłącznie, gdy podejrzaną lub potwierdzoną przyczyną zatrzymania krążenia jest hipowolemia*. 25% osób uważało, że *tak, w każdym przypadku należy zastosować płynoterapię*. 19,17% zdecydowało, że *nie należy wdrażać żadnej płynoterapii do momentu powrotu spontanicznego krążenia*, a 11,67% uważało, iż *żadna z odpowiedzi nie jest poprawna* (tab. 19).

Tabela 19. Płynoterapia podczas RKO

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Czy w każdym przypadku podczas resuscytacji należy wdrażać płynoterapię?	a. tak, w każdym	30	25,00
	b. tylko i wyłącznie wtedy, gdy podejrzaną lub potwierdzoną przyczyną zatrzymania krążenia jest hipowolemia	53	44,17
	c. nie należy wdrażać żadnej płynoterapii do momentu powrotu spontanicznego krążenia	23	19,17
	d. żadna z odpowiedzi nie jest poprawna	14	11,67
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analizując pytanie, w którym respondenci mieli zdecydować jakie działanie pierwszego wyboru należy zastosować w leczeniu miarowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS (bez cech niestabilności), najczęściej osób (41,67%) wybrało odpowiedź *adenozyne*, a najmniej (7,5%) *isoptin*. 28,33% ankietowanych uznało *amiodaron* za poprawną opcję, natomiast 22,5% *stymulację nerwu błędnego* (tab. 20).

Tabela 20. Działanie pierwszego wyboru w leczeniu miarowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS, bez cech niestabilności

Pytanie	Odpowiedź	n	%
W leczeniu miarowego częstoskurczu	a. adenozyne	50	41,67

z wąskimi zespołami QRS, bez cech niestabilności, jako działanie pierwszego wyboru należy zastosować?	b. isoptin	9	7,50
	c. amiodaron	34	28,33
	d. stymulację nerwu błędnego	27	22,50
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analiza kolejnego pytania miała na celu zbadanie znajomości terminu uderzenia przedsercowego. 22,5% respondentów uznało, iż wykonuje się je natychmiast po potwierdzeniu zatrzymania krążenia. Zarówno odpowiedź *należy ukierunkować na dolną część mostka* jak i *wykonuje się łokciową stroną mocno zaciśniętej pięści z wysokości 20 cm* uzyskały taką samą ilość odpowiedzi (8,33%). Większość ankietowanych (60,83%) uznało *wszystkie odpowiedzi za poprawne* (tab. 21).

Tabela 21. Uderzenie przedsercowe

Pytanie	Odpowiedź	n	%
Uderzenie przedsercowe?	a. wykonuje się natychmiast po potwierdzeniu zatrzymania	27	22,5
	b. należy ukierunkować na dolną część mostka	10	8,33
	c. wykonuje się łokciową stroną mocno zaciśniętej pięści z wysokości 20cm	10	8,33
	d. wszystkie odpowiedzi są poprawne	73	60,8
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Analizując kolejne pytanie stwierdzono, że według 45% ankietowanych u pacjenta po przeszczepie serca należy zastosować zamiast atropiny – *adrenalinę*. 35,83% respondentów wybrało *aminofilinę*, a 15% *rytmonorm*. Najmniej osób (4,17%) wskazało *adenozynę* (tab. 22).

Tabela 22. Podaż leków u pacjentów po przeszczepie serca

Pytanie	Odpowiedź	n	%
W przypadku pacjentów po przeszczepie serca zamiast atropiny należy podać?	a. adenozyne	5	4,17
	b. rytmonorm	18	15,00
	c. adrenalinę	54	45,00
	d. aminofilinę	43	35,83
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Czynny udział ankietowanych w resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Analiza wykazała, że więcej niż połowa badanych brała czynny udział w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, *jeden raz* w takiej sytuacji znalazło się 17,5% respondentów, a 65,83% osób *kilka razy*. Okazało się, że ogółem 83,33% respondentów brało czynny udział w resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 16,67% badanej grupy wskazało, że nigdy na oddziale nie mieli do czynienia z NZK i tyle samo nie brało udziału w resuscytacji

(tab. 23).

Tabela 23. NZK na oddziale oraz udział w RKO w badanej grupie

Zmienna		n	%
NZK na oddziale	nigdy	20	16,67
	tak, jeden raz	21	17,50
	tak, kilka razy	79	65,83
Udział w resuscytacji	tak	100	83,33
	nie	20	16,67
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Źródło wiedzy respondentów w zakresie postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych

Najwięcej ankietowanych, bo aż 70% wskazało, że głównym źródłem ich wiedzy na temat postępowania w przypadku NZK u dorosłych są *informacje zdobyte na kursach*, na *Internet* wskazało 61,67% osób, a *książki i artykuły medyczne* zaznaczyło 60,83% badanych. Ponieważ pytanie pozwalało na udzielenie własnych odpowiedzi, zostały one zaklasyfikowane w ramach kategorii „*inne*” i stanowiły 23,33% badanej grupy. Ponadto stwierdzono, że ankietowani korzystają z większej ilości źródeł (tab.24).

Tabela 24. Źródła informacji o postępowaniu w przypadku NZK w badanej grupie

Zmienna		n	%
Źródła informacji o postępowaniu w przypadku NZK	książki i artykuły medyczne	73	60,83
	Internet	74	61,67
	informacje zdobyte na kursach	84	70,00
	inne	28	23,33
Ilość źródeł informacji	1	35	29,17
	2	43	35,83
	3	29	24,17
	4	12	10,00
	5	1	0,83
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Gotowość personelu pielęgniarskiego do wzięcia udziału w kursie dotyczącym zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych

Stwierdzono, że chęć udziału w kursie związanym z tematyką zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych wyraziła większość badanej grupy. Odpowiedzi „*raczej tak*” udzieliło 30% ankietowanych, a „*zdecydowanie tak*” 56,67%, a po ich zsumowaniu uzyskany wynik wyniósł 86,67%. Rozkład pozostałych odpowiedzi przedstawiał się następująco: „*nie mam zdania*” – 4,17%; „*raczej nie*” – 5,83% oraz „*zdecydowanie nie*” – 3,33% (tab. 25).

Tabela 25. Gotowość uczestnictwa w kursie dotyczącym ALS u dorosłych w badanej grupie

Zmienna		n	%
Chęć udziału w kursie ALS	zdecydowanie nie	4	3,33
	raczej nie	7	5,83
	nie mam zdania	5	4,17
	raczej tak	36	30,0
	zdecydowanie tak	68	56,6
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

DYSKUSJA

Znajomość zasad zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych wśród personelu pielęgniarskiego jest niezwykle istotna nie tylko na oddziałach zabiegowych, ale także zachowawczych. Im szybsza będzie reakcja pielęgniarek i pielęgniarzy na wystąpienie NZK, tym większa szansa na przywrócenie czynności życiowych pacjenta i uniknięcie poważnych powikłań. Należy zauważyć, że to właśnie pielęgniarki zazwyczaj jako pierwsze identyfikują potrzebę i inicjują resuscytację krążeniowo-oddechową u pacjentów z zatrzymaniem krążenia w warunkach szpitalnych. Dlatego, personel pielęgniarski powinien posiadać odpowiednią wiedzę oraz kompetencje do prowadzenia skutecznej resuscytacji [8].

W badaniu własnym ogólna wiedza personelu pielęgniarskiego wyniosła 56% (11,27 punktów na 20 możliwych). Najwięcej problemów przysparzały pytania dotyczące postępowania w zakresie uciśnięć klatki piersiowej po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego, działania pierwszego wyboru w leczeniu miarowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS (bez cech niestabilności) oraz farmakoterapii w przypadku pacjentów po przeszczepie serca. Biorąc pod uwagę analizę przeprowadzoną przez Tíscar-González et al, największą trudność wśród respondentów stanowiły pytania odnoszące się do postępowania po pojedynczym wyładowaniu defibrylacyjnym, podawania adrenaliny w rytmach defibrylacyjnych oraz ogólnych zasad podawania leków drogą dożylną [9]. Na tej podstawie można stwierdzić, że największe wątpliwości dotyczą defibrylacji oraz farmakoterapii. Powyższe, potwierdzają również badania Mersha et al. Autorzy zaobserwowali, że najwięcej problemów dotyczących zasad zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych przysparzała znajomość farmakoterapii [10]. Pomimo przytoczonych badań, które dowodzą zróżnicowanej i niedostatecznej wiedzy w zakresie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, w badaniu Silverplats et al., personel pielęgniarski wydawał się być pewny swojej wiedzy dotyczącej resuscytacji oraz uważał, że wie jak postąpić w przypadku NZK [11]. Podsumowując powyższe, można stwierdzić, że wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy na temat ALS utrzymuje się na średnim

poziomie i aby zapewnić jak najlepszą opiekę nad pacjentami, należałoby ją systematycznie uzupełniać.

Według zaleceń Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC), jeżeli personel medyczny nie jest w stanie założyć dostępu dożylnego w trakcie NZK, powinien zastosować wkłucie doszpikowe. Tę metodę można zastosować zarówno u dorosłych, jak i pediatrycznych pacjentów [12]. W badaniu własnym, ponad połowa respondentów (55%; n = 66) uważała, że należy rozważyć założenie dostępu doszpikowego przy braku możliwości uzyskania dostępu dożylnego. W badaniu Ibarra Romero et al. 84% ankietowanych wskazało, że nigdy nie wykorzystano dostępu szpikowego, natomiast pozostałe 16%, że tak. 94% respondentów stwierdziło natomiast, że może napotkać sytuację, w której konieczne będzie założenie wkłucia doszpikowego, a 6% uznało, że nie sądzi, aby kiedykolwiek zdarzył się taki przypadek. Wszyscy uczestnicy tego badania stwierdzili, że konieczne jest uzupełnianie swojej wiedzy i umiejętności w tym zakresie [12]. W badaniu Zyły et al. dotyczącym umiejętności i postaw personelu pielęgniarskiego wobec wkłuc doszpikowych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej obserwowano, że pielęgniarki już po krótkim szkoleniu były w stanie uzyskać dostęp doszpikowy. Co ciekawe, wykazano, że czas trwania założenia wkłucia dożylnego był znacznie dłuższy od czasu uzyskania dostępu doszpikowego (34 s. vs 12 s.) [13]. Niestety, dostępnych jest niewiele badań dotyczących wiedzy oraz umiejętności w tym zakresie wśród pielęgniarek i pielęgniarzy, co może wynikać z tego, że ERC sugeruje rozważenie wkłucia doszpikowego pod warunkiem braku możliwości uzyskania dostępu żylnego. Z drugiej strony, American Heart Association (AHA) po ostatniej aktualizacji wytycznych, uznał dostęp doszpikowy jako akceptowalny dostęp naczyniowy – na równi z dożylnym, co może zwiększyć jego zastosowanie, a co za tym idzie, rozwój badań w tym zakresie [14].

W badaniu własnym wykazano, iż głównym źródłem wiedzy respondentów w zakresie postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych były kursy, następnie Internet oraz książki i artykuły medyczne. W badaniu Rudnik i wsp. dotyczącym wiedzy personelu medycznego w zakresie postępowania w NZK, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, 43,3% respondentów za główne źródło uznało wiedzę nabytą w trakcie nauki zawodu, a 26,6% – doświadczenie zdobyte w trakcie pracy. Tylko niecałe 10% wybrało odpowiedź kursy specjalistyczne, a 5% czytanie czasopism i publikacji naukowych oraz poszukiwanie treści naukowych w Internecie [15]. Należy podkreślić, że istnieją badania dowodzące, iż szkolenia utrwalające wiedzę i umiejętności w zakresie resuscytacji przynoszą bardzo korzystne rezultaty. Araujo et al. przeprowadzili w 2022 roku eksperyment mający na celu

wykazanie korzyści jakie wynikają z regularnego odbywania kursów. W tym badaniu, 56 pielęgniarek przeszło szkolenie teoretyczne i praktyczne dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Dziewięć miesięcy później personel pielęgniarski ponownie wziął udział w szkoleniu przypominającym. Metoda ta zobrazowała znaczący wzrost wiedzy i umiejętności, jednak z upływem czasu umiejętności malały. Pomimo to, były one i tak nadal wyższe od tych, które zostały zidentyfikowane przed pierwszym szkoleniem [6]. Powyższe wskazuje, że szkolenie pracowników przynosi efekty i podnosi wiedzę oraz umiejętności, co w przyszłości może mieć przełożenie na lepszą jakość wykonywanych czynności na wypadek NZK u pacjenta.

W niniejszym badaniu większość ankietowanych (83,33%) spotkała się z przypadkiem NZK na oddziale. Natomiast 16,67% wskazało, że nigdy nie miało do czynienia z NZK i tyle samo nie brało udziału w resuscytacji. Należy zauważyć, że w badaniu Guteta częstotliwość angażowania się w RKO miała znaczący związek z dobrą praktyką, gdzie pielęgniarki rzadko lub aktywnie zaangażowane w praktykę RKO, były trzy/cztery razy bardziej skłonne do dobrych praktyk w porównaniu do pielęgniarek, które nigdy nie były zaangażowane w praktykę RKO [16].

Analizując wyniki własne, należy nadmienić, iż zdecydowana większość respondentów wyraziła chęć oraz gotowość do wzięcia udziału w kursach dotyczących zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych. Odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak” udzieliło 86,67% ankietowanych, co daje optymistyczne prognozy dotyczące podnoszenia jakości wykonywanych czynności. Jak wspomniano powyżej, regularne szkolenia w zakresie resuscytacji przynoszą bardzo korzystne efekty. W swoim badaniu Kuchaki et al. wykazali, że większość pielęgniarek wykonuje RKO w oparciu o stare protokoły i dlatego konieczne jest edukowanie ich w zakresie aktualnych algorytmów podczas kursów doszkalających [17]. W badaniu Munezero et al. wzięło udział 32 respondentów, którzy w pierwszym etapie musieli wypełnić test wiedzy dotyczący RKO, następnie przeszli szkolenie zarówno w zakresie wiedzy, jak i umiejętności, a następnie ponownie wypełniali test. Analiza wykazała, że u wszystkich 32 osób biorących udział w badaniu, nastąpił wzrost zarówno wiedzy, jak i umiejętności. Przyrost wiedzy wahał się od 11,9 do 49,9 punktów, a umiejętności od 14,0 do 74,1 punktów. Średni przyrost wiedzy wyniósł natomiast 28,6 punktów, a umiejętności 35,5 punktów [18]. Natomiast Mersha et al. uznali, że szkolenia z zakresu BLS/ALS powinny odbyć się przed przystąpieniem do RKO. Autorzy zaobserwowali również, że zdecydowana większość pracowników ochrony zdrowia uważała te szkolenia za niezbędne. Co więcej, zdecydowana większość ankietowanych zgodziła się ze stwierdzeniem, że co 2 lata powinni

być ponownie certyfikowani w ramach kursu RKO [10].

Podsumowując niniejszą dyskusję, znajomość zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych wśród badanego personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach zachowawczych jest na zróżnicowanym poziomie. Niezbędne jest zatem pogłębianie wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej w tym zakresie. Wyniki badań własnych wskazują na konieczność prowadzenia dalszych badań na ten temat. Zasadne jest także rozważenie konieczności prowadzenia zwiększonych działań edukacyjnych dla personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach zachowawczych.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat algorytmu postępowania w zaawansowanych zabiegach resuscytacyjnych u dorosłych jest na poziomie zróżnicowanym. Najniższą liczbę poprawnych odpowiedzi uzyskano w pytaniach dotyczących właściwego postępowania w zakresie uciśnień klatki piersiowej po udrożnieniu dróg oddechowych za pomocą rurki intubacyjnej lub przyrządu nagłośniowego, działania pierwszego wyboru w leczeniu miarowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS (bez cech niestabilności) oraz farmakoterapii w przypadku pacjentów po przeszczepie serca, co wskazuje na konieczność zwiększenia edukacji w tym zakresie.
2. Personel pielęgniarski charakteryzował się średnim poziomem wiedzy (4,97/na 9 możliwych punktów) na temat zasad farmakoterapii i postępowania przy braku możliwości uzyskania dostępu naczyniowego u pacjentów podczas incydentu NZK.
3. Głównym źródłem wiedzy badanego personelu pielęgniarskiego w zakresie postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych były informacje zdobyte na kursach, następnie Internet oraz książki i artykuły medyczne.
4. Zdecydowana większość respondentów brała czynny udział w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
5. Zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego wyraziła gotowość do wzięcia udziału w kursach dotyczących zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych

PIŚMIENNICTWO

1. Wong CX., Brown A., Lau DH., et al.: Epidemiology of sudden cardiac death: Global and regional perspectives. Heart Lung Circ. 2019; 28(1): 6-14.

2. Botes ML., Moepeng M.: An investigation into specialist practice nurses' knowledge of cardiopulmonary resuscitation guidelines in a tertiary hospital in Gauteng Province, South Africa. *The Southern African journal of critical care: the official journal of the Critical Care Society* 2020; 36(2): 68-72.
3. Greif R., Lockey A., Breckwoldt J., et al.: Edukacja. Wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji 2021; 451-452.
4. Mitchell OJL., Yuriditsky E., Johnson NJ., et al.: In-hospital cardiac arrest in patients with coronavirus 2019. *Resuscitation* 2021; 160: 72-78.
5. Lockey A., Lin Y., Cheng A.: Impact of adult advanced cardiac life support course participation on patient outcomes-A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* 2018; 129: 48-54.
6. Araujo NR., Araújo RA., Moretti MA., et al.: Nursing training and retraining on cardiopulmonary resuscitation: a theoretical-practical intervention. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2022; 56:e20210521.
7. Oermann MH., Krusmark MA., Kardong Edgren S., et al.: Training interval in cardiopulmonary resuscitation. *PLoS ONE* 2020; 15(1): e0226786.
8. Rajeswaran L., Cox M., Moeng S., et al.: Assessment of nurses' cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills within three district hospitals in Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 2018; 10(1): 1-6.
9. Tíscar-González V., Blanco-Blanco J., Gea-Sánchez M., et al.: Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis. *PeerJ* 2022; 7: 6410.
10. 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 Open* 2020; 10(9): 37416.
11. Silverplats J., Strömsöe A., Äng, B., et al.: Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation situations and associations with potential influencing factors-A survey among in-hospital healthcare professionals. *PloS one* 2022; 17(7): 271686.
12. Ibarra Romero M., Sánchez-García JC., Cavazzoli E., et al.: Nursing Staff Knowledge on the Use of Intraosseous Vascular Access in Out-Of-Hospital Emergencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(3): 2175.
13. Zyla M., Bielski K., Dąbrowski M., et al.: Skills and attitudes toward intraosseous access in cardiopulmonary resuscitation among nursing personnel, *Borgis – Postępy Nauk*

Medycznych 2018; 31(1): 27-31.

14. Hsieh Y. L., Wu M. C., Wolfshohl J., et al.: Intraosseous versus intravenous vascular access during cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2021; 29(1): 44.
15. Rudnik A., Moczydłowska A., Urban, M.: Wiedza personelu medycznego w postępowaniu w NZK u dzieci i dorosłych. *Zeszyty Naukowe WSA w Łomży* 2019; (76): 31-37.
16. Guteta M.: Factors Affecting Cardiopulmonary Resuscitation Practice Among Nurses in Mizan Tepi University Teaching Hospital, Tepi General Hospital, and Gebretsadik Shawo Hospital, Southwest Ethiopia. *Open Access Emergency Medicine* 2022; 14: 165-175.
17. Kuchaki Z., Taheri M., Esfahani H., et al.: The effect of CPR educational package on knowledge and performance of nurses working in intensive care units: A review study. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2022; 11(5): 1677-1682.
18. Munezero JBT., Atuhaire C., Groves S., et al.: Assessment of nurses knowledge and skills following cardiopulmonary resuscitation training at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. *The Pan African Medical Journal* 2018; 30: 108.

ZESPÓŁ CIEŚNI NADGARSTKA U OSÓB Z CUKRZYCĄ JAKO OGNISKOWA NEUROPATIA KOŃCZYNOWA

Ewa Kostrzewa-Zablocka¹

1. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Klinika Diabetologii.
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie. Poradnia
Diabetologiczna.
NZOZ „Zdrowie” Poradnia Diabetologiczna w Chełmie.

WSTĘP

Zespół cieśni nadgarstka występuje częściej u pacjentów z cukrzycą niż w populacji ogólnej [1]. Zespół cieśni nadgarstka (ZCN), to powszechne schorzenie należące do grupy mononeuropatii, czyli stanu chorobowego dotyczącego pojedynczego nerwu. W przypadku ZCN dochodzi do uszkodzenia nerwu pośrodkowego na wysokości nadgarstka [1]. Istnieje wiele czynników ogólnoustrojowych i miejscowych warunkujących wystąpienie zespołu cieśni nadgarstka [2]. Za dwa główne uznaje się: uraz mechaniczny oraz przewlekłe niedokrwienie. Czynnikiem wpływającym na wystąpienie pierwszej z przyczyn są powtarzające się mikrourazy oraz przeciążenia nadgarstka związane na przykład z pracą zawodową. Do przewlekłego niedokrwienia dochodzi na skutek powiększenia zawartości kanału nadgarstka i wzrostu ciśnienia w jego obrębie z powodu ucisku troczka zginaczy na nerw pośrodkowy. Zdarzają się również przypadki, w których nie udaje się znaleźć przyczyny powstania zespołu cieśni nadgarstka – jest to wówczas idiopatyczna postać zaburzenia [2]

Jednym z czynników przyczyniających się do powstania zespołu cieśni nadgarstka, którego nie można przypisać ani do czynników ogólnoustrojowych, ani miejscowych, jest otyłość. W doniesieniach na temat zespołu cieśni nadgarstka można odnaleźć dowody na występowanie korelacji między tym zaburzeniem a wskaźnikiem masy ciała (BMI – body mass index). Zmiany genetyczne wiąże się z rodzinną skłonnością do przerostu troczka zginaczy [3].

Zespół cieśni kanału nadgarstka uznany jest za chorobę związaną z wykonywaniem pewnych zawodów. Najczęściej wymienia się tutaj wśród pracowników fizycznych: monterów, płytkarzy, szlifierzy, pracowników przemysłu ciężkiego, rzeźników, krawcowe i

pracowników sklepów spożywczych, a wśród pracowników umysłowych: księgowych, urzędników i lekarzy stomatologów [4].

Zespół cieśni nadgarstka występuje z częstością około 50 przypadków na 1000 osób. Choroba ta może wystąpić u osoby w każdym wieku, choć najczęściej pojawia się po 50. roku życia. Dotyka 3–6% społeczeństwa. Zmiany chorobowe występują w jednej ręce (zazwyczaj dominującej, czyli prawej u osób praworęcznych, lewej u leworęcznych), albo w obydwu. Kobiety są dwu- lub trzykrotnie bardziej podatne na wystąpienie zespołu cieśni nadgarstka niż mężczyźni. Najczęściej na to schorzenie cierpią osoby między 30 a 60 rokiem życia. Jest dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia ZCN u osób otyłych w stosunku do osób szczupłych. Bardziej narażone są także osoby z problemami nefrologicznymi [5].

Choroba zaczyna się od stosunkowo niewinnych objawów. Objawy ZCN często dotyczą zmian w obu kończynach górnych, natomiast w ręce dominującej uszkodzenia nerwu pośrodkowego są bardziej nasilone, szczególnie w przypadkach idiopatycznych. Najczęściej pacjenci zgłaszają objawy drętwienia, mrowienia w obrębie kciuka, wskaziciela długiego i promieniowej części palca serdecznego z towarzyszącym obrzękiem i uczuciem sztywności palców, a nawet całej ręki. Jednak mogą one również promieniować proksymalnie do przedramienia, łokcia lub barku, a także tyłu głowy. Początkowo związane są z obciążeniem kończyny i szybko ustępują po zaprzestaniu pracy manualnej. Parestezje i dolegliwości bólowe nasilają się podczas snu i bardzo często budzą chorego w nocy, natomiast rano pacjenci uskarżają się na uczucie drętwienia i sztywność ręki. Typowy jest również dla pacjentów tzw. „objaw strzepywania” (ang. *flick sign*), który polega na dynamicznym potrząsaniu ręką, podobnie jak przy strzepywaniu termometru, w celu zmniejszenia objawów, szczególnie po dłuższym czasie nieużywania kończyny (np. w nocy). Zwykle objawy, ich przebieg oraz wynik badania przedmiotowego są charakterystyczne i pozwalają ustalić rozpoznanie [6]. Pomocne jest wykonanie badań dodatkowych – przewodzenia nerwowego, elektromiografii, czasem USG lub obrazowania techniką rezonansu magnetycznego. Metodę leczenia dobiera się w zależności od czasu trwania i zaawansowania choroby. U pacjentów z objawami łagodnymi i umiarkowanymi zaleca się leczenie zachowawcze, które w ciągu 2–6 tygodni prowadzi do poprawy, a po około 3 miesiącach obserwuje się najlepsze wyniki. Leczenie zachowawcze obejmuje stosowanie ortez na nadgarstek, wstrzyknięcia glikokorykosteroidów (czasem także glikokortykosteroidy doustnie), fizjoterapię, ultradźwięki lecznicze i ćwiczenie jogi. W przypadku braku poprawy przeprowadza się leczenie operacyjne, które usuwa przyczynę zmian, czyli ucisk wywierany

na nerw pośrodkowy. Leczenie takie przynosi długotrwałe i dobre wyniki w 70–90% przypadków [7]. U niektórych pacjentów, szczególnie jeśli zespół cieśni wiąże się z chorobą przewlekłą, może nawracać. Po zastosowaniu leczenia chirurgicznego najczęściej niezbędna jest fizjoterapia, która pozwala na powrót do pełnej sprawności. Niekiedy konieczna jest zmiana wykonywanej pracy i wykluczenie zajęć obciążających nadgarstek [4].

CEL PRACY

Celem pracy: było sprawdzenie, czy zespół cieśni nadgarstka częściej występuje u osób z cukrzycą z towarzyszącą hiperglikemią oraz otyłością.

MATERIAŁ I METODY

Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: wieku, płci, czasu trwania cukrzycy, miejsca zamieszkania. Badania ukierunkowano na czynniki ryzyka powstania zespołu cieśni nadgarstka u chorych z współistniejącą cukrzycą, jak wpływ: poziomu glikemii oraz otyłość.

WYNIKI

Badanie pacjentów przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2024 r. Badaną grupę stanowiło 40 pacjentów (51,5% kobiet i 48,5% mężczyzn) z cukrzycą i z dolegliwościami nieprzyjemnego doznania w okolicy kciuka, palca wskazującego oraz połowy palca serdecznego. Wszyscy skarżyli się na mrowienie, drętwienie, dyskomfort i osłabienie mięśni. Pacjenci mieli zdiagnozowany zespół cieśni nadgarstka. Średnia wieku 60-80 lat. Pacjenci najczęściej zamieszkiwali miasto. Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentami i analizą badań wykonanych w Poradni Diabetologicznej wynikało, że u badanych średnie stężenie glikemii to 190 mg% a BMI 30-35. Aktywność fizyczna była bardzo mała i ograniczała się do podstawowych czynności domowych.

DYSKUSJA

Zespół cieśni nadgarstka należy do najczęstszych neuropatii uciskowych w obrębie kończyny górnej. Niewłaściwy styl życia, brak aktywności fizycznej, długotrwałe przyjmowanie nieergonomicznej pozycji w życiu codziennym i pracy zawodowej, stale powtarzające się monotypowe ruchy sprzyjają powstaniu tego zaburzenia. Zachorowalność waha się od 1% do 2%. Chorują głównie kobiety. Wystąpienie zespołu nie tylko wpływa

na zdrowie danej osoby, lecz także stanowi problem społeczno-ekonomiczny. Większość zachorowań dotyczy osób czynnych zawodowo, które na skutek silnych dolegliwości bólowych spowodowanych zespołem cieśni nadgarstka, zmuszone są do absencji zawodowej. Przekłada się to na mniejszą wydajność pracy oraz wzrosty kosztów związanych z wypłacaniem zasiłku chorobowego. W Stanach Zjednoczonych liczba osób, u których występują objawy zespołu cieśni nadgarstka, wynosi co roku około miliona. Koszty leczenia, w tym operacyjnego, sięgają zaś niemal 2 mld dol. rocznie [8].

Jednym z czynników przyczyniających się do powstania zespołu cieśni nadgarstka, którego nie można przypisać ani do czynników ogólnoustrojowych, ani miejscowych jest otyłość. W doniesieniach na temat zespołu cieśni nadgarstka można odnaleźć dowody na występowanie korelacji między tym zaburzeniem, a wskaźnikiem masy ciała (BMI – body mass index) [9].

Kisala Aleksander w swoim artykule napisał, że szczyt zachorowań przypada na 4.–6. dekadę życia, częstsze są u płci żeńskiej. Chorobowość w populacji ogólnej zespołu wynosi 2%, w przypadku chorych na cukrzycę wzrasta do 11–16%. U chorych z rozpoznaną polineuropatią cukrzycową kryteria zespołu spełnia do 30% pacjentów [10]. Obustronny zespół cieśni nadgarstka opisywany jest z częstością do 87% chorych z objawami choroby [10].

Uszkodzenie struktury kostno-stawowej rąk, najczęściej stanowi następstwo urazów oraz procesów zapalnych. W piśmiennictwie Endocrinologii Diabetes opisywane również nieliczne przypadki neuroosteoartropatii typu Charcota, dotyczącej stawu nadgarstkowego [11]. Schorzenie to doprowadza do destrukcji powierzchni stawowych. Przypuszczalnie, podobnie jak w stopie, warunkiem jego powstania jest wystąpienie neuropatii z zaburzeniami czucia w obrębie ręki. Neuropatia autonomiczna powoduje zwiększenie przepływu krwi z następową resorpcją kostną wskutek wzmożonej aktywności osteoklastów. Narażenie rąk na wibracje w pracy, bądź obciążanie podczas używania sprzętów ortopedycznych (kule, chodziki) prowadzi do destrukcji kostno-stawowej. Zmiany kostne są jednak raczej skutkiem odległym nieleczonej artropatii Charcota [10].

Osoby z cukrzycą typu 2 częściej cierpią na zespół cieśni nadgarstka. Problemy z nerwem pośrodkowym wyprzedzają niekiedy początek cukrzycy nawet o 10 lat. Prowadzony przez doktora Martina C. Guillforda zespół naukowców z londyńskiego College'u Królewskiego przeanalizował dane 644.495 pacjentów z Anglii i Walii. Badacze zidentyfikowali 2647 pacjentów z cukrzycą zdiagnozowaną między listopadem 2003 a

październikiem 2004 roku. Następnie zebrali składającą się z 5.294 osób grupę kontrolną (dopasowaną pod względem wieku, płci oraz miejsca zamieszkania) [12]. Zapisy medyczne obejmujące okres 10 lat poprzedzających zdiagnozowanie cukrzycy, analizowano pod kątem pierwszych objawów cieśni nadgarstka. Po uwzględnieniu innych czynników ryzyka, okazało się, że grupa przedcukrzycowa z większym o 36% prawdopodobieństwem niż grupa kontrolna, przechodziła w przeszłości zespół cieśni nadgarstka. Guillford i inni uważają, że podwyższone stężenie glukozy we krwi i związane z tym nieprawidłowości metaboliczne przyczyniły się do powstania zaburzeń w ramach nerwu pośrodkowego jeszcze przed zdiagnozowaniem cukrzycy [12].

Zespół cieśni nadgarstka ma wiele innych czynników ryzyka, na które wskazują specjaliści z Mayo Clinic. Zalicza się do nich m.in.: otyłość i cukrzyca. Cukrzyca – gdyż zwiększa ryzyko uszkodzenia nerwów, otyłość - ponieważ przyrost masy ciała może zwiększać retencję płynów, a w konsekwencji presję na tunel nadgarstka. Okazuje się, że kobiety trzy razy częściej zapadają na zespół cieśni nadgarstka niż mężczyźni. W dużej mierze wynika to z różnic anatomicznych; tunel nadgarstka kobiety jest z reguły po prostu węższy niż mężczyzny. Wynika to również z pewnych czynników ryzyka dotyczących kobiet (ciąża i menopauza, choroby tarczycy i zaburzenia autoimmunologiczne) [13].

Na rozwój ZCN wpływają zarówno czynniki zawodowe, jak i ogólnoustrojowe. Praca fizyczna z użyciem narzędzi wibrujących, tj. wiertarki czy młoty pneumatyczne, wykonywana głównie przez mężczyzn, siedmiokrotnie zwiększa narażenie na występowanie ZCN, natomiast zajęcie wymagające stałych nadmiernych ruchów nadgarstka, jak u krawcowych – dwukrotnie [4]. Spośród czynników ogólnoustrojowych duży wpływ na powstanie ZCKN przypisuje się cukrzycy. Palumbo i wsp. stwierdzili występowanie neuropatii nerwu pośrodkowego u 1,3% zbadanych, tj. 1028 chorych na cukrzycę [14]. W badaniach Bierawskiej i wsp. na cukrzycę chorowało 9,6% osób z ZCN [4].

Geoghegan i część badaczy występowanie ZCN kojarzy z otyłością. Dowiedziono silną zależność pomiędzy wysokim wskaźnikiem masy ciała (ang. body mass index – BMI) a istnieniem neuropatii uciskowej [13]. Nordstrom i wsp. wykazali, że wzrost BMI o jedną jednostkę podnosi ryzyko występowania ZCN o 8%. Związek ten został uzasadniony zwiększeniem ciśnienia hydrostatycznego oraz odkładaniem się tkanki tłuszczowej w obrębie kanału nadgarstka, które towarzyszy nadmiernej masie ciała [15]. Wg Lewińskiej i wsp. istnieje silna zależność pomiędzy wysokim wskaźnikiem masy ciała (body mass index – BMI) a istnieniem neuropatii uciskowej nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka. Osoby

otyłe 2 – 4 razy częściej cierpią na zespół cieśni kanału nadgarstka niż osoby szczupłe. Wykazano także silną zależność pomiędzy otyłością a zwolnieniem parametru prędkości przewodzenia we włóknach czuciowych nerwu pośrodkowego na poziomie nadgarstka [16]. Bland w swoich badaniach wykazał, że podwyższone BMI jest czynnikiem ryzyka niezależnym zespołu cieśni nadgarstka, szczególnie u pacjentów poniżej 63 - go roku życia. Wśród 60 uczestników badań wartość BMI u 26 (43,33%) badanych wskazała na otyłość, natomiast u 20 (33,33%) osób zanotowano nadwagę. Jedyne u 14 (23,33%) pacjentów waga była w normie [17].

WNIOSKI

1. Wpływ cukrzycy na schorzenia kończyn górnych, to istotne zagadnienie z punktu widzenia jakości życia chorych. Stwierdzenie powiązanych z cukrzycą chorób rąk nie wymaga znacznego nakładu czasu i kosztów, a jedynie wiedzy i staranności w podejściu do chorego. Wykrycie umożliwia podjęcie właściwego leczenia samego schorzenia rąk, jak i współistniejących powikłań narządowych, które, nieleczone, mogą stanowić dla chorego poważne zagrożenie.
2. Do zadań pielęgniarki należy edukacja osób z cukrzycą i z zespołem cieśni nadgarstka w zakresie nadmiernej redukcji masy ciała, systematycznej kontroli glikemii, rehabilitacji rąk, przyjmowania zaleconych leków przez diabetologa oraz stosowania diety w cukrzycy.

PIŚMIENNICTWO

1. Rościszewska-Żukowska I.: Pacjent z cukrzycą u neurologa-czy każda neuropatia u osoby z cukrzycą to neuropatia cukrzycowa? [w:] Pacjent z cukrzycą interdyscyplinarnie, Dąbrowski M.(red.) PZWL, Warszawa 2024: 276
2. Cendrowski W.: Neuroepidemiologia kliniczna. Volumed Sc, Wrocław 1997: 12-13.
3. Majcher P., Gołąbek R.: Zespół cieśni nadgarstka-kiedy kierować pacjenta do specjalisty. Medycyna po Dyplomie. Ortopedia i rehabilitacja 2020: 8-15.
4. Biernawska J, Niemczyk A, Pierzchała K.: Udział czynników zawodowych i pozazawodowych w etiopatogenezie zespołu cieśni nadgarstka. Med. Pracy 2005; 56(2): 131-137.

5. Nordstrom DL, Vierkant RA, DeStefano F, Layde PM.: Risk factors for carpal tunnel syndrome in a general population. *Occup Environ Med.* 1997; 54(10): 734-74029.
6. Ciechanowska K., Łukowicz M.: Carpal Tunnel Syndrome – etiology and diagnostics. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017;7(4):622-638. eISSN 2391-8306.
7. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2024. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Current Topics In Diabetes. Official Journal of the Diabetes Poland 2023, vol 4:* 89-92.
8. Sharifi-Mollayousefi A, Yazdchi-Marandi M, Ayramlou H, Heidari P, Salavati A, Zarrintan S, Sharifi-Mollayousefi A.: Assessment of body mass index and hand anthropometric measurements as independent risk factors for carpal tunnel syndrome. *Folia Morphol (Warsz)* 2008; 67(1): 36-42.
9. Werner R.A., Albers J.W., Franzblau A., Armstrong T.J.: The relationship between body mass index and the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 1994; 17: 632–636.
10. Kisała A.: Problemy dotyczące rąk u chorych na cukrzycę. *Diabetologia Kliniczna.* 2012; 1(3); 95-103.
11. Wróbel M., Szymborska-Kajaneck A., Skiba M. i wsp. Charcot's joint of the wrist in type 2 diabetes mellitus. *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes* 2007; 115: 55–57 (review).
12. Guillford M.: Musculoskeletal complications of diabetes mellitus. *Clinical Diabetes* 2001; 19: 132–135.
13. Geoghegan JM, Clark DI, Bainbridge LC, Smith C, Hubbard R.: Risk factors in carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg [Br]* 2004; 29(4): 315-320.
14. Palumbo P.J., Elveback L.R., Whisnant J.P.: Neurologic complications of diabetes mellitus: transient ischemic attack, stroke and peripheral neuropathy. *Adv. Neurol.* 1978; 19: 593–601.
15. Nordstrom DL, Vierkant RA, DeStefano F, Layde PM.: Risk factors for carpal Tunnel syndrome in a general population. *Occup Environ Med.* 1997; 54(10):734-740.
16. Lewańska M., Wągrowaska-Koski E.: Analiza czynników etiologicznych zespołu Cieńki kanału nadgarstka w populacji osob pracujących zawodowo z użyciem komputera. *Medycyna Pracy* 2013; 64(1): 37–45.

17. Bland JD.: The relationship of obesity, age, and carpal tunnel syndrome: more complex than was thought? *Muscle Nerve* 2005; 32(4): 527-532.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM PŁUC

Dominika Dąbkowska^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. *II Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*
2. *Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
3. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Rak płuca definiowany jest jako nowotwór pochodzący z komórek nabłonkowych dróg oddechowych. Najczęściej szerzy się obwodowo, lokalizując w małej odległości od ściany klatki piersiowej lub w oskrzelach. Rozsiewa się również poprzez naciekanie na struktury ściany klatki piersiowej, śródpiersia, opłucnej i przepony [1].

Adnotacje związane z częstotliwością występowania konfiguracji nowotworowych wśród populacji o innych standardach życiowych, pozwala na identyfikację czynników, które odpowiadają za powstanie chorób nowotworowych [2].

Polska zalicza się do państw o wysokiej zachorowalności, jak i również śmiertelności z powodu raka płuca. Nowotwór ten jest aktualnie najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn. Odnotowuje się stale rosnącą tendencję liczby zachorowań wśród kobiet, u których nowotwór płuc zajmuje aktualnie drugie miejsce [1].

Dzięki stale poszerzanemu panelowi badanych markerów molekularnych, możliwe jest wprowadzanie szerszych kwalifikacji chorych na nowotwór płuc, a także terapii celowanych [3].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Opracowanie arkusza do zbierania danych o pacjencie z nowotworem płuc.
2. Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta chorego na nowotwór płuc.
3. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorego na nowotwór płuc.

4. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
5. Przedstawienie roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy zastosowano metodę analizy indywidualnego przypadku pacjenta z nowotworem płuc. Badaniem objęto 79-letniego mężczyznę, hospitalizowanego dnia 18.12.2023r., w trybie planowym, w I Klinice Chorób Płuc, Raka Płuca i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w celu pogłębienia diagnostyki i leczenia nowotworu płuc.

Materiał do badań został zgromadzony na podstawie obserwacji oraz przeprowadzonego z pacjentem wywiadu pielęgniarskiego. Wykorzystano w tym celu arkusz do gromadzenia danych o pacjencie konstrukcji własnej. Na jego podstawie oceniono warunki socjalno- ekonomiczne, stan poszczególnych narządów, jednostki chorobowej, podstawowych parametrów życiowych, chorób towarzyszących, stan psychiczny i społeczny, a także bieżące dolegliwości bólowe pacjenta.

Dokonano analizy dokumentacji medycznej pacjenta, obejmującą: pełną historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych, kartę gorączkową oraz historię pielęgnowania.

Wykonano pomiary bezpośrednie: ciśnienia tętniczego krwi (RR), tętna (HR) i jego charakteru, saturacji krwi (SpO₂), temperatury ciała, liczby i charakteru oddechów, wzrostu oraz masy ciała, na podstawie których dokonano pomiarów pośrednich BMI: masa ciała (kg)/(wzrost[m])².

Za pomocą złożonego z 24 stwierdzeń odnoszących się do różnych zachowań i działań ukierunkowanych na zdrowie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wg Juczyńskiego oceniono zachowania zdrowotne pacjenta. Pozwoliło to na uzyskanie wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych i wyników odnoszących się do nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych.

W celu oceny wydolności fizycznej i poziomu samodzielności skorzystano ze skali skali Barthel oraz skali ADL. Zastosowano skalę Norton służącą do określenia prawdopodobieństwa wystąpienia odleżyn.

Test uzależnienia od nikotyny według Fagerströma pozwolił na orientacyjną ocenę fizycznego uzależnienia od papierosów. A dzięki wykorzystaniu GDS dokonano przesiewowej samooceny depresji pacjenta w podeszłym wieku.

Przy użyciu numerycznej skali NRS wykonano ocenę nasilenia bólu odczuwanego przez pacjenta oraz skalę Baxtera służącą do monitorowania i oceny przebiegu powikłań związanych z kaniulacją żył.

Do uzyskania oceny zaawansowania stopnia nasilenia duszności zastosowano skalę MRC. W celu oceny stopnia nasilenia senności użyto skali senności Epworth, a w przypadku bezsenności Ateńską skalę bezsenności.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto 79-letniego mężczyznę, hospitalizowanego dnia 18.12.2023 w trybie planowym do I Kliniki Chorób Płuc, Raka Płuca i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w celu pogłębienia diagnostyki i leczenia nowotworu płuc.

Pacjent jest wdowcem od 24 lat. Mieszka z córką oraz jej rodziną w Białymstoku. Swoje warunki mieszkaniowe ocenia na bardzo dobre. Jest na emeryturze. Alkohol pije okazjonalnie, 3-4 razy w roku. Od 60 lat pali 15 sztuk papierosów dziennie. Chory nie zgłasza uczuleń na leki. W wywiadzie przebyty nowotwór fałdu głosowego prawego (2006 r.) i pęcherza moczowego (2009 r.), które leczone były radykalną radioterapią.

Pan T.M. ma guz nowotworowy w płucu lewym, wieloletnią astmę, pierwotne nadciśnienie tętnicze oraz hipercholesterolemię.

Ciśnienie tętnicze krwi 115/82 mmHg, tętno prawidłowe, miarowe 72 uderzeń/min. Temperatura ciała 36,7 °C. Saturacja 97%. Występowanie miejscowych obrzęków oraz żylaków kończyn dolnych. Brak sinicy, omdleń nie zgłasza. Pacjent skarży się na nawracające zawroty głowy, odczuwanie bólu w klatce piersiowej oraz uczucie ciężkości nóg, zwłaszcza po podjętym wysiłku fizycznym.

Oddech jest zaburzony (świszczący, niemiary) z częstotliwością 15 oddechów/min, krwista płwocina, chrypka, występowanie duszności spoczynkowej.

Wzrost 175 cm, masa ciała 55 kg, BMI wynoszące 17,96 kg/m², oznaczające niedowagę. W jamie ustnej widoczne zmiany patologiczne w śluzówce, jakimi są afty. Pacjent posiada pełną protezę zębową. Zgłasza znaczną utratę apetytu, trudności w przełykaniu oraz wzmożone pragnienie. Odżywia się doustnie, przy zastosowaniu diety łatwo strawnej.

W celu odprowadzania moczu z pęcherza moczowego założono cewnik Folleya. Chory nie zgłasza dolegliwości bólowych oraz pieczenia. Bilans wodno- elektrolitowy jest zerowy.

Pacjent jest senny, w logicznym kontakcie słownym. Pamięć zachowana. Ze względu na wadę wzroku- dalekowzroczność, nosi okulary korekcyjne. Ma niedosłuch, przez co posiada aparat słuchowy.

Układ kostno- stawowy nieprawidłowy. Zaburzona sprawność fizyczna z ograniczeniem mobilności stawów i siły napięcia mięśniowego. Brak niedowładów oraz zwyrodnienia kończyn.

Stan skóry prawidłowy z brakiem zmian dermatologicznych i odparzeń. Kolor bladoróżowy. Ze względu na ograniczenia ruchowe i wymaganą pomoc w czynnościach higienicznych, występuje zwiększone ryzyko powstania odleżyn.

Samopoczucie określa jako złe, w obniżonym nastoju. Zgłasza lęk i niepokój, spowodowany hospitalizacją. Ma negatywne nastawienie do leczenia, zaburzoną orientację w sprawach zdrowia. Dość dobrze adaptuje się do warunków szpitalnych.

Pacjent informuje o odczuwaniu dolegliwości bólowych, zlokalizowanych w obrębie barków i klatki piersiowej, opisując charakter bólu jako nieswoisty i zróżnicowany, a nasilenie na 6 w skali NRS. Jako okoliczności nasilające zgłoszone dolegliwości bólowe określa głębokie oddychanie i nadmierny wysiłek fizyczny.

Do leków i suplementów diety przyjmowanych przez pacjenta należą: Alvesco 160, Beto 50 ZK, Tertensif SR 1,5 mg, Amlopin 10 mg, Torvalipin 20 mg, Axtil 10 mg, magnez, witaminy A+E, B, C, D3.

Choroba zasadnicza: nowotwór płuc (według kodu ICD-10: C34).

Choroby współistniejące i zaburzenia:

- astma oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn alergicznych (według kodu ICD-10: J45.0),
- samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze (według kodu ICD-10: I10),
- czysta hipercholesterolemia (według kodu ICD-10: E78.0).

Podczas hospitalizacji pacjent został poddany szczegółowej diagnostyce.

Zastosowane leczenie: Nawodnienie (Optilyte, 0,9% NaCl, Ringer), Furasemid, Corhydron 100 mg, Tramal 50mg/1 ml, Lacidofil, Levoxa 500 mg, Berodual 0,5 mg+ 0,25 mg/ml, Nebbud 0,5 mg/ml, Clexane 40 mg, Pyralgin 500 mg, Beto 50 ZK, Tertensif SR 1,5 mg, Amlopin 10 mg, Torvalipin 20 mg, Axtil 10 mg, Alvesco 160 mcg, Metoclopramidum Polpharma 10 mg, Octeangin 2,6 mg, tlenoterapia bierna.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Problem 1: Przewlekły, mokry kaszel z odksztuszaniem krwistej wydzieliny, spowodowany nowotworem płuc.

Cel opieki: Zmniejszenie natężenia kaszlu.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- pomiar liczby oddechów pacjenta na minutę za pomocą zegarka z minutnikiem poprzez obserwację ruchów klatki piersiowej, co dwie godziny,
- ocena poziomu duszności za pomocą skali MRC i ewentualnych trudności w oddychaniu,
- zastosowanie pozycji półsiedzącej lub siedzącej,
- podaż leków przeciwkaszlowych (Berodual 0,5 mg+ 0,25 mg/ml) na zlecenie lekarza,
- zastosowanie techniki fizjoterapii oddechowej w postaci oddychania przeponowego, wspomagającego proces wymiany gazowej między organizmem a otoczeniem,
- zapewnienie pacjentowi spokoju i redukcja źródeł stresu,
- edukacja w zakresie metod efektywnego oddychania i skutecznego odksztuszania,
- regularne nawadnianie (2 litry wody dziennie),
- nawilżanie jamy ustnej pacjenta poprzez zastosowanie nasączonych wodą jałowych gazików (co dwie godziny, przed i po posiłkach oraz przed snem i zaraz po przebudzeniu),
- zapewnienie miski nerkowatej i ligniny,
- ocena wyglądu i ilości odksztuszanej wydzieliny,
- monitorowanie oraz dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, częstość oddechów, temperatura ciała) co dwie godziny.

Ocena: Według skali MRC pacjent uzyskał 3 punkty, co oznacza wysokie natężenie duszności oraz niską rezerwę wydolności fizycznej. Poprzez zastosowanie farmakoterapii oraz udogodnień intensywność kaszlu została zmniejszona. Wartości parametrów życiowych utrzymywały się w normie: RR: 115/82 mmHg, tętno: 94 uderzeń/ minutę, oddechów: 15/ minutę, temperatura ciała: 36,7 °C. Odkrztuszana przez pacjenta wydzielina miała krwisty charakter, a jej objętość wyniosła 10 ml/ dziennie. Działania należy kontynuować.

Problem 2: Nieswoisty i zróżnicowany ból w klatce piersiowej i barkach spowodowany obecnością zmiany nowotworowej.

Cel opieki: Zniwelowanie dolegliwości bólowych w obrębie klatki piersiowej.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- ocena stopnia nasilenia bólu dzięki zastosowaniu skali NRS,
- podaż leków przeciwbólowych (Tramal 50 mg/1ml, Pyralgin 500 mg) zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja efektów zastosowanego leczenia farmakologicznego,
- zastosowanie technik relaksacyjnych,
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego,
- unikanie sytuacji stresogennych, poprzez informowanie pacjenta odnośnie kolejno podejmowanych procedur,
- stałe monitorowanie oraz dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, częstość oddechów, temperatura ciała) co dwie godziny,

Ocena: Dzięki podjętym działaniom pielęgniarskim oraz zastosowanej farmakoterapii w postaci leków: Tramal 50 mg/1ml, Pyralgin 500 mg, ból w obrębie klatki piersiowej uległ zmniejszeniu (ból w skali NRS przed podażą leków określony został na 9, natomiast po ich zastosowaniu: 6).

Problem 3: Chrypka i uczucie suchości w jamie ustnej spowodowane długoletnim nikotynizmem oraz postępującymi złożonymi interakcjami poprzez wpływ na organizm guza nowotworowego.

Cel opieki: Zmniejszenie chrypki i suchości w jamie ustnej.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- ocena charakteru i nasilenia chrypki,
- wykonanie testu uzależnienia od nikotyny według *Fagerströma* oraz edukacja w zakresie szkodliwości dymu tytoniowego,
- podaż preparatów łagodzących podrażnienie gardła (Octeangin 2,6 mg) , zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja skuteczności zastosowanego leczenia,

- zapewnienie codziennej podaży 2 litrów wody w celu zapewnienia odpowiedniego nawodnienia organizmu,
- nawilżanie ust chorego,
- zalecenie zastosowania techniki mówienia z przepony, która ma na celu zmniejszenie obciążenia strun głosowych.

Ocena: Posługując się testem uzależnienia od nikotyny według *Fagerströma*, stwierdzono silny stopień uzależnienia od nikotyny (8 punktów), przeprowadzono edukację odnośnie szkodliwości dymu tytoniowego. Dzięki podjętym działaniom pielęgniarskim chrypka i uczucie suchości w jamie ustnej zostało zmniejszone. Podjęte działania należy wciąż kontynuować.

Problem 4: Przewlekła duszność spoczynkowa spowodowana postępującą chorobą nowotworową płuc.

Cel opieki: Zmniejszenie nasilania się duszności.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- ocena stopnia nasilenia duszności poprzez wykorzystanie skali MRC wraz z czasem jej trwania,
- obserwacja ilości oddechów,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, częstość oddechów, temperatura ciała) co dwie godziny,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali (utrzymanie temperatury pomieszczenia w granicach 18-22°C, a wilgotności powietrza: 50-70%) poprzez wietrzenie pomieszczenia trzy razy dziennie,
- zastosowanie tlenoterapii biernej o przepływie 5 l/ min, w przypadku odnotowania niskiej saturacji,
- podaż leków (Berodual 0,5 mg+ 0,25 mg/ml, Alvesco 160 mcg) zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- zachęcenie do zastosowania techniki oddychania przeponowego,
- ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej,
- wykazanie wsparcia emocjonalnego.

Ocena: W skali MRC pacjent uzyskał 3 punkty, co oznacza wysokie natężenie duszności oraz niską rezerwę wydolności fizycznej. Odnotowano 15 oddechów na minutę. Dzięki zastosowanej tlenoterapii biernej o przepływie 5 l/min. wartość saturacji wzrosła z 93% do

97%, po czym stale się utrzymywała. Duszność uległa zmniejszeniu. Problem do dalszej obserwacji, kontynuacja działań pielęgnacyjnych.

Problem 5: Obrzęk kończyn dolnych z towarzyszącym uczuciem ciężkości nóg spowodowany brakiem odpowiedniej aktywności fizycznej, co skutkuje nieodpowiednią cyrkulacją krwi.

Cel opieki: Zmniejszenie obrzęku kończyn dolnych.

Interwencje pielęgniarские/Realizacja:

- ograniczenie długotrwałego pozostawania w pozycji leżącej,
- zastosowanie właściwego nawodnienia pacjenta (2 litry wody dziennie),
- zachęcenie pacjenta do regularnej zmiany pozycji ciała,
- umieszczenie poduszek pod kończyny dolne podczas leżenia,
- wykonanie masażu klasycznego kończyn dolnych z zastosowaniem techniki wibracji,
- zastosowanie drenażu limfatycznego kończyn dolnych raz dziennie,
- wykorzystanie rajstop uciskowych.

Ocena: Poprzez zastosowanie udogodnień obrzęk kończyn dolnych zmniejszył się.

Problem 6: Ból w obrębie jamy ustnej spowodowany obecnością aft

Cel opieki: Zlikwidowanie aft występujących w jamie ustnej.

Interwencje pielęgniarские/Realizacja:

- przeprowadzenie wywiadu dotyczącego częstości oraz zaobserwowanych czynników mogących nasilać występowanie wrzodziejących owrzodzeń na błonie śluzowej jamy ustnej,
- ocena liczby i lokalizacji aft,
- podaż leków przeciwbólowych (Pyralgin 500 mg) na zlecenie lekarza,
- edukacja pacjenta odnośnie prawidłowej higieny jamy ustnej, opierającej się na: codziennym oczyszczaniu protez zębowych miękka szczoteczką i płynem do ich czyszczenia, usuwaniu z nich resztek jedzenia po posiłkach, zdejmowaniu protez na noc oraz czyszczeniu języka,
- zastosowanie płukanki do jamy ustnej na bazie szalwii lekarskiej.

Ocena: Poprzez edukację odnośnie prawidłowej higieny jamy ustnej, podaż leków przeciwbólowych (Pyralgin 500 mg) oraz stosowanie płukanki na bazie szalwii lekarskiej

proces likwidacji powstałych aft został przyspieszony, a towarzyszący temu ból w obrębie jamy ustnej uległ zmniejszeniu.

Problem 7: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane długotrwałym unieruchomieniem

Cel opieki: Eliminacja ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- wykorzystanie skali Norton do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn,
- częsta zmiana pozycji ciała w łóżku,
- stałe utrzymywanie czystości powłok skórnych,
- codzienna ocena stanu skóry,
- zachęcenie do podejmowania aktywności fizycznej, przy asyście personelu medycznego,
- oklepywanie i masaż miejsc szczególnie narażonych na ucisk,
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego,
- regularne nawadnianie (2 litry wody dziennie).

Ocena: Pacjent uzyskał 14 punktów w skali Norton. Poprzez zastosowanie udogodnień oraz wprowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej ryzyko wystąpienia odleżyn zmniejszyło się. Należy stale kontynuować podjęte działania pielęgnacyjne i obserwować ich efektywność.

Problem 8: Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego z powodu ograniczenia ruchowego

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka powikłań ze strony układu oddechowego.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- kontrola liczby i charakteru oddechów,
- wprowadzenie gimnastyki oddechowej, opartej na ćwiczeniach przepony w pozycji leżącej na plecach, przy zastosowaniu woreczka z piaskiem umieszczonego na nadbrzuszu,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali (utrzymanie temperatury pomieszczenia w granicach 18-22°C, a wilgotności powietrza: 50-70%) poprzez wietrzenie pomieszczenia trzy razy dziennie,

Ocena: Ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego, mogących wystąpić w postaci zapalenia płuc, hipowentylacji bądź niedodmy płuc, zostało zmniejszone.

Problem 9: Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Folleya do pęcherza moczowego

Cel opieki: Zmniejszenie się ryzyka zakażenia układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłoszenia odczuwanego bólu bądź dyskomfortu w obrębie okolicy cewki moczowej, mogących świadczyć o rozpoczynającym się procesie zakażenia układu moczowego,
- obserwacja ilości oraz barwy wydalanego moczu,
- utrzymanie czystości skóry wokół miejsca wejścia cewnika Folleya, poprzez regularne mycie tych okolic wodą i łagodnym środkiem do higieny intymnej, po czym delikatne osuszenie miejsca miękkim ręcznikiem,
- unikanie manipulacji w obrębie cewnika Folleya,
- wykonywanie testów paskowych do analizy pH moczu co dwa dni, w celu sprawnego wykrycia ewentualnego zakwaszenia moczu.

Ocena: Zanotowana wartość diurezy dobowej wyniosła 2 litry. Barwa moczu: żółta. Wyniki wykorzystanych testów paskowych wykluczyły zakwaszenie moczu. Pacjent nie ma cech zakażenia, a zastosowana pielęgnacja minimalizuje ryzyko jego wystąpienia.

Problem 10: Ryzyko wystąpienia powikłania w postaci infekcji z powodu założonego wkłucia obwodowego

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniom dostępu żylnego podczas pobytu na oddziale.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- użycie skali Baxtera w celu wzrokowej i palpacyjnej oceny miejsca oraz okolicy wkłucia obwodowego, w której obserwacji podlegają widoczne cechy zaczerwienienia, obrzęku lub stwardnienia oraz bólu odczuwanego przez pacjenta,
- zastosowanie zasad antyseptyki podczas codziennych zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, poprzez mycie, dezynfekcje rąk oraz stosowanie jednorazowych rękawiczek ochronnych przed każdą czynnością związaną z obsługą kaniuli,
- używanie jałowych gazików, zestawów do przetaczania płynów oraz koreczków,
- regularna wymiana opatrunków,
- odpowiednie zabezpieczenie wkłucia dożylnego, przy zastosowaniu elastycznej siatki opatrunkowej.

Ocena: : Brak powikłań związanych z ewentualnym zakażeniem wkłucia centralnego.

Problem 11: Obniżenie nastroju pacjenta spowodowane odczuwanym lękiem i niepokojem związanym z hospitalizacją

Cel opieki: Poprawa nastroju i zminimalizowanie odczuwanego lęku.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- okazywanie choremu akceptacji, zainteresowania i wsparcia,
- zapoznanie z personelem medycznym,
- zachęcenie do rozmowy z psychologiem,
- zapoznanie z kartą praw pacjenta,
- zapewnienie kontaktu z rodziną.

Ocena: Nastrój pacjenta uległ poprawie, a uczucie lęku się zminimalizowało.

Problem 12: Utrata wagi spowodowana toczącym się procesem chorobowym wraz z występowaniem nudności i wymiotów

Cel opieki: Zatrzymanie dalszej utraty wagi poprzez zapobieganie odwodnieniu i wyeliminowaniu nudności oraz wymiotów.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- podaż leków przeciwwymiotnych (Metoclopramidum Polpharma 10 mg) zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- zapewnienia odpowiedniego nawodnienia w postaci podaży 2 litrów wody dziennie,
- pozostawienie w pobliżu łóżka pacjenta ligniny i miski nerkowatej,
- podaż doustnych preparatów wysokobiałkowych raz dziennie (Nutridrink),
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali, w której przebywa pacjent (utrzymanie temperatury pomieszczenia w granicach 18-22°C, a wilgotności powietrza: 50-70%), poprzez wietrzenie jej trzy razy dziennie.

Ocena: Nudności i wymioty zostały zniesione. Brak cech, takich jak zmniejszona ilość wydalanego moczu, szybsze tętno, słabsza elastyczność powłok skórnych, mogących świadczyć o odwodnieniu. Problem do dalszej obserwacji, kontynuacja podjętych wcześniej działań pielęgnacyjnych.

Problem 13: Deficyt samoopieki spowodowany zmniejszeniem siły mięśniowej

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu samoopieki.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- ocena ograniczeń wynikających z deformacji stawów,

- skorzystanie ze skali ADL, w celu dokonania oceny samodzielności pacjenta w podstawowych czynnościach życia codziennego,
- zapewnienie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu do wykonania codziennych czynności lub pomoc w ich realizacji,
- zachęcanie pacjenta do podejmowania wysiłku fizycznego, w postaci krótkich spacerów,
- współpraca z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

Ocena: Pacjent otrzymał 3 punkty w skali ADL, co wskazuje na osobę umiarkowanie niesprawną. W wyniku zastosowanych działań pielęgniarskich pacjent zwiększył swój deficyt odnośnie samoopieki. Dzięki temu możliwa jest poprawa jakości funkcjonowania pacjenta w najbliższym czasie.

Problem 14: Brak bezpieczeństwa pacjenta spowodowany narastającymi trudnościami z poruszaniem się oraz uczucie zawrotów głowy, związane z postępującą chorobą nowotworową, utrudniają codzienne funkcjonowanie

Cel opieki: Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz pomoc w usprawnieniu codziennego funkcjonowania chorego.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- asekuracja pacjenta podczas poruszania się,
- udzielenie informacji odnośnie konieczności powolnego wstawania i zmiany pozycji,
- zastosowanie skali Barthel, w celu oceny sprawności ruchowej pacjenta,
- zapewnienie chodzika rehabilitacyjnego,
- zastosowanie łóżka z barierkami,
- współpraca z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

Ocena: Poprzez zastosowaną skalę Barthel, w której pacjent uzyskał 55 punktów, uzyskano szczegółowe informacje odnośnie sprawności ruchowej pacjenta, a jego stan oceniono jako średnio ciężki. Pacjent otrzymał odpowiednie wsparcie podczas poruszania się, co przyczyniło się do uniknięcia urazów oraz zminimalizowania zawrotów głowy.

Problem 15: Zaburzenia rytmu dobowego objawiające się nadmierną sennością w ciągu dnia wraz z występowaniem bezsenności w nocy spowodowane rozwojem depresji

Cel opieki: Unormowanie rytmu dobowego.

Interwencje pielęgniarskie/Realizacja:

- zapoznanie pacjenta z zasadami higieny snu,
- wsparcie psychiczne poprzez rozmowę z pacjentem, aktywne słuchanie i wyrażanie empatii,
- wykorzystanie skali GDS, w celu dokonania przesiewowej oceny depresji,
- zastosowanie skali senności Epworth, aby ocenić senność w ciągu dnia,
- posłużenie się Ateńską skalą bezsenności w celu wykrycia występowania bezsenności w godzinach nocnych,
- sprawdzenie poczucia koherencji poprzez skorzystanie z Kwestionariusza Orientacji Życiowej,
- codzienne trzykrotne wietrzenie sali w której znajduje się pacjent,
- zalecenie unikania drzemek w ciągu dnia,
- zasłonięcie okien w porze nocnej na czas snu,
- zapewnienie kontaktu z rodziną,
- współpraca z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

Ocena: W skali GDS pacjent uzyskał 20 punktów, czego wynik wskazuje na depresję głęboką. Według Ateńskiej skali bezsenności (suma uzyskanych punktów przez pacjenta: 14 punktów) pacjent cierpi na bezsenność, natomiast dzięki posłużeniu się skalą Epworth (suma uzyskanych punktów przez pacjenta: 15 punktów) uzyskano informację odnośnie umiarkowanie nasilonej senności w ciągu dnia. Systematyczne wdrażanie zaplanowanych działań przyczyniło się do nieznacznej poprawy samopoczucia pacjenta i unormowania rytmu dobowego. Problem do dalszej obserwacji.

WNIOSKI

Rak płuc należy do grupy złośliwych chorób nowotworowych. Ryzyko zachorowalności wzrasta wraz z wiekiem i w znacznym stopniu powiązane jest z toksynami występującymi w dymie papierosowym. Leczenie obejmuje zarówno aspekt psychiczny, jak i fizyczny [1, 4].

Rola pielęgniarki nad pacjentem z nowotworem płuc powinna być wielokierunkowa, odnosi się do pielęgnacji pacjenta, jego edukacji, rehabilitacji, jak i wsparcia.

PIŚMIENNICTWO

1. Dylewska M., Mikułowska M., Nowa S. i wsp.: Rak płuca w Polsce—perspektywa społeczna i medyczna. Raport Sequence HC Partners, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego 2016: 7-15.
2. Szlitkus P. I.: Epidemiologia nowotworu płuc w Polsce. *Letters in Oncology Science* 2018; 15(2): 71-77.
3. Łaczmańska I., Dębicka I., Gil J. i wsp.: Medycyna personalizowana w raku płuca. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory* 2021, 6(2): 143-149.
4. Modlińska, A., Kowalczyk, A.: Rak płuca—epidemiologia, obraz kliniczny oraz społeczne następstwa choroby. *Psychoonkologia* 2016; 20 (2): 57-65.

OCENA POZIOMU WIEDZY KOBIECI NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Karolina Szymaniuk^{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 piersi jest jedną z najpowszechniejszych chorób, która występuje u kobiet na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), co roku na świecie diagnozuje się około 2 miliony nowych przypadków raka piersi, co sprawia, że jest to druga najczęściej występująca forma nowotworu u kobiet. W miarę, jak ta choroba staje się coraz bardziej powszechna, profilaktyka raka piersi i wczesne wykrycie stają się kluczowymi elementami w zmniejszeniu jej występowania [1].

Niezwykle istotne jest, aby kobiety miały odpowiednią wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, w tym regularnych badań przesiewowych, zdrowego stylu życia oraz czynników ryzyka związanego z tą chorobą [2]. Jednak poziom tej wiedzy może znacząco różnić się w zależności od regionu, kultury i dostępu do informacji. W związku z tym, ocena poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi staje się kluczowym zagadnieniem w obszarze zdrowia publicznego [3].

W ramach bowiem rozszerzenia tego zagadnienia, warto podkreślić, że edukacja i kampanie informacyjne skierowane do społeczeństwa są niezbędne, aby zwiększyć świadomość i zrozumienie dotyczące profilaktyki raka piersi. Wdrażanie kompleksowych programów edukacyjnych oraz świadomościowych, dostosowanych do różnych regionów i kultur, może istotnie przyczynić się do poprawy stanu wiedzy i skutecznej prewencji raka piersi. Ostatecznym celem jest osiągnięcie globalnej równowagi w zakresie profilaktyki, co będzie kluczowe dla redukcji wszechobecnego zagrożenia, jakim jest rak piersi u kobiet na całym świecie.

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Ocena poziomu wiedzy kobiet dotycząca profilaktyki raka piersi w zależności od danych demograficznych.
2. Zdefiniowanie, czym jest profilaktyka oraz jak ważna jest jej znajomość w przypadku raka piersi.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono na terenie województwa podlaskiego, a badaniem objęto 200 kobiet losowo dobranych, zamieszkujących obszary miejsce i wiejskie, które były w wieku poniżej 45 do 80 lat.

W ramach przeprowadzonych badań zastosowano metodę badawczą – sondaż diagnostyczny. Wykorzystano narzędzie badawcze - specjalnie przygotowany kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ten został opracowany po dokładnym przeglądzie literatury przedmiotu, aby zagwarantować jego adekwatność i skuteczność. Uczestnictwo w badaniach było całkowicie dobrowolne i przeprowadzono je w formie anonimowej. Ponadto, istotnym elementem było upewnienie się, że pytania zawarte w ankiecie były zrozumiałe i dostosowane do celów badawczych, co miało wpływ na jakość zebranych danych.

Kwestionariusz składał się z 2 części:

- części metryczkowej, zawierającej niezbędne dane takie jak wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania,
- części zasadniczej, która złożona była z 6 pytań wielokrotnego wyboru oraz z 15 pytań zamkniętych.

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 chi². Przyjęto poziom istotności wyników $\alpha \leq 0,05$.

Badania prowadzono w okresie od stycznia do marca 2024r., po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

WYNIKI

Przedstawienie grupy badanej

W grupie badanej znalazło się 200 kobiet. Najwięcej ankietowanych mieściło się w przedziale wieku poniżej 45- go roku życia (n=120; 60,0%), najmniej zaś, bo zaledwie 10

osób (5,0%) - w najstarszym przedziale wiekowym 56-80 lat. Rozpatrując wiek badanych pod względem miejsca zamieszkania zauważono, że spośród 32 kobiet mieszkających na wsi (16,0%) i 168 mieszkających w mieście (84,0%), najczęściej do badania przystępowały respondentki poniżej 45- go roku życia - odpowiednio (n=16; 8,0%) i (n=104; 52,0%).

Analiza danych wykazała, że 3/4 kobiet przystępujących do badania pozostawała w związku (75,0%), przy czym 62,5% z nich stanowiły kobiety mieszkające w mieście (n=125), a 12,5% mieszkające na wsi (n=25).

Najwięcej badanych wykazało posiadanie wykształcenia wyższego (n=152; 76,0%), przy czym 65,5% z nich stanowiły kobiety mieszkujące w mieście (n=131), zaś 10,5% (n=21) na wsi.

Z kolei najczęstszym źródłem utrzymania ankietowanych okazała się praca umysłowa (n=116; 58,0%), przy czym ten rodzaj pracy wykonywało aż 52,5% kobiet mieszkających w mieście (n=105) i tylko 5,5% mieszkających na wsi (n=11). Należy zauważyć, że wśród kobiet pracujących na wsi najczęstszą formą utrzymania okazała się praca fizyczna (n=14; 7,0%).

Szczegółowe opracowanie badań

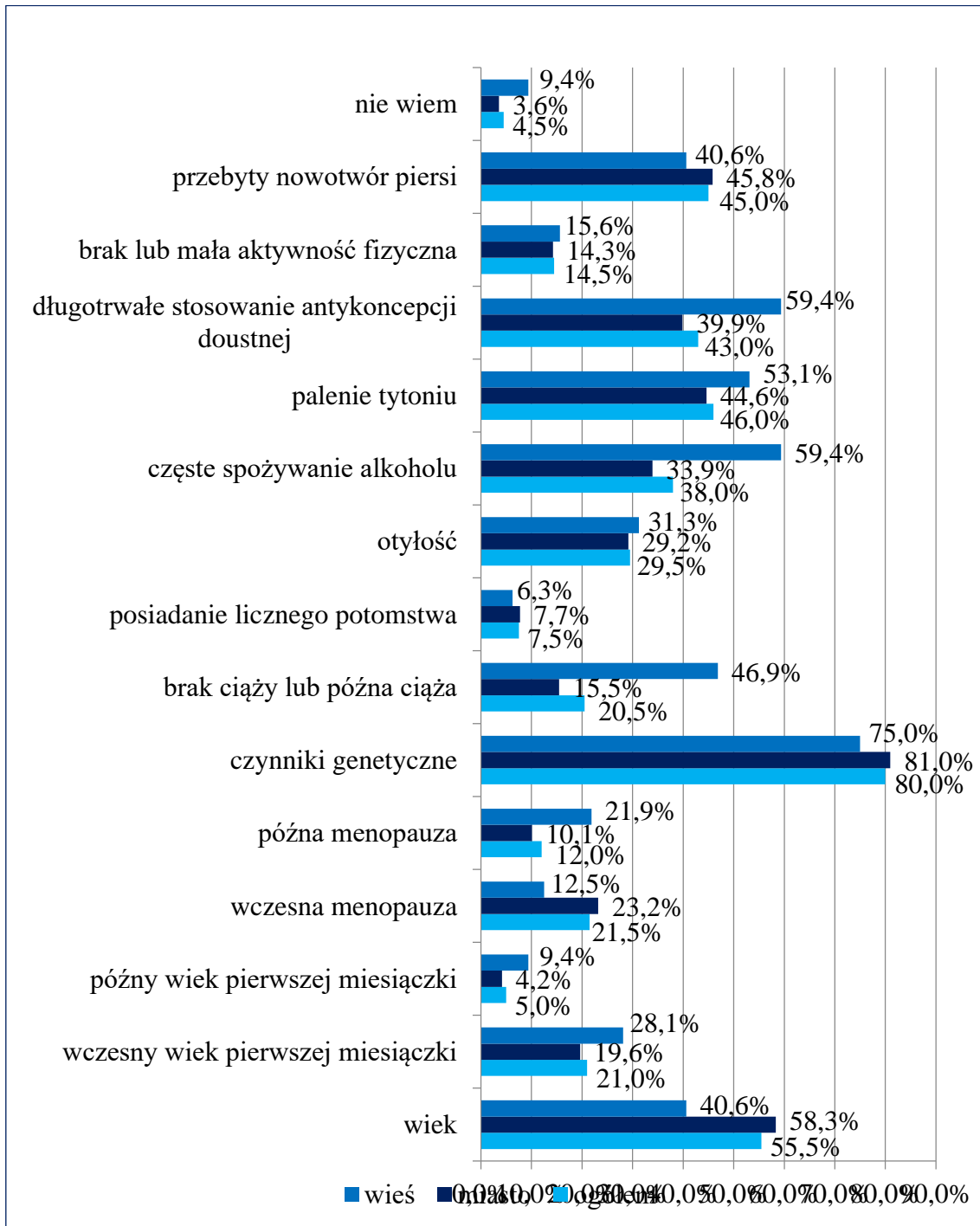
Najpopularniejszym źródłem informacji na temat profilaktyki raka piersi okazał się Internet, na co wskazywało ponad 3/4 grupy badanej (n=157; 78,5%). Wśród kobiet mieszkających w mieście taką odpowiedź wskazywało 76,2% ankietowanych (n=128), zaś mieszkających na wsi aż 90,6% (n=29). Zaledwie 7 respondentek wykazało brak zainteresowania poszerzeniem wiedzy w tym temacie (3,5%).

Najbardziej znaną organizacją zajmującą się profilaktyką raka piersi okazała się Rak`n`Roll (n=176; 88,0%), przy czym była to najczęściej wymieniana organizacja jedynie przez kobiety mieszkające w mieście (n=152; 90,5%). W grupie mieszkających na wsi najbardziej znaną okazała się Kampania Różowa Wstążka (n=28; 87,5%).

Największą zachorowalność na raka piersi zarówno według mieszkanek miast, jak i wsi odnotowuje się w przedziale wieku 51-69 lat, co potwierdziło 37,0% grupy badanej (n=74).

Najczęściej wskazywanym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi okazało się obciążenie genetyczne, na co wskazywało 4/5 grupy badanej (n=160; 80,0%), w tym 81,0% spośród mieszkanek miasta (n=136) i 75,0% spośród mieszkanek wsi (n=24). Ponad połowa badanych wskazywała również na wiek (n=111; 55,0%), przy czym

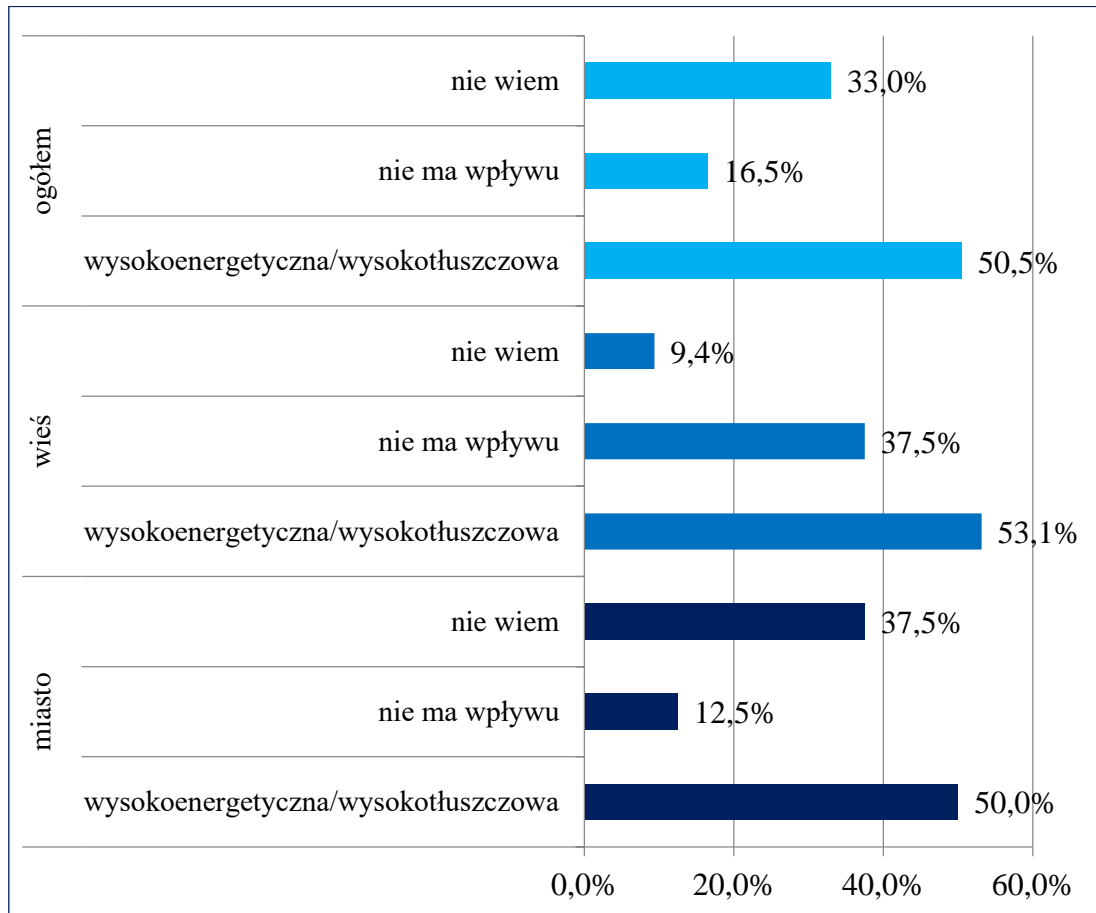
częściej takiej odpowiedzi udzielały kobiety mieszkające na wsi niż w mieście (53,1% vs. 44,6%) - Rycina 1.



Rycina 1. Opinia ankietowanych na temat czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi a miejsca zamieszkania. *pytanie wielokrotnego wyboru

Połowa ankietowanych uważa, że na rozwój raka piersi ma wpływ dieta wysokoenergetyczna/wysokotłuszczowa (n=101; 50,5%), na co wskazywało 53,1% mieszkanek wsi (n=17) oraz 50,0% mieszkanek miast (n=84). Jedna trzecia badanych uznała

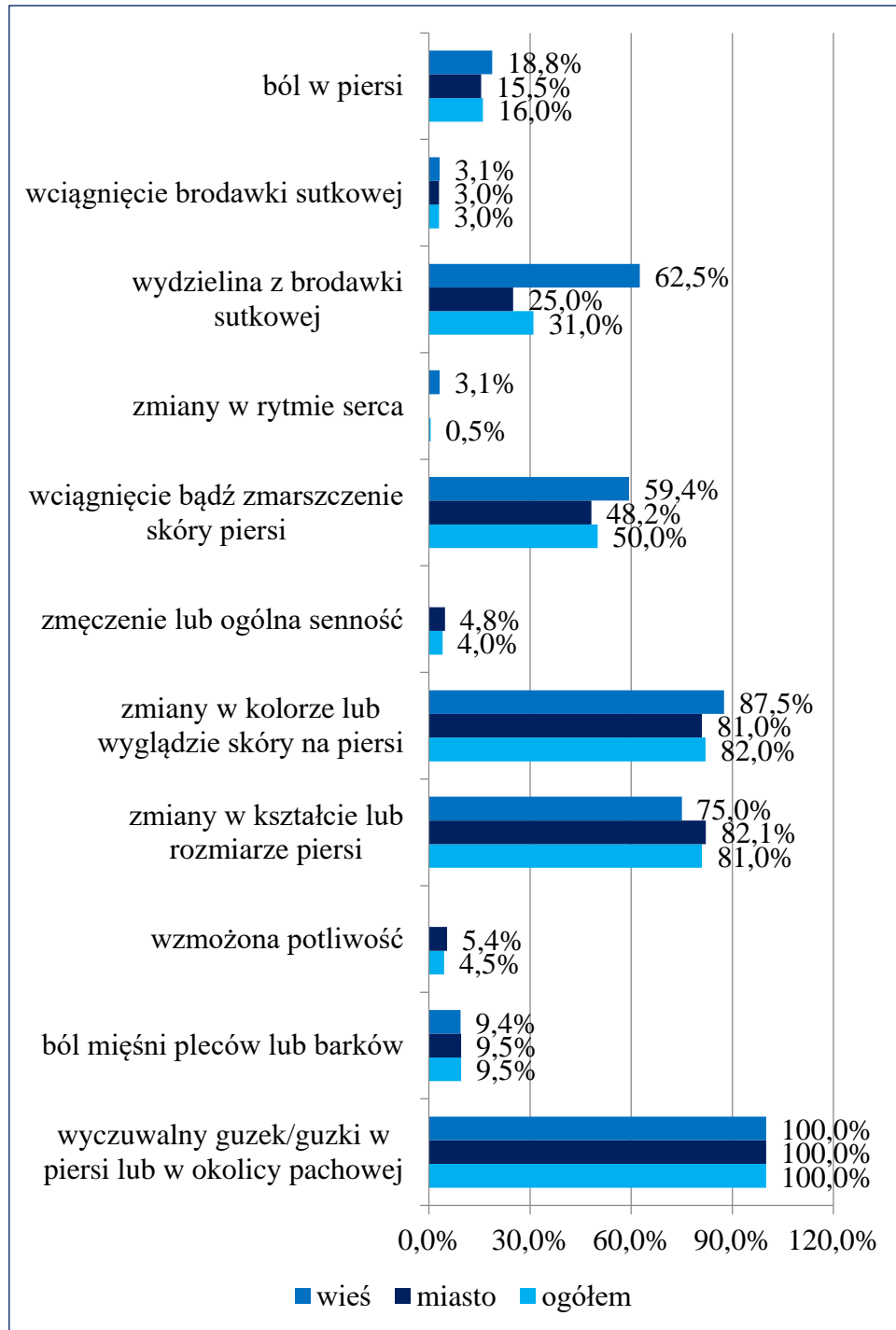
natomiast, że rodzaj stosowanej diety nie ma żadnego wpływu na rozwój raka piersi (n=66; 33,0%) - Rycina 2.



Rycina 2. Opinia ankietowanych na temat rodzaju diety wpływającej na rozwój na raka piersi a miejsca zamieszkania.

Za najczęściej wykrywane zmiany w piersiach, których obecność nie jest jednoznaczna z obecnością nowotworu piersi uznano torbiele (n=62; 124,0%), na co wskazywało 71,9% mieszkanek wsi (n=23) oraz 60,1% mieszkanek miast (n=101).

Najbardziej niepokojącym objawem mogącym świadczyć o obecności raka piersi według całej grupy badanej okazał się wyczuwalny guzek/guzki w piersi lub okolicy pachowej (n=200; 100,0%). W grupie kobiet mieszkających na wsi na drugim miejscu znalazły się zmiany w kolorze lub wyglądzie skóry na piersi (n=28; 87,5%), zaś w grupie mieszkających w mieście - zmiany w kształcie lub rozmiarze piersi (n=138; 82,1%) – Rycina 3.



Rycina 3. Opinia ankietowanych na temat objawów, które mogą wskazywać na raka piersi a miejsce zamieszkania.

Najczęstszym powodem wykonywania badań profilaktycznych piersi przez kobiety jest chęć wykrycia ewentualnych zmian na wczesnym etapie (n=129; 64,5%). Analiza danych wykazała również, że 14,9% kobiet mieszkających w mieście (n=25) i ponad 1/5 kobiet mieszkających na wsi w ogóle nie wykonuje badań profilaktycznych piersi (n=7; 21,9%).

Analiza danych wykazała, że podczas wizyt ginekologicznych 2/5 mieszkank miast (n=67; 39,9%) i niespełna 2/5 mieszkank wsi (n=12; 37,5%) nigdy nie miało wykonywanych badań piersi.

Ponad 1/4 grupy badanej nie miała również nigdy wykonywanej mammografii ani USG piersi (n=53; 26,5%), przy czym problem ten dotyczy aż 28,0% mieszkank miast (n=47) i 18,8% mieszkank wsi (n=6).

47,0% respondentek uważa, że badanie USG piersi zaleca się przede wszystkim młodym kobietom po 20 - tym roku życia (n=94), przy czym takiego zdania jest ponad połowa mieszkank wsi (n=17; 53,1%) i ponad 2/5 mieszkank miast (n=77; 45,8%). 12,5% kobiet żyjących w mieście nie wie w ogóle komu zaleca się wykonanie takiego badania (n=21).

Ponad 4/5 grupy badanej uważa, że wykonanie mammografii zaleca się kobietom po 40- tym roku życia (n=163; 81,5%), przy czym takiego zdania jest 79,8% mieszkank miast (n=134) i aż 90,6% mieszkank wsi (n=29). 1/10 badanych nie wie natomiast w jakim wieku powinno się zacząć rozważać wykonanie takiego badania (n=21; 10,5%).

Ponad 3/4 respondentek wskazywało, że darmową mammografię mogą wykonać kobiety w przedziale wieku 45-74 lata (n=157; 78,5%), przy czym takiej odpowiedzi udzielało 3/4 mieszkank miast (n=127; 75,6%) i aż 93,8% mieszkank wsi (n=30). 1/10 badanych nie wie, w jakim wieku można wykonać darmowe badanie mammograficzne (n=21; 10,5%).

Ponad połowa grupy badanej wykazała, że mammografię powinno się powtarzać co 2 lata (n=114; 57,0%), przy czym częściej takiego zdania były mieszkanki wsi niż miasta (n=25; 78,1% vs. n=89; 53,0%). 16,0% respondentek przyznało natomiast, że nie wie z jaką częstotliwością powinno wykonywać się takie badanie.

3/5 ankietowanych uważa, że samobadanie piersi należy wykonywać już od 20- go roku życia (n=119; 59,5%), przy czym równie często takiego zdania były mieszkanki wsi (n=19; 59,4%) i miast (n=100; 59,5%). Zaledwie 6,5% badanych nie wie, w którym wieku należy rozpocząć taką praktykę (n=13).

Ponadto 70,5% pytanych uważa, że takie samobadanie należy wykonywać raz w miesiącu (n=141), na co wskazywało aż 78,1% mieszkank wsi (n=25) i 69,0% mieszkank miast (n=116).

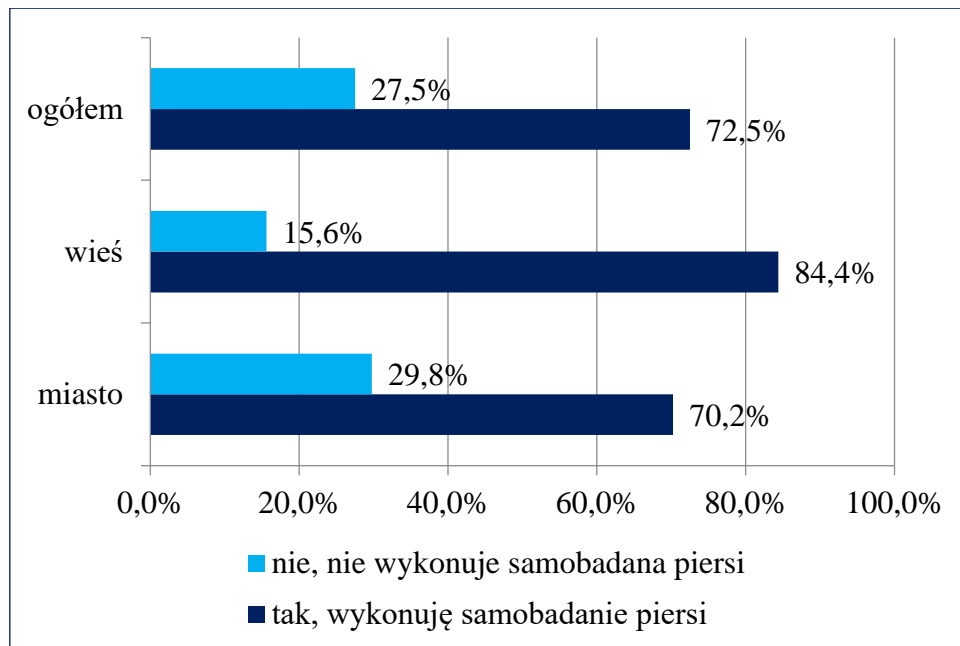
Ponad 3/5 kobiet miesięczkujących wskazało, że samobadanie piersi najlepiej wykonywać od 3 do 5 dni po miesiączce (n=127; 63,5%), na co wskazywało 71,9% mieszkank wsi (n=23) oraz 61,9% mieszkank miast (n=104).

Natomiast w grupie kobiet w okresie menopauzy i po menopauzie najczęściej udzielaną odpowiedzią było "po wybraniu stałej daty w miesiącu, np. pierwszego lub ostatniego dnia każdego miesiąca" (n=89; 44,5%), przy czym częściej takiej odpowiedzi udzielały mieszkanki miast niż wsi - odpowiednio (n=77; 45,8%) i (n=12; 37,5%).

Blisko połowa badanych za pozycję najodpowiedniejszą do samobadania piersi wskazała pozycję stojącą (n=99; 49,5%), co potwierdziło 50,0% mieszkanek miast (n=84) i 46,9% mieszkanek wsi (n=15). 5% ankietowanych przyznało natomiast, że nie wie, w jakiej pozycji należy wykonywać takie badanie (n=10).

Ponad połowa grupy badanej za najodpowiedniejszą technikę samobadania piersi uznała badanie opuszkami palca wskazującego, środkowego i serdecznego (n=113; 56,5%), co potwierdziło 62,5% mieszkanek wsi (n=20) oraz 55,4% mieszkanek miast (n=93). 11,0% badanych przyznała natomiast, iż nie wie jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi (n=22).

Analiza danych wykazała również, że 72,5% badanych kobiet wykonuje samobadanie piersi (n=145), przy czym większy odsetek badających się samodzielnie odnotowano w grupie mieszkanek wsi niż miast (n=27; 84,4% vs. 118; 70,2%). Ponad 1/4 ankietowanych przyznała natomiast, że w ogóle nie wykonuje samobadania piersi (n=55; 27,5%), przy czym dotyczy to 29,8% mieszkanek miast (n=50) i 15,6% mieszkanek wsi (n=5) - *Rycina 4*.



Rycina 4. Wykonywanie samobadania piersi wśród ankietowanych względem zamieszkania.

Analiza statystyczna

Wykazano istotnie statystyczną zależność pomiędzy wykonywaniem badań piersi u ginekologa a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i źródłem utrzymania ($p < 0,05$)-
Tabela 1.

Tabela 1. Wykonywanie badania piersi u ginekologa względem zmiennych.

Zmienna		wykonywałam	nie wykonywałam	p
wiek	<45 lat	73	47	<0,05
	45-50 lat	27	17	
	51-55 lat	19	7	
	56-80 lat	2	8	
miejsce zamieszkania	miasto	101	67	>0,05
	wieś	20	12	
wykształcenie	podstawowe	2	3	<0,05
	średnie/zawodowe	15	16	
	policealne	12	0	
	wyższe	92	60	
stan cywilny	osoba samotna	24	26	<0,05
	w związku	97	53	
źródło utrzymania	praca fizyczna	30	12	<0,05
	praca umysłowa	78	38	
	renta/emerytura	3	7	
	uczeń/student	8	19	
	bezrobotna	2	3	

Sprawdzono również, czy wykonywanie samobadania piersi zależy od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego i źródła utrzymania. Wykazano istotnie statystyczną zależność pomiędzy wykonywaniem samobadania piersi a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i źródłem utrzymania ($p < 0,05$) - *Tabela 2.*

Tabela 2. Wykonywanie samobadania piersi względem zmiennych.

Zmienna		wykonuję	nie wykonuję	p
wiek	<45 lat	80	40	<0,05
	45-50 lat	32	12	
	51-55 lat	23	3	
	56-80 lat	10	0	
miejsce zamieszkania	miasto	118	50	>0,05
	wieś	27	5	
wykształcenie	podstawowe	4	1	<0,05
	średnie/zawodowe	22	9	
	policealne	10	2	
	wyższe	109	43	
stan cywilny	osoba samotna	34	16	<0,05
	w związku	111	39	
źródło utrzymania	praca fizyczna	35	7	<0,05
	praca umysłowa	82	34	
	renta/emerytura	8	2	
	uczeń/student	16	11	
	bezrobotna	4	1	

Zbadano czy wykonywanie badań mammograficznych i/lub USG piersi zależy od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego i źródła utrzymania. Wykazano istotnie statystyczną zależność między wykonywaniem badań mammograficznych i/lub USG piersi a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i źródłem utrzymania ($p < 0,05$)- *Tabela 3.*

Tabela 3. Wykonywanie badań mammograficznych i/lub USG piersi względem zmiennych.

Zmienna		wykonywałam	nie wykonywałam	p
wiek	<45 lat	74	46	<0,05
	45-50 lat	42	2	
	51-55 lat	23	3	
	56-80 lat	8	2	
miejsce zamieszkania	miasto	121	47	>0,05
	wieś	26	6	
wykształcenie	podstawowe	5	0	<0,05
	średnie/zawodowe	20	11	
	policealne	12	0	
	wyższe	110	42	
stan cywilny	osoba samotna	28	22	<0,05
	w związku	119	31	
źródło utrzymania	praca fizyczna	32	10	<0,05
	praca umysłowa	93	23	
	renta/emerytura	8	2	
	uczeń/student	10	17	
	bezrobotna	4	1	

DYSKUSJA

Mimo postępującego rozwoju w dziedzinie medycyny, stosowania coraz bardziej zaawansowanych terapii oraz prowadzenia licznych badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania nowotworów, liczba przypadków zachorowań na raka piersi nadal wzrasta. Nasze codzienne decyzje mogą wpłynąć nie tylko na ogólny stan zdrowia, ale także mogą pomóc w zapobieganiu wielu chorobom, w tym rakowi piersi, który jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet. Wczesne rozpoznanie tej choroby znacząco zmniejsza ryzyko śmiertelności, dlatego tak ważne jest podnoszenie świadomości

społeczeństwa na temat objawów niepokojących oraz promowanie zasad kontroli i samoobserwacji. Dzięki temu możliwe jest zmniejszenie liczby nowo diagnozowanych przypadków raka piersi [4, 5].

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na zmniejszenie liczby zachorowań i śmiertelności z powodu raka piersi jest skuteczna profilaktyka onkologiczna, obejmująca działania prewencyjne i kontrolne. Obecnie kluczową rolę odgrywa edukacja kobiet w zakresie profilaktyki zdrowotnej, która kształtuje ich świadomość i zachowania prozdrowotne. Aby zwiększyć zaangażowanie kobiet w dbanie o swoje zdrowie, konieczne jest uwzględnienie ich wiedzy i odpowiedzialności za własne zdrowie oraz zdrowie bliskich. Warto podkreślić, że propagowanie zdrowego stylu życia i regularne badania mogą istotnie zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi. Istotną rolę odgrywa również edukacja społeczeństwa na temat roli profilaktyki oraz zachęcanie do regularnych badań przesiewowych [4, 5].

Badania przeprowadzono na terenie województwa podlaskiego, a badaniem objęto 200 kobiet losowo dobranych, zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie, które były w wieku poniżej 45 do 80 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły respondentki poniżej 45- go roku życia, 16 z nich pochodziło ze wsi (8,0%), natomiast aż 104 (52,0%) zamieszkiwały miasto.

Najpopularniejszym źródłem informacji na temat profilaktyki raka piersi okazał się Internet, na co wskazywało ponad 75% grupy badanej. Ta odpowiedź przeważała nie tylko w całej próbie, ale także w poszczególnych podgrupach uwzględniających wiek i miejsce zamieszkania spośród 200 kobiet, które zostały zbadane. W analizie przeprowadzonej przez Malicką i Jelecką, 63,1% respondentów zdecydowało się na odpowiedź Internet [6]. W badaniu przeprowadzonym przez Smoleń i Dobrowolską, w którym wzięło udział 184 kobiet, większość respondentek (51,6%) również wskazała Internet, jako główne źródło informacji [7]. W badaniu przeprowadzonym przez Bogusza i wsp. kobiety wykazywały natomiast mniejsze poparcie dla tej odpowiedzi, a wynosiło ono jedynie 37% [8].

Pielęgniarka/lekarz oraz telewizja zostały kolejno wskazane jako główne źródła wiedzy przez 45% i 36% uczestników badania. W analizie przeprowadzonej przez Bogusza i wsp prawie tyle samo kobiet, ponieważ 47% wybrały odpowiedź lekarz [8]. Tymczasem w badaniu przeprowadzonym przez Węgorowskiego i wsp. tylko 12% ankietowanych opowiedziało się za uzyskiwaniem informacji o raku piersi od lekarza [9].

Z badań własnych wynika, że najczęściej wskazywanym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi okazało się obciążenie genetyczne, na co wskazywało aż 80% grupy badanej. Kobiety, które uczestniczyły w badaniu Pacian i wsp. podobnie, jak i

respondentki badania własnego najliczniej udzieliły odpowiedzi „obciążenie genetyczne”. Opowiedziało się za nią 87% kobiet [10]. We własnej analizie drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią przez kobiety w ilości 55,5% była odpowiedź „wiek”. Podobne wyniki odnotowano w badaniu Ślusarskiej i wsp, gdzie 54,2% kobiet zdecydowało się na tę odpowiedź [11]. Jednak w badaniu Węgorowskiego 24% kobiet uznało wiek za czynnik ryzyka [9].

Rozpoznanie potencjalnych objawów raka piersi jest kluczowe dla szybkiego zidentyfikowania niepokojących zmian w tkance piersiowej. W badaniach własnych najbardziej niepokojącym objawem mogącym świadczyć o obecności raka piersi, według całej grupy badanej, okazał się wyczuwalny guzek/guzki w piersi lub okolicy pachowej w ilości aż 100,0%. W grupie kobiet mieszkających na wsi na drugim miejscu znalazły się zmiany w kolorze lub wyglądzie skóry na piersi w ilości 87,5%, zaś w grupie mieszkających w mieście - zmiany w kształcie lub rozmiarze piersi w ilości 82,1%. W analizie przeprowadzonej przez Ślusarską i wsp. również znaczna większość (95,8%) respondentek zdecydowało się na odpowiedź „wyczuwalny guzek w obrębie piersi” [11].

Rak piersi jest jednym z nielicznych nowotworów złośliwych, wobec których profilaktyka wtórna, czyli systematyczne monitorowanie i wcześniejsze leczenie ma znaczący wpływ na poprawę rokowań [5]. We własnych badaniach najczęstszym powodem wykonywania badań profilaktycznych piersi przez kobiety jest chęć wykrycia ewentualnych zmian na wczesnym etapie (64,5%). Niestety analiza danych wykazała również, że 14,9% kobiet mieszkających w mieście oraz 21,9% kobiet mieszkających na wsi w ogóle nie wykonuje badań profilaktycznych piersi.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego regularne badania piersi na wizycie podczas okresowych badań u ginekologa powinny być przeprowadzane co 36 miesięcy u kobiet poniżej 40-go roku życia i co 12 miesięcy u kobiet w wieku 40 lat i starszych. Z analizy własnych badań wynika, że aż 60,5% respondentek nigdy nie miała wykonanego badania piersi podczas wizyty u ginekologa, co jest dość szokującym odkryciem.

Samobadanie piersi to prosty i niedrogi sposób, który umożliwia kobietom wczesne zauważanie ewentualnych nieprawidłowości w tkance gruczołu piersiowego. Procedura ta powinna być realizowana co miesiąc, najlepiej pomiędzy 1 a 10 dniem cyklu miesięczkowego, natomiast kobiety po menopauzie mogą wybrać dowolny jeden dzień w miesiącu. Z badań własnych wynika, że 59,5% ankietowanych uważa, że samobadanie piersi należy wykonywać już od 20- go roku życia. W analizie przeprowadzonej przez Ślusarską i wsp. odsetek kobiet, które uważają tak samo wynosi znacznie więcej - 82,6% [11]. Ponadto

70,5% pytaných uważa, że takie samobadanie należy wykonywać raz w miesiącu. W analizie przeprowadzonej przez Szadowską-Szlachetką 93,9% respondentów zdecydowało się na odpowiedź „raz w miesiącu” [12]. 63,5% kobiet miesięczkujących wskazało, że samobadanie piersi najlepiej wykonywać od 3 do 5 dni po miesiączce. Podobne wyniki otrzymała w swoich badaniach Pacian i wsp. [10]. Natomiast w grupie kobiet w okresie menopauzy i po menopauzie najczęściej udzielaną odpowiedzią było "po wybraniu stałej daty w miesiącu, np. pierwszego lub ostatniego dnia każdego miesiąca" - 44,5%, przy czym częściej takiej odpowiedzi udzielały mieszkanki miast niż wsi.

W badaniu własnym 47,0% respondentek uważa, że badanie USG piersi zaleca się przede wszystkim młodym kobietom po 20- tym roku życia. Podobne wyniki otrzymała w swoim badaniu Ślusarska i wsp., w którym aż 61,1% badanych opowiedziało się za tą odpowiedzią [11].

Mammografia jest jedną z najskuteczniejszych metod, dzięki którym możliwe jest wykrycie zmian w tkance piersi, zwłaszcza wczesnych stadiów raka piersi. We własnej analizie ponad 75% respondentek wskazywało, że darmową mammografię mogą wykonać kobiety w przedziale wieku 45-74 lata. U Ślusarskiej i wsp, w pytaniu o to, kiedy zaleca się wykonanie darmowej mammografii, kobiety również udzieliły poprawnej odpowiedzi w 79,2% [11]. W badaniu przeprowadzonym przez Najdyhora i wsp, wyniki pokazały, że jedynie 36% ankietowanych prawidłowo zidentyfikowało zalecenie dotyczące wykonywania darmowej mammografii u kobiet powyżej 40- go roku życia [13]. Ponad 50% grupy badanej w analizie własnej wykazała również, że mammografię powinno się powtarzać co 2 lata. 16,0% respondentek przyznało natomiast, że nie wie z jaką częstotliwością powinno wykonywać się takie badanie. Podobny rezultat (55%) został osiągnięty w badaniu przeprowadzonym przez Najdyhora i wsp. oraz 51,4% w badaniu Ślusarskiej i wsp. [11, 13].

Z badań własnych wynika, że aż 26,5% grupy badanej nie miała nigdy wykonywanej mammografii ani USG piersi, przy czym problem ten dotyczy aż 28,0% mieszkanek miast i 18,8% mieszkanek wsi. W wynikach uzyskanych przez Pacian i wsp, prawie połowa kobiet (45%) nie poddała się żadnym badaniom profilaktycznym [10].

Blisko połowa badanych w analizie własnej za pozycję najodpowiedniejszą do samobadania piersi wskazała pozycję stojącą (49,5%). W badaniu Szadowskiej-Szlachetki ankietowani opowiedzieli się zdecydowanie w większej ilości za tą odpowiedzią (72,8%) [12]. Ponad połowa grupy badanej za najodpowiedniejszą technikę samobadania piersi uznała badanie opuszkami palca wskazującego, środkowego i serdecznego (56,5%). 11,0% badanych przyznało natomiast, iż nie wie jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi. Analiza danych

wykazała również, że 72,5% badanych kobiet wykonuje samobadanie piersi. Ponad 25% ankietowanych przyznała natomiast, że w ogóle nie wykonuje samobadania piersi. Analiza przeprowadzona przez Węgorowskiego wykazała natomiast, że samobadanie piersi wykonuje zaledwie 40% respondentek [9].

WNIOSKI

1. Badane kobiety posiadają dobrą wiedzę dotyczącą profilaktyki raka piersi, jednak nie zawsze te zasady stosują u siebie.
2. Wiedza na temat czynników ryzyka i symptomów raka piersi wśród kobiet jest satysfakcjonująca.
3. Badanie piersi u ginekologa wykonują przeciętnie częściej kobiety w najniższym przedziale wiekowym w porównaniu do kobiet z pozostałych grup wiekowych, z wykształceniem wyższym, będące w związku oraz pracujące umysłowo.
4. Mammografię i/lub USG piersi wykonują przeciętnie częściej kobiety w najniższym przedziale wiekowym w porównaniu do kobiet z pozostałych grup wiekowych, z wykształceniem wyższym, będące w związku oraz pracujące umysłowo.
5. Samobadanie piersi wykonują przeciętnie częściej kobiety w najniższym przedziale wiekowym w porównaniu do kobiet z pozostałych grup wiekowych, z wykształceniem wyższym, będące w związku oraz pracujące umysłowo.

PIŚMIENNICTWO

1. Kalinowski P., Bojakowska U.: Epidemiologiczna ocena zachorowalności i umieralności na raka piersi w województwie lubelskim w latach 2000–2011, z uwzględnieniem uczestnictwa w skriningu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21(3): 235–239.
2. Ligibel J., Basen-Engquist K., Bea J.: Weight Management and Physical Activity for Breast Cancer Prevention and Control. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 2019; 39: 22-33.
3. Strojek K., Styczyńska H., Zukow W. i wsp.: Zachowania prozdrowotne i stan wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Journal of Education Health and Sport* 2017; 7(3): 166-176.
4. Britt K., Cuzick J., Phillips K.: Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer* 2020; 20(8): 417-436.

5. Kolak A., Kamińska M., Sygit K. et al.: Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2017, 24(4): 549-553.
6. Malicka I., Jelecka M.: Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród studentek wrocławskich uczelni. *Pomeranian Journal of Life Sciences* 2018; 64(3): 75-80.
7. Smoleń E., Dobrowolska E.: Wiedza pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego w zakresie czynników ryzyka nowotworów piersi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(1): 6-11.
8. Bogusz R., Charzyńska-Gula M., Majewska A. i wsp.: Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(4): 523–529.
9. Węgorowski P., Michalik J., Gogułka E. et al.: Assessment of women's knowledge about breast cancer prevention. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(8): 593-606.
10. Pacian A., Ferenc W., Jędrasik M.: Young women's awareness of breast cancer prevention. *Palliative Medicine* 2014; 6(3): 151-157.
11. Ślusarska B., Nowicki G., Łachowska E. i wsp.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22(1): 59- 65.
12. Szadowska-Szlachetka Z., Baczewska B., Kulbaka Z. et al.: Knowledge of women, female students of nursing, on prevention of breast cancer. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 504-519.
13. Najdyhor E., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekologia Polska* 2013; 84(2): 116–125.

PRZEWLEKŁA CHOROBA NEREK – WAŻNIEJSZE INFORMACJE

Małgorzata Kendyś^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. *I Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ, Stacja Dializ, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*
2. *Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
3. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WPROWADZENIE

Według danych epidemiologicznych Przewlekła Choroba Nerek (PChN) stanowi jedną z chorób cywilizacyjnych, co jest poważnym problemem społecznym.

Przyczynami PChN są najczęściej przewlekłe nefropatie: cukrzycowa choroba nerek, nefropatia nadciśnieniowa, przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek, śródmiąższowe zapalenie nerek. Cukrzycowa choroba nerek jest najczęstszą przyczyną doprowadzenia do G5 PChN, która jest niezależna od rasy czy grupy etnicznej.

W Polsce od powstania rejestru nefrologicznego nieustannie notuje się wzrost liczby osób ze schyłkową niewydolnością nerek- liczba chorych na PChN w stadium 5 wzrosła ze 141osób na 1 mln populacji w 1996 r. do 793 na 1 mln w 2013r. [1].

Częstość występowania PChN w stadium G1-G5 w ogólnej populacji mieszkańców Europy wynosi ok. 18%, natomiast w stadiach G3-G5- 11.9%. PChN wśród osób starszych ≥ 75 r.ż. osiąga prawie 27% w stadiach G3-G5 [2].

Szacuje się, że na PChN choruje 382,873 mln osób (średni 600 mln), w tym w Polsce 2,7-6,2 mln (średnio 4,24 mln). W Polsce od powstanie rejestru nefrologicznego przybywa osób chorych ze schyłkową niewydolnością nerek: liczba chorych na PChN od 1996 r. wzrosła od 141 mln do 793 mln chorych w 2013 r. [1, 3].

Można zatem przyjąć, że średnio 10-11% populacji świata znajduje się w jednym ze stadiów zaawansowania tego zespołu chorobowego. Przyjmując powyższe założenie można oszacować, że obecnie na świecie 500-600 milionów osób choruje na PChN, a odpowiednio w Polsce dotyczy to ponad 4 milionów mieszkańców.

ROZWINIĘCIE

Przewlekła choroba nerek to wieloobjawowy zespół chorobowy, który rozwinął się w następstwie zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych w procesach chorobowych toczących się w miększu nerek.

Kryterium rozpoznania choroby:

1. Uszkodzenie nerek utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące, jako strukturalne lub czynnościowe nieprawidłowości nerek, z prawidłową lub zmniejszoną szybkością filtracji kłębuszkowej (GFR).
2. Występuje obniżenie wskaźnika GFR $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, które utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące, z uszkodzeniem nerek lub bez uszkodzenia [4].

Przewlekłą chorobę nerek można podzielić na 5 stadium w zależności od szacowanego wskaźnika GFR:

Stadium 1 (eGFR $> 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)- Uszkodzenie nerek z prawidłową lub podwyższoną filtracją kłębuszkową

- prawidłowa lub zmniejszona czynność wydalnicza nerek
- obecne wskaźniki uszkodzenia nerek takie jak np. albuminuria, białkomocz, erytrocyturia po wykluczeniu urologicznych przyczyn
- zmiany w budowie nerek widoczne w badaniach obrazowych (np. wielotorbielowate zwyrodnienie, dysplazja, blizny, wzmożona echogeniczność miększu nerek, zmniejszenie wymiarów nerek, wodonercze, zwężenie tętnic nerkowych)

Stadium 2 (eGFR $60\text{-}89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)- Uszkodzenie nerek z łagodną zmniejszoną filtracją kłębuszkową

- utajona niewydolność nerek
- niewielkie zmniejszenie niewydolności nerek

Stadium 3a (eGFR $46\text{-}59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)- Uszkodzenie nerek z umiarkowanym zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej

- jawna wyrównana niewydolność nerek
- umiarkowane zmniejszenie czynności wydalniczej nerek
- mogą być obecne wskaźniki uszkodzenia nerek (nie konieczne do rozpoznania)

Stadium 3b (eGFR $30\text{-}44 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)- Uszkodzenie nerek z pogłębiającym się zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej

- jawna niewyrównana niewydolność nerek
- zmniejszenie czynności wydalniczej nerek umiarkowanego do silnego

Stadium 4(eGFR 15-29 ml/min/1,73 m²)- Uszkodzenie nerek ze znacznym zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej

- zaawansowana niewydolność nerek

-znaczne zmniejszenie czynności wydalniczej nerek

Stadium 5(eGFR< 15 ml/min/1,73 m² lub leczenie nerkozastępcze)- Schyłkowa niewydolność nerek, mocznica [1, 5].

Czynniki ryzyka przewlekłej choroby nerek

Czynników ryzyka do predyspozycji zachorowania na PChN jest wiele, można je podzielić na czynniki kliniczne usposabiające, czynniki kliniczne inicjujące, czynniki socjodynamiczne usposabiające oraz czynniki socjodynamiczne inicjujące.

Do czynników socjodynamicznych usposabiających należą: grypy etniczne np. Indianie, Azjaci, niski status socjoekonomiczny oraz podeszły wiek.

Czynnikiem socjodynamicznym inicjującym mogą być złe warunki mieszkaniowe (brak dostępu do czystej wody pitnej, brak higieny) jest szkodliwy wpływ środowiska.

Czynnikami klinicznymi inicjującymi są: nawracające i przewlekłe infekcje układu moczowego, stany zapalne oraz narażenie na toksyny środowiskowe lub leki nefrotoksyczne. Do grupy czynników klinicznych usposabiających należą: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, Zakażenie Układu Moczowego (ZUM), zakażenie HCV lub HIV, kamica układu moczowego, nefropatia zaporowa, nowotwory, ostra niewydolność nerek, choroby autoimmunologiczne, niedokrwistość sierpowato-krwinkowa, hiperlipidemia, leki nefrotoksyczne [3, 6].

Diagnostyka przewlekłej choroby nerek

Diagnostyka przewlekłej choroby nerek ma na celu rozpoznanie stadium choroby lub polega na wykonaniu badań przesiewowych u osób z grypy ryzyka w kierunku PChN. Wykonanie badań przesiewowych zalecane jest 3 razy w życiu- ok.14 r.ż., ok.40 r.ż., po 60 r.ż. Jeśli wyniki badań przesiewowych są nieprawidłowe, ponownie wykonuje się je po 3 miesiącach, jeżeli wtedy nadal wyniki są nieprawidłowe rozpoznaje się PChN, natomiast jeśli wyniki są prawidłowe osoba jest zdrowa.

Powikłania przewlekłej choroby nerek

Działania niepożądane spowodowane stanem chorobowym są nieodłącznym elementem przewlekłej choroby. Kliniczne następstwa PChN mogą mieć podłoże sercowo-

naczyniowe, hematologiczne, neurologiczne, dermatologiczne, kostne, gastroenterologiczne, hormonalne lub może dojść do wirusowego zakażenia.

Do najczęstszych powikłań sercowo-naczyniowych należy: choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków, miażdżycy, przerost lewej komory serca, udar mózgu.

Zaburzenia hormonalne to: niedoczynność tarczycy, zespół niskiego T3, zwiększone stężenie hormonu wzrostu, podwyższone stężenie PRL, zwiększone stężenie hormonu luteinizującego (LH) i hormonu folikulotropowego (FSH), zmniejszone wydzielanie testosteronu u mężczyzn, obniżone stężenie estradiolu u kobiet, zwiększenie stężenia adinopektyny i leptyny, hiperwolemia.

Do grupy zaburzeń dermatologicznych występujących w PChN należą: suchość skóry, świąd skóry, zakażenie w obrębie skóry, zmiany dotyczące paznokci- rumień pod paznokciowy, rozwarstwienie płytki paznokciowej.

Działanie niepożądane związane z układem nerwowym to: neuropatie, zespoły otępienne lub encefalopatia mocznicowa.

Powikłania hematologiczne w PChN mogą objawiać się: niedokrwistością, skrobawicą Beta-2- mikroglobulinową, zaburzeniami krzepnięcia np. zakrzepicą żył głębokich, zakrzepicą przetoki dializacyjnej, mikroangiopatią zakrzepową, leukopenią.

PChN może powodować zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforowej- hiperfosfatemię, zmniejszenie stężenia aktywnej wit. D, zwiększyć stężenie czynnika wzrostu fibroblastów 23 (FGF-23), zwiększenie stężenia parathormonu (PTH), hipokalcemię.

Działania niepożądane związane z układem pokarmowym występują w postaci: zaburzeń apetytu, zaparc, nudności i wymiotów, biegunki, krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego lub dyspepsji [7, 8].

Metody leczenia przewlekłej choroby nerek

Leczenie PChN opiera się na terapii, która ma ograniczyć proces uszkodzenia nerek. Metody postępowania leczniczego mają na celu poprawę jakości oraz wydłużenie życia osoby chorej.

Sposób leczenia zwykle dobiera się w zależności od stopnia zaawansowania choroby, jej przyczyn oraz stanu zdrowia pacjenta.

- **Leczenie farmakologiczne.** W zależności od rodzaju choroby nerek, leczenie farmakologiczne może obejmować stosowanie leków mających na celu kontrolę ciśnienia krwi, zmniejszenie białkomoczu, regulację poziomu elektrolitów (takich jak potas,

fosfor) oraz kontrolę stężenia hemoglobiny. Leczenie farmakologiczne polega na stosowaniu leków nie nefrotoksycznych i dawkowanie uzależnione jest od wysokości wskaźnika eGFR. W PChN należy stosować tylko leki niezbędne i dobrze znane lekarzowi. Leczenie nefroprotecyjne jest podstawową formą leczenia. W neuroprotekcji ważną rolę odgrywają inhibitory konwertazy angiotensyny lub blokery receptora angiotensyny II oraz inhibitory aldosteronu. W leczeniu PChN należy unikać leków przeczyszczających, NLPZ, nadmiernej ilości wit. D.

- **Dieta i kontrola płynów.** Ograniczenie spożycia soli, potasu, fosforu i magnezu może być konieczne w przypadku pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Kontrola spożycia płynów również może być istotna, zwłaszcza w przypadku pacjentów z zaburzeniami równowagi wodno-elektrolitowej.
- **Dializa.** Hemodializa i dializa otrzewnowa jest stosowana u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek. Metoda ta polega na usuwaniu toksyn, nadmiaru płynów, elektrolitów poprzez sztuczne procesy filtracji krwi.
- **Przeszczep nerki.** Jedna z najskuteczniejszych metod leczenia przewlekłej choroby nerek. Polega na przeszczepieniu zdrowej nerki od dawcy do chorego pacjenta, co przywraca funkcję nerek i pozwala na uniknięcie dializy.
- **Leczenie przyczynowe.** W przypadku, gdy przewlekła choroba nerek jest spowodowana innymi schorzeniami, takimi jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, leczenie przyczynowe tych schorzeń może być kluczowe dla kontroli choroby nerek.
- **Monitorowanie i edukacja.** Regularne monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, kontrola parametrów laboratoryjnych oraz edukacja pacjenta na temat choroby i sposobów samoopieki są istotnymi elementami leczenia przewlekłej choroby nerek.

W każdym przypadku leczenia przewlekłej choroby nerek konieczne jest spersonalizowane podejście, uwzględniające potrzeby i charakterystykę danego pacjenta oraz jego choroby. Wdrożenie odpowiednich strategii leczenia może pomóc w kontroli postępu choroby oraz poprawie jakości życia pacjenta [9, 10, 11].

Zalecenia dla pacjenta z przewlekłą chorobą nerek

Zalecenia dla pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek są zróżnicowane i powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i charakterystyki zdrowotnej pacjenta. Ogólne zalecenia, które mogą być pomocne dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek to:

- Ścisła kontrola ciśnienia krwi: regularne monitorowanie ciśnienia krwi, prowadzenie dzienniczka samokontroli i stosowanie zaleconych leków przeciwnadciśnieniowych;
- Dieta niskobiałkowa, niskosodowa i z ograniczeniem fosforu: aby zmniejszyć obciążenie nerek i kontrolować poziomy elektrolitów.
- Unikanie substancji toksycznych dla nerek: takich jak niektóre leki przeciwbólowe, niektóre suplementy diety oraz alkohol.
- Regularne badania laboratoryjne: takie jak oznaczanie poziomu kreatyniny, mocznika, elektrolitów oraz innych wskaźników funkcji nerek,
- Unikanie palenia tytoniu: zaleca się całkowite zaprzestanie palenia.
- Regularna aktywność fizyczna: zaleca się regularne ćwiczenia fizyczne dostosowane do możliwości pacjenta.
- Regularne wizyty u lekarza specjalisty: kontrole u nefrologa lub lekarza rodzinnego są istotne dla monitorowania stanu zdrowia nerek, dostosowywania leczenia oraz zapobiegania powikłaniom.

Najważniejsze, aby pacjent z przewlekłą niewydolnością nerek prowadził zdrowy styl życia, stosował zalecenia lekarza oraz regularnie uczestniczył w kontroli swojego stanu zdrowia. Indywidualne podejście i edukacja pacjenta są kluczowe dla skutecznego zarządzania przewlekłą niewydolnością nerek [12, 13].

PODSUMOWANIE

Niewydolność nerek stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego społeczeństwa, dotykając zarówno młodych, jak i starszych pacjentów na całym świecie. Postępująca utrata funkcji nerek prowadzi do licznych powikłań, które zasadniczo wpływają na jakość życia oraz wymagają kompleksowej opieki medycznej. Jedną z najskuteczniejszych metod leczenia niewydolności nerek, zwłaszcza w przypadkach zaawansowanych, jest przeszczep nerki, który otwiera przed pacjentem nową szansę na życie bez konieczności ciągłej dializoterapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Król E., Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek- klasyfikacja epidemiologia i diagnostyka. Forum Nefrologiczne 2013; 1 (1): 1-6.
2. Nieszporek T., Więcek A.: Choroby nerek. Kompedium. PZWL, Warszawa 2020.

3. Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek- dziesięć lat w teorii i praktyce. Forum Nefrologiczne 2013; 6 (1): 63-70.
4. Król E.: Pogorszenie czynności nerek. Forum Nefrologiczne 2013; 2 (2): 112-119.
5. Wygoda Z.: Badania izotopowe w chorobach nerek. [w:] Choroby nerek. Kompendium. Nieszporek T., Więcek A. (red.). PZWL, Warszawa 2020: 48-54.
6. Zajązkowska M., Bieniaś B.: Aktualny stan wiedzy na temat patogenezy, diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. Medycyna Ogólna Nauk Zdrowotnych 2018; 19 (1): 1-7.
7. Czarnik A.: Przewlekła choroba nerek w praktyce lekarza POZ- diagnostyka, obraz kliniczny, postępowanie. Lekarz POZ 2022; 8: 105-111.
8. Myśliwiec M. (red.): Wielka interna Nefrologia. MedicalTribute, Warszawa 2017.
9. Porszutko J., Renke M. i wsp.: Przewlekła choroba nerek- istotne informacje dla lekarzy medycyny pracy. Medycyna Pracy 2018, 69 (1): 67-75.
10. Kucharski Ł., Matysek- Nawrocka M., Dziewa A.: Odrębność w postępowaniu ratowniczym u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, leczonych metodą hemodializoterapii. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z Siedzibą w Lublinie 2021; 10 (1): 211–224.
11. Cecerska- Heryć E., Dołęgowska B., Gomółko A. i wsp.: Renalaza- działanie, aspekty kliniczne i potencjał terapeutyczny. Forum Nefrologiczne 2020; 13 (2): 59-68.
12. Weber-Nowakowska K., Gębska M., Myślak M., Żyżniewska-Banaszak E.: Rola aktywności fizycznej w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Pomeranian Journal of Life Science 2017; 63(2):27-30.
13. Niewiadomski T.J., Talarska D.: Edukacja pacjentów jako podstawowy element w opiece pielęgniarskiej nad osobami ze schyłkową niewydolnością nerek. Pielęgniarstwo Polskie 2014; 3 (53): 228-233.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTKI PO UDARZE MÓZGU

Magda Sajewicz^{1,2}, Barbara Jankowiak³

1. *II Klinika Chorób Płuc, Raka Płuca i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczna w Białymstoku*
2. *Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
3. *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Udar niedokrwienny mózgu plasuje się na trzecim miejscu pod względem częstotliwości przyczyn zgonów na całym świecie, ustępując jedynie chorobie niedokrwiennej serca i nowotworom. Co więcej, stanowi on czołową przyczynę trwałego inwalidztwa, szczególnie wśród osób, które przekroczyły 60-ty rok życia. Przepuszcza się, że w okresie między 2015 a 2035 rokiem w Europie zaobserwujemy wzrost wystąpienia udarów o 34%, co wiąże się z równoczesnym wzrostem liczby osób pozostających w stanie niepełnosprawności. Udar mózgu to jedna z kluczowych przyczyn zgonów i główny czynnik prowadzący do niepełnosprawności wśród osób dorosłych. Liczba osób, które przeżyły udar wynosi około 50 milionów na całym świecie, a rocznie na skutek tego schorzenia umiera ponad 5 milionów pacjentów. W Polsce, co 8 minut zdarza się przypadek udaru, co skutkuje rocznym odnotowaniem ponad 60 tysięcy takich przypadków [1, 2].

CEL PRACY

Celem pracy było zdefiniowanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki oraz sporządzenie planu opieki pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 78 lat z rozpoznaniem *zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych*, który wystąpił miesiąc temu. Skutki choroby pacjentka odczuwa do tej pory. Badania przeprowadzono podczas pobytu pacjentki w domu w dniach 22-25.11.2023.

Do oceny problemów pielęgnacyjnych pacjentki posłużono się metodą indywidualnych przypadków. Materiał zebrano na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich

Analizę dokumentacji medycznej pacjenta dokonano na podstawie Historii Choroby, wyników badań laboratoryjnych, Historii Choroby z poprzednich wizyt w szpitalu.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka Nina B. urodzona 17.10.1945 r. pochodzi z Białegostoku. Posiada wykształcenie wyższe, z zawodu jest księgową, obecnie od kilkudziesięciu lat przebywa na emeryturze, która jest jej źródłem utrzymania. Pani Nina mieszka z córką i zięciem, którzy pomagają jej przy codziennych czynnościach. Posiada dobre warunki higieniczno – bytowe. Pacjentka jest po trzech udarach: pierwszy wystąpił w 2012 roku, kolejny w 2018 roku, trzeci udar wystąpił 12.09.2023 r. Pacjentka nie pali papierosów oraz nie pije alkoholu.

Wzrost 162 cm, masa ciała 80 kg.

Aktualnie pacjentka znajduje się w domu. Ze szpitala została wypisana 25.09.2023 po 2-tygodniowym pobycie na oddziale neurologii. Pacjentka została przyjęta z powodu niedowładu połowicznego lewostronnego, niewyraźnej, bełkotliwej mowy, wysokiego ciśnienia tętniczego oraz bólu głowy. Objawom towarzyszył lęk.

Stosowana farmakoterapia w czasie pobytu pacjentki w szpitalu obejmowała następujące leki: Acard, Tritace, Betaloc, Noctofer, Pradaxa.

Stan pacjentki podczas prowadzenia obserwacji

78-letnia pacjentka obecnie przebywa w domu. Ze szpitala została wypisana około dwóch miesięcy temu. Pani Nina w szpitalu spędziła 2 tygodnie, jej pobyt był nagły, spowodowany wystąpieniem udaru niedokrwiennego mózgu. Stan ogólny pacjentki podczas prowadzonych obserwacji jest średni. U chorej występują częste bóle i zawroty głowy, wysokie ciśnienie, obrzęki nóg. Ponadto po wystąpieniu udaru u pacjentki nastąpiło pogorszenie wzroku, problem z nietrzymaniem moczu oraz problemy z poruszaniem się. Pani Nina regularnie przyjmuje leki oraz wykazuje chęć współpracy, aby polepszyć swoje zdrowie i samopoczucie. Pacjentka jest otyła, BMI wynosi 30,9.

Układ krążenia:

- Tętno 79 uderzeń/minutę

- RR – 168/96 mmHg
- występują obrzęki kończyn dolnych

Układ oddechowy:

- oddechy – 16 oddechów /minutę
- oddech miarowy
- występuje duszność wysiłkowa

Układ nerwowy:

- występują problemy z zasypianiem

Układ moczowo-płciowy:

- występuje nietrzymanie moczu

Układ pokarmowy:

- masa ciała – 81 kg
- wzrost – 162 cm
- apetyt – dobry
- BMI = 30,91 otyłość

Śluzówki jamy ustnej wilgotne różowe, proteza.

Dolegliwości bólowe:

- kłujący, ciągły ból głowy, w skali VAS oceniany na 5

Stan skóry:

- skóra blada, czysta, bez wykwitów patologicznych
- tkanka podskórna tłuszczowa nadmiernie rozwinięta

Narządy zmysłów:

- wzrok – pomimo okularów słaby wzrok
- słuch – prawidłowy
- pogorszenie wzroku po udarze

Stan psychiczny:

- samopoczucie pacjentka ocenia jako: dość dobre
- nastrój - obniżony
- pamięć oraz orientacja w sprawach zdrowia – słaba
- występuje lęk o zdrowie i życie

Diagnoza pielęgnarska, cel, plan opieki pielęgnarskiej

Problem 1: Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.

Cel: Zmniejszenie ryzyka ponownego udaru mózgu.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Zapoznanie pacjentki oraz rodziny z czynnikami ryzyka oraz wtórnemu zapobieganiu udarom.
- Przekazanie wskazówek modyfikujących styl życia, dietę i aktywność fizyczną.
- Zapoznanie rodziny pacjentki z objawami udaru.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności regularnego przyjmowania leków oraz kontroli ciśnienia.
- Wskazanie na konieczność przestrzegania terminów wizyt kontrolnych w poradniach specjalistycznych.

Ocena: Pacjentka oraz rodzina zostali zapoznani z wtórną profilaktyką oraz objawami udaru. Pacjentka regularnie przyjmuje leki zlecone przez lekarza, wykonuje pomiary ciśnienia krwi oraz ma ustalone i zapisane wszystkie wizyty w poradniach specjalistycznych. Pacjentka zwiększyła swoją aktywność fizyczną – codziennie udaje się na krótki spacer, ćwiczy z fizjoterapeutą, zmieniła również swoją dietę. Ryzyko ponownego udaru znacznie się zmniejszyło.

Problem 2: Ból głowy.

Cel: Złagodzenie dolegliwości bólowych.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia bólu za pomocą skali VAS.
- Obserwacja, w jakich okolicznościach ból się nasila, a w jakich maleje.
- Usunięcie czynników zwiększających ból głowy (światło, hałas).
- Monitorowanie parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, puls, SpO2).

Ocena: W skali VAS pacjentka oceniła ból na 5 punktów. Pacjentka zażyła leki na nadciśnienie przypisane przez lekarza. Usunięto z otoczenia hałas oraz na bieżąco monitorowano ciśnienie. Po ustabilizowaniu ciśnienia tętniczego krwi ból ustąpił.

Problem 3: Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi spowodowane stresem.

Cel: Unormowanie ciśnienia tętniczego krwi, uspokojenie pacjentki.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Ustalenie przyczyn wzrostu ciśnienia.
- Zachęcenie pacjentki do zmiany stylu życia:

* zmiana diety – dieta uboga w sól, zalecana ilość soli to 5 gram, czyli jedna płaska łyżeczka soli.

* zachęcenie pacjentki do aktywności fizycznej dostosowanej do jej stanu zdrowia – np. codzienne spacerowanie.

- Zapewnienie pacjentce warunków do odpoczynku – ciszy, spokoju.
- Regularne monitorowanie ciśnienia tętniczego.

Ocena: Po rozmowie z pacjentką ustalono, że wzrost ciśnienia jest związany prawdopodobnie ze stresem. Zalecono pacjentce odpoczynek, zapewniono jej spokój. Pacjentka zażyła leki na nadciśnienie przepisane przez lekarza. Ciśnienie było regularnie mierzone. Po lekach ciśnienie się unormowało.

Problem 4: Ryzyko upadku spowodowane zawrotami głowy.

Cel: Zmniejszenie ryzyka upadku.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Zmiana pozycji na siedzącą lub leżącą w przypadku zawrotów.
- Wyposażenie mieszkania w uchwyty ułatwiające wstawanie.
- Usunięcie z mieszkania przedmiotów, o które pacjenta mogłaby się przewrócić, np. dywany, kable, wysokie progi.
- Asystowanie pacjentce podczas zmiany pozycji ciała.
- Zachęcenie pacjentki do przemieszczania się przy pomocy laski inwalidzkiej lub trójnoga.

Ocena: Pacjentka stosuje się do zaleceń pielęgniarskich, mieszkanie zostało dostosowane do jej potrzeb. Ryzyko upadku znacznie się zmniejszyło.

Problem 5: Osłabienie siły mięśniowej - po stronie lewej, spowodowane niedawnym wystąpieniem udaru mózgu.

Cel: Zwiększenie siły mięśniowej.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Zachęcenie pacjentki do kontynuowania wizyt u fizjoterapeuty.
- Pokazanie chorej ćwiczeń, które może sama wykonywać w domu.
- Zaangażowanie strony z mniejszą siłą mięśniową do wykonywania codziennych czynności.

Ocena: Pacjentka regularnie uczęszcza na rehabilitacje do fizjoterapeuty oraz sama ćwiczy dużo w domu. Siła mięśniowa znacznie się zwiększyła.

Problem 6: Zwiększone ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowane nietrzymaniem moczu.

Cel: Zapobieganie występowaniu infekcji dróg moczowych, poprawa kontroli pęcherza oraz utrzymanie higieny osobistej.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Ustalenie przyczyny nietrzymania moczu.
- Badanie moczu w celu potwierdzenia lub wykluczenia infekcji dróg moczowych.
- Edukacja pacjentki na temat rozpoznawania sygnałów ciała związanych z potrzebą opróżnienia pęcherza moczowego.
- Zachęcenia chorej do korzystania ze środków higieny osobistej np. wkładki, podpaski urologiczne.
- Zachęcenie pacjentki do skorzystania z porad fizjoterapeuty uroginekologicznego.
- Częste oddawanie moczu nie czekając na parcie moczu.

Ocena: Nie doszło do infekcji dróg moczowych, pacjentka nauczyła się korzystać ze środków higieny osobistej. Po kilku wizytach u fizjoterapeuty uroginekologicznego pacjentka nauczyła się kontrolować nietrzymanie moczu.

Problem 7: Depresja poudarowa spowodowana niecałkowitym powrotem do sprawności.

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Zachęcenie pacjentki do kontynuowania wizyt u fizjoterapeuty.
- Zachęcenie pacjentki do częstszego przebywania z ludźmi – nie izolowanie się.
- Zaproponowanie chorej wizytę u psychologa.
- Zachęcenie rodziny do włączenia się w proces leczenia pacjentki.

Ocena: Pacjentka zaczęła spotykać się z sąsiadkami w celu wspólnego spędzenia czasu, rodzina również zaangażowała się w poprawę jej samopoczucia. Pacjentka czuje się coraz lepiej, jest pozytywnie nastawiona do dalszej dbałości o swoją sprawność. Jej stan psychiczny uległ znacznej poprawie.

Problem 8: Niepokój związany ze zmniejszeniem ostrości widzenia, które nasiliło się po udarze mózgu.

Cel: Zmniejszenie lęku, poprawa ostrości wzroku.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentką w celu uspokojenia oraz odpowiedzenia na zadawane pytania.
- Zaproponowanie pacjentce wizyty u okulisty w celu zbadania wzroku.
- Dobranie prawidłowych okularów.
- Zadbanie o odpowiednie oświetlenie podczas czytania, pisania.
- Na zlecenie lekarza włączenie farmakoterapii.

Ocena: Po wizycie u okulisty, dobraniu odpowiednich okularów oraz włączenia farmakoterapii – kropli do oczu, ostrość widzenia u pacjentki znacznie się poprawiła.

Problem 9: Obrzęki kończyn dolnych spowodowane złym stylem życia.

Cel: Zlikwidowanie obrzęków oraz zmiana stylu życia.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentką na temat ustalenia przyczyn obrzęków kończyn dolnych.
- Regularne pomiary obwodów kończyn dolnych, celem oceny stopnia obrzęku.
- Zalecenie chorej regularnego podniesienia nóg w celu ułatwienia odpływu nagromadzonych płynów.
- Zachęcenie pacjentki do korzystania z bandaża elastycznego lub rajstop uciskowych alby obkurczyć naczynia w kończynach dolnych.
- Nauka korzystania z bandaża elastycznego lub rajstop uciskowych.
- Zachęcenie pacjentki do aktywności fizycznej dostosowanej do jej stanu zdrowia – np. codzienne spacerowanie.
- Edukacja pacjentki na temat ilości nawodnienia w ciągu dnia - picie wody około 2-2,5 litra na dobę.
- Obserwacja skóry kończyn dolnych pod kątem zaczerwienienia, owrzodzenia.

Ocena: Po rozmowie z pacjentką ustalono, że obrzęki kończyn dolnych spowodowane są złym stylem życia – piciem zbyt małej ilości wody oraz częstym przebywaniem w pozycji siedzącej. Zalecono pacjentce zmianę nawyków do których chora się zastosowała. Pacjentka również zaczęła stosować rajstopy uciskowe. Zastosowane działania znacznie zmniejszyły obrzęki kończyn dolnych.

Problem 10: Problemy ze snem związane z niepokojem o własne zdrowie.

Cel: Zminimalizowanie trudności z zasypianiem oraz zmniejszenie niepokojów.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentką, ustalenie przyczyn niepokojów.
- Nauka pacjentki technik relaksacji.
- Utworzenie warunków sprzyjających zasypianiu:
 - * usunięcie hałasu, światła.
 - * wietrzenie pokoju przed snem.
- Zapoznanie pacjentki z zasadami higieny snu.
- Wprowadzenie rutyny przed snem.
- Stosowanie herbat ziołowych wspomagających zasypianie.
- Unikanie spożywania napoi z kofeiną w godzinach wieczornych.
- Unikanie drzemek w ciągu dnia.
- Zachęcenie pacjentki do wizyty u lekarza – włączenie farmakoterapii.

Ocena: Po rozmowie z pacjentką udało się zmniejszyć jej lęk o własne zdrowie. Chora zaczęła również przystępować do zasad higieny snu co w znacznym stopniu zmniejszyło problemy oraz poprawiło jakość snu.

Problem 11: Otyłość, jako czynnik ryzyka ponownego wystąpienia udaru mózgu.

Cel: Redukcja masy ciała, uzyskanie prawidłowego BMI.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Zachęcenie pacjentki do aktywności fizycznej dostosowanej do jej stanu zdrowia – np. codzienne spacerowanie.
- Zachęcenie chorej do wizyty u dietetyka i dobrania właściwej diety.
- Zapoznanie pacjentki z piramidą żywieniową.
- Zachęcenie chorej do zmiany diety.
 - *dieta ubogokaloryczna z ograniczeniem soli (zalecana ilość soli to 5 gram, czyli jedna płaska łyżeczka soli).
- Zapoznanie pacjentki i rodziny z przykładowymi jadłospisami.
- Regularne pomiary masy ciała.
- Picie wody około 2-2,5 litra na dobę.

Ocena: Po wdrożeniu zmian stylu życia pacjentki, dostosowanie diety oraz aktywności do stanu zdrowia, masa ciała zmniejszyła się.

Problem 12: Deficyt wiedzy na temat pomiarów i zapisywania wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Cel: Edukacja pacjentki na temat zasad prawidłowego mierzenia ciśnienia, obsługi ciśnieniomierza, zapisu pomiarów oraz objawów świadczących o zmianie ciśnienia.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Edukacja pacjentki na temat zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego – pozycja w jakiej należy mierzyć ciśnienie, odpoczynek przed wykonaniem pomiaru, odpowiedni rozmiar mankietu – dostosowany do pacjentki, mankiety zakładany bezpośrednio na skórę, nie na ubranie.
- Nauka obsługi ciśnieniomierza.
- Zachęcenie chorej do prowadzenia zeszytu z wynikami pomiarów ciśnienia krwi.
- Zapoznanie pacjentki z objawami mogącymi świadczyć o zmianie ciśnienia tętniczego krwi.
- Uświadomienie pacjentce o konieczności przyjmowaniu leków na nadciśnienie.
- Zapoznanie pacjentki z ryzykiem chorób, które są powodowane wysokim ciśnieniem.

Ocena: Pacjentka została zapoznana z zasadami prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi, nauczyła się również obsługiwać nowy ciśnieniomierz i prowadzić zeszyt z wynikami pomiarów. Pacjentka dowiedziała się również o objawach, które towarzyszą zmianie ciśnienia krwi, a także o chorobach, które są wywoływane wysokimi wartościami ciśnienia.

Wskazówki do samoopieki, samopielęgnacji

- Unikanie stresu i przemęczenia.
- Kontynuacja rehabilitacji - wizyt u fizjoterapeuty.
- Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Przestrzegania terminów wizyt kontrolnych w poradniach specjalistycznych.
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie 2-2,5 litra na dobę.
- Regularna kontrola ciśnienia tętniczego.
- Dbanie o higienę ciała.
- Ograniczenie spożycia soli do 5 g dziennie.
- Unikanie używek – palenia papierosów, spożywania alkoholu.

WNIOSKI

Udar mózgu jest chorobą neurologiczną, powstaje na skutek gwałtownego zatrzymania dostępu krwi do mózgu. Występuje zazwyczaj u ludzi po 60-tym roku życia, ale coraz częściej dotyka też ludzi młodszych. Skutki choroby mogą prowadzić do poważnych powikłań, a czasem skutkują zgonem. Nagłe wystąpienie choroby stawia przed pacjentem i jego rodziną pewne wymagania, takie jak opanowanie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą. Bardzo ważna jest profilaktyka udarów mózgu, a w przypadku już wystąpienia łagodzenie skutków [2, 3].

PIŚMIENNICTWO

1. Mickiewicz J., Rutkiewicz-Hanczewska M., Kaźmierski R.: Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytych udarach mózgu. Studium epidemiologiczne. *Prace Językoznawcze* 2022; 24: 135–149.
2. Kraft P.: *Udar mózgu*. Edra Urban Partner, Wrocław 2020.
3. Antecki J., Brełak E., Sobolewski P., Kozera G.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018; 12: 89–98.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6

ISBN XI tom 978-83-68268-21-8