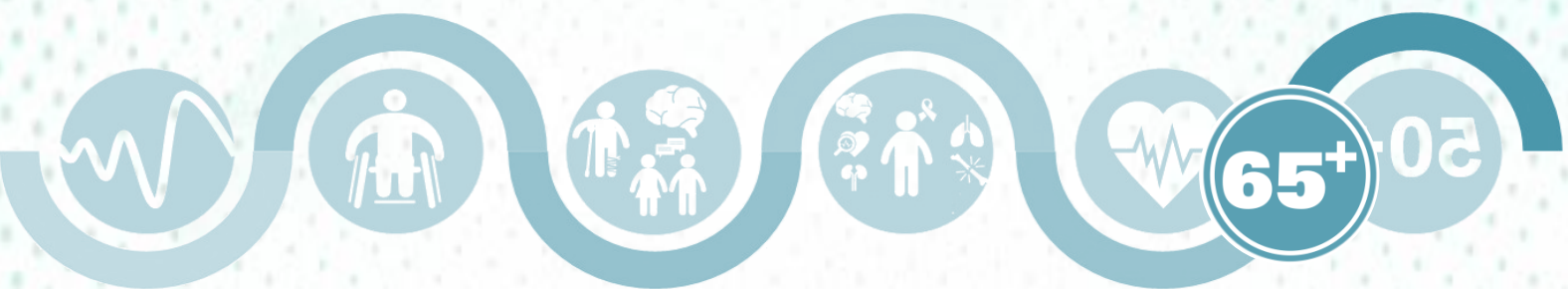


# WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

## Tom 12

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

Białystok, 2024





Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



# **WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA Tom XII**

**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 XII tom**

978-83-68268-22-5

**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](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 XII**



*Ze wszystkich nauk medycyna jest  
najszlachetniejsza  
Hipokrates*







## Od Autorów

*Szanowni Państwo*

Oddajemy do Państwa rąk XII Tom monografii „WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA”, poruszając w nim ważne tematy wyzwań w medycynie.

Współczesna medycyna stoi przed wieloma nowymi wyzwaniami. Jednym z nich jest wdrożenie modelu Value Based Healthcare. Ochrona zdrowia nakierowana na wartość (*Value-Based Healthcare* – VBHC – racjonalizowanie opieki zdrowotnej), która skupia się na maksymalizacji wyniku zdrowotnego, czyli na jakości i efektywności leczenia, zamiast na maksymalizacji wyniku ekonomicznego, coraz bardziej zyskuje na popularności.

Termin opieka zdrowotna nakierowana na wartość to strategia osiągania lepszych wyników, z uwzględnieniem czynników o największym znaczeniu dla pacjentów i przy jednoczesnej optymalizacji kosztów świadczeń w ramach systemów opieki zdrowotnej.

W koncepcji VBHC wartość definiowana jest jako osiągnięte dla pacjenta wyniki końcowe w stosunku do poniesionych kosztów. Efekt leczenia powinien być definiowany jako wynik: istotny dla zdrowia/życia pacjenta, stanu zdrowia pacjenta a nie wykonanej procedury czy interwencji danego specjalisty oraz stanu zdrowia pacjenta a nie wynik dla szpitala czy poradni. Opisane w ten sposób wyniki wyznaczają cele dostawców usług medycznych i określają zakres ich odpowiedzialności wobec pacjentów. Zgodnie ze strategią rozwoju VBHC opracowaną przez Portera i współautorów poprzez restrukturyzację opieki i promowanie lepszych wyników, przy wykorzystaniu zachęt finansowych, systemy opieki zdrowotnej poprawią jakość i ograniczą nieefektywność. W systemie ochrony zdrowia nakierowanej na wartość pacjenci są w stanie wybrać świadczeniodawców na podstawie świadomych oczekiwań dotyczących wyników leczenia i powiązanych kosztów. Dostawcy, którzy zapewniają lepsze wyniki po konkurencyjnych kosztach, wykorzystując zintegrowane leczenie oparte na rzeczywistej praktyce medycznej (np. rejestry), mogą być lepiej wynagradzani i mają większe szanse na rozwój, podczas, gdy inni tracą udział w rynku. Płatnicy negocjują umowy na podstawie wyników leczenia i zachęcają do stosowania efektywnych innowacji, aby osiągnąć te wyniki. Świadczeniodawcy odnoszą sukces, oferując usługi, dzięki którym pacjenci osiągają lepsze wyniki w stosunku do kosztów.

Atrybuty VBHC takie jak elektroniczne rejestry medyczne i wytyczne oparte na dowodach są już obecne w systemach zdrowotnych wielu krajów. Dzięki zbieraniu danych opartych o rzeczywistą praktykę można w znacznym stopniu wpłynąć na osiąganie lepszych wyników leczenia. Znaczącą rolę odgrywa znajomość rzeczywistej ścieżki diagnozowania i

leczenia pacjentów i z kolei użycie tych danych w analizach efektywności kosztów czy stosowanie porozumień w oparciu o wynik leczenia (przyp. umowy porozumienia ryzyka dla finansowania nowych terapii lekowych).

Merrick i współautorzy odnosząc się do wymogów wybierania wartości udzielanych świadczeń medycznych w systemie zorientowanym na wyniki leczenia. Zgodnie z tymi wymogami, wartości powinny mierzyć: wyniki leczenia pacjenta, oceniać przebieg terapii, odnosić się do zgodności z aktualnymi standardami, zaleceniami czy wytycznymi oraz brać pod uwagę ocenę zadowolenia pacjenta.

W roku 2012 zostało założone Międzynarodowe konsorcjum mierzenia wyników w ochronie zdrowia (International Consortium for Health Outcome Measurements - ICHOM). ICHOM opublikowało standardowe zestawy przeznaczone do mierzenia wyników dla 28 różnych obszarów terapeutycznych (takich jak: nowotwór piersi, jelita grubego i płuc, udar mózgu, otępienie, choroba wieńcowa, i in.). Trwają prace nad kolejnymi chorobami. Celem organizacji jest publikacja zestawów normatywnych dla ponad 50% chorób występujących na świecie 8 . Jednocześnie specjaliści w zakresie ekonomiki zdrowia pracują nad systemem pomiaru kosztów na każdym etapie procesu, obejmujących materiały, czas, wynagrodzenia, itp. Standardowe zestawy opracowane przez ICHOM są publicznie dostępne i nie wymagają licencji, trudno więc precyzyjnie określić, ile i gdzie praktycznie zostały zastosowane. Szacuje się, że 650 instytucji oraz 13 rejestrów wdrożyły lub mierzą co najmniej jeden Standardowy Zestaw ICHOM w 32 krajach na całym świecie.

*Dr n. med. Krystyna Klimaszewska*

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

## Wykaz autorów

**Andruszkiewicz Anna**

**dr hab., prof. UMK**

*Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

**Bandura-Sroka Maja**

**mgr położnictwa**

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

**Betke Katarzyna**

**dr n. o zdr.**

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

**Bielacz Magdalena**

**dr n. med.**

*Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie -Akademia Nauk Stosowanych*

**Brodowicz-Król Magdalena**

**dr n. o zdr.**

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

**Cybula-Misiurek Małgorzata**

**mgr**

*Instytut Nauk o Zdrowiu Wydział Medyczny Katolicki Uniwersytet Lubelski*

**Czechowska Zofia**

**mgr**

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

**Dombrowska-Pali Agnieszka**

**dr n. o zdr.**

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

**Dońska Katarzyna**

**dr n. med.**

*Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Gdaniec Alicja**

**mgr**

*Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium 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 Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Humańska Marzena Agnieszka**

**dr n. med.**

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

**Janicka Katarzyna**

**lic. położnictwa**

*Absolwentka studiów I stopnia Położnictwo*

**Jankowiak Barbara**

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

*Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Kazimierczuk Kamila**

**mgr**

*Poradnia Rodzinna św. Łukasza w Zabłudowie*

**Każmierczak Marzena**

**dr n. o zdr.**

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

**Klepadło Gabriela**  
**mgr pielęgniarstwa**

*Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku*

**Klimaszewska Krystyna**  
**dr n. med.**

*Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Kobus Grażyna**  
**dr hab. n. o zdr.**

*Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Kołek Weronika**  
**mgr**

*Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku*

**Kopczuk Aleksandra**  
**lic. pielęgniarstwa**

*Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Korowaj Martyna**  
**lic. pielęgniarstwa**

*Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**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.*

**Krajewska – Kułak Elżbieta**  
**prof. dr hab. n. med.**

*Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Król Aleksandra**  
**mgr pielęgniarstwa**

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

**Kuczyńska Joanna Katarzyna**

**lic. pielęgniarstwa**

*Dom Seniora Forest, Sobolewo. Absolwentka studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, 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*

**Łoboda Paulina**

**lic. pielęgniarstwa**

*Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

**Nowicka Milena**

**mgr**

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

**Papież Anna**

**mgr pielęgniarstwa**

*NZO Przychodnia Lekarska „MEDYK”, Zamość*

**Paterak Ewelina**

**mgr pielęgniarstwa**

*Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie - Akademia Nauk Stosowanych.*

**Paździor Violetta**

**mgr**

*Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Pieczyńska Weronika**

**mgr**

*Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej*

**Pokrzywka Julia**  
**lic. położnictwa**

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

**Ponczek Danuta**  
**dr n. med.**

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

**Pruchniak Monika**  
**dr n. med.**

*Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Rutkowska Ewa**  
**lic. położnictwa**

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

**Selewońko Magdalena**  
**mgr pielęgniarstwa**

*Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Snarska Katarzyna**  
**dr n. med.**

*Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Sobolewska-Samorek Agnieszka**  
**dr n. med.**

*Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Szałach Agnieszka**  
**mgr**

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

**Szałach Agnieszka**  
**mgr pielęgniarstwa**

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

**Szewczyk Kacper**

**lic. pielęgniarstwa**

*Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

**Szwamel Katarzyna**

**dr n. o zdr.**

*Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski*

**Tomaszewska -Niewińska Agnieszka**

**mgr**

*Radan – Med sp. z o.o., Gliwice*

**Trojanowska Alina**

**dr n. med.**

*Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Trojanowska Paulina**

**lekarz**

*Katedra i Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

**Tryndoch Iwona**

**mgr**

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

**Tylenda Mikołaj**

**lic. pielęgniarstwa**

*Absolwent studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

**Wekwejt Oliwia**

**mgr położnictwa**

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

**Wyrzykiewicz Nicole**

**lic. położnictwa**

*Absolwentka Studiów I Stopnia Położnictwo*



## Spis treści

<b>Kolostomia- zadania edukacyjne dla pielęgniarki</b>	<b>20</b>
<i>Marzena A. Humańska, Katarzyna Betke, Danuta Ponczek, Paulina Łoboda, Anna Andruszkiewicz</i>	
<b>Agresja pacjentów w opinii personelu szpitalnego oddziału ratunkowego</b>	<b>29</b>
<i>Danuta Ponczek, Weronika Pieczyńska, Katarzyna Betke, Marzena Agnieszka Humańska</i>	
<b>Opieka nad pacjentką z zespołem policystycznych jajników</b>	<b>40</b>
<i>Alicja Gdaniec, Maja Bandura-Sroka, Katarzyna Janicka</i>	
<b>Znajomość praw pacjenta wśród nastolatków</b>	<b>47</b>
<i>Alina Trojanowska, Paulina Trojanowska, Agnieszka Sobolewska-Samorek, Katarzyna Dońka, Violetta Paździor, Monika Pruchniak, Małgorzata Cybula-Misiurek</i>	
<b>Opieka nad pacjentką w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej, ze szczególnym uwzględnieniem zespołem TTTS, TRAP oraz TAPS</b>	<b>59</b>
<i>Alicja Gdaniec, Maja Bandura-Sroka, Nicole Wyrzykiewicz</i>	
<b>Czynniki determinujące wybór porodu domowego wśród kobiet</b>	<b>67</b>
<i>Marzena Kaźmierczak Oliwia Wekwejt, Agnieszka Dombrowska-Pali</i>	
<b>Porównanie testów skórnych z panelem pediatrycznym u pacjentów pediatrycznych w Arion szpitalu w Biłgoraju w latach 2022-2023</b>	<b>84</b>
<i>Maria Dorota Kwika, Magdalena Bielacz, Ewelina Paterak</i>	
<b>Zachowania zdrowotne studentów uczelni medycznej i niemedycznej</b>	<b>93</b>
<i>Gabriela Klepadło, Katarzyna Snarska, Grażyna Kobus</i>	
<b>Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym</b>	<b>106</b>
<i>Grażyna Kobus, Kamila Kazimierczuk</i>	
<b>Postępowanie diagnostyczne i opiekuńczo-lecznicze w przypadku ciąży ektopowej – studium przypadku</b>	<b>121</b>
<i>Maja Bandura-Sroka, Ewa Rutkowska, Agnieszka Dombrowska-Pali, Alicja Gdaniec</i>	

<b>Analiza poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia</b>	<b>132</b>
<i>Maria Dorota Kwika, Aleksandra Król</i>	
<b>Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem pediatrycznym z astmą oskrzelową</b>	<b>160</b>
<i>Kacper Szewczyk, Krystyna Klimaszewska</i>	
<b>Poród drogą pochwową po poprzednim cięciu cesarskim – studium przypadku</b>	<b>179</b>
<i>Maja Bandura-Sroka, Julia Pokrzywka, Alicja Gdaniec, Agnieszka Dombrowska-Pali</i>	
<b>Pacjentka po mastektomii z cukrzycą typu 2-zadania pielęgniarki</b>	<b>190</b>
<i>Ewa Kostrzewa-Zabłocka</i>	
<b>Ocena samodzielności seniorów w kontekście wielochorobowości i dostępu do usług Ochrony Zdrowia</b>	<b>200</b>
<i>Maria Dorota Kwika, Anna Papież, Agnieszka Szalach</i>	
<b>Transplantologia wczoraj i dziś</b>	<b>219</b>
<i>Magdalena Głowicka, Krystyna Klimaszewska</i>	
<b>Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii</b>	<b>241</b>
<i>Ewa Kulbaka, Magdalena Brodowicz – Król, Milena Nowicka, Agnieszka Szalach</i>	
<b>Obciążenie psychiczne jako element ergonomiczny na stanowisku pracy pielęgniarki</b>	<b>252</b>
<i>Magdalena Brodowicz-Król, Maria Kwika, Agnieszka Szalach, Iwona Tryndoch</i>	
<b>Opieka pielęgniarska nad pacjentem z odleżyną II i III stopnia</b>	<b>266</b>
<i>Joanna Katarzyna Kuczyńska, Krystyna Klimaszewska</i>	
<b>Wiedza kobiet ciężarnych na temat łagodzenia bólu porodowego</b>	<b>290</b>
<i>Małgorzata Gierszewska, Zofia Czechowska, Marzena Kaźmierczak</i>	
<b>Wiedza i świadomość młodzieży akademickiej na temat raka jelita grubego</b>	<b>300</b>
<i>Weronika Kolek, Magdalena Selewońko, Grażyna Kobus</i>	

<b>Wiedza i postawy pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na temat szczepień przeciw wirusowi SARS-COV- 2</b>	<b>312</b>
<i>Agnieszka Tomaszewska -Niewińska, Katarzyna Szwamel</i>	
<b>Opieka pielęgniarska nad pacjentką po zabiegu operacyjnym usunięcia jelita ze zmianą nowotworową</b>	<b>329</b>
<i>Aleksandra Kopczuk, Barbara Jankowiak</i>	
<b>Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z przepukliną brzuszną</b>	<b>344</b>
<i>Martyna Korowaj, Barbara Jankowiak</i>	

## KOŁOSTOMIA- ZADANIA EDUKACYJNE DLA PIEŁĘGNIARKI

---

**Marzena A. Humańska<sup>1</sup>, Katarzyna Betke<sup>1</sup>, Danuta Ponczek<sup>1</sup>, Paulina Łoboda<sup>1</sup>, Anna Andruszkiewicz<sup>1</sup>**

*1. Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

### WPROWADZENIE

Wyraz stomia wywodzi się z języka greckiego, a po dokładnym tłumaczeniu oznacza „otwór”. Jest to celowo wykonane połączenie części światła jelita grubego bądź cienkiego z zewnętrzną powierzchnią brzucha, jaką jest skóra, umożliwiając przy tym wydalanie produktów przemiany materii. Tego rodzaju zabiegi wykonywane są ze wskazań planowych lub pilnych w celu leczenia łagodnych i złośliwych schorzeń żołądkowo-jelitowych. Pierwszy pomyślny zabieg wyłonienia stomii, o którym wie historia, został wykonany przez Duret’a ponad 230 lat temu [1, 2].

Mówiąc o stomii, często stosuje się zamiennie synonimy, takie jak „sztuczny odbyt” czy „przetoka jelitowa”, jednakże obecnie uważa się to za błąd. Wymienione wyrazy, dawniej stosowane jako bliskoznaczne, nie powinny już mieć zastosowania, zważając na to, iż wyłaniania stomia pozbawiona jest sztucznych elementów oraz nie powstaje samoistnie, a za sprawą działań chirurga. Najwłaściwszą nazwą, zaś będzie po prostu „stomia”, „stomia jelitowa” lub chcąc sprecyzować miejsce jej wyłonienia, można mówić o „kolostomii” lub „ileostomii”. Poprawnym nazewnictwem będzie również „odbyt brzuszny”, gdyż za sprawą działań chirurgicznych zmieniona zostaje jego lokalizacja z krocza na brzuch.

Rodzaje stomii jelitowych można klasyfikować na podstawie: poziomu jelita, na którym wyłania się stomię, czasu jej planowanego utrzymania oraz budowy. Ze względu na poziom jelita, na którym wyłania się stomię wyróżniamy [3, 4, 5]:

- Kolostomię – powstaje z jelita grubego, najczęściej z odcinka esicy i okrężnicy poprzecznej, rzadziej z okrężnicy wstępującej i zstępującej; ma średnicę ok. 35-50 mm, a

wysokość ok. 1-1,5 mm; zwykle umiejscowiona jest po lewej stronie; wydalany kał jest dobrze uformowany, natomiast im bardziej proksymalna jest kolostomia, tym bardziej płynna jest jej treść.

- Ileostomię – powstaje z jelita krętego, ma średnicę ok. 20-30 mm, a wysokość ok. 25 mm; zwykle umiejscowiona jest po prawej stronie; kał wydalany jest w formie płynnej, półpłynnej lub papkowatej, a jego dobowa objętość nie powinna przekroczyć 700ml.

Operacyjny zabieg wyłonienia kolostomii stanowi formę leczenia wielu schorzeń jelit. Pomimo że uznawany jest za jedną z najbardziej odpowiednich metod terapeutycznych, często w sposób negatywny wpływa na fizyczność oraz stan psychiczny chorego. Z tych względów pacjenci wymagają wsparcia oraz edukacji ze strony pielęgniarki, która odgrywa kluczową rolę w procesie odpowiedniego przygotowania do zabiegu [1, 6, 7].

Informacja o konieczności wyłonienia stomii jelitowej zwykle przysparza pacjentom wielu zmartwień. Zabieg ten wiąże się z zaburzeniami akceptacji własnego ciała, zmniejszeniem pewności siebie oraz emocjami, takimi jak lęk i niepokój. Według ubiegłorocznych badań 41,6% stomików choruje na depresję, natomiast płeć i wiek są zmiennymi niezależnymi [6, 8].

U przyszłych stomików bardzo często obserwuje się deficyt wiedzy, który jest głównym prowodyrem wszelakich zaburzeń stanu psychicznego. Ci pacjenci nie posiadają odpowiedniej wiedzy dotyczącej stomii, jej zaopatrywania i pielęgnacji. Nie są świadomi, że życie z brzuszny odbytem z niczego nie dyskwalifikuje, a poróżni ich od społeczeństwa jedynie sposób oddawania stolca [8].

## ROZWINIĘCIE

Profesjonalna opieka pielęgniarska w okresie przedoperacyjnym ukierunkowana jest na edukację przyszłych stomików dotyczącą sposobu wysokiej jakości życia. Skupia się na nauczaniu o prawidłowym sposobie samopielęgnacji stomii, doborze odpowiednich środków potrzebnych do jej zaopatrywania oraz ćwiczeniu umiejętności wymiany worków stomijnych. Porusza się kwestie związane z możliwością powstania powikłań stomijnych i okołostomijnych oraz sposobów możliwie jak najszybszej ich identyfikacji. Przekazuje się także zalecenia dietetyczne dotyczące zarówno pierwszych posiłków po wykonaniu zabiegu, jak i tych, które pacjent będzie spożywał już w domu [9, 10, 11].

Wyłonienie kolostomii jest najczęściej wykonywaną przez chirurgów interwencją terapeutyczną w patologicznych stanach jelita grubego. Wskazaniem do jej wyłonienia są choroby, schorzenia oraz wady genetyczne w znacznym stopniu upośledzające funkcjonalność jelit. Na wytworzenie brzuszno-odbytu wpływa zaś charakter choroby podstawowej, jej lokalizacja, indywidualny stan zdrowia pacjenta oraz ewentualne towarzyszące mu choroby współistniejące [11, 12]. W XXI wieku najczęstszą etiopatogenezą kolostomii jest nowotwór jelita grubego. Wskazaniem do jej wyłonienia są także choroby i schorzenia, takie jak [2, 12]:

- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- choroba Leśniewskiego-Crohna,
- powikłana choroba uchyłkowa okrężnicy,
- niedrożność jelita grubego,
- następstwa urazów mechanicznych (np. zranienie ostrym narzędziem),
- rozlane kałowe zapalenie otrzewnej na skutek perforacji jelita grubego,
- przetoka odbytniczo-pochwowa,
- niedokrwienie jelita grubego,
- niewydolność zwieraczy odbytu,
- polipowatość jelita grubego,
- ciężkie stany septyczne krocza,
- popromienne zapalenia odbytnicy,
- nietrzymanie stolca,
- perforacje jatrogenne.

Poprawne wyznaczenie miejsca stomii przed zabiegiem operacyjnym jest niezwykle istotnym aspektem. Często rokuje na poziom komfortu życia z brzuszno-odbytem w kontekście zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Prawidłowe określenie miejsca stomii zapobiega przyszłym powikłaniom, takim jak, np.: uszkodzeniu skóry wokół stomii, podciekaniu treści jelitowej czy depresji oraz wielu innym niekorzystnym aspektom. Niezwykle ważne jest także by przedoperacyjne oznaczenie idealnego miejsca stomii było

wykonywane przez wykwalifikowany personel, tj.: pielęgniarki stomijne, pielęgniarki specjalizujące się w leczeniu ran, gdyż taka współpraca zmniejsza ryzyko powikłań wczesnych, zwiększa jakość życia oraz naraża za mniejsze koszty finansowe.

2. Etapy przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii przez pielęgniarkę [2, 13, 14]:
  1. Uzyskanie zgody pacjenta na wyznaczenie miejsca stomii.
  2. Nawiązanie zaufania pacjenta, dbałość o jego komfort psychiczny.
  3. Zadbanie, by pomieszczenie, w którym będzie wykonywane badanie było prywatne i intymne.
  4. Zadbanie o komfort termiczny pacjenta, by w pomieszczeniu, w którym będzie wykonywane badanie panowała temperatura pokojowa oraz nie było przeciągu.
  5. Poproszenie pacjenta o zdjęcie ubrań, tak byśmy mogli widzieć jego cały brzuch oraz niczym nieograniczone podbrzusze.
  6. Poznanie typowego zakresu ruchów pacjenta związanego z jego mobilnością w życiu codziennym.
  7. Ocena skóry brzucha wraz z obserwacją możliwie obecnych na ciele blizn, fałdów skórnych, przepuklin, obwisłych piersi, by uniknąć tych obszarów podczas znakowania.
  8. Obserwacja obecnych wypukłości kostnych i lokalizacji pępka, by uniknąć tych obszarów podczas znakowania.
  9. Określenie krawędzi mięśnia prostego brzucha poprzez położenie się pacjenta na plecach i wykonanie ruchu podnoszącego głowę, w taki sposób, by mógł zobaczyć własne stopy.
  10. Wyznaczenie jednej trzeciej odległości pomiędzy pępkiem a górnym przednim kolcem biodrowym.
  11. W celu identyfikacji wszelkich fałd i nierówności skóry brzucha należy polecić pacjentowi by przybierał kolejno pozycję: leżącą, siedzącą i stojącą,
  12. Biorąc pod uwagę wszystkie dokonane wcześniej pomiary należy przy użyciu pisaka oznaczyć planowane miejsce wyłonienia stomii, zachowując pięciocentymetrowy margines od miejsc wskazanych w punkcie 7 i 8. (Oznaczenie wykonuje się, gdy pacjent siedzi z wyprostowanymi plecami, a stopami dotyka podłoża, czyli w pozycji wymiany zaopatrzenia stomijnego przyszłej stomii).

13. Należy upewnić się, że sugerowane miejsce przyszłej stomii znajduje się w polu widzenia pacjenta i odpowiada jego preferencją. (Gdy pacjent jest otyły, stomia powinna znajdować się w śródbrzuszu lub nadbrzuszu)
14. Należy zabezpieczyć wyznaczone miejsce opatrunkiem i wyjaśnić pacjentowi istotę utrzymania znaku na ciele.
15. Udokumentowanie wykonanego zabiegu w dokumentacji pacjenta.

Pielęgniarka wraz z członkami zespołu interdyscyplinarnego zobowiązana jest do edukacji pacjenta przed i po interwencji wyłonienia stomii. Powinna wytłumaczyć choremu istotę leczenia, nauczyć go wykonywania ćwiczeń oddechowych, które poprawią jego wydolność oddechową po zabiegu, ćwiczeń przeciwzkrzepowych oraz przekazać wskazówki dotyczące efektywnego kaszlu, dbając przy tym o prawidłową ochroną rany. Bardzo ważne jest, by przybliżyć orientacyjny czas hospitalizacji, omówić sposoby niwelowania pooperacyjnego bólu, a co najważniejsze wyznaczyć planowane miejsce przyszłej kolostomii oraz nauczyć pacjenta jej zaopatrywania. Przyszłemu stomikowi i należy również przekazać wiedzę na temat prawidłowego przygotowania ciała do operacji, a mianowicie polecić wykonanie dokładnej toalety, zastrzec posiadania sztucznych paznokci, biżuterii, protez zębowych, aparatu słuchowego, okularów korekcyjnych oraz soczewek kontaktowych na sali operacyjnej. Jeśli posiada widoczne owłosienie w miejscu planowanego wyłonienia poprosić o jego usunięcie strzygarką chirurgiczną 1-2 h przed zabiegiem. Pielęgniarka powinna zadbać także o to, by przewód pokarmowy chorego został oczyszczony z mas kałowych oraz, by do operacji pacjent podchodził na czczo. Nie można zapominać przy tym wszystkim również o tym, jak istotny jest komfort psychiczny chorego w tak trudnym dla niego okresie okołoperacyjnym [2, 6, 14].

Jednym z zadań pielęgniarki w opiece nad chorym jest edukacja chorego na temat zasad odpowiedniego i zdrowego odżywiania po wyłonieniu stomii. Należy jednak uświadomić, a zarazem uspokoić pacjenta, iż wyłonienie brzuszego odbytu nie wiąże się wcale z koniecznością przestrzegania rygorystycznego jadłospisu. Zadaniem diety stomika jest eliminacja pokarmów przysparzających choremu przykrych dolegliwości ze strony układu pokarmowego, takich jak: zaparcia, biegunki, nadmierne i cuchnące gazy czy ból brzucha. Bardzo ważne jest także dostarczenie organizmowi niezbędnej ilości witamin z grupy rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D3, E, K oraz B9 i B12 rozpuszczanych w wodzie, jak również żelaza, magnezu i cynku. Ponadto zaleca się kontrolę i wczesną profilaktykę niedoborów wymienionych związków z uwagi na możliwość ich nieprawidłowej resorpcji,



która jest związana z resekcją poszczególnych części jelit. Szczególnej uwagi wymaga także stan odżywienia pacjenta oraz jego regularna kontrola. Waga chorego powinna mieścić się w prawidłowych normach wskaźnika BMI, by nadmiar lub niedobór tkanki tłuszczowej nie zaburzał funkcjonalności wyłonionej stomii oraz pracy organizmu, a w szczególności jelit [9, 15, 16].

Ogólne zalecenia pielęgniarские dotyczące żywienia pacjentów stomijnych [8, 15, 16]:

- pacjent powinien spożywać co najmniej 4 posiłki dziennie o mniejszych porcjach,
- pacjent powinien przyjmować posiłki o regularnych porach,
- zaleca się, by chory jadł posiłki wolno, dokładnie rozdrabniając każdy kęs,
- pacjent powinien przyjmować co najmniej 2 litry płynów dziennie, najlepiej wody,
- nie zaleca się przyjmowania obfitych posiłków przed snem,
- stomicy powinni wyeliminować z diety produkty wysokoprzetworzone wzbogacone o różnorakie emulgatory, konserwanty i substancje słodzące,
- pacjent powinien ograniczyć spożywanie soli do 5 g dziennie,
- należy unikać nikotyny, gdyż przyspiesza ona perystaltykę jelit oraz niesie za sobą poważne skutki zdrowotne,
- należy unikać spożywania alkoholu.

Według badań wczesne wprowadzenie podaży doustnej pokarmów po zabiegu wyłonienia stomii ma pozytywny wpływ na proces adaptacyjny operowanych jelit. Dzieje się tak, ponieważ przyjmowane pokarmy bogate w substancje odżywcze kontaktują się z komórkami nabłonkowymi, które to zaś stymulują wydzielanie hormonów jelitowych odpowiadających za prawidłową indukcję.

Informacja o konieczności wyłonienia stomii, ujrzenie jej po raz pierwszy na ciele, czy też codzienna jej pielęgnacja, może przysparzać pacjentowi wielu zmartwień i w sposób znaczący obciążać jego psychikę. Fakt, iż w pewnym momencie życia, chory przestaje oddawać stolec w sposób fizjologiczny i zaczyna nosić pod ubraniem worek stomijny może wywołać szereg negatywnych uczuć i emocji. Stomicy często borykają się ze stanami lękowymi i depresją. Zły obraz własnego ciała, niska samoocena, brak szacunku do samego siebie – to też ich dotyczy. Ich problemy w głównej mierze są wynikiem lęku i strachu o reakcję społeczności na ich odmienność. Chorzy zamykają się na kontakty z partnerem, rodziną, przyjaciółmi, unikają podróży, sportu, uczestnictwa w życiu społecznym, zmniejszają swoją aktywność zawodową. Z przeglądu literatury wynika, że badania nad problemami

natury psychicznej u osób z wylonioną stomią jelitową trwają od około 50 lat. Niestety, mimo upływającego czasu, problem nie przedawnił się i wciąż dotyka szerokie grono chorych [5, 8, 9].

Jako prewencję zaburzeń zdrowia psychicznego warto stosować edukację. Jest to metoda, która odgrywa niezwykle istotną rolę w przygotowaniu pacjenta do zmian, jakie zajądą w jego ciele. Pojęta wiedza zapewnia pacjentom komfort psychiczny, niweluje strach i pozwala na dobre przygotowanie się do życia ze stomią. Rolą pielęgniarki w opiece nad zdrowiem psychicznym pacjenta jest edukacja, wsparcie psychiczne, pomoc i nauka czynności pielęgnujących brzuszny odbyt oraz wzbudzenie w pacjencie refleksji, że nie jest sam.

Zadania pielęgniarki w opiece nad zdrowiem psychicznym pacjenta można podzielić na trzy etapy przed wylonieniem stomii, we wczesnym okresie pooperacyjnym i późnym etapie po zabiegu. Najważniejszymi zadaniami przed zabiegiem są: szczerą rozmowa z pacjentem na temat jego samopoczucia psychicznego, poznanie obaw chorego, otwartość na pytania pacjenta, wyjaśnienie istoty wykonania zabiegu, omówienie zmian, jakie zajądą w ciele pacjenta pod względem anatomicznym i fizjologicznym, przybliżenie pacjentowi średniego czasu trwania zabiegu oraz liczby dni hospitalizacji, biorąc pod uwagę prawidłowy przebieg wszystkich procedur medycznych, wyznaczenie miejsca stomii, prezentacja worków stomijnych, omówienie zasad pielęgnacji stomii, instruktaż wymiany worka na тренаżerze ćwiczeniowym, omówienie zasad pielęgnacji stomii, umożliwienie rozmowy z innym pacjentem, przedstawienie informacji o działalności grup wsparcia, stowarzyszeń, podarowanie broszur informacyjnych, umożliwienie kontaktu z psychologiem [9, 10].

Zadania pielęgniarki w opiece nad zdrowiem psychicznym pacjenta we wczesnym etapie po wylonieniu stomii: szczerą rozmowa z pacjentem na temat jego samopoczucia psychicznego, poznanie obaw chorego, otwartość na pytania pacjenta, wsparcie psychiczne, wzmocnienie poczucia własnej wartości chorego, towarzyszenie pacjentowi przy pierwszej wymianie worka stomijnego i pomoc przy wykonywaniu tej czynności, zapewnienie intymności podczas wymiany sprzętu stomijnego, pomoc w doborze odpowiednich środków do zaopatrywania stomii pacjenta, przedstawienie zaleceń dietetycznych, umożliwienie kontaktu z psychologiem [8, 9].

Zaopatrzenie w sprzęt do pielęgnacji stomii umożliwia skuteczne oczyszczenie skóry wokół stomii z wszelkich nieczystości oraz pozostałości kleju przylepca worka stomijnego.

Zabezpiecza skórę przed powstaniem podrażnień i ran. Poprawia komfort życia codziennego\chorych, swoje zastosowanie znajduje również w podróży. Mogą to być m.in.: płyn/pianka do mycia skóry, chusteczki nawilżane do mycia skóry, spray zabezpieczający skórę przed szkodliwością treści jelitowej, gaziki z płynem przeciw podrażnieniom, środek do usuwania przylepca worka stomijnego, neutralizator przykrego zapachu treści jelitowej w sprayu lub w kroplach, saszetki żelujące do zagęszczania treści jelitowej. Dobór sprzętu stomijnego jest niezwykle istotną kwestią. Obecnie każdy z chorych ma możliwość doboru odpowiedniego sprzętu do swoich indywidualnych potrzeb oraz rodzaju stomii jelitowej, dzięki różnorodności firm istniejących na rynku farmaceutycznym [15, 16].

## PODSUMOWANIE

Wyłonienie kolostomii jest najczęściej wykonywaną interwencją terapeutyczną w patologicznych stanach jelita grubego. Wskazań do jej wyłonienia jest wiele, tak samo, jak i obaw pacjentów przed tego rodzaju zabiegiem. Przyszli stomicy decyzję o konieczności wyłonienia stomii często traktują jak wyrok. Boją się reakcji społeczeństwa, powrotu do domu i pracy. Martwią się, że inni zauważą zmianę w ich wyglądzie lub co gorsze usłyszą ją bądź poczują. Z tych względów pacjenci nierzadko izolują się od świata i mierzą się z zaburzeniami stanu psychicznego. Rolą pielęgniarki jest, więc rozpoznanie problemów edukacyjnych oraz zdrowotnych, jakie doskwierają choremu przed zabiegiem, a następnie zaplanowanie i zrealizowanie odpowiednich interwencji, które przybliżą nas do obranego wcześniej celu. Pielęgniarka w tak trudnym dla chorego czasie powinna być nie tylko nauczycielem, ale i dobrym słuchaczem i wsparciem. Edukacja pacjenta przed wyłonieniem kolostomii tak samo, jak przed każdym innym zabiegiem, czy procedurą medyczną, odgrywa niezwykle istotną rolę. Pozytywnie wpływa na stan psychiczny, niweluje negatywne emocje, pozwala rozwiązać wszelkie wątpliwości chorego, a co najważniejsze utrwala jego wiedzę.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Pande R., Gugta A.: Gastrointestinal Stomas and Fistulas: What is Lost and What to Do? *Indian J Crit Care Med.* 2020; 24 (4): 175–178.
2. Tsujinaka S., Tan KY., Miyakura Y., Fukano R.: Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *J Anus Rectum Colon.* 2020; 4 (1): 25-33.
3. Mohan HM., Collinsa D., Zima DC.: Stoma rods in abdominal surgery: a systematic review and metaanalyses. *Tech Coloproctol* 2019; 23 (3): 201-206.

4. Aniołkowska M., Antos E., Wawszczak E.: Funkcjonowanie bio-psycho-społeczne pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pol. Prz. Nauk Zdr.* 2020; 1: 27-35.
5. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Idzik A.: Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pieleg. Chir. Angiol.* 2019; 13 (3): 100-106.
6. Nit E.: Ostomy Management: A Model of Interdisciplinary Care. *Review Surg Clin North Am.* 2019; 99(5): 885-898.
7. Banerjee S., Kwaan M., Wu Y. and all: Ostomy Surgery for Patients with Large Bowel Obstruction in the Modern Era: a Nationwide Inpatient Sample Study. *J Gastrointest Surg.* 2023; 27 (3):585-589.
8. Nam K., Kim H., Kima J. and all: Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Inst Wound J* 2019; 16 (1): 13-20.
9. Sobczak U.: Rola pielęgniarki stomijnej. W: *Stomia Prawidłowe Postępowanie Chirurgiczne i Pielęgnacja*, Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red). Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2017: 383-384.
10. Oliveira A., Moreira P., Netto M. and all: A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy. *Ostomy Wound Manage* 2018;64 (5):18-29.
11. Alenezi A., McGratha I., Kimpton A.: Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *J Clin Nurs.* 2021; 30 (21-22): 3111-3123.
12. Kelesi M., Faso G., Kaba E. and all: Living with a Stoma: Exploring the Lived Experience of Patients with Permanent Colostomy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 16 (18): 1-15.
13. Arolfo S., Borgiotto K., Bosio G. and all: Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications. *Tech Coloproctol* 2018; 22(9): 683-687.
14. Cakir S., Ozbayira T.: The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. *Pak J Med Sci.* 2018; 34(1): 149-153.
15. Banasiewicz T.: Zaopatrzenie sprzętowe. W: *Stomia Prawidłowe Postępowanie Chirurgiczne i Pielęgnacja*, Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red). Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2017: 121-149.
16. Stelton S.: Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *AJN, Am J. Nurs.* 2019; 119(6): 38–45.

## AGRESJA PACJENTÓW W OPINII PERSONELU SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

---

**Danuta Ponczek<sup>1</sup>, Weronika Pieczyńska<sup>2</sup>, Katarzyna Betke<sup>1</sup>, Marzena Agnieszka Humańska<sup>1</sup>**

- 1. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*
- 2. Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy, Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej*

### WSTĘP

Agresją określamy tendencję do używania przemocy w kontakcie z innymi osobami, jako sposobu do osiągnięcia swoich celów lub też rozwiązywania konfliktów. W ostatnich latach powstało wiele definicji agresji, jednak większość z nich określa ją jako zachowania ukierunkowane na przeciwnika, podejmowane z intencją, które są nastawione na bezpośrednie wywołanie efektu, jakim jest zranienie kogoś. Agresja posiada zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty dla prawidłowego funkcjonowania człowieka. Jednak tych drugich jest zdecydowanie więcej [1].

Słowo „agresja” pochodzi od czasownika (łac. *aggredior*) i oznacza: napaść, natarcie. Agresja w dziejach ludzkości istnieje od zawsze. We współczesnym świecie zjawisku przemocy i agresji poświęca się wiele uwagi, gdyż są to pojęcia, które budzą największe zainteresowanie. Wypełniają niemalże każdy aspekt naszego życia, w związku z czym są problemami bardzo aktualnymi, żywo dyskutowanymi. Już historyczne konflikty i wojny pomiędzy narodami wspominane w mitologii czy też Biblii, były przejawem agresji, tak samo jak przewijające się przez tysiące lat morderstwa, kradzieże, przemoc wobec osób słabszych, schorowanych czy niepełnosprawnych [2].

Szkody jakie wyrządza agresor, czyli osoba dokonująca agresji, to nie tylko fizyczne uszczerbki na zdrowiu, naruszenia, ale również negatywny wpływ na czyjąś samoocenę, odrzucenie (izolowanie) społeczne, doprowadzenie do utraty powszechnie cenionych

wartości, spowodowanie u kogoś odczucia rozpacz, gniewu, smutku, nienawiści czy chęci odwetu. Agresja ukierunkowana jest na obiekt, którym może być nie tylko inny człowiek, ale także zwierzęta, przedmioty fizyczne, grupy społeczne, instytucje, idee czy wartości. Uważa się również, że agresją jest każde działanie, zarówno zamierzone, jak i nieświadome czy nieprzemyślane [3].

Szczególną grupę osób agresywnych stanowią pacjenci systemu opieki zdrowotnej. Nierzadko zdarza się, że to właśnie oni w wyniku aktualnej sytuacji życiowej, nie panując nad własnymi emocjami dopuszczają się aktów przemocy wobec personelu medycznego. Do najczęstszych przyczyn pojawienia się u nich agresji zalicza się: wynikające z choroby ból i cierpienie, silny lęk i obawa, uzależnienie od personelu medycznego, bezradność wobec choroby i sytuacji życiowej, brak poczucia bezpieczeństwa, bezradność wobec niewydolnego systemu opieki zdrowotnej, czekanie na odległe terminy wizyt i zabiegów, kontrowersyjne zachowania personelu medycznego, w tym nierzadko lekceważący stosunek [4-6]. Zupełnie odrębną grupą osób są pacjenci pod wpływem substancji psychoaktywnych. Związek substancji psychoaktywnych z agresją nie jest jeszcze całkowicie poznany, jednakże zdecydowanie można stwierdzić, że ma on bezpośredni wpływ na poszczególne obszary mózgu, odpowiedzialne za nasze zachowania [7, 8].

Zjawisko agresji wśród pacjentów jest szczególnie widoczne w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Trafiają tam pacjenci przywiezieni przez zespoły ratownictwa medycznego, skierowani z Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub też zgłaszają się sami, bez skierowań zaniepokojeni swoim stanem zdrowia. Często jest to dla nich pierwszy kontakt ze szpitalem. Zdarza się, że cała wizyta okazuje się zbyt dużym obciążeniem i stresem. Wypełnianie dużej ilości dokumentów przy przyjęciu, nie zawsze zrozumiałe pytania, anonimowość oraz konieczność dostosowania się do panujących zasad i obowiązujących regulaminów prowadzi do frustracji i złości. Ponadto często muszą długo oczekiwać w kolejkach na wizytę u lekarza, w związku ze zbyt dużą liczbą osób zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. W takiej sytuacji zdarza się, że pacjent, czy też jego bliscy, którzy towarzyszą mu podczas wizyty w szpitalu, stają się nerwowi i zbulwersowani, a niekiedy przejawiać się to może w postaci różnych aktów agresji [9-11].

Personel medyczny w pracy pełni rolę funkcjonariusza publicznego, ale mimo to nie powstrzymuje to niektórych ludzi przed zachowaniami agresywnymi w trakcie swojego pobytu w szpitalu. Towarzyszący pacjentom stres, pogarszający się stan zdrowia oraz długi czas oczekiwania w kolejce, prowadzi jedynie do napiętrzenia się konfliktu i wywołania negatywnych emocji. Dlatego bardzo ważne jest, aby w szpitalach stworzyć procedury

postępowania z pacjentem agresywnym i nauczyć personel medyczny jak mają radzić sobie z każdą formą agresji.

## **CEL PRACY**

Celem pracy było sprawdzenie czy i w jakim zakresie personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego styka się z agresją ze strony pacjentów i/lub ich rodzin w swojej pracy.

## **MATERIAŁ I METODY BADAŃ**

Grupę badaną stanowiły 91 osoby pracujące w Oddziale Klinicznym Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy. Badania miały charakter anonimowy.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który oprócz pytań metryczkowych zawierał również pytania odnośnie wiedzy na temat zjawiska agresji tj.: definicji agresji, jej formy oraz przykłady zachowań agresywnych. Ponadto ankietowani odpowiadali na pytania dotyczące agresji w miejscu pracy, tj.: jak często pojawiają się zachowania agresywne, z jaką formą spotykali się najczęściej, kim, jakiej płci oraz w jakim wieku był agresor oraz czy w trakcie przejawów agresji osoba agresywna była pod wpływem substancji psychoaktywnych. Respondentów poproszono o samoocenę radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi oraz odpowiedzi na pytania: czy wystąpiła obawa o własne zdrowie, czy doznali uszczerbku na zdrowiu w wyniku agresji oraz czy wystąpiła potrzeba wezwania policji do osoby stosującej agresję.

Analiza statystyczna wyników została przeprowadzona z wykorzystaniem programu Statistica 13 oraz MS Excel. Dane w zakresie charakterystyki grupy oraz oceny występującej agresji i odczuć z tym związanych zostały opisane za pomocą częstości i ilości udzielonych odpowiedzi (% - grupy, N – liczność grupy). Analizę statystyczną odpowiedzi ankietowanych przeprowadzono z wykorzystaniem testu Chi<sup>2</sup> Pearsona, porównując proporcję udzielanych odpowiedzi w grupach. Różnice istotne między częstością udzielanych odpowiedzi uznawano za istotną, gdy uzyskana wartość  $p < 0,05$  dla przeprowadzonego testu statystycznego.

## **WYNIKI**

Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 91 pełnoletnich osób. Ich charakterystykę przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela. 1** Charakterystyka badanej grupy.

Pytanie	Odpowiedź	N	%
<b>Wiek</b>	18-25 lat	15	16,67
	26-35 lat	27	30,00
	36-50 lat	37	41,11
	> 50 lat	12	13,33
<b>Płeć</b>	Kobiety	47	52,22
	Mężczyźni	44	48,89
<b>Miejsce zamieszkania</b>	Wieś	18	20,00
	Miasto	73	81,11
<b>Wykształcenie</b>	Podstawowe	2	2,22
	Zawodowe	8	8,89
	Średnie	24	26,67
	Wyższe	57	63,33
<b>Wykonywany zawód</b>	Ratownik medyczny	35	38,89
	Pielęgniarka	25	27,78
	Lekarz	12	13,33
	Inny	19	21,11
<b>Staż pracy w Oddziale Klinicznym Medycyny Ratunkowej</b>	< 1 roku	15	16,67
	1 – 5 lat	34	37,78
	Powyżej 5 lat	42	46,67

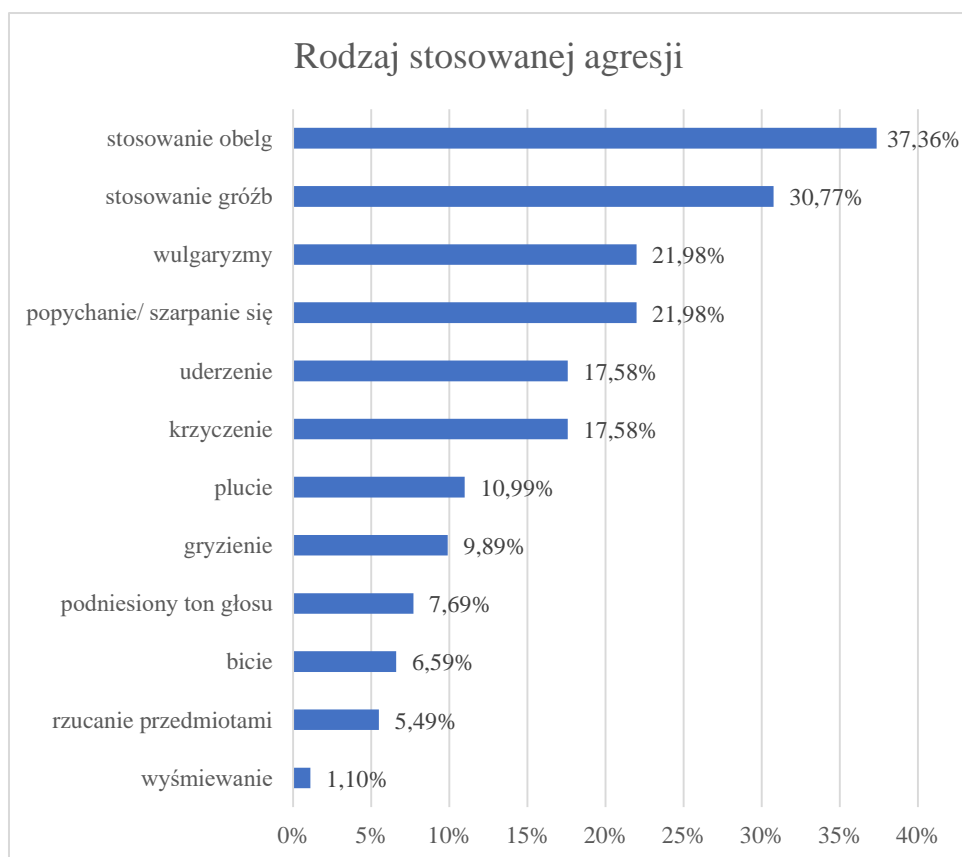
W ramach przeprowadzonego badania ankietowego tylko 35,16% badanych potwierdziło, że zna definicję słowa - agresja. Znajomość różnych form agresji zadeklarowało już 84,62%. Jeszcze więcej (97,80%) badanych potwierdziło, że co najmniej raz spotkało się z agresją w miejscu pracy. Najczęściej spotykaną formą agresji według 87,64% badanego personelu stanowiła agresja słowna. W przypadku pozostałych osób była to agresja fizyczna. Agresorem, w przeważającej (73,33%) części przypadków był pacjent. Według 82,22% osób, agresorzy to najczęściej mężczyźni. Wiek agresorów bywa zróżnicowany, jednak 58,59% ankietowanych uważało, że najczęściej są nimi osoby w średnim wieku, między 30. a 65. rokiem życia. Z kolei 46,67% wskazało, że agresywne osoby często znajdują się pod wpływem substancji psychoaktywnych (tabela 2).



**Tabela. 2 Charakterystyka osób agresywnych w opinii ankietowanych.**

<b>Pytanie</b>	<b>Odpowiedź</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Kto najczęściej był agresorem</b>	Pacjent	66	73,33
	Osoby towarzyszące pacjentowi (rodzina/osoby bliskie)	20	22,22
	Osoby niepowiązane z pacjentem, np. inni pacjenci w poczekalni/w sali obserwacji	3	3,33
<b>Płeć agresora</b>	Żeńska	15	16,67
	Męska	74	82,22
<b>Przedział wiekowy, w którym najczęściej są agresorzy</b>	Osoby w młodym wieku (18 – 30 lat)	26	28,89
	Osoby w średnim wieku (30 – 65 lat)	53	58,89
	Osoby w starszym wieku (powyżej 65r.ż)	10	11,11
<b>Czy osoby będące agresorami są często pod wpływem substancji psychoaktywnych</b>	Tak	42	46,67
	Nie	35	38,89
	Nie wiem	12	13,33

Badany personel stwierdził, że najczęstszym rodzajem agresji z jakim stykał się w pracy były obelgi (37,36% badanych) i groźby (30,77%) (rycina 1).



**Rycina. 1. Odpowiedzi ankietowanych dotyczące rodzaju stosowanej agresji przez agresywnych pacjentów lub osoby towarzyszące.**

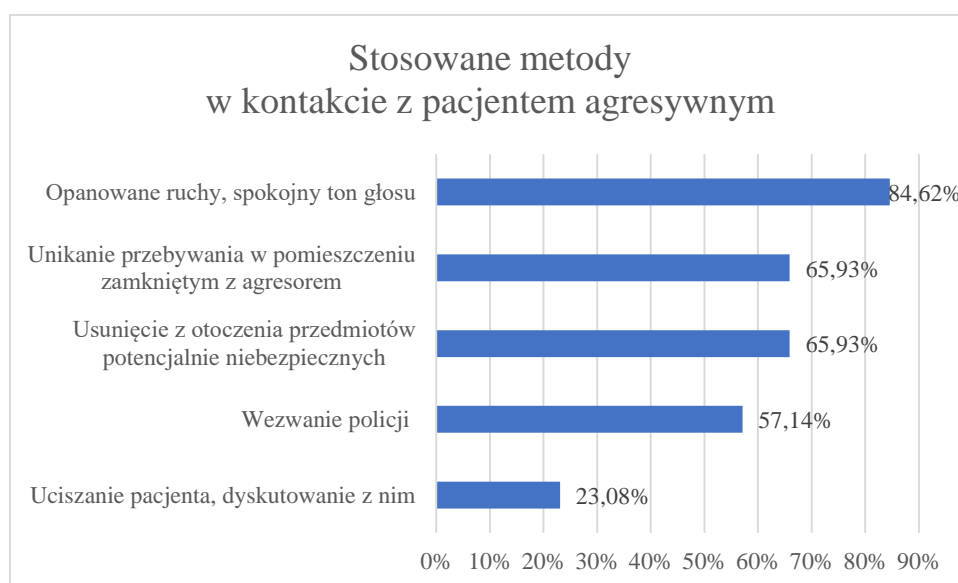
Aż 45,56% ankietowanych przyznało, że w obliczu agresji, z którą się zetknęli, często obawiali się o swoje zdrowie lub życie (tabela3).

**Tabela. 3 Odczucia ankietowanych w związku z zetknięciem się z osobą agresywną w pracy.**

Pytanie	Odpowiedź	N	%
<b>Obawa o swoje zdrowie lub życie</b>	Tak	41	45,56
	Nie	37	41,11
	Nie wiem	11	12,22
<b>Doznanie uszczerbku na zdrowiu w wyniku agresji</b>	Tak	24	26,67
	Nie	63	70,00
	Nie wiem	2	2,22
<b>Potrzeba wezwania policji do osoby stosującej agresję</b>	Tak	57	63,33
	Nie	31	34,44
	Nie wiem	1	1,11

Umiejętność radzenia sobie z agresją słowną	Tak	81	90,00
	Nie	4	4,44
	Nie wiem	6	6,67
Umiejętność radzenia sobie z agresją fizyczną	Tak	52	57,78
	Nie	10	11,11
	Nie wiem	29	32,22

W kontakcie z agresywnym pacjentem, najwięcej badanych (84,62%) radziło sobie, stosując opanowane ruchy i mówiąc spokojnym tonem głosu (rycina 3).



**Rycina. 3** Odpowiedzi ankietowanych dotyczące stosowanych metod w kontakcie z osobą agresywną.

Sprawdzono, czy na wymienione powyżej zagadnienia miały wpływ wybrane czynniki społeczno-demograficzne respondentów. Okazało się, że odpowiedzi nie były zależne od wieku ankietowanych. Natomiast część z nich była zróżnicowana w zależności od płci. Istotną statystycznie różnicę ( $p=0,003$ ) stwierdzono dla najczęstszej formy agresji z jaką spotykał się personel medyczny obu płci. W przypadku kobiet niemal zawsze była to tylko agresja słowna (97,78% vs. 2,22%; agresja słowna vs. agresja fizyczna), natomiast w przypadku mężczyzn, agresja słowna także była tym rodzajem agresji, z którym personel płci męskiej spotykał się najczęściej, ale istotny odsetek mężczyzn deklarował także, że najczęstszą formą agresji z jaką się spotykał była agresja fizyczna (77,27% vs. 22,73%; agresja słowna vs. agresja fizyczna). Stwierdzono również zależność ( $p<0,001$ ) dotyczącą posiadania umiejętności radzenia sobie z agresją o naturze fizycznej. W przypadku kobiet

większość z nich nie posiadała takich umiejętności (36,17% vs. 63,83%; posiadana umiejętność vs. brak umiejętności), natomiast w przypadku personelu męskiego, zdecydowanie przeważały osoby, które deklarowały posiadanie takich umiejętności (79,55% vs. 20,45%; posiadana umiejętność vs. brak umiejętności). Niezależnie od stażu pracy dla większości personelu osobą agresywną był pacjent ( $p < 0,001$ ). Wraz ze wzrostem stażu pracy więcej osób wobec przejawów agresji wzywało policję ( $p = 0,041$ ).

## DYSKUSJA

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy personel medyczny jest drugą grupą zawodową tuż po pracownikach ochrony mienia, która jest narażona na akty agresji w pracy. Problem agresji w miejscu pracy jest niedostrzegany przez społeczeństwo, a niestety jest to zjawisko coraz częściej spotykane w placówkach medycznych. Szczególnymi oddziałami szpitalnymi, gdzie dochodzi do takich sytuacji są Szpitalne Oddziały Ratunkowe. Wykazano, że aż 97,80% ankietowanych pracowników SOR co najmniej raz spotkało się z agresją w miejscu pracy. W badaniach Frydrysiak i wsp. [4] 92% ankietowanych również potwierdziło ten fakt. W badaniach własnych agresorem najczęściej okazywał się pacjent (73,33%). Pozostałe odpowiedzi wskazywały na agresję ze strony osób blisko związanych z pacjentem (22,22%) i agresję osób niepowiązanych z osobą hospitalizowaną (3,33%). Według wymienionych wcześniej autorek [4] 92% badanych spotkało się z agresją ze strony pacjenta, a 88% ze strony osób bliskich pacjentom. Z kolei Öztaş i wsp. [12] podają, że 90% uczestników ich badania było narażonych na przemoc w miejscu pracy przynajmniej raz podczas pracy na oddziale ratunkowym, a 94,4% doświadczyło przemocy werbalnej, w tym obelg, krzyków, gróźb i przekleństw. Większość tego rodzaju przemocy w miejscu pracy pochodziła od krewnych pacjentów.

Zgodnie z przedstawionymi wynikami, agresorzy to najczęściej mężczyźni (82,22%) oraz osoby między 30. a 65. rokiem życia. Podobnie w badaniach Frydrysiak i wsp. [4] ukazano mężczyzn jako częściej stosujących agresję zarówno słowną (64%), jak i fizyczną (90%). Jeśli chodzi o wiek osób agresywnych, najczęściej byli to ludzie młodzi, w wieku 20-40 lat (58%).

Dość często, osoby zachowujące się w sposób agresywny, znajdują się pod wpływem substancji psychoaktywnych. Takiej informacji udzieliło aż 46,67% naszych respondentów. Badania pacjentów w Klinicznym Oddziale Ratunkowym w Gdańsku opisane przez Barziej i wsp. [13] wykazały, że 30% agresorów było pod wpływem alkoholu, a według Kowalczuk

[11], połowa spośród osób agresywnych była nietrzeźwa w trakcie swojego pobytu na oddziale.

Za najczęstszą formę agresji ankietowani podawali najczęściej atak słowny (87,64%), znacznie rzadziej fizyczny. W przypadku płci personelu, mężczyźni o wiele częściej spotykali się z agresją fizyczną niż kobiety. Różnica ta była istotna statystycznie ( $p=0,003$ ). W badaniach Suwały [14] 54% ankietowanych wskazało agresję słowną jako najczęstszą formę agresji w miejscu pracy, 32% było zastraszanych, 26% doznało fizycznych ataków. Podobne wyniki otrzymali Fedorczyk i wsp. [15], gdy dokonali analizy wypadków ratowników medycznych we Wrocławiu, wskazując na agresję werbalną jako najczęściej występującą. Opisywany w tej pracy personel deklarował, że najczęstszymi formami agresji z jakimi się spotykali były obelgi (37,36%), groźby (30,77%) oraz wulgaryzmy (21,98%). Najrzadziej wymieniali podnoszenie tonu głosu przez agresora (7,69%) oraz wyśmiewanie (1,10%). Według badań Kowalczyk i wsp. [11] 95% personelu spotykało się z podniesionym tonem głosu, 72% z pogroźkami, a 70% z zachowaniami wulgarnymi. Natomiast spośród aktów agresji fizycznej, próba uderzenia ratowników medycznych pojawiła się u 44% badanych, a uderzenie u 18%. Wyniki badań Frydrysiak i wsp. [4] także potwierdzają formę agresji słownej jako najczęściej spotykaną, a za przykłady podają podniesiony ton głosu (70%), groźby (60%) oraz wulgaryzmy (52%). Za najczęstsze przykłady agresji fizycznej uznali popchnięcie i odepchnięcie (52%), rzucanie przedmiotami (26%) oraz uderzenie (12%). Jako przykłady agresji fizycznej nasi ankietowani wymieniali popychanie i szarpanie jako najczęstsze zachowania (21,98%), w dalszej kolejności bicie (6,59%) oraz rzucanie przedmiotami (5,49%).

Przebadani przez Kowalczyk i wsp. [11] pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w większości obawiali się o swoje zdrowie i/lub życie (56%). Lęk w związku z wykonywaną pracą 56% ankietowanych odczuwało rzadko, 26% często, a 16% nie miało takich obaw. Ponadto 14% personelu medycznego doznało uszczerbku na zdrowiu, a 60% przyznało, że wystąpiła konieczność wezwania policji. W badaniach własnych 45,56% ankietowanych przyznało, że często obawiało się o swoje zdrowie i/lub życie, a 41,11% w ogóle nie odczuwało takiej obawy. Z kolei 26,67% przyznało, że w czasie swojej pracy doznało uszczerbku na zdrowiu na skutek agresji, a 63,33% ankietowanych również wskazało na konieczność wezwania policji w celu powstrzymania agresora. Najrzadziej wzywały policję osoby pracujące poniżej 1 roku na oddziale.

Aż 90% badanego personelu stwierdziło, że potrafi sobie dobrze radzić z agresją słowną, a 57,78%, także z agresją fizyczną. Jednakże w porównaniu do kobiet, to mężczyźni

częściej odpowiadali, że posiadają umiejętności radzenia sobie z agresją fizyczną ( $p=0,001$ ). W pytaniu o działania stosowane w kontakcie z pacjentem agresywnym, ankietowani odpowiadali, że starają się zachowywać w sposób opanowany, zachowując spokojny ton głosu oraz unikają przebywania z potencjalnym agresorem w zamkniętym pomieszczeniu. Pilnują również, aby z otoczenia, w którym przebywa agresor usunąć przedmioty potencjalnie niebezpieczne. Natomiast 57,14% jako stosowaną metodę podało także wezwanie na miejsce patrolu policji. W badaniach Kowalczyk i wsp. [11] odpowiedzi na temat stosowanych metod w kontakcie z osobą agresywną były bardzo podobne: uspokajanie agresora (32% ankietowanych), ignorowanie go (28%), próba wytłumaczenia zaistniałej sytuacji (20%) oraz wezwanie policji (60%).

Zjawisko agresji wobec personelu Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych jest dość powszechne i prawie każdy z pracowników doświadczył takiego zdarzenia w swojej karierze zawodowej. Osoby podejmujące pracę w takim miejscu powinny mieć świadomość istniejących zagrożeń, ale też poczucie wsparcia merytorycznego i praktycznego.

## WNIOSKI

1. Personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego był dobrze zorientowany w temacie agresji w swoim miejscu pracy, jednakże warto kontynuować edukację w tym zakresie i zwiększać ich świadomość na temat przysługujących im praw.
2. Agresja wobec pracowników jest częstym zjawiskiem w Oddziale Klinicznym Medycyny Ratunkowej. Pracownicy niejednokrotnie są narażeni na niebezpieczeństwo, a to wpływa negatywnie na ich zdrowie fizyczne, jak i psychiczne.
3. Istnieje potrzeba opracowania procedur przeciwdziałania agresji, rozwiązań systemowych oraz większej ilości szkoleń dla personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w zakresie radzenia sobie z agresją.

## PIŚMIENNICTWO

1. Binczycka-Anholcer M.: Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2003.
2. Janczukowicz J.: Agresja pacjentów – złożoność problematyki. Medycyna po Dyplomie 2018; 27 (12): 97-101.
3. Frysztacki K.: Socjologia problemów społecznych. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009.

4. Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M.: Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016; 10: 46-52.
5. Kliś A.: Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ. *Forum Nefrologiczne* 2011; 4 (2): 177-182.
6. Walczak A.: Agresja w służbie zdrowia. *Na Ratunek* 2012; 1: 56-57.
7. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik. T.: Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 45 (4): 242-247.
8. Szwamel K., Suchocka L.: Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014; 4 (2):149-154.
9. Frydrysiak K., Podleński R., Grześkowiak M.: Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8 (4): 381-391.
10. Heitzman J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i zagrożonym samobójstwem [w:] *Zachowania agresywne – przeciwdziałanie, leczenie*, Meder J. (red.). Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2007: 93-97.
11. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. i wsp.: Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2009; 55 (3): 76-80.
12. Öztaş İ., Yava A., Koyuncu A.: Exposure of emergency nurses to workplace violence and their coping strategies: a cross-sectional design. *Journal of Emergency Nursing* 2023; 49 (3): 441-449.
13. Barziej I., Hasij J., Orłowska W. i wsp.: Postępowanie z pacjentem pobudzonym i agresywnym. *Na Ratunek* 2010; 2: 42-45.
14. Suwała A. Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1,2): 157-162.
15. Fedorczyk W., Pawlas K. Ryzyko zawodowe w pracy ratownika medycznego. *Hygeia Public Health* 2011; 46 (4): 437-441.

## OPIEKA NAD PACJENTKĄ Z ZESPOŁEM POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW

---

**Alicja Gdaniec<sup>1</sup>, Maja Bandura-Sroka<sup>1</sup>, Katarzyna Janicka<sup>2</sup>**

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

### WPROWADZENIE

Okres przedkoncepcyjny to jeden z najważniejszych okresów w życiu kobiety, ponieważ ma on bezpośredni wpływ przyszłość jej oraz całej jej rodziny. W tym okresie najważniejsze jest zdrowie pacjentki i odpowiednie przygotowanie organizmu do ciąży. Na tym etapie życia kobieta może przygotować się do macierzyństwa w sposób świadomy. Położna ma obowiązek wspierać, doradzać i udzielać kobiecie informacji zarówno na temat poczęcia, jak i samej ciąży. Opiekując się pacjentką, położna troszczy się o jej dobro. Zachęca do prowadzenia zdrowego trybu życia, w tym zbilansowanego odżywiania się i regularnej aktywności fizycznej. Ze względu na możliwość wystąpienia chorób współistniejących u pacjentki, położna powinna posiadać ogólną wiedzę na temat tych schorzeń. Ta wiedza jest ważna, ponieważ prawidłowe leczenie pacjenta może pomóc zminimalizować negatywne skutki chorób powiązanych z kobiecym okresem przedkoncepcyjnym.

Zespół policystycznych jajników (PCOS) jest jednym z najczęstszych zaburzeń hormonalnych u kobiet w wieku rozrodczym, o szerokim zakresie objawów i różnorodnych objawach klinicznych. Definiowany jest jako schorzenie charakteryzujące się obecnością torbieli w jajnikach, ale objawy mogą być znacznie szersze i obejmować zaburzenia metaboliczne, hormonalne oraz reprodukcyjne. Rozpoznanie PCOS opiera się na spełnieniu określonych kryteriów diagnostycznych, a terapia jest zróżnicowana i dostosowana do indywidualnych potrzeb każdej pacjentki.

### ROZWINIĘCIE

PCOS to złożone zaburzenie, które obejmuje zarówno czynniki genetyczne, hormonalne, jak i środowiskowe. Kluczowym aspektem w patofizjologii PCOS jest



zaburzenie steroidogenezy, czyli procesów produkcji hormonów sterydowych w jajnikach. U kobiet z PCOS obserwuje się nadmierną produkcję androgenów, co prowadzi do objawów takich jak hirsutyzm, trądzik czy łysienie androgenowe. Oprócz tego, u wielu kobiet z PCOS występuje insulinooporność, która przyczynia się do rozwoju nadwagi, otyłości i cukrzycy typu 2. Zaburzenia te są związane z przewlekłym stanem zapalnym w organizmie, który może uszkadzać śródbłonek naczyń krwionośnych, prowadząc do miażdżycy i zwiększając ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych [1].

PCOS ma również silne podłoże genetyczne. Badania wykazują, że kobiety z PCOS mają wyższe ryzyko posiadania bliskich krewnych również dotkniętych tym zaburzeniem. Zidentyfikowano kilka genów związanych z PCOS, które regulują działanie gonadotropin, metabolizm sterydów i ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Genetyczne predyspozycje do PCOS mogą być obecne w rodzinach, gdzie około 20-40% siostr kobiet z PCOS również wykazuje podwyższony poziom androgenów, a około połowa z nich spełnia kryteria diagnostyczne tego schorzenia [2, 3].

Czynniki środowiskowe również odgrywają istotną rolę w rozwoju PCOS. Narażenie na zanieczyszczenia występujące w środowisku, stres w okresie dojrzewania, nieprawidłowo zbilansowana dieta oraz warunki rozwoju wewnątrzmacicznego mogą wpływać na rozwój tego zaburzenia. Na przykład, otyłość i dieta wysokotłuszczowa mogą przyczyniać się do rozwoju insulinooporności i tym samym pogłębiać objawy PCOS [4].

Objawy PCOS mogą różnić się w zależności od fenotypu, ale najczęściej występujące to:

- Zaburzenia miesiączkowania: Nieregularne cykle miesiączkowe, brak miesiączki, lub cykle dłuższe niż 35 dni. Wiele kobiet z PCOS doświadcza problemów z regularnym cyklem miesiączkowym, co często może być też związane z całkowitym brakiem owulacji [2].
- Hiperandrogenizm: Nadmiar androgenów może objawiać się trądzikiem, nadmiernym owłosieniem na ciele i twarzy (hirsutyzm), oraz łysieniem androgenowym. Wysokie poziomy androgenów są często wynikiem nadmiernej produkcji hormonów przez jajniki [9].
- Insulinooporność, nadwaga i otyłość: Około 70% kobiet z PCOS ma insulinooporność, co zwiększa ryzyko rozwoju nadwagi, otyłości, cukrzycy typu 2 i chorób o podłożu sercowo-naczyniowym. Insulinooporność pogarsza

również objawy PCOS, w tym zaburzenia miesiączkowania i hiperandrogenizm [1].

- Przewlekły stan zapalny: PCOS często wiąże się z przewlekłym stanem zapalnym, który może prowadzić do uszkodzenia śródbłonka naczyń, miażdżycy i innych poważnych komplikacji zdrowotnych [3].

Diagnostyka PCOS opiera się na spełnieniu kryteriów określonych przez American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) oraz Rotterdam Consensus. Do rozpoznania PCOS konieczne jest spełnienie co najmniej dwóch z trzech następujących kryteriów:

- Nieregularne cykle miesiączkowe: Zbyt długie (cykle miesiączkowe trwające powyżej 35 dni), lub całkowity brak miesiączek.
- Hiperandrogenizm: Kliniczne (hirsutyzm, trądzik) lub biochemiczne objawy nadmiaru androgenów.
- Obecność wielotorbielowatych jajników: Potwierdzona w badaniu ultrasonograficznym.

Ważne jest również wykluczenie innych zaburzeń, które mogą powodować podobne objawy, takich jak zespół Cushinga, guzy nadnerczy, czy stosowanie leków androgenicznych [2,3].

Leczenie PCOS jest zróżnicowane i zależy od nasilenia objawów oraz potrzeb pacjentki. Główne cele terapii to łagodzenie objawów, poprawa funkcji metabolicznych oraz prewencja długoterminowych powikłań zdrowotnych. Leczenie PCOS wiąże się ściśle ze zmianą stylu życia, dla wielu kobiet z PCOS jest to pierwszy krok w dążeniu do wyleczenia. Utrata masy ciała, nawet w niewielkiej ilości, może poprawić regularność miesiączek, zwiększyć szanse na owulację oraz zmniejszyć ryzyko powikłań metabolicznych. Dieta powinna być zbilansowana i bogata w błonnik, a regularna aktywność fizyczna stanowi ważny element terapii [6, 7].

Kolejną z metod leczenia to stosowanie farmakoterapii. Leki z wyboru to między innymi metformina. Stosowana w celu poprawy wrażliwości na insulinę i zarządzania insulinoopornością. Metformina może również pomóc w regulacji cyklu miesiączkowego i poprawie owulacji [5]. Często stosują się też doustne środki antykoncepcyjne które mogą pomagać zmniejszając poziom androgenów, co może łagodzić objawy hiperandrogenizmu [2].

Stosowane są również leki indukujące owulację, takie jak klomifen lub gonadotropiny, stosowane w leczeniu niepłodności związanej z PCOS. W przypadkach, gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi efektów, rozważane są zabiegi wspomaganego rozrodu. Leki antyandrogenowe takie jak spironolakton, flutamid, czy eflornityna, pomagają zredukować nadmierne owłosienie i poprawić ogólny stan skóry. Leczenie laserowe lub elektroliza może być stosowana w przypadkach ciężkiego hirsutyizmu w celu trwałego usunięcia niechcianego owłosienia [3].

Kontrolowanie i leczenie PCOS jest długotrwałe i wymaga regularnego monitorowania. Kluczowe jest nie tylko łagodzenie objawów, ale także prewencja długoterminowych powikłań zdrowotnych. Kobiety z PCOS powinny regularnie monitorować swój stan zdrowia, szczególnie w kontekście ryzyka cukrzycy typu 2, chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów, takich jak rak endometrium. Odpowiednie leczenie farmakologiczne, zmiana stylu życia oraz monitorowanie wyników laboratoryjnych mogą znacznie poprawić jakość życia pacjentek i zmniejszyć ryzyko powikłań [1, 6].

PCOS jest skomplikowanym zaburzeniem, które wymaga wieloaspektowego podejścia i zindywidualizowanej terapii. Kluczowe jest wczesne rozpoznanie i kompleksowe leczenie, które może pomóc w zarządzaniu objawami, poprawie jakości życia oraz zapobieganiu poważnym powikłaniom zdrowotnym. Zespół policystycznych jajników (PCOS) wymaga postępowania objawowego, które dostosowuje się do indywidualnych potrzeb pacjentki oraz skupia się na profilaktyce chorób współistniejących. Głównym celem leczenia PCOS jest obniżenie produkcji androgenów oraz regulacja cykli miesięczkowych. W przypadku pacjentek planujących ciążę, kluczowym elementem jest indukcja owulacji, którą przeprowadza się za pomocą gonadotropin [7].

Opieka nad kobietą z PCOS obejmuje edukację oraz informowanie pacjentki o leczeniu i dostępnych metodach niefarmakologicznych wspomagających terapię. Ogromną rolę w leczeniu PCOS odgrywa również odpowiednio dobrana suplementacja. Położna może zalecić suplementy takie jak witamina D, selen, inozytol, kwasy omega-3, a także kwas foliowy, jod i DHA, jeśli pacjentka planuje ciążę. W przypadku niedoborów, zaleca się także suplementację żelaza. Położna sprawująca opiekę nad pacjentką z PCOS powinna także monitorować stan psychiczny pacjentki, zwracając uwagę na możliwość rozwinięcia się zaburzeń nastroju oraz depresji. Która może wystąpić z powodu nieregularnych miesiączek, niepokoju o płodność, nadwagi lub otyłości związanej z PCOS. W razie potrzeby, należy

zalecić wizytę u psychologa i psychoterapię, która pomoże w radzeniu sobie z lękiem, niepokojem oraz poprawi samoakceptację [7].

## PODSUMOWANIE

Zespół policystycznych jajników (PCOS) jest coraz częściej diagnozowany u młodych kobiet i wiąże się z wieloma nieprzyjemnymi objawami oraz wyzwaniem pielęgnacyjnymi. Pacjentki często zmagają się również z innymi schorzeniami, które mogą stanowić dodatkowe wyzwanie w opiece nad taką pacjentką. Objawy PCOS mogą prowadzić nawet do okresowej niepłodności. Jednym z głównych problemów pacjentki z PCOS są nieregularne cykle miesięczkowe, które mogą utrudniać planowanie ciąży. Według Aghajanova, kobiety bez rozpoznania PCOS często są kierowane również do diagnostyki funkcji tarczycy. Leczenie mające na celu przywrócenie regularnych cykli miesięczkowych oraz owulacji jest kluczowe dla zwiększenia szans na poczęcie dziecka i utrzymanie ciąży [9]. Kolejnym problemem są objawy w wyglądzie zewnętrznym, takie jak nadmierne owłosienie, trądzik i przetłuszczająca się skóra, które wynikają z zaburzeń hormonalnych, w tym wysokiego poziomu testosteronu. Zaleca się odpowiednią pielęgnację skóry, paznokci i włosów oraz stosowanie diety odpowiedniej dla osób z PCOS, która pomoże w regulacji gospodarki hormonalnej. Dieta powinna być zbilansowana, a suplementacją uzupełniać niedobory [8]. Rola położnej polega na wsparciu emocjonalnym pacjentki i zapewnieniu jej poczucia bezpieczeństwa. Nadwaga u pacjentki związana jest z nieprawidłową dietą. Otyłość brzuszna, występująca u 50-80% kobiet z PCOS, jest główną przyczyną zaburzeń metabolicznych. Redukcja tkanki tłuszczowej oraz stosowanie diety o niskim indeksie glikemicznym są powszechnie zalecane. Dieta powinna eliminować czynniki zapalne, które można określić po wykonaniu testów alergicznych oraz określających nietolerancje pokarmowe u danej pacjentki. Aktywność fizyczna powinna być dostosowana do możliwości pacjentki [10].

Położna powinna zapewnić pacjentce pełną informację na temat przebiegu chorób, objawów i leczenia. Edukacja jest kluczowa dla profilaktyki innych zaburzeń metabolicznych i wsparcia emocjonalnego pacjentki. Często występują problemy emocjonalne, takie jak stres, zaburzenia nastroju czy depresja, które wymagają wsparcia psychologicznego. Położna powinna prowadzić rozmowy, zalecać wizyty u psychologa i monitorować stan emocjonalny pacjentki. Położna musi dbać o edukację pacjentki na temat leczenia i profilaktyki oraz minimalizować dolegliwości. Działania pielęgnacyjne i opiekuńcze powinny być zgodne z planem opieki pielęgniarstwa oraz prawami pacjenta. Położnictwo to dynamicznie rozwijająca się dziedzina, której standardy i procedury wymagają ciągłej aktualizacji. Opieka

w okresie przedkoncepcyjnym ma kluczowe znaczenie dla przyszłego zdrowia pacjentki i jej przygotowania do ciąży. Położna powinna wspierać pacjentkę, dostarczać porady, promować zdrowy styl życia i posiadać wiedzę na temat chorób współistniejących, aby skutecznie zarządzać opieką i minimalizować problemy zdrowotne. Wszystkie działania powinny być zgodne z aktualnymi standardami i etyką zawodową oraz dokumentowane.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gacek M., Kędzior J.: Aktywność fizyczna i zachowania żywieniowe osób w wieku 20-40 lat z chorobą Hashimoto. (w:) Pietrzyk J.A. (red.) Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia, pielęgnowanie i rehabilitacja. PWSZ w Tarnowie 2018: 56-67.
2. Skowrone J., Święch A.: Męty w ciele szklistym - etiologia, diagnostyka i leczenie. Lublin 2023:103-108.
3. Kuligowska-Jakubowska M., Dardzińska J., Rachoń D.: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników (PCOS). *Via Medica* 2012; 1(5): 185–195.
4. Conway G., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E., et al.: The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *European Journal of Endocrinology* 2014; 171(4): 1–29.
5. Rosenfield R.L., Ehrmann D.A.: The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited. *Endocrine Reviews* 2016 Oct; 37(5): 467-520.
6. Sokołowska B., Krzesiak J.: Edukacyjna rola pielęgniarki w poprawie jakości życia pacjenta z Chorobą Hashimoto. *Różnorodność w Edukacji Dorosłych XXI Wieku* 2021: 449-460.
7. Eslamian G., Hekmatdoost A.: Nutrient patterns and risk of polycystic ovary syndrome. *Journal of Reproduction & Infertility* 2019; 20(3): 161–168.
8. Krajewski M.: O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego. WN NOVUM & Mirosław Krajewski, Płock 2020: 16-75.
9. Łukaszuk K., Koziół K., Jakiel G., i wsp.: Diagnostyka i leczenie niepłodności – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP). *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2018; 3: 112–140.

10. Azziz R., Carmina E., Chen Z., Dunaif A., Laven J.S., Legro R.S., et al.: Polycystic ovary syndrome. *Nature Reviews Disease Primers* 2016 Aug 11; 2: 16-57

## ZNAJOMOŚĆ PRAW PACJENTA WŚRÓD NASTOLATKÓW

---

**Alina Trojanowska<sup>1</sup>, Paulina Trojanowska<sup>2</sup>, Agnieszka Sobolewska-Samorek<sup>1</sup>,  
Katarzyna Dońska<sup>1</sup>, Violetta Paździor<sup>1</sup>, Monika Pruchniak<sup>3</sup>, Małgorzata Cybula-  
Misiurek<sup>4</sup>**

- 1. Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*
- 2. Katedra i Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*
- 3. Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*
- 4. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydział Medyczny Katolicki Uniwersytet Lubelski*

### WSTĘP

Prawa pacjenta należą do szeroko rozumianych praw człowieka. Zostały stworzone w trosce o godność i autonomię pacjentów i określają czego pacjent może oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej. Prawa pacjenta stały się na początku XXI wieku istotnym zagadnieniem prawnospołecznym. Do 2008 roku na terenie Polski brakowało jednolitego aktu prawnego, który normowałby kwestie uprawnień pacjentów, jak również definiował samo pojęcie „pacjent”. Rozwój i krystalizacja praw pacjenta trwa od połowy XX wieku do czasów współczesnych, mając na celu podnoszenie standardów opieki zdrowotnej i dbałość o potrzeby pacjenta [1, 2].

Szczególnie interesującą kwestią jest znajomość praw pacjenta wśród nastolatków. Hospitalizowanym dzieciom ze względu na wiek przysługują nieco ograniczone prawa, co nie oznacza, że mogą być gorzej traktowane niż osoby pełnoletnie. Znajomość tychże praw wśród zainteresowanych wciąż jest relatywnie niska, toteż pojawiają się różne projekty społeczne mające na celu popularyzację uprawnień osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych [3].

### CEL BADAŃ

Głównym zamierzeniem badań była ocena znajomości praw pacjenta wśród nastolatków.

## MATERIAŁ I METODA

Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono wśród 104 nastolatków w wieku 11-18 lat (średnia wieku  $15,1 \pm 1,6$ ), którzy byli leczeni z różnych powodów w 7 oddziałach (chirurgii, ortopedii, endokrynologii, neurologii, gastrologii, nefrologii, alergologii) Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie. Dobór grupy badanej był celowy, tzn. do badań zaproszono wszystkie dzieci z ww. oddziałów, które spełniały kryterium wieku: 11-18 lat. Zanim rozpoczęto badania dzieci zostały zapoznane z celem badań, zapewnione o ich anonimowości oraz poinformowane w jaki sposób będą wykorzystane ich wyniki. Udział w badaniach był dobrowolny, a wypełnienie ankiety wiązało się w wyrażeniem zgody przez dzieci na uczestniczenie w nich. Na wykonanie badań uzyskano pisemną zgodę dyrekcji szpitala oraz rodziców badanych dzieci, którzy przebywali z nimi w szpitalu. Łącznie rozdano 120 ankiet, z czego 16 odrzucono z powodu niekompletnych danych. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 104 ankiety.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety stworzony na potrzeby pracy oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS) [4].

Kwestionariusz własnej konstrukcji składał się z 22 pytań, w tym 17 pytań oceniających wiedzę nastolatków na temat praw pacjenta oraz 5 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) jest krótkim, składającym się z 16 pozycji narzędziem, służącym do samooceny osoby badanej w zakresie występowania objawów lęku (7 pozycji), depresji (7 pozycji) oraz agresji (2 pozycje). Odpowiedzi na każde pytanie punktowane są w czterostopniowej skali Likerta, od 0-oznacza brak jakichkolwiek zaburzeń do 3-oznacza ciężkie zaburzenia [4].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu Statistica 13.0. Istotność różnic bądź zależności między badanymi cechami sprawdzono w zależności od rozkładu wyników testami:  $\chi^2$ , t-studenta, U-Manna-Whitneya, analizy wariancji ANOVA i współczynnikiem korelacji r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności statystycznej  $p < 0,05$ .

## WYNIKI BADAŃ

Wśród badanych nastolatków nieznaczną większość stanowiły dziewczęta (66,3%), chłopców zaś było 33,7%. Większość ankietowanych (63,5%) zamieszkiwała w mieście (dużym - 29,8% lub małym - 33,6), a tylko 36,6% na wsi. Badani uczęszczali w 63,5% do szkół podstawowych lub gimnazjów, natomiast 36,5% do liceum/technikum lub zasadniczej



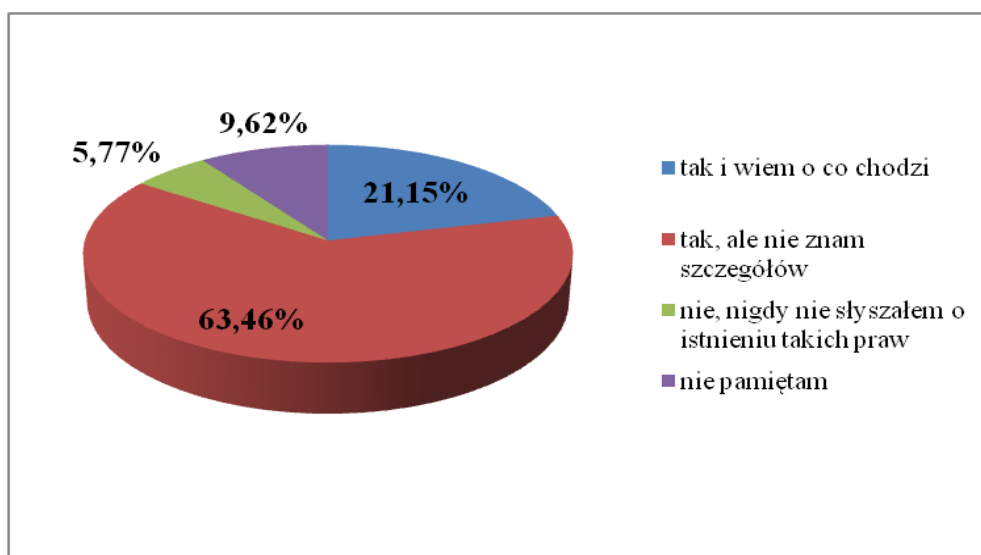
szkoły zawodowej. Dla 39,4% był to pierwszy pobyt w szpitalu, zaś dla pozostałych 60,6% drugi i więcej niż drugi.

Na podstawie standaryzowanego kwestionariusza – Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) oceniono występowanie wśród pacjentów lęku, depresji i agresji. Występowanie lęku o różnym nasileniu potwierdzono u 38,47% pacjentów (tabela 1), depresji u 23,43%, a agresji u 47,96% z nich. Ciężkie nasileniem depresji potwierdzono u znikomego odsetka badanych (1,02%), 15,31% miało łagodne jej nasilenie lub umiarkowane (5,10%). Stan graniczny między występowaniem agresji a jej brakiem stwierdzono u 13,27% badanych.

**Tabela 1. Występowanie lęku wśród hospitalizowanych nastolatków wg skali HADS**

Lęk - HADS	n	%
brak	64	61,53
łagodne nasilenie	18	17,31
umiarkowane	12	11,54
ciężkie nasilenie	10	9,62
Ogółem	104	100,00

Analiza materiału badawczego uzyskanego na podstawie autorskiej ankiety wykazała, że zdecydowana większość (84,6%) ankietowanych słyszała o prawach pacjenta, ale aż 63,5% nie zna ich szczegółów (rycina 1).



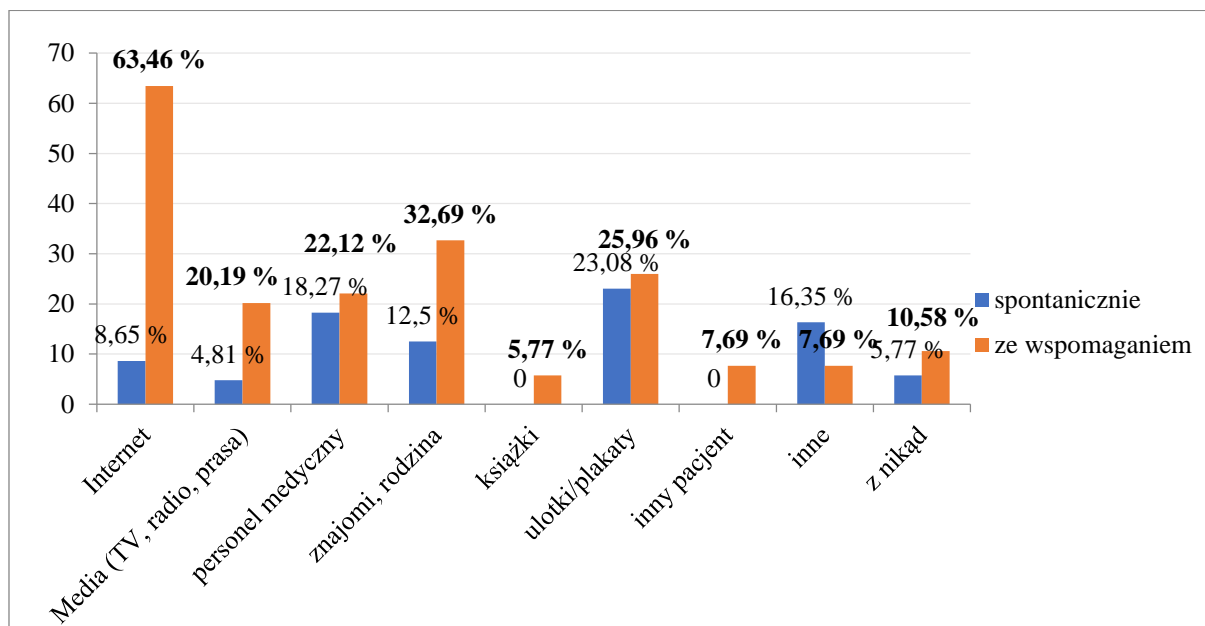
**Rycina 1. Świadomość istnienia praw pacjenta wśród respondentów**

Okolo 40% badanych zadeklarowało znajomość swoich praw w szpitalu i tyle samo z nich dostrzegło w oddziale wywieszony spis praw, ale też obowiązków pacjenta.

Duży odsetek nastolatków (65,4%) słyszał o Rzeczniku Praw Pacjenta, a o istnieniu bezpłatnej infolinii działającej przy Biurze Praw Pacjenta już tylko 32,7%.

Jedynie połowa badanych uważa, że w Polsce są przestrzegane prawa pacjenta. Znaczna część ankietowanych (67,3%) pozytywnie ocenia pomysł prowadzenia społecznej kampanii informującej o prawach pacjenta.

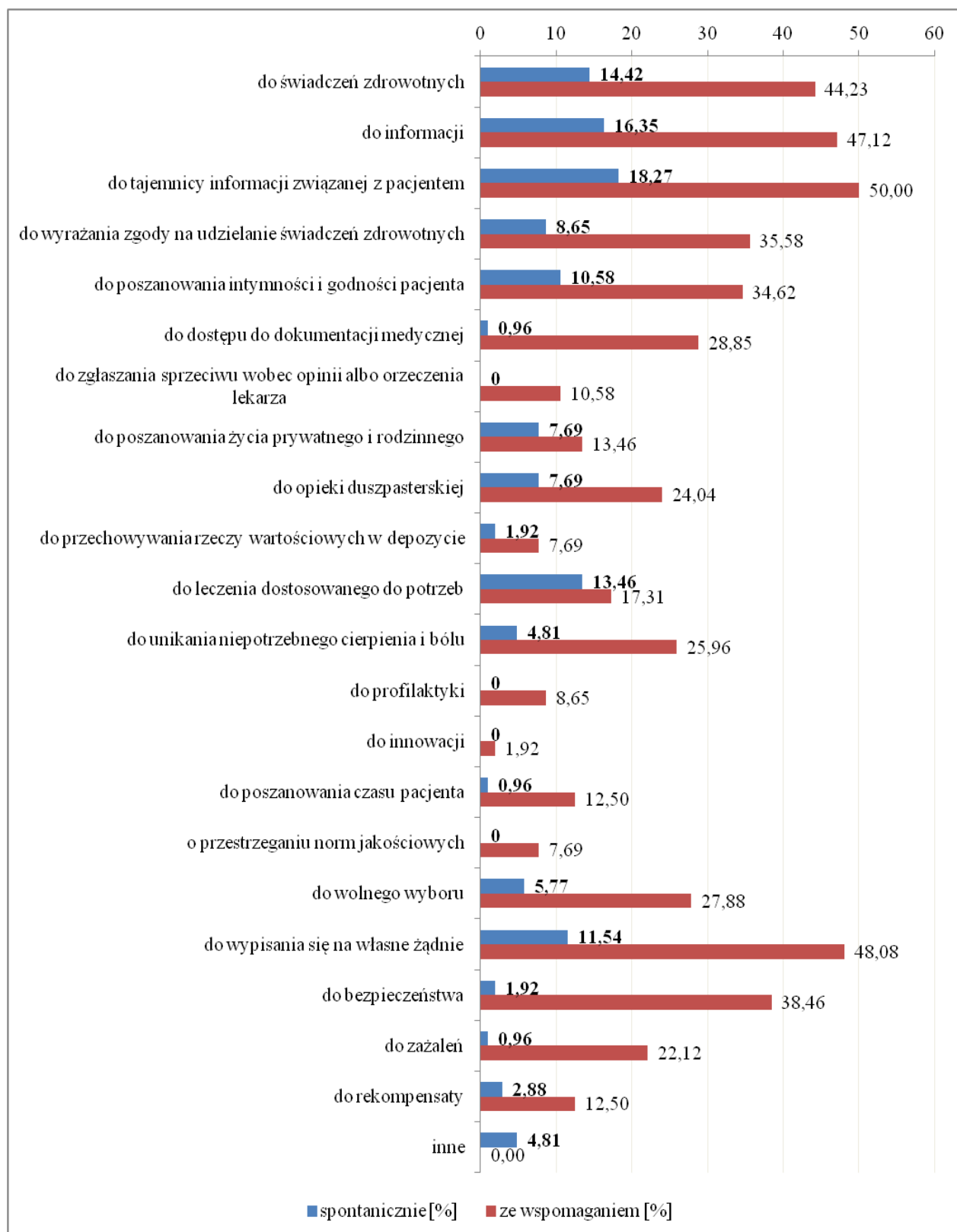
Młodzież jako główne źródło wiedzy o prawach pacjenta w sposób spontaniczny najczęściej wymienia ulotki i plakaty (23,08%) oraz personel medyczny (18,27%). Ze wspomaganiami ankietowani najczęściej wybierają Internet (63,46%), znajomych i rodzinę (32,69%) oraz ulotki i plakaty (25,96%) (rycina 2).



**Rycina 2. Źródła wiedzy o prawach pacjenta wśród badanych nastolatków (spontaniczne i wspomagane)**

Prawie połowa nastolatków była świadoma prawa do bycia informowanym o swoim stanie zdrowia oraz wypisania się na własne żądanie ze szpitala. Natomiast tylko znikomy odsetek wie, że ma prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lekarza oraz unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu (rycina 3).

## ZNAJOMOŚĆ PRAW PACJENTA WŚRÓD NASTOLATKÓW



**Rycina 3. Znajomość spontaniczna i wspomagana poszczególnych praw pacjenta wśród ankietowanych**

Z tabeli poniżej (tabela 2) można wywnioskować, że jedynym czynnikiem istotnie wpływającym na znajomość praw pacjenta było miejsce zamieszkania badanych. Najmniej praw pacjenta znały osoby mieszkające w dużym mieście ( $M=0,71$ ). Nie można natomiast stwierdzić, że młodzież mieszkająca w małych miastach ( $M= 1,63$ ) znała więcej praw pacjenta od tej mieszkającej na wsi ( $M=1,58$ ), gdyż wyniki obu tych grup są porównywalne.

**Tabela 2. Wpływ wybranych czynników na znajomość (spontaniczną) praw pacjenta**

Zmienna		M	Me	SD	Analiza statystyczna
<b>wiek dziecka</b>	do 14 lat	1,14	1	1,23	F = 2,530, p = 0,085
	15–16 lat	1,15	0	1,67	
	17 lat i więcej	1,89	2	1,60	
<b>pleć</b>	chłopcy	1,26	1	1,27	Z = 0,069, p = 0,945
	dziewczeta	1,38	1	1,62	
<b>miejsce zamieszkania</b>	I. duże miasto	0,71	0	0,94	F = 4,071, <b>p = 0,020</b> różnice między gr.: I-II, I-III
	II. małe miasto	1,63	1	1,90	
	III. wieś	1,58	2	1,35	
<b>typ szkoły</b>	podstawowa / gimnazjum	1,11	1	1,30	Z = -1,739, p = 0,082
	liceum / technikum, szk. zawodowa	1,74	2	1,75	
<b>liczba pobyków w szpitalu</b>	pierwszy	1,22	1	1,33	t = -0,638, p = 0,525
	kolejny	1,41	1	1,61	

Występowanie lęku u badanych lub jego brak nie wpływało istotnie ( $p>0,05$ ) na znajomość przez nich praw pacjenta. Natomiast u młodzieży z depresją liczba wymienianych spontanicznie praw pacjenta była istotnie niższa niż u osób bez depresji i wynosiła 0,76 ( $p=0,032$ ). Podobnie ankietowani, u których występowała agresja wymienili spontanicznie istotnie mniej praw pacjenta (0,98;  $p=0,013$ ) niż osoby bez tego zaburzenia (tabela 3).

**Tabela 3. Wpływ lęku, depresji i agresji nastolatków wg HADS na znajomość (spontaniczną) praw pacjenta**

HADS		M	Me	SD	Analiza statystyczna
Lęk	brak	1,52	2	1,51	Z = 1,528, p = 0,127
	występuje	1,11	0	1,51	r = -0,158, p = 0,120
Depresja	brak	1,53	2	1,60	Z = 1,856, p = 0,064
	występuje	0,76	0	0,94	<b>r = -0,217, p = 0,032</b>
Agresja	brak	1,73	2	1,55	t = 2,502, <b>p = 0,014</b>
	występuje	0,98	0	1,39	<b>r = -0,251, p = 0,013</b>

## DYSKUSJA

Badania nad prawami pacjenta są prowadzone od drugiej połowy XX wieku [5] w kontekście różnych dziedzin naukowych, m.in. socjologii, etyki, prawa, medycyny oraz zarządzania [1]; dotyczą one również różnych podmiotów, takich jak pacjenci, ich rodziny [6] personel medyczny [7], studenci poszczególnych kierunków studiów medycznych [9,10]. W dostępnej literaturze polskiej (Polska Bibliografia Lekarska) oraz zagranicznej (Pubmed, Scopus) nie znaleziono jednak artykułu, który dotyczyłby stricte znajomości praw pacjenta przez młodzież, istnieją jednak inne, które dotyczą stanu wiedzy o prawach pacjenta wśród osób hospitalizowanych oraz raporty z badań polskiej populacji - do niektórych odniesiono się w tej dyskusji.

Komunikat z badań CBOS „Wiedza o prawach pacjenta” wydany w 2001 roku (N=1032) donosi, że niespełna jedna piąta dorosłych Polaków (19%) deklaruje, iż słyszała o prawach chroniących pacjentów i jest zorientowana w ich treści. Ponad połowa (54%) ankietowanych jest świadomych istnienia takich przepisów, ale nie zna szczegółów. Ponad jedna czwarta (27%) badanych nigdy nie słyszała o występowaniu takich praw [11].

Raport Instytutu Miliard Brown z 2008 roku wskazuje, że o istnieniu praw pacjenta słyszał co drugi ankietowany, natomiast nie wie o ich istnieniu 42% badanych. Analogicznie odnosząc się do raportu Miliard Brown z 2013 roku świadomych istnienia praw pacjenta jest 53% badanej populacji, natomiast 37% nie posiada żadnej wiedzy o istnieniu tych przepisów. Są to bardzo podobne wyniki. Na pytanie „Czy znasz jakieś prawa pacjenta?” w badaniach z 2008 roku, jak i z 2013 roku odpowiedziało twierdząco 38% badanych, przecząco 46% [12,13].

W okresie od września 2011 roku do stycznia 2012 roku Kryska i wsp. przeprowadzili badania wśród 1000 dorosłych pacjentów hospitalizowanych w różnych placówkach ochrony zdrowia na Górnym Śląsku. Badania ujawniają, iż 64,2% pacjentów deklaruje posiadanie wystarczającej wiedzy odnośnie praw pacjenta, 15,1% posiadanie niepełnej wiedzy, natomiast 20,7% zgłasza brak wiedzy. W celu zweryfikowania poziomu wiedzy poproszono ankietowanych o wymienienie praw, które znają. Na tej podstawie oceniono, że dobrą znajomość przepisów dotyczących pacjentów ma zaledwie 7,6% ankietowanych, częściową 60,1%, brak wiedzy stwierdzono wśród 32,3% badanych. Badacze nie przedstawili kryteriów przydziału do poszczególnych grup [14].

Znajomość praw pacjenta wśród pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach specjalistycznych i miejskich badała Kozyra i wsp. w okresie od lipca do sierpnia 2012 roku. Próba badana wynosiła 150 osób, a średnia wieku 31 lat. Nieznaczna większość respondentek (68%) deklarowała znajomość praw pacjenta, natomiast pozostałe 32% ich nieznaną [15].

Bando i Kocur badali znajomość praw pacjenta wśród osób dorosłych leczonych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Zgierzu w oddziałach: neurologicznym, dziennym oddziale leczenia uzależnień, internie, kardiologii oraz ginekologii (N=100). Wyniki ukazują, iż 93% badanych udzieliło pozytywnej odpowiedzi na pytanie „Czy słyszałeś o prawach pacjenta?”, negatywną tylko 7% [16].

Badania przeprowadzone od listopada do grudnia 2013 roku przez Obrycką i wsp. wśród 100 dorosłych pacjentów przychodni stomatologicznej pokazują, że swój poziom wiedzy o prawach pacjenta ocenia dobrze i bardzo dobrze 57% pacjentów, słabo 30%, źle i bardzo źle 14% ankietowanych [17].

Przedstawione wcześniej wyniki badań własnych pokazują, że wśród badanej młodzieży odsetek osób, które nigdy nie słyszały o prawach pacjenta jest mniejszy niż u innych badaczy, niezależnie od tego czy badali oni osoby zdrowe czy chore.

Raport z badania Instytutu Miliard Brown z 2008 roku wskazuje, że najbardziej znanymi prawami pacjenta są: prawo do dostępu do opieki medycznej, którego znajomość deklaruje 56% badanych, (którzy stwierdzili wcześniej, że znają przynajmniej jedno z tych praw), prawo do profilaktyki (37%), prawo do informacji (36%). Najmniej znanymi prawami są: prawo do innowacji (5%), do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu (8%) oraz prawo o przestrzeganiu norm jakościowych (10%). Kolejna edycja tego badania przeprowadzona w 2013 roku wykazuje również, że najbardziej znanym prawem pacjenta jest prawo do dostępu do opieki medycznej (w 80% wymieniane w sposób wspomagany i 57% w sposób

spontaniczny), kolejnym najbardziej znanym prawem jest prawo do informacji (78% wspomaganych odpowiedzi, 41% spontanicznych odpowiedzi), a następnie prawo do profilaktyki (55% wspomaganych oraz 23% spontanicznych odpowiedzi). Najmniej znanymi są prawo do: innowacji, o przestrzeganiu norm jakościowych, do poszanowania czasu pacjenta [12,13].

Kozyra w swoich badaniach znajomość poszczególnych praw podzieliła w zależności od rodzaju szpitala, w których hospitalizowane są respondentki. W ośrodkach specjalistycznych najbardziej znane są prawa do: świadczeń zdrowotnych (13,56%), świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (12,59%), do tajemnicy informacji związanej z pacjentem (12,82%). Znajomość tych praw znajduje się na podobnym poziomie. W szpitalach miejskich najbardziej znanym prawem są: prawo do informacji (13,27%), tajemnicy informacji związanej z pacjentem (12,04%), do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (11,79%) Najmniej znanym prawem dla pacjentek z obu szpitali jest prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza [15].

Zarówno w badaniach Kozyry, Instytutu Miliard Brown, jak i własnych wśród najczęściej wybieranych pojawia się prawo do informacji. Badania własne ujawniły, że prawo to jest bardziej znane uczniom szkół średnich niż osobom uczęszczającym do podstawówek i gimnazjów (zależność jest istotna statystycznie -  $p=0,01$ ). Podobnie jak w badaniach Kozyry badania własne wykazały, że jednym ze słabiej znanych praw jest prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza. Wyniki analogiczne do wyników badań własnych można zobaczyć w raporcie Instytutu Miliard Brown - najmniej znanymi prawami są prawo do innowacji, przestrzegania norm jakościowych, poszanowania czasu pacjenta.

Źródła informacji o prawach pacjenta są różne u poszczególnych badaczy. W raporcie Instytutu Miliard Brown z 2008 wykazano, że ankietowani najczęściej poszukują informacji w czasopiśmie (33% - znajomość spontaniczna, 42% - wspomagana) oraz wśród znajomych (26% - spontanicznie, 38% - ze wspomaganie). Podobny raport przeprowadzony w 2013 roku przez ten sam instytut degraduje rolę czasopism jako źródła informacji. Podstawowym środkiem zdobywania wiedzy dla ankietowanych stali się znajomi i rodzina (31% - spontanicznie, 44% - ze wspomaganie), na drugim miejscu pojawił się lekarz (30% - spontanicznie 39% - ze wspomaganie), a na trzecim miejscu Internet (24% - spontanicznie, 33% - ze wspomaganie) [12,13].

Bando i Kocur we wcześniej już cytowanych badaniach podają, iż ankietowani wiedzę na temat praw pacjenta czerpią z telewizji (48%), na drugim miejscu pojawia się personel medyczny oraz szpital (35%) [16].

Badania wśród pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych, które przeprowadziła Kozyra i wsp. podają, iż głównymi źródłami informacji dla ankietowanych są media, w tym Internet (21,52%), a następnie znajomi i rodzina (18,21%) [15].

Badania własne pokazują różne źródła informacji w zależności od tego czy ankietowani odpowiadali na pytanie otwarte (znajomość spontaniczna), czy wielokrotnej odpowiedzi (znajomość wspomagana). Młodzież odpowiadając w sposób spontaniczny za główne źródło wiedzy o prawach pacjenta uznaje ulotki i plakaty (23,08%) oraz personel medyczny (18,27%). Przyczyną tak wysokiego wyniku dla ulotek i plakatów, może być fakt współpracy Rzecznika Praw Pacjenta z Rzecznikiem Praw Dziecka, którego owocem jest powstała Karta Praw Dziecka Pacjenta wywieszona w formie plakatu w różnych widocznych miejscach szpitala, w którym prowadzone były badania. W pytaniu wielokrotnej odpowiedzi respondenci jako źródło informacji najczęściej wybierali Internet (63,46%) oraz znajomych i rodzinę (32,96%). Badana młodzież o wiele częściej wiedzę o prawach pacjenta czerpie z Internetu w porównaniu z innymi ankietowanymi przytaczanych badań różnych autorów. Mimo, że głównym źródłem wiedzy ankietowanych o prawach pacjenta były ulotki i plakaty wywieszane w szpitalu (23,1%) oraz personel medyczny (18,3%), to jednak kolejny ich pobyt w szpitalu nie wpływał istotnie na poprawę znajomości tych praw ( $p>0,05$ ).

Szprigner i wsp. badali wpływ środowiska szpitalnego na samopoczucie pacjentów. W artykule z 2010 roku twierdzą, że: „Przestrzeganie praw pacjenta jest szczególnie ważne, gdyż bezpośrednio dotyczy chorego i gwarantuje, poszanowanie jego godności. Ich łamanie negatywnie wpływa na jakość pobytu w szpitalu, a tym samym pogarsza samopoczucie leczonego” [2]. Badania własne pokazały, że również samopoczucie pacjentów ma wpływ na znajomość praw pacjenta wśród młodzieży. Do zbadania samopoczucia pacjentów wykorzystano standaryzowaną skalę HADS, która pozwoliła ocenić poziom występowania u nich lęku, depresji i agresji [4]. Stwierdzono, że występowanie lęku lub jego brak nie wpływało istotnie na znajomość praw pacjenta. Natomiast u młodzieży z depresją znajomość praw pacjenta była istotnie niższa i wynosiła 0,76 ( $p=0,032$ ). Podobnie ankietowani, u których występowała agresja znali istotnie mniej praw niż osoby bez tego zaburzenia ( $p=0,013$ ).

Analizując badania własne można stwierdzić, iż znajomość praw pacjenta wśród młodzieży jest na średnim poziomie. Ankietowani w sposób spontaniczny (pytanie otwarte)



wymieniali średnio tylko 1,3 prawa na osobę, a odpowiadając na pytanie wielokrotnego wyboru (wspomagane) każdy z respondentów zaznaczył średnio ok. 5,2 prawa, przy czym w samej Ustawie o Prawach Pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta wymienionych jest ich jedenaście. Uzupełnienia wiedzy badanych wymaga obszar dotyczący praw: do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza, profilaktyki, innowacji, przestrzegania norm jakościowych, dostępu do dokumentacji medycznej, poszanowania czasu pacjenta. O istnieniu instytucji Rzecznika Praw pacjenta nie słyszało 34,62% ankietowanych, a o bezpłatnej infolinii działającej przy Biurze Praw Pacjenta nie wiedziało aż 67,31 % badanej młodzieży. Pozytywna jest natomiast chęć pogłębienia wiedzy w tym zakresie oraz popieranie pomysłu prowadzenia kampanii społecznych na ten temat deklarowana przez prawie  $\frac{3}{4}$  badanej młodzieży.

### WNIOSKI

1. Poziom wiedzy na temat uprawnień osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych wśród hospitalizowanych nastolatków był zróżnicowany, co wskazuje na konieczność popularyzacji wiedzy w tej grupie.
2. Znajomość poszczególnych praw pacjenta istotnie przyczyniła się do zmniejszenia występowania depresji i agresji wśród hospitalizowanych nastolatków.

### PIŚMIENNICTWO:

1. Kmiecik B.: Prawa pacjenta z perspektywy wybranych aspektów socjopedagogicznych. Studia z Teorii Wychowania: półrocznik Zespołu Teorii Wychowania Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN. 2015; 6/1 (10): 97-114.
2. Szpringer M., Dziewisz E., Pluta O.: Środowisko szpitalne a samopoczucie pacjentów. Studia Medyczne. 2010; 18: 41-50.
3. Kmiecik B.: Prawa dziecka jako pacjenta. Wyd. Beck, Warszawa 2016.
4. Mihalca A., Pilecka W.: Struktura czynnikowa oraz walidacja polskiej wersji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) dla młodzieży. Psychiatria Polska 2015; 49(5): 1071–1088.
5. Centrum Badania Opinii Społecznej.: Przestrzeganie praw pacjentów w polskich szpitalach. Warszawa 1996.
6. Gocel M., Kaczyńska A., Belowska J. i wsp.: Ocena wiedzy członków rodzin na temat praw pacjenta w stanie nagłego zagrożenia życia leczonego w oddziale intensywnej terapii. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2015; 1(50): 5-10.

7. Jacek A., Ożóg K.: Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health*. 2012; 47(3): 264-271.
8. Hładuńska I., Boćkowski L., Hładuński M. i wsp.: Znajomość praw pacjenta przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Medyczne zeszyty naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej Curie*. 2014; 1: 25-40.
9. Olejniczak M., Michowska M., Basińska K.: Opinie studentów gdańskiego uniwersytetu medycznego na temat przestrzegania praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych. *Ann. Acad. Med. Geda* 2011; 41: 79–87.
10. Sikora D., Poździuch S., Mikos M. i wsp.: Znajomość praw pacjenta wśród studentów medycyny. *Zdr. Zarz.* 2004; 6 (2): 48-53.
11. Centrum Badania Opinii Społecznej.: Wiedza o prawach pacjenta - komunikat z badań. Warszawa 2001.
12. Instytut Millward Brown: Raport z badań. Wyniki badania świadomości istnienia praw pacjenta wśród społeczeństwa polskiego w roku 2013 oraz analiza porównawcza z wynikami badania z 2008 r. 2013.
13. Wagner O.: Prawa pacjenta. Raport z badania Capibus. Instytut Millward Brown SMG/KRC, 2008.
14. Kryśka S., Rej A., Stanisław H.: Wiedza pacjentów z Górnego Śląska na temat praw pacjenta. *Zdrowie Publiczne*. 2013; 123 (1): 7-10.
15. Kozyra O., Kotlarz B., Pinocy M. i wsp.: Znajomość praw pacjenta wśród pacjentek oddziałów położniczo-ginekologicznych. *Zdrowie i Dobrostan*. 2014; 1: 23-35.
16. Bando A., Kocur J.: Znajomość praw pacjenta wśród osób leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu. *Zdrowie Publiczne*. 2012; 122 (4): 383-387.
17. Obrycka B., Machaj M., Zarzeka A. i wsp.: Ocena zadowolenia pacjentów poradni stomatologicznej z realizacji przez personel medyczny prawa pacjenta do informacji. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017; 1 (63): 45-53.

## OPIEKA NAD PACJENTKĄ W CIĄŻY BLIŹNIACZEJ JEDNOKOSMÓWKOWEJ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZESPOŁEM TTTS, TRAP ORAZ TAPS

---

Alicja Gdaniec<sup>1</sup>, Maja Bandura-Sroka<sup>1</sup>, Nicole Wyrzykiewicz<sup>2</sup>

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

### WPROWADZENIE

Ciąża bliźniacza to ogromne szczęście, ale również podwójna ilość obowiązków rodzicielskich i niejednokrotnie trosk. Z uwagi na zwiększone ryzyko komplikacji w porównaniu z ciążą pojedynczą, jest ona klasyfikowana jako ciąża wysokiego ryzyka, co czyni z niej ciążę która powinna być objęta wzmożoną opieką położniczą. W przypadku wystąpienia powikłań, pacjentka powinna przejść odpowiednią diagnostykę, następnie leczenie, aby zminimalizować ryzyko komplikacji i doprowadzić do pomyślnego rozwiązania ciąży. Powikłania mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia matki oraz noworodków. Odpowiednia opieka okołoporodowa wpływa na stan zdrowia kobiety także po porodzie oraz tempo jej rekonwalescencji. Ciąża bliźniacza wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, zarówno matczynych, jak i płodowych. Ryzyko jest najwyższe w ciążach jednokosmówkowych, jednoowodniowych, gdzie częstość zgonów okołoporodowych wzrasta od 15. tygodnia ciąży. Anastomozy naczyniowe mogą prowadzić do zaburzeń krążenia i zgonu jednego lub obu płodów [1]. Wady wrodzone są częstsze w ciążach bliźniaczych jednojajowych w porównaniu do ciąż pojedynczych [2].

Ważne jest omówienie zadań i roli położnej w poprawie jakości opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej, ze szczególnym uwzględnieniem powikłania tej ciąży zespołem TTTS, TRAP oraz TAPS.

### ROZWINIĘCIE

Ciąża bliźniacza to sytuacja, w której w macicy kobiety rozwijają się jednocześnie dwa płody. Jest to stan wymagający szczególnej uwagi, ponieważ ciąża bliźniacza jest

uznawana za ciążę wysokiego ryzyka, co oznacza, że może prowadzić do innych komplikacji niż ciąża pojedyncza [3, 4]. Tego typu ciążę są klasyfikowane na podstawie liczby zapłodnionych komórek jajowych. Ciąża dwuzygotyczna, znana także jako dwujajowa, powstaje, gdy dwa różne plemniki zapładniają dwie oddzielne komórki jajowe. W takim przypadku podobieństwo genetyczne między płodami jest takie samo, jak między rodzeństwem pochodzącym z różnych ciąż tych samych rodziców. W tego rodzaju ciążach zawsze rozwijają się dwie oddzielne kosmówki i dwie oddzielne owodnie. Z kolei ciąża jednozygotyczna, czyli jednojajowa, powstaje w wyniku podziału jednej komórki jajowej zapłodnionej przez jeden plemnik, co prowadzi do powstania dwóch genetycznie identycznych płodów, które zawsze są tej samej płci. W nomenklaturze medycznej używa się również określeń "gemelli" dla ciąż dwujajowych i "gemini" dla jednojajowych [5].

Podział ciąż bliźniaczych jednojajowych zależy od momentu, w którym dochodzi do rozdzielania się komórki jajowej. Wyróżnia się tutaj trzy typy: ciążę dwukosmówkowe, dwuowodniowe (gdy podział następuje do 4.-5. dnia po zapłodnieniu), ciążę jednokosmówkowe, dwuowodniowe (podział między 4.-5. a 8.-9. dniem) oraz ciążę jednokosmówkowe, jednoowodniowe (podział po 8.-9. dniu). W przypadku późniejszego podziału, około 15.-17. dnia, mogą powstać bliźnięta syjamskie, które nie rozdzielają się całkowicie.

Diagnostyka ciąży bliźniaczej jest kluczowa dla zapewnienia optymalnej opieki nad matką i płodami. W praktyce, każda ciąża jest początkowo traktowana jako potencjalnie wielopłodowa, a rolą ginekologa jest wykluczenie lub potwierdzenie tej możliwości za pomocą dostępnych metod diagnostycznych. Wczesne rozpoznanie ciąży wielopłodowej, a także określenie kosmówkowości i owodniowości, są kluczowe dla prawidłowego prowadzenia ciąży. Do metod diagnostycznych zalicza się wywiad, badanie fizykalne, ultrasonografię, badania biochemiczne, niekiedy EKG płodowe i MRI [3, 5, 6]. Mimo postępu w technikach diagnostycznych, ciąża wielopłodowa nie zawsze jest rozpoznawana podczas pierwszych badań przesiewowych. Najważniejszym narzędziem diagnostycznym jest ultrasonografia, która jest nie tylko bezpieczna i łatwo dostępna, ale także umożliwia pewne rozpoznanie ciąży bliźniaczej już we wczesnych tygodniach ciąży. Badanie ultrasonograficzne pozwala na wykrycie ciąży dwukosmówkowej już w 5. tygodniu ciąży przy użyciu sondy dopochwowej, a często średnio tydzień później przy użyciu sondy brzusznej. Do pewnego rozpoznania ciąży bliźniaczej konieczne jest uwidocznienie dwóch pęcherzyków ciążowych, dwóch pęcherzyków żółtkowych, dwóch embrionów lub dwóch

główek/dwóch bijących serc na ekranie monitora. Optymalnym czasem na przeprowadzenie tego badania jest 14. tydzień ciąży [2, 4, 5, 6].

Ultrasonografia pozwala również na dokładną ocenę wieku ciąży, wewnątrzmacicznego wzrostu płodów, przezierności karkowej, długości i kształtu ujścia szyjki macicy, zygotyczności, liczby łożysk oraz ich oddzielenia, lub złączenia, a także grubości i budowy błon płodowych między pęcherzami płodowymi. W przypadku ciąży dwujajowych błony te są grubsze, a w jednozygotycznych cieńsze. Można także ocenić położenie i ułożenie płodów oraz ewentualne wady rozwojowe [4, 2, 5, 6]. Rozpoznanie ciąży dwukosmówkowej jest pewne, gdy na obrazie ultrasonograficznym widoczne są dwa oddzielne dyski łożysk. Natomiast stwierdzenie ciąży jednokosmówkowej jest trudniejsze, gdyż dwa łożyska ułożone blisko siebie mogą wyglądać jak jedno. Dlatego konieczne jest uwzględnienie innych cech charakterystycznych, takich jak budowa błony odgradzającej pęcherzyki ciążowe oraz jej grubość, a także sposób przyczepu błony przegrodowej do łożyska [7].

Rozpoznanie owodniowości, które przeprowadza się po 9.-10. tygodniu ciąży, może sugerować ciążę jednoowodniową, jeśli stwierdzi się splątanie pępowin i brak ewidentnej przegrody międzypłodowej [7, 8]. Drugą metodą diagnostyczną, pomagającą w identyfikacji ciąży bliźniaczej, jest badanie biochemiczne. Wartości gonadotropiny kosmówkowej oznaczone w 4.-10. tygodniu ciąży mogą być od 3 do 10 razy wyższe niż w przypadku ciąży pojedynczej [9].

Badanie fizykalne to kolejna metoda wspomagająca rozpoznanie ciąży bliźniaczej. Elementy tego badania obejmują pomiar obwodu brzucha, wysłuchanie tonów serca płodów w różnych miejscach macicy, badanie położnicze zewnętrzne oraz wewnętrzne, a także ocenę ruchów płodów. Wywiad z ciężarną, skierowany na identyfikację potencjalnych czynników ryzyka, jest ważnym uzupełnieniem diagnostyki. Warto zapytać o przyjmowanie leków stymulujących owulację, odstępy czasowe między zajściem w ciążę a odstawieniem środków antykoncepcyjnych, wiek ciężarnej, liczbę poprzednich ciąż oraz o występowanie ciąż mnogich w rodzinie [5].

Wśród ciąż wielopłodowych 97-98% stanowią ciążę bliźniacze, które w odniesieniu do ogółu porodów stanowią 1-2% [6]. Ich odsetek rośnie w krajach rozwiniętych ze względu na stosowanie technik wspomagania rozrodu oraz późniejsze rozpoczęcie prokreacji [3, 10, 6]. Ciąża bliźniacza dwuzygotyczna jest bardziej prawdopodobna w przypadku starszych

matek, kobiet wieloródek, o wysokim wzroście i znacznej masie ciała, po stosunkach seksualnych w okresie laktacji, czy w okresie od maja do września, a także po przerwaniu doustnej antykoncepcji hormonalnej lub przy stosowaniu preparatów stymulujących owulację [4, 6, 5]. Genetyka również odgrywa rolę w częstotliwości ciąży bliźniaczych, przy czym dziedziczenie ze strony matki jest bardziej znaczące [2]. Ciąże jednozygotyczne są zdarzeniem losowym i ich częstotliwość pozostaje względnie stała, stanowiąc około 0,4%.

Ciąża wielopłodowa wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, które można podzielić na matczyne i płodowe. Szczególnie wysokie ryzyko powikłań płodowych występuje w ciążach jednokosmówkowych jednoowodniowych [4]. Śmiertelność okołoporodowa w ciążach bliźniaczych wynosi 28-60% [1]. Powikłania matczyne, takie jak anemia, wielowodzie, stan przedrzucawkowy, poród przedwczesny, krwotoki poporodowe czy konieczność wykonania cięcia cesarskiego, są podobne jak w ciążach pojedynczych, ale ich nasilenie rośnie wraz z liczbą płodów [4]. Powikłania płodowe, np. nieprawidłowe ułożenie jednego płodu, łożysko przodujące, wcześniactwo czy wypadnięcie pępowiny, są podobne do tych występujących w ciążach pojedynczych [4, 6]. Ciąże wielopłodowe niosą również ryzyko dla płodów. Wystąpić może rozbieżny rozwój płodów, sFGR, zgon jednego płodu czy TTTS (zespół przetoczenia między płodami) [2]. Ciąże dwukosmówkowe są mniej narażone na powikłania niż jednokosmówkowe, a rokowania są lepsze, gdy płody są płci żeńskiej [2]. Ciąże bliźniacze klasyfikuje się według ryzyka: dwukosmówkowe dwuowodniowe – ryzyko wysokie, jednokosmówkowe dwuowodniowe – ryzyko bardzo wysokie, a jednokosmówkowe jednoowodniowe – ryzyko ekstremalnie wysokie [2]. Śmiertelność bliźniąt w ciążach jednoowodniowych wzrasta o 2-5% tygodniowo od 15. tygodnia ciąży [1]. W ciążach jednokosmówkowych anastomozy między układami krążenia bliźniąt mogą prowadzić do zaburzeń homeostazy i zgonu jednego lub obu płodów [2]. Wady wrodzone występują częściej w ciążach bliźniaczych jednojajowych niż w ciążach pojedynczych [2].

Zespół TTTS (Twin-to-Twin Transfusion Syndrome), czyli zespół przetoczenia między płodami, jest poważnym powikłaniem ciąży bliźniaczych jednokosmówkowych dwuowodniowych, występującym w około 10-15% takich przypadków. Zwykle wykrywany jest w II trymestrze ciąży, między 16. a 26. tygodniem, a jego przyczyną są nieprawidłowe połączenia naczyniowe (anastomozy) we wspólnym łożysku. Te połączenia, szczególnie tętniczo-żylna, powodują, że krew jest bezzwrotnie przekazywana z układu tętniczego jednego płodu (dawcy) do układu żylnego drugiego płodu (biorcy). Skutkiem tego są

znaczące różnice w rozwoju płodów. Płód-dawca cierpi na niewydolność serca, anemię, a także małowodzie, co hamuje jego wzrost. Z kolei płód-biorca rozwija się lepiej, ale jest narażony na policytemię, nadciśnienie i wielowodzie, co również może prowadzić do niewydolności serca. Diagnostyka TTTS opiera się na rozpoznaniu sekwencji małowodzie-wielowodzie w ciąży jednokosmówkowej. Chociaż jedynym leczeniem przyczynowym jest fetoskopowa ablacja połączeń naczyniowych za pomocą lasera, którą zaleca się przeprowadzić między 15. a 26. tygodniem ciąży, w późniejszym etapie ciąży preferowane jest podejście bardziej zachowawcze, takie jak powtarzane amnioredukcje. Bez leczenia śmiertelność w TTTS wynosi 56-100%, ale interwencja, taka jak laserowa ablacja, może zwiększyć szanse na przeżycie przynajmniej jednego noworodka do 60-70% [6, 10].

Zespół TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence) to niezwykle rzadkie powikłanie ciąż wielopłodowych, charakterystyczne dla ciąż jednokosmówkowych. W TRAP tworzą się naczyniowe anastomozy tętniczo-tętnicze i żylny-żylny między bliźniakami, co prowadzi do odwrócenia przepływu krwi w jednym z płodów, który staje się "pompującym" bliźniakiem, podczas gdy drugi, nazywany płodem bezsercowym, doświadcza zatrzymania czynności serca i jego wtórnego zaniku. Płód bezsercowy nie ma szans na przeżycie, natomiast ryzyko śmiertelności płodu pompującego wynosi 50-70%, głównie z powodu niewydolności serca lub wysokiego ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego. Leczenie polega na zabiegach fetoskopowych, takich jak podwiązanie naczyń lub koagulacja sznura pępowinowego, szczególnie gdy masa płodu bezsercowego przekracza 50% masy płodu pompującego. Rozpoznanie TRAP odbywa się za pomocą ultrasonografii, gdzie kluczowe jest uwidocznienie odwróconego przepływu krwi w tętnicy pępowinowej [7].

Zespół TAPS (Twin Anemia-Polycythemia Sequence) jest odmianą zespołu TTTS, który może wystąpić spontanicznie lub jako powikłanie po zabiegu laserowej ablacji połączeń naczyniowych w terapii TTTS. W TAPS dochodzi do przewlekłego przepływu krwi między płodami, co skutkuje znaczną różnicą stężeń hemoglobiny, prowadząc do anemii u jednego płodu i policytemii u drugiego. TAPS jest trudny do wykrycia za pomocą standardowej ultrasonografii, co utrudnia diagnostykę oraz ocenę częstości występowania tego zespołu. Kluczowym wskaźnikiem diagnostycznym jest różnica w przepływie krwi przez tętnicę środkową mózgu (MCA-PSV), a także różnice w poziomach hemoglobiny. TAPS został po raz pierwszy opisany jako powikłanie laserowego leczenia TTTS dopiero w 2006 roku, a jego spontaniczne wystąpienie odnotowano rok później [11].

## PODSUMOWANIE

Wczesne rozpoznanie i interwencje są kluczowe dla zmniejszenia ryzyka powikłań i śmiertelności okołoporodowej płodów. Ryzyko wystąpienia zgonu okołoporodowego jednego z płodów jest wysokie ze względu na niejednorodny przebieg kliniczny tego schorzenia. Ciąża bliźniacza wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia powikłań, które mogą znacząco wpływać na przebieg porodu oraz okres połogu. Złożoność ciąży mnogiej wymaga szczególnej uwagi ze strony personelu medycznego, zwłaszcza położnych, które pełnią kluczową rolę w zapewnieniu odpowiedniej opieki. Powikłania związane z ciążą bliźniaczą mogą wymagać interwencji medycznej, w tym wcześniejszego zakończenia ciąży (przed terminem porodu), co wiąże się z koniecznością intensywnej opieki nad noworodkami. Taka sytuacja może wywoływać u pacjentki skrajne emocje. Poród przedwczesny może potęgować obawy związane z możliwością opieki nad przedwcześnie urodzonymi dziećmi oraz lęk przed ich zdrowiem i życiem. Przedwczesny poród oraz niemożność nawiązania natychmiastowego kontaktu "skóra do skóry" z noworodkami mogą prowadzić do obniżenia nastroju pacjentki, trudności w akceptacji sytuacji oraz zwiększonego ryzyka depresji poporodowej. Położna pełni wówczas kluczową rolę w monitorowaniu stanu psychicznego pacjentki, obserwowaniu jej zachowań i nawyków, oraz w zapewnianiu jej wsparcia emocjonalnego. Wczesne wykrycie objawów depresji pozwala na skierowanie pacjentki do odpowiednich specjalistów, np. psychologów czy psychiatrów. Po porodzie, szczególnie w przypadku ciąż mnogich, wzrasta ryzyko powikłań takich jak:

- Krwotoki poporodowe – wynikające z patologii łożyskowych, wielkości wydalanego popłodu lub atonii macicy.
- Połogowe zapalenie mięśnia macicy – stan zapalny, który może prowadzić do poważnych komplikacji.
- Wydłużona hospitalizacja – konieczna w przypadku wystąpienia powikłań, co może wpływać na przedłużenie rozłąki z noworodkami, rodziną oraz stanowi dodatkowe obciążenie psychiczne dla pacjentki.

Kluczowe znaczenie ma skrupulatne monitorowanie stanu pacjentki w okresie połogu, edukacja na temat higieny rany pooperacyjnej lub obrażeń krocza, a także działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie infekcjom. Położna powinna zapewniać pacjentce komfort, wsparcie emocjonalne oraz odpowiednią edukację, co może przyczynić się do szybszego powrotu do zdrowia i umożliwić jak najszybszy powrót do domu. Ciąża bliźniacza wymaga intensywnej opieki medycznej zgodnej z aktualnymi standardami, a położna



odgrywa kluczową rolę w monitorowaniu stanu zdrowia fizycznego oraz psychicznego pacjentki. Wsparcie emocjonalne pacjentki i jej rodziny jest niezwykle istotne, szczególnie w obliczu komplikacji okołoporodowych. Konieczność przedwczesnego rozwiązania ciąży, oraz przebieg porodu przedwczesnego może znacząco odbiegać od wcześniejszej wizji związanej z porodem, który mógłby wystąpić w terminie porodu. Wczesna interwencja i odpowiednia edukacja pacjentki przez położną mogą pomóc w złagodzeniu obciążeń emocjonalnych oraz umożliwić lepsze radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z ciążą bliźniaczą [12]. Profesjonalna, kompleksowa opieka nad pacjentką w ciąży bliźniaczej jest kluczowa dla jej dobrostanu oraz zdrowia noworodków.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G. H. (red. nauk.): Sytuacje kliniczne w położnictwie. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016: 85-115.
2. Dudenhausen J. W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, Wydanie VI uaktualnione – 10 dodruk, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021: 283-292.
3. Bomba-Opoń D., Wielgoś M.: Standardy opieki okołoporodowej w przypadkach występowania określonych powikłań. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016; 1 (1): 1–9.
4. Bręborowicz G. H., Malinowski W. (red. nauk.): Ciąża wielopłodowa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022:
5. Filipecka-Tyczka D.: Opieka nad pacjentką w ciąży wielopłodowej. Postępy Nauk Medycznych 2016; XXIX(7): 475-482.
6. Sperling L. et al.: Detection of chromosomal abnormalities, congenital abnormalities and transfusion syndrome in twins. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 29: 517–526.
7. Ropacka-Lesiak M., Szaflik K., Bręborowicz G. H.: Schemat diagnostyczny w ciąży bliźniaczej. Ginekologia Polska 2015; 86: 210-218.
8. Filipecka-Tyczka D.: Opieka nad pacjentką w ciąży wielopłodowej. Postępy Nauk Medycznych 2016; XXIX(7): 475-482.

9. Vink J., Wapner R., D'Alton M. E.: Prenatal Diagnosis in Twin Gestations. *Seminars in Perinatology* 2012; 36(3): 169-174.
10. Świątkowska-Freund M., Preis K.: Diagnostyka zespołu przetoczenia pomiędzy płodami w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2017; 2(5): 199–205.
11. Filipecka-Tyczka D.: Opieka nad pacjentką w ciąży wielopłodowej. *Postępy Nauk Medycznych* 2016; XXIX(7): 475-482.
12. Ropacka-Lesiak M., Szaflik K., Bręborowicz G. H.: Schemat diagnostyczny w ciąży bliźniaczej. *Ginekologia Polska* 2015; 86: 210-218.

## CZYNNIKI DETERMINUJĄCE WYBÓR PORODU DOMOWEGO WŚRÓD KOBIEC

---

**Marzena Kaźmierczak<sup>1</sup>, Oliwia Wekwejt<sup>2</sup>, Agnieszka Dombrowska-Pali<sup>1</sup>**

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka studiów II stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

### WSTĘP

Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, a także możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. (Dz. U. poz. 1324) osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie połogu [1]. Zawód położnej w Polsce daje uprawnienia do samodzielnego przyjmowania i prowadzenia porodu fizjologicznego, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i pozaszpitalnych z zachowaniem standardów postępowania medycznego [2,3]. Według definicji WHO poród normalny w ciąży o niskim ryzyku zaczyna się w sposób samoistny. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny z położenia podłużnego główkowego, w terminie pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek nie wymagają interwencji medycznych, a ich stan zdrowia można określić jako dobry [4].

Poród to ważne wydarzenie w życiu rodziny, a zwiększająca się świadomość społeczeństwa sprawia, że wiele kobiet poszukuje najlepszych warunków do narodzin swojego dziecka. Kobiety coraz częściej wybierają poród aktywny, naturalny bez ingerencji w jego fizjologiczny przebieg, ponieważ posiadają wiedzę dotyczącą korzyści z tego sposobu narodzin dziecka. W Polsce większość porodów odbywa się w warunkach szpitalnych, jednak

porody domowe zyskują na popularności. W Polsce porody domowe wciąż zajmują jedynie niewielki odsetek wszystkich porodów. Sprawa bezpieczeństwa porodów domowych wciąż budzi wiele kontrowersji. Na całym świecie przeprowadza się analizy danych porównujące bezpieczeństwo porodu w zależności od miejsca, w którym się on odbywa [3]. Zasady kwalifikacji do tego rodzaju porodu zostały opracowane przez Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni, które zostało powołane przez rodziców i położne, którzy promują porody domowe. Ocena ryzyka jest przeprowadzana indywidualnie dla każdej kobiety z najwyższą ostrożnością w celu zminimalizowania komplikacji śródporodowych i poporodowych. Do porodu domowego kwalifikuje się tylko kobiety zdrowe w ciąży niskiego ryzyka [3]. Do przeciwwskazań bezwzględnych należą między innymi choroby występujące u kobiet, takie jak: choroby nerek, układu krążenia, choroby neurologiczne i psychiczne, związane z wątrobą czy układem krzepnięcia. W warunkach domowych nie urodzi kobieta, która choruje na cukrzycę, trombofilie czy zespół antyfosfolipidowy. Przeciwwskazaniem bezwzględnym są również choroby zakaźne, takie jak: HIV, HCV, HBS, WR, CMV i toxoplazmoza. Do porodu w domu zakwalifikowana zostanie kobieta, która nie miała wcześniej operacji na mięśniu macicy [5]. Kobieta zdrowa jest w stanie urodzić swoje dziecko naturalnie ze wsparciem położnej przy zastosowaniu naturalnych metod łagodzenia bólu [6]. Niestety nie można z całą pewnością stwierdzić, że poród przebiegnie bez komplikacji. Dlatego właśnie w wielu krajach sądzi się, że szpital jest najlepszym miejscem na narodziny dziecka [7]. Bezpieczeństwo porodów domowych wzbudza wiele dyskusji i kontrowersji, ponieważ od wielu lat większość kobiet rodzi w szpitalach. Dowody naukowe wykazują, że w odpowiednich okolicznościach poród w warunkach pozaszpitalnych jest bezpieczny pod warunkiem rzetelnej kwalifikacji [6,7]. Według wielu badań, kobieta planująca poród w domu jest obciążona niższym ryzykiem porodu zabiegowego, cięcia cesarskiego i większym prawdopodobieństwem naturalnego porodu spontanicznego drogami natury niż kobiety planujące poród szpitalny. Ponadto ryzyko transferu porodu domowego do szpitala było niskie (10,7%), a wskaźnik karmienia piersią (>1 rok) był niezwykle wysoki (99%) [8]. Inne badanie donosi, że w przypadku porodów domowych zaobserwowano obniżoną ilość porodów operacyjnych, cięć cesarskich, znieczuleń zewnątrzoponowych, nacięć krocza i stymulacji porodu oksytocyną. Rzadziej występowały u tych kobiet pęknięcia krocza III i IV stopnia, infekcje, czy krwotoki. Nie stwierdzono wzrostu śmiertelności i zachorowalności matek i noworodków z powodu odbycia porodu domowego w porównaniu z porodami w szpitalu [9].

## CEL PRACY

Ustalenie czynników determinujących wybór porodu w środowisku domowym przez kobiety w wieku reprodukcyjnym.

## MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 399 pełnoletnich kobiet. Badaną próbę podzielono na dwie grupy: kobiety nieródki i kobiety, które odbyły poród w szpitalu (n=239, 60%) - grupa kontrolna. Drugą grupę stanowiły kobiety, które odbyły poród domowy (n=160, 40%). Respondentki rekrutowano na portalach społecznościowych, gdzie zostały przekierowane na link za pomocą formularza Google, który nie wymagał logowania się i podawania danych osobowych. Decyzja o udziale w badaniu była podejmowana dobrowolnie. Na przeprowadzenie projektu uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium w Bydgoszczy (nr130/2023). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który składał się z 21 pytań, podzielonych na 3 sekcje. Sekcja pierwsza zawierała metryczkę i wywiad położniczy. Sekcja druga zawierała 10 pytań skierowanych do kobiet, które odbyły poród domowy, a sekcja 3 dotyczyła pytań skierowanych do kobiet, które odbyły poród w szpitalu. Do analizy zebranego materiału zostały wykorzystane następujące testy statystyczne: test  $\chi^2$  Pearsona i analiza korelacji Rho Spearmana. Wynik  $p < 0,05$  istotny statystycznie świadczy o istnieniu związku między zmiennymi.

## WYNIKI

### **Charakterystyka próby badanej**

Średnia wieku kobiet, które odbyły poród domowy wynosiła 33,00 lata, min. 24, max 33. Średnia wieku w grupie kontrolnej stanowiła 32,51 lat, min. 22, max 31. Większość respondentek posiadała wykształcenie wyższe (grupa badana 94% vs grupa kontrolna - 89%). Z wykształceniem średnim było odpowiednio 5% i 10% badanych. Osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym stanowiły zdecydowaną mniejszość. Ponad połowa badanych (65%) określiła swoją sytuację materialną jako dobrą vs grupa kontrolna - 69%. Sytuację ekonomiczną jako przeciętną wskazało 34% z grupy badanej vs 30% z grupy kontrolnej. Tylko 1% kobiet z każdej grupy określiło swoją sytuację materialną jako niekorzystną. Mężatki stanowiły 86% grupy badanej i 85% grupy kontrolnej. W związku nieformalnym/partnerskim było 13% kobiet, które odbyły porody w domu i 14% z grupy

kontrolnej. Kobiety samotne stanowiły po 1% z każdej grup. Pierworódki stanowiły 24% kobiet, które rodziły w domu i 32% w grupie kontrolnej. Wieloródek było 76% w grupie badanej i 33% w grupie kontrolnej.

**Ustalenie czynników socjodemograficznych warunkujących wybór porodu domowego**

Na podstawie analizy statystycznej testem niezależności  $\chi^2$  wykazano, że nie istnieje związek zmiennych socjodemograficznych z wyborem porodu domowego wśród kobiet. Szczegółowe dane zawarto w tabelach 1-4.

**Tabela 1. Wybór porodu domowego a wiek w porównywanych grupach**

<b>Poród domowy</b>	Min	Max	M	SD	Me	$\chi^2_{\text{obl}}$	$\chi^2_{0.05; 2}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	24	56	33,00	4,68	33	4,72	<	5,9915	0,12	0,28
<b>NIE</b>	22	60	32,51	6,39	31					

**Tabela 2. Wybór porodu domowego a wykształcenie w porównywanych grupach**

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 3}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	3,91	0,3	4	6,89	< 7,8147	0,06	0,21	0,14
<b>NIE</b>	3,88	0,38	4			0,06		

**Tabela 3. Wybór porodu domowego a stan cywilny w porównywanych grupach**

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 2}$	P	V	rho
<b>TAK</b>	2,85	0,39	3	0,45	< 5,9915	0,06	0,04	0,23
<b>IE</b>	2,85	0,38	3			0,06		

**Tabela 4. Wybór porodu domowego a sytuacja materialna w porównywanych grupach**

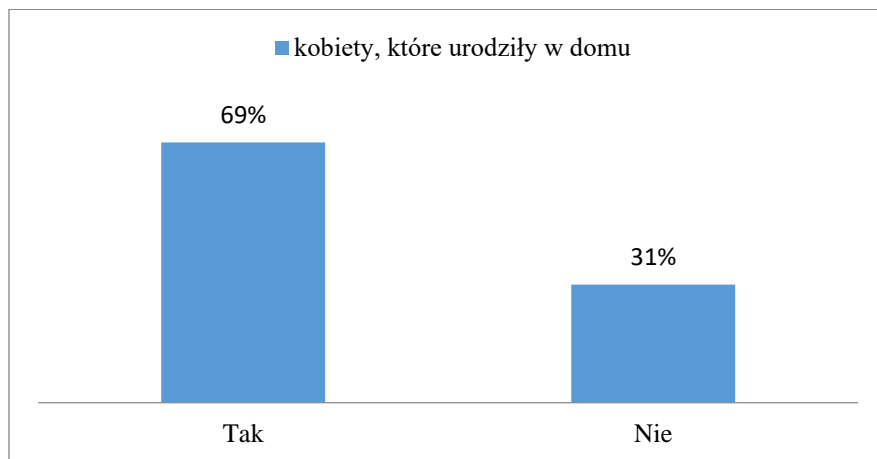
**Poród domowy**

	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 2}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	2,64	0,51	3	0,79	< 5,9915	0,08	0,05	0,03
<b>NIE</b>						0,07		
	2,68	0,48	3					

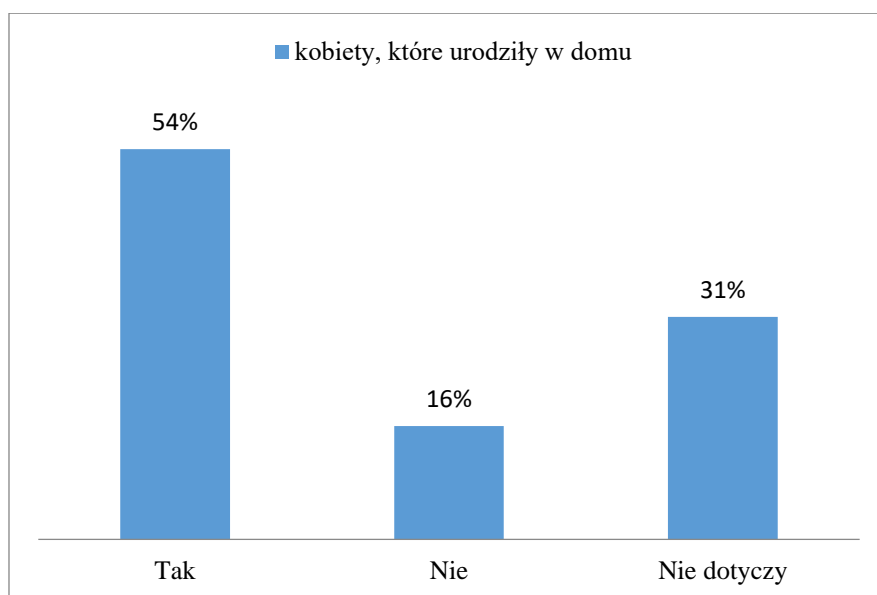
**Ustalenie czynników psychospołecznych warunkujących wybór porodu domowego**

Analiza zebranych danych wykazała, że kobiety, które urodziły w domu doświadczają negatywnych komentarzy od osób ze swojego otoczenia na temat miejsca porodu (rycina I). Ponad połowa kobiet, które odbyły poród domowy miała negatywne doświadczenia z przebiegu poprzedniego porodu w szpitalu (rycina II). Kobiety, które urodziły w domu (99%)

oraz z grupy kontrolnej (78%), są zdania, że poród domowy jest bezpieczny dla matki i dziecka. Dane z obserwacji zawarto na rycinie III i w tabeli 5.

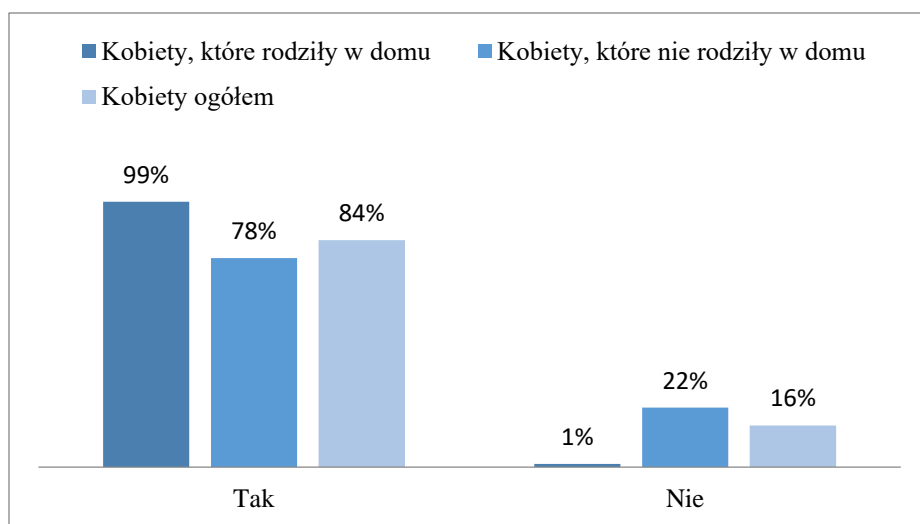


**Rycina I. Negatywne komentarze na temat porodu domowego w grupie badanej**



**Rycina II. Negatywne doświadczenia związane z poprzednim porodem w szpitalu w grupie badanej**





Rycina III. Opinia kobiet na temat bezpieczeństwa porodu domowego

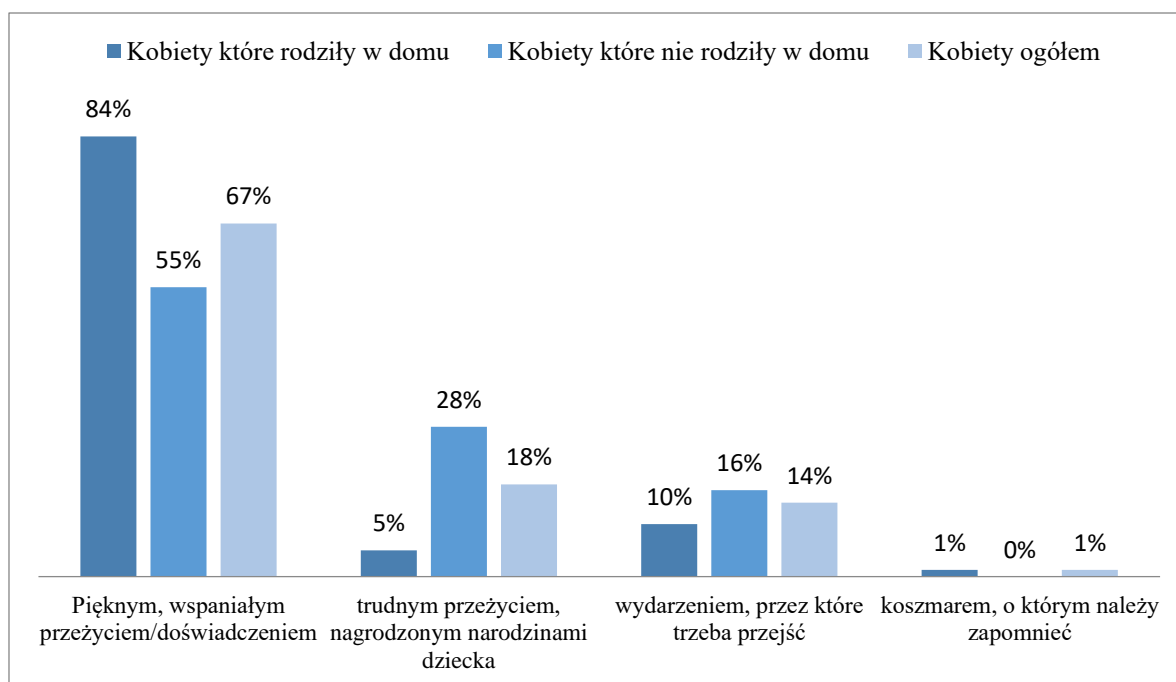
Tabela 5. Określenie porodu domowego jako „bezpieczny” w porównywanych grupach

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 1}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	0,84	0,36	1	41,55	> 3,8415	0,06	0,32	0,32
<b>NIE</b>	0,78	0,42	1			0,05		

Na rycinie IV i w tabeli 6 przedstawiono ocenę porodu przez kobiety z grupy kontrolnej.

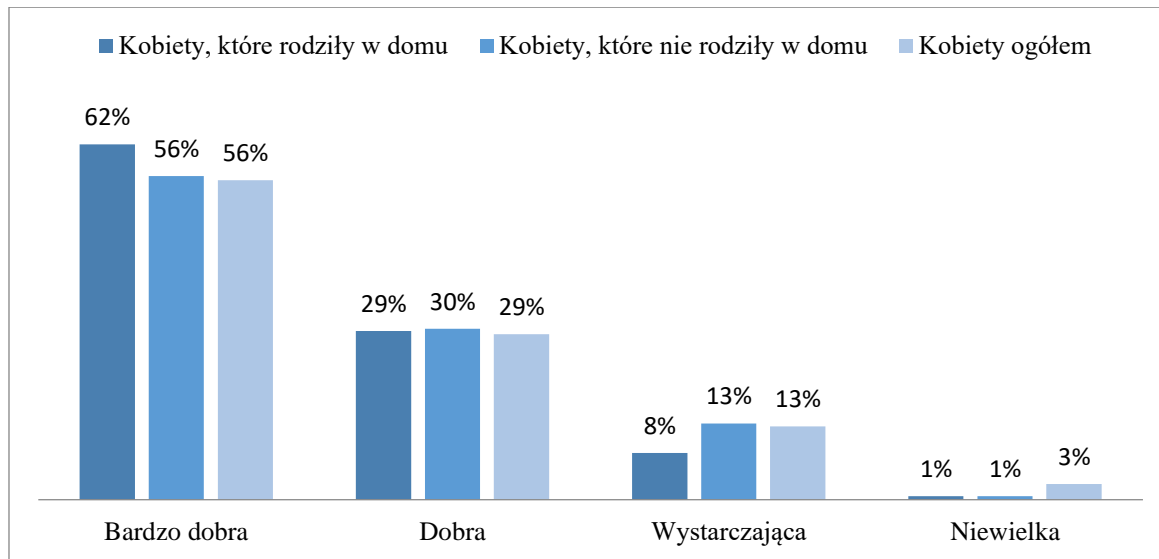
Tabela 6. Określenie porodu jako „trudne przeżycie” w porównywanych grupach

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 4}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	3,56	0,77	4,00	37,99	> 9,4877	0,12	0,31	0,26
<b>NIE</b>	3,42	0,74	4,00			0,09		



**Rycina IV. Ocena porodu według kobiet w porównywanych grupach**

Na rycinie V i w tabeli 7 zawarto dane z obserwacji oceny poziomu wiedzy kobiet na temat porodu.



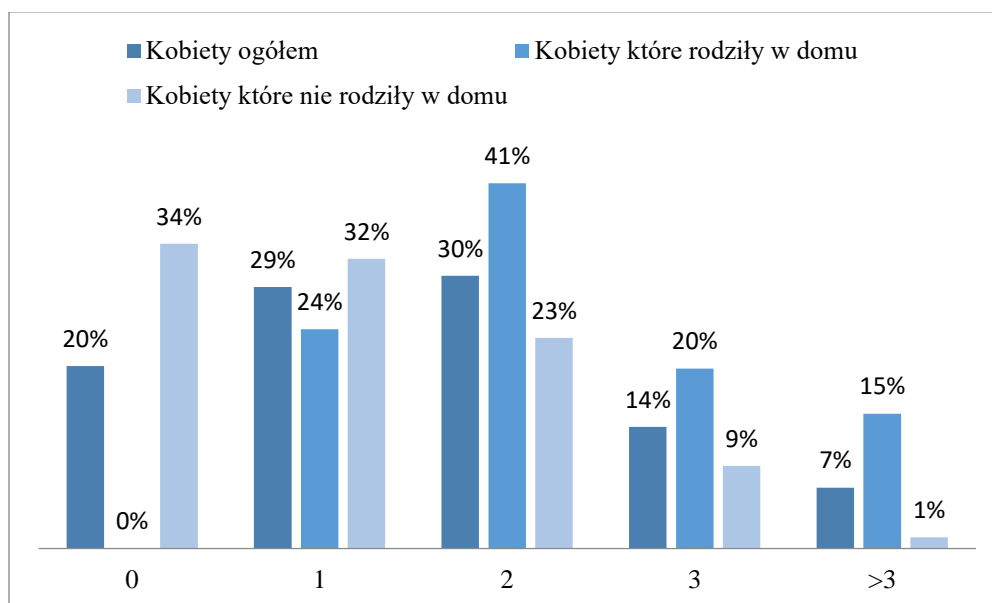
**Rycina V. Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat porodu w porównywanych grupach**

**Tabela 7. Ustalenie poziomu wiedzy kobiet na temat porodu w porównywanych grupach**

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 4}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	3,51	0,78	4,00	10,83	>	9,487	0,16	0,32
<b>NIE</b>	3,39	0,75	4,00					

**Ustalenie czynników położniczych warunkujących wybór porodu domowego**

W wyniku analizy statystycznej wykazano, że respondentki, które odbyły porody domowe istotnie częściej decydują się na troje dzieci i więcej. Dane z obserwacji zawarto na rycinie VI i w tabeli 8.

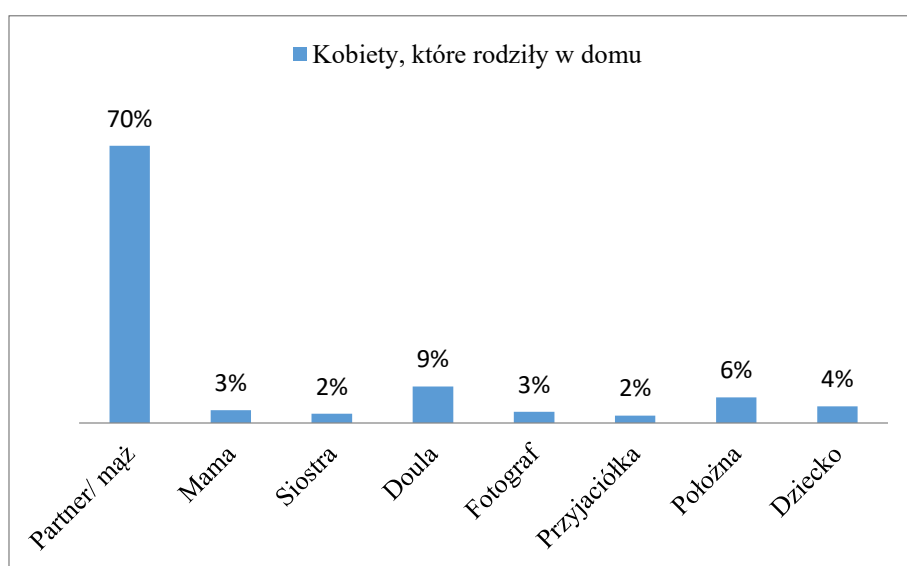


**Rycina VI. Rodność w porównywanych grupach**

**Tabela 8. Wybór porodu domowego a rodność w porównywanych grupach**

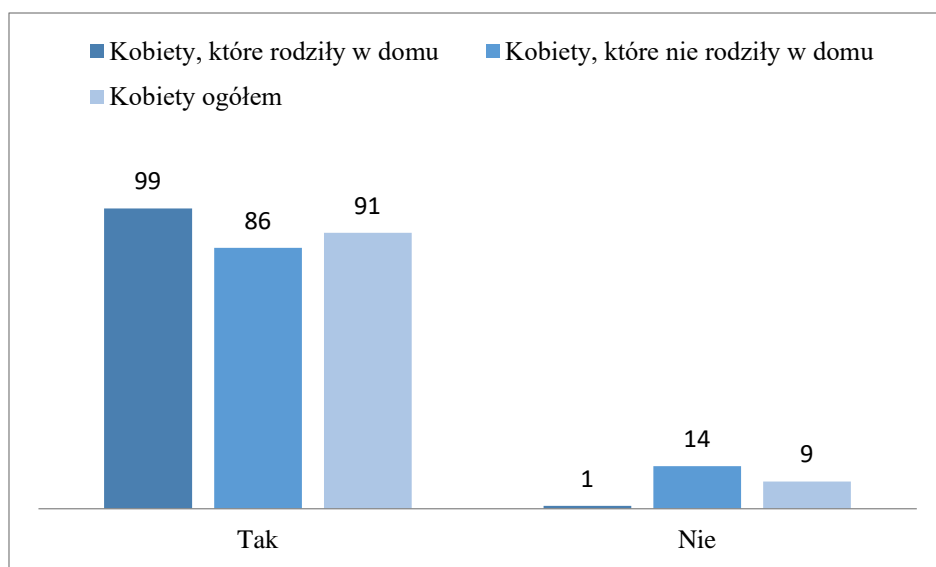
Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 4}$	p	V	rho
TAK	3,91	0,39	4	31,29 9,4877	>	0,06	0,31	0,49
NIE	3,88	0,38	4			0,06		

Na rycinie VII zawarto dane z obserwacji na temat osób towarzyszących podczas porodu.



**Rycina VII. Osoby towarzyszące podczas porodu domowego**

Kobiety, które odbyły poród w domu (99%), uważają porody szpitalne za zmedykalizowane. Szczegółowe dane zawarto na rycinie VIII i w tabeli 9.



**Rycina VIII. Ocena porodu szpitalnego jako „zmedykalizowany” w opinii kobiet w porównywanych grupach**

**Tabela 9. Ocena porodu szpitalnego jako „zmedykalizowany” w porównywanych grupach**

Poród domowy	M	SD	Me	$\chi^2_{obl}$	$\chi^2_{0.05; 1}$	p	V	rho
<b>TAK</b>	3,85	0,39	4	19,66	>	3,8415	0,22	-
<b>NIE</b>	3,88	0,38	4					

## DYSKUSJA

Poród jest dla kobiety jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu, który ma zarówno krótko-, jak i długoterminowe konsekwencje dla jej zdrowia i codziennego funkcjonowania. Jednym z kluczowych czynników wpływających na doświadczenie porodu jest wybór miejsca, w jakim rodzice przywitają na świat swoje dziecko. Próba badana (n=399) pozwoliła na określenie preferencji kobiet oraz czynników, które pozwalają na podjęcie decyzji o odbyciu porodu w środowisku domowym.

Analiza wyników badania własnego nie wykazała istotnego wpływu czynników socjodemograficznych, takich jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny czy sytuacja materialna na wybór porodu domowego w badanej próbie kobiet. Wśród badanych kobiet zdecydowaną większość (87%) stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym, co może wskazywać na większe zainteresowanie tematem ciąży i porodu wśród kobiet dobrze wykształconych oraz chęć edukacji i poszukiwania rozwiązań, a także zapewnienia najlepszej opieki i komfortu dla siebie i swojego przyszłego dziecka. Badania naukowe donoszą, że na poród domowy najczęściej decydują się kobiety zameężne i dobrze wykształcone. Zauważono również, że średnia wieku kobiet, które były skłonne do podjęcia decyzji o porodzie domowym była wyższa niż kobiet, które urodziły w szpitalu. Decyzja taka jest często związana z preferencjami osobistymi, przekonaniami nabytymi w toku życia oraz chęcią zapewnienia sobie komfortu i intymności. Wpływ mają również poprzednie doświadczenia z poródów szpitalnych, które miały miejsce na wcześniejszych etapach życia kobiet. Odbycie porodu daje poczucie siły, sprawczości oraz pewności siebie, potrzebnych do podjęcia porodu w domu [8].

W dalszej części badania własnego sprawdzono, czy istnieją czynniki psychospołeczne warunkujące wybór miejsca porodu. Stwierdzono, że aż 69% kobiet rodzących w domu doświadczyła negatywnych komentarzy ze strony najbliższych na temat miejsca porodu. Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG) wskazuje, że zaplanowany poród domowy prowadzony przez wykwalifikowane położne zapewnia kobietom bezpieczeństwo, a także prawo do wyboru i autonomii. Kobiety coraz częściej szukają alternatywnych sposobów i miejsca godnego urodzenia dziecka w celu uniknięcia medycznych procedur i sztywnych zasad narzucanych przez personel medyczny szpitali. Młode matki doświadczają braku szacunku, zaniedbań i przemocy w obszarze opieki okołoporodowej. Pomimo jasnych argumentów oraz dowodów naukowych potwierdzających wybór porodu pozaszpitalnego przez kobiety w ciąży, spotykają się one z negatywnymi komentarzami dotyczącymi podjętej decyzji ze strony personelu medycznego oraz własnego otoczenia. Kobiety powinny otrzymać ze strony medyków opiekę opartą na dowodach naukowych oraz brak oceny i marginalizacji w kontekście swoich wyborów [10]. Kobiety pomimo, że poród domowy jest bezpieczny i legalny spotykają się z negatywnymi komentarzami, że ich wybór jest nieodpowiedzialny i zadbały tylko o komfort własny, a nie o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka. Poród domowy często jest nazywany fanaberią. Takie postępowanie osób bez wykształcenia medycznego oraz wyrażanie opinii przez rodzinę i

najbliższe osoby może doprowadzić do obniżenia nastroju lub depresji okołoporodowej przyszłych matek [6].

Badanie Borelli [11] wykazało, że kobiety w ciąży odnoszą się do decyzji dotyczących miejsca porodu jako osobistego wyboru, a nie wspólnej decyzji z partnerem, ojcem dziecka lub rodziną. Kobiety postrzegają siebie na pierwszym miejscu w zakresie decyzji okołoporodowych, a większości wyborów dokonują w pierwszym trymestrze ciąży lub jeszcze podczas przygotowania do ciąży. Badanie opinii położnych pracujących w szpitalu na temat porodów domowych przeprowadzone w Brazylii donosi, że pracownicy ochrony zdrowia postrzegają poród domowy jako zaprzeczenie współczesnej medycynie, czyli „krok wstecz”. Domowe narodziny spotykają się również z dużym oporem społeczeństwa [10]. Analiza badania własnego wykazała, że negatywne wspomnienia dotyczące poprzedniego porodu posiadało 54% kobiet. Dodatkowo kobiety, które odbyły poród domowy wykazują większą rodność, częściej decydują się na ilość potomstwa większą niż troje dzieci. Wykazano istotność statystyczną w tym zakresie, co może wskazywać, że dobre warunki porodu determinują decyzję kobiet o kolejnych ciążach i porodach. Kobiety mają wrażenie, że personel medyczny opiekujący się pacjentką w czasie porodu nie koncentruje swojej uwagi na rodzącej, nie zapewnia najwyższej jakości opieki, nie wspiera naturalnego procesu, a wprowadza zbędne interwencje przyspieszając przebieg porodu. Kobiety badane spotkały się również ze złym traktowaniem i brakiem szacunku ze strony medyków [10,12]. Analiza badania własnego wykazała związek między porodem domowym a opinią na temat jego bezpieczeństwa. Na uwagę zasługuje fakt, że aż 99% kobiet, które urodziły w domu deklarowało, że narodziny w środowisku domowym są bezpieczne. Kobiety i ich rodziny cechuje wiele obaw w związku z podejmowaniem decyzji okołoporodowych, natomiast pomyślne zakończenie porodu domowego i brak komplikacji daje wiarę i przekonanie, że ta metoda porodu jest bezpieczna dla matki i dziecka. Badania na temat porodów domowych wskazują, że wybór domowych narodzin może być bezpieczny dla kobiet o niskim ryzyku ciążowym i jest chętnie wybieranym miejscem przywitania na świat nowego członka rodziny jako alternatywa porodu szpitalnego [3]. Z badania własnego dotyczącego opinii na temat porodu wynika, że kobiety, które urodziły w domu częściej określały swój poród jako wspaniałe przeżycie niż kobiety, które urodziły w szpitalu. Kobiety rodzące w domu oraz położne przyjmujące porody domowe podkreślają pozytywny wpływ domowej, spokojnej atmosfery na redukcję stresu i bólu porodowego. Możliwość aktywnego porodu w pozycjach wertykalnych daje poczucie siły i wiary we własne możliwości. Każda kobieta w zależności

czy decyduje się na poród w szpitalu, domu, czy w domu narodzin ma inne pojęcie bezpieczeństwa. Dla jednych poczucie bezpieczeństwa oznacza dostęp do leków przeciwbólowych i aparatury medycznej, a dla innych brak ryzyka medykacji i znajome otoczenie. Tak różne preferencje wpływają na decyzję o ewentualnych kolejnych porodach [11]. Badanie własne wykazało, że ponad połowa respondentek (56%) deklaruje swój poziom wiedzy na temat porodu, jako dobry. Kobiety, które pragną odbyć poród w domu są lepiej przygotowane pod względem merytorycznym, ponieważ zależy im, aby poród przebiegł bezpiecznie w warunkach pozaszpitalnych z uniknięciem transferu do szpitala. Mają też zapewniony kontakt z położną sprawującą opiekę nad rodziną, która zajmuje się edukacją podopiecznej przez okres ciąży. Edukacja przedporodowa przygotowuje kobietę i jej rodzinę do okresu okołoporodowego oraz rodzicielstwa. Uczestnictwo w zajęciach edukacji pozwala na redukcję lęku oraz naukę podejmowania świadomych decyzji, zwiększa pewność siebie i poczucie sprawczości [13]. W badaniu autorskim 70% kobiet, które rodziły w domu wybrały partnera na towarzysza porodu. W drugiej kolejności 9% respondentek zaprosiło doułę, a 6% badanych rodziło w towarzystwie położnej innej niż ta, która przyjęła poród. Kobiety rodzące w domu często korzystają z usług fotografa, który uwiecznia na zdjęciach i filmach przebieg porodu. Zdarza się, że przy porodzie domowym jest obecne starsze dziecko oraz członkowie rodziny, np. mama czy siostra. Poród w domu daje możliwość zaproszenia nieograniczonej ilości osób, w przeciwieństwie do porodu szpitalnego, gdzie najczęściej, co wynika z regulaminu porodów rodzinnych, może towarzyszyć tylko jedna osoba [14]. Towarzystwo osoby bliskiej stanowi nieocenioną pomoc w przebiegu porodu. Wykazano, że masaż w czasie porodu, wykonany np. przez partnera, doułę, położną, może skutecznie obniżyć odczuwanie bólu porodowego. Kobiety doświadczające masażu wykazywały większą satysfakcję z porodu niż kobiety, które nie otrzymały takiej formy łagodzenia bólu porodowego [15].

Przedstawione wyniki badania świadczą o obecności czynników determinujących wybór porodu domowego wśród kobiet. Analiza badań naukowych oraz zebranych danych wskazuje, że jakość opieki okołoporodowej jest nie bez znaczenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet, a także na odnalezienie się w roli matki czy podjęcie decyzji o kolejnych porodach. Poród domowy dla wielu rodzin jest szansą na naprawienie poprzednich złych doświadczeń związanych z porodem lub na stanie się rodzicami na własnych zasadach. Poród może być doświadczeniem pięknym, jednak w opiece nad kobietami w okresie rozrodczym należy zwrócić uwagę na czynniki, które zapewniają komfort oraz sprawiają, że



poród ma szansę przebiegać w sposób fizjologiczny. Odpowiedni poziom opieki skoncentrowanej na kobiecie oraz wykwalifikowany personel zapewniają bezpieczeństwo rodzącym w szpitalu, domu czy domu narodzin [6,14].

## WNIOSKI

Kobiety, które odbyły poród w domu doświadczały negatywnych komentarzy ze strony swojego otoczenia na temat wyboru miejsca porodu, posiadały negatywne doświadczenia związane z poprzednim porodem i uważają poród domowy za bezpieczny. Respondentki, które odbyły porody domowe istotnie częściej decydowały się na troje dzieci i więcej. Badane potwierdziły, że porody w szpitalu są zmedykalizowane. Czynniki socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, stan cywilny, status materialny) nie wykazały związku z wyborem porodu w środowisku domowym.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. (Dz. U. poz. 1324). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001324> (data pobrania 19.07.24).
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20240000814/U/D20240814Lj.pdf> (data pobrania 19.07.24).
3. Suchowiak S., Kłobus M., Plagens-Rotman K.: Poród w warunkach domowych – opieka położnej podczas porodu i w połogu. *Pielęg Pol.* 2020; 1(75): 64-71. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.8> (data pobrania 22.07.24).
4. Łaska-Formejster A., Adamczyk P.: Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa. Standardy a rzeczywistość na przykładzie Polski i Chile. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2020 <http://dx.doi.org/10.18778/8220-134-5.01> (data pobrania 19.07.24).
5. Dzierżak-Postek E., Krauze M., Oleś K, i wsp.: Model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej. Sekcja położnych niezależnych przy stowarzyszeniu Dobrze Urodzeni 2019. <https://www.dobrzeurodzeni.pl/model-opieki-okoloporodowej>.

[html?file=files/Aktualnosci/Nowosci/Model%20opieki%20pozaszpitalnej\\_2019.pdf](html?file=files/Aktualnosci/Nowosci/Model%20opieki%20pozaszpitalnej_2019.pdf)

(data pobrania 22.07.24).

6. Słoma M., Kułak-Krajewska E., Krajewska-Ferishah K.: Miejsce porodu a percepcja porodu domowego oraz jakości narodzin. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2020. [https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ\\_jednostki/wnoz-z-zintegrowanej-opieki-medycznej/monografie/miejsce\\_porodu\\_a\\_percepcja\\_porodu\\_domowego\\_oraz\\_jakosci\\_narodzin.pdf](https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ_jednostki/wnoz-z-zintegrowanej-opieki-medycznej/monografie/miejsce_porodu_a_percepcja_porodu_domowego_oraz_jakosci_narodzin.pdf) (data pobrania 22.07.24).
7. Olsen O., Clausen JA.: Planned hospital birth compared with planned homebirth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3> (data pobrania 22.07.24).
8. Galera-Barbero TM., Aguilera-Manrique G.: Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3784 <https://doi.org/10.3390/ijerph18073784> (data pobrania 22.07.24).
9. Reitsma A., Simioni J., Brunton G., et al.: Maternal outcomes and birth intervention among women who Begin labour intending to give birth at Home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. Elsevier. 2020;21:100-319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319> (data pobrania 22.07.24).
10. Bavilaqua J., Reis L., Alves V., et al.: Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. BMC Pregnancy and Childbirth 2023;23(844):1-11 <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06161-9> (data pobrania 22.07.24).
11. Borelli SE., Walsh D., Spiby H.: First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. JAN 2017;73(8):1937–1946. <https://doi.org/10.1111/jan.13272> (data pobrania 22.07.24).
12. Bernhard C., Zielinski R., Ackerson K., et al.: Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. J Midwifery Womens Health 2014;59(2):160–166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113> (data pobrania 22.07.24).
13. Araszkievicz A., Plagens-Rotman K.: Edukacja przedporodowa jako przygotowanie kobiety do macierzyństwa. Piel Pol.2020;3(77):174-178 <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.20> (data pobrania 22.07.24).

14. Marciniak M., Szymusik I., Marciniak M., i wsp.: Pozytywne doświadczenie porodowe w odniesieniu do wybranych czynników związanych z przebiegiem porodu. <https://doi.org/10.21697/snr.2019.51.1.02> (data pobrania 22.07.24).
15. Mammadov B., Taş C.: The effect of acupressure and massage on laborpain and birth satisfaction: a randomized controlled trial. *Explore* 2024;20(5) <https://doi.org/10.1016/j.explore.2024.04.006> (data pobrania 22.07.24).

## PORÓWNANIE TESTÓW SKÓRNYCH Z PANELEM PEDIATRYCZNYM U PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH W ARION SZPITALA W BIŁGORAJU W LATACH 2022-2023

---

**Maria Dorota Kwika<sup>1</sup>, Magdalena Bielacz<sup>2</sup>, Ewelina Paterak<sup>3</sup>**

1. *Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*
2. *Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie -Akademia Nauk Stosowanych.*
3. *Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie - Akademia Nauk Stosowanych.*

### WSTĘP

Termin alergia został wprowadzony do słownictwa medycznego w 1905 roku przez Clemens Peter von Pirquet. Słowo to pochodzi z języka greckiego *allos* – inny, *ergos* – reakcja. Alergia oznacza inną reakcję immunologiczną organizmu na obcy antygen [1]. Współcześni badacze definiują słowo alergia w bardzo podobny sposób wg J. Eckersley „Alergia jest niewłaściwą reakcją układu odpornościowego na substancję, która u osób nieuczulonych nie powoduje negatywnych objawów” [2].

Alergia pokarmowa jest jednym z najcięższych i najbardziej uciążliwym schorzeniem. Może rozpocząć się już w okresie noworodkowym. Alergia pokarmowa to nieprawidłowa reakcja organizmu na spożycie pokarmu alergizującego. Może być ona przyczyną powstania wstrząsu anafilaktycznego [3]. Najczęstsze alergeny pokarmowe to: mleko krowie, jajko kurze, ryby, soję, orzeszki arachidowe, pszenicę, żyto, wołowinę czy mięso kurze. Również kakao, które stosowane jest w wielu słodyczach może uczulać[4]. Alergeny, które mogą wskazywać na reakcję alergiczną, są nie tylko pokarmowe. Alergeny wziewne stanowią kolejny przykład, jak organizm może się uczulić. Popularne alergeny wziewne to: roztocza kurzu domowego, pyłki drzew takich jak bylica i brzoza, oraz zwierzęta domowe jak kot i pies [5].

Do najważniejszych przyczyn alergii możemy zaliczamy:

- zanieczyszczenia powietrza,
- przegrzane pomieszczenia lub niewietrzone pomieszczenia,

- stosowanie antybiotyków, narażenie na dym papierosowy, stosowanie chemii domowej,
- zbyt higieniczny tryb życia,
- stosowanie dużej ilości leków dostępnych bez recepty,
- nieodpowiednia dieta i styl życia,
- krótki czas karmienia piersią[6].

Objawem alergii, który zagraża życiu, jest reakcja anafilaktyczna. Jest to natychmiastowa, zagrażająca reakcja organizmu na alergen, w której dochodzi do uogólnionej reakcji wielu narządów[7].

W celu rozpoznania alergii należy wykonać badania diagnostyczne - Punktowe Testy Skórne, które są najpopularniejszą metodą diagnostyki alergii. Polegają na nałożeniu kropli alergenu na skórę, a następnie nakłuciu jej przy pomocy lancetu. W przypadku pozytywnego wyniku (histamina) - reakcją jest bąbel o średnicy powyżej 3 mm „od kontroli ujemnej” [8].

Leczenie alergii polega w głównej mierze na farmakologii i metodach niefarmakologicznych. W zależności od rodzaju alergii, podajemy leki (np. wziewy przy ataku astmy), emulsje lub kremy pomocne są przy leczeniu zmian skórnych (np. egzemy). Natomiast leki antyhistaminowe pomocne są w leczeniu kataru siennego. Do niefarmakologicznych metod zaliczamy: eliminację czynnika alergizującego, zmianę stylu życia i zmianę diety [2].

Obraz kliniczny alergii bywa nieraz trudny do oceny. Może zdarzyć, że Objawy alergii nie są jednoznaczne lub zostały źle zinterpretowane. W przypadku, gdy alergia nie jest odpowiednio leczona lub wcale jej symptomy mogą się przerodzić w stan zapalny doprowadzając do powstania innej choroby. Wśród dzieci najczęściej można wyróżnić następujące powikłania alergii: alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry. Alergiczny nieżyt nosa, ma postać przewlekłą, a nieleczony może prowadzić do astmy oskrzelowej [9]. Atopowe Zapalenie Skóry, nazywane również wypryskiem atopowym jest najczęściej występującą chorobą w okresie wczesnego dzieciństwa. Objawia się nawracającym i przewlekłym przebiegiem połączonym z nadmierną suchością skóry i świądem [10].

## **CEL PRACY**

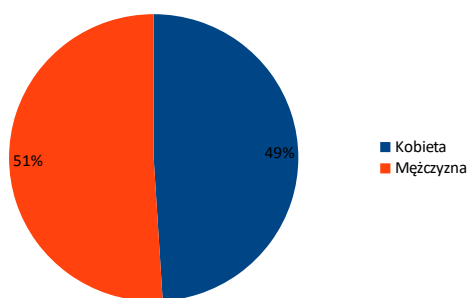
Celem pracy było porównanie testów skórnych u dzieci będących hospitalizowanych w Arion Szpitalu w Biłgoraju, w latach 2022-2023 z panelem pediatrycznym.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 100 pacjentów oddziału pediatrycznego. Zostali oni wybrani losowo i anonimowo. Odpowiedzi na pytania miały charakter dobrowolny.

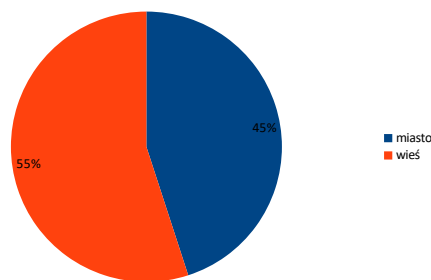
W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z 30 pytań. 29 pytań było pytaniami zamkniętymi, w której respondenci mieli możliwość wyboru jednej lub wielu odpowiedzi. Jedno pytanie natomiast było „otwarte” gdzie respondenci mogli sami wpisać odpowiedź. Skorzystano również z wewnętrznej dokumentacji, wywiadu pielęgniarskiego Arion Szpitalu w Biłgoraju. Do analizy statystycznej wykorzystano program Microsoft Excel. Wyniki badań przedstawiono za pomocą wykresów kolumnowych i kołowych 3D.

## WYNIKI



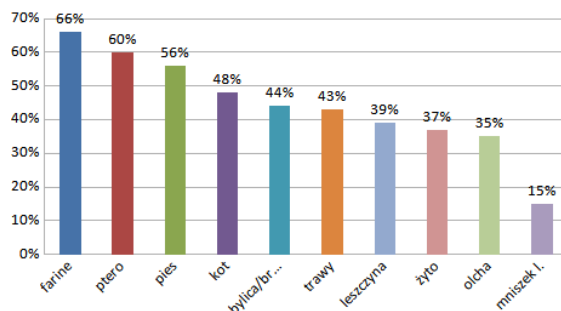
Rycina 1. Płeć  
Źródło własne

Na podstawie udzielonych odpowiedzi na pytanie dotyczące płci, można zauważyć następujące wnioski. Respondenci stanowili grupę 100 osób. Z udzielonych odpowiedzi widać, że kobiet udzielających odpowiedzi jest 49 a mężczyzn 51. Co relatywnie stanowi 49% kobiet i 51% mężczyzn. Rycina 1.



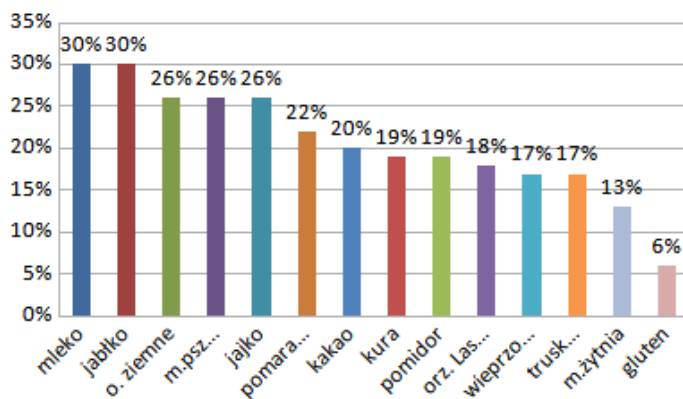
Rycina 2. Miejsce zamieszkania  
Źródło własne

Najwięcej ankietowanych zamieszkiwało obszary wiejskie - 55 ankietowanych. Natomiast w mieści mieszkało 45 dzieci. Obszary wiejskie stanowią 55% wszystkich ankietowanych, natomiast obszary miejskie stanowią jedynie 45%. Rycina 2.



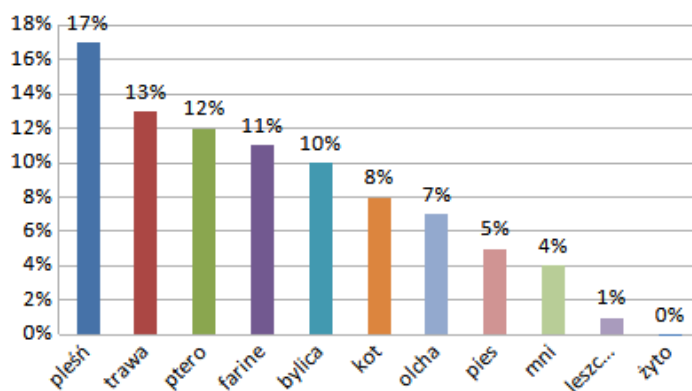
Wykres 1. Alergeny wziewne wykazane z testów skórnych  
Źródło własne

Pozostając dalej przy wynikach z testów skórnych, respondenci dostali pytanie dotyczące rodzajów alergenów wziewnych. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Wyniki przedstawiają się następująco. Najczęściej występującym alergenem wziewnym są roztocze z rodzaju dermatopagoidesfarine. Stanowi ono aż 66% wszystkich odpowiedzi. Relatywnie dużo, bo też 60% stanowi kolejne roztocze z grupy dermatopagoidespteronysinus. Kolejnym alergenem wziewnym jest sierść psa. Uczula ona w 56% wszystkich odpowiadających. Sierść kota natomiast jest alergenem, który został wykryty u 48% dzieci. Bylica z brzozą jest alergenem, który występuje u 44% ankietowanych. Trawy natomiast stanowią 43% wszystkich odpowiedzi. Innym gatunkiem drzew, które uczula jest leszczyna, którą wykazało 39% ankietowanych. Żyto to 37% wszystkich odpowiedzi. Olcha to kolejne drzewo, którego pylenie wymienia 35% ankietowanych.. Najmniej uczulającym alergenem jest mniszek lekarski. Występuje on jedynie u 15% ankietowanych. Wykres 2



Wykres 2. Alergeny pokarmowe wykazane z testów skórnych  
 Źródło własne

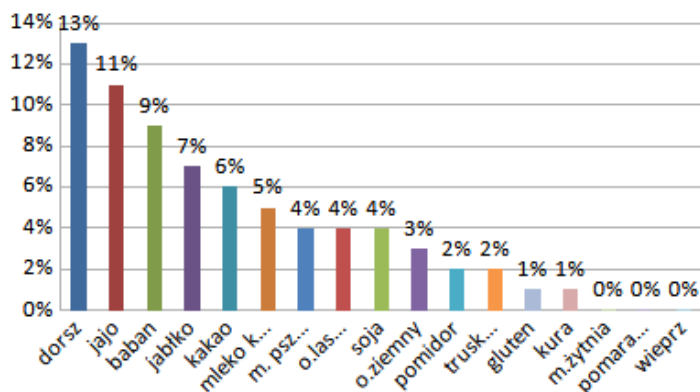
W testach skórnych występują też alergeny pokarmowe. Ankietowani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi. Ich wybór przedstawia się następująco. Mleko i jabłko uczulają 30% ankietowanych. Kolejnymi alergenami, które zaznaczyli ankietowani i uzyskały te same wartości są orzeszki ziemne, mąka pszenna i jajko. Pomarańcz uczula 22% ankietowanych. Kakao jest alergenem, który uczula tylko 20% ankietowanych. Mięso kurze i pomidor to alergeny, które uczulają 19% ankietowanych dzieci. Orzech laskowy to alergen, który występuje u 18% wszystkich odpowiedzi. Mięso wieprzowi i truskawka są alergenami, które występują u 17% ankietowanych. Mąka żytnia to alergen, który występuje tylko w 13% spośród wszystkich odpowiedzi. Jak się okazuje gluten jest najrzadziej występującym alergenem. Występuje tylko u 6% ankietowanych. Wykres 3.



Wykres 3. Alergeny wziewne wykazane w panelu pediatrycznym  
 Źródło własne

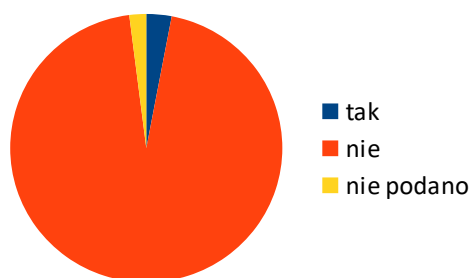


Inny rodzaj testów to panel pediatryczny. W nim również występują alergeny wziewne. Na pytanie to odpowiedziało 100 ankietowanych. W pytaniu tym można było wybrać kilka odpowiedzi. Ich wyniki zostały opisane na wykresie i przedstawiają się następująco. Najczęstszym alergenem wziewnym w panelu pediatrycznym jest pleśń. Stanowi ona aż 17% wszystkich odpowiedzi. Kolejny alergen to trawa. Na nią uczulonych jest 13% dzieci udzielających odpowiedzi. Na trzecim miejscu wśród uczuleń są roztocza z grupy dermatopagoidespteronysinus. Na nie uczulonych jest 12% dzieci ankietowanych. Kolejny rodzaj roztocza to dermatopagoidesfarine. Przyczyniają się do powstania alergii u 11% ankietowanych. Bylica to kolejny alergen, który uczula 10% wszystkich odpowiedzi. Kot a dokładnie jego sierść i ślina to kolejny alergen występujący u 8% badanych. Jeśli chodzi o drzewa to olcha uczula 7% wszystkich ankietowanych. Pies i jego sierść i ślina odpowiada za 5% uczuleń. Mniszek lekarski występuje tylko u 4% ankietowanych. Leszczyna występuje jedynie u 1% ankietowanych. Co się okazuje żyto nie zostało wykazane, jako czynnik alergizujący. Wykres 4.



Wykres 4. Alergeny pokarmowe wykazane w panelu pediatrycznym  
Źródło własne

Odpowiedź na to pytanie miała charakter wielokrotnego wyboru. Wśród alergenów pokarmowych w panelu pediatrycznym dominuje dorsz. Uczula on 13% ankietowanych dzieci. Kolejnym alergenem jest kurcze jajko. Uczula ono 11% ankietowanych. Banan stanowi 9% wszystkich odpowiedzi. Kakao wynosi 6% wszystkich odpowiedzi. Mleko krowie to kolejny alergen, który uczula 5% ankietowanych dzieci. Natomiast mąka pszenna, orzech laskowy i soja to alergeny, które występują u 4% badanych dzieci. Orzech ziemny występuje u 3% dzieci. Pomidor i truskawka są alergenami występującymi u 2 % badanych. Gluten i mięso kurcze to alergeny występujące u 1% dzieci. Natomiast nie wykazano alergii na mąkę żytnią, pomarańczę i mięso wieprzowe. Rycina 3.



Rycina 3. Wystąpienie wstrząsu anafilaktycznego po kontakcie z alergenem.

Źródło własne

Analizując dane uzyskane z tego pytania można zauważyć następujące wnioski. U 95% ankietowanych nie doszło do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego po kontakcie z alergenem. U 3% ankietowanych wystąpił wstrząs anafilaktyczny. Natomiast 2% pytanych nie udzieliło odpowiedzi.

## DYSKUSJA

Podobny temat badań był prowadzony przez Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Immunologii i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz Klinika Immunologii i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Autorzy artykułu, porównali efektywność diagnostycznej testów skórnych i pomiaru swoistych IgE w surowicy dla potwierdzania alergii na pokarmy i alergeny wziewne. Grupa respondencyjna wyniosła 212 pacjentów, z czego 41% stanowili mężczyźni w wieku od 4 do 80 lat [11]. W niniejszej pracy, grupa badawcza wynosiła 100 osób, z czego 51% stanowili mężczyźni w wieku od 0 do 18 lat. Badacze wykonali wziewne i pokarmowe STP u 138 pacjentów.

W niniejszej pracy u 100 ankietowanych wykonano punktowe testy skórne, co stanowi 100%. W pracy badawczej uzyskano następujące wyniki badań: mleko krowie stanowi 30% wszystkich uczuleń w alergenach pokarmowych wykonanych metodą punktową. W przypadku profilu pediatrycznego wynosi ono jedynie 5%.

W przypadku jajka kurzego badacze z ww. instytutu rozdzielili je na białko i żółtko. W pracy badawczej zostało ono wykazane, jako całość. W tym przypadku nie można dać porównania. U badaczy występuje ziemniak, jako alergen natomiast w niniejszej pracy nie został on wykazany. W przypadku dorsza u badaczy występuje on u 17% a w przypadku Punktowych Testach Skórnych nie został ukazany. Jedynie panel pediatryczny wykazał jego występowanie u 13% ankietowanych. Mąka pszenna stanowi 17%[11].

Natomiast w przeprowadzonych badaniach własnych wynosi ona 26% w SPT i 4% w panelu pediatrycznym. Pomidor to kolejny wspólny alergen. U badaczy występuje u 17%, a niniejszej pracy u 19% w testach skórnych i 2% w panelu pediatrycznym.

Mąkę żytnią można zaobserwować u 15% badaczy natomiast u 13% występuje ona w pracy badawczej w testach skórnych. Jabłko u badaczy występuje u 13%. A w testach skórnych to 30% i panel pediatryczny to 7%. Seler i kazeina występują u badaczy. Nie można ich niestety wykazać wśród alergenów w pracy badawczej [11].

Różnice w badaniach, mogą wynikać z różnych przyczyn. Liczba respondentów w przypadku badań klinicznych jest większa. Do napisania niniejszej pracy badawczej użyto mniejszej liczby ankietowanych. Wiek badanych też był zróżnicowany. U badaczy wynosił on 4-80 lat. W przypadku niniejszej pracy respondenci stanowili grupę od 0-do 17 lat i 11 miesięcy. W przypadku punktowych testów skórnych, każda instytucja, która je wykonuje ma do dyspozycji różne alergeny.

## WYNIKI

1. Alergia częściej dotyczy mężczyzn. Stanowią oni 51% ankietowanych.
2. Alergia częściej występuje u mieszkańców (55% wszystkich odpowiedzi).
3. Najczęściej występującym alergenem wziewnym w testach skórnych jest roztocze z rodzaju dermatopagoidesfarine (66%) i trawy u 43% badanych.
4. Najczęściej występującym alergenem pokarmowym w testach skórnych jest mleko (30%), jajko kurze stanowi 26%.
5. W panelu pediatrycznym w alergenach wziewnych pleśń wynosi 17%, trawa 11%.
6. W panelu pediatrycznym w alergenach pokarmowych jajko kurze uczuła 11% ankietowanych. Najbardziej uczulającym alergenem jest dorsz 13%.
7. Wystąpienie wstrząsu anafilaktycznego u dzieci zdarza się rzadko. Występuje tylko u 2% ankietowanych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bergmann K.C. Ring J.: History of Allergy. Wyd. Krager, Berlin: 2014.
2. Eckersley J.: Jak radzić sobie z alergią u dziecka. Wyd. Reffia, Warszawa, 2017.

3. Sicherer S.H., Sampson H.A., Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment[w:] Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2014; 133, (2): 291-307.
4. Kapiszewska M., Kalemba-Drożdż M.: Ocena stanu odżywienia organizmu, Wyd. Krakowska Akademia, Kraków, 2014.
5. Błazowski Ł.: ABC diagnostyki molekularnej w alergologii część I-IV, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, 2020.
6. Ostrowska L.: Dietetyka kompendium, Wyd. PZWL, Warszawa, 2024.
7. Kalicki B.: Choroby alergiczne układu oddechowego i inne schorzenia alergiczne u dzieci [w:] Monografia Pediatria po dyplomie, 2023, (9): 61-65.
8. Chimowicz J. i wsp. : Nietolerancja histaminy – praktyczny przewodnik dla lekarza pediatri,[w:]Standardy Medyczne Pediatria, Wyd. Media Press 2022;6(19):748-751.
9. Sybilski A.J.: Algorytmy postępowania w alergologii dziecięcej, Wyd. Medical Tribune, Warszawa, 2021.
10. Cichoń M., i wsp.: Najczęstsze trudności w opiece nad dziećmi i młodzieżą z atopowym zapaleniem skóry, [w:] Standardy Medyczne Pediatria, Wyd. Media Press 2022;5,(19): 585-587.
11. Szmyd B., Biedrzycka M., Rogut M. i wsp.: Porównanie efektywności diagnostycznej testów skórnych i pomiaru swoistych IgE w surowicy dla potwierdzania alergii na pokarmy i alergeny wziewne. Alergia Astma Immunologia 2020; 5 (2): 104-110.

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTÓW UCZELNI MEDYCZNEJ I NIEMEDYCZNEJ

---

**Gabriela Klepadło<sup>1</sup>, Katarzyna Snarska<sup>2</sup>, Grażyna Kobus<sup>2</sup>**

1. *Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku*
2. *Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

„Zachowania zdrowotne” to termin odnoszący się do wszelkich działań lub ich zaniechania, które mają wpływ na zdrowie i ogólne samopoczucie osoby. Powyższe działania można podzielić na dwie kategorie zachowania prozdrowotne, które wspierają zdrowie, zapobiegają chorobom i pomagają w rekonwalescencji i zachowania antyzdrowotne, znane też jako autodestrukcyjne, które mogą prowadzić do pogorszenia zdrowia oraz negatywnie wpływać na stan emocjonalny, fizyczny i psychospołeczny jednostki. Do zachowań prozdrowotnych należy: prawidłowe żywienie, aktywność fizyczna, uprawianie sportu odpowiednia liczba godzin snu i wypoczynku [1].

Na rozwój zachowań zdrowotnych wpływa wiele czynników, zarówno indywidualnych, jak i związanych z otoczeniem. Czynniki demograficzne i społeczne, takie jak wiek, płeć, status małżeński, kontekst rodzinny, poziom wykształcenia, profesja i kondycja ekonomiczna, mają znaczący wpływ na wybory dotyczące zdrowia [2].

Niedostateczny poziom działań korzystnych dla zdrowia i wzrastająca liczba zagrożeń zdrowotnych są głównymi przyczynami rozwijania się chorób, ograniczeń w sprawności oraz przedwczesnego zgonu, zwłaszcza wśród młodej populacji w fazie rozwoju. Pomimo rozległych kampanii edukacyjnych na temat zdrowego stylu życia, wiedza społeczna na temat ryzyka związanego z nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi nadal pozostaje ograniczona. Ta luka w wiedzy i motywacji jest szczególnie zauważalna wśród studentów, którzy znajdują się w specyficznym środowisku, gdzie zachowanie zdrowych nawyków bywa utrudnione ze względu na charakterystyczny tryb życia [3].

Osobliwie niepokojące staje się obserwowanie niezdrowych nawyków u tych, którzy ze względu na wybierane zawody powinni być sami wzorcami pozytywnych praktyk

zdrowotnych. Przykładem jest palenie tytoniu wśród studentów medycyny oraz na wydziałach nauk o zdrowiu. Tego rodzaju zachowania zdrowotne, gdy występują wśród przyszłych profesjonalistów z dziedzin związanych z opieką zdrowotną, mogą budzić zrozumiałą niepokój, ponieważ są one sprzeczne z oczekiwaniami społecznymi i mogą wpływać na wiarygodność tych osób jako autorytetów w kwestiach zdrowotnych [3].

Do kolejnych determinant zachowań zdrowotnych zalicza się różnorodne czynniki, takie jak ograniczona wiedza na temat zdrowia wśród studiującej młodzieży, niski status ekonomiczny, brak umiejętności skutecznego radzenia sobie z nadmiarem obowiązków i zajęć, negatywne wzorce zdrowotne w środowisku rodzinnym (takie jak palenie tytoniu, liczne zmiany partnerów seksualnych przez rodziców, alkoholizm) oraz wzrastająca potrzeba autonomii związana z procesem zbliżania się do dorosłości. Te czynniki mogą znacząco wpływać na kształtowanie się zachowań zdrowotnych młodej populacji [4,5].

## CEL BADAŃ

Celem badań była analiza zachowań zdrowotnych studentów uczelni medycznej i niemedycznej

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniami objęto 271 studentów dwóch uczelni wyższych w Białymstoku (Uniwersytet Medyczny i Uniwersytet Białostocki). Badania prowadzono zgodnie z wytycznymi deklaracji helsińskiej, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB (numer zgody APK.002.286.2023). Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując narzędzia takie jak: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz kwestionariusza inwentarza Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński - IZZ .

*Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński (IZZ)* –zawiera dwadzieścia cztery twierdzenia, które opisują różne aspekty zdrowotne. Na podstawie tych twierdzeń, oceniano stopień intensywności zachowań zdrowotnych. Wyższy wynik na skali oznacza większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wśród respondentów, analizowano cztery kategorie zachowań zdrowotnych: odpowiednie nawyki żywieniowe, działania profilaktyczne, pozytywne postawy psychiczne oraz praktyki zdrowotne.

## Metody statystyczne

Do analizy statystycznej zebranych danych posłużył program Excel oraz program PQ Stat firmy Software. W obliczeniach statystycznych wykorzystano test W Shapiro-Wilka, natomiast do sprawdzenia jednorodności wariancji wykorzystano test Levene'a. Z kolei V-Cramera zastosowano do zweryfikowania czy istnieje statystycznie istotny związek pomiędzy zmiennymi jakościowymi. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie  $p < 0.05$ .

Wykorzystano parametryczny test t dla prób niezależnych. Sprawdzone, czy są istotne różnice w nasileniu zachowań sprzyjających zdrowiu (wskaźnik sumaryczny IZZ) i/lub czterech podskal wyodrębnionych w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych pomiędzy studentkami i studentami uczelni medycznej a niemedycznej. Normalność rozkładów zmiennych zweryfikowano testem

## WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną respondentów prezentuje tab. 1

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

Zmienna		N	%
Płeć	Kobieta	161	59,4
	Mężczyzna	110	40,6
Rodzaj uczelni	Medyczna	140	51,7
	Niemedyczna	131	48,3
Miejsce zamieszkania	Wieś	14	5,2
	Miasto do 10 tys. mieszkańców	7	2,6
	Miasto od 10-50 tys. mieszkańców	16	5,9
	Miasto od 50-100 tys. mieszkańców	68	25,1
	Miasto > 100 tys. mieszkańców	166	61,2

### Analiza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Stwierdzono, że rodzaj uczelni miał istotny wpływ na poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych ( $p < 0,001$ ). Wyższe wartości średnich w przypadku wszystkich zmiennych zależnych, zaobserwowano wśród studentów uczelni medycznej. Tabela 2

Tabela 2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych w zależności od rodzaju uczelni

Zmienna	Rodzaj uczelni	Test Shapiro-Wilka		
		Statystyka	df	Istotność

Zachowania sprzyjające zdrowiu	Medyczna	0,94	139	< 0,001
	Niemedyczna	0,97	131	0,003
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Medyczna	0,92	139	< 0,001
	Niemedyczna	0,98	131	0,03
Pozytywne nastawienie psychiczne	Medyczna	0,92	139	< 0,001
	Niemedyczna	0,97	131	0,002
Praktyki zdrowotne	Medyczna	0,94	139	< 0,001
	Niemedyczna	0,98	131	0,04
Zachowania profilaktyczne	Medyczna	0,95	139	< 0,001
	Niemedyczna	0,97	131	0,01

## Analiza pytań z autorskiego kwestionariusza

### Aktywność fizyczna

Wykazano, że istnieje istotny umiarkowany związek pomiędzy rodzajem uczelni a częstotliwością podejmowania aktywności fizycznej ( $p < 0,001$ ). Kilka razy w tygodniu aktywność fizyczną podejmowało ok. 63% studentów z uczelni medycznej i ok.20% z uczelni niemedycejskiej. Szczegółowe dane zestawiono w tabeli 3.

**Tabela 3.** Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia w zależności od rodzaju uczelni

Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia	Rodzaj uczelni		Ogółem	V-Cramera
	Medyczna	Niemedyczna		
Codziennie	Liczebność	14 <sub>a</sub>	3 <sub>b</sub>	17
	% z Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia	82,4%	17,6%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	10,0%	2,3%	6,3%
	% z ogółem	5,2%	1,1%	6,3%
Kilka razy w tygodniu	Liczebność	88 <sub>a</sub>	26 <sub>b</sub>	114
	% z Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia	77,2%	22,8%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	62,9%	19,8%	42,1%
	% z ogółem	32,5%	9,6%	42,1%
Nigdy	Liczebność	2 <sub>a</sub>	9 <sub>b</sub>	11
	% z Częstotliwość podejmowania	18,2%	81,8%	100,0%

**0,51**  
 **$p < 0,001$**



	aktywności fizycznej w ciągu tygodnia			
	% z Rodzaj uczelni	1,4%	6,9%	4,1%
	% z ogółem	0,7%	3,3%	4,1%
Raz w tygodniu lub rzadziej	Liczebność	36 <sub>a</sub>	93 <sub>b</sub>	129
	% z Częstość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia	27,9%	72,1%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	25,7%	71,0%	47,6%
	% z ogółem	13,3%	34,3%	47,6%
Ogółem	Liczebność	140	131	271
	% z Częstość podejmowania aktywności fizycznej w ciągu tygodnia	51,7%	48,3%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	100,0%	100,0%	100,0%
	% z ogółem	51,7%	48,3%	100,0%

Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii Rodzaj uczelni, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05.

\* test V-Cramera. Uzyskano  $p < 0,001$  i V-Cramera = 0,51

### Prawidłowe odżywianie

Wśród studentów uczelni medycznej najliczniejszą grupę (59,3%) stanowili ankietowani, którzy deklarowali, że spożywają zdrowe posiłki kilka razy w tygodniu. Natomiast wśród studentów uczelni niemedycznej, największy odsetek (67,9%) stanowiły osoby najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które przyznały, że zdrowe posiłki spożywają raz w tygodniu lub rzadziej. Zaobserwowano, że istnieje statystycznie istotny umiarkowany związek pomiędzy rodzajem uczelni, a częstością spożywania zdrowych posiłków (V-Cramera = 0,53;  $p < 0,001$ ). Tabela 4

**Tabela 4.** Częstość spożywania zdrowych posiłków w zależności od rodzaju uczelni

Częstość spożywania zdrowych posiłków	Rodzaj uczelni		Ogółem	V-Cramera
	Medyczna	Niemedyczna		
Codziennie	Liczebność	20 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>	26
	% z Częstość spożywania	76,9%	23,1%	100,0%

**0,53**  
 **$p < 0,001$**

ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTÓW UCZELNI MEDYCZNEJ I NIEMEDYCZNEJ

	zdrowych posiłków			
	% z Rodzaj uczelni	14,3%	4,6%	9,6%
	% z ogółem	7,4%	2,2%	9,6%
Kilka razy w tygodniu	Liczebność	83 <sub>a</sub>	31 <sub>b</sub>	114
	% z Częstotliwość spożywania zdrowych posiłków	72,8%	27,2%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	59,3%	23,7%	42,1%
	% z ogółem	30,6%	11,4%	42,1%
	Liczebność	1 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	5
Nigdy	% z Częstotliwość spożywania zdrowych posiłków	20,0%	80,0%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	0,7%	3,1%	1,8%
	% z ogółem	0,4%	1,5%	1,8%
	Liczebność	26 <sub>a</sub>	89 <sub>b</sub>	115
	% z Częstotliwość spożywania zdrowych posiłków	22,6%	77,4%	100,0%
Raz w tygo- dniu lub rzadziej	% z Rodzaj uczelni	18,6%	67,9%	42,4%
	% z ogółem	9,6%	32,8%	42,4%
	Liczebność	10 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	11
	% z Częstotliwość spożywania zdrowych posiłków	90,9%	9,1%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	7,1%	0,8%	4,1%
Zawsze	% z ogółem	3,7%	0,4%	4,1%
	Liczebność	140	131	271
	% z Częstotliwość spożywania zdrowych posiłków	51,7%	48,3%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	100,0%	100,0%	100,0%
	% z ogółem	51,7%	48,3%	100,0%
Ogółem				

Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii Rodzaj uczelni, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05.

### Spożywanie alkoholu

Kilka razy w tygodniu spożywało alkohol 27% badanych. W tym z uczelni medycznej 12,9% i uczelni niemedycznej 42,7%. Wśród studentów uczelni medycznej, ok. 67% przyznało, że spożywa alkohol rzadziej niż raz w tygodniu. W przypadku studentów uczelni niemedycznej również zaobserwowano, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które przyznały, że piją alkohol rzadziej niż raz w tygodniu (48,9%). Wykorzystanie testu V-Cramera wykazało, że pomiędzy rodzajem uczelni a odpowiedzią na pytanie: czy spożywa Pan/i alkohol, występuje statystycznie istotny umiarkowany związek (V-Cramera = 0,36;  $p < 0,001$ ). Dokładne dane przedstawia tabela 5.

**Tabela 5. Spożywanie alkoholu wśród studentów**

Czy spożywa Pan/i alkohol?		Rodzaj uczelni		Ogółem	V-Cramera
		Medyczna	Niemedyczna		
Piję alkohol codziennie	Liczebność	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	5	<b>0,36</b> <b><math>p &lt; 0,001</math></b>
	% z Czy spożywa Pan/i alkohol?	40,0%	60,0%	100,0%	
	% z Rodzaj uczelni	1,4%	2,3%	1,8%	
	% z ogółem	0,7%	1,1%	1,8%	
Piję alkohol kilka razy w tygodniu	Liczebność	18 <sub>a</sub>	56 <sub>b</sub>	74	
	% z Czy spożywa Pan/i alkohol?	24,3%	75,7%	100,0%	
	% z Rodzaj uczelni	12,9%	42,7%	27,3%	
	% z ogółem	6,6%	20,7%	27,3%	
Piję alkohol rzadziej niż raz w tygodniu	Liczebność	94 <sub>a</sub>	64 <sub>b</sub>	158	
	% z Czy spożywa Pan/i alkohol?	59,5%	40,5%	100,0%	
	% z Rodzaj uczelni	67,1%	48,9%	58,3%	
	% z ogółem	34,7%	23,6%	58,3%	
W ogóle nie piję alkoholu	Liczebność	26 <sub>a</sub>	8 <sub>b</sub>	34	
	% z Czy spożywa Pan/i alkohol?	76,5%	23,5%	100,0%	

	% z Rodzaj uczelni	18,6%	6,1%	12,5%
	% z ogółem	9,6%	3,0%	12,5%
Ogółem	Liczebność	140	131	271
	% z Czy spożywa Pan/i alkohol?	51,7%	48,3%	100,0%
	% z Rodzaj uczelni	100,0%	100,0%	100,0%
	% z ogółem	51,7%	48,3%	100,0%

Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii Rodzaj uczelni, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05.

### **Palenie tytoniu**

Wykazano, statystycznie istotny umiarkowany ( $p < 0,001$ ) związek pomiędzy rodzajem uczelni, a paleniem papierosów; z uczelni niemedycznej paliło - 72,8% studentów, z uczelni medycznej – 27,2%.

### **Problemy ze snem**

Wykazano, że istnieje związek pomiędzy rodzajem uczelni a odpowiedzią na pytanie: czy ma Pan/i problem ze snem? ( $V\text{-Cramera} = ,023$ ;  $p < 0,001$ ). Z uczelni niemedycznej problem ten zgłaszało 67,6% studentów, z uczelni medycznej - 32,4%

### **Dbanie o swoje zdrowie psychiczne**

Wśród respondentów uczelni medycznej najliczniejszą grupę stanowili ankietowani, którzy zadeklarowali, że dbają o swoje zdrowie psychiczne, ale tylko czasami (56,4%). Z kolei wśród studentów uczelni niemedycznej najliczniejszą grupę (32,8%) stanowili badani, którzy przyznali, że nie dbają o swoje zdrowie psychiczne. Występuje statystycznie istotny umiarkowany związek ( $V\text{-Cramera} = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ) pomiędzy rodzajem uczelni, a odpowiedzią badanego na pytanie: czy dba Pan/i o swoje zdrowie psychiczne?

## **DYSKUSJA**

Zachowania zdrowotne kształtują zdrowie i dobre samopoczucie społeczeństwa. Jak wskazują badania, profilaktyka zdrowotna zależy od wielu czynników psychologicznych, biologicznych i socjalnych. Co więcej, na każdym etapie życia mogą one ulec zmianie. Obecne czasy nie sprzyjają jednak prawidłowemu rozwojowi zachowań zdrowotnych. Nieprzestrzeganie podstawowych zasad prozdrowotnego działania może doprowadzić do

wyniszczenia i degradacji sprawnego funkcjonowania. Studia to okres w życiu młodego człowieka, kiedy dokonuje się wyborów, które wiążą się ze specyfiką życia społecznego. Rytm życia wyznaczają daty egzaminów i spotkań z rówieśnikami. Według piśmiennictwa stres związany z nauką i nową sytuacją życiową może wpływać negatywnie na nabyte zachowania zdrowotne. [6]

Brak aktywności fizycznej negatywnie wpływa na zdrowie, samopoczucie i utrzymanie odpowiedniej wagi. Dodatkowo brak ruchu niesie ze sobą zwiększone ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych. Studenci są szczególnie narażeni na brak aktywności fizycznej z powodu dużej ilości zajęć oraz nauki. Według niektórych badań prawie 50% studentów jest nieaktywnych ruchowo. Co więcej jedynie 9% studentów czeskich uniwersytetów robi 10 tysięcy kroków dziennie. [7] Po przeanalizowaniu wyników własnych okazało się, że rodzaj uczelni ma istotny wpływ na częstość podejmowania aktywności fizycznej. Specyfika zawodu medycznego „wymusza” promowanie prozdrowotnego stylu i skłania do większych zachowań zdrowotnych. Ok. 77% studentów uczelni medycznej ćwiczy kilka razy w tygodniu, a uczelni niemedycznej jedynie 22,8%. Ponad 70% ankietowanych nie związanych z medycyną podejmuje aktywność fizyczną raz w tygodniu lub rzadziej. Badania przeprowadzone przez Łuczak i Komę w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu wykazały, że średnio 50% badanych studentów uprawia sport kilka razy w tygodniu. [8] Co ciekawe wśród ankietowanych, którzy ćwiczą rzadko lub w ogóle prawie 50% odpowiedziało, że jest to spowodowane brakiem czasu. Badania przeprowadzone wśród studentów fizjoterapii, turystyki, pedagogiki i wychowania fizycznego dowiodły, iż największą aktywnością ruchową wykazali się studenci fizjoterapii i wychowania fizycznego [9].

Nawyki żywieniowe stanowią jedną z najważniejszych kategorii zachowań zdrowotnych. Są determinantem wpływającym na rozwój młodego człowieka i utrzymanie dobrej kondycji. Zbilansowana dieta jest podstawą dobrego samopoczucia. Przeprowadzona analiza nawyków żywieniowych wykazała istotnie wyższą średnią odpowiedzi udzielonych przez młodzież akademicką kierunku medycznego. Studenci uczelni medycznej częściej deklarowali spożywanie zdrowych posiłków kilka razy w tygodniu (59,3%). Z kolei wśród ankietowanych uczelni niemedycznych, najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które przyznały, że zdrowe posiłki spożywają raz w tygodniu lub rzadziej (67,9%). W badaniu przeprowadzonym wśród studentów 5 różnych politechnik wykazano, że ponad 50% respondentów codziennie spożywa 5 zbilansowanych posiłków. Podobne badanie przeprowadzono w Krakowie wśród studentek kierunku lekarskiego, które wykazało, że większość kobiet przygotowywało sobie zdrowe posiłki 4-6 razy w tygodniu. Studenci

kierunków medycznych z racji wiedzy przekazywanej na studiach wydają się być bardziej świadomi istoty zasad zdrowego żywienia [10,11].

Zaburzenia snu są coraz bardziej rozpowszechnionym problemem na świecie. Dotychczas przeprowadzone badania wskazują, że mogą one dotyczyć nawet 20-40% całej populacji. Z powodów epidemiologicznych oraz możliwych konsekwencji zdrowotnych, zjawisko to nie tylko jest rozpatrywane w kontekście zdrowia jednostki, ale również jako problem społeczny. W badaniach własnych z uczelni niemedycznej problem ten zgłaszało 67,6% studentów, z uczelni medycznej - 32,4% . Badania Piotrowskiego i wsp. wykazały, że ponad połowa studentów (51,07%) cierpi na zaburzenia snu. Co więcej, tylko 23,17% ankietowanych uważała czas swojego snu za wystarczający, a aż 67,37% badanych zgłaszało brak satysfakcji z jakości snu [12]. W innych badaniach złą jakość snu miało 79,3% badanych studentów [13].

Stosowanie używek wśród studentów to zjawisko, które budzi rosnące zainteresowanie badaczy ze względu na jego potencjalne wpływy na zdrowie, wyniki w nauce oraz zachowania społeczne. Młodzi ludzie rozpoczynając studia, często napotykać na środowisko, w którym dominują niekorzystne zachowania zdrowotne, co może prowadzić do wzrostu konsumpcji substancji psychoaktywnych. Według przeprowadzonych badań, palenie papierosów jest znacznie bardziej rozpowszechnione wśród studentów uczelni niemedycznej, gdzie 72,8% ankietowanych przyznaje się do tego nałogu, w porównaniu do 29% wśród studentów uczelni medycznej. Alkohol jest najczęściej używaną substancją psychoaktywną wśród studentów obu typów uczelni: tylko 18,6% studentów uczelni medycznej i 6,1% studentów uczelni niemedycznej deklaruje abstynencję. Wśród studentów kierunków medycznych, większość (67,1%) przyznaje, że spożywa alkohol rzadziej niż raz w tygodniu. Podobnie, wśród studentów kierunków niemedycznych, największa grupa (48,9%) również pije alkohol rzadziej niż raz w tygodniu. Jednakże, alarmujące jest, że 42,7% respondentów szkoły niemedycznej pije alkohol kilka razy w tygodniu. Co więcej, zauważono, że istnieje związek między rodzajem uczelni a korzystaniem z używek. Badania przeprowadzone przez Karczewską i wsp. wykazały, że alkohol był najbardziej popularną substancją psychoaktywną wśród studentów różnych kierunków, w tym kierunków medycznych. Tylko 10% ankietowanych zadeklarowało się jako abstynent. Natomiast średnio co piąty respondent regularnie palił papierosy. Natomiast w badaniach Pochwały, ponad połowa badanych studentów (53%) zadeklarowała, że pije alkohol, a 13% pali papierosy. Zdecydowana większość ankietowanych (80%) przyznała się do używania tych substancji przynajmniej raz

w tygodniu, z czego więcej niż dwie trzecie robi to codziennie. Zgodnie z polskimi i zagranicznymi badaniami, studenci, którzy nadużywają alkoholu lub palą papierosy, choćby okazjonalnie, często zażywają również inne substancje psychoaktywne, w tym te nielegalne [14].

Kolejny obszar badań dotyczył dbania o zdrowie psychiczne. Wśród studentów uczelni medycznej, 56,4% przyznało, że dbają o swoje zdrowie psychiczne, choć robią to tylko sporadycznie. Badania przeprowadzone wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku wykazały, że jest to grupa charakteryzująca się dość wysokim poziomem lęku. Najczęstszymi strategiami radzenia sobie z gorszym nastrojem wśród badanej grupy było: towarzystwo przyjaciół (48,5%), uprawianie sportu (28,6%) i wsparcie rodziny (26,7%). Warto zaznaczyć, że w badaniach własnych 12,9% studentów z uczelni medycznej regularnie stosuje techniki relaksacyjne. Odmiennie przedstawiają się wyniki w przypadku studentów uczelni niemedycznej, gdzie najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy nie dbają o swoje zdrowie psychiczne (32,8%). Podobne wyniki odnotowano w badaniach Kulik i wsp., gdzie większość studentów z różnych kierunków nie poświęcała odpowiedniej uwagi kwestiom związanych z troską o własne zdrowie, w tym zdrowie psychiczne. Zaprezentowanie wyniki wskazują na związek między rodzajem uczelni a dbałością o zdrowie psychiczne. Studenci uczelni medycznych, mimo wyższego poziomu lęku, częściej podejmują pewne działania mające na celu poprawę swojego samopoczucia psychicznego. Natomiast studenci uczelni niemedycznych wykazują znacznie mniejszą tendencję do dbania o swoje zdrowie psychiczne, co może wynikać z mniejszej świadomości lub braku dostępu do informacji na temat metod i technik wspierających zdrowie psychiczne [15].

Podsumowując wyniki badań własnych zachowań prozdrowotnych studentów studiów medycznych i niemedycznych, należy stwierdzić, że zachowania prozdrowotne zależą od rodzaju uczelni. Zatem wyniki badań własnych wskazują, że w działaniach zmierzających do poprawy zachowań zdrowotnych należy skoncentrować się na grupach studentów studiów niemedycznych. Działania te mogą istotnie przyczynić się do poprawy jakości życia.

## WNIOSKI

1. Studenci kierunków medycznych i niemedycznych różnią się istotnie w zakresie zachowań zdrowotnych. Studenci kierunków medycznych osiągnęli istotnie wyższe wyniki

w kategoriach oceniających zachowania sprzyjające zdrowiu, prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne oraz w zakresie zdrowia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

2. Obydwie grupy, zarówno studenci kierunków medycznych, jak i niemedycznych, powinni być wspierani i motywowani w trakcie procesu kształcenia do działań prozdrowotnych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Palacz J.: Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20: 301–306.
2. Pochwała M.: Prozdrowotny styl życia polskich studentów. *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne* 2019; 27: 49-59.
3. Kropornicka B., Baczevska B., Dragan W. i wsp.: Zachowania zdrowotne studentów uniwersytetu medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne* 2015; 9: 58-64.
4. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health* 2015; 50: 558-565.
5. Olejniczak D., Juszczyk G., Czerw A.: Wpływ reklamy społecznej na zachowania zdrowotne w warszawskim środowisku studenckim. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20: 307–313.
6. Short S., Mollborn S.: Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology* 2015;(5): 78-80.
7. Sigmundova D., Chmelik F., Sigmund E. et al. Physical activity in the lifestyle of Czech university students: Meeting health recommendations. *European Journal of Sport Science*. 2013;13(6):748–749.
8. Łuczak J., Kroma M.: Rekreacyjna aktywność fizyczna w stylu życia studentów Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu. *Studia Periegetica* 2015;1(3): 133-137.
9. Palacz J.: Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20 (3): 302-304.
10. Szczodrowska A., Krysiak W.: Ocena częstości spożycia wybranych produktów i potraw oraz poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania wśród studentów łódzkich szkół wyższych. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2014;1: 27-29.
11. Michalska A., Cichońska K., Cichońska M.: Zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo 2022: 120-122.



12. Piotrowski P., Babicki M., Maślanka P. i wsp. Ocena zaburzeń snu i stosowania środków psychoaktywnych wśród polskich studentów. *Psychiatria Polska* 2020; 54(5): 1007–1024.
13. Gawrońska K.: Zależność pomiędzy poziomem stresu a wydolnością fizyczną i jakością snu studentów. Uniwersytet Jagielloński. Kraków 2023.
14. Karczewska B., Gładczuk J., Andryszczyk M. i wsp. Używanie substancji psychoaktywnych wśród studentów w aspekcie analizy uczelnianych działań prozdrowotnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22(4): 292–297.
15. Kulik A., Grądziel J., Smotrycka A.: Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2017; 98(4): 371-380.

## PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH U PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

---

**Grażyna Kobus<sup>1</sup>, Kamila Kazimierczuk<sup>2</sup>**

1. *Zakład Medycyny Klinicznej UMB*
2. *Poradnia Rodzinna św. Łukasza w Zabłudowie*

### WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą cywilizacyjną i stanowi bardzo poważny problem nie tylko na świecie, ale też i w Polsce. Według WHO na nadciśnienie tętnicze na całym świecie choruje 1,28 miliarda osób w wieku 30-79 lat [1,2], w Polsce szacuje się, że stanowi ono 31,55% populacji dorosłych Polaków [3].

Tendencja rosnąca zachorowalności zależy od wielu czynników. Czynnikiem, które mają duży wpływ na jej wzrost są m.in. otyłość, dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, zwiększone spożycie sodu, palenie papierosów, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej, stres, czynniki genetyczne. Wszystkie powyżej wymienione czynniki są czynnikami, na które człowiek ma wpływ, czyli tzw. modyfikowalne. Do drugiej grupy należą czynniki niemodyfikowalne, czyli takie, na które człowiek nie ma wpływu, są to m.in. wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne [4, 5].

Do postępu rozwoju nadciśnienia tętniczego dochodzi również w wielu innych przewlekłych nefropatiach tj. nowotwory, choroby naczyń nerek. Nadciśnienie tętnicze występuje u ok. 80-90% pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek, a im większy stopień upośledzenia filtracji kłębuszkowej, tym większa jego częstość. Patogeneza nadciśnienia w przebiegu przewlekłej choroby nerek jest jednak wieloczynnikowa [6].

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, European Society of Hypertension) rozpoznanie NT na podstawie pomiarów gabinetowych może zostać ustalone po stwierdzeniu podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego w trakcie 2–3 wizyt w odstępach 1–4 tygodni [7]. Ze względu na duży odsetek rozpoznań nadciśnienia tętniczego białego fartucha) nieprawidłowy wynik pomiaru gabinetowego ciśnienia powinien

być potwierdzony pomiarem pozagabinetowym, optymalnie całodobową rejestracją ciśnienia (24hABPM, 24-hour ambulatory blood pressure monitoring) [8].

Wyróżniamy nadciśnienie tętnicze: pierwotne (czasami nazywane także samoistnym lub istotnym) i wtórne (objawowe) spowodowane inną chorobą. Zdecydowanie częściej (u ok. 90% chorych) występuje nadciśnienie pierwotne, a u ok. 5-10% pacjentów nadciśnienie wtórne.

Zarówno nadciśnienie samoistne, jak i objawowe ma znaczący wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. Bardzo ważna jest szybka diagnoza oraz rozpoczęcie leczenia.

Podstawą terapii nadciśnienia tętniczego jest leczenie niefarmakologiczne i farmakologiczne, skuteczność obu udowodniono. Leczenie niefarmakologiczne polega na modyfikacji stylu życia. Do zmian stylu życia zalicza się: normalizację masy ciała, zachowanie odpowiedniej diety ze zmniejszeniem spożycia tłuszczów (zwłaszcza nasyconych) i zwiększeniem spożycia warzyw i owoców, ograniczenie spożycia alkoholu, ograniczenie spożycia soli kuchennej do  $<5$  g/d (co odpowiada ok. 2 g sodu), zaprzestanie palenia tytoniu i zwiększenie systematycznej aktywności fizycznej [9,10] zmniejszenie wagi ciała do wartości prawidłowej (wskaźnik BMI w granicach 18,5-25kg/m<sup>2</sup>)

U większości pacjentów z nadciśnieniem tętniczym obok zmian stylu życia, konieczne jest zastosowanie w tym celu leczenia farmakologicznego. W leczeniu farmakologicznym mamy 5 podstawowych grup leków hipotensyjnych, które są preparatami I rzutu w leczeniu BP. Należą do nich: *Diuretyki Tiazydowe*, *Leki B-Adrenolityczne*, *Antagoniści Wapnia*, czyli *Blokery Kanału Wapniowego*, *Inhibitory Konwertazy Angiotensyny (ACEI)*, *Sartany (ARB - blokery receptora angiotensynowego)*[11,12].

Zaleca się monitorowanie chorych jako zasadniczy element leczenia nadciśnienia tętniczego w celu oceny kontroli ciśnienia tętniczego, potrzeby modyfikacji stylu życia, leczenia farmakologicznego oraz nadzoru przestrzegania zaleceń przez chorego.

W ciągu pierwszych 3 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, gdy wdrażane są interwencje dotyczące stylu życia i farmakoterapia zaleca się, aby wizyty lekarskie (w tym wizyty zdalne) odbywały się co miesiąc lub nawet częściej, w zależności od stopnia NT, ryzyka sercowo-naczyniowego i innych czynników sugerujących trudności w leczeniu przeciwnadciśnieniowym. Gdy ciśnienie krwi jest dobrze kontrolowane, mogą wystarczyć rzadsze wizyty i chociaż nie ma danych co do optymalnych odstępów czasowych między

nimi, zaleca się wizyty coroczne - wzmacniają one bowiem relację lekarz-pacjent, co się przekłada na ściślejsze przestrzeganie zaleceń przez chorego. Częstsze wizyty należy rozważyć u osób, u których kontrola BP była trudniejsza podczas fazy dobierania dawki, oraz u osób obciążonych dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Podczas wizyt kontrolnych standardem powinien być pomiar ciśnienia krwi [11,13].

### ***Regularne pomiary ciśnienia krwi***

Każdy pacjent ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym krwi powinien regularnie kontrolować jego wartości w warunkach domowych. Pacjent przed pomiarem powinien powstrzymać się od picia kawy, palenia papierosów oraz intensywnego wysiłku fizycznego. Pomiary powinny być odnotowywane w dzienniczku, który należy zabierać na wizyty lekarskie [13].

### ***Regularne spożywanie leków***

Pacjenci chorujący na NT powinni regularnie, według zaleceń lekarza przyjmować leki. W przypadku wielu chorób, w tym w nadciśnieniu tętniczym, regularne przyjmowanie leków niweluje ryzyko wielu powikłań tj. udar mózgu, zawał serca. Najważniejszym efektem w regularnego przyjmowania leków jest poprawa jakości życia pacjentów.

### ***Badania laboratoryjne***

Częstość badań laboratoryjnych powinna zależeć od stanu klinicznego i poziomu ryzyka chorego. Wykonywanie EKG i badań krwi w odstępach rocznych wydaje się rozsądne u chorych z grupy małego ryzyka. Przestrzeganie zaleceń powinno się sprawdzać podczas każdej wizyty. Jest to bardzo ważne dla oceny efektów leczenia.

W dalszym ciągu kontynuacja leczenia nefarmakologicznego, czyli: stosowanie zasad diety śródziemnomorskiej (ograniczenie produktów mięsnych, smażonych duża ilość produktów rybnych i oliwy z oliwek, zmniejszenie spożycia sodu (soli kuchennej) do minimum, ograniczenie spożycia alkoholu, niepalenie tytoniu, zwiększenie aktywności fizycznej powyżej 30 min. dziennie (np. szybki spacer, pływanie).utrzymanie prawidłowej masy ciała, unikanie stresu [13].

## **CEL BADAŃ**

Celem badań była: ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym krwi.

## MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 100 pacjentów Poradni Rodzinnej. Ankietowanych zapewniono, że procedura badawcza nie stanowi żadnego ryzyka dla respondentów i jest zgodna z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) dotyczącym ochrony danych osobowych z maja 2018 roku (RODO). Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody od Komisji Bioetycznej na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (numer zgody APK.002.398.2023).

Do zebrania danych wykorzystano papierową wersję autorskiego kwestionariusza ankiety. Zebrane dane zostały zdigitalizowane za pomocą programu MS Excel 2021. Aby przeprowadzić analizy statystyczne, przyjęto poziom istotności na poziomie  $p=0,05$ . Użyto testu niezależności Chi-kwadrat do zbadania zależności oraz obliczono współczynniki  $\phi$ , wykorzystując do tego program Statistica w wersji 13.3.

## WYNIKI

Średni wiek badanych wynosił  $57,7 \pm 13,8$  lat. Najmłodsza osoba miała 27 lat, a najstarsza 83 lata. Dominującą grupą wiekową były osoby do 65 roku życia – 75,45%. Osoby po 65 roku życia stanowiły 24,55%. Pozostałe dane zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

Zmienne socjodemograficzne	n	%
<b>Płeć</b>		
kobieta	56	50,91
mężczyzna	49	49,09
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
miasto < 100 tys. mieszkań	59	53,64
miasto > 100 tys. mieszkań	24	21,82
wieś	27	24,55
<b>Wykształcenie</b>		
podstawowe	66	60
średnie	16	14,55
wyższe	28	25,45
<b>Stan cywilny badanych</b>		
Wolny	28	25,45
W związku	82	74,55
<b>Status społeczno-zawodowy</b>		
Czynny zawodowo	48	43,64
Emeryt	54	49,09
Renta	8	7,27

***Czas trwania nadciśnienia tętniczego***

Średni czas trwania nadciśnienia tętniczego wynosił  $11,3 \pm 7,4$  lat. Największy odsetek osób (30,00%) stanowili pacjenci, którzy chorują na nadciśnienie tętnicze od 6 do 10 lat oraz od 11 do 15 lat -27,27%.

Prawidłową masę ciała miało 38,18%, nadwagę 48,18%, a otyłość 15,46%.

Najczęstszą chorobą współistniejącą była cukrzyca typu 2 (33,64%), choroby układu krążenia (26,36%), przebyty zawał serca (10,91%), przebyty udar (5,45%).

***Znajomość wartości swojego ciśnienia tętniczego***

Ponad połowa (68,18%) badanych deklarowała znajomość wartości swojego ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w warunkach domowych. Analizując ostatni pomiar ciśnienia tętniczego krwi wykonany przez badanych w warunkach domowych wykazano, że najniższy pomiar wynosił 127/71 mmHg, a najwyższy 160/100 mmHg. Średni ostatni pomiar ciśnienia tętniczego krwi to 143/90 mmHg.

***Zalecane wartości ciśnienia tętniczego krwi w opinii badanych***

Prawidłowe zalecane wartości ciśnienia tętniczego znało 75,45%. W grupie badanych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, najczęściej wskazywanymi przez nich jako prawidłowe wartości ciśnienia krwi były wartości 120/80 mmHg, co podkreśliło 27,71% respondentów.

***Częstotliwość pomiarów stężenia cholesterolu i jego stężenie u badanych***

Analizując częstotliwość pomiarów stężenia cholesterolu, raz w roku badało - 41,82%, co pół roku -20%, a sporadycznie 38,18% badanych. Swoje stężenie cholesterolu we krwi znało 24,55% badanych. Stężenie cholesterolu powyżej 200 mg/dl miało 14,82%, w granicach 175-195 mg/dl- 70,37%. Poniżej 175mg/dl- 14,82%.

***Kontrole w poradni Specjalistycznej***

Pod opieką poradni specjalistycznych było 68,18% badanych, głównie były to poradnie: kardiologiczna (53,33%), diabetologiczna (17,33%), endokrynologiczna (16,00%), neurologiczna (8%).

***Samokontrola***

Podczas samokontroli, połowa badanych (50,00%) mierzy ciśnienie tętnicze krwi w domu każdego dnia. Kilka razy w miesiącu pomiarów dokonuje 21,82% . Ok.11% pacjentów nie prowadzi pomiarów ciśnienia krwi w domu . Dzienniczek pomiarów ciśnienia prowadziło 72,73% badanych.

### ***Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu***

Ok. 28% badanych nie spożywało alkoholu, raz w miesiącu spożywało alkohol - 37,27%, raz w tygodniu – 19,09%. W badaniu nie było osób spożywających alkohol codziennie.

Papierosy paliło 25,45% , zaprzestało palenia 38,18% , nigdy nie paliło -36,36%.

### ***Farmakoterapia***

Zdecydowana większość (69,09%) znała nazwy leków, które przyjmuje. Regularność w zażywaniu leków była zachowana przez większość respondentów. 74,55% deklarowała, że nigdy nie zapominają o zażywaniu leków, zdarza się zapomnieć raz w tygodniu dla 18,18% ,a częściej niż raz w tygodniu -7,27%. Wśród badanych, 36,36% przyznało się do świadomego pominięcia dawki leku np. w momencie lepszego samopoczucia

### ***Podjęmowanie aktywności fizycznej***

Większość badanych (71,82%) nie uprawiała żadnej dodatkowej aktywności fizycznej

Wśród tych, którzy są aktywni fizycznie, najczęściej wybieranymi formami ruchu były: spacer (35,48%) , pływanie i bieganie (25,81%) , siłownia i jazda na rowerze (6,45%). Dwa razy w tygodniu ćwiczy -32,26%, trzy razy w tygodniu - 29,03% , raz w tygodniu - 22,58% . Codziennie - 9,68% .

### ***Zalecenia dietetyczne***

W ciągu dnia 5 posiłków spożywało - 20.91%, 4 posiłki -39,09%, 3 posiłki w ciągu dnia spożywa - 38,18% badanych . Więcej niż 5 posiłków -1,82% badanych.

Spożycie ryb 1 lub 2 razy w tygodniu było w diecie u 54,55% badanych. Rzadziej niż raz w tygodniu ryby spożywa 43,64% .

Świadomość dotycząca unikania soli kuchennej w diecie przy nadciśnieniu tętniczym krwi jest relatywnie niska, gdyż 64,55% respondentów nie było świadomych ograniczenia soli w diecie.

## Analiza wybranych zmiennych

### *Wiek badanych a prowadzenie dzienniczka pomiarów*

Stwierdzono istotność statystyczną między wiekiem, a prowadzeniem dzienniczka (p= 0,000002), Najwyższy odsetek osób prowadzących dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego krwi był w grupach wiekowych 56-65 lat -88,10% oraz 66 lat i więcej -92,59%, Tab.2

Tabela 2 Wiek badanych a prowadzenie dzienniczka pomiarów ciśnienia tętniczego krwi

Przedział wiekowy	Czy prowadzisz dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego krwi?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
25 - 35 lat	7	63,64%	4	36,36%
36 - 45 lat	3	25,00%	9	75,00%
46 - 55 lat	8	44,44%	10	55,56%
56 -65 lat	37	88,10%	5	11,90%
66 lat i więcej	25	92,59%	2	7,41%
p-value:	0,000002			
Chi-square:	31,872			

### *Wykształcenie badanych a znajomość prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi i swojego stężenia cholesterolu*

Wykazano istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia a znajomością prawidłowych, zalecanych wartości ciśnienia tętniczego krwi . (p= 0,001 ) Osoby z wykształceniem średnim i wyższym wykazały lepszą znajomość prawidłowej zalecanych wartości ciśnienia tętniczego krwi w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym (tabela 3).

Osoby z wyższym wykształceniem częściej znali swoje stężenie cholesterolu (35,71%) w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym (22,73%) i średnim (12,50%). Jednak nie zaobserwowano istotnego związku wykształcenia i znajomości swojego stężenia cholesterolu (p =0,196)



Tabela 3. Wykształcenie badanych a znajomość prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi

Wykształcenie	Czy zna Pan/Pani jakie powinny być prawidłowe zalecane dla Pana/Pani wartości ciśnienia tętniczego krwi ?			
	Tak		Nie	
	N	%	N	%
Podstawowe	42	63,64%	24	36,36%
Średnie	16	100,00%	0	0,00%
Wyższe	25	89,29%	3	10,71%
p-value:	0,001			
Chi-square:	13,074			

**BMI badanych a częstość dokonywania pomiarów stężenia cholesterolu we krwi**

Wykazano istotną zależność między wartością BMI , a częstotliwością pomiarów cholesterolu (p=,0001). Osoby z prawidłową masą ciała mierzą stężenie cholesterolu najczęściej raz w roku, (54,76% ) , sporadycznie -40,46%. Wśród osób z nadwagą 30,19% mierzy raz w roku , a 22,67% co pół roku , sporadycznie w tej grupie mierzy -47,17%. W przypadku osób z otyłością połowa (53,85%) mierzy stężenie cholesterolu raz w roku i 46,15% co pół roku . tab.4

Tabela 4. BMI badanych a częstość dokonywania pomiarów stężenia cholesterolu we krwi

BMI	Jak często mierzy Pan swój cholesterol?					
	Raz w roku		Co pół roku		Sporadycznie	
	N	%	N	%	N	%
Waga prawidłowa	23	54,76%	2	4,76%	17	40,48%
Nadwaga	16	30,19%	12	22,64%	25	47,17%
Otyłość pierwszego stopnia	7	53,85%	6	46,15%	0	0,00%
Otyłość drugiego stopnia	0	0,00%	2	100,00%	0	0,00%
p-value:	0,0001					
Chi-square:	27,497					

Chi-square:	15,987
-------------	--------

## DYSKUSJA

Sosowane najczęściej w języku polskim określenie „przestrzeganie zaleceń terapeutycznych” jest bardzo obszerne i odnosi się do wielu aspektów procesu terapeutycznego. Dotyczy przyjmowania przepisanych przez lekarza leków w odpowiednich ilościach, przestrzegania diety, wykonywania zalecanych ćwiczeń, a także unikania szkodliwych substancji i niejednokrotnie zmianę niezdrowych nawyków. Określenie to zatem z jednej strony wiąże się z medycznymi i farmakologicznymi aspektami leczenia, a z drugiej łączy się ze zmianą dotychczasowego stylu życia. Zmiana nawyków żywieniowych oraz prawidłowe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych pomagają zminimalizować powikłania choroby. Jednak jak wykazują dotychczasowe badania prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia, że przeciętnie co drugi chory nie przestrzega prawidłowo zaleceń terapeutycznych. W Polsce odsetek ten jest jeszcze wyższy i w przypadku niektórych chorób sięga ponad 70%. Co ważne, wyniki te opierają się przede wszystkim na deklaracjach pacjentów uzyskanych na podstawie kwestionariuszowych narzędzi badawczych, zatem w praktyce odsetek chorych niewspółpracujących w sposób prawidłowy może być jeszcze większy. Przyczyny tego nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych leżą zarówno po stronie pacjentów, jak i pracowników służby zdrowia. Na chorych najbardziej wpływają czynniki psychologiczne oraz społeczno-ekonomiczne. Do tych pierwszych należy zaliczyć przede wszystkim funkcjonowanie poznawcze, satysfakcję z życia, osobowość, poczucie kontroli oraz stan psychiczny. Druga grupa wiąże się przede wszystkim z sytuacją materialną, jednak — jak pokazują cykliczne badania w polskiej populacji — wpływ dochodów na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych z roku na rok jest coraz mniejszy. Powody związane z opieką medyczną to przede wszystkim nieprawidłowa komunikacja z lekarzem i nieangażowanie chorego w ustalanie planu terapii. Zjawisko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest od wielu lat badane wśród chorych na choroby przewlekłe takie jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za jeden z najważniejszych czynników wpływających na brak wyników leczenia [14].

W niniejszej pracy podjęto się próby oceny w jakim stopniu pacjenci z rozpoznaną chorobą jaką jest nadciśnienie tętnicze przestrzegają zaleceń terapeutycznych.

Badania własne wykazały, że z nadciśnieniem tętniczym respondenci zmagają się przez wiele lat. Największy odsetek nich cierpi na tę dolegliwość od 6 do 10 lat (30%), a

drugą liczną grupę stanowią osoby chorujące od 11 do 15 lat (27,27%). Średnia długość zmagania się z chorobą wynosi 11,3 lat, co stanowi znaczną część życia badanych.

W badaniach epidemiologicznych wykazano występowanie dodatniej zależności pomiędzy masą ciała a występowaniem nadciśnienia tętniczego. Wykazano, że nadciśnienie tętnicze występuje od półtora do pięciu razy częściej u chorych otyłych niż u osób z prawidłową masą ciała, a u osób z BMI powyżej 40 kg/m<sup>2</sup> nawet ponad siedem razy częściej [15]. Większość badanych (48,18%) znajduje się w przedziale 25,00 – 29,99 BMI, co świadczy o nadwadze. Stanowi to niemal połowę wszystkich respondentów. Drugą pod względem liczebności grupę stanowią osoby o prawidłowej masie ciała (38,18%). Najmniej licznymi grupami są osoby których masa ciała świadczy o otyłości pierwszego (11,82%) oraz drugiego stopnia (1,82%). W badaniach Narkiewicza aż 80% przypadków nadciśnienia tętniczego może mieć związek z nieprawidłową masą ciała, co potwierdza wyniki przeprowadzonego badania [15].

Nadciśnienie i cukrzyca są ze sobą powiązane, ponieważ nadciśnienie występuje zdecydowanie częściej u osób chorujących na cukrzycę niż u osób zdrowych. Nadciśnienie towarzyszy wszystkim typom cukrzycy i zwiększa ryzyko powikłań cukrzycowych, zawału, nefropatii. W badaniach przeprowadzonych przez Doroszko stanowi ona około 40%, są to wyniki zbliżone do wyników niniejszej pracy [16].

Aby zapobiec nadciśnieniu tętniczemu krwi należy wykonywać regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi. Badania wykazują, że ponad 5,5 miliona Polaków ma niezdiagnozowane nadciśnienie, ze względu na brak pomiarów. Niemal 75% respondentów podczas ankiety przeprowadzonej przez Olszaneckiej A. i wsp. odpowiedziało, iż nigdy nie mierzyło sobie samemu ciśnienia tętniczego krwi oraz nie odczuwają potrzeby wykonywania owego pomiaru [17]. W badaniach własnych 68,18% deklarowała swoją znajomość wartości ciśnienia tętniczego krwi, z czego najniższy pomiar wynosił 127/71 mmHg, natomiast najwyższy 160/100 mmHg. Znaczna większość (75,45%) deklaruje, iż zna prawidłową dla nich wartość tego parametru.

Istotnym problemem wśród osób z nadciśnieniem tętniczym jest wysokie stężenie cholesterolu we krwi. Około 42% ankietowanych deklarowała, iż bada stężenie cholesterolu raz w roku, natomiast sporadycznie badało 38,18%. Jedynie 24,55% osób jest świadomych wartości stężenia swojego cholesterolu, natomiast 75,45 % owej wiedzy nie posiada. Prawidłowe wartości stężenia cholesterolu to te, które nie przekraczają 200 mg/dl. Najwięcej

badanych (40,74%) wskazywało na 190 mg/dl jako swój ostatni wynik co świadczy o prawidłowym poziomie. Według badań Cybulskiej B. i wsp. zaledwie 39% osób bada raz w roku stężenie cholesterolu, a 54% ankietowanych stężenie cholesterolu bada sporadycznie, bądź nie bada go wcale [18].

Regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi pomagają w szybszym reagowaniu podczas nieprawidłowych wartości. Połowa badanych (50%) mierzy ciśnienie tętnicze krwi w domu każdego dnia. Kilka razy w miesiącu pomiarów dokonuje prawie 22%, natomiast prawie 11% respondentów nie kontroluje ciśnienia tętniczego krwi w domu. Prawie trzy czwarte uczestników badania (72,73%) prowadzi dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, co wskazuje na wysoki stopień zaangażowania w samokontrolę. Badania Wojciechowskiej M. i wsp. pokazują, że tylko 30% kontroluje wartości ciśnienia tętniczego krwi w domu raz w tygodniu, a aż 22% wszystkich chorych deklaruje, iż ciśnienie mierzy jedynie podczas wizyty u lekarza [19].

Alkohol, palenie tytoniu czy też substancje i środki psychoaktywne negatywnie wpływają na zdrowie. Liczne badania naukowe potwierdzają, iż palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn miażdżycy, a w efekcie doprowadzić może do zawału mięśnia sercowego. Najwięcej z badanych osób deklarowało iż spożywa alkohol jedynie raz w miesiącu lub rzadziej (37,27%), niemal jedna trzecia badanych (28,18%) nie spożywa go w ogóle. Grodzicki i wsp. udowodnili swoimi badaniami, przeprowadzonymi w grupie aż 670 osób, że prawdopodobieństwo powiązania palenia papierosów ze zwiększoną zachorowalnością na nadciśnienie tętnicze krwi wynosi aż 63,2% [20]. W naszych badaniach papierosy paliło 25,45%

Regularność w braniu leków oraz odpowiednio dobrane leczenie pozytywnie wpływa na wyrównanie poziomu do wartości prawidłowych ciśnienia. Większość respondentów (69,09%) znała nazwy leków, które przyjmują na stałe i aż 74,55% z nich deklarowała, że nigdy nie zapomina o zażywaniu medykamentów. Wśród badanych 36,36% przyznała się do pominięcia dawki leku, w momencie lepszego samopoczucia. Regularność przyjmowania medykamentów ma duże znaczenie w procesie terapeutycznym oraz powrocie do zdrowia. Wykazano, że osoby, które regularnie przyjmowały przepisane przez lekarza środki farmaceutyczne, uzyskiwały prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz znaczną poprawę wyników z krwi.

Zmiana nawyków żywieniowych, zdrowa dieta oraz regularne spożywanie posiłków jest istotne w leczeniu nefarmakologicznym nadciśnienia tętniczego. Tylko 20,9% badanych wskazywało na spożywanie pięciu posiłków dziennie. Najliczebniejszą grupę stanowiły osoby, które jadły cztery posiłki dziennie (39,09%) oraz te deklarujące spożywanie trzech posiłków dziennie (38,18%). Ryby to źródło kwasów Omega 3, które pozytywnie wpływają na pracę serca. Ryby są obecne w diecie 1 lub 2 razy w tygodniu u 54,55% badanych. Kolejnym ważnym elementem diety w zaburzeniach sercowo-naczyniowych jest zmniejszenie spożywania soli kuchennej. Świadomość dotycząca unikania soli kuchennej w diecie przy nadciśnieniu tętniczym krwi jest relatywnie niska, gdyż 64,55% respondentów nie było świadomych tej zależności. Wiele badań naukowych potwierdza, że odpowiednią dietą, ćwiczeniami, a co za tym idzie redukcją masy ciała, możemy leczyć nadciśnienie tętnicze. Badania Sacks Frank M. i wsp. pokazują, iż redukcja spożycia soli w diecie pozytywnie wpłynęła na obniżenie stężenia cholesterolu we krwi. Regularne spożywanie posiłków pięć razy dziennie, deklarowało 38,25 % badanych, a spożywanie 3 posiłków aż 45% respondentów. [21]

Bardzo ważnym elementem procesu terapeutycznego jest jakość współpracy między lekarzem i pacjentem. Skuteczna komunikacja, zrozumienie chorego i zaangażowanie go w ustalanie planu leczenia to bardzo ważne czynniki wzmacniające relację partnerstwa i zwiększające skuteczność terapii. Wydaje się, że najlepszym i najbardziej empatycznym stylem rozmowy jest dialog motywujący, podczas którego pracownik służby zdrowia dowartościowuje i wspiera poczucie własnej sprawczości pacjenta. Pracownicy służby zdrowia powinni poznać chorego i dostosować proces leczenia do jego potrzeb i możliwości. Polepszenie współpracy można osiągnąć, prowadząc dialog motywujący i angażując chorego w ustalanie planu terapii.

## WNIOSKI

1. W badaniu zwraca uwagę duży odsetek pacjentów z nadwagą i otyłością. Osoby z nadwagą i otyłością wykazywały większą tendencję do regularnego kontrolowania poziomu cholesterolu we krwi. Może to odzwierciedlać większą świadomość zagrożeń związanych z ich stanem zdrowia lub wynikać z częstszych zaleceń lekarskich.
2. Niepokojące jest to, że ok.65% pacjentów nie ma świadomości unikania soli kuchennej. Co czwarty badany pali papierosy.

3. Osoby z wyższym wykształceniem wykazali lepszą znajomość prawidłowej zalecanej wartości ciśnienia tętniczego krwi w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym.
4. Zaobserwowano tendencję, zgodnie z którą starsi respondenci częściej prowadzili dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, co sugeruje, że świadomość potrzeby monitorowania ciśnienia wzrasta wraz z wiekiem.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018). *Kardiologia Polska*. 2019; 77(2): 71-159.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021; 398(10304): 957–980.
3. Symonides B, Jędrusik P, Artyszuk L, et al. Different diagnostic criteria significantly affect the rates of hypertension in 18-year-old high school students. *Archives of Medical Science*. 2010; 6(5): 689–694.
4. Carney EF. The genetic architecture of blood pressure. *Nature Review Nephrology* 2019; 15(4): 192.
5. Wang X, Xu X, Su S, et al. Familial aggregation and childhood blood pressure. *Curr Hypertension Reps* 2015; 17(1): 509.
6. Januszewicz W, Kabat M, Prejbisz A, et al. Pathogenesis of essential hypertension-- a half of the century perspective]. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2014; 36(211): 7–10.
7. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, et al. European Society of Hypertension Council and the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal Hypertension* 2021; 39(7): 1293–1302.
8. Litwin M, Obrycki Ł, Niemirska A, et al. Central systolic blood pressure and central pulse pressure predict left ventricular hypertrophy in hypertensive children. *Pediatric Nephrology*. 2019; 34(4): 703–712.

9. Campbell NRC, Whelton PK, Orlas M, et al. 2022 World Hypertension League, Resolve To Save Lives and International Society of Hypertension dietary sodium (salt) global call to action. *Journal of human hypertension*. 2023 Jun;37(6):428-437.
10. Couch SC, Saelens BE, Khoury PR, et al. Dietary Approaches to Stop Hypertension Dietary Intervention Improves Blood Pressure and Vascular Health in Youth With Elevated Blood Pressure. *Hypertension*. 2021; 77(1): 241–251.
11. Lee H, Yano Y, Cho SoM, et al. Adherence to Antihypertensive Medication and Incident Cardiovascular Events in Young Adults With Hypertension. *Hypertension*. 2021; 77(4): 1341–1349.
12. Trocha M.: Farmakoterapia nadciśnienia tętniczego w szczególnych sytuacjach klinicznych. *Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego*, Kraków 2020:88-96.
13. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym - 2019 rok. *Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego*. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2019;5(1): 1–86.
14. Doroszko A., Dobrowolski P, Prejbisz A.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia dotyczące aktywności sportowej i seksualnej u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie tętnicze w praktyce*, 2023: 1-25.
15. Narkiewicz K.: Nadciśnienie tętnicze związane z otyłością – odrębności diagnostyczne i terapeutyczne. *Kardiologia Polska*, Gdańsk 2015: 87-88.
16. Doroszko A.: Gdy nadciśnienie tętnicze staje się jedną z chorób. *Ovo medical*, Wrocław 2021: 14-18.
17. Olszanecka A., Stopa M.: Pomiary ciśnienia tętniczego krwi w codziennej praktyce — omówienie i komentarz do praktycznych wytycznych na temat gabinetowych i pozagabinetowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2021. *Nadciśnienie tętnicze w praktyce*, 2021:81-88.
18. Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L.: Pomiary ciśnienia tętniczego krwi w codziennej praktyce — omówienie i komentarz do praktycznych wytycznych na temat gabinetowych i pozagabinetowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2021, *Folia Cardiologica*, 2022: 262-270.
19. Wojciechowska M., Izdebska E.: Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014: 370-373.
20. Grodzicki T., Wizner B.: Palenie tytoniu a nadciśnienie tętnicze. *Nadciśnienie tętnicze* 2021: 69-74.

21. Sacks F., Campos H.: Leczenie dietą w nadciśnieniu tętniczym. *New England Journal of Medicine*, 2021:2102-2.



## POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE I OPIEKUŃCZO-LECZNICZE W PRZYPADKU CIĄŻY EKTOPOWEJ – STUDIUM PRZYPADKU

---

**Maja Bandura-Sroka<sup>1</sup>, Ewa Rutkowska<sup>2</sup>, Agnieszka Dombrowska-Pali<sup>1</sup>, Alicja Gdaniec<sup>1</sup>**

- 1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
- 2. Absolwentka studiów I stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

### WSTĘP

Ciąża to wyjątkowy stan w życiu kobiety, jednakże nie każda rozwija się prawidłowo. Ciąża ektopowa, stanowiąca jedno z najniebezpieczniejszych stanów w ginekologii, polega na implantacji zapłodnionej komórki jajowej poza jamą macicy. Problem ten dotyka mniej niż 2% wszystkich ciąż. Pomimo postępu w medycynie ten zjawisko nadal stanowi znaczące wyzwanie dla całego personelu medycznego, ze względu na jego nieprzewidywalność. W tejże pracy podjęto próbę dogłębnej analizy postępowania diagnostycznego i opiekuńczo – leczniczego, mając na uwadze zarówno aspekty medyczne, jak i wsparcia psychologicznego. Zakres wykonywanych procedur zależy od wybranej metody leczenia, z wyszczególnieniem kompleksowej opieki okołoperacyjnej. Jednakże, bez względu na podjętą decyzję dotyczącą postępowania, położna opiera swoje działania na edukacji i zapewnieniu pacjentce poczucia bezpieczeństwa w tych ciężkich dla niej chwilach. Edukacja dotyczy zarówno płodności, jak i ogólnych zasad samoopieki, w celu jak najlepszej rekonwalescencji oraz przedstawienie zasad zdrowego stylu życia. Ważnym aspektem pracy położnej jest wsparcie psychiczne pacjentki w kryzysowych momentach jej życia. W niniejszej pracy wykorzystano wiedzę z aktualnych artykułów medycznych oraz pozycji książkowych z dziedziny ginekologii. Przystudiowanie oraz wyselekcjonowanie informacji pozwoliło zbudować obraz rekomendowanej holistycznej opieki nad pacjentką z ciążą o nieprawidłowej lokalizacji.

## CEL PRACY

Celem tejże pracy jest opracowanie planu opieki oraz zaprezentowanie zadań położnej w sprawowaniu opieki nad kobietą z ciążą ektopową w trakcie diagnostyki oraz leczenia. Treść pracy została oparta na aktualnej wiedzy naukowej.

## MATERIAŁ I METODY

Metoda badawcza wykorzystana w niniejszej pracy to analiza studium indywidualnego przypadku. Ta metoda definiowana jest jako metoda przyjęta w celu przybliżenia wieloetapowości przypadku, zrozumienia jego znaczenia i zaobserwowania zmian w czasie badań. Uznaje się, że przypadkiem może być osoba lub dana grupa osób wyróżniająca się spośród innych swoją oryginalnością [1]. Jako techniki badawcze posłużyła: obserwacja, wywiad, pomiar, analiza dokumentacji medycznej wraz z wynikami laboratoryjnymi.

## WYNIKI

Pacjentka lat 29 z zatrzymaniem miesiączki od około 8. tygodni, zgłosiła się do lekarza ginekologa z dodatnim wynikiem testu ciążowego oraz nudnościami i ogólnym zmęczeniem. Po wykonanym badaniu beta-hCG z surowicy, ciąża została potwierdzona, natomiast nie zlokalizowano zarodka w jamie macicy. Pacjentka została skierowana do szpitala 30.08.2023r. z podejrzeniem ciąży pozamaciczej. Wdrożono diagnostykę laboratoryjną oraz obrazową. Stężenie podjednostki beta-hCG w dniu przyjęcia wynosiło 5546 mIU/ml. W badaniu ultrasonograficznym przezpochwowym zaobserwowano macicę przodozgiętą, endometrium grubości około 22mm, lewe przydatki prawidłowe, poniżej jajnika prawego widoczny przekrój przez jajowód o średnicy 20mm z uwidocznieniem pęcherzyka ciążowego i żółtkowego, w zatoce Douglasa płynu nie odnotowano. Potwierdziło to diagnozę ciąży jajowodowej prawostronnej. Stan ogólny w normie: 36.7°C, 135/87mmHg. Ze względu na dobry stan ogólny i brak dolegliwości bólowych pacjentkę następnego dnia tj. 31.08.2023r. zakwalifikowano do leczenia farmakologicznego metotreksatem, w protokole dwudawkowym. W związku z czym wykonano próby wątrobowe i nerkowe: ALAT, AspAT, mocznik, kreatynina, eGFR. Wyniki prawidłowe. Pobrano próbkę krwi w celu oznaczenia jej grupy. Dnia 01.09.2023r. wykonano kontrolne określenie miana  $\beta$ -hCG, wykazało spadek do wartości do 5157 mIU/ml, natomiast 26 02.09.2023r. uległo wzrostowi do 5467mIU/ml. Ze względu na zaawansowany wiek ciąży, podjęto decyzję, o podaży drugiej dawki, po której stężenie podjednostki gonadotropiny kosmówkowej wynosiło 4336mIU/ml dnia 04.09.2023r..

Wykonano ponownie USG i zdecydowano o laparoskopowej interwencji chirurgicznej z powodu braku efektu terapeutycznego oraz w obawie, że dojdzie do pęknięcia jajowodu. W trakcie operacji zaobserwowano wypełniony jajowód przez jajo płodowe na odcinku 30mm od ujścia brzuszego jajowodu. Jajowód był przekrwiony, ze zmianami wstecznymi, jajnik oceniono jako prawidłowy. Podjęto decyzję co do usunięcia ciąży ektopowej wraz z jajowodem, z powodu licznych zrostów. Zabezpieczono materiał do badania histopatologicznego. Został zastosowany dren Redon'a, który został wyprowadzony przez lewe wklucie robocze. Założono szwy na miejsca wkluc i zaopatrzone je jałowymi opatrunkami. Po zabiegu pacjentka trafiła na salę obserwacji w stanie ogólnym dobrym, lecz skarżyła się na dolegliwości bólowe oraz dreszcze. Według skali VAS oceniono ból na wartość 6, podano lek przeciwbólowy, po czym ból oceniono na 3. Pacjentka zgłaszała również nudności, w konsekwencji wymiotowała kilkakrotnie. Podczas porannej toalety zgłaszała zły stan psychiczny po operacji, wywołany poczuciem winy i strachem o przyszłą płodność. Zaobserwowano wycofanie, labilność emocjonalną i płaczliwość. Podczas rozmowy zaobserwowano deficyt wiedzy dotyczący zdrowego stylu życia. 06.09.2023r. kobietę wypisano do domu w stanie dobrym, do dalszej opieki w trybie ambulatoryjnym. Otrzymany wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie śródoperacyjne.

**Diagnoza pielęgniarska:** Niepokój związany z koniecznością wykonania zabiegu laparoskopowego.

**Cel opieki:** Przygotowanie pacjentki do zabiegu w warunkach komfortu co prowadzi do zminimalizowania niepokoju emocjonalnego.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Przekazanie kompletnych informacji pacjentce na temat słuszności wykonania zabiegu [2].
- Łączenie procedur bolesnych - założenie dostępu żylnego, z jednoczesnym pobraniem krwi na grupę krwi oraz wykonania próby zgodności [3].
- Złożenie zapotrzebowania na krew, na wypadek konieczności przetoczenia [2].
- Uzyskanie pisemnej zgody na wykonanie zabiegu oraz inne procedury z nim związane (wykonanie znieczulenia, potencjalna konieczność przetoczenia krwi) [3].
- Zaprowadzenie pacjentki na konsultację anestezjologiczną i przebywanie z nią w jej trakcie [2].
- Zapewnienie nawodnienia dożylnego zgodnie z kartą zleceń lekarskich

- Uświadomienie pacjentki o konieczności zdjęcia biżuterii i ewentualnych protez i implantów [3].
- Zachęcenie pacjentki do wykonania toalety ciała za pomocą antyseptyku.
- Przekazanie pacjentce jednorazowej koszuli.
- Zacewnikowanie pacjentki zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki [4].
- Zapewnienie pacjentce komfortu i poczucia bezpieczeństwa towarzysząc jej w transporcie na salę operacyjną.

**Ocena końcowa:** Pacjentka poczuła się pewniej oraz została kompleksowo przygotowana do zabiegu, po czym została przekazana na salę operacyjną.

**Diagnoza pielęgniarska:** Ryzyko krwawienia z miejsca operowanego oraz powikłań krążeniowo – oddechowych.

**Cel opieki:** Wczesne wykrycie syndromów krwawienia oraz powikłań ze strony układu krążenia i układu oddechowego.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Podłączenie kardiomonitora w celu regularnej kontroli stanu ogólnego wraz z dokumentowaniem: tętna, ciśnienia tętniczego, saturacji oraz pomiar temperatury, ze schematem: w ciągu pierwszych 2h co 15min, w kolejnych 2h co 30min i w ciągu 12h co 1h [5].
- W czasie kontroli stanu ogólnego ocenianie zabarwienia powłok skórnych i śluzówek.
- Ocena świadomości w skali Glasgow, oceniając reakcję otwierania oczu, kontakt słowny i ruchowy [5].
- Kontrola opatrunków po zabiegu endoskopowym, wymiana w razie konieczności – w chwili silnego zabrudzenia i przesiąknięcia, zgodnie z harmonogramem jak stan ogólny.
- Ocena ilości oraz charakteru wydzieliny w butli Redon’a.
- Ocena krwawienia z pochwy, w razie wystąpienia zmiana wkładki.
- Pobranie próbki krwi na zleczone badania laboratoryjne [4].
- Podaż zleconych przez lekarza antybiotyków i dodatkowych płynów infuzyjnych [6].

**Ocena końcowa:** Stan ogólny w normie, opatrunki po zabiegu suche, brak krwawienia z pochwy, surowiczo - krwista wydzielina w butli Redon’a, ilość w normie.

**Diagnoza pielęgniarska:** Dolegliwości bólowe.

**Cel opieki:** Zmniejszenie poziomu odczuwanego bólu.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Zapewnienie pacjentce odpowiedniej pozycji zmniejszającej napięcie ran pooperacyjnych [7].
- Ocena umiejscowienia, charakteru, natężenia, czasu trwania oraz częstotliwości bólu za pomocą skali wizualno- analogowej VAS [7].
- Ocena indywidualnej wrażliwości na poziom bólu.
- Wsparcie pacjentki oraz wyjaśnienie przyczyny wstępowania bólu [8].
- Zastosowanie nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu: zachowanie ciszy i spokoju, przyciemnienie światła [8].
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich – najczęściej z grupy NLPZ – paracetamol, metamizol, opiaty [8].
- Obserwacja efektów działania leku i ewentualnych objawów niepożądanych [1].
- Udokumentowanie czasu podania oraz dawki i drogi podania leku.
- Dalsza regularna obserwacja bólu pooperacyjnego co 4h w skali NRS [4].

**Ocena końcowa:** Działania uśmierzyły ból z 6 punktów do 3 punktów w skali VAS.

**Diagnoza pielęgniarская:** Dyskomfort pacjentki związany z nudnościami i wymiotami.

**Cel opieki:** Ograniczenie nudności i wymiotów oraz niedopuszczenie do odwodnienia i zachłyśnięcia.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Podanie miski nerkowatej lub worka w zasięgu ręki pacjentki [8].
- Ułożenie pacjentki w pozycji płaskiej w głowę uniesioną pod kątem 30 stopni oraz zwróconą w bok [5].
- Ocena treści, ilości i częstości wymiotowania [2].
- Zachęcenie do powolnego, ale głębokiego oddychania przez usta.
- Zmiana zabrudzonej pościeli.
- Zapewnienie dostępu do świeżego powietrza, zapewniając komfort psychiczny i fizyczny [8].
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich – dożylna podaż Indantronu [6].
- Udokumentowanie wykonanych czynności [8].

**Ocena końcowa:** Nudności i wymioty uległy zniesieniu oraz zadbano o komfort fizyczny i psychiczny.

**Diagnoza pielęgniarska:** Dreszcze wywołane znieczuleniem ogólnym.

**Cel opieki:** Pozbycie się dreszczy i uczucia zimna.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Obserwacja pacjentki ze szczególnym uwzględnieniem pomiaru temperatury ciała przez 2h, co 30min [5].
- Nakrycie pacjentki dodatkowym kocem [6].
- Zadbanie o odpowiednie warunki na sali: około 25°C, wilgotność około 60%, unikanie przeciągów, szczelne zamknięcie okien.
- Rozpatrzenie użycia dodatkowego źródła ciepła m.in. koc grzewczy [5].
- W chwili, gdy pacjentka jest wychłodzona i ma zimne stopy warto nałożyć skarpetki w celu ich dogrzania.
- Stosowanie wcześniej ogrzanych krystaloidów do płynoterapii.
- Wspomaganie tlenoterapią na zlecenie lekarskie.
- Zastosowanie zleconych przez lekarza leków np. Diazepam [5].
- Ciągła obserwacja pacjentki i w chwili zaznania komfortu cieplnego - zaprzestania dalszego docieplania.

**Ocena końcowa:** Dreszcze ustąpiły, pacjentka zgłasza komfort cieplny, co potwierdza wynik pomiaru temperatury.

**Diagnoza pielęgniarska:** Zły stan psychiczny wywołany poczuciem winy i obawami o przyszłą płodność.

**Cel opieki:** Zniwelowanie poczucia winy, obaw o płodność oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i zrozumienia w trakcie żałoby.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Zaobserwowanie potrzeby dotyczącej wsparcia pacjentki oraz stworzenie przyjaznej atmosfery [9].
- Przeprowadzenie rozmowy wspierającej w celu eliminacji poczucia winy o konieczności wykonania zabiegu i uświadomienie, że było to nieuniknione.
- Wyrozumiałość wobec pacjentki oraz swobodne wysłuchanie jej bez oceniania i lekceważenia jej uczuć [9].
- W wypowiedzi zwracać uwagę na podmiotowe traktowanie pacjentki i jej dziecka – unikanie określeń takich jak: zarodek, płód, embriion [10].

- Okazywanie pełnego wsparcia i empatii oraz zainteresowania rozmową bez niepotrzebnego pośpiechu.
- Rozmowa w celu określenia największych obaw związanych z płodnością oraz poszukiwanie rozwiązania: zachęcenie do rozszerzenia diagnostyki w celu poznania przyczyny wystąpienia ciąży ektopowej (leczenie nawracających zapaleń miednicy mniejszej), eliminacji czynników predysponujących (palenie papierosów) oraz wykonania histerosalpingografii po zakończonym leczeniu w celu oceny drożności drugiego jajowodu.
- Wy tłumaczenie kobiecie, że w znacznej części przypadków brak jednego jajowodu nie jest przeszkodą w zajściu w fizjologiczną ciążę, lecz czasem bywa to nieco trudniejsze.
- Pozwolenie na okazywanie uczucia, bez niepotrzebnego hamowania emocji: płaczu, chwilowego braku chęci kontaktu [10].
- Zaproponowanie rozmowy z psychologiem oraz duchownym, jeśli pacjentka sobie tego życzy.
- Zastosowanie Szpitalnej Skali Depresji i Lęku – HADS.
- Poinformowanie o możliwości skorzystania z urlopu macierzyńskiego i przysługujących jej zasiłkach [10].

**Ocena końcowa:** Pacjentka stała się spokojniejsza oraz chętna do szukania przyczyny wystąpienia ciąży ektopowej z perspektywami na fizjologiczną ciążę.

## DYSKUSJA

Ciąża ektopowa odznacza się wieloetapowym modelem opieki. Problemy pielęgnacyjne występujące w ciąży pozamajacicznej są zarówno ze sfery fizycznej jak i psychicznej. Ten stan wymaga interdyscyplinarnej opieki, prowadzonej często przez okres dłuższy, niż czas samej hospitalizacji. Celem pracy było zgłębienie problemów pielęgnacyjnych występujących u kobiet w tym trudnym dla nich czasie, jakim jest ciąża ektopowa. Bardzo ważną funkcję pełni położona. Dbając o dobro pacjentki powinna kierować się zarówno ona jak i lekarz zaleceniami w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Warto podkreślić kluczowe elementy jakimi jest bezwzględne prawo pacjentki do otrzymania fachowej opieki psychologicznej, poszanowanie jej intymności i godności, w tym dbanie o jej komfort psychiczny dostosowując odpowiednio dobraną salę. Niepodważalnie pacjentka ma

prawo do uzyskiwania pełnej informacji o jej stanie zdrowia, planowanych procedurach medycznych z możliwością pełnej decyzyjności odnośnie jej, jak i jej ciąży. Problemem pielęgnacyjnym wynikającym z powinności włączenia leczenia radykalnego jest niepokój związany z koniecznością wykonania laparoskopii. Laparoscopia jest jedną z metod leczenia ciąży ektopowej, stosowaną najczęściej przy braku efektu terapeutycznego metotreksatu lub przesłanek mówiących o przeciwwskazaniach do jego stosowania [2]. Kluczowym zadaniem położnej jest odpowiednie przygotowanie bliższe i dalsze do zabiegu. Przedstawienie celu oraz określenie konieczności wykonania zabiegu wpływa na pacjentkę uspokajająco, zmniejszając napięcie emocjonalne. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia pacjentce, także fizyczne przygotowanie poprzez jasne i konkretne zalecenia w postaci komunikatów na temat spożywania jedzenia, napojów, przygotowania ciała [4]. Podczas dopełniania formalności w postaci wypełniania pisemnych zgód na wykonanie zabiegu oraz przeprowadzenie konsultacji anestezjologicznej pacjentka ma okazję do dopytania o nurtujące lub niezrozumiałe ją kwestie [5]. Kolejnym zaobserwowanym problemem pielęgnacyjnym okazało się ryzyko krwawienia z miejsca operowanego oraz powikłań krążeniowo – oddechowych. Podstawą działań jest regularna ocena stanu ogólnego. Z ułatwieniem przychodzi użycie kardiomonitora w celu kontroli tętna oraz ciśnienia [1]. Ważnym aspektem jest ocena opatrunku ran pooperacyjnych oraz wydzieliny w drenie ssącym. Drenaż ten pozwala na szybką diagnostykę oraz obniża ryzyko krwotoku [4]. Problemem pielęgnacyjnym okazały się również dolegliwości bólowe. W celu ich zminimalizowania warto zastosować farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu. Do nefarmakologicznych metod należy m. in. zachowanie ciszy i spokoju, umożliwienie pacjentce przyjęcie odpowiedniej pozycji, która efektywnie odciąży rany pooperacyjne [7,8]. W leczeniu farmakologicznym najczęściej stosowane są leki z grupy NLPZ i opiaty. Odczuwanie bólu oraz efekt terapeutyczny powinien podlegać regularnej ocenie w skali VAS lub NRS. Dalsze kroki i modyfikacje w planie uśmierzania bólu oparte są na wynikach uzyskanych po zastosowaniu powyższych skal [4]. Nudności oraz wymioty stały się kolejnym problemem pielęgnacyjnym po zabiegu chirurgicznym. W tej sytuacji, ważne jest zapewnienie pacjentce poczucia komfortu oraz bezpieczeństwa. W celu zminimalizowania ryzyka zachłyśnięcia kluczowe jest ułożenie pacjentki z głową lekko uniesioną i skierowaną do boku. Zapewniając komfort zarówno psychiczny jak i fizyczny istotne jest zapewnienie naczynia w zasięgu ręki oraz zapewnienie dostępu do świeżego powietrza i edukacja na temat zalecanego sposobu oddychania [4]. Nieuniknione może okazać się podanie leków przeciwwymiotnych, najczęściej Ondansteronu [6]. Dreszcze wywołane znieczuleniem ogólnym stały się kolejną diagnozą pielęgniarstwa. Chcąc



zminimalizować uczucie chłodu u pacjentki należy 38 w pierwszej kolejności zadbać o jej komfort cieplny. Istotnym elementem przeciwdziałania wobec dreszczy jest stosowanie ogrzanych płynów infuzyjnych, wspomaganie tlenoterapią. Kluczową rolę odgrywa regularny pomiar temperatury ciała, który odzwierciedla obiektywny stan ucieplenia organizmu [1]. Problemem pielęgnacyjnym ze sfery psychicznej było złe samopoczucie mentalne wywołane poczuciem winy i obawami o przyszłą płodność. Podstawą interwencji powinno być wsparcie poprzez rozmowy z dużą dozą empatii przeprowadzone bez pośpiechu, oceniania, tłumienia emocji pacjentki [9]. Należy uświadomić kobiecie cel zabiegu i zapewnienie o jego słuszności. W celu zminimalizowania lęku o płodność ważna jest wspierająca rozmowa i zachęcanie pacjentki do wykonania badania oceny drożności jajowodów oraz poszukiwania przyczyn i w miarę możliwości ich eliminacji [15]. Obowiązkiem położnej jest poinformowanie pacjentki na temat możliwości skorzystania ze wsparcia, zarówno psychicznego jak i duchownego oraz przysługujących jej prawach. Pomocnym okazać się może zaproponowanie pacjentce możliwości radzenia sobie poprzez różnego rodzaju grupy wsparcia [10]. W kwestii edukacji postawiono diagnozę deficytu wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Elementarną kwestią edukacji jest wyjaśnienie szkodliwego wpływu uzależnienia od nikotyny na płodność i ogólne funkcjonowanie organizmu oraz nakłanianie do eliminacji nałogu [11]. W zakresie odżywiania ważne jest przedstawienie zbilansowanego modelu żywienia oraz korelacji otyłości z spadkowymi szansami udanego zapłodnienia. Zadaniem położnej jest edukacja na temat istoty aktywności fizycznej i prozdrowotnych jej skutków [11]. Istotne jest 39 zaproponowanie pacjentce wizyty u dietetyka w celu dostosowania diety do jej preferencji [14].

## WNIOSKI

Położna przeprowadzając model opieki w przypadku ciąży ectopowej, powinna odznaczyć się holistycznym podejściem do pacjentki. Należy skupić się tak samo na kwestii fizycznej, jak i na psychicznej. Ze względu na ciężkie chwile pacjentki, które właśnie przeżywa, ważne jest zapewnienie jej maksymalnej uwagi i wsparcia. Kluczową rolę odgrywa również szeroko pojęta edukacja pacjentki. Edukacja ważna jest zarówno z zakresu prowadzenia zdrowego stylu życia, jak i profilaktyki ciąży ectopowej. Istotnym zadaniem położnej jest przygotowanie pacjentki do samoopieki w warunkach domowych. Położna jest często najbliższą osobą dla pacjentki z otoczenia szpitalnego, dlatego ważne jest otoczenie chorej poczuciem bezpieczeństwa i zaufania. Wykonywanie zadań manualnych wobec pacjentki powinno odbywać się z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki oraz dbając o

aktualność wiedzy na temat wykonywanych procedur. Podstawą działania położnej jest bezwzględne dbanie o poprawę samopoczucia fizycznego i psychicznego pacjentki. W przypadku ciąży pozamacicznej położna powinna być skupiona na zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentce w czasie hospitalizacji. Jej zadania obejmują również wychwytywanie potencjalnych zagrożeń i szybkie reagowanie. Rolą położnej jest regularna ocena stanu ogólnego oraz nasilenia bólu i ewentualne jego redukowanie. U kobiet z ciążą ektopową często występuje niepokój związany z koniecznością hospitalizacji. Wywołany jest niewiedzą i trudnością w odnalezieniu się w nowej sytuacji. Podobnie jest w przypadku konieczności wykonania laparoskopii. Kobiety niepokoją się o swój stan zdrowia oraz o przyszłą płodność. Problemami pielęgnacyjnymi w okresie pooperacyjnym niewątpliwie jest ból, który w miarę możliwości powinien być minimalizowany. Są to również nudności z wymiotami i dreszcze. Istotnym ryzykiem zachwiania równowagi organizmu jest ryzyko krwawienia z miejsca operowanego oraz ryzyko zakrzepicy kończyn dolnych, gdzie w obu przypadkach należy włączyć ścisłą profilaktykę. Najpowszechniejsze jest ryzyko zakażenia miejscu wkłucia obwodowego, odznaczające się możliwością wystąpienia na każdym etapie hospitalizacji.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Im D., Pyo J., Lee H et al.: Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis. *J Prev Med Public Health* 2023; 56(1): 100-110.
3. Dombrowska-Pali A., Gebuza G., Kaźmierczak M. et al.: Rola położnej w opiece nad kobietą w ciąży z zespołem HELLP – proces pielęgnowania. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 4(74): 428-429.
4. Walewska E: Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym, *Nursing PZWL*; <https://nursing.com.pl/artukul/przygotowanie-chorego-do-zabiegu-operacyjnego-w-trybie-naglym-5f33a4e4643341036688c108> (accessed 12.07.2024)
5. Pilewska-Kozak AB., Stadnicka G., Bałanda-Bałdyga A.: Opieka okołoperacyjna w ginekologii i onkologii ginekologicznej. *PZWL*, Warszawa 2022.
6. Grzywacz AA.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu przezcewkowej elektroresekcji gruczołu krokowego we wczesnym stadium okresie 47 pooperacyjnym – studium przypadku. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 2(72): 216- 219.
7. Rabej M., Dmoch-Gajzlerska E.: Opieka położnej w ginekologii i onkologii ginekologicznej. *PZWL*, Warszawa 2016: 74-189.

8. Włodek I., Zera A., Krupienicz A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentką z rakiem surowiczym jajnika po zabiegu operacyjnym – studium przypadku. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 2(64): 348-349.
9. Seweryn K., Chorąży M., Kulikowska A., Snarska K.: Opieka pooperacyjna sprawowana nad pacjentką po zabiegu usunięcia mięśniaków macicy. *Polska Platforma Medyczna* 2020: 55-59.
10. Dombrowska – Pali A., Tylkowska A.: Opieka nad pacjentką po zabiegu usunięcia nowotworowego guza jajnika – studium przypadku. *Rola Zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi* 2023; 1(3): 67-74.
11. Kornas – Biela D.: Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu. *Życie i płodność. Ujęcie interdyscyplinarne* 2020; 3(43): 337-347.
12. Cieślik A., Kosieradzka K., Kosecka K.: Do lifestyle habits have an impact on infertility in couples? A systematic review of the topic. *Akademicka Platforma Czasopism* 2023; 26(1): 85-92.
1. 12 Bigus K., Nowogrodzka M.: Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą typu 2. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2020; 2(14): 90-94.
13. Duda E.: Pielęgnowanie pacjenta w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. *Innowacje w Pielęgniarstwie in Naukach o Zdrowiu* 2023; 2(8): 126- 127.
14. Łagoda K., Zalewska P.: Pacjent z zespołem preekscytacji i napadową tachyartymią leczony metodą przezskórnej ablacji – studium przypadku. *Polska Platforma Medyczna* 2020; 776-777.
15. Kryza-Ottou A., Zimmer M.: Ciąża jajowodowa aktualne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. *Edra Urban & Partner, Wrocław* 2021, 9-40.

## ANALIZA POZIOMU WIEDZY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO NA TEMAT RAN PRZEWLEKŁYCH I METOD ICH LECZENIA

---

**Maria Dorota Kwika<sup>1</sup>, Aleksandra Król<sup>2</sup>**

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

### WSTĘP

Rana przewlekła to rana, której proces gojenia trwa dłużej niż 6 tygodni pomimo odpowiedniego leczenia miejscowego, a czas postawienia diagnozy waha się od 4 tygodni do 6 miesięcy [1].

Jest to zmiana lub ubytek skóry spowodowana procesem chorobowym lub urazem, która nie reaguje na leczenie [2]. W wyniku infekcji lub przedłużającej się fazy zapalnej rana ostra może przekształcić się w ranę trudno gojącą się. Tworzą się w wyniku chorób współistniejących takich jak cukrzyca, niewydolność układu krążenia, co wynika z zaburzeń układu odpornościowego [3].

Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran ze względu na utrudniony proces gojenie się zaproponowało zastąpienie terminu rana przewlekła określeniem rana niegojąca się.

Do najczęściej występujących postaci ran przewlekłych zaliczamy: owrzodzenia żyłne - mieszane lub tętnicze goleni, zespół stopy cukrzycowej oraz odleżyny [4].

### CEL PRACY

Celem pracy była analiza wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie ran przewlekłych i metod ich leczenia.

### MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród dorosłej populacji na terenie całego kraju. Grupa badana liczyła 127 osób, 94,49% kobiet i 5,51% mężczyzn. Metodą wykorzystaną w badaniach był sondaż diagnostyczny, narzędziem wykorzystanym do badań był autorski kwestionariusz ankiety zaadresowany do personelu pielęgniarskiego, który przeprowadzono w formie online w programie Profitest.

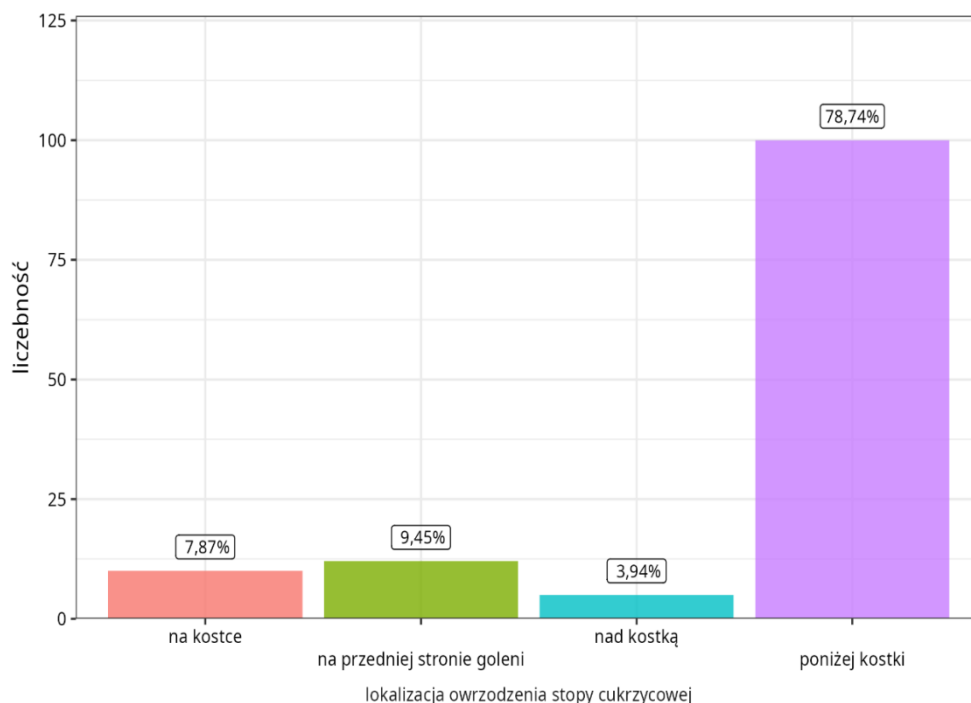
Kwestionariusz ankiety składał się z 32 pytań, zawierających pytania zamknięte i otwarte. Kwestionariusz był całkowicie anonimowy i dobrowolny.

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

W opisie statystycznym posłużono się średnią, odchyleniem standardowym, medianą, średnią rangą, współczynnikami skośności i kurtozy. W przypadku cech socjodemograficznych oraz zawodowych posłużono się rozkładem liczebności oraz rozkładem procentowym. W celu oceny wiedzy na temat ran przewlekłych posłużono się rozkładem procentowym i liczebności, testem chi-kwadrat, testu Kruskala-Wallisa, analizy wariancji ANOVA oraz testu t Studenta oraz współczynnika korelacji Gamma.

## WYNIKI

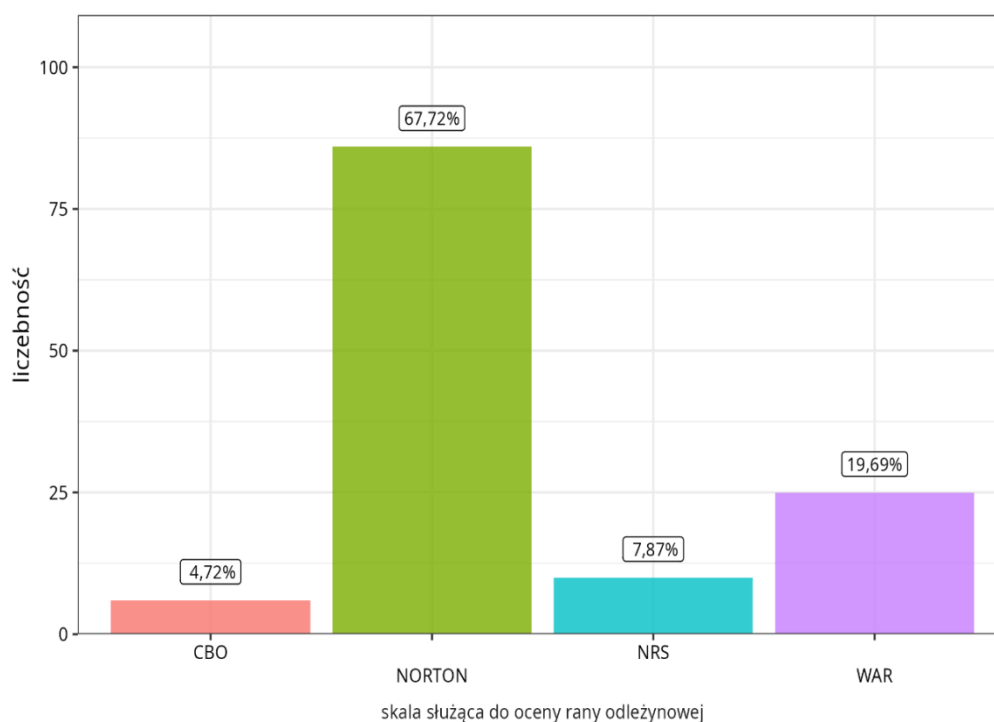
Większość badanych (78,74%) uważała, że lokalizacja owrzodzenia stopy cukrzycowej to miejsce poniżej kostki. Różnica w liczbie poprawnych, a niepoprawnych odpowiedzi dotyczących lokalizacji owrzodzenia stopy cukrzycowej była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 1.



**Wykres 1. Lokalizacja owrzodzenia stopy cukrzycowej w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

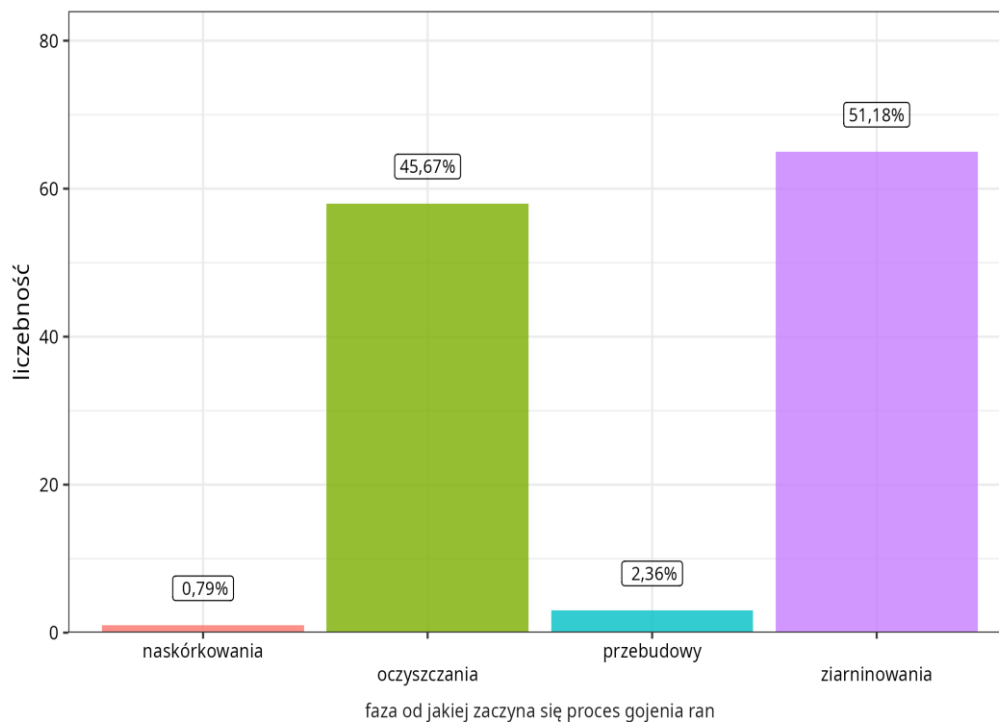
Większość badanych (67,72%) uważała, że skala służąca do oceny rany odleżynowej to skala Norton. Różnica w ilości poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi, była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) - Wykres 2.



**Wykres 2. Skala służąca do oceny rany odleżynowej w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

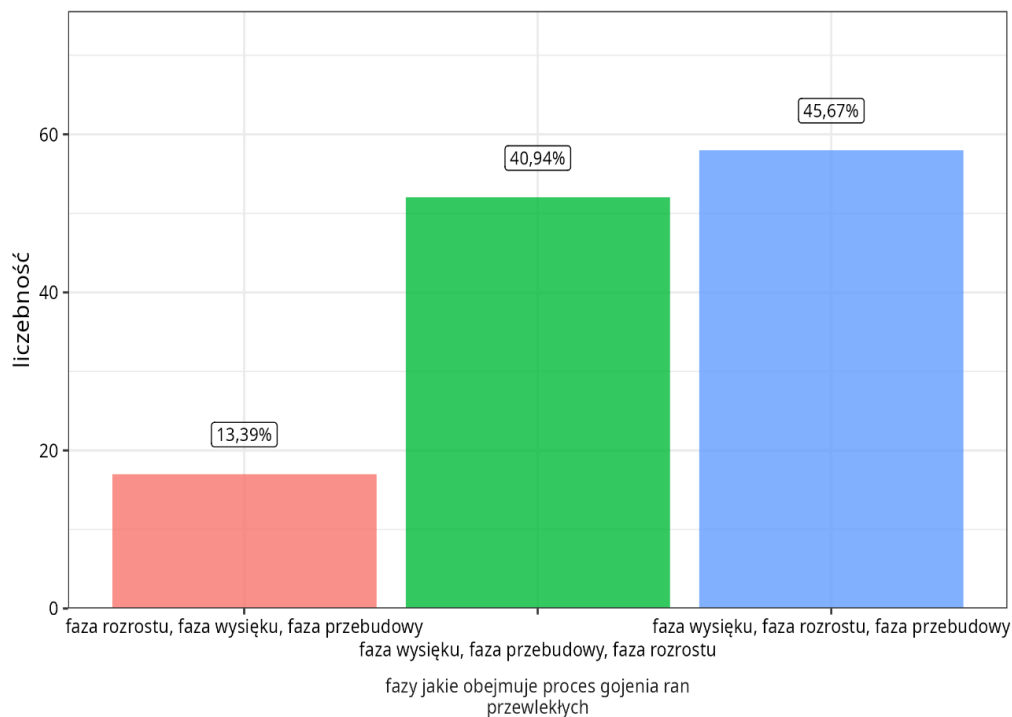
Mniejszość badanych (45,67%) wskazała, że faza, od której zaczyna się proces gojenia ran, to oczyszczanie. Różnica w liczbie poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi nie była statystycznie istotna ( $p = 0,330$ ) – Wykres 3.



**Wykres 3. Faza od jakiej zaczyna się proces gojenia ran w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani odpowiedzieli, że fazy procesu gojenia ran przewlekłych to faza wysięku, faza przebudowy i faza rozrostu (40,94%). Różnica między ilością poprawnych a niepoprawnych odpowiedzi dotyczących była statystycznie istotna ( $p = 0,040$ ) - Wykres 4.

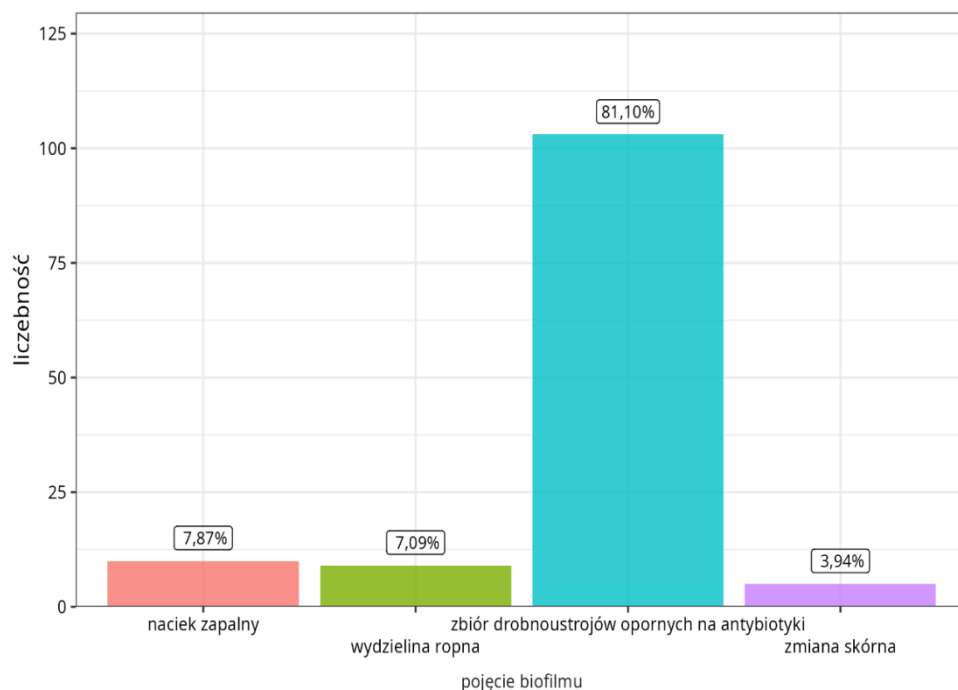


**Wykres 4. Fazy jakie obejmuje proces gojenia ran przewlekłych w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Zdecydowana większość badanych (81,10%) poprawnie uważała, że pojęcie biofilmu oznacza zbiór drobnoustrojów opornych na antybiotyki. Różnica poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) - Wykres 5.

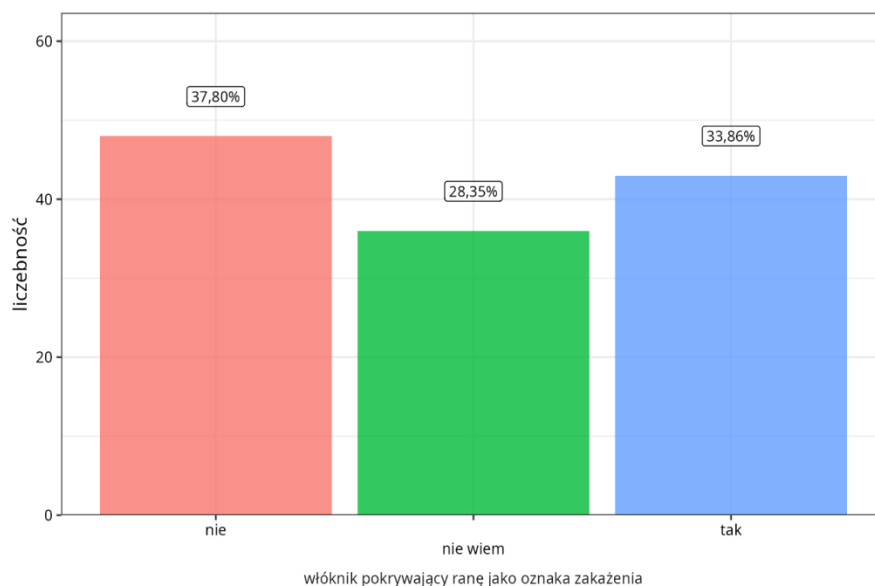




**Wykres 5. Pojęcie biofilmu w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

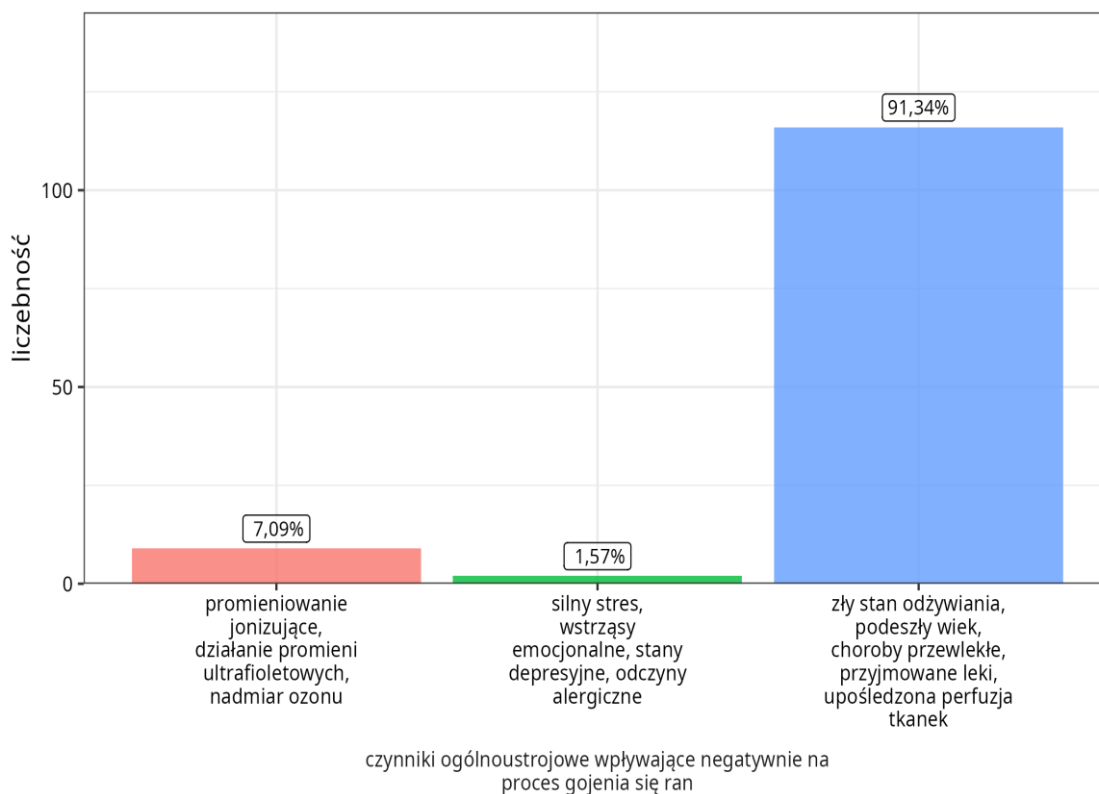
Większość badanych wskazała (37,80%), że włóknik pokrywający ranę nie jest oznaką zakażenia. Różnica była statystycznie istotna ( $p = 0,010$ ) – Wykres 6.



**Wykres 6. Włóknik pokrywający ranę jako oznaka zakażenia w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

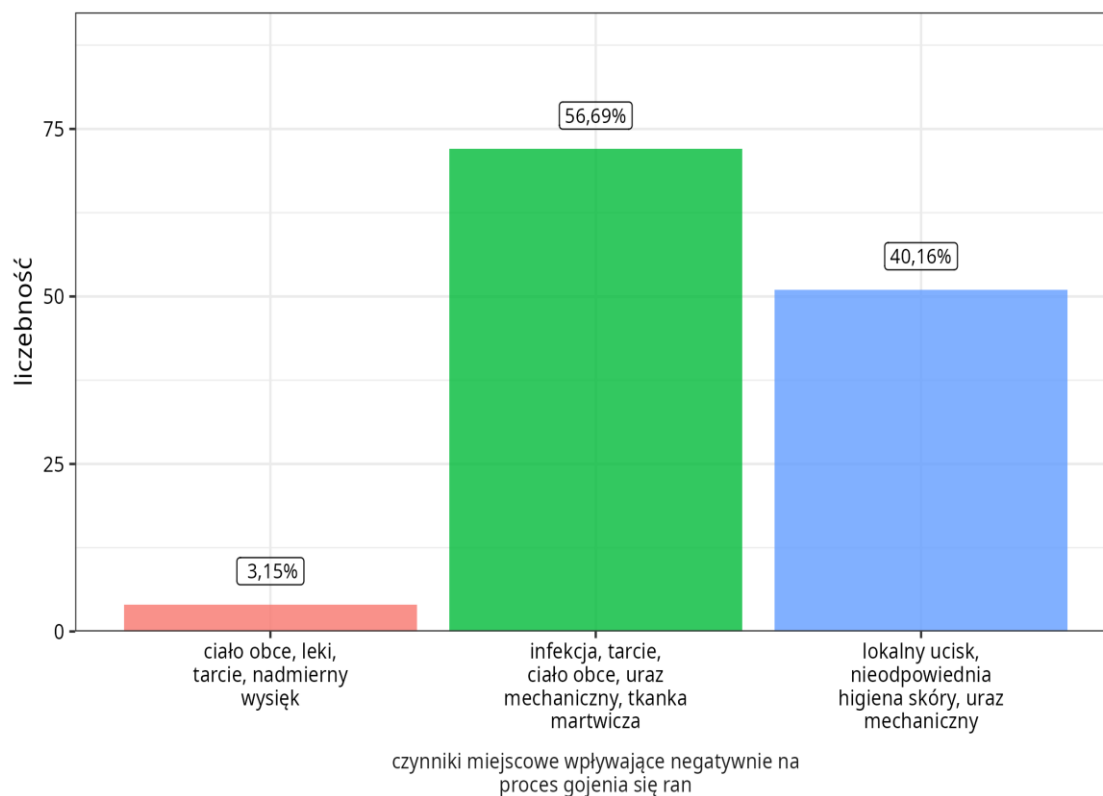
Respondenci w znacznej większości (91,34%) odpowiedzieli, że czynniki ogólnoustrojowe wpływające negatywnie na proces gojenia się ran to: zły stan odżywienia, podeszły wiek, choroby przewlekłe, przyjmowane leki oraz upośledzona perfuzja tkanek. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 7.



**Wykres 7. Czynniki ogólnoustrojowe wpływające negatywnie na proces gojenia się ran w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani (56,69%) wskazali, że czynniki miejscowe wpływające negatywnie na proces gojenia się ran to: infekcja, tarcie, ciało obce, uraz mechaniczny i tkanka martwicza. Różnica w liczbie poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi nie była statystycznie istotna ( $p = 0,130$ ) - Wykres 8.

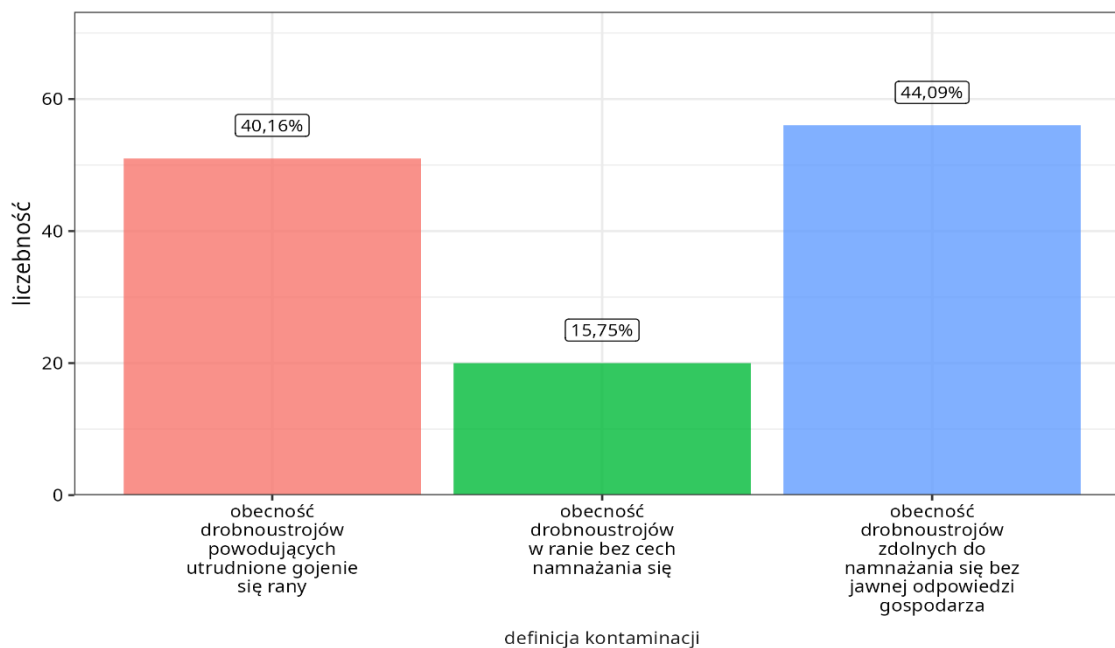


**Wykres 8. Czynniki miejscowe wpływające negatywnie na proces gojenia się ran w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Mniejszość badanych (44,09%) odpowiedziała, że kontaminacja to obecność drobnoustrojów zdolnych do namnażania się bez jawnej odpowiedzi gospodarza. Różnica w liczbie poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi nie była statystycznie istotna ( $p = 0,180$ ) – Wykres 9.

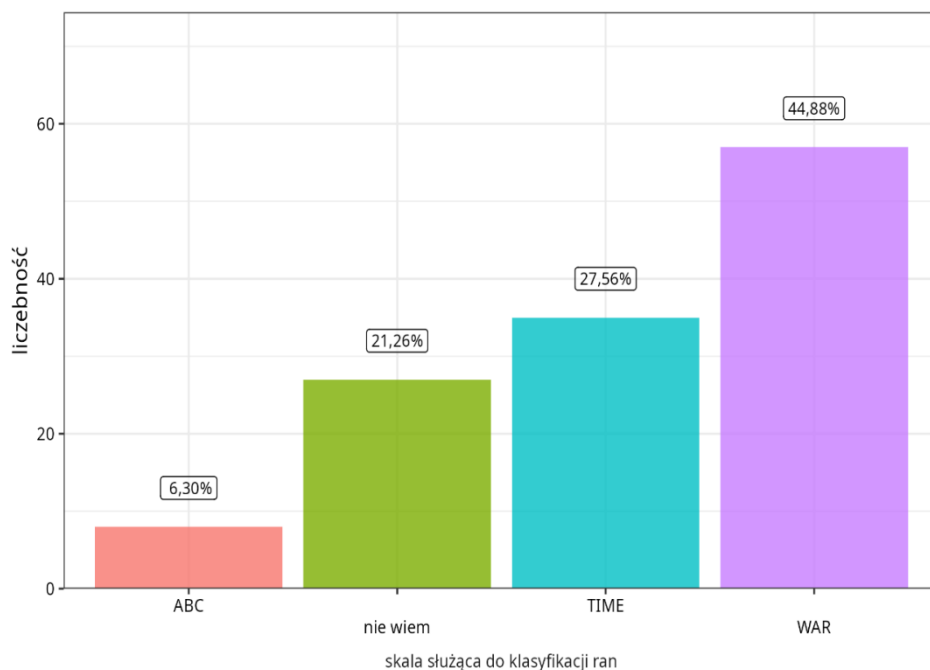
ANALIZA POZIOMU WIEDZY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO NA TEMAT RAN PRZEWLEKŁYCH I METOD ICH LECZENIA



**Wykres 9. Definicja kontaminacji w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Badani w 44,88% wskazali, że skalą służącą do klasyfikacji ran nie jest skala WAR. Różnica w liczbie poprawnych i niepoprawnych odpowiedzi nie była statystycznie istotna ( $p = 0,250$ ) – Wykres 10.



**Wykres 10. Skala służąca do klasyfikacji ran w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

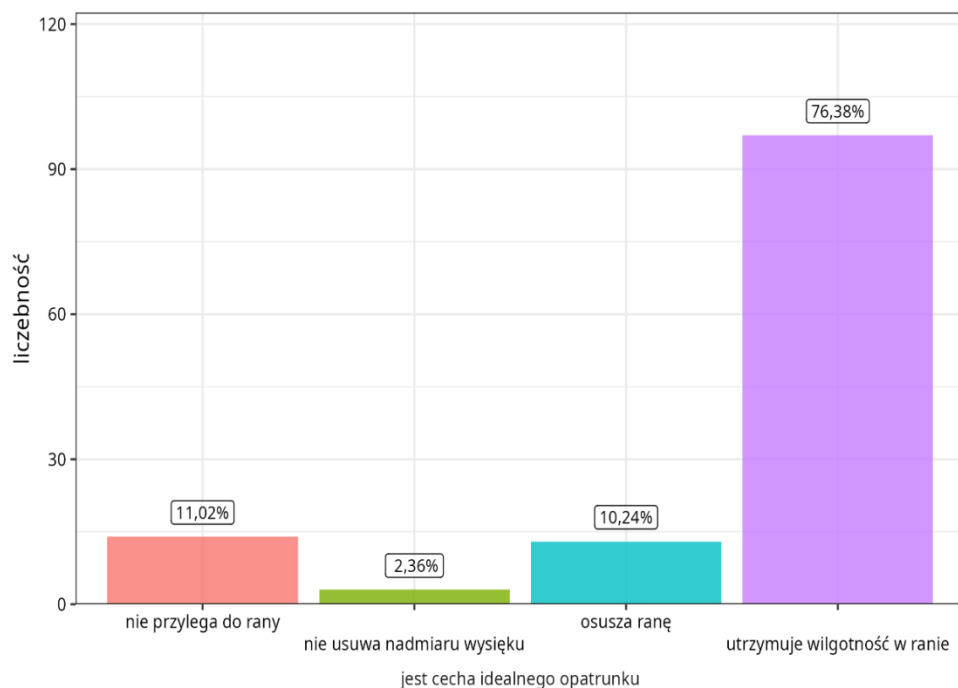
Źródło: Opracowanie własne

Większość badanych (74,80%) odpowiedziała, że pojęcie złotego standardu określa TIME. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Tabela I.

Tabela I. Pojęcie złotego standardu w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego

pojęcie złotego standardu	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
			dolna granica	górną granica	$\chi^2$	p
ADOS	3	2,36	0,00	5,00	31,25	0,000

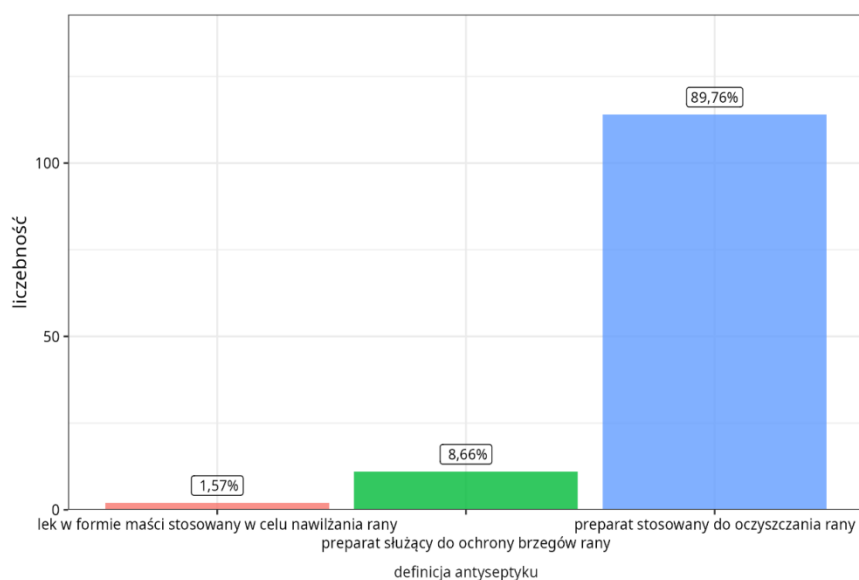
Respondenci wskazali (76,38%), że cechą idealnego opatrunku jest utrzymanie wilgotności w ranie. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) - Wykres 10.



**Wykres 10. Jest cecha idealnego opatrunku w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

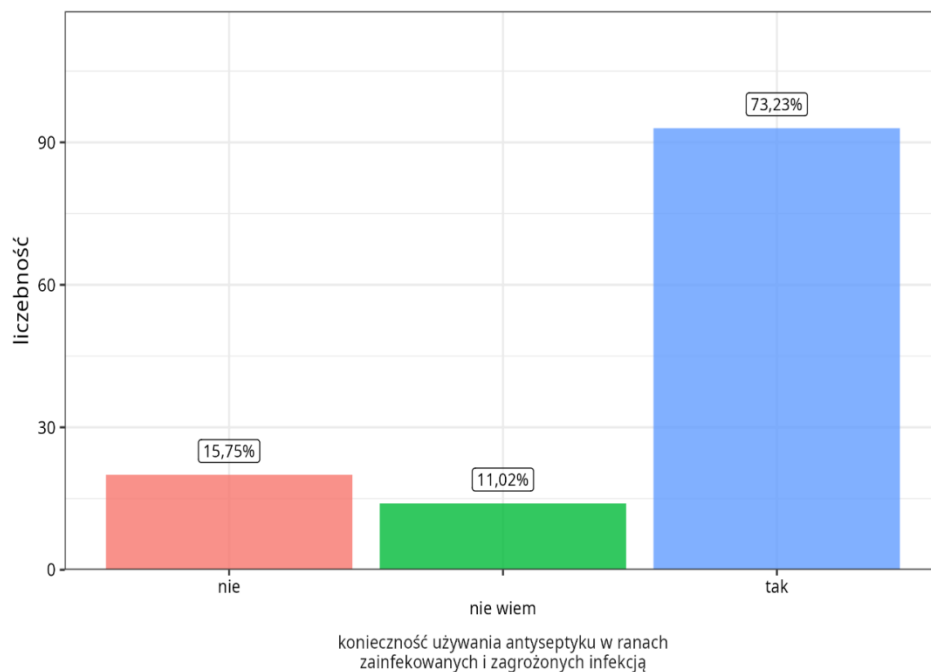
Ankietowani (89,76%) wskazali, że antyseptyk to preparat stosowany do oczyszczania rany. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 11.



**Wykres 11. Definicja antyseptyku w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

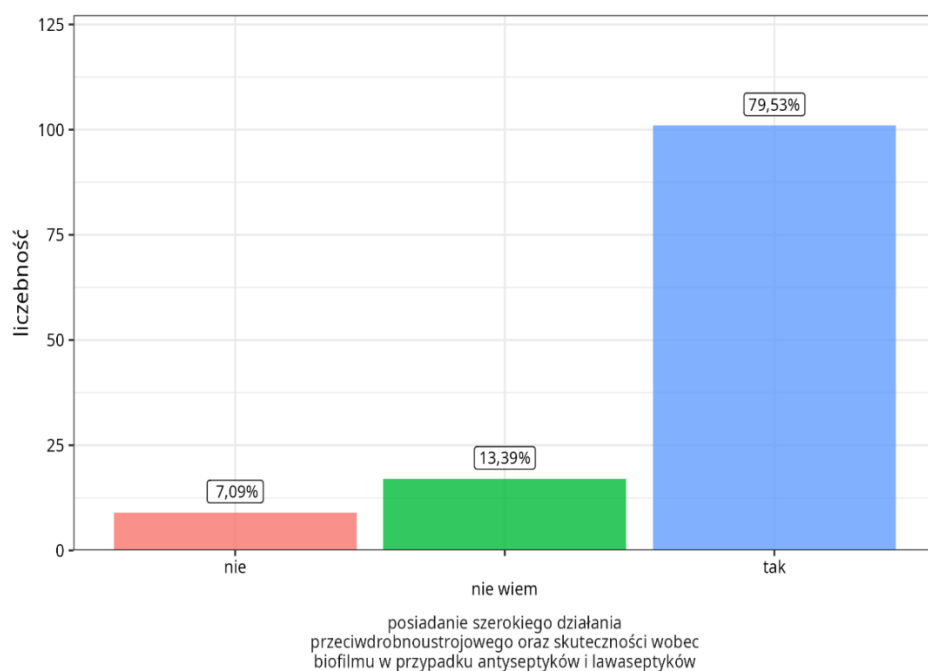
Konieczność stosowania antyseptyku w ranach zainfekowanych i zagrożonych infekcją zaznaczyło 73,23% respondentów. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 12.



**Wykres 12. Konieczność używania antyseptyku w ranach zainfekowanych i zagrożonych infekcją w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani (79,53%) uważali, że antyseptyki i lawaseptyki posiadają szerokie działania przeciwdrobnoustrojowe oraz są skuteczne wobec biofilmu. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) - Wykres 13.



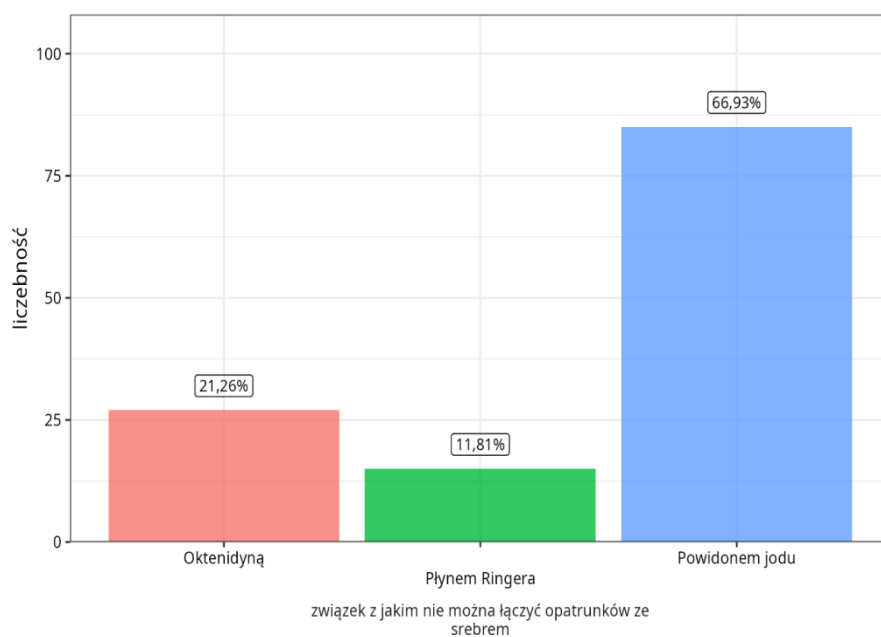
**Wykres 13. Posiadanie szerokiego działania przeciwdrobnoustrojowego oraz skuteczności wobec biofilmu w przypadku antyseptyków i lawaseptyków w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych (66,93%) uważała, że związkiem, z którym nie można łączyć opatrunków ze srebrem, jest powidon jodu. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 14.



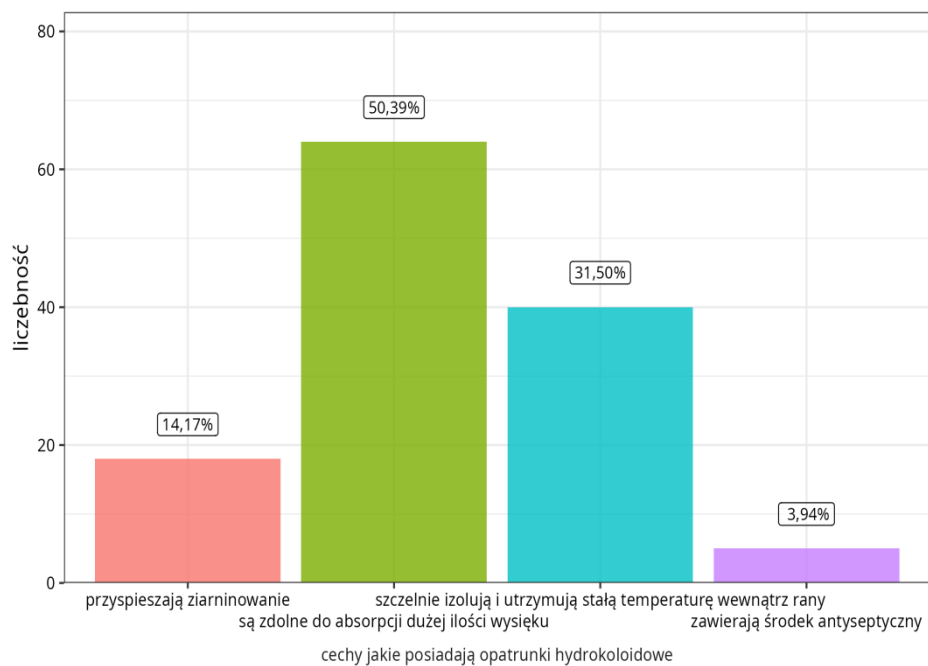
ANALIZA POZIOMU WIEDZY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO NA TEMAT RAN PRZEWLEKŁYCH I METOD ICH LECZENIA



**Wykres 14. Związek z jakim nie można łączyć opatrunków ze srebrem w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

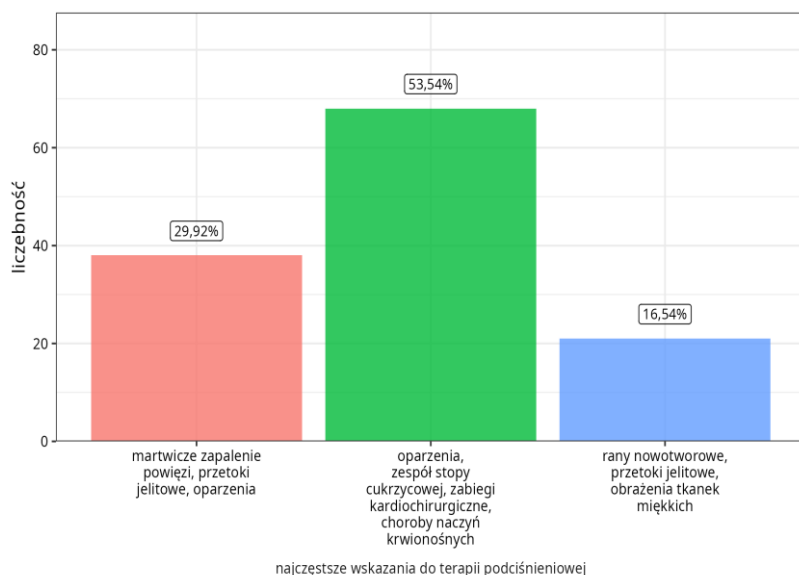
Mniejszość badanych (31,50%) wiedziała, że cechy, jakie posiadają opatrunki hydrokoloidowe, to szczelnie izolowanie i utrzymywanie stałej temperatury wewnątrz rany. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 15.



**Wykres 15. Cechy jakie posiadają opatrunki hydrokolooidowe w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

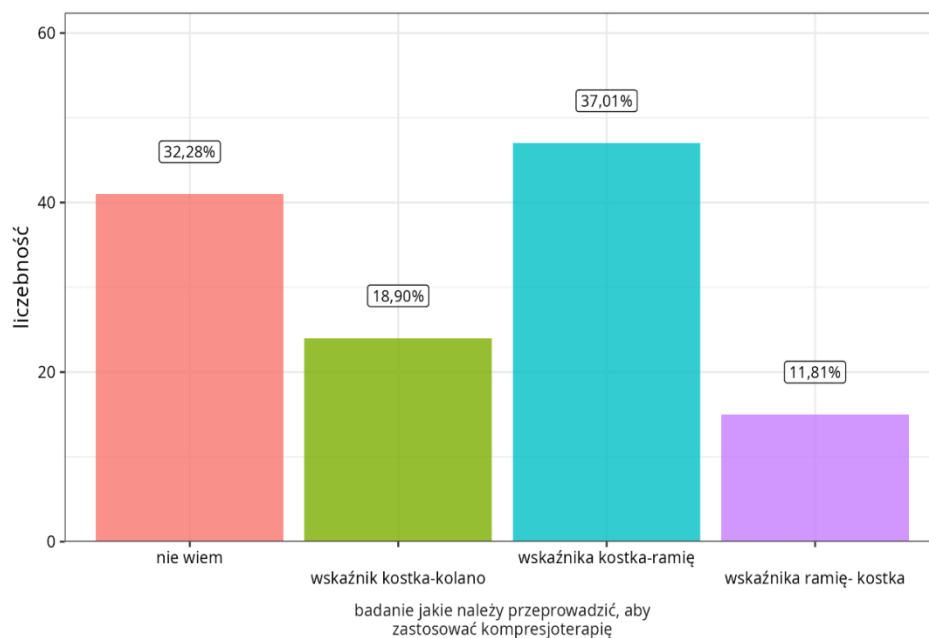
Źródło: Opracowanie własne

Większość badanych (53,54%) uznała, że najczęstszymi wskazaniami do terapii podciśnieniowej są oparzenia, zespół stopy cukrzycowej, zabiegi kardiochirurgiczne oraz choroby naczyń krwionośnych. Różnica była statystycznie istotna ( $p = 0,420$ ) – Wykres 16.



**Wykres 16. Najczęstsze wskazania do terapii podciśnieniowej w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

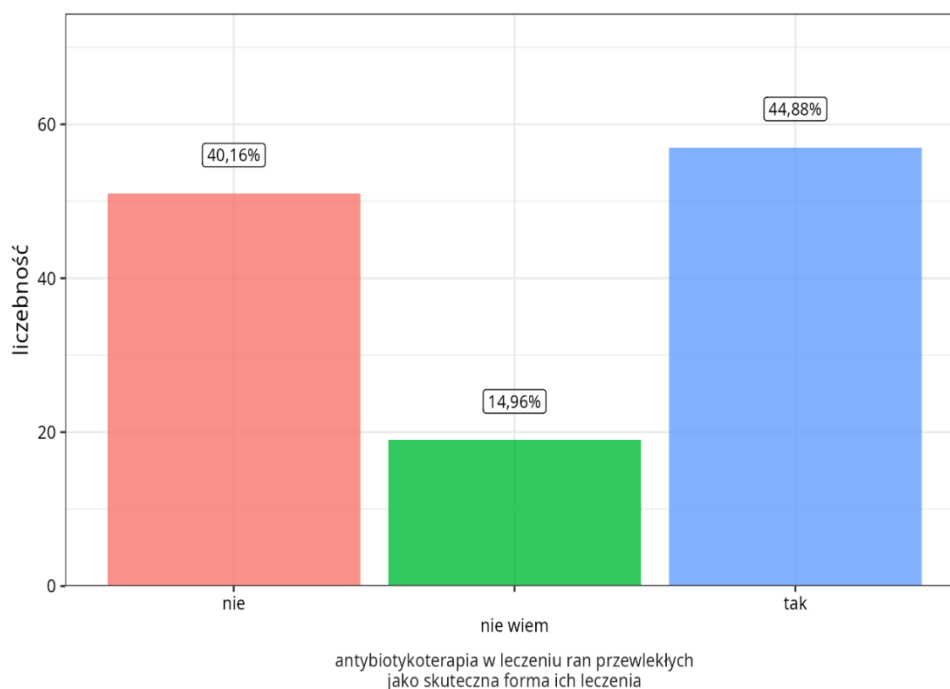
Ankietowani (37,01%) stwierdzili, że badaniem, które należy przeprowadzić, aby zastosować kompresjoterapię, jest wskaźnik kostka-ramię. Różnica była statystycznie istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ) – Wykres 17.



**Wykres 17. Badanie jakie należy przeprowadzić, aby zastosować kompresjoterapię w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

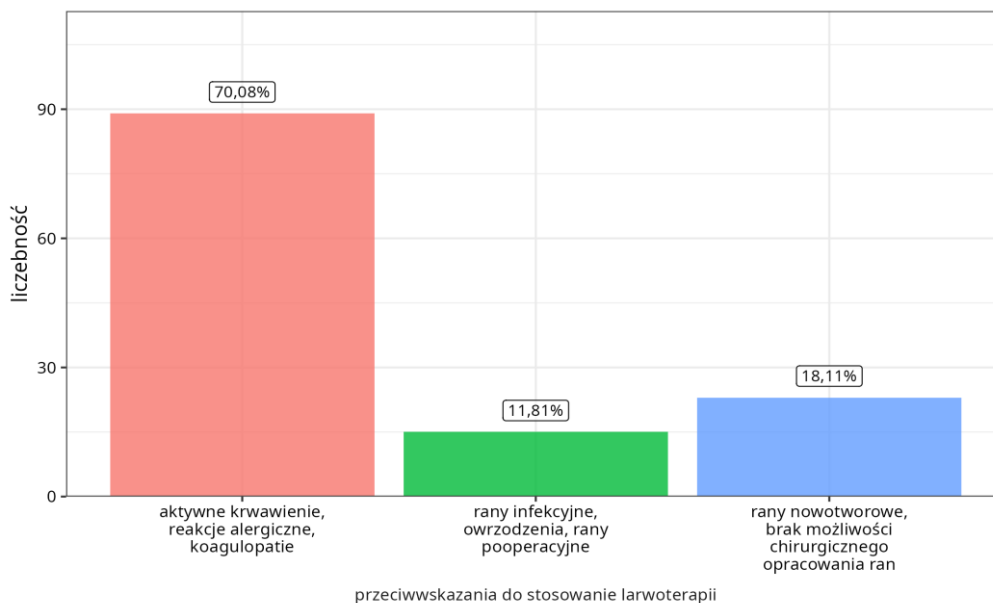
Badani uważali, że antybiotykoterapia w leczeniu ran przewlekłych jest nieefektywna (40,16%). Różnica była statystycznie istotna ( $p = 0,030$ ) – Wykres 18.



**Wykres 18. Antybiotykoterapia w leczeniu ran przewlekłych jako skuteczna forma ich leczenia w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

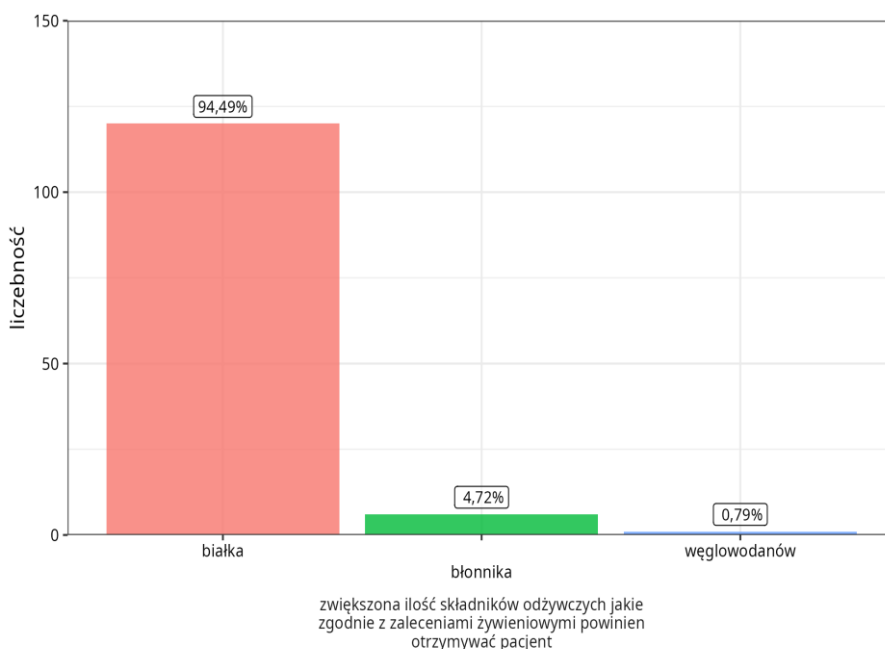
Respondenci odpowiedzieli, że przeciwwskazaniami do stosowania larwoterapii są: aktywne krwawienie, reakcje alergiczne, koagulopatie (70,08%). Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ ) – Wykres 19.



**Wykres 19. Przeciwwskazania do stosowanie larwoterapii w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

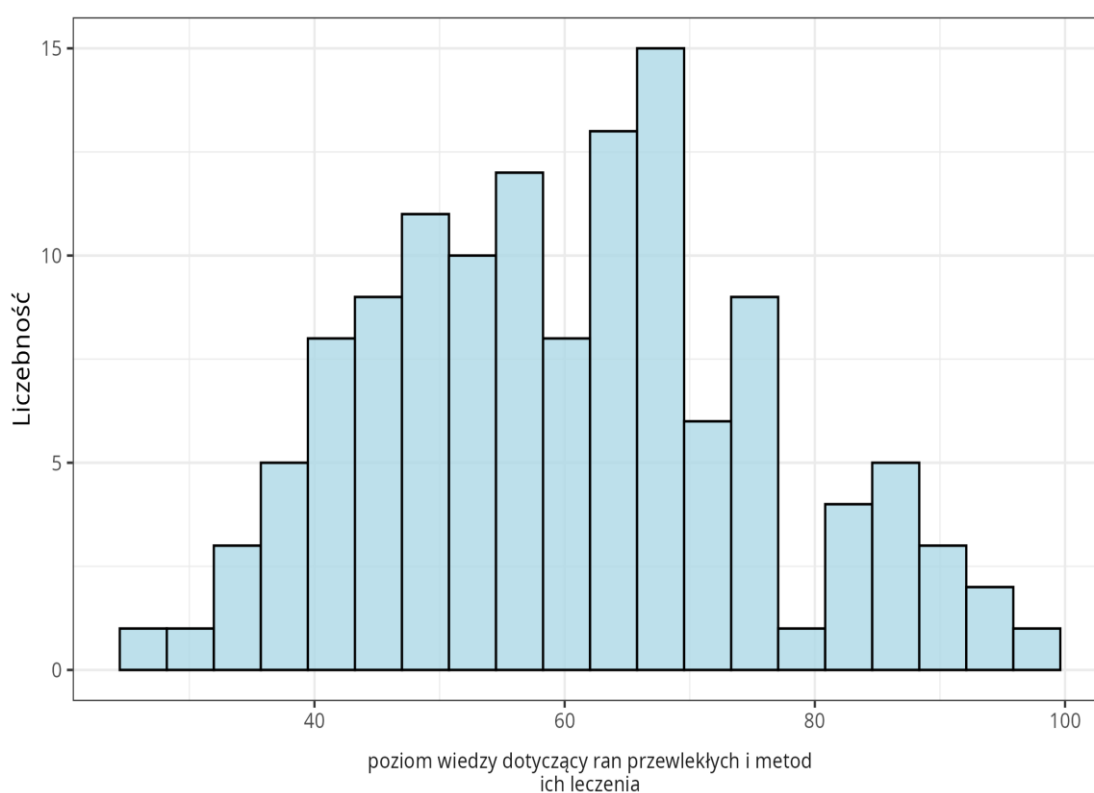
Źródło: Opracowanie własne

Znaczna większość badanych (94,49%) uważała, że zwiększona ilość składników odżywczych, jakie powinien otrzymywać pacjent to białka. Różnica była statystycznie istotna ( $p < 0,001$ )- Wykres 20.



**Wykres 20. Zwiększona ilość składników odżywczych jakie zgodnie z zaleceniami żywieniowymi powinien otrzymywać pacjent w przekonaniu badanego personelu pielęgniarskiego**

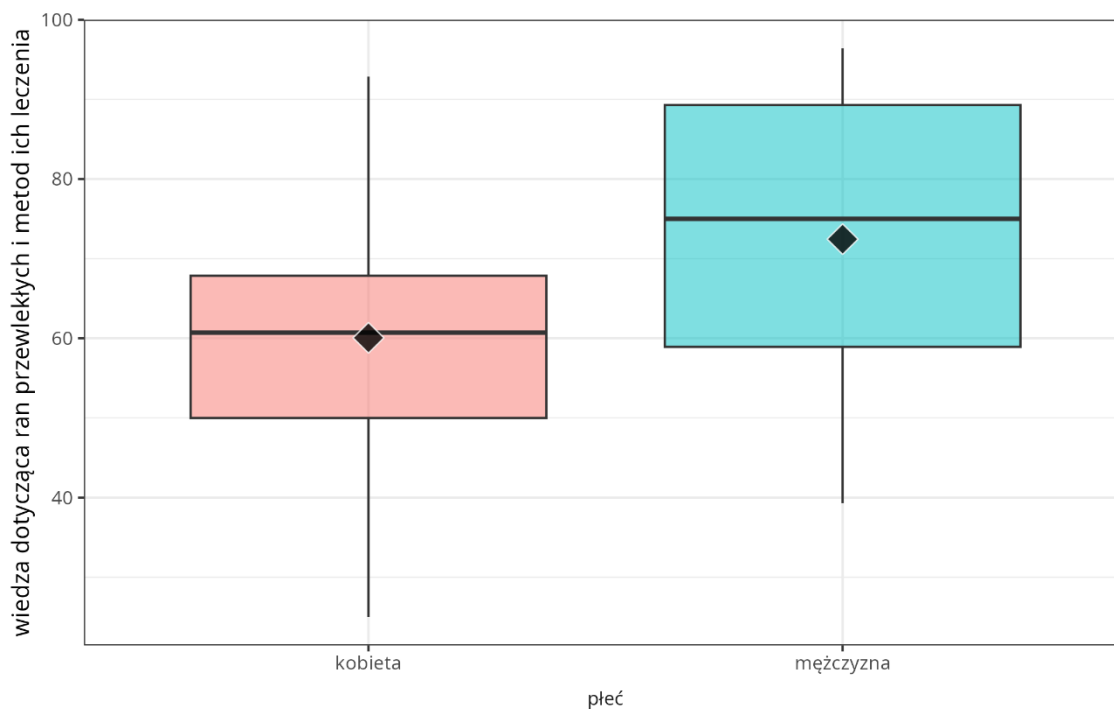
W badanej grupie przeciętny poziom wiedzy dotyczący ran przewlekłych i metod ich leczenia wynosił 60,74 ze standardowym odchyleniem 14,78. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 25,00 a 96,43. Przedział ufności dla średniej zawierał się między 58,15 a 63,34. Natomiast przeciętny poziom wiedzy dotyczącej ran przewlekłych i metod ich leczenia wśród członków personelu pielęgniarskiego był niższy od umiarkowanego. Test Shapiro-Wilka nie wykazał istotnych statystycznie różnic pomiędzy uzyskanym w badaniach rozkładem poziomu wiedzy dotyczącego ran przewlekłych i metod ich leczenia w grupie członków personelu pielęgniarskiego, a porównywanym z nim rozkładem normalnym ( $W = 0,986$ ;  $p = 0,231$ )- Wykres 21.



**Wykres 21. Poziom wiedzy dotyczący ran przewlekłych i metod ich leczenia u badanych członków personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

Test t wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotne zależności pomiędzy płcią, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $t(125) = -2,188$ ;  $p = 0,030$ ;  $d = 0,667$ ). Badane kobiety ( $M = 60,06$ ;  $SD = 14,07$ ) charakteryzował niższy poziom wiedzy niż mężczyźni ( $M = 72,45$ ;  $SD = 22,18$ ) – Wykres 22.



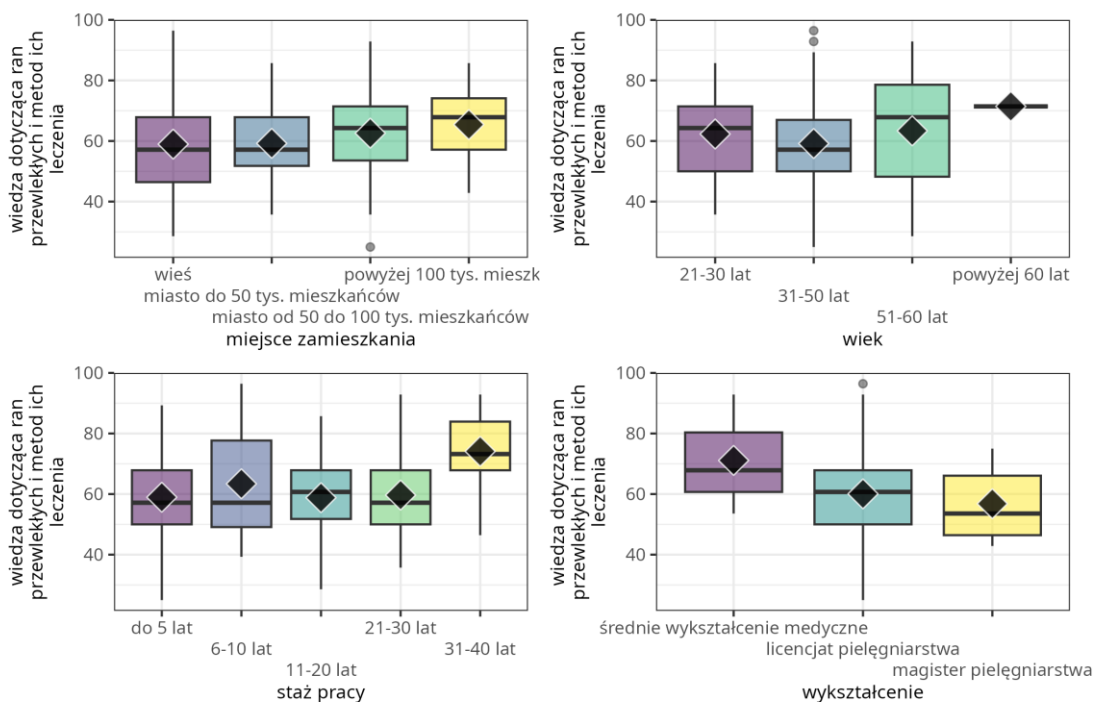
**Wykres 22. Zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia a płcią badanych członków personelu pielęgniarskiego**

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku miejsca zamieszkania, analizy wykazały słaby jego związek z wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $\gamma = 0,174$ ;  $p = 0,034$ ). Im liczniejsze miasto, tym wyższa wiedza respondentów.

Przeprowadzone analizy nie wykazały statystycznie istotnego związku między wiekiem ( $\gamma = 0,169$ ;  $p = 0,073$ ), stażem pracy, a wiedzą badanych ( $\gamma = 0,004$ ;  $p = 0,971$ ).

W przypadku wykształcenia, analizy wykazały umiarkowany jego związek z wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $\gamma = -0,309$ ;  $p = 0,018$ ). Im wyższy poziom wykształcenia, tym niższa wiedza ankietowanych – Wykres 23.



**Wykres 23. Zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi**

Źródło: Opracowanie własne

Test U nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy pracą na Oddziale Zabiegowym, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 1638,000$ ;  $p = 1,000$ ;  $\varepsilon^2 = 0,000$ ). Badane osoby, które nie pracują na tym oddziale ( $M = 60,75$ ;  $SD = 14,92$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższą wiedzą niż te, które pracują ( $M = 60,71$ ;  $SD = 14,61$ ).

Wykonany test nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy Oddziałem Chorób Wewnętrznych, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 1281,500$ ;  $p = 0,102$ ;  $\varepsilon^2 = 0,021$ ). Badane osoby nie pracujące na wspomnianym oddziale ( $M = 59,37$ ;  $SD = 14,02$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższą wiedzą niż osoby pracujące w nim ( $M = 64,50$ ;  $SD = 16,31$ ).

Przeprowadzony test U Manna-Whitneya nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy pracą na Oddziale Pediatrycznym, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 602,000$ ;  $p =$



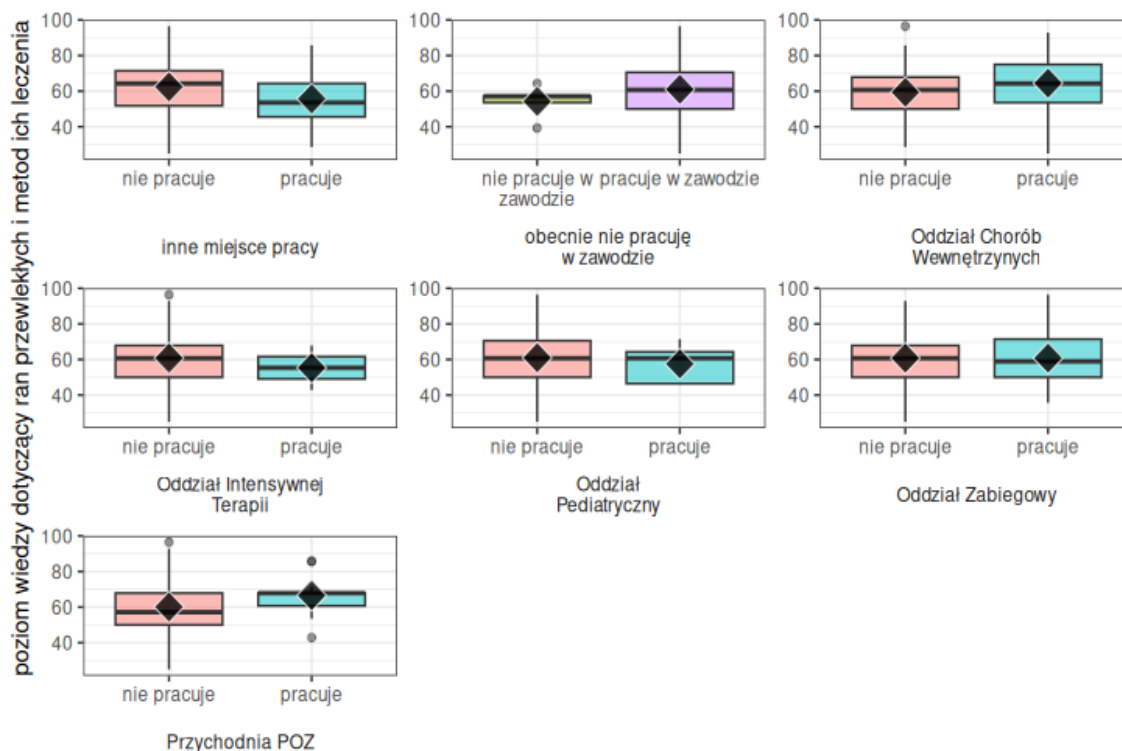
0,506;  $\varepsilon^2 = 0,004$ ). Badane osoby, które nie pracują na Oddziale Pediatrycznym ( $M = 60,99$ ;  $SD = 15,10$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższą wiedzą osoby pracujące ( $M = 57,54$ ;  $SD = 9,69$ ).

Przeprowadzony test U Manna - Whitneya nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy Przychodnią POZ, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 528,500$ ;  $p = 0,091$ ;  $\varepsilon^2 = 0,023$ ). Badane osoby niepracujące w przychodni ( $M = 60,09$ ;  $SD = 15,01$ ) charakteryzował statystycznie nieistotnie niższy poziom wiedzy niż osoby pracujące ( $M = 66,48$ ;  $SD = 11,44$ ).

Wykonany test nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy Oddziałem Intensywnej Terapii, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 149,500$ ;  $p = 0,641$ ;  $\varepsilon^2 = 0,002$ ). Badane osoby, które nie pracują na OIT ( $M = 60,83$ ;  $SD = 14,79$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższą wiedzą niż osoby, które pracują na OIT ( $M = 55,36$ ;  $SD = 17,68$ ).

Wykonany test wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotne, małe zależności pomiędzy innym miejscem pracy, a wiedzą ( $U = 1940,000$ ;  $p = 0,019$ ;  $\varepsilon^2 = 0,043$ ). Badane osoby, które nie pracują w innych niż wymienione miejscach pracy ( $M = 62,44$ ;  $SD = 14,45$ ) charakteryzowała wyższa wiedza niż osoby, które pracują w innych miejscach niż wymienione ( $M = 55,69$ ;  $SD = 14,79$ ).

Test U nie wykazał statystycznie istotnych zależności pomiędzy pracą w zawodzie ,a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $U = 389,500$ ;  $p = 0,296$ ;  $\varepsilon^2 = 0,009$ ). Badane osoby, które pracują w zawodzie ( $M = 61,01$ ;  $SD = 14,93$ ), charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższą wiedzą niż osoby, które nie pracowały w zawodzie ( $M = 54,29$ ;  $SD = 9,24$ ).



**Wykres 24. Zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia a oddziałem na jakim pracują badani członkowie personelu pielęgniarskiego**

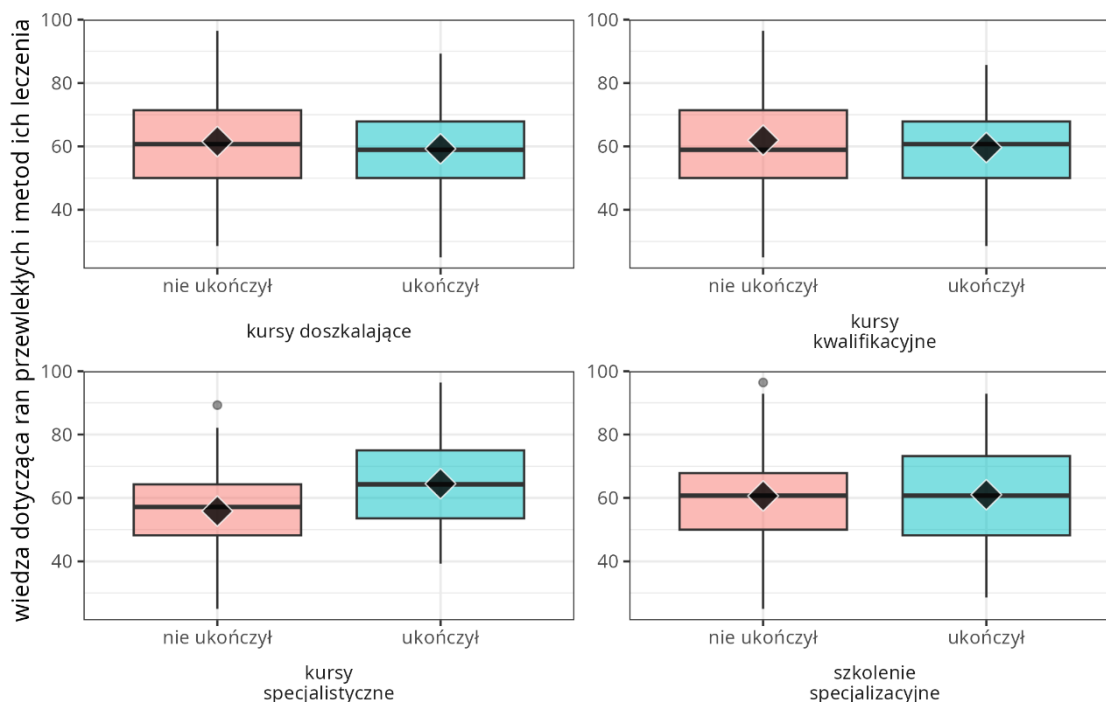
Źródło: Opracowanie własne

Test t nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy szkoleniem specjalizacyjnym, a wiedzą ( $t(125) = -0,130$ ;  $p = 0,897$ ;  $d = 0,026$ ). Badane osoby, które nie ukończyły szkolenia ( $M = 60,64$ ;  $SD = 14,60$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie niższą wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia niż te, które ukończyły szkolenie ( $M = 61,02$ ;  $SD = 15,46$ ).

Przeprowadzony test t nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy kursami kwalifikacyjnymi, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $t(125) = 0,881$ ;  $p = 0,380$ ;  $d = 0,156$ ). Badane osoby, które nie ukończyły kursów ( $M = 61,96$ ;  $SD = 16,46$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższą wiedzą niż osoby, które ukończyły kursy ( $M = 59,65$ ;  $SD = 13,12$ ).

Test t wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotne, umiarkowane zależności pomiędzy kursami specjalistycznymi, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia ( $t(125) = -3,399$ ;  $p = 0,001$ ;  $d = 0,613$ ). Badane osoby, które nie ukończyły kursów ( $M = 55,84$ ;  $SD = 13,40$ ), charakteryzowały się niższą wiedzą niż osoby, które ukończyły kursy ( $M = 64,48$ ;  $SD = 14,77$ ).

Wykonany test t Studenta nie wykazał w grupie członków personelu pielęgniarskiego statystycznie istotnych zależności pomiędzy kursami doszkalającymi, a wiedzą ( $t(125) = 0,826$ ;  $p = 0,410$ ;  $d = 0,158$ ). Badane osoby, które nie ukończyły kursów ( $M = 61,53$ ;  $SD = 15,51$ ) charakteryzowały się statystycznie nieistotnie wyższym poziomem wiedzy dotyczącym ran przewlekłych i metod ich leczenia niż osoby, które ukończyły kursy ( $M = 59,25$ ;  $SD = 13,33$ ) - Wykres 25.

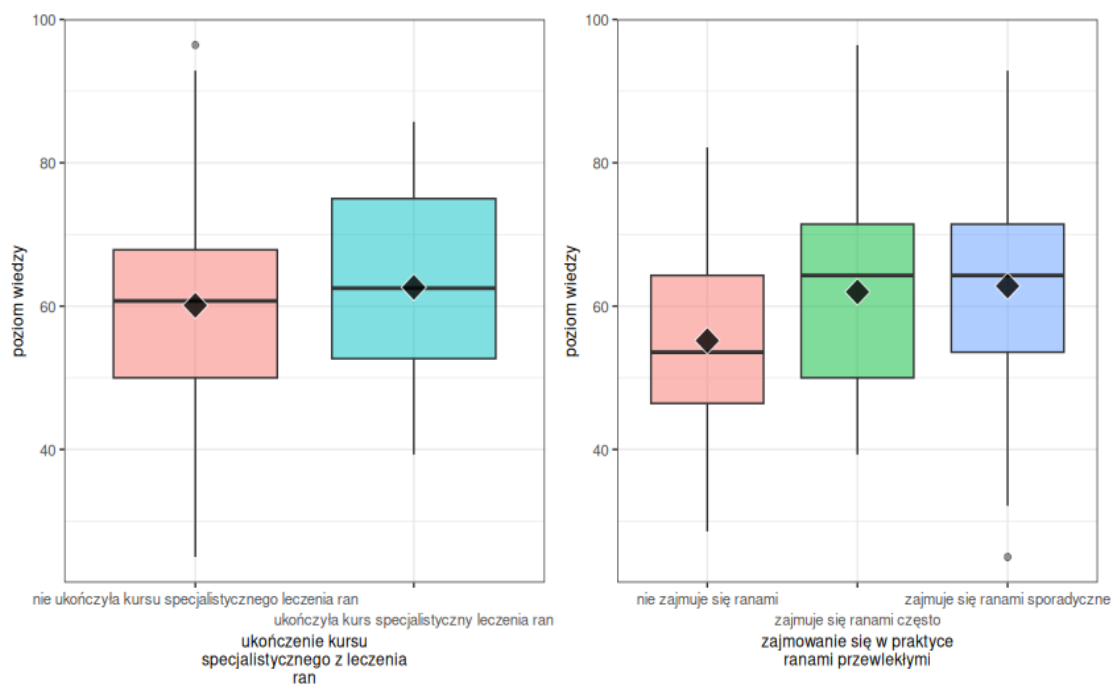


**Wykres 25. Zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia a ukończonymi kursami podyplomowymi przez badanych członków personelu pielęgniarstwa**

Źródło: Opracowanie własne

Zależność pomiędzy ukończeniem kursu specjalistycznego z leczenia ran, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia w badanej grupie personelu pielęgniarskiego wyglądała następująco: wyższy poziom wiedzy charakteryzował osoby, które ukończyły kurs specjalistyczny leczenia ran ( $M = 62,61$ ;  $SD = 13,49$ ) niż osoby, które nie ukończyły kursu specjalistycznego leczenia ran ( $M = 60,11$ ;  $SD = 15,20$ ). Przeprowadzona ANOVA nie wykazała jednak, aby powyższe różnice w grupie członków personelu pielęgniarskiego były statystycznie istotne ( $F(1, 125) = 0,683$ ;  $p = 0,410$ ;  $\eta^2 = 0,005$ ).

Zależność pomiędzy zajmowaniem się w praktyce ranami przewlekłymi, a poziom wiedzy w badanej próbie członkowie personelu pielęgniarskiego wyglądał następująco: najwyższy poziom wiedzy charakteryzował osoby zajmujące się ranami sporadyczne ( $M = 62,80$ ;  $SD = 15,11$ ), zajmujące się ranami często ( $M = 61,98$ ;  $SD = 14,94$ ), najmniejszy poziom osiągnęły osoby nie zajmujące się ranami w praktyce ( $M = 55,18$ ;  $SD = 12,81$ ). Wykonana analiza wariancji nie wykazała jednak, aby powyższe różnice były statystycznie istotne ( $F(2, 124) = 3,028$ ;  $p = 0,052$ ;  $\eta^2 = 0,047$ ) – Wykres 26.



**Wykres 26. Zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia a stycznością z ranami przewlekłymi w pracy**

Źródło: Opracowanie własne

## DYSKUSJA

Personel pielęgniarski jako samodzielny zawód ma coraz większe kompetencje, aby móc realizować świadczenia zdrowotne jakim jest leczenie ran przewlekłych. Znajomość nowoczesnych metod leczenia korzystnie wpływa na proces gojenia się ran, a także na mniejsze koszty leczenia. Z badań własnych wynika, że wiedza ponad połowy badanego personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia była niedostateczna. Większość badanych (61,42%) wiedziała, że czas utrzymywania się rany przewlekłej wynosił 6 tygodni. Różnica była statystycznie istotna ( $p = 0,010$ ). Wyniki te wskazują, że staż pracy oraz inne zmiany demograficzne nie wpływają na stan wiedzy personelu pielęgniarskiego odnośnie

leczenia ran. Podobnie kształtują się wyniki badań zaprezentowane przez Woda Ł. [ 5], a także w badaniach Michalskiej N. [6].

Wyniki badań własnych pokazały, że personel pielęgniarski po kursie leczenia ran miał większą wiedzę w tym aspekcie. Badania przeprowadzone przez Rogowską K., oraz Rychlewską M. także potwierdzają założenie, że wykształcenie nie ma istotnego znaczenia na poziomie wiedzy personelu pielęgniarskiego [7].

W wyniku analizy badań własnych zaobserwowano istotne zależności między wykształceniem, a poziomem wiedzy na temat ran przewlekłych. W powyższych badaniach zwrócono uwagę na fakt, że pielęgniarki pracujące na oddziałach internistycznych, geriatrycznych, chirurgii charakteryzowały się wyższym stopniem wiedzy od pielęgniarek pracujących w innych placówkach.

Badania własne wykazały, że miejsce pracy personelu pielęgniarskiego nie wpływa na ich stan wiedzy o leczeniu ran przewlekłych.

Bazaliński i wsp. dowiedli, że poziom wiedzy badanego personelu był niezadowalający w zestawieniu z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Leczenia, a ukończenie kursu specjalistycznego leczenia ran w dużym stopniu rzutowało na stan wiedzy badanych [8].

Wyniki badań własnych pokazały, że najwyższym poziomem wiedzy wyróżniał się personel pielęgniarski pracujący na co dzień z trudno gojącymi się ranami, a miejsce pracy nie wpływało na stan wiedzy, wykazano różnicę pomiędzy płcią, a wiedzą. Badane kobiety charakteryzował niższy poziom wiedzy niż mężczyźni.

Praca autorstwa Kielo-Viljamaa E. i wsp. dowiedli, że istnieje potrzeba kontynuowania kształcenia personelu pielęgniarskiego w zakresie ran przewlekłych [9].

## WNIOSKI

1. Personel pielęgniarski posiada przeciętny poziom wiedzy dotyczący ran przewlekłych i metod ich leczenia.
2. Zmienne socjodemograficzne częściowo mają wpływ na poziom wiedzy badanych. Osoby z większym wykształceniem wykazały niższą wiedzę odnośnie ran przewlekłych i metod ich leczenia.
3. W grupie członków personelu pielęgniarskiego wykazano umiarkowane zależności pomiędzy płcią, a wiedzą dotyczącą ran przewlekłych i metod ich leczenia. Badane kobiety charakteryzował niższy poziom wiedzy dotyczącej ran przewlekłych i metod ich leczenia niż mężczyźni.

4. Większość badanych wiedziała, że czas utrzymywania się rany przewlekłej wynosił 6 tygodni. Ankietowani posiadają wystarczający poziom wiedzy odnośnie rodzaju i lokalizacji ran przewlekłych,
5. Badani posiadają wysoki poziom wiedzy odnośnie negatywnego wpływu czynników miejscowych i ogólnoustrojowych na proces gojenia się ran.
6. Personel pielęgniarski posiada niską wiedzę na temat faz gojenia się ran przewlekłych. Tylko mniejszość ankietowanych umiała wskazać prawidłowo fazy gojenia.
7. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat opatrunków specjalistycznych jest zróżnicowana. Większość badanych ma wysoką wiedzę jaki powinien być idealny opatrunek oraz których opatrunków nie można łączyć ze sobą. Niski poziom wiedzy badani wykazali odnośnie opatrunków hydrokolidowych i właściwości jakie posiadają.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ścisło L.: Pielęgniarstwo chirurgiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
2. Wallner G., Banasiewicz T.: Chirurgia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
3. Bartoszewicz M., Banasiewicz T., Bielecki K. i wsp.: Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach/owrzodzeniach przewlekłych objętych procesem infekcji. Forum Zakażeń 2019;10(1):1-30.
4. Sopata M., Jawień A., Mrozikiewicz-Rakowska B. i wsp.: Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran . Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran; Leczenie Ran 2020;17(1):1-21.
5. Woda Ł., Fórmankiewicz B., Szewczyk M. i wsp.: Proces gojenia się ran przewlekłych. Leczenie ran przewlekłych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
6. Michalska N, Kobos E.M.: Knowledge on the use of dressings in the treatment of pressure ulcers among long-term care and social home care nurses. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2020; 5(1): 69-80.
7. Rogowska K, Rychlewska M.: Wpływ kształtowania podyplomowego na rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek opieki długoterminowej. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2019;4(3):43-58.
8. Bazaliński D., Zmora M., Przybek-Mita J. i wsp.: Przygotowanie pielęgniarki do opieki nad pacjentem z przewlekłą raną odleżynową z uwzględnieniem rodzaju ich kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (1):

13-19.

9. Kiello-Viljamaa E., Suhonen R., Ahtiala M. et al.: The development and testing of the C/WoundComp instrument for assessing chronic wound-care competence in student nurses and podiatrists. *Int Wound J.* 2021; 18(1): 6–78.

## ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PEDIATRYCZNYM Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ

---

**Kacper Szewczyk<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

- 1. Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
- 2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

Astma oskrzelowa, będąca przewlekłą chorobą zapalną układu oddechowego, jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, dotycząca miliony dzieci na całym świecie. Objawia się ona nawracającymi epizodami duszności, świszczącym oddechem i kaszlem, które są spowodowane nadreaktywnością i obrzękiem dróg oddechowych. Zarządzanie astmą u dzieci stanowi istotne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki, jako kluczowi pracownicy służby zdrowia, odgrywają niezwykle ważną rolę w tym procesie. Często to właśnie one są pierwszym punktem kontaktu dla pacjentów i ich rodzin. Ich zadania nie ograniczają się jedynie do bezpośredniej opieki nad pacjentem, ale również pełnią rolę edukatorów, przekazując pacjentom i ich rodzinom niezbędne informacje na temat choroby. Edukacja ta obejmuje naukę o rozpoznawaniu i monitorowaniu objawów, stosowaniu leków, a także o tym, jak unikać czynników wywołujących ataki astmy.

Ponadto, pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w koordynacji opieki między różnymi specjalistami i służbami zdrowia, co jest niezbędne dla skutecznego zarządzania przewlekłą chorobą, jaką jest astma. W związku z tym, pielęgniarki muszą posiadać aktualną wiedzę na temat najnowszych wytycznych dotyczących leczenia astmy, aby móc świadczyć opiekę na najwyższym poziomie.

### Definicja astmy oskrzelowej

Astma oskrzelowa jest stosunkowo dobrze znaną chorobą, choć nie ma jednej, uniwersalnej definicji. Według Światowej Inicjatywy na Rzecz Zwalczenia Astmy (GINA), astma jest definiowana jako przewlekłe zapalenie dróg oddechowych, w którym wiele



różnych typów komórek i ich elementów odgrywa istotną rolę. To przewlekłe zapalenie jest związane z nadreaktywnością dróg oddechowych i może prowadzić do nawracających objawów, takich jak świszczący oddech, problemy z oddychaniem, ucisk w klatce piersiowej i kaszel, zwłaszcza w nocy lub rano. Te problemy są najczęściej związane z powszechnym, ale różnym zaburzeniem przepływu powietrza w płucach, które jest często odwracalne samoistnie lub za pomocą leczenia [1].

Obecnie obowiązująca (2023) definicja astmy brzmi następująco: „Astma jest niejednorodną chorobą, zwykle charakteryzującą się przewlekłym stanem zapalnym. Jest definiowana przez historię objawów oddechowych, takich jak świszczący oddech, duszność, ucisk w klatce piersiowej i kaszel, które zmieniają się w czasie i nasileniu, wraz ze zmiennym ograniczeniem przepływu powietrza”[1].

### **Objawy astmy oskrzelowej u dzieci**

Objawy astmy u dzieci są bardzo podobne jak u dorosłych. Charakteryzują się nawracającymi epizodami świszczącego oddechu, dusznościami, uczuciem ucisku w klatce piersiowej i kaszlem. Nasilenie duszności może być różne - od łagodnej do bardzo ciężkiej, a także może występować zarówno w okresach zaostrzeń, jak i w okresach remisji choroby [2].

Kaszel jest jednym z głównych objawów astmy oskrzelowej i może występować zarówno podczas zaostrzeń choroby, jak i w okresach stabilnej kontroli. Kaszel w astmie oskrzelowej jest zazwyczaj suchy, drażniący, zazwyczaj bez płwociny [1, 2].

Świszczący oddech może być jednym z objawów towarzyszących trudnościom w oddychaniu. Podczas ataku astmy, gdy drogi oddechowe są zwężone, wydychanie powietrza jest trudniejsze niż jego wdychanie. W takich momentach wydech staje się znacznie dłuższy, ponieważ powietrze musi przejść przez zwężone drogi oddechowe, co może skutkować charakterystycznymi świszczącymi dźwiękami [1, 2]

Duszność w astmie oskrzelowej jest odczuciem subiektywnym i może być różnie opisana przez pacjentów, ale często jest opisywana jako uczucie duszenia się, trudności w oddychaniu, uczucie ucisku w klatce piersiowej lub uczucie "braku powietrza"[1, 2].

### **Etiologia astmy oskrzelowej**

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, której podłożem są różnorodne czynniki genetyczne i środowiskowe. Analiza tych aspektów może dostarczyć cennych wskazówek dotyczących prewencji, leczenia i zarządzania chorobą.

Czynniki środowiskowe to czynniki które do pewnego stopnia są modyfikowalne co pozwala ograniczyć ryzyko wystąpienia i rozwoju astmy [2].

Do modyfikowalnych czynników środowiskowych zalicza się między innymi ekspozycję na:

- Palenie tytoniu
- Zanieczyszczenie powietrza
- Zanieczyszczenia domowe takie jak pleśń, kurz,
- Uczulenia
- Stres [2].

Jednym z czynników środowiskowych które wpływają na rozwój astmy, jest palenie tytoniu. Kobiety palące tytoń, będące w ciąży jak i po, narażają na ryzyko wystąpienia astmy, nie tylko siebie, ale również swoje dzieci. Stwierdzono, że kontakt z dymem tytoniowym na zasadzie biernej inhalacji ma związek z pojawieniem się astmy u dzieci i młodzieży. Badania wykazały, że doświadczenie biernej inhalacji dymu tytoniowego w okresie dzieciństwa może prowadzić do podwyższonego ryzyka wystąpienia astmy w późniejszym, dorosłym życiu [2].

Kolejnym czynnikiem silnie wpływającym na rozwój astmy jest zanieczyszczone powietrze na które narażane są dzieci. Ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza, takie jak pyły zawieszone (PM<sub>2,5</sub>) i dwutlenek azotu (NO<sub>2</sub>), jest bezpośrednio powiązana z symptomami astmy u dzieci. Wykazano, że próby filtrowania powietrza w domach, są skuteczne i obniżają ryzyko wystąpienia i rozwoju astmy. Zanieczyszczone powietrze wpływa również na zaniżone przyswajanie witaminy D oraz kwasu foliowego, których ubytek może przyczyniać się do zachorowań na astmę wśród dzieci [2].

Czynniki genetyczne które wpływają na rozwój astmy są skomplikowane i nie do końca poznane. W trakcie badań prowadzonych na bliźniakach, wykazano, że jeżeli jedno dziecko jest chore na astmę, ryzyko, że drugie również zachoruje, wynosi 35%-70%. Do dziś prowadzone są badania, dzięki którym poznajemy co raz więcej genów wpływających na ryzyko wystąpienia astmy [2].

### **Klasyfikacja astmy oskrzelowej**

Klasyfikacja astmy oskrzelowej u dzieci jest istotnym elementem w podjęciu leczenia astmy u dzieci, ponieważ umożliwia to określenie stopnia choroby oraz odpowiednie dostosowanie terapii. Wśród dzieci możemy sklasyfikować poniższe jednostki [1]:

- Astma alergiczna
- Astma niealergiczna
- Astma indukowana wysiłkiem [1].

Astma alergiczna jest bardzo często występującym typem astmy, który jest spowodowany przez reakcje alergiczne na różnorodne alergeny. Alergeny mogą obejmować pyłki roślin, sierść zwierząt, roztocza kurzu domowego, pleśnie, a także cząsteczki pokarmu lub chemikalia. Kiedy osoba podatna na alergen naraża się na jego działanie, jej system immunologiczny reaguje w sposób przesadzony, co prowadzi do skurczów mięśni gładkich w drogach oddechowych, zapalenia błony śluzowej oraz zwiększonej produkcji śluzu. Te reakcje skutkują typowymi objawami astmy, takimi jak duszność, kaszel, świszczący oddech i uczucie ucisku w klatce piersiowej [1, 3].

Astma niealergiczna, nazywana również astmą nieatopową, w przeciwieństwie do astmy alergicznej, gdzie występuje jasna zależność między ekspozycją na alergeny a wystąpieniem objawów, astma niealergiczna może być spowodowana przez różnorodne czynniki. W przypadku tej astmy, dzieci narażone na palenie bierne, są w szczególności narażone na wystąpienie objawów astmy. Matki palące w ciąży są również inhibitorem powodującym wystąpienie tego typu astmy wśród dzieci [2, 3].

Astma indukowana wysiłkiem, inaczej zwana astmą wysiłkową, to specyficzny typ astmy, który charakteryzuje się występowaniem objawów takich jak duszność, kaszel, świszczący oddech i/lub uczucie ucisku w klatce piersiowej podczas lub po intensywnej aktywności fizycznej. Objawy te mogą pojawić się w ciągu kilku minut od rozpoczęcia wysiłku fizycznego i zazwyczaj osiągają swój szczyt w ciągu pierwszych 5-10 minut ćwiczeń. Przyczyną astmy wysiłkowej jest nadmierna reakcja dróg oddechowych na aktywność fizyczną, co prowadzi do skurczu mięśni gładkich w oskrzelach oraz zapalenia błony śluzowej. Czynniki ryzyka, które mogą zwiększać skłonność do jej występowania, to między innymi niska temperatura i suche lub zimne powietrze, wysiłek w warunkach wysokiej wilgotności, zanieczyszczenie powietrza oraz pewne czynniki emocjonalne, takie jak stres [1, 3].

### **Diagnostyka astmy oskrzelowej**

Diagnozowanie astmy oskrzelowej u dzieci stanowi duże wyzwanie. Objawy chorobowe ze strony układu oddechowego są powszechne w tej grupie wiekowej, często

niespecyficzne i mogą wynikać z epizodów wirusowych infekcji dróg oddechowych. Niektóre z tych objawów mogą być przedłużone i wykazywać podobieństwo do objawów astmy [4].

Błędna diagnoza u dzieci jest częstym zjawiskiem, co ma istotne konsekwencje. Według badań, stwierdza się coraz większą ilość błędnie postawionych diagnoz pozytywnych. Nadmierne korzystanie z glikokortykosteroidów w leczeniu astmy może wpłynąć na powstanie zespołu Cushinga. Dlatego tak ważne jest dokładne postawienie diagnozy astmy oskrzelowej [4].

Jednym z nowszych narzędzi służących do podjęcia diagnozy astmy oskrzelowej wśród dzieci jest Asthma Predictive Index (API). API składa się z zestawu kryteriów diagnostycznych, które obejmują różne czynniki ryzyka i cechy kliniczne. W zależności od wieku dziecka, kryteria te mogą różnić się, ale zazwyczaj obejmują takie czynniki jak: [5]

- Historia kliniczna: Istnieją pewne objawy, które mogą wskazywać na zwiększone ryzyko rozwoju astmy, takie jak nawracający kaszel, duszność, przewlekły nieżyt nosa, czy nawracające zapalenia oskrzeli [5].
- Historia rodzinna: Istnienie astmy lub innych chorób alergicznych u najbliższych krewnych, szczególnie rodziców, może zwiększać ryzyko wystąpienia astmy u dziecka [5].
- Czynniki środowiskowe: Narażenie na czynniki drażniące lub alergenów w domu, takie jak dym tytoniowy, zanieczyszczenia powietrza, czy roztocza kurzu, może zwiększać ryzyko rozwoju astmy [5].

Tabela 1. Asthma Predictive Index [5]

1. Pacjent musi mieć w wywiadzie 4 epizody świszczącego oddechu z 1 epizodem zdiagnozowanym przez lekarza.	
2. Pacjent musi spełniać 1 z kryteriów głównych lub 2 z kryteriów drugorzędnych.	
Kryteria główne	Kryteria drugorzędne
Historia astmy w rodzinie	Alergiczny nieżyt nosa zdiagnozowany przez lekarza
Atopowe zapalenie skóry zdiagnozowane przez lekarza	Świszczący oddech niezwiązany z przeziębieniem
	Eozynofile we krwi 4%

Do diagnozowania astmy wśród dzieci wykorzystuje się również spirometr. Spirometr to kluczowe urządzenie diagnostyczne stosowane do oceny funkcji płuc u dzieci, u których podejrzewa się astmę. Jest to urządzenie, które mierzy ilość powietrza, które dziecko jest w stanie wydychać z płuc, a także szybkość, z jaką powietrze przepływa podczas wydechu. Ten test, nazywany spirometrią i jest niezbędny w procesie diagnozowania astmy u dzieci.

Spirometria pozwala na pomiar objętości i przepływu powietrza podczas wydechu i wdechu, co jest często przedstawiane jako „pętla przepływ-objętość”. Jest to wykres przepływu powietrza w stosunku do objętości, rejestrowany podczas wymuszonego wydechu. Żeby wyniki badania były wiarygodne wymagane jest wykonanie maksymalnego, wymuszonego wydechu. Tylko przy maksymalnym wysiłku osiągnięta jest dynamiczna kompresja dróg oddechowych, a przepływ powietrza odzwierciedla podstawową funkcję płuc i fizjologię. Górna część wydechowej pętli przepływ-objętość zależy od mięśni oddechowych, podczas gdy dolna część jest w dużej mierze niezależna od wysiłku - to właściwości sprężystego odrzutu płuc determinują przepływ powietrza. Wykonanie spirometrii u dzieci wymaga dużej współpracy; zaangażowanie i technika są wymagane od dziecka, aby uzyskać dane spirometryczne, które rzeczywiście odzwierciedlają podstawową czynność płuc i stan zdrowia [5].

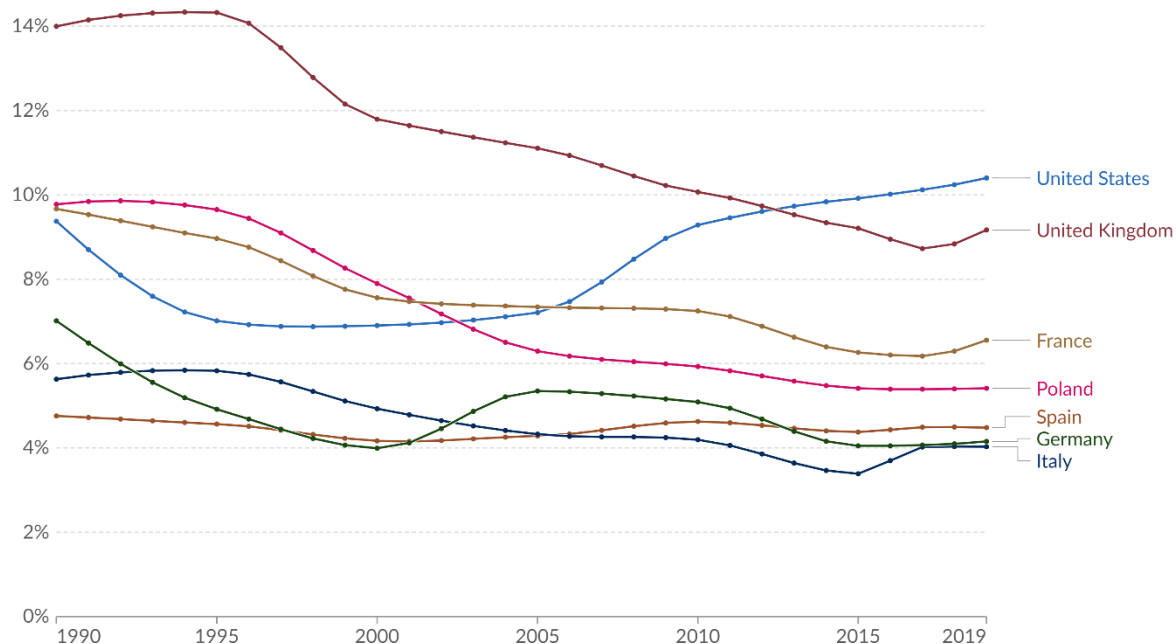
## Epidemiologia astmy oskrzelowej

Rozpoczęcie badań nad epidemiologią astmy u dzieci to istotny etap w celu zrozumienia, jak ta choroba rozprzestrzenia się wśród najmłodszych. Badanie epidemiologiczne jest kluczowe nie tylko do identyfikacji czynników ryzyka, ale także do opracowania efektywnych strategii prewencji i leczenia [1].

Astma pojawia się we wszystkich grupach wiekowych dzieci, ale jest słabo zrozumiana u dzieci poniżej 5 lat. W grupie wiekowej do 5 lat, ataki astmy często występują razem z infekcją górnych dróg oddechowych. Astma jest powszechnym schorzeniem, z którym boryka się blisko 300 milionów ludzi na całym świecie. Prognozy wskazują, że do 2025 roku liczba ta może wzrosnąć o dodatkowe 100 milionów. Chociaż śmiertelność związana z astmą jest stosunkowo niska, szczególnie w krajach zamożnych, to jednak ze względu na utracone lata życia spowodowane niepełnosprawnością, astma zajmuje 16. pozycję na liście wszystkich chorób [6].

### Asthma prevalence, 1990 to 2019

The share of the population with asthma. Prevalence is age-standardized<sup>1</sup> so accounts for changes in the age structure of a population over time and between countries.



Data source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

OurWorldInData.org/burden-of-disease | CC BY

1. Age standardization: Age standardization is an adjustment that makes it possible to compare populations with different age structures by standardizing them to a common reference population. [Read more: How does age standardization make health metrics comparable?](#)

Rycina 1. Wykres odsetku populacji chorej na astmę w wybranych krajach europejskich i USA

Wydaje się, że dzieci w bogatszych krajach częściej chorują na astmę niż dzieci w mniej zamożnych regionach. Badania pokazują, że astma dotyka różnych ludzi na całym świecie, jednak to właśnie dzieci z najmniej zamożnych krajów mają najcięższe objawy choroby. Odsetek dzieci z objawami astmy nieznacznie wzrósł w ostatnich latach, zwłaszcza podczas pierwszej i trzeciej fazy międzynarodowego badania ISAAC. To może być spowodowane większą wiedzą o astmie i postępami w diagnozowaniu jej. Ponadto geny, alergię i czynniki środowiskowe, takie jak bierne palenie i zanieczyszczenie powietrza, mogą mieć wpływ na te statystyki. W krajach biedniejszych — zwłaszcza w Europie Wschodniej i niektórych częściach Ameryki łacińskiej — liczba osób z astmą nie zmienia się znacząco, a czasem nawet spada [7].

### **Metody leczenia astmy**

Astma to przewlekła choroba, która wpływa na miliony ludzi na całym świecie. Pomimo jej powszechności, skuteczne leczenie astmy może być wyzwaniem ze względu na jej złożoną naturę i różnorodność objawów. Istnieje wiele metod leczenia astmy, które mają na celu kontrolę objawów, poprawę jakości życia pacjentów i zmniejszenie ryzyka poważnych ataków astmy. Te metody obejmują zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne podejścia. Spośród farmakologicznych metod leczenia astmy można wymienić stosowanie leków przeciwastmatyczne, natomiast leczenie nefarmakologiczne wykorzystuje terapie behawioralne, edukację pacjentów i zmiany stylu życia [1].

### **Leczenie nefarmakologiczne astmy**

Terapia nefarmakologiczna w leczeniu astmy stanowi istotny element kompleksowej opieki nad pacjentami z tą chorobą przewlekłą. Choć głównym celem terapii w astmie pozostaje kontrola objawów przy użyciu leków przeciwzapalnych i rozszerzających oskrzela, terapia nefarmakologiczna pełni rolę istotnego uzupełnienia, przyczyniając się do poprawy jakości życia pacjentów oraz redukcji częstości i nasilenia ataków astmatycznych [1].

Przygotowanie odpowiedniej diety służącej do pomocy w leczeniu astmy może przynieść znaczące korzyści. Spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, które są bogate w flawonoidy o działaniu przeciwzapalnym, może pomóc w lepszym kontrolowaniu objawów astmy i zmniejszyć ryzyko jej rozwoju. Z kolei produkty mleczne mogą wywołać objawy astmy, prawdopodobnie z powodu działania białek mleka krowiego i tłuszczu zawartych w mleku. Dieta charakteryzująca się dużą ilością tłuszczu pochodzenia

zwierzęcego i małą ilością błonnika, może przyczynić się do pogorszenia objawów astmy. Dlatego zaleca się dietę bogatą w warzywa, owoce i błonnik, a ubogą w tłuszcze zwierzęce i produkty mleczne, jako część nefarmakologicznego leczenia astmy [8].

Trening oddechowy oraz fizjoterapia oddechowa stanowią kolejny ważny element terapii nefarmakologicznej w astmie, pomagając pacjentom w poprawie techniki oddechowej oraz kontroli nad napadem duszności. Ćwiczenia oddechowe stosowane w leczeniu astmy można zasadniczo podzielić na trzy kategorie: ćwiczenia mające na celu zmianę wzorca oddychania, ćwiczenia mające na celu poprawę siły i/lub wytrzymałości mięśni oddechowych oraz ćwiczenia mające na celu poprawę elastyczności klatki piersiowej i postawy [8].

### **Leczenie farmakologiczne astmy**

Terapia farmakologiczna jest podstawą leczenia astmy i obejmuje stosowanie środków kontrolnych, takich jak inhalowane kortykosteroidy, długodziałające beta-adrenergiczne agonisty i modyfikatory leukotrienów. Nowocześniejsze strategie oparte na zastosowaniu leku biologicznego, takiego jak omalizumab, który jest monoklonalnym przeciwciałem skierowanym przeciwko immunoglobulinie E (IgE), mogą być brane pod uwagę u wybranych pacjentów z ciężką astmą. Leki łagodzące objawy obejmują krótkodziałające bronchodilatatory i systemowe kortykosteroidy. Ogólnym celem leczenia jest osiągnięcie kontroli nad chorobą, w tym redukcja przyszłego ryzyka zaostrzenia astmy [9].

Krótko działający  $\beta$ 2-mimetyki (SABA) są preferowanymi lekami w sytuacjach awaryjnych podczas nagłego skurczu oskrzeli i oferują ochronę przed skurczem oskrzeli indukowanym przez wysiłek fizyczny. SABA aktywują receptor  $\beta$ 2-adrenergiczny ( $\beta$ 2AR) w ciągu 5 minut i działają na rozszerzenie oskrzeli przez 4-6 godzin. Długo działający  $\beta$ 2-agoniści (LABA) mają dłuższy (12-24 h) efekt rozszerzający oskrzela. W aktualnych wytycznych klinicznych dla dzieci, LABA są zalecane jako jedna z możliwości terapii podtrzymującej w połączeniu z inhalowanymi kortykosteroidami (ICS), gdy kontrola astmy za pomocą samych ICS jest niewystarczająca. Przykładowymi lekami z tej grupy są: salbutamol, tarbutalina i fenoterol [9].

Glikokortykosteroidy są hormonami steroidowymi, które odgrywają kluczową rolę w leczeniu astmy oskrzelowej. W leczeniu astmy wykorzystuje się je do zmniejszenia częstotliwości ataków oraz ich siły. Podawanie leku przez inhalację, oralnie lub przez nos, umożliwia bezpośrednio dostarczenie go do płuc. Dzięki temu, nawet przy bardzo małej



dawce leku, można osiągnąć efekt kliniczny porównywalny z podaniem doustnym, a także zminimalizować toksyczność. Przykładowymi lekami z tej grupy są: budezonid, flutikazon, beklomezaton oraz ceklezonid. Wśród glikokortykosteroidów możemy wyróżnić również glikokortykosteroidy podawane doustnie jednak są one podawane wyłącznie w terapii astmy ciężkiej. Najczęstszym glikokortykosteroidem doustnym jest prednizon [9, 10].

Leki przeciwleukotrienowe są najnowszą formą leków służących do kontrolowania ataków astmy. Mimo że te leki nie zatrzymują ataków astmy, pomagają zapobiegać kolejnym atakom. Blokują czynnik powodujący skurcz mięśni gładkich, a także blokują nagromadzenie komórek zapalnych, obrzęk i wydzielanie śluzu. Leki te, nie powodują żadnych znaczących efektów ubocznych, dzięki czemu znalazły swoje zastosowanie w leczeniu dzieci chorujących na astmę. Przykładowymi lekami z tej grupy są afirlukast oraz montelukast [9, 10].

Leki przeciwhistaminowe to leki które są wykorzystywane do leczenia różnorodnych dolegliwości, w tym reakcji alergicznych, zapalenia nosa, pokrzywki, ale również między innymi astmy oskrzelowej. Głównym zadaniem tych leków jest złagodzenie symptomów powiązanych z produkcją histaminy. Mechanizm działania leków przeciwhistaminowych polega na hamowaniu receptorów histaminy, co neutralizuje jej wpływ na organizm. Histamina jest odpowiedzialna za wywoływanie symptomów alergii, takich jak swędzenie, kichanie, łzawienie oczu, świąd skóry i obrzęk błon śluzowych. Dzięki blokadzie receptorów histaminy przez leki przeciwhistaminowe, te objawy zostają wyeliminowane lub zmniejszone, co przynosi ulgę pacjentowi. Wykorzystanie tej grupy leków jest w szczególności zalecane podczas sezonu pylenia roślin [11].

## CELE PRACY

Astma, będąca jedną z najczęstszych przewlekłych chorób u dzieci, stanowi istotne wyzwanie zarówno dla pacjentów, opiekujących się nimi rodzicami jak i pracownikami medycznymi. Według Światowej Organizacji Zdrowia astma dotyka około 235 milionów ludzi na całym świecie. W kontekście opieki pielęgniarskiej nad dziećmi z astmą, zrozumienie skali problemu oraz czynników wpływających na występowanie i zarządzanie tą chorobą staje się kluczowe dla skutecznego leczenia dzieci chorych na astmę.

Cele pracy:

- Zbadanie problemów pielęgnacyjnych w opiece nad dzieckiem z astmą
- Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej
- Dokonanie oceny działań pielęgniarskich w zakresie opieki

## MATERIAŁ I METODYKA

Materiał do badań zebrano w marcu 2024 roku w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Badaniem został objęty 15 letni chłopiec z rozpoznaniem astmy oskrzelowej przyjęty na oddział z powodu zaostrzenia choroby.

Materiał zebrano w oparciu o wywiad pielęgniarski z rodzicami dziecka, analizy dokumentacji medycznej, wykonanych pomiarów oraz o analizę indywidualnego przypadku wraz z użyciem pielęgniarskiego procesu pielęgnowania.

## WYNIKI

### Opis przypadku

Chłopiec w wieku 15 lat zgłosił się do szpitala z powodu nasilonych objawów astmy. W momencie przyjęcia był świadomy i komunikatywny, lecz wykazywał oznaki duszności oraz niepokoju związanego z trudnościami w oddychaniu. Skóra pacjenta była blada i wilgotna, co może świadczyć o niedotlenieniu. Przy badaniu fizykalnym stwierdzono szybkie i płytkie oddechy z częstością 26 oddechów na minutę oraz tętno 110 uderzeń na minutę. Ciśnienie tętnicze wynosiło 144/98 mmHg. Osluchanie płuc ujawniło obecność świstów wydechowych w obu polach płucnych, co jest typowe dla ataku astmy. Saturacja tlenowa mierzona pulsoksymetrem wynosiła 92%.

Pacjent był wcześniej leczony za pomocą standardowej terapii wziewnej, która obejmowała krótko działające beta-agonisty oraz niskie dawki kortykosteroidów wziewnych. Mimo to, w ostatnich dniach doświadczał on zwiększonej częstości i intensywności epizodów duszności, co doprowadziło do obecnego zaostrzenia. W ramach dalszej diagnostyki zaplanowano wykonanie spirometrii, aby ocenić funkcję płuc, oraz testów alergicznych, które mogą pomóc w identyfikacji potencjalnych czynników wyzwalających. Zalecono również wykonanie RTG klatki piersiowej w celu wykluczenia innych przyczyn duszności, takich jak zapalenie płuc czy obecność ciała obcego.

Wywiad środowiskowy:

Chłopiec w wieku 15 lat, mieszkający w domu jednorodzinnym, został przyjęty do szpitala z powodu zaostrzenia astmy. W jego domu znajdują się dywany i zasłony, które

mogą gromadzić roztocza kurzu domowego. Rodzina pacjenta posiada również kota, co może dodatkowo przyczyniać się do nasilenia objawów astmy. W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono przypadków astmy ani innych chorób alergicznych. Pacjent regularnie uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego, jednak zauważa pogorszenie objawów podczas wysiłku fizycznego, szczególnie w okresach zwiększonego stężenia pyłków w powietrzu. W domu pacjenta stosowane są środki czystości oraz odświeżacze powietrza, które mogą zawierać substancje chemiczne drażniące układ oddechowy. Chłopiec spędza również czas z przyjaciółmi, którzy palą papierosy, co może być dodatkowym czynnikiem ryzyka. Rodzice przyznali że również palą papierosy.

## **Proces Pielęgowania**

**Diagnoza pielęgniarska 1: Zaburzenia wymiany gazowej związane z obecnością astmy, pacjent niedotleniony**

### **Cel opieki:**

- Poprawa saturacji tlenowej pacjenta do poziomu powyżej 95%
- Poprawa komfortu oddechowego pacjenta
- Dostosowanie farmakoterapii do potrzeb pacjenta

### **Interwencje pielęgniarskie:**

- Wykonywanie inhalacji z lekami rozszerzającymi oskrzela w określonych interwałach czasowych w celu złagodzenia duszności i poprawy wymiany gazowej.
- Udzielanie wsparcia pacjentowi podczas inhalacji oraz zapewnienie, że wykonuje je prawidłowo
- Wdrażanie tlenoterapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi w przypadku obniżonej saturacji tlenowej.
- Monitorowanie saturacji tlenowej pacjenta co 4 godziny oraz rejestrowanie uzyskanych wyników

### **Ocena wyników działań:**

- Pacjent odczuł ulgę, zgłasza że nie odczuwa duszności, oddechy stały się wolniejsze i głębsze

- Ponowne badanie pulsoksymetrem, po podjęciu działań mających na celu podwyższenie saturacji, wskazało wynik 97%
- Wysokie ciśnienie tętnicze było spowodowane stresem pacjenta wywołanym atakiem astmy oraz nagłym przyjęciem do szpitala, po podjęciu działań pielęgniarских, ciśnienie tętnicze się unormowało i spadło do poziomu 132/84mmHg

## **Diagnoza pielęgniariska 2: Podwyższone ciśnienie tętnicze**

### **Cele opieki:**

- Utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego, w celu zapobieżenia powikłaniom związanym z nadciśnieniem.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Regularne monitorowanie objawów duszności i ciśnienia tętniczego przez personel medyczny
- Regularne pomiar ciśnienia tętniczego i monitorowanie innych parametrów życiowych, takich jak tętno i saturacja tlenu
- Zapewnienie spokojnego i przyjaznego otoczenia w sali szpitalnej, w tym ograniczenie hałasów i zapewnienie prywatności pacjentowi
- Skonsultowanie z lekarzem celowości podawania leków obniżających ciśnienie
- Identyfikacja czynników wpływających na ciśnienie tętnicze pacjenta
- Poprawa stanu emocjonalnego pacjenta, który może przyczynić się do obniżenia ciśnienia tętniczego

### **Ocena wyników działań:**

- Ciśnienie tętnicze pacjenta w zakresie normy – 132/84mmHg
- Podwyższone ciśnienie było spowodowane stresem wywołanym atakiem, po podaniu leków atak został przerwany, pacjent poczuł ulgę, lęk się zminimalizował a ciśnienie się unormowało.
- Personel medyczny regularnie monitorował objawy duszności i ciśnienie tętnicze pacjenta. Działania farmakologiczne, w tym podanie leków rozszerzających oskrzela, zostały zastosowane w odpowiedzi na pojawiające się objawy duszności.
- Brak obserwowanych powikłań związanych z nadciśnieniem podczas pobytu w szpitalu

- Pacjent otrzymał odpowiednią edukację dotyczącą dalszej opieki w domu i umiejętności radzenia sobie ze stresem

**Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia zaostrzenia astmy związane z niewiedzą na temat kontroli czynników wyzwalających ataki.**

**Cele opieki:**

- Zwiększenie świadomości pacjenta i jego rodziny na temat zarządzania astmą.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Pozbycie się z otoczenia firanek, dywanów i innych przedmiotów które mogą być źródłem alergenów wyzwalających ataki
- Edukacja rodziców i dziecka na temat alergenów wyzwalających ataki oraz zarządzania nimi
- Ograniczenie dziecku kontaktu ze zwierzęciem domowym, częste sprzątanie domu w celu pozbycia się kociej sierści która może wyzwalać ataki astmy
- Poprawa środowiska domowego pacjenta w celu zmniejszenia ryzyka zaostrzeń astmy
- Utrzymanie stabilnego stanu zdrowia pacjenta z astmą.

**Ocena wyników działań:**

- Pacjent i rodzice dostosowali się do przekazanych wskazówek
- Brak stanu zaostrzenia

**Diagnoza pielęgniarska 4: Niewłaściwe stosowanie leków wziewnych związane z brakiem skutecznej edukacji pacjenta**

**Cele opieki:**

- Zwiększenie wiedzy pacjenta i jego rodziny na temat terapii wziewnej.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Udostępnienie materiałów edukacyjnych i instrukcji obsługi inhalatora.
- Przeprowadzenie sesji edukacyjnych dla pacjenta i jego rodziny na temat astmy oraz roli leków wziewnych w leczeniu choroby.

- Indywidualne instruktaże dotyczące techniki inhalacji, zapewniające pacjentowi praktyczne doświadczenie w poprawnym stosowaniu inhalatora. Demonstracja prawidłowej techniki inhalacji przy użyciu inhalatora
- Ćwiczenia pod nadzorem pielęgniarki w celu zapewnienia właściwego zażywania leku
- Poprawa umiejętności pacjenta w zakresie prawidłowej techniki inhalacji.
- Zwiększenie zaangażowania pacjenta w regularne stosowanie leków wziewnych zgodnie z zaleceniami.

#### **Ocena wyników działań:**

- Pacjent i rodzice zwiększyli swoją świadomość na temat choroby i zarządzania nią
- Nabyta umiejętność posługiwania się inhalatorem pozwoliła polepszyć jakość życia pacjenta

#### **Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia astmy poprzez przebywanie w otoczeniu palących**

##### **Cele opieki:**

- Zmniejszenie narażenia dziecka na dym tytoniowy poprzez eliminację lub zmniejszenie kontaktu z palącymi osobami.

##### **Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyjaśnienie konsekwencji narażenia dziecka na dym tytoniowy oraz korzyści wynikających z ograniczenia kontaktu z palącymi osobami
- Wspieranie rodziny w podejmowaniu działań mających na celu ograniczenie lub eliminację palenia w miejscach, gdzie przebywa dziecko
- Zachęcenie dziecka do zmiany otoczenia przyjacielskiego, rozmowa z rodzicami na ten temat
- Dostarczenie informacji na temat szkodliwości palenia tytoniu dla zdrowia dziecka, dostosowanej do jego wieku i zrozumienia
- Zwiększenie świadomości rodziców na temat szkodliwych skutków palenia tytoniu w obecności dziecka
- Zapewnienie bezpiecznego i zdrowego środowiska dla dziecka.
- Wsparcie rodziny w procesie zmiany nawyków związanych z paleniem tytoniu
- Zwiększenie świadomości dziecka na temat szkodliwości palenia tytoniu

### **Ocena wyników działań**

- Rodzice podjęli się terapii celem porzucenia nawyku palenia tytoniu
- Rodzice wzięli pod uwagę niebezpieczne środowisko znajomych w jakim przebywa ich dziecko, podjęli się rozmowy z synem na ten temat
- Chłopiec został wyedukowany na temat szkodliwości palenia tytoniu oraz przebywania w środowisku gdzie palony jest tytoń

### **Diagnoza pielęgniarska 6: Zwiększone ryzyko pogorszenia objawów astmy podczas aktywności fizycznej**

#### **Cele opieki:**

- Poprawa jakości życia chłopca i zapobieganie pogorszeniu objawów astmy podczas wysiłku fizycznego.

#### **Interwencje pielęgniarskie:**

- Optymalizacja terapii farmakologicznej w celu zapewnienia maksymalnej kontroli objawów astmy podczas aktywności fizycznej.
- Opracowanie spersonalizowanego planu działania w przypadku wystąpienia objawów astmy podczas wysiłku fizycznego, włączając w to stosowanie leków i inne techniki samoopieki
- Komunikacja z nauczycielami wychowania fizycznego w celu ustalenia odpowiednich strategii dostosowania ćwiczeń do potrzeb i możliwości dziecka z astmą
- Wspieranie aktywności fizycznej dziecka poprzez zachęcanie do udziału w innych formach aktywności, które mogą być lepiej tolerowane przez organizm
- Edukacja chłopca na temat znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia oraz sposobów radzenia sobie z astmą podczas wysiłku fizycznego
- Zwiększenie tolerancji wysiłku u chłopca z astmą.
- Zapewnienie możliwości bezpiecznego uczestnictwa chłopca w zajęciach wychowania fizycznego.
- Zminimalizowanie wpływu astmy na aktywność fizyczną chłopca i promowanie zdrowego stylu życia.

#### **Ocena działań:**

- Obserwacja zmniejszenia częstości i nasilenia objawów astmy podczas udziału chłopca w zajęciach wychowania fizycznego w porównaniu z wcześniejszymi obserwacjami.
- Monitorowanie wzrostu wydolności fizycznej chłopca oraz braku objawów astmy podczas wykonywania coraz bardziej wymagających ćwiczeń

### **Diagnoza pielęgniarska 7: Brak zrozumienia pacjenta i jego rodziny w związku z oczekiwanym badaniem diagnostycznym**

#### **Cele opieki:**

- Zapewnienie zrozumienia i wsparcia dla dziecka i rodziców przed badaniami.

#### **Interwencje pielęgniarskie:**

- Udzielenie pacjentowi instrukcji dotyczących przygotowania do badania
- Udzielenie wsparcia emocjonalnego pacjentowi, szczególnie przy testach alergicznych które może wywołać niepokój lub stres
- Zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu dla dziecka podczas badań diagnostycznych
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego i minimalizowanie stresu pacjentowi podczas badań

#### **Ocena działań:**

- Badanie zostało wykonane prawidłowo, bez żadnych komplikacji
- Pacjent nie skarżył się na żadne dolegliwości podczas przeprowadzanych badań

#### **Wskazówki do dalszej pielęgnacji**

- Regularne stosowanie leków: Rodzice powinni kontrolować czy ich dziecko regularnie przyjmuje leki zgodnie z zaleceniem lekarza
- Monitorowanie objawów: Rodzice powinni być świadomi objawów choroby swojego dziecka i powinni kontrolować czy ataki astmy się nasilają oraz jak często występują
- Unikanie czynników wyzwalających: Rodzice powinni zadbać o to aby w środowisku domowym jak najbardziej ograniczyć kontakt dziecka z czynnikami wyzwalającymi ataki takimi jak kurz, roztocza, dym papierosowy, zimne powietrze czy drażniące substancje zapachowe



- Oczyszczanie powietrza: Rodzice powinni rozważyć zainstalowanie w domu oczyszczacz powietrza, który mógłby pomóc w usuwaniu czynników wyzwalających astmę
- Zapewnienie odpowiedniej wilgotności: Rodzice powinni mieć na uwadze odpowiednie zawilgocenie środowiska domowego, nie powinno być ani za suche ani za wilgotne
- Regularne wizyty kontrolne u lekarza pulmonologa: Rodzice powinni regularnie kontrolować stan zdrowia swojego dziecka i zapisywać się na wizyty kontrolne w celu kontrolowania rozwoju choroby
- Regularne ćwiczenia: Rodzice powinni zachęcać dziecko do regularnej aktywności fizycznej, dostosowanej do jego stanu zdrowia. Ćwiczenia mogą pomóc w utrzymaniu zdrowia układu oddechowego
- Promowanie zdrowego stylu życia: Rodzice jako wzór do naśladowania powinni promować dziecku zasady zdrowego odżywiania, regularnego snu i unikania stresu, co może wpłynąć na ogólną kondycję zdrowotną i zdolność walki z astmą

## PODSUMOWANIE

Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w procesie opieki nad pacjentem pediatrycznym z astmą oskrzelową, zapewniając nie tylko fachową i skuteczną opiekę medyczną, ale również wsparcie emocjonalne dla pacjenta i jego rodziny. Praca pielęgniarki obejmuje szeroki zakres obowiązków, począwszy od oceny stanu zdrowia pacjenta i opracowania planu opieki, poprzez monitorowanie objawów astmy i odpowiednie interwencje w sytuacjach nagłych, aż po edukację pacjenta i jego rodziny dotyczącą zarządzania astmą i prewencji jej zaostrzeń.

Poprzez zrozumienie roli pielęgniarki oraz jej zaangażowanie w opiekę nad pacjentem pediatrycznym z astmą oskrzelową, możliwe jest zapewnienie skutecznej, holistycznej i wszechstronnej opieki medycznej, która pozytywnie wpływa na jakość życia pacjenta oraz jego dalsze zdrowie i samopoczucie. Praca ta stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy na temat opieki nad dziećmi z astmą oskrzelową oraz podkreśla rolę pielęgniarki jako kluczowego członka zespołu opieki zdrowotnej w zapewnianiu optymalnych wyników leczenia dla pacjentów pediatrycznych z tą chorobą

## PIŚMIENNICTWO:

1. Światowa Inicjatywa na Rzecz Zwalczenia Astmy: Global initiative for asthma - global initiative for asthma. 2023 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. Dostępne: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23\\_07\\_06-WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf). Data pobrania: 15.04.2024
2. Toskala E, Kennedy DW.: Asthma risk factors. *International Forum of Allergy & Rhinology*. 2015; 5(S1): 11-16.
3. Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, Goutaki M, Holden KA, de Jong CCM, et al. European Respiratory Society Clinical Practice Guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years. *European Respiratory Journal*. 2021; 58(5): 1–22.
4. Burrill A, McArdle C, Davies B.: Lung function in children: A simple guide to performing and interpreting spirometry. *Paediatrics and Child Health*. 2021; 31(7): 276–283.
5. Ahmed H, Turner S.: Severe asthma in children—a review of definitions, epidemiology, and treatment options in 2019. *Pediatric Pulmonology*. 2019; 54(6): 1–10.
6. Thomas M, Bruton A. : Breathing exercises for asthma. *Breathe*. 2014; 10(4): 312–22.
7. Vitale C, Maglio A, Pelaia C, Vatrella A.: Long-term treatment in pediatric asthma: An update on chemical pharmacotherapy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2017; 18(7): 667–676.
8. Korzeniowska K., Pawlaczyk M.: Kandydoza jamy ustnej po wieloletnim stosowaniu glikokortykosteroidu wziewnego – opis przypadku. 2018; 11: 55-57.
9. Xabibullayevna MM, Masrurovna AM, Abdukarimovna SM, Gayratovna AD, Telmanovna AD.: Antileukotriene drugs in the treatment of atopic dermatitis in children. *International Journal of Pharmaceutical Research*. 2020; 13(01): 2117–2121.
10. Krishnan JA, Lemanske RF, Canino GJ, Elward KS, Kattan M, Matsui EC, et al.: Asthma outcomes: Symptoms. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2012; 129(3): 123–135.
11. Serebrisky D, Wiznia A.: Pediatric asthma: A global epidemic. *Annals of Global Health*. 2019; 85(1).

## PORÓD DROGĄ POCHWOWĄ PO POPRZEDNIM CIĘCIU CESARSKIM – STUDIUM PRZYPADKU

---

**Maja Bandura-Sroka<sup>1</sup>, Julia Pokrzywka<sup>2</sup>, Alicja Gdaniec<sup>1</sup>, Agnieszka Dombrowska-Pali<sup>1</sup>**

1. *Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
3. *Absolwentka studiów I stopnia kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

### WSTĘP

Poród drogą naturalną po uprzednim cięciu cesarskim, znany jako VBAC, jest coraz częściej rozważaną opcją przez kobiety, które pragną doświadczyć porodu drogami natury. Decyzja o podjęciu próby VBAC jest złożona i wymaga dokładnej analizy wielu czynników zdrowotnych oraz osobistych preferencji przyszłej rodzącej. W przygotowaniach do porodu VBAC należy uwzględnić takie kwestie jak: czas który upłynął od poprzedniego cięcia cesarskiego, powód wcześniejszego zakończenia ciąży w sposób operacyjny, stan blizny po cięciu cesarskim, obecne predyspozycje pacjentki do porodu naturalnego [1]. Jeśli pacjentka, spełnia kryteria do zakwalifikowania do porodu VBAC, musi się do niego odpowiednio przygotować. Kluczowym aspektem przygotowania do VBAC jest współpraca z doświadczonym zespołem medycznym. Ocena ryzyka, monitorowanie stanu zdrowia matki i dziecka oraz gotowość do szybkiego reagowania w przypadku komplikacji są nieodzowne. Statystyki pokazują, że sukces VBAC jest możliwy w wielu przypadkach, ale wymaga starannego planowania i podejmowania świadomych decyzji.

### CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie zadań i roli położnej w opiece nad pacjentką w ciąży fizjologicznej w trakcie porodu VBAC oraz w przebiegu porodu po porodzie naturalnym. W szczególności rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych, zaplanowaniu i opracowaniu indywidualnego planu opieki dla pacjentki rodzącej.

## MATERIAŁ I METODY

Metody badawcze przedstawione w tej pracy stanowi studium przypadku, oparte na konkretnej jednostce chorobowej u pacjentki oraz studiowanie literatury, nazywane także metodą kazuistyczną. Do stworzenia pracy użyto technik badawczych takich jak: wywiad z pacjentką, analiza dokumentacji medycznej z prywatnego archiwum pacjentki, obserwacje oraz przegląd literatury naukowej. W pracy przedstawiono szereg problemów pielęgnacyjnych towarzyszących pacjentce w okresie ciąży, porodu i położu. Opracowano diagnozy pielęgniarские w których zawarty jest cel, plan opieki i ocena końcowa wykonanych czynności.

## WYNIKI

Pacjentka lat 23 w ciąży drugiej, poród drugi, ciąża donoszona 38tyg+1. Pierwsza ciąża zakończona cięciem cesarskim w 36 tygodniu z rozpoznaniem: położenie miednicowe płodu, przedwczesne odpływanie wód płodowych, cukrzyca ciążowa, poród przedwczesny. Cięcie cesarskie odbyło się 28.03.2021r. Urodzony został syn żywy o wadze 3190kg. W tej ciąży pacjentka również obciążona jest cukrzyca ciążową. Pacjentka w dniu 25.07.2023r. zgłosiła się do szpitala celem indukcji porodu. Zakwalifikowana do indukcji oraz preindukcji porodu. W trakcie hospitalizacji wykonano badania laboratoryjne: morfologia, czas protrombinowy, APTT, sód, glukoza. W dniu 26.07.2023r. o godzinie 13.10 urodziła siłami natury córkę żywą donoszoną 3420/55cm w stanie dobrym, przebieg porodu prawidłowy. Czas trwania I okresu porodu 3 godziny, czas trwania II okresu porodu 10 minut. Płyn owodniowy przejrzysty, odpłynął 2 godziny przed porodem. Poród samoistny bez nacięcia krocza, ochrona krocza, pęknięcie krocza pierwszego stopnia - zaopatrzone przez lekarza. Założono szwy na skórę. W trakcie porodu prowadzono ciągły zapis KTG, przedstawiono pacjentce metody łagodzenia bólu porodowego, wykorzystywano pozycje wertykalne takie jak: pozycja na boku, pozycja na piłce. Wykorzystano techniki oddechowe, położna wytłumaczyła pacjentce jaki oddech podczas porodu jest ważny. Rodząca podczas skurczy korzystała z gazu – Entonox. W trakcie porodu zastosowano leki: Papaweryna i Scopolan. III okres porodu prawidłowy - czas trwania 5 minut. Pacjentka z dzieckiem przybywała na Sali Porodowej w kontakcie „skóra do skóry” przez 2 godziny. Po tym czasie pacjentka wraz z noworodkiem została przekazana na Oddział Położniczy celem dalszej obserwacji. W dniu 28.07.2023r. pacjentka w stanie dobrym wraz z dzieckiem wypisana ze szpitala z zaleceniami: kontynuacja opieki przez położną środowiskową, Paracetamol 4 razy dwie tabletki na dobę,

Ibuprofen 400mg trzy razy w razie bólu, kontrola lekarza prowadzącego za 6 tyg. wraz z badaniem cytologicznym, urlop macierzyński, dieta pełna doustna, w przypadku niepokojących objawów zgłosić się do szpitala. Pacjenta po porodzie przebywała w domu wraz z mężem i synem. Warunki mieszkalne bardzo dobre, objęta opieką położnej środowiskowej. Połóg fizjologiczny.

**Diagnoza pielęgniarska:** Deficyt wiedzy o porodzie VBAC.

**Cel opieki:** Edukacja pacjentki na temat przebiegu porodu VBAC.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Wy tłumaczenie przebiegu porodu VBAC: podczas porodu obowiązuje stały zapis KTG, prowadzony jest też monitoring czynności życiowych matki, w przebiegu porodu kobieta przechodzi przez fazy porodu, które mogą się różnić czasowo - najdłuższa jest faza I, w której dąży się do pełnego rozwarcia, w II fazie rodzi się dziecko tak jak przy porodzie fizjologicznym.
- Przedstawienie ryzyka i możliwości powikłań w porodzie VBAC takich jak: pęknięcie macicy, zatrzymanie postępu porodu, nieprawidłowy zapis serca płodu – deceleracje, krwawienie, nacięcie lub pęknięcie krocza.
- Wy tłumaczenie pacjentce objawów które są niepokojące, objawów które mogą oznaczać zbliżający się poród i poinformowanie, kiedy powinna zgłosić się do szpitala [2].
- Zapoznanie pacjentki z sprawdzonymi artykułami naukowymi, stronami internetowymi z których może czerpać wiedzę i szukać odpowiedzi na pytania.
- Przedstawienie programu szkoły rodzenia i zachęcanie do uczestnictwa, celem przygotowania się do porodu i możliwości uzyskania jeszcze większej ilości informacji o porodzie VBAC.

**Ocena końcowa:** Pacjentka otrzymała kompleksową wiedzę na temat przebiegu porodu VBAC, konieczności zgłoszenia się do szpitala, zapoznana została z innymi formami uzyskiwania informacji.

**Diagnoza pielęgniarska:** Ryzyko ponownego cięcia cesarskiego wskutek niepowodzenia TOLAC.

**Cel opieki:** Zmniejszenie ryzyka ponownego cięcia cesarskiego

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Zapoznanie pacjentki z możliwymi powikłaniami TOLAC jakim jest, między innymi, ponowny zabieg czyli kolejne cięcie cesarskie.
- Wyjaśnienie pacjentce konieczności wykonania cięcia cesarskiego tylko jeśli będzie to niezbędne dla życia jej i dziecka.
- Stały monitoring KTG w celu wykrycia nieprawidłowości i szybkie podjęcie odpowiedniej reakcji [3].
- Zapoznanie pacjentki z przebiegiem porodu drogami natury, z jego etapami, z czasem jego trwania, aby pacjentka wiedziała czego może się spodziewać.
- Przeprowadzenie porodu przez doświadczoną położną, która już kiedyś prowadziła TOLAC.
- Wyeliminowanie czynników ryzyka, które mogą mieć wpływ na niepowodzenie porodu naturalnego.

**Ocena końcowa:** Pacjenta została zapoznana z przebiegiem porodu naturalnego i koniecznością wykonania cięcia cesarskiego, jeśli będzie to konieczne.

**Diagnoza pielęgniarska:** Dolegliwości bólowe w przebiegu porodu drogami natury.

**Cel opieki:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyjaśnienie pacjentce przyczyn dolegliwości bólowych, które są następstwem skurczów macicy i naporu części przodującej płodu na tkanki miednicy, będących narzędziem do tego, aby dziecko się urodziło.
- Przedstawienie pacjentce metod łagodzenia bólu porodowego, z których może skorzystać podczas porodu, takimi metodami są: techniki oddechowe, pozycje wertykalne, korzystanie z piłki, analgezia wziewna – gaz rozweselający - Entonox, terapia wodna, TENS, delikatne ćwiczenia. Pacjenta wybiera z czego chce skorzystać [4].

- Ułatwienie dostępu do korzystania z metod łagodzenia bólu porodowego i prowadzenie porodu w sposób dostosowany do pacjentki.
- Nauka prawidłowego oddechu podczas porodu: spokojny i miarowy oddech działa uspokajająco, uwalnia nagromadzone napięcie i poprawia samopoczucie kobiety. Taki sposób na wyciszenie pozwala działać bardziej instynktownie w trakcie porodu. Uświadomienie pacjentki, że jej odpowiednie dotlenienie to odpowiednie dotlenienie dziecka.
- Pokazanie przez położną pozycji wertykalnych, z których rodząca wybiera tą, która jest dla niej najbardziej odpowiednia, przyjmowanie dogodnych pozycji pozwala zmniejszać dolegliwości bólowe.
- Wykorzystanie za zgodą pacjentki gazu rozweselającego – Entonoxu - jest to mieszanina podtlenku azotu i tlenu podawana pacjentce przez maskę lub ustnik. Rodząca sama decyduje kiedy przyjmuje gaz, powinna to robić przed rozpoczęciem się skurczu aby jego działanie przeciwbólowe było najwyższe na szczycie skurczu [5].

**Ocena końcowa:** Pacjentka została zapoznana z przyczyną bólu podczas porodu, przedstawiono jej metody walki z bólem, wykorzystywała techniki oddechowe, gaz i pozycje wertykalne.

**Diagnoza pielęgniarska:** Ryzyko wystąpienia powikłań podczas porodu drogami natury.

**Cel opieki:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Ocena stanu ogólnego rodzącej: regularna ocena parametrów życiowych t.j.: tętna, ciśnienia, oddechów oraz ocena innych parametrów takich jak: ból czy w przypadku pacjentki z cukrzycą, monitorowanie poziom cukru we krwi.
- Monitorowanie stanu płodu: w przypadku porodu VBAC zapis KTG musi być podłączony i kontrolowany przez cały czas [2].
- Monitorowanie postępu porodu: położna śledzi postęp porodu przez ocenę skurczów macicy, ocenę szyjki macicy, ocenę obniżania się główki w kanale rodnym, jeśli zauważy jakieś nieprawidłowości lub brak postępu porodu musi podjąć interwencje, które będą prowadzić do urodzenia dziecka.

- Wsparcie emocjonalne: ważne jest zapewnienie empatycznej opieki kobiecie w przebiegu porodu zwłaszcza, gdy poród może nieść ze sobą ryzyko powikłań. Ważne jest wsparcie rodzącej przez położną, która może ją uspokoić, udzielać informacji i zapewnić wsparcie.

**Ocena końcowa:** Pacjentce zapewniono wsparcie, kontrolę stanu zdrowia jej i nienarodzonego jeszcze dziecka. Zmniejszono ryzyko wystąpienia powikłań.

**Diagnoza pielęgniarska:** Niepokój pacjentki spowodowany obawą o życie dziecka.

**Cel opieki:** Zmniejszenie niepokoju pacjentki.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Udzielenie ciężarnej informacji o dobrostanie jej dziecka, udzielenie przez położną informacji o przebiegu porodu, ewentualnym ryzyku i podejmowanych działaniach, które mogą je zmniejszyć.
- Słuchanie i udzielanie wsparcia: położna powinna poświęcić czas na rozmowę i zrozumienie źródła lęku pacjentki, udzielić wsparcia emocjonalnego przez edukację i obecność przy pacjentce [4].
- Zapewnienie wsparcia psychologicznego: rozmowa z psychologiem na temat lęku i sposobów radzenia sobie z nim.
- Zapewnienie pacjentce spokojnej atmosfery na Sali Porodowej oraz łatwej komunikacji z położną i innymi członkami zespołu medycznego.

**Ocena końcowa:** Pacjentka została poinformowana o stanie zdrowia jej dziecka, zapewniono wsparcie psychologiczne i przyjazną atmosferę, zmniejszono lęk pacjentki o życie dziecka.

**Diagnoza pielęgniarska:** Deficyt wiedzy w zakresie laktacji i karmienia piersią.

**Cel opieki:** Edukacja pacjentki na temat laktacji i karmienia piersią.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Dostarczenie pacjentce wiedzy na temat korzyści karmienia piersią dla matki i dziecka, omówienie procesu laktacji, przedstawienie technik karmienia piersią.



- Dostarczenie pacjentce wiedzy na temat tego, ile dziecko dzienne przyjmuje pokarmu oraz określenie odpowiedniego czasu efektywnego karmienia.
- Zaprezentowanie pacjentce prawidłowej techniki przystawiania dziecka do piersi, pozycji do karmienia i prawidłowego sposobu podawania piersi dziecku.
- Przedstawienie pacjentce na co musi zwracać uwagę przy karmieniu piersią: odpowiednia pozycja dziecka, która zapewnia mu stabilizację, odpowiedni sposób uchwycenia brodawki przez dziecko tak, aby usta obejmowały całą brodawkę, brak cmokania, bródka i usta przystawione do piersi, wyraźny odgłos połykania mleka, spokój dziecka.
- Rozmowa z pacjentką o jej obawach dotyczących karmienia piersią i wyjaśnienie w sposób logiczny i zrozumiały jej obaw oraz odpowiedź na jej pytania.
- Zapewnienie wsparcia w postaci doradcy laktacyjnego, w przypadku zaburzeń laktacji oraz wsparcia psychologa, który zagwarantuje wsparcie psychiczne dla świeżo upieczonej matki.
- Ocena laktacji w trakcie hospitalizacji, przedstawienie metod, które mogą ją rozwinąć oraz sposobu radzenia sobie ze zbyt dużą ilością mleka [6].

**Ocena końcowa:** Pacjentka posiada wiedzę na temat procesu laktacji i karmienia piersią. Przekazana wiedza pozwoli pacjentce prawidłowo karmić dziecko i uniknąć problemów laktacyjnych.

**Diagnoza pielęgniarska:** Brak wiedzy w zakresie pielęgnacji rany po pęknięciu krocza.

**Cel opieki:** Edukacja pacjentki w zakresie pielęgnacji rany po pęknięciu krocza.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Wytłumaczenie zasad pielęgnacji: codzienna kąpiel pod bieżącą letnią wodą z użyciem płynu do higieny intymnej lub szarego mydła, kąpiele w wannie są niezalecane – można je wykonywać najlepiej po upływie 6 tygodni od porodu, korzystanie z jednorazowych ręczników do osuszania i używanie środka antyseptycznego.
- Zalecenie częstego wietrzenia krocza oraz kiedy jest to niezbędne noszenie bawełnianej, obszernej bielizny lub bielizny jednorazowej – siateczkowej.

- Uczulenie pacjentki, aby reagowała na niepokojące objawy takie jak: obrzęk, zaczerwienienie, sączenie ropnej i krwistej wydzieliny, stany podgorączkowe i gorączka, ból o dużym natężeniu, w sytuacji ich wystąpienia – pilny kontakt z lekarzem lub położną środowiskową.
- Przedstawienie form aktywności fizycznej po porodzie: w pierwszych tygodniach po porodzie preferowane są spacer, bez dźwigania.
- Nakłonienie pacjentki do wstrzymania się z decyzją odnośnie ponownego rozpoczęcia współżycia do pierwszej wizyty kontrolnej i wspomnienie, że bezpieczna inicjacja seksualna możliwa jest około 6 tygodni po porodzie drogami natury.
- Powiadomienie pacjentki o konieczności zgłoszenia się do położnej środowiskowej w celu zdjęcia szwów około 9 doby po porodzie [7].

**Ocena końcowa:** Pacjentka otrzymała kompleksową wiedzę na temat samoopieki oraz poinformowana została o konieczności stawienia się u położnej środowiskowej w celu usunięcia szwów.

**Diagnoza pielęgniarska:** Obawy pacjentki związane z pierwszym wypróżnieniem po porodzie.

**Cel opieki:** Zmniejszenie obaw pacjentki przed pierwszym wypróżnieniem.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyjaśnienie pacjentce dlaczego pierwsze wypróżnienie po porodzie może być niekomfortowe i bolesne oraz wyjaśnienie, że regularne wypróżnianie jest ważne dla funkcjonowania naszego organizmu.
- Przedstawienie pacjentce metod, które mogą pomóc w ograniczeniu dyskomfortu przy pierwszym wypróżnieniu: użycie podnóżka pod stopy, dzięki któremu pozycja do wypróżnienia będzie prawidłowa anatomicznie.
- Zapoznanie pacjentki z odpowiednią dietą, która wpłynie na pracę jelit i nie powoduje powstawania zatwardzeń. Zalecenie spożywania dużych ilości produktów, które zawierają błonnik, owoców, warzyw i przyjmowania dużej ilości płynów - minimum 2 litry dziennie.

- Zaproponowanie pacjentce stopniowego powrotu do aktywności fizycznej, zaczynając od krótkich spacerów, w celu zapewnienia aktywności mięśni.
- Wyedukowanie pacjentki w zakresie technik oddechowych, które mogą być pomocne przy rozluźnieniu i napinaniu mięśni podczas wypróżniania. Ocena końcowa: Udało się zmniejszyć obawy pacjentki przed pierwszym wypróżnieniem.

**Ocena końcowa:** Pacjentka wypróżniła się

**Diagnoza pielęgniarska:** Niepokój pacjentki spowodowany przebiegiem porodu po porodzie naturalnym.

**Cel opieki:** Zmniejszenie niepokoju pacjentki spowodowanego przebiegiem porodu.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Edukacja pacjentki na temat przebiegu porodu: poród fizjologiczny jest podzielony na 3 etapy, poród bezpośredni który trwa pierwsze 24 godziny po porodzie, poród wczesny, który obejmuje pierwszy tydzień po porodzie i poród późny, który trwa do 6 tygodnia po porodzie, w tym czasie macica oczyszcza się, czego następstwem jest krwawienie.
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego poprzez wysłuchanie obaw pacjentki i zapewnienie jej poczucia zrozumienia oraz odpowiadanie na pytania, które kieruje w naszą stronę.
- Udzielenie informacji na temat higieny podczas porodu: częste zmienianie wkładek, wietrzenie krocza, zakładanie przewiewnej, bawełnianej bielizny, codzienne przemywanie krocza.
- Poinformowanie pacjentki o możliwości skorzystania z opieki położnej środowiskowej, która będzie mogła na bieżąco rozmawiać z nią na temat niepokojących ją problemów i kontrolować przebieg porodu [8].

**Ocena końcowa:** Pacjenta otrzymała wiedzę na temat przebiegu porodu, zapewniono jej wsparcie, zniwelowano obawy związane z przebiegiem porodu.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Sposób ukończenia ciąży porodem drogami natury jest fizjologiczną drogą przyjścia dziecka na świat [7]. Kobiety, które nie mogły z jakiś powodów urodzić drogami natury

swojego poprzedniego dziecka, mają szansę, aby doświadczyć porodu naturalnego po poprzednim cięciu cesarskim. Decyzja o VBAC jest złożona i wymaga rozważenia licznych czynników medycznych oraz osobistych preferencji. VBAC niesie za sobą wiele korzyści zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Dla matki, uniknięcie kolejnego cięcia cesarskiego oznacza mniejsze ryzyko powikłań chirurgicznych, takich jak infekcje, krwotoki czy zrosty pooperacyjne. Powrót do pełnej sprawności, po porodzie naturalnym jest zazwyczaj krótszy i mniej bolesny, w porównaniu do powrotu do zdrowia po cesarskim cięciu. Dla dziecka, poród siłami natury, może zmniejszyć ryzyko problemów oddechowych, które są częstsze u noworodków urodzonych przez cesarskie cięcie. VBAC wiąże się również z pewnym ryzykiem. Najpoważniejszym z nich jest ryzyko pęknięcia macicy w miejscu blizny po poprzednim cięciu cesarskim. Choć jest to rzadkie zjawisko, może prowadzić do poważnych komplikacji zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Inne potencjalne ryzyka obejmują konieczność nagłego cięcia cesarskiego w trakcie porodu, co może być związane z większym ryzykiem powikłań w porównaniu do planowanej operacji. Kryteria kwalifikacji obejmują m.in. rodzaj poprzedniego cięcia, przyczyna poprzedniego cięcia, liczbę poprzednich cesarskich cięć oraz ogólny stan zdrowia matki i dziecka. Ważnym czynnikiem jest również historia medyczna matki, w tym obecność innych schorzeń lub komplikacji podczas poprzednich porodów. Sukces VBAC zależy od wielu czynników, w tym od odpowiedniego przygotowania i współpracy z zespołem medycznym. Kluczowe znaczenie ma wybór placówki medycznej, która posiada doświadczenie w prowadzeniu porodów VBAC i jest w pełni przygotowana do szybkiego reagowania na ewentualne komplikacje. Monitorowanie stanu zdrowia matki i dziecka w trakcie porodu, a także gotowość do wykonania cesarskiego cięcia w razie potrzeby, są nieodzowne. Ważne jest, aby kobiety były świadome zarówno korzyści, jak i ryzyka związanego z VBAC oraz aby podejmowały decyzje w oparciu o rzetelne informacje i konsultacje z doświadczonymi specjalistami.

## WNIOSKI

Poród naturalny po cięciu cesarskim zdobywa coraz większą popularność wśród kobiet w ciąży. Analiza wybranych artykułów naukowych pozwala na lepsze poznanie czym jest poród VBAC. Poród po cięciu, może być bezpieczny, jeśli spełnione są określone kryteria i zapewnione jest odpowiednie zaplecze medyczne. Na podstawie analizy przypadku medycznego pacjentki, problemem pielęgnacyjnym, który uważa się za najważniejszy jest brak wiedzy o porodzie VBAC oraz obawy o przebieg porodu naturalnego. Należy zadbać, aby wyeliminować ten problem. Kobiety powinny być dobrze poinformowane o wszystkich

aspektach VBAC, aby mogły podejmować świadome decyzje dotyczące swojego planu porodowego. Edukacja na temat korzyści i ryzyka związanego z VBAC oraz regularne konsultacje z lekarzem są kluczowe. Dzięki rzetelnej edukacji, kobiety mogą podejmować świadome decyzje i z większym spokojem podejść do doświadczenia porodu VBAC. Rola położnej skupia się na zapewnieniu pacjentce spokojnej atmosfery podczas przebiegu całego porodu. Położna powinna wykazywać się empatią, być pomocna, odpowiadać na pytania pacjentki i zadbać aby poród naturalny był dla niej dobrym doświadczeniem. Podsumowując, VBAC jest wartościową opcją dla wielu kobiet po cesarskim cięciu, oferującą liczne korzyści zdrowotne i psychologiczne. Jednakże, decyzja o VBAC musi być starannie przemyślana i oparta na rzetelnej ocenie medycznej oraz współpracy z doświadczonym zespołem medycznym. Dzięki świadomemu podejściu i odpowiedniemu przygotowaniu, wiele kobiet może bezpiecznie doświadczyć porodu naturalnego po cięciu cesarskim.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rokita W., Młodawski J.: Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim- kwalifikacja, wyniki i powikłania, *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, Copyright, Via Medica 2018;(3): 1–9.
2. Habak PJ, Kole M: Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim, StatPearls Publishing LLC, 2024.
3. Hul M., Osadnik K.: VBAC- przebieg, przygotowanie, wyzwania, *Cesarskie cięcie i poród po cięciu cesarskim. Natuli*, Warszawa 2020: 318-325.
4. Bręborowicz GH., Czajkowski H.: *Położnictwo Tom 1*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.
5. Pietrzak J., Mędrzycka-Dąbrowska W., Olszewska J.: Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, *Ból* 2018; 19(1): 23-28.
6. Łepecka-Klusek C., Bucholc M.: *Laktacja i karmienie piersią*. [W:] Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 171–192.
7. Troszyński M: *Położnictwo ćwiczenia*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie Warszawa 2022.
8. Paladine HL., Blenning CE., Strangas Y.: Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *American Family Physician*, 2019; 100(8): 485 – 491.

## PACJENTKA PO MASTEKTOMII Z CUKRZYCĄ TYPU 2-ZADANIA PIEŁĘGNIARKI

---

**Ewa Kostrzewa-Zabłocka<sup>1</sup>**

- 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

Cukrzyca, zwłaszcza typu 2, jest czynnikiem ryzyka zapadalności oraz umieralności z powodu chorób nowotworowych. Związek między cukrzycą a zapadalnością na nowotwory wykazano dla raka: wątroby, trzustki, nerki, jelita grubego, pęcherza, chłoniaków nieziarniczych u obu płci, a także dla raka piersi i endometrium u kobiet [1]. Wśród patomechanizmów prowadzących do zwiększonej zapadalności na nowotwory w populacji chorych na cukrzycę decydującą rolę odgrywają otyłość oraz związane z nią insulinooporność, hiperinsulinemia i subkliniczny stan zapalny, a także hiperglikemia [2]. Starsze kobiety cierpiące na cukrzycę typu 2 są bardziej narażone na zachorowanie na raka piersi [3]. Uczeni odkryli, że cukrzyca typu 2 zwiększa ryzyko raka piersi. Nowotwór ten jest jednym z najpowszechniej występujących wśród kobiet [4]. Spośród wszystkich pań chorych na nowotwory złośliwe, co czwarta umiera na raka piersi. Rocznie choruje w naszym kraju na ten rodzaj raka około 10 tysięcy kobiet, a około 5 tysięcy pacjentek umiera rocznie z powodu choroby. Zwiększone ryzyko raka piersi dotyczy kobiet z cukrzycą typu 2, które są przed menopauzą i pań w okresie pre- i postmenopauzalnym z cukrzycą typu 1 [5].

### CELEM PRACY BYŁO:

- -Przedstawienie roli i zadań pielęgniarki wobec pacjentki po mastektomii z cukrzycą typu 2
- -Opracowanie procesu pielęgnowania dla pacjentki po mastektomii z cukrzycą typu 2

### MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku.

Jako techniki badawcze użyto: wywiadu bezpośredniego z pacjentką, analizę dokumentacji medycznej oraz skal: skali VAS (skala oceniająca nasilenie bólu), Barthel (skala oceny sprawności w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych), Katza (ADL) (skala podstawowych czynności życia codziennego) i RISRAS (skala oceny przebiegu odczynu popromiennego ze strony skóry). Wykorzystano kwestionariusza EORTC QLQ-BR23, obserwację pacjentki oraz badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjentki podczas jej pobytu na Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie.

W pracy wykorzystano również proces pielęgnowania. Jest to metoda pracy pielęgniarki z pacjentem, oparta na holistycznym podejściu do potrzeb pacjenta. Metoda ta, jest to uszeregowany i uporządkowany sposób identyfikacji potrzeb i problemów pielęgnacyjnych indywidualnych pacjentów, ustalanie planów ich rozwiązywania, stosowanie tych planów w praktyce oraz ewaluacji stopnia ich realizacji.

## WYNIKI

### Opis przypadku

Pacjentka W.M. lat 42 z rozpoznaną jednostką chorobową C50.4 Nowotwór złośliwy piersi lewej. W marcu 2024 roku pacjentka przebywała w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie w celu wykonania planowanej operacji oszczędzającej. Wykonano mastektomię częściową oraz wycięcie węzłów chłonnych. Zabieg przebiegł bez powikłań.

Pacjentka posiada wykształcenie wyższe, jest pracownikiem biurowym, utrzymuje się z pracy etatowej oraz z prac zleceńowych. Mieszka z mężem oraz z nastoletnią córką w bloku w centrum miasta. Warunki mieszkaniowe jak i materialne dobre.

Pacjentka choruje od około roku na cukrzycę typu 2 stosuje Glikophade XR 1000mg. Sama wykonuje pomiary glikemii na glukometrze. Ma słabą wiedzę na temat diety cukrzycowej.

W MMG stwierdzono zmianę guzową piersi lewej 20x17 mm. Wykonano oligobiopsję piersi lewej a po otrzymaniu wyniku histopatologicznego ustalono rozpoznanie końcowe :

Rak inwazyjny gruczołu piersiowego typ NST stopnia złośliwości G-2 z obecnymi ogniskami DCIS. Naciekanie okołonерwowe obecne, utkanie raka zajmuje około 80% łącznej powierzchni.

Pacjentka wymaga pomocy w spuszczeniu wydzieliny z drenu, zmiany opatrunków, wsparcia psychicznego. Pacjentce dokuczają dolegliwości bólowe w okolicach rany pooperacyjnej jak i kończyny po stronie operowanej. Pacjentka jest zaniepokojona i zmartwiona swoim stanem zdrowia. Jest osłabiona chorobą i leczeniem. Z powodu okaleczenia oraz nadwagi pacjentka odczuwała brak akceptacji swojego wizerunku.

Pacjentka zaczęła czterotygodniową radioterapię. Wystąpiło osłabienie, ograniczona ruchomość, obrzęk kończyny górnej oraz rana w okolicy napromieniowanej, obniżony nastrój. Pacjentka odczuwa uderzenia gorąca, częste zmiany nastroju.

*Interwencje pielęgniarские wobec pacjentki po mastektomii z cukrzycą typu 2.*

**Diagnoza pielęgniariska 1:** Złe samopoczucie spowodowane bólem w okolicy rany pooperacyjnej.

**Cel opieki:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Wykonanie pomiaru bólu przy użyciu skali NRS (7/10 ból silny)
- Podanie środków przeciwbólowych zleconych przez lekarza
- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji, która nie powoduje ucisku rany
- Wyjaśnienie pacjentce przyczyny bólu
- Delikatna, sprawna zmiana opatrunku
- Poinformowanie chorej o noszeniu odpowiedniej bielizny bezszwowej
- Poinformowanie chorej o noszeniu odpowiedniej odzieży (nieuciskowej)
- Ograniczenie wysiłku fizycznego
- Uświadomienie najbliższych w potrzebie pomocy w czynnościach życia codziennego
- Zachęcenie pacjentki do wczesnych, systematycznych ćwiczeń rehabilitacyjnych
- Drugi pomiar bólu 2/10 (ból o słabym nasileniu).

**Ocena działań:** Zniwelowanie dolegliwości bólowych do stopnia 2 ocenionego przez pacjentkę. Uzyskano poprawę samopoczucia.

**Diagnoza pielęgniariska 2:** Lęk, smutek wynikający z rozpoznanej choroby nowotworowej.

**Cel opieki:** Poprawa komfortu psychicznego.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Wysłuchanie obaw pacjentki



- Wzbudzenie wiary we własne siły oraz możliwość walki z chorobą
- Poinformowanie pacjentki o możliwości udziału w spotkaniach grup wsparcia
- Mobilizowanie chorej do udziału i aktywności w procesie terapii poprzez budowanie nadziei, motywację oraz aktywizowanie własnych zasobów psychicznych
- Rozmowa na temat aktualnych metod leczenia
- Zapewnienie spokojnej, bezpiecznej atmosfery
- Określenie najbardziej istotnych trudności pacjentki w radzeniu sobie z chorobą
- Zapewnienie chorej o udzieleniu niezbędnej oraz fachowej pomocy w trakcie leczenia.

**Ocena działań:** Komfort psychiczny pacjentki został podwyższony. Natomiast poziom lęku obniżony.

**Diagnoza pielęgniarska 3:** Wystąpienie ryzyka zakażenia miejsca operowanego i miejsca ujścia drenu.

**Cel opieki:** Wczesne wykrycie oznak infekcji oraz minimalizacja infekcji.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Kontrolowanie rany pooperacyjnej w kierunku rozejścia się szwów, wycieku wydzieliny, zaczerwienienia
- W razie potrzeby zmiana opatrunku z zachowaniem aseptyki i antyseptyki
- Dezynfekcja rany środkiem do płukania ran Prontosan
- Systematyczna kontrola zabarwienia oraz ilości wydzieliny w drenie i regularne wypróżnianie zbiornika
- Kontrola parametrów pacjentki mogących świadczyć o rozwijającym się zakażeniu: temperatura, tętno, ciśnienie
- Obserwacja rany, okolic ujścia drenu w kierunku obrzęku, zaczerwienienia.

**Ocena działań:** Zakażenie rany nie nastąpiło.

**Diagnoza pielęgniarska 4:** Trudność w samoopiece spowodowana ograniczeniem w ruchomości stawu barkowego z powodu rany pooperacyjnej, opatrunku oraz osłabienia.

**Cel opieki:** Zniwelowanie trudności w samoopiece, zaspokojenie podstawowych potrzeb.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Ocena zakresu potrzebnej pomocy pacjentce skala Barthel wynik 85 punktów, stan „średnio ciężki”

- Włączenie rodziny do pomocy w czynnościach życia codziennego
- Edukacja pacjentki w zakresie wykonywania ćwiczeń oddechowych mających wpływ na wydolność oddechową np. użycie
- Nauczenie pacjentki ćwiczeń rehabilitacyjnych mających wpływ na ruchomość kończyny górnej np. ściskanie piłeczki lub gąbki
- Stosowanie technik relaksacyjnych w postaci seansów muzycznych.

**Ocena działań:** Pacjentka uczy się sukcesywnie samoopieki, potrafi zaspokoić podstawowe potrzeby.

**Diagnoza pielęgniarska 5:** Dyskomfort oraz utrudnione poruszanie kończyny górnej spowodowane znacznym obrzękiem związanym z zastojem chłonki.

**Cel opieki:** Umożliwienie odpływu chłonki. Zmniejszenie obrzęku.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Ocena dyskomfortu na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 (wynik 10/12) odczucia ze strony barku znaczne)
- Układanie kończyny górnej strony operowanej w pozycji wysokiej, przy użyciu klina
- Poinformowanie o konieczności spania w pozycji, która nie powoduje ucisku na kończynę po stronie operowanej
- Obserwacja drożności drenu
- Nauczenie pacjentki automasażu mającego na celu usprawnienia przepływu chłonki
- Zachęcenie do codziennego wykonywania ćwiczeń zleconych przez fizjoterapeutę oraz pomoc przy wykonywaniu
- Edukacja chorej w zakresie ochrony kończyny górnej strony operowanej - rezygnacja z długotrwałej pracy fizycznej, niedźwiganie, noszenie odzieży nieuciskającej, niemożność wykonywania pomiaru ciśnienia, wkuć dożylnych po stronie operowanej,
- ochrona przed urazami czy oparzeniami, unikanie przegrzewania.

**Ocena działania:** Obrzęk się zmniejszył. Poprawiła się jakość życia pacjentki.

**Diagnoza pielęgniarska 6:** Obniżony nastrój spowodowany przebytym zabiegiem.

**Cel opieki:** Poprawienie nastroju pacjentki.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Okazanie pacjentce zainteresowania oraz udzielenie wsparcia psychicznego
- Umożliwienie szybkiego kontaktu z członkiniami klubu „Amazonki”

- Umożliwienie kontaktu i rozmowy z psychologiem.

**Ocena działania:** Nastrój pacjentki uległ poprawie.

**Diagnoza pielęgniarska 7:** Niepokój chorej związany z niepewnością o wyniki leczenia.

**Cel opieki:** Zapewnienie spokoju psychicznego chorej.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Okazanie chorej zrozumienia, życzliwości i wsparcia
- Zapewnienie chorej rzeczowej i profesjonalnej opieki
- Rozmowa z chorą mająca na celu poprawę jej nastroju
- Włączenie rodziny do działań pielęgniarskich i opiekuńczych
- Pomoc w nawiązaniu kontaktu z pacjentkami, które wygrały walkę z chorobą
- Zapewnienie kontaktu z lekarzem
- Motywacja chorej do walki z chorobą.

**Ocena działań:** Zapewniono chorej spokój psychiczny. Nastrój chorej uległ poprawie.

**Diagnoza pielęgniarska 8:** Obawy pacjentki dotyczące powrotu do funkcjonowania w środowisku życia.

**Cel opieki:** Zminimalizowanie obaw pacjentki.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Udzielenie konkretnych odpowiedzi na pytania i wątpliwości pacjentki
- Zapoznanie chorej i jej rodziny z programem edukacyjnym
- Rozmowa z pacjentką dająca wskazówki do samo pielęgnacji
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego
- Propagowanie akceptacji stanu zdrowotnego
- Wzmocnienie uczucia nadziei.

**Ocena działań:** Obawy pacjentki zostały zmniejszone.

**Diagnoza pielęgniarska 9:** Brak dostatecznej wiedzy dotyczącej leczenia promieniami jonizującymi.

**Cel opieki:** Edukacja pacjentki na temat radioterapii.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Poinformowanie pacjentki o długości czasu leczenia
- Udzielenie informacji w jaki sposób stosuje się radioterapię i jak działa

- Dostarczenie odpowiednich materiałów edukacyjnych w postaci ulotek, poradników
- Poinformowanie pacjentki o możliwości wystąpienia skutków ubocznych radioterapii, odczynu popromiennego czy zmęczeniu lub braku apetytu
- Zalecenie oszczędzającego trybu życia
- Poinformowanie o chodzeniu bez biustonosza lub o noszeniu miękkiego bawełnianego biustonosza, bez fiszbin w celu uniknięcia podrażnień skóry w napromieniowanym obszarze.

**Ocena działań:** Przekazane informacje pozwoliły chorej zrozumienie leczenia promieniami jonizującymi.

**Diagnoza pielęgniarska 10:** Wystąpienie popromiennego zapalenia skóry z powodu skutków ubocznych napromieniowania.

**Cel opieki:** Zmniejszenie dolegliwości.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Prowadzenie obserwacji zaistniałych zaburzeń skala RISRAS (pierwszy pomiar 19 punktów)
- Unikanie mycia wodą skóry napromieniowanej do czasu ustąpienia odczynu popromiennego
- Polewanie rany roztworem do płukania ran Prontosan
- Natłuszczanie kremem dla wrażliwej skóry Linomagu, wazeliny
- Stosowanie kremu zawierającego deksapantenol (Bepanthen Sensiderm)
- Ochrona skóry przed wiatrem, słońcem
- Noszenie jak najbardziej przewiewnych ubrań( bawełna, jedwab)
- Unikanie golenia skóry w okolicach napromieniowanych
- Pouczenie o traktowaniu skóry bardzo delikatnie.

**Ocena działań:** Dolegliwości się zmniejszyły niezadawalająco. Potrzebna dalsza obserwacja.

**Diagnoza pielęgniarska 11:** Lęk przed powrotem do życia seksualnego na skutek możliwej reakcji negatywnej męża , związanej z usunięciem fragmentu piersi.

**Cel opieki:** Zniwelowanie lęku chorej.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Zmniejszenie obaw pacjentki.

- Zapewnienie materiałów edukacyjnych na temat życia seksualnego w chorobie nowotworowej
- Okazanie empatii, wsparcia psychicznego
- Edukacja męża pacjentki, za jej zgodą na temat obaw pacjentki i jej zmian zachowań
- Przygotowanie męża do wyglądu ciała pacjentki po zabiegu, poinformowanie o potrzebie wsparcia dla pacjentki.

**Ocena działań:** Obawy pacjentki się zmniejszyły. Mąż bardzo się zaangażował w proces leczenia chorej.

**Diagnoza pielęgniarska 12:** Uczucie gorąca, zwiększenie potliwości wywołane wymuszoną sztuczną menopauzą.

**Cel opieki:** Zmniejszenie uczucia gorąca.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyjaśnienie pacjentce przyczyn dolegliwości
- Zalecenie zmiany bielizny pościelowej w razie konieczności
- Przygotowanie lekkiej pościeli do okrycia
- Zapobieganie odparzeniom skóry poprzez utrzymanie w czystości skóry, dokładne osuszanie skóry delikatnym bawełnianym ręcznikiem
- Utrzymanie temperatury w domu do 19 stopni
- Zachęcanie do częstego picia ale małymi porcjami
- Polecenie preparatów ziołowych opartych na wyciągu z nasion soi, szyszek chmielu, melisy o działaniu wyciszającym.

**Ocena działań:** Objawy zmniejszyły się.

**Diagnoza pielęgniarska 13:** Złe samopoczucie pacjentki spowodowane przez bezsenność.

**Cel opieki:** Poprawa samopoczucia, uzyskanie efektywnego snu.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Przeprowadzenie wywiadu mającego na celu wykrycie ewentualnych zaburzeń psychicznych
- Ocena stylu życia pacjentki, sposobu w jaki spędza wolny czas
- Unikanie drzemek w ciągu dnia
- Wyjście na krótki spacer przed snem
- Położenie się do łóżka w momencie w którym odczuwa pacjentka zmęczenie

- Przewietrzenie pokoju przed snem
- Nie spożywanie przed zaśnięciem napojów zawierających kofeinę, dużej ilości cukru
- Stosowanie technik relaksacyjnych np. wygodne ułożenie, słuchanie spokojnej muzyki, wizualizacja, zastosowanie świeczki zapachowej lawe

**Ocena działań:** Pacjentka lepiej śpi, samopoczucie uległo poprawie.

**Diagnoza pielęgniarska 14:** Deficyt wiedzy na temat prawidłowego żywienia w cukrzycy

**Cel opieki:** Podwyższenie poziomu wiedzy pacjentki w zakresie prawidłowego żywienia

**Interwencje pielęgniarskie:**

- Dostarczenie niezbędnej wiedzy w zakresie produktów o niskim i wysokim indeksie glikemicznym i konieczności stosowania się do zaleceń dietetycznych
- Poinformowanie o konsekwencjach wynikających z nieprzestrzegania zaleceń dietetycznych w okresie pooperacyjnym (wysokie glikemie utrudniają gojenie się rany)
- Zachęcenie pacjentki do powrotu do aktywności fizycznej
- Udostępnienie kontaktu z dietetyczką
- Przekazanie broszurek z przykładowymi jadłospisami

**Ocena działań:** Poziom wiedzy pacjentki na temat prawidłowego żywienia jest satysfakcjonujący.

## WNIOSKI

1. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia powikłań po mastektomii, depresji i izolacji społecznej konieczna jest edukacja pacjentki oraz jej najbliższego otoczenia.
2. Nieprzestrzeganie przez pacjentki zaleceń dotyczących diety cukrzycowej, skutkujące w podwyższonych wartościach glikemii, może powodować w trudności w leczeniu rany pooperacyjnej.
3. W oparciu o nagromadzone informacje i własne obserwacje sporządzony został proces pielęgnowania, mający na celu poprawić stan zdrowia biologicznego, psychicznego i społecznego chorej na cukrzycę typu 2 i po mastektomii. W ramach każdej z diagnoz ustalono cel, zaplanowane działania i ocenę wykonanych świadczeń.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zborowska K., Skrzypulec-Plinta V.: Pacjentka z cukrzycą u ginekologa-nie tylko dlatego, że jest w ciąży?. [w:] Pacjent z cukrzycą interdyscyplinarnie, Dąbrowski M.(red.) PZWL, Warszawa 2024: 227-234
2. Dąbrowski M.: Cukrzyca a nowotwory. Via Medica. Wrocław 2010; 1997: 12
3. Czyżyk A., Szczepanik Z. Diabetes mellitus and cancer. Eur. J. Intern. Med. 2000; 11: 245–252.
4. Rojas A., Schneider I., Lindner C. i wsp.: Association between diabetes and cancer. Current mechanistic insights into the association and future challenges. Mol Cell Biochem. 2023; 478(8): 1743-1758.
5. Ptaszynska A., Cohen S.M., Messing E.M. i wsp. Assessing bladder cancer risk in type 2 diabetes clinical trials: the dapagliflozin drug development program as a ‘case study’. *Diabetes Ther.* 2015; 6: 357–375.

## OCENA SAMODZIELNOŚCI SENIORÓW W KONTEKŚCIE WIELOCHOROBOWOŚCI I DOSTĘPU DO USŁUG OCHRONY ZDROWIA

---

**Maria Dorota Kwika<sup>1</sup>, Anna Papież<sup>2</sup>, Agnieszka Szalach<sup>3</sup>**

- 1. Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*
- 2. NZOZ Przzychodnia Lekarska „MEDYK”, Zamość*
- 3. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Zamojska*

### WSTĘP

Jesień życia jest obciążona nieuniknionymi fizjologicznymi zmianami, które znacząco rzutują na jakość życia. Światowa Organizacja Zdrowia zaliczyła poziom niezależności jako jedną z determinant jakości życia. Samodzielność, a zwłaszcza możliwość decydowania o sobie była zawsze bardzo ważnym aspektem. Po stabilnym okresie dorosłości, następuje starość, gdzie obserwujemy spadek subiektywnych odczuć co do jakości życia [1]. W badaniach prowadzonych w latach 2010-2017 we Francji stwierdzono, iż prawie 80% seniorów wykazywało wzrost ryzyka pojawienia się zespołu słabości, objawiającego się w głównej mierze spadkiem poziomu samodzielności [2].

Jednym z problemów w ochronie zdrowia jest występowanie wielochorobowości, czyli przynajmniej dwóch chorób przewlekłych. Nawarstwienie się problemów zdrowotnych z kolejnymi latami życia generuje problemy medyczne, psychospołeczne oraz ekonomiczne. Tworzy również kaskady geriatryczne, które łączą się nieodzownie z polifarmacją i polipragmazją.

Europejskie Towarzystwo Lekarskie jako osoby z wielochorobowością zagrożone niesamodzielnością oraz wymagające dodatkowych nakładów ze strony usług medycznych i opiekuńczych zdefiniowało pacjenta geriatrycznego [3].



## CEL PRACY

Głównym celem pracy była próba oceny samodzielności seniorów, biorąc pod uwagę dotykający ich problem wielochorobowości w kontekście dostępności do usług ochrony zdrowia.

## MATERIAŁ I METODY

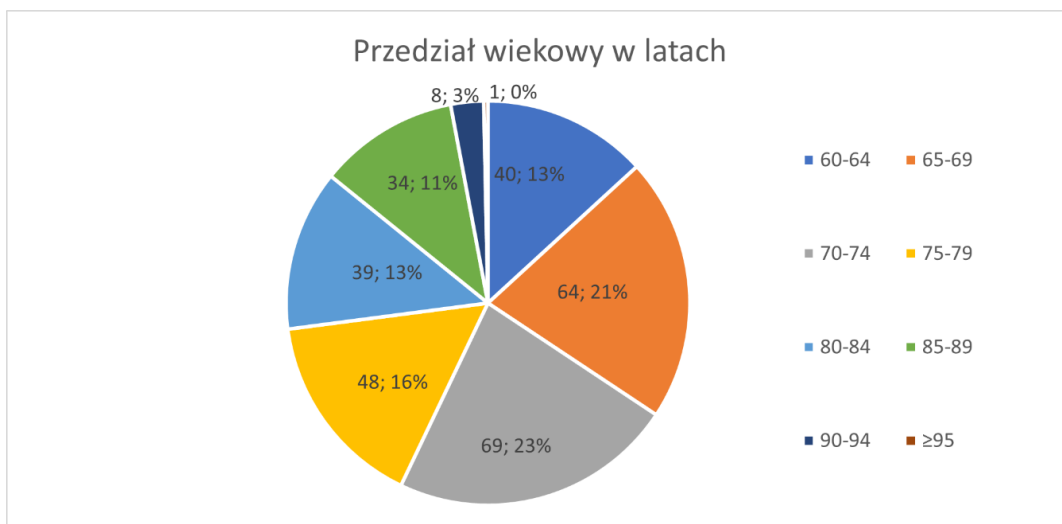
W realizacji celu pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, techniką ankiety przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz skalami: Katza - ADL (*Activities of Daily Living*, Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego) i Lawtona - iADL (*Instrumental Activities of Daily Living*, Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego). Badania przeprowadzono w Przychodni Lekarskiej MEDYK w Zamościu. Wypełnienie kwestionariusza ankiety było dobrowolne, a respondentami byli seniorzy będący pacjentami przychodni.

Do przeprowadzenia analizy zebranych danych skorzystano z pomocy pakietu Statistica 12 od programistów firmy StatSoft Polska. Normalność rozkładów zmiennych ilościowych w badanych grupach została zweryfikowana w pierwszej kolejności za pomocą testu normalności W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup wykorzystano nieparametryczny test U Manna -Whitneya.

## WYNIKI

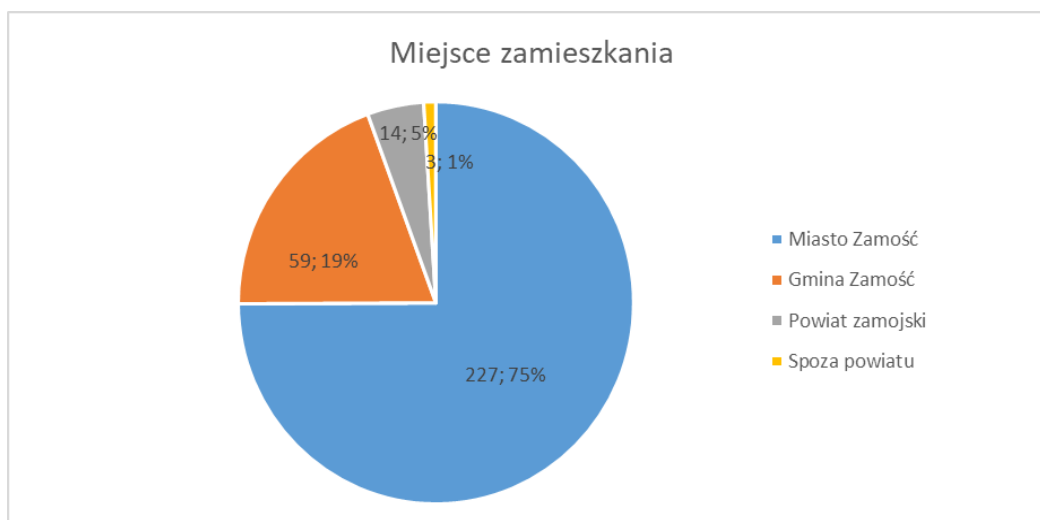
Do badania ankietowego przystąpiły dobrowolnie 303 osoby, a wśród nich 170 kobiet (56%) oraz 133 mężczyzn (44%).

OCENA SAMODZIELNOŚCI SENIORÓW W KONTEKŚCIE WIELOCHOROBOWOŚCI I DOSTĘPU DO USŁUG  
OCHRONY ZDROWIA



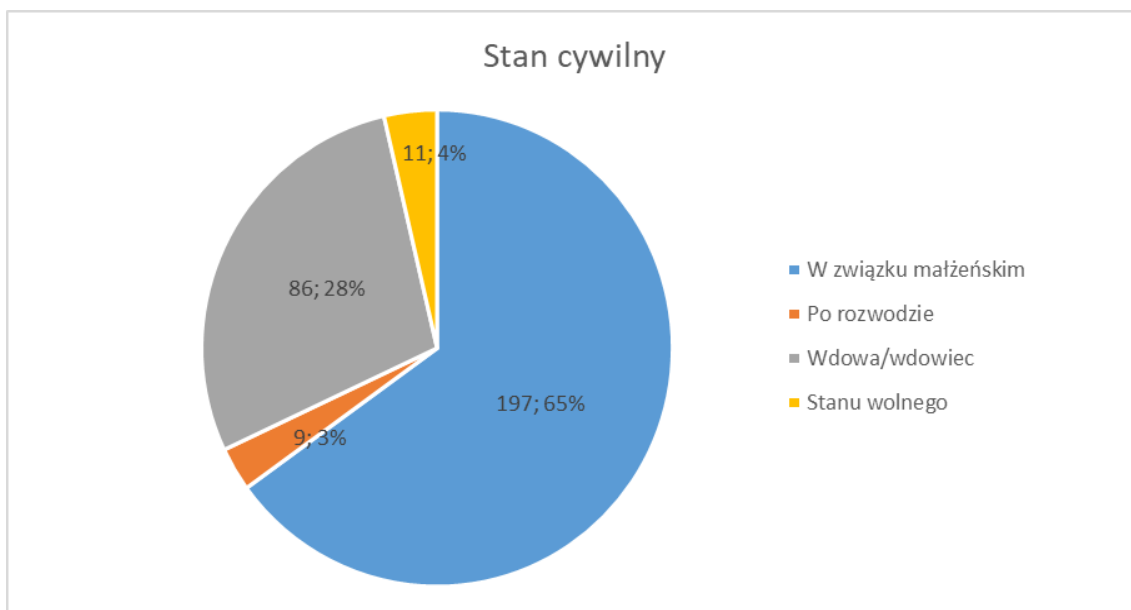
Rycina 1. Udział grup wiekowych w badaniu ankietowym

Źródło: Opracowanie własne



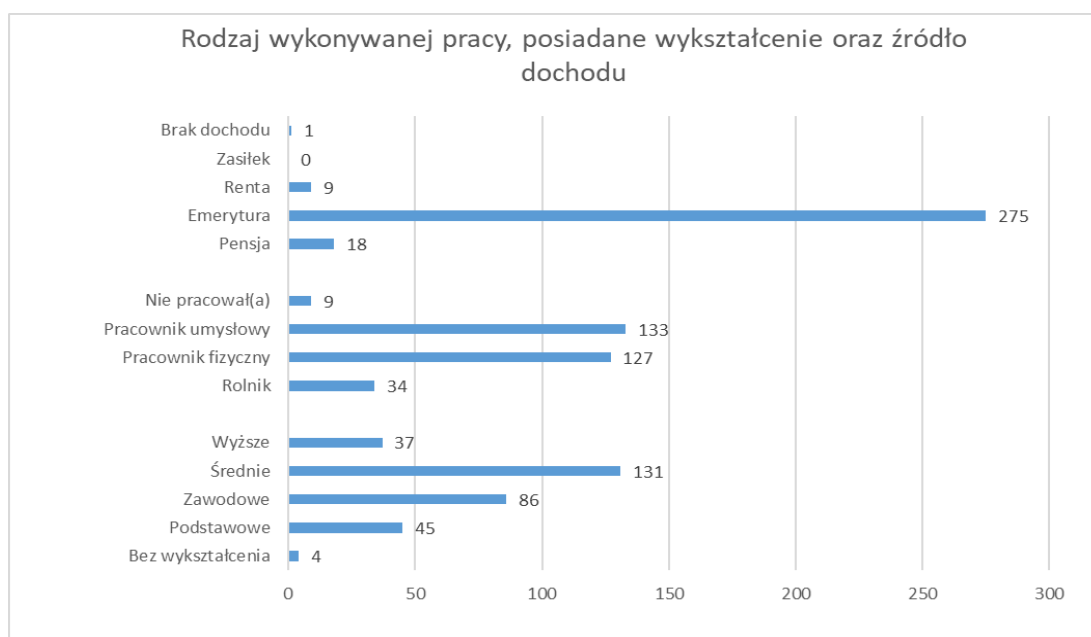
Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów

Źródło: Opracowanie własne



Rycina 3. Przekrój respondentów ze względu na stan cywilny

Źródło: Opracowanie własne



Rycina 4. Przegląd źródła utrzymania seniorów na tle wykształcenia i rodzaju wykonywanej pracy wśród badanej populacji

Źródło: Opracowanie własne

Do określenia zależności samodzielności seniorów w zależności od wystąpienia zjawiska wielochorobowości wykorzystano skalę iADL. Skala ta często jest używana jako odnośnik do uzyskanych wartości we wcześniejszych jej szacunkach u danego pacjenta. W wyniku przeprowadzenia szacowania tą skalą pacjent może uzyskać łącznie od 9 do 27

punktów. Uzyskanie wyższych wyników świadczy o większej samodzielności pacjenta. W celu ułatwienia policzalności skali umownie zastosowano podział punktowy wyróżniając przedziały: całkowicie i prawie niesamodzielny, mało i umiarkowanie samodzielny oraz prawie i w pełni samodzielny.

Drugą wykorzystaną zmienną jest pojęcie wielochorobowości, gdy u pacjenta występują przynajmniej 2 choroby (jako liczbę chorób układowych, ze względu na brak sprecyzowania konkretnych chorób przez niektórych respondentów).

*Tabela I. Ocena stopni samodzielności w zależności od wystąpienia wielochorobowości*

Skala iADL	Wielochorobowość		Razem
	tak	nie	
w pełni samodzielny	104	33	137
%kolumny	41,9%	60,0%	45,2%
prawie samodzielny	105	20	125
%kolumny	42,3%	36,4%	41,3%
umiarkowanie samodzielny	5	0	5
%kolumny	2,0%	0,0%	1,7%
mało samodzielny	18	2	20
%kolumny	7,3%	3,6%	6,6%
prawie niesamodzielny	8	0	8
%kolumny	3,2%	0,0%	2,6%
całkowicie niesamodzielny	8	0	8
%kolumny	3,2%	0,0%	2,6%
Ogół	248	55	303
	Chi-kwadr.	df	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	9,19	df=5	0,102

*Źródło: Opracowanie własne*

Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej ( $p=0,102$ ) zależności między wielochorobowością, a poziomem samodzielności wyrażonym wynikiem iADL.

W grupie osób z wieloma chorobami największy odsetek badanych wykazał status samodzielności na poziomie prawie samodzielny (42,3%) lub w pełni samodzielny (41,9%). W grupie osób bez występującej wielochorobowości największy odsetek - blisko dwie trzecie (60,0%) jest w pełni samodzielna, a ponad jedna trzecia (36,4%) prawie samodzielna.

Analizę wyników przeprowadzono też w oparciu o podział wg. płci.

Tabela II. Ocena stopni samodzielności w zależności od wystąpienia wielochorobowości wg. płci

	Kobiety			Mężczyźni		
	Wielochorobowość			Wielochorobowość		
Skala iADL	tak	nie	Razem	tak	nie	Razem
w pełni samodzielny	43	16	59	61	17	78
%kolumny	30,30%	57,10%	34,70%	57,50%	63,00%	58,60%
prawie samodzielny	73	10	83	32	10	42
%kolumny	51,40%	35,70%	48,80%	30,20%	37,00%	31,60%
umiarkowanie samodzielny	3	0	3	2	0	2
%kolumny	2,80%	0,00%	1,80%	1,90%	0,00%	1,50%
mało samodzielny	14	2	16	4	0	4
%kolumny	2,10%	0,00%	9,40%	3,80%	0,00%	3,00%
prawie niesamodzielny	5	0	5	3	0	3
%kolumny	3,50%	0,00%	2,90%	2,80%	0,00%	2,30%
całkowicie niesamodzielny	4	0	4	4	0	4
%kolumny	9,90%	7,10%	2,40%	3,80%	0,00%	3,00%
Ogół	142	28	170	106	27	133
	Chi-kwadr.	df	p	Chi-kwadr.	df	p
Chi <sup>2</sup> Pearsona	8,59	df=5	0,127	3,74	df=5	0,588

Źródło: Opracowanie własne

Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej ( $p=0,127$ ) zależności między wielochorobowością a poziomem samodzielności wyrażonym wynikiem iADL w grupie senierek.

W grupie kobiet senierek z wieloma chorobami największy odsetek – ponad połowa (51,4%) jest prawie samodzielna lub w pełni samodzielna, co wykazano u blisko jednej trzeciej (30,3%) tej grupy osób.

W grupie kobiet bez występującej wielochorobowości ponad połowa (57,1%) jest w pełni samodzielna a ponad jedna trzecia (35,7%) prawie samodzielna.

Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej ( $p=0,588$ ) zależności między wielochorobowością a poziomem samodzielności wyrażonym wynikiem iADL w grupie panów seniorów.

W grupie mężczyzn z wieloma chorobami największy odsetek – ponad połowa (57,5%) jest w pełni samodzielna, a blisko jedna trzecia (30,2%) prawie samodzielna.

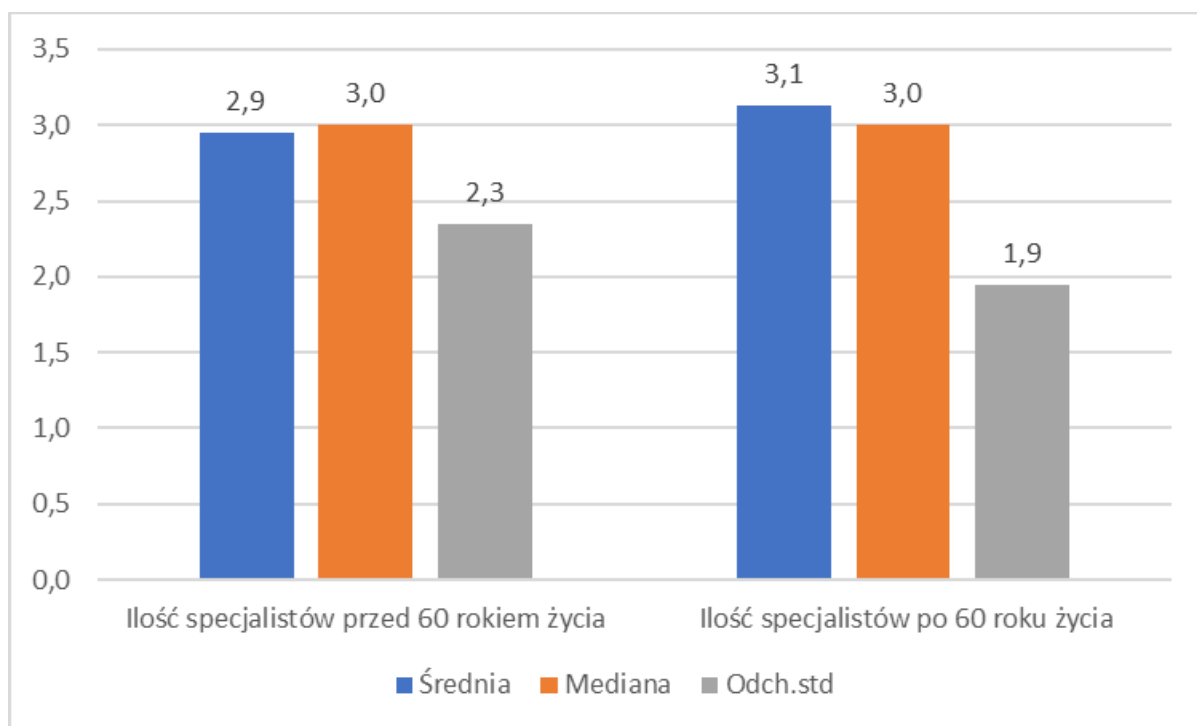
W grupie mężczyzn bez występującej wielochorobowości blisko dwie trzecie grupy (63,0%) jest w pełni samodzielnych, a ponad jedna trzecia (37,0%) prawie samodzielnych.

Analizę wyników hipotez pobocznych przeprowadzono w oparciu o zadane pytania szczegółowe:

**Czy wraz z osiągnięciem wieku senioralnego zwiększa się wachlarz specjalistów z porad których korzystają seniorzy?**

Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ( $p=0,039$ ) różnicę ilości wachlarza specjalistów, z których korzystają seniorzy przed 60 rokiem życia oraz po 60 roku życia.

Przed 60 rokiem życia badani korzystają średnio z 2,9 (SD $\pm$ 2,3) specjalistów wobec istotnie wyższej średniej ilości specjalistów, z których korzystają seniorzy po 60 roku życia, u których obserwuje się korzystanie średnio z 3,1 (SD $\pm$ 1,9) specjalistów.



Rycina 5. Wartości statystyczne dotyczące liczby specjalistów przed i po 60 roku życia

Źródło: Opracowanie własne

Tabela III. Liczba specjalistów, z której korzystają panowie

Grupa mężczyzn	N ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie

OCENA SAMODZIELNOŚCI SENIORÓW W KONTEKŚCIE WIELOCHOROBOWOŚCI I DOSTĘPU DO USŁUG  
OCHRONY ZDROWIA

Ilość specjalistów	przed 60 rokiem życia	133	2,5	2	0	9	1	4	1,9
	po 60 roku życia	133	2,8	3	0	8	2	4	1,7

Źródło: Opracowanie własne

Tabela III. Istotność różnicy liczby specjalistów w grupie mężczyzn

Test U Manna-Whitneya	Suma rang	Suma rang	Z	p	N ważn.	N ważn.
Mężczyźni	przed 60 rokiem życia	po 60 roku życia			przed 60 rokiem życia	po 60 roku życia
Ilość specjalistów	16653,5	18857,5	-1,8	0,079	133	133

Źródło: Opracowanie własne

Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej ( $p=0,079$ ) różnicy ilości wachlarza specjalistów, z których korzystają panowie seniorzy przed 60 rokiem życia oraz po 60 roku życia.

Przed 60 rokiem życia badani panowie seniorzy korzystają średnio z 2,5 (SD $\pm$ 1,9) specjalistów wobec nieistotnie wyższej średniej ilości specjalistów, z których korzystają panowie seniorzy po 60 roku życia, u których obserwuje się korzystanie średnio z 2,8 (SD $\pm$ 1,7) specjalistów.

Tabela IV. Liczba specjalistów, z której korzystają seniorki

Grupa kobiet		N ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie
Ilość specjalistów	przed 60 rokiem życia	170	3,3	3	0	12	1	4	2,6
	po 60 roku życia	170	3,4	3	0	11	2	4	2,1

Źródło: Opracowanie własne

Tabela VI. Istotność różnicy liczby specjalistów w grupie senierek

Test U Manna-Whitneya	Suma rang	Suma rang	Z	p	N ważn.	N ważn.
Kobiety	przed 60 rokiem życia	po 60 roku życia			przed 60 rokiem życia	po 60 roku życia
Ilość specjalistów	27874	30096	-1,2	0,22	170	170

Źródło: Opracowanie własne

Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej ( $p=0,220$ ) różnicy ilości wachlarza specjalistów, z których korzystają seniorki przed 60 rokiem życia oraz po 60 roku życia.

Przed 60 rokiem życia badane kobiety korzystają średnio z 3,3 (SD+/-2,6) specjalistów wobec nieistotnie wyższej średniej ilości specjalistów, z których korzystają seniorki po 60 roku życia, u których obserwuje się korzystanie średnio z 3,4 (SD+/-2,1) specjalistów.

### Które choroby układowe są najczęściej diagnozowane u osób starszych?

Tabela V. Choroby diagnozowane w grupie seniorów

Choroby	Liczność	Procent
choroby ukł. krążenia:	174	57,4%
choroby narządu wzroku:	150	49,5%
choroby narządów ruchu:	116	38,3%
choroby serca:	109	36,0%
choroby ukł. moczowego:	96	31,7%
choroby neurologiczne:	93	30,7%
choroby tarczycy:	58	19,1%
choroby ukł. pokarmowego:	55	18,2%
zaburzenia metaboliczne:	46	15,2%
choroby płuc:	41	13,5%
inne	39	12,9%

Źródło: Opracowanie własne

Największy odsetek diagnozowanych chorób wśród seniorów to choroby układu krążenia (57,4%), następnie choroby narządu wzroku (49,5%) oraz na ostatnim podium choroby narządów ruchu (38,3%).



*Tabela VIII. Choroby diagnozowane w grupie seniorów do 74 roku życia*

Choroby grupa do 74 lat	Liczność	Procent
choroby narządu wzroku:	82	47,4%
choroby ukł. krążenia:	78	45,1%
choroby serca:	59	34,1%
choroby narządów ruchu:	51	29,5%
choroby neurologiczne:	46	26,6%
choroby ukł. moczowego:	45	26,0%
choroby tarczycy:	31	17,9%
choroby ukł. pokarmowego:	29	16,8%
choroby płuc:	24	13,9%
inne	24	13,9%
zaburzenia metaboliczne:	17	9,8%

*Źródło: Opracowanie własne*

W grupie wiekowej od 60 do 74 lat największy odsetek diagnozowanych chorób to choroby narządu wzroku (47,4%), następnie choroby układu krążenia (45,1%) oraz na trzecim miejscu choroby serca (34,1%).

*Tabela XIX. Choroby diagnozowane u senierek*

Choroby kobiety	Liczność	Procent
choroby ukł. krążenia:	101	59,4%
choroby narządu wzroku:	93	54,7%
choroby narządów ruchu:	74	43,5%
choroby serca:	66	38,8%
choroby neurologiczne:	64	37,6%
choroby tarczycy:	52	30,6%
choroby ukł. pokarmowego:	39	22,9%
choroby ukł. moczowego:	37	21,8%
choroby płuc:	24	14,1%
zaburzenia metaboliczne:	24	14,1%
inne	20	11,8%

*Źródło: Opracowanie własne*

W grupie kobiet największy odsetek diagnozowanych chorób to choroby układu krążenia (59,4%), choroby narządu wzroku (54,7%) oraz choroby narządów ruchu (43,5%).

*Tabela X. Choroby diagnozowane w grupie panów seniorów*

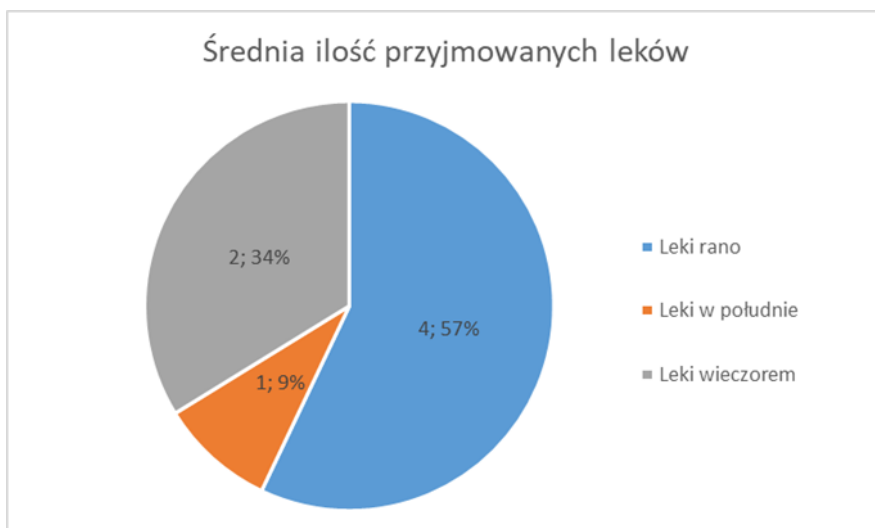
Choroby mężczyźni	Liczność	Procent
choroby ukł. krążenia:	73	54,9%
choroby ukł. moczowego:	59	44,4%
choroby narządu wzroku:	57	42,9%
choroby serca:	43	32,3%
choroby narządów ruchu:	42	31,6%
choroby neurologiczne:	29	21,8%
zaburzenia metaboliczne:	22	16,5%
inne	19	14,3%
choroby płuc:	17	12,8%
choroby ukł. pokarmowego:	16	12,0%
choroby tarczycy:	6	4,5%

*Źródło: Opracowanie własne*

Wśród mężczyzn seniorów największy odsetek diagnozowanych chorób to również choroby układu krążenia na pierwszym miejscu (54,9%). Drugie miejsce zajmują choroby układu moczowego (44,4%), a w przeciwieństwie do senierek choroby narządów wzroku spadły na trzecie miejsce (42,9%).

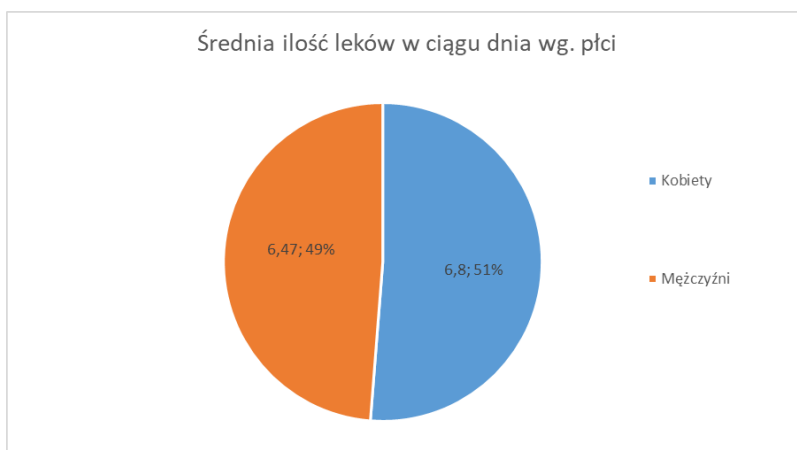
### **Jak kształtuje się ilość leków przyjmowanych przez seniora w ciągu dnia?**

Seniorzy średnio zażywają prawie 7 leków w ciągu dnia. Seniorki nieznacznie więcej niż panowie seniorzy. Osoby starsze przyjmują w godzinach porannych prawie dwa razy więcej leków niż wieczorem. Średnio seniorzy nie przyjmują nawet 1 leku w godzinach południowych.



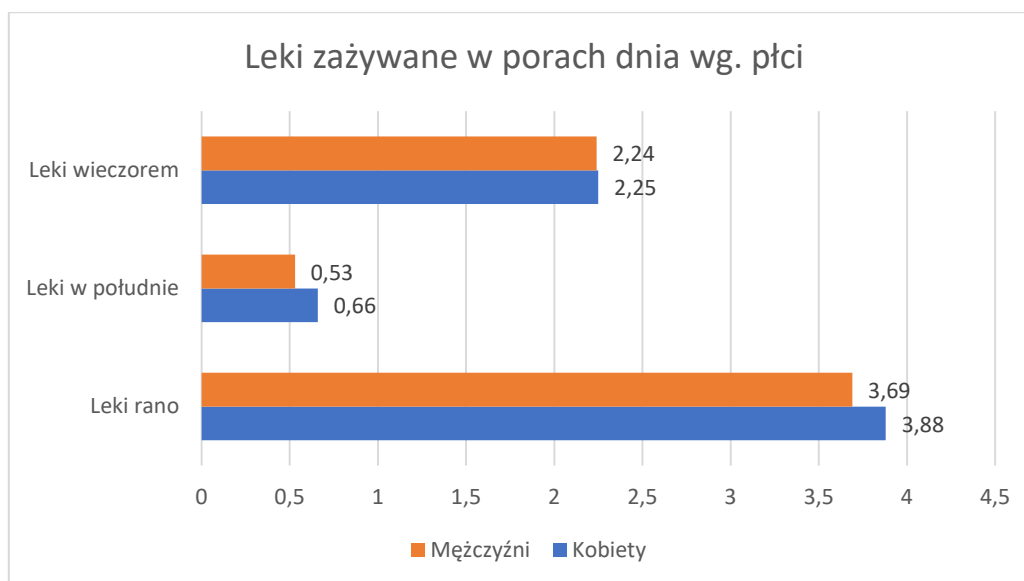
Rycina 6. Liczba leków w ciągu dnia seniora

Źródło: Opracowanie własne



Rycina 7. Średnia leków seniora w ciągu dnia wg. płci

Źródło: Opracowanie własne



Rycina 8. Liczba leków seniora w porach dnia wg. płci

Źródło: Opracowanie własne

Przebadano również zależność występującą pomiędzy ilością przyjmowanych leków, a ilością zdiagnozowanych chorób.

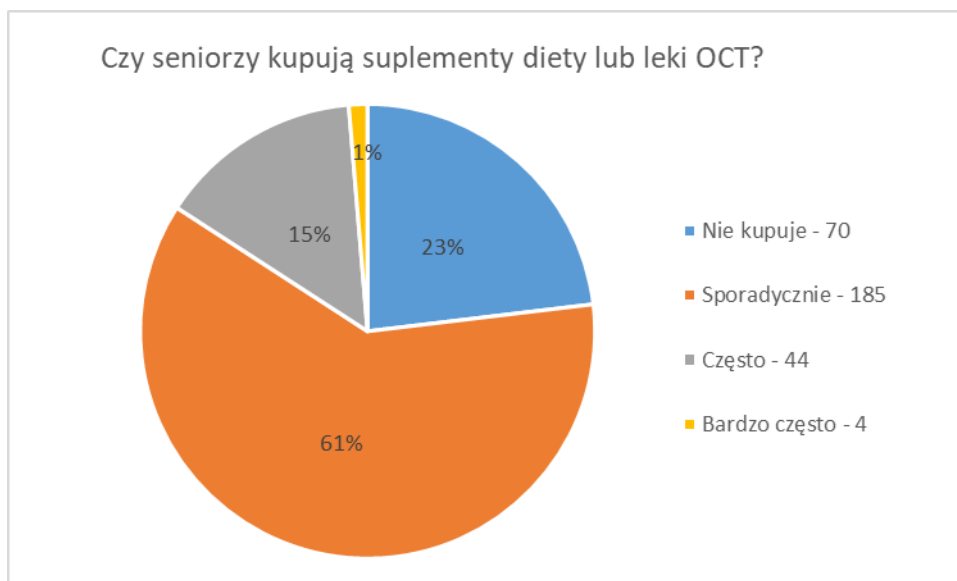
Tabela XI. Istotność zależności liczby leków a ilości zdiagnozowanych chorób

Korelacja porządku rang Spearmana	N	R	p
	Ważnych	Spearman	
Liczba leków i liczba chorób	303	0,523	0,000

Źródło: Opracowanie własne

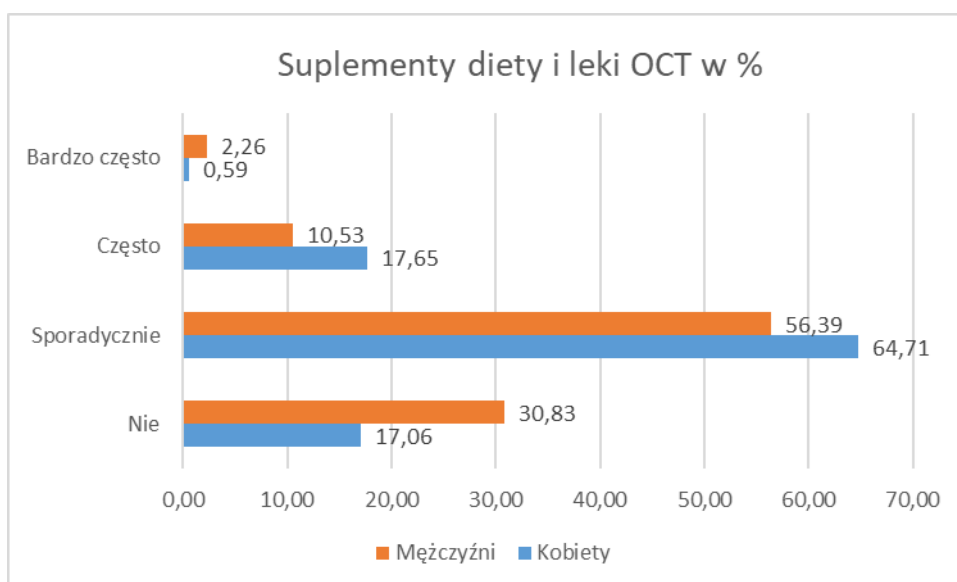
Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną wysoką korelację dodatnią ( $R=0,523$ ;  $P=0,000$ ) między liczbą przyjmowanych leków, a liczbą deklarowanych chorób.

**Jak kształtuje się popyt na suplementy diety i leki bez recepty wśród seniorów oraz czy seniorzy samodzielnie przygotowują swoje leki do wzięcia?**



Rycina 9. Zakup suplementów diety i leków OCT przez seniorów

Źródło: Opracowanie własne



Rycina 1. Suplementy diety i leki OCT wg. płci

Źródło: Opracowanie własne

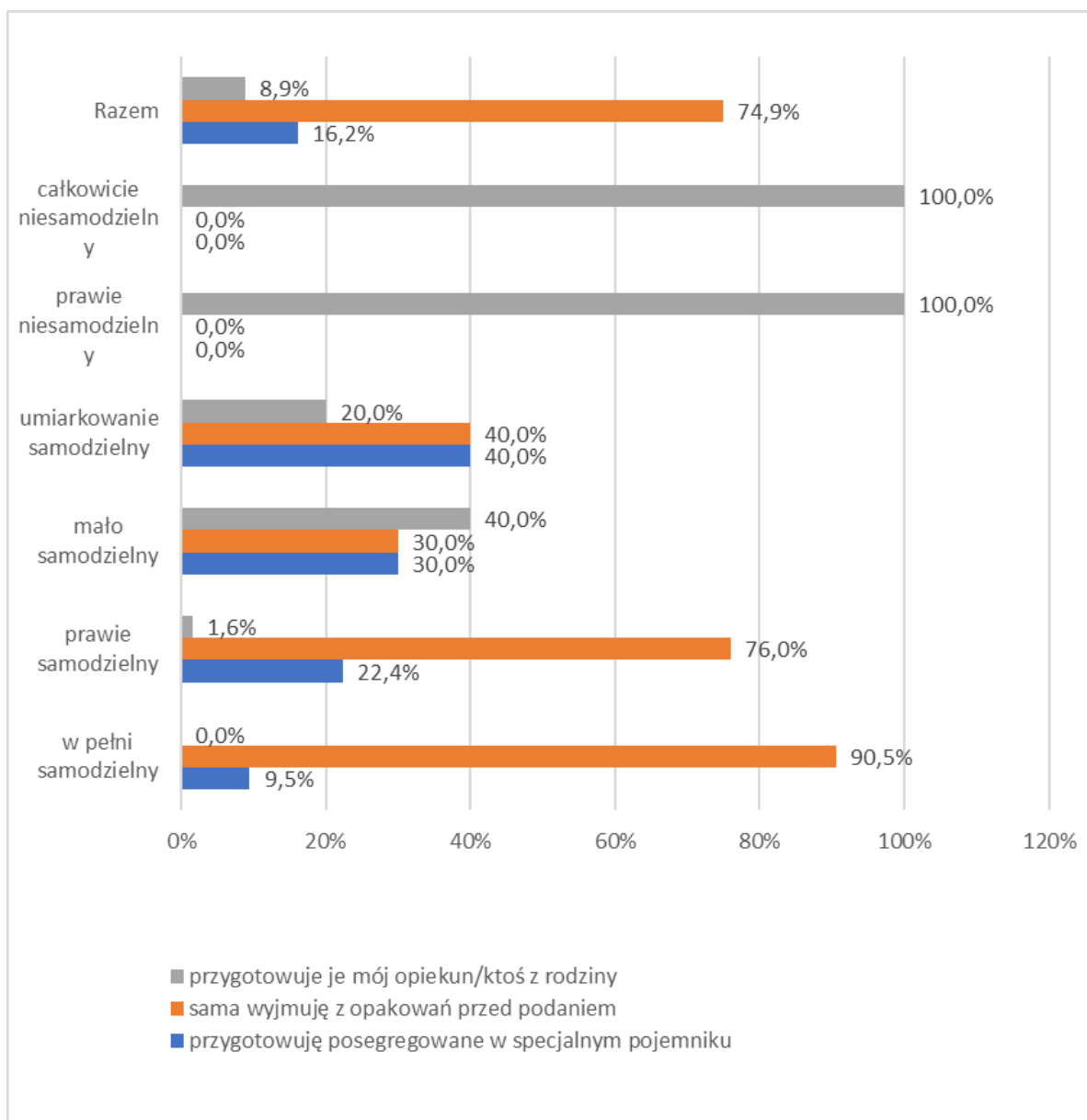
Poddano analizie sposób przygotowania leków do przyjęcia przez seniora w zależności od stopnia samodzielności wnioskowanego na podstawie skali iADL.

Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ( $p=0,000$ ) zależność między poziomem samodzielności wyrażonym wg. skali iADL, a sposobem przygotowania leków do podania.

Samodzielne wyjmowanie z opakowań przed podaniem deklaruje 90,5% seniorów w pełni samodzielnych oraz ponad trzy czwarte (76,0%) osób prawie samodzielnych.

Przygotowywanie przez opiekuna lub kogoś z rodziny deklaruje najczęściej 100,0% osób starszych całkowicie niesamodzielnych, prawie niesamodzielnych oraz 40,0% mało samodzielnych.

Seniorzy umiarkowanie samodzielne zarówno same wyjmują z opakowań przed podaniem jak też przygotowują posegregowane w specjalnym pojemniku (po 40,0%).



Rycina 2. Sposób przyjmowania leków w zależności od samodzielności

Źródło: Opracowanie własne

## DYSKUSJA

Na podstawie analizy danych można stwierdzić, iż nie istnieje statystycznie istotna zależność między wielochorobowością, a samodzielnością seniorów. Do podobnych wniosków doszła Józefina Hrynkiewicz opisując, iż utrata samodzielności jest cechą indywidualną. Wskazała, iż utrata zdrowia może zmieniać poziom jakości życia i znacznie je utrudniać, ale nie musi być jednoznaczna z utratą samodzielności [4]. Podobne konkluzje wyciągnęła ze swoich badań Maciejewska, która zastosowała do oceny samodzielności skalę Barthel, ale ostateczne wyniki wykazywały nieistotne statystycznie powiązanie liczby chorób z wynikiem skali Barthel [5]. Głowacka zwraca uwagę na trudność porównawczą wyników samodzielności na podstawie skal Katza i Lawtona ze względu chociażby na rozbieżność interpretacji oraz formy przedstawienia zestawień końcowych przez poszczególnych badaczy [6]. W badaniach własnych odsetek seniorów z pełną punktacją skali iADL (tzn. 27 punktów) wyniósł 45,2% (prawie samodzielnych 41,3%), zaś w badaniu Polsenior2 [7] odsetek ten wynosił około 75% (prawie samodzielnych 13,1%). Ze względu na przyjęcie innego podziału punktacji wartości te są trudne do porównania, chociaż możemy zauważyć, iż seniorzy samodzielni lub prawie samodzielni wynoszą w obydwóch badaniach ponad 85% badanej populacji. W badaniu Polsenior2 liczba osób z bardzo ograniczoną samodzielnością wynosiła 11,2% populacji seniorów [7]. Badania własne wykazały zbliżony odsetek grupy, który wyniósł 11,8%. Wnioski z badania Polsenior dowodzą o wzroście zapotrzebowania na pomoc w przypadku seniorów z wielochorobowością. W przeprowadzonych badaniach tylko 3% seniorów deklaroowało korzystanie z formalnej pomocy opiekunów socjalnych, a wśród seniorów osoby mało samodzielne, prawie niesamodzielne i całkowicie niesamodzielne w większości wyrażają chęć i czują potrzebę korzystania z pomocy innych. Postrożny i wsp. w swoich badaniach wskazali, iż w całej grupie badanych seniorzy średnio otrzymali 18,14 punktów w 24-punktowej skali iADL w zakresie pełnej samodzielności. Najwięcej było seniorów średnio samodzielnych (42%) oraz podobny odsetek osób znacznie niesamodzielnych. Osób starszych z pełną samodzielnością było 15,9 % badanej grupy. W badanej grupie aż 60% osób miało przynajmniej 3 choroby przewlekłe oraz seniorki uzyskiwały nieco mniejszą punktację w skali iADL (17,94 pkt.) w porównaniu do panów, którzy średnio uzyskiwali 18,4 pkt. [8].

W badaniu Polsenior2 zwrócono uwagę, iż odsetek seniorów z wielochorobowością waha się od 69,3% do 90% w zależności od grupy wiekowej [7]. W badaniach własnych wskaźnik ten jest bliski 80% dla całej grupy seniorów. W obydwu badaniach odsetek senierek

z wielochorobowością jest większy niż seniorów. Wśród wielu doniesień naukowych, choroby układu krążenia są główną przypadłością dotyczącą seniorów [9]. Badania własne dowodzą, iż w badanej grupie około 60% osób starszych posiada diagnozę wskazującą na chorobę układu krążenia. Odsetek ten wzrasta wraz ze wzrostem grupy wiekowej seniorów. Wg. Głównego Urzędu Statystycznego wskaźnik ten wynosił średnio 61,7% dla seniorów powyżej 60 roku życia. Do zbliżonych wniosków doszły Burzyńska i Gadomska – autorki skryptu do przedmiotu Koordynowanej Opieki Zdrowotnej, w którym osoby z chorobami układu krążenia plasują się na pierwszym miejscu (75% seniorów), a następnie osoby starsze z chorobami układu ruchu (68%). Prawie równorzędne miejsce w ich doniesieniach zajmują osoby z chorobami wzroku i słuchu ( $\approx 30\%$ ) oraz dolegliwościami ze strony układu pokarmowego [10]. W badaniach własnych drugie miejsce zajęły choroby wzroku (49,5%), a zaraz za nimi choroby narządu ruchu, na które cierpi 38,3% seniorów. Podobnie w badaniu Polsenior2 choroby układu krążenia oraz choroby narządu ruchu występują najczęściej u osób starszych. Badanie to mówi również, iż procent osób powyżej 85 roku życia będących całkowicie niesamodzielnych wynosi 20%. W badaniach własnych osoby całkowicie lub prawie niesamodzielne stanowiły około 10% grupy seniorów powyżej 60 roku życia.

W badaniu własnym populacji seniorki przyjmowały średnio 6,8 leku w ciągu dnia, a seniorzy 6,47 leku, przy czym obie grupy zażywały największą ilość leków w godzinach porannych. W badaniach Misztal-Okońskiej oszacowano, iż średnia ilość przyjmowanych leków przez osoby starsze wynosiła 4 na dobę [11]. W badaniu Polsenior2 leki z rekomendacji lekarza stanowiły od 3 do 6 leków na dzień w zależności od grupy wiekowej (nie stwierdzono znaczącej zależności od przynależności do płci). Średnio osoby starsze przyjmowały 4 leki dziennie (zarówno na receptę jak i bez), bez znaczących różnic między kobietami a mężczyznami. Hosseini wraz ze współautorami szacował, iż seniorzy zażywają średnio 4,9 leków dziennie [12].

Badanie Polsenior2 wykazało, iż 32,1% seniorów przyznaje się do stosowania suplementów diety i leków dostępnych bez recepty. Z badań własnych wynika, iż 16% seniorów często lub bardzo często zakupuje takie preparaty, a 61% tylko sporadycznie. 23% badanych oświadczyło, iż nie zakupuje takich preparatów. Zarówno wśród seniorów nie kupujących jak i bardzo często kupujących preparaty bez recepty przewyższają w badaniach własnych panowie seniorzy. Wg. analiz GUS-u seniorzy prawie po równo przyjmują leki zaordynowane przez lekarza (42,6%) jak i przepisane przez lekarza łącznie z nieprzepisanymi (42,7%). Tylko 6% seniorów wg. zestawienia GUS-u z 2019 roku deklaruje zażywanie wyłącznie leków kupowanych bez recepty. Niwiński i wsp. wskazuje, iż



seniorzy przyjmują 5 leków z zalecenia lekarza oraz 2 sztuki suplementów diety/leków dostępnych bez recepty dziennie [13].

13% seniorów powyżej 65 roku życia przyznaje się do problemów z samodzielnym przygotowaniem i zażywaniem leków, jak podaje Główny Urząd Statystyczny [10]. Wyniki badań własnych są podobne, 8,9% seniorów przyznaje, że nie przygotowuje samodzielnie swoich leków.

## WNIOSKI

1. Seniorzy po 60 roku życia korzystają z porad u większej liczby specjalistów niż miało to miejsce przed osiągnięciem 60 lat.
2. Osoby starsze cierpią zazwyczaj na choroby związane z układem krążenia, w tym nadciśnienie tętnicze krwi. W ogólnej populacji seniorów jest to zauważalne zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Jedynie najmłodszy seniorzy do 74 roku życia w przeważającej większości uskarżają się na problemy ze wzrokiem, a na drugim miejscu wskazują choroby układu krążenia.
3. Seniorzy przyjmowali średnio prawie 7 leków dziennie, przy czym prawie dwa razy więcej z rana niż wieczorem.
4. Osoby starsze sporadycznie zakupują suplementy diety lub leki bez recepty. Seniorzy przed zażyciem leków wyjmują je samodzielnie z opakowań.

## PIŚMIENNICTWO

1. Babicz-Zielińska E., Bartkowicz J., Tańska M.: Jakość życia osób starszych i jej determinanty, *Nauka Technologia Jakość* 2021: 51-67.
2. Sacha M., Sacha J., Wieczorowska-Tobis K.: Zespół kruchości, zdrowe starzenie się, zapobieganie utracie samodzielności z perspektywy krajów frankofońskich, *Geriatrics* 2018; (12): 156-161.
3. Kozak-Szkopek E.: *Geriatrics, Medycyna Dydaktyka Wychowanie* 2020: 11-12.
4. Hrynkiewicz J., Halicka M.: *Niesamodzielną starość jako nowe ryzyko społeczne, Niesamodzielną starość: Materiały z III Kongresu Demograficznego Część 2* Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa 2022
5. Maciejewska M.M.: Ocena stopnia deficytu w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 6(2): 7-20.

6. Głowacka M., Zabielska P., Haor B. et al.: Does functional assessment of individuals aged 80-plus give rise to scientific discussion – considerations based on literature review, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2019; 26(2): 375-378.
7. Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.): POLSENIOR 2 - Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdańsk 2021.
8. Postrożny D., Żuralska R., Mziray M. i wsp.: Ocena samodzielności funkcjonalnej powyżej 65 roku życia, *Gerontologia Polska* 2020; (28): 17-22.
9. Sygit K.: Health problems of seniors: selected Disease of the old age, *Health Problems of Civilization* 2018; 12(1): 33-40.
10. Burzyńska M., Gadomska J.: Skrypt do przedmiotu Niepełnosprawność wśród seniorów realizowanego na kierunku: Koordynowana Opieka Senioralna, Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2018.
11. Misztal-Okońska P., Młynarska M., Goniewicz M. i wsp.: Polipragmazja wśród osób po 65 roku życia, *Journal of Education, Health and Sport*, Radomska Szkoła Wyższa 2017; 7(8): 267-279.
12. Hosseini S.R., Zabihi A., Jafarian Amiri S.R. et al.: Polypharmacy among the Eldery, *Journal of Mid-life Health* 2018; 9(2): 97-103.
13. Niwiński K., Brniak W., Jachowicz R.: Farmaceutyczne aspekty terapii geriatrycznej, *Farmacja Polska* 2018; 74(4): 247–253.

## TRANSPLANTOLOGIA W CZORAJ I DZIŚ

---

**Magdalena Głowicka<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

- 1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
- 2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

Transplantologia jest jednym z najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny, umożliwiającym ratowanie życia pacjentów i znaczącą poprawę jakości życia osób cierpiących na niewydolność organów. Jest to dziedzina medycyny zajmująca się przeszczepianiem komórek, tkanek oraz narządów, która opiera się na skomplikowanych procedurach chirurgicznych, zaawansowanej wiedzy immunologicznej oraz nowoczesnych technikach farmakologicznych. Definicja transplantologii obejmuje proces przenoszenia materiału biologicznego od dawcy do biorecy w celu przywrócenia funkcji uszkodzonego lub niewydolnego narządu, co często stanowi jedyną opcję terapeutyczną dla pacjentów w stanie krytycznym.

Historia procedur transplantacyjnych sięga starożytności, jednak prawdziwy rozwój tej dziedziny nastąpił w XX wieku, kiedy to wprowadzenie leków immunosupresyjnych oraz postęp w technikach chirurgicznych umożliwiły wykonywanie coraz bardziej skomplikowanych przeszczepów. Kluczowe momenty w historii transplantologii, takie jak pierwsze udane przeszczepy serca, nerek czy wątroby, stanowią kamienie milowe, które zrewolucjonizowały podejście do leczenia niewydolności narządowych.

Ramy prawne dotyczące transplantacji różnią się w zależności od kraju, ale ich celem jest zapewnienie bezpiecznego i etycznego przeprowadzania przeszczepów. W Polsce głównym aktem prawnym regulującym te kwestie jest ustawa z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Przepisy te określają zasady pobierania narządów zarówno od żywych dawców, jak i od zmarłych, oraz regulują kwestie zgody na pobranie narządów, co jest kluczowe dla etyczności całego procesu.

## ROZWINIĘCIE

Transplantologia to specjalistyczna dziedzina medycyny klinicznej, która koncentruje się na przeszczepianiu komórek, tkanek oraz organów. Termin „transplantacja” wywodzi się z łacińskiego słowa „transplantare”, co można przetłumaczyć jako „przesadzać” lub „przenosić”. Definiuje ona techniki chirurgiczne umożliwiające zastąpienie uszkodzonych lub niewystarczających elementów w organizmie ludzkim poprzez wprowadzenie materiału biologicznego od dawcy [1].

Termin „transplantacja” ma swoje korzenie w łacińskim języku, pochodząc od czasownika „transplantare”, co oznacza dokonanie przeszczepienia lub przesadzenia. Etymologicznie, słowo to składa się z dwóch komponentów: prefiksu „trans-”, który przekłada się na „za”, „poza”, lub „z tamtej strony”, oraz słowa „plantatio”, które odnosi się do sadzenia roślin. Ta geneza terminu odzwierciedla przenoszenie czy przesadzanie w kontekście rolniczym, jednak w medycynie termin ten ewoluował, by opisywać złożony proces przenoszenia tkanek, komórek lub organów od dawcy do biorcy, z zamiarem przywrócenia funkcji lub ratowania życia [1].

Transplantacja, czyli przeszczepianie, to procedura medyczna polegająca na operacyjnym przeniesieniu komórek, tkanek lub całych narządów, znanych jako przeszczepy, w celu leczenia konkretnych stanów chorobowych. Ten proces może występować wewnątrz jednego organizmu, gdzie materiał transplantowany jest przenoszony z jednego obszaru ciała do drugiego, lub między dwoma osobami, gdzie przeszczepy pobierane są od dawcy i przekazywane biorcy. Głównym celem transplantacji jest zwykle uzupełnienie ubytków strukturalnych lub przywrócenie utraconych funkcji organizmu, co stanowi kluczowy element w leczeniu wielu poważnych i życiowo zagrożonych stanów zdrowotnych. Przeszczepy mogą być pobierane zarówno od dawców żywych, jak i od zmarłych dawców, w zależności od rodzaju procedury i potrzeb pacjenta [2].

W medycynie, zabieg transplantacji, czyli przeszczepianie, jest procedurą operacyjną, która polega na przeniesieniu komórek, tkanek lub całych narządów, zwanych przeszczepami, w celu leczenia określonych stanów chorobowych. Przeszczepy mogą być przeprowadzane zarówno w obrębie jednego organizmu (autotransplantacja), jak i między dwoma osobnikami – od dawcy do biorcy (alotransplantacja). Celem takich działań jest zazwyczaj uzupełnienie ubytków wynikających z uszkodzeń lub chorób oraz przywrócenie prawidłowej funkcji narządu lub tkanki. Transplantacja stanowi kluczową metodę terapeutyczną w przypadku

zaawansowanych schorzeń narządowych oraz uszkodzeń strukturalnych, pozwalając przywrócić pacjentom możliwość zdrowego funkcjonowania i poprawę jakości życia [3].

Transplantacja, rozumiana jako operacyjne przeniesienie komórek, tkanek lub całych narządów, stanowi kluczową metodę leczenia w medycynie, umożliwiając uzupełnienie ubytków oraz przywracanie czynności uszkodzonych elementów organizmu. Zabieg ten może być przeprowadzany zarówno w obrębie ciała jednego pacjenta (autotransplantacja), jak i między dwoma osobnikami tego samego gatunku (alotransplantacja), a nawet pomiędzy różnymi gatunkami (ksenotransplantacja), co otwiera szerokie spektrum możliwości terapeutycznych. Transplantacja stanowi złożony proces, który wymaga precyzyjnej koordynacji i oceny klinicznej oraz podejścia interdyscyplinarnego, obejmującego chirurgię, immunologię, genetykę, farmakologię i inne dziedziny medycyny. Dzięki ciągłemu rozwojowi nauki i technologii, transplantacja narządów i tkanek staje się coraz bardziej skuteczną metodą leczenia wielu chorób, poprawiając jakość życia pacjentów i dając im szansę na wyzdrowienie [4].

Fragment ciała przeniesiony podczas operacji przeszczepu jest określany mianem transplantu lub przeszczepu. Terapia ta, mimo że jest obecnie uznawaną metodą leczenia, wciąż budzi wiele pytań i wątpliwości etycznych. Z tego powodu, procedury transplantacyjne są regulowane przez specyficzne przepisy prawne, które mogą się różnić w zależności od kraju. Te regulacje obejmują kwestie dotyczące dawstwa i pobierania narządów, kwalifikacji biorców, zasad alokacji organów, oraz monitorowania i kontroli procesu przeszczepu. Dążenie do zapewnienia uczciwości, bezpieczeństwa oraz równego dostępu do przeszczepów stanowi podstawę dla opracowania i wdrożenia odpowiednich uregulowań prawnych w tej dziedzinie [4].

Transplantacja jest zaawansowaną procedurą medyczną, mającą na celu ratowanie życia lub znaczącą poprawę jakości życia pacjentów przez zastępowanie uszkodzonych, niewydolnych lub brakujących elementów ciała. Proces ten polega na chirurgicznym przeniesieniu zdrowych tkanek lub narządów od dawcy do biorcy, co pozwala na przywrócenie kluczowych funkcji organizmu. Transplantacje mogą obejmować różnorodne narządy, takie jak serce, nerki, wątroba, płuca, trzustka, a także tkanki – na przykład skórę, rogówkę czy kości. Sukces procedury zależy od wielu czynników, w tym od zgodności tkankowej między dawcą a biorcą, stanu przeszczepianego narządu oraz umiejętności zespołu medycznego. Transplantacja jest nie tylko technicznym wyzwaniem chirurgicznym, ale również wymaga starannego doboru i przygotowania pacjenta, a także długoterminowej

opieki pooperacyjnej i immunosupresji, aby zapobiec odrzuceniu przeszczepu przez system immunologiczny biorcy [5].

Transplantacja jest procesem medycznym umożliwiającym zastąpienie uszkodzonych lub brakujących elementów w organizmie poprzez przeniesienie tkanek lub narządów. Można ją realizować zarówno wewnątrz jednego organizmu, jak i między różnymi organizmami, co obejmuje również sytuacje, gdy materiał przeszczepiany pochodzi z innego gatunku. W zależności od pochodzenia przeszczepianego materiału, rozróżnia się przeszczepy wykonane z tkanek biorcy, od identycznych genetycznie dawców, od dawców genetycznie różnych, a nawet od przedstawicieli innych gatunków. Lokalizacja przeszczepu może odpowiadać naturalnemu położeniu przeszczepianego narządu lub być zmieniona. Istotnym aspektem jest również natura przeszczepianego materiału, czyli czy po przeszczepieniu będzie on pełnił swoje funkcje biologiczne, czy też jego rola będzie ograniczała się do funkcji mechanicznych [5].

### **Postawy wobec transplantacji**

W Polsce podejście do transplantacji organów w celach ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia jest szeroko akceptowane, co potwierdza 93% poparcia społecznego. Większość dorosłych Polaków (80%) wyraża zgodę na pobranie swoich organów po śmierci do celów transplantacyjnych, co stanowi wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu z danymi sprzed czterech lat. Z kolei 11% badanych wyraża sprzeciw wobec takiej praktyki, co odnotowuje spadek o 4 punkty procentowe. W kwestii rozmów z rodziną na temat donacji organów po śmierci, 75% Polaków przyznaje, że nie poruszało tego tematu, podczas gdy 25% podzieliło się swoją opinią z bliskimi. Jeśli chodzi o postępowanie w przypadku śmierci bliskiej osoby, która nie wyrażała sprzeciwu wobec donacji swoich organów, aż 89% respondentów nie miałooby zastrzeżeń do pobrania organów, co jest wzrostem o 6 punktów procentowych od 2012 roku. W sytuacji, gdy zmarły był za życia przeciwny donacji, 67% badanych respektowałoby tę decyzję, a 22% działałoby wbrew niej. Brak wiedzy na temat stanowiska zmarłego wobec donacji organów skłania 69% ankietowanych do nieoponowania przeciwko pobraniu organów, co jest wzrostem o 7 punktów procentowych. Opinie dotyczące regulacji prawnych w zakresie pobierania organów od zmarłych są podzielone: 43% respondentów preferuje system oparty na wyrażonej za życia zgodzie, podczas gdy 42% popiera zasadę domniemanej zgody. Świadomość, że w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, wzrosła do 20%, co jest najwyższym odsetkiem od 2005 roku. Analiza postaw

Polaków wobec transplantologii przez ostatnie dwadzieścia lat pokazuje, że mimo społecznej akceptacji, dziedzina ta napotyka na trudności, głównie związane z pozyskiwaniem organów od osób zmarłych. Problemy te wynikają zarówno z aspektów organizacyjnych, jak i z braku formalnej autoryzacji przez rodziny zmarłych, co często skutkuje rezygnacją z pobrania organów [6].

## **Transplantologia w świetle społecznej świadomości**

### **Procedury transplantacyjne**

Zgodnie z powszechnie przyjętymi zasadami w dziedzinie transplantologii, pierwszeństwo w procedurach transplantacyjnych nadaje się dawcom pośmiertnym. Taka zasada opiera się na przekonaniu, że do rozważenia przeszczepu od żywego dawcy dochodzi jedynie w sytuacji, gdy nie ma dostępnego odpowiedniego narządu od zmarłego dawcy oraz gdy inne metody terapii nie oferują porównywalnej skuteczności. Decyzja ta wynika z istotnego ryzyka, jakie niesie za sobą pobieranie i transplantacja narządów, tkanek czy komórek z organizmu żywego dawcy, co wiąże się z potencjalnym zagrożeniem dla jego zdrowia lub życia [5, 6].

Skuteczność transplantacji zależy od spełnienia wielu warunków medycznych, prawnych i kulturowych. Pierwszym kluczowym elementem jest odpowiedni dobór dawcy i biorcy, uwzględniający czynniki immunologiczne oraz zgodność antygenową. Stosowanie leków immunosupresyjnych po przeszczepie jest niezbędne dla zapobieżenia odrzuceniu przeszczepionego narządu lub tkanek przez organizm biorcy. Pacjenci poddawani transplantacji wymagają również stałej opieki lekarskiej, zarówno przed, w trakcie, jak i po zabiegu, aby monitorować postęp reakcji immunologicznej oraz zapobiec ewentualnym powikłaniom. Istotne są także regulacje prawne dotyczące zgody na pobranie narządów po śmierci dawcy. W większości krajów konieczna jest świadoma zgoda dawcy lub jego bliskich na przekazanie narządów do przeszczepu. Prawne ramy dotyczące transplantacji były regularnie dostosowywane do postępujących osiągnięć medycyny, aby umożliwić szersze wykorzystanie materiału tkankowego i narządów do przeszczepów. Wprowadzanie nowych uregulowań prawnych ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zarówno dla dawców, jak i biorców, oraz promowanie postępu w dziedzinie medycyny transplantacyjnej [6].

Pobieranie narządów od zmarłych stanowi moralnie akceptowalną praktykę, gdyż po śmierci organy przestają pełnić swoją funkcję życiową i mogą być wykorzystane w celu ratowania życia innej osoby. Ta procedura nie narusza integralności ani godności zmarłego, a

jednocześnie otwiera możliwość znaczącej interwencji medycznej, która może uratować czy poprawić jakość życia innych pacjentów. Zgodnie z danymi, jedna osoba zmarła może być dawcą narządów dla nawet ośmiu innych osób, co podkreśla doniosłość tego działania z punktu widzenia społecznego dobra. Argument oparty na użyteczności zwłok oraz humanitarnym celu transplantacji jest szeroko akceptowany w kontekście etycznych dyskusji na temat darowizny organów [7].

Procedury transplantologiczne, w szczególności pobieranie narządów od żywych dawców (*ex vivo*), otwierają szerokie pole dyskusji etycznej i moralnej. Choć decyzja o oddaniu narządu, takiego jak nerka czy część wątroby, jest aktem głębokiego altruizmu i często klasyfikowana jako wyraz heroizmu moralnego, rodzi też poważne pytania dotyczące etyki medycznej. Zasadniczo, dawstwo narządu przez żywego dawcę jest dobrowolne i świadome, demonstrując chęć ratowania lub znaczącej poprawy życia biorcy, często powiązane z dawcą więzami krwi lub bliskiej relacji emocjonalnej. Mimo to, istotne jest zastanowienie się nad zgodnością takich działań z kluczowymi zasadami etyki medycznej, takimi jak *Primum non nocere*, czyli zasada nie wyrządzania szkody oraz *Salus aegroti suprema lex*, oznaczająca, że dobro pacjenta jest najwyższym prawem. Pobieranie narządu od żywego dawcy wiąże się z nieuniknionym ryzykiem dla jego zdrowia, mimo że ryzyko to jest starannie oceniane i uważa się je za akceptowalne w świetle potencjalnych korzyści dla biorcy. Fakt, że ryzyko powikłań, a nawet śmierci, choć minimalne, istnieje, wymaga od lekarzy nie tylko technicznej biegłości, ale również głębokiego zrozumienia i szacunku dla etycznych wymiarów ich praktyki. Jan Nielubowicz, jako pionier w dziedzinie transplantacji nerek w Polsce, doświadczał trudności psychologicznych związanych z pobieraniem narządów od żywych dawców, co świadczy o złożoności emocjonalnej i etycznej takich procedur. Jego refleksje nad równoważeniem ryzyka dla dawcy z potencjalnymi korzyściami dla biorcy podkreślają konieczność ciągłej analizy moralnej i etycznej w kontekście rozwoju transplantologii. W świetle tych rozważań, transplantologia jako dziedzina medyczna wymaga nie tylko zaawansowanej wiedzy technicznej i medycznej, ale także głębokiej świadomości etycznej i moralnej. Działania lekarzy muszą być więc prowadzone w sposób, który równoważy dobro dawcy z dobrostanem biorcy, zawsze z naciskiem na minimalizację ryzyka i szkody, przy jednoczesnym dążeniu do maksymalizacji potencjalnych korzyści zdrowotnych [7].

W dziedzinie transplantologii, jak zauważała Ewa Klimowicz w swoich pracach z 1995 roku, pojęcie korzyści i szkody dla dawcy zostało znacząco rozszerzone [14]. Szkada nie jest już ograniczona wyłącznie do uszkodzeń cielesnych, a pojęcie korzyści wykracza



poza prostą kwestię zachowania zdrowia. W tej perspektywie, korzyść dla dawcy jest rozumiana jako realizacja jego osobistych wartości i preferencji [7]. To dawca podejmuje ostateczną decyzję o donacji, a lekarz działa jako wykonawca tej decyzji, postępując w ten sposób zgodnie z zasadami etyki lekarskiej poprzez realizację subiektywnie pojętego dobra dawcy oraz obiektywnego dobra biorcy, który zyskuje szansę na życie dzięki transplantacji [7].

### **Historia procedur transplantacyjnych**

Początki chirurgii transplantacyjnej wątroby sięgają działalności Thomasa Starzla, który w 1963 roku przeprowadził operację na 3-letnim pacjencie. Niestety, zabieg ten nie zakończył się sukcesem. Kolejna próba transplantacji wątroby, przeprowadzona przez F. Moore'a na 54-letnim mężczyźnie, również zakończyła się niepowodzeniem z powodu powikłań zakaźnych po operacji. Te wczesne niepowodzenia nie zniechęciły jednak środowiska naukowego, które kontynuowało badania w dziedzinie immunologii, rozumiejąc ich kluczowe znaczenie dla sukcesu przeszczepień. Znaczący postęp nastąpił po odkryciu przez Barnes'a i Loutita w 1962 roku zjawiska znanego jako reakcja przeszczepu przeciwko gospodarzowi (GvHD). To odkrycie uwypukliło fundamentalne różnice między transplantacją tradycyjnych narządów stałych, takich jak wątroba, a przeszczepianiem szpiku kostnego. W przeszczepach szpiku, w przeciwieństwie do narządów stałych, przekazywana jest znaczna liczba komórek immunologicznych i komórek progenitorowych wraz z krwią. Te komórki mogą indukować GvHD, stan w którym przeszczepione komórki immunologiczne atakują tkanki i organy biorcy, co może prowadzić do poważnych, a nawet śmiertelnych powikłań [8].

W 1983 roku, świat medycyny zarejestrował przełom w leczeniu po transplantacji dzięki wprowadzeniu do klinicznego użytku cyklosporyny. To odkrycie znacząco przewyższyło efektywność wcześniej stosowanych metod zapobiegania odrzucaniu przeszczepów. Cyklosporyna, będąc potężnym lekiem immunosupresyjnym, zrewolucjonizowała transplantologię, otwierając nowe możliwości dla pacjentów poddawanych przeszczepom organów. Dzięki swojej skuteczności w hamowaniu odpowiedzi immunologicznej organizmu przeciwko obcemu przeszczepowi, cyklosporyna znacznie zwiększyła szanse na długotrwałe przetrwanie przeszczepów, co było kamieniem milowym w medycynie transplantacyjnej. Wprowadzenie cyklosporyny do praktyki klinicznej skutkowało znaczącym spadkiem częstości odrzuceń ostrego przeszczepu, co przyczyniło się do poprawy

wyników transplantacji i zwiększenia długości życia pacjentów. Oprócz bezpośredniego wpływu na poprawę przetrwania przeszczepów, odkrycie to również przyczyniło się do przyspieszenia badań w dziedzinie immunologii i transplantologii. Rozwój nowych leków immunosupresyjnych, lepsze zrozumienie mechanizmów odpornościowych organizmu oraz innowacje w technikach chirurgicznych są w dużym stopniu efektem wprowadzenia cyklosporyny do terapii po transplantacji [8].

Transplantacja serca jest jednym z najbardziej złożonych i wyzwaniem procedur chirurgicznych, wymagającym nie tylko precyzji i umiejętności chirurgicznych, ale także głębokiego zrozumienia immunologii i farmakologii. Serce, jako pojedynczy, niezwykle ważny organ, jest trudne do pozyskania, co czyni każdą próbę jego przeszczepienia niezwykle cenną. Proces rozwoju transplantacji serca obejmował różnorodne etapy, począwszy od wczesnych eksperymentów, których wyniki nie zawsze były jasne, poprzez ksenotransplantacje, czyli próby przeszczepiania serca od zwierząt (np. szympanów) do ludzi, realizowane w eksperymentalnych warunkach w XX wieku. Te wstępne próby pozwoliły na zgromadzenie cennych danych i doświadczeń, które miały wpływ na rozwój dalszych badań w tej dziedzinie. Kluczowym momentem w historii transplantacji serca była operacja przeprowadzona przez dr. Christiaana Barnarda w Kapsztadzie w 1967 roku. Chociaż pacjent przeżył tylko kilkanaście dni po operacji, sam fakt technicznego sukcesu operacji miał olbrzymie znaczenie. Otworzył on nowe możliwości i perspektywy dla transplantologii, inicjując zarówno społeczną, jak i naukową dyskusję na temat etycznych i prawnych aspektów transplantacji. Operacja ta stała się również kamieniem milowym, inspirując dalsze badania i rozwój procedur transplantacyjnych na całym świecie. Rok 1968 był kolejnym ważnym momentem, kiedy to Denton Cooley dokonał pierwszego przeszczepienia płuc i serca, a Thomas Starzl przeprowadził transplantację serca i nerki. Te operacje pokazały rosnące możliwości medycyny transplantacyjnej i jej potencjał w ratowaniu życia pacjentów z niewydolnością wielonarządową. Rozwój transplantacji serca był i nadal jest możliwy dzięki połączeniu postępów w dziedzinie chirurgii, immunologii, farmakologii (np. wprowadzenie cyklosporyny w 1983 roku jako środka zapobiegającego odrzuceniu przeszczepu) oraz etyki medycznej. Każdy z tych aspektów przyczynia się do poprawy wyników klinicznych, zwiększając szanse pacjentów na długotrwałe przeżycie po przeszczepie [8].

Ewolucja w dziedzinie transplantologii, która nastąpiła w kolejnych dekadach XX wieku i na początku XXI wieku, znacząco przesunęła granice możliwości medycznych, wprowadzając do praktyki klinicznej jeszcze bardziej zaawansowane i prototypowe operacje.

Transplantacje wielonarządowe, przeszczepy kończyn oraz twarzy zaczęły być realizowane, stanowiąc przełom w medycynie i chirurgii transplantacyjnej. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku oraz na przełomie wieków, różne zespoły badawcze na całym świecie dokonywały pionierskich operacji, które z czasem stały się fundamentem dla dalszego rozwoju specjalistycznych procedur transplantacyjnych. Te prototypowe operacje otworzyły nowe horyzonty w leczeniu pacjentów, dla których standardowe metody terapii nie przynosiły oczekiwanych rezultatów. Jednym z pierwszych doniesień o transplantacji kończyny był eksperyment przeprowadzony w Ekwadorze około roku 1964, jednak dopiero w 1998 roku zespół medyczny w Lyonie, Francja, odniósł pierwszy, udokumentowany sukces w tej dziedzinie. Ta pionierska operacja zasygnalizowała nową erę w transplantacji kończyn, otwierając drogę do dalszych badań i rozwoju technik chirurgicznych, które umożliwiłyby poprawę jakości życia pacjentów po amputacjach. Kolejny znaczący krok to przeszczepienie fragmentu twarzy, które zostało wykonane po raz pierwszy w 2005 roku przez J.M. Dubernarda i B. Devauchelle w Amiens, Francja. Operacja ta, będąca przeszczepem twarzy z dawcy zmarłego, stanowiła przełom w dziedzinie chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej, umożliwiając pacjentom, którzy doświadczyli znacznych deformacji twarzy, powrót do normalnego życia [9].

Rozwój transplantacji szpiku kostnego stanowi kluczowy element postępu w medycynie, szczególnie w leczeniu białaczek i innych chorób krwiotwórczych. Początki badań nad transplantacją szpiku allogenicznego sięgają późnych lat 50. XX wieku, kiedy to naukowcy zaczęli eksplorować potencjał przeszczepów między osobnikami niespokrewnionymi. Przełom nastąpił w 1957 roku, gdy zespół E. Donalla Thomasa przeprowadził pierwszą udaną transplantację szpiku od bliźniaka jednojajowego, otwierając drzwi do dalszych badań w tej dziedzinie. Kluczowym momentem w historii transplantacji szpiku był rok 1975, kiedy to prace E.D. Thomasa opublikowane w „The New England Journal of Medicine” zaprezentowały skuteczność przeszczepów szpiku w leczeniu białaczek. Jego metoda całkowitego napromieniania organizmu przed transplantacją stała się standardem leczenia, co przyniosło mu Nagrodę Nobla w 1990 roku. W 1974 roku powołano European Group for Blood and Marrow Transplantation, co zainicjowało systematyczne stosowanie transplantacji komórek krwiotwórczych i macierzystych jako metody leczenia. Natomiast w 1979 roku przeprowadzono pierwszą transplantację szpiku od dawcy niespokrewnionego, co było kamieniem milowym w rozwoju National Marrow Donor Program. Ta inicjatywa zrewolucjonizowała podejście do leczenia hematologicznego, umożliwiając ratowanie życia pacjentów na całym świecie [10].

## Transplantacja w Polsce

Pierwsza udana operacja przeszczepienia nerki w Polsce, wykonana przez profesora Jana Nielubowicza 26 stycznia 1966 roku w Warszawie, stanowiła ważny kamień milowy w historii polskiej medycyny i transplantologii. Zabieg, w którym narząd został pobrany od dawcy zmarłego, był pionierskim osiągnięciem w kraju, gdzie przeszczepianie narządów nie było jeszcze rozpowszechnioną praktyką leczniczą. W tamtym czasie na świecie przeprowadzono zaledwie 620 takich operacji, co świadczy o wyjątkowości i przełomowym charakterze działania profesora Nielubowicza. Jego sukces nie tylko przyczynił się do rozwoju transplantologii w Polsce, ale również stanowił ważny wkład w globalne wysiłki zmierzające do ulepszania i ratowania życia pacjentów dzięki przeszczepom narządów [11].

W 1986 roku w Polsce doszło do przełomowego wydarzenia w dziedzinie transplantologii, kiedy to Profesor Zbigniew Religa przeprowadził pierwszą udaną operację przeszczepienia serca. Ten historyczny moment miał miejsce w kontekście braku przepisów prawnych regulujących zasady pobierania organów od osób zmarłych, co nadawało temu wydarzeniu dodatkową wagę i skomplikowanie. Sukces operacji profesora Religi był wynikiem intensywnej współpracy i konsultacji między lekarzami, prawnikami, a nawet Prokuratorem Generalnym PRL, co podkreślało znaczenie etycznych i prawnych aspektów związanych z transplantologią. Przeprowadzenie tej operacji przez Profesora Religę nie tylko ugruntowało jego pozycję jako pioniera w dziedzinie chirurgii serca w Polsce, ale również przyczyniło się do rozwoju przepisów prawnych dotyczących transplantacji, co miało kluczowe znaczenie dla przyszłości tej dziedziny medycyny w kraju. Operacja ta otworzyła drogę dla kolejnych przeszczepów i zwiększyła świadomość społeczeństwa oraz władz na temat potrzeby i znaczenia transplantacji organów, co miało bezpośredni wpływ na ratowanie życia wielu pacjentów [12].

W odpowiedzi na rozwijającą się dziedzinę transplantologii i pierwsze udane przeszczepy organów, takie jak operacja przeszczepienia serca wykonana przez Profesora Zbigniewa Religę, pod koniec lat 80. Ministerstwo Zdrowia w Polsce podjęło decydujące kroki w celu stworzenia kompleksowego systemu regulacji prawnych dotyczących pobierania oraz przeszczepiania narządów, organów, tkanek i komórek. Inicjatywa ta miała na celu nie tylko uregulowanie istniejących praktyk, ale również zapewnienie etycznych i prawnych podstaw dla przyszłego rozwoju tej dziedziny medycyny. Równolegle do prac nad przepisami, Minister Zdrowia powołał zespół specjalistów z różnych dziedzin medycyny, w tym anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii, aby opracowali jednolite

kryteria i metodologię rozpoznawania śmierci mózgowej. Śmierć mózgowa, będąca jednym z kluczowych aspektów w procesie kwalifikowania dawców organów, wymagała precyzyjnych i niepodważalnych kryteriów medycznych, aby zapewnić etyczność i legalność pobierania organów [13].

Polska ma bogatą historię osiągnięć w dziedzinie transplantologii, która rozpoczęła się w latach 60. XX wieku. Pierwszą próbę przeszczepienia nerki pobranej ze zwłok przeprowadził Wiktor Bross w 1965 roku. Rok później, w 1966, Jan Nielubowicz i Tadeusz Orłowski zrealizowali pierwszy udany przeszczep nerki również ze zwłok. W 1968 Wiktor Bross kontynuował swoje pionierskie działania, wykonując pierwszy przeszczep nerki od żywego dawcy. Kolejne lata przyniosły rozwój innych typów transplantacji; w 1969 w Łodzi Jan Moll, Antoni Dziatkowiak i Kazimierz Rybiński podjęli się pierwszej próby przeszczepienia serca, choć przełom w tej dziedzinie nastąpił dopiero w 1985 roku, kiedy to Zbigniew Religa dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca w Zabrze. Rozwój transplantacji wątroby w Polsce zainicjował Stanisław Zieliński w 1987 roku, kiedy to po raz pierwszy przeszczepił ten organ [13].

W roku 1988, Prof. Religa przeszczepił serce 15-letniemu chłopcu, co było pierwszą taką operacją w Polsce na tak młodym pacjencie. W tym samym roku Jacek Szmidt przeprowadził udany przeszczep nerki i trzustki. Lata 90. przyniosły kolejne sukcesy: w 1990 roku Piotr Kalaciński przeszczepił wątrobę u dziecka, a w 1994 roku W 1999 roku Piotr Kalaciński i Marek Krawczyk zrealizowali przeszczep części wątroby od dawcy żywego, natomiast Jacek Pawlak i Bogdan Michałowicz przeszczepili wątrobę u dorosłego. W kolejnych latach, w XXI wieku, dokonano kolejnych znaczących osiągnięć w dziedzinie przeszczepów: Marian Zembala przeprowadził pierwszy udany przeszczep serca i płuca w 2001 roku, a w 2003 roku zakończono sukcesem przeszczep pojedynczego płuca. W 2004 roku Marek Durlik dokonał udanego przeszczepu trzustki u osoby, która wcześniej otrzymała przeszczep nerkę. W 2005 roku Marian Zembala wykonał przeszczep obu płuc. Piotr Kalaciński w 2006 roku przeprowadził pierwsze przeszczepienie wątroby i jelita, a w tym samym roku Jerzy Jabłecki przeszczepił rękę, co było kolejnym krokiem w rozwoju technik rekonstrukcyjnych. W 2008 roku Piotr Fiodor wykonał przeszczep wysepek trzustkowych, rozwijając metody leczenia cukrzycy [12].

## Przeszczepy narządów

Transplantacja, znana również jako przeszczepianie narządów, jest zaawansowaną metodą leczenia, która polega na zastąpieniu uszkodzonego lub niewydolnego narządu pacjenta zdrowym narządem pochodzącym od dawcy. Ta metoda leczenia jest stosowana w przypadkach, gdy inne terapie nie przynoszą oczekiwanych efektów lub są nieskuteczne, a stan zdrowia pacjenta wskazuje na skrajną niewydolność narządu, co zagraża jego życiu. Przeszczepianie narządów może dotyczyć różnych części ciała, w tym serca, wątroby, nerek, płuc, trzustki, a także mniejszych struktur, takich jak rogówka czy skóra. Dzięki postępom w medycynie, chirurgii i farmakologii, przeszczepy narządów są coraz bezpieczniejsze i skuteczniejsze, oferując pacjentom szansę na dłuższe i lepsze życie. Proces transplantacji obejmuje kilka kluczowych etapów, począwszy od identyfikacji i oceny potencjalnego dawcy, przez usunięcie i transport narządu, aż po samą operację przeszczepienia i następującą po niej opiekę, w tym immunosupresję, czyli stosowanie leków hamujących odpowiedź immunologiczną organizmu, aby zapobiec odrzuceniu przeszczepionego narządu. Transplantacje są wykonywane w specjalistycznych ośrodkach transplantacyjnych, a ich sukces zależy od wielu czynników, takich jak stan zdrowia odbiorcy, zgodność tkankowa między dawcą a odbiorcą, a także szybkość przeprowadzenia całego procesu od momentu uzyskania narządu od dawcy do momentu przeszczepienia [14].

Alexis Carrel był pionierem w dziedzinie transplantologii oraz laureatem Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny w 1912 roku za pracę nad szwem naczyń krwionośnych. Jego innowacyjne techniki i badania nad przeszczepianiem narządów i tkanki żywej przyczyniły się do rozwoju nowoczesnej transplantologii i chirurgii rekonstrukcyjnej. Carrel, francuski chirurg i biolog, zrewolucjonizował chirurgię przez wprowadzenie metody szycia naczyń krwionośnych, co umożliwiło pierwsze skuteczne przeszczepy narządów. Jego technika szwu, znana jako „szew Carrella”, pozwoliła na połączenie przeciętych naczyń krwionośnych w taki sposób, aby zapewnić prawidłowy przepływ krwi przez przeszczepiony narząd. Dzięki temu możliwe stało się przeprowadzenie operacji wymagających precyzyjnego łączy małych naczyń, takich jak przeszczepy serca, nerek czy wątroby. Prace Carrel'a miały ogromny wpływ na medycynę, otwierając drzwi do rozwoju transplantacji narządów jako realnej opcji leczenia dla pacjentów z niewydolnością narządową. Jego osiągnięcia stały się podstawą dla późniejszych sukcesów w tej dziedzinie, a techniki chirurgiczne przez niego opracowane są wykorzystywane do dziś w chirurgii naczyniowej i transplantacyjnej [14].

Przeszczepy narządów są kluczową metodą medyczną, której głównym celem jest poprawa funkcjonowania organizmu oraz ratowanie życia pacjentów poprzez leczenie wyrównujące ubytki w organizmie człowieka. Procedura ta polega na chirurgicznym przeniesieniu tkanek lub narządów od dawcy do biorcy, którego własne narządy przestały prawidłowo funkcjonować z powodu choroby lub urazu. Przeszczepianie narządów umożliwia nie tylko przedłużenie życia pacjentów, ale także znaczącą poprawę ich jakości życia, oferując możliwość powrotu do zdrowia i normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Dzięki przeszczepom narządów, takim jak serce, wątroba, nerki, płuca, trzustka, a nawet jelita, pacjenci z ciężkimi przypadkami niewydolności narządowej mogą otrzymać drugą szansę na życie. Operacje te są złożone i wymagają nie tylko zaawansowanej wiedzy medycznej oraz chirurgicznej, ale także skoordynowanego działania wielodyscyplinarnych zespołów medycznych, zajmujących się zarówno samym przeszczepem, jak i opieką pooperacyjną oraz monitorowaniem stanu zdrowia biorcy. Kluczowym elementem procesu transplantacji jest dopasowanie dawcy do biorcy, co obejmuje zgodność tkankową oraz grupę krwi, aby zminimalizować ryzyko odrzucenia przeszczepionego narządu przez system immunologiczny biorcy. Rozwój immunosupresji, czyli farmakologicznego tłumienia odpowiedzi immunologicznej, umożliwił znaczący postęp w przeszczepach narządów, zwiększając ich skuteczność i poprawiając wyniki leczenia [15].

Przeszczepy narządów stanowią jeden z najbardziej kontrowersyjnych obszarów medycyny, generując szereg skomplikowanych problemów etycznych i moralnych. Mimo że transplantacja jest powszechnie uznawana za moralnie dopuszczalną metodę leczenia, która ma na celu ratowanie życia jednego człowieka bez wyrządzania szkody innemu, towarzyszą jej istotne dylematy. Kluczową kwestią jest sposób określenia śmierci dawcy, zwłaszcza gdy chodzi o śmierć mózgową. Śmierć mózgową, uznawaną medycznie za równoznaczną ze śmiercią jednostki, budzi obawy dotyczące tego, czy takie kryterium śmierci jest wystarczająco solidne, aby na jego podstawie pobierać organy do transplantacji. Problem ten jest szczególnie istotny w kontekście zasady domniemanej zgody, która zakłada, że osoby, które za życia nie wyraziły sprzeciwu, mogą stać się dawcami organów po śmierci. Ta zasada nie jest jednak jednolicie akceptowana przez wszystkich członków rodziny zmarłego, co może prowadzić do konfliktów i niepewności. Właściwym rozwiązaniem tych problemów wydaje się być promowanie świadomej zgody, wyrażanej za życia przez potencjalnych dawców. Takie podejście pozwala na jasne wyrażenie woli jednostki w kwestii donacji organów, minimalizując niejasności i konflikty po śmierci. Zapewnia to również większy

szacunek dla autonomii indywidualnej i pomaga w budowaniu zaufania społecznego do systemu transplantacyjnego [16].

## **Transplantacje w dyskursie społecznym**

### **Ramy prawne**

Transplantacja jest szczegółowo regulowana w polskim prawie, głównie poprzez ustawę z 1 lipca 2005 roku dotyczącą pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Ta ustawa stanowi podstawę prawną-organizacyjną dla całego procesu transplantacji w Polsce, określając procedury pobierania i przeszczepiania oraz prawa i obowiązki związane zarówno z dawstwem, jak i z transplantacją. Dodatkowo, istnieją również inne akty prawne oraz regulacje administracyjne, które uzupełniają i precyzują kwestie związane z przeszczepami [17].

Ustawa z lipca 2005 roku określa zasady przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, zarówno pochodzących od żywego dawcy, jak i ze zwłok ludzkich. Przeszczepianie, zgodnie z nią, jest dopuszczalną interwencją medyczną, ale podlega ściśle określonym zasadom. Dla biorcy ma charakter terapeutyczny, natomiast dla dawcy może być nieterapeutyczna, a nawet prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Ustawa transplantacyjna stanowi klarowne podstawy legislacyjne dla transplantologii, definiując kluczowe pojęcia z nią związane. Zgodnie z nią, dawcą może być żywa osoba lub zwłoki ludzkie, z których pobiera się komórki, tkanki lub narządy [18].

Ustawa o transplantacji precyzyjnie rozróżnia procedury pobierania przeszczepów zarówno od zwłok ludzkich, jak i od żywych dawców. W obu przypadkach pobieranie definiowane jest jako proces pozyskiwania komórek, tkanek lub narządów [18].

### **Dylematy etyczne w transplantologii**

Medycyna transplantacyjna, zwłaszcza w zakresie przeszczepiania narządów pobranych od zmarłych, może skutecznie funkcjonować tylko wtedy, gdy cieszy się pełną akceptacją społeczną. Oznacza to, że społeczeństwo musi uznać takie działania za moralnie dopuszczalne i etycznie uzasadnione, co z kolei wymaga szerokiego zrozumienia i wsparcia dla procesów związanych z transplantacją. Pełna akceptacja społeczna jest fundamentem, na którym opiera się system dawstwa i transplantacji narządów, ponieważ bez niej nie można było realizować procedur przeszczepiania w sposób etyczny i prawnie dopuszczalny. To



zaufanie i zrozumienie między społeczeństwem a systemem medycznym pozwala na ratowanie życia i poprawę jakości życia wielu pacjentów [17].

Przeszczepianie narządów jest postrzegane w społeczeństwie jako wyjątkowo wrażliwa metoda leczenia, co wynika z unikalnych cech tej procedury. W odróżnieniu od innych metod terapeutycznych, potrzebnego do przeszczepu narządu nie można ani wyprodukować, ani nabyć w tradycyjny sposób. Kluczowym elementem transplantacji jest narząd pozyskany z ciała innego człowieka. W przypadku niektórych organów, takich jak część wątroby czy nerka, dawcą może być osoba żyjąca, często bliski krewny, partner życiowy lub przyjaciel biorcy. Jednak organy takie jak serce, wątroba, trzustka czy płuca mogą być pozyskiwane wyłącznie od osób zmarłych. Transplantacja narządów od żywych dawców w Polsce stanowi tylko niewielki odsetek wszystkich przeszczepień, co może być związane z różnymi czynnikami, w tym z ograniczeniami medycznymi, etycznymi oraz społecznymi związanymi z takim dawstwem. To, że transplantacja jest zależna od daru od innego człowieka, podkreśla jej unikalny charakter i skomplikowaną naturę zarówno z medycznego, jak i etycznego punktu widzenia, co wymaga odpowiedniej wrażliwości i rozważenia wielu aspektów przy podejmowaniu decyzji o przeszczepie [19].

Problematyczność transplantacji w przestrzeni społecznej wynika z kilku czynników, które obejmują różną postawę etyczną potencjalnych dawców i biorców narządu, częsty brak akceptacji stwierdzenia śmierci mózgu przez rodzinę dawcy, obawy dotyczące handlu narządami, przyczyny ekonomiczne i organizacyjne, a także niedostateczną liczbę kampanii reklamowo-informacyjnych. W życiu społecznym to właśnie środki masowego przekazu pełnią istotną rolę w kształtowaniu odbioru transplantologii jako nowoczesnej metody leczenia. Niestety, media takie jak radio, prasa, a szczególnie telewizja często przedstawiają problematykę transplantacji w sposób nadmiernie emocjonalny, skupiając się na problemach pojedynczych osób i nie poruszając kwestii w wymiarze poznawczym, naukowym, czyli obiektywnym. To prowadzi do niepełnego zrozumienia i potencjalnych nieporozumień w społeczeństwie w zakresie transplantacji [20].

Dylematy etyczne w transplantologii stanowią złożony i wielowymiarowy problem, którego podstawą jest konieczność pogodzenia postępu medycznego z wartościami moralnymi i etycznymi. W centrum tych rozważań znajduje się pytanie o granice interwencji medycznej, szczególnie w kontekście zastosowania nowych technologii i metod ratowania życia, które mogą budzić kontrowersje. Problematyka ta obejmuje zarówno perspektywę dawcy, jak i biorcy narządów, generując szereg specyficznych obaw i wątpliwości. W przypadku dawców, zarówno żywych, jak i tych po śmierci, pojawiają się pytania dotyczące

autonomii, zgody na donację oraz kryteriów śmierci, zwłaszcza śmierci mózgowej, która umożliwia pobranie organów. Istotnym elementem jest tu szacunek dla woli dawcy oraz jego rodziny, a także sposób, w jaki społeczeństwo rozumie i akceptuje śmierć oraz pośmiertne wykorzystanie organów. Z kolei po stronie biorców pojawiają się dylematy związane z przyjęciem organu od innego człowieka, co może wywoływać obawy dotyczące tożsamości, integralności ciała oraz psychologicznych konsekwencji transplantacji. Obawy te mogą być potęgowane przez brak pełnej wiedzy na temat procedury oraz przez głęboko zakorzenione przekonania kulturowe i religijne. Oprócz indywidualnych rozważań etycznych, istotne są również kwestie sprawiedliwości i równości w dostępie do transplantacji. Problematyka ta dotyczy zarówno alokacji ograniczonych zasobów medycznych, jak i zagadnień związanych z potencjalnym handlem organami, co budzi obawy o eksploatację i nierówności społeczne [21].

Dylematy etyczne w transplantologii często wynikają z głęboko zakorzenionych przekonań dotyczących integralności ciała i ducha, co odzwierciedla arystotelesowską tezę o jedności psychofizycznej człowieka. Ta koncepcja sprzeciwia się uprzedmiotowieniu i utylitarnemu traktowaniu ciała, co prowadzi do oporów wobec działań transplantacyjnych. Wiele kultur i religii przykładą wyjątkowy szacunek do ciała zmarłego, uznając, że nie powinno być ono naruszane. Pomimo tych trudności, postawa papieża Jana Pawła II, charakteryzująca się osobistym i emocjonalnym zaangażowaniem, przyczyniła się do zmiany percepcji transplantacji wśród katolików. Jego akceptacja dawstwa organów, traktowanego jako przejaw miłości bliźniego, stanowiła ważny krok w kierunku przełamywania barier etycznych i kulturowych związanych z transplantacją. Papież Jan Paweł II promując ideę dawstwa organów jako akt miłosierdzia i solidarności, wpłynął na zwiększenie akceptacji społecznej dla transplantacji, pokazując, że może ona być zgodna z wartościami duchowymi i religijnymi [20].

Sprzeciw wobec przeszczepów narządów w społeczności rzymskiej wynika głównie z głęboko zakorzenionych wierzeń dotyczących śmierci i życia pośmiertnego duszy. Według tych przekonań, po śmierci dusza zmarłego wędruje do swojego ostatecznego miejsca przeznaczenia, podczas gdy ciało pozostaje nietknięte jako forma przewodnika lub odzwierciedlenia dla duszy. Naruszenie integralności ciała po śmierci jest postrzegane jako zakłócenie tego procesu, co może być uznawane za niegodziwe i mogłoby mieć negatywne konsekwencje dla duszy zmarłego. W związku z tym ideą przeszczepu narządów po śmierci dawcy wiąże się wiele oporów i obaw w społeczności rzymskiej, które mają głębokie korzenie kulturowe i religijne [22].

Świadkowie Jehowy wyznają specyficzne przekonania religijne dotyczące transfuzji krwi, które mają istotny wpływ na ich podejście do opieki medycznej, w tym do przeszczepów organów. Ich stanowisko religijne opiera się na interpretacji fragmentów biblijnych, takich jak Dzieje Apostolskie 15:28-29, które nakazują unikanie spożywania krwi jako elementu diety. Według ich wierzeń, zakaz ten obejmuje zarówno przyjmowanie własnej, jak i obcej krwi, co skłania ich do odrzucenia transfuzji krwi oraz przeszczepów narządów, które mogą wymagać takiej procedury. Ta religijna zasada ma fundamentalne znaczenie dla Świadków Jehowy i jest jednym z filarów ich życia duchowego [23, 24].

### **Polityka zdrowotna i edukacja**

Współczesny świat charakteryzuje się skłonnością do unikania trudnych tematów w dialogu z dziećmi, w tym kwestii związanych ze śmiercią, chorobą czy transplantacją. Taka postawa wynika często z przekonania o konieczności ochrony młodych ludzi przed bolesnymi aspektami życia. Jednak młodzież, korzystając z dostępu do mediów i Internetu oraz dzięki wymianie informacji z rówieśnikami, gromadzi wiedzę na te tematy, choć bywa ona fragmentaryczna i pełna sprzeczności. Niestety, dorosłym nie zawsze udaje się weryfikować i uzupełniać te informacje, co może prowadzić do powstawania luk w zrozumieniu świata przez młodych ludzi. Edukacja ma kluczowe znaczenie w przygotowywaniu młodego pokolenia do życia w społeczeństwie, dostarczając im kompleksowej i rzetelnej wiedzy o otaczającej ich rzeczywistości. To zadanie obejmuje również naukę o śmierci, chorobie i transplantologii, tematach nieuniknionych w ludzkim doświadczeniu. Podkreślenie znaczenia edukacji w budowaniu społeczeństwa etycznego wymaga skoncentrowania się na kilku podstawowych filarach: przekazywaniu wiedzy w sposób kompetentny i zgodny z najnowszymi odkryciami naukowymi, uświadamianiu znaczenia emocji i uczuć w kształtowaniu postaw oraz nauczaniu aktywnego wykorzystania zdobytych informacji [23].

W obecnej architekturze systemu edukacyjnego pojawia się postulat, aby tematyka transplantacji, obejmująca nie tylko aspekty medyczne, ale również kwestie etyczne, społeczne i prawne, znalazła się w programach nauczania przedmiotów obowiązkowych, a nie tylko w ramach zajęć dodatkowych, takich jak etyka czy edukacja prozdrowotna. Kluczowym elementem tego podejścia jest otwarcie instytucji edukacyjnych na szeroko pojęte zagadnienia tanatologiczne oraz problematykę transplantologiczną. Podkreślenie potrzeby wczesnego zapoznawania dzieci z tematyką choroby, śmierci oraz wartościami związanymi z transplantologią ma fundamentalne znaczenie dla kształtowania przyszłych pokoleń, które

będą przygotowane do świadomego i odpowiedzialnego podejścia do tych kwestii w życiu dorosłym. Taka edukacja ma na celu nie tylko przekazanie solidnej wiedzy na temat transplantacji, ale również oswojenie z obawami i lękami związanymi z tą tematyką, co umożliwi młodym ludziom świadome decydowanie o własnym ciele oraz działanie jako rzecznicy i edukatorzy w swoich społecznościach [24].

Włączenie tematów związanych z transplantologią do programów nauczania przedmiotów obowiązkowych sprzyjałoby nie tylko rozwijaniu świadomości i wiedzy, ale również promowaniu otwartości na dialog o trudnych tematach takich jak przeszczepy, cierpienie czy śmierć. Dzieci i młodzież, będąc na bieżąco z tą problematyką, mogłyby przyczynić się do demystyfikacji wielu nieporozumień i mitów krążących w społeczeństwie, a także stawać się inicjatorami ważnych dyskusji w przestrzeni domowej. Tym samym, edukacja ta wykraczałaby poza granice szkolne, wpływając na poziom świadomości społecznej w zakresie transplantologii i tanatologii, przyczyniając się do budowania społeczeństwa lepiej przygotowanego do konfrontacji z tymi wyzwaniami [25].

## ZAKOŃCZENIE

Rozwój transplantologii i przeszczepianie narządów stanowią istotne wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Wzrost liczby potrzebujących przeszczepu pacjentów wymaga od odpowiednich instytucji zdrowotnych nie tylko zwiększenia efektywności procedur transplantacyjnych, ale również wprowadzenia systemowych zmian, które pozwolą na poprawę efektywności wykorzystania dostępnych narządów oraz na zwiększenie liczby dawców. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, obserwuje się dynamiczny rozwój w tej dziedzinie, jednak wyzwania pozostają znaczące. Zapewnienie odpowiedniej liczby narządów do przeszczepu wymaga nie tylko zwiększenia świadomości społecznej na temat donacji i transplantacji, ale również optymalizacji procesów identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych dawców [25]. Kluczowe jest tutaj wsparcie i aktywna rola koordynatorów transplantacyjnych, którzy odgrywają fundamentalną rolę w procesie pozyskiwania narządów od zmarłych dawców. Ich praca, motywacja oraz odpowiednie wynagrodzenie są istotnymi elementami w efektywnym zarządzaniu potencjałem donacyjnym w szpitalach. Zmiany systemowe dotyczące finansowania procedur transplantacyjnych, w tym adekwatna wycena tych procedur oraz analiza kosztów leczenia zastępczego w porównaniu do przeszczepów, są niezbędne do zapewnienia trwałej poprawy w dziedzinie transplantologii. Jest to szczególnie ważne w kontekście zwiększania dostępności

przeszczepów narządów, takich jak nerki i rogówki, gdzie widoczny jest potencjał do zwiększenia liczby przeprowadzanych operacji. Podejście instytucji zdrowotnych do kwestii transplantacji musi być kompleksowe i obejmować zarówno aspekty medyczne, jak i społeczne. Edukacja pacjentów i ich rodzin, promocja idei donacji narządów oraz wsparcie dla osób oczekujących na przeszczep – wszystkie te działania wymagają zaangażowania zarówno ze strony sektora publicznego, jak i prywatnego. Oczekuje się, że poprzez intensyfikację działań edukacyjnych, zwiększenie aktywności koordynatorów transplantacyjnych oraz poprawę warunków finansowych związanych z procedurami przeszczepów, możliwe będzie skuteczne zarządzanie rosnącą liczbą pacjentów oczekujących na przeszczep oraz zwiększenie liczby pomyślnie przeprowadzonych transplantacji. Tylko poprzez zintegrowane podejście, uwzględniające zarówno wymiar medyczny, jak i społeczny, możliwe będzie osiągnięcie trwałej poprawy w obszarze transplantologii, co przyczyni się do zwiększenia jakości życia pacjentów oraz ogólnej skuteczności systemów opieki zdrowotnej [26].

Przeszczepianie narządów stanowi jedno z największych wyzwań dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie, wynikające zarówno z ograniczonej liczby dostępnych narządów, jak i potrzeby ciągłego doskonalenia metod medycznych i organizacyjnych w tej dziedzinie. Wiceminister Głowala podkreśliła, że mimo wzrostu liczby dostępnych narządów, nadal są one niewystarczające w stosunku do rosnących potrzeb. Istotne jest więc nie tylko zwiększenie liczby dawców, ale i udoskonalenie metod kwalifikacji biorców, aby zapewnić jak najlepsze dopasowanie między dawcą a biorcą, a także ulepszenie technik monitorowania stanu zdrowia biorecy i skuteczności leczenia immunosupresyjnego. Do długoterminowych wyzwań należy zaliczyć opanowanie technik chirurgicznych umożliwiających bezpieczne przeszczepianie narządów oraz ustalenie precyzyjnych kryteriów śmierci dawcy. Prof. Durlik zauważyła, że liczba dawców zmarłych może zostać zwiększona poprzez intensywniejsze zgłaszanie potencjalnych dawców przez lekarzy, co wymaga dodatkowych działań edukacyjnych i organizacyjnych. W odpowiedzi na te wyzwania, rząd Polski zapowiedział nową edycję Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej z budżetem zwiększonym o 10 mln zł, co ma przyczynić się do lepszego finansowania leczenia choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Zmiany te mają na celu nie tylko poprawę finansowania, ale również pilotażowe wdrożenie nowych rozwiązań, zanim zostaną one włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych. Rząd podjął już kroki w celu poprawy bezpieczeństwa biorców i dawców poprzez nowelizację ustawy transplantacyjnej, która między innymi przeniosła kwestie dotyczące stwierdzania śmierci mózgu do ustawy o

zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz wprowadziła przepisy unijne dotyczące bezpieczeństwa tkanek i komórek [26].

### PIŚMIENNICTWO:

1. Szewczyk K.: Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej, Warszawa 2009: 77-90.
2. 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.
3. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego, Wyd. Temida 2, Białystok 2011.
4. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, Wyd. Temida 2, Białystok 2008
5. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnoporównawcze, Białystok 2008.
6. Duda J.: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej, Warszawa 2011:27-30.
7. Nowacka M.: Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy. *Diametros*, 2009:19-24
8. Sobiak J.: Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(2):2-19.
9. Cierpka L.: Transplantacja jako metoda leczenia niewydolności narządowej. [W:] Cierpka L (red.). *Transplantacje narządowe. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy w trakcie specjalizacji*. Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2011:4-12
10. Kowal K.: Doświadczenie własnej cielesności przez biorców kończyny – socjologiczne studium zrekonstruowanego ciała. *Przegląd Socjologii Jakościowej*. 2012; 8(2):7-9
11. Tokarczyk R.: Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich. *Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny*. 2000; 62 (1):2-15
12. Morciniec P.: Przeszczepy narządów, *Encyklopedia bioetyki*. Wydawnictwo PWE, Radom 2005:5-7

13. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów, Służba Zdrowia 2002.
14. Król B., Zembala-John J.: Transplantacja narządów, aspekty medyczne, prawne i organizacyjne, Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Zabrze 2013:77-92.
15. Kowal K.: Między altruizmem a egoizmem, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.
16. Guzik-Makaruk E.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2008.
17. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K.: Transplantologia w zarysie. Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2009.
18. Art. 2, p. 10 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U.2023.0.1185 t.j.)
19. Jakubowska-Winecka A, Rowiński W.: Postawy wobec przeszczepiania narządów w Polsce. Wyniki badań społecznych – kwiecień, 2007, Referat wygłoszony na VII Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Warszawa, 2007.
20. Małkowski P.: Kulturowe uwarunkowania w transplantologii. [W:] Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych, pod red. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek B, i wsp., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010:14-19.
21. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., i wsp.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów. [W:] Transplantologia kliniczna pod red. Rowiński W., Wałaszewski J., Pęczak L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004:90-93
22. Wrońska I.: Romowie, [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, pod red. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora- -Kornatowska K, red. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010:28-35.
23. Kózka M.: Świadkowie Jehowy, [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, pod red. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 22-34.
24. Michałowska D.: Kreowanie społeczeństwa etycznego – problemy transplantologii a edukacja etyczna, [w:] Z filozoficznych, etycznych i prawnych zagadnień

transplantacji, pod red. Such, J. Wiśniewski J., Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2011:6-20

25. Pawlica B.: Szczepański M.S.: Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne w społecznej świadomości, Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, Tychy 2003: 9-23.
26. Wasak A.: Transplantacje: dar życia, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007: 58-64.



## ANALIZA POSTAW PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO WOBEC UPORCZYWEJ TERAPII

---

**Ewa Kulbaka<sup>1</sup>, Magdalena Brodowicz – Król<sup>2</sup>, Milena Nowicka<sup>3</sup>, Agnieszka Szalach<sup>3</sup>**

1. *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
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

W dziejach ludzkości człowiek w momencie uzyskania świadomości zdał sobie sprawę z nieuchronnego końca życia. Zjawisko to uważano za bardzo długą granicę między życiem a śmiercią[1]. Rozwój nauk medycznych, nowoczesnych metod oraz technik ratowania życia spowodował przesunięcie się granicy śmierci. Utrzymanie człowieka przy życiu dzięki stosowaniu środków nadzwyczajnych, spowodował konieczność weryfikacji definicji śmierci oraz pojawienie się pojęcia uporczywej terapii. Jest ona stosowaniem procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjent. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania o ile służą dobru pacjenta[2].

### CEL PRACY

Celem pracy jest analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii.

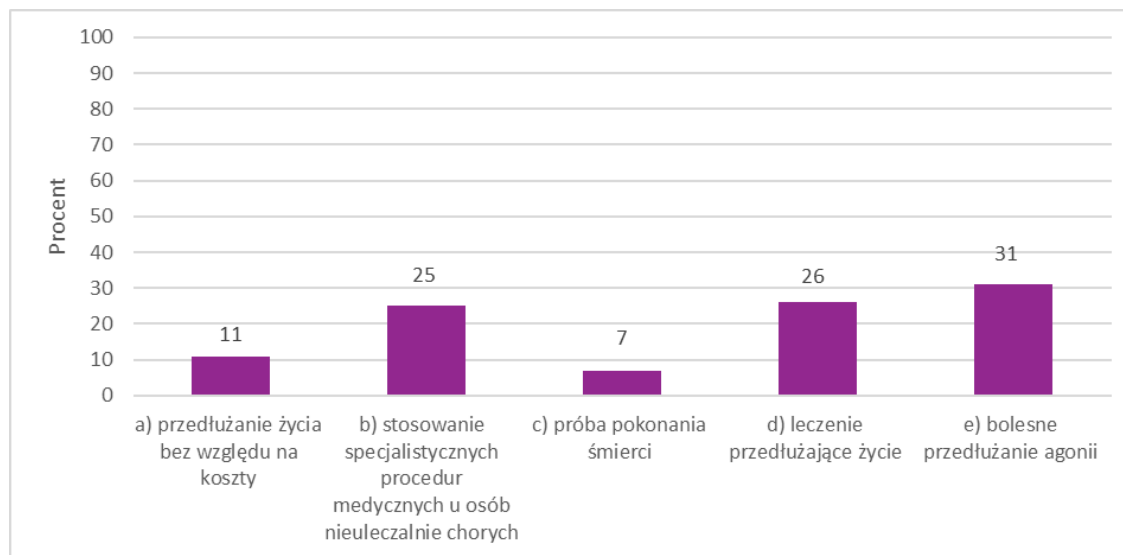
### MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto stu osobową grupę pielęgniarek i pielęgniarzy (85 kobiet oraz 15 mężczyzn) pracującą głównie na oddziale Onkologii w Centrum Diagnostyki i Radioterapii Onkologicznej Nu-Med w Zamościu oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Nefrologii, Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego oraz Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego imienia Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza ankiety. Celem wykazania

zależności pomiędzy wybranymi parami zmiennych niezależnych a zmienną zależną wykorzystano test Chi<sup>2</sup> z przyjętym poziomem istotności wynoszącym  $p \leq 0,05$ .

## WYNIKI

W grupie 100 osobowej respondentów 50 % jako miejsce zamieszkania zaznaczyło miasto, odpowiednio 20% miasto do 50 tysięcy mieszkańców i 30% miasto powyżej 50 tysięcy mieszkańców. Pozostałe 50 % respondentów jako miejsce zamieszkania zaznaczyło wieś. Ze wszystkich respondentów odpowiednio 36 % stanowił personel posiadający tytuł magistra pielęgniarstwa oraz 39% osoby posiadające wykształcenie licencjackie. Najmniejsza grupa stanowiła 25% personelu z wykształceniem średnim. Ze względu na płeć grupa składała się z 90% kobiet i 10 % mężczyzn. Ze względu na wiek w skład badanej grupy wchodziło odpowiednio 10 % osób do 30 lat, 20%osób w wieku 31-40 lat, 38 % osób w wieku 41-50 lat oraz 32% osób w wieku powyżej 50 lat. Ze względu na staż pracy w skład badanej grupy wchodziło odpowiednio 5 % osób pracujących do 5 lat, 10 % osób pracujących 6-10 lat, 12 % osób pracujących 11-15 lat, 20% osób pracujących 16-20 lat. Największą grupę 53 % stanowił personel pracujący w zawodzie powyżej 20 lat. W 100 osobowej grupie respondentów 63 osoby wskazały odpowiedź chęć pomagania innym, 21 osób przypadek, 5 osób - namowa rodziców, 2 osoby - prestiż oraz 10 osób - nie dostanie się na inne studia.

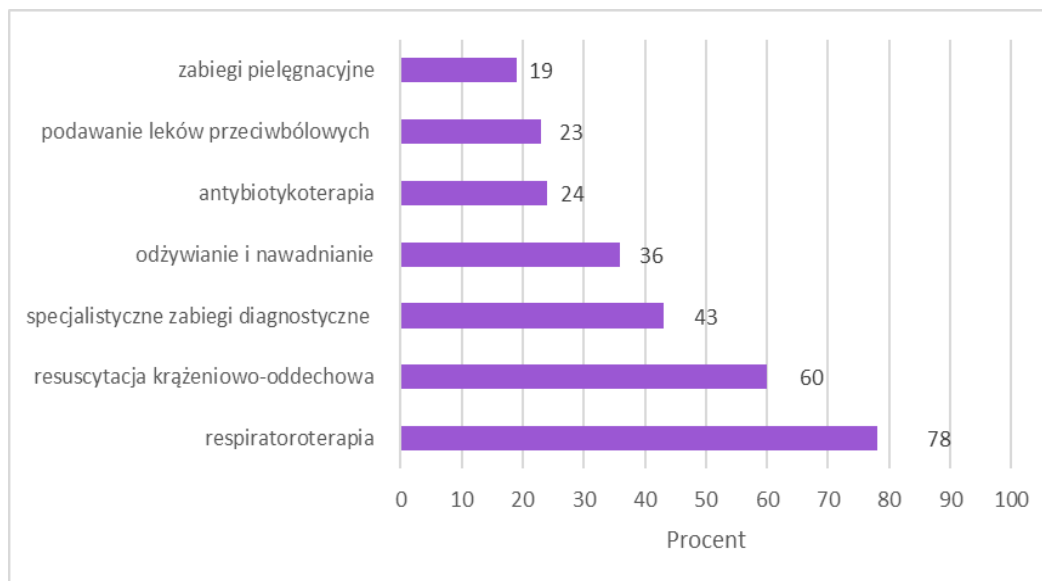


**Wykres 1. Znaczenie pojęcia uporczywa terapia**

*Źródło: opracowania własne*

Według respondentów 31% uważa że uporczywa terapia to bolesne przedłużanie agonii, 26% zaznaczyło odpowiedź przedłużanie życia, 25% stosowanie specjalistycznych

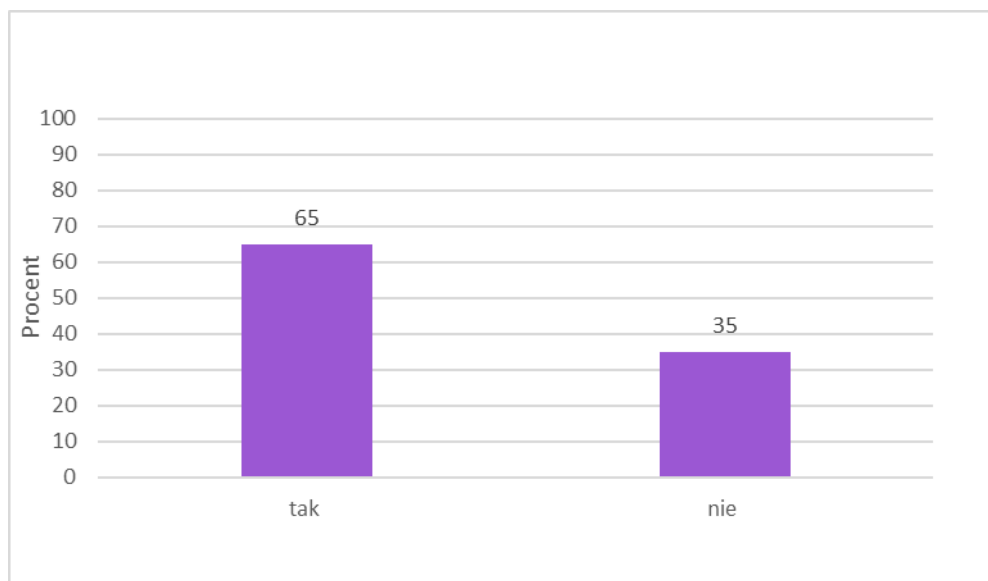
procedur medycznych u osób nieuleczalnie chorych, 11 % przedłużanie życia bez względu na koszty oraz 7 % próba pokonania śmierci.



**Wykres 2. Czynności wchodzące w skład uporczywej terapii**

*Źródło: opracowania własne*

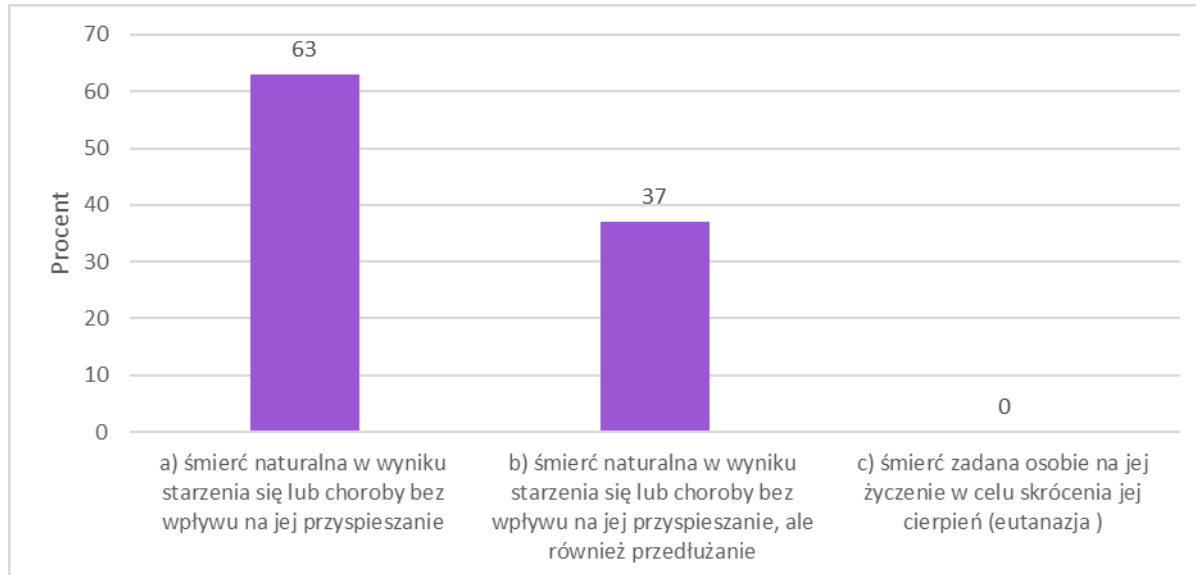
W badanej grupie respondenci wskazali jako czynności, które wchodzą w skład uporczywej terapii - respiratoroterapię 78%. 60% resuscytację krążeniowo oddechową, 43 % specjalistyczne zabiegi diagnostyczne, 36 % odżywianie i nawadnianie, 24 antybiotykoterapię, 23 % podawanie leków przeciwbólowych i 19 % zabiegi pielęgnacyjne uwagi na możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi w powyższym pytaniu wyniki nie sumują się do 100%.



**Wykres 3. Udział w prowadzeniu uporczywej terapii**

*Źródło: opracowania własne*

W grupie respondentów 65 % zadeklarowało udział w prowadzeniu uporczywej terapii i 35 % brak styczności z uporczywą terapią.

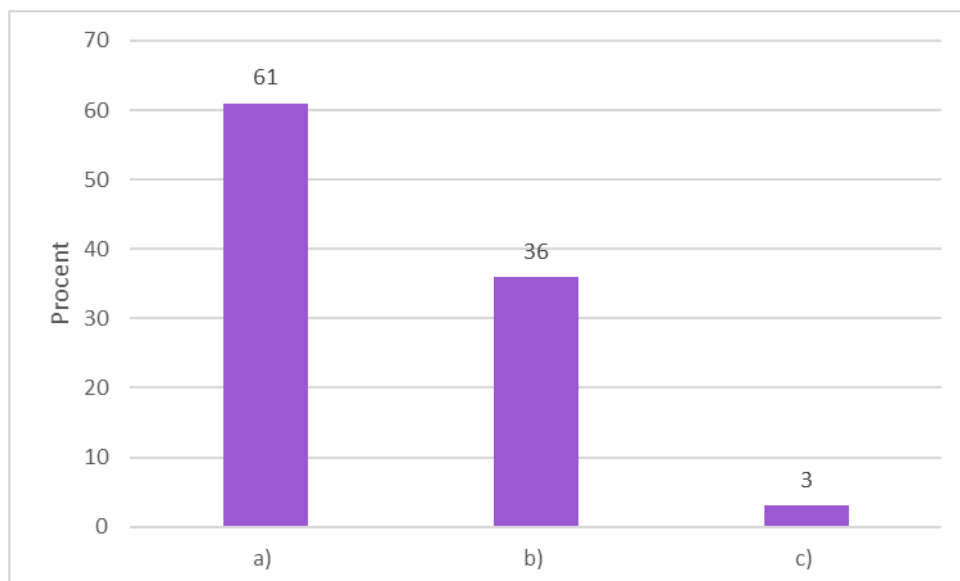


**Wykres 4. Znaczenie terminu godna śmierć**

*Źródło: opracowania własne*

Wśród ankietowanych 63% jako godną śmierć, zaznaczyło śmierć naturalną w wyniku starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszenie, 37% śmierć naturalną w wyniku

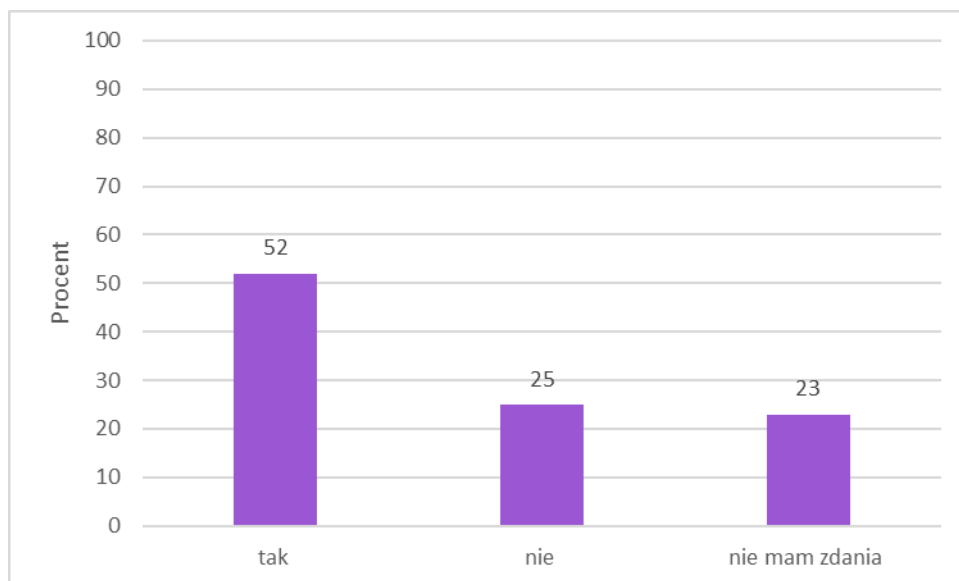
starzenia się lub choroby bez wpływu na jej przyspieszanie, ale również przedłużanie. Nikt nie zaznaczył odpowiedzi śmierć zadana osobie na jej życzenie w celu skrócenia jej cierpień.



**Wykres 5. Pojęcie eutanazji**

*Źródło: opracowania własne*

- a) świadome zabójstwo osoby ciężko chorej poprzez podanie jej środków powodujących śmierć lub przyspieszenie śmierci chorego poprzez zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, w celu skrócenia jego cierpień i na życzenie chorego zaznaczyło odpowiednio 61 % respondentów.
- b) eutanazja oznacza świadomą pomoc osobie ciężko chorej w popełnieniu samobójstwa poprzez dostarczenie jej środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia zaznaczyło 36 % ankietowanych.
- c) to odebranie życia nieuleczalnie choremu bez jego zgody i wiedzy zaznaczyło 3 % ankietowanych.



**Wykres 6. Decydowanie o zakończeniu życia przez osoby chore**

*Źródło: opracowania własne*

Wśród badanych 52% uważa, że osoba u kresu swojego życia powinna mieć możliwość decydowania o jego zakończeniu, 25 % ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „nie” a 23 % nie ma zdania na powyższe pytanie.

**Tabela 1. Staż pracy a możliwość decydowania o zakończeniu swojego życia**

Czy osoba chora powinna decydować o zakończeniu życia?	do 20 lat		powyżej 20 lat		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	23	50,0%	29	51,8%	52	51,0%
nie/nie mam zdania	25	50,0%	23	48,2%	48	49,0%
Ogółem	44	100,0%	56	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=0,3$ ; $df=1$ ; $p=0,8593$					

*Źródło: opracowania własne*

Analiza przeprowadzona za pomocą testu chi-kwadrat nie wykazała istnienia związku ze stażem pracy a stosunkiem do opinii, czy osoba nieuleczalnie chora i świadoma swojego stanu powinna mieć możliwości decydowania o swoim życiu ( $p=0,8593$ ). Odsetek zwolenników tego twierdzenia jest identyczny zarówno w grupie stażu pracy do 20 lat (50% tej grupy opowiedziało się „za”) jak i w gronie osób ze stażem powyżej 20 lat (wśród tej grupy zwolenników opinii było 51,8%).

**Tabela 2. Wykształcenie a możliwość decydowania o zakończeniu swojego życia**

Czy osoba chora powinna decydować o zakończeniu życia?	Średnie		Wyższe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	24	63,2%	27	43,6%	51	51,0%
nie/nie mam zdania	14	36,8%	35	56,5%	49	49,0%
Ogółem	38	100,0%	62	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=3,6$ ; $df=1$ ; $p=0,0569$					

*Źródło: opracowania własne*

W przypadku korelacji odpowiedzi na pytanie 8 i wykształcenie badanego personelu, uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej ( $p=0,0569$ ). W tej sytuacji, na założonym poziomie istotności nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy zmiennymi, natomiast możemy mówić o wyraźnej tendencji: w grupie osób z wykształceniem wyższym odsetek zwolenników twierdzenia wyrażonego w pytaniu jest niższy niż wśród personelu z wykształceniem średnim (odpowiednio 43,6% do 63,2%).

**Tabela 3. Miejsce zamieszkania a możliwość decydowania o zakończeniu swojego życia**

Czy osoba chora powinna decydować o zakończeniu życia?	wieś		miasto		Razem	
	n	%	n	%	n	%
tak	27	54,0%	24	48,0%	51	51,0%
nie/nie mam zdania	23	46,0%	26	52,0%	49	49,0%
Ogółem	50	100,0%	50	100,0%	100	100,0%
Wynik testu chi-kwadrat	$\chi^2=0,4$ ; $df=1$ ; $p=0,5484$					

*Źródło: opracowania własne*

Analiza nie wykazała związku pomiędzy zmiennymi ( $p=0,5484$ ).

## DYSKUSJA

Szczególnie interesujące były opinie personelu, który przynależy do tej grupy zawodowej, która bierze czynny udział w opiece nad pacjentami umierającymi. Kolejnym powodem wyboru tematu pracy była mała ilość publikacji na temat postaw i opinii personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii, a także możliwość dokonania badań i

porównania postaw personelu pielęgniarskiego oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz w mniejszej ilości oddziałów o innych profilach.

Następnym powodem wyboru tematu pracy to zbadanie rozumienia wyżej wspomnianych definicji i pojęć pokrewnych jak eutanazja czynna, bierna, uporczywa terapia oraz prawnych aspektów tych pojęć.

Badana grupa składała się z pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących głównie na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Nefrologii, Endokrynologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych i Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego imienia Papieża Jana Pawła II w Zamościu oraz pielęgniarek oddziału Onkologii w Centrum Diagnostyki i Radioterapii Onkologicznej Nu-Med w Zamościu.

Pod względem miejsca zamieszkania 50% ankietowanych deklaroowało miasto i 50% wieś.

Wśród respondentów 75% zadeklarowało wykształcenie wyższe magisterskie i tytuł licencjata pielęgniarstwa, wykształcenie średnie 25% personelu pielęgniarskiego. Znajduje to potwierdzenie w innych badaniach.

Ze względu na staż pracy w skład badanej grupy wchodziło odpowiednio 5% osób pracujących do 5 lat, 10 % osób pracujących 6-10 lat, 12% osób pracujących 11-15 lat, 20% osób pracujących 16-20 lat. Największą grupę 53 % stanowił personel pracujący w zawodzie powyżej 20 lat.

Pod względem wieku największą grupę stanowi personel w wieku 41-50 lat bo aż 38%, kolejną grupą to doświadczony personel pielęgniarski w wieku powyżej 50 lat to 32% badanej grupy. Należy zwrócić uwagę na niewielką ilość pielęgniarek w wieku do 40 lat bo tylko 30 % w dwóch grupach łącznie. Wyniki pokrywają się z danymi Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych [3].

Pod względem czynników, które decydują o wyborze zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego wyniki pokrywają się częściowo z wynikami innych prac, ale z uwagi na zastosowanie innych narzędzi badawczych wymaga to dalszej analizy.

Pod względem znaczenia pojęcia „uporczywa terapia” z powodu różnic w udzielanych odpowiedziach trudne jest porównanie z innymi badaniami. Jednak zauważam istotne prawidłowości co do wskazywania odpowiedzi, że jest to działanie nieproporcjonalne w stosunku do przynoszonych efektów. Badania wskazują, że mimo zróżnicowania, personel pielęgniarski posiada wiedzę w tematyce uporczywej terapii. Zwłaszcza personel posiadający



specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii i zagadnienia etyczno- kliniczne są dobrze znane.

W opiniach personelu pielęgniarskiego pod kątem czynności wchodzących w skład uporczywej terapii najczęściej wymieniane są respiratoroterapia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, specjalistyczne zabiegi diagnostyczne oraz odżywianie i nawadnianie. W pracach innych autorów za najważniejsze czynności uznają pielęgniarki resuscytację krążeniowo oddechową, oraz chemioterapię.

Udział w uporczywej terapii zadeklarowało 66% badanych respondentów.

Według personelu pielęgniarskiego uporczywa terapia to bolesne przedłużanie agonii 32%, leczenie przedłużające życie 26% i stosowanie wysokospecjalistycznych procedur medycznych u osób nieuleczalnie chorych.

Wśród ankietowanych za godną śmierć, 63% personelu uznało śmierć naturalną w wyniku starzenia się lub choroby bez względu na jej przedłużanie. Ponadto 81 % badanych wskazało, że rezygnując z uporczywej terapii można zapewnić godną śmierć i tylko 27% ankietowanych zastosowałoby uporczywą terapię wobec członka rodziny. Wg autorów pracy badawczej J. Dzido i P. Domagały ponad połowa respondentów (61%) wskazała w pytaniu, że należy przerwać leczenie kiedy jest się przekonany, że spełnia ono przesłanki o uporczywości terapii. Z kolei tylko 23% personelu pielęgniarskiego twierdziła, że każdy pacjent powinien być ratowany do samego końca, wykorzystując wszystkie dostępne środki ratujące życie [4].

Personel pielęgniarski uznał, że eutanazja nie jest tożsama z odstępniem od uporczywej terapii, uznało tak 61% respondentów.

W badanej grupie 64% osób jest zdania, że decyzję o odstąpieniu od uporczywej terapii powinien podjąć cały zespół terapeutyczny, tylko 11% wskazało, że decyzję powinien podjąć lekarz. W jednej z opublikowanych prac badawczych autor opisuje, że personel pielęgniarski choć nie ma możliwości decydowania o prowadzeniu terapii to bezdyskusyjnie w niej uczestniczy i wykonuje zlecenia lekarskie, oraz prowadzi samodzielne działania pielęgniarskie, które wynikają z ich funkcji zawodowych. Mając również na uwadze niedoprecyzowanie prawa, oraz brak precyzyjnych zalegalizowanych zasad, co do sposobu postępowania w obliczu śmierci pacjenta [5]. W obliczu sytuacji zbliżającego się końca życia chorego w 85% ankietowani uważają, że rodziny wymuszają podjęcie uporczywej terapii. W opinii badanych za najważniejszą przyczynę podejmowania uporczywej terapii po stronie personelu, jest strach przed konsekwencjami prawnymi, natomiast po stronie rodziny to

emocjonalny związek z pacjentem [6]. Odnośnie wpływu wieku na czynności terapeutyczne ankietowani odpowiedzieli w 48% pozytywnie i 46 % negatywnie, tylko 6 % nie ma zdania na ten temat. Personel pielęgniarski uważa, że istnieje konieczność wprowadzenia ściślejszych uregulowań prawnych dotyczących uporczywej terapii, ponadto 50% respondentów jest zdania, że rola pielęgniarki w prowadzeniu uporczywej terapii jest niewystarczająca.

Ankietowani uznali, że obecny sposób przekazania informacji o pacjencie jego rodzinie jest niewłaściwy, a informowanie i wdrożenie pomocy psychologicznej jest najlepszym sposobem przekazywania trudnych informacji o stanie zdrowia pacjenta. 72% ankietowanych deklaruje również konieczność powołania specjalnego zespołu do spraw przekazywania informacji i objęcia rodziny pacjent specjalną opieką. 54% badanych uważa, że taki zespół istotnie wpłynie na liczbę roszczeń ze strony rodzin i poprawi rozumienie przez rodziny pacjentów sensu działań i podejmowane decyzje terapeutyczne.

Opinią, że uporczywa terapia jest łamaniem prawa pacjenta do godnej śmierci jest 69 % ankietowanych.

Reasumując, personel pielęgniarski widzi konieczność ściślejszych uregulowań prawnych, zwiększenia roli zawodowej pielęgniarki i częściowym decydowaniu o prowadzeniu uporczywej terapii.

## WNIOSKI

1. Analiza wyników z badań nie wykazała istnienia związku pomiędzy stażem pracy, miejscem pracy, wykształceniem, miejscem zamieszkania, a stosunkiem do opinii, czy osoba nieuleczalnie chora i świadoma swojego stanu powinna mieć możliwość decydowania o swoim życiu.
2. Personel pielęgniarski uważa, że istnieje konieczność wprowadzenia dodatkowych uregulowań prawnych dotyczących uporczywej terapii.
3. Personel medyczny uważa, że presja ze strony rodziny pacjentów głównie predysponuje do podejmowania prób i prowadzenia terapii daremnej.
4. Personel pielęgniarski uważa, że rola pielęgniarki w decydowaniu o prowadzeniu terapii, która ma znamiona uporczywości jest niewystarczająca.
5. Wg personelu pielęgniarskiego godną śmierć wyznaczają działania takie jak: łagodzenie bólu, lęku i niepokoju, okazywanie szacunku pacjentowi i jego rodzinie,

zapewnienie kontaktu z bliskimi, kontynuowanie procedur pielęgnacji oraz żywienie i nawadnianie.

6. Czynniki decydujące o wyborze zawodu w podziale na dwie główne kategorie: „chęć pomagania innym” i „pozostałe” nie wpływają na ewentualną decyzję o podjęciu uporczywej terapii wobec członka najbliższej rodziny.

## PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. Bartoszewicz M., Banasiewicz T., Bielecki K., i wsp.: Zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach/owrzodzeniach przewlekłych objętych procesem infekcji, *Forum Zakażeń* 2019; 10: 1-30.
3. Wild T., Rahbarnia A., Kellner M. I., i wsp.: Basics in nutrition and wound healing. *Nutrition*, 2010; 26(9): 862-866.
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: 38-43.
5. Siddiqui A.R., Bernstein J.M.: Chronic wound infection: facts and controversies, *Clin.Dermatol.*, 2010; 28(5): 519-526.
6. Korbecka M.: Parametry doboru antyseptyku w procesie leczenia rany przewlekłej, *Inforanek*, 2009; 1(4): 13-15

## OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE JAKO ELEMENT ERGONOMICZNY NA STANOWISKU PRACY PIEŁĘGNIARKI

---

**Magdalena Brodowicz-Król<sup>1</sup>, Maria Dorota Kwika<sup>2</sup>, Agnieszka Szalach<sup>3</sup>, Iwona Tryndoch<sup>3</sup>**

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

### WSTĘP

Warunki pracy personelu pielęgniarskiego są obciążające w aspekcie fizycznym oraz psychicznym. Stres, praca w systemie zmianowym, wysokie oczekiwania pacjentów, stany zagrożenia ich życia i zdrowia stwarzają ryzyko choroby zawodowej, wypadków oraz wypalenia zawodowego. Aby zapewnić bezpieczeństwo, należy przeprowadzić szczegółową i właściwą analizę zagrożeń. To działanie konieczne do wdrożenia odpowiedniej profilaktyki, procedur i środków ochronnych. Mimo, iż tematyka ta od lat jest obecna w literaturze, wciąż zasługuje na pogłębioną refleksję, gdyż nieergonomiczne warunki pracy sprawiają, że praca zawodowa staje się procesem szkodliwym zdrowotnie i społecznie. Skutkuje to obniżeniem poziomu psychofizycznego funkcjonowania pracownika, jego wydajności i jakości świadczonej pracy, a w konsekwencji nierzadko zjawiskiem wypalenia zawodowego. Osoby wypalone zawodowo łączą to, że są niezadowolone z różnych aspektów swojej pracy, nie znają efektów swoich starań, są nadmiernie obciążone zadaniami, mają zazwyczaj poczucie ograniczonej autonomii i gorszej jakości życia. Pojęcie *ergonomia* wywodzi się z greki (*ergon* – praca, *nomoc* – prawo, zwyczaj) i nazywa wiedzę o pracy człowieka [1]. Ergonomia to także dyscyplina nauki mająca swoje teoretyczne podstawy zaczerpnięte z różnych dziedzin i praktyczne zastosowanie we wszystkich środowiskach pracy [2]. Opiera się na wiedzy o psychofizycznych możliwościach ludzi do obsługi stanowiska pracy lub poprawy stanowiska istniejącego. Ma więc dwojaki charakter:

— koncepcyjny, ponieważ ma za zadanie ograniczać lub usuwać zagrożenia wynikające z nieodpowiednich warunków pracy, a także dostosowywać sprzęt, maszyny, urządzenia, elementy sterujące i kontrolne do możliwości psychofizycznych;

— korekcyjny, gdyż prowadzone są analizy istniejących stanowisk pracy, ich wyposażenia, organizacji, dostosowania do pracowniczych potrzeb i możliwości, aby zagrożenia środowiskowe w procesie pracy minimalizować lub likwidować [3].

## CEL PRACY

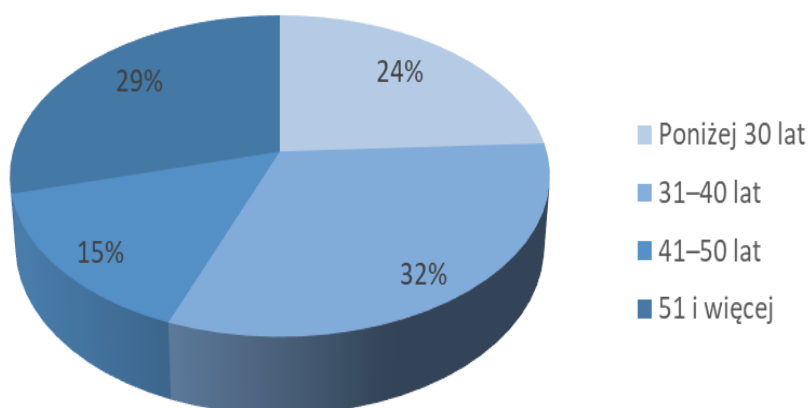
Celem głównym pracy jest ocena obciążenia psychicznego w pracy personelu pielęgniarskiego.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety oraz – jako narzędzia badawcze – Kwestionariusz ankiety oraz Kwestionariusz japoński (por. Aneks). Ankieta składa się z instrukcji oraz 13 pytań z wariantami odpowiedzi. Pierwsza część ankiety obejmowała pytania o dane metryczkowe. Część druga ankiety dotyczyła kilku obszarów badawczych. Pytania w tej części miały charakter zamknięty. Dotyczyły m.in. stosowania się do zasad ergonomii, realiów pracy, czynników wpływających na poczucie obciążenia w pracy i satysfakcję z jej wykonywania. Standaryzowany kwestionariusz japoński służy do oceny subiektywnych symptomów zmęczenia i obejmuje 30 stwierdzeń ze skalą oceny 0 - 4. Pozwolił ocenić na ile badane osoby czują się z powodu pracy zmęczone i obciążone. Możliwe do diagnozy obszary obejmują: spadek aktywacji, motywacji i zmęczenie. Materiał pozyskany podczas badań 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 (%). Zastosowano test chi kwadrat do oceny istotności zależności między zmiennymi. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

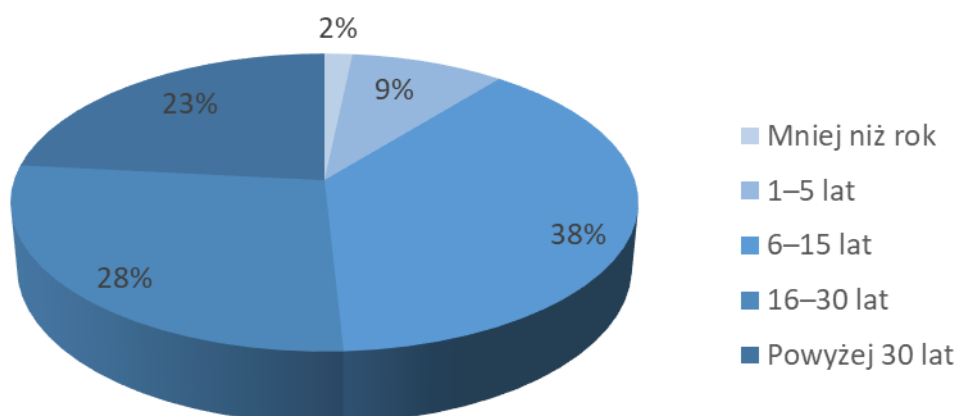
W badaniach uczestniczyło 120 kobiet (N=120) w zróżnicowanym wieku. Najwięcej badanych stanowiły osoby w wieku 31-40 lat, których odsetek wynosi 31,67%. Następnie znalazły się osoby w wieku powyżej 51 lat (29,17%), poniżej 30 lat (24,17%) oraz w wieku 41-50 lat (15%).



**Wykres 1. Wiek badanych**

*Źródło: opracowania własne*

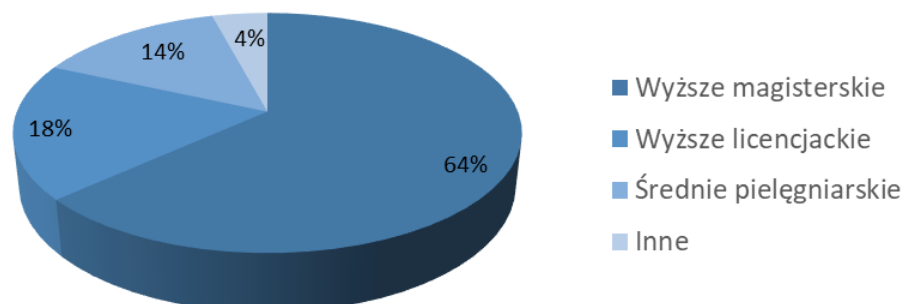
Najwięcej badanych to osoby z przedziału stażu pracy 6-15 lat (38,33%), następnie z 16-30 lat (27,50%) oraz powyżej 30 lat (23,33%). Osoby z stażem pracy od 1 do 5 lat stanowiły 9,17%, a te z mniejszym niż rocznym stażem pracy tylko 1,67%.



**Wykres 2. Staż pracy badanych**

*Źródło: opracowania własne*

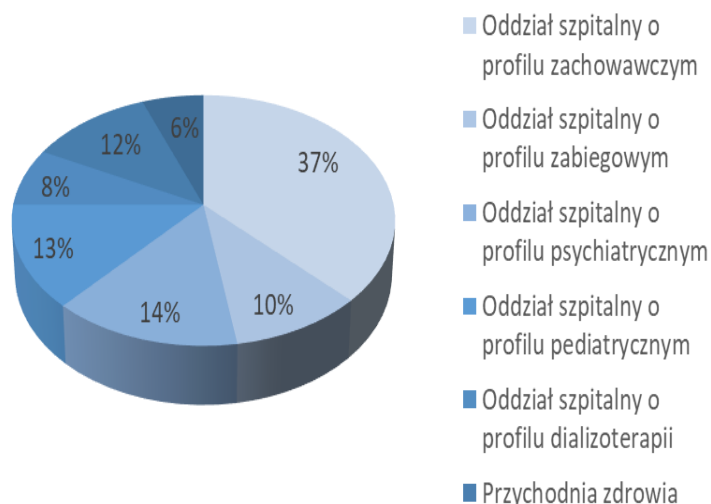
Wyższe wykształcenie magisterskie deklaruje 63,33% respondentek. Wykształcenie wyższe licencjackie posiada 18,33% badanych, a średnie pielęgniarskie jedynie 14,17%. Pozostałe wykształcenia stanowią zaledwie 4,17%.



**Wykres 3. Wykształcenie badanych**

*Źródło: opracowania własne*

Najwięcej badanych (37,5%) pracowało na oddziale szpitalnym o profilu zachowawczym, a kolejne miejsca pracy to: oddział szpitalny o profilu psychiatrycznym (14,17%), oddział szpitalny o profilu pediatrycznym (13,33%), przychodnia zdrowia (11,67%), oddział szpitalny o profilu zabiegowym (10%), oddział szpitalny o profilu dializoterapii (7,5%) oraz inne miejsca pracy (5,83%).



**Wykres 4. Miejsce pracy badanych**

*Źródło: opracowania własne*

Personel pielęgniarski uczestniczący w badaniach reprezentowały wyłącznie kobiety. Zawód ten jest zdominowany przez płęć żeńską, więc dobór płci można uznać za typowy dla populacji pielęgniarskiej. Średnia wieku badanych wyniosła 43 lata, natomiast średni staż pracy 18 lat. Przeważający odsetek badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem wyższym magisterskim zatrudnione na oddziałach szpitalnych.

Przeważający odsetek badanych osób (53,33% ogółu) zadeklarował stosowanie zasad ergonomii często, 25% - prawie zawsze, zaś 10% - zawsze. Jedynie 1,67% respondentek zadeklarowało stosowanie zasad ergonomii prawie nigdy, a tylko 0,83% nigdy. 4,17% respondentek nie miało zdania w tej sprawie.

**Tabela 1. Częstość stosowania zasad ergonomii w codziennej pracy zawodowej przez respondentów**

Odpowiedzi	N	%
Zawsze	12	10,00
Prawie zawsze	30	25,00
Często	64	53,33
Rzadko	6	5,00
Prawie nigdy	2	1,67
Nigdy	1	0,83
Nie mam zdania	5	4,17
Ogółem	120	100,00

*Źródło: opracowania własne*

Zatem w przypadku 62 osób (51,67%) można mówić o wiedzy wystarczającej w zakresie ergonomii, natomiast w przypadku 58 osób o niewystarczającej (48,33%). Fakt ten jest obecny w dalszej części analiz statystycznych.

Niespełna połowa respondentek (47,5%) odpowiedziała, że raczej nie jest w stanie wykonywać swoich obowiązków w sposób ergonomiczny z powodu warunków pracy. Kolejne 27,5% badanych odpowiedziało negatywnie. Natomiast łącznie 15% badanych odpowiedziało pozytywnie, twierdząc, że są w stanie wykonywać swoje obowiązki w sposób ergonomiczny w swoich warunkach pracy. 8,33% badanych nie miało zdania w tej kwestii.



**Tabela 2. Warunki pracy a możliwość wykonywania obowiązków w sposób ergonomiczny przez badanych**

Odpowiedzi	N	%
Zdecydowanie tak	2	1,67
Raczej tak	4	3,33
Tak	12	10,00
Nie	33	27,50
Raczej nie	57	47,50
Zdecydowanie nie	10	8,33
Nie mam zdania	2	1,67
Ogółem	120	100,00

*Źródło: opracowania własne*

**Tabela 3. Wiedza badanych na temat nieergonomicznych zachowań w pracy**

Odpowiedzi	N	%
Niewłaściwa pozycja	120	100,00
Niewłaściwe chwyt	118	98,33
Złe nawyki ruchowe	101	84,17
Brak wykorzystania sprzętu ułatwiającego pracę	65	54,17
Niewłaściwe obuwie czy niedopasowana odzież	104	86,67
Praca w obuwiu na obcasach	120	100,00
Niewykorzystanie ustawowej przerwy w pracy	76	63,33
Dźwiganie pacjenta przy jego pielęgnacji	119	99,17
Inne	22	18,33

Uwaga: Wyniki nie sumują się do N=120 z uwagi na wybór wielokrotny

*Źródło: opracowania własne*

Wszyscy badani (100%) wskazali, że niewłaściwa pozycja jest jednym z nieergonomicznych zachowań w pracy, podobnie jak praca w obuwiu na obcasach. Ponad 98% badanych (98,33%) wymieniło niewłaściwe chwyt jako czynnik negatywnie wpływający na ergonomię pracy, jak również dźwiganie pacjenta przy jego pielęgnacji (99,17%). Inne nieprawidłowe zachowania, które zostały wymienione, to m.in. złe nawyki

ruchowe (84,17%), niewłaściwe obuwie czy niedopasowana odzież (86,67%), niewykorzystanie ustawowej przerwy w pracy (63,33%). Ważnym elementem, zauważonym przez ponad połowę pielęgniarek (54,17%) jest również brak wykorzystania sprzętu ułatwiającego pracę. Część osób wskazała również inne czynniki (18,33%). Warto zauważyć, że wyniki nie sumują się do N=120 z uwagi na wybór wielokrotny

**Tabela 4. Ocena respondentów dotycząca związku między zachowaniami nieergonomicznymi a dolegliwościami zdrowotnymi pielęgniarek**

Odpowiedzi	N	%
Zdecydowanie tak	48	40,00
Tak	40	33,33
Raczej tak	29	24,17
Nie	-	-
Raczej nie	-	-
Zdecydowanie nie	-	-
Nie wiem	3	2,50
Ogółem	120	100,00

*Źródło: opracowania własne*

Badania pokazują, że większość badanych podzielała opinię, iż dolegliwości zdrowotne pielęgniarek wiążą się z zachowaniami nieergonomicznymi, w tym 40% uważa, że „zdecydowanie tak”, co trzecia badana osoba, że „tak” i 24,17%, że „raczej tak”. Badania obejmowały analizę czynników pracy o negatywnym wpływie na zdrowie badanego personelu. Poniżej przedstawiona została tabela z wynikami dotyczącymi tej części ankiety

**Tabela 5. Najczęstsze czynniki negatywnie wpływające na stan zdrowia związany z pracą według respondentów**

Odpowiedzi	N	%
Stres	91	75,83
Konflikty	23	19,17
Znaczna odpowiedzialność	41	34,17
Duże obciążenie obowiązkami	52	43,33
Presja czasu	71	59,17
Zatrudnienie w systemie zmianowym	44	36,67
Brak lub niewystarczająca ilość udogodnień	39	32,50
Brak lub niewystarczająca ilość odpowiedniego sprzętu	101	84,17
Brak lub niedobór personelu pomocniczego	97	80,83
Nadmierna liczba pacjentów pod opieką	104	86,67
Trudne warunki lokalowe	27	22,50
Brak pełnej wiedzy o ergonomii	38	31,67
Inne	18	15,00

Uwaga: Wyniki nie sumują się do N=120 z uwagi na wybór wielokrotny

*Źródło: opracowania własne*

W ankiecie pielęgniarki miały możliwość wyboru wielu czynników negatywnie wpływających na ich zdrowie związane z pracą. Najczęściej wybieranymi czynnikami są: nadmierna liczba pacjentów pod opieką (86,67%) oraz brak lub niewystarczająca ilość odpowiedniego sprzętu (84,17%). Brak lub niedobór personelu pomocniczego (80,83%) oraz ogólny stres (75,83%) to kolejne najczęściej wskazywane problemy wpływające na stan zdrowia pielęgniarek. Innymi wartymi uwagi czynnikami są: presja czasu (59,17%), duże obciążenie obowiązkami (43,33%), zatrudnienie w systemie zmianowym (36,67%), znaczna odpowiedzialność (34,17%), brak lub niewystarczająca ilość udogodnień (32,50%), brak pełnej wiedzy o ergonomii (31,67%), trudne warunki lokalowe (22,50%), a nawet konflikty (19,17%). 15% badanych podało również inne niż te wymienione w ankiecie.

**Tabela 6. Wyniki Kwestionariusza japońskiego**

Odpowiedzi	N	%
1. Chciałabym się położyć	111	92,50
2. Jestem senna/senny	120	100,00
3. Mam zamęt w głowie	94	78,33
4. Mam zmęczone oczy	113	94,17
5. Czuje się ociężała/ociężały	115	95,83
6. Mam ciężkie nogi	113	94,17
7. Odczuwam powolność i ociężałość ruchową	89	74,17
8. Odczuwam niepewność podczas stania	67	55,83
9. Mam ciężką głowę	69	57,50
10. Ziewam	53	44,17
11. Jestem zniecierpliwiona/y	78	65,00
12. Jestem niezdecydowana/ niezdecydowany	50	41,67
13. Trudno mi skupić uwagę	88	73,33
14. Jest mi wszystko jedno	79	65,83
15. Wolno myślę	61	50,83
16. Mam rozproszoną uwagę	77	64,17
17. Odczuwam niepokój	89	74,17
18. Męczy mnie mówienie	70	58,30
19. Jestem poddenerwowana/y	80	66,67
20. Odczuwam sztywność barków	49	40,83
21. Zapominam co mam robić	69	57,50
22. Drżą mi powieki	88	73,33
23. Drżą mi kończyny	41	34,17
24. Mam utrudnione oddychanie	16	13,33
25. Mam zawroty głowy	32	26,67
26. Boli mnie głowa	76	63,33
27. Mam zachrypnięty głos	33	27,50
28. Odczuwam pragnienie	19	15,83
29. Boli mnie kręgosłup	82	68,33
30. Mam uczucie usztywnionej szyi	49	40,83
Ogółem	120	100,00

*Źródło: opracowania własne*

Badania wykazały, że obniżenie poziomu aktywności przejawiało się w senności (100% wskazań), ociężałości, zmęczeniu oczu i nóg (około 95%). Dość typowe były przejawy: znużenie, brak koordynacji ruchów, poczucie zmęczenia całego ciała. Badane skarżyły się na bóle głowy (63,33%) i ze strony kręgosłupa (68,33%) w podobnym zakresie.

Najmniejszy odsetek wykazuje zachrypnięty głos (27,50%), ma zawroty głowy (26,67%), ma utrudnione oddychanie (ok. 13%). U badanych nasilenie odsetek symptomów zmęczenia fizycznego jest zbliżony do zmęczenia fizycznego. Pod względem psychicznym najczęściej badanych zgłosiło problemy takie, jak: zniecierpliwienie, trudności w koncentracji uwagi, podenerwowanie, niepokój (około  $\frac{3}{4}$  wskazań). Są to objawy mogące mieć szkodliwy wpływ na jakość pracy badanych. Analiza danych obliczonych zgodnie ze wzorem do oceny wskaźnika częstości występowania objawów zmęczenia dowiodła, że w grupie badanego personelu pielęgniarskiego wynosił on 40,58%. Na wynik ten wpływały warunki pracy, nastawienie badanych oraz spadek poziomu aktywności wraz z objawami zmęczenia fizycznego.

**Tabela 7. Zmęczenie badanych a zmienne socjodemograficzne**

Zmienne socjodemograficzne			Zmęczenie		Chi <sup>2</sup> p
			Bardzo duże (N=69)	Duże (N=51)	
Wiek	Do 30 lat (N=29)	N %	29 48,89%	20 51,11%	Chi <sup>2</sup> =2,812 p=0,814
	31-40 lat (N=38)	N %	38 40,00%	13 60,00%	
	41 lat i więcej (N=53)	N %	35 56,67%	18 43,33%	
Wykształcenie	Licencjackie (N=44)	N %	12 52,17%	11 47,83%	Chi <sup>2</sup> =0,221 p=0,329
	Magisterskie (N=76)	N %	38 45,24%	46 54,76%	
Staż pracy	Do 15 lat (N=13)	N %	24 40,00%	36 60,00%	Chi <sup>2</sup> =2,233 p=0,126
	Powyżej 16 lat (N=107)	N %	29 58,00%	21 42,00%	
Praca w szpitalu	Tak (N=99)	N %	16 47,06%	18 52,94%	Chi <sup>2</sup> =9,204 p=0,001
	Nie (N=21)	N %	26 46,43%	30 53,57%	
Ogółem		N	69	51	–

*Źródło: opracowania własne*

Zmęczenie było istotnie zależne od miejsca pracy i okazało się istotnie większe wśród zatrudnionych w szpitalach (p=0,001).

Podsumowując wyniki analiz statystycznych, należy stwierdzić, że posiadana wiedza z zakresu ergonomii istotnie oddziałuje na poszczególne aspekty obciążenia psychicznego badanych. Poziom wiedzy o ergonomii był istotnie uzależniony od zmiennych:

wiek, wykształcenie, staż pracy. Spadek aktywacji u badanych korelował na poziomie istotności statystycznej z wiekiem oraz stażem pracy. Spadku motywacji nie można statystycznie wiązać z badanymi zmiennymi. Z kolei aspekt zmęczenia był istotnie uzależniony od miejsca pracy.

## DYSKUSJA

Kwestie związane z obciążeniem w pracy personelu pielęgniarskiego są regularnie podejmowane w różnych kontekstach, np. zadowolenia z pracy, stresu, czy wypalenia zawodowego. Jest to bardzo istotna tematyka, jeśli odniesie się ją do zagadnienia ergonomicznych warunków pracy, które w przypadku pracowników ochrony zdrowia są warunkiem ponoszenia jak najmniejszych kosztów psychicznych i fizycznych wskutek wykonywanych funkcji i zadań. [4].

Praca dotyczyła obciążenia psychicznego jako elementu ergonomicznego na stanowisku pracy pielęgniarki w świetle danych z badań zrealizowanych online. Badaniami objęto 120 pielęgniarek. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 43 lata. Największy odsetek badanych stanowiły osoby w wieku 31-40 lat, Dominowały osoby ze stażem pracy 6-15 lat, przy czym średnia stażu wyniosła 18 lat. Większość badanych legitymowała się wykształceniem wyższym i pracowała w warunkach szpitalnych.

Według badanych kryteria ergonomii w ich codziennej pracy mogą być spełnione w zakresie: wymaganej wiedzy, współpracy personelu oraz dostępu do sprzętu medycznego. Za problematyczne badane uznały: możliwą do zapewnienia liczbę pacjentów pod opieką pielęgniarek, rozmieszczenie mebli i sprzętu, transport materiałów do badań, sztuczne oświetlenie, odległości między pomieszczeniami.

Wśród problemów ergonomicznych mogących mieć związek ze zmęczeniem fizycznym badane osoby szczególnie zaakcentowały: niewłaściwą pozycję ciała, niewłaściwe chwyt, dźwiganie pacjentów, niedopasowaną odzież. Część grupy zwróciła uwagę na: brak przysługujących przerw oraz brak sprzętu ułatwiającego pracę.

Wyniki otrzymane w badaniach należy ująć w szerszej perspektywie innych doniesień badawczych. Przykładem są doniesienia z badań Wyderki i Niedzielskiej. Autorki ustaliły, iż znajomość zasad ergonomii pracy pielęgniarskiej była wystarczająca w przypadku około 74% badanych. Co dziesiąta badana pielęgniarka nie miała jednak możliwości jej zastosowania w codziennej praktyce. Badane byłyby zainteresowane szkoleniami w kierunku ergonomii w celu aktualizacji i uzupełnienia wiedzy, lecz nie zawsze dysponowałyby czasem na ten cel. Większość doskonali się we własnym zakresie. odsetek samodzielnie poszukuje informacji.

Badane wykazały, że z pracą wiążą się ich problemy zarówno psychiczne przeciążenia i negatywne emocje, jak też z złe nawyki np. korzystanie z niestabilnego obuwia, podnoszenie pacjentów, praca w dużym tempie [5].

W przedstawionych badaniach własnych uwagę zwraca fakt, że niedostateczne może być monitorowanie ergonomicznych warunków pracy przez przełożonych. Tymczasem liczne badania wskazują, iż postrzegane przez pracownika wsparcie otrzymywane od przełożonego jest predyktorem satysfakcji z pracy. Dotyczy to m.in. wsparcia informacyjnego. Mechanizm ten można wyjaśnić poprzez ważną funkcję, jaką pełni przełożony w realizacji przez podwładnego potrzeb społeczno-emocjonalnych, takich jak potrzeba bezpieczeństwa, uznania, szacunku, akceptacji, przynależności czy emocjonalnego wsparcia. Przełożony może być dla podwładnego zarówno ważnym elementem budowania i kształtowania tożsamości pracowniczej, gwarantem stabilizacji oraz bezpieczeństwa w pracy, jak również źródłem wsparcia emocjonalnego i różnych form wzmocnień pozytywnych w postaci nagród, benefitów czy pochwał. Poza bezpośrednią relacją między wsparciem otrzymywanym od przełożonego a satysfakcją z pracy zmienna ta oddziałuje na satysfakcję z pracy pracowników poprzez ich wdzięczność względem organizacji. Postrzegane przez pracowników wsparcie otrzymywane od przełożonego wpływa dodatnio na poziom ich wdzięczności wobec organizacji, czego konsekwencją jest ich większa satysfakcja z pracy. Percepcja pracownika co do wsparcia otrzymywanego od przełożonego oraz zaufanie do niego jako reprezentanta organizacji wywołuje u podwładnego chęć odwdzięczenia się organizacji, czego efektem jest wyższy poziom jakości jego pracy i odczuwanego zadowolenia z pracy. Pozytywna postawa przełożonego wobec podwładnego ma wpływ na kształtowanie pozytywnej atmosfery pracy, redukcję konfliktów obniżających efektywność pracy [6,7, 8,9].

Wyniki badań własnych pośrednio pokazały, że najczęściej badanych podzieliło poglądy, że prawidłowa organizacja pracy sprzyja bezpieczeństwu oraz większej satysfakcji z wykonywanej pracy, a te mogą zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

Niewątpliwie praca w charakterze pielęgniarki i pielęgniarza jest pracą odpowiedzialną i pełną wyzwań. Jednym z aspektów tej odpowiedzialności jest wykonywanie pracy w sposób ergonomiczny, bezpieczny dla siebie i innych, nierzadko wręcz rygorystyczny. Obecne warunki pracy pielęgniarek w warunkach pandemii określane są jako szczególnie trudne. Zmniejszone są możliwości wykonania wielu zadań, zwiększony jest stan zagrożenia, pojawiło się wiele obostrzeń, norm i zasad dodatkowych [10,11, 12, 13, 14, 15].

Zagadnienie nieergonomicznych zachowań personelu pielęgniarskiego jest istotne, gdyż warunkuje bezpieczne warunki pracy, jak najmniej narażające zdrowie pielęgniarek.

Niewystarczające są prawdopodobnie szkolenia z zakresu ergonomii, czy konstruktywnego radzenia sobie ze stresem.

Badania własne nie są wolne od ograniczeń. Jednym z nich jest sposób docierania do badanych oparty wyłącznie na kontakcie online, który eliminował z badań osoby nieufne wobec nowoczesnych technologii, w tym respondentów w starszym wieku. Za kolejne ograniczenie można uznać uwzględnienie w analizie danych wyłącznie od kobiet.

Jako zalety pracy można wskazać: dotarcie do reprezentatywnej próby badanych z różnych rejonów Polski w stosunkowo krótkim czasie, podjęcie aktualnej i ważnej tematyki, zgodność z zainteresowaniami Autorki pracy, która jest czynną zawodowo pielęgniarką.

Na podstawie treści pracy można przyjąć, że ergonomiczny kontekst pracy pielęgniarek może być odniesiony do pracy w innych zawodach: lekarzy, fizjoterapeutów, czy personelu pomocniczego. W związku z tym przyszli badacze mogliby tematykę tę analizować na innych grupach zawodowych służby zdrowia, z włączeniem dodatkowych zmiennych, jak np. zachowań prozdrowotnych, strategii radzenia sobie ze w sytuacjach trudnych, czy poczucia jakości życia.

## WNIOSKI

1. Zakres wiedzy i zachowań badanych z zakresu ergonomii jest niedostateczny.
2. Czynniki pracy zawodowej negatywnie wpływające na stan zdrowia badanych związany z pracą zawodową to m.in. presja czasu i nadmiar obowiązków.
3. Opinie badanych na temat realiów pracy i zadowolenie z nich są zróżnicowane.
4. Czynniki istotnie statystycznie korelującymi z poczuciem obciążenia psychicznego badanych w zakresie: spadku aktywacji, motywacji i zmęczenia są: wiek, staż pracy oraz miejsce pracy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Górska E.: Ergonomia: projektowanie, diagnoza, eksperymenty, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2020.
2. Józwiak Z.: Ergonomiczne kształtowanie środowiska pracy. Kręgosłup masz tylko jeden. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2009;3(7): 10–12.
3. Kowal E.: Ekonomiczno – społeczne aspekty ergonomii. PWN, Warszawa – Poznań 2019.



4. Kułagowska E., Kosińska M.: Problemy zdrowotne personelu pielęgniarskiego. *UMCS Sec D.* 2005;60:190–193.
5. Bilski B., Sykutera L.: Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali, *Medycyna Pracy.* 2004; 55(5): 411-416.
6. Basińska B., Wilczek-Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. *Prz Psychol* 2011; 54(1): 101-114.
7. Kurowska K., Witkowska-Zuza A.: Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now Lek* 2011; 80(4): 277-282.
8. Etery G.S., Rosenfeld R.: *Stres – przyczyny, terapia, autoterapia.* Wyd. PWN, Warszawa 2012.
9. Maslach C., Leiter M.P.: *Prawda o wypaleniu zawodowym.* Warszawa: PWN; 2011.
10. Mielczarek-Pankiewicz E.: Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych (2). *Mag Piel Położ.* 2010; 4: 10–11.
11. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: *Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studentów medycznych.* Warszawa: PZWL; 2019: 360–361
12. Sygit E.: Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu. *Rocz Pom Akad Med* 2009; 55(2): 83-89.
13. Aiken LH., Clarke SP., Sloane DM., et al.: Nurses' reports on hospital care in five countries. *HealthAff (Millwood)* 2001;20:43–53.
14. Anczewska M., Witaj P., Roszyńska J.: Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2005; 14(2):67-77.
15. Mojs E., Głowacka M.D.: Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Now. Lek.* 2005; 74(2): 238-240.

## OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z ODLEŻYNĄ II I III STOPNIA

---

**Joanna Katarzyna Kuczyńska<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>**

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

### WSTĘP

#### Definicja

Odleżyna (łac. decubitus) jest uszkodzeniem skóry oraz tkanek położonych poniżej skóry i tkanki podskórnej (dotyczyć może mięśni i kości). Pojawia się na skutek ucisku lub połączenia ucisku i tarcia, w wyniku czego dochodzi do zamknięcia światła drobnych naczyń, niedokrwienia i niedotlenienia miejsca uciskanego, czego konsekwencją może być martwica tkanek. Szczególnie podatne na występowanie odleżyn mogą być osoby długotrwale unieruchomione, przewlekle chore, w stanach termalnych, leżące lub poruszające się na wózku inwalidzkim oraz osoby niedożywione. Ryzyko występowania tego schorzenia rośnie wraz z wiekiem. Większość odleżyn rozwija się w pierwszych dwóch tygodniach, ale mogą pojawić się już w ciągu 2-3 godzin od unieruchomienia. Szybkość rozwoju zależy od stanu ogólnego chorego oraz od współistniejących czynników ryzyka [1].

#### Etiologia

Odleżyna powstaje jako efekt dwóch procesów: zamknięcia światła naczyń krwionośnych spowodowane przez ciśnienie działające z zewnątrz oraz śródbłonkowych uszkodzeń w mikrokrażeniu przez siły ścinające. Te dwa procesy często zachodzące jednocześnie powodują wiele patofizjologicznych zmian prowadzących do uszkodzenia naskórka i skóry właściwej powodując powstanie odleżyny. Często dołączające się do tego tarcie może skutkować bezpośrednim uszkodzeniem skóry. Cechą charakterystyczną ran odleżynach jest ich powstawanie w miejscach, gdzie tkanka wykazuje najmniejszą odporność na działanie między powierzchniowego ciśnienia. Najczęściej są to miejsca w pobliżu wyniosłości kostnych jak kość ogonowa, uszy, barki, pięty, łokcie, okolice krętarza itp. gdzie tkanka podskórna, która mogłaby zamortyzować ucisk jest zbyt cienka [2].

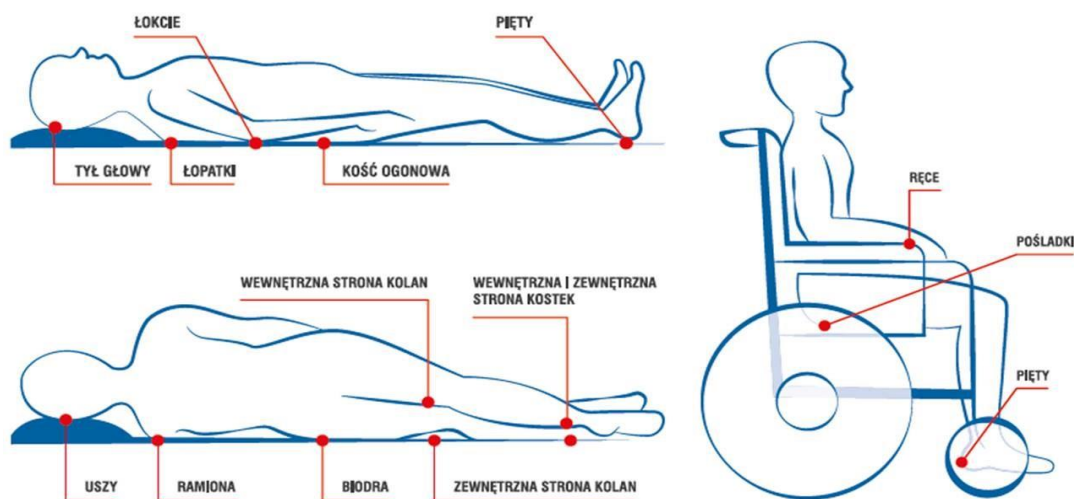
## Czynniki ryzyka

Odleżyny najczęściej pojawiają się na wyniosłościach kostnych, czyli tam gdzie warstwa tkanki tłuszczowej jest najmniejsza. O miejscu ich powstawania decyduje pozycja w jakiej przebywa chory [1].

Tabela 1. Miejsca najbardziej narażone na powstawanie odleżyn

Źródło: Własne

Pozycja leżąca na plecach	Pozycja leżąca na boku	Pozycja leżąca na brzuchu	Pozycja siedząca
-potylica	-uszy	-czoło	-łopatki
-łopatki	-wewnętrzna strona przedramienia	-kość policzkowa	-kość ogonowa
-łokcie	-talerz biodrowy	-barki	-guzy kulszowe
-kość krzyżowa	-staw biodrowy	-mostek	-pod kolanami
-kość ogonowa	-kolana	-klatka piersiowa	-pięty
-pięty	-głowa kości strzałkowej	-grzbiet dłoni	-łokcie
-palce stóp	-kostki stopy	-krocze (moszna)	
		-kolana (rzepka)	
		-palce stóp	



Rycina 1. Miejsca najbardziej narażone na występowanie odleżyn [2].

## Rozpoznanie

Rozpoznanie odleżyn jest zwykle możliwe na podstawie charakterystycznych objawów, które mogą obejmować: **zmianę koloru skóry, ból, obrzęk, pękanie skóry, a nawet obumieranie tkanek**. Na początku skóra na danym obszarze może stać się czerwona i bolesna. U osób o ciemnej karnacji skóra może wyglądać na błyszczącą lub niebieskawą [3].

Jednym z narzędzi do oceny ryzyka rozwoju odleżyn jest skala Norton i skala Waterlow.

W skali tej sprawdza się ilość punktów dla konkretnego pacjenta i na tej podstawie określa się ryzyko powstawania u niego odleżyn.

Ryzyko zezwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14 punktów lub niższym [4].

Tab.2. Skala Norton i skala Waterlow stosowanej w profilaktyce przeciwoodleżynowej [5].

<b>Czynniki /Punkty</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Stan fizyczny</b>	Dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki
<b>Stan przytomności</b>	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Zaburzenia przytomności	Stupor lub śpiączka
<b>Aktywność (zdolność przemieszczania)</b>	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku
<b>Stopień samodzielności przy zmieniania pozycji</b>	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność
<b>Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej</b>	Pełna czynność zwieraczy Sporadyczne moczenie się	Sporadyczne moczenie się	Zazwyczaj nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

## **Leczenie, edukacja, pielęgnacja**

Podczas codziennej toalety i zmiany pozycji odleżyny należy obserwować pod kątem zmian w zabarwieniu: błądź, zasinienie, zaczerwienie (szczególnie na uwypukleniach kostnych).

- ✓ Powinno się codziennie myć skórkę wodą o temp. 36-37°C, używając środków myjących o lekko kwaśnym odczynie (pH 5,5), natłuszczających, nawilżających i nieuczulających,
- ✓ po umyciu dokładnie należy osuszyć skórkę (dotykać ręcznikiem; unikać pocierania) zwracając szczególną uwagę na miejsca pod fałdami skórnymi brzucha, piersi i okolic intymnych,
- ✓ na suchą skórkę stosować preparaty lub balsamy nawilżająco- natłuszczające. np. lanolinę, oliwkę,
- ✓ można delikatnie masować tylko miejsca nie zmienione,
- ✓ u chorych zanieczyszczających się stosować podkłady higieniczne i pielucho majtki z materiałów zapewniających wymianę powietrza [6].

### **NIE NALEŻY:**

- ✓ jednocześnie używać środków natłuszczających i zasypek/pudrów,
- ✓ używać kosmetyków perfumowanych, ponieważ wysuszają skórkę i działają alergizująco,
- ✓ stosować środków na bazie spirytusu (alkohol wysusza skórkę i zwiększa ryzyko uszkodzenie),
- ✓ masować skóry nad wyniosłościami kostnymi i miejscami zaczerwienionymi.

### **PIELEGNACJA:**

- ✓ opatrunek na ranie zmieniać według zaleceń lekarza/pielęgniarki/położnej,
- ✓ używać opatrunków odpowiednich do rodzaju rany, zalecanych przez personel medyczny,
- ✓ przed zmianą opatrunku należy umyć i zdezynfekować ręce, używać jednorazowych rękawiczek,

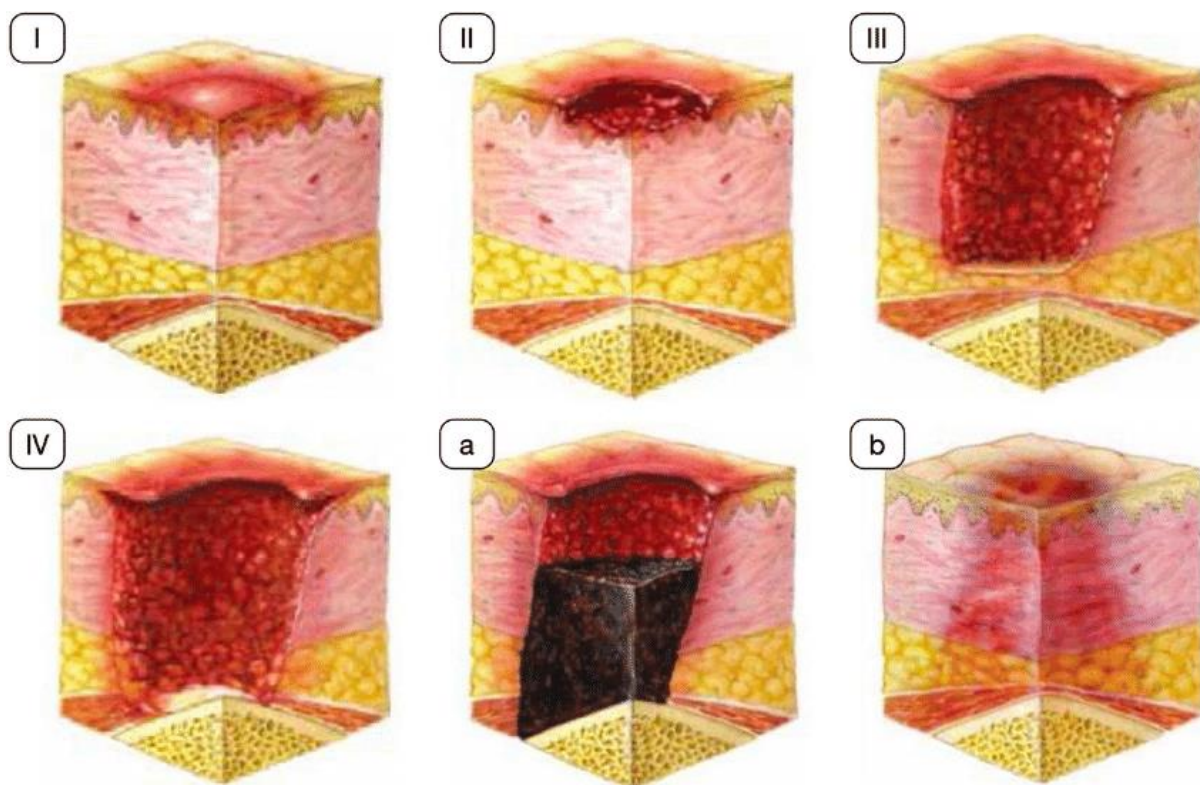
- ✓ opatrunki specjalistyczne można przecinać zgodnie z zalecaniem producenta,
- ✓ nożyczki używane do przecinania opatrunków nie mogą być używane do innych celów; bezpośrednio po użyciu należy je odkazić płynem do dezynfekcji,
- ✓ brzegi opatrunku powinny dokładnie przylegać do skóry wokół rany, aby chronić ranę przed zabrudzeniem, bakteriami i innymi drobnoustrojami,
- ✓ nie dopuścić do przenoszenia bakterii z rany na inne przedmioty czy na członków rodziny
- ✓ rany nie należy moczyc,
- ✓ nie wolno stosować na ranę rywanolu, jodiny, wody utlenionej, Amolu, rumianku, kwasu bornego, antybiotyków, azotanu srebra, maści, kremów ze srebrem, żadnych innych kremów,
- ✓ nie używać maści rozgrzewających, ani maści chłodzących,
- ✓ nie należy stosować na ranę zwykłego opatrunku z gazy ani z waty,
- ✓ uszkodzoną skórę wokół rany można natłuszczać Alantanem, Linomagiem, maścią nagietkową, witaminową, tranową, wazeliną, parafiną lub inną zleconą przez lekarza,
- ✓ nie zrywać gwałtownie opatrunki; jeśli są trudności z jego odklejeniem należy brzegi opatrunku nasączyć roztworem soli fizjologicznej (NaCl 0,9%) [7]

### **Klasyfikacja i podział odleżyn**

Dokładna identyfikacja uszkodzeń skóry jest integralną częścią opieki i zasadniczym elementem każdego badania oceniającego stan chorego i możliwość samoopieki. Odleżyny:

- zwykłe (związane z ciśnieniem prostym, tarcieniem i siłami ścinającymi),
- miażdżycowe (zazwyczaj zlokalizowane w dystalnych częściach ciała, głównie na piętach),
- terminalne (u kresu życia),
- w przebiegu dysfunkcji neurologicznych (okolice krocza, guzy kulszowe) [8].

Klasyfikacja NPIAP/EPUAP jest najczęściej stosowaną oraz rekomendowaną klasyfikacją określającą głębokość uszkodzeń struktur tkankowych, która wykorzystuje się również do oceny destrukcji tkanek o innej etiologii niż odleżyna.



Rycina 2. Klasyfikacja odleżyny EPUAP/NPIAP [9].

- I. Nieszkodzona skóra z ograniczonym obszarem nieblednącego rumienia (zaczerwienienie).
- II. Częściowa utrata grubości skóry właściwej o wyglądzie płytkiego otwartego owrzodzenia z czerwono różowym dnem bez wilgotnej tkanki martwiczej oddzielającej się od tkanki zdrowej.

Możliwy jest także nienaruszony lub otwarty/pęknięty pęcherz z płynem surowicznym lub surowiczo krwistym.

- III. Pełna utrata grubości tkanki skórnej.

Głębokość uszkodzenia III stopnia dotyczy destrukcji pełnej grubości skóry. Uzależnione jest od lokalizacji- grzbiet nosa, ucha, potylicy i kostka kończyny dolnej nie mają tkanki podskórnej, uszkodzenie wizualne może być

powierzchnowe. W innej okolicy ciała zwłaszcza w okolicy pośladków, może być widoczna tkanka tłuszczowa, bez cech uszkodzeń mięśni, ścięgien i kości. Martwica rozplywa, jeśli jest obecna nie zasłania głębokości utraconej tkanki.

- IV. Pełna utrata głębokości tkanek z odsłonięciem ścięgien mięśni i kości. Uszkodzenie dotyczy pełnej grubości skóry oraz tkanki podskórnej, sięgając do mięśni, ścięgien i kości. Może pojawić się tkanka martwicza (martwica rozplywna) lub sucha (ciemny strup) niezasłaniająca całkowicie dna rany. Zarówno podminowanie brzegów, jak i tunelowanie jest częstym objawem. Odleżyny IV stopnia mogą sięgać w głąb mięśni lub struktur podtrzymujących (np. powięzi, ścięgien lub torebki stawu), prowadząc do występowania martwiczego zapalenia powięzi, ścięgien, szpiku lub kości. Ryzyko ropowicy i następczej posocznicy jest bardzo wysokie.

a) UPI- *unstageable pressure injury*

Odleżyna niesklasyfikowana z martwicznym uszkodzeniem skóry pełnej grubości. Nie można określić grubości uszkodzenia tkanki, gdyż jest przysłonięta martwicznym strupem

b) DTPI- *deep tissue pressure injury*

Odleżyna głębokotkankowa z utrzymującym się nieblednącym, intensywnie czerwonym lub purpurowym przebarwieniem. Nienaruszona lub naruszona skóra z ograniczoną powierzchnią czerwonego, bordowego lub oddzielenie naskórka. Fizykalne uszkodzenie najczęściej obejmuje tkanki głębokie wraz z kością [1, 9].

### Fazy gojenia się rany

Skóra stanowi barierę ochronną między organizmem a środowiskiem zewnętrznym przed uszkodzeniem fizycznym, patogenami i utratą płynów oraz pełni funkcję immunologiczno-neurologiczne, przyczyniając się do utrzymania homeostazy organizmu. Gojenie i regeneracja uszkodzeń skóry to złożony proces związany z naturalną fizjologiczną reakcją na uszkodzenie tkanek i obejmujący dynamiczną złożoną interakcję między wieloma typami komórek, cytokinami, mediatorami i układem naczyniowym. Proces ten bezpośrednio rozpoczyna się po uszkodzeniu i może trwać latami, zwłaszcza w sytuacji zaburzeń procesów



naprawczych na poziomie komórkowym, współwystępowania miejscowych infekcji, dodatkowych urazów i niedożywienia.

Rana jest pojęciem ogólnym odnoszącym się do uszkodzenia tkanek powstałych w wyniku niekontrolowanego działania czynników fizycznych, mechanicznych lub chemicznych. Może być klasyfikowana w zależności od etiopatogenezy, czasu powstania, rodzaju, wyglądu, czy głębokości destrukcji tkanek. Uszkodzenie struktur tkankowych na poziomie komórkowym powoduje uruchomienie regulowanej sekwencji zdarzeń biochemicznych mających na celu regenerację powstałych uszkodzeń. Proces ten dzieli się na trzy fazy:

**Faza zapalna** obejmuje odpowiedź naczyniową charakteryzująca się krzepnięciem krwi i homeostazą, oraz zainicjowanymi zdarzeniami komórkowymi, w tym infiltracją leukocytów o różnych funkcjach przeciwbakteryjnych i uwalniania cytokin, co pobudza do proliferacji.

**Proliferacja** jest to proces w którym dochodzi do formowania się nabłonka mającego pokryć powierzchnię rany z jednoczesnym wzrostem ziarniny wypełniającej uszkodzoną przestrzeń. Tworzenie ziarniny związane z proliferacją fibroblastów, odkładanie się kolagenu, zewnątrzkomórkowych matryc i innych substancji predysponują do neoangiogenezy.

**Faza przebudowy** polega na powstaniu tkanek w ranie czego konsekwencją jest przywrócenie integralności strukturalnej i funkcjonalnej tkanki .

Warto wspomnieć iż jest wiele czynników wpływających na proces gojenia się ran jak zaawansowany wiek, zaburzenia stymulacji nerwowo mięśniowej (niedowład, paraliż), spastyka, ból, natlenienie czy niedokrwienie rany, niedożywienie, biofilm czy infekcje w ranie, metody oczyszczania rany, otyłość czy niektóre leki, które mogą spowalniać ich gojenie [10].

### **Metody oczyszczania rany**

Każda rana powinna być jak najszybciej oczyszczona, ale nie każda kwalifikuje się do opracowania chirurgicznego. Z tego względu charakter rany i jej oczyszczenie będą determinowały postępowanie z raną na dalszych etapach gojenia. Oczyszczenie rany uznaje się za kluczową procedurę terapeutyczną w procesie jej leczenia. Skuteczne oczyszczenie sprzyja jej gojeniu poprzez zwiększenie aktywności fagocytarnej leukocytów prężność tlenu w ranie, zapewniając optymalne warunki regeneracji uszkodzonych struktur. Zmniejsza to

również ryzyko zakażenia (miejscowego oraz ogólnego), ułatwia ocenę rany oraz umożliwia dokonanie chirurgicznego przeszczepu skóry lub zastosowanie innych metod terapeutycznych wspomagających zamykanie się ubytku. Oczyszczenie tkanek jest głównym kierunkiem w leczeniu miejscowym rany w określonym czasie i z wykorzystaniem najlepszych dla pacjenta metod. Podstawowymi zasadami miejscowego leczenia rany z zaburzonym procesem gojenia i regeneracji jest możliwie jak najszybsze oczyszczenie jej z tkanek martwych, minimalizacja infekcji i kontrola wysięku oraz ocena procesu gojenia. W zależności od fazy procesu gojenia rany należy dokonać wyboru odpowiedniego materiału opatrunkowego, który powinien uwzględnić zdolność określaną przez producenta oraz przeznaczenie i funkcję. Obecnie istnieje na rynku wiele opatrunków, które poza sterylnością i ochroną rany przed środowiskiem zewnętrznym ma zastosowanie w gojeniu ran odleżynowych są to między innymi [10]:

- ✓ Opatrunki lipidokoloidowe- inaczej nazywane opatrunkami aktywnymi bowiem zawierają macierz gojącą składająca się z cząsteczek karboksymetylocelulozy, rozproszonej w warstwie wazeliny mogą zawierać również aktywne jony srebra lub włókna poliakrylanu. Używane w leczeniu miejscowym ran przewlekłych w fazie zapalnej (Urgostar, Urgostar Pad).
- ✓ Poliuretany- zbudowany z elastycznej i hydrofilnej pianki. Aktywnym składnikiem opatrunku jest absorbcyjny hydropolimer, który pochłania z rany nadmiar wydzieliny i rozpuszcza tkanki martwicze, pobudzając ziarninowanie (Mepileż Ag, Allevyn, Secrum).
- ✓ Hydrowłókna (hydrofiber)- zbudowany z karboksymetylocelulozy sodowej, w kontakcie z wydzieliną przekształca się w przezroczysty żel, który wypełnia ranę i sekwestruje wydzielinę z bakteriami. Doskonały do drenażu ran głębokich (Aquacel Ag, Extra)
- ✓ Hydrokoloidy- zbudowane z substancji o właściwościach hydrokoloidowych w mikrogranulkach rozpuszczonych w poliizobutyleniu o właściwościach fibrynolitycznych przywraca prawidłowe ukrwienie rany (Askina Hydro, Comfeel, Suprasorb H).
- ✓ Hydrożele- są bardzo uwodnione, występują w postaci żelu w dozowniku lub płytki żelowej, dzięki temu wpływają na nawilżenie i nawodnienie suchej rany powodując

rozpuszczenie strupa lub martwicy. Wspomaga naturalne procesy autolizy i oczyszczenia rany (Aqua Gel, Hydrosorb, GranuGel) [4].

- ✓ Dekstranomery, kodeksomery- zbudowane z ziarenek polisacharydów, które po zetknięciu z raną i wysiękiem formują żel. Mogą mieć działanie antyseptyczne (Acudeż, Debrisan, Iodosorb).
- ✓ Błony półprzepuszczalne- stosowane są jako opatrunki ochronne na nieuszkodzoną i podrażnioną skórę, często w ramach działań profilaktycznych,ochronnych przed inkontynencją i tarciem (Biocelusive, Tegederm, Hydrofilm).
- ✓ Alginiany
- ✓ Wyroby hydroaktywne
- ✓ Superabsorbenty
- ✓ Inne metody leczenia
  - Leczenie chirurgiczne, mechaniczne i chirurgiczne opracowanie rany
  - Biologiczny *debridement* (larwy gatunku *Lucilia sericata*)
  - Terapia kontrolowanym podciśnieniem
  - Ozonoterapia
  - Elektrostymulacja wysokonapięciowa
  - Tlenoterapia hiperbaryczna
  - Ultradźwięki
  - Pole elektromagnetyczne
  - Fototerapia [11].

### **Monitorowanie procesu gojenia**

Leczenie i pielęgnowanie ran oraz jej procesu gojenia wymaga dokumentacji. Ocena procesu gojenia powinna zawierać dane dotyczące rodzaju i wyglądu rany, obszaru jaki zajmuje, głębokości jaki zajmuje, głębokości destrukcji, a także skóry wokół oraz wysięku (konsystencja, kolor, zapach), jak również procesu gojenia.

Ocena procesu gojenia za pomocą linijki i z zastosowaniem fotografii cyfrowej to najprostsze i najczęściej stosowane metody w codziennej praktyce [12].

### **Odżywianie**

Niedostateczna podaż białek i kalorii lub nieprawidłowe ich wchłanianie zwiększają ryzyko rozwoju odleżyn. Należy pamiętać:

- ✓ chory powinien spożywać 4-5 posiłków dziennie oraz wypijać ok. 2 l płynów na dobę,
- ✓ ważną rolę odgrywają witaminy A, B, C, E, które chronią skórę przed stanem zapalnym; ich źródłem są warzywa i owoce (np. marchew, buraki, natka pietruszki, czerwona papryka, truskawki, czerwone porzeczki, morele), oliwa z oliwek, oleju słonecznego (zaleca się do wyboru 2 łyżki dziennie) lub 2 łyżki ziaren słonecznika,
- ✓ do jadłospisu włączyć nabiał, mięso, ryby,
- ✓ należy ograniczyć sól kuchenną,
- ✓ w pożywieniu nie powinno zabraknąć błonnika, który pomoże regulować pracę jelit (dozwolone owoce, warzywa, kasza jęczmienna, ryż brązowy oraz w umiarkowanych ilościach wiśnie, suszone śliwki,
- ✓ unikać pokarmów ciężko strawnych, produktów smażonych, tłuszczów zwierzęcych, słodczy, cukru oraz alkoholu,
- ✓ zaleca się spożywanie potraw gotowanych na parze lub w wodzie, pieczonych bez tłuszczu,
- ✓ suplementację witaminami i minerałami zaleca się wprowadzić po konsultacji z lekarzem, najlepiej po potwierdzeniu niedoborów badaniami laboratoryjnymi [13].

### **Ocena stanu odżywiania**

Żywnienie odgrywa kluczową rolę w procesach fizjologicznych zachodzących w organizmie. Niedobór lub niewłaściwa podaż substancji odżywczych albo nadmierna ich utrata związana z przewlekłym stanem zapalnym, głodem czy dysfunkcją przewodu pokarmowego prowadzi do sarkopenii i wyniszczenia. Pogorszenie funkcji fizycznych i psychicznych wraz z zaburzeniami klinicznymi najczęściej jest wynikiem chorób oraz niedostatecznej diety i stanowi znaczący czynnik ryzyka rozwoju odleżyn oraz upośledzonego ich gojenia. Niedożywieniu często towarzyszy odwodnienie co czyni skórę bardziej podatną

na uszkodzenia. Nieplanowana utrata masy ciała definiowana jako jej utrata o 5% w ciągu miesiąca lub o 10% w ciągu 6 miesięcy, jest głównym czynnikiem ryzyka niedożywienia i rozwoju odleżyn. Każdy pacjent z wywiadem żywieniowym sugerującym możliwość wystąpienia niedożywienia powinien być poddany bardziej szczegółowej ocenie stanu odżywiania. W tabeli przedstawiono dobór kryteriów stosowanych do rozpoznania ciężkiego niedożywienia w tej grupie chorych [13].

Kompleksowa ocena stanu odżywiania powinna obejmować pomiar bilansu składników pokarmowych, ocenę budowy organizmu, pomiar nasilenia procesu zapalnego oraz jego funkcji i być prowadzony w ramach interdyscyplinarnego zespołu żywieniowego.

Rekomendowane są następujące metody oceny odżywiania:

- ✓ pomiar antropometryczny (*antropometric factor*),
- ✓ pomiar biochemiczny (*biochemical factor*),
- ✓ wywiad żywieniowy (*clinical factor*),
- ✓ standaryzowana skala oceny stanu odżywiania,
- ✓ bioimpedencja i DEXA (*dual Energy X-ray absorptiometry* – absorpcjomertia promieniowania X o dwóch energiach) [1].

### **Suplementacja**

Chorzy z odleżynami powinni otrzymywać zalecaną ilość białka w codziennej diecie. Jeśli nie można zapewnić odpowiedniej ilości jego podaży z pożywieniem, należy rozważyć zastosowanie diety fortyfikowanej do głównych posiłków lub doustne suplementy pokarmowe. Fortyfikacja opiera się na wzmocnieniu żywności. Jest to przemyślany sposób na zwiększenie wartości odżywczej diety przez dodawanie do niej produktów naturalnych o znacznej gęstości kalorycznej (np. oleje roślinne, mleko kokosowe, orzechy, gęste kasze, jajka, soję, ryby itp.), ale także preparaty przemysłowe, jedno-(węglowodany, tłuszcze, białka) i wieloskładnikowych zawierających różne kombinacje mikroskładników często z dodatkiem witamin i minerałów. Przy fortyfikowaniu żywności niejednokrotnie wymagana jest zmiana objętości i częstotliwości posiłków z uwagi na ograniczony apetyt chorego [13].

## **Powikłania**

Niezależnie od etiologii każda rana, która nie goi się przez co najmniej 4 tygodnie zaliczana jest do powikłań. Potwierdzenie wysięku bądź bolesności w obrębie rany to sygnał o rozwijającej się infekcji. Obecność drobnoustrojów w ranach otwartych jest zjawiskiem naturalnym i niekoniecznie musi prowadzić do opóźnienia procesu gojenia.

Rany trudno gojące się są to otwarte rany wykazujące cechy biofilmu z wysiękiem, powiększające się w ciągu kilku dni i niepoddające się leczeniu zgodnie z wytycznymi medycyny opartej na dowodach. W większości są to rany skolonizowane przez drobnoustroje stanowiące florę mikrobioty ludzkiej w przebiegu różnych schorzeń układowych lub dysfunkcji i urazów współwystępujących. U chorych często hospitalizowanych należy ukierunkować uwagę na „szpitalną” florę bakteryjną. Coraz więcej badań wskazuje na odporne infekcje związane z bakteriami *Pseudomonas aeruginosa* i *Stephylococcus aureus* odporne na metycylinę [1].

### **Klinicznym objawem infekcji miejscowej są:**

- ocieplenie tkanek,
- zaczerwienienie,
- obrzęk,
- ból,
- pojawienie się lub zwiększenie wysięku z rany.

### **Dodatkowe objawy zakażenia rany obejmują:**

- opóźnienie gojenia,
- krwawienie kontaktowe,
- fetor,
- wybujalą zapalną ziarninę.

Stwierdzenie w badaniu przynajmniej dwóch z głównych objawów zapalenia wskazuje na konieczność zmiany koncepcji działań miejscowych, ale stosowanie antybiotyków nie powinno być rutynowe. W leczeniu środkami przeciwdrobnoustrojowymi należy się kierować wynikami mikrobiologicznymi i miejscowymi wzorcami oporności. Działania powinny być

wdrażane z wykorzystaniem rekomendowanych substancji antyseptycznych i metod terapeutycznych. Samoocena pacjenta jest kluczowa przy ocenie takich parametrów jak:

- natężenie i charakter bólu,
- nasilenie i rodzaj zapachu oraz wysięku [1].

## **CEL PRACY**

Głównym celem pracy było wyjaśnienie najważniejszych i kluczowych wiadomości na temat odleżyn oraz ich rodzajów i przedstawienie roli pielęgniarki w poprawie jakości zdrowia i życia osób leżących z problemem odleżyn. Ryzyko występowania tego schorzenia rośnie wraz z wiekiem, wobec tego należy pogłębiać wiedzę na temat tego schorzenia. Istotną rolą opieki pielęgniarki była częsta zmiana pozycji ciała, dbanie o higienę i czystość rany oraz używanie odpowiednio dobranych opatrunków. Edukacja opiekunów prawnych na temat profilaktyki przeciwoodleżynowej pacjentki przewlekle chorej, unieruchomionej oraz niedożywionej jest również istotne w tego typu schorzeniach.

Cel pracy:

1. Przedstawienie problemów zdrowotnych z punktu widzenia pielęgniarskiego
2. Opracowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej
3. Ocena skuteczności podjętych działań.

## **MATERIAŁ I METODY BADAŃ**

Badaniem objęto 9-letnią dziewczynkę K.P. hospitalizowaną w Klinice Pediatrii USK w Białymstoku. Pacjentka została przyjęta 3.05.2023r. z Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Ignatkach z licznymi odleżynami na ciele z powodu infekcji górnych dróg oddechowych z opóźnionym rozwojem psycho-ruchowym, padaczką lekooporną i licznymi wadami wrodzonymi.

Praca powstała w oparciu o metodę indywidualnego przypadku wraz z procesem pielęgnowania. Przeprowadzono wywiad oraz obserwację własną w celu zebrania potrzebnych materiałów do badań. Interpretacji została poddana historia choroby, indywidualna karta zleceń, wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych.

Ocenie poddano bezpośrednie parametry życiowe: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, liczba oddechów na minutę, masa ciała oraz wysokość w cm. Pośrednie parametry życiowe dotyczą oceny: wskaźnika masy ciała BMI, klasyfikacja odleżyn na podstawie skali Norton, oraz dokumentacji fotograficznej [Fot.1, 2,3,4].

Proces pielęgnowania jest to forma rozplanowania opieki zawierającej obserwacją stanu pacjentki. Zawiera diagnozę pielęgniarską oraz czynności mające na celu utrzymanie lub poprawę stanu chorego. Wyróżniamy 4 etapy procesu pielęgnowania

1. Rozpoznanie stanu pacjenta – polega na gromadzeniu danych o stanie zdrowia pacjenta, interpretacja uzyskanych danych oraz postawienie diagnozy pielęgniarskiej.
2. Planowanie opieki- w tym etapie wyróżniamy cele opieki pielęgniarskiej oraz zakres działania.
3. Realizacja- wykonanie zaplanowanego planu opieki nad pacjentem.
4. Ocena realizowanego planu- analiza podjętych działań i ocena wyników.

## WYNIKI

### Opis indywidualnego przypadku

Dziewięcioletnia pacjentka K.P. z opóźnionym rozwojem psychomotorycznym, padaczką lekooporną i odleżyną na prawym biodrze została przyjęta na Szpitalny Oddział Ratunkowy 3.05.2023r. z powodu infekcji górnych dróg oddechowych. Pacjenta w stanie słabym, pojękująca najprawdopodobniej z powodu bólu, karmiona przez przezskórną endoskopową gastrostomie PEG. Pacjentka niedożywiona, unieruchomiona w łóżku od urodzenia, na kości biodrowej występuje odleżyna III stopnia. Pacjentka potrzebuje pomocy we wszystkich podstawowych czynnościach. Od momentu przyjęcia na oddział dziewczynka przebywa sama, pacjentka od urodzenia jest pod opieką Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Ignatkach.

Zostały wykonane następujące pomiary

-Ciśnienie – 107/70mmHg.

-Tętno- 104 u/min.

-Waga- 15kg.

- Wzrost- 90cm.



-Temperatura ciała-38,5 ‘C

-Dokumentacja fotograficzna rany na biodrze



Fot.1 Lewe biodro w dniu przyjęcia do szpitala



Fot. 2. Lewe biodro w drugiej dobie od przyjęcia na oddział

## **Plan opieki pielęgnacyjnej**

**Diagnoza pielęgnarska 1:** Ryzyko rozwoju nowych i pogłębienie się istniejącej odleżyn

**Cel:** zmniejszenie ryzyka występowania odleżyn

### **Interwencje pielęgnarskie:**

- ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg. Skali Norton i Waterlow, co pozwoli wdrażyć czynności prewencyjne powstawania nowych ran,
- ułożenie chorej na materacu przeciwoleżynowym- zmiennociśnieniowym, co poprawi lepsze krążenie i zmniejszy siłę ucisku na skórę,
- zmiana pozycji ciała pacjentki co 2-3 godziny, co złagodzi nacisk i zapobiegnie tarcia skóry o pościel,
- zastosowanie pomocniczego sprzętu tj. wałki, krążki żelowe, poduszki co zapewni stabilizację ciała oraz redukcję ucisku,
- codzienna pielęgnacja skóry i jej dokładna ocena,
- dokładne mycie pomoże w usunięciu bakterii,
- osuszanie skóry,
- oklepywanie poprawi ukrwienie,
- natłuszczanie i niedoprowadzeniu do wysuszenia skóry, stosowanie preparatów emolienywnych utworzy film okluzyjny co spowoduje mniejsze ryzyko otarć,
- częstsza zmiana ubrań i pieluch,

**Ocena podjętych działań:** Poprawa integralności skóry, brak nowych odleżyn i zmniejszenie istniejących odleżyn.

**Diagnoza pielęgnarska 2:** Odleżyna III stopnia

**Cel:** Zapobieganie rozwojowi powstałej odleżyny oraz jej zmniejszenie

### **Interwencje pielęgnarskie:**

- ocena odleżyny według skali Norton i Waterlow

- oczyszczenie rany solą fizjologiczną lub płynem Ringera
- przemywanie jej odpowiednimi preparatami
- zastosowanie opatrunków miejscowych
- pobranie wymazu z rany do badań bakteriologicznych w celu zastosowania odpowiedniej antybiotykoterapii
- stosowanie odpowiednich opatrunków (Urgo CleanAg/Mepilex),
- zastosowanie kontrolowanej terapii podciśnieniowej VAC wpływającej na tempo gojenia się ran,
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w formie papierowej i fotograficznej.

**Ocena podjętych działań:** Odleżyna w Klasyfikacji EPUAP/NPIAP zmniejszyła się IV<sup>o</sup> na II<sup>o</sup>



Fot.3. Zdjęcie biodra po wdrażeniu pielęgnacji pielęgniarskiej

**Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko powstania nowych odleżyn i pogłębianie istniejących odleżyn spowodowane nieodpowiednią dietą.

**Cel:** Wyrównanie niedoborów minerałów i elektrolitów, białka, witamin, węglowodanów i żelaza.

**Interwencje pielęgniarские:**

- zastosowanie odpowiedniej diety (bogata w białko, żelazo, witaminy),
- konsultacja z dietetykiem,
- systematyczne podawanie posiłków o wyznaczonych porach,
- zwiększenie kaloryczności posiłków,
- wzbogacanie diety o białko w proszku (np. Resource Instant Protein-proszek), produkt białkowy polecany dla dzieci niedożywionych z trudno gojącymi się ranami oraz utratą masy mięśniowej (na 150ml płynu należy podać 10-15 g proszku -2-3 miarki), bogaty w kwasy tłuszczowe nasycone, węglowodany, białko, sód, potas, wapń i fosfor.

**Ocena podjętych działań:** Brak nowych odleżyn i zmniejszanie istniejących ran, poprawa statusu odżywiania i wzrost masy ciała.

**Diagnoza pielęgniarская 4:** Ból spowodowany raną. Wzrost ciśnienia tętniczego krwi spowodowany bólem.

**Cel:** Zniwelowanie bólu oraz zmniejszenie ciśnienia krwi.

**Interwencje pielęgniarские**

- monitorowanie parametrów życiowych,
- zastosowanie opatrunków miejscowych,
- oczyszczanie rany,
- dezynfekcja rany,
- codzienna pielęgnacja skóry,
- częsta zmiana pozycji ciała,
- podanie leków zmniejsz uczucie bóli zgodnie ze zleceniem lekarskim (Paracetamol, Pyralgina).

**Ocena podjętych działań:** Ból zmniejszył się, ciśnienia krwi w normie.

**Diagnoza pielęgniarska 5:** Ochrona skóry przed wilgocią spowodowana nietrzymaniem moczu i stolca

**Cel:** Usunięcie czynników powodujących narażenie skóry na wilgoć

**Interwencje pielęgniarskie:**

- częstsza zmiana pampersów, podkładów wchłaniających wilgoć,
- częstsza zmiana pościeli, stosowanie pościeli z tworzyw naturalnych o miękkiej strukturze,
- częstsza zmiana bielizny osobistej,
- używanie oliwek i kosmetyków zabezpieczających skórę przed otarciami,
- założenie cewnika Foley'a na stałe.

**Ocena podjętych działań:** Prawidłowa integralność skóry, brak oparzeń i otarć.

**Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko wystąpienia powikłań dostępu naczyniowego

**Cel:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażeń.

**Interwencje pielęgniarskie:**

- obserwacja wkłucia pod kątem cech zapalnych (zaczerwienienie, obrzęk, ból oraz ocieplenie),
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas każdej czynności przy dostępie naczyniowym,
- zabezpieczanie wkłucia jałowym korkiem,
- przepłukiwanie dostępu naczyniowego roztworem soli fizjologicznej przed każdym i po każdym podaniu leku,
- w przypadku wystąpienia objawów zakażenia usunąć wkłucie, zdezynfekować i zabezpieczyć jałowym opatrunkiem.

**Ocena podjętych działań:** Nie wystąpił objaw zakażenia wkłucia dostępu naczyniowego.

**Diagnoza pielęgniarska 7:** Deficyty wiedzy i prawidłowej pielęgnacji opiekunów prawnych chorej w zakresie profilaktyki przeciwoodleżynowej

**Cel:** Edukacja opiekunów pacjentki na temat profilaktyki przeciwoodleżynowej

**Interwencje pielęgniarskie:**

- przedstawienie materiałów dydaktycznych w postaci broszur oraz filmów instruktażowych opiekunom pacjentki,
- edukacja opiekunów na temat profilaktyce odleżyn u pacjentów długotrwale unieruchomionych,
- edukacja na temat postępowania według standardów profilaktyki i zapobiegania powstawaniu odleżyn,
- skierowanie na konsultacje z dietetykiem w celu uzupełnianie niedoborów żywieniowych pacjentki,
- wzbogacanie diety o białko w proszku,
- edukacja na temat prawidłowej opieki nad pacjentką,
- podawanie leków zgodnie ze zaleceniami lekarza,
- stosowanie materaca przeciwoodleżynowego,
- codzienna pielęgnacja skóry pacjentki.

**Ocena podjętych działań:** Opiekunowie pacjentki posiadają wystarczającą wiedzę na temat profilaktyki przeciwoodleżynowej.

#### DALSZE ETAPY LECZENIA PACJENTKI

13.06.2023r. pacjentka została przeniesiona z Kliniki Pediatrii do Kliniki Ortopedii w celem leczenia rany odleżynowej biodra lewego. Rana została oczyszczona, wykonano plastykę skóry oraz opracowano brzegi odleżyny.

16.06.2023 w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym zostało wykonane wycięcie odleżyny oraz wykonano plastykę płatem skórno-tłuszczowym. Z powodu spadku saturacji i tachykardii pacjentka dnia 19.06.2023 została przekazana na OIT.

23.06.2023 dziewczynka została przyjęta do Kliniki Chirurgii, w trakcie pobytu dziewczynki na oddziale stan był stabilny.

26.06.2023 odświeżono brzegi rany i założone szwy materacowe oraz jałowy opatrunek

11.07.2023 pacjentkę w stanie ogólnym stabilnym wypisano do Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Ignatkach



Fot.4. Zdjęcie biodra po założeniu szwów

## PODSUMOWANIE

1. Odleżyna jest uszkodzeniem skóry oraz tkanki podskórnej na którą szczególnie narażone są osoby długotrwale unieruchomione, przewlekle chore i niedożywione. Powstawanie odleżyn stanowi istotny problem dla osoby chorej, długotrwale unieruchomionej oraz jej opiekunów. Głównym z wyodrębnionych problemów była niewystarczająca wiedza i brak odpowiedniej profilaktyki przeciwodleżynowej opiekunów prawnych pacjentki przewlekle chorej, długotrwale unieruchomionej.

2. Plan opieki pielęgniarskiej został przedstawiony w odniesieniu o aktualny stan zdrowia pacjentki z zwróceniem szczególnej uwagi na profilaktykę przeciwoodleżynową ze zwróceniem uwagi na dietę oraz edukację opiekunów w zakresie zapobiegania powstaniu odleżyn.
3. Powstała odleżyna została zlikwidowana.
4. Opiekuni prawni pacjentki zostali prawidłowo wyedukowani na temat profilaktyki powstawania odleżyn.
5. Zostały przedstawione dla opiekunów pacjentki materiały dydaktyczne w postaci broszur oraz filmów instruktażowych. Został opracowany program edukacyjny dla opiekunów o profilaktyce odleżyn u pacjentów długotrwale unieruchomionych.

#### **PIŚMIENNICTWO:**

1. Bożęca M.: Odleżyny- problem długotrwałego unieruchomienia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2014; 3:8-10
2. Jaques H.: Prevention and treatment of pressure ulcers. *Nursing Times* 2014; 110: 8-19
3. Bazaliński D., Barańska B., Kaczmarska D. i wsp.: Przydatność wybranych metod oczyszczania ran przewlekłych u chorych objętych opieką hospicyjną w warunkach domowych. *Leczenie Ran* 2018; 15(2): 51-56.
4. Sopata M. i wsp.: Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych- przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran*. *Leczenie Ran* 2020; 17(1): 1-21.
5. Ebi W.E., Hirko G.F., Mijana D.A.: Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design. *BMC Nurs* 2019; 18: 20systematic review. *Int Wound J*. 2018; 15: 333-343.
6. Popow A., Szewczyk M.T., Cierzniaowska K. i wsp.: Ocena i monitorowanie ryzyka rozwoju odleżyn wg. skali D. Norton u chorych hospitalizowanych w czterech oddziałach szpitalnych. *Leczenie Ran* 2017; 14: 83-88.



7. Kalinowska L.: Odleżyny- lepiej zapobiegać niż leczyć, Miesięcznik Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, 2011; 7(30): 2-10.
8. Kottner, J.,Carville, K., Berlowitz, D., Law, S.,Litchford, M., Mitchel, P.,Moore, Z., Pittman, J., et., 2019.Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries:The protocol for the second update of the international clinical practice guideline 2019. Journal of tissue viability 28, 51-58.
9. Szewczyk M.T., Kózka M., Cierzniaowska K. i wsp.: Profilaktyka odleżyn- zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie Ran 2020; 17(3): 113-114.
10. Wytyczne zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach/owrzodzeniach przewlekłych objętych procesem infekcji Forum zakażeń 2019;10(1):1-30.
11. Wasiak K.: Możliwość wyboru preparatów i opatrunków do zachowawczego leczenia odleżyn. Ordynator leków 2002; 6: 16-22.
12. Szkiler E.: Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych. Warszawa 2014.
13. MacKey D., Millear A.,L. Nutritional support for wound healing. Altern Med. Rev 2003;8(4):359-377

## WIEDZA KOBIET CIĘŻARNYCH NA TEMAT ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

---

Małgorzata Gierszewska<sup>1</sup>, Zofia Czechowska<sup>2</sup>, Marzena Kaźmierczak<sup>1</sup>

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

Niezwykle istotnym elementem, który wspomaga dobry poród jest przygotowanie teoretyczne i praktyczne do jego odbycia jeszcze w trakcie trwania ciąży. Ilość informacji może na początku wydawać się przytłaczająca, jednak dzięki podstawowej wiedzy ciężarna przygotowująca się do porodu ma większą świadomość swojego ciała oraz kształtuje wizję jego przebiegu. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę, by zweryfikować pozyskiwaną wiedzę tak, aby były to informacje aktualne i poparte badaniami naukowymi.

W nowoczesnym położnictwie zostało przeprowadzonych wiele badań na temat możliwości niefarmakologicznego łagodzenia bólu porodowego. Położne muszą być gotowe zapewnić wszechstronną edukację porodową, która ukaże ciężarnym różne opcje łagodzenia bólu. Edukacja w zakresie praw i możliwości rodzących, a także zapewnienie maksymalnego komfortu i intymności to jedne z najważniejszych celów zespołu porodowego, który powinien zwrócić szczególną uwagę oraz wspierać w pełni poród natury, a w przypadku konieczności jego medykalizacji wykonywać tylko konieczne czynności [1].

Pozycje przyjmowane przez kobiety rodzące powinny wpływać na ułatwienie przebiegu porodu, zmniejszać ryzyko występowania urazów okołoporodowych i zapewniać możliwie optymalne warunki dla rodzącego się dziecka. Warto także wspomagać poród prawami fizyki i wykorzystywać w jego trakcie siłę grawitacji oraz prawo ciężenia. Dzięki odpowiednio dobranym pozycjom rodząca ma szansę wykorzystać całkowicie swoją siłę i potencjał, skrócić czas trwania porodu oraz współpracować z zespołem porodowym [2].

W I okresie porodu zalecana jest **pozycja stojąca i chodzenie**. Rodząca może spacerować, wspinać się po niskich szczeblach drabinki, wykonywać asymetryczne wykroki

Poprzez działanie siły grawitacji część przodująca oddziałuje na szyjkę macicy w konsekwencji przyspieszając jej rozwieranie. **Pozycja leżąca na boku** pozwala na rozluźnienie, a odczuwanie intensywność czynności skurczowej zmniejsza się. Preferowane jest leżenie na lewym boku, aby zapewnić lepszy przepływ maciczno-łożyskowy. W trakcie skurczu rodząca może opierać nogę o łóżko porodowe lub zarzucać ją na siebie, aby zwiększyć ilość miejsca w miednicy. Najbardziej fizjologiczną pozycją do odbycia porodu jest **pozycja kuczna**. Dzięki możliwości odgięcia kości guzicznej ku tyłowi w największym zakresie miednica w tej pozycji zwiększa swoje wymiary. Rodząca ma szansę na wspomaganie się siłą grawitacji i wykorzystanie spontanicznych skurczy macicy. Z kolei **pozycja kolankowo – łokciowa** pozwala na zmniejszenie bólu w okolicy kości krzyżowej. Wykorzystuje się ją również, gdy poród postępuje bardzo gwałtownie. Polega na obniżaniu tułowia poniżej wysokości miednicy. Rodząca może opierać łokcie na rozłożonym materacu, krzeselku porodowym czy obniżonym łóżku [2].

Wśród wielu metod niefarmakologicznych stosowanych w opiece okołoporodowej **immersja wodna** zyskuje coraz większe zainteresowanie ze względu na swoje korzyści i efektywność w łagodzeniu dolegliwości bólowych podczas porodu. Immersja wodna to rodzaj hydroterapii. Polega na przebywaniu rodzącej w ciepłej wodzie np. w wannie, basenie lub specjalnych wannach porodowych, ale także pod prysznicem. Ciepła woda daje możliwość rozluźnienia, co może przyczynić się do zmniejszenia napięcia i ułatwić przebieg porodu. Korzystanie z immersji wodnej może zminimalizować odczuwanie bólu poprzez pozytywne działanie na receptory nerwowe znajdujące się w skórze (termoreceptory, mechanoreceptory, nocycyptory) [3].

Jedną z metod niefarmakologicznych wpływających na redukcję bólu porodowego jest także zastosowanie **aromaterapii**. Działanie skupia się na redukcji stresu oraz poprawy komfortu kobiety podczas porodu. Na sali porodowej istnieje kilka możliwości korzystania z aromaterapii są nimi na przykład: rozprzestrzenianie w powietrzu przy pomocy dyfuzora wybranego zapachu, masowanie z użyciem kilku rozcieńczonych kropli esencji czy kąpiel z dodatkiem olejków. Rozcieńczone olejki stosowane podczas masażu mogą pomóc w złagodzeniu napięcia mięśniowego oraz w relaksacji. Aromaterapia działa stymulująco na układ limbiczny w mózgu, który odpowiada za emocje oraz pamięć. Poprzez pobudzenie tej części mózgu, może przyczynić się do zmniejszenia stanów niepokoju i napięcia, co w rezultacie może skutkować zmniejszeniem odczuwania bólu przez rodzącą. Ta forma łagodzenia bólu porodowego wpływa także na zwiększenie poziomu serotoniny- kluczowego

neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za przekazywanie sygnałów między komórkami nerwowymi. Olejki eteryczne obniżają także poziom hormonu stresu- kortyzolu [4,5]

Naturalne olejki eteryczne, które warto wykorzystać podczas pobytu na Sali Porodowej:

- olejek miętowy działa przeciwbólowo, zmniejsza napięcie mięśni, łagodzi bóle głowy i nudności,
- olejek eukaliptusowy rozkurcza naczynia krwionośne, redukuje napięcie nerwowe, łagodzi ból,
- olejek lawendowy działa przeciwbólowo, ma właściwości uspokajające i relaksacyjne,
- olejek cytrynowy poprawia samopoczucie,
- olejek pomarańczowy działa wyciszająco i poprawia nastrój,
- olejek z szaławii muszkatołowej jest często wykorzystywany w trakcie porodu, wzmacnia skurcze porodowe,
- olejek z róży damasceńskiej działa uspokajająco i łagodząco na ból,
- olejek kadzidłowy pomaga się zrelaksować, osiągnąć spokój, redukuje bóle i działa łagodząco,
- olejek z Geranium obniża intensywność bólu podczas porodu i zmniejsza poziom lęku,
- olejek jaśminowy zmniejsza odczucia bólowe i wzmacnia skurcze mięśnia macicy. [6, 7].

Również **muzykoterapia** jest jedną z metod łagodzenia bólu porodowego. Wykorzystując różnorodne melodie oraz dźwięki można pozytywnie wpłynąć na psychikę rodzących, a w konsekwencji będzie to oddziaływało również na ich samopoczucie fizyczne, a także emocjonalne. Delikatna, spokojna i kojąca muzyka lub odgłosy natury mogą wspomóc rodzącą, aby mogła wejść w stan relaksacji. Muzyka pomaga w tworzeniu przyjaznej atmosfery, rozluźnieniu oraz może odciągać od natłoku myśli i strachu. Kobieta może zdecydować się również na słuchanie swojej ulubionej muzyki podczas porodu. Przyniesie to poczucie komfortu i zminimalizuje niepokój przed nieznanym [3].

Tradycyjny meksykański **szal Rebozo** używany w różnych celach może również być wykorzystany w trakcie porodu. Jest to długi, płócienny szal zwykle wykonany z bawełny lub jedwabiu, który może być używany przez kobiety w czasie ciąży, porodu i po porodzie. Wykorzystywany przez położne lub osoby wspierające rodzącą do różnych technik, które pomagają kobiecie łagodzić ból, zmęczenie oraz zwiększają jej komfort. Szal Rebozo można

użyć do podtrzymywania brzucha kobiety w celu zmniejszenia napięcia, odciążenia i zapewnienia ulgi w czasie skurczów. Może być zawiązany wokół ciała lub innych elementów infrastruktury (np. drzwi, łóżko), co umożliwi kobiecie przyjęcie różnych pozycji takich jak klęk, unoszenie bioder, zawieszenie się na nim. Poprzez delikatne machanie lub kołysanie szalelem można pomóc rodzącej w rozluźnieniu mięśni dna miednicy. Jest to pomocne w poprawnym wstawieniu się płodu w kanał rodny. Rebozo może być używany do subtelnych masażu pleców lub innych obszarów ciała w celu złagodzenia bólu, napięcia oraz wsparcia w rozluźnieniu napiętych mięśni [8].

Do wspomagania przebiegu porodu i zmniejszenia niektórych dolegliwości z nim związanych może być używana także **akupresura** oraz **hipnoza** (hypnobirthing), która jest metodą wykorzystującą techniki hipnozy i relaksacji, aby wspomóc rodzącą w osiągnięciu spokojnego, kontrolowanego i komfortowego porodu. Celem tej metody jest zmniejszenie poziomu stresu, lęku i bólu poprzez wprowadzenie w stan głębokiej relaksacji i skupienia. [8].

Do metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego należy też **TENS (Przezkórna Elektryczna Stymulacja Nerwów)** jest metodą nieinwazyjnego łagodzenia bólu porodowego. Wykorzystuje ona prąd elektryczny o regularnym natężeniu i zmiennej częstotliwości najczęściej od 1 do 130 Hz. Ta metoda przynosi najwięcej korzyści w I okresie porodu. Elektrody aparatu są umieszczane na skórze kobiety parami. Pierwsza z nich umieszczona jest na wysokości poszczególnych kręgów kręgosłupa Th10- L1, druga para zaś znajduje się na wysokości kości krzyżowej S2-S4. Przekazują one lekkie impulsy elektryczne, które mogą pomóc w zmniejszeniu odczuwania bólu poprzez blokowanie sygnałów bólowych docierających do mózgu [9].

Drugą grupę metod łagodzenia bólu porodowego stanowią metody farmakologiczne. Złoty standard w znieczuleniach stosowanych w trakcie porodu stanowią **blokady centralne w odcinku lędźwiowym kręgosłupa**. Wśród nich wymieniamy: znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (ZZO), znieczulenie podpajęczynówkowe z pojedynczego podania (PP), znieczulenie podpajęczynówkowe ciągłe (CSA), a także połączone znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe (CSE). Wszystkie z wymienionych procedur polegają na podaniu leków znieczulających do obszarów w przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej. Wpływa to na blokadę przekazywania bodźców bólowych na poziomie rdzenia kręgowego (m.in. korzenie nerwów rdzeniowych, pnie, zwoje, włókna układu autonomicznego i powierzchniowe drogi przewodzące rdzenia kręgowego). Znieczulenie przewodowe skutecznie znosi ból w pierwszym i drugim okresie porodu. Te metody nie wywołują uczucia senności, co jest ważne dla tworzenia świadomej relacji między matką

a rodzącym się dzieckiem. Blokady centralne, w porównaniu do zastosowania opioidów w porodzie, nie wpływają na funkcje oddechowe płodu i matki. Stworzone liczne badania potwierdzają wyższą skuteczność znieczuleń przewodowych w porównaniu z innymi metodami nefarmakologicznymi lub farmakologicznymi. Wykazały także, że zastosowanie analgezji regionalnej istotnie zmniejsza ryzyko depresji poporodowej u matki [10].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2013 roku w swoim opracowaniu dotyczącym obecnych przeglądów medycznych baz danych podkreśla potrzebę ochrony kobiet podczas porodu przed bólem oraz negatywnymi konsekwencjami z nim związanymi podtrzymując, że znieczulenia zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe stanowią złoty standard w łagodzeniu bólu porodowego.

## CEL PRACY

Głównym celem pracy jest poznanie i ocena poziomu wiedzy kobiet ciężarnych na temat farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 200 kobiet ciężarnych w I, II i III trymestrze ciąży. Osoby były badane anonimowo i dobrowolnie. Sondaż diagnostyczny był metodą badawczą jaką zastosowano w przeprowadzeniu badań. Narzędziem badawczym wykorzystanym w niniejszej pracy był kwestionariusz ankiety. Badanie było całkowicie bezpłatne i na każdym etapie ciężarna mogła się z niego wycofać. Na badania uzyskano zgodę Komisji bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy KB 385/2023

## WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 200 kobiet. Pod względem wieku przeważały kobiety w wieku między 30-35 lat (41%), a następnie w wieku między 25-29 lat (29,5%). Były to zarówno kobiety mieszkające na wsiach, w małych miastach, miastach średniej wielkości jak i dużych miastach. Pod względem wykształcenia przeważały kobiety z wykształceniem wyższym (67%), a mniejszy odsetek kobiet miał wykształcenie średnie (29%) lub zawodowe (4%).

Wśród respondentek było 45% kobiet, które nigdy nie rodziły siłami natury, 37,5% kobiet, które rodziły naturalnie jeden raz, 14% rodzących 2 razy naturalnie i jedna kobieta rodząca naturalnie 4 razy. Nieco ponad połowa badanych kobiet (52%) była w III trymestrze

ciąży. W II trymestrze ciąży było 23% kobiet, a 25% było w I trymestrze ciąży. W badanej grupie było 44% kobiet, które korzystały z usług szkoły rodzenia, a 15,5% miało zamiar skorzystać z takich usług.

Swój poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu badane kobiety oceniały zazwyczaj na 3 pkt (33%) lub 4 pkt (29,5%) na skali 0-5 pkt. Mniejszy odsetek ocenia swój poziom wiedzy na 5 pkt (14,5%), na 2 pkt (14%), a rzadko na 1 pkt (6,5%) lub 0 pkt (2,5%). Badane oceniały więc, że mają umiarkowanie dobrą wiedzę na temat metod łagodzenia bólu.

Respondentki zazwyczaj poprawnie jako farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego wskazywały znieczulenie dożylne (92,5%), Entonox (75%) i ZOP (59,5%). Część kobiet błędnie wskazała, że do farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego należą prądy TENS (12%), aromaterapia (5%), immersja wodna, hydroterapia (4%), ruch (4%), stosowanie szala Rebozo (2,5%) i muzykoterapia (2%).

Kobiety poprawnie jako niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego wskazywały immersję wodną (93,5%), muzykoterapię (91,5%), aromaterapię (86,5%), pozycje wertykalne (83,5%), a często też akupresurę (68%), stosowanie szala Rebozo (63,5%), prądy TENS (62,5%). Błędnie jako niefarmakologiczną metodę łagodzenia bólu porodowego 7,5% wskazało Entonox, 46% wskazało spożywanie posiłku a aż 59,5% wskazało sen.

Jedynie 50,9% kobiet rodzących przyznało, że personel medyczny proponował im różne metody łagodzenia bólu porodowego, takich propozycji nie dostało 42,7% kobiet a 6,4% kobiet uzyskało propozycje od personelu medycznego, ale nie chciało z nich skorzystać.

Zdania, że łagodzenie bólu porodowego jest bezpieczne dla dziecka było 89% badanych kobiet, przeciwnego zdania było 1,5% kobiet a 9,5% nie miało zdania w tym temacie.

Z metod łagodzenia bólu porodowego chciałoby skorzystać 71,5% ciężarnych kobiet, 17,5% przyznało, że korzystało z takich metod przy poprzednim porodzie i chciałoby skorzystać ponownie. Brak chęci skorzystania z metod łagodzenia bólu porodowego wyraziło 3,5% kobiet, a 6,5% nie miało zdania na ten temat.

Ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego obliczono na podstawie poprawnych odpowiedzi w pytaniach o wiedzę. Na tej skali badane uzyskały między 8,8% a 97,9% poprawnych odpowiedzi, a średni poziom wiedzy wyniósł 67,6% poprawnych odpowiedzi z odchyleniem  $\pm 21,1\%$ . Mediana wyników wyniosła 72,8% co oznacza, że połowa badanych osób na skali wiedzy miała co najmniej 72,8% poprawnych odpowiedzi.

Można więc uznać, że poziom wiedzy kobiet ciężarnych na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego był przeciętny.

Analiza poziomu wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego z wykształceniem testem  $\chi^2$  Pearsona okazała się nieistotna statystycznie  $\chi^2 = 4,59$ ;  $p = 0,101$ ;  $V = 0,15$ . Posiadanie przez ciężarne wyższego wykształcenia nie wskazuje na lepszą znajomość metod łagodzenia bólu porodowego. Wynik analizy poziomu wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego z wiekiem okazał się istotny statystycznie  $\chi^2 = 23,66$ ;  $p < 0,01$ ;  $V = 0,24$ . Wyższy poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego miały kobiety młode do 24 roku życia. Analiza testem  $\chi^2$  Pearsona wykazała związek nieistotny statystycznie  $\chi^2 = 16,37$ ;  $p = 0,089$ ;  $V = 0,20$ , jeśli chodzi o znajomość metod łagodzenia bólu porodowego a miejsce zamieszkania. Jednak kobiety z obszarów miejskich wykazują się wyższym poziomem wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego w porównaniu do ciężarnych zamieszkujących obszary wiejskie.

Zbadano również czy korzystanie z usług szkół rodzenia zwiększa świadomość i poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego. Analiza testem  $\chi^2$  Pearsona wykazała, że taki związek był istotny statystycznie  $\chi^2 = 13,17$ ;  $p < 0,05$ ;  $V = 0,18$ . Korzystanie z usług szkół rodzenia zwiększa świadomość i poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego.

Porównano także pierworódki z kobietami, które już rodziły pod względem poziomu wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego. Analiza testem  $\chi^2$  Pearsona wykazała, że taki związek był nieistotny statystycznie  $\chi^2 = 2,82$ ;  $p = 0,244$ ;  $V = 0,12$ . Nie potwierdzono więc, żeby wieloródki, z uwagi na przebyte doświadczenia, w porównaniu z pierwiastkami charakteryzują wyższy poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego.

## DYSKUSJA

Odpowiedni poziom wiedzy na temat przygotowania do porodu, możliwościach jego przebiegu i zastosowania różnych metod łagodzenia bólu w trakcie akcji porodowej jest niezwykle istotny z uwagi na skuteczność podejmowanych działań.

Badanie Nowak A. i Kowalska B. przeprowadzone w 2020 roku na terenie Polski wykazało, że 70% kobiet ciężarnych miało świadomość farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, jednak tylko 40% znało niefarmakologiczne metody. Ankietowane ciężarne w badaniu własnym poprawnie jako metody łagodzenia bólu porodowego, które mogą być stosowane przez każdą rodzącą badane wskazywały muzykoterapię (92%), masaż (78%) oraz ciepłe/ zimne okłady (79%) i techniki relaksacyjne (88%). Kobiety uczestniczące



w szkołach rodzenia wykazywały się wyższym poziomem wiedzy na temat dostępności metod łagodzenia bólu, co jest zgodne z wynikami niniejszego badania. Czynniki takie jak wykształcenie i wsparcie społeczne również okazały się jednak mniej istotne w kształtowaniu poziomu wiedzy [11].

W badaniu Smith et al. w 2018 roku przeprowadzonym w USA stwierdzono, że 85% kobiet znało znieczulenie zewnątrzoponowe, ale tylko 30% było świadomych m.in. technik relaksacyjnych i hipnoprodu. W badaniu własnym 59,9% kobiet znało technikę farmakologicznego łagodzenia bólu jakim jest ZOP. Edukacja przedporodowa, szczególnie w formie kursów i warsztatów, była kluczowym czynnikiem podnoszącym poziom wiedzy kobiet na temat różnych metod łagodzenia bólu [12].

Badanie w Wielkiej Brytanii przeprowadzone przez Jones et al. w 2019 roku wykazało, że 75% kobiet znało farmakologiczne metody łagodzenia bólu, ale tylko 50% było zaznajomionych z metodami takimi jak masaż i hydroterapia. Kobiety, które uczestniczyły w programach edukacyjnych i praktycznych zajęciach szkoły rodzenia, miały znacznie wyższy poziom wiedzy na temat zarówno farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Podobnie jak w innych badaniach, wsparcie ze strony najbliższych i doświadczenia z wcześniejszych porodów były istotnymi czynnikami wpływającymi na poziom wiedzy. W przeprowadzonym badaniu własnym nie stwierdzono, żeby wieloródki, z uwagi na przebyte doświadczenia, w porównaniu z pierwiastkami charakteryzował wyższy poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego. W uzyskanych wynikach badań to właśnie kobiety młode do 24 roku życia posiadały wyższy poziom wiedzy (46,7% grupy), który głównie zawdzięczały zajęciom w szkołach rodzenia [8].

W Australii Brown et al. w 2021 roku wykazali, że 80% kobiet miało świadomość farmakologicznych metod łagodzenia bólu, natomiast świadomość metod nefarmakologicznych wynosiła 45%. W porównaniu do badania własnego badane kobiety zazwyczaj poprawnie jako farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego wskazywały znieczulenie dożylnie (92,5%), Entonox (75%) i ZOP (59,5%) [13].

Badania przeprowadzone przez Kannan, S., i Jamison, R. N. w 2020 roku wykazały, że kobiety rodzące preferują zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego, ale mają ograniczoną wiedzę w zakresie możliwości wykorzystania nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu takich jak np. pozycje wertykalne. Porównując wyniki przeprowadzonych badań własnych 74,5% ciężarnych wiedziało, że poród w pozycjach wertykalnych sprzyja ochronie krocza oraz łagodzeniu bólu porodowego [14].

Porównując wyniki niniejszych badań z innymi badaniami, można zauważyć kilka wspólnych trendów i różnic:

Wspólne trendy:

- W większości badań kobiety mają wyższą świadomość farmakologicznych metod łagodzenia bólu niż niefarmakologicznych.
- Edukacja przedporodowa, w szczególności kursy i udział w zajęciach w szkołach rodzenia, znacząco podnoszą poziom wiedzy kobiet na temat możliwości łagodzenia bólu porodowego.
- Wykształcenie, wsparcie ze strony rodziny i doświadczenia z wcześniejszych porodów są istotnymi czynnikami wpływającymi na zwiększenie poziomu wiedzy oraz wyborów podczas ewentualnych kolejnych porodów, lecz nie definiują wieloródek jako grupy mającej wyższy poziom wiedzy w badanym temacie.

Różnice:

- Poziom wiedzy na temat niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu różni się w zależności od kraju i dostępności edukacji przedporodowej.
- Niektóre badania wykazują wyższy poziom świadomości na temat metod niefarmakologicznych takich jak masaże i hydroterapia/ immersja wodna, co może wynikać np. z dostępności tych metod na Salach Porodowych.

## WNIOSKI

1. Wcześniejsze rozeznanie i poznanie metod łagodzenia bólu pozwoli na spokojne, pozbawione lęku przejście przez ten piękny, lecz bardzo wymagający etap.
2. Przebyte doświadczenia mogą wpłynąć na zwiększoną świadomość dostępności różnych metod łagodzenia bólu porodowego.
3. Miejsce zamieszkania w obecnym czasie nie ma znaczącego wpływu na poziom wiedzy dotyczący badanego tematu.
4. Edukacja przedporodowa w sposób znaczący zwiększa świadomość i poziom wiedzy kobiet na temat metod łagodzenia bólu porodowego.
5. Posiadana wiedza w zakresie możliwości zastosowania farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu podczas porodu zależy w największym stopniu od samej ciężarnej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Geneva 1996.
2. Cekański A., Łosik M.: Wykłady z położnictwa. Podręcznik dla studentów położnictwa. Wyd. Alfa-medica Press, Bielsko-Biała 2011.
3. Fuchs A., Czech I., Fuchs P. i wsp.: Metody łagodzenia bólu okołoporodowego – analiza i porównanie. *Gynecology i Położnictwo Medical Project* 2017; 3 (45): 49–53.
4. Buckle J.: Aromatherapy and childbirth. *International Journal of Childbirth Education*. 2015: 18-21.
5. Burns E., Blamey C., Ersser S. J.: Aromatherapy in childbirth: An effective approach to care. *British Journal of Midwifery* 2000; 8 (10): 654-659.
6. Dale A., Cornwell, S.: The role of aromatherapy in midwifery. *The Practising Midwife*. 2012: 32-35.
7. Smith C.A., Collins C.T., Crowther C.A.: Aromaterapia w ograniczaniu bólu podczas porodu. *Cochrane database of Systematic reviews* 2011; 6 (7): 1-30.
8. Jones, H., Williams, P., Davies, S.: Awareness of pain relief options during childbirth among expectant mothers in the UK. *British Journal of Midwifery* 2019; 27: 200-215.
9. Schrock S.D.: Harraway-Smith C. Labour analgesia. *American Family Physician* 2012; 85: 447–454.
10. Hincz P., Podciechowski L., Grzesiak M.: Epidural analgesia during labour: a retrospective cohort study on its effects on labour, delivery and neonatal outcome. *Ginekologia Polska* 2014; 85: 923-928.
11. Nowak A., Kowalska B.: Poziom wiedzy kobiet ciężarnych na temat możliwości łagodzenia bólu porodowego w Polsce. *Polski Przegląd Medyczny* 2020; 45(3): 245-260.
12. Smith J., Johnson L., Miller R.: Knowledge of pain relief methods among pregnant women in the United States. *Journal of Obstetric and Gynecologic Research* 2018; 44: 150-165.
13. Brown K., Thompson A., Harris L.: Educational programs and their impact on the knowledge of pain relief methods during childbirth in Australia. *Australian Midwifery Journal* 2021: 58-72.
14. Kannan S., Jamison R. N.: Pregnant women's knowledge about pain relief methods during childbirth. *Journal of Pain Research* 2020; 13: 245-260.

## WIEDZA I ŚWIADOMOŚĆ MŁODZIEŻY AKADEMICKIEJ NA TEMAT RAKA JELITA GRUBEGO

---

Weronika Kolek<sup>1</sup>, Magdalena Selewońko<sup>2</sup>, Grażyna Kobus<sup>2</sup>

1. *Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku*
2. *Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

Rak jelita grubego stanowi coraz poważniejszy problem wśród populacji i występuje zarówno u kobiet jak i u mężczyzn [1]. Pod względem liczby zachorowań zajmuje trzecie miejsce- zaraz po raku płuc i prostaty u mężczyzn oraz po raku płuc i piersi u kobiet. Szczególnie często występuje w Europie Zachodniej oraz Ameryce Północnej, zaś najniższy wskaźnik jest w krajach rozwijających się Azji i Afryki [2]. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów z 2019 roku, u ponad 18,5 tysiąca osób wykryto raka jelita grubego. Choroba jest częściej wykrywana u osób powyżej 50- tego roku życia. Szacuje się, że u osób po 65 roku życia ryzyko zachorowania na raka jelita jest około trzykrotnie większe w porównaniu do osób w wieku 50-64 lat i około 30 razy większe niż u osób w wieku 25-49 lat. Średni wiek w chwili rozpoznania wynosi odpowiednio 68 i 72 lata dla mężczyzn i kobiet. Fakt, że rak jelita grubego jest chorobą związaną z wiekiem, jest szczególnie widoczny w krajach rozwiniętych, gdzie zapadalność na raka jelita grubego jest najwyższa. Liczba zachorowań na raka jelita grubego w tych krajach wiąże się m.in. z wydłużeniem średniej długości życia, a co za tym idzie, wzrostem liczby osób starszych w populacji [3,4].

Do rozwoju raka jelita grubego przyczynia się wiele czynników ryzyka. Można je podzielić na modyfikowalne, czyli na takie, na które mamy wpływ oraz na niemodyfikowalne.

Duże znaczenie w powstawaniu nowotworu jelita grubego ma wcześniej wspomniany wiek, ale też czynniki genetyczne. Występowanie raka jelita grubego w rodzinie zdecydowanie zwiększa ryzyko zachorowania. Do ważnych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia nowotworu jelita grubego zalicza się czynniki środowiskowe (tj. dieta uboga w błonnik, bogata w czerwone i przetworzone mięso, brak w diecie owoców i warzyw); siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, palenie

papierosów, alkohol. Duże znaczenie w rozwoju choroby ma też mikrobiom jelitowy, płeć i rasa, status społeczno-ekonomiczny, choroby zapale jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego), polipy przebyta cholecystektomia, niedobór witaminy D [5,6].

Objawy raka jelita grubego różnią się w zależności od lokalizacji zmiany nowotworowej i rozwijają się powoli. Wśród występujących objawów obserwuje się m.in. bóle brzucha, zmianę rytmu wypróżnień, naprzemienne zaparcia z biegunkami, krew w stolcu [7, 8]. Jednym z częstych objawów, który często zgłaszają pacjenci jest tzw. „ołówkowy” stolec. Zaparcia, często z towarzyszącym wzdęciem, szczególnie nasilające się po posiłkach w określonych okresach bez zauważalnych zmian w nawykach żywieniowych, mogą wskazywać na zaawansowaną postać choroby. Stopniowe zwężanie światła jelita spowodowane naciekiem prowadzi do utrudnienia przepływu treści jelitowych [9].

U pacjentów z rakiem prawej części okrężnicy objawy często pojawiają się stosunkowo późno. Oprócz niedokrwistości mikrocytarnej, która wiąże się z osłabieniem oraz mniejszą tolerancją wysiłku pacjenci skarżą się na bóle jamy brzusznej. U niewielkiego odsetka pacjentów hospitalizowanych z powodu utraty apetytu i osłabienia, w trakcie diagnostyki zazwyczaj wykrywa się zaawansowaną chorobę nowotworową z przerzutami odległymi [9].

Jeśli chodzi o ból brzucha jest to symptom, który w chorobie nowotworowej pojawia się dosyć późno. Ciężko dokładnie go zlokalizować. Pacjenci często określają to mianem dyskomfortu. Włókna, które unerwiają narządy jamy brzusznej sprawiają, że ból trzewny jest piekący, tępy lub palący i dość słabo zlokalizowany. Ból brzucha stanowi objaw o niespecyficznej charakterystyce. W przypadku raka jelita grubego występują dolegliwości bólowe, które wynikają z utrudnienia przepływu treści pokarmowej, nadmiernego rozdęcia pętli jelitowych, naciekania sąsiadujących narządów oraz wzrastającej masy guza. Nowotwór jelita grubego często wykrywany jest na etapie rozsiewu nowotworowego. Występowanie przerzutów ma miejsce w węzłach chłonnych, w wątrobie, płucach oraz w obrębie jamy otrzewnej [10]. Objawy takie jak utrata masy ciała, brak apetytu, gorączka oraz wykrywalny guz w brzuchu są późnymi symptomami sugerującymi zaawansowaną fazę choroby nowotworowej. W przypadku rozległych przerzutów do wątroby często obserwuje się hepatomegalię, wynikającą z istnienia znacznej ilości nowotworowej tkanki. Niewydolność mięszu wątroby może prowadzić do zaburzeń w układzie krzepnięcia, żółtaczki,

hypoalbuminemii powodującej obrzęki, a w przypadku zwiększonego ciśnienia wrotnego wodobrzusze [9].

Rak jelita grubego to choroba, która rozwija się stopniowo przez długi czas, zazwyczaj od 7 do 12 lat. Kluczowe jest wczesne rozpoznanie, gdyż im szybciej zostanie wykryty, tym większe są szanse na skuteczne leczenie i wyleczenie. Rozpoznanie raka jelita grubego opiera się na badaniu podmiotowym, badaniu fizykalnym oraz badaniach dodatkowych. Podstawowym badaniem służącym do diagnozowania raka jelita grubego jest kolonoskopia, umożliwiająca identyfikację guza i pobranie próbek do badania histopatologicznego [10].

Zastosowanie terapii w przypadku nowotworów jelita grubego różni się w zależności od lokalizacji zmiany, jej rozległości, stopnia zaawansowania choroby, ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz współistniejących schorzeń. Podstawową metodą leczenia jest leczenie operacyjne. Niekiedy skojarzone jest ono z chemioterapią lub radioterapią. Rokowania są zależne od stadium wykrycia raka jelita grubego. Większość zmian wykrywanych jest za późno. Powikłaniem może być wystąpienie przerzutów do całego organizmu [2]. Dlatego niezmiernie ważna profilaktyka tej choroby poprzez wykonywanie badań przesiewowych oraz prowadzenie zdrowego trybu życia. Wczesne wykrycie choroby zmniejsza odsetek umieralności. Szczególną uwagę należy zwrócić na edukację pacjenta na temat objawów ostrzegawczych oraz przyczyn powstawania nowotworu jelita grubego. Profilaktyka obejmuje trzy główne etapy. Pierwszy koncentruje się na eliminacji lub ograniczeniu ekspozycji na czynniki ryzyka zewnętrzne. Następnie, profilaktyka wtórna to drugi etap, który skupia się na wczesnym wykrywaniu choroby, gdy objawy są jeszcze subtelne, co zwiększa szanse na pełne wyzdrowienie. Trzeci etap dotyczy już stadium klinicznego choroby. W tym przypadku profilaktyka ma na celu zmniejszenie liczby zgonów oraz minimalizację trwałych i poważnych konsekwencji zdrowotnych [10]. Najważniejszym elementem profilaktyki wtórnej są badania skriningowe, czyli przesiewowe. Mimo że jest wiele metod diagnostycznych, które rozpoznają anomalie w jelicie to za złoty standard uważa się kolonoskopię [10].

## **CEL BADAŃ**

Celem badań była ocena wiedzy i świadomości młodzieży akademickiej na temat raka jelita grubego

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem retrospektywnym objęto 300 studentów. W przeprowadzonych badaniach zastosowano dobór losowy. Badanie odbyło się w pełni online za pomocą ankiety Google Forms. Respondentów rekrutowano przy wykorzystaniu portali społecznościowych takich jak Facebook. Respondenci zostali poinformowani o celu badań oraz zapewnieni o anonimowości i możliwości wycofania się z badania w dowolnym momencie. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr APK.002.238.2023 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem: – autorskiego kwestionariusza, składającego z 26 pytań zawierających pytania umożliwiające dokonanie oceny wiedzy i świadomości na temat czynników ryzyka, objawów oraz diagnostyki raka jelita grubego.

### Analiza statystyczna

Zebrane wyniki zostały odpowiednio zakodowane a następnie przesłane do programu IBM SPSS Statistics v. 28, gdzie wykonano obliczenia oraz wykresy słupkowe. Do analizy statystycznej wykorzystano test Shapiro- Wilka do zweryfikowania normalności rozkładu analizowanych zmiennych ilościowych, test Levene'a do sprawdzenia jednorodności wariancji oraz test t dla prób niezależnych w celu oszacowania czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy badanymi zmiennymi

## WYNIKI

Charakterystykę socjodemograficzną respondentów prezentuje tab. 1 Średnia wieku ogółu respondentów wyniosła  $21,08 \pm 2,75$  lat.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

Zmienne socjodemograficzne	n	%
<b>Płeć</b>		
kobieta	152	50,67
mężczyzna	148	49,33
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
miasto < 100 tys. mieszkań	83	27,67

miasto > 100 tys. mieszkań	116	38,67
wieś	101	33,67
<b>Wykształcenie</b>		
podstawowe	1	0,33
średnie	234	78
wyższe	101	21,67

### Analiza autorskiego kwestionariusza ankiety

Ok.37% ankietowanych odpowiedziało, że ma wiedzę w zakresie raka jelita grubego.

Że jest to choroba dziedziczna zaznaczyło 29% badanych. Na pytanie Czy ktoś z Pani/Pana rodziny chorował na raka jelita grubego? - 63,67% zaznaczyła odpowiedź „nie”. Nie wiem - 23,00% ankietowanych. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 13,33% .

Ok.65% respondentów uważa, że rak jelita grubego jest nowotworem złośliwym . Co czwarty respondent przyznał , że „nie wie”.

Prawie połowa (47,33%; N= 142) ankietowanych twierdzi, że rodzaj diety może mieć wpływ na zachorowanie na raka jelita grubego (Tab.2).

Ok.40% respondentów uważa, że choroby zapalne jelit mogą być powiązane z rozwojem raka jelita grubego. Nie wiem’’ zaznaczyło 17,33% studentów (Tab.2).

Na pytanie *Czy zgadza się Pani/ Pan ze stwierdzeniem mówiącym, że rak jelita grubego jest chorobą, w której nie ma możliwości uzyskania całkowitego wyleczenia?* Aż 33,67% badanych miała trudność z odpowiedzią na to pytanie i 28,7% zaznaczyło raczej nie (Tab.2).

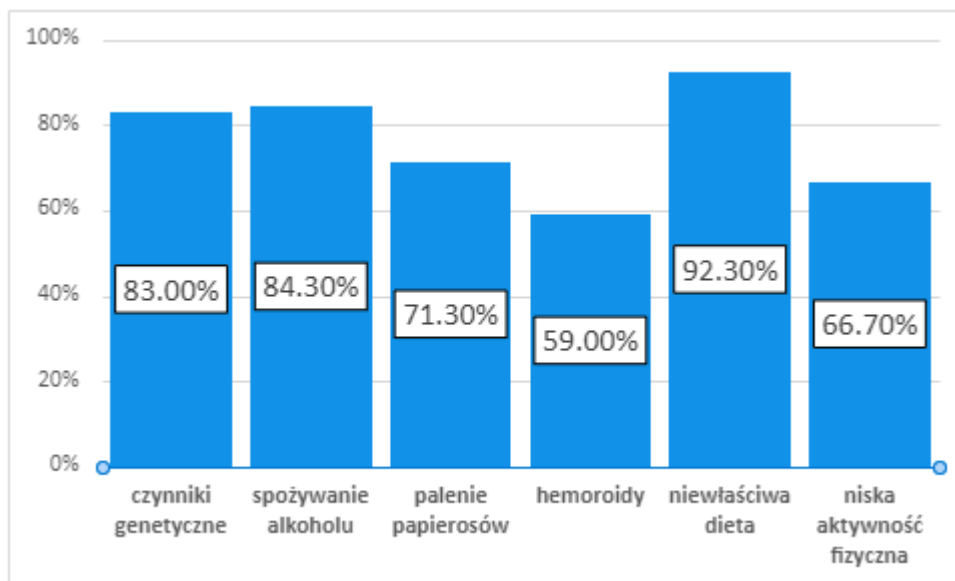
W opinii badanych czynnikami predysponującymi do wystąpienia raka jelita grubego jest niewłaściwa dieta (92,3%), spożywanie alkoholu (84,3%), czynniki genetyczne (83%), palenie papierosów (71,3%), niska aktywność fizyczna (66,7%). 59% zaznaczyło hemoroidy (Ryc.1).

Na pytanie *Czy badanie kału na obecność krwi utajonej jest pomocne w wykrywaniu raka jelita grubego?* odpowiedzi twierdzącej udzieliło 37% ankietowanych, nie znało odpowiedzi- 15,67% (Tab.2).



**Tabela 2 Analiza pytań z autorskiego kwestionariusza**

<b>Pytanie</b>	<b>Tak</b>	<b>Raczej tak</b>	<b>Nie wiem</b>	<b>Raczej nie</b>	<b>Nie</b>
Czy uważa Pani/Pan, że posiada wiedzę na temat raka jelita grubego?	10,67%	26%	19,67%	27,33%	16,33%
Czy rak jelita grubego może być chorobą dziedziczną?	27%	31,33%	25,67%	10%	6%
Czy wiedzy rodzaj diety może mieć wpływ na zachorowanie na raka jelita grubego?	47,33%	38,67%	7,67%	3,33%	3%
Czy choroby zapalne jelit mogą być powiązane z rozwojem raka jelita grubego?	34%	39,67%	17,33%	6,33%	2,67%
Czy rak jelita grubego jest nowotworem złośliwym?	31,67%	33,67%	25,67	7,32%	1,67%
Czy zgadza się Pani/ Pan ze stwierdzeniem mówiącym, że rak jelita grubego jest chorobą, w której nie ma możliwości uzyskania całkowitego wyleczenia?	7,67%	14,67%	33,67%	28,67%	15,35%
Czy badanie kału na obecność krwi utajonej jest pomocne w wykrywaniu raka jelita grubego?	37%	37%	15,67%	7,67%	2,66%
Czy kolonoskopia jest badaniem, którego wykonanie może uchronić przed zachorowaniem na raka jelita grubego?	32,33%	29,34%	17,67%	12,33%	8,33%
Czy wg Pani/Pana kolonoskopia jest bolesnym badaniem?	25,33%	30%	23,67%	15%	6%



**Rycina 1.** Czynniki predysponujące do wystąpienia raka jelita grubego.

Respondentów zapytano *Jakie objawy mogą sugerować wystąpienie raka jelita grubego?* Zdecydowana większość respondentów wskazała na krew w stolcu (91%), biegunki na przemian z zaparciami oraz bóle brzucha (90%); wzdęcia - 70,3% badanych, wymioty - 42%. Na utratę masy ciała wskazało 16,7%.

Do zalecanych badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego 56% badanych wskazała kolonoskopię, 20,67% gastrokopię, 13% badanie na krew utajoną w kale, 6,33% badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, a 4% badanych wybrało badanie RTG jamy brzusznej.

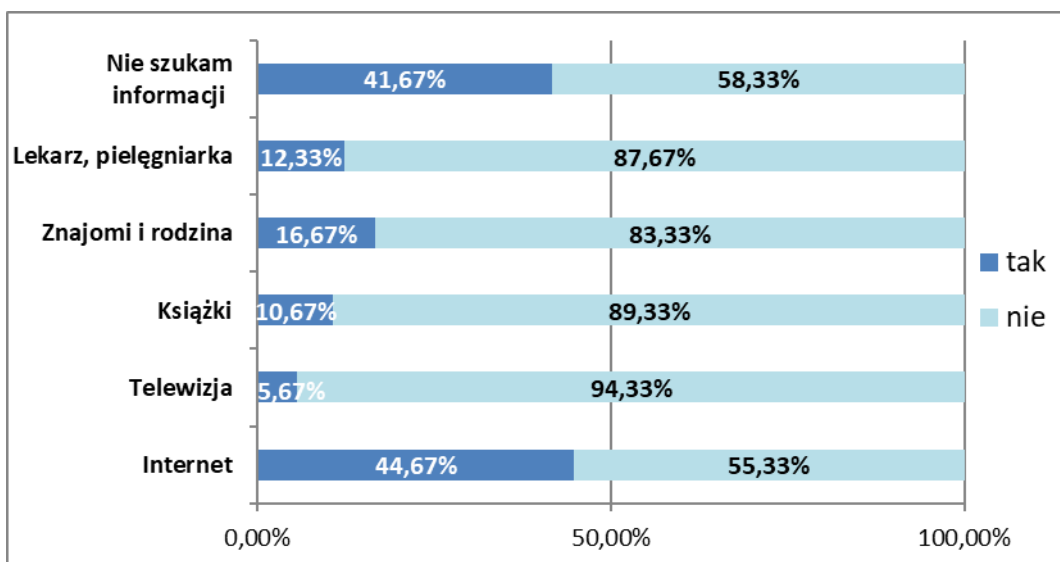
Co piąta osoba nie wiedziała czym jest kolonoskopia. Zdecydowana większość (88,33%) ankietowanych nigdy nie miała wykonanej kolonoskopii.

Odpowiedzi twierdzącej na pytanie *Czy kolonoskopia jest badaniem, którego wykonanie może uchronić przed zachorowaniem na raka jelita grubego?* udzieliło 61,67% ankietowanych (Tab.2).

Respondentów zapytano także czy kolonoskopia jest bolesnym badaniem. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 55,33%, nie wiedziało -23,67% .

80% badanych stwierdziło, że kolonoskopia to badanie jelita grubego, jedynie 11,67% badanie górnego odcinka pokarmowego, 4,66% respondentów zaznaczyło „ wykonanie wlewki doodbytniczej”. Na „ badanie palpacyjne brzucha” wskazało 3,67%

W ostatnim kroku podjętych analiz sprawdzono skąd respondenci uzyskują informacje na temat raka jelita grubego oraz diagnostyki tej choroby. Okazało się, że ponad połowa badanych (58,33%) przyznała, że nie szuka takich informacji. Internet był głównym źródłem informacji na ten temat (44,67%), znajomi i rodzina (16,67%), lekarz/ pielęgniarka (12,33%) książki (10,67%), telewizja (5,67%). Ujęcie procentowe odpowiedzi respondentów prezentuje rycina 2



**Rycina 2.** Źródła informacji na temat raka jelita grubego oraz diagnostyki

## DYSKUSJA

Podstawowym warunkiem skutecznego leczenia raka jelita grubego jest jego wczesne wykrycie. W tym miejscu podkreślić należy olbrzymią rolę wiedzy i świadomości populacji w zakresie objawów i wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W dobie łatwo dostępnej informacji medycznej za pośrednictwem Internetu, prasy, a także innych mediów, niepokój powinien może budzić fakt, że ponad połowa badanej populacji nie uważa się za osoby świadome i poinformowane na temat raka jelita grubego. Wiedza społeczeństwa na temat raka jelita grubego jest niezwykle ważna, ponieważ odpowiednia edukacja pozwala na wykrycie wczesnych objawów choroby. W badaniach własnych ok. 37% zadeklarowało, że ma wiedzę w tym zakresie. Badania w tym zakresie przeprowadzili Lewandowski i wsp., z których wynika, że ponad 50% respondentów stwierdziła, że ma słabą swoją wiedzę na temat nowotworu jelita grubego [11]. Badania w tym zakresie podjęli również Dziki i wsp. którzy, zaobserwowali, że jest potrzeba większej edukacji na temat raka jelita grubego, gdyż, niski poziom wiedzy w populacji może być jedną z przyczyn wystąpienia tej choroby [12].

W procesie powstawania nowotworów jelita grubego istotną rolę pełnią czynniki genetyczne [13]. W przeprowadzonych badaniach własnych, rak jelita grubego występował w rodzinie u 13,33% respondentów, a 23,00% ankietowanych nie miało takiej informacji. W badaniach innych autorów również potwierdzono rodzinne występowanie nowotworu, odsetek ten wynosił 21,78%, najczęściej u rodziców - 12,87%, zwłaszcza ojców (9,90%) [8]. Badania Markowskiej i wsp. wykazały, że w 21% przypadków respondenci zgłaszali występowanie nowotworu w rodzinie. Z kolei 21,00% ankietowanych nie wiedziało o tym fakcie [11]. Zaskakujące może się wydawać, że znaczący odsetek respondentów w przedstawionych badaniach nie był świadomy historii nowotworowej w swojej rodzinie, co sugeruje niedostateczne zainteresowanie problematyką raka jelita grubego lub brak dostępu do wiarygodnych informacji.

Badania przesiewowe są obecnie podstawowymi metodami wykrywania zmian nowotworowych. W diagnostyce raka jelita grubego w szczególności wykonuje się kolonoskopię [14]. W Polsce od 2000 roku badanie to wykonuje się jako działanie profilaktyczne, skringowe w kierunku wykrycia raka jelita grubego. W badaniach własnych, zdecydowana większość ankietowanych (87,67%) miała wiedzę dotyczącą kolonoskopii. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Grunwald i Klimaszewskiej, [8]. Jednak pomijany problemem pozostają obawy związane z samym badaniem, które uważane jest przez nieco ponad połowę ankietowanych za bolesne (55,33%) oraz krępujące (63,67%). W badaniu Janiak i wsp. wykazano, że czynnikami, które nie zachęcają osoby do poddania się kolonoskopii są: krępująca forma badania (21%), strach przed bólem (17%), brak możliwości znieczulenia (14,9%), a 72% ankietowanych uznało kolonoskopię za procedurę krępującą i wstydlivą [13]. W takim postrzeganiu tego badania może tkwić przyczyna wciąż nierzadko zdarzających się przypadków późnego lub bardzo późnego wykrywania RJG. Dodatkowo nagość i poczucie wstydu powodują u pacjentów poddawanych kolonoskopii wysoki dyskomfort psychiczny. Tak więc procedura kolonoskopii stanowi zatem istotne wyzwanie dla personelu medycznego, zwłaszcza dla pielęgniarek, które zapewniają bezpośrednią opiekę pacjentowi podczas badania. Przeprowadzona edukacja w zakresie przygotowania do kolonoskopii musi być zrozumiała i kompleksowa dla pacjentów, aby rozwiązać ich obawy. Podczas przygotowań do badania ważne jest wsparcie psychiczne ze strony bliskich i pracowników ochrony zdrowia.

Ważną rolę w promocji wiedzy w zakresie RJG i jego leczenia w obecnych czasach powinien odegrać Internet. Jak wynika z analizy badań własnych, to właśnie Internet jest,

głównym źródłem wiedzy na temat RJG. 44,67% % ankietowanych zaznaczyło tę odpowiedź w pytaniu wielokrotnego wyboru. Podobne wyniki otrzymano w badaniach innych autorów [17]. W badaniach Augustyniak i wsp. Internet był głównym źródłem informacji o chorobie [17]. Porównując wyniki przeprowadzone przez innych autorów oraz własne można zauważyć, że społeczeństwo wiedzę na temat raka jelita grubego czerpie głównie z Internetu. Powszechny dostęp do dużej ilości informacji w mediach elektronicznych może zaburzyć pogląd pierwszych alarmujących objawów. Głównym źródłem wiedzy powinny być czasopisma naukowe lub pracownicy medyczni, którzy mają aktualną i rzetelną wiedzę medyczną.

W niniejszej pracy, analizując uzyskane wyniki, można zauważyć, że w odniesieniu do większości pytań, znaczna część badanej populacji posiada podstawową wiedzę i świadomość w zakresie raka jelita grubego i kolonoskopii, jednakże badana grupa, wynosząca 300 osób, nadal jest stosunkowo nieduża i dość jednorodna (znaczny odsetek osób młodych i osób z wyższym wykształceniem). Także konieczność prowadzenia dalszych działań, mających na celu uświadamianie i informowanie społeczeństwa, nadal pozostaje aktualnym i niezwykle ważnym zadaniem.

### WNIOSKI:

1. Wiedzę na temat raka jelita grubego miało ok.37% badanych. Płeć i wykształcenie jest czynnikiem różnicującym posiadania wiedzy na temat raka jelita grubego. Kobiety posiadają większą wiedzę niż mężczyźni na temat diagnostyki raka jelita grubego.
2. Znaczący odsetek respondentów w przedstawionych badaniach nie był świadomy historii nowotworowej w swojej rodzinie, co sugeruje niedostateczne zainteresowanie problematyką raka jelita grubego lub brak dostępu do wiarygodnych informacji.
3. Co trzeci badany uznał, że wykonanie kolonoskopii może uchronić przed zachorowaniem na raka jelita grubego, jak również co trzeci badany wskazał, że jest to badanie bolesne, krępujące i wstydlive.
4. Wciąż istnieje pilna potrzeba podniesienia świadomości społeczeństwa na temat raka jelita grubego i jego profilaktyki, w tym konieczne jest zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie czynników wpływających na powstanie nowotworu, objawów raka jelita grubego, a także istoty badań przesiewowych. Wskazane jest podjęcie działań w ramach polityki zdrowotnej mających na celu edukację społeczną na temat tej choroby.

## PIŚMIENNICTWO

1. Nafizatus S., Zuherman R.: Naïve Bayes Classifier Models for Predicting the Colon Cancer. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering 2019; 546: 1-3.
2. Lee YH, Kung PT, Wang YH, Kuo WY, et al . Effect of length of time from diagnosis to treatment on colorectal cancer survival: A population-based study. PLoS One 2019; 14(1): 1-6.
3. Wilkins T., McMechan D., Talukder A.: Colorectal cancer. Screening and prevention. American Family Physician 2018; 97 (10): 658–665.
4. Sawicki T., Ruszkowska M., Danielewicz A.i wsp.: A review of colorectal cancer in terms of epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. Cancers 2021, 13: 3-12.
5. Ahmed S., Johnson K., Ahmed O., et al.: Advances in the management of colorectal cancer: International journal of colorectal disease. 2014; 29: 1031–1042.
6. Keum N., Giovannucci E.: Global burden of colorectal cancer: Emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nature Reviews Gastroenterology Hepatology 2019; 16: 713–732.
7. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z.: Rak jelita grubego. Termedia, Poznań 2018.
8. Grunwald A., Klimaszewska K.: Profilaktyka i leczenie nowotworów jelita grubego. [w:] Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Klimaszewska K., Krajewska- Kułak E. (red.) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2023: 76- 94.
9. Szczepkowski M., Skoneczny P., Przywózka A. i wsp. .: New minimally invasive technique of parastomal hernia repair – methods and review. Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques 2015; 10: 1-7.
10. Jaroszyńska Z., Andrusiewicz M., Wiśniewska K.: Knowledge and attitudes of Czaplonek Municipality residents with regard to colorectal cancer prevention. Journal of Education, Health and Sport 2022; 12: 65- 91.
11. Lewandowski M., Lipiński P., Bednarski I. i wsp. Świadomość i wiedza na temat raka jelita grubego. Polski Przegląd Chirurgiczny 2020; 92 (2): 37-38.
12. Dziki Ł., Puła A., Stawiski K., et al. Patients ’ awareness of the prevention and treatment of colorectal cancer. Polski Przegląd Chirurgiczny 2015; 87(9): 461–463

13. Markowska A., Górka J., Grochans E. i wsp.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22(4): 303–306.
14. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego - działania pielęgniarские w przygotowaniu do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 1(50): 102-106.
15. Janiak M., Głowacka P., Kopeć A. i wsp. Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016; 8(4): 142–151.
16. Sapielkin B., Gotlib J.: Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013; 2(43): 23–27.
17. Lewandowski M., Lipiński P., Bednarski I. i wsp. Świadomość i wiedza na temat raka jelita grubego. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2020; 92 (2): 37-38.
18. Augustyniak K., Moczydłowska A., Kukowska D.: Poziom wiedzy pacjentów na temat kolonoskopii w profilaktyce raka jelita grubego. *Zeszyty naukowe WSE w Łomży* 2019; 76: 52-57.

## WIEDZA I POSTAWY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WIRUSOWI SARS-COV- 2

Agnieszka Tomaszewska -Niewińska<sup>1</sup>, Katarzyna Szwamel<sup>2</sup>

1. *Radan – Med sp. z o.o., Gliwice*
2. *Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski*

### WSTĘP

Koronawirusy stanowią grupę wirusów o szerokim zakresie wpływu na zdrowie zwierząt i ludzi. Ich unikalna struktura i zdolność do adaptacji sprawiają, że są poważnym zagrożeniem epidemiologicznym. Ich zdolność do mutacji i rekombinacji genetycznej pozwala im na szybkie przystosowanie się do nowych warunków, co czyni je nieprzewidywalnymi w kontekście zdrowia publicznego [1, 2].

Pandemia COVID-19 wywołana przez wirus SARS-CoV-2 rozpoczęła się w grudniu 2019 roku w Wuhan, Chinach, gdzie początkowo stwierdzono nietypowe przypadki ciężkiego zapalenia płuc [3, 4]. W ciągu kilku miesięcy wirus rozprzestrzenił się na całym świecie, prowadząc do ogłoszenia pandemii przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w dniu 11 marca 2020 roku [4]. Objawy infekcji COVID-19 obejmujące gorączkę, kaszel i duszność, mogą różnić się w zależności od stanu zdrowia i odporności zakażonej osoby. Szybka transmisja wirusa, szczególnie poprzez drogę kropelkową, oraz pojawianie się nowych wariantów, takich jak Omicron, podkreślają potrzebę opracowywania i wdrażania dynamicznych i skutecznych strategii zdrowotnych [5].

Szczepienia, jako kluczowy element strategii zdrowotnych, mają na celu uodpornienie organizmu przeciwko chorobom zakaźnym poprzez stymulację układu odpornościowego do produkcji przeciwciał [6, 7]. Od czasów Edwarda Jennera, który w 1796 roku wprowadził pierwszą skuteczną szczepionkę przeciwko ospie prawdziwej, szczepienia odegrały fundamentalną rolę w ograniczaniu i eliminowaniu chorób zakaźnych na całym świecie [8, 9]. Ostatnie osiągnięcia w dziedzinie szczepień, w tym rozwój szczepionek przeciwko COVID-19 pokazują postęp technologiczny oraz znaczenie immunizacji w walce z globalnymi zagrożeniami zdrowotnymi [10, 11].



Współczesna medycyna opiera się na zaawansowanych technologiach i metodach leczenia, spośród których szczególnie wyróżniają się nowoczesne szczepionki oparte na mRNA. Technologie te zyskały szerokie uznanie w walce z pandemią COVID-19, wprowadzając innowacyjne podejście do prewencji chorób zakaźnych [12]. Szczepionki mRNA, takie jak preparaty Pfizer-BioNTech i Moderna, są nowym osiągnięciem w dziedzinie immunologii, oferując alternatywę dla tradycyjnych metod szczepień [13]. Szczepionki te wykorzystują mRNA jako nośnik informacji genetycznej, co umożliwia organizmowi produkcję białka patogenu, a tym samym stymulację odpowiedzi immunologicznej [14]. Tego rodzaju szczepionki stanowią przykład nowoczesnych metod immunizacji, których celem jest wywołanie odporności swoistej przez wprowadzenie kodu genetycznego patogenu do komórek organizmu [1]. Odporność swoista jest kluczowym elementem mechanizmu obronnego organizmu. Rozwija się ona w wyniku ekspozycji na patogeny i jest charakterystyczna dla określonych antygenów, podczas gdy odporność nieswoista działa w sposób bardziej ogólny [2]. W kontekście pandemii COVID-19, zrozumienie mechanizmów odporności swoistej i efektywność szczepień stały się kluczowe dla oceny skuteczności strategii zdrowotnych [15].

Monitorowanie bezpieczeństwa szczepionek, w tym identyfikacja i zarządzanie niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (NOP), stanowi istotny element zapewnienia skuteczności programów szczepień [16]. Wraz ze wzrostem liczby osób zaszczepionych, konieczne jest właściwe zarządzanie informacjami na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, co ma bezpośredni wpływ na zaufanie publiczne oraz akceptację szczepień [17]. Ponadto, organizacja narodowych programów szczepień, obejmująca logistykę, dystrybucję szczepionek oraz strategię komunikacyjną, jest kluczowa dla skutecznego wdrażania programów immunizacji na dużą skalę [18]. Współczesne wyzwania w zakresie szczepień obejmują nie tylko efektywność i bezpieczeństwo szczepionek, ale także komunikację z społeczeństwem oraz zarządzanie publicznymi obawami i pytaniami dotyczącymi szczepień [19].

## **CEL BADAŃ**

Celem głównym badania była analiza postaw i decyzji respondentów wobec szczepień przeciwko COVID-19 oraz identyfikacja czynników wpływających na podejście do procesu szczepień.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie obserwacyjne przeprowadzono w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej Radan – Med. sp. z o.o. w Gliwicach, w okresie od 01.X.2023 roku do 29.02.2024 roku. Przed rozpoczęciem badania uzyskano pisemną zgodę prezesa placówki. Kryteriami włączenia do badania były: pełnoletniość pacjenta, pozostawanie w logicznym kontakcie, zaszczepienie się przynajmniej jedną dawką szczepionki przeciwko Covid, wyrażenie świadomej zgody pacjenta na badanie, posługiwanie się językiem polskim, jako pierwszym językiem. Kryteria wykluczenia stanowiły: niepełnoletniość pacjenta, brak przyjętego szczepienia przeciwko Covid, zaburzenia poznawcze, trudności uniemożliwiające udział w badaniu (np. ciężki stan pacjenta), brak zgody pacjenta na udział w badaniu, nieposługiwanie się językiem polskim, jako pierwszym językiem. Badania prowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania a narzędziem był kwestionariusz własnej ankiety obejmujący łącznie 30 pytań (pytania o dane socjodemograficzne, pytania o wiedzę oraz postawy wobec szczepień na COVID-19). Za każdą poprawną odpowiedź na pytanie jednokrotnego wyboru przyznawano 1 punkt, a za odpowiedź błędną 0 punktów. Z kolei w przypadku pytań wielokrotnego wyboru, gdzie prawidłowych mogło być kilka odpowiedzi przyznawano punkty za prawidłowe ustosunkowanie się do każdej z podanych w pytaniu propozycji odpowiedzi. Do oceny wiedzy wykorzystano następującą skalę: 0-3 punkty (0-50% możliwych do zdobycia) – wiedza niedostateczna, 3,01-4,5 punktu (50-75% możliwych do zdobycia) – wiedza dostateczna, 4,51-5,4 punktu (75-90% możliwych do zdobycia) – wiedza dobra, 5,41-6 punktów (90-100% możliwych do zdobycia) – wiedza bardzo dobra.

Analiza danych ankietowych została przeprowadzona za pomocą programu R, wersja 4.3.3 przy użyciu testu chi-kwadrat lub testu Fishera w zależności od spełnienia założeń testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) dotyczących liczebności oczekiwanych. Przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05, co oznaczało, że wartości p poniżej 0,05 zostały uznane za istotne.

## WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 114 pacjentów przychodni POZ Radan-Med sp. z o.o. w Gliwicach. Większość badanych stanowiły kobiety (61; 53,51%). Mediana wieku badanych

wynosiła 52 lata. Większość próby stanowili pacjenci z wykształceniem wyższym (45; 39,47 %) oraz zawodowym (35; 30,70%) zamieszkujący miasta (112; 98,25 %), (Tabela 1).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych

Parametr	Łącznie (N=114)
Płeć	Kobieta 61 (53,51%)
	Męczyzna 53 (46,49%)
Wiek [lata]	Średnia (SD) 55,71 (17,67)
	Mediana (kwartyle) 52 (41-75)
	Zakres 25-86
Wykształcenie	Podstawowe 1 (0,88%)
	Zawodowe 35 (30,70%)
	Średnie 33 (28,95%)
	Wyższe 45 (39,47%)
Miejsce zamieszkania	Miasto 112 (98,25%)
	Wieś 2 (1,75%)
Status materialny	Bardzo dobry 19 (16,67%)
	Dobry 55 (48,25%)
	Przeciętny 36 (31,58%)
	Zły 4 (3,51%)
	Bardzo zły 0 (0,00%)
Choroby przewlekłe	Choroby przewlekłe 52 (45,61%)
	Brak chorób przewlekłych 62 (54,39%)

Źródło: opracowanie własne

### **Postawy wobec szczepień przeciwko COVID- 19**

Większość respondentów 58 osób (50,88%) wyraziła pozytywny stosunek do szczepień. Odnośnie przekonania czy szczepionka zawsze pomaga organizmowi – tylko 64 osób (56,14%) odpowiedziało twierdząco. Zdaniem większości (74; 64,91%) po szczepieniu istnieje ryzyko zachorowania na chorobę, przeciwko której było się zaszczepionym. Wszyscy respondenci (114; 100%) zadeklarowali, że są zaszczepieni przeciwko chorobie wywołanej przez wirus SARS CoV 2. Spośród tych, którzy uznali, że istnieje różnica w skuteczności szczepionek, 30 osób (73,17%) uważało, że szczepionka Pfizer jest najbardziej skuteczna, 10 osób (24,39%) wskazało na Modernę, a jedynie 1 osoba (2,44%) wskazała na AstraZeneca. Analiza danych pokazuje zróżnicowane stanowiska respondentów w kwestii szczepień przeciwko Covid-19 oraz ich różnorodne przekonania na temat skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek. Dla 63 respondentów (55,26%) wybór producenta szczepionki miał znaczenie przy decyzji o szczepieniu 51 respondentów (44,74%) zadeklarowało, że nie miało to dla nich

znaczenia. Dla 65 respondentów (57,02%) decyzja o wyborze rodzaju szczepienia była uzależniona od terminu dostępności a 49 respondentów (42,98%) nie kierowało się tym kryterium. Pytanie o znajomość różnic między szczepionką mRNA a wektorową wykazało, iż 44 respondentów (38,60%) zadeklarowało, że zna różnice między szczepionką mRNA a wektorową a 40 respondentów (35,09%) nie posiadało tej wiedzy. Natomiast 30 respondentów (26,32%) uznało, że te różnice nie mają dla nich znaczenia. Podejrzenie o możliwość wystąpienia powikłań po szczepieniu wyraziła zdecydowana większość respondentów, aż 86 (75,44%). Przeważająca większość badanych (105; 92,11%), potwierdziła, że została poinformowana o możliwych skutkach ubocznych szczepionki. Obawę przed wystąpieniem skutków ubocznych szczepienia zadeklarowało 68 respondentów (59,65%). Większość (71; 62,28%), przyznała, że lęk przed chorobą Covid-19 był większy niż obawa przed wystąpieniem skutków ubocznych szczepienia. Najczęstszym źródłem informacji o szczepieniach są internetowe portale dla pacjentów (68; 59,65%). Lekarze stanowią ważne źródło wiedzy dla 62 respondentów (54,39%) (Tabela 2).

Tabela 2. Postawy wobec szczepień przeciwko COVID- 19 - analiza danych ankietowych

Parametr		Łącznie (N=114)
Jaki ma Pan/Pani stosunek do szczepień?	Dobry	58 (50,88%)
	Neutralny	47 (41,23%)
	Zły	9 (7,89%)
Czy sądzi Pan/Pani, że szczepionka zawsze pomaga naszemu organizmowi?	Tak	64 (56,14%)
	Nie	13 (11,40%)
	Nie wiem	37 (32,46%)
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można zachorować na chorobę, przeciw, której była szczepionka?	Tak	74 (64,91%)
	Nie	6 (5,26%)
	Nie wiem	34 (29,82%)
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można częściej chorować na inne choroby?	Tak	13 (11,40%)
	Nie	37 (32,46%)
	Nie wiem	64 (56,14%)
Czy jest Pan/Pani zaszczepiony/a naprzeciwko chorobie wywołanej przez wirus Covid SARS CoV 2?	Tak	114 (100,00%)
	Nie	0 (0,00%)
Czy uważa Pan/Pani, że któraś z proponowanych na rynku szczepionek przeciwko SARS CoV 2 jest skuteczniejsza od pozostałych?	Tak	41 (35,96%)
	Nie	73 (64,04%)
Która szczepionka wg Pana/Pani jest najskuteczniejsza? **	Pfizer	30 (73,17%)
	Moderna	10 (24,39%)
	AstraZeneca	1 (2,44%)

WIEDZA I POSTAWY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WIRUSOWI SARS-COV- 2

Parametr		Łącznie (N=114)
Którą szczepionką jest Pan/Pani zaszczepiony/a? *** *	Pfizer	58 (50,88%)
	Moderna	49 (42,98%)
	AstraZeneca	23 (20,18%)
	Janssen	20 (17,54%)
Ilość dawkami jest Pan/Pani zaszczepiony/a? ***	1 dawka	19 (16,67%)
	2 dawki	30 (26,32%)
	3 dawki	50 (43,86%)
	4 dawki	15 (13,16%)
Czy przestrzegał Pan/Pani wyznaczonych dat zgłaszania się na kolejne dawki przypominające szczepienia?	Tak	83 (72,81%)
	Nie	31 (27,19%)
Czy boi się Pan/Pani igieł – iniekcji?	Tak	37 (32,46%)
	Nie	77 (67,54%)
Czy przy wyborze szczepionki kierowała się Pani/Pan liczbą iniekcji, którą trzeba było przyjąć?	Tak	24 (21,05%)
	Nie	90 (78,95%)
Czy wybór producenta szczepionki miał dla Pana/Pani znaczenie przy decyzji o szczepieniu?	Tak	63 (55,26%)
	Nie	51 (44,74%)
Czy o wyborze rodzaju szczepienia decydował termin dostępności do szczepienia?	Tak	65 (57,02%)
	Nie	49 (42,98%)
Czy wie Pan/Pani jakie są różnice między szczepionką mRNA a szczepionką wektorową?	Tak	44 (38,60%)
	Nie	40 (35,09%)
	Nie ma to dla mnie znaczenia	30 (26,32%)
Czy nakładane przez Ministerstwo Zdrowia restrykcje dotyczące tzw. Unijnego Certyfikatu COVID miały wpływ na decyzję o zaszczepieniu?	Tak	47 (41,23%)
	Nie	67 (58,77%)
Czy zaszczepił się Pan/Pani tylko po to, aby dostać tzw. Unijnego Certyfikatu COVID?	Tak	27 (23,68%)
	Nie	87 (76,32%)
Czy uważa Pan/Pani, iż po szczepieniu mogą wystąpić powikłania?	Tak	86 (75,44%)
	Nie	9 (7,89%)
	Nie wiem	19 (16,67%)
Czy podczas szczepienia został Pan/Pani poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych szczepionki?	Tak	105 (92,11%)
	Nie	9 (7,89%)
Czy boi się Pan/Pani wystąpienia skutków ubocznych szczepienia?	Tak	68 (59,65%)
	Nie	46 (40,35%)
Czy lęk przed chorobą Covid-19 jest większy niż obawa wystąpienia skutków ubocznych szczepienia?	Tak	71 (62,28%)
	Nie	43 (37,72%)
O jakich chorobach słyszał Pan/Pani, że mogą być powodowane przez szczepienie przeciwko Covid-19? *	Brak	10 (8,77%)
	Grypa	16 (14,04%)
	Autyzm	6 (5,26%)
	Gruźlica	2 (1,75%)

Parametr	Łącznie (N=114)	
Zapalenia opon mózgowych	15 (13,16%)	
Wstrząs anafilaktyczny	79 (69,30%)	
Uszkodzenie układu nerwowego	48 (42,11%)	
Alergia	44 (38,60%)	
Zakrzepica	48 (42,11%)	
Zatorowość	52 (45,61%)	
Inne	0 (0,00%)	
Media społecznościowe	49 (42,98%)	
Lekarze	62 (54,39%)	
Szkoła, uczelnia	11 (9,65%)	
Skąd uzyskuje Pan/Pani informacje na temat szczepień przeciwko Covid-19? *	Internet (portale dla pacjentów)	68 (59,65%)
	Znajomi	55 (48,25%)
	Artykuły medyczne	20 (17,54%)
	Telewizja	62 (54,39%)
	Radio	2 (1,75%)
	Zdecydowanie tak	12 (10,53%)
	Raczej tak	49 (42,98%)
Czy uważa Pan/Pani, że powinno się mówić więcej na temat szczepień przeciwko Covid?	Trudno ocenić	34 (29,82%)
	Raczej nie	11 (9,65%)
	Zdecydowanie nie	8 (7,02%)

\* pytanie wielokrotnego wyboru - odsetki nie sumują się do 100

\*\* pytanie skierowane tylko do osób, które uważają, że jedna ze szczepionek jest skuteczniejsza od innych

\*\*\* pytanie skierowane tylko do osób zaszczepionych

Źródło: opracowanie własne

### ***Analiza poziomu wiedzy badanych na temat szczepień oraz jej wpływ na postawy***

Analiza poziomu wiedzy wykazała, że 52 osoby (45,61%) posiadały wiedzę na poziomie niedostatecznym i była to największa grupa. Wiedzę dostateczną miało 20 respondentów, co stanowiło 17,54% badanej grupy. Natomiast 28 respondentów, czyli 24,56%, wykazywało się dobrą znajomością tematu. Zaledwie 14 osób (12,28%) cechowała się bardzo dobrą wiedzą na analizowany temat (Tabela 3).

Tabela 3. Ogólny stan wiedzy badanych na temat szczepień przeciwko Covid

Poziom wiedzy	n	%
Wiedza niedostateczna	52	45,61%

Poziom wiedzy	n	%
Wiedza dostateczna	20	17,54%
Wiedza dobra	28	24,56%
Wiedza bardzo dobra	14	12,28%

Źródło: opracowanie własne

Osoby z wiedzą bardzo dobrą o szczepieniach miały istotnie najczęściej dobry stosunek do szczepień ( $p < 0,001$ ) oraz istotnie najczęściej twierdziły, że szczepionka zawsze pomaga naszemu organizmowi ( $p < 0,001$ ). Na pytanie „Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można zachorować na chorobę przeciw, której była szczepionka?” odsetek odpowiedzi "Tak" był największy wśród osób z wiedzą dobrą i bardzo dobrą a najmniejszy wśród osób z wiedzą niedostateczną ( $p < 0,001$ ). Badani z wiedzą bardzo dobrą najczęściej przestrzegali wyznaczonych dat zgłaszania się na kolejne dawki przypominające szczepienia ( $p = 0,017$ ). Wszystkie szczegółowe dane odnośnie wpływu wiedzy dotyczącej szczepień przeciwko Covid na postawy pacjentów przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wpływ wiedzy dotyczącej szczepień przeciwko Covid na postawy pacjentów

Parametr	Wiedza niedostateczna	Wiedza dostateczna	Wiedza dobra	Wiedza bardzo dobra	p	
Jaki ma Pan/Pani stosunek do szczepień?	Dobry	17 (32,69%)	12 (60,00%)	16 (57,14%)	13 (92,86%)	$p < 0,001$ *
	Neutralny	29 (55,77%)	5 (25,00%)	12 (42,86%)	1 (7,14%)	
	Zły	6 (11,54%)	3 (15,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że szczepionka zawsze pomaga naszemu organizmowi?	Tak	15 (28,85%)	12 (60,00%)	23 (82,14%)	14 (100,00%)	$p < 0,001$ *
	Nie	6 (11,54%)	6 (30,00%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)	
	Nie wiem	31 (59,62%)	2 (10,00%)	4 (14,29%)	0 (0,00%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można zachorować na chorobę przeciw, której była szczepionka?	Tak	14 (26,92%)	18 (90,00%)	28 (100,00%)	14 (100,00%)	$p < 0,001$ *
	Nie	6 (11,54%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
	Nie wiem	32 (61,54%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można częściej chorować na inne choroby?	Tak	3 (5,77%)	8 (40,00%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)	$p < 0,001$ *
	Nie	4 (7,69%)	3 (15,00%)	16 (57,14%)	14 (100,00%)	
	Nie wiem	45 (86,54%)	9 (45,00%)	10 (35,71%)	0 (0,00%)	

WIEDZA I POSTAWY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WIRUSOWI SARS-COV-2

Parametr		Wiedza niedostateczna	Wiedza dostateczna	Wiedza dobra	Wiedza bardzo dobra	p
Czy jest Pan/Pani zaszczepiony/a naprzeciwko chorobie wywołanej przez wirus Covid SARS CoV 2?	Tak	52 (100,00%)	20 (100,00%)	28 (100,00%)	14 (100,00%)	p=1
	Nie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Czy uważa Pan/Pani, że któraś z proponowanych na rynku szczepionek przeciwko SARS CoV 2 jest skuteczniejsza od pozostałych?	Tak	9 (17,31%)	9 (45,00%)	14 (50,00%)	9 (64,29%)	p=0,001*
	Nie	43 (82,69%)	11 (55,00%)	14 (50,00%)	5 (35,71%)	
Która szczepionka wg Pana/Pani jest najskuteczniejsza?	Pfizer	7 (53,85%)	6 (66,67%)	11 (68,75%)	8 (88,89%)	p=0,402
	Moderna	4 (30,77%)	2 (22,22%)	5 (31,25%)	1 (11,11%)	
	AstraZeneca	0 (0,00%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
	Janssen	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Ilość dawkami jest Pan/Pani zaszczepiony/a?	1 dawka	14 (26,92%)	3 (15,00%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)	p=0,102
	2 dawki	10 (19,23%)	7 (35,00%)	9 (32,14%)	4 (28,57%)	
	3 dawki	20 (38,46%)	8 (40,00%)	12 (42,86%)	10 (71,43%)	
	4 dawki	8 (15,38%)	2 (10,00%)	5 (17,86%)	0 (0,00%)	
Czy przestrzegał Pan/Pani wyznaczonych dat zgłaszania się na kolejne dawki przypominające szczepienia?	Tak	32 (61,54%)	14 (70,00%)	26 (92,86%)	11 (78,57%)	p=0,017*
	Nie	20 (38,46%)	6 (30,00%)	2 (7,14%)	3 (21,43%)	
Czy boi się Pan/Pani igieł – iniekcji?	Tak	22 (42,31%)	5 (25,00%)	6 (21,43%)	4 (28,57%)	p=0,236
	Nie	30 (57,69%)	15 (75,00%)	22 (78,57%)	10 (71,43%)	
Czy przy wyborze szczepionki kierowała się Pani/Pan liczbą iniekcji, którą trzeba było przyjąć?	Tak	13 (25,00%)	3 (15,00%)	2 (7,14%)	6 (42,86%)	p=0,043*
	Nie	39 (75,00%)	17 (85,00%)	26 (92,86%)	8 (57,14%)	
Czy wybór producenta szczepionki miał dla Pana/Pani znaczenie przy decyzji o szczepieniu?	Tak	21 (40,38%)	15 (75,00%)	15 (53,57%)	12 (85,71%)	p=0,004*
	Nie	31 (59,62%)	5 (25,00%)	13 (46,43%)	2 (14,29%)	
Czy o wyborze rodzaju szczepienia decydował termin dostępności do szczepienia?	Tak	24 (46,15%)	9 (45,00%)	22 (78,57%)	10 (71,43%)	p=0,017*
	Nie	28 (53,85%)	11 (55,00%)	6 (21,43%)	4 (28,57%)	
Czy nakładane przez Ministerstwo Zdrowia restrykcje dotyczące tzw. Unijnego Certyfikatu COVID miały wpływ na decyzję o zaszczepieniu?	Tak	22 (42,31%)	11 (55,00%)	9 (32,14%)	5 (35,71%)	p=0,437
	Nie	30 (57,69%)	9 (45,00%)	19 (67,86%)	9 (64,29%)	
Czy zaszczepił się Pan/Pani tylko po to, aby dostać tzw. Unijny Certyfikat COVID?	Tak	17 (32,69%)	7 (35,00%)	3 (10,71%)	0 (0,00%)	p=0,008*
	Nie	35 (67,31%)	13 (65,00%)	25 (89,29%)	14 (100,00%)	
Czy uważa Pan/Pani, iż po szczepieniu mogą wystąpić powikłania?	Tak	34 (65,38%)	16 (80,00%)	25 (89,29%)	11 (78,57%)	p<0,001*



WIEDZA I POSTAWY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WIRUSOWI SARS-COV-2

Parametr		Wiedza niedostateczna	Wiedza dostateczna	Wiedza dobra	Wiedza bardzo dobra	p
	Nie	1 (1,92%)	2 (10,00%)	3 (10,71%)	3 (21,43%)	
	Nie wiem	17 (32,69%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Czy lęk przed chorobą Covid-19 jest większy niż obawa wystąpienia skutków ubocznych szczepienia?	Tak	24 (46,15%)	12 (60,00%)	23 (82,14%)	12 (85,71%)	p=0,003*
	Nie	28 (53,85%)	8 (40,00%)	5 (17,86%)	2 (14,29%)	
O jakich chorobach słyszał Pan/Pani, że mogą być powodowane przez szczepienie przeciwko Covid-19? **	Brak	6 (11,54%)	4 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,042*
	Grypa	6 (11,54%)	3 (15,00%)	3 (10,71%)	4 (28,57%)	p=0,397
	Autyzm	3 (5,77%)	3 (15,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,144
	Gruźlica	2 (3,85%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,774
	Zapalenia opon mózgowych	1 (1,92%)	3 (15,00%)	7 (25,00%)	4 (28,57%)	p=0,002*
	Wstrząs anafilaktyczny	33 (63,46%)	16 (80,00%)	21 (75,00%)	9 (64,29%)	p=0,497
	Uszkodzenie układu nerwowego	17 (32,69%)	11 (55,00%)	13 (46,43%)	7 (50,00%)	p=0,281
	Alergia	17 (32,69%)	6 (30,00%)	13 (46,43%)	8 (57,14%)	p=0,246
	Zakrzepica	14 (26,92%)	6 (30,00%)	19 (67,86%)	9 (64,29%)	p=0,001*
	Zatorowość	18 (34,62%)	9 (45,00%)	13 (46,43%)	12 (85,71%)	p=0,009*
	Inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Czy uważa Pan/Pani, że powinno się mówić więcej na temat szczepień przeciwko Covid?	Zdecydowanie tak	5 (9,62%)	0 (0,00%)	5 (17,86%)	2 (14,29%)	p=0,018*
	Raczej tak	17 (32,69%)	7 (35,00%)	16 (57,14%)	9 (64,29%)	
	Trudno ocenić	17 (32,69%)	10 (50,00%)	6 (21,43%)	1 (7,14%)	
	Raczej nie	8 (15,38%)	0 (0,00%)	1 (3,57%)	2 (14,29%)	
	Zdecydowanie nie	5 (9,62%)	3 (15,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p -test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera,

\* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

\*\* pytanie wielokrotnego wyboru - odsetki nie sumują się do 100

Źródło: opracowanie własne

### Postawy wobec szczepień a obecność chorób przewlekłych

Istnieje istotna statystycznie różnica w przekonaniu, czy po szczepieniu można zachorować na chorobę przeciw, której była szczepionka (p=0,023). Respondenci z chorobami przewlekłymi częściej wyrażali takie obawy. Co do przestrzegania wyznaczonych dat na kolejne dawki przypominające szczepienia, istnieje istotna statystycznie różnica w

zależności od obecności chorób przewlekłych ( $p<0,001$ ). Co do decyzji o zaszczepieniu tylko w celu uzyskania tzw. Unijnego Certyfikatu COVID, istnieje istotna statystycznie różnica w zależności od obecności chorób przewlekłych ( $p=0,001$ ). Chorujący przewlekłe rzadziej decydowali się na szczepienie z tego powodu. Istnieje istotna statystycznie różnica w przekonaniach dotyczących możliwości wystąpienia powikłań po szczepieniu ( $p<0,001$ ) (Tabela 5).

Tabela 5. Postawy wobec szczepień a obecność chorób przewlekłych

Parametr		Choroby przewlekłe	Brak chorób przewlekłych	P
Jaki ma Pan/Pani stosunek do szczepień?	Dobry	29 (55,77%)	29 (46,77%)	p=0,549
	Neutralny	20 (38,46%)	27 (43,55%)	
	Zły	3 (5,77%)	6 (9,68%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że szczepionka zawsze pomaga naszemu organizmowi?	Tak	32 (61,54%)	32 (51,61%)	p=0,066
	Nie	2 (3,85%)	11 (17,74%)	
	Nie wiem	18 (34,62%)	19 (30,65%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można zachorować na chorobę przeciw, której była szczepionka?	Tak	27 (51,92%)	47 (75,81%)	p=0,023*
	Nie	3 (5,77%)	3 (4,84%)	
	Nie wiem	22 (42,31%)	12 (19,35%)	
Czy sądzi Pan/Pani, że po szczepieniu można częściej chorować na inne choroby?	Tak	6 (11,54%)	7 (11,29%)	p=0,744
	Nie	15 (28,85%)	22 (35,48%)	
	Nie wiem	31 (59,62%)	33 (53,23%)	
Czy jest Pan/Pani zaszczepiony/a naprzeciwko chorobie wywołanej przez wirus Covid SARS CoV 2?	Tak	52 (100,00%)	62 (100,00%)	p=1
	Nie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Czy uważa Pan/Pani, że któraś z proponowanych na rynku szczepionek przeciwko SARS CoV 2 jest skuteczniejsza od pozostałych?	Tak	15 (28,85%)	26 (41,94%)	p=0,21
	Nie	37 (71,15%)	36 (58,06%)	
Która szczepionka wg Pana/Pani jest najskuteczniejsza?	Pfizer	10 (52,63%)	22 (78,57%)	p=0,034*
	Moderna	8 (42,11%)	4 (14,29%)	
	AstraZeneca	1 (5,26%)	0 (0,00%)	
	Janssen	0 (0,00%)	2 (7,14%)	
Ilość dawkami jest Pan/Pani zaszczepiony/a?	1 dawka	5 (9,62%)	14 (22,58%)	p<0,001*
	2 dawki	10 (19,23%)	20 (32,26%)	
	3 dawki	22 (42,31%)	28 (45,16%)	
	4 dawki	15 (28,85%)	0 (0,00%)	

WIEDZA I POSTAWY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA TEMAT SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WIRUSOWI SARS-COV-2

Parametr		Choroby przewlekłe	Brak chorób przewlekłych	P
Czy przestrzegał Pan/Pani wyznaczonych dat zgłaszania się na kolejne dawki przypominające szczepienia?	Tak	47 (90,38%)	36 (58,06%)	p<0,001*
	Nie	5 (9,62%)	26 (41,94%)	
Czy boi się Pan/Pani igieł – iniekcji?	Tak	6 (11,54%)	31 (50,00%)	p<0,001*
	Nie	46 (88,46%)	31 (50,00%)	
Czy przy wyborze szczepionki kierowała się Pani/Pan liczbą iniekcji, którą trzeba było przyjąć?	Tak	4 (7,69%)	20 (32,26%)	p=0,003*
	Nie	48 (92,31%)	42 (67,74%)	
Czy wybór producenta szczepionki miał dla Pana/Pani znaczenie przy decyzji o szczepieniu?	Tak	17 (32,69%)	46 (74,19%)	p<0,001*
	Nie	35 (67,31%)	16 (25,81%)	
Czy o wyborze rodzaju szczepienia decydował termin dostępności do szczepienia?	Tak	25 (48,08%)	40 (64,52%)	p=0,115
	Nie	27 (51,92%)	22 (35,48%)	
Czy nakładane przez Ministerstwo Zdrowia restrykcje dotyczące tzw. Unijnego Certyfikatu COVID miały wpływ na decyzję o zaszczepieniu?	Tak	6 (11,54%)	41 (66,13%)	p<0,001*
	Nie	46 (88,46%)	21 (33,87%)	
Czy zaszczepił się Pan/Pani tylko po to, aby dostać tzw. Unijnego Certyfikatu COVID?	Tak	4 (7,69%)	23 (37,10%)	p=0,001*
	Nie	48 (92,31%)	39 (62,90%)	
Czy uważa Pan/Pani, iż po szczepieniu mogą wystąpić powikłania?	Tak	28 (53,85%)	58 (93,55%)	p<0,001*
	Nie	5 (9,62%)	4 (6,45%)	
	Nie wiem	19 (36,54%)	0 (0,00%)	
Czy lęk przed chorobą Covid-19 jest większy niż obawa wystąpienia skutków ubocznych szczepienia?	Tak	29 (55,77%)	42 (67,74%)	p=0,263
	Nie	23 (44,23%)	20 (32,26%)	
O jakich chorobach słyszał Pan/Pani, że mogą być powodowane przez szczepienie przeciwko Covid-19? **	Brak	9 (17,31%)	1 (1,61%)	p=0,005*
	Grypa	3 (5,77%)	13 (20,97%)	p=0,04*
	Autyzm	0 (0,00%)	6 (9,68%)	p=0,031*
	Gruźlica	1 (1,92%)	1 (1,61%)	p=1
	Zapalenia opon mózgowych	2 (3,85%)	13 (20,97%)	p=0,016*
	Wstrząs anafilaktyczny	25 (48,08%)	54 (87,10%)	p<0,001*
	Uszkodzenie układu nerwowego	15 (28,85%)	33 (53,23%)	p=0,015*
	Alergia	17 (32,69%)	27 (43,55%)	p=0,321
	Zakrzepica	16 (30,77%)	32 (51,61%)	p=0,04*
Zatorowość	16 (30,77%)	36 (58,06%)	p=0,006*	

Parametr		Choroby przewlekłe	Brak chorób przewlekłych	P
	Inne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Czy uważa Pan/Pani, że powinno się mówić więcej na temat szczepień przeciwko Covid?	Zdecydowanie tak	7 (13,46%)	5 (8,06%)	p=0,485
	Raczej tak	20 (38,46%)	29 (46,77%)	
	Trudno ocenić	18 (34,62%)	16 (25,81%)	
	Raczej nie	3 (5,77%)	8 (12,90%)	
	Zdecydowanie nie	4 (7,69%)	4 (6,45%)	

p -test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera, \* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

\*\* pytanie wielokrotnego wyboru - odsetki nie sumują się do 100

Źródło: opracowanie własne

## DYSKUSJA

W niniejszym badaniu skupiono się na analizie wpływu wiedzy na temat szczepień na postawy i decyzje dotyczące szczepień przeciwko COVID-19, uwzględniając różnorodność opinii społecznych. Wyniki badania potwierdziły, że osoby z bardzo dobrą wiedzą na temat szczepień częściej wyrażały pozytywne opinie na temat szczepień, natomiast osoby z niedostateczną wiedzą częściej były neutralne lub negatywne w swoich postawach. Ponadto, osoby z lepszą wiedzą na temat szczepień rzadziej obawiały się wystąpienia powikłań po szczepieniu. Wynika to prawdopodobnie z większej świadomości potencjalnych korzyści szczepień oraz zrozumienia rzeczywistego ryzyka związanego z powikłaniami. Jest to istotne spostrzeżenie, ponieważ pokazuje, że edukacja na temat szczepień może zmniejszyć obawy i niepewności związane z procesem szczepienia. Badanie autorstwa Magdaleny Mika sugeruje, że pandemia COVID-19 zwiększyła zainteresowanie społeczeństwa tematem szczepień. Wynika to zapewne z większej świadomości społecznej na temat konieczności szczepienia w celu ochrony przed chorobą oraz ze zwiększonej dostępności informacji na ten temat w mediach. Jednakże, mimo zwiększonego zainteresowania, część respondentów nadal deklarowała niewielką wiedzę na temat szczepień, co sugeruje konieczność dalszych działań edukacyjnych [20].

Analizując wyniki badań dotyczących lęku przed chorobą a postawą wobec szczepień, nasuwa się wniosek o istnieniu pozytywnej korelacji między lękiem przed chorobą COVID-19 a postawami wobec szczepień. Ta obserwacja jest zgodna z badaniami przeprowadzonymi przez Szmyd i wsp., którzy również stwierdzili, że strach przed zarażeniem się COVID-19 oraz obawa przed przekazaniem choroby krewnym były powiązane z chęcią poddania się szczepieniom. Takie zgodności w wynikach sugerują, że obawy i lęki związane z pandemią

mogą być silnym motywatorem do podjęcia decyzji o szczepieniu się. W obliczu groźby związanej z COVID-19, ludzie mogą być bardziej skłonni do zaufania i akceptacji programów szczepień, jako środka ochrony przed chorobą. To potwierdza istotność czynnika emocjonalnego, takiego jak strach, w kształtowaniu postaw i zachowań związanych ze zdrowiem publicznym [21]. Jednakże, pomimo tych zgodności, autorzy niniejszej pracy zauważyli również inne czynniki wpływające na decyzje dotyczące szczepień, takie jak dostępność terminów szczepień i restrykcje Ministerstwa Zdrowia dotyczące Unijnego Certyfikatu COVID. To sugeruje, że decyzje o szczepieniu się mogą być wynikiem różnorodnych czynników, w tym zarówno emocjonalnych, jak i racjonalnych. Warto kontynuować badania nad wpływem emocji, w tym strachu przed COVID-19, na postawy i zachowania związane ze szczepieniami, aby lepiej zrozumieć mechanizmy motywujące ludzi do poddania się szczepieniom. To pozwoli na opracowanie bardziej efektywnych strategii promocyjnych i edukacyjnych, które będą skutecznie przekonywać społeczeństwo do zaufania programom szczepień i podjęcia odpowiednich działań w celu zwalczania pandemii. Wyniki badań własnych sugerują ponadto, że obecność chorób przewlekłych może wpływać na niektóre aspekty postaw i decyzji dotyczących szczepień przeciwko COVID-19. Twierdzenie autora Ernesta Kuchara, że szczepienie przeciwko COVID-19 jest tysiące razy bezpieczniejsze niż zakażenie wirusem, stanowi istotny punkt dyskusji w kontekście postaw społecznych i podejmowania decyzji dotyczących szczepień. Autor ten podkreśla, że śmiertelność COVID-19 oraz ryzyko powikłań są znacznie wyższe niż potencjalne ryzyko związane ze szczepieniem. Wskazuje na dane dotyczące śmiertelności wirusa oraz ryzyka hospitalizacji i konieczności intensywnej terapii, szczególnie dla osób w podeszłym wieku z licznymi chorobami współistniejącymi. Argumentacja ta sugeruje, że szczepienia stanowią znaczącą ochronę przed ciężkim przebiegiem choroby i śmiercią. Wskazuje również na fakt, że w porównaniu z ryzykiem zakażenia, szczepienia są bezpieczne. Jednakże, choć argumenty te są mocne i oparte na danych, istnieją również inne czynniki, które mogą wpływać na postawy i decyzje dotyczące szczepień. Niektórzy mogą obawiać się skutków ubocznych szczepionek, mimo że są one rzadkie. Ponadto, niektóre osoby mogą mieć obawy dotyczące długoterminowych skutków szczepień, które mogą nie być jeszcze w pełni zbadane. Dodatkowo, niektóre grupy społeczne mogą być bardziej narażone na dezinformację lub mają ograniczony dostęp do szczepień, co może wpływać na ich podejście do szczepień. Dlatego ważne jest, aby promować rzetelne informacje na temat szczepień, uwzględniając zarówno korzyści, jak i potencjalne ryzyko, aby umożliwić ludziom świadome podejmowanie decyzji. W tym kontekście, twierdzenie prof. Ernesta Kuchara podkreśla istotność szczepień, jako

narzędzia ochrony zdrowia publicznego, ale jednocześnie podkreśla potrzebę edukacji i dostępu do szczepień dla wszystkich grup społecznych [22].

## WNIOSKI

Analiza danych ankietowych pozwala wyciągnąć następujące wnioski i zalecenia dla praktyki w ochronie zdrowia:

1. **Edukacja i informacja:** Istnieje potrzeba kontynuacji programów edukacyjnych dotyczących szczepień przeciwko COVID-19. Większość respondentów wyraziła potrzebę większej liczby informacji na ten temat, co wskazuje na istotność dostarczania rzetelnych i zrozumiałych danych na temat skuteczności, bezpieczeństwa i różnic między rodzajami szczepionek.
2. **Indywidualne podejście do komunikacji:** Należy dostosować komunikację do różnych grup demograficznych, uwzględniając ich wiedzę, obawy i preferencje. Internetowe portale dla pacjentów, pielęgniarki, lekarze oraz media społecznościowe są istotnymi źródłami informacji, dlatego warto wykorzystać je do przekazywania wiarygodnych danych.
3. **Wzmacnianie zaufania:** Istnieje potrzeba dalszego budowania zaufania do szczepień poprzez klarowne przekazywanie informacji o możliwych skutkach ubocznych oraz skuteczności szczepionek. Ważne jest, aby lekarze i pielęgniarki odgrywali aktywną rolę, jako główne źródło wiarygodnych informacji.
4. **Monitorowanie i dostosowywanie strategii:** Konieczne jest regularne monitorowanie postaw i przekonań społeczeństwa oraz dostosowywanie strategii komunikacyjnych i edukacyjnych w oparciu o zmieniające się potrzeby i sytuacje społeczno-epidemiologiczne.
5. **Wspieranie decyzji informowanych:** Pacjenci powinni być świadomi możliwych skutków ubocznych szczepień i mieć możliwość konsultacji z lekarzem w celu podjęcia decyzji informowanej. Dostarczenie rzetelnych informacji na temat skutków ubocznych oraz zapewnienie wsparcia medycznego może pomóc w zmniejszeniu obaw i zwiększeniu zaufania do szczepień.

Wdrażanie powyższych zaleceń może przyczynić się do zwiększenia akceptacji szczepień oraz osiągnięcia wyższych poziomów odporności populacyjnej, co jest kluczowe w walce z pandemią COVID-19.

### PIŚMIENNICTWO:

1. Geller C., Varbanov M., Duval RE.: Human coronaviruses: insights into environmental resistance and its influence on the development of new antiseptic strategies. *Viruses* 2012;4(11):3044-68.
2. Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2: Informacje i tymczasowe wytyczne dla farmaceutów i pracowników farmacji. [https://www.woia.pl/dat/attach//1525\\_coronavirus-guidance-polish-1.pdf](https://www.woia.pl/dat/attach//1525_coronavirus-guidance-polish-1.pdf) (data pobrania 06.01.2024).
3. Wang C., Horby PW., Hayden FG., et al.: A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020;395(10223):470-473.
4. Jiang S., Du L., Shi Z.: An emerging coronavirus causing pneumonia outbreak in Wuhan, China: calling for developing therapeutic and prophylactic strategies. *Emerging Microbes & Infections* 2020;9(1):275-277.
5. Aktualizacja epidemiologiczna COVID-19 – 22 grudnia 2023. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update---22-december-2023> (data pobrania 06.01.2024).
6. Gingles JG, Doyle MQ. Immunization. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459331/> (data pobrania 03.08.2024)
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20082341570> (data pobrania 03.08.2024)
8. Smith KA.: Smallpox: can we still learn from the journey to eradication? *The Indian Journal of Medical Research*. 2013;137(5):895-9.
9. Roeske K., Stachowiak R., Bielecki J.: Założenia i perspektywy wykorzystania żywych wektorów bakteryjnych we współczesnej wakcynologii. *Postępy Mikrobiologii*. 2016;1.55.

10. Lopez AL., Gonzales ML., Aldaba JG., et al.: Killed oral cholera vaccines: history, development and implementation challenges. *Therapeutic advances in vaccines*. 2014;2(5):123-36.
11. Delany I., Rappuoli R., De Gregorio E.: Vaccines for the 21st century. *EMBO molecular medicine*. 2014;6(6):70820.
12. Boodoosingh R., Olayemi LO., Sam FA.: COVID-19 vaccines: Getting Anti-vaxxers involved in the discussion. *World Development* 2020;136:105177.
13. Fehr AR., Perlman S.: Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods in molecular biology (Clifton, N.J.)* 2015;1282:1-23.
14. van Doremalen N., Bushmaker T., Morris DH., et al.: Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine* 2020;382(16):1564-1567.
15. Cui J., Li F., Shi ZL.: Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature reviews. Microbiology*. 2019;17(3):181-192
16. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology* 2020;5(4):536-544.
17. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) (data pobrania 03.08.2024)
18. Guan WJ., Ni ZY., Hu Y., et al.: Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine* 2020;382:1708–1720.
19. Płytycz B.: Aktualności COVID-19. Druga fala pandemii w Polsce i nadzieja na szczepionki. *Wszechświat* 2020;121(10-12):302-314.
20. Mika M.: Postawy Polaków wobec szczepień przeciwko COVID-19. *Ekonomia–Wroclaw Economic Review* 2022;28(4):49-65.
21. Szmyd B., Bartoszek A., Karuga FF. et al.: Medical students and SARS-CoV-2 vaccination: Attitude and behaviors. *Vaccines (Basel)* 2021;9(2):128
22. Daniliszyn J.: Szczepienie to bezpieczeństwo. Rozmowa z prof. Ernestem Kucharem. *Lekarz POZ* 2020;6(6):299-303



## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ PO ZABIEGU OPERACYJNYM USUNIĘCIA JELITA ZE ZMIANĄ NOWOTWOROWĄ

---

**Aleksandra Kopczuk<sup>1,2</sup>, Barbara Jankowiak<sup>3</sup>**

- 1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku*
- 2. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
- 3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

Nowotwór jelita grubego jest na drugim miejscu w kategorii przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami na świecie i na trzecim pod względem występowania. Na świecie w 2020 roku zachorowało na nowotwór jelita grubego 1,9 mln osób, a powyżej 930 000 chorych straciło z tej przyczyny życie. Odnotowano wiele różnic geograficznych do miejsc zachorowalności i śmiertelności. Największy odsetek zapadalności na nowotwór jelita grubego był w Europie, Australii i Nowej Zelandii, a w zgonach na terenie Europy Wschodniej.

W Polsce zachorowalność wciąż rośnie- w przeciągu ostatnich 40 lat zapadalność wśród mężczyzn wzrosła 5- krotnie, a u kobiet 3-krotnie. U obywateli państwa polskiego zapadalność na nowotwór jelita grubego w niespełna 95% przypadków występuje po 50-tym roku życia. W krajach wysokorozwiniętych, w efekcie wprowadzenia wielu programów profilaktycznych, w których podstawą jest wykonanie badań przesiewowych, zapadalność na nowotwór jelita grubego spada.

Rokowanie zależne jest od stopnia zaawansowania choroby w momencie rozpoznania, czym szybsze rozpoznanie i wdrożenie leczenia tym wskaźnik przeżycia i pełnego wyleczenia jest wyższy. Prognozy przewidują, że do 2040 roku na świecie chorych na nowotwór jelita grubego będzie przybywać 3,2 mln osób rocznie, czyli nastąpi wzrost o 63%, natomiast zgonów 1,6 mln zgonów rocznie (skok o 73%). Nowotwór jelita grubego w ok. 50% przypadków lokalizuje się w odbytnicy i okrężnicy [1, 2, 3].

## CELE PRACY

1. Zdefiniowanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki po zabiegu częściowej resekcji jelita grubego.
2. Sporządzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej z pacjentką o zasadach pielęgnacji rany pooperacyjnej, prawidłowej diety po przeprowadzonej resekcji jelita, prawidłowego wykonania iniekcji podskórnej będącą profilaktyką choroby zakrzepowo- zatorowej oraz innych deficytów wiedzy prozdrowotnej.
4. Przygotowanie zaleceń do dalszej opieki nad pacjentką po zabiegu częściowej resekcji jelita grubego.

## MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto kobietę, w wieku 50 lat, która została przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie w Białymstoku, w trybie planowym, z powodu leczenia operacyjnego rozpoznanego nowotworu złośliwego esicy. Badania przeprowadzono w terminie 28.08-04.09.2023 roku.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z procesem pielęgnowania. Do pracy niezbędne materiały zostały zebrane za pomocą: wywiadu, obserwacji pacjentki, analizy dokumentacji medycznej oraz wykonanych pomiarów.

## WYNIKI

### Opis przypadku

Pani Grażyna K., urodzona 25.01.1973r. (50 lat) została przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie w Białymstoku, w trybie planowym, dnia 28.08.2023r. z rozpoznaniem złośliwego nowotworu jelita grubego - esicy. Powodem planowej hospitalizacji było leczenie operacyjne.

Kobieta jest rozwódką, posiada dwójkę dzieci (dwie córki). Mieszka razem z młodszą córką (21 lat) w mieszkaniu w bloku znajdującym się na parterze, w centrum Białegostoku. Warunki zamieszkania pacjentka ocenia jako bardzo dobre.

Pacjenta została skierowana na kolonoskopię przez lekarza rodzinnego z powodu przewlekłe utrzymującego się bólu podbrzusza, luźniejszych stolców oraz wzdęć. Lekarz rodzinny skierował pacjentkę również na USG jamy brzusznej.

Pacjentka 5 czerwca 2023 roku była na badaniu USG jamy brzusznej. Podczas badania stwierdzono, że duża ilość gazu w jelitach utrudnia ocenę badania. W wątrobie zaobserwowano torbiel o wymiarze 7 mm w segmencie 6 oraz zalecono konsultację ginekologiczną z powodu niejednorodnego obrazu macicy. Reszta narządów jamy brzusznej jest prawidłowa, bez widocznych patologicznych zmian. Nie uwidoczniło wolnego płynu w jamie brzusznej.

Pacjentka 13 lipca 2023 roku była na kolonoskopii, na której gastrolog stwierdził wrzodziejący naciek esicy. Podczas kolonoskopii pobrano materiał do badania patomorfologicznego. W badaniu endoskopowym stwierdzono, że zastawka krętniczokątnicza oraz ujście wyrostka robaczkowego są prawidłowe. Na głębokości 30 cm od kątnicy widoczny okrężny wrzodziejący naciek, zwężający światło jelita na odcinku 4-5 cm. Poza tym błona śluzowa kątnicy, wstępnicy, poprzecznicy, zstępnicy, esicy i odbytnicy błyszcząca, gładka z prawidłowym rysunkiem naczyniowym. Okolica odbytniczo-odbytowa oraz kanał odbytu jest niezmienny.

Dnia 18 lipca 2023 roku pacjentka odebrała wynik patomorfologiczny, w którym w opisie mikroskopowym rozpoznano *Adenocarcinomę*, czyli gruczolakoraka, pochodzenia nabłonkowego o charakterze złośliwym, a w opisie makroskopowym wrzodziejący naciek esicy. Gastrolog skierował pacjentkę w trybie pilnym do poradni chirurgii onkologicznej.

Chirurg-onkolog skierował pacjentkę na badanie TK klatki piersiowej, jamy brzusznej oraz miednicy bez i z kontrastem. Pacjentka dostała również skierowanie na określenie poziomu kreatyniny we krwi na 3 dni przed badaniem TK z użyciem kontrastu. Wynik kreatyniny był w normie. Pacjentka była 31.07.2023 roku na tym badaniu. Jako środek kontrastowy użyto Omnipaque350 w objętości 90 ml. Wynikiem badania był widoczny okrężny naciek z pogrubieniem ściany jelita do 9mm na długości ok. 40mm znajdujący się na granicy esicy i zstępnicy w lewym dole biodrowym. W okolicy zmienionej ściany zauważono podejrzany węzeł chłonny o wielkości 8 mm. Stwierdzono guz esicy, bez ewidentnych cech rozsiewu odległego. Po tym badaniu pacjentka została skierowana na zabieg operacyjny usunięcia części jelita zmienionego nowotworowo. Chirurg-onkolog zalecił spożywanie dwa razy dziennie przez miesiąc przed zabiegiem preparatu wysokobiałkowego typu Immuven. Dostała także skierowanie na konsultacje do anestezjologa. Wizyta u anestezjologa odbyła się tydzień przed zabiegiem operacyjnym.

Dnia 28.08.2023 roku pacjentka zgłosiła się do Oddziału Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych w Białostockim

Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie w Białymstoku w godzinach rannych. Przeprowadzono z pacjentką wywiad pielęgniarstwa.

Chora nie stosuje żadnych diet, nie ma problemów z apetytem. Jej aktywność fizyczna jest sporadyczna. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym, z dużym lękiem przed operacją. Pacjentka skarży się na dolegliwości bólowe w obrębie brzucha. Pacjentka skarży się na problemy ze spaniem.

Przy przyjęciu przeprowadzono pomiary:

- Masa ciała- 75 kg
- Wzrost- 156 cm
- BMI- 30.82 kg/m
- RR – 125/82 mmHg
- HR- 72 uderzenia/ minutę
- Temperatura- 36,3°C
- SpO2 (saturacja)- 99%
- Oddech- 16 oddechów/ minutę

Pacjentce wykonano badanie EKG. Założono wkłucie obwodowe typu Vigo do żyły grzbietowej dłoni na ręce lewej. Pobrano krew do badań laboratoryjnych- morfologia, chlorki, potas, sód, CRP. Zapis EKG wyszedł prawidłowy, jak również wyniki krwi. BMI pacjentki wskazuje na otyłość pierwszego stopnia.

Zabieg zaplanowano na 29.08.2023 roku. Pacjentka w dniu przybycia do szpitala dostała do rozpuszczenia w wodzie w objętości 4l i wypicia środek przeczyszczający Fortrans, dla dobrego oczyszczenia jelita przed zabiegiem operacyjnym. Pacjentka nie mogła spożywać posiłków dzień przed ani w dniu zabiegu. Pacjentka dostała łóżko przy toalecie dla ułatwienia szybkiego skorzystania z niej przy efektach przyjmowanego środka.

Dopilnowano, aby pacjentka w dniu zabiegu zdjęła biżuterię oraz bieliznę osobistą. Pacjentce udostępniono specjalny płyn do wykąpania całego ciała w szczególności w obrębie brzucha oraz dano jednorazową chirurgiczną koszulę do założenia po kąpiel. W dniu zabiegu operacyjnego dostała premedykację w formie doustnej tabletki midazolamu 7,5mg, którą wypła godzinę przed zabiegiem. Zabieg operacyjny był przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym. Pacjentkę po przywiezieniu na blok zacewnikowano cewnikiem Foleya. Podczas zabiegu operacyjnego wykonano:

- Usunięcie okrężnicy wraz z 14 okolicznymi węzłami chłonnymi lewostronną metodą laparoskopową oraz za pomocą operacji otwartej

- Zespolenie zstępniczno-esicze końca do boku za pomocą steplera okrężnego o długości 28 mm
- Drenaż jamy otrzewnej- dwoma drenami typu Redon.

Zabieg przebiegł bez żadnych komplikacji. Na bloku założono pacjentce kompresyjny masażer na nogi. Po godzinie przebywania na sali pooperacyjnej, pacjentkę przewieziono na salę chorych na oddziale.

### **Indywidualny plan pielęgnowania**

**Problem pielęgnacyjny 1:** Ból w okolicach brzucha oraz wokół rany spowodowany przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

**Cel opieki:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych pacjentki.

#### **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS;
- Ocena natężenia bólu za pomocą numerycznej skali NRS;
- Podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- Dobrać dogodną pozycję złożeniową dla pacjentki.

#### **Realizacja zaplanowanych działań:**

Natężenie bólu oceniono według skali VAS na 9 punktów. Wynik za pomocą skali NRS również wynosił 9 punktów. Wyniki przekazano lekarzowi. Podano zleczone przez lekarza trzy leki tj. Paracetamol, Pyralgina oraz Ketonal drogą dożylną. Pacjentkę ułożono w pozycji płaskiej, aby miejsce rany nie było zgięte i nie powołało dodatkowego bólu. Pacjentka sygnalizuje zmniejszenie bólu z 9 na 2 w skali VAS. Przedstawione działania należy powtarzać systematycznie.

**Ocena podjętych działań:** Zmniejszono natężenie dolegliwości bólowych.

**Problem pielęgnacyjny 2:** Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej spowodowane przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym oraz pobytem w szpitalu.

**Cel opieki:** Zminimalizowanie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej, wczesne wykrycie objawów powikłania.

#### **Interwencje pielęgniarские:**

- Obserwacja rany pooperacyjnej pod kątem objawów zakażenia typu: dolegliwości bólowych, obrzęku, zaczerwienienia;
- Monitorowanie temperatury ciała;

- Postępowanie pielęgniarskie w obszarze rany zachowując zasady aseptyki i antyseptyki;
- Obserwacja rany pod kątem wydzielania się ropnej wydzieliny z rany;
- Podanie antybiotyku drogą dożylną na zlecenie lekarza;
- Zmiana pościeli oraz bielizny osobistej pacjentki dla zmniejszenia flory bakteryjnej w obrębie rany pooperacyjnej;
- Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej pacjentce, szczególnie w obrębie brzucha.
- Raz na dobę zmieniać opatrunek na ranie z przemywaniem rany środkiem odkażającym.

#### **Realizacja zaplanowanych działań:**

W okolicach rany nie zaobserwowano cech zakażenia rany. Zmierzono pacjentce temperaturę. Pomiar wyniósł 36,8°C. Podano drogą dożylną antybiotyki: Augumentin 1000mg +200 mg oraz Biofuroksym na zlecenie lekarza. Przed wykonywaniem czynności pielęgniarskich w obrębie rany myto ręce z mydłem, osuszano oraz dezynfekowano środkiem z zawartością alkoholu 70%. Korzystano z jałowych narzędzi, rękawic oraz specjalnych płynów dezynfekcyjnych do odkażania ran. Ropnej wydzieliny nie zaobserwowano. Zmieniano pościel oraz bieliznę osobistą pacjentki co dwa dni. Codziennie pomagano pacjentce w czynnościach higienicznych do momentu uzyskania mobilności przez pacjentkę. Później pacjentka sama dbała o swoją higienę, codziennie biorąc prysznic.

#### **Ocena podjętych działań:**

Zminimalizowano ryzyko zakażenia rany, objawy zakażenia nie wystąpiły.

**Problem pielęgnacyjny 3:** Ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej spowodowane przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

**Cel opieki:** Zmniejszenie ryzyka krwawienia z rany pooperacyjnej.

#### **Interwencje pielęgniarskie:**

- Monitorowanie temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna;
- Obserwacja opatrunku pod kątem przesiąkania;
- Sprawdzenie drożności drenów;
- Obserwacja pod względem ilości i charakteru treści w drenach.

#### **Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentka była przez dobę podpięta do kardiomonitora. Monitorowano parametry tj.:

- Temperatura ciała wynosiła 36,4°C

- Ciśnienie tętnicze: 135/75 mmHg
- Tętno: 80 uderzeń/minutę

Opatrunek na ranie nie był przesiąknięty krwią. Dwa dreny typu Redon były drożne. Udokumentowano niewielką ilość treści krwistej w drenach.

**Ocena podjętych działań:** Zmniejszono ryzyko krwawień z rany pooperacyjnej.

**Problem pielęgnacyjny 4:** Zaburzony stan fizyczny pacjentki spowodowany przebyciem zabiegami operacyjnymi w znieczuleniu ogólnym.

**Cel opieki:** Powrót stanu fizycznego pacjentki do normy.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki tj. ciśnienie tętnicze, saturacja, tętno, liczba oddechów, diureza, co dwie godziny;
- Ocena stanu świadomości z wykorzystaniem skali Glasgow;
- Monitorowanie czy pacjentka oddaje gazy oraz czy się wypróżniła podczas pobytu w szpitalu i jaka była konsystencja stolca;
- Obserwacja wyprowadzonych z rany drenów.

**Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym. Jest bardzo obolała, ale świadoma. Według skali Glasgow otrzymała 15/15 punktów w pierwszej dobie i każdej kolejnej po operacji. Dreny drożne. U pacjentki w pierwszej dobie pojawił się mocz w worku, o prawidłowej barwie. Parametry życiowe utrzymywały się w normie. Pacjentka oddała pierwsze gazy w 2 dobie po zabiegu. Pacjentka oddała stolec w 3 dobie po zabiegu o luźnej konsystencji ze znikomą ilością krwi.

- RR – 130/80 mmHg
- HR- 80 uderzenia/ minutę
- Temperatura- 36,7°C
- SpO2 (saturacja)- 98%
- Oddech- 16 oddechów/ minutę

**Ocena podjętych działań:** Stan fizyczny pacjentki wrócił do normy.

**Problem pielęgnacyjny 5:** Ograniczona samodzielność pacjentki spowodowana przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

**Cel opieki:** Zwiększenie samodzielności pacjentki.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena stanu samodzielności z wykorzystaniem skali Barthel;
- Pomoc pacjentce w zmianie pozycji ciała;
- Pomoc pielęgniarki bądź rehabilitanta pacjentce przy chodzeniu;
- Stosowanie udogodnień przy przemieszczaniu się;
- Zapewnienie konsultacji z rehabilitantem.

### **Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentka w pierwszej dobie po operacji w skali Barthel 45/ 100 punktów, czyli potrzebuje pomocy pielęgniarki w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Pomagano chorej w zmianach pozycji ciała oraz podtrzymywano podczas pokonywania odległości od łóżka do toalety. Pacjentka odbyła konsultację z rehabilitantem, podczas, której wykonywali ćwiczenia czynne oraz bierne. Z każdym dniem sprawność pacjentki się poszerzała, że przy wypisie pacjentka miała 100/100 punktów w skali Barthel.

**Ocena podjętych działań:** Pacjentka zwiększyła swoją samodzielność.

**Problem pielęgnacyjny 6:** Nudności i wymioty będące działaniem niepożądanym leków anestetycznych po zastosowaniu ich podczas znieczulenia ogólnego w trakcie zabiegu operacyjnego

**Cel opieki:** Zniwelowanie nudności i wymiotów.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Podanie leku przeciwwymiotnego na zlecenie lekarskie;
- Zaproponowanie pacjentce wykonywania spokojnych, głębokich oddechów;
- Udostępnienie pacjentce takiego sprzętu jak: miska nerkowata, lignina.

### **Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentka miała odruch wymiotny w pierwszej dobie po zabiegu, więc na zlecenie lekarza podano pacjentce metoklopramid 10 mg doustnie. Zapewniono pacjentce ligninę oraz miskę nerkowatą i pozostawiono na szafce szpitalnej. Ostatecznie na odruchu wymiotnym się skończyło, pacjentka nie oddała żadnej treści pokarmowej, tylko niewielką ilość śliny.

**Ocena podjętych działań:** Zniwelowano nudności oraz wymioty.

**Problem pielęgnacyjny 7:** Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo- zatorowej spowodowanej przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

**Cel opieki:** Zapobiegnięcie ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej.



### **Interwencje pielęgniarские:**

- Podanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza;
- Pomoc w uaktywnieniu pacjentki;
- Zastosowanie kompresyjnego masażera na kończyny dolne, gdy pacjentka leży;
- Kontrola stanu nawodnienia pacjentki;
- Obserwacja pod względem zaburzeń zakrzepowo- zatorowym tj: obrzęki oraz ocieplenie kończyn dolnych;
- Nawadnianie dożylnie pacjentki na zlecenie lekarza.

### **Realizacja zaplanowanych działań:**

Na zlecenie lekarza podawano pacjentce podskórnice raz dziennie 40mg heparyny drobnocząsteczkowej w formie ampułkostrzykawki firmy Clexane. Na drugi dzień po zabiegu, z rana z pomocą pielęgniarki oraz fizjoterapeutki pacjentka wstała z łóżka, aby zrobić parę kroków, aby zapobiec powstawaniu zrostów w jamie brzusznej oraz choroby zakrzepowo- zatorowej. Z każdym dniem pobytu w szpitalu, pacjentka sprawniej wstawiała i chodziła dłuższe dystanse. Na zlecenie lekarskie podawano pacjentce przez dwa dni drogą dożylną Optilyte 500 ml raz dziennie. Objawów choroby zakrzepowo-zatorowej nie zaobserwowano.

### **Ocena podjętych działań:**

Zapobiegnięto wystąpieniu choroby zakrzepowo- zatorowej.

**Problem pielęgnacyjny 8:** Możliwość wystąpienia zakażenia dróg moczowych z powodu założonego do pęcherza moczowego cewnika Foleya.

**Cel opieki:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji dróg moczowych.

### **Interwencje pielęgniarские:**

- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki;
- Codzienna higiena ujścia cewki moczowej;
- Obserwacja pod względem ilości oraz koloru moczu w worku;
- Zmiana worka zgodnie z obowiązującą procedurą;
- Zawieszenie worka na specjalnym wieszaczku poniżej poziomu pęcherza moczowego, unikanie kontaktu worka z podłogą;
- Dokumentacja ilości oddawanego moczu w dokumentacji dobowej zbiórki moczu;
- Zmiana cewnika na nowy, jeśli minie czas wskazany przez producenta bądź jeśli nie będzie już konieczności cewnikowania pacjentki;

- Przy każdej procedurze związanej z cewnikiem dbanie o komfort pacjentki- zastosowanie parawanu, zamknięcie drzwi do sali, zamknięcie okien.

**Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentce codziennie wykonywano toaletę krocza oraz przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki. Kolor moczu był żółty w odcieniu słomy. Udokumentowano kolor oraz ilość oddanego moczu (1litr). Po dwóch dniach po operacji cewnik usunięto, ponieważ pacjentka wtedy była w stanie sama wstawać z łóżka. Pacjentka po uaktywnieniu oddawała mocz do słoja podpisanego swoim imieniem i nazwiskiem i na jego podstawie dalej prowadzono dobową zbiórkę moczu.

**Ocena podjętych działań:** Zmniejszono ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych.

**Problem pielęgnacyjny 9:** Ryzyko wystąpienia zakażenia związane z kaniulacją żył spowodowane założeniem igły Vigo.

**Cel opieki:** Zapobieganie stanom zapalnym w miejscu wkłucia, wczesne wykrycie objawów zakażenia powikłania.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Prowadzenie karty obserwacji wkłucia;
- Przed i po podaniu leków drogą dożylną przepłukiwać kaniulę solą fizjologiczną;
- Obserwacja wkłucia pod kątem zaczerwienia, obrzęku, miejscowego ocieplenia skóry w obrębie miejsca wkłucia bądź niedrożności kaniuli, w razie wystąpienia któregośkolwiek z tych objawów, usuwamy kaniulę i zakładamy nową;
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w obrębie wkłucia;
- Zmiana opatrunku, jeśli jest zabrudzony lub co 24h w razie opatrunku nieprzezroczystego.

**Realizacja zaplanowanych działań:**

Pacjentce zlecono podawanie leku. Podczas przepłukania okazał się on niedrożny, temu go usunięto oraz założono nowe wkłucie. Nowe dostępowe żyły założono w lewym dole łokciowym. Nowe wkłucie zostało założone z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki. Przed odkręceniem koreczka przecierano go przez 10 sekund jałowym gazikiem nasączonym alkoholem, po czym podkładano jałowy gazik pod ujście kaniuli. Przed i po podaniu leków przez kaniulę przepłukiwano ją 0,9% NaCl. Po zakończonej procedurze podawania leków drogą dożylną zakładano nowy jałowy koreczek.

**Ocena podjętych działań:**

Zmniejszono ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z kaniulacją żył.

**Problem pielęgnacyjny 10:** Deficyt wiedzy pacjentki w zakresie prawidłowego odżywiania objawiający się otyłością I stopnia.

**Cel opieki:** Podwyższenie poziomu pacjentki na temat diety.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Zapewnienie konsultacji z dietetykiem;
- Edukacja na temat rodzaju diety, ilości spożywanych posiłków;
- Danie broszurki z przykładami produktów jakie można spożywać;
- Sprawdzenie czy pacjentka zrozumiała przekazaną wiedzę.

**Realizacja zaplanowanych działań:**

Dietetyk odwiedził pacjentkę i przeprowadził z nią rozmowę. Pacjentka po tym zabiegu operacyjnym musi trzymać się wysokobiałkowej, wysokokalorycznej i lekkostrawnej diety. Pacjentka powinna dodatkowo spożywać Nutridrink Protein dwa razy dziennie przez dwa tygodnie po zabiegu.

**Ocena podjętych działań:**

Poziom wiedzy pacjentki znacznie się podwyższył.

**Problem pielęgnacyjny 11:** Palenie papierosów przez pacjentkę spowodowane stresującym trybem życia.

**Cel opieki:** Rzucenie palenia papierosów przez pacjentkę.

**Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentką na temat negatywnych skutków działania palonych papierosów na organizm człowieka;
- Uświadomienie pacjentce, że paląc papierosa szkodzi swojemu zdrowiu, jak również młodszej córki, która jest biernym palaczem;
- Przedstawienie jaki skutek ma palenie na wygląd palacza oraz otoczenie np. jak zmienia się wygląd mieszkania;
- Zaproponowanie innych metod na zminimalizowanie stresu.

**Realizacja zaplanowanych działań:**

Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat negatywnych skutków palenia papierosów. Przedstawiono metody od stresowywania się typu: medytacje, odpoczynek przy dźwiękach

natury, przeczytanie książki. Zalecenie pacjentce, że jak będzie miała chęć zapalić w pracy to lepszym rozwiązaniem będzie żucie miętowej gumy niż sięgnięcie po papierosa.

**Ocena podjętych działań:** Pacjentka powiedziała, że rzuci palenie.

### **Zalecenia do dalszej opieki nad pacjentką po zabiegu częściowej resekcji jelita grubego**

#### ***Wskazówki dotyczące higieny***

- Codziennie stosować higienę osobistą, należy dokładnie myć skórę dookoła rany i delikatnie ranę, po czym dokładnie osuszać;
- Zmieniać opatrunek, przemywając ranę środkiem odkażającym Oceanisept oraz zakładając jałowy gazik na ranę;
- Należy obserwować ranę pooperacyjną pod kątem objawów zakażenia typu: obrzęku, zaczerwienienia, ocieplenia skóry oraz wyciekaniu ropnej wydzieliny;
- W razie wystąpienia któregoś z tych objawów należy zgłosić się do lekarza rodzinnego, poradni chirurgicznej bądź na dyżurujący SOR.

#### ***Wskazówki dotyczące prawidłowego wykonywania iniekcji podskórnej***

- Podczas wykonywania wkłucia przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki;
- Miejsca wkłucia podskórnego: przednia powierzchnia brzucha- 5 cm od pępka, przednio-boczna powierzchnia uda, zewnętrzna okolica środkowej części ramienia, okolica podłopatkowa;
- Miejsce wkłucia należy zdezynfekować jałowym gazikiem nasączonym alkoholem i odczekanie 30 sekund do całkowitego wyschnięcia;
- Należy zdjąć nasadkę z ampułkostrzykawki;
- Ampułkostrzykawkę chwycić w prawą rękę oraz trzymać jak długopis, natomiast drugą rękę chwycić fałd brzuszny;
- Nie wypuszczając powietrza z ampułkostrzykawki pewnym ruchem wkłuć igiełkę pod kątem 90° w fałd brzuszny;
- Nie należy wykonywać aspiracji;
- Powoli nacisnąć tłok, wpuszczając lek do tkanek;
- Nie wolno puszczać fałdu skórniego do momentu całkowitego wpuszczenia leku oraz usunięcia igły z tkanek;
- Po wszystkim puścić fałd skórny oraz suchym jałowym gazikiem przytykać przez kilka minut w miejscu wprowadzenia igielki;
- Ampułkostrzykawki najlepiej wyrzucać do twarościennego pojemnika.

### ***Wskazówki dotyczące specjalnej diety dla pacjentki***

- Pacjenta musi stosować specjalną dietę po takim zabiegu operacyjnym;
- Dieta powinna być wysokobiałkowa, ubogoreszkowa oraz łatwostrawna;
- Jadłospis dzienny pacjentki powinien składać się ze śniadania, drugiego śniadania, obiadu, podwieczorka oraz kolacji;
- Należy wykluczyć z diety produkty bogate w błonnik pokarmowy, wzdymające (kapusta kiszona, papryka, warzywa strączkowe), surowych warzyw oraz owoców oraz produktów nasączonych tłuszczem;
- Potrawy powinny być gotowane w wodzie bądź na parze, duszenie bez wcześniejszego smażenia, dopuszcza się pieczenie w folii bądź pergaminie;
- Należy unikać smażenia, wędzenia oraz peklowania produktów i ich spożywania;
- Należy unikać ostrych przypraw i ogólnie ograniczyć stosowanie przypraw. Dopuszczalne przyprawy to: bazylia, tymianek, lubczyk, rozmaryn, cynamon, majeranek, koperek, pietruszka;
- Tłuszcze zalecane do spożycia: oliwa z oliwek, olej rzepakowy, lniany, świeże masło;
- Mięso zalecane do spożycia: kurczak oraz indyk bez skóry, mięso z królika, cielęcina, dopuszczalne chude części wołowiny oraz wieprzowiny w postaci schabu lub polędwiczek;
- Ryby zalecane do spożycia: dorsz, sola, mintaj, łosoś, pstrąg tęczowy;
- Nabiał zalecany do spożycia: jogurt naturalny, kefir, maślanka, mleko 2% i mniej, twaróg chudy bądź półtłusty, ser żółty o obniżonej zawartości tłuszczu;
- Produkty zbożowe to: pieczywo jasne i czerstwe, pszenne bułki, mąka pszenna, kasza jęczmienna, manna oraz jaglana, ryż biały, drobne makarony, płatki owsiane, jaglane, ryżowe. Należy unikać pieczywa pszenno-żytniego, typu graham oraz orkiszowego;
- Owoce i warzywa, które są dopuszczalne do spożycia to: owoce i warzywa pieczone, gotowane, duszone bez skórki oraz pestek. Należy unikać kalafiora, brokuła oraz kalarepy;
- Zalecane zupy do spożycia to zupa krem z marchwi, pomidora, dyni bądź w postaci słabych wywarów typu: barszcz;
- Należy spożywać 2l wody niegazowanej najlepiej z plasterkami owoców oraz mięty. Unikać spożycia kawy oraz mocnych herbat;

- Sosy zagęszczane zawiesiną mąki bądź mleka o łagodnym smaku;
- Zalecane na podwieczorki kisiel, musy, niesłodzone galaretki, biszkopty, ciasto drożdżowe.

#### ***Wskazówki dotyczące ogólnego postępowania po zabiegu***

- Należy prowadzić oszczędzający tryb życia przez 3 miesiące od zabiegu operacyjnego;
- Unikać podnoszenia rąk do góry;
- Nie podnosić ciężkich przedmiotów;
- Zaleca się wysiłek fizyczny w formie spaceru.
- Należy kontrolować wypróżnienia, aby unikać zaparć.
- Zalecenie, aby córki pacjentki profilaktycznie wykonały kolonoskopię.
- Danie kontaktu do szpitalnego psychologa w razie potrzeby rozmowy o chorobie.

#### ***Wskazówki dotyczące zaleceń lekarskich***

- Po 10-14 dniach po zabiegu operacyjnym przyjść na kontrolę do chirurga-onkologa oraz na zdjęcie szwów.
- Przez co najmniej miesiąc po zabiegu należy suplementować witaminę D3 w dawce 2000 j.m.
- W celu wzmocnienia organizmu przez dwa tygodnie od wypisu spożywać preparat wysokobiałkowy typu Nutridrink według zaleceń lekarskich.
- Na zlecenie lekarza przyjmować przez dwa tygodnie Controloc 20 mg raz dziennie na czczo.
- Przez 30 dni, raz dziennie, na zlecenie lekarza wykonywać iniekcję podskórną ampułkostrzykawką Neoparinu 40 mg.

## **WNIOSKI**

Zabieg operacyjny częściowej resekcji jelita grubego można wykonywać metodą laparoskopową, otwartą bądź mieszaną. Najczęstszą przyczyną do jego wykonania jest nowotwór jelita grubego bądź odbytnicy. Nowotwór jelita grubego jest na trzecim miejscu wśród nowotworów pod względem występowania na świecie i z każdym rokiem zapadalność na ten nowotwór wzrasta. Nowotwór jelita grubego może być zachorowalnością sporadyczną bądź uwarunkowana genetycznie. Dla osób powyżej 50-go roku życia, bardzo ważnym aspektem dla wczesnego wykrycia nowotworu jelita grubego jest wykonywanie badań przesiewowych [4, 5, 6, 7].

## PIŚMIENNICTWO

1. Baidoun F., Elshiwly K., Elkeraie Y. et al.: Colorectal Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. *Current Drug Targets* 2021; 22: 998-1009.
2. World Health Organization: Rak jelita grubego [online]. Dostępne: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>. Data pobrania: 09.12.2023r.
3. Jaroszyńska Z., Wiśniewska K.: Epidemiology of colorectal cancer (C18-C21) in Poland. *Journal of Education, Health and Sport* 2021; 11(10): 143-156.
4. Janus-Szymańska G., Doraczyńska-Kowalik A., Bębenek M. i wsp.: Podstawy medycyny personalizowanej raka jelita grubego. *Nowotwory* 2021; 6(1): 55–64.
5. Rasmussen S., Larsen PV., Søndergaard J. i wsp.: Specyficzne i niespecyficzne objawy raka jelita grubego a kontakt z lekarzem rodzinnym. *Praktyka Rodzinna* 2015;32(4): 387–394.
6. Levy I., Gralnek IM.: Complications of diagnostic colonoscopy, upper endoscopy, and enteroscopy. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2016; 30(5): 705–718.
7. Kuipers EJ., Grady WM., Lieberman D. et al.: Colorectal cancer. *Nature Reviews Disease Primers* 2015; 5(1): 15065.

## PLAN OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z PRZEPUKLINĄ BRZUSZNĄ

---

**Martyna Korowaj<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>2</sup>**

- 1. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*
- 2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### WSTĘP

Przepukliną brzuszną nazywa się jednostkę chorobową, w której tkanki (np. tkanki tłuszczowe) lub narządy zostają uwypuklone poza swoje naturalne położenie w wyniku wrodzonych wad lub nabytych nieprawidłowości ścian jamy brzusznej [1].

Szacuje się, że od 20 do 50% operowanych przepuklin to są przepukliny brzuszne. W ciągu całego życia człowieka ryzyko spontanicznego wytworzenia się przepukliny brzusznej wynosi około 5%. Przepukliny wtórne występują zaś głównie jako następstwo zabiegów operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, urazów lub w przypadku kobiet w trakcie lub po ciąży. Biorąc pod uwagę zabiegi operacyjne, przepuklina jako powikłanie występuje w 20% przypadków, w tym po niemal co czwartym zabiegu laparotomii (operacji brzusznych), w 25-54% przypadków zeszycia wrót przepukliny jako nawrót, a nawet po 32% operacji rekonstrukcji z użyciem siatki syntetycznej [1, 2, 3].

### CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Opracowanie arkusza do zebrania danych o pacjentce.
2. Ocena stanu pacjentki objętej opieką pielęgniarstwa.
3. Wskazanie problemów pielęgnacyjnych chorej.
4. Opracowanie planu opieki pielęgniarstwa.
5. Przedstawienie zaleceń do samodzielnej pielęgnacji dla pacjentki i jej rodziny.



## MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 76 lat z rozpoznaną przepukliną brzuszną powstałą w wyniku powikłań po zabiegu operacyjnym przeprowadzonym w 2018 roku. Badanie przeprowadzono w środowisku domowym, w dniach 10-12 stycznia 2024 roku.

Do stworzenia pracy została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku. Wykorzystano takie narzędzia, jak wywiad, analizę dokumentacji medycznej, obserwację, pomiary.

Do oceny stanu pacjentki oprócz Arkusza do zbierania danych użyto skal:

- **Norton** – jest to skala do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn u osób unieruchomionych lub pozostających przez dłuższy czas w jednej pozycji.
- **NRS** – *Numerical Rating Scale*, jest to numeryczna skala używana do oceny bólu pacjenta. Podczas badania tą skalą pacjent ocenia swój poziom bólu w skali od 1 do 10 punktów.
- **Laitinen** - jest to kolejna skala służąca do oceny natężenia bólu. Wykorzystując ją pacjent może określić poziom nasilenia bólu, częstość występowania bólu, częstość przyjmowania środków przeciwbólowych oraz ograniczenie aktywności ruchowej.
- **Barthel** - jest skalą mającą na celu ocenę możliwości ruchowych i samopielegnacyjnych pacjenta. Podstawowe czynności życia codziennego oceniane są wartościami 0-5-10-15 punktów w zależności od czynności i stopnia samodzielności pacjenta.
- **GDS** – Geriatryczna Skala Depresji, skala służąca do przesiewowej oceny depresji u osób w wieku podeszłym.

## WYNIKI

### Opis przypadku

Pacjentka J.K., lat 76, jest emerytką, mieszkającą w domu jednorodzinnym w Bielsku Podlaskim. Posiada wykształcenie wyższe. Mieszka z mężem, który rzadko przebywa w domu, jest sporadycznie odwiedzana przez dzieci i wnuki. Utrzymuje się z emerytury, warunki mieszkaniowe ma dobre, z dostępem do wszystkich niezbędnych mediów.

Pacjentka ma bardzo rozległą historię przebytych i współistniejących chorób. W 2012 roku przeszła udar niedokrwieny mózgu, po którym w wyniku rehabilitacji odzyskała większość funkcji poznawczych, komunikacyjnych i motorycznych. W 2015 roku wykryto w niej artrozę stawu kolanowego lewego, potem prawego, co próbowano leczyć za pomocą

komórek macierzystych. Po trzech takich nieudanych kuracjach w 2017 roku zdecydowano się na zabieg endoproteoplastyki cementowanej stawu kolanowego prawego.

W marcu 2018 roku wykryto u pacjentki nowotwór okrężnicy, który usunięto chirurgicznie. Podczas pobytu na oddziale chirurgii, w okresie pooperacyjnym, rana pooperacyjna została zakażona bakteriami *proteusmirabilis* (odmieniec dziwaczny) i *staphylococcus aureus* (gronkowiec złocisty). Zakażenie to spowodowało ewentualną ewentrację rany pooperacyjnej. Na przestrzeni lat pacjentka wielokrotnie, nawet do kilku razy w roku wymagała pobytu na oddziale chirurgicznym i interwencji chirurgicznej w celu oczyszczenia i prób zaszywania rany pooperacyjnej, kończących się niepowodzeniem. W 2023 roku wytworzyła się przepuklina brzuszna osiągająca rozmiary 23cm x 18cm, znacznie utrudniając pacjentce codzienne funkcjonowanie. Rana na przepuklinie pozostaje ropiejąca, bolesna, powiększająca się ze względu na rosnącą przepuklinę i stan skóry pacjentki. Po konsultacji, ze względu na wiek, stan fizyczny oraz choroby współistniejące, chirurg zakwalifikował tę przepuklinę jako nieoperacyjną - ryzyko zgonu podczas zabiegu operacyjnego jest obecnie zbyt duże.

Z chorób współistniejących, pacjentka od 2012 roku choruje na nadciśnienie tętnicze, a w 2023 wykryto u niej cukrzycę insulinozależną. Pacjenta wybiórczo kontroluje poziom ciśnienia tętniczego i glukozy we krwi twierdząc, że “skoro przyjmuje leki to nie ma sensu tego mierzyć”. Ponadto, pacjentka choruje na jaskrę, ze skierowaniem na zabieg operacyjny. W styczniu 2024 roku pacjentka została skierowana do pulmonologa, w celu diagnostyki POChP.

Pacjentka nałogowo pali papierosy – 4-5 dziennie, pomimo nalegań ze strony rodziny nie chce odstąpić od nałogu.

W rozmowie z pacjentką widoczne znaczne obniżenie samopoczucia wynikające z ciągłego bólu rany, diagnozą,

Leki przyjmowane przez pacjentkę: Rosutrox, Nebilet, Valsacor, Co-Valsacor, Karnidin, Doxar, Espiro, Jardanice, Glukophage, Doreta, Amaryl, Fostex, Atrodil.

Parametry:

RR: 150/104 mmHg

HR: 78 uderzeń/min

SpO<sub>2</sub>: 95%

Poziom glikemii we krwi na czczo: 205 mg/dl

Temperatura (pomiar z czoła): 36,9 °C

Wzrost: 157cm

Waga: 98kg

BMI: 39,758

Według użytych skal uzyskano następującą punktację:

- Norton (13 pkt.),
- NRS (6 pkt podczas spoczynku, 9 pkt podczas ruchu),
- Laitinena (13 pkt.),
- Barthel (80 pkt),
- GDS (9 pkt).

### **Plan opieki pielęgniarskiej pacjentki z przepukliną brzuszną**

**Problem nr 1:** Ból spowodowany ropiejącą raną (13 pkt w skali Laitinena; 6 pkt w skali NRS w spoczynku, 9 podczas ruchu).

**Cel opieki:** Zniwelowanie bólu pacjentki.

#### **Interwencje pielęgnacyjne:**

- Kontrola natężenia i umiejscowienia bólu za pomocą skali NRS.
- Pielęgnacja rany znajdującej się na przepuklinie:
  - ocena wyglądu, rozmiaru i stopnia zakażenia rany,
  - regularna zmiana opatrunków na ranie zgodnie z rodzajem i stopniem zanieczyszczenia opatrunku,
  - stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki w postępowaniu z raną,
  - oczyszczanie rany z gromadzącej się ropy,
  - stosowanie zimnych okładów/okładów z Altacetu mających na celu zniwelowanie opuchlizny i stanu zapalnego,
- Stosowanie technik relaksacyjnych takich jak techniki oddechow, techniki spinania i rozkurczania mięśni, słuchanie podcastów i muzyki relaksacyjnej,
- Odwrócenie uwagi pacjentki od bólu za pomocą rozmowy terapeutycznej, multimediiów, prostych prac domowych, zainteresowań,
- Edukacja rodziny i najbliższego otoczenia pacjentki na temat skutecznych niefarmakologicznych metod kontroli i niwelowania bólu.

**Ocena:** Rana pacjentki została obejrzana i oczyszczona, opatrunek na ranie został zmieniony na opatrunek AquacelFoam, opatrunek piankowy mający właściwości chłonne. Zastosowano okład z Altacetu na opuchnięte miejsce, po paru godzinach zaobserwowano zmniejszenie się

opuchlizny. Pacjentka i jej rodzina zostali wyedukowani na temat niefarmakologicznych metod leczenia bólu.

**Problem nr 2:** Ból spowodowany dolegliwościami ze strony układu ruchu (13 pkt w skali Laitinena; 6 pkt w skali NRS w spoczynku, 9 podczas ruchu).

**Cel opieki:** Zniwelowanie bólu pacjentki.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Regularna kontrola i ocena natężenia bólu pacjentki za pomocą skali NRS.
- Elewacja kończyn bolących za pomocą poduszki/wałka.
- Pomoc w ułożeniu pacjentki w pozycji jak najbardziej zmniejszającej ból - w tym przypadku w pozycji bocznej z podpartymi wałkiem plecami i podłożoną pomiędzy kolana, niewielką poduszką.
- Stosowanie okładów chłodzących lub rozgrzewających, zależnie od potrzeb pacjentki, na bolesne miejsca, zwłaszcza na bolące stawy.
- Stosowanie okładów z Altacetu na miejsca opuchnięte, bolące, w celu zniwelowania bólu i opuchlizny.
- Stosowanie kąpieli z chłodną wodą mające na celu zniwelowanie bólu stawów, ciepłe mające na celu rozluźnienie mięśni.
- Masaż bolących miejsc; kolistymi, zdecydowanymi ruchami, dostosowując nacisk do miejsca i natężenia bólu.

**Ocena:** Oceniono poziom natężenia bólu pacjentki podczas ruchu oraz spoczynku. Pacjentka została wyedukowana na temat elewacji bolących kończyn, stosowania okładów, kąpieli oraz masażu bolących miejsc. Pacjentka po zastosowaniu powyższych metod zauważyła zmniejszenie się natężenia bólu, 3 pkt w skali NRS w spoczynku, 6 pkt w skali NRS w trakcie ruchu.

**Problem nr 3:** Zakażenie rany znajdującej się na przepuklinie uniemożliwiające jej wyleczenie.

**Cel opieki:** Zniwelowanie zakażenia rany.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Higiena rąk przed przystąpieniem do wykonywania czynności dotyczących rany.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w postępowaniu z raną.
- Ocena wielkości i położenia rany.

- Ocena opatrunku na ranie: przesiąknięcie treścią, poluzowanie, odpadnięcie opatrunku podczas snu/prysznic/wstawania.
- Ocena treści wydobywającej się z rany: koloru, konsystencji, zapachu, ilości, czy razem z treścią ropną wydobywa się krew.
- Regularna zmiana opatrunku.
- Upewnienie się czy pacjentka nie ma alergii na substancje lecznicze stosowane na ranie lub materiały opatrunkowe.
- Dostosowanie rodzaju opatrunku do stanu rany: kompresy jałowe, opatrunki chłonne, gąbki, opatrunki alginianowe.
- Ułożenie pacjentki w pozycji umożliwiającej dostęp do rany i nie wywierającej na nią nacisk.
- Stosowanie materiałów do oczyszczania rany.
- Oczyszczanie rany za pomocą preparatów do dezynfekcji ran, na przykład Octenisept, Prontosan.
- Oczyszczanie rany brudnej ruchami od zewnątrz do wewnątrz, zapobiegając rozprzestrzenianiu się wydzielin.
- Stosowanie środków wspomagających leczenie ran na oczyszczonej ranie, na przykład opatrunków, siatek, sprayów ze srebrem.
- Odpowiednie dobranie wielkości opatrunku do rany.
- Edukacja pacjentki i jej rodziny na temat samodzielnej zmiany opatrunków, rozpoznawanie objawów pogorszenia i polepszenia się rany, higieny, aseptyki i antyseptyki.

**Ocena:** Rana została oczyszczona, pokryta środkiem z jonami srebra i zaopatrzona w sposób jałowy opatrunkiem AquacelFoam. Przy kolejnej zmianie opatrunku widać było zmniejszenie ilości wydzieliny ropnej i poprawę wyglądu rany.

**Problem nr 4:** Wysokie ryzyko powstania odparzeń ze względu na delikatną skórę pacjentki.

**Cel opieki:** Zapobieganie powstawaniu oparzeń.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Dokładna i regularna higiena skóry pacjentki, szczególnie w miejscach najbardziej narażonych na powstawanie odparzeń u pacjentki: między fałdami brzuszными, pod piersiami, w pachwinach.

- Nacieranie skóry kremami, olejkami i preparatami mającymi na celu natłuszczenie i pielęgnację skóry.
- Zachęcenie pacjentki do noszenia luźnych, przewiewnych ubrań i bielizny, najlepiej wykonanych z włókien naturalnych, takich jak len, bawełna, bambus.
- Zapewnienie temperatury pokojowej (ok. 20-22°C) w pomieszczeniach, w których pacjentka przebywa na co dzień, aby zapobiec nadmiernemu poceniu się.
- Założenie przez pacjentkę pasa przepuklinowego brzuszego tak, aby brzuch był uniesiony i fałdy skórne nie naciskały na siebie nawzajem.
- Częsta zmiana pozycji pacjentki.
- Profilaktyczne zastosowanie cienkich, lekkich opatrunków w miejscach narażonych na odparzenia, np. kompresy bawełniane pomiędzy fałdami brzuszными lub między brzuchem a udami.
- Edukacja pacjentki i jej rodziny na temat okoliczności powstawania odparzeń, profilaktyki ich rozwoju oraz farmakologicznych i domowych sposobów radzenia sobie z ewentualnymi zmianami.

**Ocena:** Zabezpieczono miejsca ogarnięte ryzykiem rozwoju odparzeń. Obecnie stan skóry pacjentki dobry. Pacjentka i jej rodzina zostali wyedukowani na temat profilaktyki, powstawania i leczenia odparzeń.

**Problem nr 5:** Ograniczenie ruchowe spowodowane dolegliwościami ze strony układu ruchu pacjentki.

**Cel opieki:** Zwiększenie zakresu mobilności pacjentki, powiększenie zakresu ruchów i czynności jakie może wykonywać pacjentka.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Rozmowa z pacjentką w celu zidentyfikowania ruchów z jakimi pacjentka ma największe problemy.
- Dostosowanie otoczenia pacjentki do jej możliwości:
  - umieszczenie przedmiotów które używa na co dzień (talerzy, sztućców, szklanek, leków, jedzenia i wody, ubrań, środków do higieny osobistej, telefonu, pilota do telewizora) na wysokości, do której może dosięgnąć szybko, bez wysiłku;

- jeśli to możliwe, to rozplanowanie przestrzeni mieszkalnej pacjentki tak, aby wszystkie niezbędne przedmioty i pomieszczenia znajdowały się na jednym piętrze;
  - zamontowanie barierek na schodach, wzdłuż korytarzy, pod prysznicem, przy toalecie w celu ułatwienia samodzielnego poruszania się;
  - usunięcie chodników i dywanów;
  - ustawienie mebli w taki sposób, aby nie utrudniały poruszania się po pomieszczeniu, ale tak, by pacjentka mogła się nimi podeprzeć w razie zmęczenia lub utraty równowagi.
- Zaproponowanie użycia pomocy w poruszaniu się takich jak kule, balkonik, laska.
  - Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń i spacerów; rozciągających, zwiększających kondycję i wspomagających utratę wagi dostosowanych do możliwości pacjentki, stopniowo zwiększających trudność i długość.
  - Zaproponowanie wizyty u fizjoterapeuty.
  - Zaproponowanie ćwiczeń odciążających organizm, takie jak ćwiczenia na basenie.
  - Edukacja pacjentki i jej rodziny na temat samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zmian pozycji i używania przedmiotów ułatwiających zmianę pozycji i poruszanie się.

**Ocena:** Środowisko pacjentki zostało dostosowane do jej potrzeb, a sama pacjentka zgodziła się na używanie kul przy poruszaniu się. Jest też ostrożnie nastawiona do spacerów i wykonywania lekkich ćwiczeń. Mobilność pacjentki znacznie poprawiła się.

**Problem nr 6:** Zbyt wysokie wartości ciśnienia tętniczego spowodowane nadciśnieniem tętniczym (150/104 mmHg).

**Cel opieki:** Obniżenie wartości ciśnienia tętniczego do prawidłowych wartości

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Regularna kontrola ciśnienia tętniczego za pomocą ciśnieniomierza.
- Prowadzenie dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego.
- Regularne przyjmowanie leków obniżające ciśnienie tętnicze.
- Wyeliminowanie czynników stresogennych i nauka technik redukujących stres.
- Zalecenie odpoczynku i zapewnienie dostępu do świeżego powietrza w wypadku nagłego podwyższenia ciśnienia tętniczego.
- Zalecenie ćwiczeń fizycznych i spacerów, stopniowo zwiększając ich poziom trudności.

- Zaproponowanie i pomoc w rezygnacji z używek.
- Edukacja pacjentki i jej najbliższych na temat czynników ryzyka, objawów, leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego oraz samodzielnej kontroli wartości ciśnienia tętniczego

**Ocena:** W wyniku działań pielęgnacyjnych pacjentka regularnie samodzielnie kontroluje poziom ciśnienia tętniczego, przyjmuje leki i jest entuzjastyczna w stosunku do nefarmakologicznych metod obniżenia ciśnienia. Problem do dalszej obserwacji.

**Problem nr 7:** Wysoki poziom glukozy we krwi na czczo (205 mg/dl) z powodu niewyrównanej cukrzycy.

**Cel opieki:** Obniżenie poziomu glukozy we krwi na czczo do prawidłowej wartości (70-99 mg/dl).

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Regularny pomiar poziomu glikemii we krwi za pomocą glukometru (na czczo, przed posiłkami).
- Zaproponowanie prowadzenia dzienniczka pomiaru glikemii we krwi.
- Regularne przyjmowanie leków przeciwcukrzycowych.
- Dostosowanie diety do potrzeb pacjentki (wprowadzenie diety nisko węglowodanowej).
- Edukacja pacjentki i jej najbliższych na temat czynników ryzyka, objawów, leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego, diety cukrzycowej, oraz samodzielnej kontroli poziomu glukozy we krwi.

**Ocena:** Poziom glikemii we krwi został obniżony. Pacjentka regularnie mierzy poziom glikemii, prowadzi dzienniczek pomiaru glikemii. Problem do dalszej obserwacji.

**Problem nr 8:** Trudności w oddychaniu spowodowane wieloletnim paleniem papierosów.

**Cel opieki:** Ograniczenie palenia papierosów.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Zachęcenie pacjentki do zaprzestania palenia papierosów:
  - rozmowa na temat poprzednich prób rzucenia palenia;
  - edukacja na temat trudności i dolegliwości, jakie mogą wystąpić podczas rzucania palenia;



- zaproponowanie terapii nikotynozastępczej, przedstawienie jej form (tabletki, plastry);
  - usunięcie z otoczenia pacjentki wszystkich papierosów;
  - werbalna motywacja do zaprzestania palenia;
  - włączenie rodziny pacjentki do procesu rzucania palenia poprzez zaproponowanie motywowania pacjentki, rozmowy, spędzania z nią czasu w taki sposób, aby nie myślała o paleniu papierosów;
  - odpowiedzenie na pytania pacjentki i zniwelowanie jej obaw na temat leczenia.
- Edukacja na temat ćwiczeń i technik oddechowych.
  - Zaproponowanie ćwiczeń oddechowych z wykorzystaniem przedmiotów: piórka, kartki, balonika, zapalanej świecy, trenażerów oddechowych.
  - Zadbanie o stały dostęp do świeżego powietrza.
  - Przy siedzeniu i leżeniu ułożenie pacjentki w pozycji ułatwiającej oddychanie.
  - Regularne przyjmowanie leków wziewnych.
  - Wyeliminowanie z otoczenia pacjentki czynników utrudniających oddychanie: dymu, kurzu, sierści zwierząt, silnych odświeżaczy powietrza i aerozoli.

**Ocena:** Pacjentka nie chce rzucić palenia, nie reaguje na zachęty ze strony zarówno personelu jak i rodziny. Otoczenie pacjentki zostało dostosowane do jej potrzeb. Problem do dalszego rozważenia.

**Problem nr 9:** Otyłość utrudniająca funkcjonowanie spowodowana unieruchomieniem.

**Cel opieki:** Utrata wagi.

**Interwencje pielęgniacyjne:**

- Wprowadzenie diety ograniczającej spożycie węglowodanów i tłuszczu.
- Regularne spożywanie posiłków, często, ale w małych porcjach (5 posiłków dziennie z niewielkimi porcjami).
- Założenie dzienniczka żywieniowego w celu monitorowania dziennego przybytku i ubytku substancji odżywczych.
- Zwiększenie aktywności fizycznej pacjentki, zaproponowanie ćwiczeń i spacerów dostosowanych długością i poziomem wysiłku do stanu i możliwości pacjentki.
- Zaproponowanie wizyty dietetyka w celu określenia zapotrzebowania energetycznego i dostosowania diety do indywidualnych potrzeb pacjentki.

- Edukacja pacjentki i rodziny na temat ryzyka wynikającego z otyłości oraz diety i wysiłku fizycznego niezbędnego do utraty wagi.

**Ocena:** Pacjentka została wyedukowana, wykazuje entuzjazm w stosunku do zmiany diety, lecz jest niepewna co do ćwiczeń fizycznych. Jest pozytywnie nastawiona do próby utraty wagi. Problem do dalszej obserwacji.

**Problem nr 10:** Znaczne pogorszenie nastroju i stanu psychicznego pacjentki spowodowane stanem zdrowia (9 pkt w skali GDS).

**Cel opieki:** Poprawa stanu psychicznego pacjentki.

**Interwencje pielęgnacyjne:**

- Nawiązanie kontaktu z pacjentką i zdobycie zaufania pacjentki.
- Rozmowa mająca na celu wyłonienie przyczyn pogorszenia nastroju i stanu psychicznego.
- Określenie, które aspekty stanu zdrowia pacjentki są dla niej najbardziej przykre.
- Określenie przyczyn samotności pacjentki.
- Zniwelowanie czynników chorobowych pogarszających stan pacjentki (oczyszczenie i zagojenie rany, zniwelowanie bólu, poprawa mobilności pacjentki, poprawa oddychania, utrata wagi, zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego i glukozy we krwi).
- Zaproponowanie częstszych wizyt pielęgniarzkich.
- Zaproponowanie pomocy pielęgniarki środowiskowej.
- Zaproponowanie, w miarę możliwości technologicznych pacjentki, uczestnictwo w internetowych forach i kołach zainteresowań.
- Zaproponowanie częstszych rozmów telefonicznych i video z rodziną i znajomymi w wypadku rzadkich fizycznych odwiedzin.
- Okresowa ocena stanu psychicznego pacjentki za pomocą skali GDS.

**Ocena:** Kontakt z pacjentką został nawiązany, zostały podjęte próby zniwelowania problemów zdrowotnych negatywnie wpływających na stan psychiczny pacjentki. Pacjentka entuzjastycznie podchodzi do rozwijania zainteresowań i częstszego kontaktu z najbliższymi. W tym momencie nastrój pacjentki uległ poprawie, problem jednak pozostaje do dalszej obserwacji.

**Zalecenia pielęgniarzkie dla pacjentki z przepukliną brzuszną**

1. Ograniczenie spożywania pokarmów tłustych oraz słodkich; potraw wysoko przetworzonych, konserw, produktów wędzonych i peklowanych.
2. Ograniczenie spożywania soli do 5g dziennie.
3. Przyjmowanie ok. 2 litrów wody dziennie.
4. Zaproponowanie wprowadzenia diety śródziemnomorskiej w codziennym przygotowywaniu posiłków ze względu na bogactwo produktów będących korzystnych dla pacjentów z nadciśnieniem i cukrzycą (ryby, owoce morza, oleje roślinne, nasiona i orzechy, świeże warzywa).
5. Regularne spożywanie potraw, z naciskiem na to, aby ostatni posiłek dnia spożywać nie później niż 2-3 godziny przed zaśnięciem.
6. Unikanie spania na plecach i na brzuchu, spanie z uniesionym tułowiem o około 20-30 stopni w celu ułatwienia oddychania podczas snu.
7. Włączenie do życia codziennego ćwiczeń fizycznych o stopniowo zwiększającej się intensywności, szczególnie zwiększających wydolność oddechową i wspomagających utratę wagi (nordic walking, szybki chód, jazda rowerem, pływanie, wycieranie kurzy, zmywanie podłóg, odkurzanie) oraz ćwiczeń trenujących utrzymywanie równowagi (stawanie na palcach, stawanie na jednej nodze, stanie/chodzenie z zamkniętymi oczami, stanie/chodzenie po pochyłych powierzchniach).
8. Stosowanie ćwiczeń gimnastyki oddechowej (ćwiczenie prawidłowych, głębokich oddechów, ćwiczenie kontroli nad oddechem za pomocą przedmiotów i zewnętrznych urządzeń).
9. Regularna zmiana opatrunków na ranie na przepuklinie (opatrunki materiałowe codziennie, opatrunki chłonne/ze srebrem/algininowe raz w tygodniu lub zależnie od wskazówek producenta; opatrunki brudne/przesiąknięte powinny być niezwłocznie zmienione).
10. Zachowanie aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunków, dezynfekcja rąk przed i po zmianie opatrunku, dokładne oczyszczenie i osuszenie rany, stosowanie jałowych opatrunków.
11. Mycie skóry preparatami bez sztucznych środków zapachowych, dokładne osuszanie jej po każdym myciu.
12. Stosowanie kremów nawilżających i olejków w celu zapobiegania przesuszania się skóry, otarciom i odparzeniom.
13. Noszenie przewiewnych ubrań i bielizny z tworzyw naturalnych - bawełna czy len.
14. Prowadzenie dzienników kontroli ciśnienia tętniczego i poziomu glukozy we krwi.

15. Zaprzestanie palenia papierosów; wyrzucenie wszystkich wyrobów tytoniowych, zaproponowanie środków farmakologicznych wspomagających walkę z nałogiem [4, 5, 6, 7, 8, 9].

## WNIOSKI

Przepuklina brzuszna jest jednostką chorobową wyjątkowo dotkliwą, znacznie ograniczającą i utrudniającą codzienne funkcjonowanie. Zarówno te występujące samoistnie, jak i powstające w wyniku powikłań po zabiegach sprawiają problemy w nawet najprostszych czynnościach dnia codziennego i są źródłem dyskomfortu zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Dlatego też kluczowe jest skuteczne leczenie i odpowiednia opieka całego zespołu terapeutycznego, zarówno przed, w trakcie, jak i po zabiegu korekcyjnym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wallner G., Banasiewicz T. (red.): Chirurgia. Tom 3. PZWL, Warszawa 2022.
2. Murphy K., O'Connor O., Maher M.: Adult Abdominal Hernias. American Journal of Roentgenology 2014; 202: 506-511.
3. Mitura K.: Nowe techniki w chirurgii przepuklin brzusznych – ewolucja małoinwazyjnych metod leczenia. Polski Przegląd Chirurgiczny 2020; 92: 38-46.
4. Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej: Nadciśnienie tętnicze - zalecenia żywieniowe [online]. Dostępne: [https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia\\_dietetycy\\_nadcisnienie-tetnicze-28.11.2023.pdf](https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia_dietetycy_nadcisnienie-tetnicze-28.11.2023.pdf). Data pobrania: 27.02.2024.
5. Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej: Cukrzyca typu II –zalecenia żywieniowe [online]. Dostępne: [https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia\\_dietetycy\\_cukrzyca-typu-2-6.12.2023.pdf](https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia_dietetycy_cukrzyca-typu-2-6.12.2023.pdf) Data pobrania: 27.02.2024.
6. Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej: Otyłość - zalecenia żywieniowe [online]. Dostępne: [https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia\\_dietetycy\\_otylosc-28.11.2023.pdf](https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/zalecenia_dietetycy_otylosc-28.11.2023.pdf) Data pobrania: 27.02.2024.
7. Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej: Nadciśnienie tętnicze i aktywność fizyczna [online]. Dostępne: <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/choroby-ukladu-krazenia/nadcisnienie-tetnicze-i-aktywnosc-fizyczna/> Data pobrania: 27.02.2024.

8. World Health Organization: Noncommunicable disease education manual for primary health care professionals and patients [online]. Dostępne: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254746/9789290617976-hyp-mod5-eng.pdf?sequence=5>. Data pobrania: 27.02.2024.
9. Nowacka-Kłós M., Studzińska K., Drozd A., Hansdorfer-Korzon R., Korzon-Burakowska A., Orłowska-Kunikowska E.: Możliwości kompleksowej fizjoterapii w profilaktyce i leczeniu chorych na cukrzycę. *Diabetologia Kliniczna* 2021; 1: 104-113.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6

ISBN XII tom 978-83-68268-22-5